

дітям із хронічним ангіохолециститом і дискінезією жовчовивідних шляхів, переважно з гіперкінетичним варіантом. Чотирьом хворим із хронічною патологією шлунка з переважанням зниженої кислототвірної функції пепсиму як симптоматичний засіб був рекомендований для активації шлункової секреції. Дітям із синдромом подразненого кишечника (3 особи) з домінуванням запорів ферментний препарат призначали з урахуванням послаблювальної дії ефірних олій кардамону і ммину. Ферменти пепсиму, поліпшуючи процеси перетравлення й всмоктування їжі, сприяють збільшенню обсягу кишечкового вмісту, поліпшуючи тим самим пасаж його по товстій кишці [4; 5]. З урахуванням стимуляції моторної функції травної системи компонентами пепсиму, ферментний препарат як симптоматичний засіб отримували 2 дітей з гастроєзофагальною рефлюксною хворобою [5; 6].

Побічні дії пепсиму спостерігалися у 2 дітей у вигляді транзиторної нудоти (5,3 %).

Включення пепсиму як симптоматичного засобу до патогенетичної терапії захворювань травної системи у дітей сприяло позитивній динаміці основних клінічних симптомів цієї патології (див. табл. 2).

Поліпшення загального самопочуття, поява апетиту, зникнення нудоти, відрижки, печії відмічалися у 84,2 % дітей (16 осіб) до кінця 2-го тижня терапії. Больовий абдомінальний синдром, включаючи біль у правому підребер'ї, купірувався у 73,6 % хворих (14 осіб) до 7-го дня лікування. Нормалізація випорожнення спостерігалася у 66,6 % дітей (8 осіб з 12), що мали прояви діареї. Препарат сприяв відновленню моторної функції кишечника у 57,1 % хворих (4 особи з 7), що страждали на запори, до моменту виписування зі стаціонару (через 3 тиж). Купірування явищ метеоризму, здуття живота відзначалося у 73,6 % дітей (14 осіб) до 10–12-го дня терапії. Біохімічні показники, що свідчать про функціональний стан гепатобіліарної системи, при повторному визначенні також були у межах вікової норми.

Висновки

Таким чином, включення ферментного препарату «Пепсим» як симптоматичного засобу до патогенетичної терапії хронічних захворювань травної системи у дітей доцільне, безпечно і дозволяє сформулювати такі висновки.

1. Використання ферментного препарату «Пепсим» у

комплексній терапії хронічних захворювань органів травлення у дітей не викликає алергічних реакцій, дисфункції шлунково-кишкового тракту та інших побічних дій.

2. Застосування ферментного препарату «Пепсим» потенціює терапевтичну дію комплексного лікування хронічних захворювань травної системи у дітей, сприяючи купіруванню больового синдрому і нормалізації випорожнення.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л.* Гастроэнтерология XXI века // Рус. мед. журнал. — 2000. — Т. 8. — № 17. — С. 697-703.

2. *Ивашкин В. Т.* Некоторые направления развития гастроэнтерологии и гепатологии (обзор) // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатологии. — 1996. — Т. 6. — № 1. — С. 8-13.

3. *Запрудников А. М.* Ферментные препараты и ингибиторы ферментов в детской гастроэнтерологии // Педиатрия. — 1998. — № 3. — С. 65-68.

4. *Коваленко В. М.* Системная энзимотерапия // Лікування та діагностика. — 1996. — № 4. — С. 33-35.

5. *Губергриц Н. Б.* Возможности клинического применения ферментного препарата «Пепфиз» // Сучасна гастроентерологія. — 2001. — № 4. — С. 26-29.

6. *Охлобыстин А. В., Баярмаа Н.* Применение пищеварительных ферментов в гастроэнтерологической практике // Рус. мед. журнал. — 2001. — № 13-14. — С. 598-601.

УДК 616.124.6-007.253-6:616.214.3-007

К. Б. Бабаджанов

БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ І ВІДДАЛЕНІ УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯ ПАЛІАТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТЕТРАДОЮ ФАЛЛО

Інститут серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова АМН України, Київ

Вступ

Тетрада Фалло (ТФ) залишається однією з найбільш поширених природжених серцевих аномалій. На її частку припадає до 10 % усіх природжених вад серця. До 1 року

життя без операції гинуть 35 % хворих [1].

Немає єдиної думки щодо вибору оптимальної оперативної техніки та часу хірургічного лікування ТФ [1–3]. Особливостями внутрішньосерцевої гемодинаміки при цій ваді

є те, що порожнина лівого шлуночка (ЛШ) у більшості випадків недостатньо розвинута і має малий об'єм. Це, по-перше, пов'язано зі зменшенням переднавантаження через зниження легеневого кровотоку, а по-друге, — з відносно неве-



ликим післянавантаженням, тому що основну насосну роботу при декстрапозиції аорти виконує правий шлуночок (ПШ) [2].

Зниження віку для виконання радикальної корекції (РК) ТФ зменшує час існування вади серця і пов'язане з цим посилення гіпоксемії, а також розвиток необоротних стадій гіпертрофії міокарда ПШ. Однак одним з основних факторів, що лімітують показання до радикального оперативного втручання в ранньому віці, є величина кінцево-діастолічного індексу ЛШ (КДІлш) [4]. Для збільшення КДІлш, на думку багатьох авторів, слід проводити двоетапну корекцію, першим етапом якої є накладення анастомозу [5].

Ще однією метою накладення анастомозу є зниження гіпоксії, ціанозу і поліцитемії, а також можливості виникнення задишково-ціанотичного нападу (ЗЦН) [6]. Як відзначає у своїх роботах G. Gladman [7], анастомоз змінює гемодинаміку таким чином, що з'являється можливість для росту легеневого судинного дерева і збільшення об'єму ЛШ, що у свою чергу готує пацієнта до наступної радикальної корекції вади.

Втім, у багатьох провідних кардіохірургічних клініках використовують протокол, що виключає шунтуючі операції при лікуванні ТФ [8]. Однак у публікаціях G. G. Fermanis [5] відзначається, що паліативні операції проводяться більш ніж у 30 % випадків хірургічного лікування ТФ.

Виходячи з описаної проблематики питань, що стосуються доцільності виконання двоетапного хірургічного лікування ТФ, метою роботи було вивчення безпосередніх результатів і віддалених ускладнень паліативних операцій у пацієнтів з ТФ.

Матеріали та методи дослідження

Група обстеження складалася з 121 пацієнта, яким у період з 1995 по 2002 рр. було виконано накладення системно-легеневого анастомозу. Вік хворих на момент операції коливався від 3 міс до 14 років (у середньому 12 міс), середня маса дорівнювала (15,3±4,6) кг.

Вихідну тяжкість стану пацієнтів характеризував високий відсоток ЗЦН — 89,3 % випадків, низький рівень насичення артеріальної крові киснем — у середньому (71,4±5,3) %, підвищений рівень гемоглобіну — в середньому (185±25,9) г/л і гематокриту — в середньому (58,4±8,9) %.

Усім хворим, крім загальноклінічних досліджень (ЕКГ, ФКГ, Ехо-КГ і рентгенографії грудної клітки), проводили внутрішньосерцеве обстеження, що включало катетеризацію правих та лівих відділів серця, селективну ангіокардіографію, аксіальну легеневу артеріографію й аортографію.

У групі обстежених пацієнтів відзначалося зменшення розмірів порожнини ЛШ (КДІлш від 7 до 68 мл/м², у середньому (23,8±11,2) мл/м²). Фракція викиду ЛШ становила (70±8,4) %. Діаметр стовбура легеневої артерії (ЛА) дорівнював (0,8±0,15) см, права гілка ЛА при цьому мала діаметр (0,5±0,12) см, ліва — (0,49±0,01) см.

Індекс Nakata знаходився в межах від 25 до 142 мм²/м².

При виконанні паліативних процедур найчастіше використовувався модифікований анастомоз Blalock — Taussig — у 91 (75,2 %) хворого. У 10 (8,3 %) пацієнтів накладено класичний анастомоз Blalock — Taussig. Анастомози Cooley і Dawidson було виконано у 3 (2,5 %) пацієнтів. «Регульований» анастомоз використано в 11 (9 %) хворих. Рентгеноендоваскулярна дилатація (РЕД) виконувалася у 6 (5 %) пацієнтів.

Результати дослідження та їх обговорення

Післяопераційні ускладнення після першого етапу лікування були зареєстровані в 69 (57 %) з 121 пацієнта (табл. 1). У 7 (5,8 %) пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді виникли ускладнення, що потребували хірургічної ревізії анастомозу. Трапилося 3 кровотечі з місць проколів у зоні судинного шва.

Із 13 тромбозів 1 виник у пацієнта з класичним анастомозом Blalock — Taussig через недостатню довжину підключичної артерії, що спричинила перегин правої гілки ЛА. В інших випадках тромбози виникли в пацієнтів з модифікованим анастомозом (у 4 — в ранньому післяопераційному періоді, у 8 — у віддаленому).

Видалення парапротезної сіроми, що утворилася в 4

Таблиця 1

Ранні ускладнення після накладення анастомозів, n=121

Вид ускладнень	Кількість пацієнтів (% від загальної кількості обстежених)
Кровотеча	7 (5,8)
Тромбоз анастомозу	13 (10,7)
Гіпофункція анастомозу	19 (15,7)
Парапротезна сірома	4 (3,3)
Аневризма підключичної артерії в ділянці анастомозу	2 (1,7)
Дихальна недостатність	5 (4,1)
Серцева недостатність	19 (15,7)
Усього	69 (57)



пацієнтів на 3-тю–4-ту добу після накладення модифікованого анастомозу Blalock — Taussig за допомогою судинного протеза “Gore-Tex”, проводилося в плановому порядку.

Три випадки виникнення дихальних розладів були пов’язані з несприятливим преморбідним фоном пацієнтів — перенесеними напередодні операції бронхопневмоніями, з одного боку, і необхідністю невідкладного хірургічного втручання, обумовленого частими ЗЦН, з другого. У 2 інших випадках причиною була травматичність операції з тривалою експозицією відкритої плевральної порожнини.

Серцева недостатність проявилася в 19 пацієнтів з малою порожниною ЛШ (КДІлш < 8 мл/м²).

Ранні післяопераційні ускладнення у вигляді серцевої та дихальної недостатності потребували більш тривалого перебування хворих у відділенні реанімації і тривалішої госпіталізації загалом (табл. 2).

За даними табл. 2, хірургічні ускладнення вірогідно не впливали на терміни госпіталізації хворих на першому етапі лікування (P=0,4 і P=0,7 відповідно). Тим же часом серцева і дихальна недостатність значно подовжували період перебування пацієнтів у реанімації: (16,1±3,4) дня порівняно з (3,4±1,3) дня — впливали на період загальної госпіталізації: (26,5±7,2) дня проти (8,1±1,1) дня.

Під час аналізу ускладнень, що виникають при накладанні різних видів анастомозів, було виявлено, що при викорис-

танні модифікованого анастомозу Blalock — Taussig кількість ускладнень у ранньому післяопераційному періоді була вірогідно вищою порівняно з використанням класичної методики накладення анастомозу за Blalock — Taussig (відповідно 20 і 73,6 %). При використанні «регульованого» анастомозу відсоток ускладнень був мінімальним і становив 0,9 % випадків. Анастомози, виконані за методикою Cooley і Dawidson (у 2 і 1 пацієнтів відповідно), ускладнень не давали.

Аналізуючи виникнення дисфункції анастомозів у віддаленому періоді методом Каплана — Мейера, виявили, що 97,1 % — 87,5 % — 73,1 % — 20,2 % пацієнтів залишаються вільними від проблем, пов’язаних із функціонуванням шунта, протягом відповідно 100 — 300 — 500 — 800 днів (рисунок).

Отже, оптимальний період існування анастомозу між двома етапами хірургічного лікування ТФ становив 100 днів, оскільки ймовірність зниження функції шунта або його тромбозу протягом цього періоду часу мінімальна.

Висновки

1. Післяопераційні ускладнення після паліативних операцій при ТФ були зареєстровані у 57 % випадків. Найбільший відсоток ускладнень становили серцева недостатність (15,7 %), гіпофункція анастомозу (15,7 %) і тромбоз анастомозу (10,7 %).

2. При використанні модифікованого анастомозу Blalock — Taussig кількість ускладнень у ранньому післяопераційному періоді була вірогідно вищою порівняно з використанням класичної методики накладення анастомозу за Blalock — Taussig (відповідно 20 і 73,6 %). При використанні «регульованого» анастомозу відсоток ускладнень був мінімальним і становив 0,9 % випадків.

Таблиця 2

Терміни перебування в стаціонарі пацієнтів залежно від розвитку ранніх післяопераційних ускладнень, n=121

Тривалість перебування пацієнта	Пацієнти без ускладнень, n=52	Пацієнти з хірургічними ускладненнями, n=26	Пацієнти з нехірургічними ускладненнями, n=43
У реанімації	3,4±1,3	6,1±1,7	16,1±3,4
У стаціонарі	8,1±1,1	12,9±4,2	26,5±7,2

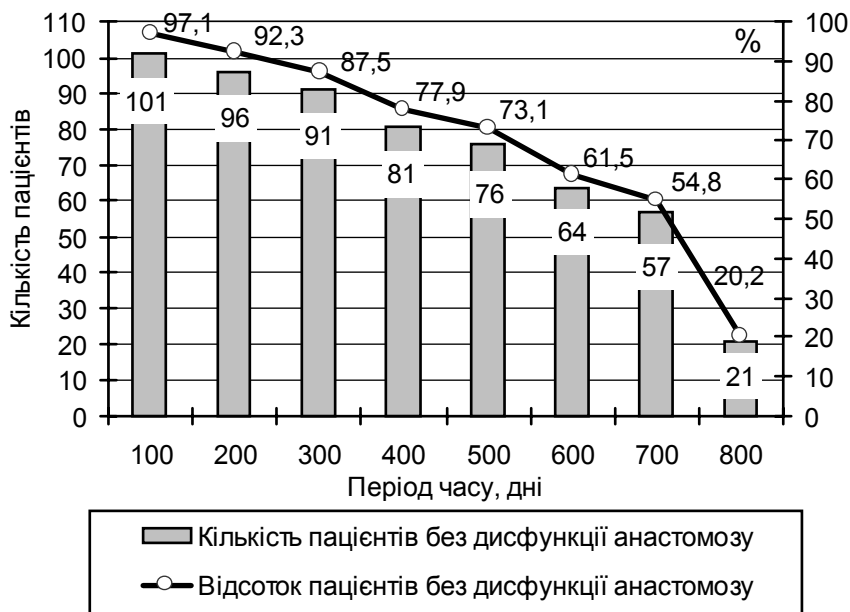


Рисунок. Частота розвитку дисфункції анастомозів у групі дослідження, оцінена методом Каплана — Мейера за 26 міс, n=104

3. Оптимальний період існування анастомозу між двома етапами хірургічного лікування ТФ становив 100 днів, оскільки ймовірність зниження функції шунта або його тромбозу протягом цього періоду часу мінімальна.

ЛІТЕРАТУРА

1. Kirklin J. W., Barrat-Boyes B. G. Cardiac surgery: morphology, diagnostic criteria, natural history, techniques, results and indications.— 2nd ed. — N. Y.: Churchill Livingstone Inc., 1993. — С. 701-799.

2. Jonsson H., Ivert T., Brodin L. Echocardiographic findings in 83 patients 13-26 years after intracardiac

repair of tetralogy of Fallot // Eur. Heart J. — 1995. — N 16. — P. 1255-1263.

3. Left ventricular volume as a predictor of postoperative hemodynamics and a criterion for total correction of tetralogy of Fallot / S. Nomoto, R. Muraoka, M. Yokota et al. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 1984. — N 88. — P. 389-394.

4. Reddy V. M., Liddicoat J. R., Elhinney D. B. Routine primary repair of tetralogy of Fallot in neonates and infants less than three months of age // Ann. Thorac. Surg. — 1995. — N 60. — P. 592-896.

5. Fermanis G. G., Ekangaki A. K., Salmon A. P. Twelve year experience with the modified Blalock-Taussig shunt in neonate // Eur. J. Cardio-

thorac. Surg. — 1992. — N 6. — P. 586-589.

6. Hennein H. A., Mosca R. S., Urcelay G. Intermediate results after complete repair of tetralogy of Fallot in neonates // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 1995. — N 109. — P. 332-344.

7. Gladman G., Crindle B. W., Williams W. G. The modified Blalock-Taussig shunt: clinical impact and morbidity in Fallot's tetralogy in the current era // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 1997. — N 114. — P. 25-30.

8. Stellin G., Milanesi O., Rubino M. Repair of tetralogy of Fallot in the first six months of life: transatrial versus transventricular approach // Ann. Thorac. Surg. — 1995. — N 60. — P. 588-591.

УДК 618.3-06:616.8-009.24:159.942-055.26

С. Р. Галич

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВАГІТНИХ ІЗ ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Сьогодні прееклампсія залишається однією із найактуальніших проблем у сучасному акушерстві. Високі показники перинатальної захворюваності та смертності, зростання частоти атипичних форм патології, значні матеріальні витрати, обумовлені необхідністю використання численних медикаментів, роблять проблему актуальною не лише з медичної, а й із соціальної точки зору [2; 7].

Відомо, що фізіологічний перебіг вагітності забезпечується певними адаптаційними змінами всіх органів і систем материнського організму. З точки зору сучасних знань, прееклампсія — синдром дизадаптації, а її клінічні ознаки — це прояви поліорганної і полісистемної функціональної недостатності [2; 9]. Досі триває пошук ранніх методів прогнозування та розробка методів

адекватної корекції цього ускладнення вагітності. З точки зору єдності психічного та соматичного в організмі, значний інтерес становлять особистісні характеристики жінок із фізіологічною та ускладненою вагітністю.

Дослідження, проведені авторитетними науковцями, продемонстрували наявність змін психічного стану в 70 % обстежених вагітних та роділець [1; 3; 5]. З метою зменшення ускладнень при пологах вітчизняними вченими і практиками розробляються та впроваджуються багатьох років з успіхом застосовуються методики психопрофілактичної підготовки до пологів [6; 10]. Незважаючи на те, що останніми роками ширше вивчалися особливості психосоматичного стану пацієнток, досі немає чітких даних щодо особистісних характеристик жінок, що обумовлюють ускладнений перебіг вагітності. Одночасно клінічна практика

свідчить про те, що психологічний та емоційний стан пацієнток нерідко стає значущим фактором у перебігу захворювань і визначає ефективність проведеного лікування.

Мета роботи — встановити особливості психоемоційного стану жінок, вагітність яких ускладнилася прееклампсією.

Матеріали та методи дослідження

Нами проведено клініко-психологічне обстеження 190 жінок, які були розподілені на три клінічні групи. Перша група складалась із 20 здорових невагітних жінок. До другої групи увійшли 60 здорових жінок, вагітність яких перебігала фізіологічно. Третю групу сформовано із 110 пацієнток, вагітність яких ускладнилася прееклампсією різних ступенів тяжкості. Обстеження жінок проводили до вагітності і повторювали у різні терміни гестації. Під час обстеження вивчали скарги

