

НА ПРАВАХ РУКОПИСИ

УДК:616.3-616.089-617.5

ЮНУСМЕТОВ ШАВКАТ АНАРМЕТОВИЧ

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА,
ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

14.00.27.- Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук

ТАШКЕНТ - 2003 Г.

Работа выполнена во II Ташкентском Государственном медицинском институте на базе кафедры госпитальной и факультетской хирургии.

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ,
заслуженный деятель науки РУз, Академик АН РУз,
доктор медицинских наук, профессор

Каримов Ш.И.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

Доктор медицинских наук, профессор
Доктор медицинских наук, профессор

Акилов Х.А.
Прохорова И.П.

ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ РАМН

Защита состоится "____" _____ 2003 года в 13⁰⁰ часов на заседании Специализированного Совета Д.087.09.01 при Втором Ташкентском Государственном медицинском институте. Адрес: Республика Узбекистан, г. Ташкент, 700109, ул. Фароби, 2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке II ТашГосМИ.

Автореферат разослан "____" _____ 2003 г.

Ученый секретарь
Специализированного Совета,
профессор

Асраров А.А.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БДС	- большой дуоденальный сосочек
БДА	- билиодигестивный анастомоз
ЖВП	- желчевыводящие протоки
ЖКБ	- желчно - каменная болезнь
ЛХЭ	- лапароскопическая холецистэктомия
МЖ	- механическая желтуха
НБД	- назобилиарное дренирование
ПХЭС	- постхолецистэктомический синдром
ПН	- печеночная недостаточность
РПХГ	- ретроградная панкреатохолангиография
ТОХ	- терминальный отдел холедоха
ТДПСР	- трансдуоденальная папиллосфинктеропластика
ХДА	- холедоходуоденоанастомоз
ЧЧХГ	- чрескожная чреспеченочная холангиография
ЧЧХС	- чрескожная чреспеченочная холангиостомия
ЧЧЭБВ	- чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства
ЭВР	- электролизный водный раствор
ЭПСТ	- эндоскопическая папиллосфинктеротомия
ЭРВ	- эндоскопические ретроградные вмешательства
СПДХС	- супрапапиллярная холедоходуоденостомия

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ. Желчнокаменная болезнь является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний. Не уменьшается количество осложненных форм и, прежде всего, холедохолитиаза, удельный вес которых в структуре ЖКБ составляет 9 – 23% (Арипов У.А., 1999; Каримов Ш.И., 2000; Назиров Ф.Г., 2001; Bowrey D.J., 2000; Hardt P.D., 2001).

На протяжении более чем 100 лет основным методом лечения ЖКБ и ее осложнений была открытая операция. Однако большая частота осложнений после них обусловлена, в первую очередь, тем, что объемные, травматичные операции выполнялись на высоте МЖ, нередко на фоне развивающейся ПН. Недозированная декомпрессия желчных путей приводила к цитолизу печеночных клеток и значительно усугубляла состояние больных (Акилов А.Х., 1997; Арипова Н.У. 1999; Гальперин Э.И., 2000; Шулутко А.М., 2002; Webb B.C., 2000; Thomas C.J., 2002). При этом летальность после открытых вмешательств по поводу холедохолитиаза, осложненного МЖ и холангитом достигала 12 - 16% (Галлингер Ю.И., 1999; Тимошин А.Д., 1999; Емельянов С.И., 2000; Shimizu F., 1999).

Поиск путей снижения осложнений и летальности при МЖ привел к разработке и внедрению таких малоинвазивных вмешательств как ЭРВ и ЧЧЭБВ. Они, благодаря своей малой инвазивности, сравнительной простоте технического выполнения, позволили достичь хороших клинических результатов и существенно снизить частоту осложнений и летальности (Балалыкин А.С., 2000; Брискин Б.С., 2000; Струсский Л.П., 2001; Erickson R.A., 2001; Kim M.H., 2001).

Лечение холедохолитиаза, осложненного МЖ на настоящем этапе развития хирургии многовариантно. У каждого метода имеются как достоинства, так и свои недостатки, зависящие как от анатомических особенностей, так и от течения патологического процесса. Поэтому требуются рациональные тактические подходы и технические приемы, которые позволят развивать и использовать сильные стороны каждого из этих методов. Однако, несмотря на накопленный огромный клинический опыт лечения больных холедохолитиазом, осложненного МЖ, на сегодняшний день не разработан дифференцированный комплексный подход к оценке тяжести состояния пациентов с данной патологией, нет единой концепции в отношении дренирования, декомпрессии и санации билиарных путей с помощью алгоритмизированного комбинированного применения ретроградных и антеградных эндобилиарных вмешательств. Нет достаточно адекватной сравнительной оценки эффективности лечения различных методов вмешательств у этой категории больных. Нет единодушия в определении показаний перехода к основному этапу лечения больных с холедохолитиазом – восстановлению постоянного пассажа желчи в кишечник.

Исходя из этого **ЦЕЛЮЮ ИССЛЕДОВАНИЯ** явилось: улучшение результатов лечения больных холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, путем усовершенствования используемых различных малоинвазивных вмешательств.

ЗАДАЧИ

1. Разработать систему дифференцированной клинической оценки тяжести состояния больных холедохолитиазом, осложненным МЖ путем определения «весовых» коэффициентов основных признаков заболевания.
2. Разработать показания к проведению декомпрессии билиарной системы с помощью ретро- и антеградных эндобилиарных вмешательств у больных холедохолитиазом, осложненным МЖ и провести их сравнительную оценку.
3. Разработать эффективный способ прогнозирования и профилактики развития холангита у больных холедохолитиазом, осложненным МЖ при проведении ЭРХПГ и ЭПСТ.
4. Разработать эффективный метод санации желчных путей с помощью эндоскопических ретроградных и антеградных эндобилиарных вмешательств с использованием электролизных водных растворов гипохлорита натрия у больных холедохолитиазом, осложненным МЖ.
5. Определить показания к проведению того или иного объема эндоскопических эндобилиарных вмешательств и критерии перехода к основному этапу восстановления постоянного пассажа желчи в кишечник у больных холедохолитиазом, осложненным МЖ.
6. Разработать алгоритм использования эндоскопических ретроградных и ЧЧЭБВ в лечении больных холедохолитиазом, осложненным МЖ.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

1. Разработана система дифференциальной оценки тяжести состояния больных холедохолитиазом, осложненным МЖ путем определения «весовых» коэффициентов основных признаков заболевания. Она позволяет объективно характеризовать динамику патологического процесса, отражает адекватность и возможности использования комплекса эндоскопических ретроградных и антеградных эндобилиарных вмешательств в лечении этой категории больных.
2. Впервые разработаны показания к определению объема ЭРВ у больных холедохолитиазом, осложненным МЖ, дана оригинальная формула определения эффективности ЭПСТ. Принципиально важным при этом является сохранение автономности сфинктерного аппарата.
3. Разработана и предложена оригинальная методика профилактики и лечения холангита у больных холедохолитиазом, осложненным МЖ путем санации желчных путей гипохлоритом натрия с помощью эндоскопических ретроградных и антеградных эндобилиарных вмешательств.
4. На основании сравнительной оценки клинической эффективности разработанных эндоскопических ретроградных и антеградных эндобилиарных вмешательств с помощью «весовых» коэффициентов, предложен комплекс и оптимальный алгоритм использования методов в лечении больных холедохолитиазом, осложненным МЖ.

5. Разработаны показания перехода к основному этапу восстановления постоянного пассажа желчи в кишечник с использованием «весовых» коэффициентов патологических признаков как одного из основных критериев.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Разработанная система клинической оценки тяжести состояния больных холедохолитиазом, осложненным МЖ путем определения «весовых» коэффициентов признаков заболевания позволяет определять хирургическую тактику, эффективность проводимого лечения, прогнозировать развитие осложнений и выбрать наиболее оптимальный способ их профилактики.

Разработанная оригинальная формула определения эффективности ЭПСТ позволяет определять объем ЭРВ, наметить дальнейшую тактику и тем самым повысить эффективность проводимого лечения.

Разработанная формула прогнозирования развития холангита позволяет значительно снизить частоту данного осложнения.

Разработанный способ санации билиарного дерева ЭВР гипохлорита натрия с помощью эндоскопических ретроградных и антеградных эндобилиарных вмешательств является оптимальным методом санации у больных холедохолитиазом и МЖ, осложненным холангитом и позволил повысить эффективность лечения в 2 раза.

Разработанные способы применения ЭРВ и ЧЧЭБВ и предложенный алгоритм лечебно-диагностических мероприятий при холедохолитиазе и МЖ позволили уменьшить количество осложнений в 9 и 4 раза соответственно.

Положения, выносимые на защиту

Разработанная система клинической оценки определения «весовых» коэффициентов, позволяет дифференцировать тяжесть состояния больных холедохолитиазом, осложненным МЖ, оценить эффективность лечения и проводить ее коррекцию в динамике.

Усовершенствованные вмешательства на ТОХ и БДС способствуют сохранению автономности сфинктерного аппарата, позволяют проводить контролируемую дозированную декомпрессию билиарной системы, определять дальнейшую тактику, соблюдая при этом максимальную физиологичность лечения.

Разработанный способ прогнозирования развития холангита позволяет проводить профилактику данного грозного осложнения холедохолитиаза и МЖ, и тем самым способствует снижению частоты и тяжести послеоперационных осложнений.

У больных холедохолитиазом, осложненным МЖ и холангитом, важно проведение дозированной контролируемой декомпрессии и санации желчных путей. Разработанные и предложенные схемы ее выполнения позволяют адекватно устранять проявления МЖ, ПН, проводить эффективную санацию билиарной системы.

Предлагаемый комплекс ретро- и антеградных вмешательств, значительно снижает хирургическую агрессию при одновременном сохранении радикальности лечения. Разработанный алгоритм применения этих методов позволяет выбрать оптимальную тактику ведения больных холедохолитиазом, осложненного МЖ.

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ

Реализация результатов работы: Реализация основных положений диссертационной работы в практику Здравоохранения осуществлена путем внедрения их во 2-й клинике II-ТашГосМИ. По материалам диссертационной работы опубликовано 2 журнальные статьи и 4 тезиса в сборниках, получено удостоверение на изобретение (IDP 2001 0255 / DF от 29.03.2001), 2 удостоверения на рационализаторские предложения.

Апробации диссертационной работы проведены на кафедре госпитальной и факультетской хирургии II-ТашГосМИ (23 ноябрь 2002), на кафедре факультетской хирургии и хирургии 6-7 курсов I-ТашГосМИ (12 декабрь 2002), на кафедре хирургических болезней ТашИУВ совместно с сотрудниками РНЦЭМП (21 декабрь 2002), на кафедре хирургических болезней ТашПМИ (25 декабрь 2002), в Научном Специализированном Центре хирургии им. Акад. В. Вахидова (1 июль 2003), хирургического общества РУз, международном конгрессе «Гастроэнтерология-2000».

Объем и структура диссертации: работа изложена на 156 страницах компьютерного текста Times New Roman № 14, состоит из введения, обзора литературы, результатов исследований (4 глав), заключения, выводов и практических рекомендаций, указателя литературы (127 отечественных источников и стран СНГ и 141 иностранных), содержит 29 таблиц и 34 рисунка.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Аналізу подвергнуты результаты обследования и хирургического лечения 257 больных холедохолитиазом, осложненным МЖ, находившихся на стационарном лечении в хирургической клинике II-ТашГосМИ. С целью объективной оценки результатов применения современных малоинвазивных методов лечения холедохолитиаза, осложненного МЖ все больные были разделены на 2 группы: контрольная (72 больных, оперированных с 1980 по 1985 годы); основная (185 больных, оперированных с 1997 по 2000 годы).

В контрольную группу вошли больные, которым выполнялись одноэтапные открытые оперативные вмешательства на высоте желтухи. То есть предварительная дозированная декомпрессия желчных путей не проводилась.

В основной группе лечение было этапным. Применялись ЭРВ и ЧЧЭБВ. На первом этапе с помощью этих методик выполнялись дренирование, дозированная декомпрессия и санация билиарной системы, ликвидация явлений МЖ, холангита, ПН, восстановление жизненно важных функций организма. Дозированную декомпрессию проводили по методике М.А.

Козырева (1980) на 35-40 мм.вод.ст. каждые 5-6 часов. В отличие от последнего, выполнявшего эту манипуляцию с помощью открытого оперативного вмешательства, мы использовали малоинвазивные методы под местной анестезией по методике, разработанной в нашей клинике (авторское свидетельство №1572652).

Для оценки роли различных методов малоинвазивных вмешательств при холедохолитиазе, основная группа была разделена на две подгруппы. В 1-подгруппе (151 больной) для декомпрессии желчных путей использовались ЭРВ. Во 2 - (34 больных) для декомпрессии ЖВП применяли ЧЧЭБВ или их сочетание с ЭПСТ (рис. 1).

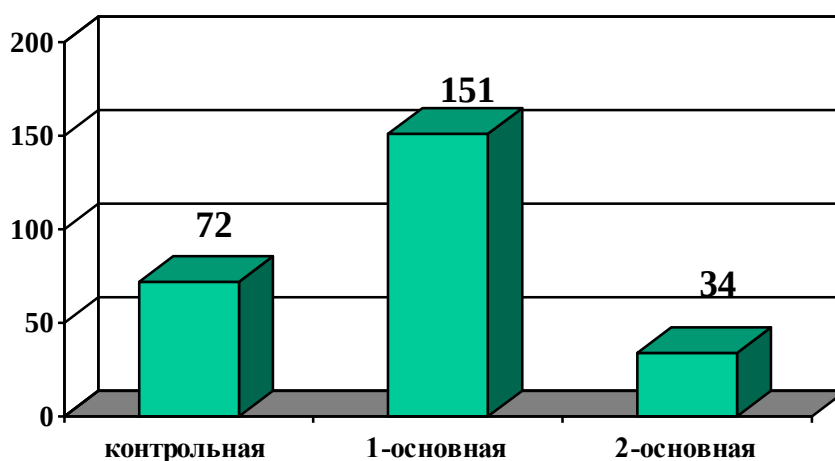


Рис.1. Распределение больных по группам.

Учитывая, что на тяжесть течения основной патологии оказывали влияние сопутствующие заболевания, была изучена структура и частота различных сопутствующих заболеваний (таб. 1).

Таблица 1

Частота и характер сопутствующей патологии

Сопутствующие заболевания	Контрольная	1-Основная	2-Основная
Ишемическая болезнь сердца	9,7±3,5% (n=7)	15,2±2,9% (n=23)	17,6±6,5% (n=6)
Артериальная гипертензия	15,3±4,2% (n=11)	20,5±3,3% (n=31)	14,7±6,1% (n=5)
Брюшные грыжи	5,6±2,7% (n=4)	0%* (n=0)	2,9±2,9% (n=1)
Сахарный диабет	4,2±2,4% (n=3)	2,6±1,3% (n=4)	2,9±2,9% (n=1)
Ожирение	18,1±4,5% (n=13)	27,8±3,6% (n=42)	26,5±7,6% (n=9)
Заболевания киш. тракта	2,8±1,9% (n=2)	3,3±1,5% (n=5)	8,8±4,9%* (n=3)
Заболевания печени, поджелудочной железы	16,7±4,4% (n=12)	10,6±2,5%* (n=16)	11,8±5,5%* (n=4)
Прочие	2,8±1,9% (n=2)	6,6±2,0% (n=10)	8,8±4,9% (n=3)

В контрольной группе 52,8% больных поступили в среднетяжелом и тяжелом состоянии. В основной группе таких больных было 56,2% (49% - в 1 подгруппе, 88,2% - во второй).

Для адекватного проведения сравнительной оценки результатов хирургического лечения разработана система «весовых» коэффициентов оценки тяжести состояния больных холедохолитиазом, осложненным МЖ. Определение «весов» отдельных признаков, характеризующее общее состояние больного (19 параметров), проводилось экспертным методом. Кроме того, разработанная система «весовых» коэффициентов тяжести состояния больных холедохолитиазом, осложненным МЖ позволяла оценить состояние больных в динамике наблюдения.

Методы исследования больных включали в себя такие общепринятые как определение общего анализа крови, мочи, биохимические анализы крови, консультации смежных специалистов, ЭКГ, рентгенологические исследования. Они проведены всем больным, как в контрольной, так и в основной группах.

Ультразвуковое исследование проведено у всех больных и выполнялось с помощью ультразвуковых аппаратов «Aloka» (Япония), «Interscan-250» фирмы «NORMAN» (Германия), «SIM-5000» (Италия), «Sonoscop» (Германия).

Рентгенологические исследования проводились на аппарате «Multistar Top» фирмы «Simens Nixdorf», оснащенной цифровой субтракционной рентгеноскопией в режиме DSA.

Эндоскопические исследования и вмешательства (ЭГДФС, РПХГ с ЭПСТ, НБД) проводили аппаратами фирмы Olympus (Япония) модели JF типа 10. ЭПСТ выполнялась по методу, описанному L. Demlihg и K. Kawai (1980).

Порционная ЭПТ применена у больных с легкой, а НБД у пациентов со средней и тяжелой степенью ПН. Далее всем им выполнена ЭПСТ по разработанной нами методике.

С целью улучшения результатов лечения, профилактики осложнений выполняли эндоскопическую ретроградную санацию желчных протоков по разработанной нами методике 0,4% ЭВР гипохлорита натрия по формуле прогноза развития холангита (рационализаторское предложение № 393 от 10.11.2002).

Выполнялся объем ЭПСТ и намечалась дальнейшая тактика лечения по разработанной нами методике прогнозирования выхода камней из холедоха в кишечник (рационализаторское предложение № 392 от 10.11.2002).

ЧЧЭБВ выполнялись с помощью набора Лундерквиста. ЧЧХГ и ЧЧХС проводили по методике R. Carter и G. Saypol (1952).

С целью адекватного лечения МЖ и ПН выполняли дозированную декомпрессию билиарной системы по разработанной нами методике двойного дренирования (авторское свидетельство №1572642 от 22.02.1990).

Санацию билиарной системы выполняли по разработанной нами методике двойного дренирования с одновременной дозированной декомпрессией (изобретение IDP 2001 0255 / DF от 29.03.2001).

Микробиологические исследования проводили по А.В. Столбовому и В.И. Кочеровцу (1985).

Для санации желчных путей использован 0,4% ЭВР гипохлорита натрия с длительностью обработки 5 минут, получаемого на аппарате «ЭЛМА-1М».

Статистическая обработка клинического материала осуществлена на персональном компьютере Intel Pentium-IV-1700 с помощью программного пакета Microsoft Excel-XP, включая использование встроенных функций статистической обработки. Использовались методы традиционной вариационной параметрической и непараметрической статистики. Достоверность отличий между группами по изучаемым признакам проводилась путем определения t-теста Стьюдента, достоверными считались отличия при значении $t \geq 2,0$.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 72 больных, вошедших в контрольную группу и оперированных в хирургической клинике II-ТашГосМИ с 1980 по 1985 годы, то есть в период до внедрения современных инструментальных методов диагностики и лечения.

38 (52,8%) больных поступили в среднетяжелом и тяжелом состоянии. У 9 (12,5%) больных отмечались явления холангита. На основании разработанной системы определения «весовых» коэффициентов тяжесть состояния больных в этой группе составила $(-20,1) \pm (-4,7)$.

Средние показатели билирубина в контрольной группе составили $126,9 \pm 21,4$ ммоль/л, а ферментов крови – $2,1 \pm 1,4$ ммоль/л.

Больные, после предварительной подготовки, подвергались одноэтапным оперативным вмешательствам (холецистэктомия, холедохолитотомия, ХДА, ТДПСР). Следует обратить внимание на длительность предоперационной подготовки, продолжительность которой в среднем составила $5,8 \pm 2,2$ дней.

Длительность пребывания больных в стационаре доходила до 85 дней и в среднем составила $23,8 \pm 6,3$ дня.

В первые несколько суток после проведенной операции состояние больных оставалось стабильно тяжелым, без какой-либо положительной динамики. А у 15 пациентов более того отмечено прогрессирование ПН.

Количественная оценка тяжести общего состояния больных контрольной группы в динамике лечения, нашла свое отражение в «весовых» коэффициентах. При исходном показателе $(-20,1) \pm (-4,7)$, в первые несколько суток отмечалось ухудшение этого показателя. И только лишь на 5-е сутки после открытой декомпрессии ЖВП выявлено достоверное увеличение

весового коэффициента до $(-6,2) \pm (-1,9)$ с сохранением слабой данной тенденции до завершающего этапа лечения (таб. 2).

Таблица 2

**Показатель весового коэффициента тяжести
состояния больных в динамике наблюдения**

Дни наблюдения	Весовой коэффициент
До декомпрессии	$(-20,1) \pm (-4,7)$
1 сутки п/д	$(-28,2) \pm (-3,8)$
3 сутки п/д	$(-23,4) \pm (-3,2)$
5 сутки п/д	$(-16,2) \pm (-1,9)^*$
7 сутки п/д	$(-11,6) \pm (0,9)^*$
9 сутки п/д	$3,4 \pm 1,1^*$
11 сутки п/д	$6,5 \pm 1,7^*$
13 сутки п/д	$9,8 \pm 2,1^*$

На 2-3 сутки после операции происходило достоверное снижение уровня билирубина до $41,1 \pm 9,8$ мкмоль/л. Однако недозированная декомпрессия желчных путей не приводила к восстановлению нарушенных функций печени и даже способствовала прогрессированию явлений ПН. Как следствие, на 4-е сутки отмечалось умеренное повышение уровня билирубина крови до $55,2 \pm 11,0$ мкмоль/л. В последующие дни уровень билирубина оставался в этих пределах. Улучшение показателей отмечалось лишь на 12-13 сутки после операции.

С момента начала декомпрессии до 7-х суток уровень ферментов крови особенно не изменялся, составив в среднем $1,8 \pm 0,5$ ммоль/л. Это было обусловлено, как и в аналогии с динамикой показателя билирубина крови, отсутствием улучшения функционального состояния печени, вследствие недозированной декомпрессии билиарной системы. Уровень ферментов крови улучшался, аналогично уровню билирубина, на 12-13 сутки после операции.

После открытых операций на желчных протоках выявлена слабая положительная динамика в ликвидации воспалительных процессов билиарной системы. Так, если средняя концентрация микроорганизмов до санации была равной 10^7 - 10^8 микробных тел/мл, то на 7-е сутки санации уровень микробного загрязнения аэробных культур снизился лишь до 10^5 - 10^6 микробных тел/мл. Концентрация анаэробных микроорганизмов снизилась до 10^5 микробных тел/мл. Средняя продолжительность санации желчных путей при холангите в контрольной группе составила $22,7 \pm 3,1$ дней.

Наиболее частым и характерным осложнением проводимой недозированной декомпрессии желчных протоков при открытых операциях явилось прогрессирование явлений острой ПН, отмеченное в 15 наблюдениях ($20,8 \pm 4,8\%$).

Сравнительно частым осложнением было кровотечение из зоны ХДА, которое возникало в результате нарушенной свертываемости крови вследствие функциональной недостаточности печени на фоне выраженной МЖ. Частота кровотечения составила $9,7 \pm 3,5\%$ (7 больных).

В раннем послеоперационном периоде в $12,5 \pm 3,9\%$ случаях (9 больных) возникли раневые осложнения. У 1 больной развился желчный свищ, в 7 случаях отмечено нагноение послеоперационной раны и в 1 случае – развитие выраженного послеоперационного инфильтрата. Все осложнения связаны со сниженными репаративными возможностями, обусловленными нарушенной белково-образовательной функцией печени, иммуносупрессией у больных МЖ.

Поздняя активизация больных в послеоперационном периоде вследствие объемности и травматичности открытых оперативных вмешательств в $5,6 \pm 2,7\%$ наблюдениях (4 больных) способствовала развитию застойной пневмонии.

У одного больного ($1,4 \pm 1,4\%$) на фоне предсуществующей ИБС в раннем послеоперационном периоде развился острый инфаркт миокарда.

Летальность после операций по поводу холедохолитиаза, осложненного МЖ, составила $2,8 \pm 0,9\%$ (2 больных).

Таким образом, вследствие несоответствия травматичности и объемности открытого хирургического лечения тяжести состояния больных холедохолитиазом, осложненным МЖ, несмотря на его радикальность, остается высокой частота специфических послеоперационных осложнений ($36,1\%$) и летальности ($2,8\%$).

Это связано с тем, что открытые объемные операции выполнялись на высоте МЖ, выраженной эндотоксемии, печеночно-почечной недостаточности и нередко присоединившимся холангитом. Недозированная быстрая декомпрессия желчных протоков вызывала увеличение цитолиза гепатоцитов, что выражалось прогрессированием ПН. На фоне имеющейся сопутствующей патологии отмечалось усугубление состояния больных. Как показали наши исследования, тяжесть всех этих нарушений находилась в прямой зависимости от выраженности холестаза, желчной гипертензии, ПН, наличие которых в этой связи следует рассматривать как показание к экстренному хирургическому вмешательству, направленному в первую очередь на дозированное их разрешение.

В основной группе (185 больных) была применена двухэтапная тактика лечения. На первом этапе проводили декомпрессию билиарной системы, устраняли проявления МЖ, ПН, холангита, восстанавливали нарушенные функции органов и систем организма. На втором – восстанавливали постоянный пассаж желчи в кишечник.

В первую очередь применяли ЭРВ, которые выполнены в неотложном порядке 151 больному (1 подгруппа основной группы). Показаниями к их применению считали блокаду общего желчного протока, вызванную

фиксированным камнем и, или стенозом ТОХ и БДС, осложненную МЖ, холангитом, ПН. Из этих больных 23 ранее перенесли холецистэктомию.

Противопоказаниями к данному методу были острый небилиогенный панкреатит, острый инфаркт миокарда, острая сердечно-сосудистая недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, острая дыхательная недостаточность. Им выполнены ЧЧЭБВ.

52 (34,4%) больных поступили в среднетяжелом, а 22 (14,6%) – в тяжелом состоянии. У 17 (11,3%) пациентов имелись явления холангита. По разработанной системе «весовых» коэффициентов тяжесть состояния больных в 1 подгруппе основной группы составила $(-18,5)+(-4,1)$.

Средние показатели билирубина в 1 подгруппе основной группы составили $124,3 \pm 22,1$ мкмоль/л, а ферментов крови – $2,2 \pm 1,3$ ммоль/л.

При поступлении пациентам в течение 12-24 часов проводили коррекцию нарушенных жизненно важных функций организма, затем приступали к выполнению малоинвазивных методов.

Принимая во внимание опыт других авторов, отмечавших кровотечение различной интенсивности из места выполненной папиллосфинктеротомии, прогрессирование ПН после одномоментной широкой ЭПСТ, применяли НБД или дозированную порционную ЭПСТ. Последнюю выполняли у больных с легкой степенью ПН при уровне билирубина менее 100 мкмоль/л. При этом вначале производили эндоскопическую папиллотомию длиной до 3-5 мм с рассечением слизистой и мышц собственно сфинктера большого сосочка 12-ти перстной кишки. Затем, обычно на 5-7 сутки, после улучшения общего состояния больных, нормализации билиарного давления, снижения уровня билирубина до 40 мкмоль/л и ниже, нормализации показателей свертываемости крови, увеличивали размеры папиллотомного разреза до ЭПСТ необходимой длины в зависимости от размеров и количества камней желчных протоков и протяженности стеноза ТОХ и БДС (рис. 2).

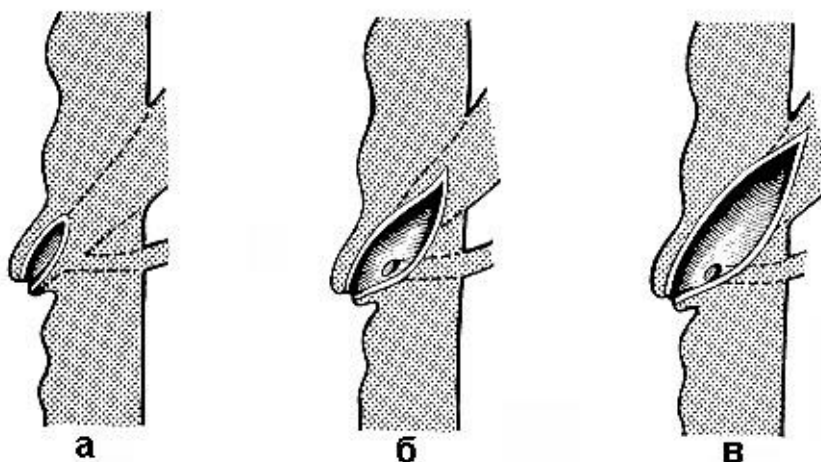


Рис. 2. Схема ЭПСТ: а – порционная папиллотомия, б – ограниченная ЭПСТ, в – субтотальная ЭПСТ.

У 48 (31,8%) больных со средней и тяжелой степенью ПН с длительностью желтухи более 10 дней, с уровнем билирубина свыше 100 мкмоль/л, свертываемостью крови более 7 минут накладывали НБД с осуществлением дозированной декомпрессии билиарной системы. Папиллотомия, как и ЭПСТ по данным других авторов, оказывалась неадекватной, приводила к повторному вклинению камней вследствие высокого билиарного давления. Кроме того, отмечались явления кровотечения при таких нарушениях свертываемости крови.

У 4 больных визуализировать устье БДС не удалось. Им выполнена супрапапиллярная эндоскопическая холедоходуоденостомия.

При проведении такой тактики лечения у больных отмечена положительная динамика. У пациентов с легкой степенью ПН общее улучшение состояния наступало к 7-8 суткам, со средней – к 10-12, тяжелой – к 15-21 суткам (рис. 3).

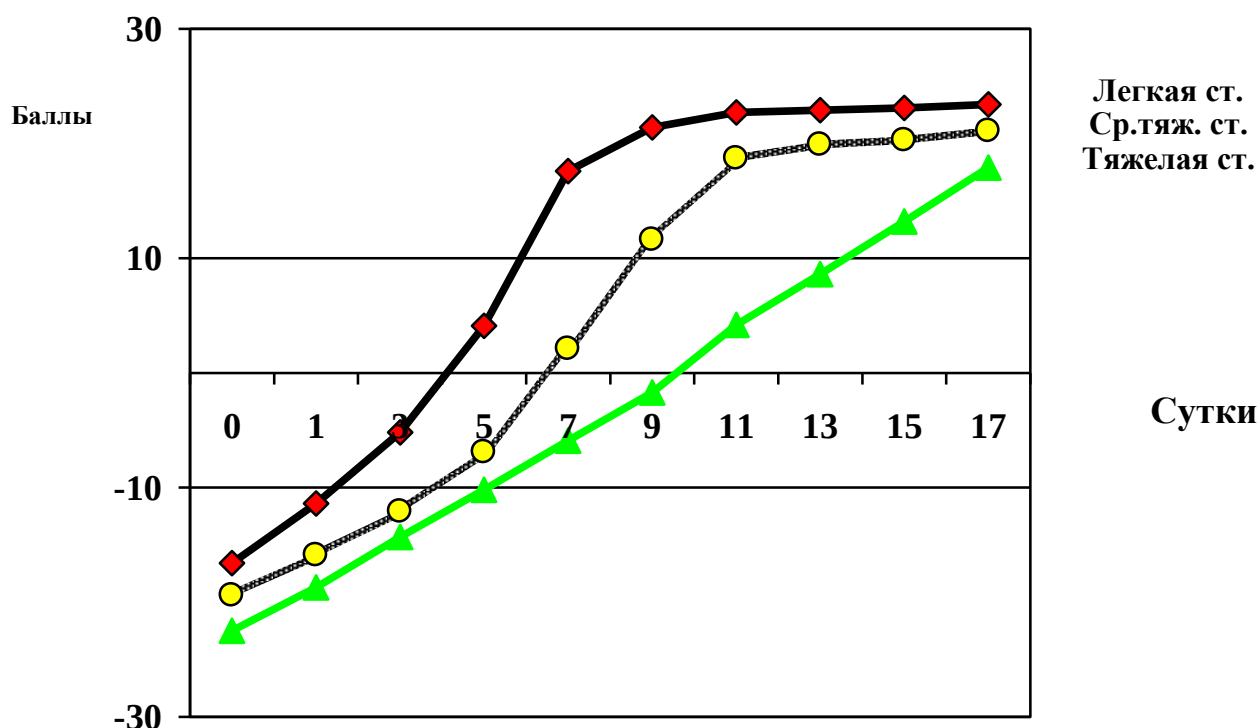


Рис. 3. Динамика изменения весовых показателей при ЭРВ

Уровень билирубина в крови у больных с легкой степенью ПН к 4-5 суткам снижался почти вдвое и нормализовался к 8-10 суткам после выполнения дозированной, порционной ЭПСТ. У больных со средней тяжестью показатели билирубина нормализовались к 13-15 суткам, тяжелой – к 21-25 суткам (рис. 4).

После ЭПТ активность ферментов переаминирования в крови в первые несколько суток изменялась недостоверно, хотя отмечалась общая тенденция снижения этого показателя. К 5-7 суткам сравнительная оценка трансаминаз уже показывала их достоверную разницу. У больных с легкой степенью ПН

концентрация этих ферментов приближалась к норме к 8-10 суткам, со средней степенью это происходило к 12-15 суткам, с тяжелой к 21-25 (рис. 5).

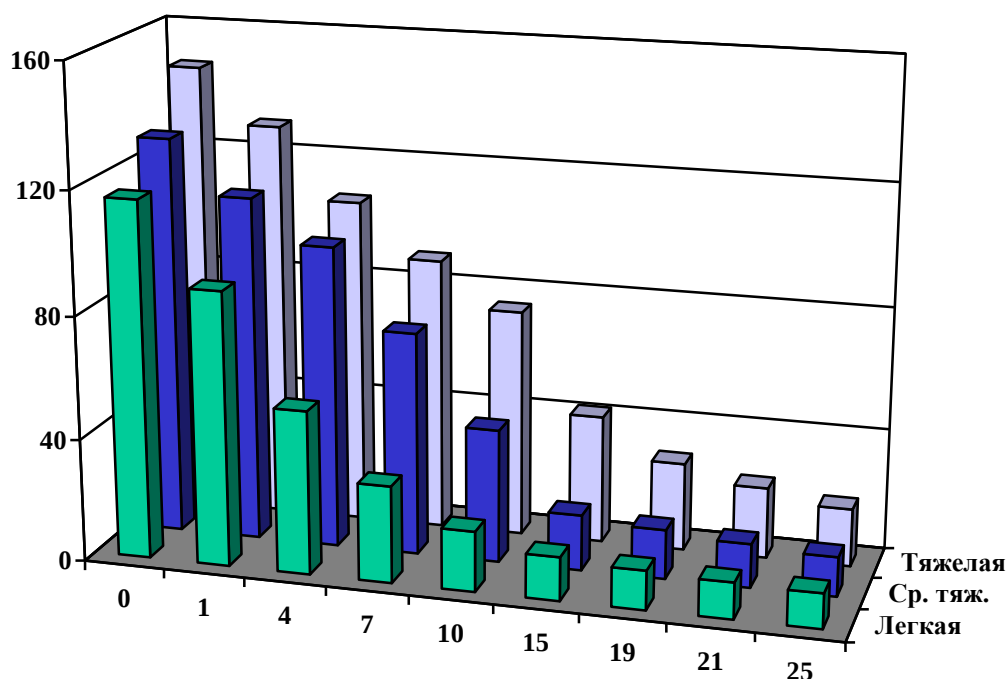


Рис. 4. Динамика изменения показателей билирубина при ЭРВ.

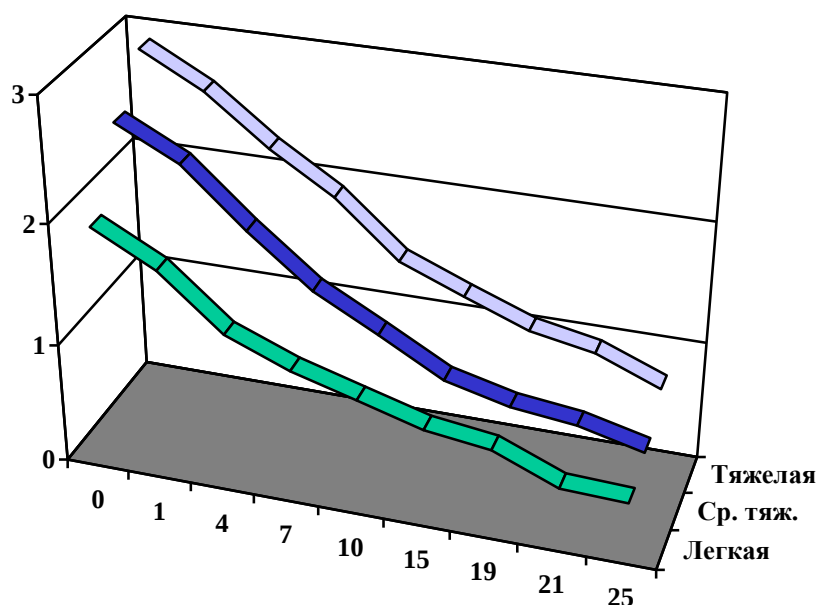


Рис. 5. Динамика изменения показателей ферментов крови при ЭРВ.

У 8 больных не удалось провести НБД по техническим причинам, вследствие анатомических особенностей, вклинения камня, выраженного и протяженного стеноза. 6 произведена порционная папиллотомия, 2 – супрапапиллярная холедоходуоденостомия. После вмешательства у всех пациентов отмечено поступление желчи через произведенный разрез. Однако

в последующем течение заболевания было тяжелым. У 4 пациентов отсутствовала какая-либо динамика. А у других 4, более того, выявлено прогрессирование явлений ПН. У 4 больных с наложенным НБД состояние оставалось стабильно тяжелым.

Следует отметить, что все эти 12 пациентов исходно имели тяжелую степень ПН. Концентрация билирубина превышала уровень 200 мкмоль/л, ферментов – 2 мкмоль/л. Билиарное давление было свыше 300 мм вод ст. Им наложена ЧЧХС.

Причиной неэффективности порционной папиллотомии и НБД явилось отсутствие возможности проведения контролируемой дозированной декомпрессии билиарной системы в условиях выраженной МЖ, тяжелой степени ПН, высокого внутрипротокового давления. В связи с чем в дальнейшем у таких тяжелых пациентов лечение сразу начинали с ЧЧЭБВ.

Из 151 больных, которым были применены ЭРВ, у 17 (11,3%) имелись явления холангита.

В нашей клинике были проведены исследования по изучению действия 0,4% ЭВР гипохлорита натрия в лечении деструктивных форм острого холецистита. Результаты оказались высокоэффективными. Учитывая идентичную микрофлору, как в желчном пузыре, так и в желчных путях, одинаковый характер морфологических изменений при остром холецистите и холангите (Пулатов Д.Н., 1998), нами для санации желчных путей использован этот антисептик в режиме 4-5 раз в сутки по 5 минут совместно с целенаправленной антибактериальной терапией.

При применении комплексной терапии и санации желчных протоков по предлагаемому способу состояние больных прогрессивно улучшалось. Клинические проявления холангита регрессировали к 7-9 суткам.

Средняя концентрация микроорганизмов до лечения составляла 10^7 - 10^8 микробных тел/мл, на 6-е сутки санации уровень микробного загрязнения снижался до сапрофитного уровня. Снижение концентрации анаэробных микроорганизмов происходило еще более быстрыми темпами. Это было обусловлено окислительным действием гипохлорита натрия на микроорганизмы. Концентрация анаэробных культур уже к концу 5-х суток снижалась до 10^3 микробных тел /мл.

Средняя продолжительность санации желчных путей при холангите в основной группе составила $7,2 \pm 1,8$ дней.

Как известно сама МЖ, а также эндобилиарные вмешательства могут провоцировать развитие такого грозного осложнения как холангит. В связи с этим нами была разработана формула прогноза его развития. (рационализаторское предложение от 1.10.2002), которая выглядит следующим образом.

$$П = (Б-пр/Б-нп) + (Д-к/Д-х) + (Р/100) + (Lg-мб/10)$$

где

П - коэффициент прогноза развития холангита;

Б-пр - показатель прямой фракции билирубина в мкмоль/л;

Б-нп - показатель непрямой фракции билирубина в мкмоль/л;

- Д-к - диаметр наибольшего конкремента в холедохе в мм;
 Д-х - диаметр холедоха, где расположен наибольший конкремент в мм;
 Р - показатель давления в желчных путях в мм.вод.ст.;
 100 - показатель, для выражения давления в желчных путях в виде коэффициента;
 Lg-мб - средний показатель десятичного логарифма концентрации загрязнения желчи микроорганизмами;
 10 - показатель, для выражения десятичного логарифма концентрации микроорганизмов желчи в виде коэффициента.

Наш опыт подтвердил, что холангит развивался у тех больных, у которых коэффициент прогноза его развития колебался от 6,9 до 9,3. Таким образом, при значении коэффициента 6,8 прогноз развития холангита был минимальный (0%), а при значении коэффициента 9,3 прогноз развития холангита ожидался максимальным (100%).

Исходя из этого даже при отсутствии внешних клинических проявлений холангита, макроскопических изменений желчи, но при коэффициенте прогноза развития воспаления желчных протоков более 6,8 проводили НБД с санацией билиарного дерева 0,4% ЭВР гипохлорита натрия до нулевого процента вероятности развития патологии. Во всех случаях (12 больных) применения разработанной тактики удалось предотвратить это заболевание.

Стойкое улучшение состояния, сочетавшееся со снижением уровня билирубина крови до 40 мкмоль/л и ниже, трансаминаз до 1,5 мкмоль/л и ниже, нормализацией других основных лабораторных тестов наступало у больных с легкой степенью ПН на 7-8 сутки, со средней – на 10-12 сутки, с тяжелой – на 15-21 сутки. Подобное состояние у больных с холангитом происходило при снижении концентрации бактериальной флоры до 10^3 - 10^4 микробных тел/мл. Это наступало в основном на 10-21 сутки. Достижение данных критериев в указанные сроки считали показанием к переходу к окончательному этапу лечения, то есть к восстановлению стойкого пассажа желчи в кишечник.

Как известно, отрицательным моментом широкой ЭПСТ является нарушение функции сфинктерного аппарата ТОХ и БДС, приводящее к прерыванию висцеро-висцеральных взаимосвязей, сбоем процессов пищеварения. Кроме того, возникающий дуодено-холедохеальный рефлюкс, нередко приводит к развитию холангита, рецидиву холедохолитиаза.

Учитывая вышеизложенное, для правильного выбора объема ЭРВ на БДС и ТОХ при холедохолитиазе, нами разработана методика прогнозирования эффективности ЭПСТ при восстановлении нормального пассажа желчи в кишечник.

На основании результатов РПХГ и ЭПСТ в основных группах нами была разработана формула, прогноза отхождения камней из холедоха, после выполнения папиллосфинктеротомии, которая позволяла рассчитывать необходимую длину разреза, соблюдая при этом автономность и максимальную сохранность сфинктерного аппарата, то есть физиологичность

лечения (рационализаторское предложение от 1.10.2002). Формула выглядит следующим образом.

$$X = (B \cdot V) / (A \cdot A),$$

где

X – коэффициент прогноза отхождения камней.

A – диаметр наибольшего конкремента в холедохе, мм.

B – ширина ЭПСТ, мм.

V – диаметр минимального участка холедоха, мм

В 1-основной группе коэффициент прогноза отхождения камней был в диапазоне от 1,25 до 18,78 (при этом значении коэффициента вероятность отхождения камней максимальная, т.е. 100%). Исходя из этих данных, диапазон значений коэффициента прогноза отхождения камней из холедоха колеблется в пределах от 0,75 до 1,25. Учитывая то, что промежуток между максимальным и минимальным значением коэффициента равняется 0,5, то есть 100%, то точность данной формулы равняется $0,5/100=0,005\%$. Иначе говоря, при значении коэффициента 0,75 – вероятность отхождения камней из холедоха – 0%; при значении 1,25 – прогноз отхождения камней – 100%; при значении 1,20 – вероятность - 99% и т. д.

Исходя из расчета, что вероятность отхождения камней будет 100% можно рассчитывать ширину ЭПСТ для каждого больного, по нижеприведенной формуле.

$$B = 1,25 \cdot (A \cdot A) / V,$$

где

1,25 - коэффициент прогноза отхождения камней, при котором вероятность отхождения камней из холедоха равна 100%.

A – диаметр наибольшего конкремента в холедохе, мм.

B – ширина ЭПСТ, мм.

V – диаметр минимального участка холедоха, мм

При таком подходе у 78 больных после ЭПСТ отмечалось свободное отхождение конкрементов из холедоха в 12 перстную кишку. В последующем этим пациентам в плановом порядке была выполнена ЛХЭ. У больных с более крупными камнями, при коэффициенте их отхождения приближенном к 100% проводили инструментальное низведение конкрементов в 12-перстную кишку (13 больных).

При невозможности выполнения ЭПСТ необходимой длины пациенту стратегически сразу планировалась литотрипсия или открытое оперативное вмешательство. У 3 больных произведена дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) общего желчного протока, низведение фрагментов камней ante- и ретроградным способом с помощью корзинки Дормиа или баллонным катетером. В последующем также в плановом порядке им произведена ЛХЭ.

34 больным ДУВЛ не была показана (крупные, фиксированные, большие множественные, кальцинированные камни, протяженный стеноз

ТОХ и БДС). Им выполнены открытые оперативные вмешательства (холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией, с различными способами холангиостомии, билиодигестивными анастомозами – холедоходуоденоанастомоз, гепатикоеюноанастомоз, трансдуоденальная папиллосфинктеропластика с помощью ручного или механического шва, двойное внутреннее дренирование).

В 1-основной группе в 3 случаях отмечено кровотечение из зоны ЭПСТ, которое было остановлено повторным эндоскопическим вмешательством коагуляцией и консервативными мероприятиями. У 4 больных с тяжелой степенью ПН было отмечено прогрессирование острой ПН после выполнения ЭПСТ. Благодаря проводимой интенсивной терапии состояние больных улучшилось.

У 34 больных, составивших 2-ю подгруппу основной группы, применены ЧЧЭБВ по разработанным в нашей клинике критериям и методикам.

30 (88,2%) больных поступили в среднетяжелом и тяжелом состоянии. У 6 (17,6%) больных отмечались явления холангита. Согласно разработанной системе определения «весовых» коэффициентов различных параметров тяжесть состояния больных в этой подгруппе составила $(-23,1) \pm (-4,8)$.

Средние показатели билирубина во 2-основной группе составили $119,7 \pm 19,8$ мкмоль/л, а ферментов - $2,1 \pm 1,3$ ммоль/л.

После выполнения ЧЧХГ и наложения ЧЧХС с целью адекватного лечения МЖ и ПН выполняли дозированную декомпрессию билиарной системы по разработанной у нас в клинике методике (Ш.И. Каримов с соавт., авторское свидетельство №1572652, 1990).

При наличии явлений холангита и для профилактики последнего выполняли дренирование, декомпрессию и санацию желчных протоков по разработанной нами методике (Изобретение «Способ лечения холангита» IDP 2001 0255 / DF от 29.03.2001). При этом после наложения холангиостомы проводили ежедневную фракционную перфузию желчных протоков 0,4% ЭВР гипохлорита натрия с дозированной декомпрессией билиарной системы и последующей целенаправленной антибиотикотерапией. При таком способе плавно снижалось билиарное давление.

У всех больных происходило значимое улучшение общего состояния. Для больных с легкой степенью ПН стойкое улучшение состояния, приближенное к удовлетворительному происходило на 7-8 сутки дренирования желчных путей, со средней степенью - на 10-12 сутки ЧЧХС, с тяжелой - на 17-21 сутки от начала ЧЧЭБВ (рис. 6).

Всем больным на 3-5 сутки чрескожного дренирования в связи с нормализацией билиарного давления создавалось наружно-внутреннее дренирование с физиологичным возвратом желчи в кишечник.

Концентрация билирубина у больных с легкой степенью ПН к 4-5 суткам снижалось почти вдвое, а к 8-10 суткам дренирования приближалась к норме. У больных со средней степенью ПН подобная динамика отмечена на 5-7 и 10-15 сутки соответственно. При тяжелой степени ПН этот показатель

показывал нормальные цифры на 17-21 сутки от начала наложения холангиостомы (рис. 7).

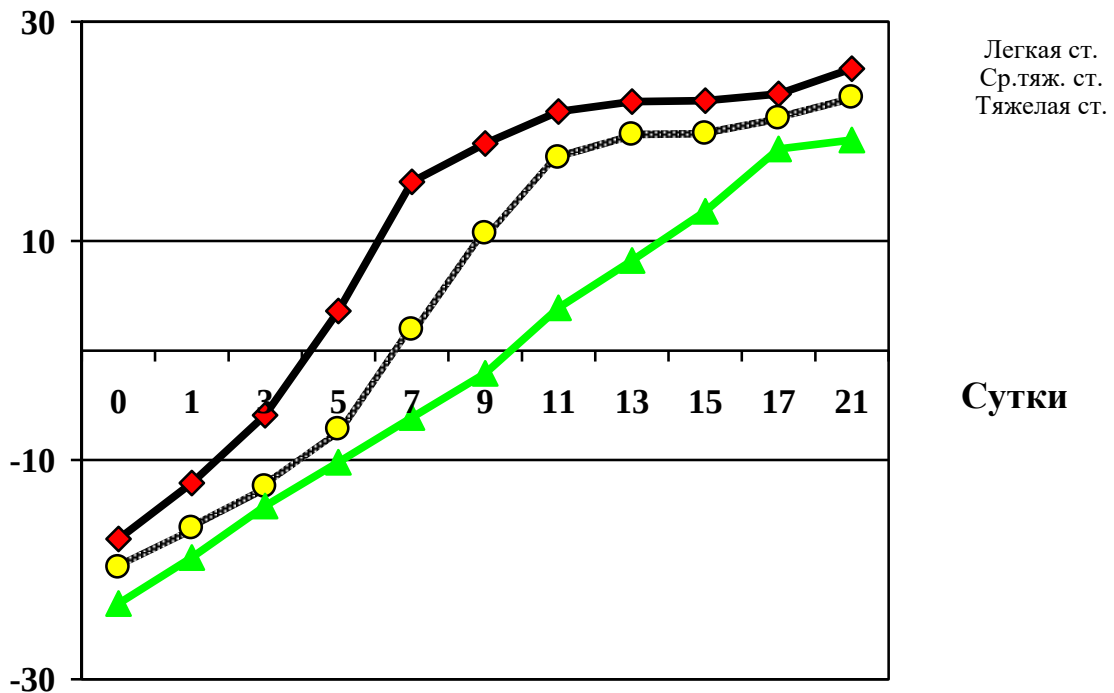


Рис. 6. Динамика изменения весовых показателей при ЧЧЭБВ

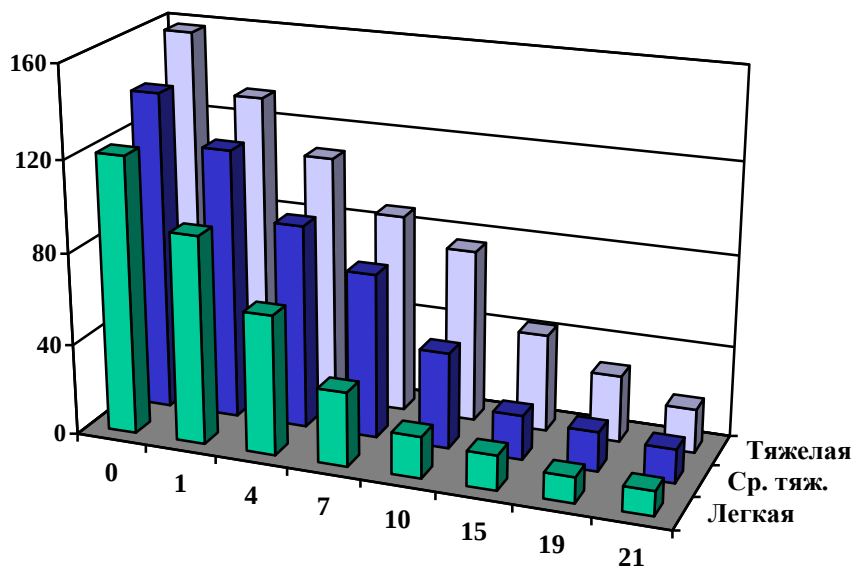


Рис. 7. Динамика изменения показателей билирубина при ЧЧЭБВ

Уменьшение активности процессов цитолиза в печени со снижением показателей АЛТ и АСТ почти вдвое к 5-7 суткам при средней степени и к 9-10 суткам при тяжелой степени ПН говорил об эффективности и благоприятном воздействии чрескожного чреспеченочного дренирования желчных путей на течение заболевания (рис. 8).

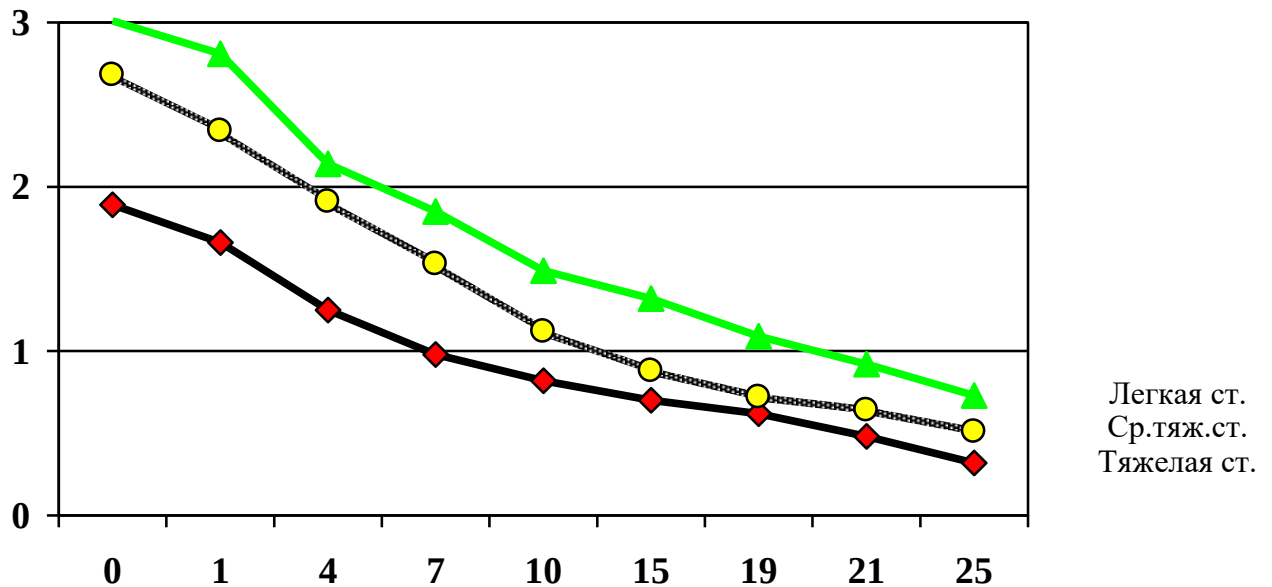


Рис. 8. Динамика изменения ферментов крови при ЧЧЭБВ

ЧЧЭБВ оказались эффективными у всех 34 больных холедохолитиазом, осложненного МЖ, которым был применен этот метод.

На 2 этапе при наличии небольших конкрементов в холедохе и стенозах ТОХ и БДС протяженностью до 15 мм, производили низведение конкрементов в 12-перстную кишку после баллонной дилатации ТОХ и БДС. При камнях диаметром, превышающем дилатированный канал БДС, применяли механическую или дистанционную литотрипсию. При эффективности данных методов в последующем в плановом порядке производили ЛХЭ (11 больных). При наличии крупных, фиксированных, больших множественных, кальцинированных камней, протяженного стеноза ТОХ и БДС прибегали к открытым оперативным вмешательствам (23 больных).

Во 2-основной группе в одном наблюдении отмечено кровотечение из холангиостомы, которое остановлено консервативными мероприятиями.

Таким образом, анализ результатов проведенных исследований показал высокую эффективность малоинвазивных методов хирургического лечения больных холедохолитиазом, осложненным МЖ. Разработанные методы позволили снизить общую частоту осложнений в основных группах по сравнению с контрольной в 4,2 раза, а летальность свести к 0. Сравнительный анализ по всем клиническим параметрам выявил все преимущества этапного лечения больных холедохолитиазом, осложненным МЖ, используемых при этом малоинвазивных способов. При этом доказана необходимость дозированной декомпрессии желчных путей при длительной и выраженной МЖ, желчной гипертензии. Показаны все преимущества разумного комбинированного применения ЭРВ и ЧЧЭБВ, позволившее конструктивно разработать оптимальный алгоритм лечения больных с этой тяжелой патологией (рис. 9, 10).

ВЫВОДЫ

1. Предложенная система клинической оценки с помощью «весовых» коэффициентов позволяет количественно оценить тяжесть состояния больных холедохолитиазом, осложненным МЖ, эффективность лечения, проводить ее коррекцию в динамике и прогнозировать исход заболевания.

2. Улучшение результатов лечения больных холедохолитиазом, осложненным МЖ может быть достигнуто использованием этапных вмешательств. На первом этапе должны выполняться дозированная декомпрессия билиарной системы, устранение проявлений МЖ, ПН, холангита, восстановление нарушенных функций органов и систем организма. На втором – восстановление постоянного пассажа желчи в кишечник.

3. Применение оригинальной методики санации билиарного дерева эндоскопическими ретроградными и антеградными эндобилиарными вмешательствами с использованием ЭРВ гипохлорита натрия позволяет в 2 раза повысить эффективность лечения холангита.

4. Использование оригинального способа прогнозирования развития холангита и проведение профилактических мероприятий дает возможность снизить частоту развития воспалительных изменений в желчных протоках в 3 раза.

5. Разработанный оригинальный способ прогнозирования выхода камней из холедоха в двенадцатиперстную кишку позволяет определять дальнейшую тактику ведения больных холедохолитиазом, определять объем ЭПСТ. Принципиальным при этом является сохранение автономности сфинктерного аппарата ТОХ и БДС, соблюдение физиологичности лечения. Эффективность ЭРВ при этом повысилась до 82,7%.

6. При холедохолитиазе, осложненном МЖ, тяжелой степенью ПН, при билирубине крови свыше 200 мкмоль/л и билиарном давлении более 300 мм вод. ст. предпочтение должно быть отдано ЧЧЭБВ.

7. Оптимальными критериями перехода к восстановлению постоянного пассажа желчи в кишечник являются: снижение билирубина до 40 мкмоль/л, трансаминаз ниже 1,5 ммоль/л, нормализация показателей креатинина, мочевины, общего белка, билиарного давления, снижение концентрации микроорганизмов в желчи до 10^3 - 10^4 микробных тел/мл, стабилизация общего состояния больных и повышения показателя «весового» коэффициента выше +10 баллов.

8. Разработанные способы и алгоритм лечебно - диагностических мероприятий позволяют существенно снизить частоту осложнений при лечении больных холедохолитиазом, осложненным МЖ. При применении ЭРВ их удалось уменьшить в 9 раз, а антеградных эндобилиарных – в 4 раза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При проведении сравнительной оценки различных методов лечения холедохолитиаза, осложненного МЖ оценки состояния больных в динамике лечения, эффективности проводимой терапии, а также для прогнозирования

исхода заболевания целесообразно применение системы клинической оценки тяжести больных с данной патологией.

2. Для профилактики холангита целесообразно определение коэффициента его возможного развития. Он складывается из 4 параметров. 1 определяется отношением прямого билирубина к непрямому; 2 характеризуется отношением диаметра наибольшего конкремента к диаметру холедоха, где расположен камень; 3 определяется отношением показателя давления в ЖВП к 100; 4 характеризуется отношением десятичного логарифма микробной загрязненности желчи к 10. При значении коэффициента 6,8 – прогноз развития холангита 0%; при значении 9,3 – 100%; при значении 8,05 – 50% и т.д.

3. При холангите целесообразно проведение санации билиарного дерева 0,4% ЭВР гипохлорита натрия в режиме 4-5 раз в сутки по 5 минут совместно с целенаправленной антибактериальной терапией до достижения сапрофитного уровня микробной обсемененности в желчи.

4. При невозможности проведения НБД рекомендуем применение дозированной порционной ЭПСТ. При этом папиллотомия на первом этапе не должна превышать 5 мм.

5. Рекомендуем критерии перехода к этапу восстановления постоянного пассажа желчи в кишечник: снижение билирубина до 40 мкмоль/л, трансаминаз ниже 1,5 ммоль/л, нормализация показателей креатинина, мочевины, общего белка, билиарного давления, уменьшение концентрации микроорганизмов в желчи до 10^3 - 10^4 микробных тел/мл, стабилизация общего состояния больных и повышения показателя «весового» коэффициента выше +10 баллов.

6. Для определения объема ЭПСТ (не больше субтотального) целесообразно выявление коэффициента вероятности отхождения камней произведением ширины ЭПСТ к диаметру минимального участка холедоха на квадрат диаметра наибольшего конкремента в холедохе. При значении коэффициента 0,75 – вероятность отхождения камней из холедоха – 0%; при значении 1,25 – прогноз отхождения камней – 100%. При значении коэффициента менее 0,75 рекомендуем литотрипсию или холедохолитотомию.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ.

Журнальные статьи.

1. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Кротов Н.Ф., Боровский С.П., Юнусметов Ш.А. «Малоинвазивные вмешательства в лечении больных с механической желтухой». Хирургия Узбекистана, 2000, №3, с. 52-55.

2. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Боровский С.П., Юнусметов Ш.А. «Малоинвазивные вмешательства в лечении холедохолитиаза». Анналы хирургической гепатологии, 2000, т.5, №2, с.32-35.

Тезисы

1. Каримов Ш.И., Нишанов Х.Т., Юнусметов Ш.А. Эндоскопическая хирургия в лечении механической желтухи неопухолевой этиологии // Эндоскопическая хирургия. 1999, № 2. – С. 24-25.
2. Кротов Н.Ф., Ким В.Л., Исмаилов А.С., Юнусметов Ш.А., Абдуллаев Н.А., Ким И.А. Повреждения желчных путей при ЛХЭ. Анналы хир. гепатологии, Москва. т.5, №2, 2000, с.118.
3. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Юнусметов Ш.А., Алимухамедова Д.К. Хирургическое лечение ЖКБ у больных с высоким операционным риском. Анналы хирургической гепатологии, Москва. Т. 7, №1, 2002. С. 112.
4. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Юнусметов Ш.А., Боровский С.П., Рахманов С.У., Хакимов М.Ш. Роль и место малоинвазивных вмешательств в лечении острого холецистита и механической желтухи // Труды международного хирургического конгресса «Актуальные проблемы современной хирургии». Москва, 22-25 февраль 2003. С. 67.

Изобретение

Каримов Ш.И., Ким В.Л., Боровский С.П., Юнусметов Ш.А. «Способ лечения холангита». IDP 2001 0255 / DF от 29.03.2001.

Список рационализаторских предложений

1. Ким В.Л., Юнусметов Ш.А., Хакимов М.Ш. Способ прогнозирования холангита (рационализаторское предложение № 393 от 10.11.2002).
2. Ким В.Л., Юнусметов Ш.А., Хакимов М.Ш. Способ определения эффективности ЭПСТ (рационализаторское предложение № 392 от 10.11.2002).

ХУЛОСА

ЮНУСМЕТОВ ШАВКАТ АНАРМЕТОВИЧ

МЕХАНИК САРИКЛИК БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ХОЛЕДОХОЛИТИАЗНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ КИЕСИЙ ТАККОСЛАШ.

Муаллиф томонидан 2 гурухга ажратилган 257 та беморнинг даволаш ва текшириш натижалари тахлил этилган. Назорат гурухи 72 ва асосий гурух 185 та бемордан иборат.

Назорат гурухида сариклик чуккисида бир боскичли очик усулида жаррохлик амалиетлари бажарилган. Асосий гурухда даволаш боскичма-боскич олиб борилган. Эндоскопик ретроград (ЭРТ) ва тер ва жигар оркали эндобилиар текширувлар (ТЖЭБТ) кулланилган. Биринчи боскичда биз тадбик этган усулда микдорланган декомпрессия, ут йуллари санацияси утказилган, механик сариклик, холангит ва жигар етишмовчилиги бартараф килинган.

Асосий гурух 2-та кичик гурухга булинган. Биринчи кичик гурухда (151 бемор) ЭРТ утказилган. Иккинчи кичик гурухда (34 бемор) ТЖЭБТ кулланилган.

Тадбик этилган даволаш усуллари холангитни даволаш натижаларини 2 баробар яхилашга ва яллигланиш жараенини таркалишни 3 баробар камайтиришга имкон берди.

Кашф этилган оригинал ЭРТ усуллари куллаш жаррохлик тактикасини аниклаш, эндоскопик папилосфинктеротомияни эффектив хажмини аниклашга имконият яратди. ЭРТ фойдалиги 82,7% ташкил килди.

Таклиф килинган даволаш-диагностик алгоритмлар механик сариклик билан асоратланган холедохолитиазда ЭРТ асоратларини 9 маротаба ва ТЖЭБТ асоратларини 4 маротаба камайтиришга имкон берди.

SUMMARY

Yunusmetov Shavkat Anarmetovich

COMPARATIVE ESTIMATION OF MODERN METHODS SURGICAL TREATMENT CHOLEDOCHOLITHIASIS, COMPLICATED MECHANICAL JAUNDICE

Is analyzed the experience of treatment 257 patients with choledocholithiasis, complicated mechanical jaundice. All patients were divided into 2 groups: control (72 patients); basic (185 patients).

In control were carried out one-stage of open operative intervention at height jaundice. In the basic group the treatment was multi-stage. Were applied retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and percutaneous transhepatic cholangiography. At the first stage were carried out dosage decompression of biliary system, liquidation mechanical jaundice, restoration of the vital functions organisms on the developed technique.

The basic group was shared into 2 subgroups. In 1- (151 patients) were used ERCP. In 2 - (34 patients) – were used percutaneous transhepatic cholangiography or their combination with ERCP.

The application of an original technique has allowed in 2 times to raise efficiency of treatment cholangitis and has enabled to lower frequency of development inflammation of changes in bilious ducts in 3 times.

The developed original way has allowed to define further tactics of conducting the patients choledocholithiasis. The efficiency ERCP thus has raised up to 82,7 %.

The developed ways and algorithm treatment - diagnostic measures have allowed to lower frequency of complications at treatment of the patients choledocholithiasis, complicated mechanical jaundice. At application ERCP they managed to be reduced in 9 times, and percutaneous transhepatic cholangiography - in 4 times.