

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДУ «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
імені О. О. ШАЛІМОВА»**

БОЙКО ОЛЕГ ГРИГОРОВИЧ

УДК 616.367 – 006.6 – 089.12

**ВИБІР МЕТОДУ БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ ПРИ ОБТУРАЦІЇ
ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ
ПУХЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ**

14.01.03 – хірургія

**Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук**

Київ – 2016

Дисертацією є рукопис.

Роботу виконано в ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова» НАМН України

Науковий керівник:

доктор медичних наук професор **Огороднік Петро Васильович**, ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова» НАМН України, відділ лапароскопічної хірургії та холелітазу, провідний науковий співробітник

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук професор **Тутченко Микола Іванович**, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, кафедра хірургії стоматологічного факультету, завідувач

доктор медичних наук професор **Слонецький Борис Іванович**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, кафедра медицини невідкладних станів, професор

Захист відбудеться «__»_____2016 року об __ на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.561.01 при ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова» НАМН України (03680, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова» НАМН України (03680, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30).

Автореферат розісланий «__»_____2016 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради

доктор медичних наук

О. С. Тивончук

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Проблема топічної діагностики та хірургічного лікування хворих з пухлинною обтурацією дистального відділу загальної жовчної протоки (ЗЖП) – одна з найбільш складних в хірургії органів біліопанкреатодуоденальної зони. Найбільш частою причиною пухлинної обтурації ЗЖП є новоутворення головки підшлункової залози, дистального відділу ЗЖП та великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК), що спричиняють виникнення механічної жовтяниці (МЖ), гнійного холангіту, абсцесів печінки, сепсису (В. А. Кубышкин, 2012; М. Ю. Ничитайло, 2013; D. N. Reed, 2011; K. Huibregtse, 2012). За даними М. Ю. Ничитайла та співавторів (2012), частота обтурації дистального відділу ЗЖП в структурі захворювань жовчовивідних шляхів становить 14,7 – 35,5%, при злоякісних новоутвореннях жовчних проток та органів періампулярної зони – 37,6 – 52%. В Україні захворюваність на рак органів біліопанкреатодуоденальної зони становить 10 – у чоловіків та 5,6 – у жінок на 100 тис. населення, в структурі всіх злоякісних новоутворень – до 12%.

Питання про оптимальний метод біліарної декомпресії при пухлинній обтурації дистального відділу ЗЖП у теперішній час залишається предметом дискусії. Дренувальні жовчовивідні операції виконують за різними способами. Основним методом біліарної декомпресії є відкрите хірургічне втручання з формуванням одного з видів білідигестивного анастомозу (Э. И. Гальперин, 2012; В. М. Копчак, 2013; P. A. Clavien, 2012; E. P. Di Magno, 2014). В останні роки, завдяки стрімкому розвитку ендоскопії, широко використовують транспапільярні методи дронування жовчних проток. За нерезектабельних пухлин органів біліопанкреатодуоденальної зони, ускладнених МЖ, ендоскопічне стентування часто є остаточним паліативним методом лікування, замінюючи традиційні травматичні хірургічні втручання (І. Л. Насташенко, 2012; Ю. М. Галлінгер, 2013; П. В. Огородник, 2014; Н. А. Shepherd, 2012; K. L. Cheung, 2014). Хірургічні та ендоскопічні дренувальні операції однаково ефективні щодо усунення МЖ пухлинного генезу. Обидва способи мають свої переваги й недоліки. Операції з використанням лапаротомного доступу супроводжуються значною частотою ускладнень (11 – 56%) та високою летальністю (2 – 31%), проте, забезпечують тривалий дренувальний ефект. Ендоскопічні операції хворі переносять краще, меншими є частота ускладнень (8 – 19%) та летальність (0,05 – 2,5%), проте, дренувальний ефект менш тривалий, в основному внаслідок оклюзії ендопротеза (С. І. Шаповальянц, 2012; М. Ю. Ничитайло, П. В. Огородник, 2013; J. R. Andersen, 2009; M. Basile, 2010; M. Wagner, 2012).

Питання, якому методу дронування жовчних проток віддати перевагу при МЖ, не вирішене. Деякі автори вважають методом вибору транспапільярне

ендопротезування (А. С. Маади, 2013; П. В. Огородник, 2014; J. H. Siegel, H. Snady, 2006; G. B. Doglietto, 2012); інші – віддають перевагу лапаротомним хірургічним втручанням (О. І. Дронов, 2012; А. А. Карпачов, 2013; А. G. Holbrook, 2010; R. W. Parks, 2011). Багато авторів вважають, що за наявності неоперабельних пухлин і очікуваної тривалості життя пацієнта менше 4 – 6 міс перевагу слід віддавати ендоскопічному дренажу жовчних проток, а за більшої прогнозованої тривалості життя як остаточне паліативне лікування більш ефективно біліодигестивне шунтування (Т. А. Sohn, 2009; Н. G. Beger, 2012; Т. Popiela, 2014). Проте, при цьому немає чітких об'єктивних критеріїв визначення передбачуваної тривалості життя пацієнтів за наявності пухлин органів біліопанкреатодуоденальної зони.

Відсутність єдиних поглядів щодо вибору способу дренажувальної операції при obturaції дистального відділу ЗЖП пухлинного походження спонукала нас проаналізувати власний досвід виконання відкритих та ендоскопічних хірургічних втручань і провести порівняльну оцінку найближчих й віддалених результатів лікування хворих.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота є фрагментом галузевої наукової програми Національного інституту хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України за запланованою темою: «Розробити комплекс хірургічних заходів по покращенню результатів лікування хворих з пухлинами підшлункової залози» (номер державної реєстрації 0111У009338). Автор брав безпосередню участь у виконанні зазначеної теми.

Тема дисертації затверджена на засіданні вченої ради Національного інституту хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова (протокол № 2 від 13.09.13).

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження є покращення результатів хірургічного лікування хворих, у яких діагностовано пухлинну obturaцію дистального відділу ЗЖП, шляхом раціонального використання транспапілярних декомпресивних втручань.

Відповідно до поставленої мети сформульовані такі завдання дослідження.

1. Проаналізувати ефективність інструментальної та топічної діагностики МЖ при obturaції пухлиною дистального відділу ЗЖП.

2. Вивчити безпосередні й віддалені результати лапаротомних та ендоскопічних дренажувальних операцій з приводу obturaції дистального відділу ЗЖП пухлинного походження.

3. Розробити нові та вдосконалити існуючі методи транспапілярних ендобіліарних втручань з приводу пухлинної obturaції дистального відділу ЗЖП.

4. Провести порівняльний статистичний аналіз результатів дренажувальних оперативних втручань з використанням лапаротомного та ендоскопічного доступів при obturaції дистального відділу ЗЖП пухлинного генезу.

5. Розробити та впровадити у клінічну практику алгоритм диференційної діагностики та оптимальної тактики оперативного лікування хворих з приводу обтурації дистального відділу ЗЖП пухлинного походження.

Об'єкт дослідження: МЖ при обтурації пухлиною дистального відділу ЗЖП.

Предмет дослідження: лапаротомні та ендоскопічні декомпресивні оперативні втручання з приводу обтурації пухлиною дистального відділу ЗЖП.

Методи дослідження: клініко–лабораторні, апаратно–інструментальні (ультразвукове дослідження – УЗД, езофагогастродуоденофіброскопія – ЕГДФС, ендоскопічна ультрасонографія, магніторезонансна панкреатикохолангіографія – МРПХГ, мультиспіральна комп'ютерна томографія – МСКТ, ендоскопічна ретроградна панкреатикохолангіографія – ЕРПХГ), статистичні.

Наукова новизна отриманих результатів. Дисертаційна робота містить новий підхід до застосування ендоскопічних декомпресивних оперативних втручань у хворих з приводу обтурації пухлиною дистального відділу ЗЖП.

Вперше в Україні розроблено та впроваджено в клінічну практику спосіб транспапілярної декомпресії жовчних проток, що включає ендоскопічну папілосфінктеротомію з установкою стента в просвіт ЗЖП та додадковим встановленням в просвіт ЗЖП назобіліарного зонда через який виконують дренажування та санацію жовчовивідних шляхів (пат. України 60878 від 25.06.11). Вперше розроблено та впроваджено спосіб лікування пухлинної обтурації дистального відділу ЗЖП, який включає ендоскопічну папілотомію до візуалізації вічка ЗЖП, ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію, з подальшим виконанням транспухлинного бужування і стентування тефлоновим стентом, який через 2 – 3 тижні замінюють на металевий (нітіноловий) з «пам'яттю» форми. Така тактика дала можливість встановлювати стенти більшого діаметру (10 – 12 Fr) та дозволила запобігти повторній обтурації ЗЖП (пат. України 63532 від 10.10.11). Вперше розроблено та застосовано у клініці ендобіліарний стент (пат. України 91724 від 10.07.14), який завдяки своїй конструкції має більший термін функціонування (4 – 6 міс.) та пристрій для встановлення ендобіліарного стента (пат. України 91725 від 10.07.14), який дозволяє спростити встановлення ендопротезу. Вперше розроблено та впроваджено в клінічну практику покази для виконання ендоскопічної папілектомії при аденомах ВСДК. Проведений порівняльний аналіз лапаротомних та ендоскопічних декомпресивних оперативних втручань у хворих з приводу обтурації пухлиною дистального відділу ЗЖП. Встановлено та підтверджено, за даними статистичних досліджень, що декомпресивні втручання з використанням транспапілярного доступу супроводжуються меншою частотою післяопераційних ускладнень та летальністю. Проведення перед операцією МРПХГ та ендоскопічної ультрасонографії, поряд з їх високою інформативністю, дає змогу уникнути застосування зайвих інвазивних методів діагностики та зайвого опромінення медичного персоналу і хворих.

Впровадження розробленого діагностично–лікувального алгоритму з використанням сучасних методів діагностики забезпечило своєчасне визначення строків і методів виконання декомпресивних оперативних втручань залежно від причини обтурації дистального відділу ЗЖП.

Практичне значення одержаних результатів. Широке використання в хірургічних клініках ендоскопічних втручань, в тому числі транспапілярного ендобіліарного стентування, супрапапілярної холедоходуоденостомії, ендоскопічної папілектомії як методу вибору при оперативному лікуванні хворих з приводу обтурації пухлиною дистального відділу ЗЖП, не тільки дозволило підготувати хворих до радикального втручання, а й стало самостійним остаточним як паліативним, так і радикальним методом їх лікування.

Розроблення та впровадження нових методів мініінвазивних оперативних втручань дозволило зменшити тривалість лікування хворого у стаціонарі після операції, зменшити тривалість хірургічного втручання під час виконання ендоскопічних операцій, зменшити частоту післяопераційних ускладнень та післяопераційну летальність, поліпшити якість життя пацієнтів після операції.

Впровадження способу транспапілярної декомпресії жовчних проток дозволило скоротити терміни лікування МЖ та гнійного холангіту у хворих з пухлинною обтурацією дистального відділу ЗЖП.

Впровадження способу лікування пухлинної обтурації дистального відділу ЗЖП дозволило уникнути виконання декомпресивних оперативних втручань класичним відкритим методом.

Використання розробленого ендобіліарного стента дало можливість ефективно проводити його санацію що дозволило збільшити термін функціонування ендопротезу, а використання пристрою для встановлення ендобіліарного стента дозволило спростити та прискорити його встановлення.

При доброякісних пухлинах ВСДК ендоскопічна папілектомія являється ефективною та безпечною альтернативою хірургічному втручання з лапаротомного доступу.

Розроблений та впроваджений в клінічну практику діагностично–лікувальний алгоритм у хворих з МЖ дає можливість раціонально застосувати нові діагностичні методи та вибрати оптимальний спосіб оперативного декомпресивного втручання з приводу пухлинної обтурації дистального відділу ЗЖП.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійним науковим дослідженням здобувача. Автор разом з науковим керівником обрав тему дисертації, самостійно розробив мету і завдання дослідження. Здобувач самостійно проаналізував сучасну літературу, провів патентний пошук за темою дисертації, вивчив клінічний матеріал за розробленою програмою, провів статистичний аналіз одержаних результатів. Дисертант безпосередньо брав участь під час виконання 80% операцій з використанням лапаротомного та 60% – ендоскопічного доступу.

Автор самостійно провів клінічні, інструментальні та статистичні дослідження у 127 хворих. Разом з науковим керівником розробив способи лікування хворих з приводу обтурації дистального відділу ЗЖП пухлинного походження.

Узагальнення результатів, їх аналіз та формулювання висновків здійснені автором самостійно. Здобувач самостійно оформив дисертаційну роботу та всю супровідну документацію.

Апробація результатів дисертації. Основні положення й матеріали дисертаційної роботи викладені та обговорені на: IV з'їзді Асоціації лікарів–ендоскопістів України (Яремча, 2010); Всеукраїнській науково–практичній конференції з міжнародною участю «Відеоендоскопічні методи при лікуванні хірургічної патології» (Тернопіль, 2010); 14–му Російському міжнародному конгресі з ендоскопічної хірургії (Москва, 2010); IV Українській науково–практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми хірургічної гастроентерології» (Донецьк–Святогорськ, 2011); 15–му Російському міжнародному конгресі з ендоскопічної хірургії (Москва, 2011); IV симпозиумі «Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія» (Полтава–Миргород, 2011); науково–практичній конференції «Актуальні питання сучасної хірургії» (Київ, 2011); 18–му Європейському інтернаціональному конгресі European Association for Endoscopic Surgery (Швейцарія, Женева, 16–19 червня, 2010); 19–му Європейському інтернаціональному конгресі European Association for Endoscopic Surgery (Італія, Турин, 15–18 червня, 2011); 20–му Європейському інтернаціональному конгресі European Association for Endoscopic Surgery (Бельгія, Брюссель, 20–23 червня, 2012).

Публікації за темою дисертації. За матеріалами дисертації опубліковані 16 наукових праць, в тому числі 12 – у вигляді статей у фахових журналах, включених до переліку видань, рекомендованих МОН України. Отримані 4 патенти України на корисну модель.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 152 сторінках друкованого тексту, складається з вступу, огляду літератури, 5 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій та списку використаних джерел. Дисертація ілюстрована 27 таблицями та 22 рисунками. Список джерел літератури містить 162 посилання, в тому числі 102 – кирилицею, 60 – латиною.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження. В основу роботи покладений аналіз клінічного спостереження за 127 хворими, яким в період з 2005 по 2013 р. з приводу обтурації пухлиною дистального відділу ЗЖП виконані ендоскопічні (у 75 пацієнтів – основна група) або лапаротомні (у 52 пацієнтів – група порівняння) декомпресивні оперативні втручання.

Групи хворих зіставні за статтю й віком. Співвідношення чоловіків і жінок в основній групі 46/29, в групі порівняння – 32/20. Вік хворих основної групи у середньому ($70,2 \pm 1,2$) року, групи порівняння – ($70,1 \pm 1,5$) року, в обох групах переважали хворі віком старше 60 років.

МЖ відзначена в усіх 127 хворих. Рівень білірубіну (медіана та інтерквартильний розмах) становив у середньому 312 мкмоль/л (від 196 до 384 мкмоль/л) – в основній групі, 258,8 мкмоль/л (від 147,7 до 380,9 мкмоль/л) – в групі порівняння ($p=0,364$ за критерієм Манна–Уїтні). Тривалість МЖ у більшості хворих (89,3% – в основній групі, 96,1% – в групі порівняння) перевищувала 1 тиждень, у середньому (медіана та інтерквартильний розмах) становила ($16 \pm 0,8$) діб (від 12 до 23 діб). Тривалість передопераційного періоду (медіана та інтерквартильний розмах) в основній групі становила у середньому 1 добу (від 0 до 3 діб), в групі порівняння – 4 доби (від 2 до 7 діб), різниця статистично високо значуща ($p<0,0001$ за критерієм Манна–Уїтні). Відзначали переважно МЖ середньої тяжкості та тяжку: у 86,6% хворих основної групи та у 76,9% групи порівняння, різниця статистично не достовірна ($p=0,182$ за критерієм χ^2 за методом Пірсона).

Найбільш часто пухлина локалізувалася в головці підшлункової залози та ВСДК (у 86,7% хворих основної групи та 84,6% – групи порівняння). У 115 хворих обох груп пухлини були злоякісні, у 12 хворих основної групи діагностовано доброякісну пухлину (аденому) ВСДК. У більшості пацієнтів (73,3% – основної групи та 88,5% – групи порівняння) діагностоване захворювання III – IV стадії. Гістологічна верифікація діагнозу проведена в усіх пацієнтів.

Групи пацієнтів не різнилися за тяжкістю супутніх захворювань та загальним станом. В обох групах під час оцінки тяжкості стану хворих за шкалою ASA встановлений II та III клас (у 86,7% хворих основної групи та у 88,5% – групи порівняння).

Обсяг клінічного обстеження хворих аналогічний в обох групах. Обстеження включало: аналіз даних анамнезу та оцінку фізичного статусу пацієнта, клінічні аналізи крові та сечі в динаміці, біохімічний аналіз крові в динаміці, УЗД органів черевної порожнини, ЕГДФС, МРПХГ, ендоскопічну ультрасонографію, ЕРПХГ. Основними інструментальними методами, що дозволили уточнити характер жовтяниці, локалізацію пухлини, рівень біліарної обструкції, а також поширення процесу, були ендоскопічна ультрасонографія та МРПХГ.

Таким чином, обидві групи були однорідними за кількістю хворих, віком, статтю, тяжкістю МЖ, стадією онкологічного процесу, фізичним статусом, а також обсягом клінічного обстеження.

Аналіз результатів лікування хворих проведений в два етапи. Першим етапом оцінювали безпосередні та віддалені результати лікування хворих в кожній групі. При цьому визначали ефективність методу дренивання (технічний та функціональний успіх), летальність, частоту ранніх і пізніх ускладнень. Другим

етапом здійснено порівняльну оцінку ендоскопічних і лапаротомних декомпресивних операцій та проведений статистичний аналіз результатів лікування хворих з приводу обтурації пухлиною дистального відділу ЗЖП. Статистичний аналіз проводили з використанням пакета статистичних програм SPSS.

Результати дослідження. Лапаротомні хірургічні декомпресивні втручання виконані у 52 пацієнтів з приводу обтурації пухлиною дистального відділу ЗЖП, зокрема, перша підгрупа – холецистоєюноанастомоз (ХЄА) сформований у 19 (36,6%), друга підгрупа – гепатикоєюноанастомоз (ГЄА) за Ру – у 15 (28,8%), третя підгрупа – холедоходуоденоанастомоз (ХДА) – у 18 (34,6%).

З 52 пацієнтів, у яких була виконана дренажна операція з використанням лапаротомного доступу (досягнутий технічний успіх), зниження рівня білірубіну та усунення ознак МЖ (задовільний функціональний результат) після операції досягнуті у 49 (94,2%). У 3 (5,8%) хворих після дренажної операції (ХЄА – у 2, ХДА – в 1) зниження рівня білірубіну не було. У 4 хворих білідигестивний анастомоз сформований як перший етап підготовки до виконання радикальної операції (панкреатодуоденальної резекції). В усіх хворих сформований ХЄА. Проте, під час наступної операції (через 30 – 40 діб) в усіх хворих виявлена нерезектабельна пухлина, втручання завершено виконанням діагностичної лапаротомії. Таким чином, накладення білідигестивного анастомозу стало у цих хворих остаточним паліативним втручанням.

Після операції ускладнення виникли у 12 (23,1%) хворих, зокрема, неспроможність швів анастомозу (ГЄА та ХДА) – у 4; панкреонекроз – в 1; кровотеча з зони анастомозу (ХЄА та ентероентероанастомозу) – у 2; з рани черевної стінки – в 1; з гострих виразок шлунка – у 2; транзиторне гостре порушення кровообігу головного мозку – в 1; тромбоемболія легеневої артерії – в 1. Специфічні ускладнення, пов'язані з технічними моментами операції, виявлені у 8 (15,4%) хворих, у 4 з них вони спричинили летальний кінець. Неспецифічні ускладнення спостерігали у 4 (7,7%) хворих, з них померли 2. При аналізі частоти ускладнень залежно від виду білідигестивного анастомозу встановлено, що формування білідигестивних анастомозів з жовчним міхуром (ХЄА) супроводжувалось більшою частотою ранніх післяопераційних ускладнень (26,3%), ніж формування анастомозів з жовчною протокою (ХДА, ГЄА) (21,2%), проте, різниця показників недостовірна ($p = 0,739$ за точним критерієм Фішера).

У строки від 2 до 30 діб після операції померли 6 хворих (летальність 11,5%). Причиною смерті були: неспроможність швів анастомозу (ГЄА та ХДА) з виникненням жовчного перитоніту (у 2 хворих), панкреонекроз (в 1), кровотеча з ХЄА (в 1), з гострих виразок шлунка і дванадцятипалої кишки (в 1), тромбоемболія легеневої артерії (в 1).

Таким чином, летальність після паліативних хірургічних декомпресивних втручань пов'язана в основному з тяжкими післяопераційними ускладненнями,

прогресуванням ракової інтоксикації та печінково–ниркової недостатності. Слід відзначити, що з 6 хворих, які померли, у 5 – виникли ускладнення у ранньому післяопераційному періоді (до 7 діб), з них у 4 – це були специфічні ускладнення (неспроможність швів анастомозу, кровотеча з анастомозу, панкреонекроз).

Тривалість лікування хворих у стаціонарі становила від 12 до 24 днів, у середньому ($18 \pm 0,4$) дня; тривалість післяопераційного періоду від 12 до 18 днів, у середньому ($14 \pm 0,3$) дня.

Після успішно виконаних відкритих хірургічних декомпресивних втручань виписані 46 пацієнтів. Віддалені результати проаналізовані у 43 (93,5%) з них (після формування ХСА – у 15, ХДА – у 15, ГСА – у 13).

Померли у строки від 59 до 364 діб після лапаротомного втручання 26 (60,5%) хворих. Тривалість життя становила у середньому ($146,7 \pm 13,1$) дня. Живі до моменту закінчення дослідження 17 (39,5%) пацієнтів, з них 9 – понад 1 рік. Рецидив жовтяниці в різні строки після хірургічного втручання виник у 13 (30,2%) хворих, у 9 – після формування ХСА, у 4 – ХДА.

В одного хворого жовтяниця виникла у строки до 1 міс після формування ХСА, у решти – від 100 до 350 діб, у середньому 163 доби після втручання. Після накладення ГСА рецидивів жовтяниці не спостерігали.

Прояви непрохідності дванадцятипалої кишки спостерігали впродовж 1 року в 1 (2,3%) хворого після формування ХДА, здійснено повторну операцію, сформований гастроентероанастомоз.

Таким чином, аналіз результатів лапаротомних декомпресивних втручань, виконаних у 52 хворих з приводу обтурації пухлиною дистального відділу ЗЖП, ускладнених МЖ, свідчив, що лапаротомні хірургічні декомпресивні операції з формуванням білідигестивних анастомозів за умови дистального біліарного блоку є ефективним способом біліарної декомпресії (технічний успіх 100%), забезпечують задовільний функціональний результат (94,2%), проте, супроводжуються досить значною частотою ускладнень (23,1%) та високою летальністю (11,5%). Встановлено також, що білідигестивний анастомоз з жовчним міхуром – технічно проста операція – супроводжується вкрай незадовільними віддаленими результатами – значною частотою рецидиву МЖ (60%).

Транспапілярні ендоскопічні декомпресивні оперативні втручання виконані у 75 хворих з приводу пухлинної обтурації дистального відділу ЗЖП. Використовували операційні дуоденоскопи Olympus JF–1T20, TJF–20 (Японія) з інструментальним каналом діаметром 4,2 мм та інструменти фірми Olympus (Японія). Жовчні протоки протезували з застосуванням пластикових та металевих стентів («Olympus», Японія, «Tannenbaum», США) 8 – 12 Fr, а також стентів і пристрою для встановлення стентів, на які отримані патенти України на корисну модель (91724 та 91725 від 10.07.14).

Залежно від методу ендоскопічної декомпресії жовчних проток пацієнти основної групи розподілені на три підгрупи: першу – 40 хворих, яким виконане транспапілярне стентування; другу – 23 хворих, яким здійснена супрапапілярна холедоходуоденостомія (СПХДС); третю – 12 пацієнтів, яким з приводу аденоми ВСДК виконано радикальне втручання – ендоскопічна папілектомія.

Адекватне біліарне дренивання (задовільний функціональний результат) в першій підгрупі виявилось ефективним у 39 (97,5%) пацієнтів. В 1 (2,5%) хворого дренивальна операція не забезпечила зниження рівня білірубіну. Таким чином, ефективність втручання (технічний успіх) становила 100%, задовільний функціональний результат – 97,5%.

Тривалість лікування хворих у стаціонарі становила від 2 до 3 днів, у середньому ($2,5 \pm 0,4$) дня; тривалість операції – ($27,1 \pm 0,8$) хв. У 2 (5%) хворих виникло інтраопераційне ускладнення – кровотеча з папілотомної рани, припинена за допомогою аргонно–плазмової діатермокоагуляції. Ще у 4 (10%) хворих ускладнення відзначені у ранньому післяопераційному періоді: в 1 – гострий панкреатит легкого ступеня, застосовані консервативні засоби; в 1 – рання обтурація стента, усунута під час виконання повторного транспапілярного втручання; у 2 – проксимальна й дистальна міграція тefлонового ендопротеза, замінений на нітиноловий з «пам'яттю форми» діаметром 1 см. Після транспапілярних втручань у цій підгрупі всі пацієнти живі.

Друга підгрупа – 23 хворих, у яких діагностовано аденокарциному ВСДК різного ступеня диференціювання, що не поширювалась на ЗЖП та протоку підшлункової залози. Для усунення МЖ здійснено СПХДС. Адекватне біліарне дренивання (задовільний функціональний результат) досягнуте у 22 (95,6%) пацієнтів. В одного хворого після дренивальної операції рівень білірубіну не знизився внаслідок переходу процесу на ЗЖП. Таким чином, ефективність втручання (технічний успіх) становила 100%, задовільний функціональний результат – 95,6%.

Тривалість лікування хворого у стаціонарі від 2 до 4 днів, у середньому ($3,2 \pm 0,2$) дня; тривалість операції – ($25,9 \pm 0,6$) хв. Інтраопераційне ускладнення виникло у 2 (8,7%) хворих – кровотеча з рани анастомозу, припинена методом фульгурації (аргонно–плазмова діатермокоагуляція). Після виконання ендоскопічної операції у цій підгрупі всі пацієнти живі.

Третя підгрупа – 12 хворих, у яких діагностовано аденому ВСДК, виконане радикальне втручання – ендоскопічна папілектомія. Найбільш точним методом діагностики вважали ЕГДФС та візуальний огляд ВСДК з подальшою ендоскопічною ультрасонографією. В усіх хворих аденому видаляли разом з ампулою ВСДК. У 7 пацієнтів за діаметра аденоми менше 2 см папілектомію з використанням ендоскопічної петлі виконано одномоментно. Пухлини діаметром понад 2 см у 5 хворих видаляли фрагментами. Висічену тканину пухлини

відправляли для гістологічного дослідження. Фрагменти новоутворення, які не вдалося видалити за допомогою петлі, фульгували з використанням аргонно-плазмового коагулятора. Критерієм радикальної резекції вважали відсутність видимої залишеної тканини пухлини в зоні папілектомії та негативний результат дослідження біоптату. Після ендоскопічної папілектомії з метою оцінки ступеня внутрішньопротокового поширення пухлини проводили ЕРПХГ та ендоскопічну ультрасонографію. Тимчасове ендопанкреатичне стентування з використанням пластикових ендопротезів 4 – 5 Fr проведене у 5 пацієнтів. У 2 хворих, при поширенні пухлини на дистальний відділ ЗЖП та протоку підшлункової залози виконане подвійне стентування протокових систем.

За результатами проведеного лікування цієї підгрупи хворих розроблені показання до виконання ендоскопічної папілектомії з приводу аденоми ВСДК.

1. Діаметр пухлини менше 3 см.

2. Відсутність ендоскопічних ознак злоякісного росту (ерозія пухлини, кровоточивість пухлини під час інструментальної пальпації, щільна консистенція новоутворення).

3. Відсутність внутрішньопротокового поширення пухлини за даними МРПХГ та ендоскопічної ультрасонографії.

4. Доброякісний характер пухлини за даними дослідження біоптата.

Адекватне біліарне дренивання та радикальність оперативного втручання досягнуті в усіх пацієнтів. Таким чином, ефективність ендоскопічної папілектомії (технічний успіх) та задовільний функціональний результат становили 100%.

Тривалість лікування хворого у стаціонарі становила від 5 до 8 днів, у середньому ($6,7 \pm 0,2$) дня; тривалість операції – ($40,7 \pm 1,1$) хв. Інтраопераційне ускладнення виникло в одного хворого – кровотеча з ложа видаленої аденоми, припинена за допомогою аргонно-плазмової діатермокоагуляції. Після операції ускладнень, що потребували б виконання лапаротомії, не спостерігали, всі пацієнти живі.

Тривалість лікування у стаціонарі хворих основної групи становила від 2 до 8 днів, у середньому ($3,8 \pm 0,4$) дня.

Після виконання ендоскопічних транспапільярних втручань 16 (21,3%) пацієнтів (12 – після СПХДС, 4 – після стентування) в подальшому оперовані з використанням лапаротомного доступу, у 14 – здійснена панкреатодуоденальна резекція, у 2 – сформований гепатикоєюноанастомоз. Цих двох хворих готували до радикального втручання, проте, під час лапаротомії було встановлено, що пухлина нерезектабельна.

Після успішного виконання транспапільярних дренивальних втручань, що стали остаточним методом лікування, виписані 57 пацієнтів. Віддалений результат проаналізований у 56 (98,2%) пацієнтів: 12 – після папілектомії, 28 – після стентування (16 – з використанням тефлонових та 12 – нітинолових стентів); 16 –

померли від прогресування основного захворювання у строки 3 – 12 міс після виконання ендоскопічної операції (8 – СПХДС, 8 – стентування). Рецидив жовтяниці та холангіту спостерігали у 21 (37,5%) пацієнта у строки від 86 до 348 діб після втручання, в тому числі внаслідок оклюзії стента – у 17, стенозу холедоходуоденостоми – у 4. З них у 13 хворих виникла оклюзія тefлонових стентів у строки від 86 до 175 діб, у 4 – нітинолових стентів в строки від 273 до 348 діб. Тривалість функціонування тefлонового стента після первинного ендопротезування становила від 86 до 175 доби, у середньому 122,4 доби; нітинолового стента – від 273 до 790 діб, у середньому 406,5 доби.

При виникненні оклюзії ендопротези замінювали, проте, у двох хворих при obtурації тefлонових ендопротезів у строки 86 та 92 доби здійснено санацію просвіту стента розчинами антисептиків, що сприяло відновленню їх функції.

Заміна ендопротезів проведена у 21 пацієнта, в тому числі у 15 – один раз, у 3 – двічі, у 2 – тричі, в 1 – чотири рази. При цьому металеві нітинолові стенти з ефектом «пам'яті форми» замінювали лише одноразово. Тривалість функціонування тefлонового стента після повторного ендопротезування становила від 64 до 208 діб, у середньому 108 діб; нітинолового стента – від 262 до 546 діб, у середньому 410 діб.

Померли 16 (28,6%) хворих у строки від 89 до 362 діб після ендоскопічної декомпресивної операції. Тривалість життя пацієнтів становила у середньому (149,6 ± 16,9) днів (5 міс). Живі до закінчення дослідження 40 (71,4%) пацієнтів, з них 29 – понад 1 рік, в тому числі 12 – після папілектомії живуть від 1 до 7 років, 2 – з аденокарциномою ВСДК живуть понад 2 роки після первинного ендопротезування з використанням нітинолового стента.

Після виконання ендоскопічної папілектомії рецидив захворювання за доброякісного новоутворення виник у 5 пацієнтів у строки від 16 до 24 міс, що потребувало здійснення повторного ендоскопічного втручання. Рецидивні розростання тканин пухлини видаляли ендоскопічною петлею і виконували фульгурацію з використанням аргано–плазмового коагулятора. У подальшому рецидивів захворювання під час повторних оглядів протягом 3 років у цих хворих не спостерігали.

Таким чином, аналіз транспапільярних ендоскопічних декомпресивних оперативних втручань, виконаних у 75 хворих з приводу obtурації пухлиною дистального відділу ЗЖП, свідчив, що ендоскопічні операції є ефективним методом біліарної декомпресії (технічний успіх – 100%, функціональний результат – 97,3%), супроводжуються невеликою частотою ускладнень (6,7% – інтраопераційних, 5,3% – післяопераційних) і відсутністю (в нашому дослідженні) летальності. Ендоскопічні декомпресивні втручання є ефективним мініінвазивним методом біліарної декомпресії під час підготовки хворих до виконання радикальної операції, а також оптимальним методом остаточного паліативного лікування хворих за наявності

нерезектабельних пухлин. Разом з тим, віддалені результати ендоскопічних декомпресивних втручань свідчать про значну частоту виникнення рецидивів жовтяниці (37,5%) внаслідок оклюзії стента (у більшості спостережень – тефлонового) та стенозу холедоходуоденостоми. Використання розробленого та впровадженого ендобіліарного стента дало можливість ефективно проводити його санацію що дозволило збільшити термін функціонування ендопротезу до 4 – 6 місяців, а використання пристрою для встановлення ендобіліарного стента дозволило спростити та прискорити його встановлення.

Використання нітинолових стентів, тривалість функціонування яких значно більша, ніж тефлонових (у нашому дослідженні становила у середньому 14 міс), значно збільшує тривалість декомпресії жовчних проток у порівнянні з такою при застосуванні тефлонових ендопротезів, внаслідок більшого діаметра (до 30 Fr) і меншої частоти оклюзії, що покращує результати лікування таких хворих.

За наявності доброякісних пухлин ВСДК ендоскопічна папілектомія є ефективною та безпечною альтернативою лапаротомному втручанню. Обов'язковим елементом ведення хворих після виконання ендоскопічної папілектомії вважаємо контрольні огляди зони операції з біопсією через 3, 6, 12 міс після операції, у подальшому – щороку з метою ранньої діагностики рецидиву захворювання та його своєчасного лікування.

Після аналізу безпосередніх і віддалених результатів лапаротомних та ендоскопічних декомпресивних втручань проведена порівняльна оцінка двох способів дренивання жовчних проток з приводу obturaції пухлиною дистального відділу ЗЖП.

Спочатку порівнювали безпосередні результати всіх ендоскопічних (у 75 хворих) та лапаротомних (у 52) втручань. При цьому встановлено, що обидва види операцій однаково ефективні щодо усунення жовтяниці. Задовільний функціональний результат дещо частіше відзначали після ендоскопічних операцій (97,3%), ніж після лапаротомних хірургічних декомпресивних втручань (94,2%), проте, технічний успіх був ідентичним (100%). Частота післяопераційних ускладнень (23,1%) та летальності (11,5%) після лапаротомних операцій суттєво більша, ніж після ендоскопічних (частота ускладнень – 12,0%, летальність відсутня), що свідчило про переваги транспапілярного біліарного дренивання у порівнянні з лапаротомними хірургічними декомпресивними операціями. (табл. 1).

За даними порівняльного статистичного аналізу ендоскопічних та лапаротомних дренивальних операцій встановлено, що обидва види операцій однаково ефективні щодо усунення жовтяниці при obturaції дистального відділу ЗЖП; частота технічного успіху та задовільних функціональних результатів були статистично зіставні ($p > 0,05$).

Безпосередні результати ендоскопічного та відкритого біліарного дренивання

Результат	Кількість спостережень в групах			
	порівняння		основній	
	абс.	%	абс.	%
Ефективність операції (технічний успіх)	52	100	75	100
Задовільний функціональний результат	49	94,2	73	97,3
Ускладнення	12	23,1	9*	12,0
Летальність	6	11,5%	–	–

Примітка. * різниця показників статистично значуща відносно такої в групі порівняння ($p < 0,05$). Те ж у табл. 2.

Операції з формуванням білідигестивних анастомозів з використанням лапаротомного доступу з приводу обтурації пухлиною дистального відділу ЗЖП характеризувались значною частотою ускладнень (23,1%) у порівнянні з такою після транспапільярного дренивання (12,0%) ($p = 0,080$ за точним критерієм Фішера). В групі порівняння відзначено також високу летальність (11,5%), в основній групі всі пацієнти живі.

Тривалість лікування хворого у стаціонарі після ендоскопічних дренивальних операцій, що були остаточним методом лікування, становила від 2 до 8 днів, у середньому ($3,8 \pm 0,4$) дня, що значно менше, ніж після лапаротомних втручань – від 12 до 24 днів, у середньому ($18 \pm 0,4$) дня; різниця показників статистично високо значуща ($p = 0,0001$ за критерієм Манна – Уїтні).

Аналіз віддалених результатів паліативних хірургічних та ендоскопічних операцій з приводу обтурації пухлиною дистального відділу ЗЖП дозволив заключити, що середня тривалість життя пацієнтів не залежала від способу біліарної декомпресії: ($149,6 \pm 16,9$) дня – в основній групі, ($146,7 \pm 13,9$) дня – в групі порівняння ($p = 0,969$ за критерієм Манна – Уїтні).

При аналізі віддалених результатів лапаротомних та ендоскопічних операцій з приводу дистального біліарного блоку звертає увагу порівнянна частота рецидивів жовтяниці в обох групах: 30,2% – після накладення білідигестивних анастомозів, 37,5% – після виконання ендоскопічних декомпресивних втручань ($p = 0,298$ за точним критерієм Фішера) (табл. 2).

У більшості (9 з 13) хворих рецидив жовтяниці в групі порівняння пов'язаний з операцією формування білідигестивного анастомозу з жовчним міхуром (60,0% – після накладення ХСА), в той час як після формування ГСА рецидиву жовтяниці не було. У зв'язку з цим відзначено зіставну частоту рецидивів жовтяниці після холецистоеюностомії (60,0%) та транспапільярного біліарного ендопротезування (47,2%) ($p = 0,541$ за точним критерієм Фішера).

Віддалені результати дренувальних операцій

Показник	Кількість хворих в групах	
	порівняння	основній
Кількість хворих	43	56
Рецидив жовтяниці, абс. (%)	13 (30,2)	21 (37,5)*
Непрохідність дванадцятипалої кишки, абс. (%)	1 (2,3)	–
Тривалість життя, днів (у середньому)	Від 59 до 364 (146,7 ± 13,1)	Від 89 до 362 (149,6 ± 16,9)

Таким чином, віддалені результати формування білідигестивних анастомозів з жовчним міхуром вкрай незадовільні, що ставить під сумнів доцільність виконання подібних операцій за передбачуваної тривалості життя пацієнта понад 3 – 4 міс. При цьому ХСА може бути сформований тільки після проведення антеградної холецистохолангіографії за умови задовільної прохідності міхурової протоки. В усіх інших ситуаціях методом вибору має бути гепатикоєюностомія за Ру.

Використання перед операцією МРПХГ та ендоскопічної ультрасонографії, поряд з високою інформативністю, дозволяє уникнути застосування інвазивних методів діагностики (ЕРХПГ), тяжких ускладнень та зайвого опромінення медичного персоналу і хворих в рентгеноопераційній. Застосування розробленого та впровадженого в клінічну практику діагностично–лікувального алгоритму у хворих при МЖ дає можливість раціонально використовувати діагностичні методики та обрати вірні способи виконання декомпресивних оперативних втручань з приводу obturaції дистального відділу ЗЖП пухлинного генезу (*див. схему*).

На підставі результатів порівняльного аналізу дренувальних операцій з приводу obturaції пухлиною дистального відділу ЗЖП запропонована тактика лікування хворих. При obturaції пухлиною дистального відділу ЗЖП методом вибору є ендоскопічні декомпресивні оперативні втручання, що можуть бути або підготовчим етапом до радикальної операції, або остаточним паліативним методом лікування інкурабельних хворих, а за наявності доброякісних пухлин ВСДК – самостійним радикальним методом лікування. Застосування такої тактики сприяло зменшенню частоти післяопераційних ускладнень (з 23,1 до 12,0%) та летальності (з 11,5 до 0%), а також тривалості лікування хворих у стаціонарі (з 18 до 3,8 дня).

За умови, що ендоскопічне транспапілярне дренування з приводу obturaції пухлиною дистального відділу ЗЖП з будь-якої причини неможливе чи неефективне, або якщо діагноз нерезектабельної пухлини органів біліопанкреатодуоденальної зони встановлений під час виконання лапаротомії, необхідне формування білідигестивного анастомозу.



Діагностично–лікувальний алгоритм у хворих при МЖ пухлинного походження.
 ЕПТ – ендоскопічна папілотомія; ЕБС – ендобіліарне стентування; НБД –
 назобіліарне дренивання.

Операцією вибору при цьому є гепатикоєюностомія за Ру. Формування анастомозу з жовчним міхуром виправдане лише в ситуації, коли лапаротомне втручання виконують у пацієнта за тяжких супутніх захворювань, у тяжкому стані (III – IV клас за шкалою ASA, високий операційно–анестезіологічний ризик), за наявності множинних метастазів пухлини, якщо передбачувана тривалість життя пацієнта не перевищує 3 – 4 міс.

ВИСНОВКИ

Дисертаційна робота містить новий підхід до теоретичного обґрунтування та практичного розв'язання актуального наукового завдання – покращення результатів діагностики й хірургічного лікування хворих з приводу обтурації пухлиною дистального відділу загальної жовчної протоки шляхом вдосконалення тактики лікування, впровадження діагностично–лікувального алгоритму, нових методів мініінвазивних втручань, спрямованих на зменшення частоти післяопераційних

ускладнень, зниження летальності, поліпшення якості життя пацієнтів після операції.

1. Застосування магніторезонансної панкреатикохолангіографії та ендоскопічної ультрасонографії дозволяє у 95,7% хворих встановити причину, рівень і поширення зони обтурації загальної жовчної протоки, уникнути застосування інвазивних методів діагностики.

2. При об'ємних утвореннях дистального відділу загальної жовчної протоки що ускладнюються жовтяницею, ендоскопічні декомпресивні операції є ефективним мініінвазивним методом біліарної декомпресії у 21,3% пацієнтів при підготовці їх до радикального втручання, а також оптимальним методом паліативного лікування 78,7% хворих за наявності інкурабельних пухлин.

3. При доброякісних пухлинах великого сосочка дванадцятипалої кишки ендоскопічна папілектомія є ефективною та безпечною альтернативою лапаротомному втручання у 97,5% хворих.

4. В порівнянні з лапаротомними операціями, ендоскопічні декомпресивні транспапілярні втручання з приводу обтурації пухлиною дистального відділу загальної жовчної протоки характеризуються незначною частотою ускладнень (12%) і відсутністю летальності.

5. При пухлинному ураженні дистального відділу загальної жовчної протоки тривалість лікування хворого у стаціонарі в основній групі хворих становила у середньому ($3,8 \pm 0,4$) дня, в групі порівняння – ($18 \pm 0,4$) дня; тривалість життя пацієнтів не залежала від способу біліарної декомпресії і становила у середньому ($149,6 \pm 16,9$) дня – в основній групі, ($146,7 \pm 13,1$) дня – в групі порівняння.

6. Застосування розробленого та впровадженого в клінічну практику діагностично–лікувального алгоритму у хворих при механічній жовтяниці дало можливість у 96% з них раціонально використати нові діагностичні методи, у 97% – обрати оптимальний спосіб оперативного декомпресивного втручання з приводу обтурації дистального відділу загальної жовчної протоки пухлинного генезу з пріоритетом ендоскопічних транспапілярних операцій.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Ендоскопічна хірургічна тактика при пухлинах великого сосочка дванадцятипалої кишки / М. Ю. Ничитайло, П. В. Огородник, О. М. Литвиненко, А. Г. Дейниченко, О. Г. Бойко // Укр. журн. малоінвазив. та ендоск. хірургії. – 2011. – Т. 15, № 3. – С. 29 – 30.

2. Хірургічні втручання при множинному холедохолітазі з використанням мініінвазивних технологій / М. Ю. Ничитайло, П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, Д. І. Христюк, О. Г. Бойко // Хірургія України. – 2011. – № 3. – С. 21 – 24.

3. Алгоритм диференційної і топічної діагностики обтураційної жовтяниці та мініінвазивної корекції прохідності магістральних жовчовивідних шляхів / М. Ю. Ничитайло, П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, О. Г. Бойко, Д. І. Христюк, Г. І. Шалковська, Г. М. Кича // Клін. хірургія. – 2012. – № 2. – С. 5 – 10.

4. Ускладнення ендоскопічних транспапілярних втручань на органах панкреатобіліарної системи / М. Ю. Ничитайло, П. В. Огородник, О. М. Литвиненко, А. Г. Дейниченко, В. В. Біляєв, С. І. Щербина, Д. І. Христюк, О. Г. Бойко // Укр. журн. малоінвазив. та ендоск. хірургії. – 2012. – Т. 16, № 3. – С. 31 – 32.

5. Ендоскопічні транспапілярні методи лікування холедохолітіазу, спричиненого множинними конкрементами / П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, Д. І. Христюк, О. Г. Бойко // Клін. хірургія. – 2012. – № 1. – С. 10 – 13.

6. Миниінвазивные хирургические вмешательства при обтурации дистального отдела общего желчного протока / М. Е. Ничитайло, П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, О. Г. Бойко, Д. И. Христюк // Хірургія України. – 2012. – № 4. – С. 16 – 20.

7. Ендоскопічне дренування біліарної системи при гострій обтурації спільної жовчної протоки / П. В. Огородник, В. І. Коломійцев, О. І. Кушнірук, А. Г. Дейниченко, О. Г. Бойко // Клін. хірургія. – 2013. – № 8. – С. 24 – 29.

8. Огородник П. В. Ендоскопічна хірургія дистальної оклюзії загальної жовчної протоки / П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, О. Г. Бойко // Укр. журн. малоінвазив. та ендоск. хірургії. – 2014. – Т. 18, № 4. – С. 19 – 22.

9. Наш досвід виконання ендоскопічної папілектомії / М. Ю. Ничитайло, П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, О. Г. Бойко, А. В. Стоколос // Харк. хірург. школа. – 2015. – № 5. – С. 139 – 143.

10. Эндоскопические резекционные вмешательства по поводу доброкачественных опухолей большого сосочка двенадцатиперстной кишки / М. Е. Ничитайло, П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, О. Г. Бойко, И. О. Чмелюк // Клін. хірургія. – 2015. – № 8. – С. 5 – 8.

11. Пат. України на корисну модель 63532, МПК А61В17/00. Спосіб лікування пухлинної обтурації дистального відділу холедоха / П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, О. Г. Бойко (Україна). – u201103483; заявл. 24.03.11; опубл. 10.10.11. Бюл. № 19.

12. Пат. України на корисну модель 60878, МПК А61В17/00. Спосіб транспапілярної декомпресії жовчних проток / П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, О. Г. Бойко (Україна). – u20110036; заявл. 11.01.11; опубл. 25.06.11. Бюл. № 12.

13. Пат. України на корисну модель 91724, МПК А61М27/00. Ендобіліарний стент / П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, О. Г. Бойко, В. І. Коломійцев (Україна). – u201402097; заявл. 03.03.14; опубл. 10.07.14. Бюл. № 13.

14. Пат. України на корисну модель 91725, МПК А61М27/00. Пристрій для встановлення ендобілярного стента / П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, О. Г. Бойко (Україна). – u201402098; заявл. 03.03.14; опубл. 10.07.2014. Бюл. № 13.

15. Библиодекомпрессионные транспапиллярные вмешательства при опухолях периапулярной зоны / М. Е. Ничитайло, П. В. Огородник, А. Н. Литвиненко, А. Г. Дейниченко, В. И. Коломийцев, О. Г. Бойко // Проблемы військової охорони здоров'я: зб. наук. праць Укр. військ.-мед. акад. – К., 2012. – Т. 1, вип. 34. – С. 145 – 150.

16. Ендоскопічна хірургія стенозуючого папіліту: матеріали VII симпоз. Асоціації лікарів-ендоскопістів України «Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія» / М. Ю. Ничитайло, П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, О. Г. Бойко, А. В. Стоколос, Д. І. Христюк // Укр. журн. малоінвазив. та ендоск. хірургії. – 2014. – Т. 18, № 2–3. – С. 49.

АНОТАЦІЯ

Бойко О. Г. Вибір методу біліарної декомпресії при обтурації дистального відділу загальної жовчної протоки пухлинного походження. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук зі спеціальності 14.01.03 – хірургія. – ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова» НАМН України, Київ, 2016.

У дисертаційній роботі проведений порівняльний аналіз ефективності 52 лапаротомних та 75 ендоскопічних декомпресивних оперативних втручань з приводу обтурації пухлиною дистального відділу загальної жовчної протоки. Доведено, що ендоскопічні декомпресивні втручання є ефективним мініінвазивним методом біліарної декомпресії під час підготовки хворих до радикальної операції, а також оптимальним методом остаточного паліативного лікування хворих з приводу нерезектабельних пухлин. За наявності доброякісних пухлин великого сосочка дванадцятипалої кишки ендоскопічна папілектомія є ефективною та безпечною альтернативою лапаротомному втручанню.

Розроблені, впроваджені та оцінені способи транспапиллярної декомпресії жовчних проток, ендобілярний стент, пристрій для встановлення ендобілярного стента, а також показання до виконання ендоскопічної папілектомії з приводу аденоми великого сосочка дванадцятипалої кишки.

Застосування розробленого та впровадженого в клінічну практику діагностично-лікувального алгоритму у хворих при механічній жовтяниці дало можливість раціонально використовувати діагностичні методики та обрати вірні способи оперативних декомпресивних втручань з приводу обтурації пухлиною дистального відділу загальної жовчної протоки.

Ключові слова: обтурація пухлиною дистального відділу загальної жовчної протоки; ендоскопічні декомпресивні оперативні втручання; лапаротомні декомпресивні оперативні втручання.

АННОТАЦІЯ

Бойко О. Г. Выбор метода билиарной декомпрессии при обтурации дистального отдела общего желчного протока опухолевого происхождения. – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. – ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова» НАМН Украины. – Киев, 2016.

Проанализированы медицинские карты 127 больных, которым по поводу обтурации опухолью дистального отдела общего желчного протока в период с 2005 по 2013 г. произведены лапаротомные (у 52 пациентов – группа сравнения) или эндоскопические (у 75 пациентов – основная группа) декомпрессионные оперативные вмешательства.

Проведен сравнительный анализ информативности визуализирующих методов инструментальной диагностики обтурации опухолью дистального отдела общего желчного протока. Установлено, что использование в предоперационном периоде магниторезонансной панкреатикохолангиографии и эндоскопической ультрасонографии дало возможность у 95,7% больных избежать применения инвазивных методов диагностики (эндоскопической ретроградной панкреатикохолангиографии, лапароскопии), уменьшить облучение медицинского персонала и больных в рентгенооперационной.

Доказано, что эндоскопические операции являются эффективным миниинвазивным методом билиарной декомпрессии у 21,3% больных при их подготовке к радикальной операции, а также оптимальным методом окончательного палиативного лечения 78,7% больных при нерезектабельных опухолях. При доброкачественных опухолях большого сосочка двенадцатиперстной кишки эндоскопическая папиллэктомия является эффективной и безопасной альтернативой лапаротомному вмешательству.

Использование разработанного нами комплекса новых методов эндоскопической декомпрессии желчевыводящих путей при обтурации опухолью дистального отдела общего желчного протока позволило уменьшить частоту осложнений с 23,1% – в группе сравнения до 12,0% – в основной группе (точный критерий Фишера $p=0,080$) и избежать летальности (11,5% – в группе сравнения, 0% – в основной группе).

Существенно меньшей была продолжительность лечения в стационаре пациентов, которым выполнены эндоскопические декомпрессионные операции: в

основной группе – в среднем ($3,8 \pm 0,4$) дня, в группе сравнения – ($18 \pm 0,4$) дня. При этом продолжительность жизни больных не зависела от способа билиарной декомпрессии и составляла в среднем ($149,6 \pm 16,9$) дня – в основной группе, ($146,7 \pm 13,1$) дня – в группе сравнения ($p=0,969$ по критерию Манна Уитни).

Применение разработанного и внедренного в клиническую практику диагностически–лечебного алгоритма у больных при механической желтухе дало возможность рационально использовать новые дорогостоящие диагностические методики и выбрать оптимальный способ оперативного декомпрессионного вмешательства по поводу обтурации дистального отдела общего желчного протока опухолевого генеза с приоритетным выполнением эндоскопических транспапиллярных операций.

Ключевые слова: обтурация опухолью дистального отдела общего желчного протока; эндоскопические декомпрессионные оперативные вмешательства; лапаротомные декомпрессионные оперативные вмешательства.

SUMMARY

Boyko O. G. Choice of biliary decompression method at the distal part obturation of the general bile duct of tumoral origin. – Manuscript.

Dissertation for competition of a scientific degree of candidate of medical sciences for the specialty 14.01.03 – Surgery. – Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv, 2016.

In the thesis the comparative analysis of 75 endoscopic and 52 laparotomic decompressive surgical interventions efficacy at the tumoral obstruction in the distal part of general bile duct has been conducted. The endoscopic decompressive interventions was proved to be effective low level invasive method of biliary decompression in preparation patients for the following radical surgery and the best method of final palliative treatment of patients with unresectable tumours. In cases of benign origin tumours of the big nipple of duodenum an endoscopic papillectomy is an effective and safe alternative to laparotomic surgery.

Means of transpapillary decompression of bile ducts, an endoscopic biliary stent, the device to install an endoscopic biliary stent and indications for making an endoscopic papillectomy at adenoma of the big nipple of duodenum are worked out, implemented and evaluated.

Diagnostic and therapeutic algorithm in patients with obstructive jaundice is worked out and introduced in clinical practice that enables to use diagnostic techniques efficiently and to choose correct decompressive surgical interventions at the tumoral obstruction in the distal part of general bile duct.

Key words: tumoural obstruction of the distal part of general bile duct; endoscopic decompressive surgical interventions; laparotomic decompressive surgical interventions.