

УДК 616.367:616.366-003.7-06:616.43/.45-089

*М.П. Павловський, О.М. Сироїд, В.І. Коломійцев***ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ І СУПРОВІДНИМИ ЕНДОКРИННИМИ РОЗЛАДАМИ***Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

Холедохолітиаз діагностують у 10-18% пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою. Мета роботи – вивчити особливості клінічного перебігу, лікувальної тактики і результати лікування осіб із холедохолітиазом і ендокринними розладами. Обстежено 284 хворих на холедохолітиаз віком 19-89 років. Ендокринні і метаболічні розлади стверджено у 210 (73,9%) пацієнтів (основна група). Контрольну групу утворили 74 (26,1%) особи без ендокринних порушень. Хворі основної групи були істотно старшими ($70,8 \pm 11,2$ років на противагу $65,1 \pm 13,2$ років; $p=0,035$). У них частіше констатували гострий холецистит (31,9% на противагу 18,9%; $p=0,033$) і гнійний холангіт (34,8% на противагу 21,6%; $p=0,036$). Лікування пацієнтів із холецистохоледохолітиазом проводили у кілька етапів: передопераційне приготування, ендоскопічне транспапілярне втручання, корекція ендокринної патології (медикаментна або хірургічна), видалення жовчного міхура. Кількох госпіталізацій потребувало 29 (13,8%) осіб основної і двоє (2,7%) хворих контрольної групи ($p=0,008$). Ендоскопічні і лапароскопічні операції виконано у 186 (88,6%) пацієнтів із ендокринними захворюваннями й у 67 (90,5%) осіб без ендокринних розладів, а відкриті (у т.ч. конверсійні) операції – у 24 (11,4%) і семи (9,5%) хворих відповідно ($p=0,640$). Частота післяопераційних ускладнень (11,0% на противагу 6,8%; $p=0,298$) та летальність (1,9% на противагу 1,4%; $p=0,756$) статистично значимо не відрізнялася у пацієнтів різних груп. Наявність ендокринної патології призвела до збільшення термінів стаціонарного лікування осіб із холедохолітиазом ($Me=12,0$ діб на противагу $Me=7,0$ діб; $p<0,001$). У пацієнтів із холецистохоледохолітиазом і ендокринними захворюваннями планові операції з приводу хронічного холециститу доцільно виконувати після медикаментної або хірургічної корекції ендокринних розладів. Одним зі шляхів зменшення тривалості лікування осіб із холедохолітиазом і хірургічними ендокринними захворюваннями слід вважати застосування симультанних операцій.

Ключові слова: холедохолітиаз, ендокринна патологія, лікувальна тактика.

Холедохолітиаз діагностують у 10-18% пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою [9]. Здебільшого камені утворюються у жовчному міхурі і мігрують у позапечінкові жовчні протоки. Наявність холедохолітиазу може призводити до обтураційної жовтяниці, гнійного холангіту, біліарного панкреатиту тощо [2, 3]. Ендокринним захворюванням (ЕЗ) і метаболічним розладам (гіпотиреоз, цукровий діабет, гіперкальціємія тощо) належить важлива роль у виникненні жовчних каменів і розвитку ускладнень жовчнокам'яної хвороби [1, 6, 8]. Проте вплив ендокринних дисфункцій на перебіг захворювання і результати лікування осіб із холедохолітиазом досліджено недостатньо.

Мета роботи – вивчити особливості клінічних виявів, лікувальної тактики і результати лікування хворих на холедохолітиаз зі супровідною ендокринною патологією.

Матеріал та методи

Протягом 2008-2010 рр. у клініці хірургії №1 перебувало на лікуванні 284 пацієнти із каменями у жовчному міхурі і жовчних протоках віком від 19 до 89 років. Жінок було 170 (59,9%), чоловіків – 114 (40,1%) осіб. Хво-

рих на післяхолецистектомічний синдром не включено у дослідження.

Діагноз холецистохоледохолітиазу встановлювали на підставі результатів фізикального і лабораторного досліджень, ультрасонографії, комп'ютерної і магнітно-резонансної томографії, ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатикографії (ЕРХПГ). Обстеження пацієнтів проводили згідно клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України №271 від 13.06.2005.

Крім цього здійснювали скринінг для виявлення ендокринних розладів: метаболічного синдрому (МС), тироїдної патології, порушень кальцієвого обміну і захворювань надниркових залоз. МС діагностували відповідно до рекомендацій International Diabetes Federation 2005 року [5]. Проводили антропометрію, вимірювали величину обводу талії (ОТ), підраховували індекс маси тіла (ІМТ). Ожиріння стверджували, якщо ІМТ перевищував 30 кг/м^2 , абдомінальне ожиріння (АО) – при величині ОТ понад 80 см у жінок і понад 94 см у чоловіків.

Біохімічні показники та електроліти сироватки крові визначали апаратом Numastar

300 ("Human", Німеччина), ліпиди – апаратом Cobas Integra ("Roche", Швейцарія). Функцію щитоподібної, прищитоподібних і надниркових залоз вивчали за рівнями тиротропного гормону (ТТГ), вільного тироксину, паратгормону і кортизолу імунолюмінометричним методом з допомогою аналізатора Cobas 6000 ("Roche", Швейцарія).

Ультрасонографію органів панкреато-біліарної ділянки та ендокринної системи здійснювали апаратами MyLab 50 Vision (Італія), Logiq 500 MD ("Sony", Японія) і Fukuda denshi (Японія), застосовуючи трансдюсери із частотою 3,5-10,0 МГц.

Осіб із холедохолітазом поділено на дві групи. В основну групу увійшло 210 (73,9%) хворих із ЕЗ, в контрольну – 74 (26,1%) пацієнти без ендокринних дисфункцій. МС констатовано у 98 (34,5%) осіб, предіабет (рівень глюкози сироватки крові натще 5,6-6,9 ммоль/л) – у 74 (26,1%), цукровий діабет (ЦД) – у 49 (17,3%), гіпокальціємію – у 72 (25,4%), гіперкальціємію – у 12 (4,2%), первинний гіперпаратиреоз – у восьми (2,8%), гіпотиреоз – у 49 (17,3%), тиротоксикоз – в 11 (3,9%), вузлові зміни тироїдної тканини – у 45 (15,8%), захворювання надниркових залоз – у двох (0,7%) хворих.

Обчислення отриманих результатів виконували з допомогою статистичної програми SPSS 11.5 for Windows. Для перевірки гіпотези про нормальний розподіл величин застосували тест Колмогорова-Смірнова. При нормальному розподілі варіаційного ряду визначали середнє арифметичне (М) і стандартне відхилення середнього арифметичного (SD), якщо дані не підпорядковувалися нормальному розподілу встановлювали мінімальне (min) та максимальне (max) значення і вираховували медіану (Me). Для порівняння параметричних показників використовували t-тест Стьюдента, непараметричних – U-тест Манна та Уїтні, відносних – χ^2 -тест. Взаємозв'язок між величинами вивчали з допомогою кореляційного аналізу за Пірсоном або рангової кореляції за Спірменом із визначенням коефіцієнта кореляції (r). Критичний рівень значимості (p) при перевірці статистичних гіпотез приймали рівним 0,05.

Результати та обговорення

Пацієнти основної групи надійшли у стаціонар через 2-10 (Me=5,0) діб від початку за-

хворювання, контрольної групи – через 2-14 (Me=5,0) діб (p=0,237). Середній вік осіб із холедохолітазом і ЕЗ становив 70,8±11,2 років, хворих на холедохолітаз без ЕЗ – 65,1±13,2 років (p=0,035). ІМТ дорівнював 19,2-39,8 (27,6±3,3) кг/м² і 22,2-30,5 (26,6±4,1) кг/м² (p=0,171), величина ОТ – 68-125 (96,7±6,9) см і 84-104 (94,7±10,8) см відповідно (p=0,138). Ожиріння діагностовано у 70 (33,3%) пацієнтів основної й у 18 (24,3%) осіб контрольної групи ($\chi^2=2,077$; p=0,150), АО – у 174 (82,9%) і у 39 (52,7%) хворих ($\chi^2=26,536$; p<0,001).

Хронічний калькульозний холецистит стверджено у 205 пацієнтів із холедохолітазом: 143 (68,1%) осіб із ендокринною патологією і 60 (81,1%) хворих без ендокринних розладів. Гострий калькульозний холецистит констатовано у 79 обстежених пацієнтів: 67 (31,9%) осіб із ЕЗ і 14 (18,9%) хворих без ЕЗ ($\chi^2=4,526$; p=0,033). Обтураційну жовтяницю (ОЖ) діагностовано у 127 (60,5%) пацієнтів основної й у 43 (58,1%) осіб контрольної групи ($\chi^2=0,128$; p=0,721), гнійний холангіт – у 73 (34,8%) і у 16 (21,6%) хворих ($\chi^2=4,238$; p=0,036).

У пацієнтів із холедохолітазом встановлено позитивні кореляції між наявністю ОЖ і гіпотиреозом (r=0,479; p=0,021) та між рівнем білірубину і гіпотиреозом (r=0,432; p=0,039). Також визначено взаємозв'язок між наявністю гнійного холангіту і МС (r=0,463; p=0,027) та між наявністю гнійного холангіту і ЦД (r=0,408; p=0,048).

Лікування осіб із калькульозним холециститом і холедохолітазом проводили у кілька етапів [9]: передопераційна підготовка, ендоскопічне транспапілярне втручання, корекція ендокринної патології (медикаментна або хірургічна), видалення жовчного міхура. Більшість хворих госпіталізовано один раз. Двох і більше госпіталізацій потребувало 29 (13,8%) пацієнтів основної і двоє (2,7%) осіб контрольної групи ($\chi^2=6,942$; p=0,008).

Після надходження у стаціонар хворому призначали інфузійну, детоксикаційну терапію, спазмолітики, антибіотики широкого спектру дії (цефалоспорини III-IV генерації або фторхінолони у поєднанні із метронідазолом, імепінеми). Для попередження печінкової недостатності вводили кортикостероїди, гепатопротектори, антиоксиданти. Профілактику тромбоемболічних ускладнень

здійснювали згідно клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України № 329 від 15.06.2007.

Пацієнти із ендокринною патологією додатково отримували лікарські засоби для нормалізування метаболічних порушень. Особам із гіперглікемією призначали цукрознижувальні препарати (метформін, гліклазид, інсулін тощо). У хворих на гіпотиреоз (навіть за наявності мінімальної тироїдної недостатності) використовували L-тироксин у добовій дозі 50-150 мкг. У пацієнтів із тиротоксикозом застосовували тиростатики, β -адреноблокатори (метопролол, атенолол, бісопролол, небіволлол), метаболічні засоби (тіотріазолін, предуктал MR), препарати калію, заспокійливі. Особам із гіпокальціємією перорально вводили сполуки кальцію з вітаміном D₃. У хворих на гіперкальціємію проводили внутрішньовенні інфузії ізотонічних кристалоїдних розчинів, призначали тiazидні діуретики.

Протягом перших 48 годин перебування у стаціонарі пацієнтам здійснювали ендоскопічні транспапілярні втручання (ЕРХПГ, папілотомія, літоекстракція) з метою ліквідування біліарної гіпертензії і санації протокової системи. Ретроградне назобіліарне дренивання виконано у шести (2,9%) осіб основної і в одного (1,4%) хворого контрольної групи ($\chi^2=0,516$; $p=0,473$). Біліарне стентування проведено у двох (1,0%) пацієнтів із холедохолітазом і ЕЗ. Конвенційних втручань на жовчаних протоках потребувало 17 (8,1%) осіб із ендокринною патологією і п'ятеро (6,8%) хворих без ЕЗ ($\chi^2=0,137$; $p=0,711$).

У подальшому у пацієнтів основної групи продовжували терапію, спрямовану на корекцію метаболічних розладів. Операційне лікування з приводу хірургічних захворювань ендокринних органів проведено у 17 (8,1%) осіб: тироїдектомію здійснено у семи хворих, гемітироїдектомію – у п'яти, паратириоїдектомію – у трьох, адреналектомію – у двох пацієнтів. Симультанну лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ) виконано у п'яти (2,4%) осіб із ЕЗ.

Наступним етапом проводили ЛХЕ. Термін між ендоскопічним втручанням і ЛХЕ у хворих основної групи становив 1-7 (Me=4,0) діб, у пацієнтів контрольної групи – 1-4 (Me=2,0) доби ($p=0,009$). Конверсію здійснено у семи (3,3%) і двох (2,7%) осіб відповідно. Загалом ендоскопічні і лапароскопічні операції вико-

нано у 186 (88,6%) хворих на ЕЗ й у 67 (90,5%) пацієнтів без ендокринних розладів, відкриті (у т.ч. конверсійні) операції – у 24 (11,4%) і семи (9,5%) осіб відповідно ($\chi^2=0,218$; $p=0,640$). У шести хворих проблему холедохолітазу було вирішено шляхом інтраопераційної холедохоскопії з літоекстракцією.

ЛХЕ у пацієнтів основної групи тривала 45-100 (Me=65) хв, в осіб контрольної групи – 40-90 (Me=50) хв. ($p=0,001$). Відкриті (у т.ч. конверсійні) операції тривали 105-200 (Me=130) хв. і 75-140 (Me=95) хв. відповідно ($p=0,007$). Визначено позитивні кореляції між тривалістю операції і наявністю МС ($r=0,578$; $p=0,004$), тривалістю операції і концентрацією ТТГ ($r=0,461$; $p=0,028$), тривалістю операції і значенням глюкози сироватки крові ($r=0,421$; $p=0,044$).

Ускладнення після ендоскопічних втручань стверджено у шести (3,1%) хворих основної і в одного (1,4%) контрольної групи. Кровотеча (із папілотомної рани, з виразки цибулини дванадцятипалої кишки) виникла у п'яти пацієнтів, гострий панкреатит – у двох осіб. Після тироїдектомії з приводу зоба Базедова (на другому етапі лікування) в одного хворого розвинулася транзиторна гіпокальціємія. Ускладнення після ЛХЕ констатовано у семи (3,8%) пацієнтів із ЕЗ й у двох (3,0%) осіб без ЕЗ. Після відкритих втручань ускладнення виникли у дев'яти (37,5%) і двох (28,6%) хворих відповідно. Гнійно-запальні післяопераційні ускладнення (ПОУ) діагностовано у 12 пацієнтів; ПОУ, обумовлені загостренням або декомпенсацією супровідних захворювань, – у восьми осіб. Отож, ПОУ стверджено у 23 (11,0%) хворих основної й у п'яти (6,8%) пацієнтів контрольної групи ($\chi^2=1,084$; $p=0,298$). Померло четверо (1,9%) і один (1,4%) хворий відповідно ($\chi^2=0,097$; $p=0,756$).

Загальний термін перебування у стаціонарі пацієнтів із холедохолітазом і ЕЗ дорівнював 7-32 (Me=12,0) діб, осіб без ЕЗ – 5-20 (Me=7,0) діб ($p<0,001$). Існують позитивні кореляції між тривалістю стаціонарного лікування з приводу холедохолітазу і наявністю ендокринної патології ($r=0,410$; $p=0,047$), тривалістю лікування і наявністю МС ($r=0,428$; $p=0,043$), тривалістю лікування і наявністю ожиріння ($r=0,494$; $p=0,017$), тривалістю лікування і величиною ОТ ($r=0,467$; $p=0,027$).

Таким чином, ендокринні і метаболічні роз-

лади діагностовано у 73,9% хворих на холедо-холітіаз. ЕЗ мали здебільшого прихований перебіг: предіабет, мінімальна тироїдна недостатність, субклінічний тиротоксикоз, легкі порушення обміну кальцію. Пацієнти із ендокринною патологією були істотно старшими від осіб без ендокринних порушень ($70,8 \pm 11,2$ років на противагу $65,1 \pm 13,2$ років; $p=0,035$). Це спричинено збільшенням кількості хворих на ЕЗ серед пацієнтів із холелітіазом у похилому і старечому віці [6].

В осіб із ендокринними порушеннями відмічено важчий перебіг холедохолітіазу. У них частіше стверджували гострий холецистит (31,9% на противагу 18,9%; $p=0,033$) і гнійний холангіт (34,8% на противагу 21,6%; $p=0,036$). Розвиткові деструкційного холециститу сприяють погіршення кровопостачання жовчного міхура і порушення мікроциркуляції у хворих на гіперглікемію та гіпотиреоз [4, 7]; жирова інфільтрація стінки жовчного міхура у пацієнтів із АО [10].

Існує взаємозв'язок між виникненням холангіту і наявністю у пацієнта ЦД ($r=0,408$; $p=0,048$) та метаболічного синдрому ($r=0,463$; $p=0,027$). Хронічна гіперглікемія в осіб із цукровим діабетом і МС обумовлює дисфункцію нейтрофільних лейкоцитів, нейропатію, порушення моторики жовчовивідних проток [2, 5, 7]. Зазначені чинники призводять до інфікування жовчі, її тривалішого перебування у протоковій системі, пошкодження епітелію проток і розвитку гнійного холангіту [3].

Частота виявлення ОЖ статистично значимо не відрізнялася в осіб різних груп (60,5% на противагу 58,1%; $p=0,721$). Проте встановлено кореляції між рівнем білірубінемії і гіпотиреозом ($r=0,432$; $p=0,039$) та між наявністю ОЖ і гіпотиреозом ($r=0,479$; $p=0,021$). Чинниками ризику жовтяниці у хворих на холедохолітіаз із тироїдною недостатністю вважають: холестаза, порушення функцій печінки, зміну властивостей жовчі і дисфункцію сфінктера Одді [4, 8].

Ендокринні і метаболічні розлади впливають на вибір лікувальної тактики у пацієнтів із холедохолітіазом [2, 9]. Всім особам основної групи проводили корекцію ендокринних порушень у периопераційному періоді, низка із них потребувала повторних госпіталізацій. Одним зі шляхів зменшення кількості госпіталізацій є застосування симультанних опе-

рацій у хворих на хірургічні захворювання ендокринних органів (вузловий зоб, новоутвори щитоподібної, прищитоподібних, надниркових залоз). Такі втручання проведено у п'яти (2,4%) пацієнтів основної групи.

ЛХЕ і відкриті операції з приводу холецистохоледохолітіазу в осіб із ЕЗ тривали істотно довше. Відкриті операції у хворих обох груп виконували при невдачі або неможливості проведення малоінвазивних і лапароскопічних втручань, тому кількість ускладнень після них була вищою (28,6-37,5% на противагу 3,0-3,8%). Завдяки передопераційному приготуванню, корекції метаболічних розладів у периопераційному періоді, частота ПОУ (11,0% на противагу 6,8%; $p=0,298$) і летальність (1,9% на противагу 1,4%; $p=0,756$) статистично значимо не відрізнялася у пацієнтів основної і контрольної групи.

Загалом терміни стаціонарного лікування осіб із ендокринними дисфункціями були більшими ($Me=12,0$ діб на противагу $Me=7,0$ діб; $p<0,001$), що обумовлено особливостями клінічного перебігу захворювання, етапною тактикою лікування і важчим післяопераційним періодом.

У подальшому планується опрацювати алгоритм курації хворих на холедохолітіаз із врахуванням функціонального стану ендокринної системи.

Висновки

1. Ендокринні та метаболічні розлади стверджено у 73,9% пацієнтів із холедохолітіазом.

2. В осіб із холедохолітіазом та ЕЗ частіше констатовано гострий холецистит (31,9% на противагу 18,9%; $p=0,033$) і гнійний холангіт (34,8% на противагу 21,6%; $p=0,036$).

3. Наявність супровідної ендокринної патології призвела до збільшення термінів стаціонарного лікування хворих на холедохолітіаз ($Me=12,0$ діб на противагу $Me=7,0$ діб; $p<0,001$).

4. У пацієнтів із холецистохоледохолітіазом і ЕЗ планові операції з приводу хронічного холециститу доцільно виконувати після медикаментної або хірургічної корекції ендокринних розладів.

5. Одним зі шляхів зменшення тривалості лікування осіб із холедохолітіазом і хірургічними ЕЗ є застосування симультанних операцій.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И СОЧЕТАННЫМИ ЭНДОКРИННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

М.П. Павловский, А.М. Сыроид, В.И. Коломийцев

Холедохолитиаз диагностируют у 10-18% пациентов с желчнокаменной болезнью. Цель работы – изучить особенности клинического течения, лечебной тактики и результаты лечения лиц с холедохолитиазом и эндокринной патологией. Обследовано 284 больных с холедохолитиазом в возрасте 19-89 лет. Эндокринные и метаболические дисфункции выявлено у 210 (73,9%) пациентов (основная группа). В контрольную группу вошли 74 (26,1%) больных без эндокринных нарушений. Пациенты основной группы были существенно старше ($70,8 \pm 11,2$ лет против $65,1 \pm 13,2$ лет; $p=0,035$). У них чаще констатировали острый холецистит (31,9% против 18,9%; $p=0,033$) и гнойный холангит (34,8% против 21,6%; $p=0,036$). Лечение больных с холецистохоледохолитиазом проводили в несколько этапов: предоперационная подготовка, эндоскопическое транспапиллярное вмешательство, коррекция эндокринной патологии (медикаментозная или хирургическая), удаление желчного пузыря. 29 (13,8%) пациентов основной и двое (2,7%) больных контрольной группы были госпитализированы несколько раз ($p=0,008$). Эндоскопические и лапароскопические операции выполнены у 186 (88,6%) пациентов с эндокринными заболеваниями и у 67 (90,5%) лиц без эндокринных дисфункций, открытые (в т.ч. конверсионные) операции – у 24 (11,4%) и семи (9,5%) больных соответственно ($p=0,640$). Частота послеоперационных осложнений (11,0% против 6,8%; $p=0,298$) и летальность (1,9% против 1,4%; $p=0,756$) статистически значимо не отличались у пациентов разных групп. Наличие эндокринной патологии привело к увеличению сроков стационарного лечения лиц с холедохолитиазом (Me=12,0 сут. против Me=7,0 сут.; $p<0,001$). У пациентов с холецистохоледохолитиазом и эндокринными заболеваниями плановые операции по поводу хронического холецистита целесообразно выполнять после медикаментозной или хирургической коррекции эндокринных нарушений. Одним из путей уменьшения длительности лечения лиц с холедохолитиазом и хирургическими эндокринными заболеваниями следует считать применение симультанных операций.

Ключевые слова: холедохолитиаз, эндокринная патология, лечебная тактика.

THE FEATURES OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS AND COMBINED ENDOCRINE DISORDERS

M. Pavlovsky, O. Syroid, V. Kolomyitsev

In 10-18% patients cholelithiasis is complicated with bile duct stones. Aim of this study was to investigate features of clinical signs, medical tactics and treatment of patients with choledocholithiasis and endocrine disorders. 284 patients with choledocholithiasis at age 19-89 years old were examined. 210 (73.9%) patients had endocrine and metabolic dysfunctions (main group). The control group contents of other 74 (26.1%) patients without endocrine disorders. The patients of main group were significantly older than patients of control group (70.8 ± 11.2 years old vs 65.1 ± 13.2 years old; $p=0.035$) and more often had acute cholecysti-

tis (31.9% vs 18.9%; $p=0.033$) and purulent cholangitis (34.8% vs 21.6%; $p=0.036$). The treatment of patients with cholecystocholedocholithiasis included some steps: preoperative preparation, endoscopic transpapillary procedure, medicative or surgical correction of endocrine pathology, gall bladder removal. 29 (13.8%) patients of main group and two (2.7%) patients of control group had several hospitalizations ($p=0.008$). The endoscopic and laparoscopic operations performed at 186 (88.6%) patients with endocrine disorders and at 67 (90.5%) patients without endocrine dysfunctions; open (including conversion) operations – at 24 (11.4%) and seven (9.5%) patients respectively ($p=0.640$). The rate of postoperative complications (11.0% vs 6.8%; $p=0.298$) and mortality (1.9% vs 1.4%; $p=0.756$) were insignificantly different in patients of main and control groups. The presence of endocrine disorders bring to increase of hospital stay of patients with choledocholithiasis (Me=12.0 days vs Me=7.0 days; $p<0.001$). Cholecystectomy in patients with cholecystocholedocholithiasis and endocrine disorders is favourable to perform after medicative or surgical correction of endocrine problems. Simultaneous operation is one of routes to decrease of hospital stay at patients with choledocholithiasis and surgical endocrine diseases.

Key words: choledocholithiasis, endocrine pathology, medical tactics.

ЛІТЕРАТУРА

- Вахрушев Я.М. Факторы, способствующие образованию желчных камней, и их взаимодействие / Я.М. Вахрушев, Н.А. Хохлачева // Терап. архив. – 2010. – № 1. – С. 8-11.
- Годлевський А.І. Особливості тактики хірургічного лікування ускладнених форм непухлинної обтураційної жовтяниці з супутнім цукровим діабетом / А.І. Годлевський, С.І. Саволюк, Н.В. Апасова // Матеріали ХХІІ з'їзду хірургів України, Вінниця. – 2010. – Т. 1. – С. 98-99.
- Даценко Б.М. Обтурационная желтуха - патогенетическая основа развития гнойного холангита и билиарного сепсиса / Б.М. Даценко // Вісн. Вінницького нац. мед. університету. – 2010. – № 1. – С. 15-19.
- Зелінська Н.Б. Стан мікроциркуляції у хворих на гіпотиреоз / Н.Б. Зелінська // Клін. ендокринол. ендокрин. хірургія. – 2008. – № 3. – С. 5-15.
- Мамедов М.Н. Значимость метаболического синдрома в клинической практике: диагностические основы и пути медикаментозной коррекции / М.Н. Мамедов // Новости мед. фарм. – 2007. – № 10 (214). – С. 16-17.
- Сироїд О.М. Вплив ендокринних порушень на результати хірургічного лікування пацієнтів похилого і старечого віку із жовчнокам'яною хворобою / О.М. Сироїд // Укр. журнал хірургії. – 2011. – № 1. – С. 24-29.
- Kawahito S. Problems associated with glucose toxicity: Role of hyperglycemia-induced oxidative stress / S. Kawahito, H. Kitahata, S. Oshita // World J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 15, № 33. – P. 4137-4142.
- Bile duct stone procedures are more frequent in patients with hypothyroidism. A large, registry-based, cohort study in Finland / J. Laukkarinen, J. Sand, V. Autio, I. Nordback // Scand. J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 45, № 1. – P. 70-74.
- Martin D.J. Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones / D.J. Martin, D.R. Vernon, J. Toouli // Cochrane Database Syst. Rev. – 2009. – № 2. – CD 003327.
- Tsai C.J. Steatohepatitis and fatty gallbladder disease / C.J. Tsai // Dig. Dis. Sci. – 2009. – Vol. 54, № 9. – P. 1857-1863.

Стаття надійшла 07.02.2011