

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

На правах рукописи

УДК: 616-071-008.5-089

КОРАБОЕВ БЕКЗОД БАХОДИРОВИЧ

**УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ И ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ
ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
МЕХАНИЧЕСКИХ ЖЕЛТУХ**

Хирургия 5А510112

ДИССЕРТАЦИЯ

Для получения степени магистра

Научный руководитель:

**д.м.н., профессор,
Ходжиматов Г.М.**

Андижан – 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

АННОТАЦИЯ	4
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	10
ВВЕДЕНИЕ	11
Глава 1. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКИХ ЖЕЛТУХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУР)	15
Глава 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	32
2.1. Общая характеристика больных.....	32
2.2. Методы исследований.....	36
2.2.1. Лабораторные методы исследования.....	37
2.2.2. Ультразвуковое исследование.....	37
2.2.3. Фиброгастродуоденоскопия.....	39
2.2.4. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография...	39
2.2.5. Компьютерная томография.....	42
2.3. Методика малоинвазивных вмешательств.....	43
2.3.1. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия и литоэкстракция...	43
2.3.2. Местная литотрипсия с литоэкстракцией.....	44
2.3.3. Эндопротезирование желчных протоков.....	45
2.4. Методика традиционных вмешательств.....	48
2.4.1. Холецистостомия с наружным дренированием.....	48
2.4.2. Холедохотомия и литоэкстракция.....	48
2.4.3. Наложение обходных билиодигестивных анастомозов.....	49
2.5. Статистическая обработка клинического материала.....	51
Глава 3. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ДВУХ ГРУПП	52
Глава 4. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕ- НИЯ	63
4.1. Характер оперативных вмешательств двух групп.....	63

4.2. Анализ результатов хирургического лечения больных в ближайшем послеоперационном периоде.....	66
4.3 Анализ результатов хирургического лечения больных в отдаленном послеоперационном периоде.....	69
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	73
ВЫВОДЫ	80
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	81
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	82

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

ФАКУЛЬТЕТ : лечебный **Студент магистратуры:** Корабоев Б.Б.

КАФЕДРА : ФУВ хирургии, скорой медицинской помощи, анестезиологии-реаниматологии.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Ходжиматов Г.М.

Год обучения : 2012-2015 **Специальность :** Хирургия

АННОТАЦИЯ К МАГИСТЕРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ

на тему:

**УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ И ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ
ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
МЕХАНИЧЕСКИХ ЖЕЛТУХ**

Актуальность проблемы: Синдром механической желтухи грозное осложнение ряда заболеваний гепатобилиарной системы. Уже в течение многих лет хирурги прилагают усилия для более эффективной помощи данной категории больных. Однако, в условиях обструкции желчных путей, холангита и печеночной недостаточности экстренное оперативное лечение является весьма рискованным и сопровождается высокой летальностью. Послеоперационная летальность среди больных с неопухолевым желтухой составляет 5,6-6,3%, а у больных с опухолевой желтухой - 30,3 - 33%. [Е. И. Сендерович 2000г Born P., Rosch T., Classen M.1998г F. Prat 2000г]

Это обусловлено тем, что при длительной билиарной обструкции в печени происходят резко выраженные некробиотические, дегенеративные и деструктивные изменения, которые приводят к развитию печеночной, а

затем и к полиорганной недостаточности.[М.А. Галеев, В.М. Тимербулатов 2001г Е. И. Сендерович 2000г Born P., Rosch T., Classen M.1998г F. Prat 2000г]

Несмотря на значительное количество публикаций, затрагивающих различные аспекты проблемы, насущной остается разработка доступных, достаточно информативных и экспрессных методов диагностики состояний, сопровождающихся механической желтухой, что будет способствовать правильному выбору хирургической тактики и повышению эффективности проводимого лечения. В настоящее время хирургическая тактика в разных научных школах весьма вариабельна, чему способствует внедрение новых малоинвазивных технологий [Малков И.С. и соавт., 1998г; Мовчун А.А. и соавт., 1998г; Шестаков]

При существующем многообразии вариантов лечебной тактики необходимо придерживаться принципа снижения билирубинемии до оперативного вмешательства. Ключом к решению проблемы служит двух-этапная методика лечения, на первом этапе которой производится одномоментная или пролонгированная декомпрессия и санация желчного пузыря или желчных протоков, реализуемая с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии, либо лапароскопической холецистэктомии. Устранение ведущего патогенетического фактора основного заболевания, осложненного механической желтухой - повышенного внутрипузырного и внутрипротокового давления - позволяет купировать клинические и воспалительные проявления болезни, подготовить больного и выполнить второй, основной этап хирургического лечения в сравнительно безопасном периоде.[Лобаков. А.И. 2005г].Однако, проведение эндоскопическая папиллосфинктеротомия не всегда представляется возможным (перипапиллярные дивертикулы большие (>2 см) или множественные камни холедоха при невозможности проведения адекватного разреза, выраженный дуоденостаз) [М.В.Хрусталеv 2001г], а лапароскопическая холецистэктомия имеет ряд недостатков (длительное пребывание в стационаре, низкое качество жизни

у больного в случае образования функционирующего желчного свища)[В. Г. Ившин, О. Д. Лукичев 2003г]

Выбор метода лечения имеет важное значение для устранения проявлений МЖ. Однако, по этому вопросу отсутствует единое мнение. Так как основной задачей является декомпрессия желчных путей, то выбору способа отведения желчи не придается особого значения. Высокая послеоперационная летальность и частота осложнений не оправдывают подобного подхода.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что вопросы диагностики и лечебной тактики при МЖ в условиях ургентной хирургии нуждаются в дальнейшей разработке.

Целью настоящей работы явилось: Улучшение результатов лечения больных с механической желтухой путём усовершенствование методов диагностики и хирургического лечения.

Для достижения поставленной цели нами определены следующие задачи

Задачи исследования:

1.Изучить частоту и этиологический фактор по данным литературы и материалом Андижанского филиала РНЦЭМП.

2.Сформировать алгоритм диагностики и лечения механической желтухи на основе современных малоинвазивных и традиционных открытых методов лечения.

3.Усовершенствовать существующих методов диагностики и хирургического лечения механической желтухи.

4.Определить показания к выполнению традиционных открытых и малоинвазивных вмешательств в зависимости от характера обструкции в желчных протоках и её локализации.

5.Дать сравнительную оценку традиционных открытых и малоинвазивных методов вмешательств у больных с механической желтухой.

Научная новизна:

1. Будет усовершенствован методы диагностики и хирургического лечения механической желтухи.

2. Будет разработан и внедрен в практику диагностический лечебный алгоритм механической желтухи.

3. Будут определены показания к выполнению традиционных открытых и малоинвазивных вмешательств в зависимости от характера обструкции в желчных протоках и её локализации.

Практическая значимость:

1. Разработанный комплекс диагностических подходов позволит на раннем этапе пребывания пациента в стационаре определить генез механической желтухи и дальнейшую тактику лечения.

2. Проведенный сравнительный анализ различных методов лечения больных с механической желтухой позволит выбрать наиболее рациональный способ хирургического лечения у данного контингента больных.

3. Применение данного алгоритма позволит улучшить качество диагностики за счет рационального использования современных высокотехнологичных методов исследования, а также улучшить результаты лечения механической желтухи, вследствие применения в каждом конкретном случае оптимальных способов малоинвазивных и традиционных методов лечения.

Материалы исследования:

На протяжении 2008-2015 года на базе кафедры «ФУВ, хирургических болезней с курсом анестезиологии-реаниматологии» будут проанализированы различные методы лечения 30 больных по поводу механической желтухи, со следующими диагнозами: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, склерозирующий холангит, гнойный холангит, киста общего желчного протока, острый панкреатит, хронический индуративный панкреатит, дивертикулы 12-перстной кишки, заболевания (опухолевые и неопухолевые) желчных протоков, прочие болезни панкреатобилиарной зоны, вызывающие внешнюю компрессию желчных протоков.

Все больные будут разделены на две группы контрольная и основная.

В контрольной группе были использованы средне-срединный доступ и следующие методы оперативных вмешательств: традиционная холедохолитотомия, традиционная холедохолитотомия+холецистоэктомия, холецистоэктомия + наружное дренирование холедоха.

В основной группе были использованы малоинвазивные методы: ЭГДС, ЭРХПГ.

Результаты традиционного хирургического и малоинвазивного способов лечения механической желтухи будут изучены по архивным данным в базе кафедры «ФУВ хирургии, скорой медицинской помощи, анестезиологии-реаниматология».

Целенаправленно и комплексно будут изучены больные поступившие с механической желтухи с 2012-2015 года.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 84 страницах машинописного текста, иллюстрирована 16 рисунками и 16 таблицами; состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственных наблюдений, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы.

Практические рекомендации

1. Предлагаемый диагностический алгоритм может быть применен для дифференциальной диагностики и хирургического лечения патологии билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненной синдромом механической желтухи.

2. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия способствует раннему устранению проявлений синдрома механической желтухи.

3. С целью профилактики послеоперационных осложнений необходимо тщательное наблюдение за пациентом в первые сутки, контроль показателей крови, соблюдение режима. При развитии осложнений в результате малоинвазивных вмешательств, необходимо выполнять санационные оперативные вмешательства. Профилактикой осложнений, связанных с

операцией, является полноценное предоперационное обследование больных, выявление сопутствующей терапевтической и хирургической патологии, коррекция имеющихся расстройств.

Выводы

1. По данным литературы и данных собственного исследования этиологическим фактором механической желтухи являлось ЖКБ, ХЛ в 46,9 %, дСВЖП в 26,9 %, ХИП в 1,7 %, ОПЖ в 18,3 %, ОБС 6,1% больных.

2. Разработанный нами алгоритм позволил улучшить результаты лечения больных с механической желтухой, а также оптимизировать хирургическую тактику.

3. Усовершенствование существующих методов диагностики и хирургического лечения больных с механической желтухой позволило снизить частоту осложнений

4. Малоинвазивные вмешательства на внепеченочных желчных протоках дают возможность установить уровень и характер обструкции желчных протоков, выбрать рациональную лечебную тактику и одновременно осуществить их декомпрессию.

5. Проведенный анализ ближайших и отдаленных результатов лечения позволил заключить что разработанный лечебно - диагностический алгоритм способствует улучшению ближайших и отдаленных результатов лечения и может быть использован у больных с разной патологией БПДЗ, осложненной МЖ.

Научный руководитель :

д.м.н., профессор:

Ходжиматов Г.М.

Студент магистратуры :

Коробоев Б.Б.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
БДА	Билиодегистивный анастомоз
БДС	Большой дуоденальный сосочек
БПДЗ	Билиопанкреатодуоденальная зона
ВЖП	Внутрипеченочные желчные протоки
дСВЖП	дистальные стриктуры или стеноз внепеченочных желчных протоков, в том числе «на фоне» ЖКБ
ЖКБ	Желчнокаменная болезнь
КТ	Компьютерная томография
ЛИИ	Лейкоцитарный индекс интоксикации
ЛХЭ	Лапароскопическая холецистэктомия
МЛ	Механической литотрипсии
ОБС	Опухоль билиарной системы
ОЖП	Общий желчный проток
ОПЖ	Опухоль головки поджелудочной железы
ПЖ	Поджелудочная железа
МЖ	Механическая желтуха
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ФГДС	Фиброгастродуоденоскопия
ХЕА	Холецистоеюноанастомоз
ХДА	Холедоходуоденоанастомоз
ХИП	Хронический индуративный панкреатит
ХЛ	Холедохолитиаз
ХЭА	Холедохэнтероанастомоз
ЭПСТ	Эндоскопическая папиллосфинктеротомия
ЭРХПГ	Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы: Синдром механической желтухи грозное осложнение ряда заболеваний гепатобилиарной системы. Уже в течение многих лет хирурги прилагают усилия для более эффективной помощи данной категории больных. Однако, в условиях обструкции желчных путей, холангита и печеночной недостаточности экстренное оперативное лечение является весьма рискованным и сопровождается высокой летальностью. Послеоперационная летальность среди больных с неопухоловой желтухой составляет 5,6 - 6,3%, а у больных с опухоловой желтухой - 30,3 - 33% [6, 82, 86, 94]. Это обусловлено тем, что при длительной билиарной обструкции в печени происходят резко выраженные некробиотические, дегенеративные и деструктивные изменения, которые приводят к развитию печеночной, а затем и к полиорганной недостаточности [6, 12, 32, 82, 86, 94].

Несмотря на значительное количество публикаций, затрагивающих различные аспекты проблемы, насущной остается разработка доступных, достаточно информативных и экспрессных методов диагностики состояний, сопровождающихся механической желтухой, что будет способствовать правильному выбору хирургической тактики и повышению эффективности проводимого лечения. В настоящее время хирургическая тактика в разных научных школах весьма вариабельна, чему способствует внедрение новых малоинвазивных технологий [37, 70].

При существующем многообразии вариантов лечебной тактики необходимо придерживаться принципа снижения билирубинемии до оперативного вмешательства. Ключом к решению проблемы служит двухэтапная методика лечения, на первом этапе которой производится одномоментная или пролонгированная декомпрессия и санация желчного пузыря или желчных протоков, реализуемая с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии, либо лапароскопической холецистэктомии. Устранение ведущего патогенетического фактора основного заболевания, ослож-

ненного механической желтухой повышенного внутрипузырного и внутрипротокового давления позволяет купировать клинические и воспалительные проявления болезни, подготовить больного и выполнить второй, основной этап хирургического лечения в сравнительно безопасном периоде. Однако, проведение эндоскопическая папиллосфинктеротомия не всегда представляется возможным (перипапиллярные дивертикулы большие (>2 см) или множественные камни холедоха при невозможности проведения адекватного разреза, выраженный дуоденостаз) [4], а лапароскопическая холецистэктомия имеет ряд недостатков (длительное пребывание в стационаре, низкое качество жизни у больного в случае образования функционирующего желчного свища) [17, 35].

Выбор метода лечения имеет важное значение для устранения проявлений МЖ. Однако, по этому вопросу отсутствует единое мнение. Так как основной задачей является декомпрессия желчных путей, то выбору способа отведения желчи не придается особого значения. Высокая послеоперационная летальность и частота осложнений не оправдывают подобного подхода.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что вопросы диагностики и лечебной тактики при МЖ в условиях ургентной хирургии нуждаются в дальнейшей разработке.

Целью настоящей работы явилось: Улучшение результатов лечения больных с механической желтухой путём усовершенствование методов диагностики и хирургического лечения.

Для достижения поставленной цели нами определены следующие задачи

Задачи исследования:

1. Изучить частоту и этиологический фактор по данным литературы и материалом Андижанского филиала РНЦЭМП.

2. Сформировать алгоритм диагностики и лечения механической желтухи на основе современных малоинвазивных и традиционных открытых методов лечения.

3. Усовершенствовать существующих методов диагностики и хирургического лечения механической желтухи.

4. Определить показания к выполнению традиционных открытых и малоинвазивных вмешательств в зависимости от характера обструкции в желчных протоках и её локализации.

5. Дать сравнительную оценку традиционных открытых и малоинвазивных методов вмешательств у больных с механической желтухой.

Научная новизна:

1. Будет усовершенствован методы диагностики и хирургического лечения механической желтухи.

2. Будет разработан и внедрен в практику диагностический лечебный алгоритм механической желтухи.

3. Будут определены показания к выполнению традиционных открытых и малоинвазивных вмешательств в зависимости от характера обструкции в желчных протоках и её локализации.

Практическая значимость:

1. Разработанный комплекс диагностических подходов позволит на раннем этапе пребывания пациента в стационаре определить генез механической желтухи и дальнейшую тактику лечения.

2. Проведенный сравнительный анализ различных методов лечение больных с механической желтухой позволит выбрать наиболее рациональный способ хирургического лечения у данного контингента больных.

3. Применение данного алгоритма позволит улучшить качество диагностики за счет рационального использования современных высокотехнологичных методов исследования, а также улучшить результаты лечения механической желтухи, вследствие применения в каждом конкретном слу-

чае оптимальных способов малоинвазивных и традиционных методов лечения.

Внедрение в практику. Разработанный способ лечения механической желтухи внедрен в практическую деятельность в отделении хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 15 печатных работ, из них 2 статьи, 13 тезисов.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 84 страницах машинописного текста, иллюстрирована 16 рисунками и 16 таблицами; состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственных наблюдений, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы.

ГЛАВА 1. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКИХ ЖЕЛТУХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУР)

Механическая желтуха является синдромом обтурации желчных протоков конкрементами, сопровождающимся нарушением обмена билирубина и проявляющимся желтой окраской склер, кожных покровов, слизистых оболочек, плазмы крови, тканей, кожным зудом и признаками холангита, развивающимися в результате нарушения пассажа желчи по билиарному тракту и желчной гипертензии.

В большинстве случаев механическая желтуха развивается у больных с длительным течением желчнокаменной болезни, прежде всего при осложненных формах холецистита с частыми обострениями. При механической желтухе в патологический процесс вовлекаются практически все органы и системы организма, развиваются тяжелые нарушения гомеостаза. Длительная желчная гипертензия приводит к дистрофии, а в дальнейшем и к некробиозу гепатоцитов, развитию билиарного цирроза печени. Гибель внутриклеточных органелл является причиной тяжелых нарушений детоксикационной и синтетической функций печени [73].

Термин «патология билиопанкреатодуоденальной зоны» является собирательным. Близкие по анатомической локализации, но различные по этиологии заболевания (холедохолитиаз, воспалительные поражения гепатикохоледоха, большого дуоденального сосочка, хронический индуративный панкреатит, онкологические заболевания поджелудочной железы и билиарной системы), как и их осложнения (обтурация желчных путей, холангит, перитонит, МЖ и печеночная недостаточность) приводят к развитию в организме однотипных патологических проявлений, которые нередко создают экстренную ситуацию. Наиболее тяжелые и быстро нарастающие изменения возникают при МЖ [17, 81].

Проблема дифференциальной диагностики и хирургического лечения МЖ, вследствие разной патологии БПДЗ, является одной из актуальных в современной хирургии и клинической онкологии. Отмечен неуклон-

ный рост заболеваемости доброкачественными заболеваниями и злокачественными новообразованиями БПДЗ. Несмотря на большие наработки по этой проблеме, многие ее аспекты остаются дискуссионными и существует настоятельная необходимость в поиске новых подходов для их решения.

Численность больных с МЖ, вследствие разной патологии БПДЗ, в последние годы продолжает увеличиваться. Острая хирургическая патология БПДЗ в общей структуре заболеваний органов брюшной полости в настоящее время занимает второе место после острого аппендицита [22].

В основе сходного патогенеза МЖ при разной патологии БПДЗ лежат нарушения оттока желчи в двенадцатиперстную кишку (ДНК), развитие желчестазы и повышение давления в билиарной системе [14]. Наиболее частыми причинами МЖ являются дСВПЖ, ХИП со сдавлением терминального отдела ОЖП, опухоль поджелудочной железы (ОПЖ) и билиарной системы (ОБС).

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, являющихся основной причиной МЖ, эта проблема продолжает оставаться актуальной и до настоящего времени. Высокими остаются частота поздней диагностики, трудности в выборе рациональной лечебной тактики, число послеоперационных осложнений и летальных исходов [48].

Развившись как осложнение обтурации желчных протоков при острых заболеваниях БПДЗ, МЖ часто приобретает самостоятельное значение. Повышение давления в билиарной системе вызывает расширение ОЖП, приводит к нарушениям функции печени и поджелудочной железы. Повышение давления в билиарной системе отрицательно влияет на функциональное состояние печени. При этом, нарастание давления в системе желчеоттока, распространение застоя желчи на внутрипеченочные протоки приводит к некротическим и дистрофическим изменениям в гепатоцитах [18].

При МЖ выделяют стадии обратимых некрозов печеночной паренхимы, дистрофических изменений и фиброзов в паренхиме печени, которые последовательно сменяют друг друга [7]. Дистрофическому перерождению и некрозу гепатоцитов способствуют токсическое воздействие желчи, нарушения крово и лимфообращения, изменения сосудисто-тканевой проницаемости [18].

Некоторые исследователи [17, 43] предлагают рассматривать морфологические изменения в печени при МЖ с точки зрения участия в них компенсаторных и адаптационных процессов. Формирование адаптации к холестазу начинается уже на ранних этапах развития патологического процесса. При этом образуются генерации «новых» гепатоцитов, которые хорошо приспособлены к условиям холестаза, поскольку появляются и функционируют в условиях механической желтухи. Эти клетки более устойчивы к альтерации гипертензией. Подобные явления объясняют частое развитие печеночной недостаточности после устранения билиарной компрессии.

Функциональные нарушения со стороны печени в условиях МЖ в настоящее время доказаны комплексными биохимическими исследованиями [3, 18]. Изменения метаболизма в печени при механической желтухе могут быть охарактеризованы синдромами цитолиза (повышение активности аспаратаминотрансферазы - АСТ, аланинаминотрансферазы-АЛТ), холестаза (гипербилирубинемия, гиперхолестеринемия, повышение активности щелочной фосфатазы - ЩФ), печеночно - клеточной недостаточности (снижение содержания общего белка и альбумина) и мезенхимально воспалительным синдромом (повышение уровня у - глобулинов), по мнению многих авторов [6, 10, 36, 44].

Билирубинемия часто выявляется при повышении билиарного давления. Имеются сведения [7, 34, 43], что билирубин угнетает процессы окислительного фосфорелирования в организме, снижает потребление кислорода, способствует разрушению биологических структур мембран.

Нарушения белкового метаболизма при МЖ приводят к гипопроотеинемии, гипоальбуминемии и дисглобулинемии, сочетание которых характерно для печеночно - клеточной недостаточности и мезенхимально воспалительного синдрома. Недостаток белка приводит к уменьшению содержания жирных кислот, блокированию нормального гидролиза жиров, развитию гиперлипемии, нарушениям метаболизма холестерина в организме, изменению ферментного статуса [42].

Нарушения ферментного статуса сыворотки крови являются закономерным следствием повышения внутрибилиарного давления. При патологических процессах способность печеночных клеток удерживать присущий им спектр энзимов нарушается. Наиболее легко освобождаются ферменты, расположенные в плазматических мембранах и в цитоплазме (АЛТ, АСТ, ЩФ). Их активность в сыворотке крови повышается уже на ранних стадиях развития МЖ и помогает выявить даже начальные нарушения функции печени [28].

Проблема раннего выявления МЖ при острой патологии БПДЗ продолжает оставаться актуальной до настоящего времени. Даже тщательное обследование больных до операции позволяет установить причину нарушений проходимости ОЖП лишь в 60-80% соответствующих наблюдений [81].

В настоящее время диагностический алгоритм опирается на комплексную оценку клинических данных, лабораторно - биохимических тестов, результатов инструментальных методов исследования, а также на некоторые инвазивные методы диагностики [34].

Клиническое распознавание МЖ в экстренной хирургии БПДЗ нередко представляет трудную задачу [10, 20, 58]. Это, прежде всего, связано с многообразием причин, вызывающих нарушения оттока желчи и частой симптомов разных заболеваний и новообразований БПДЗ [76].

Лабораторные тесты также занимают большое место в диагностике острых заболеваний БПДЗ и МЖ. По их результатам можно сделать заклю-

чение о наличии обтурационного холестаза, судить о функциональном состоянии печени и тяжести ее повреждения, но без уточнения характера патологии БПДЗ [18].

Учет данных уровней показателей билирубина и его фракций в сыворотке крови имеет первостепенное значение для изначального уточнения механического генеза МЖ [58], особенно ценен для мониторинга степени ее выраженности [7, 50] и эффективности лечебных мероприятий для целей ликвидации этого тяжелого недуга [16].

Выделяют [10, 51] четыре стадии билирубинемии при нарушениях желчеоттока в организме: компенсированную (билирубин в сыворотке крови 2150 ммоль/л), субкомпенсированную (51 - 100), декомпенсированную (101 - 200) и терминальную (201 - 360).

Возможности диагностики МЖ значительно расширились в связи с использованием инструментальных методов [44, 54, 62]. Разрешающая способность этих методов достаточно велика, а применение их в комплексе с новыми современными методами позволяет установить правильный диагноз в большей части наблюдений [48]. При этом, не всегда удается установить истинный характер патологии БПДЗ, обусловившей возникновение МЖ [28].

Трудности ранней диагностики острых абдоминальных заболеваний БПДЗ обусловлены многими факторами. Общими причинами являются: тяжелое состояние больных, быстрое прогрессирование патологического процесса, сжатые сроки обследования, невозможность использования ряда лабораторных и инструментальных методов в связи с неподготовленностью больных к исследованиям. Наряду с общими причинами, имеются специфические особенности и трудности при некоторых острых патологических процессах брюшной полости [51].

Ультразвуковое исследование (УЗИ) один из самых распространенных методов диагностики в оценке характера патологии БПДЗ, которое позволяет судить об однородности эхоструктуры печени и поджелудочной

железы, их величине, контурах, интенсивности изображения, размерах, наличии конкрементов в желчном пузыре и ОЖП [4].

Благодаря доступности, неинвазивности и определенной информативности УЗИ считают первоочередным (после физикального) методом исследования при МЖ [20]. Метод безопасен, практически не имеет противопоказаний, применяется у детей [2, 19, 80]. Большими достоинствами его являются возможность многократного применения и использования у новорожденных и даже у плода.

Большую информативность УЗИ в визуализации очаговых структур, в том числе непальпируемых даже в момент выполнения оперативного вмешательства, отмечают многие авторы [2, 58]. Высокочастотные приборы дают возможность выявить жидкостные образования в паренхиматозных органах размером до 1 мм. и солидные образования до 2 мм. [19]. Выраженность эхографических признаков прежде всего зависит от структуры и размеров диагностируемого образования (конкремент или опухоль). Легче диагностируются солитарные кистозные и солидные образования, а эхографическая картина при ОПЖ и ОБС зависит от особенностей гистоструктуры новообразования [94].

Доброкачественные образования в ПЖ чаще характеризуются большей плотностью, четкостью границ. Однако, указанные признаки не гарантируют исключение злокачественной опухоли. Считаются характерными для злокачественной опухоли нечеткость и неровность контуров, сниженная или неоднородная эхогенная плотность образования [64, 87]. Отмечается высокая разрешающая способность УЗИ без связи с размерами и локализацией ОПЖ и ОБС и высокая его информативность с целью дифференциальной диагностики ХИП и ОПЖ [21, 85].

Абсолютная безопасность и безвредность позволяют применять эхографию многократно, что имеет особое значение при динамическом наблюдении за оперированными больными с МЖ [78]. Однако, по мнению ряда исследователей этот метод имеет ограниченное значение в диффе-

ренциальной диагностике МЖ. Особо подчеркивается ненадежность УЗИ в верификации ОПЖ и ОБС, а также эхонегативных конкрементов и структур ОЖП. Трудности в дифференциальной диагностике различной по характеру патологии БПДЗ обусловлены отсутствием эхографических патогномоничных признаков конкретной патологии [27, 65].

Имеются сообщения об абсолютном отсутствии информативности эхографии в диагностировании ЖКБ, стриктур и новообразований БПДЗ, где отмечаются диагностические ошибки при дифференциальной диагностике ХИП и опухолей в 25-75% наблюдений [59, 75, 94].

Одномоментное использование УЗИ с другими методами диагностики позволяет повысить эффективность дооперационной диагностики [5, 39].

Компьютерная томография (КТ) является методом выбора в диагностике ОПЖ и ОБС при дифференциальной диагностике МЖ [72, 88]. Опухоль любой локализации может быть диагностирована по инфильтративному росту и пониженной плотности выявляемого очагового образования на компьютерной или магнитно резонансной томограмме [60].

Имеются сообщения о сравнительно высоких диагностических возможностях КТ с целью определения распространенности опухолевого процесса при ОПЖ и ОБС [30, 40, 66]. Многие [23, 60] используют эти методы для выявления отдаленных метастазов, считая, что только с их помощью можно достоверно уточнить локализацию и характер очаговых образований.

Она имеет важное значение для выявления новообразований нетипичной локализации [49]. Хотя КТ достаточно информативна, из-за недостаточной доступности, несоответствия между морфологическими структурами и их плотностью, высокой лучевой нагрузкой и наличия других доступных информативных методов, она не может считаться методом скрининга в диагностике патологии билиопанкреатодуоденальной зоны [91, 92].

Одним из методов дополнительной диагностики при МЖ является **фиброгастродуоденоскопия (ФГДС)**. Некоторые авторы [25, 93] считают, что при подозрении на механическую желтуху эндоскопическому исследованию отводится важная роль в диагностике, определении хирургической тактики, лечении и прогнозе заболевания. При этом авторы указывают, что экстренные эндоскопические исследования позволяют в короткие сроки установить некоторые косвенные признаки МЖ в 54-90% наблюдений [9, 89].

Диагностическое значение ФГДС у больных с признаками МЖ велико с точки зрения выявления причин нарушений желчеоттока (вклиненный камень, опухоль) и установления сопутствующих болезненных процессов (папиллярный дивертикул, папиллит, стенозирование БДС, язва желудка или двенадцатиперстной кишки), как сообщают некоторые авторы [11, 47]. И все же, наряду с несомненными достоинствами, эндоскопические методы исследований имеют и ряд недостатков в выявлении МЖ. Из них основное - отсутствие прямых дифференциально - диагностических критериев диагностики характера патологии БПДЗ [13]. Лишь, обнаружение ОПЖ, прорастающей ДПК, или наличие конкремента, ущемленного в БДС, дает прямые диагностические знаки, подтверждающие соответствующую патологию [48]. При этом, ФГДС несостоятельна в случаях патологии БПДЗ, выявляемой после перенесенной резекции желудка с гастроэнтероанастомозом по методике Бильрот - II, и также невыполнима при резкой деформации и стенозе пилорического отдела желудка и ДПК [14, 83].

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) является наиболее достоверным методом диагностики причины механической желтухи [61].

ЭРХПГ, обладая возможностью прямой рентгеноконтрастной диагностики, в настоящее время стала доступной для всех крупных хирургических клиник, позволяет выявить признаки МЖ, определить тип холестаза, установить характер и протяженность обтурации желчных путей и спо-

способствует установлению правильного диагноза в 65 - 90% наблюдений [15, 82]. К отрицательным сторонам метода относятся высокая инвазивность, возможность тяжелых внутрибрюшных осложнений, угроза холангита, относительно частые неудачи при выполнении и необходимостью дорогостоящей специальной аппаратуры. Частота специфических осложнений, по данным различных авторов, составляет 0,8-36%. [12, 69].

На настоящий момент общепринятым алгоритмом анализа рентген-контрастных исследований желчных протоков является следующая последовательность: оценка заполняемости контрастом всех уровней желчевыводящей системы общего желчного, печёночных протоков, желчного пузыря; оценка диаметра желчных протоков, присутствие стенотического участка, супрастенотического расширения, субстенотического сужения; оценка формы желчных протоков; присутствие внутрипросветных теней (их размеры, форма, чёткость границы, связь с окружающими тканями) [65, 86].

Лапароскопия является весьма информативным методом диагностики МЖ, позволяет визуально оценить состояние внутренних органов живота и дать дополнительные сведения о характере патологического процесса в БПДЗ [62, 77].

Показаниями к лапароскопии у больных с острыми заболеваниями органов БПДЗ, осложненными МЖ, являются трудности в диагностике по результатам клиническо - лабораторных и лучевых методов исследований, необходимость установления степени выраженности патологического процесса и оценки эффективности проводимого консервативного лечения [13, 63].

Высокоэффективным методом лапароскопической диагностики и одномоментной коррекции МЖ некоторые авторы считают пункцию и дренирование желчного пузыря или ОЖП [81]. Декомпрессия ОЖП способствует уменьшению желчной гипертензии, улучшению микроциркуляции в печени [26, 77, 84].

Лапароскопия позволяет существенно облегчить проведение дифференциальной диагностики желтух различного генеза. Установить механический характер желтухи во время лапароскопии, особенно при длительном течении заболевания, обычно не представляет затруднений [20, 83]. В то же время, определить ее причину во время исследования бывает значительно сложнее. Трудности в определении характера желтухи во время лапароскопии возникают при незначительно выраженной билирубинемии в ранние сроки заболевания, при выраженном перихолецистите и перигепатите.

Высокая инвазивность метода и опасность осложнений ограничивает применение лапароскопии у больных с острой патологией БПДЗ [8, 22, 83].

При интраоперационной ревизии органов БПДЗ имеется всегда возможность не только оценить макроскопическую картину измененных внутренних органов и предположить верный диагноз, но и решить вопрос об объеме и характере оперативного вмешательства, которое дает ценную информацию о характере патологического процесса в БПДЗ [10, 47].

Простым и безопасным методом подтверждения МЖ во время операции служит измерение диаметра ОЖП. Интраоперационно оценить проходимость ОЖП можно с помощью специальных эластичных зондов разного калибра, холедохографии или холедохоскопии [9, 24, 51].

Проведенный анализ литературных данных позволяет судить об успехах и неразрешенных вопросах в диагностике различной патологии БПДЗ, обусловившей МЖ. Каждый из применяемых диагностических методов не позволяет получить полную информацию о характере патологии БПДЗ. Использование даже всего комплекса методов не всегда позволяет уточнить характер патологии. О наличии ОПЖ или ОБС можно высказаться лишь с большей или меньшей степенью вероятности. Все это свидетельствует о необходимости совершенствования существующих и разработки новых информативных методов диагностики и создание диагностических алгоритмов с целью повышения эффективности дифференциальной диа-

гностики заболеваний БПДЗ. При патологии БПДЗ, осложненной синдромом механической желтухи, важное значение приобретает выбор лечебной тактики и варианта оперативного вмешательства.

Вопрос о выборе рациональной лечебной тактики при доброкачественных заболеваниях и злокачественных новообразованиях БПДЗ в условиях МЖ до настоящего времени остается дискуссионным [8, 48].

Главной задачей в условиях МЖ является декомпрессия ОЖП. Этим позициям придерживаются большинство хирургов [15, 77].

До настоящего времени основным методом лечения больных с доброкачественными заболеваниями и злокачественными новообразованиями БПДЗ остается своевременное традиционное оперативное вмешательство. Вместе с тем, тактика ранних операций, выполненных в условиях некомпенсированной желчной гипертензии, приводит к росту числа ранних послеоперационных осложнений и летальности [45]. В данной ситуации использование хирургических вмешательств даже незначительного объема традиционным способом (лапаротомия) может способствовать неблагоприятному исходу [47, 74].

Поэтому, многие авторы становятся сторонниками двухэтапной схемы лечения у больных с МЖ. Основной задачей декомпрессионного этапа является ликвидация холестаза и холемии, купировании острого воспалительного процесса в билиарной системе, что позволяет избежать экстренных оперативных вмешательств, и в последующем выполнить второй, санирующий, этап в благоприятных условиях. Такой вариант хирургической тактики дает лучшие результаты хирургического лечения МЖ [70].

В связи с этим при ЖКБ, ХЖ в сочетании с калькулезным холециститом необходимо шире использовать малоинвазивные хирургические вмешательства. Многие авторы [44, 72] предлагают на первом этапе выполнять эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с экстракцией конкрементов и восстановлением пассажа желчи, а во время второго этапа выполняется традиционную или лапароскопическую холецистэктомию.

Механическая желтуха в сочетании с холангитом или без него, обусловленная ХЛ, является абсолютным показанием к ЭПСТ, при необходимости дополняемой удалением конкрементов с помощью петли или корзинки Dormia, последующим назобилиарным дренированием ОЖП.

Эндоскопическая литоэкстракция является широко используемым к ЭПСТ методом лечебной эндоскопии, значительно повышающим ее эффективность. Полная экстракция камней может быть достигнута в 81-98% пациентов с ХЛ [67].

Однако, литоэкстракция несет опасность осложнений, связанных как с инфицированием билиарной системы и развитием гнойного холангита, перфорацией ОЖП и развитием флегмоны забрюшинного пространства или гепатодуоденальной связки, так и с ущемлением зафиксированного в просвете ОЖП корзинкой конкремента, обуславливающего необходимость экстренной лапаротомии, холедохолитотомию в технически сложных условиях, связанных с неподготовленностью пациента к наркозу и хирургической операции, чрезмерной аэрацией желудка и кишечника вследствие продолжительной инсуффляции воздуха при эндоскопической инвазии. Вышеописанное диктует необходимость четкой формулировки показаний и противопоказаний к проведению данного эндоскопического вмешательства, определяющих его целесообразность и оправданность, и рациональную лечебную тактику [63].

Если показанием к литоэкстракции является ХЛ, то вопрос о противопоказаниях определяется значительно большим количеством факторов. В литературных источниках чаще указывается, что основным противопоказанием служит размер конкремента [83]. Однако, не только размер конкремента может определить успех литоэкстракции. Для успешной литоэкстракции имеют значение и другие факторы: возможность прочного захвата конкремента корзинкой Dormia и выведения из желчнопротоковой системы в ДПК при различном диаметре интрапанкреатического отдела ОЖП. Противопоказана литоэкстракция также и в том случае, если размер кон-

кремента превышает диаметр терминального отдела ОЖП и папиллотомического отверстия. Необходимость в выполнении литоэкстракции возникает у 22 - 46% пациентов [75].

Широкое распространение в клинической практике получили различные методы механической литотрипсии. Показаниями к механической литотрипсии являются одиночные камни диаметром более 10 мм, камни диаметром до 10 мм при узком терминальном отделе ОЖП [81].

При сочетании холедохолитиаза, МЖ и холангита чаще нет возможности выполнить механическую литотрипсию у больных любого возраста.

Это обусловлено тем, что часто плотные неподвижные камни тесно прилежат к стенкам ОЖП или расположены во внутривнутрипеченочных протоках. В таких случаях механическую литотрипсию выполняют в несколько этапов в зависимости от величины и количества камней, некоторых анатомо-топографических особенностей. Установлено, что эффективность механической литотрипсии достигает 80 - 90%. При этом, риск развития специфических послеоперационных осложнений и летальности возрастает в 5-6 раз [75].

Тактика **эндоскопического эндопротезирования (ЭП)** желчных протоков, несмотря на достаточную длительность периода его применения, до сих пор не имеет установившихся правил и стандартов, обеспечивающих наибольший эффект при максимальном комфорте для больного и минимальном уровне осложнений. Основными техническими проблемами при проведении ЭП являются:

Проведение эндопротеза через участок «критического» стеноза;

Проведение эндопротеза при 2 - х и более компонентном стенозе;

Установление адекватности ЭП при ошибочном введении проксимального конца эндопротеза в желчный пузырь и при несоответствии диаметра эндопротеза консистенции желчи (чем гуще желчь, тем внутренний диаметр эндопротеза должен быть шире);

Профилактика чрезмерного выхождения дистального конца эндопротеза в ДНК с развитием перегиба эндопротеза с его блокированием и давлением на противоположную стенку ДПК [29].

Показания к проведению второго этапа хирургического лечения и выбор варианта оперативного вмешательства во многом определяются эффективностью и сроками устранения проявлений МЖ [35]. Поэтому, при доброкачественных заболеваниях в случаях полной ликвидации клинико-лабораторных проявлений МЖ на первом этапе второй может включать лишь санационное вмешательство (например, холецистэктомия при калькулезном холецистите) [69]. В том случае, если проявления МЖ сохраняются или нарастают и патология БПДЗ не ликвидирована на первом этапе второй этап хирургической коррекции, как правило, травматичный и может включать выполнение нескольких задач [например, холецистэктомия, холедохотомия, холедохолитотомия, билиодигестивный анастомоз (БДА) и другие варианты], что естественно сопровождается большим числом неблагоприятных исходов [48, 73]. Большинство исследователей разделяет мнение о трех основных вариантах окончания оперативного вмешательства по устранению МЖ при заболеваниях БПДЗ на втором этапе хирургического лечения: 1) «глухой» шов холедоха после устранения причины механической желтухи; 2) внутреннее супрадуоденальное дренирование билиарной системы; 3) наружное дренирование билиарной системы.

Окончание второго этапа хирургической коррекции ушиванием холедохотомического отверстия (наложение «глухого» шва) после устранения желчной гипертензии возможно лишь в случаях, если была ранее выполнена декомпрессия ОЖП, он принял физиологические параметры и имеется полная уверенность в адекватности хирургической коррекции. Такое выполняется редко и сочетается с вероятностью повышения числа послеоперационных осложнений в виде несостоятельности швов ОЖП и желчного перитонита в 3,0 - 13,5% наблюдений [71].

Внутреннее дренирование желчных путей для устранения МЖ в настоящее время все же используется в клинической практике в тех случаях, когда отсутствуют возможности использования малоинвазивных способов ликвидации желчной гипертензии, соответствующей аппаратуры или опытного специалиста [70].

БДА необходимо рассматривать, как группу операций с разными показаниями, но похожих по целям, технике, осложнениям и последствиям. Однако, в литературе отсутствует единое мнение о преимуществах и недостатках различных БДА, о выборе отделов ЖКТ (желудок, двенадцатиперстная кишка, тощая кишка) и билиарного тракта (желчный пузырь, гепатикохоledох, печень и т.д.) для анастомозирования [3, 38].

Анастомозы с желчным пузырем, внутрпеченочными желчными протоками, желудком в настоящее время применяются по ограниченным показаниям. Чаще формируют холедоходуоденоанастомоз, холедохоеюноанастомоз для устранения механической желтухи [3, 57].

Использование тощей кишки для формирования БДА на выключенной петле по методике РУ (холедохоеюноанастомоз) при МЖ также нашло сторонников в отечественной и зарубежной хирургической практике [8, 38, 43, 53, 71].

Некоторые авторы видят в этой операции ряд неоспоримых преимуществ, основным из которых является профилактика забрасывания кишечного содержимого в желчные протоки и ликвидация опасности холангита [10, 41, 46].

Основным недостатком ХЕА относится ее техническая сложность. При ХЕА имеется гораздо больше возможностей для инфицирования желчи, так как флора в тощей кишке, по сравнению с дуоденальной, более вирулентна и разнообразна. Отсутствие желчи в двенадцатиперстной кишке приводит к гормональным расстройствам поджелудочной железы и общего пищеварения. Многие авторы утверждают, что по своим отдаленным результатам ХЕА не имеет преимуществ перед ХДА [10, 33, 37, 55].

Большинство исследователей приходят к заключению, что ХЕА не должна конкурировать с ХДА. Оба вмешательства имеют одинаковые «права гражданства», но при прочих равных условиях предпочтение, особенно в экстренной хирургии БПДЗ, должно быть отдано ХДА, как более простому методу [42, 50]. При этом, в онкологической практике при ОПЖ и ОБС для вынужденной временной или постоянной декомпрессии ОЖП, при отсутствии на первом этапе лечения малоинвазивных способов коррекции, предпочтение следует отдавать все же ХЕА [3, 31, 45].

Временное наружное отведение желчи при МЖ получило широкое распространение в неотложной хирургии БПДЗ. Лечебный эффект при наружном дренировании объясняется устранением компрессии при перерастяжении ОЖП, снятием патологических факторов эндотоксикоза, отведением застойной инфицированной желчи, стиханием острых воспалительных явлений в стенках ОЖП, быстрым купированием холангита [6, 32, 52]. Большим преимуществом временного наружного дренажа желчных протоков является возможность послеоперационного рентген контроля [35, 56].

Основным недостатком наружного дренирования является массивная и длительная потеря желчи в послеоперационном периоде, которая может приводить к выраженным электролитным и белковым нарушениям, а также к возникновению вторичных стриктур ОЖП в месте стояния дренажа в отдаленные сроки после операции [42, 48].

Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения во много определяются выбором варианта коррекции МЖ. Суммарная частота раневых послеоперационных осложнений составляет 1,0 - 8,6% соответствующих случаев. Наиболее часто возникают нагноения, гематомы и серомы послеоперационных ран, несостоятельность швов БДА (1,8 - 17,5%), послеоперационный перитонит (1,1 - 11,2%). Летальность в группе больных с доброкачественными заболеваниями БПДЗ, осложненными МЖ, составляет 42,3%, а у больных с ОПЖ и ОБС 13 - 60% [1, 6, 18].

Таким образом, анализ данных литературы свидетельствует о значительной и все возрастающей роли разных методов исследований в условиях неотложной дифференциальной диагностики разной патологии БПДЗ, осложненной МЖ. В многочисленных исследованиях представлены соответствующие результаты. Вместе с тем, отношение к разным применяемым методам дифференциальной диагностики при МЖ не всегда однозначно и требует уточнения. Окончательно не определены показания к проведению тех или иных методов исследований при подозрении на МЖ. Недостаточно освещены прямые и косвенные признаки разных методов исследований при заболеваниях и новообразованиях, осложненных МЖ. Существуют различные мнения о роли и месте указанных методов при многих острых хирургических заболеваниях БПДЗ.

До настоящего времени не определен оптимальный алгоритм обследования и лечения с дополнительным использованием малоинвазивных способов хирургической коррекции МЖ. Не установлены критерии отбора больных для ее проведения. Кроме того, до настоящего времени не существует универсального лечебного алгоритма при МЖ, сочетающего в себе достоинства малоинвазивных эндоскопических интервенций и лапаротомных вмешательств. Все это диктует разработку новых подходов к решению этой проблемы. Неудовлетворенность результатами лечения больных определяет необходимость применения комплексного подхода в коррекции МЖ с использованием сочетаний эндовидеохирургической техники, эндоскопических и эндобилиарных вмешательств.

Заключение. Следует считать оправданным и целесообразным изучение семиотики основных острых хирургических заболеваний органов БПДЗ, осложненных МЖ, разработку, апробацию и внедрение новых малоинвазивных методов хирургической коррекции, уточнение показаний и противопоказаний к проведению исследований, их диагностической значимости, разработку алгоритма лечебно - диагностических мероприятий в

неотложной абдоминальной хирургии при МЖ, обусловленной разной патологией БПДЗ.

ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена на кафедре ФУВ, хирургии Андижанского Государственного Медицинского Института на базе РНЦЭМП Андижанского филиала.

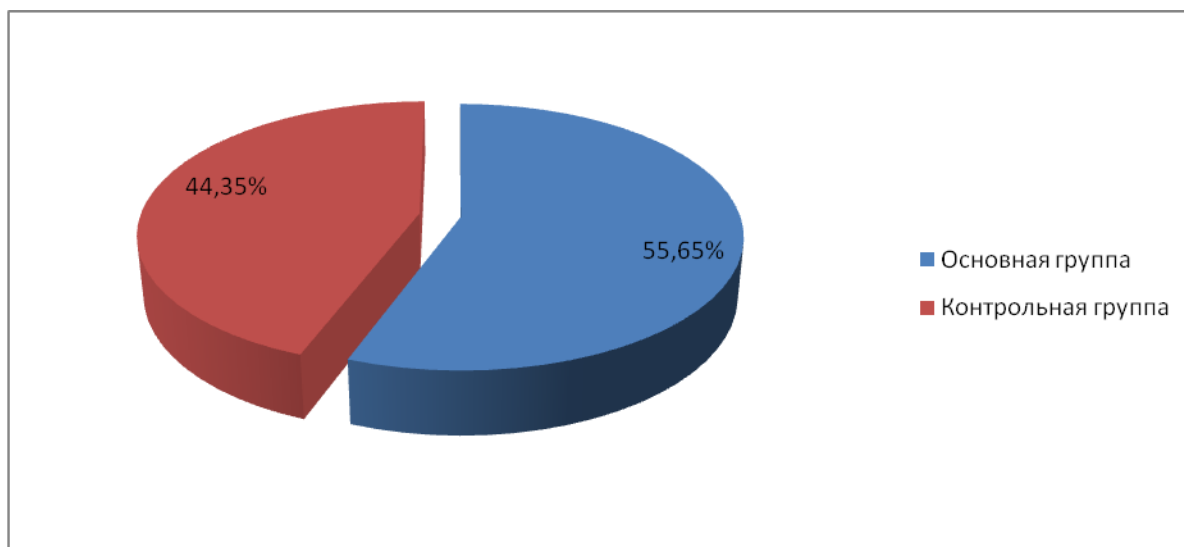
2.1. Общая характеристика больных

Основой работы являются анализ результатов 115 больных с механической желтухой различной этиологии, находившихся в отделении хирургии РНЦЭМП Андижанского филиала в период 2008 - 2013 гг.

Среди пациентов женщин, было 61 (53%), мужчин 54 (47%). Средний возраст пациентов составил 60,8 лет. При этом, более половины пациентов - 69 человек (60%) - были пожилого и старческого возраста.

Рисунок 2.1.

Распределение пациентов по группам



Все больные были разделены на две клинические группы. В обеих группах проводилось обследование пациентов по единой схеме и одинаковая комплексная терапия за исключением хирургической тактики.

В 1 группу вошли 64 (55,65%) пациента с механической желтухой, которым были выполнены малоинвазивные хирургические вмешательства, направленные на декомпрессию желчных протоков. Эти пациенты соста-

вили основную группу. В основной группе было 33 мужчины (51 %) и 31 женщина (49 %). Средний возраст пациентов составил 60,8 лет.

Проведённые малоинвазивные вмешательства у больных основной группы заключались в следующем: ЭРПХГ и ЭПСТ с последующим выполнением литоэкстракции, стентирование и литотрипсия.

Больным основной группы мы рекомендовали двухэтапную лечебную тактику. Первый этап заключается в ликвидации механической желтухи путём использованием малоинвазивных методов лечения. Второй этап заключается в плановом порядке произвести радикальную операцию.

Во 2 группу включены 51(44,35%) пациент с механической желтухой, которым с целью декомпрессии желчных протоков были выполнены операции традиционным лапаротомным доступом. Эти пациенты составили контрольную группу. В группу вошли 21 мужчина (41 %) и 30 женщин (59 %). Средний возраст больных во второй группе составил 59,9 лет .

У больных 2 группы были выполнены следующие традиционные оперативные вмешательства: традиционная холецистэктомия с наружным дренированием, холедохотомия, холедохолитотомия, холедоходуоденоанастомоз, холедохоеюноанастомоз.

Таблица 2.1.1.

Распределение больных в группах по полу и возрасту

Пол	Возраст в годах									
	<45		45-59		60-74		75-89		Всего	
	1гр	2гр	1гр	2гр	1гр	2гр	1гр	2гр	1гр	2гр
Муж	4	0	11	11	14	10	4	0	33	21
Жен	0	1	12	7	17	18	2	4	31	30
Всего	4	1	23	18	31	28	6	4	64	51
Итого	5 (4,3%)		41 (35,7%)		59 (51%)		10 (9%)		115(100%)	

Как видно из таблицы 2.1.1. распределение больных двух групп, по полу и возрасту, практически идентичны.

Помимо механической желтухи у всех больных, отмечены различной степени выраженности другие осложнения основного заболевания. В основной группе у 40 пациентов (62,5 %), а в контрольной у 23 пациентов (45 %) имелось более двух осложнений основного заболевания. При этом, как в основной группе, так и в группе сравнения наиболее частыми осложнениями являлись: гнойный холангит, печеночная и почечная недостаточность. Характер осложнений основного заболевания в сравниваемых группах представлен в таблице 2.1.2.

Таблица 2.1.2.

Характер осложнений основного заболевания в группах

Осложнения основного заболевания	Основная группа		Контрольная группа		Всего	
	Абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гнойный холангит	34	53	19	37	53	46
Сепсис						
Печеночная Недостаточность	23	35,9	13	25,5	36	31,3
Почечная Недостаточность	17	26,6	9	17,7	26	22,6
Печеночная Энцефалопатия	8	12,5	1	2	9	7,8
Сердечно-сосудистая Недостаточность	7	11	2	4	9	7,8

Сопутствующая терапевтическая патология выявлена у большинства больных в обеих группах, причем два и более заболевания выявлено у 32,8 % пациентов основной группы и у 33,3 % пациентов контрольной группы, что представлено в таблице 2.1.3.

Таблица 2.1.3.

Характер сопутствующих заболеваний в сравниваемых группах

Сопутствующая патология	Основная группа (n = 64)		Контрольная группа (n = 51)	
	Абс.	%	Абс.	%
Сердечно-сосудистая система	37	57,8	26	51
Пищеварительная система	15	23,4	12	23,5
Мочевыделительная система	9	14	8	15,7
Эндокринная Система	5	7,8	8	15,7
ЦНС	3	4,7	2	4

Таким образом, сравниваемые группы больных сопоставимы по полу, возрасту, основному и сопутствующим заболеваниям, исходной тяжести состояния, т.е. рандомизированы.

2.2. Методы исследований

При обследовании больных с МЖ с целью определения в дальнейшем лечебной тактики решали несколько основных задач: оценка объективного состояния органов БПДЗ и, особенно, системы желчевыделения; уточнение причины и степени нарушения желчеоттока, выявление сопутствующих заболеваний, отягчающих общее состояние больных. При этом, соблюдали принцип последовательности использования методов исследования: от простых диагностических приемов к сложным и от неинвазивных к инвазивным.

На догоспитальном этапе у всех больных был установлен предварительный диагноз МЖ. Учитывая полиэтиологичный характер МЖ, при обследовании использовали комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

2.2.1. Лабораторные методы исследования

Исследуемые лабораторные тесты включали: клинический анализ крови (количество эритроцитов, лейкоцитов, уровень содержания гемоглобина, скорость оседания эритроцитов, характер изменений в лейкоцитарной формуле), общий анализ мочи, биохимические показатели ферментов (амилаза крови, диастаза мочи), уровень и продолжительность гипербилирубинемии с дополнительным определением показателей непрямой и прямой фракции билирубина в сыворотки крови, уровень ЩФ, АЛТ, АСТ, содержание сахара крови. Важнейшим показателем, характеризующим изменение давления в желчных протоках, является уровень значений показателя общего билирубина. Билирубинемия характеризует также функциональный ответ печени на выраженность проявлений МЖ.

Учет уровней показателя билирубина, его фракций и их соотношений в сыворотке крови больного может иметь значение только в первые дни заболевания. В дальнейшем, вследствие прогрессирования печеночных нарушений, уровень значений показателя фракции неконъюгированного (непрямого, свободного) билирубина также может возрасти. Это несколько затрудняет дифференциальную диагностику при позднем поступлении больного в стационар и свидетельствует о неспецифичности показателей фракций билирубина при механической и паренхиматозной желтухе.

Полученные результаты свидетельствуют о возможности дополнительного использования лабораторных данных (уровни показателя общего билирубина) для предварительной оценки характера патологии БПДЗ, осложненной МЖ, в клинической практике.

2.2.2. Ультразвуковое исследование

В качестве диагностического скрининга при обследовании больных МЖ используем ультразвуковое исследование органов брюшной полости, которое выполнено у всех больных с патологией БПДЗ, осложненными МЖ.

УЗИ органов брюшной полости выполняли с использованием ультразвукового аппарата DIGIPRICEDP 6600. При обследовании больных с синдромом механической желтухи особое внимание уделяли оценке состояния билиопанкреатодуоденальной зоны с дополнительным определением степени изменений анатомо - топографических параметров печени, поджелудочной железы, внепеченочных желчных протоков.

При проведении УЗИ решаем три основные задачи: выявление прямых или косвенных признаков желчной гипертензии; оценка характера и уровня препятствия в билиарном тракте; дифференциальная диагностика доброкачественной и злокачественной патологии в БПДЗ.

Следовательно, УЗИ, как самостоятельный метод не имеет решающего значения в дифференциальной диагностике патологии БПДЗ, осложненной МЖ. О природе заболевания БПДЗ можно высказаться только с учетом данных комплексного обследования, включающего и другие методы диагностики (клинико-anamnestические и лабораторные данные, КТ, ЭРХПГ).

Традиционное УЗИ позволяет выявить причину механической желтухи не более чем в 75% случаев.



Рисунок 2.2. Классическое УЗИ (расширение холедоха и визуализация двух конкрементов в его дистальной части)

2.2.3. Фиброгастродуоденоскопия

Фиброгастродуоденоскопия не может иметь самостоятельного значения в установлении МЖ, но оказывает определенную помощь в комплексной диагностике. В условиях МЖ с помощью ФГДС возможно судить о состоянии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, пассаже желчи в ДПК, изменениях в БДС, обнаружить вклиненный в БДС конкремент, а также выявить некоторые косвенные сведения (сдавление органа «из вне», прорастание опухоли в ДПК).

При отсутствии существенных причин, объясняющих желтуху, или при расширении желчных протоков вслед за УЗИ проводят фиброэзофагогастродуоденоскопию. С помощью неё определяется патология верхних отделов ЖКТ: варикозное расширение вен пищевода, опухоли желудка, патологию большого дуоденального сосочка, деформации желудка, двенадцатиперстной кишки вследствие сдавления извне. При этом возможно провести биопсию подозрительного на рак участка. Кроме того, оценивается техническая возможность проведения ЭРХПГ.



Рисунок 2.3. ФЭГДС с осмотром БДС: А – нормальный БДС;

Б – вколоченный камень в БДС; В – рак БДС

2.2.4. Эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию

- прямое трансдуоденальное эндоскопическое контрастирование желчевыводящих путей проводили по традиционной методике с использованием дуоденоскопа фирмы

Диагностическая ЭРХПГ представляет собой ретроградное контрастирование желчных протоков и протока поджелудочной железы, осуществляемое через большой дуоденальный (фатеров) сосочек (или иногда через малый дуоденальный сосочек). Наряду с возможностью контрастирования желчных протоков метод позволяет визуально оценить состояние желудка и 12-типерстной кишки, большого дуоденального сосочка и перипанкреатической области, а также констатировать факт поступления жёлчи в просвет кишки. Кроме того, при проведении ЭРХПГ есть возможность взять материал для биопсии из патологически измененного сосочка двенадцатиперстной кишки и из стенозированных участков желчных протоков, а также произвести соскоб слизистой оболочки для цитологического исследования. Инвазивные методы исследования, связанные с прямым или ретроградным контрастированием желчевыводящих путей, позволяют определить уровень обтурации, но не позволяют судить о характере и распространенности патологического процесса на окружающие органы и ткани, что особенно актуально у пациентов с подозрением на опухолевую обтурацию.

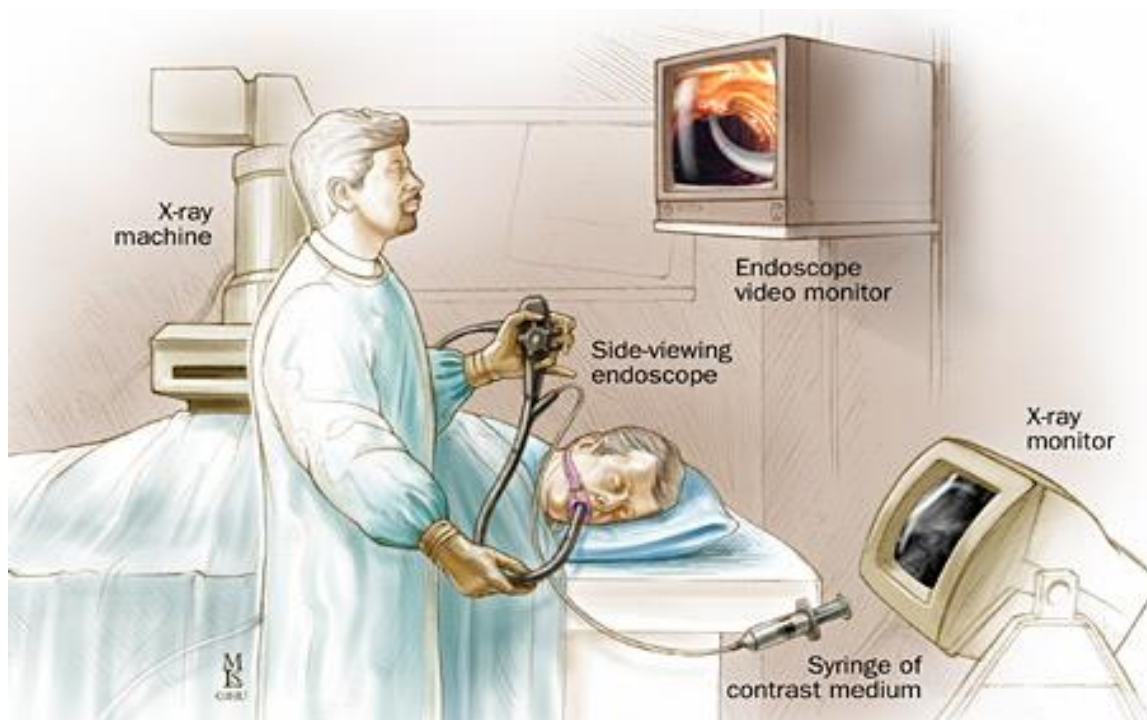
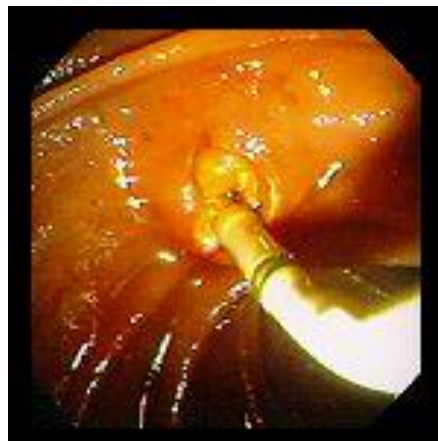


Рисунок 2.4. Проведение ЭРХПГ



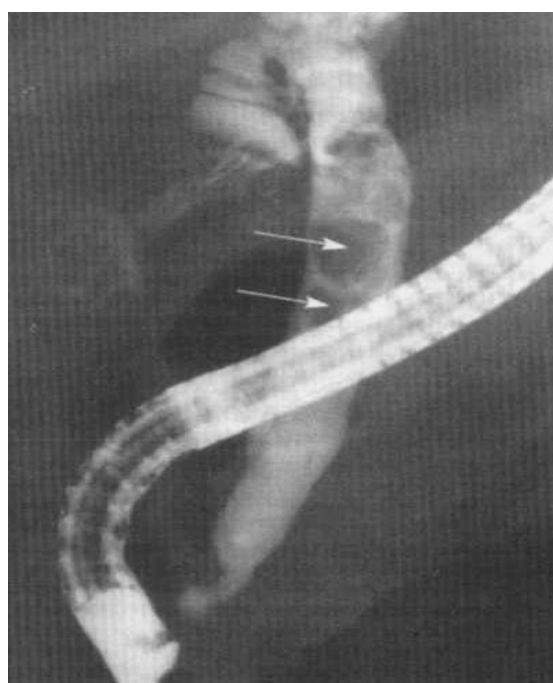
А

Б

Рисунок 2.5. А – дуоденоскоп; Б – канюляция БДС



А



Б

Рисунок 2.6. ЭРХПГ:

А – камни в желчном пузыре без патологии протоков;

Б – картина холедохолитиаза (расширен холедох, визуализируются конкременты)

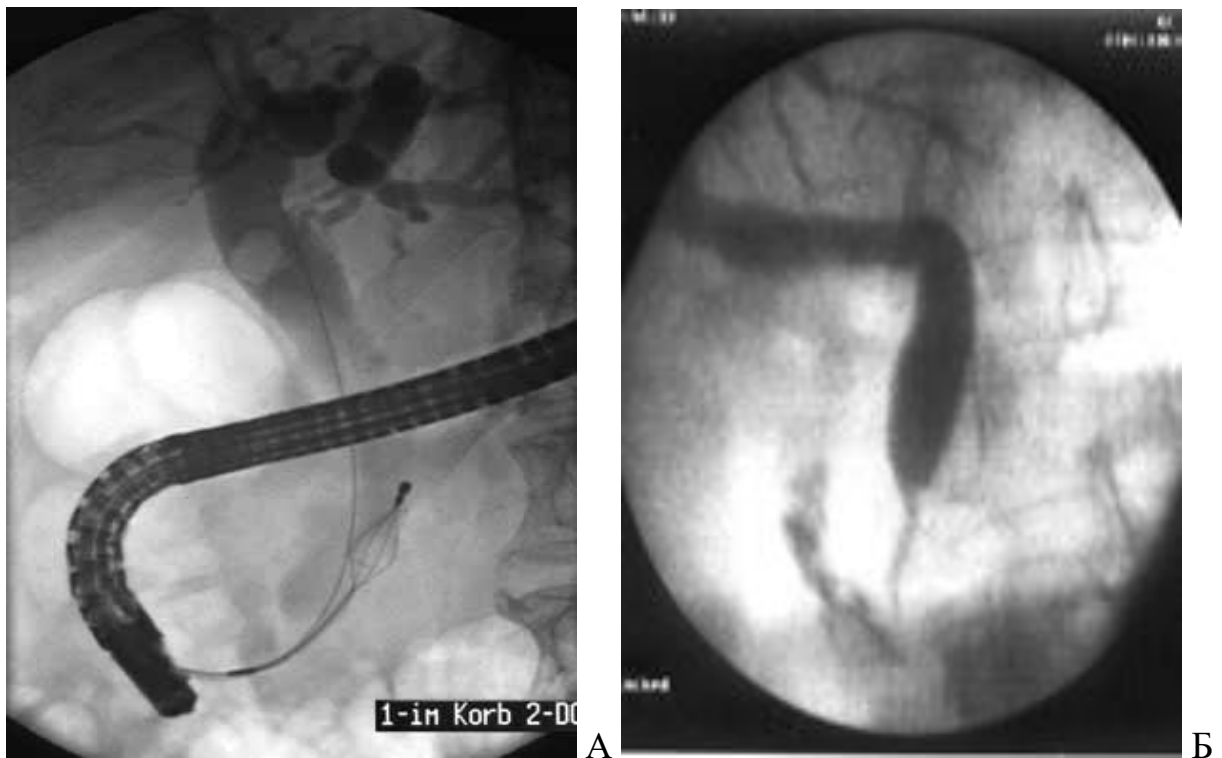


Рисунок 2.7. ЭРХПГ: А – холедохолитиаз, введена корзинка Дормия для литоэкстракции; Б – стриктура дистального отдела холедоха с престенотическим расширением.

2.2.5.Компьютерная томография

При наличии обоснованного подозрения на рак поджелудочной железы проводят КТ с контрастным усилением. Высокую значимость имеет КТ, позволяющая наряду с выявлением дилатации протоков и причины их обструкции выполнить прицельную биопсию или декомпрессионное вмешательство. В отличие от УЗИ диагностические способности метода не снижаются при метеоризме, асците, ожирении.

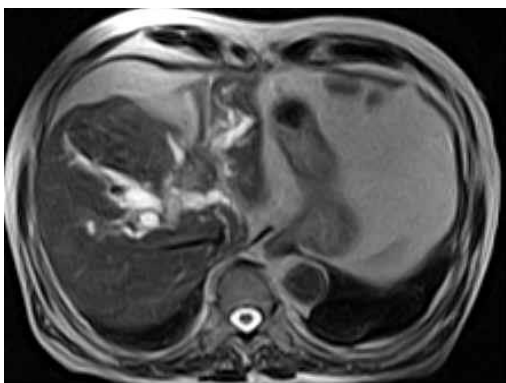


Рисунок 2.8. КТ - изображение холангиокарциномы;

2.3.Методика малоинвазивных вмешательств

2.3.1.Эндоскопическая папиллосфинктеротомия и литоэкстракция

ЭПСТ является методом выбора устранения желтухи, обусловленной холедохолитиазом, вколоченным камнем БДС, сужением БДС (стенозирующий папиллит). Также ЭПСТ является методом выбора для пациентов с гнойным холангитом, развившимся на фоне холедохолитиаза и механической желтухи и является первым этапом любых вмешательств на желчных путях. Эта процедура возможна даже у пациентов старших возрастных групп с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Показания к выполнению метода и прогнозирование его результативности основываются на точном представлении о характере препятствия для желчеоттока (размеры конкрементов, их расположение, количество, состояние устья общего желчного протока). Если размеры конкрементов не превышают диаметра общего печеночного протока, их можно удалить с помощью этой эндоскопической манипуляции и тем самым восстановить пассаж желчи в 12-перстную кишку. Подобная ситуация встречается примерно в 90% случаев, что обеспечивает успешную санацию желчных протоков с помощью ЭПСТ у большинства пациентов.

Суть операции: чтобы нормализовать отток желчи или извлечь конкремент из желчных путей, необходимо расширить выходной отдел общего желчного протока, который представлен большим дуоденальным сосочком. Это достигается путем рассечения его вверх по продольной складке (интрамуральная часть холедоха, до 1,5 см) специальной струной или иглой папиллотома под действием электротока (вводится через инструментальный канал эндоскопа). Если камень небольшого диаметра, то после ЭПСТ он выходит самостоятельно. В случаях, когда размеры конкрементов превышают диаметр просвета нижележащих отделов желчных путей, то не происходит спонтанного отхождения конкрементов после ЭПСТ. То-

гда необходимо насильственное их извлечение при помощи специальной корзинки Dormia (литоэкстракция).

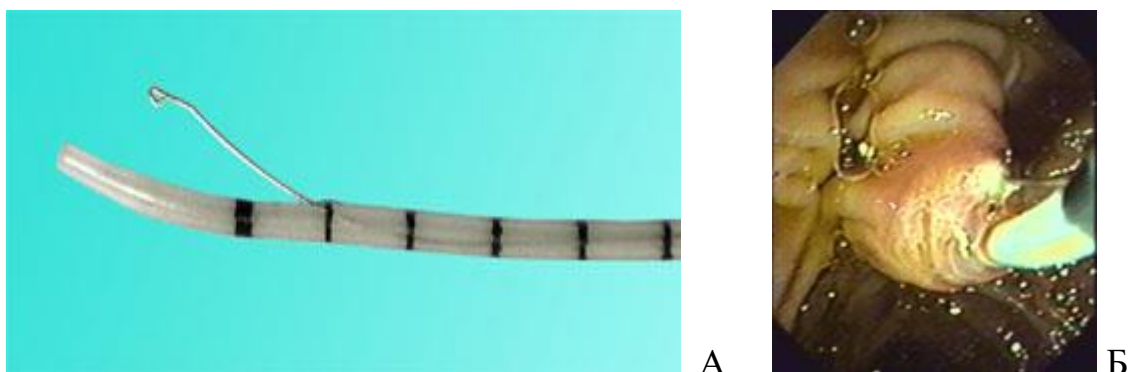


Рисунок 2.9. – А – папиллотомная петля; Б – ЭПСТ

2.3.2. Местная литотрипсия с литоэкстракцией

В случае наличия крупных конкрементов в холедохе (более 10 мм) перед извлечением их необходимо фрагментировать. Эффективность механической литотрипсии (разрушение камней в желчном протоке) достигает 80–90%. Арсенал современных инструментов для литоэкстракции состоит из жестких и мягких корзинок Dormia, баллонных катетеров. Жесткие корзины предпочтительны в случаях, когда диаметр камня сопоставим с диаметром терминального отдела холедоха. Баллонные катетеры и мягкие корзины целесообразно применять при мелких камнях, особенно при флотирующих конкрементах. Литоэкстракция показана пациентам с отягощенным анамнезом, когда нежелательно проведение повторных контрольных исследований, при опасности вклинения камней в терминальном отделе холедоха при их спонтанном отхождении, при сочетании холедохолитиаза и холангита, при множественных мелких конкрементах. Противопоказана литоэкстракция в том случае, когда диаметр конкремента или фрагмента превышает диаметр терминального отдела холедоха и размеры папиллотомического отверстия.

Широкое распространение в клинической практике получили различные методы механической литотрипсии. Показаниями к механической литотрипсии являются одиночные камни диаметром более 10 мм, камни диа-

метром до 10 мм при узком терминальном отделе холедоха, множественные камни, заполняющие просвет гепатикохоледоха и плотно прилежащие друг к другу, лигатурные камни, множественный холедохолитиаз в сочетании с гнойным холангитом и механической желтухой, желание сохранить сфинктерный аппарат БДС при холедохолитиазе у пациентов молодого возраста. Противопоказаниями к применению данного метода являются плотные неподвижные камни, тесно прилежащие к стенкам протока, камни, расположенные во внутрипеченочных протоках, значительное расширение внепеченочных протоков. Механическая литотрипсия может быть выполнена одномоментно или в несколько этапов в зависимости от величины и количества камней и технических особенностей выполнения данной манипуляции.

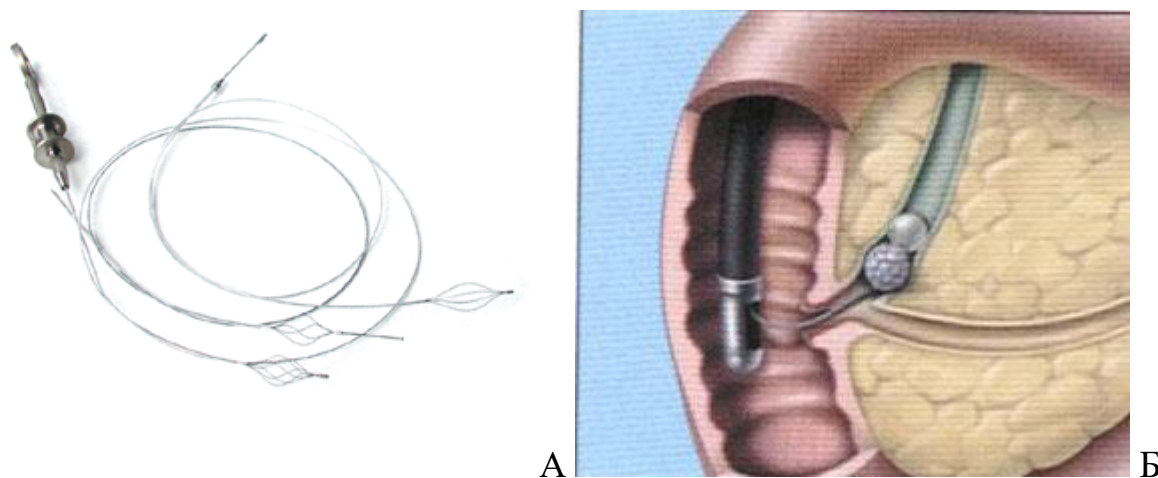


Рисунок 2.10. А – Корзинки Дормия (жесткие варианты используются для механической литотрипсии); Б – Балонная литоэкстракция

2.3.3.Эндопротезирование желчных протоков (бужирование и стентирование)

Используется как паллиативное вмешательство при неоперабельных опухолях панкреатобилиарной зоны.

Бужирование (франц. bougie-зонд, буж) - введение специальных инструментов (бужей) в некоторые органы трубчатой формы с диагностической или лечебной целью. Буж - жесткий или гибкий стержень для исследования или расширения трубчатых органов или ходов. Стент каркас для поддержания проходимости трубчатой полый структуры, можно установить чрезкожно или эндоскопически.

Эндоскопическое имплантирование стента менее травматично. Первые стенты для желчных протоков были из тефлона, т.к. этот материал был достаточно ригидным и мог остановить прорастание опухоли без прерывания внутреннего дренирования. В последние годы широко используют более мягкие материалы для стентов (полиэтилен, полиуретан). Весьма эффективным является саморасправляющийся металлический (нитиноловый) билиарный стент по типу "плетёной трубки цилиндра", помещённый в доставляющую систему в сжатом состоянии. Пластиковые стенты при окклюзии желчных протоков предпочтительнее металлических из-за того, что не происходит инвазии стента опухолью и рецидив механической желтухи наступает реже. Однако пластиковые стенты в большей мере подвержены инкрустации солями желчных кислот, что приводит к их обтурации, а также имеют большую склонность к миграции, чем металлические. Стентирование является относительно безопасным и эффективным видом холангиодренирования, улучшающим качество жизни пациентов.

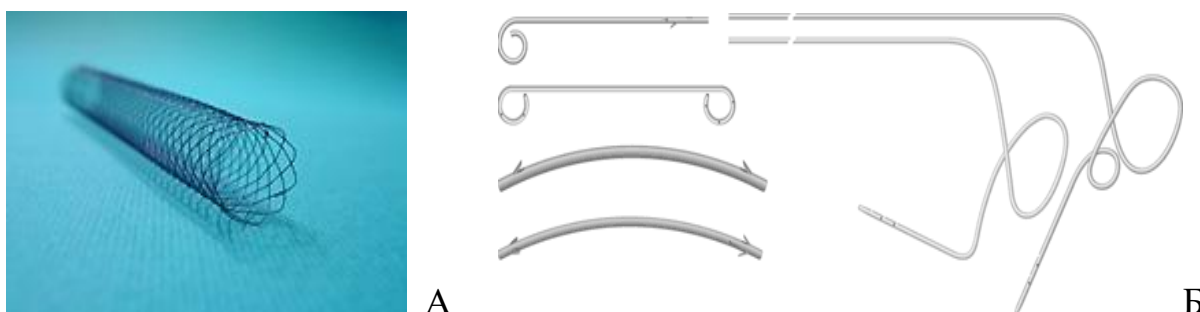


Рисунок 2.11. – Билиарные стенты: металлические (А) и пластиковые (Б)

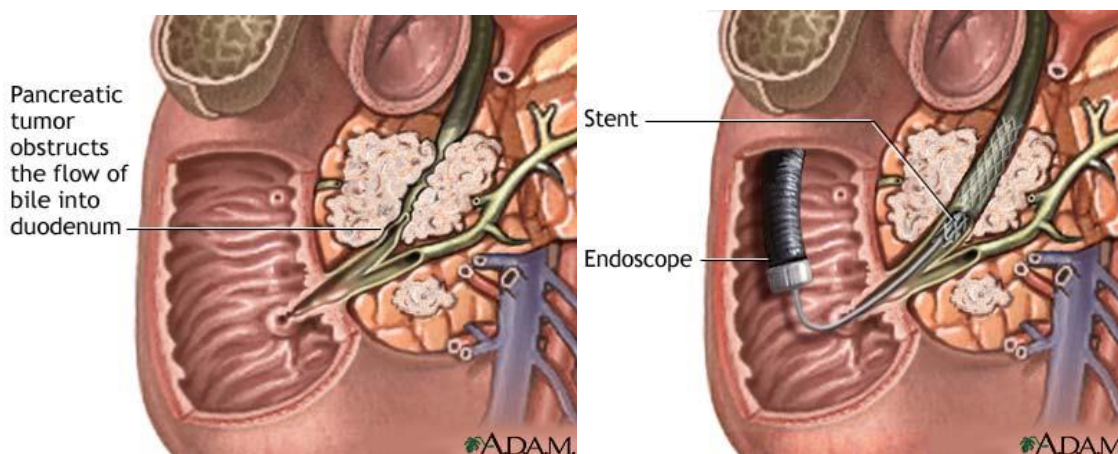


Рисунок 2.12. – Схема эндоскопической имплантации билиарного металлического стента при раке головки поджелудочной железы с механической желтухой

Для проведения ЭРХПГ требуется дуоденоскоп, оснащенный боковой оптикой для создания оптимальных условий для манипуляции на БДС (находится на заднее - внутренней стенке нисходящего отдела 12-перстной кишки, поэтому трудно визуализируется торцевыми эндоскопами) и канюля для введения контраста через БДС в желчные и панкреатические протоки.

ЭРХПГ является процедурой непростой, инвазивной, требует специальных навыков эндоскописта, может занимать продолжительное время и часто плохо переносится пациентами. Поэтому перед проведением ЭРХПГ больным необходимо провести медикаментозную подготовку, от которой во многом зависит успех исследования. Цель премедикации снижение болевых ощущений, уменьшение секреции, расслабление сфинктера Одди и создание гипотонии 12-перстной кишки. Для этого используются наркотические (промедол), спазмолитические и антисекреторные (атропин, метацин), седативные (седуксен, реланиум) препараты. ЭРХПГ выполняется в рентген кабинете. Врач вводит дуоденоскоп в 12 - перстную кишку и визуализирует БДС. После этого осуществляет канюляцию БДС и введение рентгеноконтрастного вещества в протоки. При этом осуществляется рент-

геноскопия и визуализация на экране электронно - оптического преобразователя состояния контрастированных протоков.

2.4.Методика традиционных вмешательств

2.4.1.Холецистостомия с наружным дренированием

Наружная холецистостомия наиболее приемлема в комплексной терапии острого панкреатита, осложненного механической желтухой. Ее выполнение возможно лишь при условии проходимости пузырного протока. Холецистостомия может быть выполнена открытым способом, лапароскопически или путем пункции желчного пузыря под УЗИ контролем.

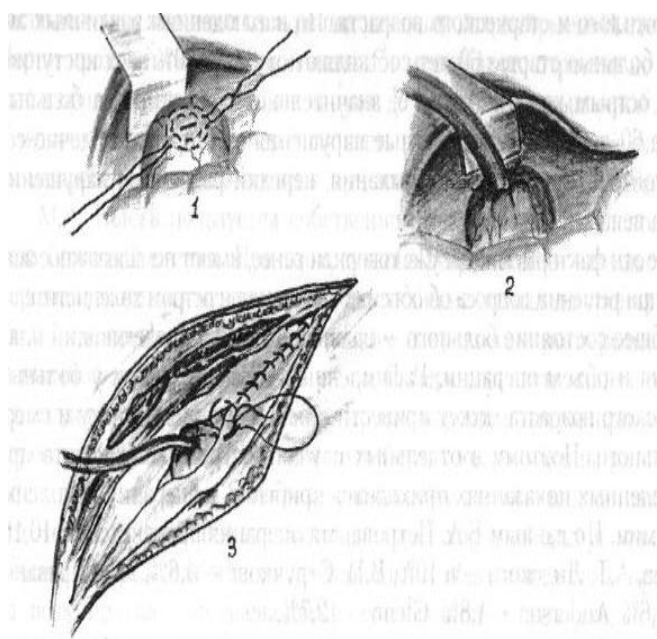


Рисунок 2.13. – Схема открытой холецистостомии (1 – наложение кисетного шва, 2 – введение трубки и затягивание кисета; 3 – фиксация желчного пузыря к брюшной стенке)

2.4.2.Холедохотомия и литоэкстракция

Может быть выполнена как классическим открытым способом, из минидоступа или видеолапароскопическим методом. Наибольшее распространение при операциях на желчных протоках получили косые разрезы в правом подреберье (по Кохеру, Федорову). Реже применяют верхнесрединный доступ. Вмешательства на желчных протоках у больных с ЖКБ обычно производят после холецистэктомии. Холедохотомия проводится в супрадуоденальном отделе холедоха как можно дистальнее и ниже пузырь-

ного протока (при возможности, над конкрементом). Это необходимо для укорочения канала введения инструментов и создания благоприятных условий для формирования анастомоза. Передняя стенка рассекается на протяжении 10–20 мм, далее осуществляется ревизия протока с помощью окончатых щипчиков, ложечек или пинцетов, которыми извлекают конкременты. Также используются баллонные катетеры, особенно для удаления конкрементов, мигрировавших в печеночные протоки. После удаления камней необходимо убедиться в проходимости протоков путем зондирования, операционной холангиографии или холедохоскопии. Операция заканчивается наложением глухого шва холедоха лишь в случае уверенности в удалении всех камней и отсутствии признаков холангита. В остальных случаях рекомендуется осуществлять наружное дренирование.

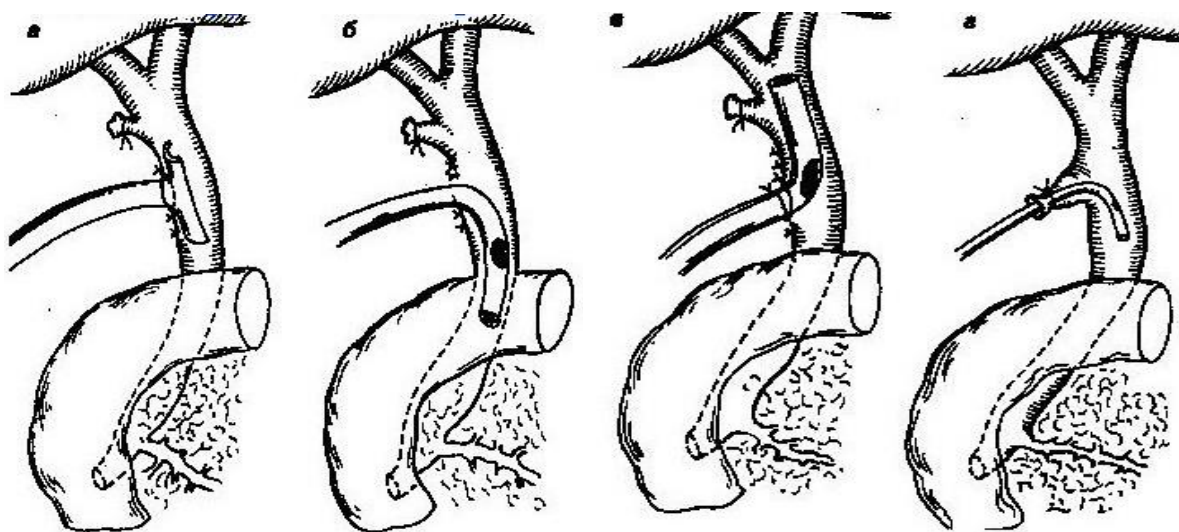


Рисунок 2.14. – Виды наружного дренирования холедоха:

а – по Керу; б – по Керту; в – по Вишневскому; г – по Холстеду

2.4.3. Наложение обходных билиодигестивных анастомозов

Обычно применяются при опухолевых поражениях панкреатодуоденальной зоны либо при протяженных рубцовых сужениях протоков.

При высоких рубцовых стриктурах желчных протоков выполняют сложные реконструктивные операции, направленные на восстановление оттока желчи. Среди них наибольшее распространение получили билиоди-

гестивные соустья на различных уровнях желчных протоков с петлей тонкой кишки, выключенной по Ру (холедохоеюностомия).

Условие успешной декомпрессии желчных путей при этой операции проходимость пузырного протока. При других локализациях опухоли формируют билиодигестивные соустья (гепатикоеюноанастомоз, чем выше, тем лучше) либо применяют один из способов эндопротезирования. Формирование гепатикоеюноанастомоза на выделенной по Ру петле тощей кишки практически исключает рецидив механической желтухи и гнойного холангита в позднем послеоперационном периоде.

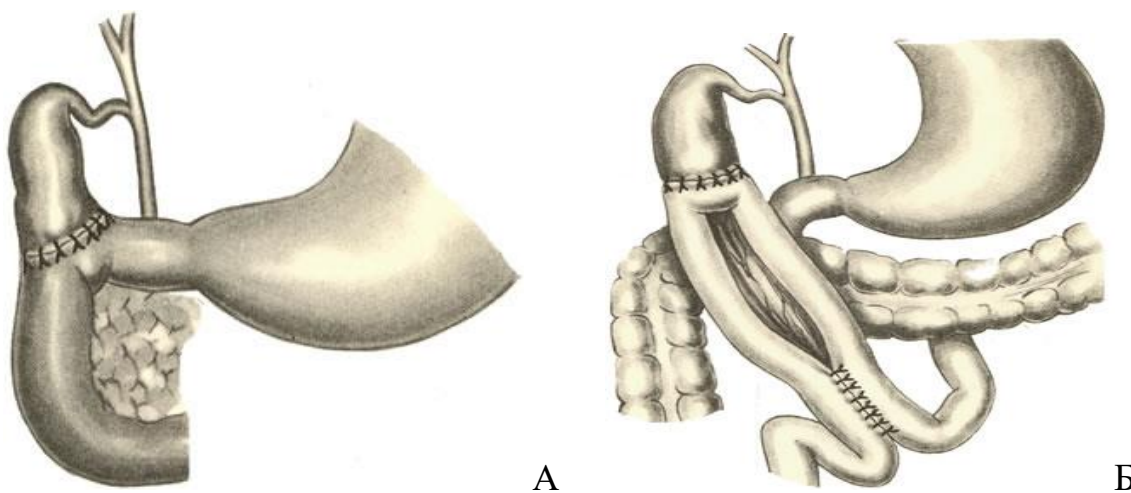


Рисунок 2.15. – А – Холецистодуоденостомия; Б – Холецистоеюностомия с межкишечным соустьем по Брауну

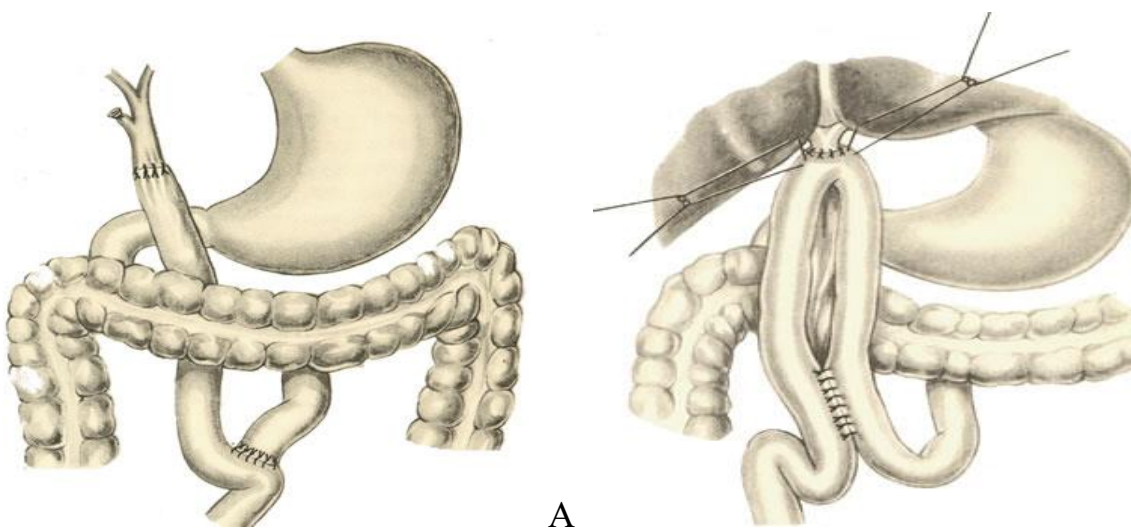


Рисунок 2.16. – А – Холедохоеюностомия на выключенной по Ру петле, Б – Гепатикоеюностомия

2.5. Статистическая обработка клинического материала

Полученные при исследовании данные подвергли статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2007, включая использование встроенных функций статистической обработки.

Важным свойством EXCEL в нашем случае явились информационные возможности его как базы данных (сортировка данных фильтрации, т.е. выбор по условиям). С помощью таблицы EXCEL была создана база данных (БД), поля в которой соответствовали кодировочной таблице. Затем в БД были введены данные обследования 115 пациентов с механической желтухой, в комплексном лечении которых применялись малоинвазивные и традиционные операции.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ДВУХ ГРУПП

При оценке клинико - анамнестических данных особое внимание уделяли оценке длительности анамнестического периода основного заболевания; продолжительности эпизодов желтухи; характеру окраски кожных покровов, слизистых и склер; размерам печени, селезенки, желчного пузыря; наличию симптомов портальной гипертензии; лихорадки с ознобами (признаки холангита).

Некоторые анамнестические сведения (сроки от начала острого приступа до момента госпитализации) имеют определенное значение для установления истинного диагноза при МЖ. Эти сведения у всех 115 больных с МЖ представлены в таблице 3.1.

Сроки развития МЖ у больных с разной патологией БПДЗ отличались. При сравнительном анализе данных установлено, что больные с ЖКБ, ХЛ и дСВЖП чаще были госпитализированы в сроки до 3 суток от начала острого приступа. При этом, больных с ХИП, ОПЖ и ОБС значимо чаще обращались за медицинской помощью в сроки свыше 3 суток с момента возникновения признаком МЖ.

Таблица 3.1.

Сроки развития МЖ в двух группах больных с патологией БПДЗ

Клинические группы	Количество больных			
	до 3 суток		свыше 3 суток	
	Абс.	%	Абс.	%
Основная Группа	49	78,7	15	21,3
Контрольная группа	14	27,5	37	72,5

Как представлено в таблице 3.1., имеются значительные отличия в сроках анамнестического периода в сравниваемых группах больных. В первой группе больные значимо чаще обращались за медицинской помо-

щью в сроки до 3 суток заболевания, а во второй группе в более чем 2/3 наблюдений больные чаще доставлялись в стационар в сроки более 3 суток с момента возникновения признаков МЖ.

Лабораторные исследования

Исследуемые лабораторные тесты включали: клинический анализ крови (количество эритроцитов, лейкоцитов, уровень содержания гемоглобина, скорость оседания эритроцитов, характер изменений в лейкоцитарной формуле), общий анализ мочи, биохимические показатели ферментов (амилаза крови, диастаза мочи), уровень и продолжительность гипербилирубинемии с дополнительным определением показателей непрямой и прямой фракции билирубина в сыворотки крови, уровень ЩФ, АЛТ, АСТ, содержание сахара крови. Дополнительно выполняли дуоденальное зондирование с определением в порциях А и В желчи содержания лейкоцитов (холангит).

На момент госпитализации в хирургическое отделение у всех 115 больных оценивали общее количество лейкоцитов в крови ($10^9/л$). У 69 (59,9%) больных этот показатель составил ниже уровня $8,0 \times 10^9/л$, у 31 (27,3%) больных - в пределах $8,1 - 12,0 \times 10^9/л$, у 7 (6,0%) больных - $12,1 - 15 \times 10^9/л$ и у 8 (6,8%) больных число лейкоцитов превышало значение $15,1 \times 10^9/л$. Исследование уровней лейкоцитов крови не имеет самостоятельного значения, но учитываются в определении степени выраженности воспалительного процесса.

Важнейшим показателем, характеризующим изменение давления в желчных протоках, является уровень значений показателя общего билирубина. Билирубинемия характеризует также функциональный ответ печени на выраженность проявлений МЖ. У 62 (53,8%) больных билирубинемия достигала значений 100 мкмоль/л. У них были отмечены "малые печеночные признаки" в виде желтушности кожи и склер, слабости, снижения аппетита, кожного зуда, чувства "распирания" в правом подреберье, увеличения печени. У 34 (29,9%) больных билирубинемия находилась в пре-

делах 101 - 200 мкмоль/л. У них клиническая картина характеризовалась присоединением гепатоцеребральных проявлений-нарушений сна, повышенной раздражительности, эйфории или заторможенности, тошноты и рвоты, неадекватной оценки собственного состояния. У 19 (16,3%) больных билирубинемия превышала 200 мкмоль/л. У них к вышеописанной клинической картина «дополнялась» симптомами полиорганных гепатогенных расстройств, то есть на фоне нарушений функции печени отмечали признаки расстройств основных систем жизнеобеспечения (дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной и др.), снижение уровня артериального давления, одышку, нарастание отека мягких тканей, олигурию и коматозное состояние.

Таблица 3.2.

**Показателей общего билирубина в сыворотки крови
у больных с патологией БПДЗ**

Количества больных (n=115)		Показатель Билируби на мкмоль/л
Абс	%	
62	53,8	100 мкмоль/л
34	29,9	101 - 200 мкмоль/л
19	16,3	выще 200 мкмоль/л

Полученные результаты свидетельствуют о возможности дополнительного использования лабораторных данных (уровни показателя общего билирубина) для предварительной оценки характера патологии БПДЗ, осложненной МЖ, в клинической практике.

Ультразвуковое исследование

В качестве диагностического скрининга при обследовании больных МЖ используем ультразвуковое исследование органов брюшной полости, которое выполнено у всех 115 больных с патологией БПДЗ, осложненными МЖ.

При проведении УЗИ решаем три основные задачи: выявление прямых или косвенных признаков желчной гипертензии; оценка характера и

уровня препятствия в билиарном тракте; дифференциальная диагностика доброкачественной и злокачественной патологии в БПДЗ. В условиях неотложной помощи при УЗИ возникали некоторые трудности при значительном ожирении (вес больного свыше 150 кг), когда исследование становится малоинформативным; выраженном метеоризме, обусловленном парезом кишечника; обширных послеоперационных рубцах или спаечном процессе брюшной полости, затрудняющих получение достоверной информации.

Возможности УЗИ в диагностике признаков МЖ при разной патологии БПДЗ неравноценны и зависят от особенностей характера патологического процесса и локализации препятствия желчных протоков (табл.3.3.)

Из всех 115 наблюдений МЖ дилатация ВЖП установлена в 98 (85,2%) наблюдениях, утолщение стенки ВПЖ - в 21 (18,3%), конкремент ОЖП - в 36 (31,3%), очаговое образование ОЖП с неровными контурами - в 1 (0,87%), очаговое образование в головке ПЖ - в 5 (4,4%), диффузное увеличение головки ПЖ - в 35 (30,4%), очаговое образование в печени (гипоэхогенное) - в 10 (8,7%), очаговое образование в печени (изоэхогенное и гиперэхогенное) - в 1 (0,87%), гепатомегалия - в 45 (39,1%) наблюдениях.

Таблица 3.3.

Признаки УЗИ при патологии БПДЗ

Установленные признаки	Количества больных	
	Абс	%
Дилатация ВЖП	98	85,2
Утолщение стенки ВПЖ	21	18,3
Конкремент ОЖП	36	31,3
Очаговое образование ОЖП	1	0,87
Очаговое образование в головке ПЖ	5	4,4
Диффузное увеличение головки ПЖ	35	30,4
Очаговое образование	10	8,7

в печени (гипоэхогенное)		
Очаговое образование в печени (изоэхогенное и гиперэхогенное)	1	0,87
Гепатомегалия	45	39,1

Таким образом, УЗИ может служить дополнительным методом в дифференциальной диагностике патологии БПДЗ, осложненной МЖ. По данным УЗИ можно судить о размерах ОЖП; наличии или отсутствии конкрементов в желчных путях, топической локализации очаговых образований в печени или головки поджелудочной железы и не всегда о характере патологии БПДЗ. Чувствительность УЗИ в дифференциальной диагностике патологии БПДЗ, осложненной МЖ, составляет 62,6%. Следовательно, УЗИ, как самостоятельный метод не имеет решающего значения в дифференциальной диагностике патологии БПДЗ, осложненной МЖ. О природе заболевания БПДЗ можно высказаться только с учетом данных комплексного обследования, включающего и другие методы диагностики (клинико-анамнестические и лабораторные данные, КТ, ЭРХПГ).

Компьютерная томография

Компьютерная томография выполнена у 22 больных с патологией БГТДЗ, осложненной МЖ. В 7 случаях КТ выполнено при доброкачественных заболеваниях БПДЗ (у 4 больных с дСВЖП и у 3 - с ЖКБ, ХЛ) и в 15 - при злокачественных новообразованиях. БПДЗ (у 9 больных с ОПЖ и у 6 больных с ОБС). Учитывая известные данные об особенностях КТ-признаков при злокачественных новообразованиях и доброкачественных заболеваниях БПДЗ, анализ результатов этого метода проводили отдельно в этих двух группах больных. Эти данные представлены в таблице 3.4.1.

Признаки МЖ при разной патологии БПДЗ по данным КТ

Клинические группы КТ- признаки	Основная группа (n=7)		Контрольная группа (n=15)	
	Абс.	%	Абс.	%
Дилатация ВЖП	7	100	12	80,0
Конкремент ОЖП	3	42,9		-
Очаговое образование в головке ПЖ	-	-	4	26,7
Диффузное увеличение головки ПЖ	1	14,3	3	20,0
Очаговое образование в печени (сниженной плотности)	-	-	4	26,7
Очаговое образование в печени (повышенной плотности)	-	-	3	20,0
Гепатомегалия	2	28,6	2	13,3

Из всех 22 больных с МЖ, у которых выполнено КТ, дилатацию ВЖП диагностировали в 19 (86,4%) наблюдениях, конкремент ОЖП - в 3 (13,6), очаговое образование в головке ПЖ - в 4 (21,9%), диффузное увеличение головки ПЖ - в 4 (21,9%), очаговое образование в печени разной плотности - в 7 (31,8%), гепатомегалия - в 4 (21,9%) наблюдениях.

Желчнокаменная болезнь, осложненная ХЛ, и дСВЖП характеризовались следующими КТ - признаками: дилатация ВПЖ установлена в 7 (100%) случаях, конкремент ОЖП - в 3 (42,9%), диффузное увеличение головки ПЖ - в 1 (14,3%), гепатомегалия - 2 (28,6%) наблюдениях. С учетом данных КТ заключение о доброкачественном заболевании (ЖКБ, ХЛ или дСВЖП) БГТДЗ получено в 3 (42,9%) из всех 7 случаев. При этом, признаки МЖ установлены у всех (100%) обследованных больных этой группы.

При ОПЖ и ОБС установили наличие дилатации ВПЖ в 12 (80,0%) случаях, очаговое образование в головке ПЖ - в 4 (26,7%), диффузное увеличение головки ПЖ - в 3 (20,0%), очаговое образование в печени (сниженной плотности) - в 4 (26,7%), очаговое образование в печени (повышенной плотности) в 3 (20,0%), гепатомегалию - в 2 (13,3%) наблюдениях. По результатам выполненной КТ заключение о наличии злокачественной опухоли (ОПЖ или ОБС) БПДЗ получено в 11 (73,3%) из всех 15 случаев. При этом, признаки МЖ установлены у 12 (80,8%) из 15 обследованных больных этой группы.

Таким образом, дополнительное использование КТ при доброкачественных заболеваниях БПДЗ, осложненных МЖ, позволило предположить верный диагноз в 42,9% соответствующих наблюдений с верификацией признаков МЖ в 100% случаев. Этот метод при злокачественных новообразованиях БПДЗ, осложненных МЖ, дал дополнительные характерные признаки в 73,3% наблюдений с указанием на наличие МЖ в 80,8% случаев.

Таким образом, КТ может служить дополнительным методом в дифференциальной диагностике патологии БПДЗ, осложненной МЖ. По данным! КТ можно судить о размерах ОЖП, наличии или отсутствии конкрементов в желчных путях, топической локализации очаговых образований в печени или головки поджелудочной железы и не всегда о характере патологии БПДЗ. Чувствительность КТ в дифференциальной диагностике патологии БПДЗ, осложненной МЖ, составляет 63,6%. Чувствительность КТ низкая при доброкачественных заболеваниях БПДЗ (42,9%), а при злокачественных новообразованиях этой локализации она составляет 73,3%.

Фиброгастродуоденоскопия

Фиброгастродуоденоскопия не может иметь самостоятельного значения в установлении МЖ, но оказывает определенную помощь в комплексной диагностике. В условиях МЖ с помощью ФГДС возможно судить о состоянии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной киш-

ки, пассаже желчи в ДПК, изменениях в БДС, обнаружить вклинённый в БДС конкремент, а также выявить некоторые косвенные сведения (сдавление органа «из вне», прорастание опухоли в ДПК). ФГДС выполнено у 113 больных.

Наиболее значимые ФГДС - признаки, указывающие на наличие МЖ у обследованных больных представлены в таблице 3.5.

Таблица 3.5.

Признаки МЖ при патологии БПДЗ по данным ФГДС

Клинические группы ФГДС-признаки	ЖКБ, ХЛ (n=54)		дСВЖП (n=31)		ОПЖ (n=21)		ОБС (n=7)	
	абс	%	Абс	%	Абс	%	абс	%
Экстраорганный сдавление ДПК	1	1,8	-	-	12	57,1	1	14,3
Эрозивно-язвенные поражения антрального отдела желудка и ДПК	6	11,1	5	16,1	3	14,3	2	28,6
Конкремент БДС	5	9,3	1	3,2	-	-	-	-
Опухоль БДС	-	-	-	-	-	-	1	14,3
Отсутствие поступления желчи в ДПК	20	37,04	10	32,3	14	66,7	6	85,7

Из всех 113 больных с МЖ, у которых выполнено ФГДС, выявлены разные дополнительные признаки заболевания. Экстраорганный сдавление ДПК установлено в 14 (12,4 %) наблюдениях, эрозивно - язвенные поражения антрального отдела желудка и ДПК - в 16 (14,2%), конкремент БДС - в 6 (5,3%), опухоль БДС - в 1 (0,9%), отсутствие поступления желчи в ДПК - в 50 (44,2%) наблюдениях.

Желчнокаменная болезнь, осложнённая ХЛ, характеризовалась следующими ФГДС - признаками: экстраорганный сдавление ДПК установлено в 1 (1,8%) наблюдениях, эрозивно - язвенные поражения антрального отдела желудка и ДПК - в 6 (11,1%), конкремент БДС - в 5 (9,3%), отсут-

стве поступления желчи в ДПК в 20 (37,04%) наблюдениях. На основании данных ФРДС косвенные признаки МЖ получены в 20 (37,04%) из 54 наблюдений ЖКБ, осложненной ХЛ.

При дСВЖП с помощью ФГДС выявили эрозивно-язвенные поражения антрального отдела желудка и ДПК в 5 (16,1%), конкремент БДС в 1 (3,2%), отсутствие поступления желчи в ДПК - в 10 (32,3%) наблюдениях. Следовательно, признаки МЖ по данным ФГДС были получены только у 10 (32,3%) 31 больных с дСВЖП.

ОПЖ чаще характеризовалась наличием экстраорганных сдавления ДПК, что установлено в 12 (57,1%) наблюдениях, эрозивно - язвенные поражения антрального отдела желудка и ДПК выявлены в 3 (14,3%), отсутствие поступления желчи в ДПК - в 14 (66,7%) наблюдениях. Таким образом, на основании данных ФГДС признаки МЖ на почве ОПЖ были получены у 12 (57,1%) из 21 больных этой группы.

В случаях ОБС также выявляли разные ФГДС-признаки. Экстраорганный сдавление ДПК было установлено в 1 (14,3%) наблюдениях, эрозивно - язвенные поражения антрального отдела желудка и ДПК - в 2 (28,6%), опухоль БДС обнаружена в 1 (14,3%), отсутствие поступления желчи в ДПК - в 6 (85,7%) наблюдениях. В этой группе больных данные ФГДС указывали на МЖ в условиях ОБС в 2 (28,6%) из 7 наблюдений.

Таким образом, ФГДС может служить дополнительным методом в дифференциальной диагностике у больных с патологией БПДЗ, осложненной МЖ. В тоже время, метод не всегда дает информацию о характере патологии БПДЗ. Чувствительность ФГДС в дифференциальной диагностике патологии БПДЗ, осложненной МЖ, составляет 37,4%. Чувствительность метода наиболее низкая при ОБС (28,6%) и при дСВЖП (32,3%).

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография

Большое значение в верификации диагноза имеет эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография - метод прямого контрастирования желчных протоков в сочетании с рентгеноскопией или рентгено-

графией. Необходимость в использовании ЭРХПГ возникала в «трудных» диагностических случаях, когда другие методы оказывались малоэффективными.

ЭРХПГ выполнили у 64 больным с МЖ. При анализе данных учитывали наличие дилатации ОЖП, конкрементов в ОЖП, симптома «писчего пера», а также дефект наполнения в дистальном отделе ОЖП на уровне ПЖ (табл. 3.6).

Таблица 3.6.

Признаки МЖ при патологии БПДЗ по данным РХПГ

Клинические группы РХПГ-признак	ЖКБ, ХЛ (n=37)		дСВЖП (n=12)		ОПЖ (n=11)		ОБС (n=4)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Дилатация ОЖП	35	94,6	10	87,5	9	82,6	3	87,5
Конкремент в ОЖП	36	95,9	1	8,3	-	-	-	-
Симптом «писчего пера»	2	5,4	10	83,3	4	39,1	1	25,0
Дефект наполнения в дистальном отделе ОЖП на уровне ПЖ	-	-	2	16,7	7	63,6	3	75,0
Дефект наполнения в проксимальном отделе ОЖП	-	-	-	-	-	-	1	25,0

Из всех 64 наблюдений МЖ, которым выполнено РХПГ, дилатация ВЖП установлена в 54 (89,06) наблюдениях, конкремент ОЖП - в 37 (57,8%), симптом «писчего пера» - в 17 (26,6%), дефект наполнения в дистальном отделе ОЖП на уровне ПЖ - в 12 (18,7%), дефект наполнения в проксимальном отделе ОЖП - в 1 (1,6%) наблюдениях.

Желчнокаменная болезнь, осложненная ХЛ, характеризовалась следующими признаками РХПГ: дилатация ВПЖ установлена в 35 (94,6%)

наблюдениях, конкремент ОЖП - в 36 (95,9%). При этом, в части случаев ЖКБ, ХЛ выявляли нехарактерные признаки, которые создавали в последующем трудности в дифференциальной диагностике с дСВЖП: симптом «писчего пера» установлен в 2 (5,4%) случаях наблюдениях. На основании данных признаков правильный диагноз был предположен у 36 (95,9%) из 36 больных с ЖКБ, осложненной ХЛ.

При дСВЖП с помощью РХПГ выявили дилатацию ВПЖ в 10 (83,3%) наблюдениях, конкремент ОЖП - в одном (8,3%), симптом «писчего пера» - в 10 (83,3%), дефект наполнения в дистальном отделе ОЖП - в 2 (16,7%) наблюдениях. Истинный диагноз с помощью РХПГ был предположен только у 10 (83,3%) из всех 12 больных с дСВЖП.

ОПЖ чаще характеризовалась наличием дилатации ОЖП в 9 (82,6%), симптома «писчего пера» 9 (39,1%), дефекта наполнения в дистальном отделе ОЖП 7 (63,6%). По данным РХПГ злокачественная ОПЖ была заподозрена у 7 (63,6%) из 11 больных этой группы.

В случаях ОБС выявляли дилатацию ВЖП 3 (87,5%), симптом «писчего пера» - 1 (25,0%), дефект наполнения в дистальном отделе ОЖП на уровне ПЖ- в 3 (75,0%), дефект наполнения в проксимальном отделе ОЖП - в 1 (25,0%). На основании данных РХПГ злокачественная ОБС была заподозрена у 1 (25,0%) из 4 больных этой группы.

Заключение. ЭРХПГ обладает наибольшей диагностической значимостью, в сравнении с методами представленными выше. При этом, метод инвазивен, технически сложен и имеет ряд ограничений: ранее перенесенные операции (резекция желудка), наличие полной обтурации БДС или терминального отдела ОЖП опухолью или конкрементом. Поэтому ЭРХПГ целесообразно применять в комплексе методов исследования у больных с патологией БПДЗ, осложненных МЖ, на заключительном этапе.

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

4.1. Характер оперативных вмешательств двух групп

Формирование хирургической тактики является ключевым звеном в успешной ликвидации патологического процесса у больных с МЖ при разной патологии БПДЗ.

Оперативное вмешательство при наличии признаков МЖ всегда предпочтительнее выполнять в «холодном периоде». Однако, в ургентной хирургии БПДЗ выбор сроков операции часто зависит от исходного состояния больного, характера основного заболевания и его осложнений, эффективности консервативной терапии. Успех лечения во многом определяется рациональным сочетанием консервативной и оперативной составляющих общей тактики, а главным стратегическим вопросом при разработке лечебного алгоритма считаем правильный выбор приоритетного направления в каждом конкретном случае. У всех 115 больных с разной патологией БПДЗ, осложненной МЖ, проводилась стандартная терапия направленная на купирование основных проявлений МЖ, включающая назначение спазмолитических препаратов, анальгетиков, коллоидных и кристаллоидных растворов, антибиотиков, экстракорпоральных методов детоксикации (по показаниям) и дополнительных средств с учетом тяжести состояния и наличия сопутствующей патологии других органов и систем.

В структуре доброкачественных заболеваний БПДЗ (табл. 4.1.1.), обусловивших развитие МЖ, превалировала ЖКБ, осложненная ХЛ 54 (46,9%). Несколько реже 31 (26,9%) выявляли дСВЖП, в том числе «на фоне» ЖКБ. Хронический индуративный панкреатит установлен у 2 (1,7%) больных. В группе больных со злокачественными новообразованиями БПДЗ чаще выявляли ОПЖ 21(18,3%) и значительно реже ОБС 7(6,1%). Все больные были в возрасте от 28 до 89 лет.

Как указывалось в главе 2.1. все пациенты были разделены на две клинические группы.

Таблица 4.1.1.

**Распределение больных с МЖ по характеру
патологии БПДЗ двух групп (n-115)**

Диагноз	Основная группа (n-64)		Контрольная группа (n-51)		Всего (n-115)	
	Число больных					
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Доброкачественные заболевания БПДЗ (n=87)						
ЖКБ,ХЛ	30	26,1	24	20,8	54	46,9
дСВЖП	16	13,9	15	13	31	26,9
ХИП	1	0,85	1	0,85	2	1,7
Злокачественные новообразования БПДЗ (n=28)						
ОПЖ	12	10,4	9	7,9	21	18,3
ОБС	5	4,3	2	1,8	7	6,1
Всего	64	55,6	51	44,4	115	100

В 1 группу вошли 64 (55,65%) пациента с механической желтухой, которым были выполнены малоинвазивные хирургические вмешательства, направленные на декомпрессию желчных протоков. Эти пациенты составили основную группу. В основной группе было 33 мужчины (51 %) и 31 женщина (49 %). Средний возраст пациентов составил 60,8 лет.

Проведённые малоинвазивные вмешательства у больных основной группы заключались в следующем: ЭРПХГ и ЭПСТ, ЭПСТ с последующим выполнением литоэкстракции, стентирование и литотрипсия.

Во 2 группу включены 51(44,35%) пациент с механической желтухой, которым с целью декомпрессии желчных протоков были выполнены операции традиционным лапаротомным доступом. Эти пациенты составили контрольную группу. В группу вошли 21 мужчина (41 %) и 30 женщин (59 %). Средний возраст больных во второй группе составил 59,9 лет .

У больных 2 группы были выполнены следующие традиционные оперативные вмешательства: традиционная холецистэктомия с наружным

дренированием, холедохолитотомия, холедоходуоденоанастомоз, холедо-хоеюноанастомоз.

Таблица 4.1.2.

Характер оперативных вмешательств у больных основной группы (n=64)

Оперативное вмешательство	Число больных	
	Абс.	%
РХПГ	64	100%
ЭПСТ	64	100%
РХПГ +Литоэкстракция	52	81,25%
Стентирование	5	7,8%
Литотрипсия	7	11%

Таблица 4.1.3.

Характер оперативных вмешательств у пациентов группы сравнения(n=51)

Оперативное вмешательство	Число больных	
	Абс.	%
Традиционная холецистэктомия	51	100%
Холецистэктомия+наружное дренирование (дренаж Кера)	31	60,8%
Холецистэктомия+холедохолитотомия	13	25,5%
ХЕА	4	7,8%
ХДА	3	5,9%

В послеоперационном периоде проводилась интенсивная инфузионная и дезинтоксикационная терапия, антибактериальная и гепатотропная терапия, ежедневные промывания катетера растворами антисептиков с целью санации желчных протоков.

Эффективность малоинвазивных вмешательств у больных механической желтухой, оценивали по субъективным ощущениям больного, клиническим проявлениям, биохимическим данным. В течение первых трех су-

ток большинство пациентов отметили уменьшение или исчезновение кожного зуда, улучшение аппетита, уменьшение расстройств сна.

4.2. Анализ результатов хирургического лечения больных в ближайшем послеоперационном периоде

Ближайшие результаты оперативного лечения больных с МЖ при разной патологии БПДЗ оценивали разными критериями: послеоперационные осложнения (нагноение, гематома и серома области раны, кровотечение, желчеистечение, панкреатит) и послеоперационная летальность.

Из всех 115 больных с МЖ в различные сроки после стационарного лечения были выписаны 110 больных с признаками клинического выздоровления (при доброкачественных заболеваниях БПДЗ) или улучшения (при злокачественных новообразованиях БПДЗ), а у 5 больных после хирургического лечения наступил летальный исход. У всех 110 больных с МЖ, выписанных из стационара, было отмечено стабилизация общего состояния, исчезновение иктеричности склер и желтушности кожи, холемической интоксикации, нормализация уровня билирубина в сыворотке крови.

При анализе результатов лечения у больных с патологией БПДЗ, осложненной МЖ, учитывали специфические осложнения после оперативных вмешательств а также послеоперационную летальность, непосредственно связанную с основным заболеванием.

В основной группе хирургическое лечение выполнено у 64 больных с разной патологией БПДЗ, осложненной МЖ. Из них кровотечение после ЭПСТ возникло в 1 (1,56%) наблюдениях: больной с ОПЖ, у которой целью остановки кровотечения выполнена лапаротомия, гастродуоденотомия, прошивание кровоточащего сосуда в зоне БДС с *летальным исходом*. Панкреатит после папиллотомии возник у 2 (3,125%) больных, у которых проведение консервативных мероприятий позволили купировать раннее послеоперационное осложнение (таблица 4.2.1.).

Длительность пребывания больных основной группы в стационаре составила в среднем 5 суток, при этом, в послеоперационном периоде 3 суток.

Больным основной группы мы рекомендовали двухэтапную лечебную тактику. Первый этап заключается в ликвидации механической желтухи путём использованием малоинвазивных методов лечения. Вторым этапом является в плановом порядке произвести радикальную операцию.

После малоинвазивных вмешательств послеоперационные осложнения связанные с характером выполненного хирургического вмешательства, возникли у 3 (4,7%) из 64 больных МЖ.

Таблица 4.2.1.

Структура послеоперационных осложнений основной группы у больных с МЖ

Диагноз	Раневые осложнения		Панкреатит	
	Абс.	%	Абс.	%
ЖКБ, ХЛ (n=30)	-		-	
дСВЖП (n=16)	-		-	
ХИП (n=1)	-		1	100
ОПЖ (n=12)	1	8,3	-	
ОБС (n=5)	-		1	20
Всего (n=64)	1	1,56	2	3,125

Как указано в таблице 4.2.2. послеоперационные раневые осложнения у контрольной группы выявлены у 4 (3,2%) из 51 больных с патологией БПДЗ, осложненной МЖ. Гематомы были у 3 (5,9 %) больных, у 1 (1,96%) больных. В 1 наблюдениях послеоперационные раневые осложнения выявлены при ЖКБ, ХЛ, в 1 - при дСВЖП, в одном при ОПЖ и в одном случае при ОБС. Во всех наблюдениях после вскрытия гематом и гнойных очагов раневые дефекты были ликвидированы путем вторичного заживления до момента выписки больных из стационара.

Структура послеоперационных осложнений контрольной группы у больных с МЖ

Диагноз	Раневые осложнения		Желчеистечение		Панкреатит	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ЖКБ, ХЛ (n=24)	1	4,2	2	8,3	2	8,3
дСВЖП (n=15)	1	6,7	1	6,7	2	13,3
ХИП (n=1)	-		-		-	
ОПЖ (n=9)	1	11,1	2	22,2	-	
ОБС (n=2)	1	50	-		-	
Всего (n=51)	4	3,2	5	4,5	4	3,2

Послеоперационное истечение желчи по дренажному каналу было выявлено у 5 (4,5%) из 51 больных. Из них, у 3 больных после выполнения БДА (у одного при ЖКБ, ХЛ; у одного при ХИП, у одного при ОПЖ,), у 1-после ХЛТ, дренирования ОЖП (при ЖКБ, ХЛ;) и у одного больного при ЖКБ, ХЛ и острым калькулезном холецистите после ЛХЭ, у которого потребовалась повторная операция (перевязка пузырного протока).

Послеоперационный панкреатит возник у 4 (3,2%) из 51 больных. Из них у 2 больных была ЖКБ, ХЛ; у 2 - дСВЖП. У всех 4 больных после проведения консервативных мероприятий проявления острого послеоперационного панкреатита были купированы.

Следовательно, после традиционных вмешательств послеоперационные осложнения связанные с характером выполненного хирургического вмешательства, возникли у 13 (25,5%) из 51 больных МЖ.

Длительность пребывания больных контрольной группы в стационаре составила в среднем 8 суток, при этом, в послеоперационном периоде 6 суток.

Длительность нахождения в стационаре больных основной группы была меньше в 1,6 раза, послеоперационная длительность в этой группе была меньше в 2 раза меньше чем контрольной группы.

Летальный исход после хирургического лечения у больных контрольной группы с МЖ наступил у 4 (7,8%) из 51 больных (табл. 4.2.3).

Таблица 4.2.3.

Структура послеоперационной летальности, связанной с основной патологией, у больных с МЖ

Диагноз	Оснвная группа(n=64)		Контрольная Группа(n=51)	
	Количество умерших больных			
	Абс.	(%)	Абс.	(%)
ЖКБ, ХЛ	-		1	4,17
дСВЖП	-		1	6,7
ХИП	-		-	
ОПЖ	1	8,3	-	
ОБС	-		2	100
Всего	1	1,56	4	7,8

Летальный исход наступил у 1 (1,85%) из 54 больных с ЖКБ, ХЛ, у одного (3,2%) из 31 больных с дСВЖП, у 2 больных (28,6%) из 7 больных с ОБС.

У двух больных после билиодигестивного анастомоза на 4 - й. сутки отмечено несостоятельность швов анастомоза с последующим развитием диффузного перитонита. Им произведено релапаротомия. Из-за тяжёлого состояния на 5 - 7 сутки обе больные умерли.

У двух больных развился послеоперационный гнойный панкреатит с последующим перитонитом. Наиболее высокую летальность, как это и следовало ожидать, мы получили среди больных, которым были произведены соустья с общим печеночным протоком: обе больные после такой операции погибли. Все умершие относились к группе наиболее тяжелых больных, у которых наложение билиодигестивного анастомоза было повторным оперативным вмешательством.

4.3. Анализ результатов хирургического лечения больных в отдаленном послеоперационном периоде

Общая оценка отдаленных результатов оценивали по модифицированной классификации Vesic (1948) основывалась на совокупности анамнестических данных и обследования больных.

При оценке результатов лечения отличными считали - полное отсутствие признаков заболевания, рецидива МЖ, сохранение работоспособности. Хорошим результатом считали - жалоб по проведенных операций не предъявляли, трудоспособность сохранялось, имелись незначительные диспепсические расстройства. Удовлетворительным результатом считали - существенных жалоб больные не предъявляли, сохранялась трудоспособность, но при более тщательном расспросе выявлялись: признаки спаечной болезни, диспепсические явления, раневые послеоперационные осложнения (нагноение, лигатурный свищ) и формирование послеоперационных грыж. Неудовлетворительными результатами считали - рецидив основного заболевания, значимое снижение трудоспособности и инвалидизация больных.

Выписанных из 110 больных двух групп на заданные в анкете вопросы ответил 92 пациент. Из них 58 больных основной группы, 34 больных контрольной группы. Всем больным из основной группы мы рекомендовали произвести в плановом порядке радикальную операцию. Отдаленные результаты анализированы у 92 больных ранее оперированных больных по поводу доброкачественных заболеваний БПДЗ, осложненных МЖ, в сроки от 1 до 4 лет после оперативного лечения. Средние сроки наблюдения составили 2,5 лет. По анкетным данным из 58 больных основной группы произвели в плановом порядке радикальную операцию 52 больные. Остальных у 6 больных активных жалоб по поводу болезни не наблюдалось, беспокоил лишь незначительные диспепсические расстройства.

Отдаленные результаты хирургического лечения представлены в таблице 4.3.

Таблица 4.3.

**Отдаленные результаты хирургического лечения
у больных двух групп**

Результат лечения	Группы больных			
	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Отличный (n=38)	31	53,5	7	20,6
Хороший (n=45)	26	44,8	19	55,9
Удовлетворительный (n=9)	1	1,7	8	23,5
Неудовлетворительный	-		-	
Всего (n=92)	58	100%	34	100%

На отсутствие признаков бывшего заболевания и рецидива МЖ, изменений массы тела, сохранение работоспособности и отсутствие жалоб указали 38 (31 - из ОГ, 7 - из ГКС) больных. Эти больные при самооценке в анкете отметили признаки выздоровления. Поэтому все описанные 38 клинические наблюдения были отнесены в группу **отличных результатов**. Незначительные диспепсические расстройства предъявляли 45 (26 - из ОГ, 19 - из ГКС) больных. Эти пациенты были отнесены в группу **хороших результатов**. Послеоперационные раневые осложнения (лигатурный свищ), формирование послеоперационных грыж и признаки спаечной болезни, послеоперационный косметический дефект, диспепсические (отрыжка, рвота, тошнота, поносы, запоры) явления отметили 9 (1 - из ОГ, 8 - из ГКС) больных. Все указанные больные отмечали отсутствие перемен или улучшение после проведенного лечения с сохраненной трудоспособностью. Всех 9 больных мы отнесли в группу с **удовлетворительными результатами** лечения. Рецидив заболевания и инвалидизация не наблюдалось по-

этому в группу **неудовлетворительным отдаленным результатам** лечения мы не указали.

При комплексной оценке отдаленных результатов 92 больных, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний БПДЗ, в 38 больных признаны отличными, у 45 больных хорошим, удовлетворительными считали 9 больных.

Заключение. В результате проведенных исследований установлено, что предлагаемый лечебно - диагностический алгоритм способствует улучшению ближайших и отдаленных результатов лечения и может быть использован у больных с разной патологией БПДЗ, осложненной МЖ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Синдром механической желтухи является собирательным понятием и характеризуется наличием желчной гипертензии с нарушением оттока желчи в двенадцатиперстную кишку и холангиоэктазией, нарушением физиологического цикла обмена билирубина и некоторых ферментов, а также комплексом клинических симптомов (потемнение мочи, осветление кала, кожный зуд, потеря массы тела, боли в животе, гипертермия, диарея, анорексия, общая слабость, недомогание). Механическая желтуха возникает как осложнение патологии билиопанкреатодуоденальной зоны разной этиологии: желчнокаменной болезни и холедохолитиаза, стеноза и стриктуры внепеченочных желчных протоков и большого дуоденального сосочка, хронического индуративного панкреатита и новообразований.

Проблема дифференциальной диагностики и хирургического лечения МЖ, вследствие патологии БПДЗ, является одной из актуальных в современной хирургии и клинической онкологии. Отмечен неуклонный рост заболеваемости доброкачественными заболеваниями и злокачественными новообразованиями БПДЗ. Несмотря на большие наработки по этой проблеме, многие ее аспекты остаются дискуссионными и существует настоятельная необходимость в поиске новых подходов для их решения.

Численность больных с МЖ, вследствие разной патологии БПДЗ, в последние годы продолжает увеличиваться. Острая хирургическая патология БПДЗ в общей структуре заболеваний органов брюшной полости в настоящее время занимает второе место после острого аппендицита.

По мнению большинства исследователей, для улучшения результатов лечения больных с МЖ необходимы разработка и активное внедрение современных методов диагностики и лечения, в том числе эндоскопических методик, а также создание простых и доступных лечебно-диагностических методик, что позволит оптимизировать тактику ведения данной категории больных.

В связи с этим, актуальной является не только проблема дальнейшего совершенствования существующих методов диагностики, оценка их эффективности, выбора необходимого минимума и последовательность их применения, но и настоятельная необходимость, поиска новых оптимальных вариантов выбора хирургической тактики, дополнительного и рационального использования разных малоинвазивных способов хирургической коррекции с целью повышения эффективности диагностики и лечения, снижения ранних и поздних неблагоприятных исходов лечения при разной патологии БПДЗ, осложненной МЖ.

Для реализации намеченной цели и поставленных задач был проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 115 больных с патологией БПДЗ, осложненной МЖ, в период с 2008 - 2013 гг. Исследование проведено в базе хирурга РНЦЭМП Андиганского филиала.

В структуре доброкачественных заболеваний БПДЗ, обусловивших развитие МЖ, превалировала ЖКБ, осложненная ХЛ (54; 46,9%). Несколько реже (31; 26,9%) выявляли дистальные стенозы и стриктуры внепеченочных желчных протоков (дСВЖП), в том числе «на фоне» ЖКБ. Хронический индуративный панкреатит (ХИП) установлен у 2 (1,7%) больных. В группе больных с осложненными СМЖ злокачественными новообразованиями БПДЗ чаще выявляли ОПЖ (21; 18,3%) и значительно реже ОБС (7; 6,1%).

При обследовании больных с МЖ были использованы клиничко-анамнестические, лабораторные, ультразвуковой, рентгенологические, эндоскопические и морфологические методы исследования.

Для оценки эффективности дооперационной дифференциальной диагностики, выбора лечебной тактики и результатов лечения сформированы две клинические группы больных. В контрольную группу (КГ) составили 51 больных, оперированные в период 2008 - 2013 гг. Основную группу (ОГ) составили 65 больных, у которых хирургическое лечение проведено в период 2010 - 2013 гг.

Обе группы больных были сопоставимы по характеру патологии БПДЗ, полу, возрасту, степени выраженности желтухи (по уровню средних значений показателей общего билирубина, АЛТ, АСТ) и характеру сопутствующей патологии.

Алгоритм диагностики при МЖ включал 3 этапа.

1 этап - предварительное обследование с оценкой клиничко-анамнестических данных, применением биохимических исследований крови (уровень общего билирубина и его фракций), УЗИ, ФГДС.

2 этап - при неустановленной причине МЖ использование неинвазивных дополнительных методы исследования (повторное ФГДС после медикаментозной подготовки, КТ) для уточнения уровня препятствия желчеоттоку и признаков доброкачественных заболеваний или злокачественных новообразований БПДЗ.

3 этап - при отсутствии определяющих данных о характере патологии БПДЗ дополнительно используется инвазивным метод - ЭРХПГ. На основании полученных данных осуществлялся выбор хирургической тактики.

Таким образом, на основе полученных данных установлена эффективность предлагаемого алгоритма диагностики при МЖ.

В лечении больных с МЖ мы придерживаемся двухэтапной тактики. Основной задачей первого этапа считаем ликвидацию холестаза и холемии с применением малоинвазивных эндоскопических лечебных вмешательств. При этом создаются условия для более качественной подготовки больного ко второму этапу хирургического лечения, выполняемого в плановом периоде после ликвидации МЖ. Тактика двухэтапного хирургической тактики лечения была использована у больных в основной группы.

В лечение больных у контрольной группы было использовано традиционные оперативное вмешательство.

Общая продолжительность госпитального периода у больных основной группы составила в среднем 5 суток, второй группы 8 суток. Она

была наибольшей во второй группе больных по сравнению с данными первой группы больных.

Кроме того, проведен сравнительный анализ данных некоторых лабораторных показателей (общий билирубин, АЛТ, АСТ) в сыворотке крови у больных трех групп сравнения в динамике. Оказалось, что на 3 сутки после первого этапа хирургического лечения клиничко - лабораторные проявления МЖ были наименьшими в первой группе больных при эффективном использовании малоинвазивных хирургических технологий в сравнении с данными у больных второй группы, у которых проводилось традиционное хирургическое лечение.

Разработан и внедрен лечебный алгоритм при патологии БПДЗ осложненной МЖ алгоритм включает 2 основных этапа.

1.ЭПСТ. При, отсутствии эффекта; от ЭПСТ дополнительно выполняем эндопротезирование ОЖП.

2.Выбор характера оперативного лечения зависит от результатов первого этапа. При эффективном ЭПСТ, ЭП и устранении основных проявлений МЖ на первом этапе и ликвидации доброкачественного заболевания БПДЗ больного направляли на плановым порядке произвести радикальную операцию.

Более высокую эффективность хирургического лечения у больных ОГ можно объяснить следующими причинами: активным использованием эндоскопических методик (ЭПСТ и ЭП ОЖП) коррекции МЖ в сочетании с гидравлической препаровкой БДС.

Общая продолжительность стационарного лечения у больных ОГ была меньше в 1,6 раза, послеоперационная длительность в этой группе была меньше в 2 раза меньше чем у контрольной группы. У больных ОГ и КГ уровни основных лабораторных показателей (общий билирубин, АЛТ, АСТ) при поступлении в стационар были идентичными. Установлено, что у больных ОГ уровни средних значений всех анализируемых лабораторных показателей (общий билирубин, АЛТ, АСТ) в сыворотке крови на 7

сутки госпитального периода оказались достоверно ниже, чем значения этих параметров у больных КГ.

Таким образом, сравнительный анализ показал, что сочетанное применение ЭПСТ и ЭП способствует раннему устранению МЖ, сокращению сроков стационарного лечения.

Полученные результаты подтверждают целесообразность применения лечебного алгоритма при лечении МЖ в условиях неотложной хирургии.

Ближайшие результаты оперативного лечения больных с МЖ при разной патологии БПДЗ оценивали разными критериями: послеоперационные осложнения (нагноение, гематома области раны, кровотечение, желчеистечение, панкреатит) и послеоперационная летальность.

При комплексной оценке отдаленных результатов 92 больных, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний БПДЗ, в 38 больных признаны отличными, у 45 больных хорошим, удовлетворительными считали 9 больных, а у 5 больных после хирургического лечения наступил летальный исход. У всех 110 больных с МЖ, выписанных из стационара, было отмечено стабилизация общего состояния, исчезновение иктеричности склер и желтушности кожи, холемической интоксикации, нормализация уровня билирубина в сыворотке крови.

В основной группе хирургическое лечение выполнено у 64 больных с разной патологией БПДЗ, осложненной МЖ. Из них кровотечение после ЭПСТ возникло в 1 (1,56%) наблюдениях: больной с ОПЖ, у которой целью остановки кровотечения выполнена лапаротомия, гастродуоденотомия, прошивание кровоточащего сосуда в зоне БДС с летальным исходом. Панкреатит после папиллотомии возник у 2 (3,125%) больных, у которых проведение консервативных мероприятий позволили купировать раннее послеоперационное осложнение. После малоинвазивных вмешательств послеоперационные осложнения связанные с характером выполненного хирургического вмешательства, возникли у 3 (4,7%) из 64 больных МЖ.

Послеоперационные раневые осложнения у контрольной группы выявлены у 4 (3,2%) из 51 больных с патологией БПДЗ, осложненной МЖ. Гематомы были у 3 (5,9 %) больных, у 1 (1,96%) больных. В 1 наблюдении послеоперационные раневые осложнения выявлены при ЖКБ, ХЛ, в 1- при дСВЖП, в одном при ОПЖ и в одном случае при ОБС. Во всех наблюдениях после вскрытия гематом и гнойных очагов раневые дефекты были ликвидированы путем вторичного заживления до момента выписки больных из стационара.

Послеоперационное истечение желчи по дренажному каналу было выявлено у 5 (4,5%) из 51 больных. Из них, у 3 больных после выполнения БДА (у одного при ЖКБ, ХЛ; у одного при ХИП, у одного при ОПЖ,), у 1-после ХЛТ, дренирования ОЖП (при ЖКБ, ХЛ;) и у одного больного при ЖКБ, ХЛ и острым калькулезном холецистите после ЛХЭ, у которого потребовалась повторная операция (перевязка пузырного протока).

Послеоперационный панкреатит возник у 4 (3,2%) из 51 больных. Из них у 2 больных была ЖКБ, ХЛ; у 2 дСВЖП. У всех 4 больных после проведения консервативных мероприятий проявления острого послеоперационного панкреатита были купированы.

Следовательно, после традиционных вмешательств послеоперационные осложнения связанные с характером выполненного хирургического вмешательства, возникли у 13 (25,5%) из 51 больных МЖ.

Летальный исход после хирургического лечения у больных контрольной группы с МЖ наступил у 4 (4,3%) из 115 больных.

На фоне тяжёлого состояния трех больных отмечено острая печеночнопочечная недостаточность. У двух больных после билиодигестивного анастомоза отмечено на 4 - й сутки несостоятельность швов анастомоза с последующим развитием диффузного перитонита. Им произведено релапаротомия. Из - за тяжёлого состояния больных на 5 - 7 сутки обе больные умерли.

У двух больных развился послеоперационный гнойный панкреатит с последующим перитонитом. Наиболее высокую летальность, как это и следовало ожидать, мы получили среди больных, которым были произведены соустья с общим печеночным протоком: обе больные после такой операции погибли. Все умершие относились к группе наиболее тяжелых больных, у которых наложение билиодигестивного анастомоза было повторным оперативным вмешательством.

Проведен сравнительный анализ данных с оценкой эффективности предлагаемой и традиционной лечебной тактики при МЖ по вероятности послеоперационной летальности.

Таким образом, в результате сравнительной оценки данных в ОГ и КГ установлено, что использование разработанных алгоритмов диагностики и лечения имеет определенные преимущества в сравнении с существующими традиционными подходами, и могут быть использованы при МЖ.

Оценка отдаленных результатов хирургического лечения основывалась на совокупности анамнестических данных и обследования больных.

При комплексной оценке отдаленных результатов 92 больных, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний БПДЗ, в 38 больных признаны отличными, у 45 больных хорошим, удовлетворительными считали 9 больных.

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что предлагаемый лечебно - диагностический алгоритм способствует улучшению ближайших и отдаленных результатов лечения и может быть использован у больных с разной патологией БПДЗ, осложненной МЖ.

ВЫВОДЫ

1. По данным литературы и данных собственного исследования этиологическим фактором механической желтухи являлось ЖКБ, ХЛ в 46,9 %, дСВЖП в 26,9 %, ХИП в 1,7 %, ОПЖ в 18,3 %, ОБС 6,1% больных.

2. Разработанный нами алгоритм позволил улучшить результаты лечения больных с механической желтухой, а также оптимизировать хирургическую тактику.

3. Усовершенствование существующих методов диагностики и хирургического лечения больных с механической желтухой позволило снизить частоту осложнений

4. Малоинвазивные вмешательства на внепеченочных желчных протоках дают возможность установить уровень и характер обструкции желчных протоков, выбрать рациональную лечебную тактику и одновременно осуществить их декомпрессию.

5. Проведенный анализ ближайших и отдаленных результатов лечения позволил заключить что разработанный лечебно - диагностический алгоритм способствует улучшению ближайших и отдаленных результатов лечения и может быть использован у больных с разной патологией БПДЗ, осложненной МЖ.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Предлагаемый диагностический алгоритм может быть применен для дифференциальной диагностики и хирургического лечения патологии билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненной синдромом механической желтухи.

2. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия способствует раннему устранению проявлений синдрома механической желтухи.

3. С целью профилактики послеоперационных осложнений необходимо тщательное наблюдение за пациентом в первые сутки, контроль показателей крови, соблюдение режима. При развитии осложнений в результате малоинвазивных вмешательств, необходимо выполнять санационные оперативные вмешательства. Профилактикой осложнений, связанных с операцией, является полноценное предоперационное обследование больных, выявление сопутствующей терапевтической и хирургической патологии, коррекция имеющихся расстройств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУР

1. 30-ти летний опыт применения жомных билиодигестивных анастомозов / И.С. Кузнецов, Н.А. Кирьянов, В.А. Ситников и др. // *Анналы хирургии.* - 2003. №3. С. 46-48.
2. Биссет. Р. Дифференциальный диагноз при абдоминальном ультразвуковом исследовании: пер. с англ. / Р. Биссет, А. Хан; под ред. С.И. Пиманова. Мед. лит., С. 2001 – 272.
3. Бородач В.А. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста / В.А. Бородач, А.В. Бородач // *Хирургия.* 2002. № 11. С. 38-41.
4. Быстровская. Е.В. Эндоскопическая ультрасонография в диагностике холедохолитиаза: автореф. дис. к.м.н. 2003.С.23.
5. Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии / В.Н. Запорожан, В.В. Губерник, В.Ф. Саенко и др. Киев: Здоровье, 2002. С. 304.
6. Винокуров. М.М. Острый холецистит: пути улучшения результатов хирургического лечения / М.М.Винокуров Новосибирск. Наука. 2002.С.168.
7. Владимирюв Ю.А. Свободные радикалы в биологических системах / Ю.А. Владимирюв // *Сорос образы, журн.* 2000. №12.С. 13-19.
8. Возможности малоинвазивного лечения желчнокаменной болезни у больных с различной степенью анестезиологического риска / А.Д. Тимошин А.Л., Шестаков С.А., Колесников и др. // *Хирургия-2004: матер. 5-го рос. науч. форума.* 2004. С. 190.
9. Возможности малоинвазивных технологий в лечении холедохолитиаза у больных повышенного риска / А.Е. Борисов, В.П. Земляной, В.Б. Мосягин и др. // *Анналы хирургической гепатологии* 2002. № 1.С. 88-89.
10. Выбор тактики, сроков и метода проведения операции при остром холецистите / Н.А. Кузнецов, Л.С. Аронов, С.В. Харитонов и др. // *Хирургия.* 2003. №5. С. 35-40.
11. Галашев, В.И. Холецистэктомия из мини-доступа у лиц пожилого и старческого возраста / В.И. Галашев, С.Д. Зотиков, С.П. Глянцев // *Хирургия.* 2001. №3. С. 15-18.
12. Гальперин, Э.И. Руководство по хирургии желчных путей / Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев, М. Видар 2006.С.568.
13. Гостищев. В.К. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // *Хирургия.* 2001. №9. С. 30-34.

14. Григорян Р.С. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия при папиллярных дивертикулах / Р.С. Григорян, Ю.Г. Старков // Хирургия. - 2001. № 7. С. 52-55.
15. Дадвани С.А. Желчнокаменная болезнь / С.А. Дадвани, П.С. Ветшев, М.И. Прудков // Хирургия. 2000. №4. С.105.
16. Двухэтапные эндоскопические операции при осложненной желчнокаменной болезни / В.Н. Репин, А.А. Чудинов, И.В. Максимова и др. // Современные хирургические технологии. Красноярск 2006. С.130-134.
17. Диагностика и лечение холангиолитиаза после холецистэктомии / А.С. Ермолов, Н.А. Дасаев, С.В. Юрченко и др. // Хирургия. 2002. №4. С. 4-10.
18. Диагностика холедохолитиаза и папиллостеноза у больных острым калькулезным холециститом / С.Г. Шаповальянц, А.Г. Мыльников, А.Г. Паньков и др. // Анналы хирургической гепатологии. 2004. №9. С. 33-39.
19. Диагностический подход при механической желтухе, осложненной гнойным холангитом / С.С. Харнас, В.Е. Сеницын, А.И. Шехтер и др. // Хирургия. 2003. №6. С. 36-41.
20. Диагностический ультразвук/под ред. А.В.Зубарева 1999.С.174.
21. Ермаков Е.А. Миниинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложненной нарушением проходимости желчных протоков / Е.А. Ермаков, А.Н. Лищенко // Хирургия. 2003. №6. С. 68-74.
22. Ермолов А.С. Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему / А.С. Ермолов, А.В. Упырев, П.А. Иванов // Хирургия. 2004. №5. С.4-9.
23. Жуков Б.Н. Острые хирургические заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны в гериатрии / Б.Н. Жуков, А.И. Борисов Самара. Самар. дом печати, 2002. С.221.
24. Избирательно-активная тактика и малоинвазивные технологии в лечении калькулезного холецистита / В.И. Малярчук, А.Е. Климов, В.П. Русанов и др. // Хирургия-2004: матер. 5-го рос. науч. форума. 2004. С. 117-118.
25. Ильченко А.А. Значение динамической холесцинтиграфии при желчнокаменной болезни / А.А. Ильченко, Л.О. Шибеева, Н.Н. Ходарев и др. // Рос. гастроэнтерол. журн. 2000. №2. С. 13-20.
26. Использование экстракорпоральной ударноволновой литотрипсии в хирургии холедохолитиаза / В.Я. Белый, Н.Л. Рубцов, Х.Ю. Юл-

дашев и др. // Укр. журн. малоинвазивной и эндоскоп, хирургии.1999. №1.С. 54-57.

27.Кадикин А.М. Симультантные лапароскопические операции / А.М. Кадикин, О.Л. Ферюков // Эхография. 2000. №3.С. 354.

28.Клименко Г.А. Холедохолитиаз (диагностика и оперативное лечение)/ Г.А. Клименко Медицина, 2000.С.221.

29.Клинико-морфологическая характеристика панкреонекроза в свете хирургического лечения / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд и др. // Анналы хирургии. 2001. №3. С. 58-61.

30.Ковалев А.И. Осложнения эндоскопического стентирования внепеченочных желчных протоков / А.И. Ковалев, А.А. Соколов, Д.С. Лопаткин // Современные хирургические технологии. Красноярск 2006. С.74-79.

31.Кузнецов Н.А. Выбор тактики, сроков и метода проведения операции при остром холецистите / Н.А. Кузнецов, Л.С. Аронов, С.В. Харитонов // Хирургия 2003. №5. С. 38-40.

32.Лапароскопическая холецистэктомия при холедохолитиазе и стриктуре терминального отдела общего желчного протока / В.П. Стрекаловский, Ю.Г. Старков, Р.С. Григорян и др. // Хирургия. 2000. №9. С. 4-8.

33.Лечебная тактика при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста / Г.С. Михайлянц, Ю.П. Панин, Ю.А. Подольский, Л.А. Несходимов // Клинич. геронтология. 2001. №8. С. 70-71.

34.Лечение калькулезного холецистита и его осложнений / Ю.А. Нестеренко, С.В. Михайлузов, В.А. Бурова и др. // Хирургия. 2003. №10. С. 41-44.

35.Лившиц В.М. Биохимические анализы в клинике: справочник / В.М. Лившиц, В.И. Сидельникова 5-е изд., перераб. и доп. 2002.С.202.

36.Лузин В.В. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни и ее осложнений у больных пожилого и старческого возраста / В.В. Лузин, С.Н. Шкода, П.М. Староконь // Хирургия 2004: матер. 5-го рос. науч. форума. 2004. С.110.

37.Малков И.С. Коррекция желчеоттока при осложненном калькулезном холецистите / И.С. Малков, А.Ф. Бикмухаметов, З.И. Чагаева // Хирургия. 2004. №7. С. 11-19.

38.Малоинвазивная хирургия абсцессов печени / В.А. Лазаренко, О.И. Охотников, А.М. Чухраев и др. // Вестн. хирургии. 2003. №2. С. 88-91.

39.Малоинвазивные вмешательства на желчных путях в современной общехирургической клинике / А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков, А.В. Юрасов и др. // Анналы хирургии. 2001. №1. С.39-43.

40. Малоинвазивные вмешательства при желчнокаменной болезни / Ш.И. Каримов, В.А. Ким, Н.Ф. Кротов и др. // Хирургия. 2000. №10. С. 24-27.
41. Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни, осложненной поражением внепеченочных желчных путей и большого дуоденального соска / А.Е. Борисов, В.П. Земляной, С.Л. Непомнящая и др. // Анналы хирургической гепатологии. 2004. №2. С. 22-32.
42. Малоинвазивные технологии в лечении тяжелых форм в лечении острого панкреатита в различные периоды заболевания / С.Ф. Багненко, А.Д. Толстой, Н.В. Рухляда и др. // Вестн. хирургии. 2002. №6. С. 30-33.
43. Малярчук В.И. Хирургия доброкачественных заболеваний внепеченочных желчных протоков / В.И. Малярчук, Ю.Ф. Пауткин 2002. С.220.
44. Малярчук В.И. Билиопанкреатодуоденальный рак / В.И. Малярчук, А.Е. Климов, Ю.Ф. Пауткин. Изд-во Рос. УДН, 2006. С. 444.
45. Махаровский Ю.Х. Желчнокаменная болезнь: Современное состояние проблемы / Ю.Х. Махаровский // Рос. журн. гастроэнтерологии. 2003. №1. С. 81-91.
46. Мачулин Е.Г. Механическая желтуха неопухолевого генеза / Е.Г. Мачулин. Минск: Харвест, 2000. С. 158.
47. Миниинвазивные методы хирургического лечения больных с заболеваниями печени, желчных путей и поджелудочной железы / Р.Б. Мумладзе, Г.М. Чеченин, Ю.Ш. Розиков и др. // Хирургия. 2004. №5. С. 65-67.
48. Мумладзе Р.Б. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения больных с механической желтухой неопухолевого генеза / Р.Б. Мумладзе М.З., Эминов С.С. Лебедев // Анналы хирургии. 2005. №1. С. 41-45.
49. Некоторые пути улучшения результатов хирургического лечения калькулезного холецистита / В.И. Малярчук, В.П. Русанов, В.А. Иванов и др. // Анналы хирургии. 2001. №5. С. 42-46.
50. Непосредственные и отдаленные осложнения малоинвазивных вмешательств на желчных путях / А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков, А.В. Юрасов и др. // Вестн. Рос. УДН. 2003. №3. С.27-30.
51. Нечай А.И. Резидивный и резидуальный холедохолитиаз / А.И. Нечай // Хирургия. 1998. №9. С. 37-41.
52. Определение диагностической тактики при подозрении на деструктивный панкреатит с использованием малоинвазивных вмешательств под контролем ультразвуковой томографии / А.В. Мамошин, А.В. Борсуков, П.Ю. Васильев и др. // Хирургия-2004: матер. 5-го рос. науч. форума. 2004, С.119-120.

53.Охлобыстин А.В. Расстройства моторики желчевыводящих путей: классификация, диагностика и лечение / А.В. Охлобыстин // Мед. рус. журн. 2003. №2. С. 62-66.

54.Оценка эффективности вариантов хирургической тактики при инфицированных формах панкреонекроза / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич и др. // Анналы хирургии. 2001. №5. С. 30-35.

55.Ошибки и осложнения при малоинвазивных вмешательствах на желчевыводящих путях / А.Ц. Буткевич, Г.И. Парфенов, А.В. Шпитонков и др. // Современные хирургические технологии. Красноярск, 2006. С. 254--257.

56.Петухов В.А. Желчнокаменная болезнь и синдром нарушенного пищеварения / В.А. Петухов 2003. С.128.

57.Применение холецистэктомии из мини-доступа у больных пожилого и старческого возраста / Ю.С. Винник, С.В. Миллер, Д.В. Черданцев и др. // Современные технологии в многопрофильной больнице: сб. науч. тр. практ. конф. Красноярск, 2003. С. 73-75.

58.Профилактика тромбоэмболических осложнений при лапароскопической холецистэктомии / В.П. Стрекаловский, Ю.Г. Старков, К.В. Шишин и др. // Хирургия. 2004. №2. С.48-52.

59.Прудков М.И. Малоинвазивные технологии в лечении тяжелых форм острого панкреатита / М.И. Прудков, С.А. Совцов // Анналы хирургической гепатологии. 2002. №1. С. 220-221.

60.Современные лучевые методы (ультразвуковое исследование, рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография) в диагностике холедохолитиаза (обзор лит.) / В.А. Ратников, В.М.Черемисин, С.Б. Шейко // Мед. визуализация. 2002. №3.С. 99-106.

61.Сравнительная оценка дренирующих операций при опухолях билиопанкреатодуоденальной области, осложненных механической желтухой / В.И. Малярук, В.Ф. Базалевич, А.Г. Федоров и др. // Эндоскоп, хирургия. 2003. №6. С. 29-34.

62.Ткачев А.В. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите, профилактика интра - и послеоперационных осложнений / А.В. Ткачев // Хирургия-2004: матер. 5-го рос. науч. форума. 2004. С. 191.

63.Тухбатуллин М.Г. Чрезкожно-чрезпеченочное дренирование желчного пузыря под ультразвуковым контролем при остром холецистите у лиц с повышенным операционным риском / М.Г. Тухбатуллин, Р.К. Джорджикия, А.Н. Чугунов // Хирургия органов гепатопанкреатобилиарной зоны. 2000. С. 57-58.

64.Ульянов Ю.Н. Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с высоким операционным риском / Ю.Н. Ульянов, С.Ф. Багненко, С.Ф.Сухарев // Вестн. хирургии 2002. №6. С.21-26.

65.Устинов Г.Г. Эндоскопические вмешательства при желчнокаменной болезни и ее осложнениях / Г.Г. Устинов, А.К. Смирнов, В.В. Черепанов // Современные хирургические технологии. Красноярск, 2006. С.163-167.

66.Федоров А.В. Лапаро - и реллапароскопия в диагностике и лечении послеоперационных осложнений / А.В. Федоров, А.В. Сажин // Хирургия. 2003. №3. С. 73-75.

67.Хаджибаев А.М. Эндоскопические вмешательства в лечении резидуального и рецидивного холедохолитиаза / А.М. Хаджибаев, Ф.Б. Алиджанов, Н.У. Арипова // Хирургия. 2006. №12. С. 27-29.

68.Хирургическая тактика при различных формах калькулезного холецистита у больных с высоким операционным риском / М.И. Гульман, Ю.С. Винник, Д.В. Черданцев и др. // Современные хирургические технологии. Красноярск, 2006. С.51-57.

69.Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом / Т.А. Джаркенов, А.А. Мовчун, М.В. Хрусталева и др. // Хирургия. 2004. №3. С.13-17.

70.Хирургический стресс при различных вариантах холецистэктомии / П.С. Ветшев, К.Е. Чилингарида, Л.И. Ипполитов и др. // Хирургия. 2002. №3.С.4-8.

71.Хирургическое лечение холецистита у больных пожилого и старческого возраста / В.Н. Вечерко, З.В. Курденкова, П.П. Конопля и др. // Клинич. хирургия. 1995. №11. С. 19-21.

72.Холецистэктомия из мини-доступа в лечении желчнокаменной болезни / П.С. Ветшев, К.Е. Чилингарида, Л.И. Ипполитов и др. // Клинич. медицина. 2001. № 1. С. 50-54.

73.Холецистэктомия из мини-доступа у больных с сопутствующими заболеваниями / Э.Г. Абдуллаев, В.В. Феденко, В.В. Бабышин и др. // Эндоскоп. хирургия. 2000. №5. С. 24-25.

74.Хохлов С.К. Использование мини-доступа в хирургии желчнокаменной болезни / С.К. Хохлов, Ю.Е. Иванишкевич, А.В. Кривуля // Хирургия 2004: матер. 5-го рос. науч. форума. 2004. С. 197.

75.Эндоскопическая папиллотомия при холедохолитиазе: доступы, принципы, эффективность / А.С Балалыкин, А.В. Жандаров, Ю.В. Снигирев и др. // Эндоскоп, хирургия 2004. №9. С.16-22.

76. Acute cholecystitis laparoscopic cholecystectomy is often possible. Results of a multicenter study by East German Study Group for Performance Assessment and Quality Assurance in Surgery / M. Dietzel, H. Lippert, I. Gastinger et al. // *Zbl. Chir.* 2000. Bd. 125. №6. P. 547-551.

77. Complications of endoscopic sphincterotomy: can heparin prevent acute pancreatitis after ERCP? / T. Rabenstein, S. Roggenbuck, B. Framke et al. // *Gastrointest. Endoscop.* 2002. V. 55. №4. P. 476-483.

78. Does the complication rate increase in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis? / I. Asoglu, V. Ozmen, H. Karanlik et al. // *J. Laparoendosc. Adv. Surg. (Tech. A)*. 2004. V. 14, №2. P. 81-86.

79. Edlund G. Jaundice in acute cholecystitis without common duct stones / G. Edlund, V. Kempfi, W. Van der Linden // *Acta Chir. Scand.* 1983. V. 149, №6. P. 597-601.

80. Gallstones in elderly patients: impact of laparoscopic cholecystectomy / A. Montory, M. Boscaini, M. Gasparrini et al. // *Can. J. Gastroenterol.* 2000. V. 14, №11. P. 929-932.

81. Guidelines to laparoscopic management of acute cholecystitis / J.M. Limboch, M.L. Druart, T. Puttemans et al. // *Acta Chir. Belg.* 2000. V. 100, №5. P. 198-204.

82. Kaw M. Management of gallstone pancreatitis: cholecystectomy or ERCP and endoscopic sphincterotomy / M. Kaw, Y. Al-Antably, P. Kaw // *J. Hepatobil. Pancreat. Surg.* 2002. V. 9, №4. P. 429-435.

83. Laparoscopic versus open cholecystectomy: a prospective comparative study in the elderly with acute cholecystitis / P. Pessaux, N. Regenet, J.J. Tuech et al. // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* 2001. V. 11, №4. P. 252-255.

84. Management of acute cholecystitis in UK hospitals: time for a change / I.C. Cameron, C. Chadwick, J. Phillips et al. // *Am. Med. J.* 2004. V. 80. P. 292-294.

85. Management of gallstone cholangitis in the era of laparoscopic cholecystectomy / R. Tung-Ping Poon, C.L. Liu, C.M. Lo et al. // *Arch. Surg.* 2001. V. 136. P. 11-16.

86. Olejnik J. Acute cholecystitis during the time of minimally invasive abdominal surgery / J. Olejnik, M. Hladik, R. Sedo // *Rozhl. Chir.* 2001. V. 80, №12. P. 640-644.

87. Percutaneous transhepatic cholecystostomy and delayed laparoscopic cholecystostomy in clinically ill patients with acute calculus cholecystitis / R.M. Spira, A. Nissan, O. Zamir et al. // *Am. J. Surg.* 2002. V. 183. №1. P. 62-66.

88. Personal experience in 71 consecutive patients with acute cholecystitis / A. Pinto, S. Romano, W. Del Vecchio et al. // Radiol. Med. 2000. V. 99. №1. P. 62-67.

89. Scheurer U. Acute pancreatitis - ERCP/endoscopic papillotomy (EPT) yes or no? / U. Scheurer // Swiss Surg. 2000. V.6, №5. P. 246-248.

90. Selective use of tube cholecystostomy with interval laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis / E. Berber, K.L. Engle, A. String et al. // Arch. Surg. 2000. V. 135. P. 341-346.

91. Sener M. A new scoring system to predict choledocholithiasis and the necessity for the ERCP / M. Sener, G. Gelik, F. Demir, A. Aren // Official J. Int. Congr. IHPBA (Turkey). 2003. May. P.28-31.

92. Treatment of acute cholecystitis in non-critically ill patients at high surgical risk / S. Chopra, G. D. Dodd // Am. J. Roentgenol. 2001. V. 176. P. 1025-1031.

93. Ubiali P. Laparoscopic surgery in very acute cholecystitis / P. Ubiali, R. Invernizzi, F. Prezzati // JSLS. 2002. V.6, №2. P. 159-162.

94. Weber D.M. An excellent approach in elderly patients / D.M. Weber // Arch. Surg. 2003. V. 138. P. 1083-1088