

article. Such point of view that the main indicator of state of health of nation is middle durability of life belongs to famous Ukrainian economist, leader of International institute of management. According to him, middle durability of life depends on indicator of social development, factor of economic rise, normal functioning of state with developed social sphere, high level of science and education, forming "real elite" with healthy system of values.

Position of famous Ukrainian writer, diplomat Yuriy Shcherbak is similar to previous point of view. His minds concern the elaboration of perspective national program "Healthy man within healthy society". Institutes of scientific medicine and specialists of sphere of health system and new "system of healthy social politics" can take part within this program. The main assignments of such

system are diagnosis of different influence of negative social phenomena, specifically corruption, lowering of level of money maintenance of human, military processes, pollution of environment, other ecological problems. Except these tasks, elaboration of recommendations concerning universal guaranties of existing of healthy man, transformations in all social spheres and fixing of healthy way of life of people.

Authors consider that it is necessary to understand healthy man in the role of biosocial and spiritual person as the central point of worldview. They suggest to make such perspective program as "Healthy man within healthy society".

Key words: health of man, "healthy society", healthy way of life, healthy social politics, future, medicine.

Огляди

УДК: 616.366-002+613.98

МЕХАНІЗМ РОЗВИТКУ ГОСТРОГО КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ

Чурпій В.К.¹, Чурпій К.Л.¹, Чурпій І.К.²

¹Маловисківська центральна районна лікарня, Кіровоградська область.

²Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Резюме. Ріст захворюваності на гострий холецистит вивів його до найбільш поширеного ургентного хірургічного захворювання після гострого апендициту. Висока післяопераційна летальність, від 2 до 12 %, не має тенденції до зниження. До 25 % пацієнтів з гострим холециститом складають особи старші 75 років. Саме ця категорія пацієнтів з високим анестезіологічним ризиком й формує основну питому вагу в післяопераційній летальності та у розвитку ускладнень. Рівень післяопераційної летальності в них складає від 8 до 18 %, а серед хворих понад 80 років – 40 - 50 %, і є у 10 - 12 разів вищий, ніж у молодих пацієнтів.

Наявність конкрементів у жовчному міхурі є пусковим чинником розвитку цієї патології – як правило, гострий холецистит у 90 % випадків виникає на фоні холелітіазу. Жінки хворіють вдвічі частіше, ніж чоловіки, але з віком ця різниця знижується і в похилому і старечому віці чоловіки і жінки хворіють з однаковою частотою.

Понад 67 % випадків у геронтологічних хворих з гострим калькульозним холециститом госпіталізація проводиться пізніше 48 годин з початку захворювання. На час госпіталізації у цих пацієнтів вже спостерігаються ускладнення

гострого калькульозного холециститу. Він супроводжується проявами гострого біліарного панкреатиту у 63 % випадків, обтураційної жовтяниці у 25 %, холангіту у 12 - 87 %, SIRS у 70 %. Розвиток позаміхурових ускладнень, в свою чергу посилює тяжкість стану пацієнта, значно погіршує перебіг захворювання і прогноз хірургічного втручання. Деструкція стінки жовчного міхура є типовою для хворих похилого та старечого віку і до 20 % спостережень відмічається вже в перші доби захворювання. Прогресування гнійно-деструктивного процесу погіршує системний кровотік, що викликає посилення ішемії в стінці жовчного міхура. Саме тому, консервативна терапія у геронтологічних хворих у більшості випадків є неефективною.

Основним методом скринінгу хворих на жовчнокам'яну хворобу є ультрасонографія.

Ключові слова: гострий холецистит, лапароскопічна холецистектомія, пацієнти похилого і старечого віку.

Вступ. За останні роки спостерігається зростання захворюваності на гострий холецистит, який став найбільш поширеним ургентним хірургічним захворюванням після гострого апендициту. Післяопераційна летальність залишається високою, складає від 2 до 12 % і не має

тенденції до зниження. В клініках, які спеціалізуються на лікуванні жовчнокам'яної хвороби, післяопераційна летальність не перевищує 5 % і вона, в першу чергу, сформована за рахунок геронтологічних хворих [1].

До 25 % пацієнтів з гострим холециститом складають особи старші 75 років. Власне ця категорія пацієнтів з високим анестезіологічним ризиком й формує основну питому вагу в післяопераційній летальності та у розвитку ускладнень. Рівень післяопераційної летальності в них складає від 8 до 18 %, а серед хворих понад 80 років – 40 - 50 %, і є у 10 - 12 разів вищий, ніж у молодих пацієнтів [1, 2].

В патогенезі розвитку гострого холециститу у геронтологічних хворих суттєве значення мають системні і локальні гемодинамічні порушення, розлади вуглеводного обміну, вікові зміни імунної відповіді, тривалість захворювання та варіабельна супутня патологія. Найбільш часто це є генералізований атеросклероз, обструктивні захворювання легень, хвороби сечостатевої системи та цукровий діабет типу 2. У багатьох з цих пацієнтів існують патологічні зміни в трьох і більше органах і системах, що вимагає зваженого підходу до хірургічної тактики і анестезіологічного забезпечення. У всіх них виникає потреба у корегуючій передопераційній терапії впродовж кількох днів [3].

Вважають, що формування конкрементів в жовчному міхурі виникає ще задовго до механічної травми стінки міхура та розвитку в ній запальних змін. Поява каменів пояснюється підвищеною концентрацією різних фаз холестерину в жовчі, серед яких найбільш нестабільною є фаза рідких кристалів. Висока концентрація холестерину в жовчі призводить до переважання фази справжніх мікрокристалів, з яких поступово формуються тверді моногідратні кристали. У літогенній жовчі починають переважати конгломерати кристалів розмірами більше 200 нм в діаметрі. Ці утвори є ядром майбутнього конкремента [4]. Якщо в загальному жінки хворіють вдвічі частіше, ніж чоловіки, то з віком ця різниця знижується. В похилому і старечому віці чоловіки і жінки хворіють з однаковою частотою. Це пояснюється тим, що у жінок знижується рівень естрогенів, які підвищують активність ліпопротеїнових рецепторів і знижують редуктазну активність. З віком знижується рівень синтетичного холестеролу і знижується його перетворення в печінці у жовчні солі.

Також на розвиток гострого запалення жовчного міхура мають вплив ряд хімічних факторів. В лізосомах епітелію жовчного міхура знаходять фосфоліпазу, активність якої зростає при блокуванні жовчного міхура і первинно-запального процесу на субклітинному рівні [5]. Подібний вплив на стінку жовчного міхура мають ферменти підшлункової залози. Поряд з цим є доведеним факт, що присутність ферментів підшлункової залози в жовчі нормально функціонуючого жовчного міхура не призводить до будь-яких патологічних змін. Їхній руйнівний ефект реалізується тільки на фоні застою жов-

чі [4, 6].

При гнійно-деструктивному процесі в жовчному міхурі виникає активація процесів перекисного окислення ліпідів, що проявляється надлишковим накопиченням стаціонарної концентрації супероксидного аніон-радикалу і синглетного кисню, що пошкоджують мембрану панкреатоцита, шляхом зміни ліпідів, як найбільш мобільних компонентів мембран, з утворенням перекисних сполук. Концентрація активних форм кисню регулюється завдяки наявності певних ферментів. Супероксиддисмутаза і α -токоферол являються елементами ферментативного захисту клітини, які знешкоджують супероксидні аніони шляхом їх дисмутації в перекись водню і трьохвалентний кисень, які не чинять пошкоджуючої дії на клітинні мембрани [7].

При гістологічному дослідженні жовчного міхура з безсимптомними конкрементами запальних змін в стінці міхура часто не спостерігають, а жовч є стерильною. Поряд з цим, важко пояснити чому змішані конкременти в більшості хворих знаходяться в інфікованій жовчі на фоні наявних запальних змін в жовчному міхурі [6].

Тривалий анамнез жовчнокам'яної хвороби і неодноразові напади печінкової кольки, які хворі зазвичай ліквідують самостійно за допомогою спазмолітиків та знеболювальних, часто призводить до запізнілої госпіталізації у хірургічні стаціонари. Крім того, ці хворі невинувато довго спостерігаються дільничними терапевтами з призначенням консервативної терапії в умовах денного стаціонару чи гастроентерологічного відділення. Все це призводить до того, що понад 67 % випадків у геронтологічних хворих з гострим калькульозним холециститом госпіталізація проводиться пізніше, ніж через 48 годин з початку захворювання. Як правило, у цих пацієнтів вже спостерігаються ускладнення гострого калькульозного холециститу: місцевий перитоніт, паравезикальний інфільтрат, емпієма жовчного міхура, біліарний панкреатит та ін. Деструкція стінки жовчного міхура є типовою для хворих похилого та старечого віку і до 20 % спостережень відмічається вже в перші доби захворювання [8].

Гострий холецистит є мультифакторним захворюванням. Наявність конкрементів у жовчному міхурі є пусковим чинником розвитку цієї патології – як правило, гострий холецистит у 90 % випадків виникає на фоні холелітіазу. Важливою ланкою патогенезу є обтурація міхурової протоки конкрементом з розвитком жовчної гіпертензії. Вікова атрофія м'язового шару стінки жовчного міхура посилює цей процес. Спостерігаються розлади моторики стінки жовчного міхура, сфінктерів Lutkens і Oddi, та патологічна ритмічна активність шлунку і дванадцятипалої кишки [9].

Виникає набряк стінки жовчного міхура з порушенням мікроциркуляції, кровопостачання і вогнищ некрозу у слизовій оболонці. У геронтологічних пацієнтів на фоні системного

атеросклерозу, артеріальної та легеневої гіпертензії є вікові судинні зміни в стінці жовчного міхура, що пришвидшує розвиток деструктивного процесу [10]. Гострі порушення кровоотоку у стінці жовчного міхура також можуть стати причиною гострого деструктивного холециститу. Тромбоз і емболія міхурової артерії часто виникають на фоні гіперкоагуляції, яка наявна у людей похилого і старечого віку.

Поєднання всіх вищеперелічених факторів і зумовлює складність в клінічному перебігу і визначенні хірургічної тактики у цієї категорії хворих. Гострий калькульозний холецистит у людей похилого та старечого віку супроводжується проявами гострого біліарного панкреатиту у 63 % випадків, обтураційної жовтяниці у 25 %, холангіту у 12 - 87 %, SIRS у 70 %. Розвиток цих позаміхурових ускладнень, в свою чергу посилює тяжкість стану пацієнта, значно погіршує перебіг основної патології і прогноз хірургічного втручання [11]. Саме тому, консервативна терапія у геронтологічних хворих у більшості випадків є неефективною.

Некротичні зміни в стінці жовчного міхура на фоні ангіоневротичних розладів є причиною перфорації. Поряд з цим, слід відмітити, що перфорація у черевну порожнину у геронтологічних хворих з розвитком розлитого гнійного перитоніту, буває вкрай рідко. Зазвичай, перфорація проходить у сформований паравезикальний інфільтрат з розвитком абсцесу, стінками якого є жовчний міхур, великий чіпець, печінка та петлі кишечника. В деяких випадках, наслідком перфорації жовчного міхура є формування холецистоінтестинальних нориць.

Інфікування жовчі – важливий компонент патогенезу гострого деструктивного холециститу. Навіть якщо некротичний процес у жовчному міхурі спочатку є асептичним, інфекція приєднується завжди, викликаючи інтоксикаційний синдром і SIRS. За даними різних авторів інфікування жовчі зустрічається від 32 до 100 % спостережень. Майже у половини випадків переважають мікробні асоціації аеробних і анаеробних мікроорганізмів. Патогенна мікрофлора в жовчі ідентифікується в більшості випадків. Так, через добу від початку лікування гострого холециститу мікроорганізми знаходять у 35 % хворих, а через 3 доби – у 80 %. У 58 % випадків це є кишкова паличка, а у 18 % – її асоціації з іншими мікроорганізмами [12].

Наявність гострого калькульозного холециститу спричиняє декомпенсацію супутньої патології і, в першу чергу – ішемічної хвороби серця. У геронтологічних хворих посилюється хронічна серцева недостатність, що, в свою чергу, призводить до зниження перфузії в системі міхурової артерії. Виникає замкнуте коло – прогресування гнійно-деструктивного процесу погіршує системний кровотік, що викликає посилення ішемії в стінці жовчного міхура.

В печінці виникають функціональні розлади, які проявляються зростанням активності трансаміназ, рівня С-реактивного протеїна. Розвивається гіпербілірубінемія, генез якої зумов-

лений не тільки порушенням евакуації жовчі з позапечінкових жовчевих шляхів, а й функціональними змінами у гепатоцитах. Загальна кількість сироваткового білка у хворих на гострий деструктивний холецистит, незважаючи на гіпоальбумінемію та гіпергамаглобулінемію, знаходяться в межах норми [13]. Поряд з цим є роботи, в яких вказується на зниження вмісту загального білка в сироватці крові, яке корелює не тільки з формою клінічного перебігу холециститу, а й з тривалістю захворювання та наявністю ускладнень. Невизначеність з хірургічною тактикою і тривале консервативне лікування може спричинити прояви печінково-ниркової дисфункції, яка є прогностично вкрай несприятливим ускладненням гострого деструктивного холециститу у хворих похилого та старечого віку [14].

Цукровий діабет типу 2, який в останні десятиліття став невід'ємним супутником старості швидко декомпенсує при розвитку гнійно-деструктивного процесу у жовчному міхурі. Внаслідок активації симпатико-адреналового комплексу, функціональних змін печінки і підшлункової залози, порушення вуглеводного обміну внаслідок розладів ентерального харчування, виникають швидкі добові коливання рівня глюкози, підвищення мінорної фракції гемоглобіну, які тяжко піддаються корекції екзогенним інсуліном [15].

Всі вищеперелічені чинники етіопатогенезу гострого холециститу у хворих похилого та старечого віку формують особливості клінічної симптоматики у них. Одні автори вказують на стертість і атиповість клінічних симптомів, на відміну від пацієнтів молодшого віку, а інші – навпаки, вважають, що відмінності виникають тільки у тих хворих, які потрапили у хірургічний стаціонар в пізні терміни з ускладненнями гострого холециститу [16].

Клінічна симптоматика гострого калькульозного холециститу у геронтологічних пацієнтів залежить не тільки від тяжкості локального гнійного процесу, а й від системних проявів, які розвиваються внаслідок декомпенсації супутньої патології. Це призводить до нечіткої локалізації болю, його іррадіації в поперек і ділянку серця на фоні вираженої інтоксикації, що вимагає проведення диференційної діагностики з гострою кишковою непрохідністю, гострим апендититом, гострим панкреатитом та ін. Часто немає залежності між підвищенням температури тіла і кардіальними реакціями. Навіть при субфебрилітеті частота пульсу зростає до 100 уд. за хвилину [17].

При об'єктивному огляді часто вдається пропальпувати болючий інфільтрат у правому підбер'ї, що складається із збільшеного жовчного міхура та великого чіпця, який щільно вкриває його, формуючи запальний утвір по нижньому краю печінки. Напруження м'язів передньої черевної стінки не є типовою ознакою у хворих похилого та старечого віку, однак із розвитком ускладнень (перитоніт, гострий панкреатит та ін.) проявляється більш виражено.

В загальному аналізі крові у хворих похилого та старечого віку спостерігаються дещо специфічні зміни. Рівень лейкоцитозу з зсувом формули ліворуч не завжди є об'єктивним чинником тяжкості гнійного процесу, однак у поєднанні з підвищенням температури тіла, болючості у правій підреберній ділянці та ознаками інтоксикації, повинен враховуватися при встановленні діагнозу. Навіть після проведення холецистектомії, впродовж перших трьох післяопераційних днів лейкоцитоз продовжує зберігатися за рахунок перивезикальних запальних тканин.

Найбільш достовірним, неінвазивним і доступним методом інструментального обстеження при гострому холециститі залишається ультрасонографія. Це є основний метод скринінгу хворих на жовчнокам'яну хворобу, що ефективно діагностує зміни у стінці жовчного міхура при гострому калькульозному холециститі. Для покращення сонографічної візуалізації органів панкреатогепатобіліарної зони рекомендують застосовувати підсилення контрастом. Така методика дозволяє краще діагностувати зони деструкції, перфоративні отвори в стінці жовчного міхура, паравезикальний інфільтрат [18]. Основними сонографічними ознаками у хворих на гострий деструктивний холецистит є наявність конкрементів, ехогенної жовчі, потовщення та подвійний контур стінок жовчного міхура [19].

В останні роки щораз більше уваги надається діагностиці гострого калькульозного холециститу за допомогою комп'ютерної томографії. При цій діагностиці виявляють ряд патогномонічних променевих симптомів, наприклад, розтягнення дна жовчного міхура та ущільнення передньої черевної стінки у правому підребер'ї. Спіральна комп'ютерна томографія дозволяє верифікувати обструкцію жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, може широко застосовуватися для оцінки ускладненого гострого калькульозного холециститу, гострого холангіту, абсцесів печінки та ін. Однак, комп'ютерна томографія і магнітно-резонансна томографія є високовартісними методами, що не завжди дозволяє їх широко застосовувати в ургентній абдомінальній хірургії.

Висновки.

1. Перебіг гострого холециститу у геронтологічних хворих має свої особливості: стерті клінічні симптоми, атиповий перебіг, що призводить до пізньої госпіталізації з розвитком ускладнень.

2. У хворих похилого і старечого віку доцільно проводити раннє хірургічне втручання до розвитку ускладнень.

Література.

1. Причины возникновения желчных перитонитов у больных желчнокаменной болезнью / С.Н. Хунафин, А.З. Муллаянова, Г.А. Мурзин, А.Ф. Бикметов // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – сер.11, вып. 2. – С. 135-139.
2. The safety and prognostic factors for mortality in

extremely elderly patients undergoing an emergency operation / S.Y. Park, J.S. Chung, S.H. Kim [and other] // Surg. Today. – 2015. – Mar. 19.

3. Routine histopathology of gallbladder after elective cholecystectomy for gallstones: waste of resources or a justified act? / F.G. Siddiqui, A.A. Memon, A.H. [and other] // BMC Surg. – 2013. – Jul, 8. – P. 13-26.

4. The expression of hepatic carboxypeptidase E is decreased in patients with cholesterol gallstone / S.L. Dai, J. Zhou, K.X. Yang, S.Y. Yang // Saudi J. Gastroenterol. – 2015. – Jul-Aug, 21(4). – P. 226-231.

5. Профіль цитокінов у больних при остром калькульозном холецистите і корекція его порушений / Дж. Н. Гаджиев, Э.Г. Тагиен, А.Г. Гусейналиев, [и др.] // Клінічна хірургія. – 2013. – №4. – С. 17-19.

6. К вопросу о рациональной хирургической тактике у больных с острым холециститом на фоне гипербилирубинемии в свете 20-летнего опыта лапароскопической хирургии / В.В. Иващенко, А.В. Иващенко, К.К. Скворцов, К.К. Скворцов (мол.) // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2014. – №1, ч. 1, Т.18 – С. 106-111.

7. Іваночко Н.Я. Стан перекисного окислення ліпідів у осіб літнього та старечого віку, хворих на гострий калькульозний холецистит / Н.Я. Іваночко // Буковинський медичний вісник. – 2013. – Том 17, №1. – С. 41-44.

8. Василюк С.М. Зміни лімфоїдної тканини стінки жовчного міхура у хворих похилого та старечого віку на гострий калькульозний холецистит / С.М. Василюк, І.О. Михайлюк, В.К. Чурпій // Шпитальна хірургія. – 2011. – № 4. – С. 66-68.

9. Prevalence of gallstones in 1,229 patients submitted to surgical laparoscopic treatment of GERD and esophageal achalasia: associated cholecystectomy was a safe procedure / R.A. Sallum, E.M. Padrão, S. Szachnowicz [and other] // Arq. Bras. Cir. Dig. – 2015. – Apr-Jun, 28(2). – P. 113-116.

10. Ambe P.C. Is the male gender an independent risk factor for complication in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis? / P.C. Ambe, L. Köhler // Int. Surg. – 2015. – May, 100(5). – P. 854-859.

11. Коломійцев В.І. Ефективність ендоскопічного стентування і назобіліарного дренирування у профілактиці та лікуванні гнійного холангіту після літотрипсії / В.І. Коломійцев, О.І. Кушнірук // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2013. – Vol. 17(2). – С. 43-44.

12. Прогностичне значення циклічних нуклеотидів в оцінці функціонального стану печінки хворих на гострий холецистит / О.Л. Дробков, Д.М. Давидов, В.С. Кадочников, [та ін.] // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2014. – №1, ч. 2, Т.18 – С. 183-185.

13. Analysis of immunohistochemical expression of proinflammatory cytokines (IL-1α, IL-6, and TNF-α) in gallbladder mucosa: comparative study in acute and chronic calculous cholecystitis / A. Kasprzak, M.

Szmyt, W. Malkowski [and other] // Folia Morphol. (Warsz). – 2015. – 74(1). – P. 65-72.

14. Выбор метода холецистэктомии у пациентов с калькулезным холециститом и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией / А.В. Губка, С.Н. Завгородний, Н.Г. Головкин, [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2011. – № 5. – С. 17.

15. Сироїд О. Хірургічне лікування чоловіків із жовчнокам'яною хворобою та ендокринною патологією / О. Сироїд // Буковинський медичний вісник. – 2011. – Том 15, № 1(57). – С. 92-95.

16. Василюк С.М. Особливості клінічної симптоматики гострого калькульозного холециститу у хворих літнього і старечого віку / С.М. Василюк, В.К. Чурпий // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2011. – Т. 10, № 3. – С. 69-71.

17. Impact of obesity and associated diseases on outcome after laparoscopic cholecystectomy / H. Paajanen, P. Käkälä, S. Suuronen [and other] // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. – 2012. – Dec. 22(6). – P. 509-513.

18. Tang S. Contrast-enhanced ultrasonography to diagnose gallbladder perforation / S. Tang, Y. Wang, Y. Wang // Am. J. Emerg. Med. – 2013. – Aug. 31(8). – P. 1240-1243.

19. Анатомо-топографічні обставини, як чинник ризику інтраопераційних ускладнень при лапароскопічній холецистектомії / І.Д. Герич, О.В. Огурцов, В.Ю. Федоров, Т.Е. Семань // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2014. – №1, ч. 2, Т.18 – С. 192 - 195.

90% случаев возникает на фоне холелитиаза. Женщины болеют в два раза чаще, чем мужчины, но с возрастом эта разница снижается и в пожилом и старческом возрасте мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой.

Более 67 % случаев в геронтологических больных с острым калькулезным холециститом госпитализация проводится не позднее 48 часов от начала заболевания. На время госпитализации у этих пациентов уже наблюдаются осложнения острого калькулезного холецистита. Он сопровождается проявлениями острого билиарного панкреатита в 63 % случаев, обтурационной желтухи у 25 %, холангита в 12 – 87 %, SIRS в 70 %. Развитие позамихуровых осложнений, в свою очередь усугубляет тяжесть состояния пациента, значительно ухудшает течение заболевания и прогноз хирургического вмешательства. Деструкция стенки желчного пузыря является типичной для больных пожилого и старческого возраста и до 20 % наблюдений отмечается уже в первые сутки заболевания. Прогрессирование гнойно-деструктивного процесса ухудшает системный кровоток, что вызывает усиление ишемии в стенке желчного пузыря. Именно поэтому, консервативная терапия в геронтологических больных в большинстве случаев неэффективна. Основным методом скрининга больных желчнокаменной болезнью является ультразвукография.

Ключевые слова: острый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, пациенты пожилого и старческого возраста.

УДК: 616.366-002+613.98

UDC: 616.366-002+613.98

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

MECHANISM OF ACUTE CALCULOUS CHOLECESTITIS ON ELDERLY HUMANS

Чурпий В.К.¹, Чурпий К.Л.¹, Чурпий И.К.²

¹Маловишневская центральная районная больница, Кировоградской области.

²Ивано-Франковский национальный медицинский университет, г. Ивано-Франковск, Украина.

V.K. Churpiy, K.L. Churpiy, I.K. Churpiy
Ivano-Frankivsk National Medical University.
Ivano-Frankivsk, Ukraine.

Резюме. Рост заболеваемости острым холециститом вывел его к наиболее распространенному ургентного хирургического заболевания после острого аппендицита. Высокая послеоперационная летальность от 2 до 12 %, не имеет тенденции к снижению. До 25 % пациентов с острым холециститом составляют лица старше 75 лет. Именно эта категория пациентов с высоким анестезиологическим риском и формирует основной удельный вес в послеоперационной летальности и в развитии осложнений. Уровень послеоперационной летальности в них составляет от 8 до 18 %, а среди больных старше 80 лет - 40 – 50 %, и у 10 - 12 раз выше, чем у молодых пациентов.

Наличие конкрементов в желчном пузыре является пусковым фактором развития этой патологии - как правило, острый холецистит в

Abstract. Increased incidence of acute cholecystitis brought him to the most urgent common surgical disease after acute appendicitis. High postoperative mortality, from 2 to 12 %, does not tend to decrease. Up to 25 % of patients with acute cholecystitis are persons older than 75 years. This category of patients with high anesthetic risk and creates major share in postoperative mortality and the development of complications. The level of postoperative mortality in them is from 8 to 18% and among patients over 80 years - 40 – 50 %, and is 10 - 12 times higher than in younger patients.

In the pathogenesis of acute cholecystitis in gerontology patients with essential local and systemic hemodynamic disorder of carbohydrate metabolism disorders, age-related changes in the immune response, disease duration and variable comorbidities. An important part of the pathogenesis of cystic duct obstruction is the development of concretions bile hypertension. Age atrophy of the muscle layer of the gallbladder wall

enhances this process. There is swelling of the gallbladder wall in violation of microcirculation, blood flow and foci of necrosis in the mucosa.

The appearance of stones in the bladder zhovchevomu due to increased concentrations of the various phases of cholesterol in the bile, the most unstable phase is liquid crystals. The presence of concretions in the gall bladder is a trigger factor for the development of this disease - usually acute cholecystitis in 90 % of cases occur against the background of cholelithiasis.

Women suffer twice as often as men age, but this difference is reduced in the elderly and old age men and women suffer equally.

More than 67 % of cases in gerontology patients with acute calculous cholecystitis admission is made within 48 hours of onset. At the time of hospitalization in these patients already suffer complications of acute calculous cholecystitis: local peritonitis, paravezykalnyy infiltrate, empyema gallbladder, biliary pancreatitis and others. The

destruction of the gallbladder wall is typical for the patients of elderly and 20 % of cases observed in the early days of the disease. Progression of purulent-destructive process worsens the systemic circulation, which causes increased ischemia in the wall of the gallbladder.

Acute calculous cholecystitis in elderly and senile accompanied by manifestations of acute biliary pancreatitis in 63 % of cases, obstructive jaundice in 25 % cholangitis in 12 – 87 %, 70 % SIRS. Development pozamihurovyh complications in turn increases the severity of the patient worsens the disease and prognosis of surgery. Therefore, conservative therapy in gerontology patients in most cases is ineffective.

The main method of screening patients with cholelithiasis is ultrasonography.

Key words: acute cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, patients are elderly and senile.

Випадки з практики

УДК: 616.995.132

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПІДШКІРНОГО ДИРОФІЛЯРІОЗУ ЛІВОЇ СКРОНЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Марущак Н.М.¹, Чурпій І.К.², Богуш А.Є.¹, Горбаль Б.Г.¹, Приймак Л.Д.¹

¹Центральна міська клінічна лікарня

²Івано-Франківський державний медичний університет. м. Івано-Франківськ, Україна

Резюме. Представлена інформація про поширеність, особливості клініки та діагностики дирофіляріозу — єдиного трансмісивного паразитарного захворювання людини, яке характерне для країн із тропічним кліматом, але останніми роками нерідко реєструється в Україні. Дирофілярії — тонкі ниткоподібні круглі гельмінти білого кольору, що належать до класу *Nematoda*, ряду *Spirurida*, родини *Filariidae*, роду *Dirofilaria*. На користь підшкірного дирофіляріозу свідчать дані анамнезу щодо перебування в ендемічній зоні в літній сезон; наявність патологічних утворень під шкірою (пухлин, гранульом) у будь-якій ділянці тіла, які можуть «переміщуватися»; ураження очей з локалізацією та міграцією гельмінта під шкірою повік, в оболонках ока; набряки, подібні до набряку Квінке; виявлення гельмінта у видалених тканинах; виявлення нематод при морфологічному дослідженні та ідентифікації їх з родом *Dirofilaria*. Клінічні прояви у людей різноманітні й пов'язані з локалізацією дирофілярій у шкірі та підшкірній жировій клітковині, тканинах ока. Характерні

прояви дирофіляріозу — поява підшкірних утворень: пухлин чи вузлів, у більшості випадків поодиноких, які містяться в різних ділянках тіла і можуть не турбувати хворого або супроводжуватися болем, свербіжем, відчуттям ворухіння чи переміщення гельмінтів. Єдиним методом лабораторної діагностики дирофіляріозу у людей є морфологічне дослідження видаленого гельмінта (визначають вид, стать, розміри), на підставі якого встановлюють діагноз. Оскільки дирофілярії є факультативними паразитами людини, діагноз установлюють після виявлення одиниць (1–2, рідко — 3–4) дорослих гельмінтів, частіше незапліднених самок, рідше — самців. Мікрофілярії у крові людини не виявляють. Додатковим методом діагностики є імунологічний — визначення відповіді організму хворого на присутність дирофілярій — наявність антитіл до мігруючих личинок методом імуоферментного аналізу. Описано клінічний випадок підшкірного дирофіляріозу скроневої ділянки.

Ключові слова: дирофіляріоз, гельмінти, лікування, профілактика.