

вмешательств на протяжении висцерального или пристеночного отдела органа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Загресбин А.М. Чувствительные окончания скелетных мышц человека и лабораторных животных. Морфология. Т. 105. В. 9-10. 1993. С. 78.
2. Мочалова Т.П., Волович Л.Я. Хирургическое лечение больных туберкулезом мочеполовых органов. Кисв: Наукова думка, 1983. 159 с.
3. Терещенко А.В. Хирургия пороков развития мочеточников у детей. Кисв: Наукова думка, 1981. 182 с.
4. Цвстов Е.П., Кернесюк Н.Л. Основные факторы, определяющие исходы восстановительных операций на тазовом отделе мочеточника: Материалы 5-й конференции урологов УССР. Киев, 1972. С. 122 - 125.
5. Hoch W.H., Shansen J.D., Burns R.A. Uterosigmoidostomy: A 59-er followup and review of long-term urinary diversion. J. Urol. 1979. 122. 3. P.407-408.
6. Jakonsen B.E., Genster H., Olelsen S., Nygaard E. Vesico-ureteral reflux in children. Brit. J. Urol. 1977. 49. 2. P.119 - 127.
7. Kojanogi T., Tsuji I. Studi of renal reflux in neurogenic disfunction of the bladder. J. Urol.. 1981. 126. 2. P.210 - 217.
8. Remzi D., Ozen H. Surgical management of vesico-ureteral reflux in children. Internat. Urol. a nefrol..1993. 55. 4. P.723 - 726.
9. Viville Ch., Fournier R. L'hydroncfrose par syndrome de la jonction pyelo-ureterale (J.P.U.) chez l'adulte et l'enfant. J. Urol. 1977. 83. 10. P.763 - 776.

УДК 616.366-003.7 : 616.381-072.1-089.85

В. В. Ходаков

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ СЕГОДНЯ

Уральская государственная медицинская академия

Желчнокаменная болезнь и ее осложнения занимают значительное место среди заболеваний билиарной системы и справедливо привлекают внимание врачей разных специальностей. Довольно широкое распространение желчнокаменной болезни, увеличение частоты первичных и особенно повторных операций приобрели социальное значение. В развитых странах этой болезнью цивилизации страдает от 10 до 15% населения [7, 8, 10, 26, 31, 37].

Хотя о первых трех операциях на желчном пузыре Жан-Луи Пти доложил в 1735 г., становление билиарной хирургии стало возможным лишь после появления общего обезболивания. Впервые холецистостомию произвел в 1867 г. J.S.Bobbs. Первая успешная холецистостомия была выполнена Т. Kocher в июне 1878 года [33]. Впервые холецистолитотомию («идеальную» холецистотомию) выполнил в 1883 г. А. Meredith. С тех пор как в 1882 г.С. Langenbuch выполнил первую холецистэктомию, она в течение последующих 115 лет была и остается «золотым стандартом» в хирургическом лечении желчнокаменной болезни.

Увеличение продолжительности жизни населения промышленно развитых стран, хронизация многих заболеваний привели к тому, что для большой группы больных желчнокаменной болезнью холецистэктомия стала, особенно при остром приступе холецистита, чрезмерно травматичной операцией, чреватой высоким операционным риском, повышенной послеоперационной летальностью. В результате у хирургов вновь возник интерес к паллиативным, менее травматичным, оперативным вмешательствам. Среди них, в первую очередь, стоит отметить оригинальные методики лапароскопической холецистостомии и холецистолитотомии, разработанные в 1968 г. профессором Свердловского медицинского института И. Д. Прудковым [3, 4]. Так было положено начало новому направлению эндоскопической хирургии при заболеваниях желчевыводящих путей. В последующем появились многочисленные модификации лапароскопической холецистостомии. Другим вариантом малотравматичной холецистостомии стала чрескожная пункция желчного пузыря под УЗИ-контролем [12, 16, 22, 24, 25, 28, 32, 34, 35, 36.].

Практически в это же время начала широко распространяться эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия (ЭРПСТ) [6, 29, 38], операция, позволившая значительно снизить риск повторных вмешательств у пациентов со стенозом большого дуоденального соска и резидуальным холедохолитиазом. Широкое внедрение ЭРПСТ в клиническую практику привело к вытеснению трансдуоденальной папиллотомии.

Наряду с развитием малотравматичных методов операций активно разрабатывались неоперативные способы лечения камней желчного пузыря. Среди них наиболее популярными считаются: 1) литолитическая терапия желчными кислотами – хенодесзоксихолевой или урсодесзоксихолевой; 2) дистанционная ударноволновая литотрипсия; 3) сочетанное использование первого и второго способов; 4) интракорпоральная литотрипсия; 5) различные варианты контактного растворения желчных камней: а) после чрескожной пункции желчного пузыря, б) после ретроградной канюляции желчного пузыря через пузырный проток [1.

2, 9, 14, 15, 21, 26].

Обладая несомненными преимуществами – неинвазивностью или же минимальной инвазивностью – перечисленные способы лечения, тем не менее, до сих пор носят вспомогательный характер и могут применяться по ограниченным показаниям у сравнительно узкого круга больных желчнокаменной болезнью. Среди причин этого отмечают большую частоту рецидива камней, значительные технические трудности при использовании отдельных методик, высокую стоимость оборудования и лекарственных препаратов при длительном их применении. Не исключается также вероятность острых осложнений после литотрипсии – острый холецистит и панкреатит, механическая желтуха.

Наш собственный опыт экстракорпоральной литотрипсии желчных камней, проведенной у 42 пациентов, показал, что рецидив литиаза в течение трех лет наступил у 18 пациентов. У 8 чел. не произошло полной элиминации фрагментов желчных камней. Вместо единичных камней у них теперь множественные камни пузыря. Можно сказать, что у 2/3 больных процедура дробления камней желаемого результата не принесла.

В связи со всем вышеперечисленным основным методом лечения остается хирургический. За последние 10 лет, начиная с 1987 г., когда лионским хирургом Маратом была выполнена первая лапароскопическая холецистэктомия, произошло коренное изменение техники данной операции, остающейся как и 115 лет назад, “золотым” стандартом в лечении желчнокаменной болезни [13, 30].

В клинике общей хирургии на базе ГКБ № 40 с 1977 по 1998 г. по поводу желчнокаменной болезни и ее осложнений были оперированы 9797 пациентов. В течение 20 лет работы менялась не только тактика хирургического лечения, но и техника оперативных вмешательств.

Характер первичных оперативных вмешательств был следующий: холецистэктомия – 5124; а) традиционная или открытая, по терминологии западных авторов, – 3188 (общая послеоперационная летальность составила 0,31%); б) телевизионная лапароскопическая холецистэктомия – 296 (0,3%); в) безгазовая лапароскопическая холецистэктомия – 1640 (0,3%); лапароскопическая холецистостомия – 675 (4,6%); лапароскопическая холецистолитотомия – 178 (без летальных исходов); эндоскопическая ретроградная папиллотомия – 694 (1,3%).

При необходимости холецистэктомии дополняли вмешательства на общем желчном протоке и большом дуоденальном соске: производили холедохолитотомию – 112 (8,9%); холедохостомию – 377 (2,2%); трансдуоденальную папиллотомию – 1057 (2,7%) ; холедоходуоденостомию

– 160 (2,5%).

Приведенные показатели дают только самое общее представление о непосредственных результатах различных видов операции. Но в целом позволяют составить представление об объеме оперативных пособий и лечебных возможностях клиники общей хирургии.

Показанной считали оперативное лечение у больных с симптомным холецистолитиазом и холедохолитиазом. У наиболее ослабленных пациентов пожилого и старческого возраста применяли лапароскопическую холецистостомию, позволившую снизить послеоперационную летальность при остром холецистите в 2,6 раза. При остром холецистите лапароскопическая холецистостомия была сделана 312 больным, летальность составила 3,5%. В последующем радикальное лечение – холецистэктомия, эндоскопическая папиллотомия - произведены у 27% больных с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. Избавление пациентов от конкрементов приводило к быстрому стиханию воспаления, уменьшению отека стенки желчного пузыря и протоков и ликвидации явлений механической желтухи. Улучшение общего состояния у некоторых пациентов позволило в последующем удалить измененный желчный пузырь. При невозможности радикальной операции старались провести полноценную чресфистульную санацию желчного пузыря и протоков с помощью жестких и гибких волоконных оптических систем. Таким способом удается удалить камни из желчного пузыря в 96 – 98% наблюдений; из гепатикохоледоха – в 48 – 54% случаев. Наилучшими результатами такого этапного лечения стали после внедрения в работу клиники в конце 1984 г. эндоскопической папиллотомии. Резко снизилось количество повторных абдоминальных операций у больных с резидуальным холедохолитиазом и не устраненным стенозом большого дуоденального соска. В 1997 г. в клинике сделана только одна трансдуоденальная папиллотомия и 101 – эндоскопическая папиллотомия. Операция становилась необходимой при неудаче ЭРПСТ, связанной, чаще всего, с наличием неблагоприятных анатомических взаимоотношений (впадение большого дуоденального соска в дивертикул двенадцатиперстной кишки, ранее перенесенная резекция желудка по Бильрот-II). Типичными осложнениями ЭРПСТ были: 1) кровотечение из линии рассечения соска, останавливающаяся под влиянием консервативных мер (оперированы 2 пациента); 2) острый панкреатит, также поддающийся консервативному лечению в большинстве случаев, по поводу панкреонекроза и забрюшинной флегмоны оперированы 7 чел.; 3) ретродуоденальная перфорация – наиболее тяжелое, хотя и редкое осложнение (прооперировано 6 пациентов). У хирургов появилась возможность в

наиболее трудных для пациента ситуациях сокращать объем операции, предоставляя эндоскописту завершить хирургическое лечение после стабилизации состояния больного на приемлемом уровне.

Хорошие отдаленные результаты позволили применить органосохраняющую операцию – лапароскопическую холецистолитотомию – у больных молодого возраста с малосимптомным и, затем, бессимптомным холецистолитиазом. Преимуществами этой операции по сравнению с холецистической медикаментозной терапией и дистантной ударно-волновой литотрипсией (ДУВЛ) является возможность визуальной оценки как серозной оболочки желчного пузыря, так и слизистой оболочки. Наш опыт 178 лапароскопических холецистолитотомий показал, что среди причин рецидива камней в желчном пузыре следует считать холестероз и воспалительные изменения слизистой оболочки почти в 60% случаев. Улучшение отдаленных результатов у этой группы пациентов было достигнуто за счет более строгого трех этапного отбора пациентов на операцию. Первый этап заключается в изучении данных рентгенологического обследования желчевыводящих путей. При наличии деформаций, аномалий формы и положения желчного пузыря, признаков холелитиаза или стеноза большого соска двенадцатиперстной кишки ЛХЛТ противопоказана. Второй этап предполагает использование ЭВМ-скрининга для оценки рецидива холелитиаза. Система признаков, выбранная для описания объекта исследования (истории болезни), была составлена из 27 параметров — 14 качественных и 13 — количественных. Параметры представляют собой клинический симптомокомплекс и стандартный минимум данных лабораторных исследований (пол, возраст, продолжительность болезни, билирубин, СОЭ, трансаминазы и т.д.). ЭВМ играет роль консультанта в решении вопроса о выборе метода операции. Если прогноз ЭВМ совпадает с мнением врача, то последний имеет основание действовать более уверенно в каждой конкретной ситуации. Третий (заключительный) этап отбора производится непосредственно по ходу операции. При обнаружении перихолецистита, холестероза, признаков воспаления стенки желчного пузыря вместо ЛХЛТ выполняем холецистэктомию.

Все же основным методом хирургического лечения желчнокаменной болезни на сегодня остается холецистэктомия. Госпитальная летальность не превышает 1% во многих крупных лечебных центрах. Добиться таких выдающихся результатов стало возможным благодаря широкому внедрению малоинвазивного способа холецистэктомии – видеолапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). Наши трехлетние наблюдения показали, что ЛХЭ наименее травматичный на сегодня способ холецистэктомии. Он позволяет уменьшить пребывание

пациента в стационаре, снизить потребление лекарственных препаратов в послеоперационном периоде, быстрее восстановить работоспособность больных, получить хороший косметический эффект. Но наряду с этим ЛХЭ является дорогостоящим лечением, требующим сложной базовой аппаратуры и дорогого расходного материала. Способ более труден в техническом исполнении, требует специальной тренировки. Необходимость создания пневмоперитонеума не позволяет применить ЛХЭ у пациентов с серьезными заболеваниями органов дыхания и сердечно-сосудистой системы. Более частыми стали ятрогенные повреждения желчных протоков и появились специфические для ЛХЭ осложнения (перфорация крупных кровеносных сосудов, кишечника, коагуляционные некрозы желчных протоков и др.), у части больных возникает необходимость перехода к открытой операции [23]. В нашей практике также наблюдались некоторые из перечисленных осложнений. У двух пациенток был поврежден гепатикохоледох: пересечен во время операции у одной, у другой произошел послеожоговый некроз стенки холедоха спустя месяц после операции. Объем выполнена восстановительно-реконструктивная операция с благоприятными исходами. Дважды наблюдали послеоперационный желчный перитонит вследствие соскальзывания клипсы с культы пузырного протока. В одном наблюдении осложнение устранено при повторной лапароскопии: культя протока была перевязана эндостетик, брюшная полость промыта раствором антисептиков и дренирована. В другом случае произведена релапаротомия, ушивание культы пузырного протока и перфорационного отверстия холедоха. Больные поправились. Кратковременное желтенение по дренажу из подпеченочного пространства отмечено в 7 наблюдениях, оперативного вмешательства не потребовалось. Переход от ЛХЭ к лапаротомии потребовался у 9 пациентов, только у двух произвели традиционную лапаротомию, остальным – минилапаротомию. Побудительными причинами были: выраженный спаечный процесс в зоне операции у трех больных; грубые инфильтративно-воспалительные изменения желчного пузыря и соседних органов и тканей – у двух; интенсивное кровотечение из пузырной артерии – у трех и вен ложа пузыря – у одного пациента. Все больные выздоровели.

Именно поэтому нам представляется необходимым настойчиво пропагандировать метод безгазовой лапароскопической холецистэктомии (и не только холецистэктомии [5]. За 10 лет в клинике выполнено более 1600 операций на желчевыводящих путях с использованием минилапаротомии и дистанционной техники. При этом удается надежно произвести не только холецистэктомию, но и вскрытие и ревизию

гепатикохоледоха, удаление желчных камней из протоков, интраоперационную фиброхолангиоскопию, холедоходуоденостомию. Применение специального комплекта инструментов возможно не только при первичных операциях, но и при повторных вмешательствах, а также у людей, ранее перенесших большие операции на органах верхнего этажа брюшной полости или перитонит. Указанные обстоятельства полностью исключают возможность видеолaparоскопической холецистэктомии.

Ценной особенностью безгазовой лапароскопической холецистэктомии является минимальная интраоперационная нагрузка на дыхательную и сердечно-сосудистую системы. Мы оперировали больных острым холециститом на грани декомпенсации функции указанных систем. Возраст не является противопоказанием к операции — более 26% наших больных были старше 60 лет. Важным преимуществом перед ЛХЭ следует считать меньшую стоимость оборудования для безгазовой лапароскопии. Использование минилапаротомии помогает в некоторых случаях отказаться от широкой лапаротомии при неудаче или осложнениях, возникающих по ходу ЛХЭ. В клинике такая ситуация наблюдалась в 9 случаях. Хирургам удалось завершить вмешательство с минимальной травматичностью. В 1997 г. в клинике общей хирургии практически не было первичных операций по поводу желчнокаменной болезни с использованием широкой, или открытой, лапаротомии. Разумеется, безгазовая холецистэктомия также не лишена осложнений, как и любая другая операция. Чаще всего они наблюдаются в период освоения хирургом новой для него операции. Среди интраоперационных осложнений более частым можно считать кровотечение из пузырной артерии, что отмечено у 8 пациентов. В двух случаях хирурги остановили кровотечение, не прибегая к широкой лапаротомии, у 6 пациентов им пришлось это сделать. Наиболее тяжелым является повреждение во время операции гепатикохоледоха (два наблюдения). Оба осложнения диагностированы по ходу операции. Поэтому сразу же произведены восстановительные операции: гепатикоеноностомия на выключенной по Ру петле тощей кишки с транспеченочным дренированием по Сайпол-Куриану. В послеоперационном периоде были следующие осложнения: длительное желчеистечение по подпеченочному дренажу у 16 чел.; внутрибрюшное кровотечение — у одного (приведена релапаротомия, остановка кровотечения); выпадение дренажа общего желчного протока — у двух; воспалительный инфильтрат в области раны — у 23; нагноение раны — у 8 пациентов.

Тактика лечения больных желчнокаменной болезнью в нашей клинике на сегодняшний день такова: холецистэктомия показана всем больным с симптомным холецист- и холедохолитиазом. Срочные операции необходимо выполнять пациентам с острым воспалением желчного пузыря, холангитом, нарастающей механической желтухой. Методом выбора является безгазовая лапароскопическая холецистэктомия, при необходимости дополненная холедохотомией с ревизией протоков и наружным дренированием. У этих больных после установления стеноза большого дуоденального соска и/или холедохолитиаза на втором этапе лечения выполняют эндоскопическую ретроградную папиллотомию, которую при необходимости дополняют чресфистульными вмешательствами. Видеолaparоскопическую лапароскопию мы выполняем у больных желчнокаменной болезнью при отсутствии патологии во внепеченочных желчных протоках, доказанной при ультразвуковом или рентгенологическом исследовании, т. к. интраоперационная холангиография во время ЛХЭ очень трудоемкая процедура и не всегда бывает успешной. При подозрении на патологию со стороны магистральных желчных протоков планируем безгазовую холецистэктомию с обязательным рентгеноконтрастным исследованием гепатикохоледоха и фиброхоледохоскопией. Лапароскопическую холецистостомию выполняем у пациентов, для которых холецистэктомия излишне травматична; при длительной механической желтухе доброкачественного генеза; при трудных анатомических ситуациях в зоне операции.

Таким образом, благодаря применению тактики этапного лечения при запущенных формах желчнокаменной болезни и широкому использованию малоннвазивных методов оперирования (безгазовая или открытая лапароскопия и видеолaparоскопия, эндоскопическая папиллотомия) нам удалось уменьшить в 3 раза общую послеоперационную летальность при одновременном увеличении в 1,5 раза количества вылеченных больных на фоне снижения коечного фонда в клинике в последние годы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Милонов О. Б., Гуреева Х. Ф. Современные аспекты растворения желчных камней (Обзор литературы) // Хирургия. 1984. № 7. С. 144 - 150.
2. Постолюк П. М., Ковалев Г. В., Новокшенов Г. В. и др. Растворение желчных камней моноок

- танониом // Вестн. хир. 1987. № 5. С. 135 - 140.
3. Прудков И. Д. Лапароскопический метод гастростомии, дуоденостомии, холецистостомии и колоностомии: Автореф. дисс... докт. мед. наук. Свердловск. 1974. 45с.
 4. Прудков И. Д., Ходаков В. В., Прудков М. И. Очерки лапароскопической хирургии. Свердловск, 1989. С. 60 - 68.
 5. Прудков М. И. Минилапаротомия и «открытая» лапароскопия в лечении больных желчнокаменной болезнью: Автореф.дисс... докт. мед. наук в форме научного доклада. М. 1993. 50 с.
 6. Савельев В.С., Буянов В.М., Лукомский Г.И. Руководство по клинической эндоскопии. М.: Медицина, 1985. 544 с.
 7. Bainton D., Davies G. T., Evans K. T., Gravelle I. H. - Gallbladder disease: prevalence in a South Wales industrial town. // N. Engl. J. Med. 1976. Vol. 294. P. 1147 - 1149.
 8. Barbara L., Sama C., Labate A. M. et al. - A population study on the prevalence of gallstone disease: the Sirmione study// Hepatology. 1987. Vol. 7. P. 913 - 917.
 9. Barbara L., Roda E., Roda A. et al. Ergebnisse der Behandlung von Chenodeoxycholsäure // Minerva Med. 1977. Vol. 68. P. 3355- 3382.
 10. Bateson M. C. Gallbladder disease and cholecystectomy rate are independently variable // Lancet. 1984. P: 621 - 624.
 11. Berger H; Hilbertz T; Forst H; Pratschke E. - [Acute cholecystitis: percutaneous transhepatic drainage]. Akute Cholezystitis: Perkutane transhepatische Drainage. // Bildgebung. 1992 Dec; 59(4) P. 176-178.
 12. Boland G.W; Lee M.J; Leung J; Mueller P.R. - Percutaneous cholecystostomy in critically ill patients: early response and final outcome in 82 patients. // AJR Am. J. Roentgenol. 1994 Aug; 163(2): P. 339-342.
 13. Bowen J.C. - Gallstone disease: current therapy. // Semin. Ultrasound CT MR. 1993 Oct; 14(5). P. 321-324.
 14. Callans L.S., Gadacz T.R. Fragmentation of human gallstones using ultrasound and electrohydraulic lithotripsy: experimental and clinical experience // Surgery. 1990. Vol. 107, № 2. P. 121— 127.
 15. Coyne M.J., Bonorris G.G., Goldstein L.I., Schoenfield L.J. Effect of chenodeoxycholic acid and phenobarbital on the rate-limiting enzymes of hepatic cholesterol and bile acid synthesis in patients with gallstones // J. Lab. clin. Med. 1976. Vol. 87, № 2. P. 281-291.
 16. de-Manzoni G; Furlan F; Guglielmi A; Brunelli G; Laterza E; Ricci F; Genna M; Borzellino G; Cordiano C. - Acute cholecystitis: ultrasonographic staging and percutaneous cholecystostomy. // Eur. J. Radiol. 1992 Sep; 15(2). P. 175-179.
 17. Davidoff A.M; Pappas T.N; Murray E.A; Hilleren D.J; Johnson R.D; Baker M.E; Newman G.E; Cotton P.B; Meyers W.C. Mechanisms of major biliary injury during laparoscopic cholecystectomy [see comments] // Ann. Surg. 1992. 215(3). P. 196-202.
 18. Delaitre B; Testas P; Dubois F; Mouret P; Nouaille J.M; Suc B; Collet D. - Complications des cholecystectomies par voie coelioscopique. A propos de 6,512 observations // Chirurgie. 1992; 118(1-2). P. 92-102.
 19. Dowling R.H. - Gallbladder stones—dissolve, blast, or extract? Laparoscopic cholecystectomy versus 'the rest'// Scand. J. Gastroenterol. 1992. 192. P. 67-76.
 20. Donald J.J; Cheslyn-Curtis S; Gillams A.R; Russell R.C; Lees W.R. - Percutaneous cholecystolithotomy: is gall stone recurrence inevitable?// Gut. 1994. 35(5). P.692-695.
 21. From H. Gallstone dissolution therapy // Gastroenterology. 1986. Vol. 91. № 6. P. 1560-1567.
 22. Furlan F; Fugazzola C; Brunelli G; Franco F. - Trattamento della colecistite acuta mediante colecistostomia percutanea. // Radiol. Med. Torino. 1992. 84(3). P. 247-251.
 23. Holbling N; Pilz E; Feil W; Schiessel - Laparoskopische Cholezystektomie - eine Metaanalyse von 23,700 Fallen und der Stellenwert im eigenen Patientenkollektiv//Wien-Klin-Wochenschr. 1995. 107(5). P. 158-162.
 24. Hultman-CS; Herbst-CA; McCall-JM; Mauro-MA - The efficacy of percutaneous cholecystostomy in critically ill patients. // Am-Surg. 1996. 62(4). P.263-269.
 25. Jensen F. Procedure and principles in ultrasonically guided puncture // Ultrasound. Med. Biol. 1984. Vol. 10. № 5. P.607-611.
 26. Lanzini A; Northfield T.C. Pharmacological treatment of gallstones. Practical guidelines. Drugs. 1994. 47(3). P. 458-470.
 27. Leuschner U. Behandlung von Gallenblasen- und Gallengangsteinen. Aktueller Stand und kritische Stellungnahme // Med. Klin. 1986. 81. P. 217-222.
 28. Lohela P., Soiva M., Suramo J. et al. Ultrasonic guidance for percutaneous puncture and drainage in acute cholecystitis // Acta Radiol. Diagn. 1986. Vol. 27. № 5. P. 543- 546.
 29. Kawai K., Akasaka J., Murakami K., Tada M., Kohli Y., Nakajima M. Endoscopic sphincterotomy of the ampulla of Vater // Gastrointest. Endosc. 1974. Vol. 20, P. 148 - 151.

30. Sandor J. Gallstone surgery—yesterday, today, tomorrow // Acta Biomed. Ateneo. Parmense. 1992. 63(1-2). P. 51-57.
31. Sauerbruch T., Paumgartner G. Therapie der Cholelithiasis // Internist. 1986. Bd. 27. P. 643.
32. Shaver R.W., Hawkins J.F., Soong J. Percutaneous cholecystostomy // Amer. J. Roentgenol. 1982. Vol. 138. P. 1133-1136.
33. Traverso L. Carl Langebuch and the first Cholecystectomy // Amer. J. Surg. 1976. V. 132. №1. P.81-82.
34. van Overhagen H; Meyers H; Tilanus H.W; Jeekel J; Lameris J.S - Percutaneous cholecystectomy for patients with acute cholecystitis and an increased surgical risk. // Cardiovasc-Intervent-Radiol. 1996. 19(2). P. 72-76.
35. Van Steenberg W; Rigauts H; Ponette E; Peetermans W; Pelemans W; Fevery J. Percutaneous transhepatic cholecystostomy for acute complicated calculous cholecystitis in elderly patients // J. Am. Geriatr. Soc. 1993. 41(2). P.157-162.
36. Vauthey J.N; Lerut J; Martini M; Becker C; Gertsch P; Blumgart L.H. Indications and limitations of percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis. // Surg. Gynecol. Obstet. 1993. 176(1). P.49-54.
37. Wietholz H., Matern S. Medikamentöse Steinauflösung und endoskopische Therapie. // Therapiewoche. 1986. Bd. 36. P. 3185 - 3193.
38. Wurbs D. Endoscopic papillotomy // Scand. J. Gastroent. 1982. Vol. 77. P. 107-117.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК: 618.173-07.477.

**И.И.Бенедиктов, М.А.Звэгчайный,
А.В.Воронцова, А.Б.Тарасюк, А.А.Ковалева**

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Уральская государственная медицинская академия

Частота и тяжесть климактерических расстройств в последние годы нарастает, что проявляется утратой трудоспособности, снижением социальной активности женщин переходного возраста и приводит к преждевременному старению организма [4,5].

Климактерический период служит проявлением общего механизма старения. К тому возрасту, когда наступает климакс, уже позади наиболее активный и сложный период жизни женщины - репродуктивный, течение которого определяют менструальная функция, половая жизнь, беременности, аборт, гинекологические заболевания и т.д. Все это может обусловить возникновение разнообразных осложнений в период старения организма [2-5].

Если объяснять возникновение патологического климактерия с позиции теории регулирующих систем, разработанной И.И. Бенедиктовым, то у всех женщин, которые имели до климактерия нарушения отдельных звеньев в системе регуляции половой функции, должен развиваться кли-

мактерический синдром. Его можно ожидать и там, где присутствовало нарушение смежных регулирующих систем [1].

Несмотря на многочисленность работ по изучению этиологии климактерического синдрома (КС), индивидуальный прогноз особенностей течения климакса у женщин затруднен в силу отсутствия полноценного анализа основных факторов риска в различные возрастные периоды и вклада каждого из них в формирование патологического климактерия.

С целью ретроспективной характеристики состояния репродуктивной системы у больных с КС были изучены особенности акушерско-гинекологического анамнеза 156 женщин в возрасте 45-55 лет, из них: у 52 - диагностировано легкое течение патологического климактерия (I группа), у 40 - средняя степень его тяжести (II группа), у 22 - тяжелый КС (III группа); у 22 чел. - в анамнезе, а также в период обследования клинические проявления КС отсутствовали, что послужило основанием для выделения их как контрольной группы, т.е. группы женщин с физиологически протекающим климактерическим периодом. Анамнестические данные регистрировались в статистической карте, разработанной для компьютерной обработки полученной информации и включающей в себя 154 пункта.

При анализе акушерско-гинекологического анамнеза выяснено, что у большинства женщин контрольной группы первая менструация появилась в возрасте от 11 до 14 лет и менструальный цикл установился в течение года. В репродуктивном периоде средняя продолжительность менструаль-