

ISSN 2072-9367

№ 3-4 (11-12) 2011



ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
МОЗ УКРАЇНИ

СУЧАСНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

український науково-практичний журнал

МАТЕРІАЛИ

Всеукраїнської науково-практичної конференції
з міжнародною участю

«СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЇ
(ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ,
ПРОФІЛАКТИКА, РЕАБІЛІТАЦІЯ)»

Запоріжжя 10-11 листопада 2011 року

РОЛЬ ТРАНСКУТАННИХ ПУНКЦІЙНО-ДРЕНУЮЧИХ УЛЬТРАЗВУККОНТРОЛЬОВАНИХ МЕТОДИК В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З ВИСОКИМ ОПЕРАЦІЙНО-АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНИМ РИЗИКОМ

Безручко М. В., Малик С. В., Подлесний В. І.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

Одне з ведучих місць серед гострої хірургічної патології органів черевної порожнини займає гострий холецистит (ГХ). При цьому пацієнти з високим операційно-анестезіологічним ризиком складають 15–20%. Частота післяопераційних ускладнень в цій групі, після традиційних видів хірургічних втручань досить висока, а післяопераційна летальність – 22%. Лікування даної категорії пацієнтів є актуальною проблемою. Мета дослідження – покращення результатів лікування цих пацієнтів шляхом застосування малоінвазивних методик під ультразвуковим контролем. Проаналізовано результати лікування 158 пацієнтів з ГХ ступінь операційно-анестезіологічного ризику яких відповідав III–V класу за класифікацією ASA. Усі пацієнти в залежності від обраної тактики лікування були розподілені на 2 групи. I група – 123 пацієнти яким застосовано активно-вичикувальну тактику, II група – 35 пацієнтів, яким в першу добу після госпіталізації виконувалося черезшкірне пункційне дронування жовчного міхура під ультразвуковим контролем. Традиційна лікувальна тактика супроводжується високою частотою післяопераційних ускладнень (62,3%) та летальністю (9,8%). Застосування запропонованої такти з двох етапним лікуванням даної категорії пацієнтів дозволило зменшити відсоток післяопераційних ускладнень (37,5%) та летальності (5,7%), без суттєвого збільшення тривалості стаціонарного лікування.

Ключові слова: гострий холецистит, високий операційно-анестезіологічний ризик, транскутанне пункційне дронування під ультразвуковим контролем.

Одне з ведучих місць в структурі гострої хірургічної патології органів черевної порожнини займає гострий холецистит (ГХ). Незважаючи на значні успіхи в біліарній хірургії, широке впровадження нових технологій, частка ГХ не зменшується, а в його структурі пацієнти з високим операційно-анестезіологічним ризиком складають 15–20%. Частота післяопераційних ускладнень в цій групі, після традиційних видів хірургічних втручань, залишається досить високою, а післяопераційна летальність за даними деяких авторів сягає 22% [1, 5, 6]. Тому лікування даної категорії пацієнтів залишається актуальною проблемою.

Лікування ГХ розпочинають з консервативної терапії, а за відсутності ефекту виконують операцію [2, 6]. Холецистектомія є найбільш ефективним способом лікування. Однак виконання її у пацієнтів з тяжкою супутньою патологією супроводжується високим ступенем операційно-анестезіологічного ризику [2, 3, 4, 7].

Метою дослідження було покращити результати лікування ГХ у пацієнтів з високим операційно-анестезіологічним ризиком шляхом застосування малоінвазивних методик під ультразвуковим контролем.

Матеріали і методи дослідження

За період з 2007 по серпень 2011 року включно, в клініці з ГХ лікувалося 158 пацієнти, які мали тяжку суб- та декомпенсовану супутню патологію, ступінь операційно-анестезіологічного ризику яких відповідав III–V класу за класифікацією Американської асоціації анестезіологів (ASA). Усі пацієнти в залежності від обраної тактики лікування були розподілені на 2 групи. До I групи увійшло 123(77,8%) пацієнти, лікування яких розпочинали з консервативної терапії, оперативне втручання проводилося при неефективності консервативної терапії в продовж 48 годин, розвитку перитоніту, паравезикального абсцесу; або відстрочено, при позитивному ефекті консервативної терапії зі зниженням ступеня операційно-анестезіологічного ризику. Консервативна терапія включала призначення антибіотиків, інфузійної терапії, спазмолітиків, а також препаратів для корекції супутньої патології. При розвитку показань пацієнтам виконували відкриту або лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ) під ендотрахеальним наркозом (ЕТН). До II групи включено 35(22,2%) пацієнтів, яким в першу добу після госпіталізації виконувалося

черезшкірне пункційне дренування жовчного міхура (ЖМ) під ультразвуковим контролем в комплексі з медикаментозною терапією в такому ж обсязі, що і в I групі. В подальшому після деякого регресу симптомів ГХ та зменшенні ступеня операційно-анестезіологічного ризику, пацієнтам виконували радикальне оперативне лікування. За віком, статтю, строками госпіталізації, ступенем тяжкості загального стану, ступенем операційно-анестезіологічного ризику, структурою та тяжкістю супутньої патології досліджувані групи були співставимі. Середній вік хворих становив $72,5 \pm 11,5$ роки. Тяжкість загального стану визначали за шкалою APACHE-II. Усі пацієнти були обстежені клінічно, лабораторно та інструментально в достатньому обсязі.

В структурі супутньої патології домінуючою була серцево-судинна патологія, в I групі вона зафіксована у 114(92,7%) пацієнтів, а в II групі – в усіх пацієнтів; патологія системи дихання виявлена у 54(43,9%) та у 14(40%) випадків відповідно; цукровий діабет та ожиріння спостерігалось у 45(36,6%) пацієнтів I групи та 11(31,4%) – II; інша патологія виявлялася у 18(14,6%) пацієнтів I та у 5(14,3%) пацієнтів II групи. Майже у всіх хворих спостерігалася комбінація двох і більше супутніх захворювань, кількість яких збільшувалася прямопропорційно до збільшення віку пацієнтів.

Результати дослідження та їх обговорення

В I групі лікування починали з консервативної терапії, яка включала в себе призначення антибактеріальної, інфузійної терапії, спазмолітиків, а також препаратів для корекції порушень систем життєзабезпечення пов'язаних з супутньою патологією. Як базову антибактеріальну терапію призначали цефалоспорины третього покоління або фторхінолони в комбінації з метронідазолом (ескалаційна), деескалаційна антибактеріальна терапія застосована лише у 27(22%) пацієнтів (9 хворих отримували максипім + метронідазол, 11 – сульперазон + метронідазол і 7 – тіенам в стандартних дозах). Корекцію супутньої соматичної патології проводили згідно рекомендацій профільних фахівців.

З метою оцінки ефективності терапії, проводили моніторинг тяжкості загального стану пацієнтів в динаміці, клінічних, біохімічних параметрів крові та функціональних параметрів організму за допомогою необхідних інструментальних досліджень. Позитивний ефект консервативної терапії у вигляді регресу клінічних та сонографічних симптомів ГХ, зниження тяжкості загального стану відмічено у 64(52%) пацієнтів. 59(48%) пацієнтів на фоні наростання запальних явищ були оперовані.

Всього в даній групі прооперовано 69 пацієнтів, оперативна активність склала 56,1%.

У 51(73,9%) пацієнта холецистектомія виконана з відкритого лапаротомного доступу, а ЛХЕ виконано 18(26,1%) пацієнтам. Конверсію ЛХЕ у відкриту холецистектомію довелося виконати в 1(5,6%) випадку у зв'язку з виникненням масивної кровотечі при виділенні ЖМ.

У післяопераційному періоді померло 10(14,4%) хворих. 2 пацієнти померли без операції. Загальна летальність в I групі склала 9,8%. Причинами смерті були прогресування недостатності життєво важливих органів і систем на тлі важкої інтоксикації, операційної травми та тромбоемболічні ускладнення.

Розвиток різноманітних ускладнень у післяопераційному періоді відмічено у 43(62,3%) пацієнтів, спостерігалось також поєднання декількох ускладнень у одного пацієнта. Найбільш часто відмічено розвиток системних ускладнень – 37(86%) випадків. Ускладнення з боку зони оперативного втручання розвинулися у 8(18,6%) випадках, а з боку післяопераційної рани – у 17(39,5%) випадках. Середня тривалість перебування пацієнтів у хірургічному стаціонарі склала 11 ± 4 дб.

У II групі в першу добу після госпіталізації усім пацієнтам виконували черезшкірне пункційне дренування ЖМ під ультразвуковим контролем з застосуванням стилет-катетерної системи типу «pig tail» за методикою «free hand», декомпресію та подальшу санацію розчином антисептику його порожнини. Дренування проводилося з використанням ультразвукового апарату фірми «Philips» (Голландія). Паралельно пацієнтам проводилося медикаментозне лікування в такому ж обсязі як і в I групі, лише з тією різницею, що антибактеріальна терапія всім пацієнтам проводилася за ескалаційною схемою. Через 2–3 доби після проведеного дренування ЖМ значний позитивний ефект відмічено у 32(91,4%) пацієнтів, у 3(8,6%) пацієнтів спостерігалася негативна динаміка з наростанням запальних явищ в ЖМ та тяжкості загального стану, що на фоні розвитку перитонеальних явищ, змусило виконати холецистектомію. В подальшому, після деякого регресу клінічних та сонографічних симптомів ГХ, зменшення ступеня операційно-анестезіологічного ризику, II етапом 13(40,6%) пацієнтам було виконано ЛХЕ. У 19(59,4%) пацієнтів черезшкірне пункційне дренування ЖМ під ультразвуковим контролем було остаточним, що пов'язано з неможливістю суттєвого зниження ступеня операційно-анестезіологічного ризику через тяжку супутню патологію, як правило з боку серцево-судинної системи, або відмову пацієнта.

Летальність в II групі склала 5,7%. Померло 2 пацієнти які були оперовані в ургентному порядку в зв'язку з неефективністю пункційного дренування, наростанням запальних явищ в ЖМ з ознаками деструкції та перитоніту. Причиною

смерті була серцева недостатність, яка наростала, на фоні декомпенсованої супутньої патології, інтоксикації та операційної травми, в ранньому післяопераційному періоді.

Ускладнень після пункційного дренивання ЖМ не спостерігалось. Післяопераційні ускладнення відмічено у 6(37,5%) пацієнтів в основному за рахунок системних ускладнень – 4(66,7%) випадки; з боку зони оперативного втручання – 1(16,7%) випадок, у вигляді підтікання жовчі по дренажу з підпечінкового простору, яке припинилося самостійно; з боку післяопераційної рани – у 2(33,3%) випадках, які проявлялися в 1 випадку інфільтратом і в другому – нагноєнням в ділянці постановки троакару під пупком. Середня тривалість перебування пацієнтів у хірургічному стаціонарі склала 12,5±3,5 діб.

Як видно з результатів дослідження, застосування пункційного дренивання ЖМ під ультразвуковим контролем в комплексі з консервативною терапією є більш ефективним в порівнянні з виключно консервативним лікуванням, про що свідчить статистично достовірна різниця ($p > 0,05$) ефективності лікування пацієнтів в обох групах. Також вдалося досягти зменшення небажаної оперативної активності у даній категорії пацієнтів з 56,1% в I групі, до 40,6% в II групі; зменшення післяопераційних ускладнень з 62,3% до 37,5%; зменшення загальної летальності з 9,8% до 5,7%, без суттєвого збіль-

шення тривалості перебування пацієнтів у хірургічному стаціонарі.

Висновки

1. Ефективність черезшкірного пункційного дренивання ЖМ під ультразвуковим контролем в комплексі з стандартною консервативною терапією є достовірно більшою (91,4%), ніж лише консервативної терапії (52%), та дозволяє відтермінувати виконання холецистектомії до стабілізації загального стану пацієнта за рахунок відносної компенсації супутньої патології та зменшення операційно-анестезіологічного ризику.

2. Застосування черезшкірного пункційного дренивання ЖМ під ультразвуковим контролем дозволяє знизити відсоток (до 40,6%) небажаних для даної категорії пацієнтів радикальних оперативних втручань.

3. Традиційна лікувальна тактика при ГХ у пацієнтів з високим операційно-анестезіологічним ризиком супроводжується високою частотою післяопераційних ускладнень (62,3%) та летальністю (9,8%).

4. Застосування запропонованої такти з двохетапним лікуванням даної категорії пацієнтів дозволило зменшити відсоток післяопераційних ускладнень (37,5%) та летальності (5,7%), без суттєвого збільшення тривалості стаціонарного лікування.

Література

1. Гринцов А. Г. Эхоконтролируемые вмешательства в лечении деструктивного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста / А. Г. Гринцов, А. Ю. Філатов // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 4.1 (36). – С. 186–188.
2. Коваленко Б. С. Тактика лечения больных острым холециститом с высокой степенью операционно-анестезиологического риска / Б. С. Коваленко, О. В. Захаров, С. А. Колесников // Харківська хірургічна школа. – 2009. № 3.1 (35). – С. 114–115.
3. Конькова М. В. Диагностическая и интервенционная сонография в неотложной хирургии / Конькова М. В. – Донецк: Новый мир. 2005. – 300с.
4. Падишина Л. Г. Острый холецистит у лиц пожилого и старческого возраста / Л. Г. Падишина, А. И. Набегаев, И. С. Морозов // Новые технологии в хирургической гепатологии: Мат. 3 конф. хирургов-гепатол. – СПб., – 1995. – С. 453–456.
5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / [Абакумов М. М., Андрияшкин В. В., Бреусенко В. Г. и др.] под ред. В. С. Савельева – М.: «Трида-Х», 2006. – 640с.
6. Руководство по хирургии желчных путей / [Альперович Б. И., Ахаладзе Г. Г., Брискин Б. С. и др.] под ред. Э. И. Гальперина, П. С. Ветшева – М.: Видар, 2006. – 560с.
7. Braun V. Gallbladder puncture and drainage as therapy of acute cholecystitis / V. Braun, W. Blank // Med. Klin. – 2007. – Vol. 91, 6. – P.359 – 365.

РОЛЬ ТРАНСКУТАННЫХ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ УЛЬТРАЗВУККОНТРОЛИРУЕМЫХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Безручко М. В., Малик С. В., Подлесный В. И.

Одно из ведущих мест среди острой хирургической патологии органов брюшной полости занимает острый холецистит (ОХ), при этом пациенты с высоким операционно-анестезиологическим риском составляют 15–20%. Частота послеоперационных осложнений в этой группе, после традиционных видов хирургических вмешательств достаточно высокая, послеоперационная летальность – 22%.

Лечение данной категории пациентов остается актуальной проблемой. Цель исследования – улучшение результатов лечения этих пациентов путем применения малоинвазивных методик под ультразвуковым контролем. Проанализированы результаты лечения 158 пациентов с ОХ, степень операционно-анестезиологического риска которых, отвечала III–V классу по классификации ASA. Все пациенты в зависимости от избранной тактики лечения были распределены на 2 группы: I группа – 123 пациента, которым применена активно-выжидательная тактика, II группа – 35 пациентов, которым в первые сутки после госпитализации выполнялось черезкожное пункционное дренирование желчного пузыря под ультразвуковым контролем. Традиционная лечебная тактика сопровождается высокой частотой послеоперационных осложнений (62,3%) и летальностью (9,8%). Применение предложенной тактики с двух этапным лечением данной категории пациентов позволило уменьшить процент послеоперационных осложнений (37,5%) и летальности (5,7%), без существенного увеличения длительности стационарного лечения.

Ключевые слова: острый холецистит, высокий операционно-анестезиологический риск, транскутанное пункционное дренирование под ультразвуковым контролем.

THE ROLE OF TRANSCUTANEOUS PUNCTURE-DRAINAGE ULTRASOUND CONTROL TECHNIQUES IN THE TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN THE PATIENTS WITH HIGH OPERATIONAL AND ANESTHETIC RISK

*Bezruchko M., Malik S., Podlesnj V.
HMEIU «Ukrainian medical stomatological academy»*

One of the leading places among the acute surgical abdominal pathology is acute cholecystitis (AC). In its structure, patients with high operational and anesthetic risk are 15–20%. The frequency of postoperative complications in this group, after traditional surgery is high, but postoperative mortality – 22%. The treatment of this category of patients remains an urgent problem. Its objective was to improve results of treatment of these patients by using minimally invasive techniques under ultrasound control. Results of treating 158 patients with AC-anesthetic level of operational risk are responsible III–V class classification ASA. All patients, depending on the chosen tactics of treatment were divided into 2 groups. And the group – 123 patients who used active-temporizing tactics, II group – 35 patients treated in the first days after hospital performed percutaneous puncture drainage of the gallbladder under ultrasound control. Traditional medical tactics accompanied by high frequency of postoperative complications (62,3%) and mortality (9,8%). Application of the proposed beats of two-phase treatment of this category of patients reduced the rate of postoperative complications (37,5%) and mortality (5,7%), without significantly increasing the duration of inpatient treatment.

Keywords: acute cholecystitis, a high anesthetic and operational risk, transcutaneous needle drainage under ultrasound control.