

ХІРУРГІЯ, ТРАНСПЛАНТОЛОГІЯ, ІМПЛАНТОЛОГІЯ, КОСМЕТОЛОГІЯ

TREATMENT OPTION FOR CHOLANGIOLYTHIASIS AFTER HEPATICOJEJUNOSTOMY

Andriiets V. V., Polyanskyi I. Y.

Chernivtsi, Bukovinian State Medical University

Cholangitis, cholangiolithiasis, strictures of anastomosis, obstructive jaundice occur in 30 % of patients who are performed with hepaticojejunostomy. Percutaneous perhepatic interventions allow the treatment of strictures by balloon dilatation of narrowing, stenting or external drainage, but the removal of intrahepatic stones remains problematic. An option is lithoextraction using enteroscopy, but it is not always possible to carry the device to the anastomosis zone. We have proposed and performed cholangiolithoextraction through the bowel loop of hepaticojejunostomy in a patient with diagnosed recurrent cholangiolithiasis, who underwent in 2011 resection of 2/3 of the stomach with gastroenteroanastomosis on a long loop and entero-enteroanastomosis, in 2015 – cholecystectomy with choledochoduodenostomy, in 2018 – reconstructive hepaticojejunostomy. Through the loop of the small intestine mobilized from the adhesion in the area of hepaticojejunostomy, a videocholedochoscope was inserted and carried out into the intrahepatic ducts through the hepaticojejunostomy zone. In the lobe and segmental ducts of the left lobe of the liver, multiple calculi of 4–8 mm were found, which were removed by the Dormia basket and by washing the ducts. The enterotomy incision is sewn with a two-row suture. Postoperative complications were not observed, the phenomena of cholangitis and mechanical jaundice were eliminated. The patient in satisfactory condition is discharged home.

Conclusion. Videocholangioscopy through the small intestine loop of hepaticojejunostomy in patients with intrahepatic cholangiolithiasis may be an alternative to reconstructive and percutaneous transhepatic surgery.

ШКАЛА ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Гринчук Ф. В., Преутесей В. В.

м. Чернівці, Буковинський державний медичний університет, Берлін, Vivantes Ida Wolff Krankenhaus GmbH

Прогнозування розвитку післяопераційних ускладнень (ПОУ) є актуальним питанням. Для створення прогностичної шкали ми обстежили 67 прооперованих хворих. У 20 пацієнтів ПОУ були відсутні, у 47 вони мали місце. Визначали комплекс показників, які опрацювали за допомогою методу розділення опуклих оболонок гіперплощиною.

Як маркери наявності ускладнень, відбирали найбільш інформативні (за Кульбаком) ознаки та додавали їх до досягнення необхідного рівня значущості ($\alpha = 0,05$). Заданий рівень значущості досягнуто використанням 4 ознак: час рекальцифікації плазми (ЧРП), гематокрит (Гт), Мангаймський перитонітний індекс (МПІ), клас коморбідної патології (ККП). Провівши обчислення на навчальній вибірці, одержали діагностичну шкалу, за якою прогнозування ПОУ проводиться за формулою:

$$114,8 \times \text{ЧР} + 840,8 \times \text{МПІ} - 346,0 \times \text{Гт} + 13,62 \times \text{КСП} - 13531,6.$$

Якщо отриманий результат > 0 , слід прогнозувати розвиток ПОУ. За результату < 0 прогнозується відсутність ПОУ.

Результати перевірені на контрольній вибірці. Одержано 75 % вірних результатів для хворих з ускладненнями та 100 % вірних результатів для хворих без ускладнень. Загалом (навчальна вибірка та контрольна) одержано 96,4 % вірних результатів. Отож за допомогою шкали можна з високим ступенем вірогідності прогнозувати розвиток ПОУ.

Отже, запропонований спосіб прогнозування виникнення ПОУ є досить простим у використанні, дозволяє достатньо точно судити про ймовірність їх розвитку. Порівняння простота методу і невелика кількість застосованих показників свідчать про перспективність його впровадження у практику.