

пластики та використання ранозагоюючого середника кверцетин у післяопераційному періоді.

Обстежено та проліковано 60 хворих на генералізований пародонтит із мілким присінком рота та 15 осіб з інтактним пародонтом, які склали групу порівняння. Усі хворі були розподілені на 2 групи. Хворим I групи (30 осіб) проводили вестибулопластику за Грудяновим А. И. (2006). Хворим II групи (30 осіб) проводили розроблену нами вестибулопластику, в якій покращено ряд технологічних моментів, де важливим елементом втручання є поміщення та фіксація швами вільних мукозних трансплантатів, взятих з піднебіння, в ділянці горизонтальних розрізів біля премолярів. Хворим на генералізований пародонтит обох груп у післяопераційному періоді призначали ранозагоюючий препарат кверцетин.

Отримані результати нашого дослідження доводять, що використання розробленої вестибулопластики із застосуванням вільних мукозних трансплантатів, у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит із мілким присінком рота забезпечує відновлення нормальної глибини присінка рота, усунення хронічної травми в ділянці присінка рота, нормалізацію кровопостачання тканин пародонта.

Комплексне лікування хворих на генералізований пародонтит із мілким присінком рота при застосуванні вестибулопластики з використанням вільних мукозних трансплантатів та ранозагоюючого середника кверцетин у післяопераційному періоді показує достовірно вищу ефективність лікування, порівняно з використанням вестибулопластик, де операційна рана загоюється вторинним натягом, за реографічними, рентгенологічними, ехоостеометричними характеристиками щелепових кісток у ранні та віддалені терміни після лікування.

Ключові слова: генералізований пародонтит, мілкий присінок рота, комплексне лікування, кверцетин, кровопостання, реографія.

Махлинець Н.П.

Реологические изменения слизистой оболочки преддверия рта на фоне вестибулопластических операций

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, кафедра терапевтической стоматологии, г. Ивано - Франковск, Украина

e-mail: makhlynets11@yahoo.com

Резюме: мелкое преддверие рта являются одними из важных этиологических факторов в развитии генерализованного пародонтита. Без применения хирургической коррекции патологии строения преддверия рта нельзя говорить о этио-патогенетическом комплексном лечении генерализованного пародонтита на фоне мелкого преддверия рта. Одной из патогенетических звеньев в развитии генерализованного пародонтита при наличии у па-

циента мелкого преддверия рта является нарушение кровоснабжения тканей преддверия рта, а как результат - недостаточная трофика тканей пародонта. Существует целый ряд операций для мукогингивальной пластики, однако не всегда использование этих методик вестибулопластики обеспечивает нормализацию кровоснабжения преддверия рта.

Целью исследования является повышение эффективности комплексного лечения больных с генерализованным пародонтитом и мелким преддверием рта, восстановление кровоснабжения преддверия рта с помощью совершенствования методики вестибулопластики и использования ранозаживляющего средства кверцетин в послеоперационном периоде.

Обследовано и пролечено 60 больных с генерализованным пародонтитом и мелким преддверием рта и 15 человек с интактным пародонтом, которые составили группу сравнения. Все больные были разделены на 2 группы. Больным I группы (30 человек) проводили вестибулопластику за Грудяновым А. И. (2006). Больным II группы (30 человек) проводили разработанную нами вестибулопластику, в которой улучшено ряд технологических моментов, где важным элементом вмешательства есть помещения и фиксация швами свободных мукозных трансплантатов, взятых с твердого неба, в область горизонтальных разрезов у премоляров. Больным с генерализованным пародонтитом обеих групп в послеоперационном периоде назначали ранозаживляющий препарат кверцетин.

Полученные результаты нашего исследования показывают, что использование разработанной вестибулопластики с применением свободных мукозных трансплантатов, в комплексном лечении больных с генерализованным пародонтитом с мелким преддверием рта обеспечивает восстановление нормальной глубины преддверия рта, устранение хронической травмы в области преддверия рта, нормализацию кровоснабжения тканей пародонта.

Комплексное лечение больных с генерализованным пародонтитом и мелким преддверием рта при применении вестибулопластики с использованием свободных мукозных трансплантатов и ранозаживляющего средства кверцетин в послеоперационном периоде показывает достоверно высокую эффективность лечения по сравнению с использованием вестибулопластики, где операционная рана заживает вторичным натяжением, по реографической, рентгенологическим, ехоостеометрическими характеристиками челюстных костей в ранние и отдаленные сроки после лечения.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, мелкое преддверие рта, комплексное лечение, кверцетин, кровоснабжение, реография.

Received 07.09.2015.

УДК: 616.071.8+616-089

Мельник С.В., Ткачук О.Л., Титов І.І.

Ретроспективний аналіз якісних показників трансдуоденальних ендобіліарних оперативних втручань без анестезіологічного супроводу

Ивано-Франківський національний медичний університет, м. Ивано-Франківськ, Україна

e-mail: svmelnyk99@gmail.com

Резюме. Мета роботи. Об'єктивно оцінити можливість та недоліки проведення трансдуоденальних ендобіліарних операцій без загальної анестезії. Проведено аналіз 1678 карт стаціонарних хворих, яким виконувалися ендоскопічні трансдуоденальні операції. Оцінювали тривалість операції, її ефективність, частоту небажаних кардіореспіраторних інцидентів. Враховували кількість випадків припинення процедури та суб'єктивну оцінку процедури пацієнтом та лікарем ендоскопістом. **Результати роботи.** Виявлено зростання частки малоінвазивних операцій починаючи з 2008 року. Аналіз вказує на відмову ендоскопістів від складних втручань у

пацієнтів з високою коморбідністю. Холодохоліоекстракція без застосування загальної анестезії була можлива лише у 50-75% випадків. Одним з недоліків процедури є необхідність значних психологічних зусиль лікаря. Кардіореспіраторні інциденти траплялися з частотою 1-2%, а припинення втручання - від 12 до 32%. Післяопераційна летальність склала 0,18%, загальна летальність - 1,8%.

Висновки. Проведення ендобіліарних втручань без загальної анестезії має суттєві обмеження та недоліки. При застосуванні безнаркової ендоскопічної тактики інтраопераційні ускладнення з боку кардіореспіраторної системи траплялися з невеликою час-

тотою (до 2%), однак це досягалося ретельним відбором пацієнтів з виключенням ризикованих за віком та коморбідністю. Відсутність анестезіологічного супроводу суттєво знижує безпеку пацієнта.

Ключові слова: ендоскопічні операції, анестезіологічна тактика.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Застосування ендоскопічного доступу до біліарного тракту дозволило значно покращити ефективність лікування доброякісних та злоякісних обструкцій жовчєвідвідних шляхів. Починаючи з початку двохтисячних років ендоскопічні втручання на біліарному тракті стали рутинними операціями і значно розширили можливості хірургії біліарно-панкреатичної зони [1,2]. Діагностичні можливості ендобіліарної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ), як відомо, за своєю чутливістю та специфічністю перевершують інші методи візуалізації, такі як ультразвукова діагностика, компютерна томографія, магнітно-резонансна томографія досягають 98-99% [3,4]. Особливу цінність має діапевтичний характер ендобіліарних втручань, тобто поєднання в одній процедурі ЕРХПГ як діагностичної, так і лікувальної маніпуляції. Можливість швидко і ефективно встановити діагноз обтурації жовчних проток пухлиною чи каменем і практично відразу усунути блок жовчєвідтоку призвела до модернізації хірургічної тактики біліарної хірургії у напрямку малоінвазивності, етапності та диференціації залежно від клінічної ситуації. Біліарна ендоскопія розвинулась як продовження ендоскопії верхніх відділів шлунково-кишкового тракту і успадкувала як інструментально-технологічне забезпечення, так і методику анестезії. Так на початку впровадження ендоскопічних біліарних операцій застосовували виключно термінальну анестезію ротоглотки 10% розчином лідокаїну на тлі стандартної премедикації опіатним анальгетиком, холінолітиком та антигістамінним середником. Це дозволяло у більшості випадків успішно завершити втручання. Однак у частині випадків, у зв'язку з більшою тривалістю процедури, болючістю та дискомфортом доводилося передчасно завершувати втручання за наполяганням пацієнта. У частини хворих спостерігали небажані кардіореспіраторні інциденти: напад стенокардії, гіпертонічний криз, аритмію, нестабільність гемодинаміки, задуху, ларингоспазм, бронхоспазм тощо. Крім того, проведення складної ендоскопічної маніпуляції без загальної анестезії збільшує психологічне та фізичне навантаження на лікаря-ендоскопіста, якому складно поєднувати виконання ендоскопічного втручання з контролем загального стану та вітальних функцій хворого.

Мета дослідження: об'єктивно оцінити можливості та недоліки проведення трансдуоденальних ендобіліарних операцій без загальної анестезії шляхом ретроспективного аналізу показників ефективності та якості операцій у Івано-Франківській обласній клінічній лікарні (ОКЛ) за період з 2003 по 2007 роки.

Матеріал і методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз статистичних звітів відділення з 2003 по 2012 роки, а також 1678 карт стаціонарних хворих, яким виконувалися ендоскопічні трансдуоденальні операції у клініці Івано-Франківської ОКЛ за період з 2003 по 2007 роки.

Аналіз проводили, генеруючи статистичні звіти госпітальної компютерної мережі «Medsoft», а також шляхом створення реляційної бази даних, використовуючи програмний комплекс Microsoft Excel 2007. Кожний запис бази даних являв собою рядок електронної таблиці з вибіркою параметричних та непараметричних показників з карти стаціонарного хворого. Зокрема оцінювали тривалість

операції, її ефективність чи неефективність за від'ємною динамікою жовтяниці та наслідком лікування. Оцінювали наявність чи відсутність небажаних кардіореспіраторних інцидентів, зокрема: гіпертонічного кризу, нападу стенокардії, нестабільності гемодинаміки, аритмії, ларингоспазму, бронхоспазму тощо. Враховували кількість випадків припинення процедури з технічних причин та за станом хворого. Кількісно оцінювали випадки відмови хворого від продовження втручання, психологічних та емоційних афектів, зафіксовані випадки болювого синдрому, дискомфорту, суб'єктивної оцінки процедури пацієнтом. У частини хворих за наявності даних моніторингу оцінювали вітальні показники: артеріального тиску (АТ), частоти серцевих скорочень (ЧСС), частоти дихання (ЧД), сатурація крові киснем (SpO₂).

Для верифікації суб'єктивної оцінки процедури ендоскопічного ендобіліарного втручання проведено опитування 212 пацієнтів шляхом телефонного інтерв'ю. Опитування полягало у самооцінці пацієнтом за десятибальною шкалою болювого синдрому, психологічного дискомфорту, безпосередніх наслідків у післяопераційному періоді.

Крім об'єктивних методів аналізу проблеми, застосований суб'єктивний аналіз методом фокус-групи, який полягає в опитуванні групи фахівців, у даному випадку групи ендоскопістів щодо можливостей та недоліків ендобіліарних оперативних втручань без застосування загальної анестезії. Всього опитано 3 ендоскопісти зі стажем роботи від 5 до 25 років.

Отримані цифрові дані обробляли методами описової статистики з визначенням середніх величин та їх квадратичного відхилення. Оцінка типу розподілу проводилася за допомогою комп'ютерних програм із визначенням міри центральної тенденції між середнім арифметичним, модою та медіаною, а також скошеності (симетричності) та крутизни (ексцесу). Перевіряли нормальність розподілу змінних за допомогою критерію Колмогорова-Смірнова.

Результати дослідження та їх обговорення

Динаміка зміни хірургічної тактики при обтураційних жовтяницях упродовж 10 років представлена в таблицях 1 і 2. Нами виявлено істотне зростання частки малоінвазивних операцій починаючи з 2008 року. Аналогічна тенденція спостерігається як при лікуванні холедохолітіазу, так і при веденні хворих на злоякісні пухлинні обструкції жовчних проток. Саме у 2008 році у клініці відбулося запровадження загальної анестезії при ендоскопічних операціях. Таким чином, статистичні дані вказують на синхронний та взаємозв'язаний прогрес методики анестезіологічного забезпечення та хірургічних технологій у галузі біліарної хірургії. Аналіз результатів безнаркозної біліарної ендоскопії проведений за картами стаціонарних хворих з 2003 по 2007 роки виявив наступну картину.

Всього за досліджуваний період проліковано 1678 хворих. Кількість лікованих хворих незначно коливалася з року в рік (див. табл. 3).

Серед дослідженого контингенту хворих жінки склали 69,7%, чоловіки – 30,3%. Розподіл за віком і статтю представлений у таблиці 4.

Переважають жінки серед хворих з біліарною патологією є загальноновизнаним. Водночас відносно незначна кількість пацієнтів старшого віку не відповідає загальноприйнятим

Таблиця 1. Частка хворих оперованих різними методами при холедохолітіазі (%)

Варіанти тактики	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ендоскопічна літоекстракція	15,4	12,3	21,2	15,3	17,6	28,4	25,3	26,9	31,1	29,3
Двоетапна малоінвазивна тактика*	31,9	32,8	35,2	31,5	30,3	37,1	52,8	58,5	47,1	51,4
ВСЬОГО малоінвазивних втручань	47,3	45,1	56,4	46,8	47,9	65,5	78,1	85,4	78,2	80,7
Лапаротомічна літоекстракція	12,4	14,3	11,7	18,2	31,6	27,3	11,4	5,3	12,6	6,8
Змішана тактика**	40,3	40,6	31,9	35	20,5	7,2	10,5	9,3	9,2	12,5
ВСЬОГО відкритих втручань	52,7	54,9	43,6	53,2	52,1	34,5	21,9	14,6	21,8	19,3

Примітка: *Ендоскопічна холедохолітоекстракція з наступною лапароскопічною холецистектомією; **ЕРХПГ з наступною лапаротомією

Таблиця 2. Частка хворих, оперованих різними методами при пухлинних обструкціях жовчних проток(%)

Варіанти тактики	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ендобілярне стентування	32,5	45,4	37,8	43,5	53,3	75,3	86,3	89,5	93	91,8
Відкриті паліативні втручання	67,5	54,6	62,2	56,5	46,7	24,7	13,7	10,5	5	3,1
Радикальні втручання (панкреато-дуоденальна резекція)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5,1

публікаціям про структуру даної патології [4]. Рациональним поясненням даного факту є відмова ендоскопістів проводити втручання без загальної анестезії у хворих з високим ризиком ускладнень через високу коморбідність.

У усіх хворих за вказаний період застосовували термінальну анестезію аерозолем лідокаїну 10%. Для премедикації використовували внутрішньом'язеве введення омнопону, атропіну та дімедролу. Премедикацію проводили за 30-40 хв до початку втручання. Перед операцією налагоджували периферичний венозний доступ, який однак використовувався під час операції лише у 10-20% випадків.

Ендоскоп вводили у ротоглотку у положенні хворого лежачи на лівому боці. Застосовували дуоденоскоп з бічною оптикою діаметром 12,6 мм або при необхідності – гастроскоп з прямою оптикою діаметром 8,0 мм. Ендоскопічне обладнання II-III покоління виробництва OLIMPUS (Японія). Рентгенологічний контроль здійснювали за допомогою серіографа FILIPS (Німеччина).

У процесі проведення операції положення хворого змінювали з позиції на лівому боці до позиції на животі. Це дозволяло оптимізувати доступ ендоскопа до фатерового соска і покращити візуалізацію анатомічних структур на моніторі серіографа. Початковий етап операції – від моменту введення ендоскопа до експозиції фатерового соска займав у середньому 6,5±3,0 хв. На цьому етапі найбільш диском-

фортним для хворого є момент введення ендоскопа і первинне подразнення ним ротоглотки. Індивідуальна схильність окремих пацієнтів до блювотного рефлексу та панічна атака на початку процедури призвели до того, що вже на цьому етапі довелося припинити операцію у 8 пацієнтів. На думку усіх опитаних ендоскопістів, одним з недоліків процедури без загальної анестезії є необхідність значних психологічних зусиль лікаря для налагодження контакту з пацієнтом та переконання останнього у необхідності продовження маніпуляції.

Етап канюляції фатерового соска та проведення ЕРХПГ займав в середньому 12±5 хв. Больові відчуття виникали при введенні контрасту у біліарне дерево або у панкреатичну протоку під надмірним тиском. Додатковим джерелом болю є момент діатермічної коагуляції при папілотомії. Больовий синдром на цьому етапі обмежує можливість проведення повноцінної папілотомії, що часто не дозволяє провести літоекстракцію.

Літоекстракція при невідповідності розмірів конкремента та дистального відділу загальної жовчної протоки потребує застосування балонного дилатора або/і механічної літотрипсії. Обидві процедури тривають від 10 до 40 хв і можуть викликати біль. У зв'язку з цим їх проведення без застосування загальної анестезії, на думку ендоскопістів та за даними протоколів операції дослідженого контингенту хворих, можливе лише у частині випадків (від 50 до 75%).

Ендобілярне стентування при пухлинних жовтяницях має паліативний характер і тому часто потребує повторного ендоскопічного втручання. Відзначено, що хворі, які перенесли ендобілярне стентування без загального знеболення, частіше відмовляються від повторної ендоскопічної операції і наполягають на альтернативних паліативних втручаннях – відкритих білодігестивних анастомозуючих операціях.

Загальна тривалість ендоскопічного втручання у даного контингенту хворих склала 27±8 хв. Часто рішення про припинення операції приймалося ендоскопістом не через успішне завершення процедури, а через неспокій пацієнта, його відмову від продовження втручання або через сумніви ендоскопіста у безпечності продовження останнього. Цим пояснюється відносно значна кількість повторних ендоскопічних втручань при застосуванні термінальної анестезії, яка склала 12,4% при холедохолітазі і 10,2% при пухлинних обтураційних жовтяницях.

Летальність під час проведення ендоскопічного втручання склала 0,18% (3 хворих). Загальна летальність – 1,8% (30 хворих). Переважна причина смерті – печінково-ниркова недостатність. Менш вагомими причинами – панкреонекроз, гострий гнійний холангіт, серцево-судинна недостатність.

Структура кардіо-респіраторних ускладнень під час проведення ендоскопічної операції подана у таблиці 5. Моніторинг вітальних функцій протягом досліджуваного періоду проводився емпірично без встановленого протоколу. Як свідчать записи в історіях хвороби, у більшості випадків проводили тільки вимірювання АТ перед та після процедури. Практично не застосовували пульсоксиметрію чи кардіомоніторування. Контроль за вітальними показниками часто здійснювався

Таблиця 3. Динаміка та структура едобілярних втручань, проведених без загальної анестезії

Назва/Рік	2003	2004	2005	2006	2007
ЕРПХГ	22(7,9%)	33(8,1%)	24(7,8%)	23(6,5%)	25(7,7%)
ЕРПХГ+Папілотомія	36(12,9%)	39(8,1%)	35(11,3%)	44(12,4%)	38(11,7%)
ЕРХПГ+Холедохоліт оекстракція	64(22,9%)	92(22,5%)	86(27,8%)	81(22,8%)	86(26,5%)
ЕРПХГ+ЕБС	125(44,6%)	194(47,5%)	126(40,8%)	158(44,4%)	142(43,7%)
Повторне ЕБС	33(11,8%)	50(12,3%)	38(12,3%)	50(14,0%)	34(10,5%)
ВСЬОГО	280	408	309	356	325

Примітка: ЕБС- ендобілярне стентування

Таблиця 4. Статеві-віковий розподіл дослідженого контингенту хворих

Вік	18-29 р		30-49 р		50-69 р		70-89 р	
	абс	%	абс	%	абс	%	Абс	%
чол	60	44,8	72	23,4	300	28,5	76	41,3
жін	74	55,2	236	76,6	752	71,5	108	58,7
Разом	134	8,0*	308	9,6*	1052	17,1*	184	1,6*

Примітка: * від загальної кількості (1678)

Таблиця 5. Кардіо-респіраторні ускладнення у хворих, яким проведено ендобілярні втручання без застосування загальної анестезії

Ускладнення	Кількість хворих	
	абс	%
Ларингоспазм	18	1,1
Бронхоспазм	12	0,7
Гіпертонічний криз	8	0,5
Напад стенокардії	4	0,2
Нестабільна гемодинаміка	15	0,9
Аритмії	33	2,0
Відмова хворого від продовження втручання	216	12,9
Припинення втручання з технічних причин*	537	32,0

Примітка: * Припинення операції за рішенням ендоскопіста через неможливість її безпечно завершення

медичною сестрою та лікарем-ендоскопістом. Лише в окремих випадках (до 5%) до операції залучали анестезіолога. Однак у 28 хворих (1,7%) після проведеної ендоскопічної операції виникла необхідність у переведенні у відділення інтенсивної терапії. Аналіз самооцінки пацієнтом больових відчуттів та дискомфорту під час процедури ендоскопічного втручання виявив, що 22% опитаних характеризували свої відчуття як нестерпні (9-10 балів), 54% - як біль та дискомфорт вище середньої інтенсивності (5-8 балів) і лише 14% - як легкі та середні (до 5 балів). Більшість опитаних не погодилися б на повторну ендоскопічну операцію без загального знеболення і не рекомендували б її своїм близьким.

Висновки

1. Проведення ендобіліарних втручань без загальної анестезії з термінальною анестезією та премедикацією є історичним етапом розвитку біліарної хірургії, який має суттєві обмеження та недоліки.

2. При застосуванні безнаркової ендоскопічної тактики інтраопераційні ускладнення з боку кардіореспіраторної системи траплялися з невеликою частотою (до 5%), однак це досягалось ретельним відбором пацієнтів з виключенням ризикованих за віком та коморбідністю.

3. Відсутність анестезіологічного супроводу та моніторингу вітальних функцій при проведенні ендоскопічних біліарних операцій суттєво знижує безпеку пацієнта і має бути визнаним як суттєвий недолік вказаної тактики.

4. Ендоскопічні біліарні операції без загальної анестезії супроводжуються вираженим психо-емоційним дискомфортом та больовим синдромом для пацієнта і значним психологічним та фізичним напруженням для лікаря-ендоскопіста.

Перспектива подальших досліджень

Планується проведення порівняльного аналізу ендоскопічних біліарних оперативних втручань в умовах різних видів загальної анестезії.

Література

1. Павловський М.П. Можливості і труднощі ендоскопічного лікування пацієнтів з постхолецистектомічним синдромом / М.П.Павловський - тези доп. XXII з'їзду хірургів України. — Вінниця, 2010. — С. 73.
2. Goulson D. T. Anesthesia for gastrointestinal endoscopic procedures / D. T. Goulson, R. Y. Fragneto // *Anesthesiology Clinics of North America*. — 2009. — Vol. 27. — P. 71–85.
3. Martindale S. J. Anaesthetic considerations during endoscopic retrograde cholangiopancreatography / S. J. Martindale // *Anaesthesia and Intensive Care*. — 2006. — Vol. 34. — P. 475–480.
4. Garewal D Sedative techniques for endoscopic retrograde cholangiopancreatography/D.Garewal, S. Powell, S.J. Milan, J.Nordmeyer, P.Waikar // *Cochrane Database Syst Rev*. — 2012.- Vol.6.- P.72-74.

Мельник С.В., Ткачук О.Л., Титов І.І.

Ретроспективный анализ качественных показателей трансдуоденальных эндобилиарных оперативных вмешательств без анестезиологического сопровождения

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, г. Ивано-Франковськ, Украина, e-mail: svmelnyk99@gmail.com

Резюме. Цель работы. Объективно оценить возможности и

недостатки проведения трансдуоденальных эндобилиарных операций без общей анестезии. Проведен анализ 1678 карт стационарного больного, которым выполнялись эндоскопические трансдуоденальные операции. Оценивали продолжительность операции, ее эффективность, частоту нежелательных кардиореспираторных инцидентов. Учитывали количество случаев прекращения процедуры и субъективную оценку процедуры пациентом и эндоскопистом. **Результаты работы.** Отмечен рост доли малоинвазивных операций начиная с 2008 года. Анализ указывает на отказ эндоскопистов от сложных вмешательств у пациентов с высокой коморбидностью. Холедохолитоэкстракция без применения общей анестезии была возможна только в 50-75% случаев. Одним из недостатков процедуры является необходимость значительных психологических усилий врача. Кардиореспираторные инциденты случались с частотой 1-2%, а прекращение вмешательства от 12 до 32%. Послеоперационная летальность составила 0,18%, общая летальность - 1,8%.

Выводы. Проведение эндобилиарных вмешательств без общей анестезии имеет существенные ограничения и недостатки. При применении безнарковой эндоскопической тактики интраоперационные осложнения со стороны кардиореспираторной системы возникали с небольшой частотой (до 2%), однако это достигалось тщательным отбором пациентов с исключением рискованных по возрасту и коморбидностью. Отсутствие анестезиологического сопровождения существенно снижает безопасность пациента.

Ключевые слова: эндоскопические операции, анестезиологическая тактика.

S.V. Melnyk, O.L. Tkachuk, I.I. Titov

Retrospective Analysis of Quality Indicators of Transduodenal Endobiliary Interventions without Anaesthesia

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. The objective of the research was to assess the advantages and disadvantages of transduodenal endobiliary surgeries without general anesthesia. The analysis of 1,678 hospital records of patients who underwent transduodenal endobiliary surgery was made including the average duration of surgery, its effectiveness and the incidence of adverse cardiorespiratory events. The number of terminated procedures and subjective evaluation of the procedure by the patient and endoscopist were taken into account. **Results.** There has been a growth of minimally invasive operations since 2008. The analysis indicated that endoscopists refused to perform high-risk surgery in patients with high comorbidity. Choledocholithoextraction without general anesthesia was possible only in 50-75% of cases. One of the disadvantages of the procedure was psychological efforts made by physicians. The incidence of cardiorespiratory events was 1-2%, and surgery was terminated in 12 to 32% of cases. Postoperative mortality was 0.18%, the total mortality rate was 1.8%. **Conclusions.** Endobiliary interventions without general anesthesia showed significant limitations and disadvantages. Intraoperative complications of cardiorespiratory system when performing endoscopic surgery without general anaesthesia were observed only in 2% of patients, however, this small number was achieved by careful selection of low-risk patients excluding those at risk of age-related complications and those having risky comorbidities. The absence of anaesthesia significantly reduces patient safety.

Keywords: endoscopic surgery, anesthesiological management.

Надійшла 07.09.2015 року.