

Summary

PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE AND THERAPY OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

Atauneh A. Youssef

Key words: diabetes mellitus, diabetic angiopathy (micro-macroangiopathy) coronary artery disease, hypertension, encephalopathy.

The article presents data on prevalence and mortality rate of diabetes mellitus for 15 years in the Poltava region, as well as the data on the structure of diabetes and its complications. The findings of comprehensive examination and treatment of patients with type 2 diabetes and comorbid arterial hypertension and coronary artery disease (group 1) and hypertension and circulatory-hypertensive encephalopathy (group 2) are described. These parameters were evaluated according to the age and gender. Metabolic disorders reflecting the state of carbohydrate and lipid metabolism were more pronounced in older men, as well as a severe form of the disease compared with women, but with age, these differences leveled. Complex therapy allowed of reaching more stable glycemic compensation, blood pressure normalization, a significant decrease in the number of angina attacks, increased exercise tolerance and moderate improvement of life quality in a shorter period of time. The period of remission slightly increased.

УДК: 616.366-002-089.5-08(043.2)

Безручко М.В., Осіпов О.С., Рибалка Я.В.

РОЛЬ СОНОГРАФІЧНО КОНТРОЛЬОВАНИХ ПУНКЦІЙ ЖОВЧНОГО МІХУРА В ПРОФІЛАКТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ УРГЕНТНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

При гострому холециститі під час операції часто виникає потраплення вмісту жовчного міхура в черевну порожнину, що незважаючи на профілактичні заходи, у 14 – 21% випадків сприяє розвитку післяопераційних гнійних ускладнень. В роботі проаналізовано результати лікування 87 пацієнтів з гострим деструктивним холециститом, у яких під час операції констатовано потраплення вмісту жовчного міхура в черевну порожнину. В залежності від заходів профілактики гнійних ускладнень пацієнти були розподілені на 2 групи. I група (порівняння) – 41 пацієнт, у яких застосовувалася загальноприйнята профілактика гнійних ускладнень. II група (основна) – 46 пацієнтів, у яких загальноприйняті заходи профілактики доповнювалися черезшкірною пункцією під контролем ультразвукового дослідження, декомпресією та санацією розчином антисептика порожнини жовчного міхура. Післяопераційні гнійні ускладнення з боку черевної порожнини та післяопераційної рани були представлені у вигляді абсцесів черевної порожнини, інфільтрату та нагноєння післяопераційної рани. У пацієнтів групи порівняння ці ускладнення розвинулися у 8 (19,5%) випадках, термін стаціонарного лікування у цій групі склав $10,3 \pm 0,68$ діб. У пацієнтів основної групи розвиток гнійних ускладнень спостерігався у 2 (4,3%) випадках, тривалість стаціонарного лікування при цьому склала $7,7 \pm 0,19$ діб. Отже, ризик розвитку гнійних ускладнень при потрапленні вмісту жовчного міхура у вільну черевну порожнину під час операції значно зростає. Застосування черезшкірної пункції порожнини жовчного міхура під контролем УЗД в комплексі з загальноприйнятими профілактичними заходами дозволяє знизити частоту гнійних ускладнень з 19,5% до 4,3% та зменшити терміни перебування пацієнтів у стаціонарі з $10,3 \pm 0,68$ до $7,7 \pm 0,19$ діб.

Ключові слова: гострий холецистит, післяопераційні гнійні ускладнення, профілактика, пункція жовчного міхура під сонографічним контролем.

Стаття є фрагментом планової наукової роботи кафедри хірургії № 3 "Морфологічні і функціональні порушення органів та систем організму при гострій та хронічній хірургічній патології, оптимізація діагностичної та лікувальної тактики, прогнозування, профілактика та лікування післяопераційних ускладнень" (державний реєстраційний номер 0111U006302)

Вступ

Гострий холецистит (ГХ) є одним з найбільш частих захворювань, які відносяться до гострої хірургічної патології та займає 2-е місце, поступаючись лише гострому апендициту за частотою оперативних втручань. Частота захворюваності в Україні становить в середньому 6,5 випадків на 10000 населення. Не зважаючи на значні успіхи в біліарній хірургії, широке впровадження відеоендоскопічних технологій в планову хірургію хронічного калькульозного холециститу, частка ГХ не зменшується, а за останні десятиріччя він набув характеру соціальної проблеми [3, 6, 7,

10]. Згідно класифікації до деструктивних форм належать флегмонозний та гангренозний холецистит, які супроводжуються інфікуванням вмісту та різного ступеню деструкцією стінки жовчного міхура [8, 11]. Лікувальна тактика при ГХ за останній час зазнала значних змін, цьому сприяло незадоволення отримуваними результатами лікування, поява нових та удосконалення існуючих методів діагностики, а також швидкий розвиток малоінвазивних хірургічних методів лікування, що сприяло більш частому наданню переваги активній хірургічній тактиці в лікуванні даної патології [1, 2, 8, 9]. При цьому досить часто під час операції виникає пошкодження стінки жовч-

ного міхура з потраплянням його інфікованого вмісту в черевну порожнину, для попередження розвитку інфікування та гнійних ускладнень з боку черевної порожнини і післяопераційної рани застосовують обкладання операційної рани та зони операції марлевими серветками, санацію розчинами антисептиків, проведення антибактеріальної терапії в післяопераційному періоді. Але не зважаючи на вищевказані заходи розвиток цих ускладнень спостерігається за різними даними у 14 – 21% випадків [3, 4, 6, 10, 11].

Мета дослідження

Пошук нових способів профілактики післяопераційних гнійних ускладнень при ургентній холецистектомії.

Матеріали та методи дослідження

В основу дослідження покладено результати лікування 87 пацієнтів з гострим деструктивним холециститом які знаходилися на лікуванні в клініці в період з 2011 по 2013 рік та які були оперовані в ургентному порядку з відкритого чи лапароскопічного доступу та у яких під час операції констатовано ушкодження стінки жовчного міхура з потраплянням його вмісту в черевну порожнину.

В залежності від заходів профілактики розвитку післяопераційних гнійних ускладнень пацієнти були розподілені на 2 групи. I група (порівняння) складала 41 (47,1%) пацієнтів, у яких профілактика післяопераційних гнійних ускладнень проводилася шляхом обкладання операційної рани та зони операції (підпечінкового простору) марлевими серветками, санації підпечінкового простору та операційної рани розчинами антисептиків, проведення антибактеріальної терапії в післяопераційному періоді. II група (основна) – 46 (52,9%) пацієнтів, у яких такі ж заходи профілактики, як у пацієнтів I групи доповнювалися черезшкірною пункцією під контролем ультразвукового дослідження (УЗД), декомпресією та санацією розчином антисептика порожнини жовчного міхура.

Обидві групи пацієнтів були співставимі за віком, статтю, термінами госпіталізації, тяжкістю загального стану, морфологічними змінами жовчного міхура, видом оперативного лікування, медикаментозною та антибактеріальною терапією ($p > 0,05$). Середній вік пацієнтів склав у I групі – $59,3 \pm 1,1$ років, II – $61,2 \pm 1,4$ років; в обох групах переважали жінки, у I групі вони склали – 82,9%, у II – 84,8%; термін від початку захворювання до госпіталізації у пацієнтів I групи склав $58,7 \pm 3,6$ год., у II групі – $61,1 \pm 4,3$ год., тяжкість загального стану пацієнтів визначали за шкалою APACHE-II, так середній показник у I групі склав $8,7 \pm 0,41$ балів, у II – $9,4 \pm 0,8$ бали.

Усі пацієнти були обстежені в повному обсязі згідно наказу МОЗ України № 297 від 2.04.2010 року.

У II групі з метою профілактики післяопераційних гнійних ускладнень пацієнтам безпосередньо перед операцією проводилася черезшкірна черезпечінкова пункція порожнини жовчного міхура під контролем УЗД на апараті HD11XE фірми Philips (Голландія) з конвексним датчиком з частотою 3,5 – 4 МГц, пункційною голкою Chiba, за методикою «free hand» [5], його декомпресія шляхом аспірації патологічного вмісту, з наступною санацією порожнини розчином антисептика.

Результати дослідження та їх обговорення

Усім пацієнтам обох груп патологічний вміст жовчного міхура набиралася для бактеріологічного дослідження. У пацієнтів I групи з жовчного міхура отримано у 12 (29,3%) пацієнтів каламутну жовч, у 13 (31,7%) – жовч з пластівцями фібрину, у 16 (39%) – гній з домішкою жовчі. У пацієнтів II групи з жовчного міхура отримано у 11 (23,9%) пацієнтів каламутну жовч, у 17 (36,9%) – жовч з пластівцями фібрину, у 18 (39,2%) – гній з домішкою жовчі. Кількість евакуйованої рідини була від 70 до 210 мл. Посіви проводили на середовища тільки в аеробних умовах. Отримані результати представлені в таблиці 1.

Таблиця 1
Результати бактеріологічного дослідження вмісту жовчного міхура пацієнтів обох груп

| Мікроорганізм | Група порівняння | | Основна група | |
|--------------------------|------------------|------|---------------|------|
| | Абс. | % | Абс. | % |
| Enterococcus | 14 | 34,1 | 13 | 28,3 |
| S. aureus | 5 | 12,2 | 7 | 15,2 |
| S. faecalis | 6 | 14,6 | 6 | 13,1 |
| E. coli | 8 | 19,5 | 7 | 15,2 |
| Klebsiella | 2 | 4,9 | 3 | 6,5 |
| Enterobacter | 1 | 2,5 | 2 | 4,3 |
| Proteus | 3 | 7,3 | 5 | 10,9 |
| Аеробна флора не висіяна | 2 | 4,9 | 3 | 6,5 |
| Всього: | 41 | 100 | 46 | 100 |

Таким чином, при бактеріологічному дослідженні вмісту жовчного міхура, інфікування виявлено у 93,5% пацієнтів основної групи та 95,1% – групи порівняння. Найчастіше, як у I так і в II групі висівалися ентерококи, кишкова паличка, золотистий стафілокок та S. faecalis. Чутли-

вість висіяної мікрофлори до антибіотиків базової терапії (цефалоспорины третього покоління, фторхінолони) була досить високою.

При хірургічному лікуванні гострого деструктивного холециститу у I групі пацієнтам в ургентних умовах було виконано відкриту холецистектомію в 17 (41,5%), а лапароскопічну – в 24

(58,5%) випадках, у пацієнтів II групи лапароскопічна холецистектомія виконана у 28 (60,9%), а відкрита у 18 (39,1%) випадках. За морфологічними змінами жовчного міхура у I групі констатовано флегмонозний холецистит у 27 (65,9%), гангренозний – у 14 (34,1%) випадках, у пацієнтів II групи флегмонозний холецистит встановлено у 31 (67,3%), гангренозний – у 15 (32,7%) випадках. Антибіотикотерапія у пацієнтів обох груп проводилася згідно бактеріологічного паспорту виділення в стандартних дозах.

Післяопераційні гнійні ускладнення з боку черевної порожнини та післяопераційної рани були представлені у вигляді абсцесів черевної порожнини, як правило підпечінкового, або піддіафрагмального, інфільтрату та нагноєння післяопераційної рани. У пацієнтів групи порівняння післяопераційні гнійні ускладнення після оперативного втручання, при якому інтраопераційно було потраплення вмісту жовчного міхура у вільну черевну порожнину, розвинулися у 8 (19,5%) випадках, з них у 3 (7,3%) пацієнтів виявлено абсцеси підпечінкового та піддіафрагмального простору (у 2 та у 1 випадку відповідно), інфільтрат післяопераційної рани виявлено у 2 (4,9%) пацієнтів, нагноєння післяопераційної рани констатовано у 3 (7,3%) випадках, що потребувало додаткових лікувальних заходів, а терміни стаціонарного лікування пацієнтів цієї групи склали в середньому $10,3 \pm 0,68$ діб.

При хірургічному лікуванні гострого деструктивного холециститу у пацієнтів основної групи констатовано розвиток післяопераційних гнійних ускладнень лише у 2 (4,3%) випадках, по 1 випадку інфільтрату та нагноєння післяопераційної рани, це хоча і потребувало додаткових лікувальних заходів, однак не призвело до суттєвого подовження перебування пацієнтів у стаціонарі, тривалість стаціонарного лікування у основній групі склала $7,7 \pm 0,19$ діб.

Висновки

Таким чином, проблема, висвітлена в даній роботі, є досить актуальною. Ризик розвитку післяопераційних гнійних ускладнень при потрапленні інфікованого вмісту жовчного міхура у вільну черевну порожнину під час оперативного втручання з приводу гострого деструктивного холециститу, незважаючи на застосування загальноприйнятих інтра- та післяопераційних профілактичних заходів, значно зростає.

Застосування черезшкірної черезпечінкової пункції порожнини жовчного міхура під контролем УЗД з декомпресією та санацією жовчного міхура в комплексі з загальноприйнятими профілактичними заходами дозволяє статистично значимо зменшити частоту післяопераційних гнійних ускладнень з 19,5% (група порівняння) до 4,3% (основна група), при цьому зменшити терміни перебування пацієнтів у стаціонарі з

$10,3 \pm 0,68$ діб (група порівняння) до $7,7 \pm 0,19$ діб (основна група).

Література

1. Атаджанов Ш.К. Пути снижения осложнений лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / Ш.К. Атаджанов // Хирургия. – 2007. – № 12. – С. 26–29.
2. Бебуришвили А.Г. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита / А.Г. Бебуришвили, А.В. Быков, Е.Н. Зюбина [и др.] // Хирургия. – 2009. – № 1. – С. 43–47.
3. Загидов М.З. Гнойно-септические осложнения острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста / М.З. Загидов, А.М. Загидова // Неотложная и специализированная хирургическая помощь. I конгресс московских хирургов. Тез. Докл. – М.: Геос. – 2009. – С. 296–296.
4. Короткевич А.Г. Профилактика осложнений хирургического лечения острого холецистита / А.Г. Короткевич, В.В. Кузнецов // Анналы хир. гепатологии. – 2008. – Т. 9. – № 2. – С. 132.
5. Конькова М.В. Диагностическая и интервенционная сонография в неотложной хирургии / Конькова М.В. – Донецк: Новый мир, 2005. – 300 с.
6. Ничитайло М.Ю. Профилактика гнойно-септических осложнений лапароскопической холецистэктомии / М.Ю. Ничитайло, В.В. Дяченко, А.В. Скумс [та ін.] // Одеський медичний журнал. – 2002. – № 6. – С. 89–90.
7. Ничитайло М.Ю. Особливості післяопераційних ускладнень в лапароскопічній хірургії / М.Ю. Ничитайло, П.В. Огородник, О.М. Литвиненко [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2011. – № 12. – С. 5–8.
8. Абакумов М.М. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / [М.М. Абакумов, В.В. Андрияшкин, В.Г. Бреусенко и др.]; Под ред. В.С. Савельева. – М.: «Трида-Х», 2006. – 640 с.
9. Braun B. Gallbladder puncture and drainage as therapy of acute cholecystitis / B. Braun, W. Blank // Med. Klin. – 2009. – Vol. 91, 6. – P. 359–365.
10. Sptariu A. Conversion in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis / A. Sptariu, A.E. Nicolau, M. Beuran [et al.] // Jul. Aug. Chirurgia. – 2010. – 105 (4). – P. 469–472.
11. Emami C.N. Single-incision laparoscopic cholecystectomy in children: a feasible alternative to the standard laparoscopic approach / C.N. Emami, D. Garrett, D. Anselmo [et al.] // J. Pediatr. Surg. – 2011. – № 10 (46). – P. 1909–1912.

References

1. Atadzhanov Sh.K. Puti snizheniya oslozhneniy laparoskopicheskoy holetsistektomii pri ostrom holetsistite / Sh.K. Atadzhanov // Hirurgiya. – 2007. – № 12. – S. 26–29.
2. Beburishvili A.G. Evolyutsiya podhodov k hirurgicheskomu lecheniyu oslozhnennogo holetsistita / A.G. Beburishvili, A.V. Bykov, E.N. Zyubina [i dr.] // Hirurgiya. – 2009. – № 1. – S. 43–47.
3. Zagidov M.Z. Gnoyno-septicheskie oslozhneniya ostromo holetsistita u lits pozhilogo i starcheskogo vozrasta / M.Z. Zagidov, A.M. Zagidova // Neotlozhnaya i spetsializirovannaya hirurgicheskaya pomoshch. I kongress moskovskih hirurgov. Tez. Dokl. – M.: Geos. – 2009. – S. 296–296.
4. Korotkevich A.G. Profilaktika oslozhneniy hirurgicheskogo lecheniya ostromo holetsistita / A.G. Korotkevich, V.V. Kuznetsov // Annaly hir. gepatologii. – 2008. – T. 9. – № 2. – S. 132.
5. Konkova M.V. Diagnosticheskaya i interventsiionnaya sonografiya v neotlozhnoy hirurgii / M.V. Konkova. – Donetsk: Novyy mir. – 2005. – 300 s.
6. Nychitaylo M.Yu. Profilaktika gniyno-septichnih uskladnen laparoskopichnoy holetsistektomiy / M.Yu. Nychitaylo, V.V. Dyachenko, A.V. Skums [ta in.] // Odeskiy medichniy zhurnal. – 2002. – № 6. – S. 89–90.
7. Osoblivosti pislyaoperatsylnih uskladnen v laparoskopichniy hirurgiy / M.Yu. Nychitaylo, P.V. Ogorodnik, O.M. Litvinenko [ta in.] // Klinichna hirurgiya. – 2011. – № 12. – S. 5–8.
8. Abakumov M.M. Rukovodstvo po neotlozhnoy hirurgii organov bryushnoy polosti / [M.M. Abakumov, V.V. Andriyashkin, V.G. Breusenko i dr.]; Pod red. V.S. Saveleva. – M.: «Trida-H», 2006. – 640 s.
9. Braun B. Gallbladder puncture and drainage as therapy of acute cholecystitis / B. Braun, W. Blank // Med. Klin. – 2009. – Vol. 91, 6. – P. 359–365.
10. Sptariu A. Conversion in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis / A. Sptariu, A.E. Nicolau, M. Beuran [et al.] // Jul. Aug. Chirurgia. – 2010. – 105 (4). – P. 469–472.
11. Emami C.N. Single-incision laparoscopic cholecystectomy in children: a feasible alternative to the standard laparoscopic approach / C.N. Emami, D. Garrett, D. Anselmo [et al.] // J. Pediatr. Surg. – 2011. – № 10 (46). – P. 1909–1912.

Реферат

РОЛЬ СОНОГРАФИЧЕСКИ КОНТРОЛИРУЕМЫХ ПУНКЦИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УРГЕНТНОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Безручко М.В., Осипов А.С., Рыбалка Я.В.

Ключевые слова: острый холецистит, послеоперационные гнойные осложнения, профилактика, пункция желчного пузыря под сонографическим контролем.

При остром холецистите во время операции часто возникает попадание содержимого желчного пузыря в брюшную полость, что несмотря на профилактические меры в 14 – 21% случаев способствует развитию послеоперационных гнойных осложнений. В работе проанализированы результаты лечения 87 пациентов с острым деструктивным холециститом, у которых во время операции констатировано попадание содержимого желчного пузыря в брюшную полость. В зависимости от мер профилактики гнойных осложнений пациенты были разделены на 2 группы. I группа (сравнения) - 41 пациент, у которых применялась общепринятая профилактика гнойных осложнений. II группа (основная) – 46 пациентов, у которых общепринятые меры профилактики дополнялись чрескожной пункцией под контролем ультразвукового исследования, декомпрессией и санацией раствором антисептика полости желчного пузыря. Послеоперационные гнойные осложнения со стороны брюшной полости и послеоперационной раны были представлены в виде абсцессов брюшной полости, инфильтрата и нагноения послеоперационной раны. У пациентов группы сравнения эти осложнения развились у 8 (19,5%) случаях, сроки стационарного лечения I группы составили $10,3 \pm 0,68$ суток. У пациентов основной группы развитие гнойных осложнений наблюдалось у 2 (4,3%) пациентов, продолжительность стационарного лечения при этом составила $7,7 \pm 0,19$ суток. Итак, риск развития гнойных осложнений при попадании содержимого желчного пузыря в свободную брюшную полость во время операции значительно возрастает. Применение чрескожной пункции полости желчного пузыря под контролем УЗИ в комплексе с общепринятыми профилактическими мерами позволяет снизить частоту гнойных осложнений с 19,5% до 4,3% и сократить сроки пребывания пациентов в стационаре с $10,3 \pm 0,68$ до $7,7 \pm 0,19$ суток.

Summary

ROLE OF ULTRASOUND-GUIDED GALLBLADDER PUNCTURES IN PREVENTION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN URGENT CHOLECYSTECTOMY

Bezruchko M.V., Osipov A.S., Rybalka Ya.V.

Key words: acute cholecystitis, postoperative septic complications, prevention, ultrasound-guided gallbladder puncture.

During the surgery for acute cholecystitis the contents of the gall bladder often get into abdominal cavity despite the preventive measures that in 14 - 21% of cases contributes to the development of postoperative septic complications. The paper is devoted to the analysis of treatment outcomes in 87 patients with acute destructive cholecystitis, who had incidents of getting gallbladder contents into abdominal cavity during the surgery. According to the measures on prevention of septic complications, patients were divided into 2 groups. Group I (comparison) included 41 patients who underwent conventional prevention of septic complications. Group II (basic) involves 46 patients who received conventional prevention measures supplemented by ultrasound-guided transcutaneous puncture, decompression and debridement gallbladder cavity with antiseptic solution. Postoperative septic complications in the abdominal cavity and in postoperative wounds were presented in the form of abdominal abscesses, infiltration and suppuration of postoperative wounds. In the patients of group I these complications occurred in 8 (19.5%) cases, their length of hospital-staying was $10,3 \pm 0,68$ days. In the patients of the main group purulent complications occurred in 2 (4.3%) cases, their period of hospital-staying made up $7,7 \pm 0,19$ days. So, the risk of septic complications due to contaminations of peritoneum with contents of the gallbladder during the surgery significantly increases. The ultrasound-guided percutaneous puncture of the gallbladder cavity introduced into conventional preventive measures can reduce the incidence of septic complications from 19.5% to 4.3%, and cut down the length of patient's hospital-staying from $10,3 \pm 0,68$ to $7,7 \pm 0,19$ days.