

Таблиця 3. Результати очистки кишківника у хворих із КДОК, у яких кишкова кровотеча зупинилась

Способи очистки кишківника	Результати досліджень				
	відміно	добре	задовільно	незадовільно	всього
Прийм Фортрансу через рот	6 (15,8%)	16 (42,1%)	14 (36,8%)	2 (5,8%)	38 (100%)
Прийм Фліт Фосфо-соли через рот	5 (20,8%)	13 (54,2%)	6 (25%)	0 (0%)	24 (100%)
Проведення зонду у 12-палу кишку і введення через нього розчину Фортрансу	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (100%)
Всього	15	32	20	2	69

Результати

При виконанні первинної екстренної КС у хворих із КДОК ми виявили наступні стигмати кровотечі.

- Продовження кровотечі із дивертикула (-ів) — 27 пацієнтів (27,3%):
 - 1а — активна кровотеча (артеріальна чи венозна) — 9 хворих (9,1%);
 - 1б — просочування крові — 7 хворих (7,1%);
 - 1в — підтікання крові із-під згортка — 11 пацієнтів (11,1%).
- Нестійкий гемостаз у зоні дивертикула (-ів) — 32 хворих (32,3%):
 - 2а — тромбовані судини — 18 хворих (18,2%);
 - 2б — згортки крові — 14 пацієнтів (14,1%).
- Стойкий гемостаз у зоні дивертикула (-ів) — 40 пацієнтів (40,4%).

При ендоскопічному виявленні продовження кровотечі із дивертикула/-ів ободової кишки, застосовували аргоно-плазменну коагуляцію (9 пацієнтів) та обробку кровотечної поверхні розчином капроферу (18 хворих). За умови спроби зупинки активної кровотечі методом аргоно-плазменної коагуляції досягали успіху у момент дослідження в 100% випадків. Однак, у 6 пацієнтів, у наступному, виник рецидив кровотечі, що вимагав повторної КС. У 3 хворих, у наступному, кровотеча більше не продовжувалась. У решті (3 хворих) після повторної зупинки кровотечі виник ще один рецидив, в результаті чого ці хворі були оперовані на висоті третього рецидиву кровотечі в клініці. За умови спроби зупинки кровотечі шляхом обробки кровотечної поверхні розчином капроферу (підгрупи 1б та 1в), позитивний ефект на момент дослідження також досягнутий у всіх 18 хворих, однак, у 7 із них виник рецидив кровотечі, що вимагав повторної КС із виконанням подібних ендоскопічних мір гемостазу, який мав позитивний ефект і кровотеча у даних пацієнтів більше не продовжувалась.

Таким чином, рецидив кровотечі спостерігався у 13 (48,1%) із 27 хворих із КДОК, у яких фіброколоноскопично діагностовано продовження кровотечі, що вимагало повторної КС із виконанням мір гемостазу, а троє пацієнтів були оперовані, у зв'язку з неефективністю консервативних та ендоскопічних методів лікування.

У 32 хворих із нестійким гемостазом у зоні дивертикула (-ів) ободової кишки, при екстренній КС застосовано обробку ділянки згортка чи тромбованих судин розчином капроферу. Продовження кровотечі на момент огляду не було. У наступному, у 7 хворих, що мали пухкий згортки та 5 пацієнтів із тромбованими судинами в зоні ураження, виник рецидив кровотечі, що обумовило повторну КС із заходами ендоскопічного гемостазу. У 1 хворого, в наступному, через 16 год, виник третій рецидив кровотечі. Виконання КС, заливка пухкого згортку розчином капроферу була ефективною і кровотеча біль-

Таблиця 4. Результати очистки кишківника у хворих із КДОК, у яких кишкова кровотеча продовжувалась чи наступав рецидив кровотечі (група 2)

Способи очистки кишківника	Результати досліджень				
	відміно	добре	задовільно	незадовільно	всього
Сифонна клізма холодною водою в/в введення розчину церукалу	9 (28,1%)	18 (56,3%)	5 (15,6%)	0 (0%)	32 (100%)

ше не продовжувалась. Однак, на 4 добу перебування в клініці, хвора померла без ознак продовження кровотечі в результаті важкої супутньої патології (септичний ендокардит, залишкові явища ГПМК).

Таким чином, рецидив кровотечі спостерігався у 12 (37,5%) із 32 хворих із нестійким гемостазом у зоні КДОК, що вимагало повторних (у 11 пацієнтів) чи третього (1 хворий) виконання КС із мірами ендоскопічного гемостазу. У 40 пацієнтів третьої групи (стійкий гемостаз), при екстренній КС виявляли поодинокі чи множинні дивертикули в ободовій кишці з ознаками кровотечі, що відбулась. Виявлені дані не потребували проведення повторного дослідження. У наступному, в жодного пацієнта даної групи не спостерігали продовження кровотечі.

Висновки

Серед хворих із дивертикулярною хворобою ободової кишки, у 70,1% має місце ускладнення у вигляді кишкової кровотечі. Спостерігається тенденція до збільшення хворих із КДОК за останні роки. Серед пацієнтів із КДОК переважають особи похилого і старечого віку: 106 (90,6%) із 117 хворих із КДОК, мали вік старше 61 року, а 2/3 пацієнтів (78 хворих; 66,7%) — були старшими за 70 років. У віковому аспекті, серед пацієнтів із даною патологією, переважають жінки: особи жіночої статі складають, близько, 2/3 — 63,2%. Майже у половині хворих із КДОК діагностовано середню та важку ступені кровотрати (48,7%), а в 23,9% пацієнтів — виявлено важку кровотрату, 45,3% пацієнтів із КДОК мали продовження кровотечі чи рецидив кровотечі під час перебування в клініці.

Запропонований діагностичний алгоритм екстренної підготовки кишківника та виконання невідкладної фіброколоноскопії з метою виявлення стигматів кровотечі та зупинки її різними методами. При неефективності консервативних та ендоскопічних мір гемостазу, продовження кровотечі із дивертикулів, пацієнти потребують екстренного оперативного втручання. Запропонований алгоритм ведення хворих із КДОК дозволив знизити загальну летальність до 1,9%, а серед оперованих хворих — летальних наслідків не було.

Література

- Артеми В.А., Кожурина М.В. (2007) Особенности течения дивертикулярной болезни толстой кишки у лиц пожилого возраста. Клиническая геронтология: 9-19
- Тимербулатов В.М., Тимербулатов М.В., Мехдиев Д.И., Куляпи А.В. (2007) Дивертикулярная болезнь толстой кишки. (Москва). "НПП Джангар". 192 с.
- Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И. и соавт. (2009) Собственный опыт лечения осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 19; 5: 68-71
- Terdiman J.P. (2001) Colonoscopic management of lower gastrointestinal hemorrhage. Current gastroenterology reports. 3; 5: 43

ВЫПОЛНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ПУЗЫРНО-КИШЕЧНЫМ ЖЕЛЧНЫМ СВИЩОМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Хворостов Е.Д., Захарченко Ю.Б., Томин М.С., Морозов С.А.

Кафедра хирургических болезней, Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина, Украина

Введение

Лапароскопическая холецистэктомия выгодно отличается низкой травматичностью, однако требует тщательного дооперационного обследования больного с целью предельной верификации диагноза и установления факта наличия осложненной желчекаменной болезни, которые оказывают влияние на изменение техники, объема, продолжительности данного оперативного вмешательства, и вообще, определяют возможность его выполнения с учетом технического обеспечения клиники. Такое осложнение желчекаменной болезни как пузырно-кишечные желчные свищи довольно редко встречаются в клинической практике, их частота составляет 0,3-5% среди всех оперативных вмешательств на желчных путях [4]. Дооперационная диагностика их составляет определенную проблему так, как требуют выполнения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), дуоденографии (ДГ) или ирригографии (ИГ), отличающиеся инвазивностью и высокой стоимостью. По этой причине основная масса данной патологии диагностируется в процессе лапароскопической холецистэктомии во время мобилизации желчного пузыря из перипузырных адгезивных образований, и ставит перед хирургом дилемму — продолжать лапароскопическую холецистэктомию или осуществлять переход на лапаротомный доступ. До настоящего времени не найден однозначный ответ на вопрос о необходимости перехода к лапаротомии после субоперационной диагностики внутреннего желчного свища между желчным пузырем и просветом кишки [1-4].

Связь проблемы с важными научными или практическими заданиями

Работа выполнена в соответствии с комплексной научно-исследовательской работой кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета "Разработка малоинвазивных оперативных вмешательств с использованием низких температур в лечении больных желчекаменной болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки" номер регистрации 0100U005308.

В связи с развитием и совершенствованием методики лапароскопической холецистэктомии расширяется перечень показаний для ее выполнения при различных вариантах осложненных форм течения желчекаменной болезни. Поэтому, наличие пузырно-кишечного желчного свища, осложнившего течение желчекаменной болезни, в настоящее время не рассматривается как абсолютное противопоказание для выполнения лапароскопической холецистэктомии. Однако, в отношении дооперационной и субоперационной диагностики указанного осложнения не принято окончательного решения. Не решен вопрос об изменении техники лапароскопической холецистэктомии при выявлении пузырно-кишечного свища, а также показаниях к возможной конверсии [1,3].

Выделение нерешенных ранее частей общей проблемы

Важной проблемой, требующей разрешения, является дооперационная диагностика пузырно-кишечного желчного свища. Решение ее может быть достигнуто путем выяв-

ления при скрининговом УЗС характерных ультразвуковых симптомов, сопутствующих внутреннему пузырно-кишечному желчному свищу, и на основании этого определение показаний к выполнению ЭРХПГ, ДГ или ИГ. Другим вопросом, требующим разрешения, является изменение техники лапароскопической холецистэктомии при возникшей необходимости в ходе операции прибегнуть к вмешательству на кишечной стенке, несущей свищ, с целью его закрытия в случаях, когда отсутствует техника лапароскопического кишечного шва (что является стандартной ситуацией в условиях общехирургической клиники) [1,3].

Целью исследования явилась оценка возможности дооперационной ультразвуковой диагностики пузырно-кишечного желчного свища, определение адекватного объема и последовательности выполнения отдельных этапов оперативного вмешательства при лапароскопической холецистэктомии в случае хронического калькулезного холецистита, осложненного пузырно-кишечным желчным свищем у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы

Проанализированы результаты хирургического лечения 7 пациентов пожилого и старческого возраста, у которых течение хронического калькулезного холецистита осложнилось пузырно-кишечным желчным свищем. Все пациенты женского пола, по возрастным показателям находились в пределах от 68 до 83 лет. Избыточная масса тела не присутствовала. Исходя из анамнестических данных, у пациентов в прошлом отсутствовали симптомы механической желтухи, тентической лихорадки с ознобом и острого панкреатита. Клинические проявления хронического холецистита с ультразвуковой верификацией, при первично хронической форме течения у всех больных, продолжались до поступления в клинику на протяжении от 5 до 16 лет. Пузырно-дуоденальный свищ имел место в 5 (71,4%) случаях, пузырно-поперечноободочный — в 2 (28,6%) случаях. При УЗС у всех пациентов были выявлены изменения желчного пузыря, разной степени выраженности, характерные для продолжительного воспалительного процесса и определяющие рубцово-сморщенный желчный пузырь: утолщение стенки, деформация просвета в форме продолговатого узкого полостного образования по оси пузыря, наличие гиперэхогенных образований с акустической дорожкой в просвете, изменение внешнего контура пузыря до узкого продольного гиперэхогенного образования. Кроме того, установлено контактное расположение к стенке желчного пузыря кишечной петли. Ширина просвета гепатикохоледоха, свободного от включений, не превышала 8,4 мм, при гиперэхогенных характеристиках стенки. Таким образом, у пациентов отсутствовали симптомы пузырно-кишечного желчного свища (визуализация соустья между просветом желчного пузыря и кишки), что не определяло показаний для проведения ЭРХПГ, ДГ, ИГ. Стандартная фиброгастродуоденоскопия была выполнена всем пациентам, но так как свищевое отверстие находилось в нисходящем отделе двенадцатиперстной кишки оно оказалось недосягаемым для визуализации. При лапароскопическом вмешательстве вы-

явлено наличие массивного перипузырного адгезивного процесса. Во время разделения плоскостных сращений наибольшей сложности, из-за выраженной плотности рубцовой ткани, возникли в области локализации свища, в 5 случаях на участке соединения желчного пузыря с нисходящим отделом двенадцатиперстной кишки, в 2 случаях на участке соединения дна желчного пузыря с прядью большого сальника, который укрывал стенку поперечно-ободочной кишки. После отделения желчного пузыря в упомянутых участках, открылся просвет кишки, что было диагностировано по пролабиранию слизистой оболочки. Размер дефекта кишечной стенки находился в пределах от 3 до 10 мм. Кишечные края были захвачены и сведены манипулятором с последующей временной фиксации в таком положении наложением от 2 до 5 клипс. Выполнена холецистэктомия с разделением клипированного пузырного протока и артерии. Желчный пузырь был рубцово сморщенным, представлен в виде плотного соединительнотканного образования с максимальным размером от 5 до 11 см, просвет пузыря соответствовал размерам заполнявших его конкрементов в количестве от 1 до 4, при максимальных их размерах от 15 до 30 мм. В правом подреберье над свищем выполнен доступ в брюшную полость длиной 5 см. Удален из брюшной полости желчный пузырь. Захвачена манипулятором и подведена к ране кишечная петля, несущая свищ. Иссечение свища в пределах не измененной кишечной стенки с последующим ушиванием образовавшегося дефекта размерами от 15 до 30 мм двухрядным швом двенадцатиперстной кишки и трехрядным швом поперечноободочной кишки, в поперечном направлении к продольной оси кишки. Дренирование подпеченочного пространства и ушивание ран. Продолжительность оперативного вмешательства находилась в пределах от 95 до 110 минут.

Результаты и обсуждение

Послеоперационное течение проходило без осложнений. Перистальтика кишечника, по аускультативной оценке, восстанавливалась в первые послеоперационные сутки. Послеоперационный период у анализируемой группы больных отличался от стандартной лапароскопической холецистэктомии несколько более щадящим режимом питания и физическим режимом. Питание начинали с третьих суток. Вставать с постели и ходить больные начинали со вторых послеоперационных суток, что соответствовало срокам перевода из палаты интенсивной терапии, где они задерживались под наблюдением на сутки больше обычного. С первых послеоперационных суток не использовали наркотические обезболивающие средства, заменив их анальгетиками. Дренаж подпеченочного пространства удаляли на 4 сутки. Выписка из стационара осуществлялась на 6 послеоперационные сутки.

Таким образом, дополнение техники стандартной лапароскопической холецистэктомии при диагностировании пузырно-кишечного свища, минилапаротомией с целью обработки и ушивания кишечной стенки, несущей свищ, позволило сохранить малотравматичность вмешательства, что проследивается при анализе течения послеоперационного периода и сроков выписки пациентов из стационара.

Внутренние свищи желчного пузыря с полыми органами представлены чаще в виде пузырно-двенадцатиперстного свища (70-80%), т.к. анатомически существует зона контакта указанных органов, что само по себе является естественным образованием адгезивного процесса в этом месте при развитии хронического воспаления в стенке желчного пузыря [4]. Пузырно-поперечноободочные свищи возникают значительно реже (12-22%), так как поперечно-ободочная кишка, в силу некоторого удаления от пузыря, не всегда принимает участие в образовании перипузырного инфильтрата [4]. Формирование свища предусматривает собой длительный многоэтапный процесс, обусловленный прогрессированием хронического воспаления в стенке желчного пузыря при наличии в просвете конкрементов, образующих пролежень в зоне пузырно-кишечной адгезии. Как правило, сформировавшийся свищ сопровождается миграцией желчного конкремента в просвет кишки, что может привести, при значительных размерах камня, к острой обтурационной желчно-каменной кишечной непроходимости [3]. В большинстве же случаев острая хирургическая патология, как правило, не осложняет процесс формирования и функционирования свища, поэтому он не имеет характерных клинических симптомов несмотря на систематическое восходящее инфицирование желчевыводящей системы из кишечного просвета, особенно при соединении с ободочной кишкой [2,4,5]. Но хроническое рецидивирующее течение холецистита как и холангита не является исключительной характеристикой пузырно-кишечного свища. Поэтому, дооперационная диагностика пузырно-кишечного свища основывается на данных полученных при дополни-

тельных методах исследования: УЗС, ЭРХПГ, ДГ, ИГ. К ультразвуковым симптомам пузырно-кишечного свища относится визуализация соустья между просветами обоих органов, что удается получить достаточно редко. Косвенные ультразвуковые признаки проявляются в виде рубцово измененного желчного пузыря, принявшего форму толстостенной трубчатой структуры к которой подтянута кишка. Наиболее информативным в дооперационном обследовании является прямое контрастирование свищевого хода получаемое при ЭРХПГ, ДГ, ИГ. Однако, эти методы обследования являются инвазивными и отличаются относительно высокой стоимостью, что не позволяет использовать их в диагностической программе холецистита как скрининговые. Таким образом, выход из сложившейся ситуации находится в отборе больных для проведения указанных исследований по непрямым клиническим и ультразвуковым симптомам. Все же, встречаются случаи, когда даже прямое контрастирование не позволяет получить изображение существующего свища, при его обтурации, узком извитом канале, нарушении проходимости пузырного протока, облитерации просвета желчного пузыря. Эти случаи, как правило, диагностируются субоперационно, но могут остаться незамеченными и привести к развитию послеоперационного перитонита или калового перитонита.

При диагностировании свища, возникает проблема в отношении изменения хода лапароскопической холецистэктомии или более того, возможности выполнения холецистэктомии лапароскопическим доступом потому, что необходимая для обработки кишечной стенки техника лапароскопического кишечного шва, не входит в стандартную лапароскопическую холецистэктомию и поэтому, не может быть выполнена в большинстве клиник. В таких случаях требуется конверсия на лапаротомный доступ для успешного завершения оперативного вмешательства, при таком исходе теряется преимущество лапароскопической холецистэктомии в малотравматичности. Выполнение этапа обработки и ушивания кишечной стенки, несущей свищ, из минилапаротомного доступа, выполненного в проекции свища, позволяет провести оперативное вмешательство максимально безопасно при минимальной возможной травматичности в сложившейся ситуации, что особенно важно у пациентов пожилого и старческого возраста.

Выводы

Ультразвуковые симптомы рубцово сморщенного желчного пузыря прилегающего к кишечной петле отмечены в случаях хронического калькулезного холецистита, осложненного пузырно-кишечным желчным свищем. Лапароскопическая холецистэктомия может быть выполнена при наличии пузырно-кишечного желчного свища, осложнившего течение хронического калькулезного холецистита с дополнением минилапаротомного доступа для обработки и ушивания кишечной стенки, несущей свищ, с целью обеспечения безопасности оперативного вмешательства и сохранения минимально возможной травматичности в сложившейся ситуации у пациентов пожилого и старческого возраста. Наиболее рациональным вариантом оперативного вмешательства у больных пожилого и старческого возраста с хроническим калькулезным холециститом, осложненным пузырно-кишечным желчным свищем, может быть лапароскопическая холецистэктомия с разделением пузырно-кишечного соустья и временным закрытием дефекта кишечной стенки клипированием, а затем извлечение желчного пузыря из брюшной полости и обработка кишечной стенки несущей свищ с ее ушиванием, через минилапаротомный доступ, выполненный в проекции свища.

Литература

- Быстров С.А., Жуков Б.Н., Бизярин В.О. (2010) Мининвазивные операции в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 10: 34-36
- Гусев А.В., Боронков И.Н., Гусева Е.В., Мартини Ч.Т. (2009) Альтернативные эндовидеоскопические вмешательства при холедохолитиазе и стенозе большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 8: 16-19
- Bove A., Bongarzone G., Serafini F.M., Bonomo L., Dragani G. et al. (2004) Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: predictors of conversion to open cholecystectomy and preliminary results. G. Chir. 25: 3: 75-79
- Horwood J., Akbar F., Davis K., Morgan R (2010) Prospective evaluation of a selective approach to cholangiography for suspected common bile duct stones. Ann. R. Coll. Surg. Engl. 10: 56-57
- Shiozawa S., Kim D.H., Usui T., Tsuchiya A. (2011) Indication of endoscopic retrograde cholangiography by noninvasive predictive factors of common bile duct stones before laparoscopic cholecystectomy: a prospective clinical study. Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. 21: 1: 28-32

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ

Цаберябий А.А., Ронина Н.Ю., Снежинский С.И.

Областной диагностический центр, Днепропетровск, Украина

Введение

В связи с образованием в 1991 году диагностического центра в его составе было создано эндоскопическое отделение. Для улучшения качества диагностики заболеваний гепатопанкреатодуоденальной области в 1992 году была внедрена методика эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ).

Материалы и методы

Исследования проводились аппаратами *JF-10*, *JF-1T20 Olympus* и рентгеновского аппарата с электронно-оптическим преобразователем *TUR D 800-4*. ЭРХПГ проводится на базе рентгенотделения, расположенного рядом с эндоскопическим отделением. Больные на обследование направляются из всех лечебных учреждений области. Исследование проводится стационарным больным из других лечебных учреждений, которые доставляются санитарным транспортом в сопровождении медработника. Больные из отдаленных районов области госпитализируются в диагностический центр для проведения ЭРХПГ на 1 сутки.

Контрастирование протоков систем печени и поджелудочной железы проводится любым йодсодержащим водорастворимым контрастом. Контрастное вещество перед исследованием не разводится. Перед исследованием больным измеряется артериальное давление, собирается аллергологический анамнез — переносимость препаратов йода, местных анестетиков. Исследование проводится под местной анестезией — 10% р-р Лидокаина 2 мл.

Начинается исследование в положении больного на левом боку, после введения аппарата в нисходящий отдел двенадцатиперстной кишки в положении на животе. Для выведения Фатерова соска в поле зрения используется прием выпрямления аппарата по малой кривизне желудка.

В основном методика ЭРХПГ используется для определения характера желтухи и уровня препятствия при механической желтухе. Также ЭРХПГ включена в план обследова-

ния больных перед лапароскопической холецистэктомией (при наличии желтухи в анамнезе, расширенный общий желчный проток или неубедительных данных УЗИ).

Результаты и обсуждение

За 19 лет произведено 4321 исследование. Из них 2679 женщин и 1642 мужчины. 8 раз исследования проводились детям до 16 лет с врожденными аномалиями желчевыводящих путей, холедохолитиазом, послеоперационными осложнениями. 8 пациентам после резекции желудка по Бильрот-2 удалось провести исследование гастроскопом с торцевой оптикой. У 174 больных с опухолями Фатерова соска и опухолями поджелудочной железы, прорастающими в 12-перстную кишку, исследование сопровождалось взятием материала на гистологическое исследование. В 1997 году была внедрена методика эндоскопической папилосфинктеротомии (ЭПСТ). Проведено 132 операции, как с диагностической, так и с лечебной целью. С 2007 года ЭПСТ не проводится из-за закрытия отделения лапароскопической и малоинвазивной хирургии. При проведении ЭРХПГ больным, перенесшим холецистэктомию, у 108 обнаружено стриктуру холедоха на уровне пузырного протока (рубцовую и наложение клипс на общий желчный проток), у 5 больных травму общего желчного протока. У 56 больных не удалось катетеризировать Фатерос сосок, находящийся в дивертикуле, у 23 больных устье соска по распычатому типу, у 24 стенозирующий папиллит.

У 30,5% пациентов при проведении ЭРХПГ патологии со стороны протоковой системы печени и поджелудочной железы не выявлено. Основное место в патологии занимает холедохолитиаз — 1028 больных (23,8%). Онкопатология выявлена у 17,6% пациентов, на первом месте заболевание головки поджелудочной железы 427 случаев, на одном уровне опухоли Фатерова соска и ворот печени — 159 и 146 больных соответственно. 134 поставлен рак холедоха. К редкой патологии относится киста холедоха 7 случаев, синдром Мирizzi — 3 случая.

При направлении к нам больных с диагнозом киста поджелудочной железы непременным условием является нахождение больного в хирургическом стационаре, так как