

УДК 616-089+616.366-002+616-053.9

Чурній В. К., Василюк С. М., Чурній І. К., Чурній К. Л.

Аналіз причин післяопераційних ускладнень у хворих похилого та старечого віку з гострим калькульозним холециститом

Маловисківська ЦРЛ, Кіровоградської області, м. Мала Виска,

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

E-mail: Ch.igor.if@gmail.com, churpiykostantin@rambler.ru

Резюме. Проведено аналіз хірургічного лікування 173 хворих похилого і старечого віку з гострим калькульозним холециститом. Основна група - 90 пацієнтів, в яких спостерігалися чітко виражені локальні й системні зміни, характерні для гострого запалення жовчного міхура. Група порівняння - 83 хворих, у яких не було чітко вираженої клінічної картини гострого холецистити.

У 76 хворих основної групи і 65 – групи порівняння була виконана лапароскопічна холецистектомія. Потреба в конверсії і проведенні холецистектомії через лапаротомний розріз була в 11 пацієнтів основної групи і 9 – групи порівняння.

Ключові слова: гострий холецистит, лапароскопічна холецистектомія, післяопераційні ускладнення, геронтологічні пацієнти.

Вступ. Щороку в хірургічних відділеннях збільшується питома вага людей похилого та старечого віку, які складають основну групу ризику післяопераційних ускладнень та летальності. На даний час пацієнти даної вікової категорії складають від 10 до 25 % всіх госпіталізованих з приводу гострого калькульозного холецистити. Високий операційно-анестезіологічний ризик, супутні захворювання та низький опір операційній травмі є причиною високої частоти післяопераційних ускладнень і летальних наслідків в цієї категорії пацієнтів [1, 2]. Рівень післяопераційної летальності в них становить від 8 до 18 % (а серед хворих віком понад 80 років — 40–50 %), він у 10–12 разів вищий, ніж у молодих пацієнтів [3].

Мета дослідження: проаналізувати причини післяопераційних ускладнень при виконанні лапароскопічної холецистектомії у пацієнтів похилого та старечого віку з гострим калькульозним холециститом.

Матеріали і методи

Нами проведений аналіз хірургічного лікування 173 хворих похилого й старечого віку з гострим калькульозним холециститом. У всіх пацієнтів цей діагноз був підтверджений інтраопераційно та гістологічно. Вік усіх хворих був від 61 до 89 років (у середньому $72,4 \pm 8,7$ року). Серед обстежених хворих чоловіків було 51 (29,5%), жінок — 122 (70,5 %). Залежно від клінічного перебігу холецистити всіх пацієнтів було розділено на дві групи. До основної групи увійшли 90 пацієнтів, у яких клінічна картина гострого холецистити не вимагала диференціальної діагностики. У них спостерігалися чітко виражені локальні й системні зміни, характерні для гострого запалення жовчного міхура. В умовах приймального відділення діагноз гострого холецистити в цих пацієнтів не піддавався сумнівам. У групу порівняння були включені 83 хворих, у яких не було чітко вираженої клінічної картини гострого холецистити. У них на час надходження до стаціонару були встановлені

такі діагнози: хронічний калькульозний холецистит — у 54 (65,1%), гострий набряковий панкреатит — у 19 (22,9 %), гостра кишкова непрохідність — у 6 (7,2 %) та печінкова колька — у 4 (4,8 %). У всіх цих пацієнтів діагноз гострого калькульозного холецистити (ГКХ) був встановлений під час перебування хворого в стаціонарі в межах 6–12 годин і більше або інтраопераційно.

У 76 хворих основної групи і 65 – групи порівняння була виконана лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ). Потреба в конверсії і проведенні холецистектомії через лапаротомний розріз була у 11 пацієнтів основної групи і 9 – групи порівняння. Ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) та ЛХЕ проведена у 7 хворих. Холецистектомію (ХЕ) доповнювали ендоскопічною санацією загальної жовчної протоки (ЗЖП) у 2 пацієнтів основної групи та у 8 групи порівняння (табл. 1).

Результати і обговорення

Серед 76 хворих основної групи, у яких була проведена ЛХЕ, відзначали у п'яти випадках розвиток ранніх післяопераційних гнійних ускладнень (табл.2).

Серед них у двох пацієнтів діагностували сероми післяопераційних ран, у двох інфільтрацію тканин навколо рани. У одної пацієнтки підпечінковий абсцес. У однієї пацієнтки, в якій виникла потреба в конверсії, спостерігали нагноєння післяопераційної рани. Також серед хворих, у яких виконували конверсію в одному випадку відзначали серому, а в двох – інфільтрацію тканин навколо післяопераційної рани. Загалом серед пацієнтів цієї групи у 9-ти (10,0 %) відзначали ранні гнійно-запальні ускладнення. Як правило, під впливом післяопераційної антибіотикотерапії вони успішно лікувалися.

Серед 65 хворих групи порівняння, в яких була проведена ЛХЕ, спостерігали у трьох сероми та у одного інфільтрат в ділянці післяопераційних ран. Серед пацієнтів в яких була проведена конверсія, у трьох відзначали нагноєння післяопераційної рани, а у двох – її інфільтрацію. Загалом, серед пацієнтів цієї групи частіше зустрічалися ранні післяопераційні гнійно-запальні ускладнення (12,0 % спостережень) (табл. 3).

Низьку частоту розвитку післяопераційних абсцесів у ложі жовчного міхура ми пояснюємо рядом інтраопераційних заходів. Видалення жовчного міхура з черевної порожнини проводили шляхом розширення троакарного доступу по правій передньо-аксілярній лінії.

У випадку перфорації жовчного міхура його видалляли у контейнері. Розширення троакарного розрізу до 2 - 3 см дозволяло встановити у ложе жовчного міхура та над печінковий простір гумовий випускник та трубочасті випускники, що забезпечувало повноцінне дренивання над- і підпечін-

Таблиця 1. Операційні втручання, виконані у хворих похилого та старечого віку на гострий калькульозний холецистит

Операція	Основна група (n=90)	Група порівняння (n=83)	Всього (n=173)
ЛХЕ	76	65	141
Конверсія + ХЕ	11	8	19
ЛХЕ + видалення конкремента в ЗЖП	1	1	2
Конверсія + ХЕ + ревізія СЖП	0	1	1
ЕПСТ + ЛХЕ	2	5	7
ЛХЕ + ЕПСТ	0	3	3

Таблиця 2. Характеристика ранніх післяопераційних гнійно-запальних ускладнень у пацієнтів основної групи (n=90)

Операційне втручання	Ускладнення				Всього
	Інфільтрат п/о ран	Серома	Нагноєння п/о рани	Підпечінковий абсцес	
ЛХЕ (n=76)	2 (2,6 %)	2 (2,6 %)	0	1 (1,3 %)	5 (6,6 %)
Конверсія + ХЕ (n=11)	2 (18,2 %)	1 (9,1 %)	1 (9,1)	0	4 (36,4%)
Всього	4 (4,4 %)	3 (3,3 %)	1 (1,1)	1 (1,1 %)	9 (10,0%)

Таблиця 3. Характеристика ранніх післяопераційних гнійно-запальних ускладнень пацієнтів групи порівняння (n=83)

Операційне втручання	Ускладнення				Всього
	Інфільтрат п/о ран	Серома	Нагноєння п/о рани	Підпечінковий абсцес	
ЛХЕ (n=65)	1 (1,2%)	3 (4,6%)	0	0	4 (4,8%)
Конверсія+ХЕ (n=8)	2 (25,0%)	0	3 (37,5%)	0	5 (62,5%)
ЕПСТ+ЛХЕ (n=5)	1 (20,0%)	0	0	0	1 (20,0%)
Всього	4 (4,8%)	3 (3,6%)	3 (3,6%)	0	10 (12,0%)

Таблиця 4. Характеристика ранніх післяопераційних неінфекційних ускладнень у пацієнтів основної групи (n=90)

Операційне втручання	Ускладнення				Всього
	Жовчотеча	Гематоми	Паралітична ГКН	Диспепсія	
ЛХЕ (n=76)	4 (5,3%)	6 (7,8%)	5 (6,6%)	8 (10,5%)	23 (35,4%)
Конверсія + ХЕ (n=11)	2* (18,2%)	0	4* (36,4%)	9* (81,8%)	9 (81,8%)
Всього	6* (6,7%)	6 (6,6%)	9* (10,0%)	17* (18,9%)	32 (35,5%)

* - поєднувалися декілька ускладнень у одного пацієнтів

кового простору. Дренування підпечінкового простору проводили запропонованим нами трьохпросвітним дренажем.

Загальна частота ранніх неінфекційних ускладнень у основній групі склала 42 випадків (табл. 4), що було нижчим, ніж у групі порівняння.

У шести випадках спостерігалась жовчотеча через дренаж встановлений в правій підреберній ділянці: у 4-х після ЛХЕ та у двох – після конверсії. Серед хворих після ЛХЕ у двох випадках причиною жовчетечі було ятрогенне пошкодження позапечінкових жовчних шляхів, в яких виконали лапаротомію. В одного був діагностований клас D за Strasberg, йому було виконано ушивання спільної жовчної протоки на дренажі Кера. Післяопераційний період протікав задовільно, пацієнт був виписаний зі стаціонару на 14 добу з одужанням. В іншій пацієнтки був діагностований клас E1 за Strasberg, в неї була виконана гепатикоєюностомія за Ру. Пацієнтка померла в першу післяопераційну добу від прогресуючої кардіоваскулярної та дихальної дисфункції.

Гематоми в ділянці післяопераційної рани в основній групі зустрічалися у 6,6% випадків. Це ускладнення не вимагало специфічного лікування, однак погіршувало фізичну реабілітацію пацієнта внаслідок болючості в ділянці післяопераційних ран. Післяопераційну паралітичну гостру кишкову непрохідність, яка тривала понад три післяопераційні

Таблиця 5. Характеристика ранніх післяопераційних неінфекційних ускладнень у пацієнтів групи порівняння (n=83)

Операційне втручання	Ускладнення				Всього
	Жовчотеча	Гематоми	Паралітична ГКН	Диспепсія	
ЛХЕ (n=65)	3 (4,6%)	7 (10,7%)	5 (7,7%)	9 (13,8%)	24 (36,9%)
Конверсія+ХЕ (n=8)	1 (12,5%)	0	3* (37,5%)	6* (75,0%)	7 (87,5%)
ЕПСТ+ЛХЕ (n=5)	0	0	0	1 (20,0%)	1 (20,0%)
ЛХЕ+ЕПСТ (n=3)	3 (100,0%)	0	0	0	3 (100,0%)
Всього	7 (8,4%)	7 (8,4%)	8* (9,6%)	16* (19,3%)	35 (42,2%)

* - поєднувалися декілька ускладнень у одного пацієнтів

добі, також розцінювали як післяопераційне ускладнення. Вона зустрічалася у 9 випадках: у 5-ти пацієнтів після ЛХЕ (6,6%) та у 4 – після лапаротомної холецистектомії (36,4%).

Нудота і блювання були відзначені у 17 (18,9%) випадках. Диспепсичні прояви найчастіше були пов'язані із введенням наркотичних анальгетиків на фоні післяопераційної паралітичної гострої кишкової непрохідності. Відміна наркотиків, зазвичай, ліквідувала прояви диспепсії.

У групі порівняння жовчотеча зустрічалась у 7 випадках (табл. 5). У 4-х пацієнтів її розцінили як наслідок пошкодження дрібних протоків білярної системи з підтіканням жовчі з ходів Lyushka чи неспроможної кукки міхурової протоки (клас А за Strasberg). У інших трьох випадках жовчотеча була пов'язана з наявністю недиагностованих до операції конкрементів у спільній жовчній протоці. Після проведення ендоскопічної декомпресії позапечінкових жовчних ходів це ускладнення вдалось ліквідувати. Гематоми зустрічалися у 8,4% спостережень і тільки у пацієнтів, в яких була виконана ЛХЕ.

Післяопераційна паралітична гостра кишкова непрохідність відмічалась у 8 пацієнтів. У 19,3% спостерігали прояви диспепсії.

Системні післяопераційні ускладнення були діагностовано у 26 пацієнтів (15,0%) (табл. 6).

Серед них пацієнти основної групи склали 10 осіб, групи порівняння – 16. Післяопераційна пневмонія частіше зустрічалась у пацієнтів, в яких оперативне втручання було виконано в терміні понад 24 години з моменту поступлення (6,0%), тоді як у хворих, які було прооперовано до 24 годин – тільки у 2,2%. Плеврити різної етіології спостерігали майже з однаковою частотою. Загалом частота системних післяопераційних ускладнень, які погіршували післяопераційний період та подовжували термін перебування у стаціонарі, була найвищою саме з боку дихальної системи, всього таких пацієнтів було 12 (6,9%). Незважаючи на обов'язкове включення в комплекс післяопераційної консервативної терапії заходів профілактики тромбоемболічних ускладнень, у 6-ти пацієнтів (3,5%) спостерігали дистальний тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок. У основній групі це ускладнення зустрічалось частіше: 4,4% проти 2,4%. Однак, у групі порівняння частіше зустрічалися ускладнення, які загрожували життю пацієнта. У однієї пацієнтки групи порівняння на другу післяопераційну добу була діагностована субмасивна тромбоемболія легеневої артерії. Пацієнтка була переведена у відділення анестезіології та інтенсивної терапії з подальшим лікуванням в терапевтичному відділенні. У одного пацієнта групи порівняння на 5-ту післяопераційну добу, на фоні різкого порушення гемодинаміки був діагностований інфаркт міокарда. Після консультації кардіолога пацієнт був переведений у спеціалізоване відділення.

Гострі розлади мозкового кровообігу відзначали тільки у одного хворого основної групи, тоді, як у групі порівняння – у чотирьох. Наростаючу хронічну ниркову недостатність, яку не вдавалось ліквідувати консервативними заходами, було виявлено у одного пацієнта в основній групі. Пацієнт був

Таблиця 6. Характеристика основних системних ускладнень у пролікованих пацієнтів

Причина	Ускладнення		
	Основна група (n=90)	Група порівняння (n=83)	Всього (n=173)
Пневмонія	2 (2,2%)	5 (6,0%)	7 (4,0%)
Плеврит	2 (2,2%)	3 (3,6%)	5 (2,9%)
Тромбоз глибоких вен	4 (4,4%)	2 (2,4%)	6 (3,5%)
Субмасивна ТЕЛА	0	1 (1,2%)	1 (0,6%)
Інфаркт міокарда	0	1 (1,2%)	1 (0,6%)
Гострі розлади мозкового кровообігу	1 (1,1%)	4 (4,8%)	5 (2,9%)
Хронічна ниркова недостатність	1 (1,1%)	0	1 (0,6%)
Всього	10 (11,1%)	16 (19,3%)	26 (15,0%)

консультований нефрологом і, згідно з його рекомендаціями, переведений у відділення хроніодіалізу.

Висновки

1. У хворих групи порівняння відзначено вищу частоту ранніх гнійно-запальних післяопераційних ускладнень 6 12,0 %, проти 10,0 % в основній групі, частіше зустрічалися неінфекційні ускладнення 6 42,2 %, проти 35,5 %.

2. В обох групах пацієнтів серед розладів системних післяопераційних ускладнень найвищою є з боку дихальної системи 12 (6,9 %) випадків.

3. У хворих, з передопераційною підготовкою до 24 годин, частота системних післяопераційних ускладнень відмічена в 11,1 % випадків, що достовірно нижче, ніж у хворих, в яких операція була відтермінована з метою корекції супутньої патології, що склало 19,3 %.

Література

1. Abdullah M. Diagnostic approach and management of acute abdominal pain / M. Abdullah, M.A. Firmansyah // Acta Med. Indones. — 2012 Oct. — 44(4). — P. 344-350.

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. Acute cholecystitis in elderly patients after hip fracture: Incidence and epidemiology / S.K. Choo, H.J. Park, H.K. Oh, Y.K. Kang, Y. Kim // Geriatr. Gerontol. Int. — 2015 Mar. — 21.

Чурпий В. К., Васильюк С. М., Чурпий І. К., Чурпий К. Л.

Анализ причин послеоперационных осложнений у больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом

Маловисковская ЦРБ, Кировоградской области, г.Малая Виска, Ивано-Франковский национальный медицинский университет, г. Ивано-Франковск, Украина

Резюме. Проведен анализ хирургического лечения 173 боль-

ных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом. Основная группа - 90 пациентов, у которых наблюдались четко выраженные локальные и системные изменения, характерные для острого воспаления желчного пузыря.

Группа сравнения - 83 больных, у которых не было четко выраженной клинической картины острого холецистита.

В 76 больных основной группы и 65 - группы сравнения была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Потребность в конверсии и проведении холецистэктомии через лапаротомный разрез была у 11 пациентов основной группы и 9 - группы сравнения.

Ключевые слова: острый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, послеоперационные осложнения, геронтологические больные.

V.K. Churpii, S.M. Vasyliuk, I.K. Churpii, K.L. Churpii

Analysis of the Causes of Postoperative Complications in Elderly and Senile Patients with Acute Calculous Cholecystitis

Mala Vyska Central District Hospital, Mala Vyska, Ukraine
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

E-mail: Ch.igor.if@gmail.com, churpiykostantin@rambler.ru

Abstract. The analysis of surgical treatment of 173 elderly and senile patients with acute calculous cholecystitis was made. The main group included 90 patients with distinct local and systemic changes typical for acute inflammation of the gallbladder. The comparison group included 83 patients without clear clinical picture of acute cholecystitis. 76 patients of the main group and 65 patients of the comparison group underwent laparoscopic cholecystectomy. 11 patients of the main group and 9 patients of the comparison group needed conversion and cholecystectomy through laparotomy incision.

Keywords: acute cholecystitis; laparoscopic cholecystectomy; postoperative complications; geriatric patients.

Надійшла 27.07.2016 року.

УДК – 617.586:616.379-008.64:615.281-085

Шаповал С. Д., Савон І. Л., Трибушній О. В., Слободченко Л. Ю.

Особливості антибактеріальної терапії хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи та з проявами сепсису

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», кафедра амбулаторної, гнійно-септичної хірургії та УЗД adminzmapo@gmail.com

Резюме. Вступ. В Україні офіційно зареєстровано більш, ніж 1,8 млн. хворих на цукровий діабет (ЦД). Щороку в світі реєструється 18-20 млн. випадків сепсису з летальністю: 10% - від синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ), 20% - від сепсису, 32 - 40% - від важкого сепсису і понад 70% від септичного шоку (СШ).

Мета роботи - оптимізувати режими антибактеріальної терапії у хворих на ускладнений синдром діабетичної стопи та при розвитку сепсису.

Матеріали та методи. За період з 2010 по 2015 рр. проведено обстеження та лікування 1246 хворих на ускладнений СДС. Розподіл проведений таким чином: група порівняння – 326 хворих, основна група – 888 пацієнтів (у тому числі – 32 хворих на сепсис). Вік пацієнтів в середньому склав 61,7 ± 2,3 років. АБТ у цих хворих повинна будуватися за типом ступінчастої терапії. Емпіричну АБТ слід проводити до одержання результату мікробіологічного дослідження. Спрямована АБТ може бути призначена тільки після отримання результатів посіву. При тяжкій інфекції з проявами сепсису термін проведення АБТ складає 2-4 тижні, а при наявності остеомієліту може бути збільшений до 6 тижнів.

Результат. Упровадження оптимізованої схеми антибактеріальної терапії в сукупності з активною хірургічною тактикою

та радикальною місцевою обробкою первинного гнійного осередку у хворих на ускладнений СДС та сепсис основної групи призвело до зниження впливу ендогенної інтоксикації та антигенного навантаження, що виражалось у скорішому відновленні регенеративних властивостей організму і швидшому загоєнні рани.

Висновки. Застосування оптимізованої тактики проведення АБТ, поряд з активним хірургічним і місцевим лікуванням пацієнтів на ускладнений СДС, дозволило достовірно (P<0,05) зменшити частоту післяопераційних ускладнень, «високих» ампутацій, скоротити тривалість перебування хворих у стаціонарі та знизити післяопераційну летальність.

Ключові слова: синдром діабетичної стопи, сепсис, антибіотики.

Вступ. В Україні офіційно зареєстровано більш, ніж 1,8 млн. хворих на цукровий діабет (ЦД). За даними світової статистики, кожні 13 – 15 років кількість хворих подвоюється [1, 6]. Щороку в світі реєструється 18-20 млн. випадків сепсису з летальністю: 10% - від синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ), 20% - від сепсису, 32 - 40% - від важкого сепсису і понад 70% від септичного шоку (СШ)