

Способи біліарної декомпресії при обтураційній жовтяниці у хворих різних вікових груп

О. Є. Каніковський, Я. В. Карий, Ю. В. Бабійчук

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Вступ. Розвиток мініінвазивних технологій дозволив розширити показання і можливість виконання оперативних втручань у хворих з непрохідністю жовчних проток. Однак, на сьогодні залишається не вирішеним питання щодо оптимального способу біліарної декомпресії при обтураційній жовтяниці (ОЖ).

Мета. Вивчити ефективність мініінвазивних і відкритих способів біліарної декомпресії при лікуванні ОЖ у хворих різних вікових груп.

Об'єкт і методи дослідження. Проаналізовано результати лікування 200 хворих на ОЖ протягом 2002 – 2017 років. Хворих молодого віку було 15, середнього – 36, похилого – 86, старечого – 58, довгожителів – 5. Середній вік – $62 \pm 6,0$ років. Причиною ОЖ непухлинного генезу були: холедохолітіаз – 86 пацієнтів, синдром Mirizzi – 11, стриктура холедоха – 6, стенозуючий папіліт (СП) – 18, хронічний фіброзний панкреатит – 10, кіста головки підшлункової залози (ПЗ) – 3, постхолецистектомічний синдром – 16. Пухлинний генез ОЖ зумовили: рак головки ПЗ – 27 хворих, рак великого сосочку дванадцятипалої кишки – 5, рак гепатикохоледоха – 9, рак жовчного міхура з проростанням у гепатодуоденальну зв'язку – 4, метастази раку в ворота печінки – 5.

Результати, їх обговорення. Двоетапні мініінвазивні втручання проведені в 80 хворих похилого й старечого віку з рівнем білірубіну понад 100 мкмоль/л, тривалістю ОЖ понад 14 днів, за наявності холангіту, біліарного панкреатиту і декомпенсованої супутньої патології. Першим етапом виконано ендоскопічну балонну дилатацію у 3 хворих за наявності конкрементів діаметром до 5 мм. Ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ) проведено у 50 пацієнтів з холедохолітіазом. Самостійне відходження конкрементів до 10 мм відбулось у 23 хворих, літоекстракцію кошиком Dormia виконано у 15. Механічну літотрипсію здійснено у 12 хворих за наявності конкрементів 10 – 20 мм. З приводу СП проведено ЕПСТ у 18 пацієнтів. За наявності холангіту виконано ЕПСТ і назобілярне дренування холедоха у 9 хворих. На другому етапі проведено лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ).

Одноетапні мініінвазивні втручання виконані у 30 хворих молодого та середнього віку з гіпербілірубінемією менше 100 мкмоль/л, тривалістю ОЖ не більше 14 днів, наявності компенсованих або субкомпенсованих супутніх захворювань, а також при відсутності холангіту і біліарного панкреатиту. ЛХЕ і літоекстракцію через міхурову протоку проведено у 6 пацієнтів за наявності конкрементів до 5 мм. ЛХЕ з зовнішнім дренуванням холедоха виконано у 8 хворих з синдромом Mirizzi I типу. Ендобілярне ретроградне стентування проведено у 16 хворих з непрохідністю термінального відділу холедоха. Одноетапні відкриті операції на жовчних протоках виконані у 90 хворих різних вікових груп. Холедохолітотомію проведено у 14 пацієнтів. Сформовано антирефлюксний холедоходуоденоанастомоз у 32 хворих (холедохолітіаз в поєднанні з СП – 13, хронічний фіброзний панкреатит – 10, кіста головки ПЗ – 3, рак головки ПЗ – 5). Гепатикоеюностомію за Roux проведено у 21 хворого (стриктура холедоха – 3, синдром Mirizzi II типу – 3, рак гепатикохоледоха – 9, рак головки ПЗ – 5). Панкреатодуоденальну резекцію виконано у 3 хворих з раком головки ПЗ, антеградне стентування холедоха – у 6.

Ускладнення після мініінвазивних оперативних втручань виникли у 5 (4,5%) випадках, після відкритих – у 10 (11,1%) ($p < 0,05$). Померло 2 (2,2%) хворих.

Висновки. Застосування мініінвазивних способів біліарної декомпресії при лікуванні ОЖ у хворих різних вікових груп дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень на 6,6% ($p < 0,05$). Двоетапна хірургічна тактика при ОЖ у хворих похилого й старечого віку є пріоритетною. Одноетапну корекцію доцільно виконувати у хворих молодого та середнього віку з рівнем білірубину менше 100 мкмоль/л, тривалістю ОЖ не більше 14 днів, компенсованими або субкомпенсованими супутніми захворюваннями.

Периопераційна антитромботична терапія у хворих на гострий калькульозний холецистит та супутню ішемічну хворобу серця

С. О. Кондратенко, В.Г. Мішалов, Л. Ю. Маркулан, А. О. Бурка

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Олександрівська клінічна лікарня м. Києва

Мета роботи – оцінити ефективність удосконаленої периопераційної антитромботичної терапії у хворих, яким виконано лапароскопічну холецистектомію з приводу гострого калькульозного холецистита (ГКХ) на тлі супутньої ІХС.

Матеріали та методи У дослідженні взяли участь 168 хворих з ГКХ та ІХС, які отримували до госпіталізації в хірургічне відділення Олександрівської клінічної лікарні м. Києва антикоагуляційну терапію (АКТ) або антиагрегаційну терапію (ААТ).

У групу порівняння (Група П) увійшло 95 хворих, яким проводилася загальноприйнята периопераційна антитромботична терапія, в основну групу (група О) – 73 хворих, яким проводилася бриджинг-терапія за розробленими алгоритмами.

Групи хворих були репрезентативні за функціональним класом серцевої недостатності, класом стенокардії, тяжкістю та гістологічною формою ГКХ, питомою вагою варіантів АКТ та ААТ.

Цільовими точками дослідження були частота досягнення терапевтичного значення МНВ або часу кровотечі (ЧК) за Лі-Уайтом в передопераційному та ранньому післяопераційному періодах та частота геморагічних ускладнень.

Аналіз даних проводився з використанням пакетів статистичного аналізу IBM SPSS Statistics 22.

Результати Безпосередньо перед операцією у хворих групи О середні значення МНВ були більшими за таких в групі П: $2,93 \pm 0,18$ проти $1,96 \pm 0,18$. Цільові (терапевтичні) значення МНВ > 2 в групі О (з числа 20 хворих, що до госпіталізації отримували варфарин) були у 18 (90%); в групі П (21 хворий) – у 11 (52,4%), $p = 0,008$. Цільові (терапевтичними) значення ЧК > 12 в групі О (з числа 53 хворих, що до госпіталізації отримували ААТ) цільові значення ЧК > 12 хв були у 48 (90,6%); в групі П (74 хворих) – у 46 (62,2%), $p = 0,001$. Достовірні відмінності між групами щодо частки хворих з терапевтичними значеннями МНВ та ЧК спостерігалися відповідно перших трьох та чотирьох діб післяопераційного періоду відповідно.

Підвищена кровоточивість тканин (ложа жовчного міхура), при якій досягнення стабільного гемостазу потребувало більше 10 хвилин спостерігалась у 19 (26,0%) хворих групи О та у 20 (21,1%) в групі П, $p = 0,449$. Необхідність тампонади ложа жовчного міхура виникла, у 13 (17,8%), хворих групи О та у 11 (11,6%) групи П, $p = 0,253$; у чотирьох хворих групи О та у 6 групи П відмічалось зниження гемоглобіну нижче 100 г/л, але не нижче 86 г/л., всі $p > 0,05$.