

Сведения об авторах статьи:

Тимербулатов Махмуд Вилевич – д.м.н., профессор, зав кафедрой факультетской хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Куляпин Андрей Владиславович – к.м.н., зав. отделением колопроктологии ГБУЗ РБ ГКБ 21. Адрес: 450071, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3.

Лопатин Денис Валерьевич – врач отделения колопроктологии ГБУЗ РБ ГКБ № 21. Адрес: 450071, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3. E-mail: gkb21_2010@mail.ru.

Антова Лилия Ринатовна – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болихов К.В. Острые воспалительные осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки (клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук / К.В. Болихов. – М.: ГНЦК, 2006. – 25 с.
2. Воробьев, Г.И. Лечебная тактика при дивертикулезе толстой кишки / Г.И. Воробьев, К.Н. Саламов, Т.А. Насырина // Хирургия. – 1993. – № 10. – С. 46-52.
3. Воробьев, Г.И. Определение границ резекции ободочной кишки при дивертикулезе / Г.И. Воробьев, К.Н. Саламов, С.И. Ачкасов // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 80-86.
4. Гончарик, И.И. Модель протокола ведения больных с осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки / И.И. Гончарик // Медицинский журнал. – 2008. – № 1. – С. 67-69.
5. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов дивертикулярной болезнью ободочной кишки. – М., 2013. – 22 с.
6. Тимербулатов, В.М. Опыт лечения острого дивертикулита толстой кишки / В.М. Тимербулатов, Р.Р. Фаязов, Ш.В. Тимербулатов // Медицинский вестник Башкортостана. – 2009. – № 3. – С. 54-58.
7. Шелыгин, Ю.А. Лапароскопический доступ при плановом хирургическом лечении дивертикулярной болезни / Ю.А. Шелыгин, С.И. Ачкасов, А.И. Москалев // Колопроктология. – 2014. – № 4 (50). – С. 5-13.
8. Etsioni D.A. Diverticulitis in the United States: 1998-2005: changing patterns of disease and treatment / D.A. Etsioni, T.M. Mack, R.W. Bear, A.M. Kaiser // Enn Surg. – 2009. – № 249 (2). – С. 210-217.
9. Miangolarra C.J. Divertikulit right colon: khirurgicheskaya important issue / C.J. Miangolarra // Ann Surg. – 1961. – № 153. – С. 861-870.
10. Nakaji S. Comparison of etiology of right-sided diverticula in japinees elevating diverticulum on the West / S. Nakaji, K. Danjo, A. Munakata, K. Sugavara, D. Makoley, G. Kernohan, D. Bakster // Int J kolorektal'nogo Dis. – 2002. – № 17. – С. 365-373.
11. Pittet O. Recurrent left colonic episodes: more Severe than the initial diverticulitis? / O. Pittet, N. Kotzampassakis, S. Schmidt [et al.] // World J Surg. – 2009. – №33(3). – С.547-552.
12. Streyt L.L. The use of aspirin or nonsteroidal anti-inflammatory drugs increases the risk of diverticulitis and diverticular bleeding / L.L. Streyt, YU.L. Lyu, E.S. Khuan, E.L. Dzhiovannuchchi, A.T. Chan // Gastroenterologii. – 2011. – № 140 (5). – С. 1427-1433.

REFERENCES

1. Bolihov K.V. Ostrye vospalitel'nye oslozheniya divertikuljarnoj bolezni obodochnoj kishki (klinika, diagnostika, lechenie) (Acute inflammatory complications of diverticular colon disease (clinic, diagnosis, treatment)). Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Moscow, 2006, 25 p.
2. Vorob'ev G.I., Salamov K.N., Nasyrina T.A. Lechebnaja takтика pri divertikuleze tolstoj kishki (Therapeutic strategy in diverticulosis of the colon). Khirurgija, 1993, № 10, p. 46-52.
3. Vorob'ev, G.I., Salamov K.N., Achkasov S.I. Opredelenie granits rezektsii obodochnoy kishki pri divertikuleze (Determination of the boundaries of colon resection in diverticulosis). Khirurgiya, 2001, № 1, P. 80-86.
4. Lobanov D.S. Model protocols for patients with complications of diverticular disease of the colon. Journal of Volgograd State Medical University, 2008, № 1, p. 67-69.
5. Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu vzroslykh patsientov divertikulyarnoy bolezni obodochnoj kishki (Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of adult patients with diverticular colon disease). Moscow, 2013, 22 p.
6. Timerbulatov V.M., Fayzov R.R., Timerbulatov Sh.V., Mehdiev D.L., Bagautdinov F.Z., Gareev R.N. Treatment experience of colon diverticulosis. Bashkortostan medical Journal. 2009, № 3, C. 54-58.
7. Shelygin Yu.A., Achkasov S.I., Moskaev A.I. Classification of diverticular disease. Koloproktologia (Coloproctology). 2014, № 4 (50), p. 5-13.
8. Etsioni D.A., Mack T.M., Bear R.W., Kaiser A.M. Diverticulitis in the United States: 1998-2005: changing patterns of disease and treatment. Enn Surg. 2009, № 249 (2), p. 210-217.
9. Miangolarra C.J. Divertikulit right colon: khirurgicheskaya important issue. Ann Surg., 1961. № 153, p. 861-870.
10. Nakaji S., Danjo K., Munakata A., Sugavara K., Makoley D., Kernohan G., Bakster D. Comparison of etiology of right-sided diverticula in japinees elevating diverticulum on the West. Int J kolorektal'nogo Dis. 2002, № 17, p. 365-373.
11. Pittet O., Kotzampassakis N., Schmidt S. et al. Recurrent left colonic episodes: more Severe than the initial diverticulitis? World J Surg., 2009, №33(3), p.547-552.
12. Streyt L.L., Lyu YU.L., Khuan E.S., Dzhiovannuchchi E.L., Chan A.T. The use of aspirin or nonsteroidal anti-inflammatory drugs increases the risk of diverticulitis and diverticular bleeding. Gastroenterologii. 2011, № 140 (5), p. 1427-1433.

УДК 617.551

© Коллектив авторов, 2018

С.В. Соколов¹, В.П. Соколов², Г.Р. Баязитова³, И.З. Салимгареев²,
М.О. Логинов², Д.Р. Мушарапов³, Г.Н. Чингизова³, Ю.Р. Бахтиярова³, М.А. Нартайлаков³
ЭНДОБИЛИАРНАЯ ХИРУРГИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

¹ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр», г. Уфа

²ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», г. Уфа

³ФГОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Основной причиной смерти пациентов с механической желтухой является прогрессирование печеночной недостаточности после хирургического вмешательства. Послеоперационная летальность среди пациентов с неопухолевой желтухой

составляет 5,6-6,3%, а среди пациентов с опухолевой желтухой – 10,6 – 25,7%. В статье проведен сравнительный анализ хирургического лечения двух групп больных с синдромом механической желтухи различного генеза. В первую группу вошли пациенты, хирургическое лечение которым проводилось без предварительного рентгеноэндобилиарного вмешательства. Вторую группу составили пациенты, которым предварительно были выполнены рентгеноэндобилиарные вмешательства различного объема. Представленный сравнительный анализ показал, что применение дооперационного дренирования и декомпрессии желчных протоков позволило снизить послеоперационные осложнения с 17 до 9,1%, а летальность – с 11 до 6%. Статью завершает краткое резюме о возможностях рентгеноэндобилиарных технологий в комплексном лечении механической желтухи различного генеза.

Ключевые слова: эндобилиарные вмешательства, механическая желтуха, чрескожная чреспеченочная холангиостомия, чрескожные чреспеченочные рентгеноэндобилиарные вмешательства, дренирование желчных протоков, стентирование желчных протоков, декомпрессия желчных протоков.

S.V. Sokolov, V.P. Sokolov, G.R. Bayazitova, I.Z. Salimgareev,
M.O. Loginov, D.R. Musharapov, G.N. Chingizova, Yu.R. Bakhtiyarova, M.A. Nartaylakov
**ENDOBILIARY SURGERY IN COMPLEX TREATMENT
OF MECHANICAL JAUNDICE**

The main cause of death of patients with mechanical jaundice is the progression of hepatic insufficiency after performing surgical intervention. Postoperative mortality among patients with non-tumorous jaundice is 5.6-6.3%, and among patients with tumorous jaundice – 10.6-25.7%. A comparative analysis of the surgical treatment of two groups of patients with a syndrome of mechanical jaundice of different genesis was carried out. The first group included patients whose surgical treatment was performed without prior X-ray endobiliary intervention. The second group consisted of patients who had previously undergone X-ray endobiliary interventions of various volumes. The presented comparative analysis showed that the use of preliminary drainage and decompression of the bile ducts allowed to reduce postoperative complications from 17% to 9.1%, and lethality – from 11% to 6%. The article ends with a brief summary of the possibilities of x-ray endobiliary technologies in the complex treatment of mechanical jaundice of various genesis.

Key words: endobiliary interventions, mechanical jaundice, percutaneous transhepatic cholangiostomy, percutaneous transhepatic X-ray endobiliary intervention, drainage of bile ducts, stenting of bile ducts, decompression of bile ducts.

На сегодняшний день в абдоминальной хирургии ведение больных механической желтухой (МЖ) сопряжено с решением сложных задач. По данным Э.И. Гальперина с соавт. [2] до 10% населения земного шара страдают данной патологией, в то время как показатель заболеваемости за каждые 10 лет увеличивается примерно в 2 раза. На данный момент актуальность поиска новых путей лечения больных МЖ связана с прогрессирующим ростом желчно-каменной болезни (ЖКБ), опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ), а также с большим количеством осложнений после традиционных методов лечения [8,11,14,15].

Тяжесть клинических проявлений у больных МЖ обусловлена нарушением баланса различных органов и систем, в частности печени и почек. Значение этого дисбаланса настолько велико, что он является определяющим вектором в развитии заболевания и причиной послеоперационных осложнений и летальности. Наличие гнойного холангита значительно ухудшает прогноз этой категории больных. При обтурации желчных путей, холангита и печеночной недостаточности оперативное лечение является весьма рискованным и сопровождается высокой летальностью. Основной причиной смерти больных МЖ является прогрессирование печеночной недостаточности после выполнения хирургического вмешательства [1,3,12,13,16-19].

Послеоперационная летальность среди больных МЖ неопухолевой этиологии со-

ставляет 5,6-6,3%, а у больных с опухолевой этиологией – 10,6-25,7% [5,10].

Хирургические вмешательства при МЖ, холангите и печеночной недостаточности сопряжены с высоким риском развития послеоперационных осложнений и летальностью, достигающей 50%. Отмечено, что показатели послеоперационных осложнений и летальности значительно ниже при операциях, выполняемых после устранения МЖ [2,6,7]. Таким образом, механическая желтуха является urgentным состоянием, требующим проведения срочной декомпрессии билиарной системы [4].

Целью данного исследования является повышение эффективности лечения больных механической желтухой злокачественного генеза органов гепатобилиарной зоны.

Материал и методы

Клинический материал представляет собой результат хирургического лечения 100 пациентов с МЖ, проходивших лечение в ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова» до 2009 года, до внедрения чрескожных чреспеченочных рентгеноэндобилиарных вмешательств (ЧЧРЭБВ) (I группа) и 265 больных, перенесших дооперационные ЧЧРЭБВ по поводу МЖ как опухолевого, так и доброкачественного генеза в период с 2009 по 2017 годы (II группа).

Среди пациентов I и II групп (365 человек) было 215 (58,9%) мужчин и 150 (41,1%) женщин, соотношение 1,4:1. Возраст больных находился в диапазоне от 28 до 88 лет (58±12,3 года).

Причины возникновения механической желтухи были различны среди пациентов двух групп. В большинстве случаев – у 245 (67,1%) больных – причиной МЖ были ЖКБ и последствия ее лечения. У 120 (32,9%) пациентов в результате обследования был обнаружен опухолевый процесс, в т.ч. холангиокарцинома (опухоль Клатскина) и метастазы в области ворот печени – у 64 (17,6%) пациентов, рак головки поджелудочной железы – у 53 (14,5%) пациентов, рак желчного пузыря – у 3 (0,8%) обследуемых.

Длительность желтушного периода на момент начала оперативного лечения была в довольно широком временном интервале: от 7 до 40 дней (в среднем $23,5 \pm 3,4$ дня). Уровень

билирубинемии колебался от 89,3 до 557,4 мкмоль/л (в среднем $323,4 \pm 25,6$ мкмоль/л). Все случаи желтухи, включенные в анализ, различались по уровню механического блока желчевыводящих путей. Различия в клинических проявлениях заболевания, диагностической и лечебной тактики определялись тем, на каком уровне протоковой системы локализовалось механическое препятствие желчеоттоку: в проксимальных или в дистальных отделах.

При поступлении у всех пациентов I и II групп отмечались явления печеночной недостаточности, в различной степени выраженности. Выраженность печеночной недостаточности оценивалась в баллах по системе В.Д. Федорова и соавт. [9] (табл. 1 и 2).

Таблица 1

Балльная оценка признаков, характеризующих печеночную недостаточность

Показатели	Баллы		
	1	2	3
Длительность желтухи, недели	< 1	1-2	>2
Общий билирубин, мкмоль/л	<100	100-200	>200
Альбумин-глобулиновый коэффициент	>1,2	1,2-0,9	<0,9
Наличие неврологической симптоматики	0	Слегка выраженные нарушения	Выраженная симптоматика (пресопорозное состояние)

Таблица 2

Тяжесть печеночной недостаточности с учетом балльной оценки ее признаков и структура клинических наблюдений

Тяжесть печеночной недостаточности	Сумма баллов	Всего больных	
		п	%
Легкая	4-5	26	7,1
Средняя	6-8	144	39,5
Тяжелая	9-12	195	53,4
Всего...	–	365	100

Все ЧЧРЭБВ у пациентов II группы проводились в рентгенооперационных на ангиографических установках фирмы “General Electric”, оснащенных электронно-оптическим усилителем с высокой разрешающей способностью.

Математико-статистическая обработка полученных данных проведена с помощью программного пакета Microsoft Office Excel 2007. Рассчитывались средние величины и стандартные отклонения ($M \pm Sd$). Для оценки достоверности различий между сравниваемыми средними применялся критерий Фишера (Z).

Результаты и обсуждение

В I группе больных на момент поступления и начала лечения печеночная недостаточность легкой степени была отмечена в 8 (8%) случаях, средней – в 41 (41%) случае, тяжелой – в 51 (51%) случае.

Структура выполняемых операций у данной группы больных представлена в табл. 3.

После проведения хирургического вмешательства у пациентов I группы различные осложнения возникли у 17 (17%) человек, летальность составила 11%, что в первую очередь было связано с тяжестью печеночной недостаточности.

Во II группе к моменту выполнения чрескожной чрепеченочной холангиостомии (ЧЧХС) легкая степень печеночной недостаточности была выявлена у 18 (6,8%), средняя – у 103 (38,9%), тяжелая – у 144 (54,3%) пациентов.

Вне зависимости от причины, вызвавшей МЖ у пациентов II группы, лечение начиналось с выполнения наружного дренирования желчных протоков. В ряде случаев при наличии легко преодолимой стриктуры желчных путей одномоментно выполнялись дилатация стриктуры и формирование наружновнутреннего дренирования. После уменьшения протоковой гипертензии наружное дренирование желчных протоков переводилось в наружновнутреннее.

У 31 (11,7%) пациента с холедохолитиазом после ЧЧХС, санации и декомпрессии желчных путей и предварительной дилатации сфинктера Одди на фоне спазмолитической терапии производили эндоскопическое низведение камней в двенадцатиперстную кишку. Больным с постхолестистэктомическим синдромом при рубцовых стриктурах даже с нитевидным сохранением проходимости, после успешного проведения наружновнутреннего

дренирования ежемесячно выполнялась смена транспеченочного дренажа для формирования гепатодуоденального канала. Смены проводили на протяжении от 6 до 12 месяцев в зависимости от конкретного случая. Пациентам, у

которых не удалось сформировать канал нужного диаметра, выполнялась реконструктивная операция. Восстановить проходимость желчных путей таким образом удалось у 23 пациентов.

Таблица 3

Структура выполненных операций в I группе больных

Нозология	Кол-во пациентов	Кол-во н/о* случаев	Вид и количество операций	Осложнения	П/о** летальность
Желчно-каменная болезнь и последствия ее лечения	65	0	Холецистэктомия – 52 Билиодигестивные анастомозы – 13	15	9
Первичный рак печени, холангиокарцинома (опухоль Клатскина), метастазы в области ворот печени	18	7	Анатомическая резекция печени в объеме Гемигепатэктомии – 5 Билиодигестивные анастомозы в различных модификациях (паллиативные операции) - 6	1	1
Рак поджелудочной железы	16	4	Панкреатодуоденальная резекция – 4 Билиодигестивные анастомозы в различных модификациях (паллиативные операции) – 8	1	1
Рак желчного пузыря	1	0	Расширенная холецистэктомия с одномоментной резекцией печени и лимфаденэктомия - 1	0	0
Всего...	100	11	89	17 (17%)	11 (11%)

*н/о – неоперабельный. ** п/о – постоперационный.

При невозможности восстановления пассажа желчи с помощью эндобилиарных вмешательств дренирование желчных путей было первым этапом подготовки больных к радикальным операциям, что значительно облегчало проведение хирургических вмешательств и уменьшало риск развития осложнений.

При нерезектабельных опухолях у 53 пациентов с МЖ лечение завершали эндобилиарными вмешательствами.

Из них у 37 больных было создано наружновнутреннее дренирование. У 5 осуществлено стентирование желчных протоков. У 7 (2,6%) пациентов II группы после проведения ЧЧХС развились различные осложнения, которые привели к летальному исходу. Структура выполняемых операций у пациентов II группы представлена в табл. 4.

Таблица 4

Структура выполненных операций II группы больных

Нозология	Кол-во пациентов	Кол-во н/о* случаев	Вид и количество операций	Осложнения	П/о** летальность
Желчно-каменная болезнь и последствия ее лечения	177	0	Низведение *** камней в 12-п.к. после ЧЧХС – 31 Формирование*** гепатодуоденального канала – 23 Холецистэктомия – 110 Билиодигестивные анастомозы – 13	20	12
Первичный рак печени, холангиокарцинома (опухоль Клатскина), метастазы в области ворот печени	47	28	Стентирование *** желчных протоков (паллиативные операции) – 5 Анатомическая резекция печени в объеме гемигепатэктомии – 8 Билиодигестивные анастомозы в различных модификациях (паллиативные операции) - 6	2	2
Рак поджелудочной железы	39	25	Панкреатодуоденальная резекция – 6 Билиодигестивные анастомозы в различных модификациях (паллиативные операции) – 8	1	1
Рак желчного пузыря	2	0	Расширенная холецистэктомия с одномоментной резекцией печени и лимфаденэктомия - 2	1	1
Всего...	265	53	194	24 (9,1%)	16 (6%)

*н/о – неоперабельный. ** п/о – постоперационный.

*** – операции, выполненные с помощью рентгенохирургических методов лечения.

Оперативное лечение пациентам II группы проводилось на фоне стабилизации состояния. Печеночная недостаточность при этом не превышала легкой степени. Различные осложнения после оперативного лечения

развились у 24 (9,1%) пациентов, а летальность составила 6% (16 больных) (табл. 4).

Таким образом, применение предварительного дренирования и декомпрессии желчных протоков позволило снизить послеопера-

ционные осложнения с 17 до 9,1% ($Z=2,019$), а летальность – с 11 до 6% ($Z=1,542$).

Выводы

1. Благодаря методике ЧЧРЭБВ значительно улучшаются результаты комплексного лечения больных МЖ. Антеградная декомпрессия желчных путей способствует устранению желтухи, интоксикации организма и приводит к снижению явлений печеночно-почечной недостаточности, а также улучшает функцию печени и создает условия для проведения паллиативных и радикальных оперативных вмешательств.

2. ЧЧРЭБВ являются эффективным, малоинвазивным способом купирования механической желтухи как доброкачественного, так и злокачественного генеза. Антеградные

способы билиарной декомпрессии, выполняемые у больных МЖ, позволяют:

- в кратчайшие сроки, эффективно и с меньшим количеством осложнений выполнить декомпрессию желчных протоков;
- создать условия и обеспечить саму возможность проведения в последующем хирургического, комбинированного, комплексного или специального лечения;
- улучшить качество жизни больных, у которых ЧЧРЭБВ были методом выбора и выполнены с симптоматической целью;
- улучшить качество жизни больных, излеченных от опухолевого заболевания, в случаях, когда ЧЧРЭБВ были применены для устранения развившихся осложнений после проведенного лечения.

Сведения об авторах статьи:

Соколов Сергей Владимирович – врач по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению отделения РХМДиЛ № 1 ГБУЗ РКЦ. Адрес: 450106, г. Уфа, ул. Степана Кувыкина, 96. E-mail: Dr.S.Sokolov@list.ru.

Соколов Владимир Петрович – к.м.н., зав. отделом организации высокотехнологической медицинской помощи ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова. Адрес: 450005, г. Уфа, ул. Достоевского, 132.

Баязитова Гузель Рафаэлевна – аспирант кафедры общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИДПО ГОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Салимгареев Ильдар Зуфарович – к.м.н., зав. хирургическим отделением №1 ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова. Адрес: 450005, г. Уфа, ул. Достоевского, 132.

Логинев Максим Олегович – зав. отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова. Адрес: 450005, г. Уфа, ул. Достоевского, 132.

Мушарапов Денис Разихович – к.м.н., аспирант кафедры общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Чингизова Гульнара Нажиповна – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Бахтиярова Юлия Рашитовна – клинический ординатор кафедры рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: yorx_93@mail.ru.

Нартайлаков Мажит Ахметович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахаладзе, Г.Г. Гнойный холангит: вопросы патофизиологии и лечения // Consilium medicum. – 2003. – №1. – С. 3-8.
2. Гальперин, Э.И. Темп декомпрессии желчных протоков при механической желтухе опухолевой этиологии / Э.И. Гальперин, А.Е. Котовский, О.Н. Момунова // Хирургия. – 2011. – №8. – С. 33-40.
3. Хирургическое лечение больных механической желтухой опухолевой этиологии / М.В. Данилов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 1997. – Т.2, №1. – С. 110-116.
4. Эндобилиарная интервенционная онкорadiология / Б.И. Долгушин [и др.]. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 224 с.
5. Ившин В.Г. Чрескожные диагностические и лечебные вмешательства у больных механической желтухой: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2001. – 49 с.
6. Кононенко, С.Н. Диагностика механической желтухи и пути повышения эффективности мини-инвазивных технологий, направленных на ее ликвидацию / С.Н. Кононенко, С.В. Лимончиков // Хирургия. – 2011. – №9. – С. 4-10.
7. Кулезнева, Ю.В. Тактика антеградной билиарной декомпрессии при механической желтухе опухолевого генеза / Ю.В. Кулезнева, Р.Е. Израйлов, В.И. Капустин // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.Н. Пирогова. – 2010. – Т. 5, №2. – С. 39-42.
8. Минимально инвазивные операции на внепеченочных желчных протоках / А.И. Лобаков [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2002. – Т.7, № 2. – С. 58-63.
9. Хирургическое лечение рака общего печеночного протока / В.Д. Федоров [и др.] // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2000. – № 2. – С. 13 – 16.
10. Эффективность применения гепатопротектора Гептрал в комплексном лечении больных механической желтухой / М.А. Нартайлаков [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2009. – № 8. – С. 102-107.
11. Сравнительная оценка лапароскопической и мини-лапаротомной холецистэктомии / В.Е. Оловянный [и др.] // Материалы VIII Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии (Москва, 2005). Эндоскопическая хирургия. – 2005. – №1. – С. 97.
12. Миниинвазивные хирургические методы лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений / В.М. Тимербулатов [и др.] // Пермский медицинский журнал. – 2012. – Т.29, № 2. – С. 38-46.
13. Тимербулатов, В.М. 10-летний опыт минимально-инвазивного хирургического лечения желчно-каменной болезни и ее осложнений / В.М. Тимербулатов, Р.М. Гарипов, А.Г. Хасанов // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – Т.15, № 1. – С. 141-143.
14. Малоинвазивные вмешательства в лечении механической желтухи / О.С. Шкроб [и др.] // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 1998. – № 9. – С. 31-36.
15. Effectiveness of the Ultraflex Diamond stent for the palliation of malignant biliary obstruction / J. Ahmad [et al.] // Endoscopy. – 2002. – Vol.34, N 10. – P. 793-796.
16. Graham A. The use of Smarter stents in patients with biliary obstruction / A. Graham, T. Sabharwal, A. Adam // Clin. Radiol. – 2004. – Vol. 59, N 3. – P. 288-291.

17. Intraoperative cholangiography during laparoscopic cholecystectomy: selective or routine? / F. Piacentini [et al.] // G Chir. – 2003. – Vol. 24, N4. – P. 123-128.
18. Raj P.K. Laparoscopic cholecystojejunostomy: a technical application in unresectable biliary obstruction / P.K. Raj, P. Mahoney, C. Linderman // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. – 1997. – Vol. 7, N 1. – P. 47-52.
19. Watanapa P. Recovery patterns of liver function after complete and partial surgical biliary decompression / P. Watanapa // Am. J. Surg. – 1996. – Vol. 171, N 2. – P. 230-234.

REFERENCES

1. Ahaladze G.G. Gnojnyj holangit: voprosy patofiziologii i lechenija (Purulent cholangitis: questions of pathophysiology and treatment). Consilium medicum, 2003, № 1, p. 3-8. (In Russ)
2. Gal'perin, Je.I., Kotovskij A.E., Momunova O.N. Temp dekompressii zhelchnyh protokov pri mehanicheskoj zheltuho opuholevoj jetiologii (the Rate of decompression of the bile ducts in obstructive jaundice of neoplastic etiology) Hirurgija, 2011, № 8, p. 33-40. (In Russ)
3. Danilov M.V. et al. Hirurgicheskoe lechenie bol'nyh mehanicheskoj zheltuhoj opuholevoj jetiologii (Surgical treatment of patients with mechanical jaundice of tumor etiology) Annaly hirurgicheskoy gepatologii, 1997, vol. 2, № 1, p. 110-116. (In Russ)
4. B.I. Dolgushin et al. Jendobilijamaja intervencionnaja onkoradiologija (Endobiliary intervention onkarabile). Moscow, Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2004, p.84-85. (In Russ)
5. Ivshin, V.G. Chreskozhyne diagnosticheskie i lechebnye vmeshatel'stva u bol'nyh mehanicheskoj zheltuhoj (Percutaneous diagnostic and therapeutic interventions in patients with mechanical jaundice) Aytoref. dis. ... d-ra med. nauk. – M., 2001. – 49 s. (In Russ)
6. Kononenko S.N., Limonchikov S.V. Diagnostika mehanicheskoj zheltuho i puti povyshenija jeffektivnosti miniinvazivnyh tehnologij, napravlenykh na ee likvidaciju (Diagnosis of mechanical jaundice and ways to improve the efficiency of minimally invasive technologies aimed at its elimination) Hirurgija, 2011, № 9, p. 4-10. (In Russ).
7. Kulezneva, Ju.V., Izrailov R.E., Kapustin V.I. Tactics of antegrade biliary decompression in mechanical jaundice of tumor Genesis. Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center. – 2010. –T. 5, №2. – S. 39-42. (In Russ).
8. Lobakov A.I. et al. Minimally Invasive Operations on the Extrahepatic Bile Duct. Annaly hirurgicheskoy gepatologii, 2002, vol.7, № 2, p. 58-63. (In Russ).
9. Fedorov V.D. et al. Hirurgicheskoe lechenie raka obshhego pechenochnogo protoka (Surgical treatment of cancer of the common hepatic duct). Kremlevskaja medicina. Klinicheskij vestnik", 2000, № 2. P. 13-16 (In Russ).
10. Nartajlakov M.A. et al. Jefferektivnost' primeneniya gepatoprotektora Geptral v kompleksnom lechenii bol'nyh s mehanicheskoj zheltuhoj (The efficacy of hepatoprotective Heptral in the complex treatment of patients with mechanical jaundice) Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastroenterologija, 2009, № 8, p.102-107. (In Russ).
11. Olovjannyj V.E. et al. Sravnitel'naja ocenka laparoskopicheskoy i minilaparotomnoj holecistektomii (Comparative assessment of laparoscopic and minilaparotomic cholecystectomy) Materialy VIII Vserossijskogo sezda po jendoskopicheskoy hirurgii (Moskva, 2005). Jendoskopicheskaja hirurgija, 2005, №1, p. 97. (In Russ).
12. Timerbulatov V.M. et al. Miniinvazivnye hirurgicheskie metody lechenija zhelchnokamennoj bolezni i ee oslozhnenij (Mini-invasive surgical methods of treatment of gallstone disease and its complications) Permskij medicinskij zhurnal, 2012, vol. 29, № 2, p. 38-46. (In Russ).
13. Timerbulatov V. M., Garipov R. M., Khasanov A. G. 10-year experience in minimally invasive surgical treatment of cholelithiasis and its complications. Endoscopic surgery, 2009, Vol. 15, № 1, Pp. 141-143. (In Russ).
14. Shkrob O.S. et al. Maloinvazivnye vmeshatel'stva v lechenii mehanicheskoj zheltuho (Minimally invasive interventions in the treatment of mechanical jaundice) Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center. – 1998. – № 9. – S. 31-36. (In Russ).
15. Ahmad J. et al. Effectiveness of the Ultraflex Diamond stent for the palliation of malignant biliary obstruction. Endoscopi, 2002, Vol.34, N 10, P. 793-796.
16. Graham A., Sabharwal T., Adam A. The use of Smarter stents in patients with biliary obstruction. Clin. Radiol., 2004, Vol. 59, N 3, P. 288-291.
17. Piacentini F. et al. Intraoperative cholangiography during laparoscopic cholecystectomy: selective or routine? G Chir., 2003, Vol. 24, N 4, P. 123-128.
18. Raj P.K., Mahoney P., Linderman C. Laparoscopic cholecystojejunostomy: a technical application in unresectable biliary obstruction. J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A., 1997. Vol. 7, N 1, P. 47-52.
19. Watanapa P. Recovery patterns of liver function after complete and partial surgical biliary decompression. Am. J. Surg., 1996, Vol. 171, N 2, P. 230-234.

УДК 616.895-01-06-07-08

© С.Н. Стрельник, Т.И. Шишковская, 2018

С.Н. Стрельник, Т.И. Шишковская КОМОРБИДНОСТЬ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ: СТРУКТУРА, КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара

Высокая распространенность соматических заболеваний среди пациентов с биполярным расстройством (БАР) требует дальнейшего углубления знаний о взаимосвязях аффективной и соматической патологии.

Цель исследования – изучить структуру и клиническое значение соматической коморбидности у пациентов психиатрического стационара с диагнозом биполярное аффективное расстройство.

Изучена сплошная выборка пациентов в количестве 64 человек, госпитализированных в 2016 году в Самарскую психиатрическую больницу с диагнозом БАР (F.32), из них 18 (28%) женщин, 46 (72%) мужчин. Средний возраст пациентов – 45,5±12,1 года.

Коморбидные соматические заболевания встречались у всех изученных пациентов. У каждого пациента отмечалось от 2 до 12 соматических диагнозов, в среднем 6,2±2,98. В структуре хронических соматических заболеваний среди пациентов с БАР были: неврологические – 96% пациентов; кардиологические – 80%; нефрологические – 72%; эндокринные – 52%; гастроэнтерологические – 36%; пульмонологические – 36%; аутоиммунные и аллергические – 28% пациентов; гинекологические – 86% женщин изученной выборки; онкологические заболевания – 12% пациентов; прочие заболевания – 16%.