

2) Приведенный клинический пример показывает возможности диагностики ПБ основанный, в первую очередь, на тщательном анализе клинической картины и анамнеза заболевания.

3) Несмотря на редкость встречаемости этого заболевания, о нем необходимо помнить не только семейным врачам и врачам-ревматологам, но и хирургам, чтобы оградить пациента от множественных необоснованных хирургических вмешательств. В нашем случае, правильный диагноз пациенту не был установлен в течении 13 лет, своевременная его постановка, позволила бы лишить его многолетних страданий и вовремя начать патогенетическое лечение, что в свою очередь разрешило бы снизить риск развития дальнейших осложнений ПБ.

#### *Литература:*

1. Амарян Г. Г., Саркисян Т. Ф., Айрапетян А. С. Семейная средиземноморская лихорадка у детей (периодическая болезнь): клинические и генетические аспекты. Методическое пособие. - Ереван: Медицинский комплекс «Арабкир» – Институт здоровья детей и подростков, 2012. – 84 с.
2. Арутюнян В. М. Этнические и генетические факторы, обменно-дистрофические и клинко-функциональные нарушения в патогенезе периодической болезни. - Ереван: Авторское издание, 2004. – 344 с.
3. Арутюнян В. М., Акопян Г. С. Периодическая болезнь (этиопатогенетические и клинические аспекты). – М.: Медицина, 2000. – 304 с.
4. Виноградова О. М. Периодическая болезнь. - М.: Медицина, 1973. – 200 с.
5. Григорян С. Х. Хирургические аспекты абдоминальных пароксизмов периодической болезни // Вестник хирургии. - 2004. - № 6. – С. 17 - 20.
6. Малкоч А. В. Периодическая болезнь и амилоидоз у детей // Лечащий врач. – 2008. – N 1. – С. 11 - 18
7. Свиницкий А. С., Яременко О. Б., Пузанова О. Г., Хомченкова Н. И. Ревматичні хвороби та синдроми. - К.: Книга плюс, 2006. – 680 с.
8. Щербакова М. Ю., Ярошевская О. И., Гуревич О. Е., Высоцкая Т. А., Долгина Е. Н., Пронина Л. А. Случай периодической болезни с исходом в амилоидоз у мальчика 15 лет // Педиатрия. – 2006, № 4. – С. 111 - 114.
9. Majeed H. A., Barakat M. Familial Mediterranean fever (recurrent hereditary polyserositis) in children: analysis of 88 cases. // Eur. J. Pediatrics. – 1989. – Vol. 11.- P. 636 - 641.
10. Pras E. What is Familial Mediterranean Fever? // FMF II International conference. Lectures. – 2000. – P. 8 - 13.

Работа поступила в редакцию 18.11.2013 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.366-089.87-072.1-089.5

*І. С. Полінчук, І. М. Полінчук, Є. Ю. Гардубей*

## **АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЙ**

КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня»

**Реферат.** І. С. Полінчук, І. М. Полінчук, Є. Ю. Гардубей  
**АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ.** *Цель исследования:* повысить качество и безопасность анестезиологического обеспечения при лапароскопических холецистэктомиях (ЛСХЭ). **Материалы и методы.** Исследование базируется на материалах работы отделения анестезиологии и интенсивной терапии (ОАИТ) и хирургического отделения КУ «Херсонская городская клиническая больница»

**Результаты и обсуждение.** За период 1994-2012 г.г. было выполнено 4292 видеоскопических оперативных вмешательств, без учета торакоскопических и артроскопических операций. Удельный вес ЛСХЭ составил 95,85% (4114 вмешательства). Т. к. оперативное вмешательство выполняется в условиях искусственного пневмоперитонеума (ПП), анестезиологическое обеспечение при ЛСХЭ имеет ряд особенностей. Например, оперативное вмешательство при ПП можно выполнять с поддержкой внутрибрюшного давления не выше 15 мм рт.ст., иногда – до 10 мм рт.ст. При таком уровне ПП клинически значимые гемодинамические расстройства наблюдаются редко. Уровень ПП 15 мм рт.ст. позволяет безопасно выполнять ЛСХЭ даже у пациентов с тяжелой патологией ССС. Кроме того, использование положительного давления в конце выдоха при ИВЛ позволяет преодолеть респираторные расстройства, которые имеют место при ПП.

**Ключевые слова:** лапароскопическая холецистэктомия, анестезиологическое обеспечение, искусственный пневмоторакс, внутрибрюшное давление.

**Реферат.** І. С. Полінчук, І. М. Полінчук, Є. Ю. Гардубей **АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЙ.** *Мета дослідження:* підвищити якість та безпеку анестезіологічного забезпечення при лапароскопічних холецистектоміях (ЛСХЕ). *Матеріали та методи.* Дослідження ґрунтується на матеріалах роботи відділення анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) та хірургічного відділення комунального закладу «Херсонська міська клінічна лікарня» КЗ «ХМКЛ». *Результати та їх обговорення.* За період 1994-2012 р.р. було виконано 4292 відеоскопічних оперативних втручань, без урахування торакоскопічних та артроскопічних операцій. Питома вага ЛСХЕ склала 95,85% (4114 втручань). Оскільки оперативне втручання виконується в умовах штучного пневмоперитонеуму (ПП), анестезіологічне забезпечення при ЛСХЕ має ряд особливостей. Наприклад, оперативні втручання при ПП можливо виконувати з підтримкою внутрішньочеревного тиску не вище 15 мм рт.ст., інколи – до 10 мм рт.ст. При такому рівні ПП клінічно значимі гемодинамічні розлади спостерігаються рідко. Рівень ПП 15 мм рт.ст. дозволяє безпечно виконувати ЛСХЕ навіть у пацієнтів з важкою патологією серцево-судинної системи. Крім того, використання позитивного тиску в кінці видиху при ШВЛ дозволяє подолати респіраторні розлади, що спостерігаються при ПП.

**Ключові слова:** лапароскопічна холецистектомія, анестезіологічне забезпечення, штучний пневмоторакс, внутрішньочеревний тиск.

**Summary.** I. S. Polinchook, I. M. Polinchook, E. Yu. Gardubey **ANESTESIOLOGY AT LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY.** *Objective:* to improve quality and safety of anesthesiological support at laparoscopic cholecystectomies. *Materials and methods:* The research has been done on the base of the department of anesthesiology and intensive care and surgical department of MI “Kherson Municipal Clinical Hospital”.

**Resulta and discussion.** From 1994 till 2012 4292 videoscopic operative interventions were made (without toracosopic and arthroscopic operations). The amount of laparoscopic cholecystectomies is 95,85% (4114 interventions). As operative intervention is made at artificial pneumoperitoneum, anesthesiology has some perculiarities. Foe example, operative interventions at pneumoperitoneum may be done with the support of intraabdominal pressure not more than 15 mm Hg., sometimes – till 10 mm Hg. At such level of pneumoperitoneum clinically important disturbances of hemodynamica are obsereved rather seldom. The level of pneumoperitoneum 15 mm Hg allows to conduct laparoscopic cholecystectomies even at the patients with hard pathology of cardio-vascular system. Besides the use of the positive pressure at the end of expiration at artificial pulmonary ventilation allows to overpass respiratory disturbances which may occur at pneumoperitoneum.

**Key words:** laparoscopic cholecystectomy, anesthesiologic support, artificial pneumothorax, intra-abdominal pressure.

**Актуальність теми.** Початок 90-х років минулого століття ознаменувався появою та бурхливим розвитком принципово нового напрямку в хірургії - малоінвазивних втручань з використанням відеотехніки. Ця технологія має різні назви, але одну спільну принципову

суть. Не вдаючись у технічні подробиці, слід відмітити, що оперативне втручання виконується дистанційно, за допомогою маніпуляторів, якими керує хірург, під контролем відеокамери. Беззаперечними перевагами малоінвазивних втручань є мала травматичність (зменшення травмування тканин мінімізує пошкодження ендотелію судин, що значно зменшує викид тканевого тромбoplastину, який є пусковим моментом тромбоутворення), мінімальна крововтрата, можливість детального (відеотехніка дозволяє збільшувати операційне поле в багато разів) огляду місця оперативного втручання. Крім цього, скоріше – внаслідок цього, дана технологія дозволяє активізувати пацієнтів вже вдень оперативного втручання, що є найкращим методом профілактики тромбоемболії легеневої артерії та легеневих ускладнень. До переваг методу також слід віднести скорочення терміну лікування пацієнтів в умовах стаціонару, що зменшує ризик внутрішньолікарняного інфікування. Не менш важливим є зведення до мінімуму ризику розвитку післяопераційних гриж в тих випадках, коли мова йде про оперативні втручання на органах черевної порожнини або тазу. Малоінвазивні технології відносяться до стратегічних напрямків сучасної хірургії. Роль анестезіології в цьому процесі – безпека пацієнта в періопераційному періоді.

**Мета дослідження:** підвищення якості та безпеки анестезіологічного забезпечення при лапароскопічних холецистектоміях (ЛСХЕ).

**Для досягнення поставленої мети поставлені наступні завдання:** 1) проаналізувати обставини та умови, які вважаються обмеженням або протипоказанням до виконання ЛСХЕ; 2) запропонувати (у співпраці з хірургами) методи, які б дозволили розширити показання до ЛСХЕ, нівелювати ускладнення та негативні інциденти, які пов'язані з даною технологією.

**Матеріали та методи.** Дослідження ґрунтується на матеріалах роботи відділення анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) та хірургічного відділення комунального закладу «Херсонська міська клінічна лікарня» КЗ «ХМКЛ».

**Результати та їх обговорення.** За період 1994-2012 р.р. у хірургічному відділенні КЗ «ХМКЛ», без урахування торакокопічних та артроскопічних операцій, було виконано 4292 відеоскопічних оперативних втручань, структура яких наведена в табл. 1. В розділ «інші оперативні втручання» включені: апендектомії, симпатектомії, геміколектомії, гєрніопластики, загальною кількістю 94. Питома вага ЛСХЕ склала 95,85% (4114 втручань).

В усіх названих випадках виконувалась внутрішньовенна анестезія з м'язовою релаксацією та штучною вентиляцією легень (ШВЛ) - див. табл. 2. З 2011 року у КЗ «ХМКЛ» ЛСХЕ виконуються під інгаляційною анестезією з м'язовою релаксацією та ШВЛ. В якості інгаляційного анестетика використовується препарат севоран (діюча речовина севофлуран, що належить до галогенвмісних вуглеводнів).

Таблиця 1

Структура відеоскопічних оперативних втручань на органах черевної порожнини у хірургічному відділенні КЗ «ХМКЛ» за період 1994-2012 р.р.

| №             | Назва оперативного втручання                 | Кількість   |
|---------------|--|-------------|
| 1             | ЛСХЕ при хронічному або гострому холециститі | 4114        |
| 2             | Діагностична лапароскопія                    | 18          |
| 3             | Лапароскопія з біопсією                      | 21          |
| 4             | Гінекологічні втручання                      | 45          |
| 5             | Інші оперативні втручання                    | 94          |
| <b>ВСЬОГО</b> |  | <b>4292</b> |

Таблиця 2

Структура анестезіологічного забезпечення за видами анестезії при відеоскопічних оперативних втручаннях за період 1994-2013 (8 міс.) р.р.\*

| №             | Вид анестезіологічного забезпечення | Кількість (абс. число) | Питома вага (%) |
|---------------|-------------------------------------|------------------------|-----------------|
| 1             | Внутрішньовенна анестезія з ШВЛ     | 3929                   | 91,84           |
| 2             | Інгаляційна анестезія з ШВЛ         | 349                    | 8,16            |
| <b>ВСЬОГО</b> |                                     | <b>4278</b>            | <b>100,00</b>   |

Протягом 8 місяців 2013 року було виконано 173 ЛСХЕ. Усі вказані оперативні втручання були виконані під інгаляційною анестезією та ШВЛ. Анестезіологічне забезпечення при ЛСХЕ має ряд особливостей. Найголовнішим серед них є те, що оперативне втручання виконується в умовах штучного пневмоперитонеуму (ПП). Наслідки підвищеного внутрішньочеревного тиску загальновідомі:

- здавлення нижньої порожнистої вени, порушення венозної циркуляції в її басейні;
- порушення кровотоку в артеріях черевної порожнини;
- порушення серцевої діяльності у вигляді зниження серцевого викиду і серцевого індексу;
- здавлення легень при підніманні діафрагми із зменшенням залишкової ємності, збільшення мертвого простору з ризиком виникнення гіперкапнії.

Крім того, у пацієнтів, з ішемічною хворобою серця при ПП існує небезпека серцевої недостатності внаслідок швидкого підвищення внутрішньочеревного тиску. При патології аортального клапану і гіпертрофії лівого шлуночка на тлі ПП, внаслідок збільшення частоти пульсу, знижується наповнення лівого шлуночка, що приводить до ішемії мозку і міокарду. ПП також викликає зміни функції зовнішнього дихання і ротацію серця внаслідок зміщення діафрагми. Це призводить до зростання загального легеневого опору і зменшення функціональної ємності легень. Раніше названим категоріям пацієнтів однозначно протипоказано було виконання оперативного втручання в умовах ПП.

Також при виконанні ЛСХЕ неодноразово спостерігалось порушення серцевого ритму. При цьому більшість аритмій були шлуночковими екстрасистоліями. За літературними даними, однією з головних причин цього виду порушення серцевого ритму є дихальний ацидоз. ПП викликає подразнення блукаючого нерва, що інколи може привести до брадикардії і навіть асистолії.

ПП підтримується інсуфляцією вуглекислого газу в черевну порожнину, частина якого всмоктується через очеревину в тканини організму і проникненням у кровотік, де утворюється вуглекислота, яка викликає депресію серцево-судинної системи.

Можна ще довго перераховувати всілякі ускладнення та негаразди: очікувані і неочікувані, які зустрічались і в нашій практиці, і за літературними даними при виконанні ЛСХЕ в умовах ПП, а також у ранньому післяопераційному періоді.

Віддаючи шану лікарям-хірургам, а серед них першим був і залишається завідуючий хірургічним відділенням КЗ «ХМКЛ», заслужений лікар України, к. мед. н. Землянкін О. О., який започаткував відеоскопічні хірургічні втручання на Півдні України, слід сказати, що рівень хірургічної майстерності цих фахівців, який постійно зростає, дозволив переглянути деякі протипоказання до ЛСХЕ. Найбільшим досягненням лікарів-хірургів, з точки зору лікаря-анестезіолога, є можливість виконувати оперативні втручання при ПП з підтримкою внутрішньочеревного тиску не вище 15 мм рт.ст., інколи – до 10 мм рт.ст.

Власний досвід більше 3500 анестезій при ЛСХЕ дозволяє стверджувати, що при такому рівні ПП клінічно значимі гемодинамічні розлади спостерігаються рідко. Рівень ПП 15 мм рт.ст. дозволяє безпечно виконувати ЛСХЕ навіть у пацієнтів з важкою патологією серцево-судинної системи.

Крім того, використання позитивного тиску в кінці видиху при ШВЛ дозволяє подолати респіраторні розлади, що спостерігаються при ПП. Наші спостереження показують, що при достатньому досвіді виконання ЛСХЕ можливе при ПП з внутрішньочеревним тиском 9-10 мм рт. ст.

Повернення в повсякденну практику використання інгаляційної анестезії в режимі низькопоточної ШВЛ з використанням анестетика севорану (сефофлюрану), сучасного апарату ШВЛ з блоком автоматичного контролю заданих показників, можливості інтраопераційного моніторингу параметрів гемодинаміки та газообміну також радикально розширили можливості до безпечного використання методу ЛСХЕ.

#### **Висновки**

1. Набуття досвіду та зростання рівня хірургічної майстерності є вирішальними факторами у питанні розширення показань до ЛСХЕ.
2. Використання позитивного тиску в кінці видиху при ШВЛ, застосування інгаляційної анестезії на сучасних апаратах ШВЛ та системи автоматичного моніторингу в

операційній дозволяють виконувати анестезіологічне забезпечення ЛСХЕ з достатнім рівнем безпеки для пацієнтів.

### *Література*

1. Дзюбановський І.Я. Шляхи оптимізації лапароскопічної холецистектомії / І.Я. Дзюбановський, О.Т. Федорчук // Шпитальна хірургія. — 2005. — № 2. — С. 8890.
2. Кровотечение из ложа желчного пузыря как осложнение лапароскопической холецистэктомии / Н.Т. Чемодуров, А.Ю. Белоконь, В.И. Летюк [и др.] // Клін. хірургія. — 2004. — № 11–12. — С. 104.
3. Прогнозування ризику відеолапароскопічної холецистектомії у хворих похилого та старечого віку / О.І. Гіленко, Д.Г. Дем'янюк, М.О. Дудченко [та ін.] // Хірургія України. — 2008. — № 1. — С. 6164.
4. Седов В.М. Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика / В.М. Седов, В.В. Стрижелевский // СПб.: СанктПетербургское медицинское издательство, 2002. — 180 с.
5. Шано В.П. Алгоритм профилактики осложнений при лапароскопической холецистэктомии у гериатрических больных / В.П. Шано, А.Н. Анишина // Матли XX з'їзду хірургів України. — Запоріжжя, 2005. — Т. 2. — С. 365366.
6. Sheth K.R. Operative management of cholecystitis and cholelithiasis / K.R. Sheth, T.N. Pappas / Ed. by C.J. Yeo // Shackelford's surgery of the alimentary tract. — 6 th edition. — Philadelphia: WB Saunders, 2007. — P. 14711481.
7. Lien H.H. System approach to prevent common bile duct injury and enhance performance of laparoscopic cholecystectomy / H.H. Lien, C.C. Huang, J.S. Liu // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech. — 2007. — Vol. 17(3). — P. 164170.
8. V.P. Strelakovsky, Yu.G. Starkov, N.A. Grishin, K.S. Rizaev, K.V. Shishin, R.S. Grigoryan, V.E. Ivanova
9. Influence of the Pneumoperitoneum on the Venous Hemodynamics of the Lower Limbs in Laparoscopic Surgery

Работа поступила в редакцию 20.11.2013 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.314.17 – 008.1 – 036.12.:576.893.161.2.2.

*Н. Н. Савельева*

## **ХАРАКТЕР КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЯМБЛИОЗНОЙ ИНВАЗИЕЙ**

Харьковский национальный медицинский университет

**Реферат.** Н. Н. Савельева. **ХАРАКТЕР КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЯМБЛИОЗНОЙ ИНВАЗИЕЙ.** Негативная динамика показателей стоматологической заболеваемости в Украине является причиной активизации исследований по изучению факторов, влияющих на состояние пародонта. В настоящее время наблюдается высокая частота встречаемости паразитарных заболеваний, которые оказывают негативное влияние на здоровье человека. Именно это вызвало у стоматологов и паразитологов научный