

УДК: 616.379-008.64+616.12-008.331.1]-071-08

Атаунех Юсеф А.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

В статье приведены данные по распространенности, летальности СД за 15 лет в Полтавской области а также структуре и характере осложнений данной патологии. Проведено комплексное обследование и терапия больных СД 2 типа, осложненных АГ и ИБС (1 группа) и АГ и дисциркуляторно-гипертензивной энцефалопатией (2 группа). Метаболические нарушения, отражающие состояние углеводного, липидного обменов более выражены у мужчин пожилого возраста, как и тяжелая форма заболевания, нежели у женщин, однако с возрастом эти различия нивелировались. Проведенная комплексная терапия позволила в более короткие сроки достичь стойкой гликемической компенсации, нормализации артериального давления, значительного уменьшения числа приступов стенокардии, повышения толерантности к физической нагрузке и умеренного повышения качества жизни. Несколько удлинился срок ремиссии.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетические ангиопатии (микро-, макроангиопатии), ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, дисциркуляторно-гипертензивная энцефалопатия

Работа является фрагментом НИР кафедры пропедевтики внутренних болезней и медицины по уходу за больными, общей практики (семейной медицины) ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия» «Особенности течения и прогноза метаболического синдрома с учетом генетических, возрастных, гендерных аспектов у больных, наличием у них разных компонентов метаболического синдрома и конкретной сопутствующей патологии и пути коррекции выявленных нарушений» (№ госрегистрации 0114U001909)

Вступ

В настоящее время в мире сахарным диабетом страдает около 387 млн. человек, и предполагается, что к 2035 году эта цифра возрастет до 592 млн. человек, по данным (International Diabetes Federation). В Украине по состоянию на 1 января 2014 зарегистрировано 1 380 047 больных сахарным диабетом (2,9% численности населения). Однако количество людей с недиагностированной патологией превышает этот показатель в 3-4 раза. Так, по данным Министерства здравоохранения Украины постоянно увеличивается количество детей, больных сахарным диабетом, особенно в возрасте до пяти лет. В Полтавской области на 01.01.2014 г зарегистрировано 46 132 больных сахарным диабетом.

Сахарный диабет является одной из самых важных медико-социальных проблем здравоохранения практически всех стран мира. По прогнозам Международной диабетической федерации количество пациентов с сахарным диабетом к 2025 году в мире увеличится с 190 до 400 млн. человек. Согласно данным эпидемиологических исследований, заболеваемость сахарным диабетом возрастает вдвое каждые 15 лет. Аналогичная тенденция наблюдается и в Украине - показатель заболеваемости увеличился с 115,6 (1993 год) до 249,8 (2010 год) на 100 тыс. населения. Преимущественно это касается больных сахарным диабетом II типа [1, 3, 5]. Распространенность сахарного диабета в промышленно - развитых странах составляет 8,3% и имеет тенденцию к увеличению. Так каждые 10-15 лет количество больных сахарным диабетом увеличивается примерно в два раза. Это происходит в основном за счет прироста больных сахарным диабетом 2 типа. Расчеты показали, что в случае увеличения средней продолжительности жизни до 80 лет, количество больных СД 2 типа

будет превышать 17% всего населения. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) оценила современное состояние роста заболеваемости сахарным диабетом, как глобальную эпидемию, требующую решения не только медицинских, но и социальных проблем [1, 5, 6]. Следует подчеркнуть, что важная социальная значимость сахарного диабета состоит в том, что он приводит к ранней инвалидизации и летальности, которая связана с развитием поздних сосудистых осложнений, их частота составляет от 64 до 98% случаев [2, 7]. Так ретинопатия является причиной слепоты примерно у 3% больных диабетом, у 20% - в течение 20 лет развивается диабетическая нефропатия, у 50% - развивается хроническая почечная недостаточность. Отмечено, что 40% всех нетравматических ампутаций нижних конечностей приходится на синдром диабетической стопы и гангрены нижних конечностей. Кроме этого, 75 % больных сахарным диабетом умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, половина которых приходится на инфаркт миокарда. Следует отметить, что около 80% всех больных диабетом имеют избыточный вес, 50% больных диабетом имеют повышенное артериальное давление. По смертности сахарный диабет вышел на третье место после сердечно-сосудистой патологии и злокачественных новообразований [1, 6, 7]. О социальной значимости сахарного диабета свидетельствует постоянное увеличение расходов на больных СД. Так, в 1981 г. расходы составляли 20,4 млрд. долларов, уже в 1992 г - 91,8 млрд. долларов, в 1995 г. - 105,2 млрд. долларов или 14,6% бюджета здравоохранения США. В нашей стране, расходы только на инсулинотерапию составили 10% бюджета здравоохранения Украины [1, 5, 7].

Цель исследования

Изучить особенность течения артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом 2 типа в зависимости от возраста и пола

Материал и методы исследования

Распространенность сахарного диабета и его осложнений в Полтавской области нами была изучена по данным регистра сахарного диабета (Реестра больных на СД по Полтавской области).

Нами обследовано 32 больных сахарным диабетом 2 типа в возрасте от 40 до 60 лет, из которых 17 человек – женщины, 15 человек – мужчины; средняя длительность заболевания составила 7,5 года. Тяжесть заболевания оце-

нивалась как средняя, из осложнений – в 19 случаях артериальная гипертензия сочеталась с ИБС, в 13 случаях с дисциркуляторно - гипертензивной энцефалопатией. 15 человек составили группу здоровых, из них 8 – мужчин и 7 человек – женщин.

Все больные находились на стационарном лечении в эндокринологическом отделении Полтавской областной клинической больницы им. Н.В.Склифосовского. Диагноз заболевания был верифицирован на основании клинической картины и данных биохимического, радиоиммунного химического исследования, отраженных в истории болезни. У больных изучались показатели углеводного, жирового обменов. Перечень методов исследования представлен в таблице 1.

Таблица 1.

Биохимические и радиоиммунохимические методы исследования

№ п/п	Показатель	Литература
1.	Общий холестерин	"Биотест" Lachema, Чехия
2.	β- и пре-β- ЛП	А.Н.Климов и соавт. [4]
3.	Инсулин	Радиоиммунохимический метод с набором "РИО-ИНС-ПГ-/25/"
4.	Глюкоза	Ортотолуидиновый метод
5.	Гликозилированный гемоглобин HbA _{1c}	"Диагностика БРНО" Lachema, Чехия

Полученные данные статистически обработаны с использованием программы "Statistica for Windows. Release 4.3", разработанной фирмой StatSoft.

Нами изучена распространенность СД, его осложнения, летальность за 15 лет (з 1986 г. по 2000 г.) в Полтавском регионе по данным "Регистра СД по Полтавской области", который представляет собой базу данных по больным СД в Полтавской области. Сравнительную характеристику с соответствующими данными по Украине проводили по ежегодному обзору МЗ Украины и Института эндокринологии и обмена веществ им. В.П.Комисаренко АМН Украины "Основные показатели деятельности эндокринологической службы Украины ..." за последние 30 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Было установлено, что за период с 1986 г. по 2000 г. распространенность СД выросла по Полтавской области в 1,8 раз, по Украине в целом в 1,7 раз. Почему мы взяли этот период? Инсулинотерапия является основным методом лечения и ее эффективность, в большей степени, определяется качеством инсулина. Начиная с 90-х годов в арсенале у врачей появились монопиковые, монокомпонентные, синтетические и полусинтетические, а также человеческие инсулины. Если для оценки распространенности СД качество инсулина не играет никакой роли, то для оценки летальности - значительна. Число больных, болеющих СД, на 01.01.2013 г. по Полтавской области составило 46068 человек, из которых 7,7% - 1 тип и 83,9% - 2 тип сахарного диабета. Вторичноинсулинзависимый СД составил

8,4% от числа больных СД 2 типа, т.е. 12,1% - это больные, которые находятся на инсулинотерапии.

У 37,1% больных зарегистрированы хронические осложнения СД, причём для СД 2 типа характерна более высокая частота сосудистых осложнений (диабетическая ретинопатия у 72,2 % больных СД 2 типа соответственно 54,1 % у больных СД 1 типа, диабетическая нефропатия у 68,7 % - 52,6 % 0,6 %, микро-, макроангиопатия нижних конечностей у 99,4 % - 89,6 % у больных СД 1 типа, инсульт – 7,1 % соответственно 0,6 % у больных СД 1 типа, инфаркт миокарда – 4,9 % соответственно 0,4 % у больных СД 1 типа и артериальная гипертензия у 54,9 % соответственно 4,9 % у больных СД 1 типа.

Анализ динамики уровня летальности по годам в Полтавской области и по Украине в целом выявил ее прогрессирующее увеличение. Так по Полтавской области за период с 1986 г. по 2000 г она увеличилась в 1,8 раз, по Украине - в 1,6 раз.

Нами обследована группа практически здоровых лиц -15 человек. В числе обследованных: 8 мужчин и 7 женщин в возрасте от 38 до 47 лет. До момента забора крови у них исследовался соматический статус, который отвечал возрастной норме. В крови и сыворотке крови определяли биохимические и радиоиммунохимические показатели, отражающие состояние углеводного, липидного обменов и содержание гормонов, которые приведены в таблице 2. Следует отметить, что у женщин по сравнению с мужчинами здоровой группы лиц отмечается повышение показателей общего холестерина и β- и пре-β- ЛП

Таблица 2
Биохимические и радиоиммунохимические показатели в группе практически здоровых лиц

№ п/п	Показатель	К-во обсл.	Группа здоро- вых	К-во обсл.	Гр.здоров.	К-во обсл.	Гр.здоров.	р
					мужчины		женщины	
1.	Глюкоза, ммоль/л	15	4,28±0,09	8	4,27±0,11	7	4,31±0,18	<0,2
2.	Гликогемо-глобин HbA _{1c} , %	15	3,95±0,17	8	3,60±0,14	7	4,3±0,2	<0,01
3.	Инсулин, пмоль/л	11	108,9±1,2	6	110,3±1,3	5	106,4±2,2	<0,1
4.	Общий холестерин, ммоль/л	15	4,17±0,09	8	4,03±0,14	7	4,39±0,06	<0,05
5.	β- и пре-β-ЛП, г/л	15	5,07±0,15	8	4,35±0,15	7	5,54±0,17	<0,001

Обследовано 32 больных сахарным диабетом 2 типа в возрасте от 40 до 60 лет, из которых 17 человек – женщины, 15 человек - мужчины; средняя длительность заболевания составила 7,5 года. Тяжесть заболевания оценивалась как средняя, из осложнений – в 19 случаях артериальная гипертензия сочеталась с ИБС (1 группа), в 13 случаях - с дисциркуляторно - гипертензивной энцефалопатией. Основная клиническая симптоматика у обследованных больных приведена в таблице 3.

Анализ биохимических показателей, отражающие состояние углеводного, липидного обмена и гормонального статуса свидетельствует о существенной разнице исследованных тестов у больных по сравнению с практически здоровыми лицами. Ниже приведена таблица 4, в которой отражены величины исследованных показателей в зависимости от пола.

Следует отметить, что нарушения со стороны углеводного и липидного обмена у мужчин, в целом, более выражены, нежели у женщин.

Таблица 3
Частота основных клинических симптомов у больных СД 2 типа, в зависимости от пола

Симптомы	Мужчины (17)		Женщины (15)	
	К-во больных	% от к-ва обследованных	К-во больных	% от к-ва обследованных
Артериальная гипертензия (в том числе нефрогенная)	16	94,1	11	73,3
Боль в области сердца (в том числе по типу стенокардии)	15	88,2	9	60,0
Функциональные нарушения нервной системы (головная боль, раздражительность, бессонница и др.)	2	11,8	13	86,7
Общая слабость	13	76,5	14	93,3
Полиурия	13	76,5	9	60,0
Никтурия	10	58,8	8	53,3
Боль, онемение, зябкость в нижних конечностях	10	58,8	8	53,3
Зуд	7	41,2	5	33,3
Полидипсия	7	41,2	5	33,3
Потеря аппетита	4	23,5	3	20,0
Фурункулез	3	17,6	2	13,3
Трофическая язва стопы	3	17,6	1	6,7
Гангрена пальцев стопы	3	17,6	0	0
Похудание	2	11,8	3	20,0

При анализе клинических данных у больных СД 2 типа следует отметить, что в 59,4 % случаях сахарный диабет 2 типа осложнялся артериальной гипертензией в сочетании с ИБС, в

40,6% - дисциркуляторно-гипертензивной энцефалопатией, средняя степень тяжести заболевания наблюдалась в 100% случаев.

Таблица 4
Биохимические и радиоиммунохимические показатели у больных СД 2 типа, в зависимости от пола

№ п/п	Показатели	Женщины (15 особ)	Мужчины (17 особ)	р
1.	Глюкоза, ммоль/л	11,55±0,34	12,11±0,41	>0,2
2.	Инсулин, пмоль/л	139,0±1,08	145,0±2,50	<0,01
3.	Общий холестерин, ммоль/л	5,82±0,1	5,93±0,18	>0,5
4.	β- и пре-β-ЛП, г/л	12,03±0,42	12,56±0,33	>0,5

Согласно рекомендациям Европейского общества артериальной гипертензии (ЕОАГ), Европейского общества кардиологов (УОК) от 2007 года для снижения сердечно-сосудистого риска рекомендуется использовать 5 классов антигипертензивных средств:

1. Тиазидные диуретики;

2. Бета-блокаторы;
 3. Антагонисты кальция;
 4. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ);
 5. Блокаторы рецепторов ангиотензина
- Больные первой группы (19 чел.) на фоне традиционной терапии получали антигипертензивные препараты двух групп, это бета-

блокаторы (конкор – в суточной дозе 5 мг; атенолол – в суточной дозе 50 мг) и антагонисты кальция (амлодипин – в суточной дозе 5 мг)

Больные второй группы (13 чел.) на фоне традиционной терапии получали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (лизиноприл – в суточной дозе 5 мг; эналап – в суточной дозе 20 мг), бета-блокаторы (конкор – в суточной дозе 5 мг; атенолол – в суточной дозе 50 мг).

Данная комплексная терапия позволила в более короткие сроки достичь стойкой гликемической компенсации, нормализации артериального давления, значительного уменьшения числа приступов стенокардии, повышения толерантности к физической нагрузке и умеренного повышения качества жизни. Несколько удлинялся срок ремиссии.

Выводы

1. За 15 лет распространенность СД выросла в Полтавской области в 1,8 раз, по Украине в целом в 1,7 раз. Количество больных, страдающих СД 2 типа, составляет 91,8%. У 37,1% больных зарегистрированы хронические осложнения сахарного диабета, причем для СД 2 типа характерна более высокая частота сосудистых осложнений (диабетическая ретинопатия у 72,2%; диабетическая нефропатия у 68,7%; микро-, макроангиопатия нижних конечностей у 99,4%; инсульт – 7,1%; инфаркт миокарда – 4,9%; артериальная гипертензия у 54,9%).

2. При анализе клинических данных больных СД 2 типа было выявлено, что в 59,4% случаях СД 2 типа осложнялся артериальной гипертензией в сочетании с ИБС, в 40,6% - дисциркуляторно-гипертензивной энцефалопатией., средняя степень тяжести заболевания отмечалась в 100% случаев. Метаболические нарушения, отражающие состояние углеводного, липидного обменов, более выражены у мужчин, нежели у женщин.

3. Комплексная антигипертензивная терапия позволила в более короткие сроки достичь стойкой гликемической компенсации, нормализации артериального давления, значительного умень-

шения числа приступов стенокардии, повышения толерантности к физической нагрузке и умеренного повышения качества жизни. Несколько удлинялся срок ремиссии.

Литература

1. Балаболкин М.И. Сахарный диабет / М.И. Балаболкин. – М. : Медицина, 1994. – 384 с.
2. Бобырева Л.Е. Свободнорадикальное окисление, антиоксиданты и диабетические ангиопатии / Л.Е. Бобырева // Проблемы эндокринологии. – 1996. – Т. 42, № 6. – С. 14-20.
3. Бобырева Л.Е. Состояние свободнорадикального окисления и антиоксидантной обеспеченности у больных ИБС на фоне сахарного диабета II типа в разные сезоны года / Л.Е. Бобырева // Український кардіологічний журнал. – 1997. – № 1, Вип. 2. – С. 62-64.
4. Воскресенский О.Н. Ангиопротекторы / О.Н. Воскресенский, В.А. Туманов. – Киев : Здоров'я, 1982. – 120 с.
5. Дедов И.И. Генетические, иммунологические и метаболические аспекты патогенеза сахарного диабета / И.И. Дедов // Первый Российский конгресс по патофизиологии. Патофизиология органов и систем. Типовые патологические процессы (экспериментальные и клинические аспекты): Тезисы докладов. – Москва, 1996. – С. 174.
6. Михайличенко Т.Е. Нарушения липидного обмена у больных сахарным диабетом и возможности их коррекции / Т.Е. Михайличенко // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2008. – Т. 17, № 1. – С. 61-65.
7. Паньків В.І. Ризик загальної і серцево-судинної смертності, основних серцево-судинних подій у хворих на цукровий діабет 2-го типу залежно від вибору терапії після встановлення діагнозу / В.І. Паньків, Л.А. Хуторська // Буковинський медичний вісник. – 2013. – Т. 17, № 1 (65). – С. 80-85.

References

1. Balabolkin M.I. Sakharnyy diabet / M.I. Balabolkin. – M. : Meditsina, 1994. – 384 s.
2. Bobyreva L.Ye. Svobodnoradikal'noye okisleniye, antioksidanty i diabeticheskiye angiopatii / L.Ye. Bobyreva // Problemy endokrinologii. – 1996. – T. 42, № 6. – S. 14-20.
3. Bobyreva L.Ye. Sostoyaniye svobodnoradikal'nogo okisleniya i antioksidantnoy obespechenosti u bol'nykh IBS na fone sakharnogo diabeta II tipa v raznyye sezony goda / L.Ye. Bobyreva // Ukraїns'kiy kardіologіchniy zhurnal. – 1997. – № 1, Vip. 2. – S. 62-64.
4. Voskresenskiy O.N. Angioprotektory / O.N. Voskresenskiy, V.A. Tumanov. – Kiyev : Zdorov'ya, 1982. – 120 s.
5. Dedov I.I. Geneticheskiye, immunologicheskiye i metabolicheskiye aspekty patogeneza sakharnogo diabeta / I.I. Dedov // Pervyy Rossiyskiy kongress po patofiziologii. Patofiziologiya organov i sistem. Tipovyye patologicheskiye protsessy (eksperimental'nyye i klinicheskiye aspekty) : Tezisy dokladov. – Moskva, 1996. – S. 174.
6. Mikhaylichenko T.Ye. Narusheniya lipidnogo obmena u bol'nykh sakharnym diabetom i vozmozhnosti ikh korrektsii / T.Ye. Mikhaylichenko // Arkhiv klinicheskoy i eksperimental'noy meditsini. – 2008. – T. 17, № 1. – S. 61-65.
7. Pan'kiv V.I. Rizik zagal'noї i sertsevo-sudinnnoї smertnostі, osnovnikh sertsevo-sudinnnikh podiy u khvorikh na tsukroviiy diabet 2-go tipu zalezjno vid voboru terapiї pіslya vstanoviennya diaгнозу / V.I. Pan'kiv, L.A. Khutors'ka // Bukovins'kiy medichniy visnik. – 2013. – T. 17, № 1 (65). – S. 80-85.

Реферат

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ТЕРАПІЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ
Атаунех Юсеф А.А.

Ключові слова: цукровий діабет, діабетичні ангиопатії (мікро-, макроангиопатії), ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, дисциркуляторно-гіпертензивна енцефалопатія

У статті наведені дані по поширеності, летальності цукрового діабету за 15 років у Полтавській області, а також дані із структури цукрового діабету та дані з характеру ускладнень. Проведено комплексне обстеження та терапія хворих на ЦД 2 типу, ускладнених АГ і ІХС (1 група) та АГ і дисциркуляторно-гіпертензивною енцефалопатією (2 група). Дані показники оцінювались в залежності від віку і статі. Метаболічні порушення, відображуючі стан вгледовного, ліпідного обмінів, більш виражені були у чоловіків літнього віку, як і важка форма захворювання, ніж у жінок, однак з віком ця різниця нівелювалася. Проведена комплексна терапія дозволила в більш короткі терміни досягти більш стійкої глікемічної компенсації, нормалізації артеріального тиску, значного зменшення числа нападів стенокардії, підвищення толерантності до фізичного навантаження і помірного підвищення якості життя. Децго подовжувався строк ремісії.

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-