

Министерство Высшего и Среднего специального образования Республики

Узбекистан

Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан

Ташкентская Медицинская Академия

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии медико-педагогического факультета

Джуманов Анвар Кутлимуратович

МАГИСТРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**Лечебная тактика при остром холецистите в сочетании с
холедохолитиазом**

на соискание степени магистра по специальности

«Экстренная Медицинская Помощь»

Научный руководитель:

д.м.н. проф. Арипова Н.У.

Директор программы:

д.м.н. проф. Арипова Н.У.

Ташкент 2012

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	3
Результаты лечения осложненных форм желчнокаменной болезни в целом еще далеки от желаемых и количество больных с этой патологией с каждым годом возрастает. Выбор того или иного варианта лечебной тактики основывается на желании хирургов как можно в большей степени сократить послеоперационную летальность. К основным причинам высокой послеоперационной летальности при остром холецистите относят:	8
ВЫВОДЫ.....	61
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	62
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	64

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БДС – большой дуоденальный сосок

ГПДЗ – гепатопанкреатодуоденальная зона

ДПК – двенадцатиперстная кишка

ЖКБ – желчнокаменная болезнь

ИБС - ишемическая болезнь сердца

ИОХГ — интраоперационная холангиография

КТ – компьютерная томография

КТХГ - компьютерная томохолангиография

ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия

МЛТ – механическая литотрипсия

МРТ – магниторезонансная томография

МЭК – механическая экстракция камней

НБД – назобилиарное дренирование

ТХЭ – традиционная холецистэктомия

УЗИ – ультразвуковое исследование

ХЛ – Холедохолитиаз

ЧСВ – чрессосочковые вмешательства

ЧЧХГ - чрескожная чреспеченочная холангиография

ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия

ЭРПХГ – эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография

ЭФГДС – эзофагофиброгастродуоденоскопия

ЖВП- желчевыводящие пути

ОЖП – общий желчный проток

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Хирургическое лечение больных острым холециститом, сочетающимся с холедохолитиазом, - одна из самых сложных проблем неотложной желчной хирургии [Балалыкин А.С., 1996; Федоров А.В., 1997; Клименко Г.А., 2000; Hillips E.H. et al., 1993].

Желчнокаменная болезнь относится к числу широко распространенных заболеваний, она обнаруживается у 10-15% взрослого населения, а в возрасте старше 40 лет встречается у 15-20% людей [Брискин Б.С. и соавт., 1991; Феофилов Г.Л. и соавт., 1994; Федоров И.В. и соавт., 1998; Дадвани С.А. и соавт., 2000]. Наиболее частым осложнением желчнокаменной болезни является острый холецистит, который занимает третье место в структуре неотложных заболеваний органов брюшной полости после острого аппендицита и острого панкреатита [Кубышкин В.А. и соавт, 2006; Morlang T. et al., 1995; Hammarstrom L. et al., 1998; Ransom KJ et al., 1998]. В Москве ежегодно госпитализируется около 12000 больных острым холециститом, из которых примерно 6000 оперируются.

При сочетании острого холецистита и холедохолитиаза имеют место высокие показатели повторных оперативных вмешательств 2,0 - 4,5 % и летальных исходов 15,0-20,0 % [Балалыкин А.С., 1996; Майстренко Н.А. и соавт., 1998; Прядко А.С., 1999; Pereira-Lima JC. et al., 2001; Privalov V.A. et al., 1998].

Учитывая тот факт, что большая часть больных острым холециститом поступает в общехирургические стационары, нередко различные подходы в диагностике, тактических решениях и лечении [Бронштейн А.С., 1995; Кубышкин В.А. и соавт., 1997; Майстренко Н.А. и соавт., 2004; Пиковский Д.Л., 2000; ammarstrom L. et al., 2003].

При установленном диагнозе острого холецистита и холедохолитиаза выбор метода оперативного вмешательства нередко зависит от возможностей дежурного стационара и врачебной бригады, а иногда определяется утвержденной в данном учреждении единой лечебной тактикой [Брискин

Б.С. и соавт., 1991; Майстренко Н.А. и соавт., 2004]. Методические аспекты диагностики и лечения острого холецистита и холедохолитиаза описаны в современной литературе, однако доводы авторов порой разноречивы и мало доказуемы, особенно это относится к оценке возможностей малоинвазивных методик [Балалыкин А.С., 1996; Брискин Б.С. и соавт., 1991; Бронштейн А.С., 1995; Затевахин И.И. и соавт., 1997; Майстренко Н.А. и соавт., 2004; Drouard F. et al., 1997; ammarstrom L. et al., 2003].

В современных условиях лечение больных острым холециститом в сочетании с холедохолитиазом зависит не только от мастерства оперирующего хирурга и его бригады, но и от оснащенности лечебного учреждения диагностической и лечебной аппаратурой, что определяет не только излечение, но и качество жизни пациентов после хирургических вмешательств [Феофилов Г.Л. и соавт., 1994; Семенов Д.Ю., 1996; Шулутко А.М. и соавт., 2002].

Учитывая широкое распространение желчнокаменной болезни и ее осложнения холедохолитиазом, рост оперативных вмешательств, а также широкое внедрение новых технологий, очевидна актуальность изучения и оптимизации лечебной тактики при остром холецистите в сочетании с холедохолитиазом и определения эффективности современных малоинвазивных оперативных вмешательств.

Цель исследования:

Улучшить результаты хирургического лечения больных при остром холецистите в сочетании с холедохолитиазом путем оптимизации и разработки алгоритма лечебной тактики и оценки ее эффективности у данной категории больных.

Задачи исследования:

1. Повысить уровень диагностики холедохолитиаза при остром холецистите в до-, интра- и послеоперационном периоде за счет рационального алгоритма обследования больных.

2. Оценить результаты лечения больных острым холециститом в сочетании с холедохолитиазом при выполнении традиционных и миниинвазивных операций с одновременным разрешением холедохолитиаза.

3. Установить эффективность лечения холедохолитиаза с применением эндоскопической папиллотомии.

4. Определить возможность применения микрохолецистостомии, как этапа лечения больных с острым холециститом, сочетающимся с холедохолитиазом, у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

5. Разработать алгоритм диагностических и лечебных мероприятий в этапном лечении острого холецистита в сочетании с холедохолитиазом.

Научная новизна:

Проведен сравнительный анализ различных вариантов хирургического лечения острого холецистита в сочетании с холедохолитиазом. Сопоставлены результаты традиционных и миниинвазивных операций, а также их комбинаций с эндоскопическими вмешательствами.

Разработан эффективный алгоритм диагностики холедохолитиаза и папиллостеноза на дооперационном этапе и в ходе оперативного вмешательства в условиях оказания ургентной помощи больным острым холециститом.

Обоснован выбор традиционных, малоинвазивных и эндовидеохирургических вмешательств. Определены критерии целесообразности одномоментных и двухэтапных операций при остром холецистите в сочетании с холедохолитиазом.

Сформулированы показания к завершению оперативных вмешательств наружным и внутренним дренированием общего желчного протока.

Изучены ближайшие и отдаленные результаты различных вариантов хирургического лечения больных острым холециститом и холедохолитиазом.

Практическая значимость работы:

На основании анализа, непосредственных и отдаленных результатов лечения обоснована активная хирургическая тактика при остром холецистите

в сочетании с холедохолитиазом. Для больных различных категорий предложен рациональный алгоритм оперативного вмешательства.

Представлены диагностическая ценность и лечебная значимость наружного дренирования общего желчного протока после холецистэктомии и холедохолитотомии.

Показаны возможности одноэтапного и двухэтапного (1-й этап – эндоскопическая папиллотомия; 2-й этап – лапароскопическая холецистэктомия или холецистэктомия из мини-доступа) способов лечения острого холецистохоледохолитиаза.

Определены и индивидуализированы критерии, обосновывающие применение малоинвазивных методов устранения холедохолитиаза в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Применение предложенной тактики позволит повысить эффективность лечения острого холецистохоледохолитиаза у большинства больных.

ГЛАВА I

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА, СОЧЕТАННОЙ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

(обзор литературы)

1.1. Распространенность и частота острого холецистита Лечебно-тактические концепции при остром холецистите, в сочетании с холедолитиазом.

За последние два десятилетия определились тенденции к изменению хирургической тактики при остром холецистите. Этому способствует внедрение в хирургическую практику эндоскопии и ультрасонографии, что позволяет не только улучшить диагностику, но и расширить диапазон хирургических вмешательств при этой патологии. Все большее распространение получают эндоскопическая папиллосфинктеротомия, лапароскопическая и сонографическая микрохолецистостомия при осложненных формах острого холецистита в качестве 1 этапа хирургического

лечения, лапароскопическая холецистолитотомия, лапароскопическая холецистэктомия. Перечисленные выше оперативные пособия позволяют существенно уменьшить риск хирургических вмешательств и провести их в более благоприятных условиях, после купирования острых воспалительных явлений и желтухи (И. Д. Прудков, 1975; Р. А. Нихинсон с соавт., 1992; Л. А. Зубарев с соавт., 1994; В. С. Савельев с соавт., 1995; М. И. Прудков, 1997; В. П. Стрекаловский с соавт., 1997).

Результаты лечения осложненных форм желчнокаменной болезни в целом еще далеки от желаемых и количество больных с этой патологией с каждым годом возрастает. Выбор того или иного варианта лечебной тактики основывается на желании хирургов как можно в большей степени сократить послеоперационную летальность. К основным причинам высокой послеоперационной летальности при остром холецистите относят:

Значительный процент лиц пожилого и старческого возраста (Стручков В. И. с соавт., 1978; Шапошников Ю. Г. с соавт., 1983; Буянов В. М., 1985; Затевахин И. И. с соавт., 1985; Чадаев А. П., 1989; Kricke E., 1983);

часто встречающиеся атипичные и стертые формы заболевания при остром деструктивном холецистите (Шапошников Ю. Г. с соавт., 1983; Brewer R. J. et al., 1976; Felice P. R. et al., 1986);

отсутствие абсолютно достоверных верифицирующих методов диагностики (Напалков П. Н., 1987; Родионов В. В. с соавт., 1989; Шпигель Б. с соавт., 1989).

Вышеперечисленные факторы затрудняют выбор оптимальной хирургической тактики лечения больных с острым холециститом, сочетающей наибольшую безопасность оперативного пособия для больного с небольшим сроком пребывания больного в стационаре, что играет первостепенное экономическое значение.

По данным сторонников активной лечебной тактики, послеоперационная летальность при остром холецистите колеблется в довольно широких пределах (от 1,2 до 15,3%), что, видимо, можно объяснить неоднородным составом сравниваемых групп больных. В последнее время

отмечается явная тенденция в пользу активной и активно-выжидательной тактики при остром холецистите.

Положительными элементами активной тактики авторы считают:

1) консервативная терапия приводит к стиханию клинических проявлений болезни только у 50% больных, у остальных длительно сохраняются симптомы характерные для острого холецистита. В некоторых случаях длительно пальпируется увеличенный желчный пузырь или инфильтрат в правом подреберье, остаются повышенными лейкоцитоз и температура;

2) у пожилых больных довольно часто имеют место бессимптомные варианты течения деструктивного холецистита;

3) сокращение сроков пребывания больных в стационаре до операции тоже результат активной хирургической тактики;

4) ранняя операция предотвращает бактериальное инфицирование желчи, которое обычно развивается через 72 часа от начала заболевания; не столь еще выражены холецистогенные изменения в печени и не успевают декомпенсироваться сопутствующие заболевания (Hoffman R. et al., 1983; Claesson B. et al., 1984; Nanavati A. L., 1987);

5) послеоперационная летальность при ранних операциях в условиях специализированных отделений, мало, чем отличается от таковой при плановых операциях (Demetriades D. et al., 1987; Garsia-Valdecasas J. C.etal., 1988).

M. Issa (1984) идентифицирует острый холецистит с острым аппендицитом, говоря о том, что консервативная терапия не излечивает заболевания и показана только для подготовки больного к операции, а раннее хирургическое вмешательство позволяет избежать опасных осложнений острого холецистита, не повышая летальность и числа послеоперационных осложнений. Опыт Hidalgo L. (1989) показывает, что преклонный возраст не является противопоказанием для раннего хирургического лечения больных с острым холециститом, учитывая плохую защищенность от септических

осложнений. Автор ратует за использование "агрессивного направления", которое не вызывает увеличения летальности и числа послеоперационных осложнений.

Положительными элементами консервативно-выжидательной тактики следует признать следующее:

1) в 50% случаях приступ острого холецистита купируется консервативными мероприятиями в течении 12-48 часов без возможных осложнений. Опасность прикрытой перфорации желчного пузыря встречается лишь у 9 %, а перфорация в свободную брюшную полость – лишь в 3 %;

2) во время экстренной операции воспалительный инфильтрат в зоне желчного пузыря и гепатодуоденальной связки создает трудности при выделении пузырного протока и холедоха и может способствовать распространению инфекции;

3) при экстренных операциях повышается опасность ятрогенных повреждений сосудов и гепатикохоледоха в результате изменения топографических взаимоотношений в зоне операции (Петровский Б. В. с соавт., 1980; Gilsdorf J. R. et al., 1986; Scher K. S. et al., 1987; Browder I. W. et al., 1987; Cernoch J., 1987);

4) необходимость предоперационной подготовки из-за наличия у большинства пациентов сопутствующих заболеваний (Петров В. И. с соавт., 1982; Виноградов В. В. с соавт., 1982; Osttel R. et al., 1978; Glenn F. et al., 1981).

Однако, следует отметить, что имеются значительные колебания цифр послеоперационной летальности при любом варианте хирургической тактики. Высокие цифры послеоперационной летальности приходится на пациентов с явлениями перитонита и прогноз в этих случаях зависит уже не столько от острого холецистита, сколько от давности и распространенности перитонита (Савельев В. С. с соавт., 1987; Sherlock D.J., 1984).

Гнойный холангит – одно из наиболее частых и тяжелых осложнений острого холецистита, осложненного холедохолитиазом и механической желтухой. Это, заболевание наблюдается у 17-83% больных холедохолитиазом, стенозом Фатерова соска, внутренними желчными свищами (4,8,24). Летальность, по данным различных авторов по-прежнему остается высокой, достигая 30% (1,3,14). Сочетание механической желтухи с гнойным холангитом отмечается в 20 - 30% случаев, при этом послеоперационная летальность у больных с данной патологией составляет 15 - 45% [Алтыев Б.К, Назыров Ф.Г., Ваккасов М.Х., Садыков Х.Т. 1998.]. Основной причиной летальности является прогрессирующая печеночная недостаточность, а развитие холангиогенных гнойных осложнений усугубляет течение заболевания и увеличивает летальность [16, 23, 26]. Несмотря на то, что гнойный холангит - спутник обструкции желчных протоков, в настоящее время он приобрел статус самостоятельной проблемы. В значительной степени это обусловлено увеличением числа больных с осложненными формами желчнокаменной болезни, снижением эффективности антибактериальных препаратов в лечении гнойных заболеваний, склонностью гнойного холангита к генерализации с образованием множественных абсцессов печени, развитием билиарного сепсиса [21].

Совершенствование методов диагностики и лечения острого холецистита, осложненного гнойным холангитом, в зависимости от степени нарушения проходимости желчных путей и тяжести эндогенной интоксикации имеет большое практическое значение (В.К.Гостищев и соавт., 2005;)

Проблема восстановления адекватного оттока желчи при доброкачественных поражениях общего желчного протока и большого дуоденального сосочка (БДС) является одной из самых актуальных среди заболеваний в хирургической гастроэнтерологии.

Одним из основных методов лечения больных с холедохолитиазом и стенозом БДС считается рассечение папиллы хирургическим или эндоскопическим путем, что не только устраняет возникшее препятствие для оттока желчи, но и, при правильном выполнении, является надежной гарантией предотвращения развития рестеноза и рецидивного холедохолитиаза (Ю.И. Галлингер и соавт., 2000; Н.А. Майстренко и соавт., 2000)

Постоянное увеличение числа больных с осложненными формами калькулезного холецистита (от 15% до 30%), преобладание при этом больных пожилого и старческого возраста, не снижающаяся в последние годы частота неблагоприятных непосредственных и отдаленных результатов после открытой (трандуоденальной) папиллосфинктеротомии (ПСТ), а также, широкое внедрение в клиническую практику лапароскопического способа холецистэктомии заставили хирургов при лечении холедохолитиаза и стеноза БДС использовать менее инвазивный метод папиллосфинктеротомии – эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) (О.Б.Милонов и соавт., 1990; С.И. Емельянов и соавт. 1995; Н.А. Майстренко и соавт. 2000;)

Однако ЭПСТ несет в себе опасность развития нередко серьезных и опасных для больного осложнений, общий процент которых достигает 18,3% (Б.К.Шуркалин и соавт., 1988; Г.И. Пермионова и соавт., 1996; В.А. Шаповальянц и соавт., 1996, 1998;).

Однозначно сторонниками всех тактических концепций лечения осложненных форм желчнокаменной болезни признается следующее: по возможности следует отказаться от выполнения ночных операций; оптимальные результаты получены в специализированных хирургических клиниках; ранняя операция должна предваряться полноценным обследованием больного как для подтверждения диагноза, так и для характеристики состояния других органов и систем (Strohmeuer G. et al., 1984; Davis R. P. et al., 1987).

Актуальность проблемы острого холецистита (ОХ) общеизвестна. Одним из методов лечения этой патологии может стать лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Этап клинической апробации и накопления практического опыта показал безопасность и высокую эффективность новой технологии. Большие статистические обзоры возможностей ЛХЭ при желчнокаменной болезни и ее осложнениях [Галлингер Ю. Т. с соавт., 1993; Грубник В. В. с соавт., 1996; Fried G. M. et al., 1995] демонстрируют низкую летальность (0-1%), сопоставимую с традиционной холецистэктомией частоту повреждений холедоха (0,32-0,59%), снижение числа реопераций (0,1-0,9%) и жизнеугрожающих осложнений (2-3%). Решены вопросы обследования, тактики, техники оперативного вмешательства, ведения раннего послеоперационного периода и реабилитации. Однако практически все данные литературы относятся к возможностям ЛХЭ при хроническом холецистите. Вопросы ЛХЭ при остром холецистите, по причине небольшого клинического материала и опыта, представлены отдельными работами и рассматривают лишь некоторые аспекты проблемы.

Если относительно лечения простого симптоматического холелитиаза методу дается высокая оценка большинством авторов (Freid G.M. et al., 1994; Grase P.A. et al., 1991; Nathanson L.K. et al., 1991), то в отношении осложненной ЖКБ вопрос остается еще открытым и требует дальнейших разработок (Бебуришвили А.Г. с соавт., 1994; Fillipi C.J. et al., 1991; Peters J.H. et al., 1993; Fitzgibbons B., 1993; Rattner D.W. et al., 1993; Cox M.R. et al., 1994). По прежнему острый холецистит рассматривается многими авторами, как противопоказание к выполнению ЛХЭ (Бебуришвили А.Г. и соавт., 1994; Cuschien A. et al., 1990; Zucker K.A., 1991; Sue B. et al., 1992). Причина такого настроения клиницистов понятна - это трудность препарирования в воспаленных тканях, потенциальное увеличение вероятности осложнений в условиях инфильтрата, повышенная кровоточивость, плохой обзор.

Впервые в России лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите выполнена в 1991 г. (Малаханов С. Н., 1994). Первые результаты

вмешательства оказались существенно хуже, чем при хроническом холецистите, что было встречено с изрядным скептицизмом и не способствовало развитию методики.

Примерно у 1/4 больных с хроническим холецистолитиазом наблюдается острая форма заболевания и число этих больных продолжает неуклонно расти (Reiss R. et al.,1990). Предварительные исследования показали, что методика ЛХЭ вполне приемлема для лечения пациентов острым холециститом (Емельянов С.И. с соавт.,1995; Cox M.R. et al.,1993; Fitzgibbons B.1993; Rizos S. et al., 1994; Unger S.W. et al.,1994).

Тактика лечения острого холецистита до применения лапароскопической хирургии была неоднозначной (Бебуришвили А.Г. с соавт., 1994; Королев Б.А. с соавт.,1990; Macarthur P. et al.,1975): одни врачи выступали за применение медикаментозного лечения и отсроченного хирургического лечения, другие же - отдавали предпочтение срочной операции. По некоторым сообщениям (Wilson R.G. et al.,1992) около 10% больных требуется экстренное оперативное вмешательство ввиду некупирования приступа острого холецистита, по другим сообщениям (Бебуришвили А.Г. с соавт.,1994) - острый холецистит купируется в 53% наблюдений. Некоторые авторы отмечают (Быков А.В., с соавт.,1994), что на фоне полного отсутствия клинических проявлений острого холецистита, у 25% больных, у которых приступ был купирован консервативными мероприятиями, стихание было ложным: в желчном пузыре были обнаружены гнойно-деструктивные изменения.

Анализ литературы, посвященной ЛХЭ при остром холецистите, представляет собой анализ противоречий, касающихся прежде всего предоперационного периода. Для решения вопроса о показаниях к вмешательству основополагающим принят фактор времени.

Многие хирурги (Луцевич О.Э с соавт.,1993; Емельянов С.И. с соавт.,1995; Adisson N.V. et al.,1988) рекомендуют ранние сроки проведения операции, подчеркивая, что холецистэктомия менее трудна в острой стадии, а

не в период когда сформировались плотные перипузырные изменения тканей. Необходимо отметить, что в настоящее время, имеется определенная нечеткость (путаница) в определении сроков ЛХЭ при остром холецистите.

Считается, что ЛХЭ может быть успешно выполнена при ОХ с давностью заболевания не более 24-48 часов, а более поздние сроки являются противопоказанием к операции (Галлингер Ю. И. с соавт., 1992; Грясов В. И. с соавт., 1995; Чугунов А. Н. с соавт., 1993; Hawasli A., 1994). В сроки более двух суток от начала заболевания острый холецистит авторы считают противопоказанием, поскольку в это время развиваются выраженные изменения стенки желчного пузыря и печечно-двенадцатиперстной связки, прилежащих органов, что значительно затрудняет выделение желчного пузыря и препаровку элементов его шейки, увеличивая риск осложнений. Другие авторы (Reussner H. Et al., 1991), изначально исключали острый холецистит для выполнения ЛХЭ со сроком более 24 часа. K. Z'gradden et al. (1994) увеличивают этот интервал до 6 суток, имея при этом благоприятные исходы после операции даже на 21 день от начала заболевания. С. И. Емельянов [1996] и А. O'Rourke [1992] считают оправданным вмешательство до 10 суток от начала заболевания, С. С. Слесаренко с соавт. [1995] - до 14 суток.

Использование методики ЛХЭ при остром холецистите вносит свои коррективы в алгоритм лечебно-диагностического процесса, дооперационная достоверная информация необходима для определения самого характера операции (выбора метода), объема, интраоперационных манипуляций. Однако в сообщениях о проведении ЛХЭ при остром холецистите отсутствуют четкие тактические принципы применения этого метода. Не указывается необходимый объем дооперационных инструментальных и клиничко-лабораторных методов исследований, а также - объективные диагностические критерии, характеризующие как динамику воспалительного процесса, так и благоприятный период выполнения ЛХЭ. Кроме того,

отсутствуют указания на технические особенности и предел допустимого использования этого метода при остром холецистите.

Диагноз острого холецистита, установленный в ранние сроки госпитализации пациента, крайне важен для предотвращения быстрого развития его осложнений. Сейчас имеется усиливающаяся тенденция к тактике ранней операции, чтобы избежать осложнений, а также в связи с преимуществом в социально-экономическом отношении (Гольбрайх В.А. с соавт., 1994; Музенитов Г.Д. с соавт., 1994; Lahtinen J. et al., 1978; Jarvinen H.J. et al., 1980). Подчеркивается (Jacobs M. et al., 1991; Rattner D.W. et al., 1993), что возможность успешно провести ЛХЭ непосредственно связана со степенью тяжести воспалительного процесса в желчном пузыре. Как следствие этого, важная клиническая проблема - предоперационное обследование больных перед ЛХЭ и идентификация таких осложненных случаев, при которых требуются или малоинвазивные хирургические методы или "открытая" ХЭК. Как отмечают авторы (Rattner D.W. et al., 1993), до операции, трудно определить, каким пациентам в ходе ЛХЭ может потребоваться переход к "открытой" холецистэктомии. Подчеркивают, что, возможно, наиболее важным фактором прогнозирования успеха ЛХЭ при остром воспалении является срок проведения операции.

Различают общие и местные противопоказания к ЛХЭ при ОХ (Абуладзе С. В. с соавт., 1994; Cotton P. V. et al., 1994). Подобное деление является условным, так как выявить многие местные противопоказания к операции можно только во время самой операции. В тактическом аспекте более удачно разграничение противопоказаний на абсолютные и относительные (Луцевич О. Э. с соавт., 1993). К первым относится гиповолемический шок, острая кишечная непроходимость, большие внутрибрюшные опухоли и кисты, синдром Мириizzi, сердечно-легочная декомпенсация и терминальные состояния.

Среди относительных противопоказаний выделяют разлитой перитонит, деструкцию желчного пузыря, неустранимый эндоскопически

холедохолитиаз, множественные перенесенные операции на органах брюшной полости и рубцово-спаечный процесс, диафрагмальные грыжи, портальную гипертензию, ожирение, беременность III триместра.

А. В. Фоменко (1995) указывает, что парапузырный инфильтрат является противопоказанием к ЛХЭ. В. П. Стрекаловский с соавт. (1994) считают, что все осложненные формы ОХ диктуют необходимость отказа от лапароскопического вмешательства.

В определенных работах (Балалыкин А.С. и соавт., 1994; Гуляев А.А. и соавт., 1994; Gai H. et al.,1992) имеется указание на возможность использования УЗИ при определении сроков и возможности выполнения ЛХЭ. Чувствительность УЗИ при остром холецистите по некоторым сообщениям (Мирошников Б.И. и соавт., 1994; Martinez A. et al.,1986; Soiva M. et al.,1986; Juvonen T. et al.,1992) достигает 80-90%. Для получения более достоверной информации о состоянии желчного пузыря, проходимости его пузырного протока, многие авторы ратуют за проведение УЗИ в динамике (Бебуришвили А.Г. и соавт., 1994; Быков А.В. и соавт., 1994; Суздальцев И.В. и соавт., 1994). Отмечают, что УЗИ в состоянии дать точную дооперационную диагностику состояния желчного пузыря, гепатикохоледоха, подчеркивая однако, что возможности УЗИ пока еще мало учитываются и используются хирургами (Gai H. et al.,1992; Sungler P. et al.,1993). Кроме того, как отмечают те же авторы, статистический анализ значимости эхографии - как критерия отбора больных для ЛХЭ в дооперационном обследовании, может быть проведен лишь с большой сдержанностью, поскольку как проведение лапароскопической операции, так и сонографического обследования, предполагает длительный процесс обучения и навыка.

Не менее важным моментом предоперационного обследования является диагностика холедохолитиаза (ХЛ), который выявляется у 5-16 % больных ОХ (Belloso R. M. et al., 1993). Ведущим методом диагностики ХЛ является эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография

(ЭРПХГ), показания к которой устанавливаются на основе клинико-соноскопических критериев. К этим критериям относятся: механическая желтуха при поступлении или в анамнезе, расширение холедоха более 8 мм, холецистолитиаз в виде мелких конкрементов, острый панкреатит, как взаимосвязанное с ОХ заболевание (Попов А. Ф. с соавт., 1995).

Известно, что асимптомный ХЛ может не иметь лабораторных и соноскопических признаков. После холецистэктомии этот вид ХЛ приводит к быстро нарастающей билиарной гипертензии с механической желтухой и опасностью несостоятельности культи пузырного протока. Подобная ситуация требует разрешения, и операцией выбора является эндоскопическое вмешательство - папиллосфинктеротомия (ПСТ) или супрапапиллярный холедоходуоденоанастомоз (СП ХДА) с извлечением конкремента. Но у 7-15 % больных эндоскопическое вмешательство невозможно по причине атипичного расположения большого дуоденального сосочка (БДС) или его локализации в дивертикуле 12-перстной кишки (ДПК), и разрешить проблему можно только путем холедохотомии (Cotton P. V. et al., 1994). Избежать драматизм такого клинического случая можно, выполняя больным до операции фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) с обязательным осмотром БДС с позиций потенциально возможного эндоскопического вмешательства (Попов А. Ф. с соавт., 1995).

Анализ имеющихся публикаций показывает, что, в настоящее время, имеются довольно разноречивые тактические подходы в диагностике и лечении холедохолитиаза.

Холангиография в ходе оперативного вмешательства, которая была введена Миризи (Mirizzi P.L., 1937) в 1931 г., была принята большинством хирургов и считалась обязательной и необходимой при всех обычных хирургических вмешательствах при желчекаменной болезни (Doyle P.J, et al., 1982; Porha G.J., et al., 1976). После внедрения в клиническую практику ЛХЭ вновь начались дискуссии по поводу необходимости операционной

холангиографии (Gregg R.O. et al.,1988; Pasqual M.D. et al.,1989; Berci G. et al., 1991).

ИОХГ показана при подозрении на ХЛ как на основании дооперационного обследования (если по каким-либо причинам не была выполнена ЭРХПГ), так и по интраоперационным данным (расширение холедоха, широкий пузырный проток). Кроме того, исследование следует выполнять при грубых изменениях анатомии треугольника Кало, затруднениях при его диссекции и подозрении на повреждение холедоха (Чугунов А. Н. с соавт., 1994). Р.М. Beloso et al.,(1993) всем больным во время ЛХЭ выполняли ИОХГ (ХЛ выявлен в 5 %), а Р. А. Grace et al., (1993) приводят данные указывающие, что исследование не является необходимым во время ЛХЭ. Попытки выполнения ИОХГ эффективны у 70-83 % больных (Williams L. E. et al.,1993), а "читабельные" данные на снимках, по наблюдениям G. Kuster et al.,[1993], составляют 68 %. Само исследование не безопасно - описаны случаи повреждения холедоха (Cueto-Garsia J. et al., 1993); оно на 15-25 минут увеличивает продолжительность операции (Balli C. et al., 1995) и является дорогостоящей процедурой (Славин Л. Е., 1994). Эти недостатки ИОХГ должны определять ее применение только по строгим показаниям.

Авторы (Fabre U.M. et al.,1992; Phillips E.H. et al.,1990; Sackier J.M. et al.,1991), которые поддерживают применение холангиографии в ходе ЛХЭ всем пациентам, настаивают на том, что этот метод позволяет снизить процент как остаточного холедохолитиаза, так и повреждения общего желчного протока. Сторонники (Demetrien A. et al.,1992; Fenton A.N. et al.,1989; Katkhouda N. et al.,1994; Phillips E.H. et al.,1993) проведения холангиографии подчеркивают, что очень важен поиск сопутствующего холедохолитиаза, указывая на то, что наличие неподозреваемых камней в общем желчном протоке варьирует от 4 до 10% случаев. Кроме того, холангиограмма помогает предотвратить повреждение желчного протока, особенно в условиях воспаленных и инфильтрированных тканей (Капе R.A.

et al.,1990; Berci G. et al.,1991; Katkhouda N. et al.,1994; Phillips E.H. et al.,1990).

Многие (Lillemol K.D. et al.,1992; Araki K. et al.,1995; Sandbichler P. et al.,1992; Sue B. et al.,1992) проводят холангиографию избирательно. Показаниями для ее проведения считают - необъяснимое повышение функциональных проб печени в дооперационном периоде, широкий пузырный проток, небольшие (даже больше 6 мм) по данным сонографии расширения холедоха, механическая желтуха или панкреатит в анамнезе, анатомические проблемы, а иногда в учебных целях.

Сторонники избирательной операционной холангиографии отмечают (Луцевич О.Э. и соавт.,1993; Mills J. et al.,1985; Lillemol K.D. et al.,1992), что немые камни общего желчного протока становятся клинически значимыми только 0,03% - 0,8% после обычной ХЭК без ревизии или операционной холангиографии. При тщательном дооперационном обследовании, как считают те же авторы, необходимость в интраоперационной холангиографии отпадает. Основным показанием к ее проведению являются трудности в идентификации топографо-анатомического расположения пузырного протока и гепатикохоледоха.

Высказывается точка зрения (Gillams A. et al., 1992), что тщательное предоперационное УЗИ и избирательная эндоскопия там, где возникают сомнения относительно наличия или отсутствия камней, анатомических отклонений от нормы, являются лучшим и менее дорогостоящим доступом.

В настоящее время, мнения относительно методики лечения холедохолитиаза с холецистолитиазом при использовании лапароскопической техники операций достаточно противоречивы (Petelin J.V.,1991; Smith P.C. et al.,1992). Предлагаются и предпринимаются различные стратегии интегрирования ЭРПХГ и ЭПСТ с ЛХЭ и лапароскопическими методиками разрешения камней общего желчного протока (Ahperti G. et al.,1990; Berci G. et al.,1990; Champault G. et al.,1993; Meyer Ch. et al.,1994).

Большинство хирургов предлагают или дооперационное проведение ЭРПХГ с ЭПСТ, если есть подозрение на наличие камней или послеоперационное проведение эндоскопических методик, если конкременты обнаружены при ЛХЭ (Reddik E.J. et al.,1990; Sandbichler P. et al.,1992; Meyer Ch. et al.,1994). Так, отмечают, что из 520 оперированных лапароскопическим методом пациентов лишь у 2 (0,3%) пришлось провести послеоперационное ЭРПХГ (Sungler P. et al.,1993).

В настоящее время, предпринимаются попытки разрешения холедохолитиаза непосредственно при лапароскопической операции (Феденко В.В. с соавт.,1995; Vagnato J. et al.,1990; Stain S.C, et al.,1991; Phillips E.H. et al., 1993). Достаточный опыт в эндоскопии желчных путей при проведении таких процедур, как считают некоторые авторы, облегчит переход от "открытой" хирургической методики к комбинированной методике при лапароскопическом доступе (Choi S. et al.,1987; Nghiem D.D.,1987; Khanna T.S. et al., 1988).

Имеются многочисленные публикации относительно разрешения холедохолитиаза при выполнении ЛХЭ путем холедохоскопии через пузырный проток с экстракцией конкрементов или лапароскопической холедохотомии (Кирикиади С.Ф. с соавт.,1995; Quattlebaum Jk. Jr. et al.,1991; Stoker M.E.et al.,1991; Ido K. et al.,1992; Berthou J.C. et al.,1994; Fielding G.A et al.,1994). Однако, в настоящее время, лапароскопическая методика извлечения камней гепатикохоледоха через пузырный проток или посредством холедохотомии не является достаточно совершенной, чтобы большинство хирургов приняли ее (Феденко В.В. с соавт.,1995; Carrol V.J. et al.,1992; Delaitre V. et al.,1992; Phillips E.H et al.,1993).

В настоящее время, обычно предпочитают так же послеоперационное проведение ЭРПХГ с ЭПСТ пациентам, у которых обнаружены камни общего желчного протока или другая патология билиарного тракта при лапароскопической холецистэктомии (Aliperti G. et al.,1991; Donohue J.H. et al.,1992; Lillemol K.D. et al.,1992). Однако, при этом после выполнения ЛХЭ

добавляется дополнительная процедура, которая потенциально может привести к осложнениям и неудачам. При ЭПСТ отмечается (Neuhaus B. et al.,1981; Gogler H. et al.,1989; Roder J.D. et al.,1992) 8-10% уровень серьезных осложнений, возникающих на ранних стадиях, отмечаемый уровень летальности составляет 1%. Если послеоперационное проведение ЭПСТ оказывается успешным, это помогает избежать лапаротомии, в противном случае, неудачная ЭПСТ на этом этапе может вызвать необходимость проведения третьей серьезной операции у одного и того же пациента. Вряд ли это было бы, как отмечают авторы (Phillips E.H. et al.,1993), усовершенствованием методов лечения этого контингента больных.

Многие исследователи (Champault G.,1993; Phillips E.H et al.,1993; Meyer Ch. et al.,1994) отмечают, что на проблему лечения холедохолитиаза при лапароскопической холецистэктомии сейчас трудно дать однозначный и окончательный ответ. Ответ на вопрос относительно оптимальной методики санации желчных путей при применении ЛХЭ еще не найден и зависит от факторов, специфичных для данной клиники.

Однако, помимо множества сообщений об успешном выполнении все большего количества ЛХЭ, по мере накопления клинических наблюдений и опыта, в литературе появляются сообщения различных авторов об осложнениях, связанных с этой операцией (Collet 1991; Dubois 1991; Quinn S.F.et al.; Галлингер Ю.И., 1996; Стрекаловский В.П., 1998; Тимошин А.Д., 1999).

Новая хирургическая технология, несмотря на ряд очевидных преимуществ, обладает некоторыми, но весьма существенными недостатками.

Одним из них является исключение одного из важных этапов хирургической операции – интраоперационной диагностики, а именно, возможности производить ревизию органов и тканей в области проводимой операции путем пальпаторного исследования. Методика выполнения лапароскопических вмешательств, исключая возможность использования

традиционного метода интраоперационного исследования органов и тканей – пальпации, лишает, тем самым, хирурга возможности в полной мере оценить характер и распространенность патологического процесса.

При выполнении визуальной видеолапароскопической ревизии, в сравнении с традиционной лапаротомной, чрезвычайно затруднительной стала оценка взаимоотношений анатомических структур в области проводимой операции, несмотря на высочайшее качество получаемого видеоизображения. Трудности ориентации в условиях выраженного спаечного процесса и инфильтрата, при неясной анатомии чрезвычайно затрудняют выполнение операции и значительно повышают риск травмы жизненно важных анатомических структур (Лапкин К.В., 1995, 1998; Тимошин А.Д., 1993,1999; Ермолов А.Е., 1993; Стрекаловский В.П., 1995; Федоров И.В., 1998).

Данное обстоятельство и привело к тому, что в связи с внедрением лапароскопического метода ЖКБ в 5-10 раз увеличились частота интраоперационных осложнений, в частности повреждение холедоха (Ferquson C. Et al. 1992; Davidoff A. 1993; Тимошин А.Д., Галлингер Ю.И. 1994; Федоров И.В. с соавт. 1994).

Если повреждение внепеченочных желчных путей при открытой холецистэктомии – «золотом стандарте» - составлял 0,05-0,1%, то при ЛХЭ это, одно из самых грозных осложнений, стало встречаться в несколько раз чаще, и составляет 0,2-0,7% (Collet,1991; Dubois, 1991; Perissat, 1993; Strasberg S.M. et al. 1995; Галлингер Ю.И., 1996; Федоров И.В., 1994; Тимошин А.Д., 1999), а К.В. Лапкин (1998), приводит сведения о частоте от 0,2% до 1,8% (33).

Так, по результатам 12397 ЛХЭ, выполненных в различных медицинских центрах Северной Америки и Европы процент повреждения гепатикохоледоха составил 0,7%, а переход на лапаротомию составил 4% (274). Причиной перехода на лапаротомию кроме повреждения холедоха являются рубцово-воспалительные инфильтраты в области шейки желчного

пузыря, которые создают трудности в дифференцировке органов и тканей, входящих в данные инфильтраты (Scott T.R. et al. 1992).

Многие авторы отмечают возрастание интраоперационных осложнений при применении лапароскопического метода лечения желчнокаменной болезни. Так, Но Н.С. с соавт. (1996) приводя результаты выполненных 1254 ЛХЭ, сообщает, что процент «больших» интраоперационных осложнений в общей сложности составил 4%, причем более половины этих осложнений были травмы холедоха.

Причиной повреждения холедоха были рубцово-воспалительные изменения в области шейки желчного пузыря и анатомические аномалии хода пузырного протока не выявленные как при дооперационном обследовании, так и во время операции (Martin R.F., Rossi R.L. 1994; Olsen D.O., 1994; Peters J.H. et al. 1994; Федоров И.В., 1994; Wright K.D., Wellwood J.M., 1998).

Ferraina P. (1993), приводит данные, в которых на 4347 лапароскопических операций в 142 (3,2%) случаев отмечались интраоперационные осложнения (155). Из них в 16 случаях отмечались повреждения холедоха. Основными причинами повреждения желчных путей были: пересечение проксимального отдела холедоха вследствие принятия его за пузырный проток; вовлечение стенки холедоха в клипируемые ткани при клипировании пузырного протока в условиях воспалительного инфильтрата; перфорация стенки холедоха при электрокоагуляции; наложение клипс на желчные пути при остановке кровотечений. Исходя из этих данных, видно, что интраоперационные осложнения возникают в большинстве случаев из-за неправильной трактовки анатомических взаимоотношений в области препаровки тканей. В случаях, когда в области гепатодуоденальной зоны имеется рубцово-воспалительный инфильтрат, и визуально не представляется возможным идентифицировать элементы органов и тканей, входящих в данный инфильтрат, остро возникает вопрос об интраоперационной диагностике – оценке анатомических взаимоотношений органов и тканей в

области операции (Стрекаловский В.П. 1994, 1995; Стрижелецкий В.В. с соавт., 1997; Лапкин К.В., 1998; Федоров И.В., 1998).

Проанализировав 26 источников сообщаящих о частоте интраоперационных травм холедоха за 1993-2007гг. установили что частота травм холедоха по данным ведущих отечественных хирургических клиник представленных в литературе составляет 0,48%, при этом в данную статистику не вошли поздние билиарные осложнения – стриктуры магистральных желчных путей обусловленные незамеченными во время операции повреждениями.

Следующим, не менее важным недостатком новой технологии явился факт игнорирования традиционного, на протяжении последних двадцати лет сложившегося принципа – обязательного интраоперационного исследования желчных путей (Савельев В.С., 1986; Гальперин Э.И., 1988; Виноградов В.В., 1988; Королев Б.А., Пиковский Д.Л., 1990; Шалимов А.А., 1993; Kockerling F., 1998). Одним из важных вопросов в лечении желчнокаменной болезни был и остается вопрос о диагностике изменений со стороны желчных путей (Кузин М.И., 1978; Дедерер Ю.М., 1983; Гальперин Э.И., Волкова Н.В., 1988; Милонов О.Б., 1990). Калькулезному холециститам часто сопутствуют тяжелые изменения со стороны магистральных желчных протоков, большого дуоденального сосочка, неустранение которых во время операции приводит к развитию осложнений в ближайшем и отдаленном периоде после операции, а в ряде случаев, и необходимости проведения повторного хирургического вмешательства, порой, в технически гораздо более сложных условиях (Гальперин Э.И., 1990; Рудин Э.П., 1990; Милонов О.Б. 1990; Шалимов А.А., 1993).

Несмотря на разработку и внедрение в клиническую практику за последние 15-20 лет целого ряда рентгенологических и инструментальных методов диагностики, значительно расширяющих объем и возможности дооперационных методов обследования, основную роль в окончательном решении вопроса о характере поражения билиарной системы, и в выборе

оптимального оперативного вмешательства, принадлежит интраоперационной ревизии желчных путей и смежных органов (Виноградов В.В., 1988; Кузин М.И., Данилов М.В., 1978; 1983; Милонов О.Б., 1990).

Неработанность методики лапароскопической холангиографии, технические трудности и порой объективная невозможность ее выполнения, связанная с облитерацией пузырного протока, а также недооценка многими авторами истинной частоты холедохолитиаза, практически явилась причинами отказа большинства хирургических клиник от интраоперационного исследования желчных путей при ЛХЭ (35, 287).

В отдельных хирургических клиниках такая позиция привела к изменению диагностической тактики в пользу расширения показаний к инвазивной дооперационной диагностике патологических изменений протоков с помощью ЭРПХГ (Луцевич Э.В., Уханов А.П., 1999) (10,36,52, 81, 98,99,100). Так, Луцевич Э.В., Уханов А.П. (1999) сообщают об использовании ЭРПХГ чаще чем у каждого пятого (22%) больного, в то же время ИОХГ была выполнена только у 3% больных (36).

Некоторыми авторами ранее было предложено использовать ЭРПХГ у всех больных, идущих на ЛХЭ, для исключения холедохолитиаза и для установления анатомии желчных путей (Балалыкин А.С., 1992; Bonatsos et al. 1996; Coppola R. et al. 1996. Однако, ряд серьезных осложнений самой ЭРПХГ, и в первую очередь острый реактивный панкреатит, перекрывали по частоте возникновения осложнения наблюдавшиеся после самой ЛХЭ, что заставило в последующем отказаться от широкого применения ретроградного исследования (Панцырев Ю.М., 1994; Галлингер Ю.И., 1992; Chung – Yau L., et al. 1997) (112, 117, 129). Кроме того, данные об анатомическом строении, получаемые при прямом дооперационном контрастировании желчных путей имели ориентировочный характер, давали возможность исключить только грубые анатомические отклонения и аномалии, и, не решали проблему интраоперационной идентификации препарируемых структур.

Мнения различных хирургов значительно расходятся в определении плана дооперационного обследования больных. Полярными являются суждения отдельных авторов относительно роли дооперационного (УЗИ, ЭРПХГ) и интраоперационного обследования желчных путей (Corbit J. et al., 1991; Балалыкин А.С., 1995; Галлингер Ю.И., 1995; Стрекаловский В.П., 1995, 1996; Coppola R. et al. 1996; Materia A. et al. 1996; Ryberg A.A. et al., 1997; Khalili et al., 1997) в выявлении холедохолитиаза, стриктур холедоха и папиллостеноза (5,12,20,24,35,39,52,59,61,66,73,94,100,112,117,125,287).

Ряд авторов предлагает лечебно-диагностическую тактику, отрицающую необходимость выполнения интраоперационной оценки состояния билиарного тракта (Луцевич О.Э., 1996; Галлингер Ю.И., 1995; Taylor O.M. et al., 1997; Луцевич Э.В., Уханов А.П., 1999;). Так, Луцевич О.Э. (1996), приводит данные об отсутствии случаев резидуального холедохолитиаза, а также осложнений, связанных с резидуальным холедохолитиазом в ближайшем послеоперационном периоде (35). Однако, анализ литературных сообщений все таки выявляет стабильный процент таких осложнений, как несостоятельность культи пузырного протока (Wise Unger S. 1996), желчеистечение в брюшную полость, желчный перитонит, желтуха, холангит, острый панкреатит (Quinn S.F., 1992; Deziel D.J., Millikan K.W. et al.,1993; Himal H.S., 1996; Neidich R. et al., 1996; Hanazaki K. Al., 1997; Kahler G., 1998; Тимошин А.Д. 1999), причинами которых могут быть невыявленные поражения внепеченочных желчных путей.

Несмотря на то, что ИОХГ сейчас могла бы выполняться во многих клиниках, особенно учитывая значительное расширение показаний к лапароскопическим операциям при осложненных формах желчнокаменной болезни в последние годы, до настоящего времени нет единого мнения о показаниях. Некоторые авторы считают, что необходимости в выполнении ИОХГ нет, если больным проводится полноценное дооперационное обследование (Ю.И. Галлингер и соавт., 1994; Луцевич О.Э., 1996; Луцевич Э.В., Уханов А.П., 1999;). В случае подозрения на наличие холедохолитиаза -

желтуха или холангит в анамнезе, расширение холедоха по данным УЗИ свыше 8мм, повышение уровня билирубина более чем на 10% от нормы, а также присутствие клиники или недавно перенесенного приступа желчнокаменного панкреатита многие авторы рекомендуют выполнять в предоперационном периоде эндоскопическую ретроградную панкреатографию (Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д., 1992; Nieduht H., 1994; Bonlay J., Brady P.G. et al. 1992; Alponat A. et al. 1997; Луцевич Э.В., Уханов А.П., 1999;) Так, Keith D. с соавторами (1995) считает что, лапароскопическую холецистэктомию можно выполнять и не используя ИОХГ. Другие же, напротив полагают, что необходимость выполнения ИОХГ достаточно велика, так как при выявлении резидуального холедохолитиаза ЭРПХГ может оказаться технически невыполнима из-за наличия дивертикулов папиллярной области двенадцатиперстной кишки или анатомических аномалий (93,98,101,125,264,293). Создается впечатление, что авторы рекомендуемые широко применять ЭРПХГ не учитывают, что она является сложным инвазивным методом диагностики, с довольно высоким числом неудач, и может сопровождаться серьезными осложнениями в 1-8% случаев (острый панкреатит, кровотечение, перфорация двенадцатиперстной кишки), которые в 0,2-1,3% случаев приводят к летальному исходу (Koch K., Rosch W. Et al. 1977; Панцырев Ю.М. 1984; Bonlay J. et al. 1992; Roy A., McAlister V. 1993; Шаповальянц С.Г. 1998). По данным Materia A. et al. (1996) у 5-10% больных из всего числа подвергшихся холецистэктомии при ИОХГ диагностируются невыявленные в дооперационном периоде патологические изменения в желчных путях, и игнорирование данного метода может привести к послеоперационным осложнениям (223). Carroll V.J. et al. (1996) считают, что выполнение ИОХГ всем больным позволяет исключить повреждение желчных путей (125).

На примере 342 интраоперационных исследований J.V.Peterlin (1992) видно, что у 26 больных (7,6%) аномалии строения желчевыводящих путей не были диагностированы на дооперационном этапе (253). По данным

J.M.Catheline et al. (1998), выполненных 150 ИОХГ, у 9% больных был выявлены конкременты в холедохе.

Противники выполнения ИОХГ считают, что количество ложноположительных и ложноотрицательных результатов достаточно велико, и что в 90-95% случаев результаты исследования бывают нормальными (35,287).

Интерес к лапароскопическому ультразвуковому исследованию в настоящее время возрос в связи с актуальность интраоперационной диагностики во время эндохирургических вмешательств. В связи с этим был разработан специальный ультразвуковой датчик для лапароскопических исследований, проводимый в брюшную полость через 10 мм троакар (Y.Yamashita, T.Kurohiji et al.,1993; Rothlin M.,1994).

R.Santambrogio et al. (1996) представили данные о 124 выполненных ИОУЗИ (269). У 7 пациентов (5,6%) не удалось исследовать терминальный отдел холедоха, а в 4% случаев ИОУЗИ выявило конкременты холедоха, не обнаруженные в предоперационном периоде. У 5% пациентов с выраженными рубцово-воспалительными инфильтратами в области гепатодуоденальной связки ИОУЗИ помогло хирургу идентифицировать пузырный проток, что позволило отказаться от лапаротомии (269).

Из приведенных данных следует, что, несмотря на проведение дооперационного обследования, количество больных, у которых не были своевременно выявлены изменения желчевыводящих путей достаточно велико. Данные литературы показывают, что актуальность интраоперационной оценки состояния желчевыводящих путей возросла с внедрением лапароскопического метода лечения желчнокаменной болезни.

Таким образом, проблема интраоперационной диагностики во время ЛХЭ является высоко актуальной и преодоление ее позволит снизить количество осложнений и тем самым улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты лечения холелитиаза.

Техника выполнения ЛХЭ, предложенная ее основателями, практически не изменилась. Но манипуляции, ставшие обычными при ЛХЭ по поводу хронического холецистита, во время операции при остром холецистите требуют определенных модификаций, которые еще не нашли должного отражения в литературе.

Интраоперационные осложнения ЛХЭ встречаются у 2-16 % больных (Балалыкин А. С. соавт., 1993; Graber J. № ., 1993). При ОХ частота осложнений вмешательства достигает 10-34,5 % (Малаханов С. Н. с соавт., 1993; Frazee R. C. et al., 1993). Большой разброс данных о частоте развития осложнений объясняется тем, что еще не выработана единая трактовка особенностей лапароскопического вмешательства. Так, Е. И. Брехов с соавт. [1995] не считают осложнением перфорацию желчного пузыря во время операции, в то время как ряд авторов (Иванова Т. В. с оавт., 1993; Scott T. R. et al., 1992) расценивают данное состояние как грозный прогностический признак, требующий не только энергичных действий, но и обязательного дренирования брюшной полости. Перфорация пузыря зачастую сопровождается выпадением в брюшную полость конкрементов. П. Г. Бронштейн с соавт. [1996] указывают, что "потерянные камни" не влияют на качество дальнейшей жизни больного, а К. Mealy с соавт. [1993] производят лапаротомию для извлечения этих конкрементов. Также нет однозначного ответа на вопрос, считать ли осложнением все виды эмфизем (подкожная, предбрюшинная, оментальная) или только некоторые из них (эмфизема средостения).

В группу осложнений, специфичные для лапароскопической технологии или в значительной мере связанных с ней, входят троакарные и игловые повреждения внутренних органов (Deziel D.J. et al., 1993; Hanney R.M., Alle K.M., 1996; Thompson J.E., Bock R., Love D.K., 1997; Hashizume M. et al., 1997), коагуляционная травма внепеченочных желчных протоков и кишки (Славин Л.Е., 1998;) пневмоторакс (Friedman R.L. et al., 1994).

Частота встречаемости этих осложнений в настоящее время не столь велика, однако традиционная операция не имеет подобных осложнений вовсе.

Широкое использование электрохирургического оборудования при диссекции тканей, незнание и несоблюдение правил работы с электрооборудованием являются причинами коагуляционных осложнений, по мнению авторов (William B. et al., 1991; Федоров И.В., 1997; Лапкин К.В., 1998).

С внедрением новой технологии хирургического лечения желчнокаменной болезни изменился характер повреждений желчных протоков и, кроме известных видов, присущих открытой холецистэктомии (перевязка, прошивание, пересечение, иссечение), появились новые повреждения, связанные с неконтролируемым воздействием на стенку протока термической энергии и клипированием протока (8,9,10,11, Ничитайло М.Е и соавт. 2005;).

Причинами игловых и троакарных повреждений внутренних органов является нарушение методики и техники наложения пневмоперитонеума при создании лапароскопического оперативного доступа (55,56,68,75,80,174,175,176,305).

Осложнения ЛХЭ встречаются достоверно реже осложнений традиционного вмешательства (Балалыкин А. С., 1996; Miller R. E. et al., 1993). Однако камнем преткновения остается частота повреждений внепеченочных желчных протоков. В первых докладах, посвященных ЛХЭ, этот показатель составлял 0,6-1,25 % (Traverse L. W., 1994). По мнению R. L. Rossi et al. [1992], основа для высокого процента повреждений холедоха лежит в латеральной тракции желчного пузыря при диссекции его шейки во время ЛХЭ, в отличие от цефалической тракции при традиционной холецистэктомии.

По сводным данным из разных источников авторы в своей работе (Farello G. et al., 1993) приводят статистику осложнений. Так, на 5358 ЛХЭ, выполненных американскими хирургами в 2% выявлены тяжелые

осложнения, в 1% - были вынуждены обращаться к лапаротомии. К осложнениям относили - повреждение общего желчного протока (0,6%), васкулярные повреждения (0,2%), повреждения кишечника (0,1%), послеоперационные кровотечения (0,1%). Летальность была равна 0,4% и в 56,2% случаях объяснялась ятрогенными повреждениями.

В ретроспективном исследовании 1236 оперативных вмешательств, выполненных 20 хирургами в европейских центрах (Cuschieri A. et al., 1991) число осложнений составило 1,6% , из которых 0,7% потребовало лапаротомии. При остром холецистите повреждение общего желчного протока составило 5,5% против 0,2% при хроническом (Kum С.К. et al., 1996).

В настоящее время, отмечают, что разница в количестве повреждений билиарных протоков при "открытой" и ЛХЭ практически ликвидирована (Siewert J. et al., 1993).

К основным возможным причинам повреждения гепатикохоледоха при "открытой" ХЭК, во время выполнения ЛХЭ может прибавляться и другая: повреждение структур при неправильном применении источника энергии (Delaitre V. et al., 1992; Moossa A.R. et al., 1992). При неконтролируемом применении источника энергии и, особенно, при неадекватной визуализации, можно подозревать ожоговые или ишемические стриктуры главного печеночного протока (Davidoff A.M. et al., 1992).

Совершенствование техники оперативного вмешательства при ЛХЭ опровергло пессимистические прогнозы. За 1993 г. в Австралии отмечено 0,2% повреждений холедоха, во Франции - 0,35%, в Голландии - 0,53%, в Швеции - 0,54% [Cotton P. V. et al., 1994]. Имеются данные, что более 70 % повреждений холедоха получены хирургами с опытом менее 25 лапароскопических операций [Scott T. R. et al., 1992]. Но указанные показатели касаются операций как при остром, так и при хроническом холецистите. Как часто это осложнение встречается при ЛХЭ по поводу только ОХ, не ясно. J. G. Hunter [1993] считает, что частота повреждений холедоха в этих случаях может быть более 4%.

Осложнения, развивающиеся в раннем послеоперационном периоде ЛХЭ по поводу ОХ, встречаются у 5-25% больных [Емельянов С. И., 1996]. Ателектаз легкого и пневмония, несмотря на пневмоперитонеум, имеют место не чаще, чем при традиционном вмешательстве [Unger S. W. et al., 1991]. Ряд ранних послеоперационных осложнений требует хирургического вмешательства. При этом различают релапароскопию и "позднюю" ЛТ, которые могут быть диагностическими и лечебными. Релапароскопия при осложнениях после ЛХЭ производится достаточно редко, что, возможно, связано с необоснованным недоверием к возможностям метода. В. П. Стрекаловский с соавт. [1994] после ЛХЭ выполнили релапароскопию у 5 больных с клиникой внутрибрюшного кровотечения. Во всех случаях источником кровотечения служили сосуды брюшной стенки в местах введения троакаров, и санационная релапароскопия явилась адекватным по объему вмешательством.

В послеоперационном периоде после ЛХЭ могут наблюдаться также и другие осложнения, такие как внутриперитонеальное кровотечение из пузырной артерии, желчный перитонит из-за прорезывания клипс на культе пузырного протока, подтекание желчи из дополнительного протока в ложе пузыря (Cuilleret J. et al., 1991; Sandbichler P. et al., 1992; Soper N.J. et al., 1992). Кроме того, следует отметить инфицирование ран на месте введения троакаров (0,6%), серозно-геморрагические и желчные скопления, интраабдоминальный абсцесс (0,2%), развитие грыжи на месте введенного троакара (0,1%) [Schlumpf R. et al., 1993; Schlossnickel B. et al., 1993; Siewert J.R. et al., 1993).

По данным Р. А. Grace et al. [1991], "поздняя" ЛТ после ЛХЭ производится у 0,5-5 % больных, составляя в среднем 0,9%. Особое место в лечении послеоперационных осложнений ЛХЭ занимает пункция под соноскопическим контролем, позволяющая эвакуировать жидкостные образования из брюшной полости, констатировать их характер и

способствующая объективному выбору дальнейшей тактики [Качалов С. Н. с оавт., 1996, Луцевич О. Э. с соавт., 1993].

Летальность после ЛХЭ при ОХ составляет 0-1 %, достигая 5% у лиц старше 60 лет [Lirmenborn T. et al., 1994].

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия, сочетая малоинвазивность лапароскопии и конечный эффект традиционной холецистэктомии, может служить операцией выбора у широкого круга больных острым холециститом и занять ведущее место в лечении urgentных форм желчнокаменной болезни. Изучение проблемы демонстрирует ряд нерешенных и дискуссионных вопросов, требующих анализа с целью более широкого внедрения лапароскопической технологии в хирургическую практику и улучшения результатов лечения больных с острым холециститом.

До настоящего времени по данным литературы нет единого мнения в вопросе о показаниях к ЛХЭ при осложненном калькулезном холецистите. Выбор лечебной тактики и выполнение ЛО при таких осложненных формах калькулезного холецистита как водянка, эмпиема, околопузырный рубцово-воспалительный инфильтрат, острый холецистит, синдром Мирizzi, билиарные свищи являются предметом многочисленных дискуссий и споров [Unger S. Et al., 1991; Дронов В.И., 1993; Brickel A. et al, 1996; Meyer L., 1998;]. После накопления определенного опыта ЛХЭ при неосложненном калькулезном холецистите круг противопоказаний начал сужаться. Ряд авторов, хотя и весьма сдержано, но сообщает об успешном выполнении ЛХЭ при различных осложненных формах холецистита [Тимошин А.Д., 1993, 1999; Емельянов С.И., 1993; Ермолов А.С., 1993, 1995; Rau H.G. et al., 1994].

Лапароскопическое удаление желчного пузыря при остром холецистите, по мнению большинства авторов, является серьезнейшей проблемой [18,21,27,81,88,115,228,262,291]. Проблема ЛХЭ при остром холецистите обусловлена многими объективными факторами, в значительной степени усложняющими выполнение операции в техническом плане и

определяющими чрезвычайно высокий риск интраоперационных осложнений. Среди этих факторов, одно из основных мест занимают те морфологические изменения в области желчного пузыря и прилежащих органов, которые возникают в связи с развитием острого воспалительного инфильтративного процесса. Именно эти изменения обуславливают технические трудности установления анатомических взаимоотношений, крайне затрудняют этап выделения желчного пузыря из сращений и инфильтрата. Среди неблагоприятных явлений при остром холецистите: повышенная кровоточивость [Федоров И.В., 1995]. «ломкость» тканей при захвате их инструментами [Дронов В.И., 1993], трудности ориентации при выделении элементов шейки желчного пузыря [Rau H. G. Et al., 1994; Ермолов А.С., Гуляев А.А., 1997], высокая опасность повреждения внепеченочных желчных путей [D De Manzini N., 1997], опасность инфицирования раны при извлечении пузыря из брюшной полости [Федоров И.В., 1998], неблагоприятные условия для выполнения интраоперационной оценки желчных путей – холангиографии [Rau H. G. Et al., 1994], необходимость адекватной санации и дренирования брюшной полости при перитоните [Бебуришвили А.Г., 1998].

De Manzini N. Et al. (1994, 1996) вводит понятие “трудная” холецистэктомия и пытается анализировать различные причины приводящие к “трудной” ЛХЭ. Анализ причин указывает, что среди них основными являются все осложненные формы калькулезного холецистита, определяющие трудности интраоперационной диагностики и ориентации в области проводимой операции. Как один из путей решения проблемы удаления желчного пузыря при резко выраженных рубцово-инфильтративных изменениях автор рассматривает возможность выполнения лапароскопической холецистэктомии “от дна” Федоров И.В. (1995) предлагает ряд особенностей техники лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите, которые позволили бы успешно выполнить операцию [88]. Однако, предложенные им технические приемы являясь

безусловно полезными не отличаются оригинальностью, не решают проблему ориентации и топической диагностики, и в большинстве своем не снимают вопрос безопасности оперирования.

Вопрос о возможности выполнения ЛХЭ при синдроме Мириizzi, частота встречаемости которого может достигать 1%, также находит отражение в литературе [Ревякин В.И., 1997]. Мнения авторов расходятся. Большинство рекомендует переходить к выполнению оперативного вмешательства лапаротомным способом [Randoux O., 1992; Галлингер Ю.И., 1993; Alponat A., 1997; Тимошин А.Д., 1999]. Однако отдельные авторы [Егиев В. Н., 1997; Meng W., et al., 1996] с большим удовлетворением сообщают об успешном выполнении ряда ЛХЭ при синдроме Мириizzi. Однако, следует понимать, что «синдром печеночного протока», описанный в 1948 году Mirizzi P.L., под которым автор понимал сдавление общего желчного протока конкрементом расположенным в пузырном протоке, сопровождающееся желтухой, в настоящее время подразделяется на различные степени выраженности [Mirizzi P.L., 1948]. Синдромом Мириizzi сегодня считаются, как случаи сдавления общего печеночного протока камнем пузырного протока, так и случаи развития билиобилиарного свища, вплоть до миграции камня в просвет холедоха [Csendes A., 1989; Targarona E.M. et al., 1997; Ревякин В. И., 1997]. Именно этим объясняется большое разнообразие анатомо-морфологической ситуации в операционном поле, объективно определяющее различную степень оперативной сложности, а также и столь полярные мнения различных хирургов [Meng W. et al., 1996; Gigot J. et al., 1997; Sare M., Gurer S. et al., 1998]. Трудности интраоперационной диагностики и опасность повреждения желчных путей при синдроме Мириizzi склоняют большинство хирургов к лапаротомной холецистэктомии [1, 35, 44, 49, 53, 87, 93, 139, 140, 144, 151, 152, 158, 252, 298].

В литературе встречаются единичные работы, освещающие отдельные стороны: и особенности операций при осложненных формах калькулезного

холецистита, направленные на предотвращение осложнений [Bickel A. et al., 1996; Лапкин К.В., 1998].

Так, К.В.Лапкин (1998), анализируя причины травм желчных протоков и кровотечений при ЛХЭ, считает важнейшей причиной возникающих осложнений, трудность ориентации в операционном поле и идентификации анатомических структур [33]. Рекомендуемые им меры профилактики этих осложнений носят характер рекомендаций по соблюдению правил работы с электрооборудованием, знанию нормальных взаимоотношений анатомических структур в области операции, и их вариантов.

Таким образом, в качестве мер профилактики автор предлагает не совершать ошибки с точки зрения хирургической техники. Предлагая ряд профилактических мер, автор не дает решения важнейшей из проблем, проблемы установления анатомических взаимоотношений в операционном поле. Для улучшения ориентации автор, рекомендует подразделять анатомические варианты хода и впадения сосудисто-секреторных структур, и выделяет 6 типов желчного пузыря по форме, 12 вариантов хода пузырной артерии и 3 варианта хода пузырного протока [33].

Таким образом, анализ данных литературы приводит к заключению о недостаточной разработанности методических и технических особенностей ЛХЭ при осложненных формах калькулезного холецистита.

Дискуссия о показаниях к возможно "трудной" ЛХЭ, обусловленной осложненными формами калькулезного холецистита постоянно происходит на страницах научных журналов и в высоких аудиториях [Urbano D. et al., 1996; Луцевич Э.В., Уханов А.П., 1999] [34, 37, 77, 81, 87, 89, 94, 101, 115, 144, 155].

Еще один вопрос на протяжении ряда лет продолжает обсуждаться. Это вопрос о возможности выполнения ЛХЭ у больных перенесших ранее операции на органах брюшной полости. Спаечный процесс обусловленный перенесенными ранее операциями, границы которого определить чрезвычайно сложно, до настоящего времени является препятствием для

назначения ЛО у-больных перенесших не только операции на верхнем этаже брюшной полости, но и нижнесрединные лапаротомии [Fitzgibbons R. et al., 1991; Стрижелецкий В.В. и соавт.,1998; Луцевич Э.В., Уханов А.П., 1999] . Причиной этого является необходимость разработки методов топической диагностики висцеропариетальных сращений, особенностей выбора оперативного доступа, методических аспектов оперативной техники.

С проблемой "трудной" ЛХЭ перекликается проблема перехода к лапаротомии [Wiebke E. A. et al.,1996; Alponat A.et al., 1997; Ferraina P., 1993]. Нерешенным остается вопрос о показаниях к переходу на лапаротомию, о чем свидетельствует представленный в литературе широкий диапазон частоты перехода от 0,4% до 18% [Луцевич О.З.,1996;Wiebke EA.et al.,1996]. Вероятно, каждый хирург сам решает для себя этот вопрос, в зависимости от степени своей квалификации и опыта, а также оснащенности операционной и клиники в целом, владения методами диагностики и устранения холедохолитиаза. Однако, представленные в литературе крайности частоты перехода, свидетельствуют о неоднозначном понимании и отношении к этому серьезнейшему вопросу [35, 298].

По данным литературы, показаниями к переходу к лапаротомии являются, опять же, неясная анатомия в области печечно-двенадцатиперстной связки и шейки желчного пузыря, обусловленная инфильтративными или рубцово-воспалительными изменениями [Федоров И.В. и соавт.,1998; Тимошин А.Д.,1999], а также интраоперационные осложнения: ранения внепеченочных желчных протоков, кровотечения, которые невозможно остановить без риска повреждения элементов печечно-двенадцатиперстной связки [33, 82, 94], а также обнаружение во время операции конкурентных или сопутствующих заболеваний [Junger W. Et al.,1997] требующих лапаротомного оперативного лечения [191].

По мнению Hunter J.(1994), следует придерживаться, некоему временному пределу при выполнении выделения желчного пузыря. Автор предлагает ограничиваться тридцатью минутами от начала выделения

элементов шейки желчного пузыря до момента их клипирования [185]. По мнению ряда авторов, лапароскопическая операция не должна длиться в несколько раз дольше лапаротомной, и хирургу необходимо прогнозируя ход вмешательства своевременно переходить на лапаротомный доступ, либо заранее отказываться от выполнения операции лапароскопическим доступом [Cushieri A., et al., 1990; Meinerо M. et al., 1994; Alponat A. et al, 1997]. :

Важнейшим вопросом, требующим изучения и углубленного анализа, является вопрос о своевременной диагностике и адекватной лечебной тактике при ранних и поздних послеоперационных осложнениях. В литературе не удается обнаружить убедительных данных по анализу ведения больных с осложнениями в послеоперационном периоде. Нет сведений о роли, о диагностических и лечебных возможностях таких методов как динамическое УЗИ, релапароскопия, ЭРПХГ, ЭПСТ, НБД, стентирование желчных путей, пункция и дренирование под УЗИ, показаниях к лапаротомии [Шаас J. et al., 1994; Hanazaki et al., 1997; Peters J. et al, 1994]. Имеющиеся в литературе сообщения основаны на единичных наблюдениях коррекции различными методами возникающих в послеоперационном периоде осложнений, в связи с чем, оценить диагностические и лечебные возможности методов не представляется возможным [181, 188, 193, 204, 208, 231, 232, 235, 254].

Изучив литературу, мы видим, что показания к лапароскопическим операциям при ЖКБ в последние годы значительно расширяются, но проблемы остаются. Среди них, недостатки интраоперационной диагностики, травмы протоков при неосложненном и осложненном холецистите; трудные ЛХЭ при инфильтратах, холедохолитиазе, синдроме Мирizzi, свищах, перенесенных лапаротомиях, при ожирении, кардиологических проблемах, ЛХЭ при остром холецистите, лапароскопические методики устранения холедохолитиаза, ТЭО при лапароскопических операциях.

Создается впечатление о существовании ряда неблагоприятных тенденций. Налицо тенденция формирования особого порочного

направления хирургической деятельности - «лапароскопического холецистэктомирования», а не лечения больных страдающих холелитиазом. Имеется тенденция к выделению ЛХЭ в узкую специализацию без учета опыта общехирургических операций, открытых холецистэктомий, при полном отсутствии опыта и технической возможности оценивать состояние желчевыводящих путей и выполнять вмешательства на них. Новым методом стремится овладеть каждая, даже самая, мало-мальски оснащенная больница, не имеющая в своем арсенале необходимых способов лечения в высококвалифицированных хирургических центрах, а порой приводят к инвалидизации больных.

Резюмируя все вышеизложенное, следует сказать, что внедрение новой хирургической технологии в лечении холелитиаза, лечебно-диагностическая тактика при холедохолитиазе, ЛХЭ у больных перенесших операции на органах брюшной полости, венозные тромбоэмболические осложнения при ЛО имеет целый ряд проблем, требующих решения. Именно в связи с вышеизложенным, определен круг нерешенных задач в лапароскопическом лечении больных страдающих осложненными формами желчекаменной болезни, которые и определили цель и явились задачами нашего исследования.

Особую актуальность приобретает данная работа именно сейчас, в связи с накоплением значительного опыта использования новых методик диагностики и лечения, что требует углубленного изучения, оценки и обобщения результатов их применения.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

2.1. Общая характеристика клинических наблюдений.

Настоящая работа выполнена с 2009 по 2012 годы на базе РКБ № 1 в отделении хирургии.

В основу работы положен анализ результатов лечения 460 больных острым холециститом, из них выявлено 450 (9,3%) больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом. Все больные поступали в клинику последовательно и без предварительного отбора.

Из 450 пациентов камни желчных протоков были у 92 (20,4%) мужчин и 358 (79,6%) женщин.

Все больные были разделены на две группы (Таблицы № 1).

Таблица №1.

Распределение больных первой и второй групп по полу и возрасту.

Группа-I (n = 103)				Группа-II (n = 347)		
Открытая холецистэктомия с холедохолитотомией				Малоинвазивные хирургические методы		
Возраст в годах	Мужчины n (%)	Женщины n (%)	Всего n (%)	Мужчины n (%)	Женщины n (%)	Всего n (%)
< 30	---	---	---	---	2(0,6)	2(0,6)
31-40	1(0,8)	3(2,3)	4(3,1)	2(0,6)	9(2,6)	11(3,2)
41-50	3(2,3)	7(5,3)	10(7,6)	8(2,3)	24(6,9)	32(9,2)
51-60	5(3,8)	16(12,1)	21(15,9)	17(4,9)	74(21,3)	91(26,2)
61-70	9(6,8)	38(28,8)	47(35,6)	26(7,5)	101(29,1)	127(36,6)
71-80	4(3,1)	17(12,9)	21(15,9)	15(4,3)	61(17,6)	76(21,9)
> 80	---	---	---	2(0,6)	6(1,7)	8(2,3)
Итого	22(21,3)	81(78,7)	103(100%)	70(20,2%)	277(79,8)	347(100)%

Группу I составили 103 пациента, которым проведено традиционное хирургическое лечение - открытая холецистэктомия либо холецистэктомия из минидоступа с одновременным разрешением холедохолитиаза. В Группу II включено

347 больных, лечение которым проведено с применением малоинвазивных хирургических методик без прямого хирургического воздействия на холедох. Полученные результаты лечения больных первой группы мы сравнивали с результатами лечения пациентов из второй группы.

Из таблицы следует, что 81 больной (78,7%) первой группы составляли женщины, а 22 (21,3%) - мужчины. Во второй группе женщины составляли 277 (79,8%), а мужчины - 70 (20,2%).

Соотношение между мужчинами и женщинами среди больных в группе (I) составило 1:3,8. Во (II) группе- 1:4 соответственно. Сравнение выделенных групп пациентов по возрасту показало, что первую группу составили больные в возрасте от 33 до 80 лет, средний возраст - $63,5 \pm 1,5$ года, тогда как среди пациентов второй группы были лица в возрасте от 23 до 87 лет, средний возраст - $62,3 \pm 2$ года.

По классификации возрастных групп специального симпозиума (Киев 1962), пожилой возраст составляет 60-74 года; старческий возраст - 75-89 лет. Пациенты пожилого и старческого возраста составили в первой группе- 66,2%, тогда как во второй группе- 61,1%. Все пациенты обеих групп поступили в экстренном порядке с клинической картиной острого холецистита.

Длительность заболевания до госпитализации у больных (I) и (II) групп составила в среднем 4,1 и 3,6 суток соответственно. Лейкоцитоз наблюдался почти у всех пациентов (95,2%) и (95,4%) соответственно.

Чувствительность ультрасонографии в диагностике холецистолитиаза составила 100%, а холедохолитиаза (55,4%) в первой группе и (42,4%) во второй соответственно (таблица №2).

Таблица №2.

Основные клинические показатели контрольной (I) и основной (II) групп пациентов.

Параметры	Группа (I) n = 103	Группа (II) n = 347
Механическая желтуха	72 (69,9%)	198 (57,1%)
Длительность желтухи	$4,1 \pm 3,4$ (1-15 суток)	$3,6 \pm 2,9$ (1-10 суток)
Холангит	53 (51,5%)	137 (39,5%)

Лейкоцитоз	98 (95,2%)	331 (95,4%)
Билиарная гипертензия (УЗИ)	67 (65,1%)	188 (54,2%)
Холедохолитиаз (УЗИ)	57 (55,4%)	157 (42,4%)
УЗИ признаки воспалительных изменений в ж. пузыре	103 (100%)	347 (100%)
УЗИ признаки деструкции стенки желчного пузыря	49 (47,6%)	108 (31,3%)

Следовательно, УЗИ не является высоко - чувствительным исследованием в диагностике холедохолитиаза, хотя позволяет в половине случаев выявить косвенные признаки холедохолитиаза, такие как расширение холедоха.

В первой группе уровень билирубинемии колебался от 17,2 до 300,5 мкмоль/л. Клиническая выраженная желтуха с гипербилирубинемией выше 40 мкмоль/л. наблюдали у 62 больных (60,2%). Во второй группе уровень билирубинемии колебался 16,7 до 285,6 мкмоль/л. Клиническая выраженная желтуха с гипербилирубинемией выше 40 мкмоль/л. имела место у 194 больных (55,9%) (таблица №3).

Таблица №3.

Распределение больных по уровню билирубинемии.

Группа	Уровень билирубина (мкмоль/л)			Всего
	до 20,5	20,5 - 40	свыше 40	
Первая	31 (30,1%)	10 (9,7%)	62 (60,2%)	103 (100%)
Вторая	149 (42,9%)	4 (1,2%)	194 (55,9%)	347 (100%)

Следует отметить, что, так как болеют преимущественно люди пожилого и старческого возраста, то значительное влияние на течение послеоперационного периода и развитие осложнений оказывает сопутствующая патология. В наших наблюдениях у 94 (91,3%) больных были выявлены сопутствующие заболевания в первой группе, во второй - 326 (93,9%) (таблица №4).

В большинстве случаев имело место сочетание двух и более нозологических форм сопутствующих заболеваний (57,2%) в первой группе и (61,3%) во второй соответственно. Число и тяжесть сопутствующих заболеваний

увеличивается прямо пропорционально возрасту пациентов. Это снижает функционально-компенсаторные возможности организма и может влиять на течение до, интра - и послеоперационного периодов.

Анализируя возрастные, половые соотношения групп, наличие и характер сопутствующей патологии, данные анамнеза и клинико-лабораторные показатели, установлено, что статистически достоверных различий в сравниваемых группах не отмечено, что говорит о репрезентативности исследования.

Таблица №4.

Характер сопутствующих заболеваний у обеих групп больных.

Система органов	Нозологическая форма	Группа I	Группа II
		n = 94	n = 326
		абс.(%)	абс.(%)
Сердечно-сосудистая система	ИБС	83(88,3)	182(55,8)
	Артериальная гипертензия	79(84,1)	173(53,1)
Система органов дыхания	ХНЗЛ	43(45,8)	137(42,1)
	Бронхиальная астма	8(8,5)	17(5,3)
Система органов пищеварения	Язвенная болезнь желудка и ДПК	13(13,8)	39(12,0)
	Хронический гастрит	54(57,5)	187(57,4)
Эндокринная система	Сахарный диабет	9(9,6)	24(7,4)
	Узловой зоб	3(3,2)	11(3,4)
	Ожирение	37(39,4)	103(31,6)
Мочеполовая система	Мочекаменная болезнь	6(6,4)	15(4,6)
	Хронический пиелонефрит	14(14,9)	56(17,2)
Нервная система	Атеросклероз сосудов гол. мозга	43(45,7)	139(42,8)

Для проведения анализа все пациенты были разделены на 4 подгруппы (таблица №5). 347 (77,1% от всех больных острым холецистохоледохолитиазом) пациентов были пролечены с использованием малоинвазивных методик и с применением на дооперационном этапе эндоскопических пособий (ЭРПХГ, ЭПТ, эндоскопической экстракции камня корзинкой Dormia, механической литотрипсии). Показанием к операции на ОЖП был холедохолитиаз не разрешенный эндоскопически- 90 (20,0%) пациентов, холедохолитиаз при котором эндоскопическое пособие не выполнялось вследствие прогнозируемой его неэффективности- 6 (1,4%) больных, и ввиду экстренности ситуации- 7 (1,6%) больных.

Таким образом, у 103 (22,9%) больных эндоскопическое пособие оказалось неэффективным или не выполнялось, что и служило показанием к холедохолитотомии.

Таблица №5.

Распределение больных с острым холецистохоледохолитиазом

Группа I (пациенты с оперативным разрешением холедохолитиаза)		Группа II (пациенты с эндоскопическим разрешением холедохолитиаза)	
Неэффективная эндоскопическая коррекция холедохолитиаза	Отсутствие эндоскопическая коррекция холедохолитиаза	Эндоскопическая коррекция холедохолитиаза + холецистэктомия	Эндоскопическая коррекция холедохолитиаза (конечный этап)
90 (20,0%)	13 (2,9%)	343 (76,2%)	4 (0,9%)
103 (22,9%)		347 (77,1%)	
450 (100%)			

ГЛАВА 3

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все больные первой группы оперированы в экстренном и срочном порядке. Сюда отнесли 90 (87,4%) больных с острым холецисто-холедохолитиазом в связи с неэффективностью эндоскопической коррекцией холедохолитиаза и 13 (12,6%) больных, которым эндоскопическое пособие не выполнялось из-за очевидной неперспективности, или ввиду экстренности ситуации.

Причины, по которым не выполняли РХПГ с разрешением холедохолитиаза, представлены в таблице №6.

У десяти (9,7%) больных в связи с тяжелым общесоматическим состоянием и экстренностью ситуации не выполняли РХПГ с последующей санацией желчных протоков. Из-за очевидной неперспективности у троих (2,9%) пациентов (перенесенная в прошлом дистальная резекция желудка по Б-П и у одного - по РУ), РХПГ не проводили. В остальных случаях попытки канюляции холедоха не увенчались успехом из-за анатомических особенностей и воспалительно-инфильтративных изменений в области БДС: парапапиллярные дивертикулы- 12,6%, интрадивертикулярное расположение БДС- 6,8%, аденома БДС- 3,9%, выраженный папиллит- 14,6%.

У 24 (23,3%) больных проводили успешную канюляцию БДС, но в связи с наличием в просвете холедоха крупных конкрементов литоэкстракция даже после предварительной механической литотрипсии не удалась.

Лечение больных острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, в этой группе было одноэтапным. Проводилось оперативное вмешательство из минилапаротомного (по методу М.И. Прудкова) и традиционного (по Кохеру) доступов.

Таблица №6.

Причины невыполнения эндоскопической санации общего желчного протока.

Группа I	
Неэффективная эндоскопическая Коррекция	Отсутствие эндоскопической коррекция

Парапапиллярные дивертикулы	13 (12,6%)	Тяжелое общесоматическое состояние	10 (9,7%)
Интрадивертикулярное расположение БДС	7 (6,8%)		
Крупный конкремент	24 (23,3%)		
Вколоченный конкремент БДС	27 (26,2%)	Предшествующие операции на желудке и ДПК	3 (2,9%)
Аденома БДС	4 (3,9%)		
Выраженный папиллит	15 (14,6%)		
90 (87,4%)		13 (12,6%)	

Очевидно, что подавляющее количество операций заключалось в холецистэктомии, холедохолитотомии и Т-образном дренировании холедоха по Керу - 88 (85,4%) больных. Из них 51(49,5%) больной, оперированный традиционным доступом и 37(35,9%) больных - из минилапаротомного доступа. Холецистэктомия, холедохолитотомия с ХДА выполняли 5(4,8%) больным из минилапаротомного доступа и 8(7,8%) больным из традиционного доступа. Холецистэктомия, экстракция конкрементов через пузырный проток и дренирование холедоха по Пиковскому выполняли у 2(1,9%) больных из минилапаротомного доступа.

101(98,1%) пациенту доступ в билиарную протоковую систему осуществили путем холедохотомии. Двум (1,9%) больным - через пузырный проток.

Множественный холедохолитиаз (более трех камней) выявлен у 41 (39,8%) пациента. После освобождения желчных протоков от конкрементов проводили

оценку проходимости терминального отдела холедоха и БДС с целью выявления папиллостеноза. Диагностика папиллостеноза является непростой и ответственной задачей для хирурга. Этот диагноз окончательно ставится или отвергается именно во время операции.

Диагностику стенотических поражений мы проводили на основании трех методов - рентгенохолангиографии, фиброхолангиоскопии и зондирования набором калиброванных зондов. Интраоперационную рентгенохолангиографию проводили в начале операции до инструментальной ревизии желчных протоков, поскольку любые манипуляции на холедохе приводят к гипертонусу БДС, затрудняя диагностику.

Отсутствие сужения терминального отдела холедоха, рефлюкса контрастного вещества во внутривенные протоки и Вирсунгов проток, нормальный диаметр холедоха, а так же быстрая эвакуация контрастного вещества в ДПК позволяет исключить стеноз. Однако такая рентгенологическая картина при остром холецистохоледохолитиазе встречается крайне редко, поскольку нахождение камней в холедохе уже само по себе нарушает эвакуацию контрастного вещества в ДПК, вызывает дилатацию общего желчного протока и может вызвать гипертонус БДС.

Рентгенологические симптомы стеноза БДС и спазма папиллы идентичны, а фармакологические тесты с использованием спазмолитиков или нитратов ненадежны. Рентгенологически практически невозможно однозначно дифференцировать функциональные нарушения проходимости БДС от умеренного органического стеноза папиллы на фоне холедохолитиаза. Поэтому, интерпретируя данные холангиографии, нужно очень критично относиться к симптомам, указывающим на нарушение проходимости терминального отдела холедоха, прибегая в этих случаях к услугам других диагностических методов. Мы считаем, что игнорирование этого правила обязательно приведет к гипердиагностике папиллостеноза.

Основным методом, позволяющим установить диагноз папиллостеноз является зондирование большого дуоденального сосочка. Мы считаем папиллостеноз у данной категория больных показанием к проведению холедоходуоденостомии виду невозможности выполнения эндоскопической папиллотомии.

В данной группе больных наряду с острым холецистохоледохолитиазом был диагностирован и стеноз терминального отдела холедоха у 13 (12,6%) пациентов. Им выполнена операция (холецистэктомия, холедохолитотомия и холедоходуоденостомия по Юрашу-Виноградову) открытым доступам в восьми случаях и из минилапаротомного доступа в пяти случаях.

Ближайшие результаты лечения мы оценивали числом интра- и послеоперационных осложнений и их характером. В соответствии с вышеизложенной методикой и тактикой, в рамках проводимого исследования, прооперированно 103 пациента первой группы с острым холецистохоледохолитиазом. Выявлено следующее распределение патологии магистральных желчевыводящих протоков.

Только холедохолитиаз, без патологии терминального отдела холедоха и БДС, имел место у 90 больных (87,4%). Из них у 3 (2,9%) пациентов диагностирован синдром Мириizzi. Сочетание холедохолитиаза с папиллостенозом было выявлено у 13 (12,6%) пациентов. Холедохолитиаз успешно разрешен интраоперационно из минилапаротомного доступа у 44 пациентов (42,7%) и у 59 (57,3%) пациентов из открытого традиционного доступа. При холецистэктомии из мини-доступа конверсия на традиционный открытый доступ имела место у 6 (5,8%) больных. Из них 3 (2,9%) пациента по поводу синдрома Мириizzi. Во всех случаях после конверсии был извлечен большой камень из общего желчного протока. Все операции после холецистэктомии, холедохолитотомии закончились наружным дренированием холедоха по Керу и подпеченочного пространства.

Интраоперационные осложнения из традиционного широкого доступа возникли в 3 (2,9%) наблюдениях: кровотечение из ложа пузыря, кровотечение из пузырной артерии и повреждение гепатикохоледоха.

При анализе послеоперационных осложнений при выполнении холецистэктомии и холедохолитотомии последние имели место у 9 (8,7%) пациентов. Интраоперационные осложнения, приведшие к расширению доступа были в 3 (2,9%) наблюдениях. В 2 (1,9%) случаях во время операции по поводу

острого калькулезного холецистохоледохолитиаза отмечено кровотечение из пузырной артерии и у 1 (1%) пациента имело место повреждение гепатикохоледоха. Кроме того, интраоперационное осложнение было отмечено еще в 2 (1,9%) наблюдениях и устранено в ходе операции и не потребовало расширения операционной раны: кровотечение из ложа желчного пузыря, остановлено тампонированием ложа.

Осложнения в послеоперационном периоде в группе завершённых по методике МХЭ вмешательств развились у 6 (5,8%) пациентов.

В таблице №7 представлены сводные сведения об осложнениях при выполнении холецистэктомии с холедохолитотомией из традиционного широкого и минилапаротомного доступов.

Исходя из вышеуказанных данных, наименьшая частота интра- и послеоперационных осложнений при остром калькулезном холецистохоледохолитиазе отмечается в группе пациентов с применением МХЭ и составляет 10,7%.

Наибольшее число осложнений выявлено в группе больных, перенесших операцию их традиционного широкого доступа. Частота осложнений у пациентов в этой группе составила 11,7%.

Таблица №7.

Интра - и послеоперационные осложнения, возникшие при выполнении ТХЭ и МХЭ у больных группы I.

Осложнения	ТХЭ	МХЭ
Интраоперационные осложнения		
• кровотечение из пузырной артерии	1 (1%)	2 (1,9%)
• кровотечение из ложа пузыря	1 (1%)	2 (1,9%)
• повреждение гепатикохоледоха	1 (1%)	1 (1%)
Общесоматические осложнения		
• острый инфаркт миокарда	1 (1%)	---
• ТЭЛА	1 (1%)	---

П/о осложнения в зоне операции		
• несостоятельность культи пуз. протока	---	3 (2,9%)
• внутрибрюшное кровотечение	---	1 (1%)
• абсцесс п/печеночного пространства	2 (1,9%)	---
• гематома п/печеночного пространства	1 (1%)	---
• резидуальный холедохолитиаз	1 (1%)	1 (1%)
Местные раневые осложнения		
• нагноение п/о раны	3 (2,9%)	1 (1%)
Итого	12 (11,7%)	11 (10,7%)
Всего	23 (22,4%)	

Из 103 наблюдаемых нами больных умерло 4 (3,9%) пациента. Летальность отмечена только при выполнении операции из традиционного открытого доступа. Причинами смерти во всех случаях были различные осложнения сопутствующих заболеваний. Один больной умер от острого инфаркта миокарда, одна больная - от тромбоэмболии легочной артерии, два больных от полиорганной недостаточности.

При выборе метода обезболивания предпочтение отдавали эпидуральной анестезии без искусственной вентиляции легких.

Большинство больных старше 60 лет (66,2%) имели серьезную сопутствующую патологию со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Проведение общей анестезии с ИВЛ у этой категории пациентов сопряжено с риском развития сердечно-легочной декомпенсации. Решить эти проблемы позволил продленный эпидуральный блок, обеспечивший не только адекватную интраоперационную анестезию и миорелаксацию, но и полноценное послеоперационное обезболивание без использования наркотических анальгетиков.

Таким образом, по завершении лечения больных острым холецистохоледохолитиазом в первой группе, были получены следующие результаты.

Средняя продолжительность стационарного лечения составила $15,8 \pm 2,3$ суток. Устранить холедохолитиаз из мини-лапаротомного доступа удалось у 44 (42,7%) больных, а у 59 (57,3%) больных – из открытого традиционного доступа. Частота конверсии на открытый традиционный доступ составила 6 (5,8%) случаев. Папиллостеноз диагностирован у 13 (12,6%) больных. Частота резидуального холедохолитиаза составила 2 (1,9%) случая. Осложнения развились у 23 (22,4%) больных. Частота летальных исходов в первой группе составила 4 (3,9%) больных.

Отдаленные результаты хирургического лечения прослежены у 70 (68%) человек данной группы. Семь больных умерли в различные отдаленные сроки после операции, причем от заболеваний, не связанных с желчевыводительной системой.

В зависимости от отдаленных результатов лечения всех респондентов мы распределили на три группы. В первую вошли те, у кого отсутствовали признаки заболеваний органов брюшной полости. Во вторую включены больные, которые предъявляли жалобы на диспептические расстройства и (или) боли в животе, не имеющие отношения к желчевыводящей системе. К таким жалобам относили отрыжку, изжогу, тошноту, рвоту, нарушения стула; при этом учитывали частоту их возникновения, длительность, выраженность проявлений. Третью группу составили больные с заболеваниями гепатобилиарной зоны, доказанными клинически и с помощью объективных методов исследования.

Среди оперированных больных доля полностью выздоровевших увеличилась с 58,6% в первые три года наблюдения до 89,5% в последующие годы. Частота проявлений диспептических расстройств в этих группах больных снижается от 34,2% в первые годы наблюдения до 8,8% к седьмому-десятому году.

Обращает на себя внимание уменьшение числа лиц с неудовлетворительными отдаленными результатами по мере наблюдения с 7,2% до 1,7% причем после пяти - семи лет наблюдения частота неудовлетворительных результатов остается примерно на одном уровне.

Увеличение группы больных, страдающих диспептическими явлениями или болями в животе, без приступов произошло за счет появления послеоперационных вентральных грыж, развития хронического гастродуоденита, хронического панкреатита, хронического гепатита и других заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Наиболее частым заболеванием в отдаленном послеоперационном периоде у больных данной группы, была послеоперационная вентральная грыжа. Частота ее возникновения составила 7,2% среди больных оперированных традиционным доступом. При операциях из мини доступа послеоперационные вентральные грыжи мы не отметили.

Таким образом, к семи – восьми годам после хирургического лечения острого холецистита с холедохолитиазом можно говорить о 89,5% хороших результатов, которые остаются и при дальнейшем наблюдении.

Лечение больных острым холецистохоледохолитиазом во второй группе проводили в два этапа. Первым этапом разрешили холедохолитиаз чреспапиллярным доступом, т.е. выполняли РХПГ и ЭПГ с последующей холедохолитоэкстракцией, а при необходимости удалению конкрементов предшествовала механическая литотрипсия. После эндоскопического разрешения холедохолитиаза и ликвидации механической желтухи вторым этапом пациентам выполняли радикальную операцию – холецистэктомию желательным одним из мини-инвазивных способов (лапароскопическая холецистэктомия или холецистэктомия из мини-доступа) а при необходимости из открытого традиционного доступа.

Надо отметить, что в этой группе исследуемых больных 4 (1,2%) пациентам после эффективной эндоскопической коррекцией холедохолитиаза на втором этапе лечения не выполнялась операция холецистэктомию в связи с тяжестью общего состояния обусловленного декомпенсацией массы сопутствующих заболеваний. Из них трем, была произведена холецистостомия с литоэкстракцией как окончательный этап хирургического лечения а для

четвертого больного объем оперативного вмешательства ограничился эндоскопической папиллотомией с литоэкстракцией.

В нашем исследовании выявление холедохолитиаза при проведении РХПГ служило показанием к одновременному проведению ЭПТ, выполнение которой разрушает замыкающий механизм БДС. Естественно, что впоследствии во время проведения холецистэктомии невозможно зондированием проверить истинность предположений о наличии папиллостеноза. Поэтому во второй группе учет больных с папиллостенозом мы не проводили.

При диагностировании холедохолитиаза выполняли эндоскопическую папиллотомию. Рассечение БДС осуществляли канюляционным и неканюляционными способами. Чаще применяли первый способ, который предусматривает введение папиллотома в устье ампулы сосочка. При этом папиллотом с загнутым кверху концом вводили в просвет БДС в направлении снизу вверх в проекции 10-13 часов. По мере продвижения вглубь натягивали проволоку папиллотома так, чтобы приподнималась крыша сосочка и рельефнее визуализировался интрадуоденальный отдел холедоха.

Глубину введения папиллотома, а так же длину разреза определяли индивидуально на основании дуоденоскопических и рентгенологических данных. Обычно ограничивались длиной разреза в 10-15мм. Ориентиром при этом служила поперечная складка, охватывающая БДС, выше которой старались не проводить разрез. Во избежание ошибок производили парциальное рассечение с обязательным предварительным введением контрастного вещества.

В случае невозможности канюлирования БДС папиллотомию выполняли неканюляционным способом. Для этого крышу ампулы БДС рассекали игольчатым папиллотомом. Эта манипуляция называется предрассечением БДС. Далее папиллотомию продолжали обычным папиллотомом, расширяя разрез до оптимальной величины, т. е. использовали смешанный способ ЭПТ. Подобную комбинацию методов применяли также в случаях ампулярного холедохолитиаза.

По результатам наших наблюдений в 35 (10,1%) случаях после ЭПТ имело место самопроизвольное отхождение конкрементов; в 281 (81%) наблюдении для

удаления конкремента из просвета холедоха использовали корзинку Дормиа; в 31 (8,9%) наблюдении удалению конкрементов предшествовала механическая литотрипсия. У 66 (19%) пациентов потребовалось назобилиарное дренирование в связи с гнойным холангитом и с неполным отхождением конкрементов на фоне острого холецистохоледохолитиаза.

После удаления всех камней обязательно проводили повторное контрастирование желчных протоков и контрольный снимок, чтобы подтвердить и документировать успешность эндоскопического вмешательства.

Объем лечебных вмешательств помимо ЭПТ включал удаление конкрементов, корзинкой Дормиа, дробление камней, с помощью механического литотриптора, выполнение назобиллярного дренирования, лаваж гепатикохоледоха растворами антибактериальных средств.

После разрешения холедохолитиаза, в среднем через 1-3 дня, большинство больных- 343 (98,9%) подвергались второму этапу лечения - холецистэктомии. Естественно, что во время операции больным, перенесшим эндоскопическую папиллотомию с разрешением холедохолитиаза без осложнений, мы не проводили наружное дренирование холедоха.

59 (17%) больным произведена лапароскопическая холецистэктомия; 235 (67,7%) больным - холецистэктомия из минилапаротомного доступа и 49 (14,1%) больным - традиционная холецистэктомия). У 4 пациентов (1,2%) ликвидация желчной гипертензии после РХПГ и ЭПТ позволила разрешить явления острого обтурационного холецистита и избежать экстренной операции.

Из 347 больных основной группы успешно разрешить холедохолитиаз чреспапиллярным доступом удалось 340 (97,9%) больным. 7 (2,0%) больным холедохолитиаз не был разрешен в связи с ятрогенными осложнениями при выполнении эндоскопической папиллотомии.

Анализируя результаты первого этапа лечения больных второй группы, было установлено, что наибольшие трудности для эндоскопического разрешения холедохолитиаза представляли случаи лечения больных с большими (диаметром 10мм. и более) и множественными (более трех) конкрементами желчных

протоков. Таким больным неоднократно приходилось проводить эндоскопическое лечение в два и более этапа- 12 (3,5%) наблюдений. Причинами этого в основном являлось возникающее незначительное кровотечение после папиллотомии или трудности, связанные с извлечением множественных и/или крупных конкрементов, а также их литотрипсией.

При выполнении эндоскопической папиллотомии у анализируемой группы больных частота ее осложнений составила 3,2% (11 наблюдений). Летальных исходов при этом не отмечено.

Семь (2,0%) пациентов были оперированы открытыми способами в связи с развившимся осложнениями. По поводу кровотечения, которое возникло у четырех больных, оперированы 3 (0,9%) пациента, им выполнена лапаротомия, дуоденотомия, остановка кровотечения, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу, дренирование брюшной полости. В четвертом случае кровотечение остановлено эндоскопически. В связи с ретродуоденальной микроперфорации 2 (0,6%) пациентам выполнена лапаротомия, ревизия брюшной полости, ушивание микроперфорации, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу, дренирование брюшной полости.

Двум (0,6%) пациентам с вклиниванием конкремента с корзинкой Дормиа выполнена холецистэктомия, холедохолитотомия с извлечением корзинки, дренирование холедоха по Керу, дренирование подпеченочного пространства.

Осложнения раннего послеоперационного периода в анализируемой группе больных во втором этапе лечения наблюдались у 19 (5,5%) больных.

Осложнение кровотечением развилось у 4 больных (1,2%). У одного пациента во время проведения лапароскопической холецистэктомии обнаружено внутривнутрипеченочное расположение желчного пузыря. При выделении его из ложа возникло массивное кровотечение, которое не удалось остановить лапароскопически, в связи с чем, была произведена конверсия на традиционный лапаротомный доступ. Гемостаз достигнут путем ушивания ложа желчного пузыря. Краевое повреждение гепатикохоледоха было отмечено у одной пациентке (0,3%) в связи

с анатомическими особенностями (атипизм строение внепеченочных желчных путей) и в условиях выраженного спаечного и воспалительного процесса. Причинами желчеистечения, а их 5 (1,5%) случаи служили несостоятельность культи пузырного протока у двух пациента и подтекание желчи из ложа желчного пузыря у трех остальных. Подпеченочный абсцесс в раннем послеоперационном периоде имел место у 2 (0,6%) пациентов. Всего частота конверсий миниинвазивных доступов составила 11 (3,2%).

Из 347 наблюдаемых нами больных умерло 2 (0,6%) пациента. Летальность отмечена в раннем послеоперационном периоде. В одном случае смерть наступила на второй день после операции, в другом через 5 дней. Причиной смерти во всех случаях была прогрессирующая полиорганной недостаточности.

Отдаленные результаты прослежены у 248 человек, составивших 71,5% от всех больных второй группы. Восемь больных умерли в различные отдаленные сроки после операции, причем семь из них от заболеваний, не связанных с желчевыделительной системой. Один человек умер от гнойного холангита и абсцессов печени, развившихся через три года после ЭПТ, холецистэктомии из открытого традиционного доступа.

В зависимости от отдаленных результатов лечения всех респондентов мы также распределили на три группы и по тому же принципу, что с больными из первой группы. Среди оперированных больных доля полностью выздоровевших увеличилась с 65,7% в первые три года наблюдения до 97,5% в последующие годы. Частота проявлений диспептических расстройств в этих группах больных снижается от 25,0% в первые годы наблюдения до 2,5% к седьмому-десятому году. Обращает на себя внимание уменьшение числа лиц с неудовлетворительными отдаленными результатами по мере наблюдения с 9,3% до 4,5% причем после пяти лет наблюдения частота неудовлетворительных результатов остается примерно на одном уровне.

По нашим наблюдениям число пациентов, страдающих диспептическими расстройствами или болями в животе без приступов которые перенесли тради-

ционные операции, превалирует над оперированными больными, у которых была выполнена ЛХЭ или МХЭ.

Наиболее частым заболеванием в отдаленном послеоперационном периоде у больных данной группы, была также послеоперационная вентральная грыжа. Частота ее возникновения составила 6,5% среди больных оперированных традиционным доступом. При операциях из мини доступа и при ЛХЭ послеоперационные вентральные грыжи мы не отметили.

Таким образом, к семи – восьми годам после хирургического лечения острого холецистита с холедохолитиазом можно говорить о 97,5% хороших результатов, которые остаются и при дальнейшем наблюдении. Оперативное лечение острого холецистита и холедохолитиаза является патогенетически обоснованным методом лечения данной патологии в большинстве случаев, имеющим хорошие и удовлетворительные результаты в отдаленном послеоперационном периоде. Сравнительная оценка результатов лечения больных двух групп переставлена в таблице №8.

Небольшое количество осложнений и низкий процент летальных исходов во второй группе нельзя объяснить, только малой травматичностью использованных хирургических методов лечения. Подобный результат достигнут и в значительной степени благодаря оптимальному выбору анестезиологического пособия для каждого конкретного больного. Пожилых пациентов, имевших серьезную сопутствующую патологию со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, оперировали под эпидуральной анестезией без ИВЛ.

Таблица №8.

Сравнительная оценка результатов лечения больных в I и II группах.

Параметры оценки	Группа I	Группа II
Число больных	103 (22,9%)	347 (77,1%)
Средний возраст	63,5±1,5	62,3±2,0
Число конверсий	6 (5,8%)	11 (3,2%)

Количество больных с резидуальными конкрементами	2 (1,9%)	5 (1,5%)
Средний к/д	15,8±2,3 (сут.)	7,0±2,5 (сут.)
Осложнения	23 (22,4%)	30 (8,7%)
Летальность	4 (3,9%)	2 (0,6%)

Наше исследование показывает, что оба подхода к лечению острого холецистохоледохолитиаза соответствуют требованиям современной хирургии. Для каждого имеются свои показания и противопоказания. Однако наиболее предпочтительным нам представляется двухэтапный способ лечения (РХПГ+ЭПТ и МХЭ или ЛХЭ), который может быть применен у большинства больных с острым холецистохоледохолитиазом.

Мы предлагаем следующий алгоритм диагностики и лечения больных острым холецистохоледохолитиазом (рисунок №1).

Больным, которым эндоскопическое пособие не выполнялось из-за очевидной неперспективности, или ввиду экстренности ситуации и больным с неэффективной эндоскопической коррекцией холедохолитиаза мы выполняли холецистэктомию, холедохолитотомию, операцию заканчивали внутренним или наружным дренированием холедоха.

Больным с деструктивным холециститом в сочетании с холедохолитиазом выполняли в первую очередь ЧЧМХ с последующей РХПГ + ЭПТ и холецистэктомию как окончательный этап лечения. Остальной категорией больных мы первым этапом выполняли ЭРХПГ + ЭПТ, вторым этапом - холецистэктомию.

Если при интраоперационном обследовании диагностирован папиллостеноз, то показана эндоскопическая папиллотомия после операции. Важным условием применения данной тактической схемы является обязательное проведение всем больным перед операцией эндоскопического осмотра БДС и папиллярной области с целью выявления патологии этой зоны и возможности выполнения чреспапиллярных лечебно-диагностических вмешательств.

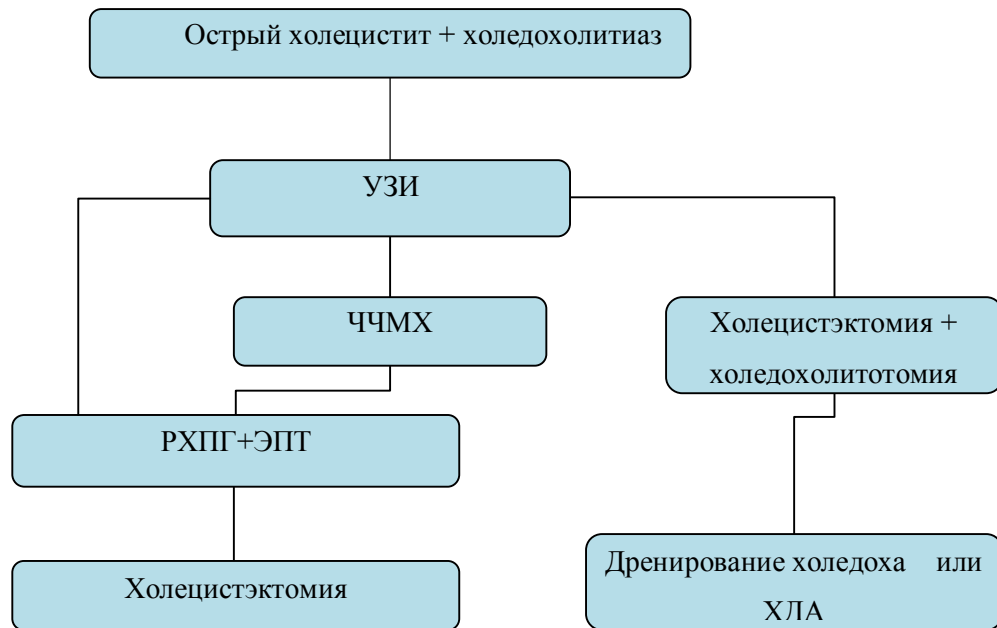


Схема №1. Алгоритм диагностики и лечения острого холецистита, сочетающегося холедохолитиазом.

Если прогнозируются сложности при выполнении эндоскопических чреспапиллярных вмешательств (резекция желудка по Бильрот - II, парапапиллярный дивертикул, атипичное расположение сосочка и т.д.) то коррекцию сопутствующего холедохолитиазу папиллостеноза необходимо проводить интраоперационно.

Несомненным достоинством операций из мини-доступа является возможность их выполнения с применением только региональной анестезии. Это особенно важно у лиц пожилого и старческого возраста и при тяжелых сопутствующих заболеваниях, когда наркоз и наложение пневмоперитонеума нежелательны. Таким образом, эпидуральная анестезия существенно снижает анестезиологический риск. Кроме того, и после операции в течение ближайших суток эпидуральный катетер используется для введения анестетиков. Экономически эпидуральная анестезия также дешевле эндотрахеального наркоза в 1,82 раза.

Таким образом, дифференцированная тактика в лечении больных с острым калькулезным холециститом, сочетающимся с холедохолитиазом, применение

современных технологий, миниинвазивных вмешательств позволяет получить вполне удовлетворительные результаты.

ВЫВОДЫ

1. Комплексное использование современных инструментальных методов исследования, включающих ультразвуковую диагностику, эзофагогастродуоденоскопию, применение эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, интраоперационной холангиографии и фиброхоледохоскопии позволяет в кратчайшие сроки установить диагноз и причину нарушения проходимости желчных путей у пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой. Эффективность выявления конкрементов холедоха при этом составляет 98,5%.
2. При подозрении на холедохолитиаз, особенно при неуспешной или невозможной дооперационной РПХГ, минилапаротомия позволяет в большинстве случаев реализовать всю интраоперационную программу исследования ОЖП, интраоперационную холангиографию, интраоперационную фиброхоледохоскопию, исследование терминального отдела ОЖП калиброванными бужами. При наличии показаний, методика позволяет выполнить интраоперационную холедохотомию и завершить ее в зависимости от условий, наружным или внутренним дренированием ОЖП (в первой группе МХЭ - 42% и во второй - 67,7% соответственно).
3. Применение двухэтапного метода хирургического лечения острого холецистохоледохолитиаза (РХПГ + ЭПТ – на первом этапе лечения и ЛХЭ или МХЭ – на втором соответственно) характеризуется низкой частотой интра - и послеоперационных осложнений (8,7%), сопровождается введением меньших доз обезболивающих, дает возможность ранней активизации пациентов в послеоперационном периоде и позволяет значительно сократить сроки стационарного лечения ($7,0 \pm 2,5$ суток).
4. При остром деструктивном холецистите в сочетании с холедохолитиазом у больных крайне высокого операционно-анестезиологического риска методом

выбора является пункционная холецистостомия под местным обезболиванием и ультразвуковым контролем, как первый этап хирургического лечения. РХПГ + ЭПТ - второй этап и МХЭ - окончательный этап лечения.

5. Современная тактика диагностики и лечения больных с острым калькулезным холециститом и механической желтухой должна быть строго индивидуальной, основываться на широком использовании малоинвазивных технологий, которые являются высокоэффективными методами диагностики и лечения данной патологии, позволяющие сократить уровень осложнений и летальности (0,6%), а также уменьшить длительность стационарного лечения по сравнению с традиционными «открытыми» способами.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Выполнение предоперационной дуоденоскопии с прицельным осмотром области Фатерова сосочка обязательна для всех больных с механической желтухой. Результаты эндоскопического исследования определяют дальнейшую хирургическую тактику лечения пациентов с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом.
2. Соблюдение диагностического алгоритма у больных острым холециститом особенно важно при узких внепеченочных желчных протоках, отсутствии желтухи, а также при наличии в желчном пузыре множественных мелких конкрементов, именно в таких ситуациях повышается вероятность ошибки в диагностике холедохолитиаза.
3. С учетом анализа непосредственных и отдаленных результатов различных способов лечения острого холецистохоледохолитиаза, проведение РХПГ + ЭПТ и малоинвазивных оперативных вмешательств (МХЭ, ЛХЭ)- как второй этап лечения следует признать целесообразным у большинства пациентов.
4. При сочетании острого холецистита с холедохолитиазом в случаях неэффективности, неперспективности или невозможности эндоскопической санации ОЖП, операции из минидоступа с вмешательством на внепеченочных

желчных протоках являются операциями выбора, позволяющими добиться положительного результата в большинстве случаев.

5. Выполнение операций с применением малоинвазивных методик дает возможность обеспечить послеоперационного течение с малой выраженностью болевого синдрома и явлений пареза кишечника, что позволяет отказаться от применения наркотических анальгетиков и активизировать больного с первых послеоперационных суток.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арипов У.А. Хирургическая тактика при осложненной желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста.// Актуальные вопросы патологии у лиц пожилого и старческого возраста: Тез. Республиканской конференции.- Андижан.- 1986.- С.9-14.
2. Агзамходжаев С.М., Збарский Л.Т., Мирсаидов С.М. Тактика оперативного лечения острого холецистита.// Материалы II съезда хирургов Средней Азии и Казахстана (24-26 окт. 1973г.) г. Душанбе.- Душанбе. 1973.- С.47-46.
3. Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К., Бойназаров И.Х., Хашимов М.А. Восстановительные и реконструктивные операции при повреждениях и рубцовых стриктурах желчных протоков. XIII Международный конгресс хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Анналы хирург. Гепатологии/ том 11, №3, 2006год, С.64-65.
4. Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К., Байназаров И.Х., Хошимов М.А. Эндовизуальные вмешательства при желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой и холангитом. VII Республиканская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы стандартизации диагностики и лечения в экстренной медицине». (15июня 2007года) С.570.
5. Алиджанов Ф.Б., Боймурадов Ш.Э., Атаджанов Ш.К. Малоинвазивная технология в хирургии деструктивных форм острого калькулезного холецистита. НПК «Актуальные вопросы специализированной хирургии» Ташкент 2007. Стр 31.
6. Вахидов В.В. Вопросы диагностики и тактики хирургического лечения холедохолитиаза.// Мед.журнал Узбекистана.-1981.-№2.- С.3-11.

7. Вахидов В.В., Рябухин И.А., Далимов К.С. Ошибки и опасности при хирургическом лечении желчнокаменной болезни.// Проблемы хирургии желчных путей: Тез. Всесоюзн. Конф. По хирургии желчных путей (30-31 марта 1982 г.).- М., 1982.- С.24-25.
8. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. // М. Медицина. -1996.-152 стр.
9. Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Земцов Р.В. Малоинвазивные операции при деструктивном холецистите. Эндоскопическая Хирургия.- 4.-1998; 14-17.
- 10.Белопухов В.М., Федоров И.В., Шаймуратов И.М. Особенности обезболивания в эндохирургии. Метод. рек., Казань, 1996, 23стр.
- 11.Борисов А.Е., Архипов В.Ф. и др. Оценка эффективности вариантов эндолифта при выполнении лапароскопической холецистэктомии. // Эндоскопическая хирургия. -1997. -N. 1. - стр. 7-11.
- 12.Брискин Б.С., Иванов А.Э. и др. Холедохолитиаз: проблемы и перспективы. // Аналы хирургической гепатологии. - 1998. - Т. 3. — N. 2. - стр. 71-78.
- 13.Виноградов В.В., Зима П.И., Кочиашвили В.И. Непроходимость желчных путей.-М., 1977.- 312с.
- 14.Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И. Осложнения лапароскопической холецистэктомии. // Эндоскопическая хирургия. - 1996. - N. 1. - стр. 3-6.
- 15.Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д. Лапароскопическая холецистэктомия. // Москва.- 1992.- 66 стр.
- 16.Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д., Мовчун А.А. и др. Лапароскопическая холецистэктомия. // Хирургия. - 1991.- N.6.-СТр 130-131.
- 17.Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д., Цацаниди А.К. Лапароскопическая холецистэктомия. // Хирургия. - 1993. - N. 6. - стр. 31-35.

- 18.Галлингер Ю.И., Мовчун А.А., Карпенкова В.И. Осложнения лапароскопической холецистэктомии и пути предупреждения // *Анналы Хирургической Гепатологии* 1999. - том 4. - N. 2. - стр. 213.
- 19.Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. // *М. - Медицина.* - 1990. - 336 стр.
- 20.Гальперин Э.И., Волкова Н.В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии. // *М. - Медицина.* - 1988. - 265 стр.
- 21.Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Устинов Г.Г. Желчнокаменная болезнь. М., 1983.
- 22.Дедерер Ю.М., Устинов Г.Г., Шеран А.В. Альтернативные подходы к лечению желчнокаменной болезни. // *Хирургия.* - 1990. - N. 10. - стр. 147-153.
- 23.Емельянов С. И. и др. Технологические аспекты эндоскопической хирургии желчных путей. // *Анналы Хирургической гепатологии.* - 1996. - Т. 1. - стр.115-120.
- 24.Ермолов А.С., Гуляев А.А., Иванов П.А. Видеолапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. // *Мат. Межд. Симпоз,* - М. - 1993. - стр. 69-70.
- 25.Ермолов А.С., Гуляев А.А., Адамян А.И. Малоинвазивные вмешательства при остром обтурационном холецистите. *Эндохирургия* 1997; 1: 64.
- 26.Ермолов А.С., Пономарев В.Г., Титова И.В. Эндоскопическая холецистостомия при остром холецистите.//*Хирургия.*-1984.-9.-С.155-156.
- 27.Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Эстренная хирургия желчных путей., М., 1990. С. 240.
- 28.Кригер А.Г., Майорова Е.В., Череватенко А.М. Лапароскопическое лечение больных холедохолитиазом. // *Анналы хирургической гепатологии.* - 1998. - Т. 3. - N. - 2. - стр. 88-91.

29. Кузин М.И., Благовидов Д.Ф., Данилов М.В. Дискуссионные вопросы хирургии острого калькулезного холецистита. Клин. Мед.-1978.-3.-С. 137-141.
30. Лапкин К.В. Причины и профилактика травмы желчевыводящих протоков и кровотечений при лапароскопической холецистэктомии. Эндоскопическая Хирургия 4:3-10, 1998.
31. Лапкин К.В., Климов А.Е., Тедорадзе Р.В. Принципы безопасности при выполнении лапароскопической холецистэктомии. // Тр. Межд. Конф. "Новые технологии в диагностике и в хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны". - Москва. - 1995. - стр. 173-174.
32. Луцевич Э.В., Уханов А.П., Семенов М.В. Эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни. Москва-Новгород, 1999, 129 стр.
33. Малиновский Н.Н., Балалыкин А.С., Абдоминальная эндоскопическая хирургия: краткая история и современное состояние. // Хирургия. — 1995. -N. 5. - стр. 7-9.
34. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. // М. - Медицина. - 1990.-588 стр.
35. Назыров Ф.Г., Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Девятов А.В., Атаджанов Ш.К. Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков. Хирургия им. Н.И. Пирогова, 2006год, №4, С. 46-51.
36. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Ваккасов М.Х. Хирургическое лечение острого панкреатита. // Методические рекомендации, Изд. «Наманган», 2001, с. 47.
37. Назыров Ф.Г., Калиш Ю.И. Критические ситуации в абдоминальной хирургии. //«Вахидовские чтения - 2003». Андижан, 2003. Хирургия Узб. №3, 2003, с.4-5.
38. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. // Москва. - Медицина. - 1984. - 192 стр.

- 39.Петров Б.А., Гальперин Э.И. Хирургия внепеченочных желчных протоков. М., 1966.С.198.
- 40.Пиковский Д.Л., Г. Кер, Федоров С.П. Хирургия желчных путей: прошлое и настоящее. // Анналы хирургической гепатологии. - 1996. - Т. 1. - стр.136-143.
- 41.Ревякин В.И., Ибрагимов Н.И., Оганесян Р.Е. Рентгеноэндоскопические методы в диагностике и лечении желчнокаменной болезни, осложненной синдромом Мириззи. // Эндоск. хирургия. - 1997. - N. 4. - стр. 4-9.
- 42.Рудин Э.П., Юрченко С.В., Казанцев С.В. Хирургическое лечение больных желчнокаменной болезнью. // Хирургия. - 1990. -N. 10. - стр. 33-38.
- 43.Савельев В.С. Послеоперационные венозные тромбозы: осложнения: фатальная неизбежность или контролируемая опасность?// Хирургия. - 1999. - 6 .- стр. 60-63.
- 44.Савельев В.С., Филимонов М.И., Старков Ю.Г., Васильев В.Е., Зубарев А.Р., Авалиани М.В. Экстракорпоральная литотрипсия при желчнокаменной болезни. // Вестник Хирургии. - 1990. - N. 10. - стр. 3-8.
- 45.Селиверстов Д.В., Пучков К.В. и др. Сравнительный анализ непосредственных результатов "открытой" и лапароскопической холецистэктомии. // Эндоскопическая хирургия. - 1995. - N. 2/3. - стр. 5-8.
- 46.Славин Л.Е. Диагностика и лечение холедохолитиаза в свете ЛХЭ. // Эндохирургия сегодня. - 1995. -N. 1. - стр. 7-16.
- 47.Старков Ю.Г., Гришин Н.А., Колганова И.П. Отдаленные результаты экстракорпоральной холецистолитотрипсии. // Тезисы докл. конференции " Развитие идей В.Х. Василенко в гастроэнтерологии." // Москва. - Июнь. -1993.

48. Старков Ю.Г., Гришин Н.А. Способ диагностики висцеропариетальных сращений брюшины. // Тезисы докл. конференции "Лапароскопическая хирургия". — Москва. - Июнь. - 1994. - стр. 95-96.
49. Старков Ю.Г., Гришин Н.А. Ультразвуковое сканирование в диагностике висцеропариетальных сращений брюшной полости. // Тезисы докл. конференции "Развитие идей В.Х. Василенко в гастроэнтерологии." -Москва. - Июнь. - 1994. - стр. 62-63.
50. Старков Ю.Г., Стрекаловский В.П., Вишневский В.А., Гришин Н.А., Веренко А.М., Моськин А.В., Вуколов А.В., Хайлобеков Р.К. Интраоперационные ультразвуковые исследования при лапароскопических вмешательствах. // Анналы Хирургической Гепатологии.-1997. -N. 2. - стр. 94 - 102.
51. Старков Ю.Г., Стрекаловский В.П., Вишневский В.А., Гришин Н.А., Вуколов А.В., Ризаев К.С. Интраоперационное ультразвуковое исследование при лапароскопической холецистэктомии. // Российский Гастроэнтерологический Журнал. - 1997. -N 1. - стр.3-10.
52. Старков Ю.Г., Нишин К.В. Влияние пневмоперитонеума на венозную гемодинамику нижних конечностей при лапароскопических операциях. // Тез.2-го Съезда Ассоциации Эндо.Хирургии.Москва.1999,СБ-А.47, Эндоскопическая Хирургия-1999.-N. 3.-стр. 61-62.
53. Старков Ю.Г., Стрекаловский В.П., Вишневский В.А., Григорян Р.С. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия при дивертикулах папиллярной области двенадцатиперстной кишки. // Анналы Хирургической Гепатологии. 1999.-том 4.-N.2.-стр. 32- 36.
54. Стрекаловский В.П., Старков Ю.Г., Гришин Н.А. Выбор оперативного доступа при лапароскопической холецистэктомии. // Хирургия. - 1993. - N.9.-стр. 32-35.
55. Стрекаловский В.П., Кубышкин В.А., Старков Ю.Г., Гришин Н.А. Лапароскопическая хирургия. Итоги и перспективы. // 8-ой

- Всероссийский • ч; съезд хирургов объединенный с 1-м Конгрессом Ассоциации Хирургов им. Н. И. Пирогова.- Краснодар. -1995.
- 56.Стрекаловский В.П., Старков Ю.Г., Гришин Н.А. Способ диагностики висцеропариетальных сращений брюшной полости. // Заявка на изобретение N. 94010419 от 05. 04. 94.
- 57.Стрекаловский В.П., Федоров В.Д., Старков Ю.Г., Гришин Н.А. Роль и место билиарной литотрипсии в лечении желчнокаменной болезни. // Юбилейный сборник к 50-летию Института Хирургии им. А. В. Вишневского РАМН.-стр.235-240, 1995.
- 58.Стрижелецкий В.В., Федоров А.В., Акимов В.П. и др. Особенности видеохирургических вмешательств у больных, ранее оперированных на органах брюшной полости. Эндоскопическая хирургия. 4.-1998.- 23-26.
- 59.Тимошин А.Д., Галлингер Ю.И., Примасюк О.П. Лапароскопическая холецистэктомия при осложненных формах хронического калькулезного холецистита. // Мат. Межд. Симпоз. - М. - 1993. - стр. 48-49.
- 60.Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. Хирургическое лечение заболеваний желчных путей. Анналы Хирургической Гепатологии. 1999.-Том 4, стр.23-31.
- 61.Федоров В.Д. Актуальные вопросы хирургии. Сборник научных трудов к 50 летию Института Хирургии им.А.В.Вишневского // Москва. - 1995. - 318стр.
- 62.Федоров И.В. Особенности ЛХЭ при остром холецистите. Эндохирургия сегодня. 4:7-11,1995.
- 63.Федоров И.В., Шаймарданов Р.Ш., Чугунов А.Н. Профилактика, диагностика и лечение повреждений внепеченочных желчных путей при лапароскопической холецистэктомии. // Казань. - 1994. - 23. стр.
- 64.Федоров И.В. Безгазовая лапароскопия: за и против. Тез. докл. Росс. конф.по неотложной эндохирургии. Казань, 1995, с.56.

65. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. // Москва. - ГЭОТАР Медицина. - 1998. - 352 стр.
66. Федоров С.П. Желчные камни и хирургия желчных путей. М.-Л., 1934. С.392. 96.
67. Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К. Баймурадов Ш.Э. Методические рекомендации «Малоинвазивные вмешательства в экстренной патологии гепатобилиарной системы». Ташкент, 2005г.
68. Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Хошимов М.М. Эндоскопическая хирургия калькулезного холецистита в сочетании с доброкачественными поражениями внепеченочных желчных путей. Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. 2009г. №2, С.40-43.
69. А.М. Khajibayev, В.К. Altiyev, Sh. K. Atajanov . Kh Kh Asamov. Endovisual interventions in the diagnosis and treatment of emergency pathology of organs of hepatopancreatoduodenal zone. Abstract of IX international euroasian congress of surgery and gastroenterology Стр. 175.
70. Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Хошимов М.А. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия и лапароскопическая холецистэктомия в лечении холелитиаза в сочетании с доброкачественными поражениями внепеченочных желчных протоков. Сб. тезисов 12 Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии, г. Москва, 23-25 апреля 2008г. С.444-446.
71. Хожибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Баймурадов Ш.Э. Лапароскопическая холецистэктомия при деструктивных формах острого холецистита у больных с патологией сердечно-легочной системы. X Юбилейный Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. 19-21 апреля 2006 года. С.242.
72. Хожибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Хакимов Б.Б., Хошимов М.А. Малоинвазивные вмешательства при остром холецистите, осложненном механической желтухой у больных пожилого и

- старческого возраста. Ж. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. г. С.-Петербург. Том 166, №3, 2007 г. С.66-69.
- 73.Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. Киев, 1993.- С.512.
- 74.Шаповальянц С.Г., Цкаев А.Ю., Грушко Г.В. Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе. // Анналы хирургической гепатологии -1997. - Т. 2. - стр. 117-122.
- 75.Alponat A., Kum C.K., Kop B.C. et al. Predictive factors for synchronous common bile duct stones in patients with cholelithiasis. // Surg. Endosc. - 1997. - V.II.-N. 9. -pp. 928-932.
- 76.Asperger W., Lippert H., Gastinger L, Lorenz D. Die chirargische Behandlungssituation des Gallensteinleidens in Osteutschland. // Zentralbl. Chir. - 1998.-S.-2.-s. 25-30.
- 77.Baca I. et al. Prevention of thromboembolism in minimal invasive interventions and brief inpatient treatment. Results of a multycenter, prospective, randomized, controlled study with a low molecular weight heparin. // Chirarg. - 1997. - V. 68.-N. 12.-pp. 1275-1280.
- 78.Bauermeister G., Aepler A. Rezidivierender Gallensteinileus - alleinige Enterolitotomie oder synchrone Komplettversorgung. // Zentralbl. Chir. - 1998. -S. 2. - s. 78-79.
- 79.Braun L. Frah- und Spatergebnisse nach biliodigestiver Anastomose bzw.transduodenaler Papillotomie bei gutartigen. Erkrankungen der Gallenwege.Zentraffil. Ghir. - 1998. - V. 2. - p. 92-95.
- 80.Brett M., Baker D. The world distributions of gallstones. // hit. J. Epidimiol. -1976.-V. 5.-N. 5.-pp. 335-341.
- 81.Carroll B. J. et al. Routine cholangiography reduces sequelae of common bile duct injuries. // Surg. Endosc. - 1996. - V. 10. - N. 12. - pp. 1194-1197.
- 82.Chung - Yau L. et al. Endoscopic sphincterotomy: 7 - year experience. // World J. Surg. - 1997. - V. 21. - N. 1. - pp. 67-71.

83. Comerota A.J., Stewart G.J. Venous tone regulatory mechanisms: what's new? // *Int. Angiol.*-1995.-V. 4.-N. 9.-pp. 1-7.
84. Conti S., Daschbach M. Venous thromboembolism prophylaxis: a survey of its use in the United States. // *Arch. Surg.* - 1982. - N. 117. - pp. 1036-1040.
85. Csendes A., Carlos J., Burdiles P., Maluenda F., Nava O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a uniform classification. *Br J Surg* 76: 1139-1143, 1989.
86. Cushieri A. et al. EAES ductal stone study. // *Surg. Endosc.* - 1996. - V. 10. - N. 12.-pp. 1130-1135.
87. Danis J. Theoretical basis for camera control in teleoperating. // *Surg. Endosc.* -1996. - V. 10. - N. 8. - pp. 804-808.
88. DePaula A.L. Minimally invasive surgery. // *World Gastroent. News.* - 1997. -Sept. - pp. 19-22.
89. Deziel D.J., Millikan K.W. et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4,292 hospitals and an analysis of 77,604 cases. // *Am J. Surg.* - 1993. - N. 165. - pp. 9-14.
90. Diez J. et al. Relation between postoperative infections and gallbladder bile leakage during laparoscopic cholecystectomies. // *Surg. Endosc.* - 1996. - V. 10. -N. 5. - pp. 529-532.
91. Gartner U., Schwenke E. Endoskopische Therapie postoperativer Komplikationen an den Gallenwegen. // *Zentralbl. Chir.* - 1998. - V. 2. - p. 106- 109.
92. Gebhardt H., Bautz A., Ross M., Loose D., Wulf H., Schaub H. Pathophysiological and clinical aspects of the CCh pneumoperitoneum. // *Surg. Endosc.* - 1997. - V. 11. -N. 8. -pp. 864 - 867.
93. Geibler B., Lindemann F., Hausser L., Witte J. Dislokation von Clips am Cystikusstumpf. // *Zentralbl. Chir.* -1998.- S. 2., 102-105.
94. Gilliland T. M., Traverse L. W. "Modern Standards for Comparison of Cholecystectomy with Alternative Treatments for Symptomatic

- Cholelithiasis with Emphasis on Long Term Relief of Symptoms". // Surgery Gynecology and Obstetrics. - 1990. -N. 170. -pp. 39-44.
95. Hayashi S., Kikuchi Y., Uchida R. Ultraschalldiagnostik von Brusttumoren und Gallenstein. Medizinalmarkt//ActaMedicotechnica,- 1.-9.- 1961.
96. Hell K. Antibiotika-Prophylaxe bei Cholezystektomie - notwendig und kostensparend? // Zentralbl. Chir. - 1998. - S. 2. - s. 37-41.
97. Hoffmann Chr., Trebing G., Meyer L., Scheele J. Die Wertigkeit und Treffsicherheit der abdominalen Sonographie in der präoperativen Feindiagnostik vor laparoskopischer Cholezystektomie. // Zentralbl. Chir. - 1998. - S. 2. - s. 89-91.
98. Hohaus Th., Hellmich G., Freitag M., Ludwig K. Das Gallenblasenkarzinom - ein unerwarteter Befund nach laparoskopischer Cholezystektomie. // Zentralbl. Chir. - 1998. - S. 2. - s. 80-83.
99. Jakimowicz J.J. Laparoscopic intraoperative ultrasonography. Semim Laparosc. Surg 1994; 1:52-61.
100. Koch A. Gastinger I. Indikationen zur chirurgischen Therapie des Gallensteinleidens. // Zentralbl. Chir. -1998. - V. 2. - p. 22-24.
101. Kockerling F., Scheuerlein H., Schneider C., Hohenberger W. Chirurgische Therapie der Choledocholithiasis. // Zentralbl. Chir. - 1998. - S. 2. - s. 42-45.
102. Korner Th. Endoskopische Diagnostik und Therapie der Cholezysto- und Choledocholithiasis. // Zentralbl. Chir. -1998. - S. 2. - s. 65-69.
103. Korner Th., Brennenstuhl M., Kristahl H., Graf S. Endoskopische Interventionen am Gallengangssystem bei postoperativen Komplikationen nach Cholezystektomie zur Vermeidung der Relaparotomie. // Zentralbl. Chir. - 1998. - S. 2. - s. 98-101.
104. Kum C. K. et al. Comparative study of pain level and analgesic requirement after laparoscopic and open cholecystectomy. // Surg. Laparosc. and Endosc. - 1994. -V.4.-N. 2.-.pp. 139-141.

105. Marathe U. S. et al. Alterations in hemodynamics and left ventricular contractility during carbon dioxide pneumoperitoneum. // *Surg. Endosc.* - 1996. -V. 10.-N. 10. - pp. 974-978.
106. Marinov G. R. Ultrastructural characteristics of the venose endothelium in primary varices of the legs. // *Phlebologie.* - 1992. - V. 45. - N. 1. -pp. 113-120.
107. Martin P., Lotterer E., Kleber G., Fleig W.E. Endoskopische Therapie der Cholangiolithiasis uber perkutanen Zugang . // *Zentralbl. Chir.* - 1998. - S. 2. - s. 56-61.
108. Martin R. F., Rossi R. L. Bile duct injuries. Spectrum, mechanisms of injury and their prevention. // *Surg. Clin. North Am.* - 1994. - V. 74. - N. 4. - pp. 781-803. 223. Materia A. et al. Sequential endoscopic-laparoscopic treatment of cholecystocholedocholimiasis. // *Surg. Laparosc. and Endosc.* - 1996. - V. 1. - N.4. - pp. 273-277.
109. McIntyre R. C. et al. Exposure for laparoscopic cholecystectomy dissection adversely alters biliary ductal anatomy. // *Surg. Endosc.* - 1996. - V. 10, - N. 1. - pp.41-43.
110. Meijer D. W. et al. Laparoscopic cholecystectomy using abdominal wall retraction: hemodynamics and gas exchange, a comparison with conventional pneumoperitoneum. // *Surg. Endosc.* - 1997. - V. 11. - N. 6. - pp. 645-649.
111. J.L.Vázquez-Iglesias, B.González-Conde, L.López-Rosés, E.Estévez-Prieto, P.Alonso-Aguirre, A.Lancho, F.Suárez F and R.Nunes. Endoscopic sphincterotomy for prevention of the recurrence of acute biliary pancreatitis in patients with gallbladder in situ: long-term follow-up of 88 patients. *Surg. Endoscopy.* V. 18, N. 10, October 2004, P.1442 – 1446.
112. A.M.Carbonell, A.E.Lincourt, K.W.Kercher, B.D.Matthews, W.S.Cobb, R.F.Sing and B.T.Heniford. Do patient or hospital demographics predict cholecystectomy outcomes? A nationwide study of 93,578 patients. *Surg. Endoscopy.* V. 19, N. 6, June 2005, P.767 – 773.

113. A.M.Paganini, M.Guerrieri, J.Sarnari, A.DeSanctis, G.D'Ambrosio, G.Lezoche and E.Lezoche. Long-term results after laparoscopic transverse choledochotomy for common bile duct stones. *Surg. Endoscopy*. V. 19, N. 5, May 2005, P. 705 – 709.
114. C.M.Pring, L.Skelding-Millar and R.J.R.Goodall. Expectant treatment or cholecystectomy after endoscopic retrograde cholangiopancreatography for choledocholithiasis in patients over 80 years old? *Surgical Endoscopy*. V. 19, N. 3, March 2005. P. 357 – 360.
115. E.Christoforidis, K.Vasiliadis, I.Goulimaris, D.Botsios, H.Tsorlini and D.Betsis. Endoscopic management of retained bile stones with an indwelling T-tube *Surg. Endoscopy*. V. 18, N. 11, November 2004, P. 1582 – 1586.
116. C.Woodfield, M.Rodgers and J.A.Windsor. Peritoneal gallstones following laparoscopic cholecystectomy Incidence, complications, and management. *J.Surg. Endoscopy*. V. 18, N. 8, August 2004, P. 1200 – 1207.
117. S.B. Kolla, S.Aggarwal, A.Kumar, R.Kumar, S.Chumber, R.Parshad and V.Seenu. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a prospective randomized trial. *Surg. Endoscopy*. V. 18, N. 9, September 2004, P.1323 – 1327.
118. Y.-C. Wang, H.-R.Yang, P.-K. Chung, L.-B.Jeng and R.-J.Chen. Urgent laparoscopic cholecystectomy in the management of acute cholecystitis: timing does not influence conversion rate. *Surg. Endoscopy*. V. 20, N. 5, May 2006, P.806 – 808.
119. J.Bingener and W.H.Schwesinger. Management of common bile duct stones in a rural area of the United States. Results of a survey *Surgical Endoscopy*. V. 20, N. 4, April 2006, P.577 – 579.
120. A.Nickkholgh, S.Soltaniyekta and H.Kalbasi. Routine versus selective intraoperative cholangiography during laparoscopic cholecystectomy. A survey of 2,130 patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Surg. Endoscopy*. V. 20, N. 6, June 2006, P.868 – 874.

121. J.L.Vázquez-Iglesias, B.González-Conde, L.López-Rosés, E.Estévez-Prieto, P.Alonso-Aguirre, A.Lancho, F.Suárez F and R.Nunes.Endoscopic sphincterotomy for prevention of the recurrence of acute biliary pancreatitis in patients with gallbladder in situ: long-term follow-up of 88 patients. *Surg.Endoscopy*. V. 18, N. 10, October 2004, P.1442 – 1446.
122. Whitehead R: Interpretation of mucosal biopsies from the gastrointestinal tract. In Dyke SC, ed: *Recent advances in clinical pathology, Series 5*. London, 1968, A & A Churchill, Ltd., pp. 375-400.
123. Dobbins WO III, Austin LL: Electron microscopic definition of intestinal endocrine cells. Immunogold localization and review. *Ultrastruct Pathol* 15:15-39, 1991.
124. Andersen LP, Holck S, Elsborg L, Justesen T: The *Helicobacter* (*Campylobacter*) *pylori*-colonized duodenal mucosa and gastric metaplasia. *APMIS (Denmark)* 99:244-248, 1991.
125. Crabtree JE, Shallcross TM, Wyatt JI, Taylor JD, Healthey RV, Rathbone BJ, Losowsky MS: Mucosal humoral immune response to *Helicobacter pylori* in patients with duodenitis. *Dig Dis Sci* 36:1266-1273, 1991.
126. Jenkins D, Goodal A, Gillet FR, Scott BB: Defining duodenitis. Quantitative histological study of mucosal responses and their correlations. *J Clin Pathol* 38:1119-1126, 1985.