

Вероятность ненаступления гангрены кишки при сочетании пограничных значений признаков (Р)

Пограничные значения	Систолическое давление (< 90 мм рт. ст.)	Гематокрит (≥55)	Лейкоцитоз (≥14,0×10 ⁹)	ЛИИ (>6,0)	ЧДД (>22 в 1')
Систолическое давление (< 90 мм рт. ст.)	-	0,01	0,03	0,02	<0,01
Гематокрит (≥55)	0,01	-	0,06	0,04	0,01
Лейкоцитоз (≥14,0×10 ⁹)	0,03	0,06	-	0,1	0,02
Лейкоцитарный индекс интоксикации, расч. ед. (>6,0)	0,02	0,04	0,1	-	0,02
Частота дыхательных движений (>22 в 1')	<0,01	0,01	0,02	0,02	-

При сочетании трех и более указанных в таблице признаков вероятность развития некроза (р)<0,01. Статистически достоверных отличий в оцениваемых параметрах у двух выборок больных со странгуляционной непроходимостью тонкой и толстой кишки не выявлено.

Обсуждение

Таким образом, вероятность развития гангренозных изменений сигмовидной кишки при ее завороте повышается при остром начале клинической картины заболевания и возрастает при увеличении времени от начала заболевания. Чаще всего на развитие некротических изменений в сигмовидной кишке указывают тошнота и рвота в начале заболевания, снижение систолического артериального давления ниже 90 мм рт. столба, частота дыханий больше 22 в минуту, лейкоцитоз выше 14,0×10⁹, гематокритное число выше 55 и лейкоцитарный индекс интоксикации выше 6,0 расчетных единиц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афендулов С. А., Тарасенко С. А., Латышев Ю. П., Введенский В. С. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с различными видами колостом // Первый съезд хирургов Юж-

ного федерального округа. Материалы съезда. – Ростов-на-Дону, 2007. – С. 127–128.

2. Земляной А. Г., Глушков Н. И. Хирургическое лечение до-лихосигмы и ее заворота // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 1982. – № 11. – С. 28–30.

3. Мун Н. В., Люст В. И., Мукажанов А. К., Керимкулов А. К., Опенько В. Г., Тянь Л. В. Заворот сигмовидной кишки // Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы второго съезда колопроктологов России с международным участием. – Уфа, 2007. – С. 599–600.

4. Савельев В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. – М., 1986.

5. Madiba T. E., Thomson S. R. Volvulus of the sigmoid colon // Gastroenterology forum. – 1997. – № 8. – P. 28–33.

6. Mellor S. G., Phillips R. K. S. The aetiology and management of sigmoid volvulus in the United Kingdom: How much colon need be excised? // An. roy. coll. surg. engl. – 1990. – № 72. – P. 193–195.

7. Peoples J. B., McCafferty J. C., Scher K. S. Operative therapy for sigmoid volvulus. Identification of risk factors affecting outcome // Dis. colon. rectum. – 1990. – № 33. – P. 643–646.

8. Safioleas M., Chatziconstantinou C., Felekouras E. et al. Clinical considerations and therapeutic strategy for sigmoid volvulus in the elderly: a study of 33 cases // World journal of gastroenterology. – 2007. – Vol. 13. № 6. – P. 921–924.

Поступила 15.02.2013

Р. Т. МЕДЖИДОВ, А. З. АБДУЛЛАЕВА, Э. П. МАМЕДОВА

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРОКСИМАЛЬНЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Кафедра общей хирургии

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, Республика Дагестан, 367012, г. Махачкала, пл. Ленина, 1.

Тел.: 8 (928) 0606200, раб. 68-31-65. E-mail: asli555@mail.ru

Представлен опыт лечения 115 пациентов с проксимальной обструкцией билиарного тракта (БТ). Высокая опухолевая обструкция (ВОО) БТ имела у 67 (57,3%) больных; рубцовые посттравматические стриктуры – у 48 (42,7%). Диагноз основывался на результатах УЗИ, МР-холангиопанкреатографии, ЭРХПГ, ЧЧХГ. Основной вид хирургического лечения – билиодигестивные анастомозы (БДА). Предпочтительным вариантом в плане профилактики рефлюкс-холангита и рестеноза является БДА на изолированной по Ру петле тощей кишки длиной не менее 100 см. Выполнение «каркасного дренирования» целесообразно при малом диаметре протоков и их выраженных воспалительно-склеротических изменениях.

Ключевые слова: высокая обструкция билиарного тракта, УЗИ, МРТ, билиодигестивный анастомоз, осложнения.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PROXIMAL BILE DUCT STRICTURES

Department of general surgery ГБОУ ВПО «Dagestan state medical Academy of the Ministry of health of Russia»,
Russia, Republic of Dagestan, 367012, Makhachkala, pl. Lenina, 1.
Tel.: 8 (928) 0606200, 68-31-65. E-mail: asli555@mail.ru

Experience in treatment of 115 patients with proximal obstruction of the biliary channels is presented. The high tumor obstruction of the biliary channels was available for 67 (57,3%) patients, with post-traumatic scar stricture – at 48 (42,7%). The diagnosis was based on ultrasound, magnetic resonance cholangiography, ERCPG. Primary surgical treatment – biliodigestive anastomosis. The preferred option for prevention of reflux cholangitis and restenosis is biliodigestive anastomosis on isolated by Roux loop of jejunum length of at least 100 cm. Ranning «skeleton drainage» appropriate for small diameter ducts and expression of inflammatory – sclerotic changes.

Key words: proximal obstruction of the biliary tract, ultrasound, magnetic resonance cholangiography, biliodigestive anastomosis, complications.

Введение

Проксимальные стриктуры желчных протоков (ПС ЖП) составляют 10–25% от всех стриктур билиарного тракта (БТ). Этиология их может быть опухолевой, посттравматической, воспалительной и паразитарной. Интраоперационные повреждения при холецистэктомии составляют 0,1–3,0% [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9].

Послеоперационная летальность при лечении РС достигает 12–30%, рецидив стриктур отмечается до 30% [3, 7].

Причинами рестеноза считаются: отказ от применения «каркасных дренажей», натяжение в области анастомоза, трудности создания прецизионного шва, длительное желчеистечение, биломы, гематомы, абсцессы в зоне анастомоза, технические погрешности при создании анастомоза, рефлюкс-холангит [2, 3, 8, 10].

Решающее значение в снижении послеоперационных осложнений имеют выбор способа восстановления пассажа желчи в желудочно-кишечный тракт [3, 6, 11, 12, 13].

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с ПС БТ путем оптимизации метода реконструкции БТ в зависимости от ситуации, возникающей после мобилизационного этапа операции.

Материалы и методы

За период с 2002 по 2012 г. в клинике общей хирургии ГБОУ ВПО «Даггосмедакадемия» МЗ РФ прошли обследование и лечение 115 пациентов с ПС ЖП. Высокая опухолевая обструкция (ВОО) БТ имела место у 64 (57,3%) больных, рубцовые стриктуры (РС) – у 48 (42,7%). По классификации Bismuth-Corlette уровень ВОО составил: 1-й тип – 6, 2-й тип – 15, 3а тип – 10, 3б тип – 12, 4-й тип – 24. Все больные поступали с синдромом механической желтухи, в 28 (49,1%) случаях с явлениями холангита. В 28 (49,1%) наблюдениях ситуация расценена как подлежащая оперативному лечению.

Среди 48 больных с РС в 33 (68,7%) случаях в анамнезе была перенесенная лапароскопическая холецистэктомия. Из них в 26 (78,7%) случаях факт повреждения ВЖП установлен во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде. Всем им были выполнены хирургические вмешательства, направленные на наружное либо внутреннее отведение желчи, которые привели к развитию РС ЖП. В 6 (18,1%) наблюдениях стриктура ЖП развивалась в отдаленном послеоперационном периоде: 5 (15,1%) оперированы по поводу холедохолитиаза и гнойного холангита, 1 (3,0%) – по причине разрыва эхинококковой кисты

с прорывом в БТ. Пациенты с РС ЖП в зависимости от уровня окклюзии распределены на 4 группы (по Э. И. Гальперину, 2011): «+2» – 12; «+1» – 10; «0» – 15; «-1» – 7; «-2» – 4.

Диагностический алгоритм включал наряду с общепринятыми лабораторными исследованиями УЗИ и МРТ. Для уточнения нижней границы блока при ВОО 24 больным выполнено ЭРХПГ. Пациентам с подозрением на опухолевую природу заболевания исследовали кровь на онкомаркер СА 19-9.

В 46 (41,0%) случаях была использована одноэтапная хирургическая тактика, из них у 21 (45,6%) больного имелась опухолевая обструкция. Из них, в 16 случаях выполнены стентирование протоков и наружное дренирование БТ, в 5 – резекция желчных протоков с бигепатикоеюностомией на изолированной по Ру петле тощей кишки. У 25 (54,4%) пациентов, которым применена одноэтапная тактика лечения, имелась высокая стриктура рубцового характера, и им выполнены следующие вмешательства: резекция ЖП и гепатикоеюностомия на изолированной по Ру петле тощей кишки – 13 (52,0%); бигепатикоеюностомия на изолированной по Ру петле тощей кишки – 10 (40,0%), из них в 7 наблюдениях на «мигрирующих» пластиковых стентах; тетрагепатикоеюностомия на изолированной по Ру петле тощей кишки и «мигрирующих» стентах – в 2 (8,0%) случаях.

Двухэтапная тактика применена у 66 (59,0%) пациентов. Всем им на первом этапе лечения была выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС).

В 33 наблюдениях при ВОО ЖП на втором этапе лечения выполнены следующие вмешательства: резекция ЖП и гепатикоеюностомия на изолированной по Ру петле тощей кишки – в 12 (36,3%), бигепатикоеюностомия на изолированной по Ру петле тощей кишки на «каркасных» удаляемых дренажах – в 11 (33,3%); на «мигрирующих» стентах – в 6 (18,4%); щадящая хиатальная резекция печени с тетрагепатикоеюностомией на «мигрирующих» стентах – в 3 (9,6%), и в одном случае (3,0%) – квадригепатикоеюностомия на «мигрирующих» стентах.

В 10 (23,2%) наблюдениях второй этап лечения не проведен ввиду наличия метастазов в печени. Эти пациенты выписаны с функционирующей гепатикостомой под наблюдение онколога по месту жительства.

В группе пациентов (23 чел.) с ВРС ЖП на втором этапе лечения выполнены следующие оперативные пособия: иссечение рубца, гепатикоеюностомия на

изолированной по Ру петле тощей кишки – 10 (43,4%); бигепатикоеюностомия на изолированной по Ру петле тощей кишки на «каркасных дренажах» – 8 (34,7%), на «мигрирующих» стентах – 3 (13,3%), стентирование ЖП – 1 (4,3%); частичная резекция 4-го сегмента, тетрагепатикоеюностомия на мигрирующих стентах – 1 (4,3%).

УЗИ гепатопанкреатодуоденальной зоны выполняли на аппарате «ALOKA-SSD-5500», «LOGIQ-PS»; МРТ – на аппарате «GENERAL ELEKTRIC I.STC», ЧЧХС – на универсальной системе «INNOVA 3100-IQ» (модель OPTIMA); РХПГ – с использованием видеоэндоскопической стойки фирмы «Olympus» и системы «INNOVA 3100-IQ». В случаях выполнения хиатальной резекции печени применялся ультразвуковой деструктор-аспиратор «Sonoca»-300 фирмы «Soring».

Результаты и обсуждение

Очень важным моментом диагностического этапа ПС ЖП является определение точного уровня обструкции, протяженности и степени дилатации внутрипеченочных ЖП. Высококонтрастными из неинвазивных методов

являются УЗИ и МРТ. Характерными УЗ-признаками почти всех ПС ЖП в наших наблюдениях были: расширение внутрипеченочных ЖП, спавший безжидкого содержимого желчный пузырь, почти нормального диаметра холедох – $6,4 \pm 0,8$ мм (рис. 1). МР-холангиопанкреатикография (МРХПГ) позволяла пространственно оценить состояние всех ЖП и главного панкреатического протока с его притоками и с высокой точностью определить верхнюю границу обструкции (рис. 2). ЭРХПГ удалось выполнить 54 (50,4%) пациентам, и она наиболее точно определяла нижнюю границу блока. Всем пациентам с тяжелой формой желтухи (66 чел.) была выполнена ЧЧХС с предварительной холангиографией. Сопоставительный анализ данных всех использованных изобразительных методов диагностики позволил определить верхние и нижние границы окклюзии и её протяженность.

Уровень окклюзии БТ и её протяженность представлены в таблице.

Осложнения при декомпрессии БТ путем выполнения ЧЧХС отмечены у 4 (6,0%) пациентов. Из них в двух случаях имели место желчеистечение в свободную брюшную полость и кровотечение из места пункции

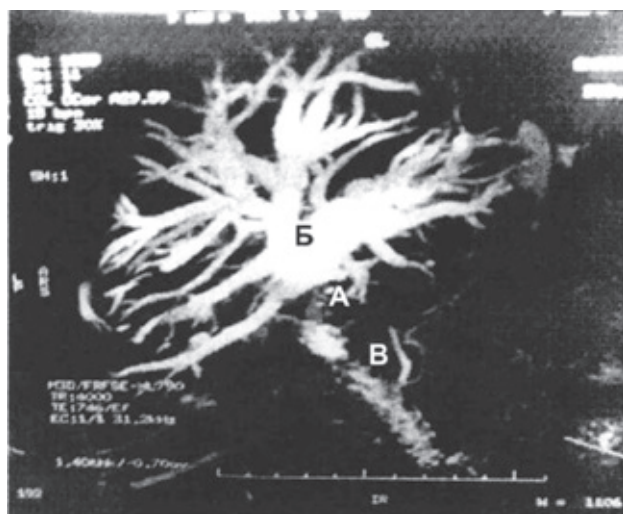


Рис. 1. Эхосонограмма гепатобилиарной системы:

- 1 – расширенные внутрипеченочные ЖП;
2 – спавшийся желчный пузырь;
3 – нормального диаметра холедох



Рис. 2. МР-холангиопанкреатикография:
А – уровень обструкции БТ; Б – расширенные внутрипеченочные ЖП; В – нормального диаметра главный панкреатический проток

Уровень окклюзии БТ и её протяженность

Уровень окклюзии БТ	Количество больных и протяженность стриктуры БТ (см)			
	До 1,0	1,0–2,0	2,0–2,5	2,5–3,0
Гепатикохоледох	4	14	22	2
Гепатикохоледох с переходом на конфлюэнс	-	-	3	1
Конфлюэнс с переходом на правый желчный проток	3	3	12	4
Конфлюэнс с переходом на левый печеночный проток	-	3	14	2
Конфлюэнс с переходом на оба долевых протока	1	-	1	4
Правый печеночный проток	-	1	-	-
Левый печеночный проток	-	-	1	2
Поражение обоих долевых протоков	-	-	3	6
Вовлечение в процесс протоков второго порядка	-	1	3	5
Итого	8	22	59	26

печени. Эти осложнения устранены путем выполнения лапароскопии, наложения эндошва печени вокруг дренажа и дренирования брюшной полости. В третьем случае выявлено накопление крови и желчи в плевральной полости. Данное осложнение разрешилось путем пункции плевральной полости и эвакуации содержимого. В 7 (10,6%) наблюдениях пришлось выполнить переустановку катетера в связи с его плохой дренажной функцией и отсутствием адекватной декомпрессии БТ.

Интраоперационные осложнения в виде кровотечения были отмечены в 6 (6,1%) наблюдениях. Все они – из паренхимы печени при стриктурах III и IV типа (Bismuth – Corlette). Кровотечение во всех случаях остановлено интраоперационным прошиванием сосудов викарированной нитью.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения отмечены в 17 (17,1%) наблюдениях. Из них несостоятельность БДА отмечена в 3 случаях. Выполнены релапаротомия, наружное дренирование БТ. Через 1,5 месяца повторная реконструкция БТ, выздоровление. Аррозионное кровотечение в зоне БДА имело место в 2 случаях. Выполнены релапаротомия, остановка кровотечения путем прошивания кровоточащего сосуда, дренирование БТ наружу. Из них один пациент умер от нарастающей печеночно-почечной недостаточности, второму пациенту проведена повторная реконструкция БТ, наступило выздоровление. Биломы в зоне операции отмечены у 8 пациентов, что потребовало выполнения пункции и дренирования подпеченочного пространства под УЗ-наведением. Больные выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии. Печеночная недостаточность в послеоперационном периоде прогрессировала в 3 наблюдениях, из них одна пациентка умерла. Нагноение послеоперационной раны имело место в 4 случаях. Летальность в ближайшем послеоперационном периоде составила 2,0%.

В ближайшем послеоперационном периоде явления холангита имели место у 36 (36,4%) больных. Большинство из них приходится на начальный этап освоения методики реконструкции БТ, когда для БДА использовали изолированную по Ру петлю тощей кишки длиной 70–80 см, как это рекомендуют большинство гепатохирургов. В последние годы нами увеличена длина петли тощей кишки до 100 см, и во всех случаях стали использоваться «каркасные дренажи», выводимые наружу через ушитые концы петли (35 операций). «Каркасные дренажи» удаляли через 2,5–3 месяца. Явления холангита после удаления дренажей среди данной группы больных отмечены в 11,4% (4 наблюдения), а среди пациентов (19 чел.), которым БДА были выполнены на «мигрирующих» внутрипросветных стентах, явления холангита имелись почти у 60,3% (11) больных. Следует отметить, что проявления холангита начинались сразу после введения энтерального питания.

В отдаленном послеоперационном периоде стеноз БДА отмечен в 12 (12,1%) наблюдениях, из них в 4 случаях выполнена повторная реконструкция БТ, а в 8 – чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование БТ.

При ВОО желчных протоков рецидив заболевания до одного года отмечен у 31,4% больных, пятилетняя выживаемость составила 14,8%.

Таким образом, наиболее чувствительными, специфичными и точными методами диагностики высо-

ких окклюзий ЖП являются УЗИ и МР-холангиопанкреатография. Основным видом их хирургического лечения является наложение БДА. БДА с целью профилактики рефлюкс-холангита желательно выполнять с изолированной по Ру петлей тощей кишки длиной не менее 100 см. При малом диаметре ЖП, а также их выраженных воспалительно-склеротических изменениях целесообразно выполнение «каркасного» дренирования. При этом приоритетными являются дренажи, выводимые наружу по типу подвешной микроэнтеростомы. Формирование БДА, изолированной по Ру петли тощей кишки, с тканями вокруг желчных путей у ворот печени на «мигрирующих» силиконовых стентах является наиболее адекватным способом в плане профилактики рестенозов. Особенно данный вариант внутреннего отведения желчи показан в ситуации, когда после иссечения стриктуры либо удаления опухоли протоков обнажаются три и более ЖП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурякина С. А., Кармазановский Г. Г. Опухоль Клацкина: Современные аспекты дифференциальной диагностики // *Анналы хир. гепатол.* – 2012. – Т. 17. № 1. – С. 100–109.
2. Гальперин Э. И., Дюжева Т. Г. Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии. – М.: Видар, 2011. – С. 97–145.
3. Дюжева Т. Г., Савицкая Е. Е., Котовский А. Е., Батин М. А. Биодegradируемые материалы и методы тканевой инженерии в хирургии желчных протоков // *Анналы хир. гепатол.* – 2012. – Т. 17. № 1. – С. 94–99.
4. Майстренко Н. А., Шейко С. Б., Алентьев А. В. Холангиоцеллюлярный рак: особенности диагностики и лечения // *Практ. онкол.* – 2008. – Т. 9. № 4. – С. 229–236.
5. Федоров В. Д., Вишневецкий В. А., Кубышкин В. А., Чжао А. В. Хирургическое лечение рака общего печеночного протока // *Кремлевская медицина.* – 2002. – № 4. – С. 13–17.
6. Alazmi W. M., Fogeln E. L., Watkins J. L. et al. Recurrence rate of anastomotic biliary strictures in patients who have had previous successful endoscopic therapy for anastomotic narrowing after orthotopic liver transplantation // *Endosc.* – 2006. – V. 38. № 6. – P. 571–574.
7. Archer S. B. et al. Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy: Results of a national survey // *An. surg.* – 2001. – V. 234. № 4. – P. 549–558.
8. Lillemoe K. D., Melton G. B., Cameron J. L. et al. Postoperative bile duct strictures management and outcome in the 1990s // *An. surg.* – 2000. – V. 232. № 3. – P. 430–441.
9. Targarona E. M. et al. How, when and why bile duct injury occurs. A comparison between open and laparoscopic cholecystectomy // *Surg. endosc.* – 1998. – № 12. – P. 322–326.
10. Yazumi S., Chiba T. Biliary complications after a right-lobe living donor liver transplantation // *J. gastroenterol.* – 2005. – V. 40. – P. 861–865.
11. Coelho-Pradhu N., Baron T. H. Assessment of need for repeat EPCP during biliary stent removal after clinical resolution of postcholecystectomy bile leak // *Am. j. gastroenterol.* – 2010. – V. 105. – P. 100–105.
12. Jepeda – Gomez S., Todd H. Baron. Benign biliary strictures: current endoscopic management // *Nat. rev. gastroenterol. hepatol.* – 2011. – V. 8. – P. 573–581.
13. Weber A., Feussner H., Wincelmann F. et al. Long-term outcome of endoscopic therapy in patients with bile duct injury after colectomy // *J. gastroenterol. hepatol.* – 2009. – V. 24. № 5. – P. 762–769.

Поступила 18.02.2013

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра общей хирургии

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России,
Россия, Республика Дагестан, 367012, г. Махачкала, пл. Ленина, 1.
Тел.: 8 (928) 0606200, раб. 68-31-65. E-mail: raximat1281@mail.ru

Работа основана на анализе результатов клинического обследования и лечения 468 больных с острым холециститом (ОХ) старческого возраста. Все больные были разделены на три клинические группы: первую составили больные, которым выполнена ЛХЭ, – 42 пациента; вторую – пациенты, которым оперативная помощь оказана из МЛД с элементами «открытой» лапароскопии – 77 человек; в третью группу вошли лица, перенесшие оперативное вмешательство путем ШЛ, – 38 больных. Задачи обследования и лечения больных ОХ решали путем комбинированного и последовательного применения комплекса клинико-лабораторных исследований, инструментальных, рентгенологических и эндоскопических методов диагностики и диапевтики. Анализ результатов лечения больных с ОХ старческого возраста с применением разных хирургических доступов показывает, что у больных, оперированных с применением МТ, имеет место гладкое и более легкое течение ПП. ЛХЭ – радикальная операция, которая по праву может считаться приемлемой для лечения большинства больных с ОХ и ее осложнениями наряду с вмешательствами из традиционных доступов. Когда значительно повышаются требования к интраоперационной ревизии зоны операции и на порядок выше риск возникновения опасных ИОО, использование ШЛ более оправдано. В случаях, когда имеется высокий риск развития легочно-сердечных осложнений, более показанными являются методы щадящего оперирования из мини-доступа.

Ключевые слова: острый калькулезный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, мини-лапаротомный доступ, широкая лапаротомия, осложнения, старческий возраст.

R. T. MEDGIDOV, R. R. KURBANISMAILOVA

SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS PATIENTS SENILE AGE

Department of general surgery ГБОУ ВПО «Dagestan state medical Academy of the Ministry of health of Russia»,
Russia, Republic of Dagestan,
367012, Makhachkala, pl. Lenina, 1. Tel.: 8 (928) 0606200, 68-31-65. E-mail: raximat1281@mail.ru

The work is based on the analyses of the clinical examination's results and the treatment of 468 patients with cholecystitis (ACH) elderly patients. All the patients were divided into three group: the 1st group composed of patients who were undergone to the LCHE – 158 patients; in the 2nd group – the patients who had got the operative help from the MLA with the elements of «opened» laparoscopy – 155 persons; in the 3d group – the persons who undergone to the operative interference by means of wide laparotomy WL – 152 patients.

The problems of examination and treatment of the patients with ACH were decided in combination and consistent using the complex of clinical, laboratory investigations, tools, x-ray and endoscopical methods of diagnostics and diapervics.

The analysis of the results of the elderly patients treatment with DCH by using of different surgical accesses show that the patients operated with the using of miniinvasion technology had smooth and more slight course of postoperative period. LCHE – it is radical operation, that really can be considered suitable for the treatment of the most patients with the acute cholecystitis (ACH) and its complications with the interferences from the traditional accesses. When the requires to the intraoperative inspection are increased, zones of operation and the risk of appearance of dangerous intraoperative complications are higher using WL more really. When there are the high risk of development of pulmonary – cardiac complications the methods of none aggressive operation from the miniaccess are more suitable.

Key words: acute calculous cholecystitis, laparoscopic access, minilaparotomical access, wide laparotomy, complications, elderly patients.

Введение

В последние годы отмечается значительный рост числа больных с острым холециститом (ОХ) старческого возраста [2, 4, 5, 10].

Наряду с очевидными преимуществами нетрадиционные доступы обладают и целым рядом недостатков, к которым, в частности, относятся невозможность пальпаторной ревизии органов брюшной полости, необходимость напряженного пневмоперитонеума, различные технические ограничения методик. Эти недостатки новых, так называемых «малых» доступов могут привести к развитию осложнений, в ряде случаев весь-

ма серьезных, требующих для своей коррекции широкой лапаротомии (ШЛ) [2, 5, 6, 8].

Сообщения ведущих хирургов на симпозиумах, съездах, конгрессах свидетельствуют о существовании еще не решенных, проблемных вопросов при выборе оптимального хирургического доступа у больных с калькулезным холециститом (КХ) и его осложнениями [7, 8, 10]. Большинство сторонников новых методов оперирования на желчном пузыре (ЖП) и протоках стремятся к универсализации и расширению диапазона оперативных возможностей используемого и пропагандируемого ими доступа, рассматривая его