

Список літератури

1. Желчнокаменная болезнь: руководство / Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулушко А.М., Прудков М.И. - М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2009. - 176 с.
2. Лапароскопічна холецистектомія в умовах гострого холециститу / М. Ю. Нечитайло, А. В. Скумс, О. М. Литвиненко, П. В. Огородник, В. В. Дяченко // Пробл. мед.науки та освіти. - 2005. - № 2. - С. 53-54, 63.
3. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия / М. Е. Нечитайло, А. В. Скумс. - К. : Макком, 2006. - 343 с.
4. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. A prospective comparative study in patients with acute vs. chronic cholecystitis / P. Pessaux, J.J. Tuech, C. Rouge [et al.] // Surg. Endosc. - 2000. - Vol. 14 (4). - P. 358-61.
5. Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Systematic review and meta-analysis / F. Coccolini [et al.] // Int. J. Surg. - 2015. - Vol. 24 (Pt A). - P. 107.

Суходоля А.И., Пидмурняк А.А., Суходоля С.А., Тропарчук О.И., Коломиец О.В.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ И РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Резюме. Проведен анализ лапароскопических холецистэктомий в Хмельницкой области в период с 1994 по 2015 годы. Первая лапароскопическая холецистэктомия выполнена в 1994 году. За этот период было выполнено 14344 лапароскопических холецистэктомий, из которых на острый холецистит прооперированных пациентов 2308 (16 %) и по поводу хронического холецистита - 12036 пациентов (84 %). Результаты проведенного анализа дали нам возможность правильно выбрать сроки выполнения лапароскопических холецистэктомий при остром холецистите, составивших 24-48 часов от начала заболевания. Ранняя лапароскопическая холецистэктомия уменьшает как количество конверсий так и пребывания пациента в стационаре. Правильное выполнение техники лапароскопической операции профилактирует интраоперационные осложнения. Диагностика осложнений при лапароскопической холецистэктомии обязательно требует интраоперационной или послеоперационной холангиографии с последующим проведением реконструктивной операции. Сроки лечения таких пациентов значительно увеличиваются.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, острый холецистит, Хмельницкая область, сроки выполнения лапароскопических холецистэктомий, лечение и диагностика осложнений.

Sukhodolia A., Pidmurnyak O., Sukhodolia S., Troparchuk O., Kolomiets O.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF INTRAOPERATIVE AND EARLY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR CHOLELITHIASIS

Summary. The analysis of laparoscopic cholecystectomy in Khmelnytsky region between 1994 and 2015 has done. The first laparoscopic cholecystectomy performed in 1994. During this period, 14,344 were performed laparoscopic cholecystectomy. Acute cholecystitis was operated 2308 (16 %) and patients with chronic cholecystitis - 12036 (84 %). The aim of investigation was to determine the optimal timing of laparoscopic cholecystectomy, analysis, prediction and prevention of intra- and early postoperative complications. The results of the analysis have enabled us to choose the right timing of laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis, amounting to 24-48 hours of onset. Early laparoscopic cholecystectomy reduces the number of conversions and the patient's stay in hospital. Proper execution of the laparoscopic surgery is the prevention of intraoperative complications. Diagnosis of complications of laparoscopic cholecystectomy necessarily requires intraoperative or postoperative cholangiography with subsequent conduct reconstructive surgery. Terms treat these patients significantly increased.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, acute cholecystitis, Khmelnytsky region, deadlines laparoscopy cholecystectomy, diagnosis and treatment of complications.

Рецензент - д.мед.н., доц. Власов В.В.

Стаття надійшла до редакції 01.12.2015 р.

Суходоля Анатолій Іванович - д.мед.н., проф., зав. кафедри хірургії ФПО ВНМУ імені М.І. Пирогова; +38 067 661-65-03
 Пидмурняк Олександр Олексійович - д.мед.н., зав. хірургічним відділенням Хмельницької обласної лікарні; +38 067 380- 27-27
 Суходоля Сергій Анатолійович - заочний аспірант кафедри хірургії №1 ВНМУ імені М.І. Пирогова, хірург Хмельницької обласної лікарні; +38 097 939-85-37; ssukhodolia@gmail.com
 Тропарчук Олег Іванович - хірург, лікар вищої категорії Хмельницької обласної лікарні; +38 097 976-19-14; olegwizarckhm@gmail.com
 Коломиець Олександр Володимирович - клінічний ординатор кафедри хірургії ФПО ВНМУ імені М.І. Пирогова; +38 096 949-07-96; sanyakoka@gmail.com

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

УДК: 616.367-089.28-06:616.36-002.15

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

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії медичного факультету № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018)

СПОСОБИ КОРЕКЦІЇ НЕПРОХІДНОСТІ ЖОВЧНИХ ПРОТОК У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

Резюме. В статті представлені результати хірургічного лікування 120 хворих з непрохідністю жовчних проток. Механічна жовтяниця (МЖ) доброякісного генезу спостерігалась у 88 (73,3%) хворих, злаякісного - у 32 (26,7%). Малоінвазивні оперативні втручання при непрохідності жовчних проток проведено у 77 (64,2%) випадках. Відкриті операції на жовчних

протоках виконано у 43 (35,8%) хворих. Ускладнення після малоінвазивних втручань спостерігались у 5 (6,5%) випадках, після відкритих - у 7 (16,3%). Помер 1 (2,3%) хворий. За результатами проведеного дослідження показано, що застосування малоінвазивних оперативних втручань при непрохідності жовчних проток у хворих похилого і старечого віку є пріоритетним.

Ключові слова: механічна жовтяниця, лапароскопічна і відкрита холецистектомія, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

Вступ

У останні десятиріччя відзначається невпинне збільшення кількості хворих на МЖ [5, 9]. Найбільш частою причиною МЖ непухлинної етіології є холедохолітиаз, який зустрічається у 30-85% хворих на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) [1, 6]. Друге місце серед причин МЖ посідають новоутворення підшлункової залози, великого сосочку дванадцятипалої кишки (ВС ДПК), жовчних проток і жовчного міхура [2, 10]. Не дивлячись на успіхи біліарної хірургії, проблема відновлення прохідності жовчних проток вирішена не повністю. На сьогодні поряд з традиційними операціями впроваджуються малоінвазивні втручання, спрямовані на корекцію ускладненої біліарної патології [4, 7]. Розвиток малоінвазивних технологій дозволив розширити показання і можливість виконання оперативних втручань у хворих похилого та старечого віку з МЖ [8]. Однак, залишаються невизначеними критерії вибору малоінвазивних і відкритих оперативних втручань у хворих на МЖ [3].

Мета роботи - вивчити ефективність малоінвазивних і відкритих оперативних втручань при лікуванні непрохідності жовчних проток у хворих похилого та старечого віку.

Матеріали та методи

У період з 2002 до 2015 року в хірургічній клініці медичного факультету № 2 ВНМУ ім. М. І. Пирогова проходило лікування 120 хворих з непрохідністю жовчних проток. Вік хворих - від 60 до 90 років. Жінок було 75 (62,5%), чоловіків - 45 (37,5%). Тривалість МЖ до 14 днів діагностовано у 59 (49,2%), від 14 до 30 днів у 45 (37,5%), більше 30 днів у 16 (13,3%) випадках.

МЖ доброякісного генезу спостерігалась у 88 (73,3%) хворих, злаякісного - у 32 (26,7%). Причиною МЖ доброякісного генезу були: холедохолітиаз - у 60 (50,0%), синдром Міриззі - у 8 (6,7%), стриктура спільної жовчної протоки (СЖП) - у 2 (1,7%), стенозуючий папіліт - у 11 (9,2%), хронічний індуративний панкреатит - у 3 (2,5%), кіста голівки підшлункової залози - у 3 (2,5%) і виразка дванадцятипалої кишки (ДПК), що пенетрує в гепатодуоденальну зв'язку (ГДЗ) - у 1 (0,8%). Пухлинний генез МЖ був обумовлений: раком голівки підшлункової залози - у 18 (15,0%), раком ВС ДПК - у 3 (2,5%), раком жовчних проток - у 7 (5,8%), раком жовчного міхура з проростанням у ГДЗ - у 2 (1,7%) та метастази раку іншої локалізації у ворота печінки - у 2 (1,7%) хворих.

Супутню патологію діагностовано в усіх хворих, а саме: ішемічна хвороба серця - у 34 (28,3%), гіпертонічна хвороба - у 28 (23,3%), хронічні обструктивні захворювання легень - у 23 (19,2%), дисциркуляторна ате-

росклеротична енцефалопатія - у 20 (16,7%), цукровий діабет - у 16 (13,3%), пептична виразка шлунку і ДПК - у 9 (7,5%), варикозна хвороба нижніх кінцівок - у 28 (23,3%) та облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок - у 25 (20,8%). У 63 (52,5%) випадках спостерігалось поєднання двох і більше супутніх захворювань.

Для діагностики непрохідності жовчних проток застосовували загальноклінічні, лабораторні та інструментальні методи дослідження. До індикаторів холестазу відносили: підвищення рівня переважно прямої фракції білірубіну, холестерину і лужної фосфатази.

Інструментальні методи обстеження включали: трансабдомінальне ультразвукове дослідження (ТУЗД), ендоскопічне ультразвукове дослідження (ЕУЗД), фіброгастродуоденоскопію (ФГДС), ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію (ЕРПХГ), інтраопераційну холангіографію (ІОХГ), інтраопераційну холангіометрію та магнітно-резонансну томографію (МРТ). Скринінг-методом діагностики патології жовчного міхура і жовчних проток було ТУЗД, яке проводили всім хворим. Ехографічне дослідження виконували на діагностичному апараті Lodgic-500 PRO Series GE. У всіх хворих з непрохідністю жовчних проток здійснювали ФГДС за допомогою фіброгастродуоденоскопу 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 ІОХГ шляхом введення 10-20 мл 30% контрастної речовини через куксу міхурової протоки або при пункції жовчних проток. При неможливості канюляції ВС ДПК проводили ЕУЗД за допомогою діагностичного апарату Olympus Exera EU M 60. МРТ здійснювали при захворюваннях підшлункової залози на комп'ютерному томографі Somatom-CR.

Результати. Обговорення

За допомогою ТУЗД виявляли розширення жовчних проток (діаметр СЖП більше 9 мм свідчив про наявність біліарної гіпертензії) та наявність в них конкрементів (від 3 до 20 мм). У той же час кількість конкрементів у СЖП була точно встановлена при виконанні ЕРПХГ. Інформативність ТУЗД у діагностиці причин МЖ склала 79 (65,8%).

У всіх хворих на МЖ проводили ФГДС, яка дала можливість оцінити форму, розміри ВС ДПК, характер і кількість жовчі, яка виділялась, а також визначитися з можливістю подальшого виконання ЕРПХГ. ФГДС також застосовували для проведення диференційної діагностики МЖ між вклиненным конкрементом дистально-

го відділу СЖП і патологією ВС ДПК. За допомогою ФГДС діагностовано рак ВС ДПК у 3 (2,5%) та пенетруючу виразку ДПК в ГДЗ - у 1 (0,8%) хворого.

ЕРПХГ проведено у 53 (44,2%) випадках. Діагностовано холедохолітаз у 42 (35,0%) і стенозуючий папіліт - у 11 (9,2%) хворих. Виконати ЕРПХГ не вдалось за наявності конкременту в ампулі ВС ДПК у 5 (4,2%), парафатеріального дивертикулу - в 5 (4,2%), раку ВС ДПК - у 3 (2,5%) і стану після резекції шлунку за Більрот II - у 2 (1,7%). Ускладнення після ЕРПХГ спостерігались у 5 (4,2%) випадках: гострий панкреатит - у 3 (2,5%) і кровотеча з ВС ДПК - у 2 (1,7%) при поєднанні ЕРПХГ з ендоскопічною папілосфинктеротомією (ЕПСТ).

ІОХГ проведено 32 (26,7%) хворим. Для цього вводили контраст у жовчні протоки через куксу міхурової протоки у 18 (15,0%) і при пункції СЖП - у 10 (8,3%) випадках при виконанні відкритої холецистектомії (ВХЕ). Під час проведення лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) ІОХГ провели шляхом катетеризації міхурової протоки у 4 (3,3%) хворих. Діагностовано холедохолітаз у 13 (10,8%), синдром Міріззі - у 8 (6,7%), стриктуру СЖП - у 2 (1,7%), рак жовчних проток - у 7 (5,8%) і рак жовчного міхура з проростанням у ГДЗ - у 2 (1,7%). У 3 (2,5%) випадках спостерігались ускладнення після введення контрасту в жовчні протоки: гострий панкреатит - у 2 (1,7%) і гострий холангіт - у 1 (0,8%).

При неможливості канюляції ВС ДПК проведено ЕУЗД у 15 (12,5%) випадках: за наявності конкременту в ампулі ВС ДПК у 5 (4,2%), парафатеріального дивертикулу - в 5 (4,2%), раку ВС ДПК - у 3 (2,5%) і стану після резекції шлунку за Більрот II - у 2 (1,7%).

МРТ застосовано при патології підшлункової залози у 24 (20,0%) хворих: рак голівки підшлункової залози - у 18 (15,0%), хронічний індуративний панкреатит - у 3 (2,5%) та кіста голівки підшлункової залози - у 3 (2,5%).

Малоінвазивні оперативні втручання при непрохідності жовчних проток проведено у 77 (64,2%) випадках. У 63 (60,0%) хворих з гіпербілірубінемією понад 100 мкмоль/л, тривалістю МЖ понад 14 днів та декомпенсованою супутньою патологією проводили двохетапні оперативні втручання. На першому етапі здійснено ЕПСТ у 42 (35,0%) хворих з холедохолітазом. У 19 (15,8%) випадках відбулось самостійне відходження конкрементів діаметром до 10 мм. Літоекстракцію корзинкою Dormia (Olympus FG-22Q, Boston scientific trapezoid RX) виконано у 11 (9,2%) хворих. При множинних конкрементах застосовували літоекстрактори з провідником (Boston scientific trapezoid RX with guidewire PT2). Механічну літотрипсію проводили за допомогою літотриптора Olympus BML-201Q у 12 (10,0%) випадках при розмірах конкрементів (10-20 мм). Після чого фрагментовані конкременти видалялись корзинкою Dormia. Також ЕПСТ застосовано у 11 (9,2%) хворих з стенозуючим папілітом. Через наявність МЖ проводили повторні дозовані ЕПСТ. Оскільки, швидка біліарна декомпресія призводила до прогресування печінкової

недостатності. У 10 (8,3%) пацієнтів за наявності гнійного холангіту виконано ЕПСТ та назобілярне дренирування, що дало змогу провести етапну декомпресію і санацію жовчних проток. На другому етапі після ліквідації МЖ і гнійного холангіту проводили ЛХЕ.

Одноетапні малоінвазивні оперативні втручання виконано у 14 (11,7%) хворих з рівнем білірубину нижче за 100 мкмоль/л, тривалістю МЖ не більше 14 днів, компенсованою або субкомпенсованою супутньою патологією, а також за відсутності гнійного холангіту. У 4 (3,3%) хворих з холедохолітазом проведено ЛХЕ і літоекстракцію через куксу міхурової протоки зондом Фогарті. При синдромі Міріззі I типу у 5 (4,2%) випадках виконано ЛХЕ зі зовнішнім дренирування СЖП. У 5 (4,2%) хворих з непрохідністю термінального відділу СЖП здійснено ендобілярне ретроградне стентування (діаметр стенту - 7 Fr). Причиною МЖ були: рак ВС ДПК - у 3 (2,5%) та рак голівки підшлункової залози - у 2 (1,7%) пацієнтів.

Ускладнення після 77 малоінвазивних втручань спостерігались у 5 (6,5%) випадках: у вигляді гострого панкреатиту в 3 (3,9%) і кровотечі з ВС ДПК - у 2 (2,6%). Летальних випадків не було.

Одноетапні відкриті оперативні втручання на жовчних протоках проведено у 43 (35,8%) хворих. ВХЕ з холедохолітотомією проведено у 6 (5,0%) хворих при наявності конкрементів більше 20 мм, які не вдалось видалити транспапілярно. Для проведення літоекстракції з подальшою дозованою декомпресією жовчних проток у післяопераційному періоді застосовували зонд-обтуратор позапечінкових жовчних протоків (патент на винахід № 104826). Зонд застосовували наступним чином: після ВХЕ зонд-обтуратор вводили через куксу міхурової протоки у СЖП. Збільшивши об'єм балона-обтуратора через відповідну трубку, проводили літоекстракцію. Після ліквідації холедохолітазу і контролю повноти холедохолітотомії повторно заводили зонд у жовчні протоки. Об'єм балонів збільшували через відповідні трубки, вводячи в них повітря або фізіологічний розчин. За допомогою балона-фіксатора попереджувався вихід зонда з кукси міхурової протоки. В післяопераційному періоді, для попередження постдекомпресійної дисфункції печінки, поступово зменшували об'єм балона-обтуратора, що дало можливість проводити дозовану декомпресію жовчних проток.

Через непрохідність дистальних відділів СЖП сформовано холедоходуоденоанастомоз за розробленою антирефлюксною методикою та одномоментно проведено ВХЕ в 11 (9,2%) хворих: у 5 (4,2%) - з раком голівки підшлункової залози, у 3 (2,5%) - з хронічним індуративним панкреатитом і у 3 (2,5%) - з кістою голівки підшлункової залози. У 15 (12,5%) пацієнтів проведено ВХЕ з гепатикоєюностомією на виключеній петлі тонкої кишки за Roux: з стриктурою СЖП - у 2 (1,7%), з синдромом Міріззі II типу - в 3 (2,5%), з раком жовчних проток - у 5 (4,2%) та з раком голівки підшлунко-

вої залози - у 5 (4,2%). Для попередження жовчевитікання у черевну порожнину з лінії сформованого анастомозу застосовували У-подібний дренаж (патент на корисну модель № 101302). Дренаж застосовували таким чином: після формування білідигестивного 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 (2,5%) і антеградне стентування СЖП - у 3 (2,5%) випадках. У 4 (3,3%) хворих проведено бужування та стентування гепатикохоледоха через наявність метастазів раку іншої локалізації у ворота печінки у 2 (1,7%) і при раку жовчного міхура з проростанням в ГДЗ - у 2 (1,7%). У 1 (0,8%) хворого з виразкою ДПК, що пенетрувала у ГДЗ, виконано резекцію шлунку за Більрот II.

Ускладнення після 43 відкритих оперативних втручань спостерігались у 7 (16,3%) випадках: неспроможність кукси міхурової протоки - у 2 (4,6%), жовче-

витікання з СЖП у - 3 (7,0%) та неспроможність білідигестивного анастомозу в - 2 (4,6%). Помер 1 (2,3%) хворий з МЖ, де причиною смерті став трансмуральний інфаркт міокарду.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Застосування малоінвазивних оперативних втручань при непрохідності жовчних проток у хворих похилого і старечого віку дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень на 9,8% та післяопераційну летальність на 2,3%.

2. Двохетапна хірургічна тактика при МЖ у людей похилого та старечого віку є пріоритетною. Одноетапну корекцію доцільно використовувати при гіпербілірубінемії нижче за 100 мкмоль/л, тривалості МЖ не більше 14 днів, наявності компенсованої або субкомпенсованої супутньої патології, а також за відсутності гнійного холангіту.

3. Для попередження постдекомпресійної дисфункції печінки у післяопераційному періоді доцільно проводити дозовану декомпресію жовчних проток.

Перспективним напрямком лікування непрохідності жовчних проток у хворих похилого і старечого віку, вважаємо перехід на комплексні малоінвазивні методики.

Список літератури

1. Аралова М. В. Характер оперативных вмешательств при холедохолитиазе и его осложнениях / М. В. Аралова, А. А. Глухов // Вестник новых медицинских технологий. - 2010. - Т. XVII, № 2. - С. 101-102.
2. Березницкий Я. С. Результаты лечения пациентов с синдромом механической желтухи / Я. С. Березницкий, Р. В. Дука // "IV міжнародні Пироговські читання", присвячені 200-річчю з дня народження М. І. Пирогова: тез. XXII з'їзду хірургів України - Вінниця, 2010. - Т. 1. - С. 28.
3. Ковальчук О. Л. Прогнозування ускладнень при виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих на цироз печінки / О. Л. Ковальчук, В. В. Грубник // Шпитальна хірургія. - 2010. - № 3. - С. 8-12.
4. 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.
5. Cahen D. L. Endoscopic versus surgical drainage of the pancreatic duct in chronic pancreatitis / D. L. Cahen, D. J. Gourma, Y. Nio // Engl. J. Med. - 2007. - Vol. 356(7). - P. 676-684.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Topal B. Hospital cost categories of one-stage versus two-stage management of common bile duct stones / B. Topal, K. Vromman, R. Aerts // Surg. Endoscop. - 2010. - Vol. 24. - P. 413-416.
10. Patel T. Cholangiocarcinoma / T. Patel // Nat. Clin. Pract. Gastroenterol. Hepatol. - 2006. - Vol. 3. - P. 33-42.

Каниковський О. Е., Бабийчук Ю. В., Карый Я. В., Каниковський Д. О.

СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ НЕПРОХОДИМОСТИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Резюме. В статье представлены результаты хирургического лечения 120 больных с непроходимостью желчных протоков. Механическая желтуха (МЖ) доброкачественного генеза наблюдалась в 88 (73,3%) больных, злокачественного - в 32 (26,7%). Малоинвазивные оперативные вмешательства при непроходимости желчных протоков проведено в 77 (64,2%) случаях. Открытые операции на желчных протоках выполнено в 43 (35,8%) больных. Осложнения после малоинвазивных вмешательств наблюдались в 5 (6,5%) случаях, после открытых - в 7 (16,3%). Умер 1 (2,3%) больной. По результатам проведенного исследования показано, что применение малоинвазивных оперативных вмешательств при непроходимости желчных протоков в больных пожилого и старческого возраста является приоритетным.

Ключевые слова: механическая желтуха, лапароскопическая и открытая холецистэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Kanikovskiy O. Ye., Babiyuchuk Yu. V., Karyi Ya. V., Kanikovskiy D. O.

WAYS TO CORRECT BILIARY OBSTRUCTION IN AGE-SPECIFIC ASPECT

Summary. The article presents the results of surgical treatment of 120 patients with obstruction of the bile ducts. Obstructive

jaundice (OJ) of nonmalignant genesis was present in 88 (73,3%) patients, malignant - in 32 (26,7%). Minimally invasive surgeries for biliary obstruction were performed in 77 (64,2%) cases. Open surgeries on the bile ducts were performed in 43 (35,8%) patients. Complications after minimally invasive surgeries were found in 5 (6,5%) cases, after open surgeries - in 7 (16,3%). 1 (2,3%) patient died. The results of the study demonstrated minimally invasive surgeries for biliary obstruction in patients of elderly and senile age is priority.

Key words: obstructive jaundice, laparoscopic and open cholecystectomy, endoscopic papillosphincterotomy.

Рецензент - д.мед.н., проф. Шапринський В. О.

Стаття надійшла до редакції 25.11.2015 р.

Каніковський Олег Євгенійович - д.мед.н, проф., завідувач кафедри хірургії медичного факультету № 2 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова; +38 0432 67-02-03

Бабійчук Юрій Валерійович - к.мед.н, доц. кафедри хірургії медичного факультету № 2 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова; +38 0432 55-07-92; +38 067 96-116-68; viterb5@i.ua

Карий Ярослав Володимирович - к.мед.н, асист. кафедри хірургії медичного факультету № 2 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова; +38 0432 55-07-92; +38 067 74-29-457; karyi1976@mail.ru

Каніковський Дмитро Олегович - лікар-ординатор Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру; +38 067 738-47-45

© Каніковський О.Є., Павлик І.В.

УДК:616.37-002:616-003.4:616.43/.45

Каніковський О.Є., Павлик І.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії медичного факультету № 2 (вул. Пирогова, 56, Вінниця, Україна, 21018)

МІНІІНВАЗИВНА ХІРУРГІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ КІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Резюме. Проведено аналіз лікування 112 пацієнтів на хронічний панкреатит ускладнений кістами підшлункової залози протягом 2000-2015 років. Зв'язок кісти з розширеною панкреатичною протокою був показом до локальної резекції підшлункової залози за Фрей-Ізбіцкі (5); кістозна неоплазія - резекційні методики (5); позаоргани ускладнення хронічного панкреатиту, великі кісти з підтвердженими секвестрами - внутрішня декомпресія кісти - відкрита цистоеностомія на виключеній за Рупетлі (43); кісти середнього розміру та малі кісти без видимих секвестрів при наявності анатомічної можливості, а також при наявності супутньої ЖКХ - лапароскопічна цистогастростомія (6); абсцеси підшлункової залози - зовнішнє дренирування абсцесу (12); гігантські кісти - зовнішньо-внутрішнє дренирування (20); важкий стан пацієнта з високим ризиком оперативного втручання - ендоскопічна цистогастростомія (2).

Ключові слова: кісти підшлункової залози, цистогастростомія.

Вступ

Ендоскопічна цистогастростомія на сьогоднішній день є золотим стандартом лікування псевдокіст та парапанкреатичних рідинних скупчень [2]. Однак, доволі високий процент інфекційних ускладнень, 9,2 % для псевдокіст та 40 % для парапанкреатичних рідинних скупчень спонукає для подальшого вивчення даної проблеми [1 - 4].

Мета дослідження - оцінка місця лапароскопічної та ендоскопічної цистогастростомії при лікуванні хворих на хронічний панкреатит ускладнений кістами підшлункової залози.

Матеріали та методи

У хірургічній клініці медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова протягом 2000 - 2015 рр. проведено хірургічне лікування 181 хворих на хронічний панкреатит (ХП), ускладнений синдромом панкреатичної гіпертензії. Чоловіків було 138, жінок - 43, середній вік $46,0 \pm 13,7$ років. У віковому діапазоні 30 - 59 років було 73,4 % (відповідно до класифікації ВООЗ люди молодого (до 45 р.) і

зрілого (від 45 до 59 р.) віку.

За етіологічними чинниками згідно класифікації ТІGAR-О розподіл пацієнтів був наступний: в 162 (90 %) пацієнтів ХП виник після перенесеного ГП, 172 (95 %) - відмічався токсичний вплив алкоголю (страждали на хронічний алкоголізм), причому 18 (9,9 %) пацієнтів не відмічали в анамнезі перенесеного ГП, а у 2 (1,1 %) хворих ХП виник після проведеної хіміотерапії, у 25 (13,8 %) пацієнтів відмічалася дисфункція сфінктера Одді на фоні жовчнокам'яної хвороби.

Згідно класифікації В'счler (2009) "В" стадія хронічного панкреатиту відмічалася у 22,65 % (41 хворий), "С" стадія - 77,35 % (140), серед них панкреатогенний цукровий діабет відмічався у 38 хворих.

Відповідно до Марсельсько-Римської класифікації ХП (1989) кальцифікуючу форму діагностовано у 21 хворих, обструктивну - 34, запальну - 2, фіброз підшлункової залози у 12, ретенційні та псевдокісти - у 112. Супутні захворювання діагностовано у 152 (83,9 %) хворих.

Усім хворим під час проведення оперативного