

С.А. ТЕРЕМОВ¹, А.С. МУХИН²

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

МЛПУ «Городская больница №35» г. Нижнего Новгорода¹,
ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава»²,
Российская Федерация

Цель. Улучшить результаты и представить собственный клинический опыт хирургического лечения пациентов с осложненными формами желчнокаменной болезни.

Материал и методы. В исследование включено 249 пациентов с осложненными формами желчнокаменной болезни (ЖКБ). Из 249 оперированы 225 человек (90,4%). 154 пациента из 249 (61,8%) страдали серьезными сопутствующими заболеваниями. Разработан диагностический алгоритм, который формировался по принципу от простого к сложному.

Результаты. Виды операций на внепеченочных желчных протоках (195 случаев): трансдуоденальная папиллосфинктеротомия – у 73 (37,0%); латеро-латеральная холедоходуоденостомия выполнена у 50 пациентов (26,0%); термино-латеральная холедоходуоденостомия – у 5 (3,0%); холедохолитотомия, шов холедоха – у 35 (18,0%); холедохоотомия, низведение камня в двенадцатиперстную кишку – у 15 (8,0%); эндоскопическая папиллосфинктеротомия – у 10 (5,0%); гепатикојеюностомия – у 4 (2,0%); холедохоотомия, ревизия и шов холедоха – у 3 (1,0%).

Заключение. Применение разработанного алгоритма дооперационного обследования и рациональной хирургической тактики на основе строгих показаний к различным способам внутреннего дренирования позволяет улучшить результаты лечения холедохолитиаза и его осложнений.

Ключевые слова: холедохолитиаз, механическая желтуха, диагностический алгоритм, лечение

Objectives. To improve the results and to propose own clinical experience of surgical treatment of patients with the complicated forms of cholelithiasis.

Methods. 249 patients with the complicated forms of cholelithiasis were included in the investigation. 225 patients from the total 249 were operated on (90,4%). 154 (61,8%) patients out of 249 suffered from serious accompanying diseases. The diagnostics algorithm was worked out which is based on the principle from the simple to the complex.

Results. Kinds of surgeries on the extrahepatic bile ducts (195 cases) were the following: transduodenal papillosphincterotomy – in 73 (37,0%); latero-lateral choledochoduodenostomy – in 50 patients (26,0%); termino-lateral choledochoduodenostomy – in 5 (3%); choledocholithotomy, choledochal suture – in 35 (18%); choledochotomy, bringing the stone down to the duodenum – in 15 (8,0%); endoscopic papillosphincterotomy – in 10 (5,0%); hepaticojejunostomy – in 4 (2,0%); choledochotomy, revision and choledochal suture – in 3 (1,0%).

Conclusions. Application of the designed algorithm of the preoperative examination and rational surgical tactics based on the strict indications concerning different methods of the internal drainage permits to improve the treatment results of choledocholithiasis and its complications.

Keywords: choledocholithiasis, mechanical jaundice, diagnostic algorithm, treatment

Введение

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) широко распространена во всех цивилизованных странах, в том числе и в России. Особенно высока заболеваемость среди женщин в возрасте старше 35 лет. Ежегодно в мире производится более 2,5 млн. операций на желчных путях (преимущественно холецистэктомии при ЖКБ), в нашей стране – около 100 тыс. холецистэктомий в год, а в США – в 5-6 раз больше [1, 2, 3, 4].

За последние годы отмечается неуклонное увеличение числа пациентов ЖКБ, которым необходимо хирургическое лечение. Операции на желчном пузыре и протоках занимают первое место среди вмешательств на органах брюшной полости [2, 4, 5].

Увеличение числа операций по поводу ЖКБ связано как с внедрением новых диагностических методик – ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ), ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ), лапароскопии, так и с увеличением числа пациентов пожилого и старческого возраста с нарушениями обмена веществ [2, 4, 5, 6].

Летальность после экстренных операций по поводу острого холецистита у пожилых людей достигает 15-20 % [1, 2, 5, 7].

Частота обнаружения камней во внепеченочных желчных протоках у пациентов с ЖКБ увеличивается с возрастом и давностью заболевания. У пациентов, моложе 60 лет, камни общего желчного протока встречаются в 8-15% случаев, в то время как у пациентов, старше 60

лет, частота холедохолитиаза достигает 15-60 % [2, 3, 7].

В настоящее время предложены новые технологии лечения ЖКБ: лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), микрохолецистостомия (МХС) с помощью лапароскопии или УЗИ, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), различные методы литотрипсии [5, 8]

Тактика хирургического лечения воспалительных заболеваний желчных путей, осложненных механической желтухой, холангитом, острой печеночной недостаточностью, претерпела за последние 20 лет значительные изменения, направленные, прежде всего, на снижение травматичности проводимого вмешательства. Если раньше в ведущих клиниках нашей страны холецистэктомия (ХЭ) дополнялась холедохотомией, удалением конкрементов и наложением холедоходуоденоанастомоза (ХДА) или трансдуоденальной папиллосфинктеротомией у 10% пациентов, то в настоящее время основным вмешательством является ХЭ с ревизией при необходимости общего желчного протока путем операционной холангиографии или холедохоскопии [1, 2, 5, 7]. Это связано, прежде всего, с повышением уровня оснащённости стационаров, который позволяет выполнять высокотехнологичные малоинвазивные вмешательства на холедохе и Фатеровом соске. Тем не менее, открытая хирургическая санация желчных путей при острых воспалительных заболеваниях остается наиболее распространенным вмешательством у данной категории пациентов.

Общепринятым стандартом сегодняшнего дня в лечении холедохолитиаза является использование эндоскопической техники [5, 9]. Однако, несмотря на все преимущества эндоскопии, у этого метода существуют и тяжелые осложнения, приводящие к летальному исходу. Так, у пациентов с множественными и (или) крупными конкрементами санация желчных протоков занимает продолжительное время, что отягощает и без того тяжелое состояние пациента и приводит к избыточным материальным затратам [6, 8, 9] кроме того, в повседневной практике хирурга из-за отсутствия соответствующего оснащения или патоморфологических изменений в зоне большого дуоденального соска и печеночно-двенадцатиперстной связки «золотой стандарт» лечения холедохолитиаза бывает трудноосуществим. По этим причинам не следует отказываться от выбора хирургических методов лечения [1, 4, 6].

Данная статья посвящена проблеме оценки вариантов хирургических вмешательств на внепеченочных желчевыводящих путях у пациентов с различными осложнениями жел-

чнокаменной болезни, предлагается диагностический и лечебный алгоритм с учетом общего состояния и возраста пациента, наличия сопутствующих заболеваний, хирургического опыта и технической оснащённости.

Цель: улучшить результаты и представить собственный клинический опыт хирургического лечения пациентов с осложненными формами желчнокаменной болезни.

Материал и методы

За период 2000-2009 гг. в хирургическом отделении МЛПУ «Городская больница №35» г. Нижнего Новгорода находилось на лечении 249 пациентов с осложненными формами желчнокаменной болезни (ЖКБ). Мужчин было 50 (20,0%), женщин – 199 (80,0%). Из 249 оперированы 225 человек (90,4%).

Возраст пациентов варьировал от 15 лет до 91 года (медиана – Me = 68,0 лет) (рис. 1). Следует отметить, что пациенты старше 60 лет составили 71,5% (178 человек из 249).

Длительность заболевания варьировала от 2 часов до 15 лет. 154 пациента из 249 (61,8%) страдали серьезными сопутствующими заболеваниями жизненно важных органов (ИБС, гипертоническая болезнь II-III стадии, хроническая обструктивная болезнь, сахарный диабет, ожирение), которые значительно усугубляли тяжесть основного заболевания, повышали риск оперативного вмешательства и в значительной степени влияли на хирургическую тактику. В 141 наблюдении из 249 (56,6%) имелись сочетанные заболевания от 2 до 4 систем организма, причем зачастую пациенты имели несколько сопутствующих заболеваний. Структура основной сопутствующей патологии была следующей: артериальная гипертония – 102, ИБС – 101, ОНМК в анамнезе – 21, сахарный диабет – 14 (рис. 2).

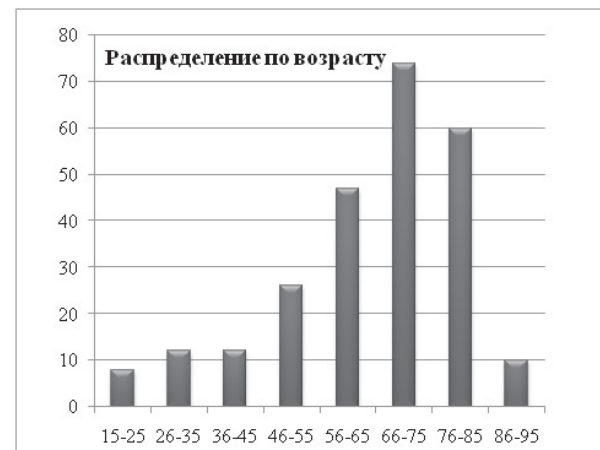


Рис. 1. Распределение пациентов по возрасту

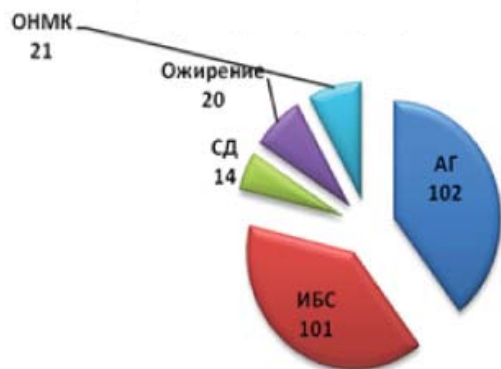


Рис. 2. Характер сопутствующих заболеваний у пациентов

Среди 249 пациентов с осложнениями ЖКБ 221 имели различные формы воспаления желчного пузыря, что составило 88,8% от 249 наблюдавшихся, 26 человек (10,4%) поступили в клинику с диагнозом «Постхолецистэктомический синдром» и 2 (0,8%) с диагнозом – «Стриктура гепатикоюноанастомоза, холангит».

По характеру воспаления в желчном пузыре пациенты распределились следующим образом: хронический холецистит – 18 (8,2%), катаральный – 44 (20,0%), флегмонозный – 144 (65,5%), гангренозный – 15 (6,8%) (рис. 3).

По характеру патологии внепеченочных желчных протоков пациенты распределились следующим образом (таблица): холедохолитиаз, механическая желтуха – 106 человек; холедохолитиаз, стеноз большого дуоденального соска (БДС) – 56; ущемленный камень БДС – 41; стеноз терминального отдела холедоха – 9; резидуальный холелитиаз – 6; стриктура гепатикоюноанастомоза – 2; острый панкреатит, механическая желтуха – 3; состояние после холедоходуоденостомии (ХДА); рефлюкс-холангит – 2 человека. Гнойный холангит осложнил течение протоковой патологии в 67 случаях, острый панкреатит – в 23.

Для статистической обработки получен-

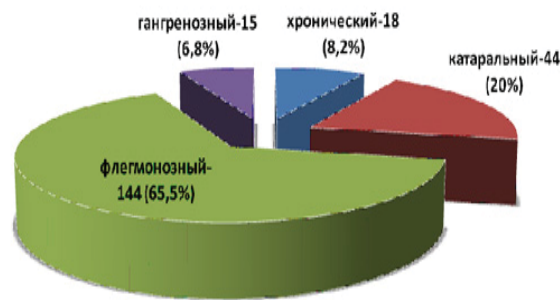


Рис. 3. Характер воспаления желчного пузыря

ных данных использовалась компьютерная программа «STATISTICA 6.0». Проверка нормальности распределения количественных признаков не проводилась, так как все полученные данные рассматривались как непараметрические. При анализе более двух количественных или качественных признаков в независимых выборках использовался способ построения и анализа таблицы сопряженности (crosstabulation) по критерию χ^2 .

Успех диагностики определяется в целом не только применяемыми методами обследования, но и рациональным их сочетанием. Это утверждение стало краеугольным камнем построения диагностической программы. Алгоритм обследования формировался по принципу от простого к сложному, от наиболее распространенных методов к специализированным и более дорогостоящим. Обследование начинали с УЗИ и ФГДС, определения биохимических показателей крови, на первом этапе подтверждая механический характер желтухи и выявляя предположительную этиологию. На следующем этапе при необходимости верифицировали диагноз при помощи современных малоинвазивных технологий. Эндоскопия может быть дополнена РХПГ. Это особенно необходимо в слу-

Таблица

Характер патологии внепеченочных желчных протоков у 225 оперированных пациентов

Патология	Количество пациентов
Холедохолитиаз, механическая желтуха	106 (47,1%)
Стеноз БДС	56 (24,9%)
Ущемленный камень БДС	41 (18,2%)
Стеноз терминального отдела холедоха	9 (4,0%)
Резидуальный холедохолитиаз	6 (2,7%)
Острый панкреатит, механическая желтуха	3 (1,3%)
Стриктура гепатикоюноанастомоза	2 (0,9%)
Рефлюкс-холангит	2 (0,9%)
Всего	225

чае нерасширенных желчных протоков и при подозрении на холедохолитиаз. При обнаружении дилатации протоков, проксимальном блоке эхоскопическое исследование может быть дополнено чрескожной чреспеченочной холангиографией (ЧЧХГ). Наиболее целесообразно применение данного метода при подозрении на опухолевый характер обтурационного холестаза или стриктуры протоков.

По результатам обследования выбирали тактику: лапаротомия или этапное лечение. При длительной желтухе, высоком уровне эндогенной интоксикации малоинвазивные диагностические методы дополняем лечебными манипуляциями – ЭПСТ или ЧЧХС в качестве первого этапа оперативного лечения – рис. 4.

Программа дооперационного обследования включала в себя следующие этапы:

1) клиническое исследование (анамнез заболевания, осмотр пациента, пальпация живота и др.). Особое внимание обращалось на интенсивность и длительность желтухи, наличие и степень выраженности болевого синдрома, его локализацию;

2) лабораторные исследования крови и мочи. В тактике и объеме хирургического вмешательства главное значение имели показатели лейкоцитарного сдвига, уровень билирубина как основных показателей уровня печеночной недостаточности, что в первую очередь влияло на сроки и объем оперативного вмешательства;

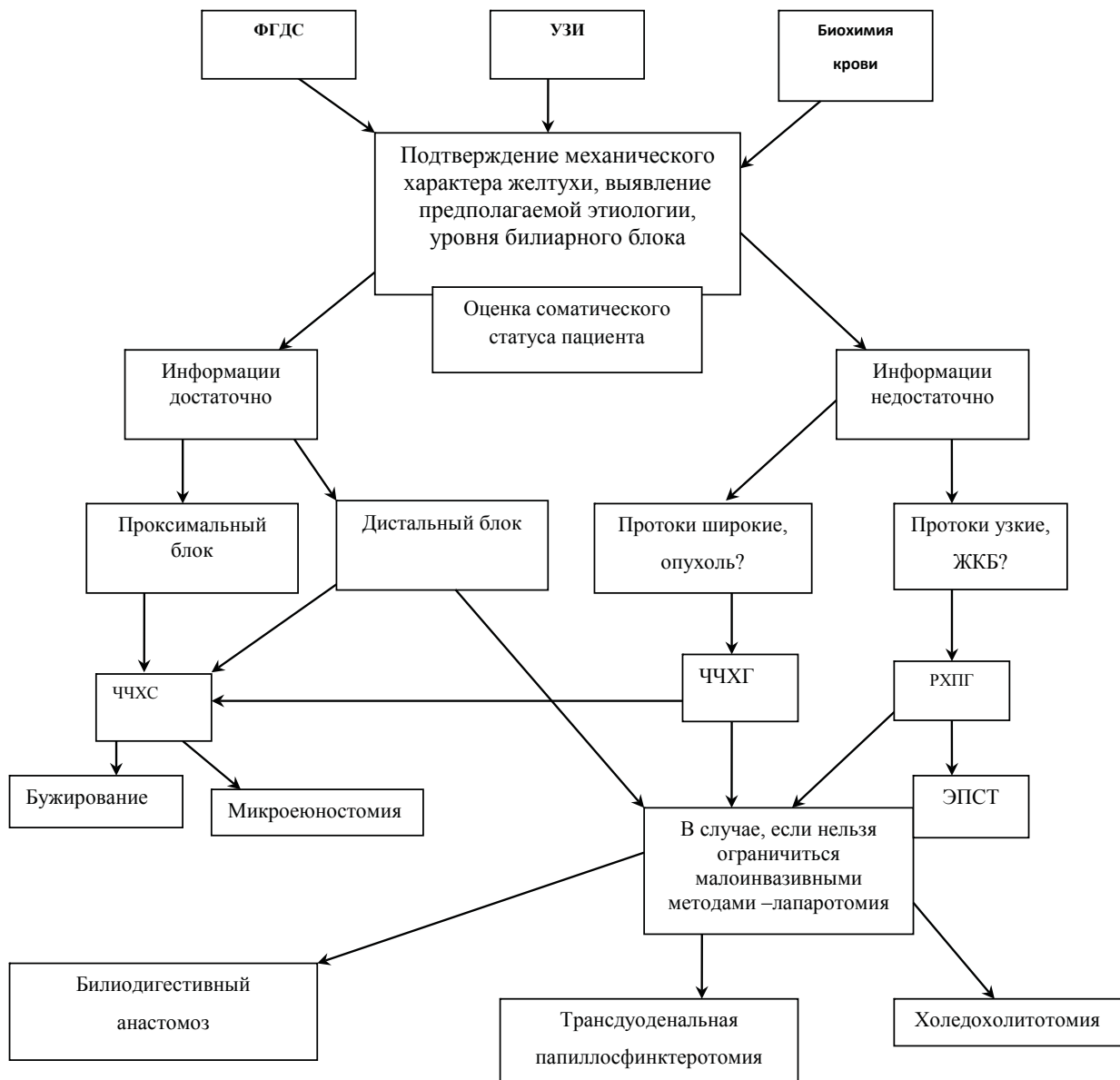


Рис. 4. Лечебно-диагностический алгоритм при механической желтухе

3) ультразвуковое исследование печени, внепеченочных желчных протоков, поджелудочной железы.

В клинике используется следующий диагностический алгоритм при доброкачественной патологии внепеченочных желчных путей.

При определении объема диагностических исследований исходили из необходимости уточнить до операции показания к способу хирургического лечения с учетом сопутствующих заболеваний. Правильное выполнение этого требования достигалось лишь при комплексном обследовании пациентов. Предпочтение отдавали миниинвазивным эндоскопическим вмешательствам. Определяющими в выборе хирургической тактики являлись инструментальные методы: УЗИ гепатопанкреатобилиарной зоны и эндоскопическое исследование двенадцатиперстной кишки и зоны Фатерова соска.

Основными задачами алгоритма диагностики при обтурационном холестазе являлись следующие: 1) подтверждение механического характера желтухи, 2) выявление уровня обструкции билиарной системы, 3) определение этиологии заболевания, 4) уточнение степени операционного риска, 5) выбор оптимальной тактики лечения.

До операции УЗИ выполнялось всем пациентам. Основными задачами ультрасонографии считали: 1) определение характера желтухи (механического или иного), 2) предположительное выявление уровня препятствия, 3) обнаружение сопутствующей патологии, 4) выбор следующего этапа диагностики.

Главными признаками непроходимости желчных путей считали дилатацию холедоха и расширение внутрипеченочных желчных протоков. При этом руководствовались тем, что нормальный диаметр холедоха составляет 4-5 мм акустически, 6 мм по данным интраоперационной холангиографии и 7-8 мм визуально. Общий желчный проток считали дилатированным при его диаметре по данным УЗИ свыше 5 мм.

Проведенные исследования показали, что данные УЗИ высокоинформативны, но не являются заключительным диагнозом. По результатам ультрасонографии ставится предположительный диагноз, который затем верифицируется, как правило, рентгеноконтрастными методами во время оперативного вмешательства. Результаты УЗИ использовались нами для выработки всей дальнейшей лечебной и диагностической тактики.

ФГДС предоставила весьма ценную дополнительную информацию для дифферен-

циальной диагностики механической желтухи. Визуальные данные, на основании которых решалась задача выявления доброкачественного характера подразделяли на следующие: 1) видимые воспалительные изменения БДС, поступление желчи с «замазкой» и гноем, 2) конкременты, пролабирующие в просвет парафатеральной области двенадцатиперстной кишки (ДПК) в зоне проекции терминального отдела холедоха, 3) эндоскопическая картина опухоли фатерова соска, желудка.

Большое диагностическое значение имел один из самых простых и наглядных эндоскопических симптомов непроходимости желчных путей – визуальная оценка поступления в двенадцатиперстную кишку желчи.

В результате анализа полученных результатов установили необходимость включения ФГДС с обязательным осмотром БДС в лечебно-диагностический алгоритм. Исследование занимает минимум времени, практически не требует подготовки, позволяет подтвердить механический характер желтухи, определить степень нарушения оттока желчи. Обязательный осмотр БДС в ряде случаев помогает установить точный диагноз, выявить сопутствующую патологию. Кроме того, ФГДС – самый безопасный из всех инвазивных методов.

Результаты и обсуждение

Оперированы 225 пациентов. Холецистостомия выполнена 11 пациентам; холецистэктомия, дренирование культи пузырного протока (ДКПП) – 19. 6 пациентам в качестве первого этапа выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия, 4 пациентам – чрескожная чреспеченочная холецистостомия, 2 – холецистостомия из минилапаротомного доступа в сроки от 12 до 48 часов от поступления. Радикальная операция выполнялась в сроки от 2 до 7 суток после первого этапа.

Виды операций на внепеченочных желчных протоках (195 случаев) распределились следующим образом (рис. 5): трансдуоденальная папиллосфинктеротомия – у 73 (37,0%); латеро-латеральная холедоходуоденостомия выполнена у 50 пациентов (26,0%); термино-латеральная холедоходуоденостомия – у 5 (3,0%); холедохолитотомия, шов холедоха – у 35 (18,0%); холедохотомия, низведение камня в двенадцатиперстную кишку – у 15 (8,0%); эндоскопическая папиллосфинктеротомия – у 10 (5,0%); гепатикоеюностомия – у 4 (2,0%); холедохотомия, ревизия и шов холедоха – у 3 (1,0%).

Окончательное решение о способе вну-

треннего дренирования принимали во время оперативного вмешательства после ревизии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны и обязательной интраоперационной холангиографии, которую считаем главным диагностическим критерием для решения вопроса о способе хирургической коррекции желчной гипертензии.

При стенозе протяженностью не более 1,5 см, фиксированном или ущемленном камне БДС выполняли трансдуоденальную папилосфинктеротомию.

Холедохолитотомию со швом холедоха производили только при отсутствии острого панкреатита и подтверждении проходимости терминального отдела холедоха при ревизии зондом и обязательной контрольной холангиографии через ДКПП после ушивания холедохотомического отверстия.

Гидравлическое низведение камня в двенадцатиперстную кишку считали возможным только при наличии единичного (не более 3 мм в диаметре) конкремента терминального отдела холедоха при отсутствии его протяженного стеноза и острого панкреатита.

Латеро-латеральная холедоходуоденосто-



Рис. 5. Виды операций на внепеченочных желчных протоках (% рассчитан на 195 оперированных на протоках)

мия по Юрашу-Виноградову выполнялась при подтвержденном протяженном (более 1,5 см) стенозе терминального отдела холедоха, наличии множественных мелких конкрементов, «замазки», отсутствии уверенности в полном удалении всех конкрементов из холедоха.

Показаниями к формированию терминолатерального холедоходуоденоанастомоза считаем стойкое нарушение дренажной функции общего желчного протока, возникающее при хроническом индуративном панкреатите с протяжным (более 2 см) тубулярным сужением терминального отдела холедоха, множественном холедохолитиазе с дилатацией протока. Главным условием операции является наличие широкого (более 1,5 см в диаметре) холедоха с утолщенными фиброзными стенками, но без «свежей» воспалительной инфильтрации. Это, наряду с использованием прецизионного шва, позволяет избежать в последующем возникновения рубцовой стриктуры терминолатерального холедоходуоденоанастомоза.

Показаниями к наружному декомпрессионному дренированию желчных путей через культю пузырного протока [10] являлись: острый панкреатит, гнойный холангит, выраженные воспалительные изменения стенки общего желчного протока, двенадцатиперстной кишки, БДС. Наружное декомпрессионное дренирование позволяет в послеоперационном периоде оценить дебит желчи, проходимость желчных путей на фоне проводимой противовоспалительной терапии, при необходимости выполнить контрольную фистулохолангиографию. ДКПП после операций внутреннего дренирования применен нами в 178 случаях, дренирование холедоха по Керу — у 7 пациентов.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения имели место в 3,6% случаях из 195 оперированных на протоках пациентов:

- 1) эвентрация - 2; на 7-е сутки с момента операции. Выполнено ушивание эвентраций;
- 2) выпадение ДКПП; желчный перитонит -2. Выполнена релапаротомия на 5-е сутки с момента операции, Т-дренирование холедоха;
- 3) желчный перитонит после удаления ДКПП на 22 сутки после операции. Выполнены санация и дренирование брюшной полости;
- 4) ограниченный желчный перитонит — 1. Выполнены санация и дренирование брюшной полости;
- 5) нагноение послеоперационной раны — 1;
- 6) острая сердечная недостаточность на вторые сутки после операции — 1. Пациенту с выраженной сопутствующей патологией была выполнена холецистостомия по поводу флег-

монозного холецистита;

7) полиорганная недостаточность, бактериальный шок. Пациентка поступила на 14-е сутки от начала заболевания с явлениями гнойного холангита;

8) бактериальный шок, развившийся на 21-е сутки после операции. У пациентки сформировался абсцесс подпеченочного пространства, через 20 суток от первой операции выполнены релапаротомия, дренирование подпеченочного пространства, дренирование холедоха по Керу;

9) кровотечение в брюшную полость из ложа желчного пузыря – 1. Повторная операция в тот же день – релапаротомия, тампонирование подпеченочного пространства. Смерть на вторые сутки после повторной операции от острой сердечной недостаточности.

Несостоятельности холедоходуоденоанастомоза, швов стенки двенадцатиперстной кишки не отмечено.

Летальность составила 1,8% – умерло четверо пациентов из 225 оперированных.

Средний койко-день пребывания в стационаре составил – $17,6 \pm 10,1$ (медиана – $Me = 17,0$).

Средний койко-день после операции составил – $15,2 \pm 9,7$ (медиана – $Me = 13,0$). Мы не выявили различий в койко-дне между двумя возрастными группами оперированных пациентов: первая группа – возраст от 15 до 59 лет – 56 человек (медиана – $Me = 14,0$); вторая группа – возраст от 60 до 91 года – 139 человек (медиана – $Me = 14,0$). $p = 0,466982$.

Выводы

1. Выполнение хирургических вмешательств при воспалительных заболеваниях внепеченочных желчных путей может привести к тяжелым осложнениям в раннем послеоперационном периоде: кровотечение из зоны ХДА, геморрагический синдром, несостоятельность холедоходуоденоанастомоза и швов стенки двенадцатиперстной кишки. Эти осложнения обусловлены, прежде всего, наличием желчной гипертензии и неразрывно связанной с ней острой печеночной, а зачастую и полиорганной недостаточностью.

2. У пациентов с выраженными проявлениями острой печеночной недостаточности (высокие цифры билирубина – свыше 150,0 мкмоль/л, аминотрансфераз), длительным (свыше 5 дней) желтушным анамнезом, гнойным холангитом первым этапом необходимо выполнение декомпрессионного дренирования желчных путей в виде открытой (через

минилапаротомный доступ) или чрезкожной чрезпеченочной холангио- или холецистостомии.

3. Способ внутреннего дренирования должен выбираться только с учетом данных интраоперационной холангиографии: при стенозе протяженностью не более 1,5 см, фиксированном или ущемленном камне БДС – трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, при протяженном (более 1 см) стенозе терминального отдела холедоха – термино-латеральная или латеро-латеральная холедоходуоденостомия. Гидравлическое низведение камня в двенадцатиперстную кишку возможно только при наличии единичного (не более 3 мм в диаметре) конкремента терминального отдела холедоха при отсутствии его протяженного стеноза.

4. При наличии острого панкреатита, гнойного холангита, выраженных воспалительных изменений стенки общего желчного протока, двенадцатиперстной кишки, БДС вмешательство следует завершать наружным декомпрессионным дренированием желчных путей через культю пузырного протока.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллоев, Д. А. Хирургическое лечение больных с осложненными формами желчнокаменной болезни / Д. А. Абдуллоев, К. М. Курбонов, А. О. Исоев // Вестн. хирургии. – 2007. – Т. 166, № 2. – С. 68-71.
2. Брискин, Б. С. Хирургическая тактика при остром холецистите и холедохолитиазе, осложненном механической желтухой у больных пожилого и старческого возраста / Б. С. Брискин // Анналы хирург. гепатол. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 15-19.
3. Гальперин, Э. И. Руководство по хирургии желчных путей / Э. И. Гальперин, П. С. Ветшев. – 2-е изд. – М.: Издат. дом «Видар-М», 2009. – 568 с.
4. Савельев, В. С. Диагностические и терапевтические возможности гиосцина бутилбромида (Бускопан®) при желчнокаменной болезни и бескаменном холестерозе желчного пузыря / В. С. Савельев, В. А. Петухов // Рус. мед. журн. – 2009. – Т. 17, № 25. – С. 1266-1281.
5. Ветшев, П. С. Хирургическое лечение холелитиаза: незыблемые принципы, шадящие технологии / П. С. Ветшев, А. М. Шулуто, М. И. Прудков // Хирургия. – 2005. – № 8. – С. 83-88.
6. Острый холецистит, осложненный механической желтухой и холедохолитиазом / А. С. Ермолов [и др.] // Неотлож. и спец. хирург. помощь: материалы IV Конгр. Москов. хирургов. – М., 2011. – С. 214-215.
7. Токин, А. Н. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с острым холециститом / А. Н. Токин, А. А. Чистяков, Л. А. Мамалыгина // Хирургия. – 2008. – № 11. – С. 26-30.
8. Глушков, Н. И. Миниинвазивные вмешательства в лечении желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста / Н. И. Глушков,

В. Б. Мосягин, В. С. Верховски // Хирургия. – 2010. – № 10. – С. 53-58.

9. Нестеренко, Ю. А. Лечение калькулезного холецистита и его осложнений / Ю. А. Нестеренко, С. В. Михайлулов, В. А. Бурова // Хирургия. – 2003. – № 10. – С. 41-44.

10. Дренаж культи пузырного протока: пат. / С. А. Теремов, А. С. Мухин. – № 99973; заяв. № 2010118213; приор. от 05.05.2010.

Адрес для корреспонденции

603089, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, ул. Республиканская, 47, Городская больница №35, хирургическое отделение, тел. раб.: +7 831 436-41-51, e-mail: tesian@ninodom.ru, Теремов С.А.

Поступила 22.07.2011 г.

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ

Э. МАТЕВОСЯН С СОАВТ.

ТУПАЯ ТРАВМА ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ – ОТ ПОПЫТОК СЕЛЕКТИВНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Р.Е. КАЛИНИН С СОАВТ.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ