

рака щитовидної залози // Вопросы онкологии. — 2002. — Т. 48, № 4-5. — С. 544-550.

15. *Arnholdt H.* Intraoperative frozen section examination of thyroid tumors // *Exp. Clin. Endocrinol.* — 1993. — Vol. 101, Suppl. 3. — P. 7-10.

16. *Пачес А. И., Пропп Р. М.* Рак щитовидной железы. — М.: Медицина, 1984. — С. 157.

17. *Hemithyroidectomy on principle in cases of unclear fine needle biopsy and frozen section findings* / J. Jonas, S. Blauch, A. Nagel et al. // *Zentrabl. Chir.* — 2001. — N 12. — P. 964-968.

18. *Bastagli A., de Pasquale L., Schubert L.* Follicular neoplasm of the thyroid: usefulness of extemporaneous histological study of frozen sections // *Ann. Ital. Chir.* — 2001. — N 3. — P. 283-286.

19. Дооперационная и интраоперационная диагностика хирургических заболеваний щитовидной железы: морфологические аспекты / И. П. Аветисян, Н. В. Гульчий, А. О. Яровой, А. П. Демидюк // *Клін. хірургія.* — 1999. — № 5. — С. 25-27.

20. *Ким И. В., Кузнецов Н. С., Ванушко В. Э.* Склеротерапия при узловом коллоидном зобе // *Хирургия.* — 2005. — № 9. — С. 14-18.

21. *Беллантоне Р.* Традиційні та відеоендоскопічно контрольовані операції на щитоподібній залозі в лікуванні вузлового зоба // *Клін. ендокринологія та ендокринна хірургія.* — 2003. — №1 (2). — С. 76-77.

22. *Грубнік В. В.* Хірургічні втручання на щитоподібній залозі з застосуванням відеоендоскопічної техніки // *Одес. мед. журнал.* — 2001. — № 4 (66). — С. 8-9.

23. *Видеоассистированные оперативные вмешательства на щитовидной железе* / В. Н. Егиев, С. Р. Кянджунцев, З. О. Алиев, В. М. Капчак // *Хирургия.* — 2002. — № 8. — С. 8-10.

24. *Штода Д. Е., Попандопуло Г. Д., Михайличенко В. Ю.* Хирургическая тактика при солитарных узловых образованиях щитовидной железы // *Матеріали XXI з'їзду хірургів України, Запоріжжя 5-7 жовтня 2005.* — Т. 2. — С. 273-274.

25. *Брилинський О. Р.* Аналіз структури патології при багато- і одновузловому зобі // *Acta Med. Leopold.* — 2005. — Vol. 11, N 4. — P. 97-100.

26. *Павловський М. П., Коломійцев В. І., Сироїд О. М.* Тиреоїдектомія в лікуванні пацієнтів із доброякісними захворюваннями щитоподібної залози // *Acta Med. Leopold.* — 2005. — Vol. 11, N 4. — P. 116-120.

27. *Порівняльні результати екстрафасціальних і субфасціальних тиреоїдектомій у хірургічному лікуванні диференційованого раку щитоподібної залози* / С. М. Черненко, А. С. Ларін, В. А. Паламарчук та ін. // *Одес. мед. журнал.* — 2001. — № 4. — С. 37-39.

28. *Горобейко М. Б., Паламарчук В. О.* До питання відповідності сучасним міжнародним протоколам тактики лікування диференційованого раку щитоподібної залози в Україні // *Матеріали XXI з'їзду хірургів України, Запоріжжя 5-7 жовтня 2005.* — Т. 2. — С. 214-216.

УДК 616.127-089-06:616.1]-08

О. В. Беляков, В. Т. Селиваненко, М. В. Руденко,
П. І. Пустовойт, О. В. Добруха, В. М. Янак

ВПЛИВ БЛОКАТОРІВ КАЛЬЦІЄВИХ КАНАЛІВ НА ПОКАЗНИКИ ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ В НАЙБЛИЖЧОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ХВОРИХ ІЗ СУПРОВІДНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Одеський державний медичний університет

Нині в найближчому післяопераційному періоді формування у хворих синдрому малого серцевого викиду залишається частим явищем [3]. При цьому для своєчасної та точної діагностики дослідники все більше уваги приділяють змінам показників внутрішньосерцевої гемодинаміки [3; 4; 7]. Встановлено, що через анатомічну будову міокарда порушення процесу розслаблення міокарда правого шлуночка відбувається в більш ранні терміни, ніж лівого шлуночка, що

має велике діагностичне значення [1; 5; 6]. Це дозволяє своєчасно встановити форму компенсаторної гіперфункції міокарда, кількісно оцінити порушення, що виникли, й ефективно використати кардіальну терапію [2; 6]. Разом із цим відомо, що одним з основних факторів, які порушують механізм Старлінга, є гіпертрофія серцевого м'яза. Тому під час лікування хворих потрібно враховувати в анамнезі наявність супровідної гіпертонічної хвороби [6]. Для корекції

артеріальної гіпертензії та пульсальної функції міокарда сьогодні широко використовуються блокатори кальцієвих каналів [7]. Тим більше, що вивчення динамічних змін показників внутрішньосерцевої гемодинаміки і насосної функції серця з використанням вказаних препаратів у найближчому післяопераційному періоді не проводилося.

Метою роботи було вивчити динаміку діастолічних показників міокарда на фоні використання блокатора каль-



цієвих каналів (фіноптин) у хворих після пульмонектомії.

Матеріали та методи дослідження

Контрольну I групу утворили 19 хворих (віком 31–48 років) після резекції шлунка з приводу виразкової хвороби без супровідної патології, в яких величина АТсер відповідала стрес-нормі і не потребувала медикаментозної корекції. У хворих II групи (n=17) в анамнезі відмічали вихідну артеріальну гіпертензію (АГ), корекцію якої після операції проводили за допомогою внутрішньовенного введення фіноптину (60 мг внутрішньовенно двічі на добу). Показники центральної гемодинаміки визначали методом тетраполяричної реографії, а показники внутрішньо-

серцевої гемодинаміки методом правошлуночкової катетеризації за допомогою апарата МХ-01 (Росія). Значення показників кінцево-діастолічного об'єму (КДОпш), максимальної швидкості зниження правошлуночкового тиску (dp/dtmin), фракції вигнання (ФВпш) і жорсткості міокарда (ЖМпш) розраховували за правошлуночковою кривою тиску [6].

Результати дослідження та їх обговорення

На першу добу післяопераційного періоду в усіх хворих, не дивлячись на еукінетичний тип кровообігу й стійкі параметри центральної гемодинаміки, визначалося помірне підвищення загального периферичного опору (ЗПО), що було наслідком стресової гіпер-

катехоламініемії і призводило до незначного зниження ФВ. Артеріальний тиск при корекції фіноптином характеризувався нестійкістю, однак був у межах доопераційних значень (табл. 1). Незначне зростання серцевого індексу (СІ) протягом першої доби відбувалося, в основному, за рахунок зростання ЧСС. Зниження загального легеневого опору (ЗЛО) у хворих контрольної групи сприяло формуванню ізотонічної гіперфункції міокарда, що підтверджувалося підвищенням роботи правого шлуночка (табл. 2).

Протягом 2-ї доби, на фоні стійких ЗПО помірно зростав ударний об'єм (УО), що відбувалося, в основному, внаслідок стимуляції скорочення міокарда. Тому це не призводило до значного зростання ФВ.

Таблиця 1

Зміни показників центральної гемодинаміки, М±m

Показники	Група	До операції	Доба після операції				Норма
			1	2	3	5	
АТсер, мм рт. ст	I	100±4	101±5	97±4	99±4	100±3	98±6
	II	118±6*	116±4*	111±4*	108±6	108±5	
УІ, мл/м ²	I	38,3±3,1	40,6±2,7	43,4±1,9	41,3±1,6	40,8±1,9	39,1±2,7
	II	35,3±3,1	34,6±2,7	40,4±1,9	41,3±1,6	40,8±1,9	
СІ, л/(хв·м ²)	I	3,1±0,2	3,3±0,1	3,4±0,2	3,2±0,1	3,2±0,2	3,3±0,2
	II	3,0±0,2	3,1±0,1	3,0±0,2	3,2±0,1	3,1±0,2	
ОПС, дин·см ⁻⁵	I	1308±77	1422±61	1312±92	1277±63	1291±79	1263±72
	II	1584±64*	1663±83*	1582±66*	1508±79*	1490±61*	
ОЛС, дин·см ⁻⁵	I	316±18	259±21	251±26	263±24	271±27	310±22
	II	384±24*	303±13*	232±16*	208±19*	240±31*	
ФВ, од.	I	0,71±0,08	0,64±0,04	0,72±0,07	0,73±0,05	0,70±0,07	0,70±0,03
	II	0,68±0,03	0,64±0,04	0,66±0,07	0,70±0,05	0,67±0,05	

Примітка. У табл. 1 і 2: * — вірогідні відмінності показників від вихідних значень (P<0,05).

Таблиця 2

Зміни показників внутрішньосерцевої гемодинаміки, М±m

Показники	Група	До операції	Доба після операції				Норма
			1	2	3	5	
Робота пш, кГм	I	0,018±0,003	0,022±0,003	0,018±0,002	0,014±0,003	0,015±0,002	0,020±0,002
	II	0,016±0,003	0,024±0,003	0,018±0,002	0,023±0,003	0,024±0,002	
КДОпш, мл	I	108,7±31,0	109,4±7,1	110,6±8,3	110,8±5,8	108,8±12,2	103,7±6,3
	II	109,9±4,8	101,4±9,1	104,6±8,3	106,8±5,8	104,8±12,2	
КДТпш, мм рт. ст.	I	4,8±0,3	5,0±0,2	4,7±0,2	4,4±0,2	4,3±0,3	4,2±0,2
	II	5,8±0,2	7,1±0,3*	6,9±0,2*	6,1±0,3*	6,0±0,4*	
dp/dtmin, мм рт. ст.	I	219,9±20,9	210,8±20,3	211,9±19,3	216,3±18,4	218,1±19,8	223,8±15,4
	II	214,9±22,9	201,8±20,3	208,9±19,3	210,3±18,4	215,1±19,8	
ЖМ пш, од.	I	0,043±0,004	0,050±0,004*	0,050±0,003	0,046±0,004	0,045±0,003	0,041±0,003
	II	0,047±0,004	0,058±0,004*	0,057±0,003*	0,055±0,004*	0,051±0,003	



Однак при вивченні показників діастолі на першу добу після резекції шлунка у хворих II групи (порівняно з хворими I групи) спостерігалися суттєві порушення. Зниження КДОпш і $dp/dtmin$ при одночасному збільшенні КДТпш свідчило про появу ригідності серцевого м'язу, що було наслідком післяопераційного стресу. Попри стійкий характер судинного тону-су в малому колі кровообігу у хворих II групи протягом 5 діб на фоні введення фіноптину спостерігалось вірогідне збільшення КДТпш. Це вказувало на перехід ізотонічної форми гіперфункції правого шлуночка в змішану форму — більш тяжку, потребує від міокарда додаткових енергетичних витрат, що підтверджувалося збільшенням показника роботи. Найбільш інформативними маркерами діастолічної дисфункції міокарда правого шлуночка протягом періоду досліджень були ЖМ і максимальна швидкість зниження внутрішньошлуночкового тиску, які підтверджували існуюче обмеження механізму Старлінга і допомагали контролювати проведення інфузійного наванта-

ження. При цьому використан-ня фіноптину цілковито не усувало ригідності міокарда, однак значно «пом'яксувало» вираженість гіперфункції серцевого м'язу і сприяло оптимізації кровотоку в легенях, тим самим підтримуючи внутрішньо-венне інфузійне навантаження.

Висновки

1. У післяопераційному періоді фіноптин не усуває повністю ригідності міокарда правого шлуночка. Однак, контролюючи постнавантаження, препарат ефективно обмежує ізотонічну форму гіперфункції серцевого м'язу, зберігаючи її енергоресурси.

2. Найбільш інформативними маркерами ригідності міокарда є показник жорсткості та $dp/dtmin$.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Формирование гиперфункции миокарда правого желудочка у хирургических больных с портальной гипертензией* / А. В. Беляков, В. Т. Селиваненко, Ю. В. Грубник, М. В. Руденко // Укр. журнал екстрем. медицины. — 2004. — № 4. — С. 68-72.

2. *Бунятян А. А., Выжигина М. А.* Оценка и контроль состояния гемодинамики на различных этапах об-

щей анестезии и операций с помощью аналого-цифрового вычислительного комплекса «Симфония-3мт» в торакальной хирургии // Анестезиология и реанимация. — 1983. — № 2. — С. 24-30.

3. *Бураковский В. И., Лишук В. А.* Клинико-математический подход к изучению острых нарушений кровообращения после операций на открытом сердце // 4-й Сов.-амер. симп. по врожденным порокам сердца: Тез. докл. — М., 1981. — С. 333-357.

4. *Диагностика дисфункции правого желудочка у больных с врожденными пороками сердца при развитии острой легочной гипертензии в послеоперационном периоде* / М. А. Мартаков, Е. М. Зайнетдинов, А. В. Беляков, В. Т. Селиваненко // Серд.-сосуд. хирургия. — 2005. — Т. 6, № 3. — С. 11.

5. *Меерсон Ф. З.* Патогенез и предупреждение стрессорных и ишемических повреждений сердца. — М.: Медицина, 1984. — 316 с.

6. *Селиваненко В. Т., Беляков А. В., Дюжиков А. А.* Гемодинамика и регионарный кровоток после корригирующих операций. — Ростиздат, 2000. — 422 с.

7. *Комплексное измерение гемодинамики с помощью компьютерно-автоматизированной системы "Open-Heart"* / В. Т. Селиваненко, М. А. Мартаков, А. В. Беляков, Е. М. Зайнетдинов // Серд.-сосуд. хирургия. — 2005. — Т. 6, № 3. — С. 11.

УДК 616.248-053.2/.5-06

С. Ф. Гончарук, Г. В. Касьяненко

НАЯВНІСТЬ СУПРОВІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ І СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Одеський державний медичний університет

В останні роки багато уваги приділяють дослідженню впливу на перебіг бронхіальної астми (БА) супровідних захворювань. Доведена важлива роль вегетативних дисфункцій у патогенезі БА у дітей [1–4]. Встановлено, що на перебіг БА у дітей істотний вплив справляють захворювання

верхніх дихальних шляхів, особливо алергійний риніт [5; 6], а також порушення з боку шлунково-кишкового тракту, зокрема зміни в підшлунковій залозі, а також жовчного міхура (дискінезія та деформація) [7]. Хоча дані порушення посідають суттєве місце в етіології загострень БА [8; 9], при

проведенні аналізу літературних публікацій з цього питання нами не знайдено даних про кореляцію наявності супровідної патології з віком пацієнтів і ступенем тяжкості БА.

Мета роботи — вивчити взаємозв'язок між наявністю супровідної патології у дітей, які страждають на БА, з віком

