УДК 616.366-003.7

Д.Т. Жұматаев, А.Н. Баймаханов, А.Ж. Нұрмақов, Д.А. Нұрмақов, А.Д. Раимханов
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

ЖЕДЕЛ ХОЛЕЦИСТИТТІҢ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗБЕН БІРГЕ ҚОСАРЛАСУ МӘСЕЛЕСІНЕ ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ КӨЗҚАРАС

(ӘДЕБИ ШОЛУ)

Жедел холецистит пен холедохолитиаздың қосарласуы анықталған науқастарды емдеу тактикасы ургентті хирургияның осы күнге дейін шешімін таппаған мәселесі болып табылады [1]. Аталған санаттағы науқастарға шұғыл операция жасау барысында дамитын асқынулар жиілігі әлі де жоғары көрстекіште, ал ауыр дәрежедегі механикалық сарғаю жағдайында жасалған операциялар кезінде летальді көрсеткіш 4,5-9% дейін жетіп жығылады [2]. Жедел холецисттің холедохолитиазбен қосарласуы кезіндегі тактикалық қадамдар дүние жүзінде әлі күнге дейін қызу талқылауға түсіп келеді және әр елде қабылданған емдеу хаттамаларына сәйкес әр қилы болып келеді [3, 4, 5]. Тәжірибеде жиі кезеңдік тактиканы қолданады, яғни бірінші кезеңде бауырдан тыс өт жолдарына алдын ала декомпрессия жасалады - эндоскопиялық ретроградты холангиопанкреатография эндоскопиялық папиллосфинктеротомиямен бірге (ЭРХПГ, ЭПСТ), кейін араға уақыт салып екінші кезең – радикалды оперативті шара лапароскопиялық холецистэктомия (ЛХЭ) жасалады [6]. Жалпы өт жолын декомпрессиялау әдісіне таңдау жасау және радикалды оперативті емді орындаулың оңтайлы уақыты – қазіргі уақытта өзекті мәселе болып табылады [7]. Осы жағдай кезіндегі емдеу тактикасы қатаң түрде индивидуалды болуы қажет, яғни пациенттің жалпы жағдайы, қосалқы аурулары, өт-тас ауруы кезінде дамыған асқыну ерекшелігі, холедохтағы тастардың көлемі, сонымен қатар мамандардың кәсіби дәрежесі мен медициналық ұйымның заманауи құрал-жабдықтармен қамтамасыз етілу сапасы есепке алынуы тиіс.
Ұсынылып отырған әдебиеттік шолуда жедел холецистит пен холедохолитиаздың қосарласуы жайлы жалпы мәліметтер, диагностикасы және хирургиялық емінің қазіргі уақыттағы жағдайы туралы тың деректер келтірілген.
Түйінді сөздер: жедел холецистит, холедохолитиаз, эндоскопиялық папиллосфинктеротомия, лапароскопиялық холецистэктомия.

Кіріспе.
Соңғы жылдары ЛХЭ өт қуығығының әр-түрлі ауруларының хирургиялық емінде «алтын стандарт» ретінде орын алды. Ал өт қуығындағы жедел қабынулық үрдіс холедохолитиазбен қосарласқан жағдайда диагностика мен емінің миниинвазивті әдістерін қолдану жиілігі жыл сайын өсіп келеді, сонымен қатар емдеу тактикасына қатысты хирургтар мен эндоскописттердің арасындағы қарама-қайшылық көзқарастарды теріске шығаруға болмайды. Жалпы өт жолындағы біріншілік тастар холедохтағы іркілу мен инфекцияның әсерінен пайда болса, екіншілік конкременттер холедохқа өт қуығының кеңіген түтігі немесе холецистобилиарлы жыланкөз арқылы өтіп кетеді. Аталған жіктелудің тактикалық маңызына тоқталсақ, біріншілік холедохолитиаз тек эндоскопиялық шаралармен ғана шектелсе, холедохтағы екіншілік конкременттер жалпы өт жолындағы блокты шешумен қатар бір уақытта конкременттердің біріншілік көзін, яғни өт қуығын да алып тастауды қажет етеді [8]. Эндоскопиялық және лапароскопиялық хирургияның қарыштап дамуына байланысты еміне қатысты бірнеше альтернативті қадамдар жасалды, мысалы эндоскопиялық ультрадыбысты зерттеу (ЭУДЗ), магнитно-резонансты холангиопанкреатография (МРХПГ), операция алдындағы эндоскопиялық ретроградты холангиопанкреатография (ОАЭРХПГ), интраоперационды ЭРХПГ (ИОЭРХПГ), операциядан кейінгі ЭРХПГ (ОКЭРХПГ), жалпы өт өзегін лапароскопиялық зерттеу (ЖӨӨЛЗ) және лапароэндоскопиялық конюляция немесе «Rendezvous» (LERV) әдісі («кездесу» сөзінен). ЖӨӨЛЗ мен LERV әдістері лапароскопиялық дағдылардың аса шеберлігі мен қымбат құрал-жабдықтарды талап етеді және негізінен жоғары мамандандырылған ғылыми орталықтарда орындалады. Біздің елде холедохолитиаздың негізгі емдеу әдісі ретінде ЭРХПГ болып саналады. Ал жедел холецистит пен холедохолитиаздың қосарласуы кезінде екі патология да нақты емдеу тактикасын қажет етеді және осы күнге дейін ЭРХПГ мен радикалды холецистэктомия арасындағы уақыттық факторға қатысты бірыңғай тұжырым жоқ. Денсаулық сақтау жүйесіндегі шығындарды оңтайландыру ең өзекті мәселелердің бірі болып табылады. Шығындарды үнемдеудің тиімді әдістерінің бірі – пациенттің стационардағы емделу күндерін қысқарту. Жедел холециститтің холедохолитиазбен қосарласуы кезінде біркезеңді емдеу тактикасын қолданса (ЭРХПГ+ЭПСТ+ЛХЭ) төсек-күндерінің қысқаруы айқын білінеді, рехоледохолитиаз жиілігі азайып, сәйкесінше аталған санаттағы науқастаға жұмсалатын шығындар да біршама үнемделеді.

1. Холецистохоледохолитиаз туралы жалпы мәліметтер.
Өт-тас ауруын (ӨТА) емдеудегі бүгінгі күнгі қол жеткізген жетістіктер мен заманауи технологиялық әдістерге қарамастан, аурудың асқынуымен жүретін түрлерінің жиі орын алуына орай, хирургия саласының маңызды мәселелерінің бірі болып отыр. Соның ішінде холедохолитиазды алатын болсақ, 60 жасқа дейін 12-28% жағдайда, ал 60 жастан асқан адамдарда 32% жағдайда кездеседі. Ал жедел холецистит кезінде холедохолитиаздың қосарлануы ӨТА бар науқастарда 35% дейін кездеседі [9, 10]. Холедохолитиаздың біріншілік және екіншілік түрлерін ажыратады. Біріншілік түрінде билиарлы сладждар мен конкременттер өт жолдарының өзінде пайда болса, екіншілік формасында өт қуығындағы конкременттер өт жолдарына миграцияланады (97%). Әдебиеттердегі мәліметтерге сүйенсек, басым жағдайда өт қуығындағы ұсақ тастар холедохолитиаздың негізгі себебі болып табылады [11, 12, 13]. Холедохолитиаз механикалық сарғаю, холангит, жедел панкреатит, бауыр абсцесі, бауыр және полиорганды жетіспеушілік, сепсис және билиарлы цирроз сияқты ауыр асқынуларға алып келетін бірден-бір себеп болып табылады [14, 15]. Механикалық сарғаюдың 35-48% жағдайында негізгі себеп холедохолитиаз болып табылады, ал осындай асқыну кезіндегі операциядан кейінгі летальді жағдайлар механикалық сарғаюдың ауырлық дәрежесіне байланысты 0,7-30,9% құрайды. Ал операциядан кейінгі асқынулар 1,6-59% жағдайда байқалады [16].

Б.А. Сотниченко мен оның әріптестері холедохолитиаздың 5 клиникалық түрін ажыратады: холециститтік; панкреатиттік; холангиттік; сарғаюлық; симптомсыз түрлері [17].
Холециститтік түрі – ең кең таралған және науқастардың 38,2% кездеседі. Аталған типке оң қабырға доға астындағы кенеттен пайда болған ауру сезімімен бірге күрт басталуы, ауру басталғаннан кейін 2-3 күні сарғаюдың дамуы, ұлғайған ауру сезімді өт қуығы, оң қабырға доға асты аймағындағы бұлшықеттердің жиырылып қатаюы тән болып келеді.
Панкреатиттік түрі - науқастардың шамамен 17,5% ұшырасады. Науқастардың аталған категориясында панкреатиттік синдром басым келеді: ауру кенеттен басталады, эпигастрий аймағындағы белдемелі, айқын, үдемелі ауырсыну пайда болады. Содан кейін сарғаю мен эндогенді интоксикация белгілері қосылады. Қан мен зәрдегі амилаза деңгейі көтеріледі.
Холангиттік түрі – науқастардың 16,7% байқалады, көбінесе егде жаста адамдарда кездеседі, бұл өз кезегінде конкременттердің өт жолдарында ұзақ уақыт бойы болуымен және соған байланысты билиарлы жүйеде ауыр морфологиялық өзгерістердің дамуымен түсіндіріледі: ауру біртіндеп басталады, оң жақ қабырға доға астындағы әлсіз ауырсыну сезімі біртіндеп үдей түседі, іріңді интоксикация белгілері дамиды, дене қызуы жоғарылап, қалтырау мен сарғаю қосылады.
Сарғаюлық түрі – пациенттердің 24% кездеседі. Клиникалық көрінісінде қысқа уақытты, бірақ айқын ауру сезімді симпоматика басым болып келеді, сарғаю бір тәулік көлемінде дамиды, келіп түскен науқастар терісінің сарғаюына, қышуына, зәрдің күңгірттенуі мен нәжістің түссізденуіне шағымданады.
Симптомсыз түрі – басқаша айтқанда «сарғаюсыз холедохолитиаз» деп аталады, холедохолитиаз анықталған пациенттердің шамамен 3,5% ұшырасады, клиникалық белгілері айқын емес немесе тіптен байқалмайды. Өт жолындағы конкременттер жоспарлы тексеру кезінде кездейсоқ анықталады.
Сонымен, холедохолитиаздың дамуына әкелетін негізгі бейімдеуші факторлар - өт қуығындағы диаметрі 2-3 мм болатын ұсақ тастар, өт қуығы өзегінің қысқа және кең болуы.
Операциядан кейінгі нәтижелерді бағалау және алдын ала болжау үшін Э.И. Гальперин 2012 жылы механикалық сарғаюдың классификациясын ұсынды. Корреляциялық талдаудың көмегімен қан сарысуының биохимиялық көрсеткіштерінің (жалпы билирубин мен жалпы ақуыз деңгейлері) холецистохоледохолитиазға байланысты жасалатын операциялардың нәтижелеріне әсер ететін деңгейлері анықталды. Осы мәліметтердің негізінде жалпы билирубин мөлшерінің 3 деңгейлік балдық дәрежемен бағалау ұсынылды: <60 мкмоль/л – 1 балл, 60-200 мкмоль/л – 2 балл және >200 мкмоль/л – 3 балл.

Кесте 1 - Механикалық сарғаю кезіндегі бауыр жетіспеушілігінің ауырлық дәрежелерін балдық бағалау кестесі (Э.И.Гальперин, 2012 жыл)

Көрсеткіштер	Балл*		
	1	2	3
Қан сарысуындағы жалпы билирубин (мкмоль\л)	<60	60-200	>200
Қан сарысуындағы жалпы ақуыз (мкмоль\л)	>65	65-55	<55

*Механикалық сарғаюдың әр асқынуы билиурбин балынан екі есе жоғары бағаланады және ол жалпы билирубиннің деңгейіне байланысты, мысалы билирубин 1 балл – асқынуы 2 балл, билирубин 2 балл – асқынуы 4 балл және билирубин 3 балл – асқынуы 6 балл.

Кесте 2 - Механикалық сарғаюдың ауырлық дәрежелері

Сарғаюдың ауырлық дәрежелері	**Балдық көрсеткіштер**	**Операциядан кейінгі асқынулар, %**	**Операциядан кейінгі летальді жағдай, %**
Жеңіл (А)	<5	16,3%	0,8%
Орташа (В)	6-15	59%	13,6%
Ауыр (С)	>16	88,4%	46,1%

Аталған классификация механикалық сарғаюдың ауырлық дәрежесін толық сипаттауға мүмкіндік береді. **А** дәрежесіндегі механикалық сарғаюы бар науқастарда оперативтік емнің болжамы қолайлы, **В** дәрежесінде болжам әр қилы және науқастың жасы мен жалпы жағдайына байланысты, механикалық сарғаюдың **С** ауырлық дәрежесінде операциялардың болжамы нашар болып келеді және летальдық көрсеткіш жоғары деңгейде болуы мүмкін.
Холецистохоледохолитиаздың диагностикасы мен емі мәселесінің маңыздылығы келесі себептерге байланысты:
1) Соңғы уақытта холецистохоледохолитиазы бар науқастар санының айқын жоғарылауы [18]. Өткен ғасырдың 60-шы жылдарында холедохолитиаз өт-тас ауруы бар науқастардың 6-7% ғана анықталса, 70-ші жылдардың соңында бұл көрсеткіш 20-30 пайызға жоғарлады, бұл өз кезегінде ультрадыбысты зерттеу (УДЗ), компьтерлік томография (КТ) сияқты диагностикалық мүмкіндіктердің жақсаруымен түсіндіріледі. Жедел деструктивті холецистит кезінде холедохолитиаздың қосарласуы 29,4% көрсеткішке ие [19].
2) операцияға қайта алу көрсеткіштерінің және сол кездегі летальді жағдайдың жоғары болуы [20].
3) Өт жолдарына жасалған операциялардан кейінгі резидуальді холедохолитиаз жиілігінің өсуі (кейбір авторлардың мәліметінше 0,2% - 20%), сонымен қатар рецидивті холедохолитиаздың 6% дейін өсуі [21].
4)Холецистохоледохолитиаздың жасырын және айқын клиникалық симптоматикамен жүретін түрлерін диагностикалау күрделі болып келеді. Сондықтан аурудың клиникалық бейнесін бағалаумен қатар, соңғы уақытта өт жолдарын сәулелік және эндоскопиялық зерттеу әдістері ерекше маңызға ие [22, 23, 24].
5) Хирургияның қазіргі даму кезеңінде холецистохоледохолитиазы бар науқастарды емдеу тактикалары әр қилы болып келеді. Әрбір әдіс-тәсілдің өз басымдықтарымен қатар кемшіліктері де жоқ емес, сондықтан өт

жолдарындағы тастардың хирургиялық және хирургиялық емес емі рациональді тактикалық қадамдар мен жоғары дәрежелі техникалық әдістерді талап етеді [25].

2. Холецистохоледохолитиаздың диагностикасына жалпы шолу.

Жедел холециститтің холедохолитиаз және механикалық сарғаюмен асқынуларының заманауи диагностикасы - шұғыл хирургияның көкейкесті мәселелеріне жатады [26]. Аталған патологияны ерте анықтау маманға клиникалық диагноз қою үшін қосымша көмек қана емес, сонымен қатар емдеу тактикасын дұрыс таңдауға да жол ашады. Жедел холецистит кезіндегі холедохолитиаздың диагностикасы аса күрделі болып табылады, өйткені көбінесе жедел холециститтің клиникалық бейнесі басым болып келеді. Ақпараттылығы жоғары объективті белгілеріне механикалық сарғаю (18% - 84%) мен холангитті (8% - 40%) жатқызуға болады [27]. Зертханалық талдауларда қан сарысуындағы жалпы билирубин деңгейінің, соның ішінде тікелей билирубиннің жоғарлауына назар аудару керек, одан басқа сілтілі фосфотаза, аланин – және аспартат-аминотрансфераза деңгейлері де жоғарылайды, бірақ соңғы екі ферменттің жоғарылауы холедохолитиаздан басқа да жағдайларда да байқалатынын ескеру қажет.

Жедел холециститтің холедохолитиазбен қосарласуы кезінде біріншілік диагностикалық әдіс ретінде шетел және отандық тәжірибеде ультрадыбыстық сканирлеуді кеңінен пайдаланады [28]. Алғашқы рет ультрадыбысты зерттеуді (УДЗ) 1942 жылы Карл Дуссик қолданды. УДЗ-ның негізгі артықшылықтарына қарапайымдылық, қауіпсіздік және жоғары ақпараттылық сияқты сипаттарды жатқызуға болады. УДЗ науқастың арнайы даярлығын қажет етпейді, инвазивті әдіс емес, науқас пен дәрігерге жағымсыз әсерлер көрсетпейді және зерттеуді бірнеше рет қайталауға болады [29]. УДЗ тағы бір ерекше басымдылығы – құрамында йод бар препараттарға аллергиялық реакциясы бар науқастарға кеңінен қолданылуында [30].

Жедел холециститтің ультрадыбысты бейнесі өт қуығы қабырғасының құрылымдық өзгерістерін, өлшемдерін, қуысындағы өзгерістерді және паравезикальді тіндердегі қабынулық өзгерістерді анықтауға негізделген [29]. Дегенмен, бауырдан тыс өт жолдарындағы конкременттердің эхосемиотикасы өт хирургиясында біршама күрделі мәселе болып табылады [31]. Холедохтың диаметрі туралы дискуссия әлі күнге дейін жүріп келеді. Әр авторлардың мәліметтері бойынша, УДЗ бойынша холедохтың диаметрі 4 мм-ден 9 мм-ге дейін құрайды [32]. Көпшілік зерттеушілер қалыпты диаметр 7 мм дегенге тоқталады [33]. Холедохтың диаметрі 6,0 мм дейін және қан сарысуының қалыпты биохимиялық көрстекіштерінің өзінде холедохолитиаздың дамуы 0,3% жағдайда кездесуі мүмкін.

Мүшелер мен тіндерді ультрадыбысты бейнелеудегі заманауи режимдер қазіргі уақытта кеңінен қолданылуда. Соңғы кездері холецистохоледохолитиаз диагностикасында қуысішілік эндоскопиялық ультрасонография әдістерін қолданғаны жөнінде көптеген мәліметтер кездеседі. Эндоскопиялық УДЗ барлық көлемдегі тастарды, соның ішінде холедохтың терминальді бөлігінде орналасқан микролиттерді де анықтауға мүмкіндік береді. Аталған әдістің диагностикалық құндылығы 88%-дан 99% дейін жетеді. Әдісті қолдануда ешқандай қарсы көрстекіш жоқ. Негізгі артықшылығы – эндоскопиялық ретроградты холангиопанкреатографияға (ЭРХПГ) қарағанда аз инвазивтілігінде. Ал негізгі кемшілігі - құрал мен оның шығын материалдары бағасының қымбаттылығы және осыған орай әдістің кеңінен қолданылуының шектелуі [34].

Ультрадыбысты зерттеу әдісінің одан әрі дамуы диагностикалық аппараттың жетілдірілуімен тікелей байланысты. Мысалы үшөлшемді бейне режиміндегі ультрадыбысты сканирлеу әдісінің клиникалық тәжірибеге енгізілуі – өт жолдары ауруларының диагностикасы мен дифференциалды диагностикасында таптырмас әдіске айналды. Үшөлшемді ультрадыбыс өт жолдарына миниинвазивті араласулар барысын нақты бақылауға мүмкіндік береді. Үшөлшемді бейнелеу концепциясын алғаш рет Baum және Greenwood 1961 жылы жасап шығарды [35]. Бірқатар авторлар үшөлшемді зерттеуді өт қуығы, сонымен қатар дилятация жағдайындағы өт жолдарын бағалау кезінде аса маңызды әдіс екенін атап өтті [36]. Lee H.J. және басқа да авторлар (2002) өз еңбектерінде өт жолдарының обструкциялық аурулары бар науқастарға минимальді ашықтық режиміндегі үшөлшемді сканирлеу (3D-miP) мен екі өлшемді эхография әдістерін қолдану орындылығына бағалау жүргізген. Минимальді ашықтық режиміндегі үшөлшемді сканирлеу мен холангиография арасында салыстырмалы талдау жүргізу барысында анықталғандай, 3D-miP режимінің билиарлы жолдарды бағалауда ақпараттылығының аздығы, бірақ екіөлшемді эхографиямен салыстырғанда билиарлы анатомияны жоғары дәрежеде бейнелей алатындығы белгілі болды [37].

МРХПГ өт және панкреатикалық түтіктерінің инвазивті емес визуализациясында жоғары спецификалық әдіс болып табылады және механикалық сарғаюға күмән туған кезде ЭРХПГ жасауға мүмкіндік болмағанда немесе сәтсіз жасалған жағдайда, сонымен қатар құрамында йоды бар контрастты препараттарға аллергиясы бар, асқазанына операция жасалған науқастарға таптырмайтын әдіс. Бірнеше әдебиет көздерінің мәліметінше, МРХПГ диагностикалық құндылығы 95% дейін жетеді [38, 39]. Аталған әдіс жалпы өт жолындағы көлемі 2,0 мм дейінгі тастарды 100% сезімталдықпен анықтауға мүмкіндік береді [40, 41]. Ерекше атап өтетін жайт, МРХПГ өт пассажы бұзылысы бар науқастарда холедохолитиазды 95% жағдайда теріске шығаруға мүмкіндік береді [42]. МРХПГ өт жолдарындағы обтурацияның деңгейін, қашықтығын және обтурация себебін анықтауға, сонымен қатар бауырішілік және бауырдан тыс өт жолдары құрамының ерекшелігін бағалауға мүмкіндік береді. МРХПГ нәтижелері оперативті емді жоспарлауда және кешенді терапия үрдісін динамикалық бақылауда контрастты заттар мен сәулелік жүктемесіз кеңінен қолданылады. Аталған әдіс өт жолдарына инвазивті диагностикалық іс-әрекеттер кезіндегі асқынулардың алдын алуға мүмкіндік береді. Бірақ пневмобилия, гемобилия, холедохқа жақын жатқан қантамырлар және металдық клипстер холедохолитиаз ретінде қабылдануы мүмкін [43]. Сонымен қатар, МРХПГ кардиостимуляторы бар, клаустрофобиямен зардап шегетін науқастарға, массивті асцит және тұрақсыз гемодинамика кезінде қарсы көрсеткіш болып табылады. Әдіс бағасы жағынан қымбат, емдеу мекемелердің көпшілігі бұл аппаратқа қол жеткізе бермейді, одан әрі тыңғылықты зерттеуді және басқа да сәулелік диагностикалық әдістердің ішінде орнын нақтылауды талап етеді.

Бауырдан тыс өт жолдарының инвазивті диагностикалық тәсілдерінің тағы бір түрі – тері-бауыр арқылы холангиография (ТБХГ) болып есептеледі. ТБХГ ақпараттылығы өт жолдарының тікелей контрасттау әдістерінің бірі ретінде 98% дейін жетеді [44]. Бірақ зерттеу барысында іш қуысына қан кету мен өт ағу, өттік перитонит, іш қуыстық абсцестер мен сыртқы өт жыланкөздері секілді қатерлі асқынулар жиі кездеседі. Аталған әдіс кезіндегі

асқынулардың кездесу жиілігі 10%, летальді жағдай 3% дейін жетеді, бұл өз кезегінде өт жолдары ауруларының диагностикасында кеңінен қолдану аясын біршама шектейді [45].
Қазіргі уақытта көпшілік зерттеушілердің мойындағанындай, ЭРХПГ өт шығару жолдарының патологияларын бейнелеуде және дифференциалды диагностикасында ақпараттылығы ең жоғары және кең таралған әдіс болып табылады [46, 47, 48]. Бұл әдіс көктамырішілік холография мен ТБХГ қарағанда біршама басымдықтарға ие, атап айтсақ холестаздың бауырдан тыс және бауырішілік формаларымен зардап шегетін науқастарға қолдануға болады, конкременттер мен олардың санын, локализациясын жоғары дәрежеде дәл анықтауға мүмкіндік береді, сонымен қатар патология анықталған жағдайда диагностикалық кезеңнен емдік кезеңге бірден өтуге болады. ЭРХПГ өт жолдарының тікелей контрасттау әдістерінің басқа түрлерімен салыстырғанда инвазивтілігі мен жарақаттылығы аз және сәйкесінше асқынулар мен летальді жағдайлар жиілігі төмен деңгейде [49]. Атап айтсақ, ЭРХПГ кезіндегі асқынулар көрсеткіші 0,8% - 3,6% аралығында болса, летальді көрсеткіш 0,05% - 0,1% құрайды [50, 51, 52]. ЭРХПГ кейінгі асқынулар құрылымына талдау жасай келе белгілі болғандай, бірінші орында жедел панкреатит екені анықталды, яғни жалпы асқынулар ішінде 90% құрайды [53].
Сонымен, қазіргі уақытта холецистохоледохолитиаздың диагностикасында 100% ақпарат беретін әдістер әлі де жоқ және заманауи диагностикалық әдістер одан әрі жетілдірілуді талап етеді. Ал қазіргі арсеналда бар ЭРХПГ, ТБХГ, МРХПГ сияқты жоғары ақпаратты әдістер тек 90-97% ғана диагноз қоюға көмектеседі.

3.Холецистохоледохолитиаздың хирургиялық емінің заманауи принциптері.

3.1. Жедел холецистит пен холедохолитиаз еміне қатысты қысқаша тарихи шолу.

1882 жылдың 15 шілдесінде Берлин қаласындағы Лазарь ауруханасының бас хирургы Karl Langenbuch тұңғыш рет холецистэктомия операциясын жасады және бұл туралы Бельгия медицина академиясының кезекті отырысында баяндады.
Анестезиология, асептика және антисептика негіздерінің хирургиялық тәжірибеге кеңінен енуі арқасында өт хирургиясы XX ғасырдың басында өте тез дамыды.
Алғаш рет холедоходуоденоанастомоз операциясын 1888 жылы Йене клиникасының басшысы Bernhard Moritz Carl Ludwig Riede жасады, яғни фатер емізікшесі ампуласындағы қысылып қалған тасты шығару мүмкін болмаған жағдайда жалпы өт жолы мен 12 елі ішек арасына анастомоз салды. Ең бірінші супрадуоденальді холедохотомияны 1882 жылы Henry Orlando Marcy жасады. 1891 жылы R. Abbe холедохолитотомия жасауды және өт жолдарын сыртқа дренаждауды ұсынды. Холедохты ашқаннан кейін өзектен 4 тас шығарып, өт қуығының өзегі арқылы сыртқа қарай резіңкелі түтікше орнатты [54]. Ал фатер емізікшесі ампуласындағы қысылып қалған тасқа байланысты трансдуоденальді холедохотомия операциясын әйгілі американдық хирург Charles McBurney 1891 жылы жасады [55].
1900 жылға қарай холецистоэнтеростомия, холедоходуоденостомия және оперативті сфинктеропластика сияқты операциялар жайлы ақпараттар тарады. Неміс хирургі Hans Kehr (1862–1916) әр холецистэктомия операциясынан кейін холедохта резидуальді тастар қалып кетпес үшін жалпы өт өзегін Т-тәрізді түтікшемен дренирлеуді («hepaticus-drainage») ұсынды. Мукоклазия операциясын (өт қуығы шырышты қабатын коагуляциялау) 1900 жылы американдық хирург Charles Horace Mayo жасады және бұл әдісті ары қарай 1920-шы жылдары австриялық хирург Bruno Oscar Pribram дамытты. Әйгілі аргентиналық хирург Pablo Luiz Mirizzi 1931 жылы жалпы өт жолындағы тасты анықтау үшін алғаш рет интраоперационды холангиография әдісін сипаттады.
1985 жылы 12 қыркүйекте өт жолдарының хирургиясында шын мәнінде революциялық оқиға орын алды. Неміс хирургі E.Muhe алғаш рет лапароскопиялық холецистэктомия операциясын орындады. Жасалған операциялардың нәтижелерін E.Muhe 1986 жылы «Die erste Cholecystektomie durch das Laparoskop» атты мақаласында толық баяндады [56]. 1987 жылы 17 наурызда Лион қаласында француз хирургы Philippe Mouret бірінші рет видеолапароскопиялық холецистэктомия жасады.
1993 жылға қарай Англия, Франция, Италия және Германия мемлекеттеріндегі холецистэктомия операцияларының жартысынан көбі лапароскопиялық жолмен жасалды [57]. 1997 жылы лапароскопиялық хирургия саласында жаңа кезең дамыды - итальяндық хирург Giuseppe Navarra әлемде алғаш рет SILS (Single Incision Laparoscopic Surgery – «бірпортты лапароскопиялық хирургия») әдістемесін қолдану арқылы өт жолдарына операция жасады, ал әйгілі канадалық хирург Г. Ганье алғаш рет трансгастральді холецистэктомияны жасады, сол арқылы заманауи интраперитонеальді эндоскопияның – NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery – «табиғи тесіктер арқылы эндоскопиялық хирургия») негізін қалады. Осы жылы наурыз айында бірінші рет бельгиялық хирургтар G.B. Cadiere және J. Himpens DaVinci прототипінің көмегімен робот-ассистенттік холецистэктомия операциясын сәтті жасап шықты [58].
Сонымен, холецистохоледохолитиаздың хирургиялық емінің тарихи шолуы көрсеткендей, аталған мәселенің ұзақ уақыт талдануына қарамастан, қазіргі уақытта мамандар арасында емдеу тактикасына қатысты бірегей көзқарас табылған жоқ және аталған ауру кезінде диагностика мен оперативті араласуларға қатысты көптеген мәселелер ары қарай жетілдіруді талап етеді.

3.2. Холецистохоледохолитиаз емінің тактикалары мен принциптері.

Жедел холецистит пен холедохолитиаздың қосарласуы кезіндегі оперативтік ем - өт жолдары хирургиясында қажырлы еңбекті қажет ететін міндеттердің бірі болып табылады. Өт-тас ауруларының асқынған түрлері (жедел деструктивті холецистит, холедохолитиаз, холангит, механикалық сарғаю) мен аурудың әр-қилы ағымы, егде жастағы науқастардың басым болуы өз кезегінде диагностика мен хирургиялық ем әдістерін таңдауға әсерін тигізбей қоймайды [59]. Аталған ауру кезіндегі хирургиялық тактиканы таңдау мәселесі осы күнге дейін талқыланып келеді (бір кезеңді немесе екі кезеңді емдеу, өт жолдарына холецистэктомияға дейін, холецистэктомия үстінде немесе кейін санация жасау). Әлі күнге дейін нақты рациональді емдеу тактикасы айқындалған жоқ және холецистохоледохолитиаз мәселесіне қатысты тактикалық шешімдер әр клиниканың өз ерекшеліктері мен ресурстарына байланысты шешіліп келеді [60]. Хирургиялық емдеу тактикасын таңдау - көптеген миниинвазивті технологиялардың пайда болуына байланысты өзекті мәселе болып отыр және бұл технологиялардың аталған ауру кезіндегі мүмкіндіктері соңына дейін зерттелген жоқ [61, 62].

3.3. Жедел холецистит пен холедохолитиаздың қосарласуы кезіндегі оперативті емнің дәстүрлі әдістері.

Өт-тас ауруының асқынулары дәстүрлі жолмен жасалатын операциялардың бірден-бір себебі болып табылады. Атап айтсақ, операциялардың негізгі мақсаты – қабынған өт қуығы мен жалпы өт жолындағы конкременттерді алып тастау және олардың өткізгіштігін қайта қалпына келтіру [63]. Дәстүрлі лапаротомия – өт жолдарына кең спектрлі хирургиялық әдістемелерді жасауға мүмкіндік беретін, ең пысықталған, қауіпсіз және тиімді хирургиялық операцияларға жол ашатын ежелден келе жатқан әдіс болып табылады. [64]. Аталған әдістің негізгі басымдықтарына бауырдан тыс өт жолдарына толыққанды интраоперионды ревизия жасауға мүмкіншілікті жатқызуға болады, атап айтсақ холедохты қарап тексеру және сыртқы диаметрін өлшеу, жалпы өт түтігінің супрадуоденальді бөлігін, кейін Кохер әдісін қолданғаннан кейін ретро- және интрапанкреатикалық бөліктерінің пальпациясы, холедохтың супрадуоденальді бөлігінің трансиллюминациясы, холедохты зондтау, интраоперационды холангиография, өт жолдарын интраоперационды ультрадыбысты зертеу, интраоперационды холеходохоскопиямен бірге холедохотомия, холедохтың терминальді бөлігін зерттеу, холангиоманометрия және көрсеткіштерге байланысты холедохотомияны кез келген әдіспен аяқтау. Мұндай қадам кезінде бірлескен операцияларды жасауға мүмкіндік бар. Дәстүрлі әдіс Кало үшбұрышы мен гепатодуоденальді байлам маңындағы айқын қабынулық немесе тыртықты өзгерістер кезінде максимальді қауіпсіз болып табылады [65]. Ал негізгі кемшіліктері – операциядан кейін кезеңдегі катаболикалық фазаның дамуы, ішектердің парезі, сыртқы тыныс функциясының бұзылысы мен науқастың физикалық белсенділігінің шектелуіне алып келетін операциялық жарақат, іштің алдыңғы қабырғасы құрылымдарының жарақаты, ерте және кеш жаралық асқынулар, айқын косметикалық ақау, операциядан кейінгі реабилитация кезеңі мен еңбекке қабілеттіліктің қалпына келуінің ұзақ уақытқа созылуы [66, 67].

3.4.Жедел холециститтің холедохолитиазбен қосарласуы кезіндегі миниинвазивті емдеу әдістері.

Соңғы онжылдықта медицинадағы миниинвазивті технологиялардың қарыштап дамуына байланысты жедел холецистит пен холедохолитиаздың қосарласуы кезіндегі хирургиялық тактикада да біраз өзгерістер орын алды. Жоғарыда атап өткендей алғаш рет лапароскопиялық холецистэктомияны C. Nezth 1986 жылы және P. Mouret 1987 жылы жасап шықты. Миниинвазивті хирургияның арсеналын 1993 жылы М.И. Прудков толтырды, яғни хирургиялық тәжірибеге минилапаротомия әдісін енгізді [68, 69, 70].

Холецистохоледохолитиаз кезіндегі миниинвазивті хирургиялық араласуларды шартты түрде лапароскопиялық, мини-жету, дуоденоскоп және холангиоскоп арқылы жасалатын эндоскопиялық әдістер, өт жолдарына УДЗ бақылауымен операция жасау сияқты түрлерге бөлуге болады және ең бастысы негізгі мәселені шешу үшін жоғарыда аталған әдістердің бірнеше комбинациясын қолдануға мүмкіндіктер де бар. [71]. Ал кейбір факторлардың қосарласуы кезінде (операциялық қауіп-қатердің жоғарғы дәрежесі, хирургтың жоғары біліктілігі, өт жолдарын ашу және ревизия жасау үшін қажетті сапалы құрал-жабдықтардың болуы) кешенді миниинвазивті хирургиялық емнің көмегіне жүгінеді. Холецистохоледохолитиаз кезіндегі хирургиялық тәжірибенің жинақталуы мен емдік-диагностикалық алгоритмнің бір жолға қойылуы - хирургиялық тактиканың дәстүрлі және миниинвазивті әдістері арасындағы асқынулар жиілігін біршама теңестіреді [72]. Видеоэндоскопиялық хирургияның шарықтап дамуына байланысты осы әдістердің одан әрі жетілдіруі байқалады, жаңа заманауи құралдардың шығуы, тәжірибенің жинақталуы – өт жолдарына жасалатын лапароскопиялық операциялардың жасалу барысын өзгертті. P.P Rao және P.G Gurcillo алғаш рет 2008 жылы ортақ жету жолы арқылы лапароскопиялық холецистэктомия операциясын жасады [73, 74], 3-D технологиясының көмегімен жасалатын операциялар [75], иілгіш эндоскоптың көмегімен ортақ жету жолы арқылы [76], трансвагинальді лапароскопиялық операциялар [77, 78], минилапароскопиялық технологиялар [79, 80]. Бірақ аталған технологиялар өт жолдарына толыққанды ревизия жасауға мүмкіндік бермейді және негізінен тек холецистолитиаз кезінде ғана қолданылады, бұл әдістерді қолдану кезінде әлі де зерттеуді қажет ететін тұстары баршылық [81, 82].

Лапароскопиялық холедохолитотомияға негізгі көрсеткіш – транспапиллярлы жолмен алуға мүмкін болмайтын холедохтағы ірі конкременттер болып табылады (10 мм-ден жоғары), сонымен қатар лапароскопиялық холецитэктомия операциясы барысында анықталған тастар да жатады. Ал салыстырмалы қарсы көрсеткіштерге өт жолдарының анатомиялық ерекшеліктері, іш қуысына жасалған операциялардан кейінгі жабыспа байламдар, бауыр он екі елі ішек байламы аймағындағы қабынулық инфильтрат және пневмоперитонеум жасауға кедергі келтіретін қосалқы ауруларды жатқызуға болады [83]. Ал «ірі тас» деген ұғымға тоқталатын болсақ, бұл ең алдымен конкремент өлшемінің холедохтың терминальді бөлігінің диаметріне сәйкес келмеуі дегенді білдіреді [84]. Басқа авторлардың пайымдауынша, «ірі» деп көлемі 15 мм-ден асқан конкременттерді айтады [85]. Лапароскопиялық холедохолитотомияның көмегіне сәтсіз эндоскопиялық литотрипсия кезінде жүгінеді немесе ЭПСТ-ға альтернативті вариант ретінде қолданылады. Аталған әдісте холедохолитотомия жалпы өт өзегінің супрадуоденальді бөлігінен жасалады және ары қарай тастың экстракциясы Дормиа себеті, Фогарти катетері немесе литотриптор арқылы жүргізіледі [86]. Міндетті түрде интраоперационды холангиоскопия жасалады, яғни диагностикалық мақсатта басталып, қажет болған жағдайда бірден емдік кезеңге өтуге болады. Литэкстракциямен бірге жүретін холедохоскопияны өт қуығының өзегі арқылы да жасауға болады [87, 88]. Операция Т-тәрізді дренажды түтік орнатумен аяқталады. Ал жалғыз ірі тас анықталған жағдайда холедохотомиялық жара бірден жауып тігіледі [89, 90, 91]. Ал холецистэктомиядан кейінгі кезеңде жалпы өт жолында анықталған тастар ЭПСТ арқылы, холедохтың терминальді бөлігінің ретроградты немесе антеградты жолмен жасалған баллонды дилятациясы, электрогидравликалық литотрипсия, экстракорпоральді соққы-толқынды литотрипсия көмегімен алынады [92, 93]. Холедохтың ұзына бойы стенозы және көптеген конкременттер анықталған жағдайда билиодигестивті анастомоз салынады [94]. Лапароскопиялық холецистэктомия жасалғаннан кейінгі холедохолитотомияның негізгі кезеңдері (тастарды алу, өт өзегінің бүтіндігін қалпына келтіру, дренажды түтікті орналастыру) аса күрделі үрдіс болып табылады және оларды сапалы жүзеге асыру - хирург-дәрігерден жоғары кәсіби дағдылар мен қосымша қажетті құралдардың болуын талап етеді және бұл күрделі операция клиникада бір жолға қойылғанша операция барысын ұзартуы мүмкін [95]. Мысалы, американдық ғалым G. Borzellino мәліметі бойынша АҚШ-та гепатобилиарлы хирургтардың 44% лапароскопиялық холедхолитотомия операциясын жетік меңгерген [96]. Холецистохоледохолитиаз кезіндегі лапароскопиялық араласулар барысында туған қиындықтар хирургты конверсия жасауға мәжбүрлейді (4,7% дейін) және де әртүрлі асқынуларға алып келуі мүмкін (0,1%-ден

17% дейін) [97]. Ал негізгі басымдықтары – косметикалық эффект, ерте аяққа тұру және науқастың ауруханада жату уақытының біршама қысқаруы [98]. Хирургиялық тәжірибеге мини-жету әдісінің енуіне байланысты миниинвазивті хирургияның мүмкіншіліктері одан әрі кеңи түсті. Яғни іш қабырғасына кішкентай тілік жасау арқылы іш қуысында кең кеңістік тудырады және сол арқылы бауыр және өт жолдарын адекватты қарап тексеру мен күрделі манипуляциялар жасауға мүмкіндік береді. Мини-жету жолы арқылы өт жолдарындағы патологияны ауқымды жарақатсыз тез арада құрсақтауға болады, операциядан кейінгі жаралық асқынулар мен летальді жағдай көрсеткіштері де аз [99]. Минилапаротомияға он екі елі ішектің үлкен емізікшесін катетеризациялау мүмкін болмаған жағдайда (парапаиллярлы дивертикул, стеноздаушы папиллит, Бильрот II бойынша асқазан резекциясы), ЭПСТ жасалғаннан кейін анықталған көптеген ірі конкременттер, «үнсіз» холедохолитиаз, резидуальді тастар, бұрын жасалған операциялардан кейінгі іш қуысындағы жабыспалы үрдістер, лапароскопиялық операция кезіндегі техникалық қиындықтар кезінде жүгінеді [100]. Минилапаротомия барысында өт жолдарын толық қарап тексеруге және әртүрлі күрделі манипуляциялар жасауға қолайлы мүмкіндік туады, өйткені манипуляциялық кеңістік тура операциялық аймаққа сай орналасады және мұндай жағдайда өт жолдарының анатомиялық бейнесінің визуалды бұрмалануы мүмкін емес. Мини-жету жолының тағы бір басымдылығы – оның қолдану қарапайымдылығы және тіндерді өзара толыққанды ажыратуға мүмкіндік болуында. Осы әдіс барысында тіпті интраоперационды холангиоскопия жүргізіп, тас анықталып жатса операцияны литэкстракция немесе литотрипсиямен аяқтауға болады [101]. Бірақ бұл әдістің аталған артықшылықтарына қарамастан операция барысындағы туындаған техникалық қиындықтарға байланысты 0,4%-дан 4%-ға дейін жағдайда лапаротомияға ауысу жиілігі байқалады, ал 6,9% жағдайда операциядан кейін өт қабының орны мен өт қабы түтігі тұқылынан өт ағу, қан кету, холедохтың ятрогенді зақымдалуы сияқты асқынулар да кездеседі [101].

3.5.Жедел холециститтің холедохолитиазбен қосарласуы кезіндегі хирургиялық тактиканың кезеңді емдеу мәселесі.

Хирургияда, соның ішінде гепатобилиарлы хирургия саласында технология дамуындағы жаңа техникалық шешімдерге байланысты жедел холецистит пен холедохолитиаздың қосарласуы кезіндегі хирургтың оперативті емдеу әдістерін таңдау аясы кеңи түсті. Ең рационалды жолды таңдау тактикасы мен әр түрлі заманауи әдістерді қолдану - көптеген жалпы және арнайы факторлармен айқындалады, атап айтсақ операциялық қауіп-қатер дәрежесі, холецистохолангиолитиаздың асқынулары, холециститтің формалары (созылмалы немесе жедел), холедохтағы тастардың ерекшеліктері (диаметрі, саны), 12 елі ішек үлкен емізікшесінің қосымша аурулары. Бұл аталған жәйттар жасалатын операцияның көлемі мен ұзақтығын, сонымен қатар жасалу кезеңділігін де айқындайды [102].

3.5.1 Холецистохоледохолитиаз кезіндегі екікезеңді емдеу тактикасы.

Жедел холецистит пен холедохолитиаздың қосарласуы кезінде көптеген мамандар екі кезеңді емдеу тактикасына жүгінеді, яғни бірінші кезеңде холедохтың декомпрессиясы мен санациясын жасап, ал екінші кезеңде белгілі бір уақыттан кейін холецистэктомия жасалады[103, 104]. Ал бұл тактиканы жүзеге асыруда жасау жолдары (антеградты, ретроградты немесе екеуін қатар қолдану) клиниканың техникалық және кадрлық мүмкіндіктеріне тікелей байланысты [105, 106]. Холедохолитиаз кезіндегі өттің бөлініп шығуының бұзылыстары эндоскопиялық коррекциясының негізгі әдісі болып біраз уақыт бойы ЭПСТ саналып келді. Алғаш рет ЭПСТ 1973 жылы Германияда M. Classen мен L. Demling және осы жылы K. Kawai Жапонияда жасады, ал біздің елде бірінші болып 1996 жылы профессор Байжанов С.Ш. сәтті жасап шықты. Содан бастап өт жолдарына жасалатын интраоперационды араласулар мен әртүрлі билиодигестивті анастомоздарды орындау жиілігі күрт төмендеді. Бұл әдістің хирургиялық тәжірибеге кеңінен енуі панкреатобиллиарлы аймақтағы мүшелердің ауруларын емдеуге деген көзқарасты түбірімен өзгертті және холедохтың терминальді бөлігінің ісікті емес ауруларын емдеу мәселелерін шешуде жаңа бағытты айқындап берді. Әртүрлі әдебиет көздерінде келтірілгендей, литэкстракциямен бірге ЭПСТ шарасын науқастардың 87-100% -да сәтті жүргізуге болады [107]. Холестаз, холангит немесе жедел панкреатит клиникасымен жүретін холецистохоледохолитиаз кезінде бірінші кезеңде ЭПСТ жасалып, литэкстракция және өт жолдарын стенттеу шараларымен аяқталуы мүмкін (ішкі немесе назобилирлы) [108]. Бірінші кезеңде жасалған бұл шаралар науқастың жалпы соматикалық жағдайын тұрақтандырып, оперативті емнің келесі кезеңін жасау үшін науқасты дайындауға мүмкіндік береді [109]. Кейбір авторлар бұл санаттағы науқастарға бірінші кезеңде микрохолецистостомия жасау керек деп есептейді [110]. Холецистохоледохолитиаз кезіндегі шұғыл ЭПСТ-ға негізгі көрстекіштерге – 12 елі ішек үлкен емізікшесінің толық блогы, холангит, билиотәуелді панкреатит, сарғаю сияқты асқынуларға алып келетін жалпы өт өзегіндегі ірі және көптеген конкременттердің болуы, холедохтың кеңеюі және жоғары дәрежелі операциялық қауіп-қатері бар науқастар санаты жатады [111]. Кейде ретроградты араласулар анатомиялық ерекшеліктерге байланысты (парапапиллярлы дивертикулдар, асқазанның Бильрот-II бойынша жасалған резекциясы, холедохтың терминальді бөлігінің қабынулық немесе тыртықты өзгерістері, 12 елі ішек үлкен емізікшесінің аденомасы және т.б.) күрделі және қауіпті шараға айналуы мүмкін [112, 113, 114]. ЭПСТ кезінде дамитын ауыр асқынуларды да теріске шығаруға болмайды, мысалы қан кету, жедел панкреатит, жедел холангит, ретродуоденальді перфорация, септикалық шок. Аталған асқынулардың жиілігі 4,3%-дан 18%-ға дейін келіп жығылады, ал летальді көрсеткіш 4,2% тең [115, 116]. Ал ЭПСТ жасалғаннан кейін екінші кезеңде холецистэктомияны неғұрлым ерте жасаса, соғұрлым болжам жақсы болады дейді кейбір авторлар [109, 117].

Жедел холецистит пен холедохолитиаздың қосарласуы кезіндегі холедохтың декомпрессиясы үшін тері-бауыр арқылы холангиостомия (ТБХС) әдісі де қолданылады, яғни бірінші кезеңде өт жолдарына сыртқы фистула қойылады [118]. Аталған әдіске абсолютті көрсеткіш – өт жолдарындағы блокты ретроградты жолмен шешу мүмкін болмаған жағдайда (12 елі ішек емізікшесінің анатомиялық ерекшеліктері, ауыр соматикалық патология немесе өт жолдарындағы «жоғары блок»). Кейбір науқастарға жағдайының ауырлығына байланысты ТБХС соңғы әдіс ретінде қолданылады [119]. Бұл әдіс қауіпсіз және асқынусыз өтуі үшін УДЗ немесе рентген аппараттардың бақылауымен жүргізіледі. Бірақ соған қарамастан, тәжірибеде гемобилия, өт ағу, дренаждың түсіп қалуы немесе миграциясы, іш қуысына қан кету сияқты асқынулар да кезедеседі (1%- дан 7,4%-ға дейін) [120, 121]. Кей жағдайларда ТБХС ары қарай антеградты араласуларға жалғасуы мүмкін – антеградты эндоскопиялық папиллосфинктеротомия, 12 елі ішек емізікшесінің баллонды дилятациясы, ретроградты және антеградты жолдардың комбинациясы [118].

Холецистохоледохолитиазды екі кезеңді емдеуде ТБХС өзінің басымдықтары бар: холедохолитиаз және оның асқынуларын тиміді коррекциялау, миниинвазивтілік, жоғары операциялық қауіп-қатері бар науқастарды емнің келесі кезеңіне дайындау үшін оңтайлы жағдай туғызады. Ал негізгі кемшіліктері – ірі тастарды алу мүмкін емес, емдеу кезеңінің ұзақтығы, науқасқа психоэмоциональды және радиациялық жүктеме.

3.5.2 Жедел холециститтің холедохолитиазбен қосарласуы кезіндегі біркезеңді емдеу тактикасы.

Қазіргі уақытта бір немесе екі кезеңді емдеу тактикасын таңдауда нақты шешім табылған жоқ. Рациональді хирургиялық тактикаға негізделген жүйелі қадам мен адекватты интенсивті терапия ғана летальді жағдайларды төмендетіп, өмір сапасын жақсартады. Кейбір авторлардың пайымдауынша холецистохоледохолитиаз кезінде мәселені лапароскопиялық немесе мини-жету жолдары арқылы бір кезеңмен шешкен дұрыс дейді [122]. Біркезеңді емдеу тактикасында дәстүрлі жету жолдары да өзекті болып табылады, көптеген авторлардың мәліметі бойынша бұл әдіспен қосалқы ауыр патологиялары бар науқастарда, сонымен қатар миниинвазивті араласулардың мүмкіндіктері шектеулі болған жағдайда қолданылады [123]. Қазіргі уақытта холецистохоледохолитиазды бір кезеңмен емдеудің миниинвазивті бірнеше жолдары белгілі: лапароскопиялық холецистэктомия мен холедохоскопия, өт жолдарының санациясы; лапароскопиялық холецистэктомия және ЭПСТ, папиллодилятация (антеградты немесе ретроградты жолдар және олардың комбинациясы) өт жолдарының санациясымен бірге [124, 125]. Емдік-диагностикалық интраоперационды холедохоскопияны лапароскопиялық немесе мини-жету жолымен де жасауға болады. Бұл кезде тастың экстракциясы өт қуығының өзегі немесе холедохотомиялық жара арқылы жүреді. Кейбір жағдайда тасты алу кезінде техникалық қиындықтар тууы мүмкін, конверсия жиілігі 3,6%-дан 10%-ға дейін жетеді [126]. L.R. Rábago et al. (2006) жүргізген проспективті рандомизирленген зерттеуі бойынша екі кезеңдік тактика (64 науқас) мен бір кезеңдік (69 науқас) тактиканың тиімділігі салыстырылған. Авторлардың есептеуінше интраоперационды ретроградты ЭПСТ-мен бірге жүргізілген бір кезеңді емдеу тактикасы кезінде асқынулар жиілігінің төмендігі, госпитализация мерзімі мен экономикалық шығындардың қысқаруы байқалған [127]. M.R. Sahoo, A.T. Kumar, Patnaik A. 2008-2012 жылдардың аралығында жүргізген зерттеулері бойынша операцияға дейінгі ретроградты ЭПСТ, кейінге қалдырылған холецистэктомия мен холецистэктомия кезіндегі ретроградты ЭПСТ арасында тиімділік бойынша талдау жүргізілген. 10 жыл тереңдікті қамтитын ретроспективті зерттеу кезінде бір кезеңді тактиканың тиімділігі біршама басым болғаны анықталды, яғни асқынулар жиілігі төмендеп, стационардағы төсек күндері қысқарғаны дәлелденді [128]. Ал кейбір ғалымдарың мәліметі бойынша біркезеңдік пен екікезеңдік тактика арасында стационардағы төсек күндері санынан басқа ешқандай айырмашылық жоқ деп есептейді [129, 130].

Соңғы уақытта Батыс елдерінде кеңінен қолданылып келе жатқан біркезеңдік әдіс – LERV техникасы (laparoendoscopic rendezvous). Бұл әдіс туралы алғаш рет 1993 жылы Deslandres et al. баяндаған. Аталған техника ретроградты және антеградты жолдардың комбинациясы болып табылады [131]. Лапароскопиялық холецистэктомия жасалғаннан кейін өт қуығының өзегі арқылы антеградты жолмен 12 елі ішекке қарай арнайы өткізгіш өткізіледі, ол дуоденоскоптың бақылауымен ауыздан шығарылып, оған папиллотом орналастырылады және сол арқылы папиллосфинктеротомия және холедохолитэкстракция жасалады. E. Cavina және оның әріптестерінің мәліметінше LERV әдісі холедохтан тасты алу уақыты мен асқынулар жиілігі бойынша басқа әдістерден, атап айтсақ дәстүрлі холедохолитотомия, лапароскопиялық холецистэктомия ЭПСТ-мен комбинациясының арасында аса айырмашылық болмаған. [132]. Аталған әдіс кезінде үлкен дуоденальді емізікшесін «соқыр» катетеризациялау болмайды, бұл өз кезегінде асқынулар жиілігін біршама төмендетеді. Тиімділігі 85%-100%, ал асқынулар 0,37%-10% құрайды [133, 134, 135]. Тағы бір басымдылығы – операция уақытының қысқаруы және парапалиллярлы дивертикул болған жағдайда қауіпсіздігі [136, 137, 138, 139, 140]. R. Noel 10 жылдық тәжірибені талдау кезінде рандеву технологиясы бойынша холецистохоледохолитиазды емдеу барысында асқыну даму қаупінің минимальді болуын атап өтті [133]. Отандық әдебиет көздерінде рандеву-технологиясын қолдану туралы мәліметтер әзірше жоқ. Ал 12 елі ішек үлкен емізікшесінің сфинктерлі аппараты бүтіндігінің сақталуын жақтайтындар баллонды дилятация әдісін ұсынып келеді, бірақ бұл кезде жедел панкреатиттің даму қаупі өте жоғары [141]. Жоғарыда атап көрсетілген біркезеңдік емдеу тактикасының миниинвазивті әдістері науқас үшін де, экономикалық жағынан да аса тиімді болып келеді, яғни эндоскопиялық оперативті шаралардың күрделі кешенін бір сәтте жүргізу арқылы науқастардың емделу уақыты бірашама қысқарып, асқынулар жиілігі төмендейді, емдеудің көп кезеңділігіне байланысты дамитын психоэмоциональді жүктеме азаяды [130].

Жедел холецистит пен холедохолитиаздың қосарласуы кезіндегі лапароскопиялық холецистэктомия мен лапароскопиялық холедохолитотомияны бір кезеңде жасау - жарақаттылықтың аздығы мен радикалдылығы жағынан аса тартымды тактика және көптеген дамыған елдердің мамандары арасында үлкен қызығушылыққа ие болып келеді. Бірақ жедел қабынулық үрдіс жағдайында, өт қуығының мойын аймағындағы тіндердің инфильтрациясы кезінде аталған манипуляларды жасау кезінде біршама техникалық қиындықтар тууы мүмкін, бұл өз кезегінде ауыр интраоперациондық асқынуларға, операция мен наркоз уақытының шамадан тыс ұзаруына алып келеді. Сонымен қатар, бұл тактика қымбат аппаратура мен құрал-жабдықтардың үлкен спектрін және мамандар тарапынан жоғары кәсіби дағдыларды талап ететінін де естен шығармау керек.

Қорытынды.

Әдебиет көздерінде келтірілген мәліметтерді талдайтын болсақ, жедел холециститтің холедохолитиазбен қосарласуы кезіндегі емдеу тактикаларының көп түрлілігіне қарамастан, әр әдістің өзінің басымдықтары мен кемшіліктері бар. Нақты бір тактиканы қолдану – ең бірінші клиниканың құрал-жабдық арсеналы мен сол жерде істейтін мамандардың кәсіби дәрежесімен айқындалады. Егер холедохолитиаз созылмалы холецистит кезінде анықталатын болса, емдеудің «алтын стандарты» болып екі кезеңді тактика болып есептеледі, яғни бірінші кезеңде холедохолитиаз мәселесін шешеді де, екінші кезеңде жоспарлы түрде холецистэктомия операциясы жасалады. Ал жедел деструктивті холецистит пен холедохолитиаз қосарласатын болса, қай тактиканы қолдану керектігі туралы нақты негіздеме жоқ және қазіргі уақытта науқас шұғыл немесе жедел оперативті емге мұқтаж ургентті жағдайда диагностикалық және емдік алгоритм әрқилы болып келеді. Жоғарыда аталған мәліметтерді ескерсек, жедел холециститтің холедохолитиазбен қосарласуы кезіндегі диагностика мен емдеу мәселелері әлі күнге дейін толық

шешімін тапқан жоқ және осы жолда ары қарайғы терең зерттеулер мен қысқа уақыттың ішінде емдеу тактикасын анықтауға мүмкіндік беретін диагностикалық және емдеу алгоритмдерін жасап шығаруды талап етеді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Башилов В.П., Брехов Е.И., Малов Ю.Я. // Сравнительная оценка различных методов в лечении больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом. Хирургия 2005; 5: 40—45.
2 Mabry C.D. // Randomized Clinical Trial of Small-Incision and Laparoscopic Cholecystectomy in Patients With Sysptomatic Cholecystolithiasis: Primary and Clinical Outcomes — Invired Critique. Arch Surg 2008; 143: 4: 377—378.
3 Brodsky A., Matter I., Sabo E., Cohen A., Abrahamson J., Eldar S. // Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: can the need for conversion and the probability of complications be predicted? A prospective study. Surg Endosc 2000; 14: 755—760.
4 Low S.W., Ganpathi S., Cullen S.T. // Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: safe implementation of successful strategies to reduce conversion rates. Surg Endosc 2009; 112: 21—27.
5 Reinders J.S., Goud A., Timmer R. et al. // Early laparoscopic cholecystectomy improve outcomes after endoscopic sphincterotomy for choledochocystolithiasis. Gastroenterology 2010; 138: 2315—2320.
6 Sandzén B., Haapamäki M.M., Nilsson E., Sherlund O.M. // Treatment of common bile duct stones in Sweden 1989—2006: an observational nationwide study of a paradigm shift. World J Surg 2012; 36: 9: 2146— 2153.
7 Schiphorst A.H., Besselink M.G., Boerma D. et al. // Timing of cholecystectomy after endoscopic sphincterotomy for common bile duct stones. Surg Endosc 2008; 22: 2046—2050.
8 Roslyn, J.J. // Calcoulous biliary disease. In: Surgery. Scientific Principles and Practice, L.J. Greenfield, editor, Philadelphia, Lippincott, 1993, pp. 936–953.
9 Chen, C.H. // Prevalence and risk factors of gallstone disease in an adult population of Taiwan: an epidemiological survey / C.H. Chen, M.H. Huang, J.C. Yang // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2006. N 21. – P. 1737-1743.
10 Marschall, H.U. // The genetic background of gallstone formation: an update. Biochem. Biophys / H.U. Marschall, D. Katsika, M. Rudling // Res. Commun. – 2010. – Vol. 369, N 1. – P. 58-62.
11 Barkun, J. // Small gallstones may increase the risk of pancreatitis: is there a benefit for a prophylactic cholecystectomy? / J. Barkun, D. Woo, M. Marcaccio // Can. J. Surg. – 2007. – Vol. 50, N 1. – P. 62-65.
12 Factors influencing the technical difficulty of endoscopic clearance of bile duct stones / H.J. Kim, H.S. Choi, J.H. Park et al. // Gastrointest Endosc. – 2007. – N 66. – P. 1154-1160.
13 Venneman, N.G. // Small gallstones are associated with increased risk of acute pancreatitis: potential benefits of prophylactic cholecystectomy? / N.G. Venneman, E. Buskens, M.G. Besselink // Am. Gastroenterol. – 2005. – Vol. 100, N 11. – P. 25402550.
14 Gurusamy, K.S. // Erlyversus delayed laparoscopic cholecystectomy for biliary colic / K.S. Gurusamy, K. Samraj, G. Fusai // Cochr. Database Syst. Rev. – 2008. – Vol. 8, N 4. CD007196.
15 Mabry, C.D. // Randomized Clinical Trial of Small-Incision and Laparoscopic Cholecystectomy in Patients With Symptomatic Cholecystolithiasis: Primary and Clinical Outcomes – Invired Critique / C. D. Mabry // Arch. Surg. – 2008. – Vol. 143, N 4. – P. 377-378.
16 Pancreaticoduodenectomy with preoperative obstructive jaundice: drainage or not / Zh. Li, Zh. Zhang, W. Hu et al. // Pancreas. – 2009. – Vol. 38, N 4. – P. 379386.
17 Сотниченко Б.А. // Новые технологии в диагшностике и лечении осложненных фори холецистохоледохолитиаза. / Б.А. Сотниченко, В.И. Макаров, Н.В. Савинцева и др.// Мат. XIII междунар.конгр.хир.-гепатологов. – Алматы. – 2006. – Том 11 - №3№ - 112 б.
18 Бородач В.А. // Острый холецистит, осложненный холедохолитиазом. / В.А. Борисов; С.F. Штофин, А.В. Бородач. // Анн.хирург.гепатологии. - 2004. - т.9. - №2. — 112 б.
19 Neoptolemos J.P. // Endoscopic sphincterotomy in acute gallstone pancreatitis. / Neoptolemos J.P. // Br.J.Surg. - 1993. - 80. - p.547-549.
20 Роковой А.А. // Технические варианты лечения больных с механической желтухой. / А.А.Роковой, А.Ю.Попов, А.Н.Лещенко. // Мат. IV конф.хир.-гепат. - С-Петербург. – 2007. Том 12. - №3. - 106-107 б.
21 Отдаленные результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии. / Предыбайлов Ю.С., Коротков Н.И., Бабаев А.А. и соавт. // Мат. IX Всерос.съезда по эндоск.хир. – Москва. — 2006. - № 2 . - 106 б.
22 Васильев А.Ю. // Диагностические возможности магнитно-резонансной холангиографии в выявлении заболеваний желчного пузыря и желчных протоков / Роль лучевой диагностики в многопрофильной клинике и учреждениях стоматологического профиля //Под ред.В.И.Амосова. - СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2005. - 43-45 б.
23 Бебезов Х.С., Осмонов Т.А., Бебезов Б.Х. и соавт. // Рентгенобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи // Мат.ХШ междунар.конгр.хир.-гепатологов. – Алматы. - 2006. - Том 11. - №3. - 71-72 б.
24 Таджибаев Ш.А. Магнитно-резонансная холангиопанкреато- графия: новые возможности неинвазивной диагностики. / Ш.А. Таджибаев. // Анн.хирург.гепатологии. 2005. - т. 10. - №2. - 225 б.
25 Influence of bile duct diameter on the therapeutic quality of endoscopic balloon sphincteroplasty. / A. Ohashi, K. Tamada, T. Tomiyama et al. // Endoscopy. - 1999.-vol. 31.-p. 137-141.
26 Lee J.H. // MR cholangiography of accessory bile duct connected to the stomach / J.H. Lee, J.S. Yu, M.S. Park et.al. // AJR Am J Roentgenol. 2007;189: W344-W347.
27 Ooi L.L., Goh Y.C., Chew S.P. et al. / Bile duct injuries during laparoscopic Cholecystectomy. // Dep of Surg, Singapore, 1998.
28 В.М. Тимербулатов, И.В. Верзаков // Ультразвуковая диагностика острого холецистита и его осложнений / а // Анналы хирургической гепатологии.- 2008.- том 13.- №1- 76-82 б.
29 КригерА.Г. Холедохолитиаз / А.Г. Кригер // В кн. Руководство по хирургии желчных путей. Под ред. Э.И. Гальперина. П.С. Ветшева.- Издательский дом Видар-М.-2006.- 221-223 б.

30 Жерлов Г.К. // Механическая желтуха: Некоторые аспекты диагностики и хирургического лечения / Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, К.М. Аутлев // Издательство Томского университета.- 2007. - 67-69 б.
31 Нестеренко Ю.А. // Ультразвуковая диагностика холедохолитиаза / Ю.А. Нестеренко, С.Г. Шаповальянц, С.В. Михайлусов и др. // Хирургия. - 1993. -№1. - 37-43 б.
32 Балалыкин А.С. // Особенности анатомии терминального отдела желчного протока в свете применения современных эндоскопических чреспапиллярных операций / А.С. Балалыкин, В.В. Гвоздик, М.А. Амеличкин и др. // Эндоскопическая хирургия. - 2007. –№ 6. - 3-10 б.
33 Millat B. // Routine intraoperative cholangiography is feasible and afficient during laparoscopic cholecystectomy / B. Millat, B. Deleuze et al. // Hepatogastroenterology. - 1997. - Vol. 44, N 13. - P. 22 – 27.
34 Митьков В.В. // Ультразвуковое исследование желчевыводящей системы / В.В. Митьков, Ю.А. Брюховецкий // Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика. / Под ред. Митькова В.В. - М. - Видар. - 2006. - 720 е., изд. – 133 – 194 б.
35 Baum G. // Orbital lesion localization by three-dimensional ultrasonography / G. Baum, I. Greenwood // NY State J. Med. - 1961. - Vol.61. - P. 4149.
36 Fine D. // Three-dimensional (3d) ultrasound imaging of the gallbladder and dilated biliary tree: reconstruction from real-time B-scans / D. Fine, S.Perring, J.Herbetko, C.N.Hachking et al. // Br. J. Radiol. - 1991. - Vol. 64(767). - P. 1056 - 1057.
37 Lee H.J. // Three-dimensional ultrasonography using the minimum transparent mode in obstructive billiary diseases: early experience/ H.J. Lee, B.I. Choi, J.K. Han et al. // J. Ultrasound Med. - 2002. - Vol. 21(4). - P. 443 - 453.
38 Chan Y.L. // Choledoholithiasis: comparison of MR cholangiography and endoscopic retrograde cholangiography / A.C. Chan, W.W. Lam // Radiology 1996, 200:85-8.
39 Reinhold C. // Choledoholithiasis: evaluation of MR cholangiography for diagnosis / C. Reinhold, P. Taourel, P.M. Bret // Radiology 1996, 209.- P.435- 442.
40 Demarines N. // Evaluation of magnetic resonance cholangiography in the management of bile duct stones / N. Demarines, L. Fisner, K. Schnabel, et al. // Arch. Surg. -2000. Feb. -№ 135.-P. 148-152.
41 Irie H. // Optimal MR cholangiopancreatographic sequence and its clinical application / H. Irie, H. Hoda, T. Tajima et al. // Radiology. - 1998. - № 206. - P. 379-387.
42 Ермаков Е.А. // Миниинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложненной нарушением проходимости желчных протоков / Е.А. Ермаков, А.Н. Лищенко // Хирургия. - 2003. - № 6. - 68-75 б.
43 Wantanbe Y. // Diagnostic pitfalls of MR cholangiopancreatography in the evaluation of billiary tract and gallbladder / Y. Wantanbe, M. Dokhe, T. Ishimori//Radiographics 1999, 19.- P.415-429.
44 Кригер А.Г. // Лапароскопические вмешательства при холедохолитиазе и холедохотомия из мини-доступа / А.Г. Кригер, А.М. Шулутко, М.И. Прудков // В кн. Руководство по хирургии желчных путей. Под ред. Э.И. Гальперина. П.С. Ветшева.- Издательский дом Видар-М.-2006.-380-386 б.
45 Шаповальянц С.Г. Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе / С.Г. Шаповальянц, А.Ю. Цкаев, Г.В. Грушко // Анналы хир. гепатологии. –1997.- Т. 2. -117-122 б.
46 Boix J. // Radiation dose to patients during endoscopic retrograde cholangiopancreatography / J. Boix, Lorenzo V. // World J Gastrointest Endosc. 2011 July 16; 3(7): 140-144.
47 Chang W.H. // Endoscopic retrograde cholangiopancre50ography in elderly patients / W.H. Chang, W.Y. Lei // Int J Gerontol. 2007;1:83-88.
48 Joo Y.J. // Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in pancreatic and biliary tract disease in Korean children / Y.J. Joo, H.Y. Chong, M.K. Kyung // World J Gastroenterol. 2010 January 28; 16(4): 490^95.
49 Pittman M.A. // Gallstone ileus following endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy./ M.A. Pittman, D. Heath, A. McNair //Dig Dis Sci. 2007.-52.-513-515.
50 Cheng C.L. // Risk factors for post-ERCP pancreatitis: a prospective multicenter study. / C.L. Cheng, S. Sherman, J.L. Watkins et al. //Am J Gastroenterol. 2006;101:139-147.
51 Cotton P.B. // Risk factors for complications after ERCP: a multivariate analysis of 11,497 procedures over 12 years / P.B.Cotton, D.A.Garrow, J.Gallagher et al. // Gastrointest Endosc. 2009;70:80-88.
52 Wang P. // Risk factors for ERCP-related complications: a prospective multicenter study/ P.Wang, Z. Li, F. Liu et al.//Am J Gastroenterol. 2009;104:31-40.
53 Woods K.E. // Endoscopic retrograde cholangiopancreatography associated pancreatitis: A 15-year review / K.E. Woods, F.F. Willingham // World J Gastrointest Endosc. 2010 May 16; 2(5): 165-178.
54 Цыбырнэ К.А., Барган М.А., Падука К.А., Герег А.А. // Эволюция хирургической тактики при камнях желчных протоков // Хирургия. - 1988. - № 9. - 66- 70 б.
55 McBurney Ch. // Removal of biliary calculi from the common duct by the duodenal route. Ann. Surg. 1898; 28 (4): 481–486. 86.
56 Глянцев С.П., Федоров А.В., Оловянный В.Е. Д.О. // Отт - основоположник отечественной эндоскопической хирургии. К 150-летию со дня рождения // Эндоскопическая хирургия 2005. - № 2. - 3-9 б.
57 Baev S, Pozarliev T, Todorov GT.// Laparoscopic cholecystctomy: 700 consecutive cases// Int Surg.- 1995.- Vol.3, N.3. - P. 157-160.
58 Owais M. // Laparoscoric versus minilaparotomy cholecystectomy – a comparative study. Diss. Karnataka, 2006. 72 p.
59 J.S. Reinders, A. Goud, R. Timmer et al // Early laparoscopic cholecystectomy improve outcomes after endoscopic sphincterotomy for choledochocystolithiasis // Gastroenterology. – 2010. – N 138. – P. 2315-2320.
60 Дворянкин, Д.В. // Дифференцированная, одномоментная (лапароскопическая и эндоскопическая) хирургическая тактика при желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой / Д.В. Дворянкин, А.В. Кочетков, С.Б. Кравец и др. // Альманах института им. А.В. Вишневского. – 2015. – № 2: Тезисы XII съезда хирургов России г. Ростов-на-Дону. – 691-692 б.
61 Alexakis, N. // Meta-analysis of one- vs. two-stage laparoscopic/endoscopic management of common bile duct stones / N. Alexakis, S. Connor // HPB (Oxford). – 2012. – N. 14. – P. 254-259.

62 A.L. DePaula, K. Hashiba, M. Bafutto et al., // Laparoscopic antegrade sphincterotomy / // Surg Laparosc Endosc. – 1993. – N 3. – P. 157–160.
63 Ю.Г. Алиев, М.А. Чиников, И.С. Пантелеева и др. // Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни из лапаротомного и миниинвазивных доступов // Хирургия. – 2014. – № 7. – 21-25 б.
64 Hungness, E.S. // Management of common bile duct stones. J. Gastrointest. Surg / E.S. Hungness, N.J. Soper // 2006. – Vol. 10, N 4. – P. 612.
65 H.J. Kim, H.S. Choi, J.H. Park et al. // Factors influencing the technical difficulty of endoscopic clearance of bile duct stones // Gastrointest Endosc. – 2007. – N 66. – P. 1154-1160.
66 Edye, M. // Concepts in hepatobiliary surgery. In: Scott-Conner CEH, editor / M. Edye M., E. Newman, H.E. Pachte. – Chassin's: operative stratedy in general surgery. An expositive atlas. 3rd ed. N.Y: Springer. – 2001. – P. 565-571.
67 Lengyel B.I., Panizales M.T., Steinberg J et al., // Laparoscopic cholecystectomy: What is the price of conversion? / // Surgery. – 2012. – Vol. 152, N 2. – P. 173-178.
68 Прудков, М.И. // Минилапаротомия и «открытая» лапароскопия лапароскопия в лечении больных желчнокаменной болезнью / М.И. Прудков. – Дисс. …док. мед. наук в форме научного доклада. М., 1993. – 53 б.
69 Meinero M., Melotti G., Mouret P.H. // Laparoscopic surgery. Milano etc.: Masson. 1994; P. 440.
70 Strasberg, S.M. Laparoscopic biliari surgery / S.M. Strasberg // Gastroitest. Endosc. Clin. N. Am. 1999. – N 28. – P. 117-132.
71 A.H. Ghazal, M.A. Sorour, M. El-Riwini, H. ElBahrawy // Single-step treatment of gall bladder and bile duct stones: a combined endoscopic-laparoscopic technique / // Int J Surg. – 2009 – Vol. 7, N 4. – P. 338-346.
72 Casillas, R.A. // Early laparoscopic cholecystectomy is the preferred management of acute cholecystitis / R.A. Casillas, S. Yegiyants, J.C. Collins // Arch. Surg. – 2008. – V. 143, N 6. – P. 533-537.
73 P.G. Gurcillo, A.S. Wu, E.R. Podolsky et al. // Single-port-access (SPA) cholecystectomy: a multi-institutional report the first 297 cases / // Surg. Endoscop. – 2010. – N 24. – P. 1854-1860.
74 P.P. Rao, S.M. Bhagwat, A. Rane et al. // The feasibility of single port laparoscopic cholecystectomy: A pilot study of 20 cases / // YPB 2008. – N 10. – P. 336-340.
75 Дарвин, В.В. // Трехмерная лапароскопия как технология профилактики повреждений внепечёночных желчных путей при холецистэктомии / В.В. Дарвин, Е.А. Краснов, С.В. Онищенко, А.В. Степанов // Альманах института им. А.В. Вишневского. – 2016. – № 1: Тезисы XIX Съезда Общества эндоскопических хирургов России г. Москва. – 102-103 б.
76 Ю.Г. Старков, К.В. Шишин, Е.Н. Солодина и др. //Лапароскопические операции с использованием гибких эндоскопов – новая концепция развития малоинвазивной хирургии // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – № 1. – 201 б.
77 M. Hensel, U. Schernicau, A. Schmidt et al. // Surgical outcome and midterrn follow-ap after transvaginal NOTES hybrid holecystectomy: analysis of a prospective clinical series. J. Laparoendsc // Adv. Surg. Tech. A. – 2011. – Vol. 21, N 2. – P. 101-106.
78 Lee, P.-C. // Randomized clinical trial of single-incision laparoscopic cholecystectomy versus minilaparoscopic cholecystectomy / P.-C. Lee, C. Lo, P.-S. Lai // Brit. J. Surg. – 2010. – N 97. – P. 1007-1012.
79 G.L. Carvalho, F.W. Silva, J.S. Silva et al. // Needlescopic clipless cholecistectomy as an efficient, safe, and costeffective alternative with diminutive scars: the first 1000 cases // Surg Laparoscopic Endosc Percutan Tech. – 2009. – Vol. 19, N 5. – P. 368-372.
80 M. Kilian, W. Raue, C. Menenakos et al. // Transvaginal-hybrid vs. single-port-access vs. "conventional" laparoscopic cholecystectomy: a prospective observational studi // Langenbecks Arch. Surg. – 2011. – Vol. 396, N 5. – P. 709-715.
81 Arezzo, A. // Is single-incision laparoscopic cholecystectomy safe? Results of systematic review and metaanalysis / A. Arezzo, G. Scozzari, F. Famiglietti // Surg. Endosc. – 2013. – Vol. 27 – P. 2293-2304.
82 K. Ahmed, T.T. Wang, V.M. Patel et al. // The role of single-incision laparoscopic surgery in abdominal and pelvic surgery: a systematic review / // Surg. Endosc. – 2011. – Vol. 25, N 2. – P. 378-396.
83 Al. Liverani, M. Muroni, F. Santi et al. // One-step laparoscopic and endoscopic treatment of gallbladder and common bile duct stones: our experience of the last 9 years in a retrospective study // Am Surg. – 2013. – Vol. 79, N 12. – P. 1243-1247.
84 А.С. Балалыкин, Ю.В. Снигирев, В.В. Гвоздик и др. // Эндоскопическая папиллотомия и холангиолитиаз (доступы, принципы, эффективность) // Клиническая эндоскопия. – 2006. – Т. 2, № 8. – С. 13-19.
85 G. Trikudanathan, U. Navaneethan, M.A. Parsi // Endoscopic management of difficult common bile duct stones / // World J Gastroenterol. – 2013. – Vol. 19, N 2. – P. 165-173.
86 J. Griniatsos, E. Karvounis, A. Isla // Early versus delayed single-stage laparoscopic eradication for both gallstones and common bile duct stones in mild acute biliary pancreatitis // Am. Surg. – 2005. –Vol. 71, N 8. – P. 682-686.
87 El-Geidie, A.A. // Single-session minimally invasive management of common bile duct stones / A.A. El-Geidie // World J. Gastroenterol. – 2014. – Vol. 20, N 41. – P. 15144-15152.
88 Poulose, B.K. // National analysis of in-hospital resource utilization in choledocholithiasis management using propensity scores. / B.K. Poulose, P.G. Arbogast, M.D. Holzman // Surg. Endosc. – 2006. – Vol. 20, N 2. – P. 186-190.
89 G. Borzellino, C. Cordiano // Biliary lithiasis: basic science, current diagnosis, and management // Milan: Springer. – 2008. – P. 335.
90 El-Geidie A.A. // Is the use of T-tube necessary after laparoscopic choledochotomy? // J Gastrointest Surg. – 2010. – N 14. – P. 844-848.
91 W. Qiu, X.D. Sun, G.Y. Wang et al. // The clinical efficacy of laparoscopy combined with holedochoscopy for cholelithiasis and choledocholithiasis // Eur Rev Med Pharmacol Sci. – 2015. Vol. 19, N 19. – P. 3649-3654.
92 M.J. Curet, D.E. Pitcher, D.T. Martin, KA. Zucker // Laparoscopic antegrade sphincterotomy. A new technique for the management of complex choledocholithiasis // Ann Surg. – 1995. – 221. – P. 149–155.

93 Al. Liverani, M. Muroni, F. Santi et al. // One-step laparoscopic and endoscopic treatment of gallbladder and common bile duct stones: our experience of the last 9 years in a retrospective study // Am Surg. – 2013. – Vol. 79, N 12. – P. 1243-1247.
94 Bingener, J. // Management of common bile duct stones in rural area of the United States: results of survey / J. Bingener, W.H. Schwesinger // Surg. Endosc. – 2006. – Vol. 20, N 4. – P. 577-579.
95 Румянцев, И.П. // Сравнительная оценка эффективности лапароскопического оперативного доступа и минидоступа при хирургическом лечении холедохолитиаза : автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.27 / И.П. Румянцев – СанктПетербург, 2009. – 26 б.
96 G. Borzellino, C. Cordiano // Biliary lithiasis: basic science, current diagnosis, and management / // Milan: Springer. – 2008. – P. 335.
97 B.K. Poulose, P.G. Arbogast, M.D. Holzman // National analysis of in-hospital resource utilization in choledocholithiasis management using propensity scores. / // Surg. Endosc. – 2006. – Vol. 20, N 2. – P. 186-190.
98 T. Siddiqu, A. MacDonald, P.S. Chong et al. // Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a meta-analysis of randomized clinical trials // Am. J. Surg. – 2008. – Vol. 195, N 1. – P. 40-47.
99 F. Keus, Ali U. Ahmed, G.J. Noordergraaf et al. // Anaesthesiologcai considerations in small-incision and laparoscopic cholecystectomy in symptomatic cholecystolithiasis: implications for pulmonary function. A randomized clinical trial. // Acta. Anaesthesiol. Scand. 2007. – Vol. 51, N9 P. 1068-1078.
100 D.J. Martin, D.R. Vernon, J. Toouli // Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones //Cochruane Database Syst. Rev. – 2006. – N 2. – CB003327.
101 F. Keus, H.G. Gooszen, C.J. van Laarhoven // Open, small-incision, or laparoscopic cholecystectomy for patients with symptomatic cholecystolithiasis. An overview of Cochrane Hepato-Biliary Group reviews / // Cochrane Database Syst. Rev. – 2010. – N 20. – P. 1: CD008318.
102 J. Lu, Y. Cheng, X.Z. Xiong et al. // Two-stage vs single-stage management for concomitant gallstones and common bile duct stones // World J. Gastroenterol. – 2012. – N 18. – P. 3156–3166.
103 Shim, C.S. //How should biliary stones be managed? / C.S. Shim // Gut Liver. – 2010. – Vol. 4, N 2. – P. 161-172.
104 B. Sandzén, M.M. Haapamäki, E. Nilsson E. et al. // Treatment of common bile duct stones in Sweden 1989-2006: an observational nationwide stadi of a paradigm sift // World J. Surg. – 2012. Vol. 36, N 9. – P. 2146-2153.
105 J.S. Reinders, A. Goud, R. Timmer et al. // Early laparoscopic cholecystectomy improve outcomes after endoscopic sphincterotomy for choledochocystolithiasis // Gastroenterology. – 2010. – N 138. – P. 2315-2320.
106 M.A. Parsi, T. Stevens, J.A. Dumot, G. Zuccaro // Endoscopic therapy of recurrent acute pancreatitis // Cleve Clin. J. Med. – 2009. – N 76. – P. 225-233.
107 V.K. Bansal, M.C. Misra, K. Rajan et al. // Single-stage laparoscopic common bile duct exploration and cholecystectomy versus two-stage endoscopic stone extraction followed by laparoscopic cholecystectomy for patients with concomitant gallbladder stones and common bile duct stones: a randomized controlled trial // Surg.Endosc. – 2014. – N 28. – P. 875-885.
108 Шаповальянц, С.Г. Эндоскопическое лечение сложного холедохолитиаза / С.Г. Шаповальянц, С.Ю. Орлов, Е.Д. Федоров. – Пособие для врачей. – М.: Изд-во МГИУ, 2006. 28 с.
109 R.A. Pierce, S. Jonnalagadda, J.A. Spitler et al. // Incidence of residual choledocholithiasis detected by intraoperative cholangiography at the time of laparoscopic cholecystectomy in patients having undergone preoperative ERCP // Surg. Endosc. – 2008. – N 22. – P. 2365-2372.
110 Ермолов, А.С. // Тактика лечения острого холецистита, осложнённого холедохолитиазом / А.С. Ермолов, П.А. Иванов, Д.А. Благовестнов // Хирургия. – 2014. – № 1. – 10-14 б.
111 Kroh, M. // Choledoholithiasis, endoscopicopic retrograde cholangiopancreatography, and laparoscopic common bile duct exploration / M. Kroh, B. Chand // Surg. Clin. N. Am. – 2008. – Vol. 88, N 5. – P. 1019-1031.
112 N. Fukino, T. Oida, A. Kawasaki et al. // Impaction of a lithotripsy basket during endoscopic lithotomy of a common bile duct stone // Wld J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 16, N 22. – P. 2832-2834.
113 G. Stefanidis, N. Viazis, D. Pleskow et al. // Large balloon dilation vs. mechanical lithotripsy for the management of large bile duct stones: a prospective randomized study // Am. J. Gastroenterol. 2011. – Vol. 106, N 2. – P. 278-285.
114 McHenry, L. Difficult bile duct stones // L. McHenry, G. Lehman // Curr Treat Options Gastroenterol. – 2006. –Vol. 9, N 2. – P. 123-132.
115 Y. Guo, S. Lei, W. Gong et al. // A Preliminary Comparison of Endscopic Sphincterotomy, Endoscopic Papillary Large Balloon Dilation, and Combination of the Two in Endoscopic Choledocholithiasis Treatment // Med. Sci Monit. – 2015. – N 21. – P. 2607-2612.
116 Stromberg C., Nilson M. // Nationwide study of the treatment of common bile duct stones in Sweden between 1965 and 2009 / C. Stromberg, M. Nilson // Br. J. Surg. 2011. – Vol. 98. – N 12. P. 1766-1774.
117 El-Geidie, A.A. // Single-session minimally invasive management of common bile duct stones / A.A. El-Geidie // World J. Gastroenterol. – 2014. – Vol. 20, N 41. – P. 15144-15152.
118 Keizman, D. // Recurrent symptomatic common bile duct stones after endoscopic stone extraction in elderly patients / D. Keizman, M. Ih Shalom, F.M. Konikoff // Gastrointest. Endoscop. – 2006. V. 64. – P. 60-65.
119 M. Köcher, M. Cerna, R. Havlik et al. // Percutaneous treatment of benign bile duct strictures // Eur. J. Radiol. – 2007. – Vol. 62, N 2. – P. 170-174.
120 Chaitowitz, I.M. // Management of iatrogenic porto-biliary fistula following biliari stent / I.M. Chaitowitz, R. Heng, K.W. Bell // Australas. Radiol. – 2007. – N 51. – P. 316-318.
121 Reappraisal of percutaneous transhepaticcholangioscopic lithotomiy for primary hepatolithiasis / C. Chen, M. Huang, J. Yang et al. // Surg. Endoscop. – 2005. – Vol. 19, N 4. – P. 505-509.
122 Деговцов, Е.Н. // Одноэтапное минимально инвазивное хирургическое лечение больных холецистохоледохолитиазом: автореф. дис. …док. мед. наук: 14.01.17 / Е.Н. Деговцев. – Новосибирск, 2010. – 33 б.

123 Edye, M. // Concepts in hepatobiliary surgery. In: Scott-Conner CEH, editor / M. Edye M., E. Newman, H.E. Pachte. – Chassin's: operative stratedy in general surgery. An expositive atlas. 3rd ed. N.Y: Springer. – 2001. – P. 565-571.
124 J. Griniatsos, E. Karvounis, A. Isla Griniatsos, J. // Early versus delayed single-stage laparoscopic eradication for both gallstones and common bile duct stones in mild acute biliary pancreatitis // Am. Surg. – 2005. –Vol. 71, N 8. – P. 682-686.
125 M. Morino, F. Baracchi, C. Miglietta et al. // Preoperative endoscopic sphincterotomy versus laparoendoscopic rendezvous in patients withgallbladder and bile duct stones // Ann. Surg. – 2006. – N 244. – P. 889–893.
126 Al. Liverani, M. Muroni, F. Santi et al. // One-step laparoscopic and endoscopic treatment of gallbladder and common bile duct stones: our experience of the last 9 years in a retrospective study // Am Surg. – 2013. – Vol. 79, N 12. – P. 12431247.
127 L.R. Rábago, C. Vicente, F. Soler et al. // Two-stage treatment with preoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) compared with single-stage treatment with intraoperative ERCP for patients with symptomatic cholelithiasis with possible choledocholithiasis / // Endoscopy. – 2006. – Vol. 38, N 8. – P. 779-786.
128 Sahoo, M.R. // Randomised study on single stage laparo-endoscopic rendezvous (intra-operative ERCP) procedure versus two stage approach (Pre-operative ERCP followed by laparoscopic cholecystectomy) for the management of cholelithiasis with choledocholithiasis / M.R. Sahoo, A.T. Kumar, A. Patnaik // J Minim Access Surg. – 2014. – Vol. 10, N 3. – P. 139-143.
129 El-Geidie, A.A. // Laparoendoscopic management of concomitant gallbladder stones and common bile duct stones: what is the best technique? / A.A. El-Geidie // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. – 2011. – Vol. 21, N 4. – P. 282-287.
130 Li, M.K. // Managing concomitant gallbladder stones and common bile duct stones in the laparoscopic era: a systematic review / M.K. Li, C.N. Tang, E.C. Lai // Asian J Endosc Surg. – 2011. – N 4. – P. 53-58.
131 E.Deslandres,M.Gagner,A.Pompetal // Intraoperativeendoscopic sphincterotomy for common bile duct stones during laparoscopiccholecystectomy // Gastrointestinal Endoscop. – 1993. - Vol. 39, N 1. – P.54–58.
132 E. Cavina, M. Franceschi, F. Sidoti et al. // Laparo-endoscopic 'Rendezvous': A new technique in the choledocholithiasis treatment // Hepatogastroenterology. – 1998. – N 45. – P. 1430-1435.
133 R. Noel, L. Enochsson, F. Swahn et al. // A 10-year study of rendezvous intraoperative endoscopic retrograde cholangiography during cholecystectomy and the risk of post-ERCP pancreatitis // Surg Endosc. 2013. – Vol. 27, N 7. – P. 2498-2503.
134 G. La Greca, F. Barbagallo, M. Di Blasi et al. // Rendez-vous technique versus endoscopic retrograde cholangiopancreatography to treat bile duct stones reduces endoscopic time and pancreatic damage // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. – 2007. – Vol. 17, N 2. – P. 167-171.
135 Strasberg, S.M. // The Accordion Severity Grading System of surgical complications / S.M. Strasberg, D.C. Linehan, W.G. Hawkins // Ann. Surg. Tech. – 2009. – N 2. – P. 177-186.
136 D.S. Myung, C.H. Parc, H.R. Koh et al. // Cap-assisted ERCP in patients with difficult cannulation due to periampullary diverticulum // Endoscopy. – 2014. – N 46. – P. 352-355.
137 B. Mangiavillano, P.G. Arcidiacono, S. Carrara et al. // EUS-guided rendezvous technique for difficult cannulation of intradiverticular papilla // Endoscopy. – 2008. – Vol. 40, N 2. – P. 87-88.
138 L.R. Rábago, A. Ortega, I. Chico et al. // Intraoperative ERCP: What role does it have in the era of laparoscopic cholecystectomy? / // World J Gastrointest Endosc. – 2011. – Vol. 16, N 3(12). – P. 248-255.
139 R. Lai, M.L. Freeman // Endoscopic ultrasound-guided bile duct access for rendezvous ERCP drainage in the setting of intradiverticular papilla. / // Endoscopy. – 2005. – Vol. 37, N 5. – P. 487- 489.
140 A.H. Ghazal, M.A. Sorour, M. El-Riwini, H. ElBahrawy // Single-step treatment of gall bladder and bile duct stones: a combined endoscopic-laparoscopic technique // Int J Surg. – 2009 – Vol. 7, N 4. – P. 338-346.
141 Гусев, А.В. // Альтернативные эндобилиарные вмешательства при холедохолитиазе и стенозе большого сосочка двенадцатиперстной кишки / А.В. Гусев, И.Н. Боровков, Е.В. Гусева, Ч.Т. Мартинш // Хирургия. – 2009. – № 6. – 22-26 б.

Д.Т. Жұматаев, А.Н. Баймаханов, А.Ж. Нурмаков, Д.А. Нурмаков, А.Д. Раимханов
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СОЧЕТАНИИ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Резюме: Введение пациентов с острым холециститом в сочетании с холедохолитиазом, до сегодняшнего дня остается не решенной проблемой в экстренной хирургии [1]. Экстренные оперативные вмешательства у данной категории больных сопровождаются высокой частотой развития осложнений, а при вмешательствах, выполняемых на фоне механической желтухи тяжелой степени, летальность достигает 4,5— 9% [2]. В настоящее время тактические подходы к лечению пациентов с острым холециститом в сочетании с холедохолитиазом, во всем мире неоднозначны и до сих пор дискутируются [3, 4, 5]. Наиболее широко используется этапная тактика с предварительной декомпрессией внепеченочных желчных протоков – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭРХПГ с ЭПСТ) с отсроченным радикальным оперативным вмешательством [6]. Выбор метода дренирования общего желчного протока и оптимальные сроки выполнения радикального оперативного вмешательства после разрешения холедохолитиаза остаются актуальной проблемой [7]. Лечение данной категории пациентов должно быть индивидуальным, принимая во внимание состояние пациента, сопутствующие заболевания, характер осложнения желчекаменной болезни, размер конкрементов в холедохе, а также квалификацию специалистов и оснащенность медицинского учреждения.

В данном обзоре литературы представлены общие сведения о сочетании острого холецистита с холедохолитиазом, а также текущее состояние диагностики и лечения данного заболевания.
Ключевые слова: острый холецистит, холедохолитиаз, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, лапароскопическая холецистэктомия.

D.T.Zhumatayev, A.N.Baimakhanov, A.Z.Nurmakov, D.A.Nurmakov, A.D.Raimkhanov
Asfendiyarov Kazakh National Medical University

MODERN VIEW ON THE PROBLEM OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN COMBINATION WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS (LITERATURE REVIEW)

Resume: The treatment of patients with acute cholecystitis in combination with choledocholithiasis, to this day remains an unresolved problem in emergency surgery [1]. Emergency surgical interventions in this category of patients are accompanied by a high incidence of complications, and with interventions performed against severe obstructive jaundice, mortality reaches 4.5–9% [2]. Currently, tactical approaches to the treatment of patients with acute cholecystitis in combination with choledocholithiasis are ambiguous all over the world and are still debated [3, 4, 5]. The most widely used stage tactics with preliminary decompression of the bile ducts is endoscopic retrograde cholangiopancreatography with endoscopic papillosphincterotomy (ERCP with EPST) with delayed radical surgery [6]. The choice of the method of drainage of the common bile duct and the optimal time for radical surgery after resolving choledocholithiasis remain an urgent problem [7]. Treatment of this category of patients should be individual, taking into account the patient's condition, concomitant diseases, the nature of complications of cholelithiasis, the size of stone in common bile duct, as well as the qualifications of specialists and the equipment of the medical institution.
This literature review provides general information on the combination of acute cholecystitis with choledocholithiasis, as well as the current state of diagnosis and treatment of this disease.
Keywords: acute cholecystitis, choledocholithiasis, endoscopic papillosphincterotomy, laparoscopic cholecystectomy.