Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ**

**ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**

**БАМБИЗОВ ЛЕОНІД МИХАЙЛОВИЧ**

**УДК 616.366-003, 7:616.367-06-07-089**

**ЕНДОСКОПІЧНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЖОВЧНОКАМ’ЯНОЇ ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНОЇ НЕПРОХІДНІСТЮ ТЕРМІНАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ХОЛЕДОХА**

14.01.03 – хірургія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Запоріжжя - 2009

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Запорізькій медичній академії післядипломної освіти

МОЗ України

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор

**Рязанов Дмитро Юрійович**, Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України, професор кафедри хірургії з курсом гнійно-септичної хірургії

**Офіційні опоненти:** Лауреат Державної премії України

доктор медичних наук, професор

**Ничитайло Михайло Юхимович,** Національний інститут хірургії і трансплантології ім.О.О. Шалімова АМН України, заступник директора з наукової роботи, завідувач відділу лапароскопічної хірургії та холелітіазу;

доктор медичних наук, професор

**Завгородній Сергій Миколайович,** Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України, завідувач кафедри трансплантології та ендокринної хірургії з курсом серцево-судинної хірургії

Захист відбудеться ”\_17\_” \_червня\_\_\_\_\_\_\_ 2009 року о \_\_14\_\_\_\_ годині на

засіданні спеціалізованої вченої ради Д17.600.01 у Запорізькій медичній академії післядипломної освіти МОЗ України за адресою: 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Запорізької медичної академії післядипломної освіти МОЗ України (69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20)

Автореферат розісланий ”\_15\_\_\_\_” травня\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2009 року.

**Вчений секретар спеціалізованої**

**вченої ради Д17.600.01,**

**кандидат медичних наук, доцент С.Є.Гребенніков**

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Кількість операцій з приводу жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), у тому числі при її ускладненій формі у вигляді непрохідності термінального відділу холедоха (ТВХ), неухильно зростає (Ничитайло М.Ю. та співавт., 2008; Павловський М.П. та співавт., 2008; Baron T.H. et al., 2004; Agarwal N. et al., 2006).

Зокрема, це визначається зміною вікової структури населення убік збільшення числа осіб похилого та старечого віку, в яких частота розвитку ускладнених форм ЖКХ вища внаслідок як хронічного прогресуючого характера самого захворювання, так і тривалої відмови пацієнтів від своєчасної хірургічної санації при ще неускладненому його перебігу (Боровський О.О. та співавт., 2007; Хожибаев А.М. и соавт., 2007; Mc Culloch P. et al., 2002; Pring C.M. et al., 2005).

Разом з тим, синдром механічної жовтяниці (МЖ), гострий холангіт (ГХ), гострий біліарний панкреатит (ГБП), які відзначаються при ускладненому перебігу ЖКХ, послуговують одними з основних причин летальності цих хворих, незважаючи на адекватну хірургічну корекцію (Тарасенко С.В. и соавт., 2007; Wada K. et al., 2007; Gholipour C. et al., 2007).

Значна кількість пацієнтів мають супутні хронічні соматичні захворювання, які нерідко носять об’єднаний характер, різні резервні можливості організму, різний ступінь порушення системи гомеостазу, що потребує значної індивідуалізації програми лікування та ускладнює розробку стандартних алгоритмів надання хірургічної допомоги (Дронов О.І. та співавт., 2008; Годлевський А.І. та співавт., 2008; Pring C.M. et al., 2005). Так, в осіб похилого та старечого віку летальність при МЖ досягає 15-30 % (Кондратенко П.Г. и соавт., 2007; Bingener J. et al., 2006).

У хворих ЖКХ, ускладненою непрохідністю ТВХ, частота холедохолітіазу при первинній операції досягає 65 %, а в структурі причин “постхолецистектомічного” синдрому - 48 % (Мунтян С.О. та співавт., 2003; Дулін О.М. та співавт., 2005; Ponchon T. et al., 2000).

Порушення відтоку жовчі та запальний процес, що розвивається в жовчних протоках, розглядаються як пускові механізми каменеутворення, у тому числі рецидивного (Галимов О.В. и соавт., 2008; Trouillot T.E. et al., 2001). Слід зазначити, що усунення вказаних чинників може супроводжуватися покращенням показників біохімічного складу жовчі і, як наслідок, попереджувати рецидив каменеутворення.

У даний час найкращі результати лікування цих хворих отримані при застосуванні ендоскопічних способів (Грубник В. В. та співавт., 2008; Велигоцкий Н.Н. и соавт., 2008; Weinberg B.M. et al., 2006).

Проте, можливості застосування ендоскопічних технологій ще не вичерпані до кінця. Потенційно існує імовірність подальшого вдосконалення тих, що існують і розробки нових способів діагностики та корекції непрохідності ТВХ та зумовлених нею патологічних станів при ЖКХ (Гусев А.В. и соавт., 2008; Крышень В.П. и соавт., 2008; Espinel J. et al., 2004).

Це дозволить виконувати остаточні втручання в сприятливіших умовах, а також мінімізувати частоту післяопераційних ускладнень, рецидивів захворювання та летальність у хворих ЖКХ, ускладненою непрохідністю ТВХ.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота виконана згідно з планом та є фрагментом науково-дослідницької роботи кафедри хірургії з курсом гнійно-септичної хірургії Запорізької медичної академії післядипломної освіти "Діагностика та сучасні підходи до хірургічного лікування непрохідності термінального відділу загального жовчного протоку" (Державний реєстраційний номер 0100U001174).

**Мета та завдання дослідження.** Поліпшити результати діагностики та хірургічного лікування хворих жовчнокам'яною хворобою, ускладненою непрохідністю термінального відділу холедоха на підставі застосування ендоскопічних методів.

Відповідно до мети поставлені наступні **завдання**:

1. вивчити особливості перебігу жовчнокам'яної хвороби, ускладненої непрохідністю термінального відділу холедоха;
2. встановити значення доопераційних інструментальних та імунохімічних методів верифікації патології термінального відділу холедоха;
3. визначити характер мікробної контамінації жовчних шляхів при жовчнокам'яній хворобі, ускладненої непрохідністю термінального відділу холедоха, і розробити оптимальні схеми антибактеріальної терапії;
4. вивчити динаміку змін біохімічного складу жовчі при різних видах оперативних втручань у хворих жовчнокам'яною хворобою, ускладненою непрохідністю термінального відділу холедоха;
5. розробити нові методи ендоскопічної діагностики та хірургічного лікування непрохідності термінального відділу холедоха зі створенням тактичного алгоритму;
6. виконати порівняльну оцінку результатів хірургічного лікування хворих жовчнокам'яною хворобою, ускладненою непрохідністю термінального відділу холедоха, при традиційному та розробленому лікувально-діагностичними алгоритмами.

*Об'єкт дослідження -* 357 хворих жовчнокам'яною хворобою, ускладненою непрохідністю термінального відділу холедоха.

*Предмет дослідження –* методи діагностики, малоінвазивні та відкриті лапаротомні оперативні втручання на органах гепатобіліаропанкреатичної системи при жовчнокам'яній хворобі, ускладненій непрохідністю термінального відділу холедоха.

*Методи дослідження –* клінічні, лабораторні, імунохімічні, ультразвукове дослідження (УЗД), інтервенційна сонографія, ендоскопічна фіброгастродуоденоскопія (ЕФГДС), ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія (ЕРПХГ), рентгенологічні, комп'ютерна томографія (КТ), лапароскопія, гістологічні, анкетування, статистичні.

**Наукова новизна отриманих результатів.** Вивчена інформативність доопераційних інструментальних променевих та ендоскопічних, а також імунохімічних методів верифікації патології термінального відділу холедоха на етапі диференціально-діагностичного пошуку.

Вивчені частота, видовий склад та чутливість мікрофлори при гострому холангіті з обґрунтуванням режиму та схем стартової системної антибактеріальної терапії.

Науково обґрунтовані нові способи ендоскопічних діагностичних та лікувальних втручань у хворих ЖКХ, ускладненою непрохідністю термінального відділу холедоха.

Доведено, що ендоскопічні методи корекції непрохідності термінального відділу холедоха з ендоскопічним внутрішнім стентуванням сприяють швидкій нормалізації біохімічного складу жовчі, ліквідації явищ запалення в біліарній системі.

Науково підтверджена ефективність розроблених способів ранньої діагностики холангіогених абсцесів печінки (Патент на корисну модель 23000 Україна), діагностики гострого холангіту (Патент на корисну модель 25037 Україна), оцінки адекватності ендоскопічної папілосфінктеротомії (Патент на корисну модель 24910 Україна).

Створено та науково обґрунтований тактичний алгоритм діагностики та хірургічного лікування ЖКХ, ускладненої непрохідністю термінального відділу холедоха, заснований на застосуванні етапних методів з використанням ендоскопічних, лапароскопічних втручань, інтервенційної сонографії, лапаротомних операцій.

Науково доведені вірогідні переваги запропонованих тактичних діагностичних та лікувальних алгоритмів і способів операцій у порівнянні з традиційними методами лікування.

**Практичне значення отриманих результатів.**Вивчено видовий склад та чутливість мікрофлори при гострому холангіті, що дозволило створити оптимальні схеми комбінованої антибактеріальної терапії.

Розроблені способи лікування непрохідності інтрапанкреатичного відділу загальної жовчної протоки при хронічному панкреатиті (Деклараційний патент на винахід 62432 А Україна), гострого холангіту (Патент на корисну модель 26219 Україна).

На підставі застосування нових ендоскопічних способів діагностики та лікування непрохідності термінального відділу холедоха, гострого холангіту вірогідно знижені загальна та післяопераційна летальність, частота ранніх післяопераційних ускладнень, частота виконання повторної операції, частота рецидиву захворювання.

Створено алгоритм, який уніфікує послідовність та об'єм застосування вже існуючих і нових способів діагностики та хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої непрохідністю термінального відділу холедоха.

Доведено, що застосування ендоскопічних способів лікування непрохідності термінального відділу холедоха має суттєві переваги у порівнянні з традиційними, оскільки супроводжується якнайшвидшою нормалізацією біохімічного складу жовчі та кращою якістю життя у віддалені терміни після лікування.

Результати дисертації впроваджені в практику хірургічного відділення Інституту гастроентерології АМН України, хірургічного відділення міської клінічної лікарні №3 м.Запоріжжя, хірургічного відділення обласної клінічної лікарні м.Запоріжжя, ендоскопічного відділення міської клінічної лікарні №9 м.Запоріжжя, а також у педагогічний процес при навчанні лікарів-курсантів і лікарів-інтернів кафедри хірургії з курсом гнійно-септичної хірургії Запорізької медичної академії післядипломної освіти.

**Особистий внесок здобувача**. Вибір теми, методологічна структура дисертації визначені спільно з науковим керівником. Автор самостійно визначив мету, завдання та методи дослідження.

Дисертант виконав інформаційний пошук, аналіз літературних джерел з досліджуваної проблеми, формулювання невирішених питань і суперечливих положень. Самостійно систематизована первинна документація, створена електронна база даних, виконана статистична обробка наукової інформації, її аналіз та узагальнення. Теоретичне узагальнення отриманих результатів, формулювання висновків проведено спільно з науковим керівником.

Дисертантом особисто виконані всі ендоскопічні втручання у обстежених хворих. У співавторстві розроблені та впроваджені ендоскопічні способи діагностики та лікування непрохідності ТВХ, які підтверджені патентами України.

У наукових статтях, виданих у співавторстві, здобувачу належить фактичний матеріал, його участь була визначальною та полягала у здійсненні бібліографічного пошуку, аналізі результатів клінічних, інструментальних і лабораторних досліджень, хірургічних втручань, статистичних досліджень, формулюванні висновків.

**Апробація результатів дисертації.** Основні матеріали та положення дисертаційної роботи викладені та обговорені на: ХХІ з'їзді хірургів України (Запоріжжя, 2005 р.); Міжнародній науково-практичній конференції ”Малоінвазивна хірургія без кордонів” (Тернопіль, 2001 р.); Всеукраїнській науково-практичній конференції за міжнародною участю ”Актуальні питання геріатричної хірургії” (Тернопіль, 2007 р.); ІІ Конгресі гепатологів України (Київ, 2000 р.); Республіканській науково-практичній конференції ”Малоінвазивні технології в хірургії” (Тернопіль, 2007 р.); науково-практичній конференції ”Актуальні питання хірургії XXІ століття” (Київ, 2005 р.); 62-68-й підсумкових науково-практичних конференціях Запорізької медичної академії післядипломної освіти (Запоріжжя, 2001-2007 рр.); засіданнях Асоціації хірургів Запорізької області (2000-2008 рр.).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 22 роботи, з яких 11 – у вигляді статей у профільних наукових журналах, які включені до списку видань, рекомендованих ВАК України, 5 – у наукових збірках у вигляді тез доповідей в матеріалах вітчизняних з'їздів, науково-практичних конференцій, у тому числі 1 моностаття. Видані методичні рекомендації МОЗ України, отримано 5 патентів України на винахід.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертаційна робота викладена на 160 сторінках машинописного тексту, ілюстрована 28 таблицями, 30 рисунками. Складається зі вступу, огляду літератури, 6 розділів власних досліджень, висновків. Список використаних джерел включає 391 посилання, у тому числі 286 – кирилицею, 105 – латиницею.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали та методи дослідження.** За період з 1990 по 2007 рр. проведено обстеження та лікування 357 хворих ЖКХ, ускладненою непрохідністю ТВХ, що знаходилися на стаціонарному лікуванні на базі кафедри хірургії з курсом гнійно-септичної хірургії Запорізької медичної академії післядипломної освіти. Відповідно до методів обстеження та способів лікування, хворі розподілені на дві клінічні групи:

1) першу (контрольну) групу склали 196 (54,9 %) хворих, операції в яких виконувалися відкритим способом;

2) другу (основну) – 161 (45,1 %) хворий, операції в яких виконувалися із застосуванням ендоскопічних способів.

Кількість чоловіків склала 109 (30,5 %), жінок – 248 (69,5 %). Вік обстежених хворих склав від 17 до 93 років, у середньому, 61,1±0,73 років. Переважали особи похилого та старечого віку, число яких склало 221 (61,9 %). Супутні соматичні захворювання відзначалися в 279 хворих (78,2 %), з яких 205 (73,5 %) пацієнтів були похилого та старечого віку.

Первинне обстеження хворих здійснювалося по загальноприйнятій методиці з вивченням скарг, даних анамнезу життя і захворювання, фізікального та лабораторного обстеження.

Інструментальні методи діагностики включали оглядову рентгенографію органів черевної та грудної порожнин, рентгенографію шлунку, УЗД, ЕФГДС, ЕРПХГ, КТ органів гепатобіліаропанкреатичної системи з внутрішньовенним контрастним болюсним посиленням, лапароскопічне дослідження черевної порожнини. За наявності зовнішньої нориці жовчних шляхів виконували фістулографію, у тому числі черездренажну.

Здобуття матеріалу для цитологічного та гістологічного досліджень здійснювали за допомогою доопераційної тонкогольної аспіраційної біопсії (ТАБ) і/або трепан-біопсії (ТБ) підшлункової залози (ПЗ) під ультразвуковим контролем (УЗК), доопераційних ендовідеолапароскопічних способів (цитологічне дослідження промивних вод головної панкреатичної протоки (ГПП), біопсія великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК) і/або слизистої оболонки задньої стінки дванадцятипалої кишки (ДПК)), інтраопераційної інцизіонної біопсії ПЗ і лімфовузлів, післяопераційного гістологічного дослідження матеріалу.

Дослідження онкомаркера СА19-9 здійснювали методом імуноферментного аналізу на автоматичному електрохемілюмінесцентному аналізаторі “Elecsys 2010” фірми “Roche Diagnostics” (Німеччина) з використанням рутенієвої мітки (комплекс рутеніум (ІІ) – тріс (біріділ) [Ru (bpy)32+] і тріпропіламіна). Нормальними були значення до 37 Е/мл.

Біохімічне дослідження жовчі містило визначення загального вмісту жовчних кислот (ЗВЖК), холестерину (ХСТ), а також сумарного вмісту тригідроксихоланових (ТГХ) і дигідроксихоланових (ДГХ) жовчних кислот у жовчі за методикою В.П. Мірошніченко та співавт. (1978 р., 1980 р.) з обчисленням холато-холестеринового коефіцієнта (ХХК) і коефіцієнта гідроксиляції жовчних кислот ТГХ/ДГХ. Досліджувалася печінкова порція жовчі, що отримувалась з назобіліарного дренажу або зовнішнього дренажу гепатікохоледоха на 2-у і 6-7-у добу після операції.

Виконували бактеріоскопічне дослідження жовчі з фарбуванням препарату за Граммом, визначення чутливості збудника до антибактеріальних препаратів експрес-методом по методиці М.Ф. Камаєва і В.П. Ващука (1986 р.), дослідження неспороутворюючих анаеробних бактерій по методиці В.І. Кочеровец та співавт. (1986 р.), культуральне дослідження за допомогою стандартизованих методик.

Оперовані 344 (96,4 %) з 357 хворих.

У 1-й групі застосовувалися лапаротомні способи оперативного лікування, які полягали у виконанні відкритих операцій у вигляді холецистектомії (Х/ЕКТ), холедохолітотомії, трансдуоденальної папілосфінктеротомії (ТдПСТ) або трансхоледохеальної папілосфінктеротомії (ТхПСТ) або накладанні біліодігестивних співусть у вигляді холедоходуоденостомії (ХДС) або гепатикоеюностомії (ГЕС).

У 2-й групі першим етапом застосовувалися ендоскопічні операції на ТВХ або ВСДК, другим, - переважно лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ). За відсутності ефекту або неможливості виконання ендоскопічної та лапароскопічної операцій виконувалися відкриті втручання – Х/ЕКТ, холедохолітотомія, ТдПСТ або ХДС. В 69 (45,1 %) з 153 хворих другим етапом виконана ЛХЕ, в 33 (21,6 %) – відкрита Х/ЕКТ у поєднанні або без холедохолітотомії.

Оцінка якості життя хворих у віддалені терміни проведена з використанням загальної шкали опитувальника SF-36.

Гіпотези дослідження, що перевірялися:

1) чи зменшується летальність, частота ускладнень, повторної операції, рецидивів захворювання при використанні розроблених стандартів і способів діагностики та лікування?

2) чи зменшуються літогенні властивості жовчі та чи покращується якість життя при використанні розроблених стандартів і способів лікування у порівнянні з традиційними?

Критерії оцінки гіпотез, що перевіряються:

1) основні - летальність (загальна, післяопераційна, неоперованих), доля хворих з післяопераційними ускладненнями, частота виконання повторної операції, частота рецидиву захворювання;

2) додаткові – показники літогенності жовчі в динаміці лікування, показники якості життя хворих.

Статистичні розрахунки виконувалися з використанням програми ”STATGRAPHICS 7.0” на комп'ютері ”Pentium ІV”.

**Результати власних досліджень.** Клінічні прояви непрохідності ТВХ при ЖКХ характеризувалися наявністю наступних синдромів і симптомів: синдром МЖ (89,1 %), ГХ (29,1 %), ГБП (26,3 %), перенесений гострий панкреатит або після Х/ЕКТ (10,9 %), стійка зовнішня жовчна нориця після раніше виконаної операції на позапечінкових жовчних шляхах (9,5 %). З 290 хворих вперше оперованих з приводу калькульозного холециститу, синдром Міріззі відзначався у 17 (5,8 %), міхурно-дуоденальна (6) або міхурно-товстокишкова (2) нориці – у 8 (2,7 %) випадках.

Причинами непрохідності ТВХ були: стеноз ВСДК у поєднанні з холедохолітіазом – 153 (42,8 %), стеноз або рестеноз ВСДК, стеноз ХДС – 111 (31,2 %), уклинений камінь ВСДК – 54 (15,1 %), голівчастий панкреатит – 31 (8,7 %), холедохолітіаз – 5 (1,4 %), здавлення холедоха кістою голівки ПЗ – 3 (0,8 %).

Ступінь тяжкості синдрому МЖ оцінювали за класифікацією В.П. Зіневіча (1986 р.), при цьому в 188 (59,1 %) з них відзначалася декомпенсована та термінальна стадія жовтяниці.

Із застосуванням ендоскопічних технологій бактеріологічне дослідження жовчі з визначенням виду збудника та його чутливості до антибактеріальних препаратів виконане у 49 хворих. У 28 (57,1 %) з 49 хворих мікрофлора була поєднана. З них у 19 (67,9 %) відзначалося поєднання двох, у 6 (21,4 %) – трьох, у 3 (10,7 %) – чотирьох збудників. З 89 виявлених збудників грампозитивна флора склала 40 (44,9 %), грамнегативна – 29 (32,7 %), анаеробна – 12 (13,5 %), грибкова – 8 (8,9 %).

Етіологічно мікроорганізми були представлені наступними видами: staph. aureus – 21 (23,6 %), enterococcus faecalis – 13 (14,6 %), klebsiella sp. – 9 (10,1 %), анаероби, що не відносяться до групи bacteroides fragilis – 8 (8,9 %), escherichia coli – 8 (8,9 %), сandida sp. – 8 (8,9 %), enterobacter sp. – 4 (4,5 %), анаероби групи bacteroides fragilis – 4 (4,5 %), proteus mirabilis – 3 (3,4 %), acinetobacter sp. – 3 (3,4 %), pseudomonas aeruginosa – 2 (2,3 %), streptococcus – 2 (2,3 %), staph. epidermidis – 2 (2,3 %), bacillus cereus – 2 (2,3 %).

Результати вивчення чутливості мікрофлори до антибактеріальних препаратів показали, що високу чутливість мікроорганізми проявляли у відношенні до: меропенема – 91,6 %, іміпенема – 87,4 %, цефепіма – 76,5 %, цефоперазона – 72,9 %, пефлоксацина – 66,3 %, ципрофлоксацина – 65,9 %, цефтазидима – 64,7 %, офлоксацина – 64,1 %, тобраміцина – 61,5 %. Анаеробні мікроорганізми виявилися високочутливими до орнідазолу (83,4 %), метронідазолу (82,6 %), іміпенему (68,5 %), кліндаміцину (66,7 %), меропенему (65,2 %).

Аналіз показав, що у 21,4 % хворих виявлялись асоціації аеробних і анаеробних мікроорганізмів. Це зумовлювало необхідність комбінації препаратів вже на етапі емпіричної стартової системної антибактеріальної терапії (АБТ).

Проведене мікробіологічне дослідження жовчі виявило, що на етапі застосування емпіричної стартової системної АБТ слід використовувати деескалаційний комбінований режим її проведення із залученням двох антибактеріальних препаратів за однією з рекомендованих схем:

1) карбапенеми (меропенем або іміпенем) + орнідазол або метронідазол або кліндаміцин;

2) цефепім або цефаперазон або цефтазидим + орнідазол або метронідазол або кліндаміцин;

3) фторхінолони (ципрофлоксацин або офлоксацин або пефлоксацин) + орнідазол або метронідазол або кліндаміцин.

Після визначення чутливості мікроорганізмів необхідно переходити до направленої АБТ.

Визначено значення імунохімічних методів у диференціальній діагностиці патології ТВХ. Чутливість онкомаркера СА19-9 у діагностиці раку ТВХ і голівки ПЗ склала 40,0 %, специфічність – 96,6 %.

Інструментальні методи були основними в діагностиці непрохідності ТВХ, а також у диференціальній діагностиці її причин.

При УЗД або КТ такими ознаками були: біліарна протокова гіпертензія (діаметр гепатикохоледоха більше 7 мм при функціонуючому жовчному міхурі або більше 8 мм після Х/ЕКТ), холедохолітіаз, збільшення голівки ПЗ більше 5 см.

При виконанні ЕРПХГ встановлено, що причинами, які викликали непрохідність ТВХ були: стеноз ВСДК, стриктура ТВХ, рубцювання біліодигестивного анастомозу, холедохолітіаз, у тому числі уклинений камінь ВСДК.

Скринінговим методом діагностики непрохідності ТВХ було УЗД. Встановлено, що чутливість методу у візуалізації холедохолітіазу склала 10,6 %. Розширення діаметру гепатикохоледоха більше 7 мм відзначалося в 100 %, складаючи, в середньому, 14,3±0,7 мм, розширення внутрішньопечінкових проток – лише в 52,4 % пацієнтів. Дилатація ГПП більше 2 мм відзначалася при уклиненому камені ВСДК, голівчатому панкреатиті або кісті голівки ПЗ.

Отже, УЗД як метод експрес-діагностики, дозволяє встановити наявність непрохідності ТВХ. Проте в діагностиці причин цього стану можливості методу обмежені.

Наступним етапом діагностики була ЕРПХГ, показаннями для виконання якої було: наявність біліарної протокової гіпертензії за даними УЗД; холедохолітіаз за даними УЗД; реметуючий характер жовтяниці; ГХ; холангіогенний абсцес печінки; “оперезуючі” болі або наявність в анамнезі перенесеного гострого панкреатиту; підозра на уклинений камінь або стеноз ВСДК; підозра на ятрогенне пошкодження гепатикохоледоха; підозра на рубцеву зміну біліодигестивного анастомозу; підозра на пухлинну поразку ТВХ; об'ємне утворення голівки ПЗ.

Частота успішного виконання ЕРПХГ склала 89,2 %, оскільки в 10,8 % хворих катетеризація ВСДК не була вдалою (відмова хворого, парапапілярний дивертикул ДПК, невдалі спроби внаслідок анатомічних особливостей будови, локалізації ВСДК або технічних труднощів його катетеризації).

Не дивлячись на високу значущість діагностичні можливості ЕРПХГ в оцінюванні стану голівки та протокової системи ПЗ обмежені. Так, при успішній катетеризації в 63,0 % хворих були відсутні рентгенологічні дані про стан протокової системи ПЗ, а частота інформативних досліджень склала лише 30,1 %.

Нами розроблено та впроваджено спосіб діагностики ГХ, який дозволяє виявити холангіт до операції (Патент на корисну модель 25037 Україна). При ендоскопічному обстеженні після ретроградної катетеризації ВСДК у позапечінкові жовчні протоки вводять рентгенконтрастний розчин і виконують рентгенологічне дослідження. При ГХ на рентгенограмі визначається складчастість слизової оболонки загальної жовчної протоки (ЗЖП) і загальної печінкової протоки, їх деформація. Спосіб підвищує точність діагностики ГХ за допомогою прямих об'єктивних ознак.

Розроблено та впроваджено спосіб ранньої діагностики холангіогенних абсцесів печінки (Патент на корисну модель 23000 Україна). При ендоскопічному обстеженні після ретроградної катетеризації ВСДК у позапечінкові жовчні протоки вводять рентгенконтрастний розчин і виконують рентгенологічне дослідження. При холангіогенних абсцесах печінки на рентгенограмі в паренхімі печінки визначаються депо контрастної речовини, пов'язані з внутрішньопечінковими жовчними протоками. В 11 (10,6%) хворих на тлі гнійного холангіту виявлені холангіогенні абсцеси печінки, з них у 4 пацієнтів 2-ї групи.

Чутливість ЕРПХГ у діагностиці непрохідності ТВХ склала 93,2 %, специфічність – 8,3 %, вірогідність позитивних результатів – 88,1 %, вірогідність негативних результатів – 14,3 %, загальна частка правильних висновків – 83,0 %.

Рентгенологічні методи обстеження шлунку та ДПК дозволяли виявити непрямі ознаки хронічного панкреатиту (ХП). При голівчастому ХП відзначалося збільшення розвороту петлі ДПК (73,8 %), збільшення ретрогастрального простору (78,6 %), симптом Фростберга (28,6 %), порушення евакуації з шлунку або ДПК (4,7 %).

Проте обмежені диференціально-діагностичні можливості перерахованих вище методів не дозволяли надійно виключити пухлинну поразку ПЗ, що вимагало доопераційної морфологічної верифікації патології ПЗ. З цією метою застосовували ТАБ, ТБ під УЗК, цитологічне дослідження промивних вод ГПП, біопсію ВСДК або задньої стінки ДПК при ЕФГДС.

Аналіз результатів досліджень показав, що при специфічності 100 % найбільшу чутливість мала доопераційна прицільна ТБ під УЗК, що склала 94,4 %. Чутливість інтраопераційної інцизіонної біопсії склала 54,1 %.

Таким чином, променеві та ендоскопічні інструментальні методи із застосуванням інвазивних втручань були провідними у діагностиці причин непрохідності ТВХ і дозволяли встановити кінцевий клінічний діагноз у 96,8 % випадків.

Оперовані 344 (96,4 %) з 357 хворих, з них у 1-й групі оперовано 191 (97,4 %) з 196, у 2-й – 153 (95,0 %) з 161 пацієнта.

У 1-й групі при стенозі ВСДК у поєднанні з холедохолітіазом в 58 (61,7 %) з 94 хворих виконана відкрита відновлююча операція на ВСДК, з них в 38 (65,5 %) – ТдПСТ, в 20 (34,5 %) – ТхПСТ. В 36 (38,3 %) хворих виконана ХДС. Холецистектомія виконана в 79 (84,1 %) з 94 хворих, оскільки в 15 (15,9 %) з них операція виконана раніше.

При стенозі ВСДК у 45 (72,5 %) осіб виконана ТдПСТ, в 17 (27,5 %) – ТхПСТ, з них Х/ЕКТ виконана у 49 (79,1 %).

При уклиненому камені ВСДК оперовано 22 (81,5 %) з 27 хворих. Усім оперованим пацієнтам виконана ТдПСТ. Х/ЕКТ в анамнезі відзначалося в 2 (9,1 %) з 22 оперованих.

При холедохолітіазі у 5 пацієнтів виконана Х/ЕКТ, холедохолітотомія без втручання на ВСДК внаслідок відносної недостатності сфінктерного апарату останнього.

При голівчастому ХП у 6 (75,0 %) виконана ХДС, в 2 (25,0 %) – ГЕС за Ру, що поєднувалися у всіх випадках з Х/ЕКТ.

У 2-й групі при стенозі ВСДК у поєднанні з холедохолітіазом у 58 (98,3 %) хворих виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ), доповнена в 28 (48,3 %) з них холедохолітотомією і в 1 (1,7 %) – холедохолітоекстракцією. Ще у 1 (1,7 %) пацієнта виконана ТдПСТ з холедохолітотомією. З 59 хворих в 11 (18,6 %) Х/ЕКТ виконана раніше, з них у 10 (90,9 %) ендоскопічні способи лікування виявилися остаточними, а в 1 (9,1 %) внаслідок невдалої спроби ЕПСТ виконана ТдПСТ з холедохолітотомією. У 18 (37,5 %) з 48 хворих за наявності жовчного міхура після повної санації холедоха другим етапом виконана ЛХЕ, а ще в 24 (50,0 %) з них унаслідок синдрому Міріззі (8), виражених рубцевих змін жовчного міхура (3), неможливості усунення великих (4) або множинних (2) конкрементів холедоха, гострого деструктивного холециститу (2), невдалої спроби катетеризації ВСДК за наявності парапапілярного дивертикула (1), внутрішньої міхурно-дуоденальної (3) або міхурно-товстокишкової (1) нориці Х/ЕКТ і холедохолітотомія виконані відкритим способом. При цьому в 6 (12,5 %) з 48 пацієнтів з неусуненим ендоскопічним способом холедохолітіазом відкрита лапаротомна операція не виконувалася внаслідок високого операційного ризику через похилий і старечий вік та наявність поєднаних декомпенсованих супутніх захворювань. У цих хворих, з метою попередження рецидиву ГХ і МЖ, виконано комбіноване зовнішньо-внутрішнє дренування, яке полягало у поєднанні ЕПСТ з ендоскопічним внутрішнім стентуванням (ЕВС) (Патент на корисну модель 26219 Україна): після ЕФГДС з оглядом ВСДК і ЕПСТ здійснювали внутрішнє дренування ЗЖП шляхом його катетеризації дренажем через ВСДК і виведення вільної частини дренажу в просвіт ДПК. Після цього виконували зовнішнє дренування ЗЖП шляхом його катетеризації дренажем через ВСДК і виведення вільної частини дренажу через ніс. Після операції через зовнішній дренаж здійснювали санацію ЗЖП розчинами антисептиків. Після ліквідації явищ холангіту, МЖ зовнішній дренаж видаляли, а внутрішній - залишали, що забезпечувало постійне адекватне надходження жовчі в просвіт ДПК.

При стенозі ВСДК в 47 (95,9 %) з 49 хворих 2-ї групи виконана ЕПСТ, у 2 (4,1 %) – ендоскопічна супрапапілярна холедоходуоденостомія (ЕСпХДС). У 9 (18,4 %) з 49 хворих Х/ЕКТ виконана раніше, з них у всіх ЕПСТ виявилась остаточним способом хірургічного лікування. В 23 (57,5 %) з 40 хворих за наявності жовчного міхура після ЕПСТ другим етапом виконана ЛХЕ, а ще у 10 (25,0 %) з них – відкрита Х/ЕКТ внаслідок виражених рубцевих змін жовчного міхура (8), гострого деструктивного холециститу (2). Х/ЕКТ за наявності холецистолітіаза не виконана в 7 (17,5 %) хворих через похилий і старечий вік та наявність супутніх декомпенсованих захворювань і, як наслідок, високого операційного ризику. У цих хворих після ендоскопічних втручань на ТВХ відзначалася нормалізація клініко-лабораторних показників, тому вони виявились остаточним способом лікування.

При уклиненому камені ВСДК у 2-й групі оперовано 19 (70,4 %) з 27 хворих. Всім оперованим пацієнтам виконана ЕПСТ на ”камені”, доповнена в 2 (10,5 %) з них холедохолітоекстракцією. Х/ЕКТ в анамнезі відзначалася у 7 (36,8 %) з 19 оперованих, тому ЛХЕ виконана в 12 (63,2 %) з них.

При голівчастому ХП у 2-й групі в 13 (56,6 %) з 23 хворих виконано ЕВС за розробленим нами способом (Деклараційній патент на винахід 62432 А Україна). Після ЕСпХДС здійснено ЕВС, для чого виконували тунелізацію звуженого інтрапанкреатичного відділу ЗЖП шляхом введення через холедоходуоденостомічний отвір у просвіт гепатикохоледоха внутрішнього поліхлорвінілового дренажу завдовжки до 12 см з бічними отворами, розташованими в шаховому порядку. Спосіб дозволяє уникнути виконання лапаротомії та холедохотомії, загального наркозу, зменшити травматичність і тривалість операції, уникнути неспроможності швів холедоха, знизити післяопераційну летальність. Крім того, пацієнтам цієї групи виконувалися інші втручання: ЕСпХДС – в 5 (21,7 %), ХДС у поєднанні з Х/ЕКТ – в 5 (21,7 %) випадках. Х/ЕКТ в анамнезі відзначалася в 11 хворих, тому ЛХЕ виконана 7 (30,4 %) пацієнтам.

При здавленні холедоха кістою голівки ПЗ у всіх 3 пацієнтів на першому етапі виконана ендоскопічна цистодуоденостомія, на другому – ЛХЕ.

Отже, у 2-й групі за наявності холецистолітіаза в 115 хворих Х/ЕКТ не виконувалася в 13 (11,3 %) з них через високий операційний ризик внаслідок декомпенсації супутніх захворювань. Ендоскопічні втручання з'явилися остаточним способом лікування цих хворих. Конкременти гепатикохоледоха виявилися невилученими у 6 пацієнтів, у тому числі в 1 з раніше виконаною Х/ЕКТ. У всіх випадках ЕПСТ і внутрішнє стентування виявилися остаточним способом лікування цих пацієнтів.

Таким чином, у 1-й групі при лікуванні непрохідності ТВХ застосовувалися лише відкриті операції, з них відновного типу в 141 (76,4 %) з 191 випадку. У 2-й групі при усуненні непрохідності ТВХ і санації холедоха ендоскопічні відновні способи лікування виявилися ефективними в 124 (81,1 %), а остаточним способом лікування – в 118 (77,1 %) хворих.

Лікування ГХ вимагало обов'язкової екстреної декомпресії жовчовивідних шляхів ендоскопічними транспапілярними втручаннями. Разом з оцінкою клінічних даних, візуальною оцінкою при ендоскопії та мікробіологічним дослідженням жовчі, пряме контрастування жовчних шляхів дозволяло виявити специфічні рентгенологічні ознаки холангіту. Назобіліарне дренування (НБД) дозволяло найефективніше санувати жовчні протоки при холангіті, здійснювати рентгенологічний моніторинг жовчних протоків і, за необхідності виконання на другому етапі лапаротомної або лапароскопічної холедохолітотомії, завершувати її „глухим швом” холедоха.

Лікування холангіогенних абсцесів печінки здійснювали комбінованим способом, поєднуючи методи інтервенційної сонографії та ендоскопічні транспапілярні втручання. У всіх 4 хворих абсцеси були ліквідовані.

Патогенетично обґрунтованим способом лікування ГБП вважали операції, направлені на відновлення прохідності позапечінкової жовчної протоки і ГПП.

Оцінку ефективності виконання ЕПСТ здійснювали по розробленій методиці (Патент на корисну модель 24910 Україна). Виконували ЕПСТ з введенням рентгенконтрастної речовини в позапечінкові жовчні протоки і рентгенологічне дослідження. На рентгенологічних знімках при адекватно виконаній ЕПСТ визначалося депо контрастної речовини, яке відповідало формі розгорнутої ампули ВСДК.

Після ліквідації явищ ГП і санації позапечінкових жовчних шляхів за наявності конкрементів у жовчному міхурі виконували ЛХЕ до виписки хворого із стаціонару. При неможливості або неефективності ендоскопічного усунення протокової гіпертензії та санації холедоха або при прогресуванні перитоніту виконували лапаротомні втручання з ревізією біліарної системи та дренуванням чепцевої сумки і черевної порожнини.

Результати досліджень дозволили розробити тактичний алгоритм діагностики та хірургічного лікування ЖКХ, ускладненої непрохідністю ТВХ, заснований на застосуванні етапних методів з використанням ендоскопічних, лапароскопічних втручань, інтервенційної сонографії, лапаротомних операцій (рис. 1).

Клінічні ознаки непрохідності ТВХ

 УЗД, КТ, рентгенографія шлунку

 МЖ з блоком у дистальному збільшення голівки ПЗ

 відділі холедоха, холедохолітіаз

 ЕФГДС, огляд ВСДК, біопсія за показаннями

 уклинений анехогенне/гіпоехогенне гіпоехогенне діаметром до 5 см/

 камінь ВСДК утворення діаметром більше 5 см гіперехогенне утворення

 внутрішня ендоскопічна СА19-9, прицільна ТБ/ТАБ під УЗК

 цистодуоденостомія

 відсутність голівчастий ХП рак ПЗ

 ефекту

 ЕВС/ЕСпХДС

 СпХДС, ГЕС

 так ні

 термінова ЕПСТ, стеноз ВСДК стеноз ВСДК, холедохолітіаз

 холедохолітотомія, ЕРПХГ, НБД

 ЕПСТ ЕПСТ, холедохолітоекстракція,

 ЕРПХГ, НБД, при холангіоген-

 похилий та старечий вік них абсцесах печінки – НБД+

 з високим ризиком операції ні так черезшкірна черезпечінкова

 гепатохолангіостомія

 комбіноване зовнішньо - неусунений холедохолітіаз,

 внутрішнє ендоскопічне синдром Міріззі, рубцево-зморщений

 дренування, в т.ч. при жовчний міхур, гострий деструктивний

 неусуненому холедохолітіазі, холецистит, внутрішня

 холецистектомія за життєвими біліодигестивна нориця, рубцева

 показаннями стриктура біліодигестивного співустя

 ЛХЕ

 відкрита холецистектомія, холедохолітотомія,

 при необхідності – ТдПСТ, пластика гепатикохоледоха,

 реконструктивна операція

Рис. 1 Тактичний алгоритм діагностики та хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої непрохідністю термінального відділу холедоха

Порівняння показників біохімічного складу жовчі на 2-у добу після операції не виявило вірогідних відмінностей між групами хворих (табл. 1).

Таблиця 1

**Показники біохімічного складу печінкової жовчі**

**у динаміці післяопераційного періоду**

|  |  |
| --- | --- |
| Показники | Група хворих |
| 1-а, n=21 | 2-а, n=27 |
| 2-а доба | 6-7-а доба | 2-а доба | 6-7-а доба |
| ЗВЖК, г/л | 2,180,31 | 4,370,19\* | 2,36±0,25 | 5,820,23\* \*\* |
| ХСТ, г/л | 0,460,019 | 0,610,06\* | 0,52±0,016 | 0,600,09 |
| ХХК | 4,730,50 | 5,470,29 | 4,52±0,43 | 7,890,38\* \*\* |
| ТГХ, г/л | 1,480,19 | 2,030,13\* | 1,63±0,13 | 2,590,27\* \*\* |
| ДГХ, г/л | 0,690,27 | 1,470,14\* | 0,76±0,26 | 3,170,15\* \*\* |
| ТГХ/ДГХ | 2,240,17 | 1,380,15\* | 2,14±0,24 | 0,830,28\* \*\* |

П р и м і т к и:

 \* - відмінність в групі статистично вірогідна, P<0,05.

 \*\* - відмінність між групами статистично вірогідна, P<0,05.

Вивчення динаміки змін біохімічного складу дренажної жовчі у хворих 1-ї групи показало, що до 6-7-ї доби відзначалося вірогідне збільшення всіх середніх значень абсолютних показників холатоутворення. Проте останні залишалися вірогідно нижчими за норму. Коефіцієнт ТГХ/ДГХ вірогідно знизився, а ХХК залишався нижчим за норму та вірогідно не змінився.

У хворих 2-ї групи відзначалося вірогідне збільшення середніх значень всіх абсолютних показників холатоутворення з їх нормалізацією на 6-7-у добу, окрім ХСТ, значення якого не змінилися. Коефіцієнт ТГХ/ДГХ вірогідно знизився, а ХХК - підвищився і обидва не відрізнялися від норми.

Дослідження показало, що на 6-7-у добу післяопераційного періоду відбувалося вірогідне відновлення холатоутворюючої функції печінки і ліквідація запального процесу в біліарній системі в 81,5% хворих 2-ї групи. У 1-й групі хворих відзначалася тенденція до зменшення літогенності жовчі, а також вірогідне зменшення запальних проявів в біліарній системі.

Таким чином, нормалізація біохімічних показників складу жовчі відбувалася швидше у хворих, операції в яких проводилися із забезпеченням раннього надходження жовчі в просвіт кишки, а саме, при ендоскопічних операціях, у тому числі з назобіліарним дренуванням ЗЖП.

Аналіз основних і додаткових критеріїв оцінки клінічних результатів показав, що показники загальної та післяопераційної летальності, частоти післяопераційних ускладнень, повторної операції, рецидиву захворювання виявилися вірогідно нижчими, а показники якості життя у віддалені терміни після лікування – вищими в 2-й групі хворих. Показники біохімічного складу жовчі в ранньому післяопераційному періоді свідчили, що у хворих 2-ї групи відбувалося вірогідне відновлення холатоутворюючої функції печінки та ліквідація запального процесу в біліарній системі (табл. 2).

Таблиця 2

**Результати аналізу основних і додаткових критеріїв**

**оцінки клінічних результатів лікування хворих жовчнокам'яною хворобою, ускладненою непрохідністю термінального відділу холедоха**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Критеріїоцінки | 1-а група | 2-а група |
| абс | % | абс | % |
| Основний | летальність: - загальна - післяопераційна - неоперованих | 45441 | 22,923,120,0 | 431 | 2,5\*1,9\*12,5 |
| післяопераційні ускладнення | 83 | 43,5 | 37 | 24,2\* |
| повторна операція | 21 | 29,2 | 1 | 2,9\* |
| рецидив | 10 | 37,1 | 4 | 8,7\* |
| Додатковий | біохімічний склад жовчі: - ЗВЖК, г/л - ХСТ, г/л - ХХК - ТГХ, г/л - ДГХ, г/л - ТГХ/ДГХ | 4,370,190,610,065,470,292,030,131,470,141,380,15 | -- | 5,820,23\*0,600,097,890,38\*2,590,27\*3,170,15\*0,830,28\* | -- |
| якість життя: - фізична  працездатність, S±Sx - фізичний стан, S±Sx - больовий синдром, S±Sx - загальне здоров’я, S±Sx - енергійність, S±Sx  - соціальна роль, S±Sx  - емоційний стан, S±Sx - психічне здоров’я, S±Sx | 33,38±4,4240,32±5,9849,67±3,8655,96±3,0852,09±1,4251,61±2,3730,07±5,2047,61±1,23 | -- | 78,83±4,21\*70,83±4,16\*25,23±3,84\*43,09±1,54\*46,71±1,28\*57,73±1,64\*67,42±4,75\*60,66±0,84\* | -- |

П р и м і т к а. \* - відмінність між групами статистично вірогідна, P<0,05.

Таким чином, запропонований тактичний алгоритм діагностики та хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої непрохідністю термінального відділу холедоха, у поєднанні з новими способами ендоскопічних втручань дозволив якісно поліпшити та стандартизувати надання спеціалізованої медичної допомоги цим хворим.

**ВИСНОВКИ**

В дисертації наведене теоретичне узагальнення та практичне вирішення наукового завдання – покращення результатів діагностики та хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої непрохідністю термінального відділу холедоха за рахунок розробки та впровадження тактичного алгоритму та авторських діагностично-лікувальних методик.

1) У хворих ЖКХ, ускладненою непрохідністю ТВХ, клінічними проявами захворювання є: синдром МЖ у 89,1 %, гострий холангіт – у 29,1 %, гострий біліарний панкреатит – у 26,3 %, гострий панкреатит в анамнезі – у 10,9 %, стійка зовнішня жовчна нориця після раніше виконаної операції на позапечінкових жовчних шляхах – у 9,5 %, синдром Міріззі – у 5,8 %, міхурно-дуоденальна або міхурно-товстокишкова нориця – у 2,7 %.

2) Ендоскопічні та променеві інструментальні методи із застосуванням інвазивних втручань у поєднанні з імунохімічним методом дозволяють встановити причину непрохідності термінального відділу холедоха в 96,8 % випадків. Чутливість ЕРПХГ складає 93,2 %, прицільної ТБ під УЗК – 94,4 %, онкомаркера СА19-9 – 40,0 %.

3) У хворих ЖКХ, ускладненою непрохідністю ТВХ, грампозитивна флора складає 44,9 %, грамнегативна – 32,7 %, анаеробна – 13,5 %, грибкова – 8,9 % від загальної кількості збудників, з них в 57,1 % випадків відзначається поєднання мікрофлори. Стартова емпірична системна АБТ повинна проводитися в деескалаційному режимі з комбінованим застосуванням двох антибактеріальних препаратів.

4) Після ендоскопічних операцій з назобіліарним дренуванням жовчних шляхів у 81,5 % хворих відзначається вірогідне відновлення холатоутворюючої функції печінки, більш швидка ліквідація запалення порівняно з хворими, у яких виконувалися відкриті операції із зовнішнім дренуванням жовчних шляхів.

5) Розроблені нові ендоскопічні способи діагностики та хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої непрохідністю термінального відділу холедоха, дозволили створити та науково обґрунтувати тактичний алгоритм надання спеціалізованої медичної допомоги.

6) Запропонований лікувально-діагностичний алгоритм діагностики та хірургічного лікування ЖКХ, ускладненої непрохідністю ТВХ, є високоефективним і дозволяє вірогідно зменшити загальну летальність з 22,9 до 2,5 % (χ2=31,3; P<0,05), післяопераційну летальність з 23,1 до 1,9 % (χ2=30,2; P<0,05), частоту ранніх післяопераційних ускладнень з 43,5 до 24,2 % (χ2=13,8; P<0,05), частоту повторної операції з 29,2 до 2,9 % (χ2=9,9; P<0,05), частоту рецидивів захворювання з 37,1 до 8,7 % (χ2=8,8; P<0,05), зменшити літогенні властивості жовчі, поліпшити якість життя у віддалені терміни після лікування.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ АВТОРОМ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Использование интервенционной сонографии и эндоскопических вмешательств у больных с механической желтухой / В. Г. Ярешко, С. Г. Живица, Л. М. Бамбызов, Д. Ю. Рязанов, И. П. Шмыгаль, А. Е. Сиротенко // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика. Випуск 9. Книга 4. – Київ, 2000. – С. 756-758. (Особистий внесок автора в обстеженні хворих, участі в хірургічному лікуванні та написанні основної частини статті).
2. Ярешко В. Г. Роль эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии в диагностике и выборе способа лечения больных с механической желтухой / В. Г. Ярешко, Л. М. Бамбызов // Вісник морської медицини. – 2001. - № 2. – С. 364-367. (Особисто автором виконані ендоскопічні втручання, провів аналіз дослідження та взяв участь в написанні статті).
3. Ярешко В. Г. Ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія та ендоскопічна папілосфінктеротомія у діагностиці і лікуванні механічної жовтяниці / В. Г. Ярешко, Л. М. Бамбизов, С. Г. Живиця // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 2. – С. 145-147. (Особисто автором виконані ендоскопічні втручання, провів аналіз дослідження та взяв участь в написанні статті).
4. Современные подходы к диагностике и лечению синдрома механической желтухи / В. Г. Ярешко, С. Е. Гребенников, С. А. Сицинский, Д. Ю. Рязанов, П. И. Попов, С. Г. Живица, Л. М. Бамбызов // Запорожский медицинский журнал. – 2003. - № 1 (17). – С. 61-63. (Особистий внесок автора в обстеженні хворих, участі в хірургічному лікуванні та написанні статті).
5. Ярешко В. Г. Эндовидеолапароскопические вмешательства в диагностике и лечении острого билиарного панкреатита / В. Г. Ярешко, Д. Ю. Рязанов, Л. М. Бамбызов // Хірургія України. – 2005. - № 1 (13). – С. 152-154. (Особистий внесок автора в обстеженні хворих, участі в хірургічному лікуванні та написанні статті).
6. Роль ультразвукових та прямих рентгеноконтрастних методів дослідження жовчних проток в діагностиці резидуального та рецидивного холангіолітіазу / В. Г. Ярешко, С. Г. Живиця, Л. М. Бамбизов, Ю. О. Міхеєв // Шпитальна хірургія. – 2006. - № 4. – С. 57-59. (Особистий внесок автора в обстеженні хворих, участі в хірургічному лікуванні та написанні статті).
7. Рязанов Д. Ю. Лечебная тактика у больных с патологией внепечёночных желчных протоков, осложнённой острым панкреатитом / Д. Ю. Рязанов, Л. М. Бамбызов // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2007. – Т. 8, № 1. – С. 59-62. (Особистий внесок автора в обстеженні хворих, участі в хірургічному лікуванні).
8. Особенности диагностики и лечения желчнокаменной болезни, осложненной холангитом / В. Г. Ярешко, Д. Ю. Рязанов, С. Г. Живица, Ю. А. Михеев, Л. М. Бамбызов, В. В. Носов, Н. С. Перегуда // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2007. – Т. 16, № 1. – С. 122-124. (Особистий внесок автора в обстеженні хворих, участі в хірургічному лікуванні та написанні статті).
9. Рязанов Д. Ю. Ендоскопічні методи у лікуванні жовчнокам’яної хвороби, ускладненої непрохідністю термінального відділу холедоха в осіб похилого та старечого віку / Д. Ю. Рязанов, Л. М. Бамбизов // Шпитальна хірургія. – 2007. - № 4. – С. 29-32. (Особистий внесок автора в обстеженні хворих, участі в хірургічному лікуванні та написанні статті).
10. Рязанов Д. Ю. Особливості лікувальної тактики ускладненої жовчнокам’яної хвороби із застосуванням ендоскопічних способів / Д. Ю. Рязанов, Л. М. Бамбизов // Актуальні питання медичної науки та практики. Збірник наукових праць. Випуск 72. – Запоріжжя, 2007. – С. 145-150. (Особистий внесок автора в обстеженні хворих, участі в хірургічному лікуванні та написанні статті).
11. Рязанов Д. Ю. Вплив способу операції на літогенні властивості жовчі у хворих на жовчнокам’яну хворобу, ускладнену непрохідністю термінального відділу холедоха / Д. Ю. Рязанов, Л. М. Бамбизов // Одеський медичний журнал. – 2008. - № 6(110). – С. 55-57. (Особистий внесок автора в обстеженні хворих, участі в хірургічному лікуванні та взяття нативного матеріалу, прийнято участь в проведенні біохімічного дослідження, проведено аналіз результатів дослідження).
12. Деклараційний патент на винахід 62432 А Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб лікування непрохідності інтрапанкреатичного відділу загальної жовчної протоки при хронічному панкреатиті або злоякісних пухлинах голівки підшлункової залози / Ярешко В. Г., Рязанов Д. Ю., Бамбизов Л. М., винахідники та власники Запорізький державний інститут удосконалення лікарів. - № 2003032489; заявл. 24.03.2003; опубл. 15.12.2003, Бюл. № 12. (Особистий внесок автора ідея, розробка та впровадження спосібу в хірургічну клініку).
13. Патент на корисну модель 23000 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб ранньої діагностики холангіогенних абсцесів печінки / Ярешко В. Г., Бамбизов Л. М., Міхеєв Ю. О., Носов В. В., винахідники та власники Запорізька медична академія післядипломної освіти. - № u 2006 10323; заявл. 28.09.2006; опубл. 25.04.2007, Бюл. № 5. (Особистий внесок автора розробка та впровадження спосібу в хірургічну клініку).
14. Патент на корисну модель 24910 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб оцінки адекватності ендоскопічної папілосфінктеротомії / Ярешко В. Г., Бамбизов Л. М., винахідники та власники Запорізька медична академія післядипломної освіти. - № u 2006 12367; заявл. 24.11.2006; опубл. 25.07.2007, Бюл. № 11. (Особистий внесок автора ідея, розробка та впровадження спосібу в хірургічну клініку).
15. Патент на корисну модель 25037 Україна, МПК А 61 В 17/94. Спосіб діагностики гострого холангіту / Рязанов Д. Ю., Бамбизов Л. М., винахідники та власники Запорізька медична академія післядипломної освіти. - № u 2007 02485; заявл. 06.03.2007; опубл. 25.07.2007, Бюл. № 11. (Особистий внесок автора розробка та впровадження спосібу в хірургічну клініку).
16. Патент на корисну модель 26219 Україна, МПК А 61 М 27/00, А 61 В 17/02. Спосіб лікування гострого холангіту / Рязанов Д. Ю., Бамбизов Л. М., винахідники та власники Запорізька медична академія післядипломної освіти. - № u 2007 04706; заявл. 27.04.2007; опубл. 10.09.2007, Бюл. № 14. (Особистий внесок автора ідея, розробка та впровадження спосібу в хірургічну клініку).
17. Гребенников С. Е. Результаты восстановительных хирургических операций при непроходимости терминального отдела холедоха доброкачественного генеза / С. Е. Гребенников, Л. М. Бамбызов // Сборник научных трудов Запорожского государственного института усовершенствования врачей по материалам 59-й итоговой научно-практической конференции. – Запорожье, 1998. – С. 8. (Особистий внесок автора в обстеженні хворих, участі в хірургічному лікуванні та написанні основної частини статті).
18. Бамбызов Л. М. Ретроградная панкреатохолангиография в диагностике механической желтухи / Л. М. Бамбызов // Актуальные вопросы гастроэнтерологии и эндокринологии. Сборник научных робот, посвященный 100-летию городской клинической больницы № 2 и 75-летию кафедры хирургии и проктологии ХМАПО. – Харьков, 2000. - С. 23-24.
19. Бамбызов Л. М. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия в лечении доброкачественных поражений большого дуоденального сосочка / Л. М. Бамбызов, С. Е. Гребенников // Збірник наукових праць Запорізького державного інституту удосконалення лікарів по матеріалам 61-ї підсумкової науково-практичної конференції. – Запоріжжя, 2000. – С 68. (Особисто автором виконані ендоскопічні втручання, провів аналіз дослідження та взяв участь в написанні статті).
20. Оценка эффективности применения малоинвазивных методик диагностики и лечения синдрома механической желтухи / В. Г. Ярешко, С. Е. Гребенников, П. И. Попов, С. Г. Живица, Л. М. Бамбызов // Збірник наукових праць Запорізького державного інституту удосконалення лікарів. – Запоріжжя, 2002. – С. 313-315. (Особистий внесок автора в обстеженні хворих, участі в хірургічному лікуванні та написанні основної частини статті).
21. Применение назобилиарного дренирования в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений / В. Г. Ярешко, С. Е. Гребенников, Ю. А. Михеев, Л. М. Бамбызов, Н. С. Перегуда // Клінічна хірургія. – 2007. - № 2-3. – С. 86. (Особистий внесок автора в обстеженні хворих, участі в хірургічному лікуванні та написанні основної частини статті).
22. Диференційна діагностика механічних, паренхіматозних та змішаних жовтяниць / В. Г. Ярешко, Г. В. Балашов, С. Г. Живиця, Л. В. Живиця, Д. Ю. Рязанов, С. Е. Гребенніков, С. А. Сіцінський, Л. М. Бамбизов // Методичні рекомендації. – Запоріжжя, 2003. – 19 с. (Автор особисто приймав участь у оформленні рекомендацій та підготовці матеріалу до друку).

**АНОТАЦІЯ**

Бамбизов Л.М. Ендоскопічні методи діагностики та хірургічного лікування жовчнокам’яної хвороби, ускладненої непрохідністю термінального відділу холедоха. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук зі спеціальності 14.01.03 – хірургія. Запорізька медична академія післядипломної освіти, Запоріжжя, 2009.

У дисертаційній роботі представлені результати діагностики та хірургічного лікування хворих на жовчнокам’яну хворобу, яка ускладнена непрохідністю термінального відділу холедоха.

Розроблені нові методи діагностики та способи операцій із застосуванням ендоскопічних технологій, які забезпечують етапний малотравматичний характер втручань, сприяють швидшій ліквідації запалення у жовчовивідній системі, нормалізації основних показників літогенності жовчі.

Створений тактичний алгоритмдіагностики та хірургічного лікування жовчнокам’яної хвороби, яка ускладнена непрохідністю термінального відділу холедоха.

Доведені переваги запропонованої тактики та способів діагностики та хірургічного лікування жовчнокам’яної хвороби, ускладненої непрохідністю термінального відділу холедоха, у порівнянні з традиційними, що виявляється у зниженні загальної летальності з 22,9 до 2,5 %, післяопераційної летальності з 23,1 до 1,9 %, післяопераційних ускладнень з 43,5 до 24,2 %, повторних операцій з 29,2 до 2,9 %, рецидивів з 37,1 до 8,7 %, а також покращенні якості життя, нормалізації функції печінки.

Ключові слова: жовчнокам’яна хвороба, непрохідність термінального відділу холедоха, ендоскопічні методи.

**АННОТАЦИЯ**

Бамбызов Л.М. Эндоскопические методы диагностики и хирургического лечения желчнокаменной болезни, осложнённой непроходимостью терминального отдела холедоха. – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. Запорожская медицинская академия последипломного образования, Запорожье, 2009.

В диссертационной работе представлены результаты диагностики и хирургического лечения желчнокаменной болезни, осложнённой непроходимостью терминального отдела холедоха, которые базируются на разработанных новых способах с использованием эндоскопических технологий, нового тактического алгоритма, отражающего этиологию заболевания, его осложнения, необходимые диагностические процедуры в динамике, показания к оперативному лечению.

На основании комплексной оценки клинических проявлений непроходимости терминального отдела холедоха у больных желчнокаменной болезнью, лабораторного, инструментального, морфологического, иммунохимического обследований установлены дифференциально-диагностические особенности течения заболевания и его осложнений, определены информативность и последовательность применения диагностических методов, показания к выбору способа операции.

На основании комплексного инструментального обследования, изучения литогенных свойств желчи, качества жизни в послеоперационном периоде доказаны функциональные преимущества эндоскопических способов хирургического лечения в сравнении с открытыми операциями

Разработаны новые методы диагностики, функциональнощадящие оперативные вмешательства с применением эндоскопических технологий, которые позволяют реализовать принцип этапного лечения больных желчнокаменной болезнью, осложнённой непроходимостью терминального отдела холедоха, избежать выполнения травматичных операций, обеспечить снижение литогенности желчи в раннем послеоперационном периоде.

Показано, что у больных с непроходимостью терминального отдела холедоха и холедохолитиазом при высоком операционном риске достаточным способом лечения является эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, а при неразрешённом холедохолитиазе - эндоскопическая папиллосфинктеротомия и эндоскопическое внутреннее стентирование, что позволяет избежать открытого хирургического вмешательства

На основании изучения непосредственных и отдалённых результатов доказаны достоверные преимущества предложенных способов диагностики и хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью, осложнённой непроходимостью терминального отдела холедоха, в сравнении с традиционными, что выражается в снижении общей летальности с 22,9 до 2,5 %, послеоперационной летальности с 23,1 до 1,9 %, частоты послеоперационных осложнений с 43,5 до 24,2 %, повторных операций с 29,2 до 2,9 %, рецидивов с 37,1 до 8,7 %, улучшении качества жизни, нормализации основных показателей литогенности желчи.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, непроходимость терминального отдела холедоха, эндоскопические методы.

**SUMMARY**

Bambizov L.M. Endoskopic Methods in Diagnostics and Surgical Treatment of cholelithiasis which is Complicated by Obstruction of the Terminal Part of Choledoch. - The Manuscript.

The dissertation for degree of the candidate of medical sciences, speciality 14.01.03 – surgery. Zaporozhye medical academy for postgraduate education, Zaporozhye, 2009.

In the dissertational work the presented results of diagnostics and surgical treatment of sick people of cholelithiasis which is complicated by obstruction of the terminal part of choledoch.

There are new methods of diagnostics and ways of operations with application endoscopic technologies which will provide to transport not injury character of interventions and help faster liquidation of an inflammation in bile-excreting to system, normalisation of the basic indicators lithogenicity bile.

Have been created tactical algorithm of diagnostics and surgical treatment cholelithiasis which is complicated by obstruction of the terminal part of choledoch.

The proved advantages of offered tactics and ways of diagnostics and surgical treatment cholelithiasis which is complicated by obstruction of the terminal part of choledoch, in comparison with traditional, that appears in decrease general lethality with 22,9 to 2,5 %, postoperative lethality with 23,1 to 1,9 %, postoperative complications with 43,5 to 24,2 %, repeated operations with 29,2 to 2,9 %, relapses with 37,1 to 8,7 %, and also improved of a life, function normalization hepar.

Keywords: cholelithiasis, obstruction of the terminal part of choledoch, endoscopic methods.

  Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>