

Міністерство охорони здоров'я України  
Київська медична академія післядипломної освіти

На правах рукопису

Палієнко Руслан Капітонович

УДК: 616.361 – 002 – 02;  
616.366 – 003.7; 616.367 – 089

СТАН ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ЖОВЧНИХ ПРОТОКІВ  
ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ ХОЛЕЦИСТИТА ТА ХОЛАНГІТА

14.01.03 – хірургія

Автореферат  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук



Київ – 1998

АВ 40,5 19

ЛННБ України ім.В.Стефаніка



00742508 (Q)

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Київській медичній академії післядипломної освіти МОЗ України.

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор **Мамчич Володимир Іванович**, завідувач кафедри хірургії з курсом топографічної анатомії та оперативної хірургії Київської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України

**Офіційні опоненти:** доктор медичних наук, професор, академік АМН України **Шалімов Олександр Олексійович**, почесний директор Інституту клінічної та експериментальної хірургії АМН України

доктор медичних наук **Мохнюк Юрій Миколайович**, професор кафедри хірургії Національного медичного університету МОЗ України.

**Провідна установа:** Харківський науково-дослідний інститут загальної та невідкладної хірургії МОЗ України (м.Харків), відділ хірургії печінки та жовчовивідних протоків

Захист дисертації відбудеться "30" ЧЕРВНЯ 1998 р. о 11<sup>00</sup> годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.02 при Київській медичній академії післядипломної освіти МОЗ України (254112, м.Київ, вул.Дорогожицька, 9).

З дисертацією можна ознайомитись в бібліотеці Київської медичної академії післядипломної освіти (м.Київ, вул.Дорогожицька, 9).

Автореферат розісланий "24" КВИТНЯ 1998 р.

Вчений секретар спеціалізованої вченої ради кандидат медичних наук, доцент

М.М.Гвоздяк

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Своєчасна діагностика та хірургічне лікування уражень позапечінкових жовчних протоків, а також профілактика ускладнень при операціях на них при різних формах холециститу та холангіту є однією з ключових проблем біліарної хірургії (О.О.Шалімов із співавт., 1993; С.О.Шалімов із співавт., 1990; Е.І.Гальперін із співавт., 1996; Б.М.Даценко із співавт., 1996; J.F.Ferrucci, D.G.Mathieu, 1990).

Непрохідність позапечінкових жовчних протоків та холангіт є основними ускладненнями жовчнокам'яної хвороби (Ю.М.Дедерер із співавт., 1983; В.В.Родіонов із співавт., 1991; Б.В.Петровський із співавт., 1980; Л.К.Соколов із співавт., 1987; J.A.Glassman, 1989).

Зростання захворюваності холециститом ставить холелітіаз в ряд найбільш розповсюджених хірургічних захворювань (Б.В.Петровський із співавт., 1980). Літіаз позапечінкових жовчних протоків викликає механічну жовтяницю у 15-40% хворих на жовчнокам'яну хворобу (С.Г.Шаповальянц із співавт., 1997; В.В.Віноградов із співавт., 1977; З.А.Цхакая із співавт., 1977; О.О.Шалімов із співавт., 1993; W.Hess, 1961) і у 61,3-85% є причиною механічної жовтяниці доброякісного генезу (Б.О.Корольов, Д.Л.Піковський, 1990; В.В.Родіонов, М.І.Філімонов, В.М.Могучев, 1991). Найчастіше – у 30,3-78,5% непрохідність позапечінкових жовчних протоків доброякісного генезу обумовлена холедохолітіазом (М.Ю.Ничитайло, 1996; А.Л.Андреев із співавт., 1996; Б.С.Бріскін із співавт., 1996; Е.І.Гальперін із співавт., 1989; В.С.Савельєв із співавт., 1996; М.Ю.Ничитайло, 1996, 1997) і в 30-40% є причиною повторних втручань на жовчних протоках (Б.В.Петровський із співавт., 1980; Е.І.Гальперін, Н.В.Волкова, 1988).

Летальність при непрохідності позапечінкових жовчних протоків при екстрених операціях на висоті жовтяниці може досягати 53-64,7% (Ш.І.Карімов, 1996; Т.Аdream et al., 1986), а при ендобіліарних втручаннях від 3% до 10% (S.Gundpy et al., 1984).

За даними Е.І.Гальперіна із співавт. (1983) холангіт виявляється у 29,1% хворих з холедохолітіазом і є найтяжчим ускладненням жовчнокам'яної хвороби (Ю.М.Дедерер із співавт., 1983; Е.І.Гальперін із співавт., 1987). Гострий гнійний холангіт спричиняє ураження не лише жовчних протоків, печінки, імунної системи, а й супроводжується порушенням функції інших органів і систем і обумовлює високу післяопераційну летальність, яка за даними різних авторів коливається від 4,7% до 88% (Г.Г.Ахаладзе із співавт., 1997; М.Ю.Ничитайло із співавт., 1997; Б.М.Даценко із співавт., 1995; В.П.Андрющенко, 1994; В.С.Земсков із співавт., 1986).

Таким чином, важливим для поліпшення діагностики та хірургічного лікування хворих із літіазом жовчних протоків та холангітом є вивчення стану позапечінкових жовчних протоків при різних формах холецистита та холангіта.

### **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Дисертація виконана у відповідності з планом науково-дослідних робіт кафедри хірургії з курсом топографічної анатомії та оперативної хірургії Київської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, номер Державної реєстрації теми ІА01013686Р.

**Мета дослідження.** Метою дослідження є покращення діагностики та хірургічного лікування хворих із запальними процесами в жовчних протоках на основі вивчення особливостей морфологічних та функціональних змін позапечінкових жовчних протоків при різних формах холецистита та холангіта.

### **Основні задачі дослідження.**

1. Визначити частоту різних форм запалення позапечінкових жовчних протоків в загальній структурі запальних захворювань жовчних шляхів.

2. Оцінити ефективність та провести порівняльний аналіз існуючих інструментальних методів діагностики уражень позапечінкових жовчних протоків при різних формах холецистита та холангіта та конкретизувати показання до їх застосування.
3. Виявити та обґрунтувати характер змін в позапечінкових жовчних протоках при холедохолітазі та холангіті в залежності від запального процесу в жовчних шляхах
4. На підставі отриманих результатів виробити раціональні методи діагностики холедохолітазу і холангіту та методи їх хірургічного лікування.

**Наукова новизна одержаних результатів.** У роботі виявлена частота різних форм гострого холецистита із ураженням позапечінкових жовчних протоків та питома вага необструктивних форм гострого холецистита. Доповнена класифікація синдрому Mirizzi. Розроблені: спосіб ультразвукової діагностики холангіолітазу із застосуванням препарату "Echovist" (рішення №9151 від 12.03.98 про видачу патенту на винахід за заявкою №97073708, поданої 11.07.97), інструмент для вимірювання порожнистих органів (заявка на винахід №98031065 від 02.03.98), спосіб оперативного лікування непрохідності дистального відділу загальної жовчної протоки (заявка на винахід №98021009 від 26.02.98). Виявлено закономірності морфологічних змін та товщини стінки загальної жовчної протоки в залежності від характеру запального процесу. Виявлено динаміку складу імуноглобулінів в протоковій жовчі в післяопераційному періоді при холангіті. Розроблено програму комплексного лікування хворих із гнійним холангітом та літазом позапечінкових жовчних протоків.

**Практичне значення одержаних результатів.** На підставі аналізу отриманих даних розроблені і впроваджені в практику хірургічної клініки Київської обласної клінічної лікарні: спосіб ультразвукової діагностики холангіолітазу із застосуванням препарату "Echovist", який за інформативністю не поступається методам рентгенологічного дослідження, але значно простіший у виконанні і менш шкідливий по

променевому навантаженню та побічній дії; інструмент для вимірювання порожнистих органів, який дозволяє з'ясувати товщину стінки жовчного протока та допомагає в комплексі з іншими інструментальними методами вирішити питання хірургічної тактики під час операцій на жовчних протоках; спосіб оперативного лікування непрохідності дистального відділу загальної жовчної протоки, який попереджає розвиток панкреатиту в ранньому післяопераційному періоді та стенозування великого дуоденального сосочка і дуоденохоледохеального рефлюкса у віддаленому періоді після операції. Розроблені методики діагностики та оперативного лікування рекомендуються до широкого впровадження в хірургічні клініки на циклах удосконалення лікарів на кафедрі хірургії з курсом топографічної анатомії та оперативної хірургії Київської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

**Особистий внесок здобувача.** Наведені автором в дисертаційній роботі дані отримані ним особисто. Переважна більшість оперативних втручань – 3/4 виконані за безпосередньою участю автора. Метод ультразвукової діагностики холангіолітіазу із застосуванням препарату "Echovist" захищений авторськими правами патента України на винахід. Інструмент для вимірювання товщини порожнистого органу під час операції та метод оперативного лікування непрохідності дистального відділу загальної жовчної протоки розроблені дисертантом за його особистими ідеями. Результати роботи, що викладені в співавторстві у публікаціях є здобутками досліджень дисертанта.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертації доповідались на III Конференції хірургів-гепатологів Росії і стран СНД (м.Санкт-Петербург, червень 1995 р.), Республіканській науково-практичній конференції "Діагностика та хірургічне лікування захворювань та пошкоджень позапечінкових жовчних протоків" (м.Київ, листопад 1996 р.), засіданні наукового товариства хірургів м.Києва та Київської області (1996 р.), II Європейському конгресі міжнародної гепато-панкреато-біліарної асоціації (Гамбург, червень 1997 р.), науковій конференції "Актуальні питання хірургії", присвяченій 75-річчю кафедри хірургії

Київської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України (м.Київ, листопад 1997 р.), XX Ювілейній конференції молодих вчених Київської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України (м.Київ, грудень 1997 р.), на спільному засіданні кафедр хірургії з курсом топографічної анатомії та оперативної хірургії, хірургії та опікових хвороб, патологічної анатомії Київської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України та відділів хірургії жовчних шляхів та підшлункової залози, судинної хірургії, лабораторії імунології Інституту клінічної та експериментальної хірургії АМН України (м.Київ, жовтень 1997 р.)

**Публікації.** По темі дисертації опубліковано 24 наукові роботи. Отримано патент України на винахід (рішення Держпатенту України №9151 від 12.03.98 про видачу патенту на винахід за заявкою №97073708, поданої 11.07.97).

**Структура дисертації.** Дисертація викладена на 157 сторінках машинописного тексту і складається з вступу, огляду літератури, трьох глав власних досліджень, завершення, висновків і списку літератури який охоплює 283 джерела, з них 213 вітчизняних і 70 іноземних. Робота ілюстрована 4 таблицями і 40 малюнками.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

**Матеріал та методи дослідження.** Робота охоплює аналіз обстеження та лікування 306 хворих віком від 13 до 86 років, що знаходились на лікуванні в хірургічній клініці із запальними процесами жовчних шляхів. 294 (96%) з них проходили лікування із різними формами холециститу, а 12 (4%) із резидуальним холедохолітіазом та холангітом після холецистектомії. З хронічним холециститом було 96 (32,7%) хворих, чоловіків 21 (22%), жінок 75 (78%), з них прооперовано 92 (96%). З гострим холециститом лікувалось 198 (67,3%), чоловіків 64 (32%), жінок 134 (68%), з них прооперовано 111 (56%).

Діагностика запальних процесів жовчних шляхів базувалася на загальноклінічних та інструментальних методах дослідження. Із

інструментальних методів дослідження хворим виконували ультразвукове дослідження за загальноприйнятою методикою та за розробленим способом із застосуванням препарату "Echovist", ендоскопічні методи – гастрофібродуоденоскопію, лапароскопію, фиброхоледохоскопію, та рентгенологічні – ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію, пункційну холецистохолангіографію та холангіографію під контролем лапароскопії, та інтраопераційну холангіографію, фістулохолангіографію в післяопераційному періоді.

Видалений жовчний міхур для з'ясування характеру запального процесу піддавали патогістологічному дослідженню у 203 оперованих хворих.

Стінки загальної жовчної протоки, яку брали методом біопсії під час операції у 29 хворих – 17 із гострим калькульозним холециститом, ускладненим гострим холангітом та 12 із хронічним калькульозним холециститом, ускладненим холедохолітіазом та механічною жовтяницею, піддавали гістоморфологічному дослідженню після приготування зрізів та окраски їх гематоксілін-еозіном та резорцин-фуксіном за методом Вейгерта та ван Гісона в світловому мікроскопі. Одержані дані що-до морфофункціональної структури стінки загальної жовчної протоки зрівнювали із показниками товщини стінки загальної жовчної протоки, визначеної під час операції розробленим інструментом.

Товщину загальної жовчної протоки під час операції вимірювали по передній стінці розробленим інструментом, із точністю вимірів 0,01 мм, на 1 см нижче місця злиття міхурової та загальної печінкової протоки.

Із метою вивчення місцевих факторів імунітету в жовчі при гострому та хронічному запаленні в жовчних протоках було досліджено жовч 23 хворих – 14 з гострим калькульозним холециститом, ускладненим гострим холангітом, 9 з хронічним калькульозним холециститом. Жовч видалляли із жовчного міхура та із загальної жовчної протоки пункцією під час операції, та із дренажа із загальної жовчної протоки в різні строки після операції. Проводили дослідження клітинного складу жовчі в світловому мікроскопі, видалення нейтрофілів та вивчення їх функціональної

активності методами нітросинього-тетразолієвого тесту за методом Park в модифікації Є.І.Шмельової та фагоцитозу із використанням грибків виду *Candida albicans* за методом Є.Ф.Чернушенко. Вміст імуноглобулінів класів А, М, G в жовчі виявляли за методом радіальної імунодифузії в гелі по G.Mancini.

Результати роботи оброблялись варіаційно-статистичними методами із застосуванням критеріїв Стюдента на комп'ютері Pentium за допомогою програм Statgraphics 2.6 та Microsoft Excel. Графіки, таблиці та малюнки, а також набір тексту зроблені за допомогою програми Microsoft Office 97.

**Основні результати дослідження.** При вивченні результатів дослідження у 111 оперованих хворих з гострим холециститом, у 91(82%) хворого був виявлений калькульозний і у 20 (18%) безкам'яні форми гострого холецистити. При гострому калькульозному холециститі у 68 (75%) хворих спостерігалися різні ускладнення (холедохолітиаз, холангіт, механічна жовтяниця, флегмона або гангрена жовчного міхура, місцевий або розповсюджений жовчний перитоніт, панкреатит). При гострому безкам'яному холециститі у 19 (95%) хворих були ускладнення (холангіт, механічна жовтяниця, флегмона або гангрена жовчного міхура, гострий панкреонекроз, місцевий або розповсюджений перитоніт). Холедохолітиаз був діагностований у 39 хворих (35%), холангіт у 50 (45%) хворих (у 19 з безкам'яними формами). Гострий катаральний холангіт був виявлений при патоморфологічному дослідженні у 21 хворого, фібринозно-некротичний у 29.

У 92 хворих з хронічним холециститом неускладнені форми виявлені у 48 з калькульозним і 2 з безкам'яними формами. При хронічному ускладненому холециститі у 22 (24%) виявлений літиаз жовчних протоків і у 23 (25%) різні форми холангіту.

У 9 хворих було виявлено синдром Mirizzi. Загальноприйнята класифікація була доповнена VI типом, який характеризувався здавленням аномально розташованої правої печінкової протоки конкрементом, що знаходився в міхуровому протоку. У 7 з 9 хворих

захворювання крім механічної жовтяниці ускладнилось гнійним холангітом. Загалом було виявлено, що головною підставою для розвитку синдрому Mirizzi є порушення топографії жовчних протоків.

За даними ультразвукового дослідження було виявлено, що чутливість методу при доопераційній диференціальній діагностиці причин холетензії дорівнює 92%, а специфічність – 86%.

Розроблена методика ультразвукового дослідження із застосуванням препарату "Echovist" є доступною та простою при виконанні під час та після операції і дозволяє діагностувати літіаз термінальних відділів жовчних протоків в 86%, що є недоступним при звичайному ультразвуковому дослідженні.

Ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія, що була проведена у 23 хворих, дозволила діагностувати причину непрохідності жовчних протоків у 20 (87%) хворих і завершити дослідження папілосфінктеротомією з усуненням причини холетензії у 18 хворих (78%) із відновленням пасажу жовчі в дванадцятипалу кишку. Ускладненням у 1 хворого (4%) був розвиток панкреатиту.

Побічна дія при застосуванні діагностичних йодотримуючих препаратів (30% розчини) під час 72 рентгенологічних досліджень, була виявлена у 14 (19%) хворих у вигляді запаморочення, відчуття жару, зниженням артеріального тиску, нудоти, біллю в правому підребер'ї, кропивниці.

При дослідженні факторів місцевого імунітету в жовчі, було виявлено, що під час гострого холециститу ускладненого холангітом в жовчі виявляються в значній кількості нейтрофіли – 74-92% клітинного складу, на другому місці лімфоцити, склад яких дорівнював 6-14% і макрофаги. При хронічному холециститі виявлялися одиничні лімфоцити та макрофаги. При дослідженні фагоцитарного числа, та активності нейтрофілів, було виявлено, що активність видалених нейтрофілів більше при хронічному, ніж гострому запаленні, а середнє фагоцитарне число майже однакове – 3,95 при гострому та 3,47 при хронічному запаленні.

У 14 хворих із гострим холангітом було виявлено співвідношення імуноглобулінів класу А, М, G в міхуровій та протоковій жовчі під час операції та в різні строки післяопераційного періоду. Було виявлено, що під час операції вміст імуноглобулінів класу G майже в 2 рази перевищував вміст в міхуровій жовчі, а кількість імуноглобулінів класів А та М достовірно не відрізнялася. На 6-7 добу після операції, при адекватному лікуванні та поліпшенні загального стану хворого, вміст імуноглобулінів в протоковій жовчі поступово зменшувався із стабілізацією на 10-11 добу на наступних рівнях: іg G –  $0,49 \pm 0,16$  г/л, іg A –  $0,18 \pm 0,02$  г/л, іg M –  $0,335 \pm 0,085$  г/л ( $p < 0,02$ ). Співвідношення вмісту іgG до іg M та іg A під час операції та в післяопераційному періоді було майже постійним і становило 3:2:1.

Аналіз морфофункціонального стану стінки загальної жовчної протоки у 17 хворих з гострим калькульозним холециститом, ускладненим холангітом, що утворили 1 групу та 12 хворих з хронічним калькульозним холециститом, ускладненим холедохолітіазом та механічною жовтяницею (2 група), виявив в усіх 29 запальний процес в слизовій оболонці та підслизовій основі та був розділений на три типи.

I тип мав місце у 12 хворих першої групи та 2 із другої та характеризувався гострим запаленням слизової оболонки та підслизової основи із різним ступенем визначеності із збереженням основних скорочувальних елементів стінки жовчного протока – м'язового та еластичного, та відсутністю її колагенізації.

II тип було виявлено у 5 хворих першої групи та 4 другої. Цей тип характеризувався признаками хронічного запалення або його загострення із частковою втратою м'язового прошарку та еластичних волокон.

III тип мав місце у 6 хворих другої групи та характеризувався дегенеративно-атрофічними процесами із вираженою колагенізацією та необоротною втратою основних скорочувальних морфофункціональних властивостей.

Під час вимірів при операції товщини стінки загальної жовчної протоки, було виявлено, що при I типі морфофункціональних змін

товщина становила від 2,35 мм до 4,11 мм, при II типі – від 1,86 мм до 3,81 мм, при III – від 1,15 мм до 1,72 мм. Було виявлено, що між товщиною дилатованої загальної жовчної протоки та частотою органічного ураження морфофункціональних елементів існує залежність, яка виявляється в тому, що, чим тонша стінка загальної жовчної протоки, тим частіше в ній виявляються необоротні органічні зміни всіх прошарків із дегенеративними переутвореннями м'язових та еластичних волокон.

203 оперованим хворим із різними формами холециститу проводились шість різних типів хірургічних втручань. Аналіз хірургічного лікування хворих наведено в таблиці 1.

У 20 хворих з неускладненим гострим холециститом, та 50 з неускладненим хронічним холециститом виконували холецистектомію із дренажуванням підпечінкового простору, що склало 36% від загальної кількості операцій при холециститах. Ускладнень не було. Післяопераційний період склав 8,5 діб.

Холецистектомія із зовнішнім дренажуванням позапечінкових жовчних протоків виконана 40 хворим (19,7%). Ускладнення відбулися у 10 хворих, 3 вмерло. Причинами смерті були інфекційні ускладнення. Післяопераційний період при неускладненому перебігу склав 12 діб.

Холецистектомія із холедохотомією, ревізією жовчних протоків і холедохолітотомією при наявності холедохолітіазу, із зовнішнім дренажуванням жовчних протоків виконана у 28 хворих із гострим ускладненим холециститом. Вмерло 2. Причинами смерті були гострий гнійний холангіт та печінкова недостатність. Післяопераційний період склав в середньому 13,4 доби (при неускладненому перебігу).

24 хворим з гострим ускладненим холециститом було виконано холецистектомію, холедохолітотомію, накладання білідигестивного анастомозу, зовнішнє дренажування загальної жовчної протоки. Вмерло 6 хворих. Причинами смерті у 3 хворих був гнійний абсцедуючий холангіт, у 1 розповсюджений жовчний перитоніт, у 1 – печінкова недостатність і у 1 – гостра серцево-судинна недостатність. Післяопераційний період склав при неускладненому перебігу в середньому 13,8 діб.

22 хворих із ускладненим хронічним калькульозним холециститом, що був ускладнений холедохолітазом із механічною жовтяницею, були оперовані в 2 етапи. На першому етапі їм виконували зовнішнє дренажування жовчних протоків одним із малоінвазивних методів, а на другому, через 10-15 діб – радикальну операцію з усуненням причин, що спричинили захворюванню. У 8 хворих цієї групи ендоскопічна папілосфінктеротомія з літоекстракцією була кінцевим хірургічним втручанням. Післяопераційний період склав в середньому 8,7 діб. Ускладнень не було.

Останню групу склали 15 хворих молодого та середнього віку, із гострим калькульозним холециститом, ускладненим холедохолітазом дистального відділу загальної жовчної протоки, яким було виконано операцію за розробленим методом. Задачею розробленого методу хірургічного лікування холедохолітазу дистального відділу загальної жовчної протоки було попередження розвитку панкреатита в ранньому післяопераційному періоді та стенозування великого дуоденального сосочка і дуоденохоледохеального рефлюкса в віддаленому періоді після оперативного лікування непрохідності дистального відділу загальної жовчної протоки, особливо, ускладненої блокадою великого дуоденального сосочка. Поставлена задача досягалася за рахунок часткового збереження при операції сфінктерного апарату великого дуоденального сосочка. З трьох складників сфінктерного апарату великого дуоденального сосочка (верхній сфінктер, субмукозний сфінктер, нижній сфінктер) при операції здійснюють розтин лише верхнього сфінктера (сфінктера Вестфала), а збереження двох частин – субмукозного сфінктера і нижнього сфінктера (сфінктер Boyden) забезпечує в післяопераційному періоді фізіологічну функцію великого дуоденального сосочка.

Спосіб здійснюють слідуючим чином:

По перше, видаляють жовчний міхур, після чого через куксу міхурової протоки в дистальному напрямку проводять балоний катетер Fogarty. Мобілізують дванадцятпалу кишку по Kocher. Вводять катетер в

Таб. 1.

Характеристика операцій, що виконувались при різних формах холецистита.

	Характер операції	Кількість оперованих хворих із холециститом				Всього	Кількість померлих
		гострим ускладненим	гострим не-ускладненим	хронічним ускладненим	хронічним не-ускладненим		
1.	Холецистектомія	-	24	-	50	74	-
2.	Холецистектомія + зовнішнє дренування жовчних протоків	20	-	20	-	40	3
3.	Холецистектомія + холедохолітомія + зовнішнє дренування жовчних протоків	28	-	-	-	28	2
4.	Холецистектомія + холедохолітомія + білодигестивний анастомоз + зовнішнє дренування жовчних протоків	24	-	-	-	24	6
5.	Двохетапні операції: ендоскопічне втручання із зовнішнім дренуванням жовчних протоків + радикальна операція на 10-15 добу	-	-	22	-	22	-
6.	Холецистектомія + розроблена трансдуоденальна супрапапілярна холедоходуоденостомія + подвійне дренування жовчних протоків	15	-	-	-	15	-
7.	Всього	87	24	42	50	203	11

напрямку до кишки і по промацуваному роздмуханому балончику в проекції великого дуоденального сосочка поперечно розсікають дванадцятипалу кишку по передній стінці в нисхідній частині кишки.

Знаходять Фатеров сосочек і здійснюють його кануляцію. Відступивши на 5-8 мм від зовнішнього отвору великого дуоденального сосочка антеро-латерально на катетері електроножем або лазерним скальпелем розсікають задню стінку дванадцятиперстної кишки і передню стінку загальної жовчної протоки на протязі 4-10 мм. Вінця слизової загальної жовчної протоки і дванадцятиперстної кишки коагулюють. Виробляють ревізію термінального відділу загальної жовчної протоки із вилученням жовчних каменів і жовчної замазки, жовчні протоки промивають через культю міхурової протоки. Операцію завершують герметичним ушиванням дуоденотомічної рани та зовнішнім дренажуванням загальної жовчної протоки.

У 15 оперованих за розробленою методикою ускладнень не було. Післяопераційний період склав в середньому 8,7 діб.

У 12 (6%) оперованих були виявлені відхилення від стандартної топографії позалічківкових жовчних протоків. При цьому були відмічені варіанти топографії та аномалії розвитку жовчних протоків: атипіві рівні формування загальної жовчної протоки, високе, ретродуоденальне та низьке злиття міхурової та загальної печінкової протоки, додаткова жовчна протока.

При комплексному лікуванні хворих з ускладненим холециститом перевагу надавали антибактеріальному препарату "Cefobid" в комбінації з метронідазолом. Під час роботи було з'ясовано, що фармакокінетичною властивістю препарату "Cefobid" є вибірне виведення печінкою в незмінному вигляді, що дозволяє досягати його максимальної концентрації в жовчі, а метронідазол посилює бактерицидну дію по відношенню до анаеробної та грамнегативної флори.

## ВИСНОВКИ

1. Морфо-функціональні зміни позапечінкових жовчних протоків при холециститі та холангіті мають різний ступінь виразності та залежать від характеру, форми та тривалості запального процесу. При гострому холециститі холангіт зустрічається в 45%, літіаз позапечінкових жовчних протоків в 35%, а при хронічному, відповідно в 25% та 24% випадків.
2. Розроблена методика ультразвукового дослідження жовчних протоків із застосуванням препарату "Echovist" під час операції і після неї є безпечною, доступною, простою та більш інформативною ніж традиційне ультразвукове дослідження.
3. При гострому запаленні в жовчних протоках відбувається активація як клітинних, так і гуморальних факторів місцевого імунітету. При адекватному хірургічному лікуванні гострого холангіту, на 6-7 добу відбувається зниження рівнів імуноглобулінів класів А, М, G та підвищується фагоцитарна активність нейтрофілів в жовчі, що корелює із загальною реактивністю організму.
4. З'ясовано, що чим тонше стінка дилатованого холедоха, тим вище вирогідність наявності грубих патоморфологічних змін його скорочувальних елементів. Вимірювання товщини стінки загальної жовчної протоки розробленим інструментом в комплексі з іншими інтраопераційними методами дослідження дозволяє обрати оптимальний обсяг хірургічного втручання.
5. Розроблений метод хірургічного лікування літіазу дистального відділу загальної жовчної протоки із частковим збереженням сфінктерного апарату великого дуоденального сосочка попереджає розвиток раннього післяопераційного панкреатита і дуоденохоледохоального рефлюкс-холангіта, що сприяє зниженню післяопераційних ускладнень.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Характеристика местного иммунитета у больных с острым и хроническим воспалением желчных протоков // Вестник проблем биологии и медицины. – 1998. – №10. – с.137-146.
2. Ультразвуковое исследование желчных протоков // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1998. – Том 2; №2. – с.74-77. (Соавт. В.Т.Шило)
3. Новый способ оперативного лечения литиаза дистального отдела общего желчного протока // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1998. – Том 2; №2. – с.78-80. (Соавт. З.З.Парацій, В.И.Паламарчук)
4. Классификация синдрома Мириззи // Сборник научных работ "Новые технологии в хирургии" под общей редакцией проф. В.И.Мамчича. – К.: Арт-График. – 1997. – с.63-65.
5. Ультразвуковое обследование больных с желтухой // Сборник научных работ "Новые технологии в хирургии" под общей редакцией проф.В.И.Мамчича. – К.: Арт-График. – 1997. – с.62-63. (Соавт. В.Т.Шило, Ю.А.Крыгин)
6. Анализ хирургического лечения больных с острым холециститом в Киевской области в 1993-1995 годах // Сборник научных работ "Новые технологии в хирургии" под общей редакцией проф.В.И.Мамчича. – К.: Арт-График. – 1997. – с.65-66. (Соавт. З.З.Парацій)
7. Секреторный иммуноглобулин А как адекватный фактор регионарного иммунитета печени и желчевыводящих путей // Сборник научных работ "Новые технологии в хирургии" под общей редакцией проф.В.И.Мамчича. – К.: Арт-График. – 1997. – с.72-73. (Соавт. А.А.Стасенко, М.Е.Ничитайло, А.В.Скумс)

8. Комплексная диагностика холангита у больных с доброкачественными заболеваниями желчевыводящей системы // Збірник статей "Нові технології в хірургії". – Ужгород. – 1997. – с.58-60. (Соавт. А.А.Стасенко)
9. Сравнительная характеристика субпопуляций теофиллинчувствительных и теофиллин-резистентных лимфоцитов в периферической крови у больных гнойным холангитом // Збірник статей "Нові технології в хірургії". – Ужгород. – 1997. – с. 64. (Соавт. А.А.Стасенко)
10. Антибактериальная терапия в комплексном лечении холангита // Збірник наукових праць ХХ ювілейної конференції молодих вчених КМАПО. – Київ. – 1997. – с.265-269.
11. Нерешенные и дискуссионные проблемы хирургии желчных путей // Материалы республиканской научно-практической конференции "Диагностика и хирургическое лечение заболеваний и повреждений внепеченочных желчных протоков". – К.: Сент-Жак. – 1996. – с. 6-9. (Соавт. В.И.Мамчич, В.И.Паламарчук)
12. Патогенетическая классификация острого холецистита // Материалы республиканской научно-практической конференции "Диагностика и хирургическое лечение заболеваний и повреждений внепеченочных желчных протоков". – К.: Сент-Жак. – 1996. – с. 10-11. (Соавт. В.И.Мамчич, В.И.Паламарчук)
13. Лапароскопия в диагностике и лечении больных с патологией гепатобилиарной системы // Материалы республиканской научно-практической конференции "Диагностика и хирургическое лечение заболеваний и повреждений внепеченочных желчных протоков". – К.: Сент-Жак. – 1996. – с. 38-40. (Соавт. В.И.Паламарчук, Н.Н.Гвоздяк, В.А.Шуляренко)
14. Острый панкреатит как осложнение желчнокаменной болезни // Материалы республиканской научно-практической конференции "Диагностика и хирургическое лечение заболеваний и повреждений внепеченочных желчных протоков". – К.: Сент-Жак. – 1996. – с. 84-85.

- (Соавт. В.И.Мамчич, В.А.Шуляренко, В.И.Паламарчук, Н.Н.Гвоздяк, З.З.Парадий, В.Т.Шило, А.И.Тарахонич)
15. Диагностика и лечение холангита // Материалы республиканской научно-практической конференции "Диагностика и хирургическое лечение заболеваний и повреждений внепеченочных желчных протоков". – К.: Сент-Жак. – 1996. – с. 102-103. (Соавт. В.А.Шуляренко, В.И.Паламарчук, З.З.Парадий, Н.Н.Гвоздяк, А.И.Тарахонич, Е.Ф.Кузьменко, А.Ф.Витюк)
  16. Методы детоксикации при гнойно-воспалительных поражениях панкреато-билиарной зоны // Материалы республиканской научно-практической конференции "Диагностика и хирургическое лечение заболеваний и повреждений внепеченочных желчных протоков". – К.: Сент-Жак. – 1996. – с. 107. (Соавт. В.И.Мамчич, В.А.Шуляренко, В.И.Паламарчук, А.И.Тарахонич, В.М.Козачук)
  17. Лечение гнойного холангита у больных различных возрастных групп // Тезисы докладов научно-практической конференции хирургов Украины "Гнойно-септические осложнения в неотложной хирургии". – Харьков. – 1995. – с.146-148. (Соавт. В.И.Мамчич, Н.Н.Гвоздяк, В.И.Паламарчук, В.А.Шуляренко, З.З.Парадий)
  18. Лечение гнойного холангита у больных молодого возраста // Материалы третьей конференции хирургов-гепатологов "Новые технологии в хирургической гепатологии". – Санкт-Петербург. – 1995. – с.366-367. (Соавт. Н.Н.Гвоздяк, А.В.Погорелов, Эль-Авад Диаб)
  19. Хирургическая тактика при остром холецистите различного генеза, осложненном острым холангитом // Материалы третьей конференции хирургов-гепатологов "Новые технологии в хирургической гепатологии". – Санкт-Петербург. – 1995. – с.384-385. (Соавт. В.И.Мамчич)
  20. К ранней диагностике острого холангита // Материалы третьей конференции хирургов-гепатологов "Новые технологии в хирургической гепатологии". – Санкт-Петербург. – 1995. – с.385-386. (Соавт. В.И.Мамчич, Э.А.Примов)

21. Патоморфологические изменения холедоха при остром холецистите // *Материалы третьей конференции хирургов-гепатологов "Новые технологии в хирургической гепатологии"*. – Санкт-Петербург. – 1995. – с.449-450. (Соавт. В.И.Мамчич, В.П.Сильченко, Н.Н.Гвоздяк, Э.А.Примов, В.И.Паламарчук, С.В.Дейнека)
22. Diagnose and treatment of the acute cholangitis // *Abstracts of the European Congress of the International Hepato-Pancreato-Biliary Association. Hamburg. ISIS MEDICAL MEDIA. 1997. V.1, p.78 (with V.Mamchich)*
23. Patogenetic classification of acute cholecystitis // *Abstracts of the European Congress of the International Hepato-Pancreato-Biliary Association. Hamburg. ISIS MEDICAL MEDIA. 1997. V.1, p.79 (with V.Mamchich, V.Palamarchuk)*
24. Mirizzi syndrome // *Abstracts Book of the 8-th World Congress of the International Gastro-Surgical Club. Strasbourg, France. 1998. p. 264 (with V. Mamchich)*

## АНОТАЦІЯ

Палиєнко Р.К. Стан позапечінкових жовчних протоків при різних формах холецистита та холангіта. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. – Київська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, Київ, 1998.

Дисертацію присвячено питанням діагностики та хірургічного лікування уражень позапечінкових жовчних протоків при різних формах холецистита та холангіта. В роботі вивчено вплив запального процесу в жовчних протоках на морфофункціональний стан стінки загальної жовчної протоки, клітинні та гуморальні фактори місцевого імунітету та їх зміни під впливом лікувального процесу. Клінічний розділ висвітлює результати інструментальної діагностики та лікування 306 хворих із запальними процесами жовчних шляхів. Доповнена класифікація синдрому Mirizzi. Розроблена методика ультразвукового обстеження хворих із холедохолітазом із використанням препарату "Echovist".

Удосконалена діагностика, розроблені критерії хірургічного лікування хворих із ускладненими формами холецистита, розроблені та впроваджені в практику методи комплексного лікування хворих із холангітом, та методика хірургічного лікування хворих на літіаз терминального відділу загальної жовчної протоки.

**Ключові слова:** жовчні шляхи, жовчні протоки, жовчнокам'яна хвороба, холецистит, холангіт.

## АННОТАЦІЯ

Палиєнко Р.К. Состояние внепеченочных желчных протоков при различных формах холецистита и холангита.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. – Киевская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины, 1998.

Диссертация посвящена вопросам диагностики и хирургического лечения поражений внепеченочных желчных протоков при различных формах холецистита и холангита. В работе изучено влияние воспалительного процесса в желчных протоках на морфофункциональное состояние стенки общего желчного протока, клеточные и гуморальные факторы местного иммунитета и динамика их изменений под воздействием лечения. Клинический раздел отражает результаты инструментальной диагностики и лечения 306 больных с различными воспалительными процессами в желчных путях. Дополнена классификация синдрома Mirizzi. Разработан способ ультразвуковой диагностики литиаза терминального отдела общего желчного протока с применением препарата "Echovist". Усовершенствована диагностика, разработаны критерии хирургического лечения больных с осложненными формами холецистита, разработаны и внедрены в практику методы комплексного лечения больных с холангитом, и методика хирургического лечения больных с литиазом терминального отдела общего желчного протока.

**Ключевые слова:** желчные пути, желчные протоки, желчнокаменная болезнь, холецистит, холангит.

## SUMMARY

Paliyenko R.K. State of extrahepatic biliary ducts at the various forms of cholecystitis and cholangitis. – Manuscript.

Dissertation for the degree of candidate of medical sciences in speciality 14.01.03 – surgery. – Kiev Medical Academy for Post-Graduate Education of Ministry of Health of Ukraine, Kiev, 1998.

Dissertation is devoted to questions diagnostics and surgical treatment of the defeats of extrahepatic biliary ducts at the various forms of cholecystitis and cholangitis. In the work is studied the impact of inflammatory process in extrahepatic biliary ducts on morphofunctional state of the wall of common biliary duct, the cellular and the humoral factors of tissue immunity and the dynamics of their changes under the treatment. Clinical chapter reflects the results of instrumental diagnostics and treatment 306 ill with various inflammatory processes in extrahepatic biliary ducts. Is Supplemented the classification of syndrome Mirizzi. Is Developed the sonography method of the diagnostics of cholangiolithiasis with the application of agent "Echovist". Are Improved diagnostics and developed the criteria of surgical treatment ill with the complicated forms of cholecystitis. Are developed and implemented into practice the methods of complex treatment ill with cholangitis and the methodology of surgical treatment ill with lithiasis the terminal depts of common biliary duct.

**Key words:** biliary tract, biliary duct, cholelithiasis, cholecystitis, cholangitis.

Підписано до друку 19.03.98. Формат 60х90 1/16.

Папір "DATA-COPY". Тираж 100 прим.

Віддруковано за сприянням та на обладнанні Галицького Фонду  
254214, м.Київ, вул. Північна, 4-а

1020017

Ab 40.549

**AB 40.549**