



М.В. Бондаренко¹, Н.М. Бондаренко²,
Т.А. Головацька¹, Н.М. Щит³, В.М. Чеверда²

¹ Інститут екології та медицини, Київ

² Мереш'янська центральна районна лікарня

³ ДУ «Інститут медичної радіології АМН України», Харків

Причини консервативного лікування гострих та хронічних абдомінальних захворювань

Ключові слова

Операційний ризик, ЕКГ-дослідження, кардіальна патологія.

Чимало пацієнтів з хірургічною патологією з певних причин не оперують, консервативно не лікують, при цьому захворювання з природним перебігом зазвичай загострюються, спричиняють розвиток чинників ризику, зокрема некоригованих [1, 4, 7]. Ризик консервативного лікування хірургічних захворювань пов'язаний з невизначеністю рівня операційного ризику внаслідок поліорганных захворювань, зростанням кількості хворих з некоригованою хірургічно абдомінальною та кардіальною патологією [5, 6], з високим та фатальним рівнем операційного ризику [2, 3].

Матеріали та методи

Проведено вивчення результатів застосування лікувально-діагностичної тактики для дослідження чинників ризику у 465 хворих. Відносні протипоказання до операцій виявлено у 48 (10,32 %) хворих.

Також вивчено результати консервативного лікування 95 (20,43 %) пацієнтів, госпіталізованих у клініку невідкладної хірургії лікарями швидкої допомоги. Серед госпіталізованих переважали особи жіночої статі — 68 (71,57 %). Середній вік жінок — 65,3 року, чоловіків — 64,4 року. Загалом консервативне лікування провели 143 хірургічним хворим.

Застосовували загальноклінічне та інструментальне обстеження з допомогою велоергометричного (ВЕМ) комплексу ТКА-300 (Угорщина) для визначення стану вінцевого кровообігу, показників центральної гемодинаміки, енергетичного метаболізму та працездатності.

З жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ), гострим холециститом проліковано 35 (6,84 %) хворих, з ЖКХ, ускладненою механічною жовтяницею — 7 (7,36 %), з ЖКХ, гострим холецистопанкреатитом — 13 (13,68 %), з виразкою дванадцятипалої кишки (ДПК), хронічним рецидивуючим холецистопанкреатитом — 5 (5,26 %), гострим панкреатитом — 2 (2,1 %), невправимою паховою грижею — 1 (1,05 %), післянекротичною кістою підшлункової залози (ПЗ), гострим безкам'яним холециститом — 1 (1,05 %), з ЖКХ, гемангіомою печінки — 3 (3,15 %) хворих. Поєднану прогресуючу та ускладнену хірургічну патологію (ЖКХ і виразку ДПК) мали 5 (5,26 %) хворих, ЖКХ і виразку шлунка — 1 (1,05 %), виразку ДПК, ускладнену кровотечею, — 8 (8,42 %), пенетрацією — 1 (1,05 %), ЖКХ, ускладнену місцевим перитонітом, — 1 (1,05 %), рак шлунка, ускладнений частковою товстокишковою непрохідністю — 2 (2,10 %) хворих. Невправиму післяопераційну вентральну грижу внаслідок попередньо виконаних трьох операцій мав 1 (1,05 %) пацієнт, післяопераційні рецидивні грижі — 5 (5,26 %), невправиму пахову грижу — 7 (7,36 %).

Показаннями до консервативного лікування та вірогідними чинниками ризику ($p < 0,001$) як причина відмови хворих від операції були: кардіальна патологія — ішемічна хвороба серця (ІХС), післяінфарктний кардіосклероз, хронічна недостатність кровообігу І ступеня — 17 (17,89 %) випадків, перехідні розлади вінцевого кровопостачання у вигляді гострого коронарного синдрому без зубця Q — 9 (9,47 %), ІХС, НСК — 33 (4,74 %), ІХС, порушення ритму і провідності — 34 (35,74 %) випадки.

Виражену гіпертрофію серця внаслідок гіпертонічної хвороби I–III стадії мали 10 (10,52 %) хворих, ІХС – 21 (22,1 %), набуті вади серця – 2 (2,10 %). У 3 (3,15 %) хворих були штучні стимулятори ритму серця, 17 (17,89 %) мали НК ПБ–III стадії. Ревматизм, мітральний стеноз III стадії виявили у 5 (29,41 %) хворих, стеноз аортального клапана II ступеня і стеноз – недостатність мітрального клапана – у 2 (11,76 %). У 4 (4,10 %) випадках діагностували перикардит, у 2 (2,10 %) – ізольований стеноз аортального клапана II ступеня.

Повну блокаду лівої ніжки пучка Гіса, прогностично несприятливу для життя, мали 7 (16,27 %) хворих, миготливу аритмію – 12 (27,90 %), перехідну блокаду атріовентрикулярного вузла – 2 (4,65 %), синдром тахі-браді – 3 (6,97 %), синдром слабкості синусно-передсердного вузла – 1 (2,32 %), синдром WPW – 1 (2,32 %), надшлуночкову тахікардію – 2 (4,65 %), ексудативний перикардит – 4 (9,3 %) хворих.

Виявлено також захворювання бронхо-легеневої системи у 22 (23,15 %) випадках, зокрема хронічне необструктивне захворювання легень, емфізему легень – в 11 (50,0 %), пневмосклероз – у 17 (17,89 %), хронічний бронхіт – у 13 (13,68 %), хронічну пневмонію – у 9 (9,47 %), НД I–II ступеня – у 37 (38,94 %).

Результати та обговорення

Діагностована кардіологічна та бронхо-легенева патологія госпіталізованих у клініку невідкладної хірургії зі складними хірургічними захворюваннями була основним чинником ризику оперативного втручання (протипоказанням до нього), а невизначений прогноз хірургічного лікування – причиною відмови хворих від операції. Водночас наявність складної гастроентерологічної хірургічної патології стала основним протипоказанням (чинником ризику) для проведення поглибленого інвазивного обстеження вінцевих артерій серця, стану скоротливості міокарда та уражень клапанного апарату через високий

хірургічний ризик. Внаслідок безальтернативності вибору адекватно показаної корекції оперативним способом виникла необхідність в інтенсивному консервативному лікуванні.

У госпітальний період позитивна динаміка консервативного лікування у 27 (28,42 %) випадках стала причиною відмови хворих від операції, 13 (13,68 %) з цих хворих мали ІХС, 5 (5,26 %) – безпідставно залишили хірургічне відділення, 5 (5,26 %) – переведено для лікування патології кардіо-респіраторної системи у відділення інтенсивної терапії під нагляд хірурга. У 2 (2,10 %) хворих відмова від операції була пов'язана зі складністю діагностики. У 13 (13,68 %) хворих ІХС діагностували вперше, а при виписці 32 (33,68 %) хворим рекомендована коронарентрикулографія.

При консервативному лікуванні хворих з високим операційним ризиком унаслідок захворювань кардіо-респіраторної системи виявлено збільшення частоти ІХС до 28,42 % та виникнення супутніх респіраторних захворювань. При цьому кількість хворих, які відмовилися від оперативного лікування з різних причин, становила 28,42 %. У решті випадків поліорганна дисфункція була причиною високого та фатального рівня операційного ризику. На основі цих даних можна припустити, що знизити рівень летальності при консервативному лікуванні складних абдомінальних захворювань, поєднаних з ІХС, іншою кардіальною та респіраторною патологією можна за рахунок розробки об'єктивних критеріїв показань до операцій.

З метою об'єктивізації показань до хірургічного втручання хворих з хірургічними захворюваннями, визначення діагностичної хірургічної тактики, зменшення кількості хворих з високим та фатальним рівнем операційного ризику ми провели дослідження адаптаційно-компенсаційних механізмів у 48 (10,32 %) хворих, у яких анестезіологи та кардіологи виявили протипоказання до оперативного втручання. Хворим проведено спеціальне кардіальне обстеження для отриман-

Таблиця. Структура абдомінальної патології неоперованих хворих

Група операційного ризику	Захворювання	Кількість хворих
I	Виразка шлунка з рецидивуючими кровотечами I ступеня	3 (6,25 %)
	Виразка ДПК, ускладнена стенозом II ступеня	2 (4,16 %)
II	Невправима післяопераційна вентральна грижа	7 (14,58 %)
	Виразка ДПК, ускладнена пенетрацією	18 (37,5 %)
	Невправима пахова грижа	9 (18,75 %)
III	Гастроудоденальна виразка, ускладнена стенозом III ступеня	4 (8,33 %)
	Виразка шлунка, ускладнена рецидивуючими кровотечами I ступеня	3 (16,25 %)
	ЖКХ, хронічний холецистопанкреатит	2 (4,16 %)

ня об'єктивних критеріїв. Структура абдомінальної патології у цих хворих наведена в таблиці.

Серед 48 хворих було лише 2 (4,16 %) жінки. 12 (25 %) пацієнтів були віком 18–39 років, 31 (64,58 %) — 40–60 років, 5 (10,41 %) — 60–70 років.

На основі клінічних даних виявлено необхідність проведення ВЕМ-дослідження для верифікації діагнозу ІХС, порушень ритму і провідності, зазначених в анамнезі. Хворих розподілили на групи за рівнем операційного ризику: I група — з малим операційним ризиком, II — середнім, III — великим.

До I групи включено 12 пацієнтів віком 18–39 років. Зріст хворих становив у середньому (164 ± 6) см, маса тіла — (79 ± 3) кг. Вони перенесли ФН трьох рівнів, початкове — 25 Вт, третього рівня — (150 ± 7) Вт, кінцеве — (270 ± 10) Вт. АТ у стані спокою — $(130 \pm 5)/(85 \pm 7)$ мм рт. ст., ЧСС із деяким симпатичним впливом — (85 ± 3) уд./с, середній гемодинамічний тиск (СГТ) — $(150 \pm 6)/(95 \pm 4)$ мм рт. ст., індекс РРР — 240 ± 12 , ударний об'єм (УО) — (50 ± 2) мл, ХОК — $(43 \pm 0,2)$ л/хв, серцевий індекс (СІ) — $(2,5 \pm 0,2)$ л/м², максимальне поглинання кисню (МПК) — $(2,4 \pm 0,12)$ л/хв. При навантаженні 150 Вт отримано такі дані: АТ — $(160 \pm 15)/(100 \pm 4)$ мм рт. ст., ЧСС — (154 ± 8) уд./хв, СГТ — (113 ± 10) мм рт. ст., індекс РРР — 246 ± 8 , УО знизився до (47 ± 3) мл, ХОК зростав зі збільшенням навантаження до $(72 \pm 0,25)$ л/хв, СІ — до $(3,73 \pm 0,12)$ л/м². На першому рівні ФН спостерігали незначне зниження МПК, спричинене високим рівнем енергетичного метаболізму, — $(2,3 \pm 0,11)$ л/хв. Загальний обсяг виконаної роботи варіював від 600 Вт (3000 кгм/хв) до 1620 Вт (9720 кгм/хв). При субмаксимальному навантаженні енергетична толерантність становила $(12,9 \pm 3,1)$ МО, енергетична межа — $(14,1 \pm 0,9)$ ккал/хв, енергетичні витрати — $(5,7 \pm 0,2)$ ккал/хв, інотропний резерв — $(30,0 \pm 2,1)$ уд./хв при хронотропному резерві $(65,0 \pm 3,7)$ уд./хв. Індекс «тиск — пульс» був нижчим за норму — $0,74 \pm 0,29$ (норма — $0,94$ – $1,26$). Зміни сегмента ST, зубців R та T, відношення QX/QT свідчили на депресію сегмента ST: на ізолінії, вище або до 0,5 мм нижче від ізолінії сегмент ST був у 3 хворих, амплітуда зубця R — у межах норми, зубець T — без змін (за висотою і шириною), відношення QX/QT — від 40 до 50 %. Такі показники ВЕМ-дослідження характерні для хворих з високим та середнім фізичним рівнем.

Навантаження понад 250 Вт супроводжувалося такими показниками відновлення організму: АТ після 10 хв відпочинку — $(130 \pm 2,1)/(80 \pm 3,5)$ мм рт. ст., ЧСС — (99 ± 4) уд./хв,

СГТ — (93 ± 4) мм рт. ст., індекс РРР — 290 ± 5 , УО — (54 ± 3) мл, ХОК — $(5,3 \pm 0,3)$ л/хв, СІ — $(2,75 \pm 0,21)$ л/м². Толерантність до ФН відносно задовільна — 59,02 % хворих з частково обмеженою працездатністю, 4,03 % — зі значно обмеженою (III ФК працездатності внаслідок зниження економічності роботи серця — $(3,26 \pm 0,13)$ од.). У 8 (6,67 %) хворих проба з ФН негативна — у 3 на ЕКГ у стандартних відведеннях спостерігали зміну зубця –T на +T, що розцінили як фізіологічну, в інших відведеннях спостерігали депресію сегмента ST у V₅ і D відведеннях до 1,1 мм. Після 10 хв відновлення нормалізувався зубець +T у відведеннях V₅ і D на 3-тю–10-ту хвилину відпочинку у 5 (41,66 %) хворих. Також було зафіксовано зниження сегмента ST горизонтально, вниз та по дузі вгору до (3 ± 1) мм. Для групи в цілому характерна ($p < 0,05$) підвищена активність симпатичного відділу ВНС.

Встановлено, що незалежно від абдомінальної патології хворі віком до 40 років мають порушення резервних можливостей внаслідок ІХС, зниження енергетичного метаболізму. Переважна більшість хворих мала задовільний функціональний стан, проте симпатичний вплив ВНС на вищому адаптаційному рівні обмежує компенсаційні механізми, які можуть бути недостатніми для корекції негативних факторів та ситуацій у хворих з операційним ризиком.

Оцінка компенсації серцево-судинної системи у хворих II групи показала, що у пацієнтів віком 40–60 років при збільшенні кількості позитивних результатів проби тест не був інформативним, їм рекомендована коронарорентрикулографія. Установлено ($p < 0,05$), що 12 (38,7 %) хворих з виразкою ДПК без ІХС після консервативної терапії мали позитивні результати внаслідок рубцювання виразки (підтвердженої ендоскопічно), припинення кровотечі, зменшення болювого синдрому. Позитивна проба на ФН зафіксована у 2 (6,45 %) пацієнтів з ЖКХ. Ступінчасте підвищення ФН з (40 ± 3) до (130 ± 12) Вт супроводжувалося зростанням АТ до $(190 \pm 10)/(80 \pm 7)$ мм рт. ст. На третьому рівні навантаження ЧСС становила (130 ± 21) уд./хв, СГТ зріс майже вдвічі (з (90 ± 2) до (162 ± 5) мм рт. ст.) у 1 хворого і на третину — у решти, майже у 2,7 разу збільшився індекс РРР, УО у 15 (48,39 %) хворих збільшився пропорційно навантаженню, ХОК збільшився майже втричі при незначному коливанні МПК — у середньому до $(3,1 \pm 0,76)$ л/хв. Загальний обсяг виконаної роботи становив (390 ± 12) Вт (2340 кгм/хв) при енергетичній толерантності 7,8 МО та енергетичній межі 9,9 ккал/хв. Енергетичні витрати становили $(3,9 \pm 0,3)$ ккал/хв при максимальній роботі 710 Вт

(4260 кгм/хв) і навантаженні (130 ± 12) Вт, максимальні енергетичні витрати — ($5,5 \pm 0,14$) ккал/хв. Відзначено зниження хронотропного резерву серця до ($70 \pm 3,3$) уд./хв, індекс «тиск-пульс» був нижчим за норму — $1,07 \pm 0,3$.

Загалом у групі спостерігали класичні зміни ЕКГ-кривої: депресію сегмента ST горизонтально вниз, кососпадаючу та по дузі вверх при зниженні сегмента ST на ($1 \pm 0,2$) мм, або горизонтально вниз — при цьому амплітуда зубця R була нормальною у 75 % хворих, у решти — дещо знижена. Змін зубця T не зафіксували. Відношення QX/QT коливалося від 40 до 67 %. Пацієнти мали високу толерантність до ФН, їхній фізичний стан оцінено як задовільний у 74 % випадках, як добрий — у 26 %. Переважав III ФК працездатності (значно обмежений). Реакція АТ була переважно за гіперкінетичним типом I—III ступеня, гемодинамічна відповідь у більшості пацієнтів — гіпокінетична і рівномірно гіперукінетична. Незважаючи на ІХС, хворі мали досить високий функціональний резерв, про що свідчила нормальна ефективність роботи серця — ($2,37 \pm 0,12$) од. при активації симпатичного тону та вегетативної рівноваги у 25 % обстежених. Період відновлення після стрес-тесту становив до ($8,5 \pm 2,4$) хв при ЧСС до (76 ± 4) уд./хв. Із 31 хворих у 7 (22,5 %) навантажувальний тест був не інформативним (зокрема у 5 чоловіків). ЧСС у середньому становив (76 ± 4) уд./хв, АТ — у межах норми, хворі перенесли ФН лише (110 ± 3) Вт, коли зафіксували підвищений порівняно з попередньою групою АТ — до (220 ± 10)/(110 ± 9) мм рт. ст. ($p < 0,05$).

На третьому рівні навантаження ЧСС становила (130 ± 7) уд./хв, розрахункова вікова ЧСС — нижче за норму, індекс PPP не досяг норми, ФН до 50–75–110 Вт супроводжувалося зростанням ЧСС відповідно до (102 ± 6), (120 ± 9) і (150 ± 8) уд./хв, підвищенням АТ — до (160 ± 9)/(80 ± 15); (190 ± 20)/(80 ± 5); (220 ± 11)/(90 ± 4) мм рт. ст. УО збільшився вдвічі, МПК майже не змінилося — ($2,1 \pm 0,2$) та ($2,3 \pm 0,4$) л/хв. Сегмент ST — у вигляді коритоподібної кривої, горизонтальної депресії, косозростаючої, вниз чи вниз по дузі, що асоціювалося з відповідними клінічними ознаками — головокружінням, слабкістю тощо. Біль у серці, знесилення, втома стали причиною передчасного припинення ФН, тому тест вважався негативним. При ФН до (680 ± 16) Вт (($4080 \pm 29,4$) кгм/хв) енергетична толерантність становила ($9,0 \pm 0,4$) МО, енергетична межа — ($11,4 \pm 0,9$) ккал/хв, енерговитрати — ($4,5 \pm 0,1$) ккал/хв, інотропний резерв був у межах норми — (90 ± 2) уд/хв при низькому хронотропному резерві — ($67,8 \pm 3,9$) мм рт. ст.

Толерантність до ФН пацієнтів була досить високою, фізичний стан — добрим, ФК працездатності — помірно обмежений, гемодинамічна відповідь подібна до такої попередньої групи — гіперкінетичного та еукінетичного типу, ефективність економічної роботи серця — в межах норми, переважав симпатичний вплив ВНС. Період відновлення становив (7 ± 1) хв.

Таким чином, інформативність ВЕМ-дослідження у частини хворих обмежена внаслідок загальної втоми, ішемічних змін міокарда при допороговому навантаженні. За даними енергетичної характеристики, динаміки МПК дійшли висновку, що для проведення оперативного втручання цій категорії хворих необхідна передопераційна підготовка, спрямована на поліпшення вільного кровоплину, збільшення амплітуди судинного тону, сатурації тканин за допомогою консервативного лікування. Оцінка показників ВЕМ свідчить, що причиною коливання АТ є симпатичний вплив ВНС, можливо, внаслідок загострення абдомінального захворювання.

Після лікування у кардіологічному відділенні показники ВЕМ поліпшилися у 18 (58,06 %) з 31 хворого. При повторному ВЕМ-дослідженні виявлено, що максимально допустимий пульс становив (139 ± 12) уд./хв при ФН (125 ± 7) Вт, період відновлення — (7 ± 2) хв при переважанні симпатичного впливу, ЧСС — 82 уд./хв. Якщо АТ до госпіталізації був (160 ± 10)/(95 ± 7) мм рт. ст., то після лікування — (140 ± 7)/(100 ± 6) мм рт. ст. ($p < 0,1$). На другому рівні ФН ((125 ± 7) Вт) АТ становив (220 ± 20)/(130 ± 16) мм рт. ст. при ЧСС (124 ± 11) уд./хв, СГТ — (150 ± 13) мм рт. ст., індекс PPP — 306 ± 14 , УО — (63 ± 5) мл, ХОК — ($11,7 \pm 1,4$) л/хв при ЧСС (124 ± 3) уд./хв і ($108 \pm 1,3$) л/хв при ЧСС (170 ± 4) уд./хв., СІ становив відповідно ($5,53 \pm 1,8$) і ($5,57 \pm 0,9$) л/м². Виявили зростання МПК: на початку навантаження — ($2,6 \pm 0,2$) л/хв і на другому рівні — ($3,8 \pm 0,4$) л/хв ($p < 0,05$) при загальному обсязі виконаної роботи (630 ± 14) Вт (($3780 \pm 19,2$) кгм/хв), енергетична толерантність становила ($10,6 \pm 0,9$) МО, енергетична межа — ($13,4 \pm 0,7$) ккал/хв, енергетичні витрати — ($5,4 \pm 0,1$) ккал/хв. Інотропний та хронотропний резерви серця були дещо знижені — відповідно ($80,0 \pm 3,3$) і ($68,0 \pm 0,4$) уд./хв, супроводжувалися горизонтальною депресією сегмента ST до 1 мм, зубці T та R були без змін.

Таким чином, після консервативного лікування спостерігали зростання толерантності до ФН — фізичний стан відновлювався до доброго, ФК працездатності — II, коливання АТ — за гіпертонічним типом II—III ступеня, у більшості обстежених гемодинамічна відповідь на навантаження за гіперкінетичним типом, ефективність

економічної роботи серця в нормі (до 1,90 од.). Хоча функціональні властивості серцево-судинної системи були досить високими, враховуючи вегетативну активацію, задовільні результати медикаментозної корекції абдомінальних захворювань та ІХС спостерігали лише у 47,85 % обстежених.

До III групи хворих ввійшли 5 пацієнтів чоловічої статі. Середній вік — (65 ± 2) року. У 4 пацієнтів тест на ФН був позитивним через появу ішемії міокарда, у 1 — неінформативним через загальну втому. ЧСС — менше 100 уд./хв, підвищення систолічного АТ без змін діастолічного АТ у 3 хворих, у решти діастолічний АТ підвищився на (10 ± 2) мм рт. ст. При ФН 75 Вт приріст ЧСС становив до (30 ± 8) уд./хв, СГТ — (123 ± 16) мм рт. ст., індекс РРР — $208 \pm 9,1$, ХОК збільшився з $(2,5 \pm 0,51)$ л/хв у стані спокою до $(5,8 \pm 0,4)$ л/хв, СІ — з $(1,22 \pm 0,3)$ до $(2,88 \pm 0,7)$ л/м². МПК зменшилося з $(2,1 \pm 0,3)$ до $(2,0 \pm 0,4)$ л/хв у хворих, які не досягли третього рівня ФН. У решти приріст МПК становив $(0,3 \pm 0,02)$ л/хв, загальний обсяг виконаної роботи — (360 ± 21) Вт ((2160 ± 34) кгм/хв), енергетична толерантність — $(7,7 \pm 0,95)$ МО при енергетичній межі $(3,9 \pm 0,2)$ ккал/хв і енергетичних витратах $(3,9 \pm 0,4)$ ккал/хв. При зниженні хронотропного та інотропного резерву — $(35,0 \pm 3,1)$ уд/хв і $40,0 \pm 3,7$ уд/хв відповідно — індекс «тиск-пульс» був на межі нижньої норми — $0,95 \pm 0,27$. На ЕКГ виявили депресію сегмента ST до 2,5–3,0 мм без змін форми і амплітуди зубців T та R. 3 (60 %) обстежених мали високу толерантність до ФН і, незважаючи на позитивний результат тесту, їхній фізичний стан розцінили як добрий та задовільний при значному обмеженні ФК працездатності внаслідок переважання гіперкінетичної реакції АТ III ступеня. Гемодинамічна відповідь на ФН за гіпокінетичним та еукінетичним типом — у 4 (80 %) хворих, гіперкінетичним — у 1 хворого. 4 (80 %) пацієнти мали низький рівень економічності роботи серця — $(2,60 \pm 0,24)$ од. за рахунок симпатичного впливу. Період відновлення становив $(10 \pm 0,7)$ хв при підвищенні ХОК до $(2,4 \pm 0,2)$ л/хв. При початковому МПК $(2,0 \pm 0,5)$ л/хв УО становив $(55 \pm 0,5)$ мл, а фактичне МПК (ФМПК) — $(28,83 \pm 4,31)$ мл/хв/кг, відношення ФМПК/ПМПК — 104 %. УО становив (67 ± 7) мл при ФН (120 ± 6) Вт, МПК — $(2,7 \pm 0,3)$ л/хв,

ФМПК — $(30,11 \pm 4,2)$ мл/хв/кг, відношення ФМПК/ПМПК — 107 %. При позитивній пробі на ФН коливання УО залежало від рівня ФН і МПК: при ФН 75 Вт МПК становило $(2,5 \pm 0,15)$ л/хв, при (130 ± 6) Вт — $(2,8 \pm 0,11)$ л/хв, при (110 ± 4) Вт — $(2,2 \pm 0,23)$ л/хв, а ФМПК — (32 ± 5) мл/хв/кг проти $(37,5 \pm 1,6)$ мл/хв/кг при ФН 135 Вт.

При достатньому ФН необхідно провести коронарографію для діагностики ураження вінцевих артерій серця. Спостерігали негативний вплив симпатикотонусу ВНС на кисневий режим: при початковому значенні МПК $(2,6 \pm 0,25)$ л/хв симпатикотонія підвищувала величину МПК на початку ФН, а потім прогресивно знижувала її, незважаючи на зростання ФН ($p < 0,05$). Середнє значення УО становило $(42 \pm 2,3)$ мл у стані спокою, при ФН (75 ± 2) Вт — $(66 \pm 3,4)$ мл, (135 ± 4) Вт — $(94 \pm 7,10)$ мл, (140 ± 3) Вт — $(63 \pm 6,1)$ мл. Відношення ФМПК/ПМПК було вищим за норму — 119 %. Коли ЧСС не досягала розрахункової величини, зростало МПК у стані спокою — $(3,0 \pm 0,12)$ л/хв, при ФН відзначали прогресивне зменшення поглинання кисню: $(31,50 \pm 0,1)$ мл при (75 ± 2) Вт і $(30,75 \pm 3,0)$ мл при (250 ± 10) Вт, відношення ФМПК/ПМПК знизилося до 96 %, коливання УО мало синусоїдний характер: на межі норми — у стані спокою та нижче розрахункової величини при ФН (150 ± 6) Вт.

Установлено, що доопераційний рівень МПК $(2,9 \pm 0,1)$ л/хв при ФН (110 ± 5) Вт і розвиток ішемії міокарда з депресією сегмента ST понад 2 мм є чинниками операційного ризику незалежно від обсягу операції. Діагностика у хворих малого та середнього рівня операційного ризику достовірних чинників ризику дає змогу спланувати лікувально-діагностичну тактику до розвитку кардіальних та хірургічних ускладнень.

Висновки

Об'єктивна кардіальна діагностика хворих з прогресуючими та ускладненими абдомінальними захворюваннями дає змогу визначити критерії життєздатності організму та резерви серцево-судинної системи для встановлення показань до хірургічного лікування і контролю за ефективністю консервативного лікування.

Список літератури

1. Ишенин Ю.М., Валеев Р.А., Крахмалев В.И. и др. Хирургия ишемических состояний сердца // Груд. и серд.-сосуд. хирургия.— 1999.— № 1.— С. 26—32.
2. Коваль Е.А., Прот Р.В. Стратификация риска больных после острого инфаркта миокарда с зубцом Q на поликлиническом этапе // Серце і судини.— 2003.— № 2.— С. 40—47.
3. Лизогуб В.Г., Романенко М.С., Дыкуха И.С. Состояние функции внешнего дыхания у пожилых больных ишемической болезнью сердца с мерцательной аритмией // Проблемы старения и долголетия.— 2003.— Т. 12, № 1.— С. 64—69.
4. Мішалов В.Г., Бурка А.О., Маркулан Л.Ю. та ін. Лікувальна тактика у хворих з гострою виразковою кровотечею на тлі інфаркту міокарда // Клін. хірургія.— 2002.— № 5—6.— С. 17—18.
5. Пасишвили Л.М., Заздравнов А. А. Этиологические, патогенетические и лечебные параллели хронического панкреатита и ишемической болезни сердца // Сучасна гастроентерол.— 2003.— № 1.— С.17—19.
6. Стеценко А.Е., Кассилко В.М., Ушакова Т.И. Влияние сердечно-сосудистой терапии на риск развития ишемии и инфаркта миокарда в послеоперационный период у онкологических больных, страдающих ишемической болезнью сердца // Анестезиол. и реаниматол.— 2001.— № 5.— С. 55—57.
7. Фитилева Е.Б., Федорина Е.А., Асланиди И.П. и др. Кардиальный риск в сосудистой хирургии // Анналы хирургии.— 1998.— № 7.— С. 41—46.

Н.В. Бондаренко, Н.Н. Бондаренко, Т.А. Головацкая, Н.Н. Щит, В.М. Чеверда

Причины консервативного лечения острых и хронических абдоминальных заболеваний

Проведено исследование причин консервативного лечения больных, у которых имеются абсолютные или относительные противопоказания к оперативному лечению из-за наличия сопутствующей патологии кардио-респираторной системы. Инструментальные исследования позволили установить наличие нарушений венозного кровообращения, сократимости миокарда, энергетического и кислородного метаболизма, что имеет важное значение для оценки операционного риска. Авторы выявили, что консервативная терапия у части больных имеет временный эффект. В случае неопределенности лечебно-диагностической тактики рекомендуется выполнение инвазивных кардиальных исследований.

M.V. Bondarenko, N.M. Bondarenko, T.A. Golovatskaja, N.M. Shchit, V.M. Cheverda

The reasons of conservative treatment of the acute and chronic abdominal diseases

The study has been held of the reasons of conservative treatment of patients who have absolute or relative contra-indications to the surgical treatment due to the presence of the concomitant cardio-respiratory pathologies. The instrumental investigations enabled to establish the disturbances of coronary circulation, myocardial contractility, of the energetic and oxygen metabolism that have a pivotal significance for the estimation of operational risk. The authors revealed that the conservative therapy has a temporary effect in a part of patients. In the case of the uncertainty of medical-diagnostic tactics the performance of invasive cardiac examinations is recommended.

Контактна інформація

Бондаренко Микола Васильович, к. мед. н., проректор Інституту екології та медицини
02091, м. Київ, Харківське шосе, 121, кв. 214

Стаття надійшла до редакції 11 лютого 2010 р.