ISSN 2077-4214

ВІСНИК ПРОБЛЕМ БІОЛОГІЇ І МЕДИЦИНИ

Український
науково-практичний журнал
засновано у листопаді 1993 року

ЖУРНАЛ
виходить **1** раз на квартал

ВИПУСК 4, том 2 (97)

Рекомендовано до друку
Вченою радою ВДНЗУ
«Українська медична
стоматологічна академія»
Протокол №4 від 19.12.2012 р.

Відповідно до постанови президії ВАК України від 11 жовтня 2000 р. № 1 -03/8, від 13 грудня 2000 р. № 1 -01/10, від 14.10.2009 р. N21-05/4 журнал пройшов перереєстрацію і внесений до - Переліку № 6 і N2 7 фахових видань, в якому можуть публікуватисярезультати дисертаційних робіт на здобуттянауковихступенів доктора і кандидата наук

Біологічні і медичні науки

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

ЖДАН В.М., д.м.н.
- головний редактор (м. Полтава'
ПРОНІНАО.М., д.м.н.
- заст. головного редактора (м. Полтава).
ЧАЙКОВСЬКИЙ Ю.Б., д.м.н. (Київ),
КУРСЬКИЙ М.Д., д.б.н. (Київ),
ЧЕРНИХ В.П., д.ф.н. (Харків).

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

АХТЕМІЙЧУК Ю.Т., д.м.н. (Чернівці),
БАБИЙЧУК Г.А., д.б.н. (Харків),
БАЙРАКО.М., д.б.н. (Полтава),
БЕЗШАПОЧНИЙ СБ., д.м.н. (Полтава),
БОНДАРЕНКО В.А., д.б.н. (Харків),
ВЕЛІГОЦЬКИЙ М.М., д.м.н. (Харків),
ГАСЮКА.П., д.м.н. (Полтава),
ГРОМОВА А.М., д.м.н. (Полтава),
ЖЕГУНОВ Г.Ф., д.б.н. (Харків),
КОВАЛЕНКО В.Ф., д.б.н. (Полтава),
КОВАЛЬОВ Є.В., д.м.н. (Полтава),
КОСТИЛЕНКО Ю.П., д.м.н. (Полтава),
МІШАЛОВ В.Д., д.м.н. (Дніпропетровськ),
МІЩЕНКО В.П., д.м.н. (Полтава),
ОЛІЙНИК С А., д.б.н. (Київ-Сеул),
ПАРАЩУК Ю.С., д.м.н. (Харків),
РИБАКОВ СИ. д.м.н. (Washington DC - Киев)
РИБАЛОВ О.В., д.м.н. (Полтава),
СОСІНІ.К., д.м.н. (Харків),
ЦЕБРЖИНСЬКИЙ О.І., д.б.н. (Полтава).

ВІСНИК ПРОБЛЕМ БІОЛОГІЇ І МЕДИЦИНИ

ЗАСНОВНИКИ:
Українська академія наук
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

Порядковий номер випуску і дата його виходу в світ:
№4,том2(97)від 28.12.2012р.
Адреса редакції:
36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23, УМСА
кафедра топографічної анатомії
та оперативної хірургії
Свідоцтво про Державну реєстрацію:
КВ №10680 від 30.11.2005 р.
Відповідальний за випуск: О.М. Проніна
Технічний секретар: СІ. Данильченко
Комп'ютерна верстка: А.І. Кушпільов
Художнє оформлення та тиражування: Ю.В. Мирон
Секретар інформаційної служби журналу: СІ. Данильченко
м. Полтава, тел. (05322) 7-51 -81,7-22-96,7-24-84, (095) 691-50-32

© ВДНЗУ «УМСА» (м. Полтава), 2012
Підписано до друку 20.12.2012 р.
Замовлення № 35
Тираж *200 примірників*

ЗМІСТ

М. М. Багирзаде
УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ МАТКИ ПОСЛЕ ИНДУКЦИЙ ОВУЛЯЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ В ЛЕЧЕНИИ КЛОМИФЕНЦИТРАТА И ГОНАДОТРОПИНОВ 69

М. В. Безручко, С. В. Малик
ВИБІР ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З ВИСОКИМ ОПЕРАЦІЙНО-АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНИМ РИЗИКОМ 75

В. Ю. Гарбузова
ВИВЧЕННЯ АКТИВНОСТІ ПРО - ІАНТИКАЛЬЦИНОГЕННИХ ФЕРМЕНТІВ СУДИННОЇ СТІНКИ ЩУРІВ ЗА УМОВ ГІПЕРВІТАМІНОЗУ D ТА КОРИГУЮЧИХ ВПЛИВІВ З РІЗНИМИ МЕХАНІЗМАМИ ДІЇ 79

Р. Н. Глущенко
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПРИ НАНЕСЕНИИ ДИАФИЗАРНОГО ДЕФЕКТА НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ КВЕРЦЕТИНОМ 83

М. А. Дудченко
ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ 87

М. И. Ковтун
АНАЛИЗ ТЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СРОКОВ ОБРАЩЕНИЯ ЗА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ КАТАРАКТЕ 91

Л. В. Куц
СУЧАСНІ АСПЕКТИ «НЕЙРОГЕННОГО» КОМПОНЕНТУ ЗАПАЛЕННЯ ПРИ ПСОРІАЗІ 96

Р. В. Луценко, Т. А. Девяткина, А. Г. Сидоренко
АНТИДЕПРЕСИВНІ ВЛАСТИВОСТІ ПОХІДНИХ 2-ОКСОІНДОЛІН-3-ГЛЮКСИЛОВОЇ КИСЛОТИ В БЛІЦ ТЕСТІ - «ПІДВІШУВАННЯ ЗАХВІСТ» 99

И. Ш. Магапоз, Х. Ф. Багирова, А. Д. Эберт
ЗАВИСИМОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ТАЗОВОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ОТ ДОСТУПА И ХАРАКТЕРА ПРОВОДИМЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ 103

Н. В. Обухова
ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХУБОЛЬНЫХСОСТЕОПРОТЕГЕРИНЕМИЕЙ И ПЕРЕНЕСЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛЫ BODI 109

В. В. Погорєлов, В. І. Жуков, А. С. Домбровський
ІШЕМІЧНА НЕЙРОДЕСТРУКЦІЯ КОРІНЦІВ СПИННОГО МОЗКУ ТА СТАН ГЛУТАТІОН-ЗАЛЕЖНОЇ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ З ДИСКОГЕННОЮ РАДИКУЛОІШЕМІЄЮ ТА ЇЇ ПАТОГЕНЕТИЧНА КОРЕКЦІЯ 113

Э. Н. Ташкенбаева, Д. Х. Тогаев
ВЛИЯНИЕ ЛОЗАРТАНА И НЕБИВАЛОЛА НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ И УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРЕКЕМИЕЙ 118

Е. А. Труфанов
ЭССЕНЦИАЛЬНЫЙ ТРЕМОР, ПРОГНОЗ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ 123

С. В. Франчук
ФУНКЦІОНАЛЬНІСТЬ МЮКАРДАУЖІНОКЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ СУДИННІ УСКЛАДНЕННЯ. РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ 129

© М. В. Безручко, С. В. Малик

УДК 616. 366-002-089. 5-08(043. 2)

М. В, Безручко, С. В, Малик

ВИБІР ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З ВИСОКИМ ОПЕРАЦІЙНО-АНЕСТЕЗІОЛОПЧНИМ РИЗИКОМ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

(м. Полтава)

Стаття є фрагментом планової наукової роботи кафедри хірургії № 3 «Порушення гомеостазу організму при хірургічній патології, прогнозування і корекція виявлених порушень, оптимізація діагностичної і лікувальної тактики» (державний реєстраційний номер 0105U007095).

Вступ. 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 (ОАР) 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 ОАР [2, 3, 4, 7].

Метою дослідження було покращити результати лікування ГХ у пацієнтів з високим ОАР шляхом застосування малоінвазивних методик під ультразвуковим контролем.

Об'єкті методи дослідження. За період з 2007 по серпень 2011 року включно, в клініці з ГХ лікувалося 183 пацієнти, які клали тяжку суб- та декомпенсовану супутню патологію, ступінь ОАР 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 104 (56,8 %) пацієнти, лікування яких розпочинали з консервативної терапії, оперативне втручання проводилося при неефективності консервативної терапії в продовж 48 годин, розвитку перитоніту, паравезикального абсцесу, механічної жовтяниці; або відстрочено, при позитивному ефекті консервативної терапії зі зниженням ступеня ОАР. 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 79 (43,2 %) 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 ОАР пацієнтам виконували радикальне оперативне лікування. За віком, статтю, строками госпіталізації, ступенем тяжкості загального стану, ступенем ОАР, структурою та тяжкістю супутньої патології досліджувані групи були співставимі, Середній вік хворих становив 72,2±1,8 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 93 (89,4 %) пацієнтів, а в II групі - в 72 (91,1 %) пацієнтів; патологія системи дихання виявлена у 35 (33,7 %) та у 24 (30,4 %) випадків відповідно: цукровий діабет та ожиріння спостерігалось у 35 (33,7 %) пацієнтів I групи та 35 (44,3 %) - II; інша патологія виявлялася у 15 (14,4 %) пацієнтів I та у 11 (13,9 %) пацієнтів II групи. Майже у всіх хворих спостерігалася комбінація двох і більше супутніх захворювань, кількість яких збільшувалася прямопропорційно до збільшення віку пацієнтів.

Результати досліджень 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 цефалоспорини третього покоління або фторхінолони в комбінації з метронідазолом (ескалаційна), деескалаційна антибактеріальна терапія застосована лише у 19 (18,3%) пацієнтів (10 хворих отримували максипім + метронідазол, 6 - сульперазон + метронідазо'. і 3 - тієнам 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 44 (42,3 %) пацієнтів. 60 (57,7 %) пацієнтів на фоні наростання ззпальних явищ були оперовані.

Всього в даній групі прооперовано 65 пацієнтів, оперативна активність склала 62,5 %. У 42 (64,6 %) пацієнтів холецистектомія виконана з відкритого лапаротомного доступу, а ЛХЕ виконано 23 (35,4 %) пацієнтам. Конверсію ЛХЕ у відкриту холецистектомію довелося виконати у 2 (8,7 %) випадках.

У післяопераційному періоді померло 11 (16,9%) хворих. 2 пацієнти померли без операції. Загальна летальність в і групі склала 12,5 %. Причинами смерті були прогресування недостатності життєво важливих органів і систем на тлі важкої інтоксикації, операційного стресу та тромбоемболічні ускладнення.

Розвиток різноманітних ускладнень у післяопераційному періоді відмічено у 42 (64,6 %) пацієнтів, спостерігалося також поєднання декількох ускладнень у одного пацієнта. Найчастіше спостерігалися гнійно-септичні ускладнення (госпітальна пневмонія, інфільтрат та нагноєння післяопераційної рани, абсцеси черевної порожнини) - 25 (38,5 %) випадків, що свідчить про низькі резервні можливості організму таких пацієнтів: ускладнення з боку зони оперативного втручання (внутрішньочеревна кровотеча, формування зовнішньої жовчної нориці, післяопераційний жовчний перитоніт) виявлені у 7 (10,7%) прооперованих пацієнтів, тромбоемболічні та ускладнення з боку серцево-судинної системи (ТЕЛА, інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу) та склали 6 (9,2 %) випадків; інші види післяопераційних ускладнень спостерігалися у 4 (6,2 %) пацієнтів. Середня тривалість перебування пацієнтів у хірургічному стаціонарі склала 10,5±0,4діб.

УІІ групі в першу добу після госпіталізаціїусім пацієнтам виконували черезшкірне пункційне дренування ЖМ під ультразвуковим контролем з застосуванням стилет-катетерної системи та катетера типу «pig tail» № 9F фірми «Balton» (Польща) за методикою «free hand», декомпресію та подальшу санацією розчином антисептику його порожнини. Дренування проводилося з використанням ультразвукового апарату фірми «Philips» (Голандія). Паралельно пацієнтам проводилося медикаментозне лікування в такому ж обсязі як і в І групі, лише з тією різницею, що антибактеріальна терапія всім пацієнтам проводилася за ескалаційною схемою. Додатково, у пацієнтів з паравезикальними абсцесами (11 (13,9 %) випадків) проводили дренування цих абсцесів за такою ж методикою, як ІЖМ, а у пацієнтів з ознаками місцевого перитоніту та в вкрай тяжкому стані (9 (11,4 %) випадків), проводили дренування підпечінкового простору мінілапаротомним доступом та, після деякого регресу ознак запальних явищ, хімічну мукоклазію ЖМ за розробленим в клініці і запатентованим способом (Патент на корисну модель №51713 від 26. 07. 2010). Через 2 - 3 доби після проведеного дренування ЖМ значний позитивний ефект відмічено у 58 (73,4 %) пацієнтів, у 5 (6.3 %) пацієнтів спостерігалася негативна динаміка з наростанням запальних явищ вЖМ та тяжкості загального стану, що на фоні розвитку перитонеальних явищ, змусило виконати холецистектомію.

В подальшому, у пацієнтів з позитивною динамікою перебігу ГХ, після деякого регресу клінічних та сонографічних його симптомів, зменшення ступеня ОАР, ІІ етапом 36 (45,6 %) пацієнтам було виконане радикальне оперативне втручання. У 34 (43 %) пацієнтів черезшкірне пункційне дренування ЖМ під ультразвуковим контролем було остаточним, що пов'язано з неможливістю суттєвого зниження ступеня ОАР через тяжку супутню патологію, як правило з боку серцево-судинної системи, або відмову пацієнта.

Летальність в ІІ групі склала 5,1 %. Померло 4 пацієнтів, 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 операційного стресу, в ранньому післяопераційному періоді.

Ускладнення в післяопераційному періоді розвинулися у 16 (20,3 %) пацієнтів, найчастіше зустрічалися системні ускладнення (ішемія міокарда, ТЕЛА, гостра ниркова недостатність) - 11 (13,9 %) випадків, які були спричинені наявною супутньою патологією; ускладнення гнійно-запального характеру (інфільтрат та нагноєння післяопераційної рани, госпітальна пневмонія) зустрілися у 9 (11,4 %) випадках: найрідше виявляли ускладнення з боку зони операції (кровотеча в порожнину ЖМ та підтікання жовчі в черевну порожнину) - 5 (6,3 %) випадки. Середня тривалість перебування пацієнтів у хірургічному стаціонарі склала 12,6±0,68 діб.

Висновки.

1. Застосування традиційної активно-вичикувальної тактики лікування при ГХ у пацієнтів з високим ОАР супроводжується низькою ефективністю консервативної терапії (42,3 % %), значним відсотком небажаної оперативної активності (62,5 %), високою частотою післяопераційних ускладнень (64,6%) та загальної летальності (12,5 %).

2. ЧПД під контролем УЗД, як І етап лікування ГХ є ефективним у 91,1 % пацієнтів, що дозволяє уникнути раннього оперативного втручання, та перенести його виконання на більш сприятливий період. Критеріями ефективності пункційного дренування вважаємо регрес клінічних, сонографічних та лабораторних ознак ГХ.

3. Застосування тактики етапного лікування ГХ з комплексом мініінвазивних методик, в основу яких покладено ЧПД ЖМ під контролем УЗД у пацієнтів з високим високим ОАР дозволило зменшити небажану оперативну активність (45,6 %), частоту післяопераційних ускладнень (20,3 %) та загальну летальність(5,1 %).

Перспективи подальших досліджень. В подальшому планується розробити алгоритм лікування даної категорії пацієнтів, доповнити показання та протипоказання для застосування пункційно-дренуючих методів під ультразвуковим контролем в лікуванні ГХу цих пацієнтів.

Список літератури

1. Гринцов А. Г. Эхоконтролируемые вмешательства в лечениии 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 больних острым холециститом с высокой степенью операционно-анестезмологического 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. -300 с.
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. -640 с.
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, - 560 с.
7. Braun B. Gallbladder puncture and drainage as therapy of acute cholecystitis /B. Braun, W. Blank//Med, Klin. - 2007. -Vol. 91, №6. -P. 359-365.

УДК616. 366-002-089. 5-08(043.2)

ВИБІР ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З ВИСОКИМ ОПЕРАЦІЙНО-АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНИМ РИЗИКОМ

Безручко М. В., Малик С. В.

Резюме. 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. Проаналізовано результати лікування 183 пацієнтів з ГХ ступінь операційно-анестезіологічного ризику (ОАР) яких відповідав III - V класу за класифікацією ASA. Усі пацієнти в залежності від обраної тактики лікування були розподілені на 2 групи. I група - 104 пацієнти яким застосовано активно-вичикувальну тактику, II група - 79 пацієнтів, яким в першу добу після госпіталізації виконувалося черезшкірне пункційне дренування жовчного міхура під ультразвуковим контролем. Традиційна лікувальна тактика супроводжується високою частотою післяопераційних ускладнень (64,6 %) та летальністю (12,5 %), Застосування запропонованої такти з двох етапним лікуванням даної категорії пацієнтів дозволило зменшити відсоток післяопераційних ускладнень (20,3 %) та летальності (5,1 %), без суттєвого збільшення тривалості стаціонарного лікування.

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

УДК616. 366-002-089. 5-08(043. 2)

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Безручко М. В., Малик С. В.

Резюме. Одно из ведучих 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. Проанализированы результаты лечения 183 пациентов степень высоким операционно-анестезиологическим риском (ОАР) которых отвечала III -V классу по классификации ASA. Все пациенты в зависимости от избранной тактики лечения были распределены на 2 группы. I группа- 104 пациента которым применена активно-выжидательная тактика, I! группа-79 пациентов, которым в первые сутки после госпитализации выполнялось черезкожное пункцыонное дренирование желчного пузыря под ультразвуковым контролем. Традиционная лечебная тактика сопровождается высокой частотой послеоперационных осложнений (64,6%) и летальностью (12,5%). Применение предложенной такты с двух этапным лечениям данной категории пациентов позволило уменьшить процент послеоперационных осложнений (20,3 %) и летальности (5,1 %), без существенного увеличения длительности стационарного лечения.

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

UDC Єї 6. 366-002-089. 5-08(043. 2}

Choice of Surgical Tactic in the Treatment of Acute Choiecystitis in the Patients with High Operationai and Anesthetic Risk

BezruchkoML, Malik S.

Summary. One of the leading places among the acute surgical abdominal pathology is acute cholecystitis (AC). In its structure, patients with high operationai 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 - 104 patients who used active-temporizing tactics, II group - 79 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 (64,6 %) and mortality (12,5 %). Application of the proposed beats of two-phase treatment of this category of patients reduced the rate of postoperative complications (20,3 %) and mortality (5,1 %), without significantly increasing the duration of inpatient treatment,

Key words: acute cholecystitis, a high anesthetical and operational risk, transcutaneous needle drainage under ultrasound control.

Стаття надійшла 22. 11. 2012 р.

Рецензент- проф. Дудченко М. О.