

- и управление здравоохранением: Мат. межрег. научно-практич. конф. – Новосибирск, 1995. – С.34-35.
53. Солодкий В.А. О проблемах платежей на обязательное медицинское страхование неработающего населения // Экономика здравоохранения. – 1999. – №7,8/39. – С.5-9.
54. Солошенко И.Ф. Медицинские учреждения в системе медицинского страхования // Социально-экономическое положение России, январь-апрель 1999 г. – М.: Госкомстат России, 1999. – С.179-180.
55. Стародубов В.И. Научное обоснование развития здравоохранения России в условиях социально-экономических реформ: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – М., 1997. – 60 с.
56. Танковски В.Э., Алексеева В.М. Экономические интересы ЛПУ и пациента // Экономика здравоохранения. – 1997. – №12/24. – С.15-17.
57. Тарасова Г.В., Семенов В.Ю. Некоторые результаты комплексной оценки состояния здоровья, ресурсов здравоохранения и социально-экономического состояния территорий РФ // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1996. – №4. – С.3-6.
58. Телюков А. Реформа здравоохранения в России: Факты, тенденции, предварительные выводы // Вехи здравреформ. – 1996. – Вып.3. – С.1-2, 10-12, 15.
59. Тишук Е.А., Горяев С.М. К вопросу об актуальности экономического регулирования в здравоохранении на современном этапе // Экономика здравоохранения. – 1998. – №8,9/33. – С.13-18.
60. Тишук Е.А. К вопросу об актуальности экономического регулирования в здравоохранении на современном этапе // Экономика здравоохранения. – 1998. – №3. – С.25-27.
61. Финченко А.Ф. Экономические аспекты развития здравоохранения на современном этапе // Сб. Экономика и управление здравоохранением – Новосибирск, 1995. – С.25-26.
62. Царик Г.Н., Мелянченко Н.Б. Основные направления реформы здравоохранения территориального уровня // Сб. Экономика и управление здравоохранением. – Новосибирск, 1995. – С.53-54.
63. Цыбульский В.Б. Правовые основы Американской системы здравоохранения и возможность их применения в Российских условиях // Экономика здравоохранения. – 1998. – №3/27. – С.8-13.
64. Чернышев В.М. О финансировании лечебно-профилактических учреждений в условиях перехода на обязательное медицинское страхование // Бюллет. Сибирского отделения РАМН. 1996. – №3. – С.97-100.
65. Шевский В.И. “Хочу, чтобы поняли главное” // Медицинский вестник. – 1997. – №15. – С.4-9.
66. Шевченко Л.С. Формирование и использование финансовых ресурсов в учреждениях здравоохранения в условиях медицинского страхования: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1994. – 20 с.
67. Шейман И.М. Подходы к созданию интегрированной системы оказания и финансирования медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. – М., 1996. – С.197-228.
68. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. – М., 1998. – 336 с.
69. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения: – М.: Медицина, 1998. – 246 с.
70. Шилова В.М. Методические подходы к расчетам стоимости оказания медицинской помощи с применением нормативов по труду // Здравоохранение. – 1997. – №10. – С.9-14.
71. Шилова В.М. Нормирование труда и стоимость больничной помощи // Здравоохранение. – 1997. – №5. – С.149-158.
72. Шилова В.М., рук. Система ресурсного обеспечения лечебно-профилактических учреждений и эффективность использования ресурсов. Рукописный фонд НИИ им. Н.А. Семашко. – М., 1996. – 256 с.
73. Щепин В.О. Структурные преобразования в здравоохранении. – М., 1997. – 221 с.
74. Щепин В.О. Структурные преобразования в здравоохранении: – М.: Радость, 1997. – 147 с.
75. Щепин О.П. Задачи и перспективы развития экономики советского здравоохранения // Советское здравоохранение. – 1998. – №5. – С.3-6.
76. Щепин О.П. О современных проблемах развития здравоохранения России // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1995. – №1. – С.3-11.

© ЛАВРЕНЧИК А.И., ЯКОВЧЕНКО С.Н. –
УДК 616.61-07-08

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МУЛЬТИЛОКУЛЯРНЫХ КИСТ ПОЧЕК

А.И. Лавренчик, С.Н. Яковченко.

(Иркутская государственная областная детская клиническая больница, глав. врач – Засл. врач РФ – В.М. Селиверстов).

Резюме. До недавнего времени почечные кисты рассматривались как довольно редкое заболевание. Это было связано с отсутствием широкого применения ультразвуковой диагностики. Традиционные рентгеноконтрастные методы при исследовании кист не всегда являются достаточно информативными. Внедрение новых достижений научно-технической революции в течение последних десятилетий, позволило улучшить диагностику этого заболевания, причем не только в детском возрасте, но и в перинатальном периоде. Современные методы диагностики и лечения мультилокулярных кист рассматриваются в приведенном литературном обзоре.

Кисты почек до недавнего времени считались редким заболеванием, что было связано с отсутствием широкого внедрения ультразвукового сканирования. Традиционные рентгеноконтрастные методы верификации кист не всегда оказывались

информативными [11], а такие новые методы диагностики как компьютерная томография, ядерно-магнитно-резонансная томография применяются недавно, доступны не везде и вряд ли могут быть рекомендованы для широкого применения [16].

К группе аномалий структуры почек относят различные виды кистозных образований, которые отмечаются с частотой 1:250 [7]. Ввиду торпидности их течения, в зависимости от степени нарушения функции почек эти пороки могут не проявляться в детском возрасте. Но внедрение достижений научно-технической революции в сфере производственной деятельности человека в последнее десятилетие позволило диагностировать эти заболевания не только в детском возрасте, но и до рождения ребёнка в пренатальном периоде [17,30].

Весьма актуальны вопросы в дифференциальной диагностике кистозных поражений со злокачественными опухолями почек и при их сочетании с гидронефрозом, забрюшинными внепочечными образованиями [20,48].

Принятая на II Всесоюзном съезде урологов в г. Киеве (1978 г.) классификация подразделяет кистозные аномалии почек и верхних мочевых путей на следующие заболевания:

1. Мультикистозная почка.
2. Поликистоз почек.
3. Мультилокулярная киста.
4. Солитарная киста почек:
 - а. Простая солитарная киста (врождённая и приобретённая).
 - б. Дермоидная киста.
5. Парапелвичальная киста, сюда относятся чашечные и лоханочные кисты.
6. Чашечно-медуллярные аномалии включают: мегакаликс, полимегакаликс, губчатую почку.

Мультилокулярная киста – редкий, недостаточно изученный порок развития. Это отчасти объясняет целый ряд других названий, под которыми она описана в литературе: кистозная аденома, кистозная лимфангиома, кистозная гамартома, мультилокулярная кистозная аденома, мультилокулярная кистозная нефрома, кистозная опухоль Вильмса, поликистозная нефробластома, сегментарная поликистозная почка, сегментарная мультикистозная почка, опухоль Перельмана, доброкачественная кистозная нефрома, аденоматозная поликистозная опухоль [44]. Эти авторы так же сообщают, что мультилокулярная киста встречается у больных разного возраста – от рождения до 80 лет, и в 50% случаев приходится на детский возраст, причём чаще она обнаруживается у мальчиков, а среди взрослых – у женщин. А.Я. Пытель и А.Г. Пугачёв (1977) сообщили о 67 описанных в зарубежной литературе случаях, а М.У. Ола Орас, Р.М. Martikainen (1995) – около 100 случаев. В.Л. Дробнер с соавт. (1986), ссылаясь на публикации М.Д. Джавад-Заде (1964, 1969); А.Я. Пытеля (1977); В.А. Самсонова (1984) пишут о 7 наблюдениях в отечественной литературе [4,43].

Патогенез заболевания остаётся спорным. Одни авторы [6] указывают на наличие диспластических элементов вокруг мультилокулярной кисты (эмбриональных канальцев, скоплений лимфоцитов, хрящевой ткани и пр.), что свидетельствует о её раннем эмбриональном происхождении и родстве с мультикистозной дисплазией. Другие ут-

верждают, что мультилокулярная киста обычно содержит примитивную ткань метанефроса, что свидетельствует в пользу её родственной связи с опухолью Вильмса и оправдывает альтернативные названия: мультилокулярная кистозная нефрома, дифференцированная нефробластома [55]. По данным D. Hartman et al. (1986) 31% мультилокулярных кист являются карциномами [32].

Мультилокулярная киста располагается чаще в нижнем полюсе почки, реже – в верхнем [4]. Описано двустороннее и диффузное поражение [22], а так же наличие кальцификатов и склерозированных перегородок [55].

М.А. Weiss, J.E. Mills (1989) выделяют следующие морфологические критерии мультилокулярной кисты:

- односторонность поражения;
- многокамерность;
- отсутствие сообщения с чашечно-лоханочной системой;
- отсутствие связи между отдельными полостями;
- наличие безэпителиальных соединительнотканых тяжей;
- отсутствие дифференцированных элементов почки.

Диагностика кистозных поражений почек.

Окончательно установить точный диагноз при кистозных поражениях почек ещё недавно удавалось только при люмботомии и ревизии органа. Современные достижения науки и техники изменили взгляды большинства исследователей в диагностике этой аномалии, но всех вопросов они не сняли. Интраоперационная ревизия органа в ряде сомнительных случаев ставится некоторыми авторами как последняя инстанция в диагностике заболевания [9,27,39]. Операция является решающей и в тех случаях, когда невозможно провести все исследования, позволяющие исключить злокачественное новообразование [46]. Некоторые авторы из-за боязни просмотреть опухоль, считают, что оперативное вмешательство показано всем больным с умеренным хирургическим риском и молодого возраста [21].

Ещё недавно широко применяющиеся и являющиеся основой в диагностике кист почек рентгенологические исследования, как то: обзорная рентгенография, экскреторная урография, ретроградная уретеропиелография, нефротомография, пневморетроперитонеум – уже не могут удовлетворять современным требованиям диагностики [44]. По данным Л.В. Поташова с соавт. (1993) при помощи экскреторной урографии только в 25,6% обнаружены рентгенологические признаки наличия кисты почки, а по сообщениям, М.Ф. Трапезниковой с соавт. [11] (1997) кисты при этом виде обследования были заподозрены в 70% случаев. Очень низкий процент выявляемости кист при помощи внутривенной урографии 1-2% опубликовал в 1969 году L. Ackerman [19].

Изотопные методики просты в исполнении, хорошо переносятся больными и сопровождаются значительно меньшей лучевой нагрузкой. Особую

ценность этого исследования представляет возможность неоднократного его проведения до лечения, для выбора стороны оперативного вмешательства, после лечения, для оценки эффективности последнего и определения динамики процесса.

С внедрением в практику ангиографии точность диагностики простой кисты почки возросла до 93,6-96% [9]. Метод является трудоёмким, несёт лучевую нагрузку на больного и медицинский персонал, не лишён диагностических ошибок от 3 до 14% случаев [18]. Ангиографию выполняют в тех сомнительных случаях, когда менее инвазивные методы не исключают опухолевый процесс [17,21]. Исследование малоэффективно при аваскулярных и гиповаскулярных опухолях [36].

Компьютерная рентгеномтомография, внедрённая в клиническую практику с 1972 года, как указывает E.S. Amis (1987) является "золотым эталоном" для распознавания кистозных образований почек [21]. Многие авторы говорят о чрезвычайно большой информативности этого обследования, приближая его к 100% достоверности [8,27,41,50]. Ю.Б. Богин (1984) указывает, что компьютерная томография, обладая высокой разрешающей способностью, даёт возможность установить правильный диагноз при наличии кист, достигающих 5 мм в диаметре [1].

Другие авторы сообщают, что диагностическая эффективность этого метода 94%, так как он не даёт полной уверенности в достоверности диагноза при парапелльвикальных кистах и при опухолях в кисте [12,39,42].

В публикациях последнего времени появились сообщения об использовании в диагностике кистозных поражений почек ядерно-магнитной резонансной томографии [38].

В отличие от компьютерной томографии ЯМРТ во фронтальном и сагитальном сечении подтверждает наличие кистозных образований не сообщаемых с ЧЛС, чего не удаётся выявить на КТ без введения рентгеноконтрастных веществ. Также ЯМРТ, в отличие от КТ, более чётко выявляет многокамерный характер кисты. К преимуществам ЯМРТ так же относится то, что результаты исследования в меньшей степени зависят от оператора, чем при ультразвуковом исследовании и на ЯМРТ есть возможность визуализации сосудистых структур околоворотных лимфоузлов и оценки взаимосвязей с соседними органами [25]. С помощью ЯМРТ можно судить о наличии в кисте серозно-гнойного или геморрагического содержимого [33,45], а так же чётко дифференцировать парапелльвикальную кисту на фоне сопутствующего гидронефроза и синусового липоматоза.

Применение ультразвукового сканирования выявило большие возможности метода в диагностике кистозных поражений почек [2,21,49]. Ультразвуковое исследование оказалось высокоинформативным, особенно при дифференциальной диагностике плотных и жидкостных образований почек [29,37].

Некоторые авторы сообщают об ошибках в диагностике при помощи УЗИ, но все они носят одиночный характер [15,27,39,42].

Ультразвуковое исследование почек имеет много преимуществ. Оно не инвазивное, не причиняет неудобств больным, легко выполнимо, и так же легко переносится любыми больными, не требует подготовки, не зависит от функционального состояния почек, не подвергает обследуемого риску облучения, позволяет проводить динамическое наблюдение и использовать его как скрининг-тест [13,17,44].

Наличие крови в пунктате из кисты является показателем озлокачествления, но это может быть обусловлено и травмой во время пункции [54].

Группа врачей под руководством E.E. Amis (1987) провела анализ 16000 пункций кист и показала, что в 50% расположения опухоли в стенке кисты опухолевых клеток в пунктате не находят [21].

J.M. Thompson (1980), D.H. Holzer et al. (1981) сообщают о 1,4-10% случаев возникших осложнений чрескожных пункций (пневмоторакс, паранефральные абсцессы, околопочечные кровотечения, повреждения почек и даже летальные исходы), но с развитием ультразвукового контроля этот процент снизился [36,52].

Кистография, выполненная впервые G. Fisch в 1939 году и внедрённая в нашей стране Н.А. Лопаткиным в 1969, повышает диагностическую ценность чрескожной пункции кисты [31].

Исследование несёт в себе большую лучевую нагрузку и более оправдано только при отсутствии возможностей проведения УЗИ и КТ или при сомнительных данных последних.

В 1976 году H.M. Pollack et al. сообщили о возможности проведения осмотра полости кисты и биопсии с помощью ригидного эндоскопа – кистоскопии. Сообщение дало обнадеживающие результаты при подозрении на злокачественный процесс и авторы видели за ним будущее [44]. В.Ш. Ибрагимов (1989) применил гибкий эндоскоп для устранения "мёртвого пространства" [5].

Для проведения исследования большое значение имеют размеры кисты (не менее 5-6 см в диаметре) и локализация. Расположение кисты в верхнем сегменте, на передней поверхности почки, парапелльвикально является противопоказанием для проведения исследования, так как связано с большим риском появления осложнений [5].

Некоторые авторы опубликовали сообщения о возможности диагностирования кистозных поражений почек при помощи ретроперитонеоскопии [35,40,47]. Данный метод позволял им провести биопсию, цитологическое исследование кистозной жидкости и необходимое лечение.

В последние годы стала всё шире применяться лапароскопия для диагностики кистозных поражений почек [24,35,40,53].

L. Santiago et al. (1998) сделали лапароскопию в сомнительных диагностических случаях 35 больным с кистами почек [48]. При цитологическом исследовании кистозной жидкости и биопсийного

материала у 5 (14%) больных обнаружили карциному. Хорошим методом исследования называют лапароскопию D.M. Hoenig et al. (1997) при исследовании парапельвикальных кист [35].

Все вышеназванные методы диагностики кистозных поражений почек, начиная с рутинных и заканчивая современными, не могут называться "золотым эталоном", так как ни один из них не имеет 100% диагностической точности. Некоторые из них трудоёмки, малодоступны, небезопасны для больного и медицинского персонала.

Лечение мультилокулярных кист почек.

Практически все урологи подчёркивают, что главной задачей оперативного лечения является соблюдение принципа максимального органосохраняющего характера операции, строгого соблюдения показаний, необходимости выполнения операции только в компенсаторной стадии заболевания.

Хирургическое лечение мультилокулярных кист почек не отличается большим разнообразием. Некоторые авторы считают, что в лечении их методом выбора является нефрэктомия. Ссылки на сочетание её с опухолью Вильмса у детей и отдельные случаи перерождения в саркому у взрослых объясняют эту тактику [7,43].

Пункционная аспирация, с успехом используемая при других кистозных поражениях почек, не эффективна при мультилокулярных кистах [4].

При исключении озлокачествления показаны органосохраняющие операции – вылущивание кисты или сегментарная резекция почки [15].

Резекция почки – операция малооправданная из-за опасности кровотечения. К этому виду операции прибегают в 3,5% [23,51]. По мнению Н.А. Лопаткина и Е.Б. Мазо (1982) эта операция целесообразна лишь при опухоли стенки кисты без глубокой инфильтрации паренхимы, особенно при единственной почке или двусторонних процессах, требующих органосохраняющего вмешательства [9].

К.А. Сейц с соавт. (1999) 26 больным с простыми и мультилокулярными образованиями провели пункционно-склерозирующее, лапароскопическое лечение и открытые операции с иссечением кист [14]. Ю.В. Тен с соавт. (1999) предпочли только открытое хирургическое лечение у 41 ребёнка, выполняя нефрэктомию по поводу мультикистоза и иссекали кисты (салитарные, чашечные, лоханочные, мультилокулярные) с деэпителизацией оставшейся стенки и адипозопластикой на питающей ножке [16].

Итак, после анализа литературного обзора можно заключить, что в настоящее время благодаря совершенствованию методов диагностического изображения создались объективные предпосылки для прижизненной диагностики и правильной лечебной тактики при мультилокулярной кисте, которую обнаруживали ранее главным образом при оперативном лечении и последующем патологоанатомическом исследовании. Основным достоинством этих методов является то, что они позволяют не подвергать больного органудаляющей операции.

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF RENAL MULTILOCLAR CYSTS

A.I. Lavrenchik, S.N. Ijakovchenko

(Irkutsk Regional Pediatric Hospital)

Up to the recent time renal cysts were considered as rather rare disease. It was associated with the absence of wide use of ultrasound scanning. The traditional radiopaque methods of cyst verification were not always informative. But the introduction of the advantages of scientific and technical revolution in the field of human activities during last decade allowed to make the diagnosis of these diseases not only in child age but before child birth in perinatal period. The newest methods of the disease treatment are considered in the review.

Литература

1. Богин Ю.Б. // Автор. дисс. ... д.м.н. – М., – 1984. – 45 с.
2. Даренков А.Ф., Игнашин Н.С. // Методические рекомендации. – Москва, 1988.
3. Джавад-Заде М.Д. // Руководство по клинической урологии. Под ред. Пытеля А.Я. – М., 1969. – Т.1. – С.592-623.
4. Дробнер В.Л., Хенкин С.Х., Кураева Л.И. и др. // Урология и нефрология. – 1986. – №6. – С.54-55.
5. Ибрагимов В.Ш. // Дисс. ... к.м.н. – Тбилиси, 1989.
6. Игнашин Н.С. // Дисс. ... д.м.н. – Москва, 1989.
7. Исаков Ю.Ф., Долецкий С.Я. // – М.: Медицина, 1972. – 432 с.
8. Кучинский М.П., Головки Ю.И., Алейникова Л.Н. и др. // Материалы научно-практической конференции по детской урологии. – М., 1994, 26-28 октября. – С.74.
9. Лопаткин Н.А., Мазо Е.Б. // VII Всероссийский съезд урологов. – Суздаль, 1982, 12-14 октября. – С.272-274.
10. Лукьяненко П.И. // Советская медицина. – 1986. – №12. – С.46-50.
11. Поташов Л.В., Васильев В.В., Малахова Т.В. // Вестник хирургии. – 1993. – №5/6. – С.56-58.
12. Пытель Ю.А., Амосов А.В. // Советская медицина. – 1986. – №6. – С.25-28.
13. Салов П.П., Доманицкая И.В., Конома С.М. // Материалы научно-практической конференции детских урологов. – Москва, 1989, 26-28 октября. – С.110-111.
14. Сейц К.А., Осипов И.Б., Елецкий И.В. и др. // Материалы научно-практической конференции детских урологов. – Москва, 1999, 26-28 октября. – С.112.
15. Степанов В.П., Перельман В.М., Теодорович О.В. // Урология и нефрология. – 1994. – №6. – С.20-23.
16. Тен Ю.В., Кожевников В.А., Зайцев И.Ф. и др. // Материалы научно-практической конференции детских урологов. – Москва, 1999, 26-28 октября. – С.122.

17. Трапезникова М.Ф. // VII Всероссийский съезд урологов. – Суздаль, 1982, 12-14 октября. – С.233-241.
18. Aboulker P., Renders G. // Ann Urol. – 1976. – Vol.10. – N.1. – P.5-11.
19. Ackerman L. // Surgical pathology. – Mosby, 1968.
20. Amano E., Kurokuwa Y., Nario S. // Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. – 1999. – Vol.90. – N.1. – P.49-52.
21. Amis E.S., Cronal J.J., Pfister R.C. // A.J.R. – 1987. – Vol.148. – P.297-299.
22. Bahner M.L., Bommer J., Sommerer C. // Radiology. – 1999. – Vol.39. – N.5. – P.398-403.
23. Benge B.N. // Del. Med. J. – 2000. – Vol.72. – N.4. – P.169-72.
24. Bellman G.C., Yamaguchi R., Kaswick J. // Urology. – 1995 Jun. – Vol.46. – N.6. – P.1066-1070.
25. Bisese J.N. // MRI: A. // – New York, 1988. – P.239.
26. Blazer S., Zimmer E.Z., Blumenfeld Z. // J. Urol. – 1999. – Vol.162. – N.3. – P.812-814.
27. Cloix P., Martin X., Pangaud C. et al. // J. Urol. – 1996. Jul. – Vol.156. – N.1. – P.28-30.
28. Coulam C.H., Sheafar D.H., Leder R.A. // A.J.R. Am. J. Roentgenol. – 2000. – Vol.174. – N.2. – P.493-498.
29. Csata S., Rupbssy D., Dumutur L. // Acta Chir Hung. – 1995. – Vol.35. – N.3. – P.355-359.
30. Dory B., Gasser B., Reinartz I., Stoll C. // Gener. Couns. – 1999. – Vol.10. – N.3. – P.251-257.
31. Fich G.W. // J.A.M.A. – 1939. – Vol.112.
32. Hartman D., Davis C.J., Johns T. // Urology. – 1986. – Vol.28. – P.145.
33. Heussel C.P., Kauczor H.U., Heussel G. // Eur. Radiol. – 1999. – Vol.9. – N.4. – P.616-619.
34. Hoenig D.M., Mc Dougall E.M., Shalhav A.L. // J. Urol. – 1997. – Vol.158. – N.4. – P.1345-1348.
35. Hoenig D.M., Leveillee R.J., Amaral J.F. // J. Endourol. – 1995. – Vol.9. – N.1. – P.55-58.
36. Holzer P.H., Muller T.H., Schutz R. // J. Urol. Nephrol. – 1981. – Bd.74. – S.213-216.
37. Itoh Y., Okamura T., Sasaki S. // Int. J. Urol. – 1998 Nov. – Vol.5. – N.6. – P.604-605.
38. Kern S., Zimmerhackl L.B., Hildebrand F. // Pediatr. Radiol. – 2000. – Vol.30. – N.3. – P.156-60.
39. Kozomara M., Pavlovic S., Lokis V. // Srp. Arh. Celok Lek. – 1996. – Vol.124. – N.1. – P.229-230.
40. Mimata H., Mizoguchi H., Ohno H. // Int. Urol. – 1997. – Vol.4. – N.2. – P.217.
41. Nadal M.A., De Rosa M., Blanco O.A. // Medicina (B. Aires). – 1999. – Vol.59. – N.6. – P.763-766.
42. Nakamura T., Nakagawa S., Sugimoto K., Mikami K., Urano S., Watanavbe H. // Hinyokika Kiyo. – 1995 Oct. – Vol.41. – N.10. – P.801-803.
43. Ola Opas M.Y., Martikainen P.M. // Ann Chir Gynaecol. – 1995. – Vol.84. – N.3. – P.318-322.
44. Pollack H.M., Goldberg D.B., Bogack M. // J. Urol. – 1976. – Vol.111. – N.3. – P.326-329.
45. Pretorius E.S., Siegelman E.S., Ramchandani P. // Radiology. – 1999. – Vol.212. – N.1. – P.28-34.
46. Rabii R., Rais H., Joual A. // Ann. Urol. (Paris). – 1999. – Vol.33. – N.2. – P.25-28.
47. Radovic N., Popovis D., Ribai M. et al. // Lijec. Vjesn. – 1997 Jan. – Vol.119. – N.1. – P.16-19.
48. Santiago L., Yamaguchi R., Haswick J. // Urology. – 1998 Sep. – Vol.52. – N.3. – P.379-383.
49. Singh GS., Rigsby D.C. // Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia 19104. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. – 1999. – Vol.10. – N.6. – P.361-364.
50. Shinohara N., Kiyohara Y. // Nippon Ronen Igakkai Zasshi. – 1999. – Vol.36. – N.6. – P.420-424.
51. Steg A. // J. Europ. Urol. – 1976. – Vol.2. – N.4. – P.161-163.
52. Thompson J.M., Kovac J.R. and John Geshner. // J. of Urology. – 1980. – Vol.124. – N.2. – P.175-178.
53. Wada T., Kamiryo Y., Tsuchida M., Kato M. // Hinyokika Kiyo. – 1995 Nov. – Vol.41. – N.11. – P.861-865.
54. Wahigvist L., Gramstedt B. // Acta chil. Scand. – 1996. – Vol.132. – P.340-347.
55. Weiss M.A., Milles J.E. // London. – 1989. – Vol.2. – P.12.

© МИРОНОВ В.И. –

УДК 616.12-008.331.1-02:616.36

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЖЕЛЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

В.И. Миронов.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода, кафедра общей хирургии, зав. – проф. С.Б. Пинский)

Резюме. В настоящей статье по данным литературы рассматриваются важнейшие тактические и хирургические аспекты лечения больных с острыми заболеваниями билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненными синдромом желчной гипертензии.

Лечение острых заболеваний билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ), осложненных синдромом желчной гипертензии (ЖГ), до сих пор представляет значительные трудности, единые тактические подходы в лечении этой группы больных отсутствуют, а методы нормализации повышенного давления в желчных протоках раз-

нообразны и во многом зависят от причины основного заболевания и сопутствующих факторов [5,13,19,23,29,36,37,54].

Своевременное купирование внутрибилиарной компрессии способствует быстрому обратному развитию патологического процесса в печени и поджелудочной железе, снижает холемическую