

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК: 616.367-089.28-06:616.36-002.15

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

Хірургічне лікування патології жовчних проток у похилому і старечому віці

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна, vnmu.edu.ua

Резюме. Вступ: розвиток малоінвазивних технологій дозволив розширити показання і можливість виконання оперативних втручань у хворих похилого та старечого віку з ускладненими формами жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ). Однак, залишаються невизначеними критерії вибору малоінвазивних і відкритих втручань при патології жовчних проток.

Мета дослідження – вивчення ефективності малоінвазивних і відкритих оперативних втручань при патології жовчних проток у хворих похилого та старечого віку.

Матеріал і методи. Протягом 2002–2016 років у хірургічній клініці проходило лікування 430 хворих з патологією жовчних проток. Вік хворих – від 60 до 90 років. Ускладнений перебіг гострого калькульозного холециститу спостерігався у 157 (36,5%) хворих, хронічного – у 148 (34,4%). Непрохідність жовчних проток діагностовано у 125 (29,1%) випадках.

Результати та обговорення. Малоінвазивні оперативні втручання проведено у 350 (81,4%) хворих, відкриті – у 80 (18,6%). Ускладнення після малоінвазивних втручань спостерігались у 5 (1,4%) випадках, після відкритих – у 8 (10,0%).

Висновки. Етапне застосування малоінвазивних оперативних втручань при патології жовчних проток у хворих похилого та старечого віку є пріоритетним. Застосування ендоскопічного ультразвукового дослідження (ЕУЗД) дало можливість уникнути ускладнень характерних для ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії (ЕРПХГ). Проведення літоекстракції доцільно доповнювати методом дозованої декомпресії жовчних проток у післяопераційному періоді. Ендоскопічні транспаплярні втручання включали: папілярну балонну дилатацію, ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ), механічну літотрипсію і транспаплярне ендобілярне стентування.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, лапароскопічна і відкрита холецистектомія, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Захворюваність на ЖКХ протягом останніх десятиліть має тенденцію до зростання, особливо її ускладнені форми [2]. Найбільш часто у 30–85% хворих на ЖКХ спостерігається холедохолітіаз. Серед хворих на ускладнену ЖКХ 65–70% становлять особи похилого і старечого віку [1, 5]. Не дивлячись на успіхи білярної хірургії, проблема відновлення прохідності жовчних проток вирішена не повністю. На сьогодні поряд з традиційними операціями впроваджуються малоінвазивні втручання, спрямовані на корекцію ускладненої білярної патології [4, 6]. Розвиток малоінвазивних технологій дозволив розширити показання і можливість виконання оперативних втручань у хворих похилого та старечого віку з ускладненими формами ЖКХ [7]. Однак, залишаються невизначеними критерії вибору малоінвазивних і відкритих втручань при патології жовчних проток [3].

Мета дослідження – вивчення ефективності малоінвазивних і відкритих оперативних втручань при патології жовчних проток у хворих похилого та старечого віку.

Матеріал і методи дослідження

Протягом 2002–2016 років у хірургічній клініці медичного факультету № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова проходило лікування 430 хворих з патологією жовчних проток. Чоловіків було 132 (30,7%), жінок – 298 (69,3%). Вік хворих – від 60 до 90 років (60–69 років – 186 (43,2%), 70–79 років – 150 (34,9%), 80–90 років – 94 (21,9%). Тривалість захворювання від 1 міс до 30 років.

Ускладнений перебіг гострого калькульозного холециститу спостерігався у 157 (36,5%) хворих: емпієма жовчного міхура – 64 (14,9%), паравезикальний інфільтрат – 70 (16,3%), паравезикальний абсцес – 18 (4,2%) і жовчний перитоніт – 5 (1,2%). Ускладнений перебіг хронічного холециститу констатовано у 148

(34,4%) випадках: склеротичний жовчний міхур – 49 (11,4%), водянка жовчного міхура – 38 (8,8%), надмірний злуковий процес – 43 (10,0%), синдром Міриззі – 10 (2,3%) та білідигестивні нориці – 8 (1,9%). Непрохідність жовчних проток діагностовано у 125 (29,1%) хворих. Причиною механічної жовтяниці (МЖ) доброякісного генезу були: холедохолітіаз – у 60 (13,9%), синдром Міриззі – у 8 (1,9%), стриктура спільної жовчної протоки (СЖП) – у 2 (0,5%), стенозуючий папіліт – у 11 (2,6%), хронічний індураційний панкреатит – у 4 (0,9%), кіста голівки підшлункової залози – у 3 (0,7%) і виразка дванадцятипалої кишки (ДПК), що пенетрує в гепатодуоденальну зв'язку (ГДЗ) – у 1 (0,2%). Пухлинний генез МЖ був обумовлений: раком голівки підшлункової залози – у 20 (4,6%), раком ВС ДПК – у 4 (0,9%), раком жовчних проток – у 8 (1,9%), раком жовчного міхура з проростанням у ГДЗ – у 2 (0,5%) та метастази раку іншої локалізації у ворота печінки – у 2 (0,5%) хворих. Супутно патологію діагностовано у 318 (73,9%) хворих: шемічна хвороба серця – у 62 (14,4%), гіпертонічна хвороба – у 53 (12,3%), хронічні обструктивні захворювання легень – у 40 (9,3%), дисциркуляторна атеросклеротична енцефалопатія – у 35 (8,1%), цукровий діабет – у 25 (5,8%), пептична виразка шлунка і ДПК – у 20 (4,6%), варикозна хвороба нижніх кінцівок – у 45 (10,5%), облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок – у 38 (8,8%). У 198 (46,0%) хворих спостерігали поєднання супутньої патології.

Скринінг-методом діагностики патології жовчного міхура і жовчних проток було трансабдомінальне ультразвукове дослідження (ТУЗД), яке проводили всім хворим. Ехографічне дослідження виконували на діагностичному апараті Lodgiq-500 PRO Series GE. У хворих на МЖ здійснювали фіброгастроуденоскопію (ФГДС) за допомогою фіброгастроуденоскопа Pentax-290V. Для прямого контрастування жовчних проток проводили ЕРПХГ з використанням 30% водорозчинного контрасту об'ємом 20–40 мл та 5–10 мл для контрастування головної протоки підшлункової залози. Для контрастування жовчних проток під час операції виконували інтраопераційну холангіографію (ІОХГ) шляхом введення 10–20 мл 30% контрастної речовини через кульку міхурової протоки або при пункції жовчних проток. При неможливості канюляції великого сосочка (ВС) ДПК проводили ЕУЗД за допомогою діагностичного апарату Olympus Exera EU M 60 та магнітно-резонансну томографію (МРТ) на комп'ютерному томографі Somatom-CR.

Результати та обговорення

ТУЗД було інформативним у виявленні холецистохоледохолітіазу та первинній діагностиці білярної гіпертензії. Інформативність ТУЗД у діагностиці патології жовчних проток складала 290 (67,4%). У 27 (6,3%) випадках нездовільні результати ТУЗД були обумовлені: вираженим метеоризмом – 8 (1,9%), ожирінням – 5 (1,2%), злуковим процесом – 6 (1,4%), наявністю множинних дрібних конкрементів (менше 3 мм) у термінальному відділі СЖП – 5 (1,2%), аерохолією – 3 (0,7%). У таких випадках застосовано ЕУЗД. Також ЕУЗД дозволяло об'єктивно оцінити співвідношення діаметрів конкременту і термінального відділу СЖП.

У 125 (29,1%) хворих на МЖ ФГДС дала можливість оцінити форму і розміри ВС ДПК, характер та кількість жовчі, яка виділялась, а також визначитися з можливістю подальшого виконання ЕРПХГ. За допомогою ФГДС діагностовано рак ВС ДПК – у 4 (0,9%) і виразку ДПК, що пенетрує в ГДЗ – у 1 (0,2%) хворого. ФГДС також застосовували для проведення диференційної діагностики МЖ між вклининим конкрементом у дистальному відділі СЖП і патологією ВС ДПК.

Для контрастування жовчних проток проведено ЕРПХГ у 66 (15,3%) хворих. Діагностовано холедохолітіаз у 50

(11,6%), стенозуючий папіліт – у 11 (2,6%) і резидуальний холедохолітіаз – у 5 (1,2%). Однак, виконати ЕРПХГ не було можливості у 15 (3,5%) хворих: при наявності конкременту в ампулі ВС ДПК – у 6 (1,4%), парафатеріального дивертикулу – у 5 (1,2%), раку ВС ДПК – у 2 (0,5%) і алергії на контрастну речовину – у 2 (0,5%). В даних випадках застосовано ЕУЗД, яке є менш інвазивним методом діагностики непрохідності жовчних проток, порівняно з ЕРПХГ. Ускладнення після ЕРПХГ спостерігали у 5 (1,2%) хворих: гострий панкреатит – у 3 (0,7%), гострий холангіт – у 1 (0,2%) і кровотеча з ВС ДПК – у 1 (0,2%) при поєднанні ЕРПХГ з ЕПСТ.

ІОХГ проведено 40 (9,3%) хворим шляхом введення контрасту в жовчні протоки через кукуку міхурової протоки у 17 (3,9%) і при пункції жовчних проток у 12 (2,8%) випадках при виконанні відкритої холецистектомії (ВХЕ). Під час проведення лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) ІОХГ здійснювали шляхом катетеризації міхурової протоки у 11 (2,6%) хворих. Діагностовано холедохолітіаз у 10 (2,3%), синдром Міріззі – у 10 (2,3%), стриктуру СЖП – у 2 (0,5%), біліодигестивні нориці – у 8 (1,9%), рак жовчних проток – у 8 (1,8%) і рак жовчного міхура з проростанням у ГДЗ – у 2 (0,5%). У 3 (0,7%) випадках спостерігали ускладнення після введення контрасту в жовчні протоки: гострий панкреатит у 2 (0,5%) і гострий холангіт у 1 (0,2%).

МРТ для діагностики холедохолітіазу проведено в разі неможливості виконання ЕРПХГ і ЕУЗД у 4 (0,9%) випадках після резекції шлунку за Більрот II. Також МРТ застосовано при патології підшлункової залози у 27 (6,3%) хворих: хронічний індураційний панкреатит – у 4 (0,9%), кіста голівки підшлункової залози – у 3 (0,7%) та рак голівки підшлункової залози – у 20 (4,6%).

При ускладненому перебігу гострого і хронічного калькульозного холециститу проведено малоінвазивні втручання у 350 (81,4%) випадках. Під час ЛХЕ у 70 (16,3%) хворого з гострим холециститом через наявність щільного паравезикального інфільтрату захопити кишеню Hartmann і провести латеральну тракцію було неможливо. У таких випадках розпочинали мобілізацію жовчного міхура з латеральної стінки на медіальну в проекції шийки жовчного міхура (патент України на корисну модель №77985). У 38 (8,8%) пацієнтів з водяною і 64 (14,9%) з емпіємою жовчного міхура через наявність напруженого жовчного міхура був утруднений його захват, що потребувало проведення пункції та евакуації його вмісту. Лапароскопічну санацію і дренажування підпечінкового простору здійснено при наявності паравезикального абсцесу в 8 (1,9%) випадках. У 16 (3,7%) хворих при наявності холедохолітіазу застосовано двоетапну тактику (ЛХЕ з подальшою ЕПСТ у ранньому післяопераційному періоді). У 3 (0,7%) пацієнтів при наявності одиночних конкрементів діаметром до 5 мм, які локалізувались у дистальних відділах СЖП, проведено ендоскопічну гідростатичну папілярну балонну дилатацію. У 5 (1,2%) випадках після ЕПСТ відбулось самостійне відходження конкрементів діаметром 5–10 мм. Літоекстракцію корзинкою Dormia (Olympus FG-22Q) виконано у 6 (1,4%) хворих. При розмірах конкрементів (10–20 мм) проводили механічну літогripsiю за допомогою літогріптора Olympus BML-201Q у 2 (0,5%) пацієнтів. За наявності МЖ виконували повторні дозовані ЕПСТ, оскільки, швидка біліарна декомпресія призводила до прогресування печінкової недостатності. У 15 (3,5%) хворих через наявність гнійного холангіту здійснено ЕПСТ і назобіліарне дренажування, яке дало змогу провести етапну декомпресію та санацію жовчних проток. Одноетапні операції (ЛХЕ з наступним втручанням на жовчних протоках) проводили при наявності нещільного паравезикального інфільтрату в 11 (2,6%) випадках, коли без технічних труднощів виділялась СЖП. У 4 (0,9%) хворих з конкрементами СЖП до 5 мм проведено ЛХЕ і літоекстракцію корзинкою Dormia через міхурову протоку. ЛХЕ зі зовнішнім дренажування СЖП здійснено у 7 (1,6%) пацієнтів при синдромі

Міріззі I типу. У 5 (1,2%) хворих з непрохідністю термінального відділу СЖП виконано транспапілярне ендобіліарне стентування (діаметр стенту – 7 Fr). Причиною МЖ були: рак ВС ДПК – у 4 (0,9%) та рак голівки підшлункової залози – у 1 (0,2%).

У 49 (11,4%) хворих з хронічним холециститом через склеротичні зміни стінок жовчного міхура спостерігалось високе розташування міхурової протоки і артерії. У таких випадках мобілізували жовчний міхур з його латеральної стінки на медіальну в проекції кишені Hartmann (патент України на корисну модель №77985). При виражених склеротично-інфільтративних змінах не прагнули до повної мобілізації основного стовбура міхурової артерії, а кліпували судини, які чітко переходили на стінку жовчного міхура (артерії II, III порядку). Надмірний злуковий процес у надта підпечінковому просторі у 43 (10,0%) хворих утруднював проведення ЛХЕ. Розсічення злук проводили на відстань необхідну для мобілізації жовчного міхура і препаровки міхурової протоки та артерії. У 20 (4,6%) пацієнтів з холедохолітіазом і у 11 (2,6%) зі стенозуючим папілітом, які були діагностовані до операції, застосовано двоетапну тактику (ЕПСТ з подальшою ЛХЕ). Проміжок часу між ЕПСТ та ЛХЕ був мінімальним (2–3 доби), що зменшувало ризик міграції конкрементів з жовчного міхура у СЖП. Одноетапні втручання (ЛХЕ з цистиколітомією) проводили за відсутності склеротичного жовчного міхура і надмірного злукового процесу в 5 (1,2%) хворих з холедохолітіазом.

Одноетапні відкриті оперативні втручаннями на жовчних протоках проведено у 80 (18,6%) випадках. У 10 (2,3%) хворих з холедохолітіазом виконано холедохолітотомію через наявність конкрементів більше 20 мм, які не вдалось видалити через транспапілярний доступ. Для проведення літоекстракції з подальшою дозованою декомпресією жовчних проток у післяопераційному періоді застосовували зонд-обтуратор позапечінкових жовчних проток (патент на винахід №104826). Після холецистектомії зонд-обтуратор вводили через кукуку міхурової протоки у СЖП для проведення літоекстракції. Після ліквідації холедохолітіазу та контролю повноти холедохолітотомії повторно заводили зонд у СЖП. У післяопераційному періоді поступово зменшували об'єм балона-обтуратора, що давало можливість проводити дозовану декомпресію жовчних проток. Через непрохідність дистальних відділів СЖП сформовано холедоходуоденоанастомоз за розробленою антирефлюксною методикою та одномоментно проведено ВХЕ в 19 (4,4%) хворих: у 5 (1,2%) – з холедохолітіазом, у 7 (1,6%) – з раком голівки підшлункової залози, у 4 (0,9%) – з хронічним індураційним панкреатитом і у 3 (0,7%) – з кістою голівки підшлункової залози. У 16 (3,7%) пацієнтів проведено ВХЕ з гепатикоєюностомією на виключеній петлі тонкої кишки за Roux: з стриктурою СЖП – у 2 (0,5%), з синдромом Міріззі II типу – в 3 (0,7%), з раком жовчних проток – у 5 (1,2%) та з раком голівки підшлункової залози – у 6 (1,4%). Для попередження жовчевитікання у черевну порожнину з лінії сформованого анастомозу застосовували Y-подібний дренаж (патент на корисну модель № 101302). Дренаж застосовували таким чином: після формування біліодигестивного анастомозу бокові дренажні трубки розміщували по сторонах сформованого анастомозу та фіксували двома лігатурами до оточуючих тканин для попередження їх зміщення. Дренажну трубку виводили на передню черевну стінку через контрапертуру та під'єднували до постійного відсмоктувача (5–10 см вод. ст.). Застосування вакуумного пристрою дало можливість попередити жовчевитікання у черевну порожнину. Також у хворих з раком голівки підшлункової залози виконано панкреатодуоденальну резекцію у 3 (0,7%) і антеградне стентування СЖП – у 3 (0,7%) випадках. У 4 (0,9%) хворих проведено бужування та стентування гепатикохоледоха через наявність метастазів раку

іншої локалізації у ворота печінки у 2 (0,5%) і при раку жовчного міхура з проростанням в ГДЗ – у 2 (0,5%). У 1 (0,2%) хворого з виразкою ДПК, що пенетрувала у ГДЗ, виконано висічення виразки та пластику СЖП на Т-подібному дренажі. У 8 (1,9%) пацієнтів з білідигестивними норицями виконано ВХЕ і ушивання дефекту кишки. Санацію та дренажування черевної порожнини проведено за наявності паравезикального абсцесу в 10 (2,3%) хворих і жовчного перитоніту в 5 (1,2%).

Ускладнення після 350 малоінвазивних втручань спостерігали у 5 (1,4%) випадках: неспроможність кукси міхурової протоки – у 2 (0,6%), гострий панкреатит – у 2 (0,6%) і кровотеча з ВС ДПК після ЕПСТ – у 1 (0,3%). Ускладнення після 80 відкритих оперативних втручань діагностували у 8 (10,0%) хворих: неспроможність кукси міхурової протоки – у 1 (1,2%), жовчевиткання з СЖП – у 2 (2,5%), неспроможність білідигестивного анастомозу – в 3 (3,8%) та післяопераційна вентральна грижа – у 2 (2,5%). При проведенні статистичної оцінки значимості різниці частот виникнення ускладнень встановлено, що існує статистично обґрунтована різниця між частотами ускладнень після малоінвазивних і відкритих оперативних втручань ($t_{\text{табл}} \leq t_{\text{розр}}^*$; $1,96 \leq 2,02$; $P=0,95$).

Висновки

1. Етапне застосування малоінвазивних оперативних втручань при патології жовчних проток у хворих похилого та старечого віку є пріоритетним, що дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень на 8,6% ($t_{\text{табл}} \leq t_{\text{розр}}^*$; $1,96 \leq 2,02$).

2. ТУЗД є інформативним методом первинної діагностики біліарної гіпертензії. Для об'єктивної оцінки співвідношення діаметрів конкременту і термінального відділу СЖП доцільно застосовувати ЕУЗД. Порівняно з ЕРПХГ ЕУЗД є менш інвазивним методом діагностики патології жовчних проток, оскільки, не викликає ускладнень пов'язаних з введенням контрасту.

3. При наявності МЖ проведення літоекстракції доцільно доповнювати методом дозованої декомпресії жовчних проток у післяопераційному періоді.

4. Ендоскопічні транспапільярні втручання доцільно застосовувати за наступними показами: папілярну балонну дилатацію – при одиночних конкрементах діаметром до 5 мм, ЕПСТ – при розмірах конкрементів 5–10 мм, механічну літогрипсію – за наявності конкрементів 10–20 мм і транспапільярне ендобіліарне стентування – для тривалої біліарної декомпресії при пухлинах гепатопанкреатодуоденальної ділянки.

Література

- Аралова М. В. Характер оперативних втручань при холедохолітиазі і його ускладненнях / М. В. Аралова, А. А. Глухов // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т. XVII, № 2. – С. 101–102.
- Гойда С. М. Тенденції поширеності жовчнокам'яної хвороби серед населення України / С. М. Гойда // Український медичний часопис. – 2011. – № 4. – С. 112–113.
- Шевченко Р. С. Органозберігаючий підхід у лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу, що ускладнена холедохолітиазом / Р. С. Шевченко, М. А. Селєзньов, Д. В. Черепов, А. С. Тележний // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2016. – № 1, Ч. 2 (Т. 20). – С. 219–222.
- Aiura K. Current status of endoscopic papillary balloon dilation for the treatment of bile duct stones / K. Aiura, Y. Kitagawa // J. Hepatobiliary Pancreat. Sci. – 2011. – Vol. 18, № 3. – P. 339–345.
- Costi R. Cholecystocholedocholithiasis: a case-control study comparing the short- and long-term outcomes for a "laparoscopy-first" attitude with the outcome for sequential treatment (systematic endoscopic sphincterotomy followed by laparoscopic cholecystectomy) / R. Costi, A. Mazzeo, F. Tartamella // Surg. Endoscop. – 2010. – Vol. 24. – P. 51–62.
- Erbella J. Jr. Single-incision laparoscopic cholecystectomy: the

first 100 outpatients / J. Jr. Erbella, G. M. Bunch // Surg. Endoscop. – 2010. – Vol. 24, № 5. – P. 1958–1961.

7. Leung E. Biloenteric fistula et laparoscopic cholecystectomy: review of ten year's experience / E. Leung, P. Kumar // Surgeon. – 2010. – Vol. 8, № 2 – P. 67–70.

Каниковський О. Е, Карый Я. В, Бабичук Ю. В., Каниковський Д. О.
Хирургическое лечение патологии желчных протоков в пожилом и старческом возрасте

Винницький національний медичний університет ім. Н.І.Пірогова, г. Вінниця, Україна, vntmu.edu.ua

Резюме. Введение: развитие малоинвазивных технологий позволило расширить показания и возможность выполнения оперативных вмешательств в больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами желчнокаменной болезни. Однако, остаются неопределенными критерии выбора малоинвазивных и открытых вмешательств при патологии желчных протоков.

Цель исследования – изучение эффективности малоинвазивных и открытых оперативных вмешательств при патологии желчных протоков в больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. В течение 2002–2016 лет в хирургической клинике проходило лечение 430 больных с патологией желчных протоков. Возраст больных – от 60 до 90 лет. Осложненное течение острого калькулезного холецистита наблюдалось в 157 (36,5%) больных, хронического – в 148 (34,4%). Непроходимость желчных протоков диагностирована в 125 (29,1%) случаях.

Результаты и обсуждение. Малоинвазивные оперативные вмешательства проведены в 350 (81,4%) пациентов, открытые – в 80 (18,6%). Осложнения после малоинвазивных вмешательств наблюдались в 5 (1,4%) случаях, после открытых – в 8 (10,0%).

Выводы. Этапное применение малоинвазивных оперативных вмешательств при патологии желчных протоков в больных пожилого и старческого возраста является приоритетным. Применение эндоскопического ультразвукового исследования дало возможность избежать осложнений характерных для эндоскопической ретроградной панкреатохолагиографии. Проведение литоэкстракции целесообразно дополнять методом дозированной декомпресии желчных протоков в послеоперационном периоде. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства включали: папиллярную баллонную дилатацию, эндоскопическую папиллосфинктеротомию, механическую литотрипсию и транспапиллярное эндобилиарное стентирование.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, лапароскопическая и открытая холецистэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

O.Ye. Kanikovskiy, Ya.V. Karyi, Yu.V. Babychuk, D.O. Kanikovskiy
Surgical Treatment of Bile Ducts Pathology in Elderly and Senile Age

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

Abstract. Introduction. Development of minimally invasive technologies provided the possibility to extend indications and to perform surgical treatment in elderly and senile patients with complicated forms of cholelithiasis. However, selection criteria for minimally invasive and open surgery operations in case of bile ducts pathology remain unspecified.

The objective of the research was to study the effectiveness of minimally invasive and open surgery operations in case of bile ducts pathology in elderly and senile patients.

Materials and methods. 430 patients with pathology of bile ducts were treated in the surgical clinic during the period from 2002 to 2016. The patients were at the age of 60 to 90. The complicated course of acute calculous cholecystitis was observed in 157 (36.5%) patients, and chronic one was noted in 148 (34.4%) patients. Biliary obstruction was diagnosed in 125 (29.1%) patients.

Results of the research and their discussion. Minimally invasive surgeries were performed in 350 (81.4%) patients, and open operations were conducted in 80 (18.6%) cases. Complications following minimally invasive interventions were observed in 5 (1.4%) cases, and those following open operations were in 8 (10.0%) cases.

Conclusions. Staged application of minimally invasive surgeries in case of bile ducts pathology in elderly and senile patients is a priority. The use of endoscopic ultrasonography gave the opportunity to avoid complications characteristic for endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Lithoextraction should be supplemented

with the method of dosed decompression of the bile ducts in the postoperative period. Endoscopic transpapillary interventions included papillary balloon dilation, endoscopic papillosphincterotomy, mechanical lithotripsy and transpapillary endobiliary stenting.

Keywords: *cholelithiasis; laparoscopic and open cholecystectomy, endoscopic papillosphincterotomy.*

Надійшла 23.06.2016 року.

УДК 616.31-073.75+615.314-089.23

Кінаш І.О., Рожко М.М., Костишин А.Б.

Порівняльна характеристика клінічних проявів та суб'єктивних відчуттів пацієнтів після проведення підготовки до ортопедичного лікування зубів, зруйнованих нижче рівня ясен

Кафедра стоматології ПО ДВНЗ «ФНМУ» (в.о. зав. кафедрою – проф. І.В. Палійчук)

Резюме. Актуальність теми пов'язана із необхідністю більш докладного вивчення динаміки змін та реакції складових частин зубо-щелепної системи на ортопедичне лікування. Метою роботи є вивчення динаміки змін клінічних проявів та суб'єктивних відчуттів у пацієнтів, яким було проведено висічення різними методами гіпертрофованих ясен навколо кореня зуба з метою реконтуризації м'яких тканин, на другу добу після проведення процедури. Вивчалися клінічні прояви та відчуття 112 пацієнтів, 38-ом з яких було проведено висічення тканин з допомогою «делікатного скальпеля», 35-ом – електрокоагулятором, 39-ом – діодним лазером. Результати дослідження підтвердили дані літератури та продемонстрували значну відмінність клінічних проявів та суб'єктивних відчуттів пацієнтів в залежності від методу виконання маніпуляції, з яких найагресивнішим є метод електрокоагуляції, а раціональним з точки зору клінічних проявів та відчуттів пацієнтів – методика з використанням діодного лазера. Перспективним є дослідження процесів адаптації тканин пародонта до ортопедичних конструкцій та термінів повного заживлення раневої поверхні після здійснення маніпуляції, проявів рецесії після ортопедичного лікування.

Ключові слова: діодний лазер, стоматологія, коренево-куксова вкладка, дефект твердих тканин.

Актуальність теми: На сьогоднішній день є багато досліджень, присвячених відновленню кукси зуба, зруйнованого нижче рівня ясен [2, 3] та публікацій, стосовно можливостей використання лазерів, електрокоагуляторів для підготовки оточуючих тканин до ортопедичного лікування [1, 5].

Мета дослідження: Вивчення динаміки змін клінічних проявів та суб'єктивних відчуттів у пацієнтів, яким було проведено висічення різними методами гіпертрофованих ясен навколо кореня зуба з метою реконтуризації м'яких тканин, на другу добу після проведення процедури для встановлення оптимального, з клінічної точки зору, способу підготовки до ортопедичного лікування зубів, зруйнованих нижче рівня ясен та прогнозування необхідності використання додаткових методів лікування.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення мети під нашим спостереженням перебувало 112 пацієнтів, які були поділені на три групи: група 1: пацієнти із дефектами твердих тканин зубів фронтальної групи, зруйнованих нижче рівня ясен, яким на етапі підготовки до ортопедичного лікування проводилося висікання гіпертрофованих ясен навколо кореня зуба скальпелем (n=38); група 2 – пацієнти із дефектами твердих тканин зубів фронтальної групи, зруйнованих нижче рівня ясен, яким на етапі підготовки до ортопедичного лікування проводилося висікання гіпертрофованих ясен навколо кореня зуба електрокоагулятором (n=35); група 3 – пацієнти із дефектами твердих тканин зубів фронтальної групи, зруйнованих нижче рівня ясен, яким на етапі підготовки до ортопедичного лікування проводилося висікання гіпертрофованих ясен навколо кореня зуба діодним лазером (n=39).

З метою якісної підготовки тканин пародонта навколо опорного зуба, пацієнтам проводилася гінгіоектомія з допомогою скальпеля з одноразовим лезом, електрокоагуляції та коагуляції з

допомогою діодного лазера.

Методика гінгіоектомії передбачала використання «делікатного скальпеля», виготовленого для використання саме в стоматології та включала висічення одноразовим лезом під місцевою анестезією, виконаному попередньо лікарем-хірургом-стоматологом у хірургічному відділенні, з попередньою антисептичною обробкою ясен 0,05 % розчином хлогексидином біглокланатом, гіпертрофованих м'яких тканин навколо кореня зуба колоподібними рухами за годинниковою стрілкою, починаючи від ділянки навколо оральної поверхні зуба та закінчуючи ділянкою навколо дистальної поверхні зуба. В подальшому на цю ділянку накладався стерильний бинтовий валик з метою зупинки капілярної кровотечі та утворення рубця.

Методика електрокоагуляції полягала в тому, що до тримача вимкненого електрокоагулятора Zerone Co (Heaso LTD, Південна Корея) під'єднувався електрод-ніж. Після чого апарат підключався до електромережі та був готовий до виконання маніпуляції. Після після попереднього обезболювання та дезінфекції ділянки проводили гінгіоектомію при натиснутій кнопці на протязі 10 секунд, з метою запобігання перегріву апарата та тканин. Маніпуляцію видалення гіпертрофованих м'яких тканин навколо кореня зуба проводили колоподібними рухами за годинниковою стрілкою, починаючи від ділянки навколо оральної поверхні зуба та закінчуючи ділянкою навколо дистальної поверхні зуба. У випадку необхідності роботи більш ніж 10 секунд робили паузу 30 секунд згідно рекомендацій виробника, після чого продовжували роботу.

Спосіб проведення коагуляції з допомогою діодного лазера «Ліка-хірург» (Ліка, Україна) передбачав проведення лазерної коагуляції патологічно змінених тканин ясенного краю навколо кореневої частини зруйнованого зуба перед процедурою зняття подвійного відбитку. Методика полягала у накладанні плетеної ретракційної нитки, яка слугує орієнтиром зняття товщини ясенних тканин. Застосовувався один виток ретракційної нитки розміром 00. Операційне поле у ротовій порожнині зрошували 0,05 % розчином хлогексидином біглоконату, висушували. Гінгіоектомію ясенного краю проводили оптичним волокном 0,4 мм діаметру з потужністю 0,5-1Вт та 1,0-2,0Вт з довжиною хвилі 810 або 980 нм на безперервному режимі випромінювання без імпульсної паузи з терміном дії 2-3 мм/сек на режимі меншої потужності та 6-8мм/сек на більш потужному режимі. Світловод утримувався під кутом 20-40 градусів до поверхні та короткими імпульсними точковими рухами проводили корекцію ясенного краю лазерним діодом [4].

На другу добу проводилося зняття подвійного анатомічного відбитка силіконовою масою «Speedex» під коренево-куксову вкладку. Перед тим проводилося опитування пацієнтів стосовно відчуттів та наявності, які вони мають після проведеної процедури та огляд тканин пародонта. Також нами оцінювалося положення краю ясен по відношенню до зуба, на основі чого робився висновок стосовно якості реконтуризації ясен внаслідок проведеної маніпуляції. Результати фіксувалися в спеціальній карті.

Результати дослідження та їх обговорення

Під час проведення нашого дослідження звертали увагу на положення краю ясен по відношенню до рівня висоти кореня на другу добу після проведення маніпуляції – на рівні висоти кореня, вище та нижче висоти кореня (табл. 1).