

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 KB № 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
акм.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, Тьубінген)
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 дренивання 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 рентген-ендоваскулярних методів
В. М. Клименко, І. А. Балдин
Особливості перебігу церебральної гіперперфузії
І. І. Кобза, Р. І. Трутиак, Т. І. Кобза, А. П. Мелень, А. О. Ярка
Особливості оперативного лікування хворих на доброякісні вогнищеві утвори печінки
Я. Г. Колкін, В. В. Хацко, О. Д. Шаталов, Ф. А. Греджев, Г. В. Пархоменко
Ендоскопічні та лапароскопічні методи лікування ускладнених псевдокіст підшлункової залози
В. М. Копчак, К. В. Копчак, І. В. Хомяк, О. В. Дувалко, Л. О. Перерва, І. С. Терешкевич, Г. Ю. Мошківський
Лікування ускладнених гострих псевдокіст підшлункової залози
В. М. Копчак, І. А. Криворучко, Н. М. Гончарова
Показники інвалідності після хірургічного лікування ускладнених панкреатитів 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. Повеличенко, С. А. Андрєєшев
Комплексне лікування гострого панкреатиту у хворих похилого і старечого віку
Р. Т. Кузенко, І. М. Шевчук
Ривароксабан при лікуванні поверхневого варикозно-тромбофлебиту 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 синдромом 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. Kolkina, 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 of 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. Hrushetskiy

інтенсивності болю в групі пацієнтів, які отримували зазначений препарат 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 ефективно, 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. Ворощук
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. Ворощук
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 підвищенням ризиком розвитку серцево-судинних захворювань у даній 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, карбонперитонеум, 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, карбонперитонеум, центральная гемодинамика.

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

divided into two groups: the first - 49 patients with professional diseases of the respiratory system, the second - 50 people without concomitant diseases of the respiratory system. Both groups separated by the method of surgical treatment of cholecystitis (laparoscopic and laparotomy cholecystectomy). Shows the negative impact of increased abdominal pressure during laparoscopic cholecystectomy on most indices of Central hemodynamics, which is especially true in patients with concomitant diseases of the respiratory organs. In connection with the raised risk of development of cardiovascular diseases in this category of patients, the authors come to conclusion about necessity of narrowing of the indications for laparoscopic cholecystectomy workers of the coal industry with concomitant diseases of the respiratory system, which will reduce the number of postoperative complications.

Key words: *cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, carboperitoneum, central hemodynamics.*

Постановка проблемы и анализ последних исследований. Несмотря на большой накопленный опыт хирургического лечения холецистита, возможность возникновения осложнений после холецистэктомии в хирургических клиниках, где ее выполняют, продолжает желать лучшего. Внедрение мининвазивных методик выполнения холецистэктомии привело к тому, что лапароскопическая холецистэктомия стала самым распространенным методом его лечения. Вместе с тем, наряду с неоспоримыми ее преимуществами, лапароскопическая хирургия поставила и ряд проблем, связанных с возникновением осложнений. И если большинством исследователей анализируются осложнения, связанные с ошибками ее выполнения, то осложнения, которые возникают вследствие сопутствующей патологии жизненно важных систем, освещаются недостаточно, хотя также имеют важное значение.

Учитывая это, на наш взгляд, возможность нарастания респираторной дисфункции при лапароскопической холецистэктомии, которая приводит к возникновению дыхательных расстройств и расстройствам гемодинамики, является вопросом актуальным. Интерес к этому вопросу возрастает также вследствие изучения послеоперационной внутрибрюшной гипертензии, которая также влияет на изменения жизненно важных систем организма.

Цель исследования: изучить влияние выбора метода холецистэктомии на выраженность гемодинамических расстройств у больных с профессиональными заболеваниями органов дыхания.

Материалы и методы

Состояние центральной гемодинамики изучено у 99 больных холециститом из которых 49 человек - работники угольной промышленности (РУП) с профессиональными заболеваниями органов дыхания (ПЗОД) составили 1-ю клиническую группу. Вторую группу составили 50 больных без патологии органов дыхания, которая является контрольной. По способу оперативного лечения больных 1-й группы были разделены на 2 подгруппы: 1-ю подгруппу составили шахтеры после лапаротомической холецистэктомии (ЛТХЭ) - 26 человек, во вторую были включены 23 пациента, которым выполняли лапароскопическую холецистэктомию (ЛСХЭ). Вторая группа по способу оперативного лечения также была разделена на 2 подгруппы: 1-я подгруппа - 18 человек после ЛТХЭ и 2-я подгруппа - 32 человека после ЛСХЭ.

Для определения величин показателей кровообращения использовали одновременную тонометрию и компьютерную цифровую интегральную реографию тела. Для интегральной реографии применяли портативный цифровой реограф «Реоком RG-0010». Данный прибор служит приставкой к IBM-совместимому персональному компьютеру. Электроды для цифровой реографии тела фиксировали в областях нижних третей предплечий и голени в горизонтальном положении обследуемого пациента. Исследование проводилось накануне операции, а также через 24 и 48 часов послеоперационного периода.

Значение сердечного индекса (СИ), ударного объема (УО) и минутного объема кровообращения (МОК) определяли цифровой интегральной реографией тела. Значения таких показателей как среднее артериальное давление (АД(ср)) и общее периферическое сосудистое сопротив-

ление (ОПСС) определялись по известным формулам. Коэффициент дыхательных изменений ударного объема (КДИ %) определялся при помощи эхокардиоскопии и рассчитывался как отношение максимального УО к минимальному за один дыхательный цикл.

Результаты и их обсуждение

При исследовании показателей центральной гемодинамики у пациентов обеих групп учитывали дооперационные параметры и показатели полученные через 24 и 48 часов после проведенного оперативного лечения (табл. 1, 2).

Как видно из представленных таблиц, исходные средние показатели в основной и контрольной группе до операции у большинства больных были незначимыми. И лишь у больных 1-ой группы, второй подгруппы, которым выполнялось ЛСХЭ, в послеоперационном периоде отмечалось снижение разовой производительности сердца, о чем свидетельствует снижение показателей УО, СИ и МОК в послеоперационном периоде. В контрольной группе снижение гемодинамических параметров во всех подгруппах было незначимым.

В обеих группах в послеоперационном периоде наблюдалось снижение АД (ср) при повышении ЧСС. В контрольной и основной группах среднее артериальное давление уменьшалось до 1,5%.

Значительное увеличение ОПСС у РУП с ПЗОД после ЛСХЭ было связано с наличием карбоперитонеума и характеризовалось уменьшением венозного возврата и снижением преднагрузки на правые отделы сердца, что сопровождается снижением УО и МОК, ОПСС в отдельных случаях возрастало на 13,5%. Увеличение ОПСС способствовало не только механическому сдавлению сосудов брюшной полости, но и вазоконстрикторный эффект, который способствует снижению сердечного выброса.

Напряженный карбоперитонеум увеличивает давление на диафрагму со стороны брюшной полости, что ведет к увеличению коэффициента дыхательных изменений ударного объема.

Таким образом, чем выше внутрибрюшное давление, тем меньше амплитуда внутригрудного давления во время дыхательного цикла, что в итоге способствует снижению

Таблица 1. Показатели УО, СИ и МОК у больных до и после произведенной холецистэктомии

Группы больных	Время наблюдения	Показатели ЦГД		
		УО (мл)	СИ (л/мин*м ²)	МОК (л/мин)
1 группа (n=49)	До операции	76,3±1,3	3,6±0,1	6,5±2,1
1-а подгруппа (n=26) ЛТХЭ	Через 24 час.	73,4±1,9	3,4±0,6	6,9±1,6
	Через 48 час.	74,1±1,3	3,1±0,5	6,1±3,6
1-б подгруппа (n=23) ЛСХЭ	Через 24 час.	37,5±1,7**	1,6±0,4**	3,2±1,0**
	Через 48 час.	32,2±1,7***	1,2±0,2***	2,6±1,3***
2 группа (n=50) контроль	До операции	78,6±2,5	3,8±0,8	6,9±2,3
2-а подгруппа (n=18) ЛТХЭ	Через 24 час.	76,8±1,3	3,6±0,7	6,4±1,9
	Через 48 час.	77,4±2,3	3,7±0,9	6,7±1,1
2-б подгруппа (n=32) ЛСХЭ	Через 24 час.	74,1±1,9	2,7±0,7	5,6±1,9
	Через 48 час.	75,9±2,0	3,0±0,2	5,2±1,7

Примечание: * - Статистически значимая разница от исходных показателей до операции: * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001

Таблица 2. Показатели ОПСС, КДИ, АД (ср) и ЧСС у больных до и после произведенной холецистэктомии

Группы больных	Время наблюдения	Показатели ЦГД			
		ОПСС (дин х сек/см ⁵)	КДИ (%)	АД (СР)	ЧСС
1 группа (n=49)	До операции	980±23,7	80,0±1,3	102,1±1,3	87,5±2,4
1-а подгруппа (n=26) ЛТХЭ	Через 24 час.	1020±19,5	81,0±1,4	104,6±1,7	89,8±1,9
	Через 48 час.	1008±12,4	82,1±1,2	103,2±1,9	88,3±1,4
1-б подгруппа (n=23) ЛСХЭ	Через 24 час.	2523±101**	85,3±1,0*	108,4±2,3*	96,2±2,4*
	Через 48 час.	2665±110**	85,8±1,3*	111,1±2,3**	94,4±2,4*
2 группа (n=50) контроль	До операции	950±18,6	79,4±1,2	100,3±1,8	79,2±2,5
2-а подгруппа (n=18) ЛТХЭ	Через 24 час.	965±10,6	79,8±1,4	103,1±2,9	81,4±1,5
	Через 48 час.	960±9,4	79,9±1,9	102,2±2,1	80,2±1,8
2-б подгруппа (n=32) ЛСХЭ	Через 24 час.	978±12,2	82,4±1,0	104,1±1,9	82,3±2,5
	Через 48 час.	966±9,3	81,8±1,2	103,2±1,7	82,2±1,9

Примечание: * - Статистически значимая разница от исходных показателей до операции; * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001

венозного-возврата при операциях с созданием напряженного карбоперитонеума, особенно у пациентов с ПЗОД.

Возрастание КДИ является характерным признаком ухудшения гемодинамики, что может свидетельствовать о развитии дыхательных расстройств. Увеличение внутрибрюшного давления усиливает проявления «тампонады» сердца в условиях искусственной вентиляции легких (на фоне повышенного внутригрудного давления). Массивное внутрибрюшное давление усиливает этот отрицательный момент. В связи с этим возрастает механическая нагрузка на сердечную мышцу, о чем свидетельствует снижение сердечного выброса, что согласуется с результатами исследований [1-5]. Одновременно с увеличением давления в брюшной полости возникают изменения в дыхательной системе (снижение растяжимости легочной ткани, повышение давления в дыхательных путях). Так, после наложения напряженного карбоперитонеума при ЛСХЭ происходило воз-

растание давления в дыхательных путях, что связано с ограничением дыхательной экскурсии легких. Особенно данные патологические состояния развиваются на фоне имеющихся расстройств дыхательной системы у РУП.

Выводы

Проведенные в данном направлении исследования показывают, что у больных с холециститом с патологией органов дыхания при выполнении ЛСХЭ наступают более выраженные гемодинамические изменения, которые влекут за собой возникновение более частых осложнений в раннем послеоперационном периоде, на что следует обратить внимание при выборе способа оперативного пособия.

Литература

1. Guyton A.C., Hall J.E. Textbook of medical physiology // Philadelphia: WB Saunders, 2000. - 1064 p.
2. Krasna M.J., Flancbaum L. Electrocardiographic changes in cardiac patients with acute gallbladder disease // Am. Surg. - 1996. - V. 52(10). - P. 354-381.
3. Rishimani A.S., Gautam S.C. Hemodynamic and respiratory changes during laparoscopic cholecystectomy with high and reduced intraabdominal pressure // Surg. Laparosc. Endosc. - 2003. - Vol.6, N3. - P.201-204.
4. Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R., et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 Report // JAMA. - 2003. - Vol. 289. - P. 2560-2572.
5. Wu J., Devlieger R., M. Van de Velde, Deprest J. A. Effects of amniotension with carbon dioxide on fetal acid-base status during fetoscopic surgery in a sheep model // Surgical Endoscopy. - 2001. - Vol. 15, N 4. - P. 368-372.

Поступила 01.07.2014 года.

УДК: 616.34-007.272-073.48

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКА НЕПУХЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ

О. М. Люлька, В. І. Ляховський, О. В. Запорожченко, Є. М. Люлька
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»
Міська клінічна лікарня №2, м. Полтава

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА НЕОПУХОЛЕВОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

А. Н. Люлька, В. И. Ляховский, А. В. Запорожченко, Е. Н. Люлька
ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия»
Городская клиническая больница №2, г. Полтава

FEATURES OF DIAGNOSTICS OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION OF NON-TUMORAL ORIGIN

O. Liulka, V. Liakhovskiy, O. Zaporozhchenko, Ye. Liulka
Higher State educational institution of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy»
City clinical. hospital №2, Poltava

Резюме. Гостра непрохідність кишечника займає одне з провідних місць у структурі гострої хірургічної патології. Відсутність високоінформативних критеріїв виявлення непрохідності на ранньому етапі призводить до діагностичних помилок та несвочасності проведення оперативного втручання. У роботі проведено аналіз клінічних, лабораторних та інструментальних методів обстеження при гострій непрохідності кишечника непухлинного походження. Доведено високу діагностичну інформативність ультразвукового дослідження при виявленні непрохідності на етапі її формування у порівнянні з провідним на теперішній час рентгенологічним