

обследования, методами консервативного и оперативного лечения. Изучение закономерностей развития, строения и функции органов и систем является не только основой изучения клинических дисциплин, но и способствует развитию клинического мышления. Анатомия не ставит целью изучение патологии, однако глубокая теоретическая подготовка, наряду с изучением строения и развития органов и структур тела человека в эмбриогенезе и постнатальном онтогенезе, придают анатомическим фактам определенную клиническую направленность.

Ключевые слова: анатомия, теоретическая медицина, образование, практика, клиническое мышление.

УДК 616.366-003.7

О. А. Квасневський

кандидат медичних наук,

доцент кафедри загальної та військової хірургії

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

С. П. Ошаніна

студентка четвертого курсу медичного факультету

Міжнародний гуманітарний університет

м. Одеса, Україна

КЛІНІЧНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ТА ЇХ УСКЛАДНЕНЬ

Анотація. Стаття присвячена проблемі захворювання гепатобіліарної системи, що за останній період часу, пов'язано з величезною кількістю захворюваних. Також у статті розглядається епідеміологічна тенденція захворюваності населення, зростання хірургічної активності в лікуванні та післяопераційні ускладнення.

Ключові слова: гепатобіліарна система, жовчнокам'яна хвороба, жовчний міхур, жовчовивідні шляхи, післяопераційні ускладнення.

У хірургічній практиці фахівцю доводиться зіткнутися з різноманітними захворюваннями гепатобіліарної системи. Багато з них мають спільні клінічні прояви або можуть виникати у сполученні. До патології гепатобіліарної системи належать жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) синдром Mirizzi, гострий та хронічний холецистит, холангіт (в т.ч. первинно склерозуючий, сегментарний, рекурентний піогенний, аутоімунний), новоутворення жовчовивідних шляхів, кісти, інфекційні та паразитарні захворювання, тощо.

ЖКХ є одним з найбільш поширених захворюванням. За даними World Gastroenterology Organisation (WGO) існує помітна географічна мінливість поширеності холелітіазу. У Європі ультразвукові дослідження виявили поширеність ЖКХ на рівні 9–21% та захворюваність 63% (рис. 1).

Тенденція до збільшення поширеності холелітіазу визначена за допомогою post mortem та скринінгових візуалізаційних досліджень. За даними National Health and Nutrition Examination Survey у США (NHANES) на ЖКХ страждає 6,3 млн чоловіків та 14,2 млн жінок у віці 20-75 років. Кожного року реєструється 1 млн нових випадків ЖКХ, при чому загальна поширеність патології складає близька 2,5 випадків на 100000 населення на рік. Частота первинний склерозуючий холангіт (ПСХ), а даними цього ж дослідження складає 2-7 випадків на 1 000 000 населення, для інших регіонів світу різні автори дають поширення на рівні 5.8-15 випадків на 1 000 000 населення, відзначаючи тенденцію до підвищення, що є наслідком кращої діагностики.

Існують певні етнічні відмінності у поширенні жовчнокам'яна хвороба. Більш часто ЖКХ зустрічається у латиноамериканців, індіанців південного заходу США та деяких азійських народностей, які відрізняються генетично детермінованим зниження секреції жовчних кислот. Певний інтерес являє встановлений зв'язок між захворюваністю на сальмонельоз та розвитком раку жовчного міхура.

Переважає жовчнокам'яна хвороба серед жінок пояснюється впливом статевих гормонів на секрецію жовчі та обмін холестерину.

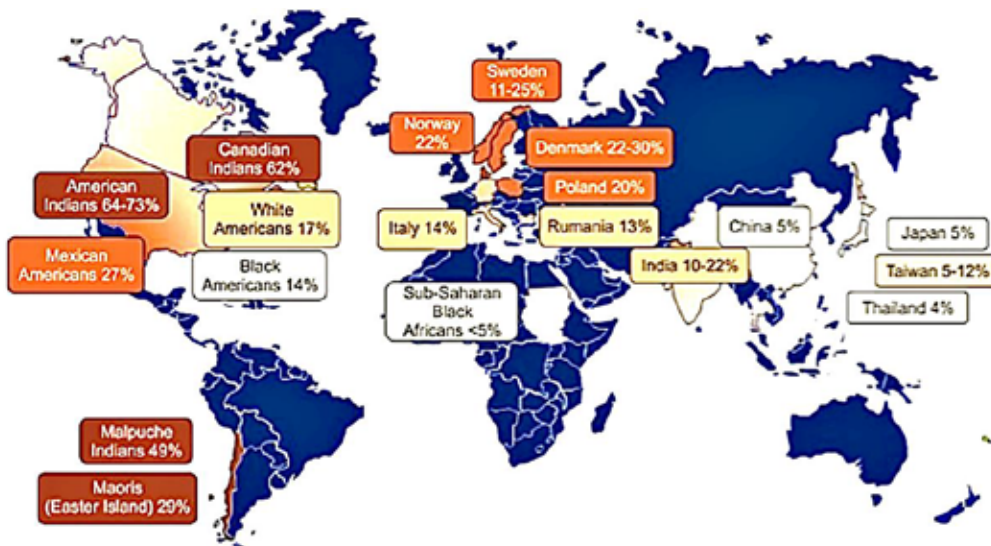


Рис. 1. Поширеність ЖКХ у різних регіонах світу

Основні ускладнення пов'язані з хронічною гепато-біліарною патологією представлені дефіцитом жиророзчинних вітамінів, синдромом хронічної втоми, системним остеопорозом, гіпотиреозом та анемією. Є повідомлення про тісний зв'язок патології жовчовивідних шляхів з синдромами Шегрена та Рейно.

З розвитком малоінвазивних методів хірургічного лікування гепатобілярної патології значно розширилися можливості відновлення функціональних резервів хворих. Втім, незважаючи на постійний розвиток хірургічних технологій і застосування нових методів лікування в хірургії, як і раніше зберігається високий рівень розвитку післяопераційних абдомінальних ускладнень, їх частота коливається від 0,29 до 22% в залежності від тяжкості перебігу захворювання та обсягу оперативного втручання [13–15]. На сьогодні лікування хворих з післяопераційними інтраабдомінальними ускладненнями є найбільш складною проблемою жовчної хірургії. Уніфіковані підходи до діагностики та хірургічної тактики, а також в питаннях профілактики ранніх ускладнень після холецистектомії і втручань на жовчних протоках, незважаючи на вдосконалення медичних технологій, досі відсутні.

Найбільш небезпечні ускладнення, що розвиваються в післяопераційному періоді і нерозпізнані під час самої операції. До них відноситься, перш за все, вторинні кровотечі з кукси міхурової артерії і ложа жовчного міхура; жовчотеча з кукси протоки міхура, ложа жовчного міхура, ходів Люшка; пошкодження позапечінокових жовчних протоків і внутрішніх органів черевної порожнини. Ці грізні ускладнення обумовлюють потребу повторного оперативного втручання [16–17].

На думку деяких експертів світового рівня, вдаватися до відкритої операції з приводу ускладнень не завжди доцільно, у багатьох випадках можна виконати релапароскопію, яка за своїми можливостями не поступається лапаротомії, а деяких випадках дозволяє від неї і зовсім відмовитися [5; 17; 18].

Зростання хірургічної активності в лікуванні ЖКХ ривів до збільшення частоти розвитку ранніх післяопераційних ускладнень з 5,6% до 15,9% [20; 21]. Провідне місце серед інтраабдомінальних ускладнень займають перитоніт, абсцеси черевної порожнини, холерагії та геморагії [22–24]. Широке застосування ендоскопічних втручань у практиці гепатобілярної хірургії певною мірою не виправдало очікувань на суттєве зниження частоти розвитку інтраабдомінальних ускладнень. Досить часто реєструються пошкодження позапечінокових жовчних шляхів, кровотечі.

Наразі ранні ускладнення після операцій на жовчних шляхах за даними літератури часто виникають у осіб працездатного віку, сприяючи їх тривалій інвалідизації. Летальність при інтраабдомінальних ускладненнях післяопераційного періоду в біліарній хірургії сягає 30% [25–27]. Все це робить проблему діагностики та лікування післяопераційних інтраабдомінальних ускладнень вельми актуальною.

Матеріал та методи досліджень. Дослідження виконане на базі ВМКЦПР (м. Одеса) впродовж 2015–2019 рр. Проведений ретроспективний аналіз частоти ранніх післяопераційних ускладнень після малоінвазивних оперативних втручань на жовчному міхурі та жовчних протоках. Проаналізовано 950 історій хвороб пацієнтів з верифікованим діагнозом жовчнокамінної хвороби та оперованих з використанням малоінвазивних оперативних втручань. Середній вік пацієнтів склав 51,1±1,3 років, у структурі хворих переважали жінки (53,2%).

Лікування пацієнтів здійснювалося у відповідності із клінічними протоколами затвердженими наказом МОЗ України № 297 від 02.04.2010 «Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія» [10].

Лапароскопічні втручання виконували за допомогою стандартного набору інструментів та стінки Karl Storz (Німеччина). Для ендоскопічних транспапільярних втручань використовували відеодуоденофіброскоп «Olympus» TJF-V70 (Японія); дуоденофіброскоп «Olympus» 1T-10; «Olympus» 1T-20 (Японія). Додатково використовували телетракти до дуоденоскопів, освітлювач «Olympus» CLE-10, папілостоми «Olympus» KD-30Q/20Q-1; «OLYMPUS» KD-17 (Японія); корзини «Дормія», механічний літотриптор BML – V242QR-30 (Німеччина), електрохірургічний блок «OLYMPUS» UES 30 та ERBE ICC – 50; мобільний рентгенівський апарат SIEMENS MULTIMOBIL 5C (Німеччина) та ін.

Статистична обробка проводилася методом частотного аналізу за допомогою статичного пакету Statistica 10.0 (Dell StatSoft Inc., США) [11].

Результати власних досліджень. У структурі оперативних втручань (рис. 2) переважала лапароскопічна холецистектомія (98,0%), значно рідше застосовувалися транспапільярні ендоскопічні втручання (ендоскопічна папілосфінктеротомія, мікролітотомія тощо). На рисунку наведено розташування троакарів при виконанні лапароскопічних втручань при біліарній патології.

За цією схемою перший 12 мм троакар встановлюють в 3-4 сам понад пупком по правій парамедіанній лінії, другий 5 мм троакар на тому ж рівні по лівій парамедіанній лінії та 12 мм порт під краєм правого ребра, додатковий 12 мм епігастральний порт за потреби встановлюють під мечоподібним відростком. Ми не використовуємо встановлення троакарів з одного періумбілікального розрізу бо такий підхід суттєво обмежує візуалізацію.

При аналізі частоти ранніх ускладнень з'ясовано що в цілому число їх було невеликим. З проаналізованої медичної документації видно, що у випадках ушкодження позапечінокових жовчних шляхів (всього 4 випадки або 0,4%) мали місце особливості анатомічної будови – наприклад, наявність короткої та широкої пупирної протоки за наявності паравезікального інфільтрату.

Випадків жовчного перитониту про які вказують інші автори у нашому дослідженні не було, так само не було й внутрішньочеревних інфекційних ускладнень, що можна пояснити ретельною процедурою відбору кандидатів для ендоскопічного втручання [4]. За нашими даними хворі з ускладненими формами холециститу або вираженим коморбідним фоном переважно оперувалися традиційним, лапаротомним доступом. У нашому дослідженні в 11 (1,2%) реєструвалися кровотечі з ложа жовчного міхура та у 2 (0,2%) – з додаткових гілок пупирної артерії. У 14 (1,5%) спостерігалось нагноєння троакарної рани.

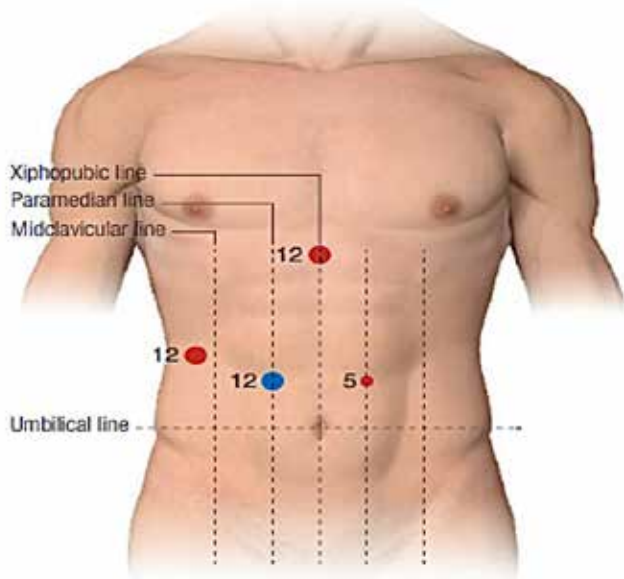


Рис. 2. Розташування троакарів при виконанні малоінвазивних оперативних втручань у біліарній хірургії (за Verti S. et al., 2018)

Таблиця 1

Ранні ускладнення у пацієнтів, що перенесли малоінвазивні оперативні втручання

Ускладнення	Частота	
	Абс.	%
Ушкодження позапечінокових жовчних проток	4	0,4
Кровотечі	13	1,4
Нагноєння троакарної рани	14	1,5
Конверсія	23	2,5

За даними літератури транспапільярні ендоскопічні втручання супроводжуються ранніми ускладненнями у 15,8% хворих, постендоскопічний панкреатит – 11,4%, рясна кровотеча з папілостомічного розрізу – 2,3%, гострий холангіт – 3,0%, гострий холецистит – 0,7%, відрив або обмеження кошика Дормія – 0,18% і ретродуоденальна перфорація – 0,04% [1]. Втім у нашому дослідженні таких ускладнень не було.

Основними причинами постендоскопічних ускладнень є тактичні і технічні помилки при виконанні діагностичних або лікувальних

ендоскопічних втручань. Ризик ускладнень зростає при наявності топографо-анатомічних і запальних змін в перипапільярній зоні.

Конверсія мала місце у 23 (2,5%) випадках, що є цілком прийнятним результатом.

Середній термін перебування у стаціонарі склав $3,7 \pm 0,1$ днів. Випадків смерті у періопераційному періоді не було.

Висновки.

1. Частота ранніх післяопераційних ускладнень після малоінвазивних втручань на жовчному міхурі та протоках не перевищує 3%
2. Частота конверсії при малоінвазивних втручаннях складає 2,5%
3. Хворі з ускладненими формами холецистити або вираженим коморбідним фоном продовжують оперуватися традиційним, лапаротомним доступом
4. Доцільне проведення проспективного дослідження з розробкою алгоритму запобігання ранніх ускладнень малоінвазивних втручань на жовчному міхурі

ЛІТЕРАТУРА

1. Alexander HC, Bartlett AS, Wells CI, Hannam JA, Moore MR, Poole GH, Merry AF. Reporting of complications after laparoscopic cholecystectomy: a systematic review. *HPB (Oxford)*. 2018 Sep;20(9):786–794.
2. Jara G, Rosciano J, Barrios W, Vegas L, Rodríguez O, Sánchez R, Sánchez A. Laparoscopic subtotal cholecystectomy: a surgical alternative to reduce complications in complex cases. *Cir Esp*. 2017 Oct;95(8):465–470.
3. Radunovic M, Lazovic R, Popovic N, Magdelinic M, Bulajic M, Radunovic L, Vukovic M, Radunovic M. Complications of Laparoscopic Cholecystectomy: Our Experience from a Retrospective Analysis. *Open Access Maced J Med Sci*. 2016 Dec 15;4(4):641–646.
4. Ничитайло М. Е. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия : моногр. / М. Е. Ничитайло, А. В. Скумс. К. : Макком, 2006. 343 с.
5. Agrusa A, Frazzetta G, Chianetta D, Di Giovanni S, Gulotta L, Di Buno G, Sorce V, Romano G, Gulotta G. “Relaparoscopic” management of surgical complications: The experience of an Emergency Center. *Surg Endosc*. 2016 Jul;30(7):2804-10.
6. Van Hoeske M, Lissens P, Vuylsteke M, Verdonk R. Lost gallstones: a relaparoscopic solution to laparoscopic pollution. *Acta Chir Belg*. 2004 Feb;104(1):104-6.
7. Patrity A, Marano L, Casciola L. MILS in a general surgery unit: learning curve, indications, and limitations. *Updates Surg*. 2015 Jun;67(2):207-13
8. Запорожан В. Н. Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии / В. Н. Запорожан, В. В. Грубник, В. Ф. Саенко, М. Е. Ничитайло. К. : Здоров'я, 1999. 304 с.
9. Shah AA, Latif A, Zogg CK, Zafar SN, Riviello R, Halim MS, Rehman Z, Haider AH, Zafar H. Emergency general surgery in a low-middle income health care setting: Determinants of outcomes. *Surgery*. 2016 Feb;159(2):641-9
10. Наказ МОЗ України № 297 від 02.04.2010 «Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія». Електронний документ. URL: <http://www.moz.gov.ua>
11. Боровиков, В. П. Популярное введение в современный анализ данных в системе STATISTICA [Текст]: методология и технология современного анализа данных : учебное пособие / В. П. Боровиков. Москва : Горячая линия – Телеком, 2018. 288 с
12. Global Burden of Gallstone Disease. URL: <http://www.worldgastroenterology.org/publications/e-wgn/e-wgn-expert-point-of-view-articles-collection/the-growing-global-burden-of-gallstone-disease>
13. Попова М. И., Столяров С. А., Бадеян В. А. Частота развития ранних послеоперационных осложнений при выполнении экстренной холецистэктомии. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ» : реабилитация, врач и здоровье*. 2017. No 3(27). С. 35–38.
14. Стяжкина С.Н., Акимов А.А., Поскрёбышева С.А., Сабирзянов А.Я Оценка осложнений лапароскопической холецистэктомии при остром калькулезном холецистите. *Проблемы современной науки и образования*. 2017. No2(84). С. 92–94.
15. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. European Association for the Study of the Liver (EASL). Electronic address: easloffice@easloffice.eu. *J Hepatol*. 2016 Jul; 65(1):146-181. DOI: 10.1016/j.jhep.2016.03.005. Epub 2016 Apr 13. PMID: 27085810.
16. Ташкинов Н. В., Бояринцев Н. И., Куликова Н. А., Ташкинов А. Н. Эндоскопические вмешательства при желчеистечении после холецистэктомии у больных с острым холециститом. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2017. No 2. С. 64–67.
17. Bismuth H, Majno PE. Biliary strictures: classification based on the principles of surgical treatment. *World J Surg*. 2001;25:1241–1244.
18. Сериков П. В. Эффективность лапароскопического метода оперативного лечения холецистита. *Наука через призму времени*. 2018. No 11 (20). С. 176–177.

19. Кузема Д. Е. Клинический анализ осложнений лапароскопической холецистэктомии и варианты ведения послеоперационного периода Кузема Д. Е., Щендрыгина Е. С., Чудин В. В. В сборнике: НЕДЕЛЯ НАУКИ – 2018, материалы Международного молодежного форума, посвященного 80-летию юбилею Ставропольского государственного медицинского университета. 2018. С. 382–384.
20. Стяжкина С. Н. Сравнительная характеристика лапароскопии и лапаротомии при холецистэктомии у больных с острым калькулёзным холециститом в послеоперационном периоде Стяжкина С. Н., Поскребышева С. А., Сабирзянов А. Я. *Международный студенческий научный вестник*. 2016. No 6. С. 45.
21. Юркин Д. С., Бабайцева А. Э. Клинические наблюдения случаев послеоперационных осложнений после холецистэктомии. *МЕЧНИКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ – 2019*: сборник материалов конференции. 2019. С. 250–251.
22. Arsic I, Abrahamsen J, Gammelgård L, Vainoriene V, Pahle E, Nielsen MF [Radiology diagnostics and treatment of acute cholecystitis]. *Ugeskr Laeger*. 2017 Oct. 16;179(42):V02170126.PMID: 29053098.
23. Раимжанова А. Б. Сравнительная оценка различных способов холецистэктомии / Раимжанова А. Б. *Наука и здравоохранение*. 2016. No 1. – С. 40–53.
24. Курбонов К. М., Назирбоев К. Р., Саидов Р. Х., Муродов У. К. Результаты различных способов холецистэктомии при лечении острого деструктивного холецистита. *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. 2017. No 2. С. 43–48.
25. Booiј KAC, de Reuver PR, van Dieren S, van Delden OM, Rauws EA, Busch OR, et al. Long-term impact of bile duct injury on morbidity, mortality, quality of life, and work related limitations. *Ann Surg*. 2018;268:143–150.
26. Rizzuto A, Fabozzi M, Settembre A, Reggio S, Tartaglia E, Di Saverio S, Angelini P, Silvestri V, Mignogna C, Serra R, De Franciscis S, De Luca L, Cuccurullo D, Corcione F. Intraoperative cholangiography during cholecystectomy in sequential treatment of cholecystocholedocholithiasis: To be, or not to be, that is the question A cohort study. *Int J Surg*. 2018 May;53:53-58. doi: 10.1016/j.ijssu.2018.03.023. Epub 2018 Mar 16.PMID: 29555524.
27. Seara Costa R, Vieira F, Costa JM, Ferreira A. Mirizzi syndrome: when the gallbladder meets bile ducts. *Rev Esp Enferm Dig*. 2019 Jun;111(6):481-482. doi: 10.17235/reed.2019.5846/2018.PMID: 31166107.

A. Kvasnevsky, S. Oshanina. Clinical epidemiology of diseases of the hepatobiliary system and their complications. – Article.

Summary. The article is devoted to the problem of diseases of the hepatobiliary system, which in recent years is associated with a huge number of patients. The article also discusses the epidemiological trend in the incidence of the population, the growth of surgical activity in the treatment and postoperative complications.

Key words: hepatobiliary system, gallstone disease, gallbladder biliary tract, postoperative complications.

A. A. Квасневський, С. П. Ошанина. Клиническая эпидемиология заболеваний гепатобилиарной системы и их осложнений. – Статья.

Аннотация. Статья посвящена проблеме заболевания гепатобилиарной системы, что за последний период времени, связано с огромным количеством заболеваемых. Также в статье рассматривается эпидемиологическая тенденция заболеваемости населения, рост хирургической активности в лечении и послеоперационные осложнения.

Ключевые слова: гепатобилиарная система, желчнокаменная болезнь, желчный пузырь, желчевыводящие пути, послеоперационные осложнения.

УДК 61

В. Н. Кукушкін

кандидат медичних наук, доцент,

доцент кафедри акушерства, гінекології та педіатрії

Міжнародний гуманітарний університет

м. Одеса, Україна

ВЕЙПІНГ ЯК СОЦІАЛЬНИЙ ФЕНОМЕН: БЕЗПЕЧНА АЛЬТЕРНАТИВА ТЮТЮНОПАЛІННЯ АБО ДЖЕРЕЛО ВАЖКИХ НАСЛІДКІВ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ

Анотація. В статті розглянуті наслідки використання електронних сигарет та нового соціального явища – вейпінгу. Надані літературні дані щодо актуальності проблеми. Наведені потенційні ризики для здоров'я,