

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ У ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА****Г. М. Ходжиматов, О. Ш. Фозилжонов**Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан  
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Андижанского филиала**Ключевые слова:** холедохолитиаз, пожилой возраст, хирургическая тактика.**Tayanch soʻzlar:** choledoxolitiaz, qarilik, jarrohlik taktikasi.**Key words:** choledocholithiasis, old age, surgical tactics.

Около 50% больных желчнокаменной болезнью составляют лица пожилого и старческого возраста. Изучены результаты лечения 1018 пациентов 60–89 лет, страдавших желчнокаменной болезнью с различными клиническими проявлениями холедохолитиаза. Выбор метода лечения проходил индивидуально с учетом течения основной и сопутствующей соматической патологии. Для снижения инвазивности хирургического вмешательства в некоторых случаях операции носили комбинированный характер и были разделены на 2–4 этапа. Летальность на собственном материале составила 10,8%, что почти в 2 раза меньше по сравнению с летальностью прошлых лет (19,7%), когда в лечении холедохолитиаза, осложненного механической желтухой у лиц пожилого и старческого возраста в основном использовались традиционные хирургические методики.

**QARIY BOSHLAGAN VA KEKSA BEMORLARDA MEXANIK SARIQLIK BILAN OGʻRIGAN BEMORLARNI DAVOLASH NATIJALARI****G. M. Xodjimatrov, O. Sh. Foziljonov**

Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, Oʻzbekiston

Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Andijon filiali

Xolelitiyoz bilan ogʻrigan bemorlarning taxminan 50% qariy boshlagan va keksa odamlardir. Xoledokolitiazning turli klinik koʻrinishlari bilan oʻt tosh kasalligi bilan ogʻrigan 60-89 yoshli 1018 bemorni davolash natijalari oʻrganildi. Davolash usulini tanlash asosiy va unga hamroh boʻlgan somatik patologiyaning borishini hisobga olgan holda individual ravishda amalga oshirildi. Jarrohlik aralashuvining invazivligini kamaytirish uchun baʼzi hollarda operatsiyalar birlashtirilgan va 2-4 bosqichga boʻlingan. Oʻz materialida oʻlim darajasi 10,8% ni tashkil etdi, bu oʻtgan yillardagi oʻlimga nisbatan deyarli 2 baravar kam (19,7%), qariy boshlagan va keksa odamlarda mexanik sariqlik bilan murakkablashgan choledoxolitiazni davolashda asosan anʼanaviy jarrohlik usullari qoʻllanilgan.

**RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS****G. M. Khodzhimatov, O. S. Fozilzhonov**

Andijan state medical institute, Andijan, Uzbekistan

Republican Scientific Center for Emergency Medical Care of the Andijan branch

About 50% of patients with cholelithiasis are elderly and senile. The results of treatment of 1018 patients aged 60-89 years suffering from cholelithiasis with various clinical manifestations of choledocholithiasis were studied. The choice of the treatment method was carried out individually, taking into account the course of the main and concomitant somatic pathology. To reduce the invasiveness of surgical intervention, in some cases, the operations were combined and divided into 2-4 stages. The mortality rate on its own material was 10.8%, which is almost 2 times less than in previous years (19.7%), when traditional surgical techniques were mainly used in the treatment of choledocholithiasis complicated by mechanical jaundice in elderly and senile people.

За последние десятилетия, наряду с широкой распространенностью желчнокаменной болезни, отмечается увеличение частоты ее осложненных форм, в том числе холедохолитиаз [7,9,11,16,18]. Холедохолитиаз часто сопровождается стойкой непроходимостью магистральных желчных протоков с последующим развитием механической желтухи, гнойного холангита, острого панкреатита. Механическая желтуха и холангит в анамнезе или при поступлении как проявление холедохолитиаза определяется у 80-85% больных, а у 40% сохраняется к моменту операции. У 25% больных развивается острый панкреатит, панкреанекроз [3,5,6,7,10,13,21]. Среди страдающих холедохолитиазом осложненной механической желтухой и холангитом основной удельный вес составляют люди пожилого и старческого возраста, что чаще всего обусловлено большой длительностью анамнеза заболевания [1,5,15,4,17,20]. Отличительной особенностью течения механической желтухи и холангита на почве холедохолитиаза у больных данных возрастных групп является то, что он часто сочетается с первично-деструктивными формами воспаления желчного пузыря. Холецистэктомия в сочетании с вмешательством на внепеченочных желчных протоках приводит к отрицательным результатам, ибо даже

вскрытие просвета гепатикохоледоха у пожилых приводит к росту летальности в 3-4 раза [2,3,16,17]. Основным фактором, обуславливающим высокий операционно-анестезиологический риск у пожилых больных, является наличие тяжелой сопутствующей патологии [1,4,9,15]. В связи с этим послеоперационная летальность среди пациентов старших возрастных групп при остром калькулезном холецистите составляет в среднем 4-6%, а при холедохолитиазе в сочетании с механической желтухой и холангитом достигает до 25-80% [5,8, 12, 15,18].

Тенденция к повсеместному росту заболеваемости, неудовлетворительные результаты лечения обуславливают особую социальную значимость и актуальность этой проблемы особенно у больных пожилого и старческого возраста [5,6,9,14,19,21].

**Цель исследования:** Улучшение результатов диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста, страдающих желчнокаменной болезнью осложненной холедохолитиазом, механической желтухой и холангитом за счёт применения рациональных методов обследования, современных способов предоперационной подготовки и техники оперативных вмешательств.

**Материал и методы.** За период с 2018 - 2023 гг в Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи 1018 больных пожилого и старческого возраста поступили в стационар с подозрением на патологию внепеченочных желчных протоков.

Всем больным при поступлении выполнялись общеклинические, биохимические анализы крови и мочи, коагулограмма, электрокардиография, рентгенологические исследование лёгких, ультразвуковое исследование (УЗИ), гепатопанкреатобилиарной зоны, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), при необходимости интраоперационная холангиография (ИОХГ), эхокардиография (ЭхоКГ) и компьютерная томография (КТ).

По данным биохимического исследования у 526 (51, 6%) больных отмечалось повышение цифр билирубина в крови от 26,7 до 368,4 мкмоль/л, и в среднем составила + 3,6 мкмоль/л.

Для диагностики патологии внепеченочных желчных путей большое значение имеет УЗИ печени, желчного пузыря и желчных протоков. Камни общего желчного протока при УЗИ выявлены у 58% больных, у 42% больных обнаружены увеличение диаметра холедоха до 8 и выше мм и другие косвенные признаки обструкции желчных путей утолщение, неровность контура стенок холедоха, неоднородные гиперэхогенные включения. Эзофагогастродуоденоскопия даёт возможность ревизии органов верхнего этажа желудочно-кишечного тракта а также оценить состояние большого дуоденального сосочка (БДС).

При проведении ФГДС у 12 (1,1%) больных обнаружены язва желудка, у 21 (2,0%) больных язва двенадцатиперстной кишки как сопутствующие заболевания и у 109 (10,9) пациентов были обнаружены дивертикулы папиллярной области.

Значительный прогресс в решении проблемы диагностики холедохолитиаза связан с внедрением эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ). В настоящее время ЭРПХГ вошла в повседневную хирургическую практику и стала ведущим методом диагностики холедохолитиаза.

Показанием к ЭРПХГ явились механическая желтуха при поступлении или в анамнезе, расширение общего желчного протока более 8 мм в диаметре по данным УЗИ, клиника острого билиарного панкреатита.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) и экстракция конкрементов являются операцией выбора у пациентов любого возраста с холедохолитиазом. Нередко, являясь эффективным методом предоперационной подготовки, эта операция служит альтернативой брюшнополостному хирургическому вмешательству и даёт возможность получить оптимальные результаты у больных такой тяжелой группы, как пациенты преклонного возраста.

**Результаты и обсуждение.** Из 1018 больных пожилого и старческого возраста у 916 пациентов проведена эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ). У 102\10,0%\ больных не удалось ЭРПХГ из за невозможности катетеризация

большого дуоденального сосочка перипапиллярные дивертикулы, рубцовый стеноз большого дуоденального сосочка, аллергия на рентгеноконтрастные препараты и неадекватного поведения.

При ЭРПХГ холедохолитиаз обнаружен у 776 (84,7%) больных, стеноз терминального отдела холедоха у 41 (4,5%), сочетание холедохолитиаз со стенозом терминального отдела холедоха у 97 (10,7%) больных. У 76,9% больных ЭРПХГ проведена однократно, у 20,1% пациентам двукратно. В результате обследования этих больных, в том числе и в процессе выполнения оперативных вмешательств, уstonовлено, что из 916 больных с холедохолитиазом у 738 (80,6%) из них оказался осложненным желтухой и холангитом. В возрасте от 60 до 69 лет было 382 больных, от 70 до 79 лет-286, от 80 и старше лет-70 больных. Указанные осложнения проявлялись сочетанием желтухи и холангита у 386 больных (35,3%), только желтухой у 206 (18,8%) больных и у 146 больных только холангит (13,3%). Всем больным этой группы лечение начали с консервативных мероприятий, включающих паранефральную новакаиновую блокаду или блокаду круглой связки печени, детоксикационную, спазмолитическую и антибактериальную терапию, а также применение средств, направленных на коррекцию различных метоболических нарушений. Как свидетельствует анализ, консервативная терапия оказались относительно эффективной в лечении обтурационной желтухи и способствовала ликвидации этого осложнения у 143 (24%) из 592 больных. В то же время оценить результативность медикаментозного лечения холангита из-за отсутствия объективных данных о его частоте в момент госпитализации у многих больных не представлялось возможным. Можно лишь уверенно утверждать, что исчезновение желтухи не означало ликвидации холангита даже при полном отсутствии клинических проявлений этого осложнения.

Сравнительный анализ эффективности консервативного лечения в различных возрастных группах при желтухе и холангите показал, что она была выше у лиц молодого и среднего возраста и заметно снижалась по мере увеличения продолжительности жизни.

До внедрения в практику эндоскопических операций на большом дуоденальном сосочке мы считали возможным проведение интенсивной терапии у больных старшей возрастной группы в течение 5-7 суток. По истечении этого срока при отсутствии эффекта от проводимого лечения больных с желтухой оперировали. В этот период единственным показанием к экстренной операции служил холангит.

Этот диагноз у 69 больных был установлен на основании гектической температуры, ознобов, выраженной лейкоцитарной реакции, которые сохранялись на фоне желтухи в течение 2-3 сут, несмотря на проводимое лечение. Ещё у 31 больных диагноз холангита был подтверждён в результате ретроградной панкреатохолангиографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), которая способствовала декомпрессии желчных протоков, но не обеспечивала ликвидации холедохолитиаза и холангита. Кроме того, у 84 больных (14,3%) к моменту выполнения операции холангит не сопровождался желтухой (в том числе и у 1 больных после ЭПСТ) и не имел других клинических проявлений, а его наличие установлено только при холангиоскопии, выполненной в ходе хирургического вмешательства. Представленные выше данные убедительно свидетельствуют о том, что клиническая картина и динамика холангита под влиянием консервативного лечения не может быть основным и тем более единственным критерием в выборе продолжительности консервативного лечения, а также в определении показаний и времени выполнения хирургического вмешательства.

Объективное подтверждение диагноза холангита до операции при отсутствии симптоматики этого осложнения возможно лишь на основании косвенных признаков, выявляемых при ретроградной панкреатохолангиографии (воспалительные изменения в зоне большого дуоденального сосочка, размытость контуров холедоха и конкрементов на холангиограмме), и более редких - прямых (поступление гнойной желчи из большого дуоденального сосочка или из холедоха после ЭПСТ).

Основой дооперационной диагностики холангита у больных пожилого и старческого возраста должно быть наличие холедохолитиаза и обтурационной, даже быстрой разрешившейся желтухи. По нашим данным, вероятность развития холангита у подобных больных составляет 72,4%, а при сочетании обтурационной желтухи и субфебрильной

температуры достигает 100%. Однако лишь у части больных старшей возрастной группы клиническая картина холангита соответствует классической симптоматики этого осложнения и может быть основой диагноза. При возникновении желтухи и холангита состояние больных пожилого и старческого возраста всегда было тяжелым, что во многом объяснялось постоянным развитием синдрома дыхательной недостаточности (СДН), который складывался из нарушений в системе внешнего дыхания, системного транспорта кислорода и утилизации его в тканях. Степень гипоксии нарастала по мере увеличения возраста больных, тяжести патологического процесса и интоксикации.

Компенсаторные реакции при синдроме дыхательной недостаточности проходили со стимуляцией метаболизма в эритроцитах, однако реакция на гипоксию, как правило, была неадекватной и характеризовалась дополнительными энергозатратами и истощением энергетических резервов больных пожилого и старческого возраста.

Одной из форм компенсации ацидоза при синдроме дыхательной недостаточности был почечный механизм, который при массивной инфузионной терапии обеспечивал устойчивое состояние активной реакции крови. Вместе с тем его роль заметно, а у части больных резко снижалась при печеночной и почечной недостаточности, имевшейся у 72 больных (16,2%). Прогрессирующая желтуха, интоксикация, вялость, адинамия и олигурия были основными клиническими симптомами печеночной и почечной недостаточности у этих больных. Диагноз печеночно-почечной недостаточности становился бесспорным и при повышении содержания в крови мочевины и креатинина.

Следует особо отметить, что синдром дыхательной и печеночно-почечной недостаточности развивались у больных, страдающих тяжелыми сопутствующими заболеваниями различных органов и систем. Поэтому состояние больных старшей возрастной группы с желтухой и холангитом было по сути дела критическим, а необходимость выполнения оперативного вмешательства резко усугубляла ситуацию. Полостные хирургические операции при наличии обтурационной желтухи и холангита всегда оказывались значительными по объему и тяжело переносились больными в связи с выраженными нарушениями системы гомеостаза, обусловленными метаболическими сдвигами и эндогенной интоксикацией.

В зависимости от характера выявленных изменений оперативные вмешательства после холецистэктомии, холедохотомии и санации желчных протоков были завершены у 73 больных холедоходуоденостомией, у 41 ушиванием раны холедоха и дренированием его через культю пузырного протока, у 32 наружным дренированием холедоха и у 9 трансдуоденальной папиллосфинктеротомией, применявшимися по общепринятым показаниям.

Послеоперационное течение у всех этих больных было тяжелым. Интенсивная детоксикация организма, мероприятия, направленные на восстановление функции печени, борьбу с синдромом дыхательной недостаточности и коррекцию метаболических нарушений, антибактериальная терапия оказались эффективными и способствовали выздоровлению 121 (76,9%) из 183 больных с желтухой и холангитом. После операций умерли 38 больных (23,1%). Полученные результаты являются отражением тяжести течения заболевания, но не могут быть признаны удовлетворительными. Поэтому после внедрения в практику эндоскопических операций на большом дуоденальном сосочке наша тактика при этих осложнениях желчнокаменной болезни была коренным образом пересмотрена.

При неразрешившейся желтухе у 108 больных пожилого и старческого возраста мы применили ЭПСТ. При обтурационной желтухе, когда содержание билирубина в крови достигало 100 мкмоль/л и более, мы стремились к выполнению ЭПСТ в 1-е сутки пребывания больных в стационаре. Подобная тактика использована у 188 больных (59,6%). Помимо желтухи, у 122 из них был холангит с проявлениями печеночной недостаточности у 69 больных. По этой причине ЭПСТ выполнялась у 69 больных в первые 12-14 ч после госпитализации.

При умеренной желтухе (до 100 мкмоль/л), отсутствии температурной реакции и относительно удовлетворительном состоянии у 86 больных (40,4%) ЭПСТ была произведена на 3-5-е сутки после обследования и интенсивного лечения.

Основное значение ЭПСТ мы усматривали в скорейшей декомпрессии желчных



протоков, которая достигалась путем рассечения фатерова сосочка и ликвидации холедохолитиаза. После ЭПСТ камни из общего желчного протока отошли самостоятельно у 98 больных, а у 86 были удалены корзинкой Dormia. Таким образом, ЭПСТ способствовала восстановлению беспрепятственного оттока желчи у 184 (87,9%) из 208 больных. Вместе с тем у 34 пациентов (12,1%) удалить камни из общего желчного протока не удалось, в связи с чем у всех были произведены полостные хирургические операции.

Важной мерой декомпрессии желчных протоков и их санации при гнойном холангите (35 больных) и неудаляемых камнях гепатикохоледоха (34). По нашим данным, оказалось назобилиарное дренирование, примененное у 59 больных. Наряду с общими принципами ведения послеоперационного периода, изложенными выше, оно послужило высокоэффективным средством лечения холангита. Во многом этому способствовало постоянное, в течение 1-3 дней, промывание через назобилиарный зонд желчных протоков стерильным раствором декасаном (до 1000мл в сутки). Вымывание детрита, гнойной желчи обеспечивало быстрое восстановление функции печени и выделение концентрированной прозрачной желчи к исходу 2-3 суток.

В целом ЭПСТ оказалась наиболее эффективным и относительно безопасным способом лечения обтурационной желтухи и холангита у больных пожилого и старческого возраста. Эта операция способствовала ликвидации желчной гипертензии и ее грозных осложнений у 493 больных (83,3%) или значительной регрессии желтухи был достигнут у 189 (95,5%) из 198 больных.

Таким образом, ЭПСТ была единственным средством лечения обтурационной желтухи и холангита у 592 больных. После этой операции умерли 28 пациентов (5,0%). Все они были оперированы при наличии диффузного гнойного холангита. Причинами смерти 18 из них послужили холангит и прогрессирующая печеночная недостаточность и 10-осложнения ЭПСТ: панкреонекроз (у 7) и кровотечение после папиллотомии (у 1), перфорация ретроперитонеальной части 12 перстной кишки 2.

Ликвидация холедохолитиаза, желтухи и холангита позволила подготовить к операции и оперировать в холодном периоде заболевания 92 больного, в том числе 42 старше 70 лет. Объем хирургической операции у больных этой группы был ограничен холецистэктомией. Ее риск был минимальным, послеоперационный период у всех больных протекал благоприятно.

В связи с тяжестью состояния и противопоказаниями к хирургической операции лечебная помощь 104 больным ограничена ЭПСТ, которая оказалась единственным возможным хирургическим вмешательством, сохраняющим жизнь больных. ЭПСТ привела к резкому сокращению числа больных старшей возрастной группы, нуждающихся в хирургическом лечении по жизненным показаниям, и позволила снизить послеоперационную летальность при желтухе и холангите с 26,1 до 5,8%, т.е. в 4,6 раза.

Полученные нами результаты показали, что ЭПСТ в настоящее время является одним из наиболее эффективным методом лечения желтухи и холангита у больных пожилого и старческого возраста.

ЭПСТ при холедохолитиазе и его наиболее грозных осложнениях при отсутствии противопоказаний к хирургической операции может быть первым этапом лечения желтухи и холангита. Выполнение второго этапа – холецистэктомии – в холодном периоде заболевания имеет минимальный риск и позволит добиться наилучших результатов лечения осложненного холецистита.

При тяжелом состоянии, высоком риске и противопоказаниях к оперативным вмешательствам ЭПСТ служит первым и окончательным этапом лечения, обеспечивающим надежную декомпрессию желчных протоков и сохраняющим жизнь больным.

Таким образом консервативная терапия при обтурационной желтухе и холангите у больных пожилого и старческого возраста не является самостоятельным методом лечения и должна служить лишь средством подготовки к операции.

Полостные хирургические вмешательства при обтурационной желтухе и холангите имеют большой риск для больных старшей возрастной группы. Показания к их выполнению должны быть максимально ограничены.

Оптимальным способом лечения желчной гипертензии у больных в возрасте 60 лет и

старше является ЭПСТ, применение которой позволило уменьшить послеоперационную летальность при желтухе и холангите в 4,6 раза.

#### Использованная литература:

1. Алтыев Б.К., Бойназаров И.Х., Атаджанов Ш.К., Хошимов М.А. Эндоскопические вмешательства в лечении рефлюксного и рецидивного холедохолитиаза. Проблемы клинической медицины. 2007. №1(9). с -74-77.
2. Арипов У.А. Желчнокаменная болезнь и ее осложнения. Клинические лекции. Ташкент 1997;32.
3. Арипов У.А. Осложнения желчнокаменной болезни. Классификация и выбор хирургической тактики. Мед. журнал Узбекистана 1987 №10, стр 55-58
4. Багненко С.Ф., Сухарев В.Ф., Ульянова Ю.Н. Малоинвазивные технологии в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни у пациентов с высокой степенью операционного риска. Анналы хиргепатол 2002;7(1):85
5. Брисин Б.С., Иванов А.Э. и др. Холедохолитиаз проблемы и перспективы. Анналы хиргепатол 1998;3(2):71-78
6. Вахидов А.В., Шомирзаев Б.Н. Эндоскопическая хирургия в лечении больных с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой. Материалы XI съезда хирургов Белоруссии 1995. с-162-163.
7. Голубев А.Г., Вилков А.В., Давыдкин В.И. Пункционная декомпрессия желчного пузыря при остром обтурационном холецистите. Анналы хиргепатол 2003;2:281-282
8. Дасаев А.Н., Гебель Т.Я., Петухов Н.Д. и др. Новые технологии и старые проблемы в хирургии желчнокаменной болезни. Анналы хиргепатол 2002;7(1):104.
9. Ермолов А.С., Гуляев А.А., Иванов П.А. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни у больных с высоким операционным риском. Анналы хиргепатол 2002;7(1):108.
10. Каримов Ш.И. Малоинвазивные вмешательства в лечении холедохолитиаза. Анналы хиргепатол 2000;5(2):32-35
11. Козлов А.Н., Хореев А.А., Чумаков А.А. и др. Малоинвазивное лечение острого холецистита у больных с высокой степенью операционного риска. Анналы хиргепатол 2002;7(1):115.
12. Клименко Г.А. Холедохолитиаз. М Медицина 2
13. Хожибоев А.М., Атаджанов Ш.К., Хашимов М.А. Эндовизуальные вмешательства при осложненных формах желчнокаменной болезни. Вестник экстренной медицины 2008. №2. с 19-23.
14. Хожибоев А.М. Малоинвазивные методы лечения осложненных форм острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста. Вестник экстренной медицины, 2010, №4. с 94-98.
15. Хожибоев А.М., Алиджанов Ф.Б., Вахидов А.Б. и др. Новые технологии в лечении деструктивных холециститов. Анналы хиргепатол 2003;2:362-363.
16. Шестаков А.Л., Юрасов А.В., Мовчун В.А., Тимошин А.Д. Малоинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложненной заболеванием общего желчного протока. Хирургия 1999; 2:29.
17. Adamek H.E., Maier M., Jacobs R. et al. Management of retained bile duct stones; a prospective open trail comparing extracorporeal and intracorporeal lithotripsy// Gastrointest. Endoscopy-1996.-Vol. 44, 1-P. 40-47.
18. Becer C.D., Grosshols M., Becker M. Et al. Choledocholithiasis and bile duct stenosis; diagnostic accuracy of MR cholangiopancreatography. Radiology 1997;205[2];
19. Gaetini A., Camandona M., De Simone M., Giaccone M. Minilaparotomie per colecistectomia. Minerva Chir 1999; 52 [1-2] 13-16.
20. Lauj. V.W., Leow C.K., Fung T.M. et al. Cholecystectomy or Gallbladder in Situ After Endoscopic Sphincterotomy and Bile Duct Stone Removal in Chinese Patients. Gastroenterology, January 2006; 130; 96-103.
21. Lippert H. Antimicrobial prophylaxis in laparoscopic and conventional cholecystectomy. Conclusions of a large prospective multicenter quality assurance study in Germany. Chemotherapy 1998; 44;355-363.