

однієї до двох третин товщини стінки, а іноді заглиблюються до адвентиціального шару. В адвентиціальній оболонці спостерігаються склеротичні зміни.

Висновки

Морфологічне дослідження фрагментів аорти з критичною КоА виявило субтотальне або часткове порушення еластогенезу, розвиток стромальної дистрофії та склерозу. Процеси мають необоротний характер і саме тому призводять до фатальних ускладнень. Можливо, розуміння напрямку, характеру і ступеня структурної перебудови аорти допоможе у винаході нових або вдосконаленні вже відомих методик лікування цієї патології та прогнозування післяопераційного стану пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Park M. H. Pediatric cardiology for practitioners / M. H. Park. – Mosby, 2002. – P. 93–109.
2. Aortic arch enlargement and coarctation repair through a left thoracotomy : significance of ductal perfusion / H. Dave, B. Rosser, K. Reineke [et al.] // Europ. J. Cardio-Thorac. Surg. – 2011. – Vol. 41, N 4. – P. 906–912.
3. Carotid-Subclavian Artery Index: New Echocardiographic Index to Detect Coarctation in Neonates and Infant / A. Dodge-Khatami, S. Ott, S. Di Bernardo, F. Berger // Ann Thorac Surg. – 2005. – Vol. 80, N 5. – P. 1652–1657.
4. Карпенко В. Г. Хірургічна корекція коарктації аорти у дітей першого року життя : дис. ... канд. мед. наук / В. Г. Карпенко. – К., 2003. – 121 с.
5. Методики морфологічних досліджень / М. М. Багрій, В. А. Діброва, О. Г. Попадинець, М. І. Гришук ; за ред. М. М. Багрія, В. А. Діброви. – Вінниця : Нова книга, 2016. – 328 с.

Надійшла 25.04.2016

Рецензент д-р мед. наук, проф. В. О. Ситнікова

УДК 616.132-007.271-091-053.2

Т. Є. Нарбутова, Р. Й. Лекан, В. П. Бузовський
МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРНИХ КОМПОНЕНТІВ АОРТИ У ДІТЕЙ З КРИТИЧНОЮ КОАРКТАЦІЄЮ АОРТИ

Критична коарктація аорти (КоА) — вроджена вада серця, яка становить до 10 % від усіх уроджених вад серця і потребує хірургічного лікування у періоді новонародженості. Приблизно у 50 % новонароджених з КоА розвивається виражена серцева недостатність, а летальність становить від 10 до 100 % залежно від її поєднання зі складними вродженими вадами серця.

Морфологічне дослідження з використанням загальногістологічних, гістохімічних, світлооптичних методик виявило наявність порушення еластогенезу, формування вогнищевих або субтотальних дистрофічних і склеротичних процесів у стінці аорти, що призводить до порушення гемодинаміки в ураженому сегменті.

Ключові слова: критична коарктація аорти, морфологія, склероз, дистрофія.

UDC 616.132-007.271-091-053.2

T. Ye. Narbutova, R. Yo. Lekan, V. P. Buzovsky
MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF STRUCTURAL COMPONENTS OF THE AORTA IN CHILDREN WITH CRITICAL COARCTATION OF THE AORTA

The critical coarctation of the aorta (CoA) is congenital heart defect, which makes up 10% of all congenital heart diseases and requires surgery in the neonatal period. Severe heart failure develops in approximately 50% of infants with CoA and mortality ranges from 10% to 100% depending on its combination with complex congenital heart diseases.

Morphological investigation using general histological, histochemical, light microscopic techniques revealed a violation of elastogenesis, formation of focal or subtotal sclerotic and degenerative processes in the wall of the aorta, leading to disturbance of hemodynamics in the affected segment.

Key words: critical aortic coarctation, morphology, sclerosis, degeneration.

УДК 613.346.2-002-089+616.381-089.819

Б. В. Свиридюк¹,
О. В. Іванько^{2, 3}

МАЛОІНВАЗИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ГОСТРОМУ КАЛЬКУЛЬОЗНОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ, УСКЛАДНЕНОМУ ХОЛЕДОХОЛІТАЗОМ, У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

¹ Київська міська клінічна лікарня № 8,

² Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ,

³ Київська міська клінічна лікарня № 1

Вступ

За даними ВООЗ, близько 10 % населення у світі страждає на жовчнокам'яну хворобу, а

кількість хворих зберігає постійну тенденцію до збільшення та зростає за кожне десятиріччя приблизно удвічі [1]. Серед усіх гострих хірургічних за-

хворювань черевної порожнини гострий холецистит становить близько 15–20 % і поступається лише гострому апендициту, а, за даними деяких авторів,

це — найчастіша ургентна абдомінальна патологія [2]. Пацієнти похилого та старечого віку в віковій структурі хворих з гострим ускладненим холециститом становлять 42–53 % [3]. Відомо, що найбільш часта причина гострого холециститу — жовчнокам'яна хвороба [2]. У світі кожного року виконується близько 1,5 млн холецистектомій [4].

Лапароскопічні операції є мінімально інвазивними хірургічними втручаннями, але, з усім тим, також мають свої протипоказання, враховуючи агресивну дію напруженого карбоксиперитонеуму на кардіопульмональний гомеостаз, підвищення тиску в черевній порожнині і, внаслідок цього, погіршення кровотоку у ворітній та нижній порожнистій венах, що стає клінічно значущим у осіб зі зниженими компенсаторними можливостями. Крім того, особливу занепокоєність викликають травматичні uszkodження загальної жовчної протоки під час лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕК), які досягають 0,3–3 % [5]. Після ЛХЕК жовчевитікання, яке спостерігається в 0,3–8 %, пов'язують як із ятрогенними uszkodженнями, так і з додатковими жовчними ходами, які проявляють себе при гострому запаленні жовчного міхура [6]. За даними деяких авторів, є необхідність більш широкого застосування відкритих методик при ускладненнях жовчнокам'яної хвороби на фоні гострих запальних процесів у жовчовивідних шляхах [7]. Нині більшість дослідників вважає, що холецистектомія — найбільш ефективний спосіб лікування гострого холециститу, навіть при ускладненні холедохолітіазом. Але у хворих похилого та старечого віку, які мають тяжку супровідну патологію з де-

компенсацією основних систем життєзабезпечення, виконання холецистектомії супроводжується високим ступенем операційно-анестезіологічного ризику. Тому є тенденція виконувати таким хворим мінімальні за обсягом втручання, спрямовані на зняття гіпертензії у жовчному міхурі [8].

Існує багато способів лікування таких пацієнтів, наприклад: відкрита холецистостомія, відеолапароскопічно контрольоване черезшкірне дренивання жовчного міхура, черезшкірна черезпечінкова мікрохолецистостомія (ЧЧХС) під ультрасонографічним контролем, ендоскопічне назобілярне дренивання позапечінкових жовчовивідних шляхів під контролем холангіоскопії тощо. Сьогодні з'являються нові оригінальні методики холецистектомії з міні-доступу (ХЕКМ), які безпечно та з високою ефективністю дозволяють оперувати хворих різних вікових груп і при гострому холециститі, і при супровідних ускладненнях (холедохолітіаз тощо). Тому ця проблема особливо актуальна.

Мета дослідження — покращання результатів хірургічного лікування пацієнтів похилого та старечого віку, хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений холедохолітіазом, з використанням малоінвазивних методів.

Матеріали та методи дослідження

Проведений аналіз результатів лікування 362 пацієнтів похилого та старечого віку з гострим холециститом, ускладненим холедохолітіазом, за період 2004–2014 рр. Усіх хворих прооперовано за допомогою відкритого хірургічного, ендоскопічного та (або) лапароскопічного втручання. Критеріями розподілу хворих по групах були:

стан пацієнта за ASA, тривалість захворювання (більше або менше 3 діб), наявність або відсутність перитоніту. Відповідно до отриманих результатів з урахуванням предмета дослідження, всіх хворих було розподілено таким чином (табл. 1).

Так як у V та VI групах оперативні втручання були схожими, то науковий інтерес становили 259 пацієнтів, яким виконували різні операції, тобто I та IA, II та IIA, III та IIIA, IV та IVA групи. Згідно з табл. 1, I, II, III та IV групи були контрольними, тоді як IA, IIA, IIIA та IVA — групами дослідження.

У I групі було 34 хворих, яким виконали одномоментну ХЕКМ із холедохолітотомією та ЗДХ. Цю групу порівнювали з IA групою (31 хворий), у якій виконували одномоментну ЛХЕК, холедохолітотомію та ЗДХ. Критеріями включення пацієнтів до цих груп були: ASA I–II категорії, тривалість захворювання менше 3 діб і відсутність перитоніту.

До II групи входили 43 пацієнти, яких було прооперовано в два етапи: 1-й етап — ЕПСТ, 2-й етап — ХЕКМ. Цю групу хворих порівнювали з IIA групою — 48 пацієнтів, яких також було прооперовано в два етапи, але із застосуванням на 2-му етапі ЛХЕК. І в II групі, і в IIA групі дослідження спостерігали ASA I–II категорії, тривалість захворювання була більшою ніж 3 доби, у пацієнтів був відсутнім перитоніт.

До III групи було включено 36 хворих, яким операцію виконували в два етапи: 1-й етап — ХЕКМ (ХЕК) + ЗДХ, 2-й етап — ЕПСТ. Порівняння проводили з IIIA групою (41 хворий), у якій, на відміну від III групи, на 1-му етапі замість відкритої холецистектомії виконували ЛХЕК. У всіх хворих III та IIIA груп

**Оперативні втручання у пацієнтів похилого та старечого віку,
хворих на гострий холецистит, ускладнений холедохолітазом**

Критерії розподілу в групі	Операції, які виконувалися раніше	Операції, які виконуються зараз
ASA I–II категорії, < 3 діб, хворі без перитоніту	<i>I група.</i> Одномоментна ХЕКМ з холедохолітотомією, ЗДХ, n=34	<i>IA група.</i> Одномоментна ЛХЕК, холедохолітотомія, ЗДХ, n=31
ASA I–II категорії, > 3 діб, хворі без перитоніту	<i>II група.</i> 1-й етап — ЕПСТ; 2-й етап — ХЕКМ, n=43	<i>IIA група.</i> 1-й етап — ЕПСТ; 2-й етап — ЛХЕК, n=48
ASA I–II категорії, < > 3 діб, хворі з перитонітом	<i>III група.</i> 1-й етап — ХЕКМ (ХЕК) + ЗДХ; 2-й етап — ЕПСТ, n=36	<i>IIIA група.</i> 1-й етап — ЛХЕК + ЗДХ; 2-й етап — ЕПСТ, n=41
ASA IV категорії, < > 3 діб, хворі без перитоніту	<i>IV група.</i> 1-й етап — холецистостомія; 2-й етап — ЕПСТ; 3-й етап — ХЕКМ, n=12	<i>IVA група.</i> 1-й етап — ЧЧХС; 2-й етап — ЕПСТ; 3-й етап — ХЕКМ, n=14
ASA III категорії, < > 3 діб, хворі без перитоніту	<i>V група.</i> 1-й етап — ЕПСТ; 2-й етап — ХЕКМ, n=28	<i>VA група.</i> 1-й етап — ЕПСТ; 2-й етап — ХЕКМ, n=34
ASA III–IV категорії, < > 3 діб, хворі з перитонітом	<i>VI група.</i> 1-й етап — ХЕКМ + ЗДХ; 2-й етап — ЕПСТ, n=18	<i>VIА група.</i> 1-й етап — ХЕКМ + ЗДХ; 2-й етап — ЕПСТ, n=23

Примітка. ЗДХ — зовнішнє дренування холедоху; ЕПСТ — ендоскопічна папілосфінктеротомія.

дослідження спостерігали ASA I–II категорії, а також обмежений перитоніт. У зв'язку з наявністю перитоніту виконання оперативного втручання у цих пацієнтів не залежало від тривалості захворювання.

У IV групі у 12 пацієнтів виконано операцію в три етапи: 1-й етап — холецистостомія, 2-й етап — ЕПСТ, 3-й етап — ХЕКМ. Цю групу порівнювали з IVA групою (14 пацієнтів), у якій на 1-му етапі замість холецистостомії виконували ЧЧХС. Спільним критерієм відбору для хворих IV та IVA груп була тяжкість стану за ASA IV категорії та відсутність перитоніту. Тривалість захворювання при цьому внаслідок тяжкості стану не враховували. Протипоказаннями до виконання ЧЧХС були: відсутність симптомів внутрішньопечінкової біліарної гіпертензії за результатами УЗД (діаметр внутрішньопечінкових жовчних протоків був меншим 3–4 мм), виражені порушення в системі згортання крові.

Вибір хірургічного доступу залежав від даних дооперацій-

ного обстеження і в кожному випадку вирішувався індивідуально.

Чоловіків у групах дослідження було 37 (27,6 %) осіб, у контрольних — 34 (27,2 %) особи. Жінок у групах дослідження було 97 (72,4 %) осіб, у контрольних — 91 (72,8 %) особа. Крім того, більшість пацієнтів сконцентрована у віковій групі 60–69 років, що становить 76,1 % від усіх хворих у групах дослідження та 65,6 % — у контрольних. Велика кількість спостережень саме в цій групі свідчить про те, що проблема лікування хворих похилого та старечого віку з гострим холециститом має більшу соціальну значущість для людей похилого віку.

Більшість пацієнтів з гострим холециститом мали флегмонозну форму запалення — 214 (82,6 %) випадків. Звертає на себе увагу й те, що багато хворих надійшли до лікарні в 1-шу–3-тю добу з моменту захворювання: 47 (35,1 %) пацієнтів із груп дослідження, 55 (44,0 %) пацієнтів з контроль-

Відповідно до протоколів і стандартів надання медичної допомоги хірургічним хворим з гострим холециститом, ускладненим холедохолітазом, перед виконанням ендохірургічних втручань пацієнтам, крім клініко-лабораторного обстеження, виконували низку інструментальних методів дослідження. При проведенні обстеження ми дотримувалися такого принципу: від менш інвазивного та технічно простого методу дослідження до більш інвазивного та технічно складного.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати порівняльної оцінки лікування хворих I та IA, II та IIA, III та IIIA, IV та IVA груп наведені в табл. 2.

Усього померло 5 (8,2 %) хворих. Післяопераційна летальність дорівнювала: у I групі — 2,9 %, у II групі — 2,3 %, у III групі — 2,8 %, у IVA групі — 16,7 %. У групах дослідження — IA, IIA, IIIA, IVA летальних випадків за час спостереження не виявлено.

Порівняльна оцінка результатів лікування хворих груп дослідження

Показник	Група дослідження							
	I, n=34	IA, n=31	II, n=43	IIA, n=48	III, n=36	IIIA, n=41	IV, n=12	IVA, n=14
Післяопераційна летальність, кількість померлих (%)	1 (2,9)	—	1 (2,3)	—	1 (2,8)	—	2 (16,7)	—
Середній ліжко-день у відділенні інтенсивної терапії хірургії	3,8±0,5 13,8±1,3	1,6±0,1 6,7±0,9	2,1±0,3 8,6±1,1	0,8±0,1 5,9±0,8	3,6±0,5 13,2±1,6	1,8±0,2 8,4±1,2	3,2±0,4 21,7±2,8	1,9±0,2 18,3±2,6
Загальний ліжко-день	17,6±2,1	8,3±0,9	10,7±1,4	6,7±0,8	16,8±1,8	10,2±1,2	24,9±3,2	20,2±2,3
Тривалість призначення аналгетиків після операції медикаментозної терапії	7,2±1,2 9,3±1,4	3,1±0,4 4,8±0,7	5,7±0,9 6,2±1,2	3,8±0,5 4,1±0,6	8,9±1,1 12,7±2,1	4,3±0,8 6,4±1,3	12,6±1,9 12,6±1,9	11,8±1,7 11,8±1,7
Час оперативного лікування, хв	104,6± ±13,4	126,3± ±14,7	59,8± ±6,2**	42,2± ±10,4**	73,4± ±8,2*	64,8± ±7,9*	43,8± ±9,6*	16,7± ±2,3*

Примітка. * — середній час 1-го етапу оперативного лікування; ** — середній час 2-го етапу оперативного лікування.

Середній ліжко-день у відділенні інтенсивної терапії й у відділенні хірургії у хворих груп порівняння був значно вищим, ніж у пацієнтів груп дослідження, що відповідно вплинуло на тривалість загального ліжко-дня. Так, загальний ліжко-день у хворих I групи був у 2,1 разу більшим, ніж у пацієнтів IA групи, у хворих II групи — в 1,6 разу більшим, ніж у пацієнтів IIA групи, у хворих III групи — в 1,7 разу більшим, ніж у пацієнтів IIIA групи, у хворих IV групи — в 1,2 разу більшим, ніж у пацієнтів IVA групи.

Унаслідок меншої травматичності тривалість призначення аналгетиків і медикаментів після операції у хворих груп дослідження була значно меншою, ніж у пацієнтів груп порівняння: в IA групі тривалість призначення аналгетиків після операції у 2,3 разу, медикаментозної терапії — у 1,9 разу; в IIA групі тривалість призначення аналгетиків після операції в 1,5 рази, медикаментозної терапії — у 1,5 рази; в IIIA групі тривалість призначення аналгетиків після операції в 2,1 разу, медикаментозної терапії — в 1,9 разу. У IV та IVA групі три-

валість призначення аналгетиків і медикаментозної терапії після операції була дещо більшою у хворих IV групи.

Загальна кількість післяопераційних ускладнень становила в I групі 18 (52,9 %) випадків, в IA — 2 (6,5 %), в II — 11 (25,6 %), в IIA — 2 (4,2 %), в III — 30 (83,3 %), в IIIA — 3 (7,3 %), в IV — 16 (75 %), в IVA — 5 (35,7 %). При порівнянні у відповідних групах, згідно з отриманими даними, кількість післяопераційних ускладнень в IA групі була нижчою, ніж в I групі, в 8,1 разу, в IIA групі — нижчою, ніж в II групі в 6,1 разу, в IIIA групі — нижчою, ніж в III групі, в 11,4 разу, в IVA групі — нижчою, ніж в IV групі, в 2,1 разу.

З метою вивчення віддалених наслідків у хворих груп дослідження аналізували показники якості життя протягом 6 міс. після оперативного втручання відповідно до опитувальника SF-36 за J. E. Ware (табл. 3). Згідно з отриманими даними, найкращі показники, які свідчать про результати, що задовольняють як лікаря, так і пацієнта, були у хворих груп дослідження. Однак слід відмітити, що подані результати стосу-

ються доволі короткого терміну спостереження, який не враховує віддалені наслідки оперативного втручання, як-от: рецидивний холедохолітіаз, рубцеві стриктури загальної жовчної протоки, хронічний гепатит тощо.

Згідно з табл. 3, через 6 міс. після операції показник фізичного функціонування, зумовлений фізичним станом, був значно вищим у груп дослідження: в IA групі вищим, ніж в I групі, на 17 балів; в IIA групі вищим, ніж в II групі, на 17,3 бала; в IIIA групі вищим, ніж в III групі, на 22,8 бала; в IVA групі вищим, ніж в IV групі, на 17,5 бала. Такі показники свідчать про те, що обмеження у фізичній активності після операції у хворих груп дослідження щодо пацієнтів груп порівняння були найменшими. Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом, було значно вищим у відповідних групах порівняння: в IA — на 23,8 бала, в IIA — на 16,1 бала, в IIIA — на 29,8 бала, в IVA — на 12,6 бала. Суб'єктивна оцінка інтенсивності болю була також вищою у пацієнтів груп дослідження: в IA — на 19,1 бала, в IIA — на 19,4 бала, в IIIA — на 27,9 бала,

Показники якості життя хворих похилого та старечого віку з гострим холециститом, ускладненим холедохолітіазом, через 6 міс. після операції

Показник якості життя	Група дослідження							
	I, n=34	IA, n=31	II, n=43	IIA, n=48	III, n=36	IIIA, n=41	IV, n=12	IVA, n=14
Фізичне функціонування (PF)	61,7±2,9	78,7±3,6	51,9±3,2	69,2±3,1	53,7±2,6	76,5±4,2	48,3±2,4	65,8±3,7
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RP)	56,4±2,7	80,2±4,1	48,6±2,6	64,7±2,6	49,6±2,4	79,4±3,1	46,7±2,3	59,3±2,4
Інтенсивність болю (BP)	58,2±2,8	77,3±3,8	50,4±3,1	69,8±3,4	52,4±2,7	80,3±4,6	52,6±2,7	64,9±3,8
Загальний стан здоров'я (GH)	61,4±3,1	79,6±3,7	64,3±3,4	72,5±3,6	61,8±3,1	78,4±4,2	47,4±2,4	68,1±3,2
Життєва активність (VT)	55,6±2,6	76,4±3,2	46,8±2,7	64,7±2,4	48,4±2,3	79,6±3,9	49,1±2,5	72,6±3,7
Соціальне функціонування (SF)	63,8±3,2	82,3±4,5	52,3±2,8	79,2±3,7	55,2±2,7	83,9±4,3	57,5±3,1	71,5±3,4
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (RE)	54,7±2,7	75,9±3,6	58,1±3,1	73,7±3,8	57,3±2,8	81,8±4,1	48,3±2,6	64,8±3,6
Психічне здоров'я (MH)	57,3±2,9	74,1±3,2	61,4±3,2	74,3±3,2	60,9±3,1	76,4±4,2	52,4±2,8	69,5±3,2

в IVA — на 12,3 бала. Відповідно до основних фізичних показників, загальний стан здоров'я більшість пацієнтів груп дослідження оцінили значно вищим, ніж хворі груп порівняння: в IA — на 18,2 бала, в IIA — на 8,2 бала, в IIIA — на 16,6 бала, в IVA — на 20,7 бала.

Показники психологічного компонента здоров'я (життєва активність, соціальне функціонування, рольове функціонування, зумовлене емоційним станом, психічне здоров'я) після операції були також вищі у хворих груп дослідження, ніж у пацієнтів груп порівняння, що відповідно корелює з показниками фізичного компонента.

Висновки

1. Малоінвазивні оперативні втручання у хірургії гострого калькульозного холециститу, поєданого з холедохолітіазом, у хворих похилого та старечого віку є методом вибору. Вид оперативного втручання залежить від соматичного статусу хворого, клініко-морфологічних форм захворювання.

2. Хворим II категорії та нижче за ASA без перитоніту з три-

валістю захворювання до 3 діб показана одноетапна лапароскопічна холецистектомія з холедохолітоекстракцією через міхурову протоку або холедохотомічний отвір при відповідному діаметрі загальної жовчної протоки та конкремента.

3. Хворим II категорії та нижче за ASA без перитоніту з тривалістю захворювання більше 3 діб показано на 1-му етапі виконання ендоскопічної папіло-сфінктеротомії з холедохолітоекстракцією, на 2-му — лапароскопічної холецистектомії.

4. Хворим з IV категорією за ASA необхідно застосовувати переважно короткочасні, малоінвазивні етапні методи хірургічного лікування: черезшкірно-черезпечінкову холецистостомію або холангіостомію з подальшою ендоскопічною папіло-сфінктеротомією та холецистектомією.

5. Використання лапароскопічних (ендовідеоскопічних) технологій під час лікування гострого калькульозного холециститу, ускладненого холедохолітіазом, порівняно з групою хворих після відкритих втручань (міні-доступом), достовір-

но покращує показник якості життя при оцінці за допомогою критеріїв опитувальника SF-36.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кононенко С. Н. Диагностика механической желтухи и пути повышения эффективности миниинвазивных технологий, направленных на ее ликвидацию / С. Н. Кононенко, С. В. Лимончиков // Хирургия. – 2011. – № 9. – С. 4–10.

2. Выбор метода лечения острого деструктивного холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста / В. А. Лазаренко, Н. К. Горшунова, С. Н. Григорьев [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – № 5. – С. 273–276.

3. Луцевич О. Э. К вопросу о тактике хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с деструктивным холециститом / О. Э. Луцевич, А. А. Амиханов, А. С. Урбанович // Эндоскопическая хирургия. Приложение. Тезисы докладов XVII съезда Российского общества эндоскопических хирургов. – 2014. – № 1. – С. 236–237.

4. Рамазанова А. Р. Результаты холецистэктомии из мини-доступа у больных старших возрастных групп с заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы / А. Р. Рамазанова, В. К. Попович, С. Р. Добровольский // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – 2011. – № 4. – С. 61–64.

5. Хірургічне лікування жовчнокам'яної хвороби, що ускладнена об-

тураційним холестаазом, у хворих літнього віку / Р. С. Шевченко, С. І. Шевченко, Ю. П. Гніденко, М. А. Селезньов // Харківська хірургічна школа. – 2012. – № 3. – С. 136–140.

6. *Ничитайло М. Ю.* Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия / М. Ю. Ничитайло, А. В. Скумс. – К. : Макком, 2006. – 344 с.

7. *Le V. H.* Conversion of laparoscopic to open cholecystectomy in the current era of laparoscopic surgery / V. H. Le, D. E. Smith, B. L. Johnson // *Am Surg.* – 2012. – № 12. – P. 1392–1395.

8. *Nielsen L. B.* Cholecystectomy for the elderly: no hesitation for otherwise healthy patients / L. B. Nielsen, K. M. Harboe, L. Bardram // *Surg Endosc.* – 2014. – № 1. – P. 171–177.

Надійшла 25.02.2016

Рецензент д-р мед. наук,
проф. В. Є. Вансович

УДК 613.346.2-002-089+616.381-089.819

Б. В. Свиридчук, О. В. Іванько

МАЛОІНВАЗИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ГОСТРОМУ КАЛЬКУЛЬОЗНОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ, УСКЛАДНЕНОМУ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ, У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

У статті наведені дані щодо покращання лікування пацієнтів похилого та старечого віку, хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений холедохолітазом, з використанням малоінвазивних методів.

Проведене дослідження базується на аналізі результатів лікування 362 пацієнтів похилого та старечого віку з гострим холециститом, який був ускладнений холедохолітазом. Критеріями розподілу хворих були: стан пацієнта за ASA, тривалість захворювання (більше або менше 3 днів), наявність або відсутність перитоніту. Вид оперативного втручання залежав від соматичного статусу хворого, клініко-морфологічних форм захворювання.

Використання лапароскопічних (ендовідеоскопічних) технологій під час лікування гострого калькульозного холециститу, ускладненого холедохолітазом, порівняно з групою хворих після відкритих втручань (міні-доступом), достовірно покращує показник якості життя при оцінці за допомогою критеріїв опитувальника SF-36.

Ключові слова: гострий калькульозний холецистит, холедохолітаз, похилий вік.

UDC 613.346.2-002-089+616.381-089.819

B. V. Sviridyuk, O. V. Ivanko

MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS FOR ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS COMPLICATED WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS IN PATIENTS ELDERLY AND OLD AGE

The article presents data on the improvement of the treatment of acute calculous cholecystitis in patients with middle and old age, which is complicated by choledocholithiasis using minimally invasive techniques.

The study is based on analysis of results of treatment of 362 patients of elderly and senile patients with acute cholecystitis, which was complicated by choledocholithiasis. The criteria for the distribution of the patients were of the patient on the ASA, disease duration (more or less than 3 days), the presence or absence of peritonitis. Type of surgery was depended on the physical status of the patient, clinical and morphological forms of the disease.

The use of laparoscopic (endovideoscopic) technology for the treatment of acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis, compared with the group of patients after open surgery (Mini Access) significantly improves the quality of life index in the evaluation of criteria using the SF-36 questionnaire.

Key words: acute cholecystitis, choledocholithiasis, old age.

УДК 616-091:618.14-002

Г. Ю. Гончаренко

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ

Одеський національний медичний університет

Сьогодні проблема ендометріозу та його різновиду — аденоміозу досить актуальна та викликає безліч питань у представників різних медичних спеціальностей і в першу чергу гінекологів: методи діагностики, ефективність застосованої терапії, профілактика захворювання.

Ендометріоз — досить розповсюджене захворювання, яке уражує приблизно 176 млн жінок. Переважно це жінки ре-

продуктивного віку, кількість яких, за даними різних авторів, коливається від 12 до 51 % [1; 3]. Відомо, що у США саме ендометріоз є причиною близько 30 % усіх гістеректомій. У структурі гінекологічних захворювань ендометріоз посідає третє місце після запальних процесів і лейоміоми матки [3]. Частота виявлення зазначеної патології у пацієнок з безплідністю становить у середньому 35–44 %, а іноді сягає і 48 %. У пере-

важної більшості випадків виявляється генітальний ендометріоз (92–94 %), значно рідше — екстрагенітальний ендометріоз (6–8 %) [4]. Кожна десята жінка репродуктивного віку хвора на ендометріоз, 2/3 з них — віком до 30 років, 1/5 — до 19 років [8]. За різними даними, частота виявлення ендометріозу у жінок у постменопаузі — 2–5 % [8].

Щодо оцінки своєчасності діагностування і призначення ефективних методів лікування,