

DYNAMICS OF THE DEVELOPMENT OF WORLD SCIENCE

Abstracts of VIII International Scientific and Practical Conference

Vancouver, Canada

15-17 April 2020

Vancouver, Canada

2020

UDC 001.1

BBK 87

The 8th International scientific and practical conference “Dynamics of the development of world science” (April 15-17, 2020) Perfect Publishing, Vancouver, Canada. 2020. 999 p.

ISBN 978-1-4879-3791-1

The recommended citation for this publication is:

Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // Dynamics of the development of world science. Abstracts of the 8th International scientific and practical conference. Perfect Publishing. Vancouver, Canada. 2020. Pp. 21-27. URL: <http://sci-conf.com.ua>.

Editor

Komarytsky M.L.

Ph.D. in Economics, Associate Professor

Editorial board

Ambrish Chandra, FIEEE, University of Quebec,
Canada

Zhizhang (David) Chen, FIEEE, Dalhausie University,
Canada

Hossam Gaber, University of Ontario Institute of
Technology, Canada

Xiaolin Wang, University of Tasmania, Australia

Jessica Zhou, Nanyang Technological University,
Singapore

S Jamshid Mousavi, University of Waterloo, Canada

Harish Kumar R. N., Deakin University, Australia

Lin Ma, The University of Sheffield, UK

Ryuji Matsuhashi, The University of Tokyo, Japan

Chong Wen Tong, University of Malaya, Malaysia

Farhad Shahnia, Murdoch University, Australia

Ramesh Singh, University of Malaya, Malaysia

Torben Mikkelsen, Technical University of Denmark,
Denmark

Miguel Edgar Morales Udaeta, GEPEA/EPUSP, Brazil

Rami Elemam, IAEA, Austria

Collection of scientific articles published is the scientific and practical publication, which contains scientific articles of students, graduate students, Candidates and Doctors of Sciences, research workers and practitioners from Europe, Ukraine, Russia and from neighbouring countries and beyond. The articles contain the study, reflecting the processes and changes in the structure of modern science. The collection of scientific articles is for students, postgraduate students, doctoral candidates, teachers, researchers, practitioners and people interested in the trends of modern science development.

e-mail: vancouver@sci-conf.com.ua

homepage: <http://sci-conf.com.ua/>

©2020 Scientific Publishing Center “Sci-conf.com.ua” ®

©2020 Perfect Publishing ®

©2020 Authors of the articles

**ДОСВІД ЛІКУВАННЯ МЕХАНІЧНИХ ЖОВТЯНИЦЬ В УМОВАХ
УРГЕНТНОГО ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ**

Ярошенко Катерина Олексіївна

кандидат медичних наук

асистент кафедри хірургії №1

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

м. Дніпро, Україна

Власенко Анатолій Миколайович

завідувач 3 хірургічним відділенням КНП «КЛМШД» ДМР»

м. Дніпро, Україна

Анотація: Механічна жовтяниця є актуальною проблемою невідкладної хірургічної гастроентерології, знаходиться на 4-5 місці серед причин звернення за невідкладною хірургічною допомогою. В результаті змін при МЖ виникають різні патологічні синдроми, що вимагають проведення інтенсивної консервативної терапії. На сучасному рівні прийнятий двоетапний підхід в хірургічному лікуванні цих пацієнтів із застосуванням малоінвазивних технологій, який дозволяє знизити летальність в цій групі пацієнтів в декілька разів.

Ключові слова: механічна жовтяниця, мініінвазивні методи лікування.

Механічна жовтяниця (МЖ) складає до 20% від загальної кількості пацієнтів з патологією жовчного міхура і жовчних протоків та знаходиться на 4-5 місці серед причин звернення за невідкладною хірургічною допомогою. Згідно літературним даним, в групі хворих до 40 років основна причина МЖ жовчнокам'яна хвороба; серед осіб 40-60 років – частота пухлин і холелітіазу приблизно однакова; у віці старше 60 років - переважають пухлини [1, с.12-14]. За даними наших спостережень у середній, похилій та старечій популяції

найчастіше причиною МЖ є пухлини жовчовивідних проток і підшлункової залози (до 80%), жовчнокам'яна хвороба (12%) та 8% це рідка патологія, причиною якої бувають: стеноз великого дуоденального сосочку, гострий панкреатит, рубцева стриктура позапечінкових жовчних шляхів, паразитарні захворювання жовчних шляхів та вроджені аномалії розвитку жовчних проток. Діагностика базується на клінічній картині захворювання, даних загальноклінічних та додаткових методів обстеження. В загальному аналізі крові при запальному генезі жовтяниці має місце лейкоцитоз, високий вміст паличкоядерних нейтрофілів, збільшення ШОЕ, можлива анемія. У біохімічних аналізах: збільшення концентрації прямого білірубіну, а при її тривалому існуванні, іноді і непрямой фракції. Підвищується рівень лужної фосфатази, помірне підвищення активності АЛТ і АСТ. Особа увага приділяється показникам гемостазу, так як гіпокоагуляційні розлади супроводжують МЖ у 85% випадків, ускладнюють стан пацієнтів, приводячи до розвитку тромбоеморрагічного синдрому, холевмічних кровотеч. Неінвазивна діагностична візуалізація, згідно з останніми рекомендаціями різних наукових співтовариств, включає ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерну томографію (КТ), магнітно-резонансну холангіопанкреатографію (МРХПГ) і ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ) [1, с.19-32; 2, с.58-74]. Дані дослідження ефективні в різному ступені, і використовуються для оцінки причини і рівня обструкції.

В результаті всіх змін при МЖ виникають патологічні синдроми, що вимагають проведення консервативної терапії: синдром ендотоксемії, поліорганної недостатності та синдром печінкової енцефалопатії.

Консервативне лікування хворих з механічною жовтяницею включає наступні заходи:

- 1) інфузійну терапію для усунення наслідків холестазу та з дезінтоксикаційною метою;
- 2) профілактика і лікування печінково-ниркової недостатності, поліорганної недостатності;

3) антибіотикотерапію та різноманітну симптоматичну терапію.

Основним методом лікування пацієнтів з МЖ залишається хірургічний. У сучасному уявленні біліарна хірургія характеризується розвитком і вдосконаленням малоінвазивних методик, що дозволяють досягти максимального ефекту при мінімальній операційно-анестезіологічній травмі. У 50-85% випадків тяжкість стану хворих з МЖ не дозволяє виконати остаточне (радикальне) оперативне втручання по усуненню причини блоку жовчновивідних шляхів [3]. Тому прийняте поетапне хірургічне лікування, яке майже в 2,5 разів поліпшує результати лікування хворих з МЖ. На першому етапі виконують декомпресію (дренування) жовчних шляхів із застосуванням малоінвазивних технологій. Після поступового усунення синдрому МЖ (гіпербілірубінемії) і нормалізації функції органів і систем, другим етапом (за нашими даними у 20% пацієнтів), проводиться остаточне (у тому числі, радикальне) оперативне втручання.

Біліарна декомпресія повинна відповідати наступним вимогам: бути ефективною та малотравматичною, в найкоротші терміни усувати холемію, а, головне, супроводжуватися низьким рівнем ускладнень і летальності. У пацієнтів з МЖ пухлинного генезу ми надаємо перевагу черезшкірному черезпечінковому дренуванню холедоха під УЗД контролем, особливо беручи до уваги високий відсоток невдач при спробах проведення ендоскопічного стентування (до 70%). При цьому методі виникають наступні ускладнення: у 4-5% гемобілія, у 6% дислокація дренажу, яка потребує повторного дренування.

Ендоскопічне ендопротезування при МЖ ефективно в 85% випадків дистальних пухлин холедоха, раку підшлункової залози, пухлинах великого дуоденального сосочку, але наявність високих злоякісних стриктур представляє значні труднощі для ендоскопічного методу. Основними ускладненнями стентування є міграція протеза і його оклюзія з необхідністю його заміни (8% пацієнтів) [2, с. 95-132]. Наступне лікування цих пацієнтів проводиться в умовах спеціалізованих онкологічних відділень.

При жовчнокам'яній хворобі, як причини МЖ, ЕПСТ і ендоскопічне видалення конкрементів рекомендується в якості первинного етапу лікування з наступною лапароскопічною холецистектомією, та є ефективним у 80% пацієнтів, але ця методика також має свої недоліки та ускладнення (променеве навантаження на пацієнта і лікаря, виникнення гострого панкреатиту, холангіту).

Хірургічні втручання, виконані на висоті жовтяниці, супроводжуються великою кількістю ускладнень, а післяопераційна летальність досягає рівня 25-50%, що в 4 рази вище, ніж в тих випадках, коли МЖ вдається ліквідувати до операції [3, с.125-157].

Двоетапний підхід в лікуванні пацієнтів з синдромом МЖ дозволив знизити летальність в цій групі пацієнтів в кілька разів. Основними критеріями переходу від одного етапу до іншого є: загальний стан пацієнта, кількість виділеної жовчі і динаміка білірубінемії, наявність гнійних ускладнень (гострого холангіту), функціональний стан печінки і інші прояви поліорганної недостатності.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Руководство по хирургии желчных путей. 2 е изд. Под редакцией Гальперина Э.И., Ветшева П.С. М.: Видар М, 2009. 568 с.
2. Ничитайло М.Е., Грубник В.В., Ковальчук А.Л. и др Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков . К.: Здоров'я, 2005.- 424 с.
3. Gallstone disease: diagnosis and management. NICE Clinical guideline [CG188] 2014.