

ние их в фиксированных дозировках и не требует лабораторного контроля. Однако в настоящее время широкое применение этих антикоагулянтов ограничено их высокой стоимостью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в амбулаторной практике отмечается относительно низкая частота назначения непрямого антикоагулянта варфарина пациентам с ФП, что обусловлено, в первую очередь, трудностью контроля терапии. При этом целевой уровень МНО, свидетельствующий об эффективности антикоагулянтной терапии, достигается только у половины пациентов. Эффективность и безопасность терапии варфарином зависит от того, насколько тщательно пациент следует рекомендациям по контролю уровня МНО и от умения врача адекватно корректировать дозу препарата. При отсутствии возможности четкого контроля уровня МНО рекомендуется рассмотреть вопрос о назначении новых пероральных антикоагулянтных средств — ингибиторов тромбина и блокаторов Ха-фактора свертывания крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов Ю. Б., Мареев В. Ю., Явелев И. С. и др. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2012. — Т. 8 (1). — С. 37—44.

2. Гуляров М. Ю., Сулимов В. А. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2011. — Т. 7 (1). — С. 75—81.

3. Моисеев В. С., Чельцов В. В. // Клиническая фармакология и терапия. — 2012. — Т. 21 (3). — С. 32—38

4. Петров В. И., Маслаков А. С., Шаталова О. В. и др. // Вестник ВолгГМУ. — 2013. — № 3 (48) — С. 12—15.

5. Рычков А. Ю., Хорькова Н. Ю., Близняков А. А. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2010. — Т. 6 (4). — С. 522—527.

6. Сушук Е. А., Колесникова И. Ю., Сапрыкин И. П. и др. // Лекарственный вестник — 2013. — Т. 7 — № 3 — С. 30—40.

7. ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation // European Heart Journal. — 2010. — Vol. 31. — P. 2369—2429.

8. Hart R. G., Pearce L. A., Aguilar M. I. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. // Ann Intern Med. — 2007. — Vol. 146. — P. 857—867.

9. Schwammenthal Y., Bornstein N., Schwammenthal E., et al. // Am J Cardiol. — 2010. — Vol. 105 (3). — P. 411—416.

Контактная информация

Ивахненко Ирина Вячеславовна — к. м. н., доцент кафедры амбулаторной и скорой медицинской помощи, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: ivin2507@yandex.ru

УДК 616.366-003.7-089.819

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО И ОПУХОЛЕВОГО ХАРАКТЕРА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА И ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

С. В. Лебедев, А. Г. Еремеев, А. П. Татаринов, И. О. Свистунов

Тверская государственная медицинская академия

Представлены результаты эндосонаграфии большого дуоденального сосочка, периапулярной зоны и лечебная тактика у пациентов с риском холангиолитиаза средней и высокой степени.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, эндосонаграфия, большой дуоденальный сосочек.

INFLAMMATORY AND TUMOR LESIONS OF THE MAJOR DUODENAL PAPILLA AND THE PERIAMPULLARY REGION IN PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS

S. V. Lebedev, A. G. Eremeev, A. P. Tatarinov, I. O. Svistunov

Results of endoscopic ultrasonography in the major duodenal papilla, periampullary region and the treatment of patients with a high and moderate risk of bile duct stones are presented.

Key words: cholelithiasis, endoscopic ultrasonography, papilla.

Совершенствование методологических подходов, оборудования и инструментария позволило внедрить в широкую хирургическую практику лапароскопический вариант выполнения холецистэктомии. Малоинвазивность данного оперативного вмешательства определила его «операцией выбора» в лечении пациентов с жел-

чнокаменной болезнью (ЖКБ). Подавляющее число хирургических стационаров имеет опыт выполнения сотен и тысяч лапароскопических холецистэктомий.

Однако, несмотря на значительные успехи билиарной хирургии в лечении ЖКБ, результаты лапароскопической холецистэктомии нельзя считать абсолютно

удовлетворительными. У 15—40 % пациентов [1] развивается так называемый «постхолецистэктомический синдром», причины которого во многом связаны с недостаточной предоперационной диагностикой патологических изменений билиарнопанкреатодуоденальной зоны, среди которых холангиолитиаз играет ведущую роль. В связи с этим обнаружение конкрементов в желчевыводящих протоках (ЖВП) является в большинстве случаев основным показанием для расширения объема предоперационной диагностики [6, 9].

Известно, что у пациентов с длительным течением холелитиаза большой дуоденальный сосочек (БДС) и периампулярная зона, охватывающая ткани в радиусе 2 см от него [3], могут стать органами-мишенями конкрементов в желчном пузыре при их миграции через ЖВП. Наличие воспалительных процессов в области БДС приводит к нарушению пассажа желчи и панкреатического сока через его устье, желчной гипертензии, холангиту, дистрофии и склерозу тканей [2]. Патологические изменения БДС и периампулярной зоны, включающие воспалительные и опухолевые поражения, помимо холангиолитиаза могут играть значительную роль у пациентов с ЖКБ. Тщательное выявление изменений вышеуказанных органов в предоперационном периоде может улучшить выбор оптимальной лечебно-диагностической тактики, создать предпосылки для профилактики неудовлетворительных результатов хирургического лечения холелитиаза.

В настоящий момент в распоряжении хирурга имеется разнообразный спектр методов предоперационной диагностики состояния БДС и периампулярной зоны. Однако анализ литературы показал, что традиционное трансбdomинальное ультразвуковое сканирование (ТАУС), магниторезонансная холангиопанкреатография и компьютерная томография (КТ) обладают недостаточной информативностью в диагностике изменений данной области [9]. Гепатобилиосцинтиграфия сложна в выполнении и имеет относительно низкие показатели специфичности и чувствительности (78 и 49 % соответственно) [5].

Эндоскопические ретроградные лечебно-диагностические манипуляции на ЖВП получили широкое распространение в диагностике и лечении пациентов с патологией билиарнопанкреатодуоденальной зоны. Однако методики, связанные с ретроградным контрастированием желчевыводящих и панкреатического протоков, обладают инвазивностью и риском осложнений. Смертность достигает 0,1—1,3 %, а осложнения наблюдаются в 5—19 % наблюдений [7]. В связи с этим актуален поиск возможностей снижения проведения диагностических методов, связанных с контрастированием ЖВП.

Появление эндосонографии дало возможность улучшить диагностику состояния БДС и периампулярной зоны, позволяя оценивать структуры размером 0,2—1 мм и проводить достаточно детализированное обследование области БДС. Обращают на себя внимание высокие показатели специфичности (75,3 %) и чувствительности (92,3 %) эндосонографии в выявлении изменений данной зоны воспалительного характера [8]. При этом точность

дифференциальной диагностики между воспалительными и опухолевыми процессами БДС достигает 82 %. Также следует отметить информативность эндосонографии в диагностике причин билиарного панкреатита.

Таким образом, в настоящий момент эндосонография обладает достаточной диагностической информативностью и может создать детализированную картину структурных изменений БДС и периампулярной зоны. Полученная информация может улучшить понимание роли патологических изменений данной области у пациентов с ЖКБ и оптимизировать выбор дальнейшей лечебно-диагностической тактики.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Совершенствование диагностики патологических изменений БДС, периампулярной зоны и оптимизация лечебно-диагностической тактики у пациентов с ЖКБ.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В группу исследования вошли 889 пациентов с калькулезным холециститом, госпитализированных в хирургическое отделение ГБУЗ «ОКБ» г. Твери в период 2010—2012 гг. Среди больных преобладали (72,5 %) женщины. Средний возраст больных составил $(56,2 \pm 3,4)$ года.

На первом этапе исследования были отобраны пациенты, у которых были выявлены предикторы риска холангиолитиаза средней и высокой степени, выбранные на основе рекомендаций Американского Общества гастроинтестинальной эндоскопии [6] и Британской Ассоциацией гастроэнтерологов [9].

Дальнейшая диагностическая тактика в данной группе заключалась в проведении эндосонографии эхоэндоскопом GF-UM160 с ультразвуковым центром EU-M60, смонтированным с системным видеоцентром CV-180 EVIS EXERA («Olympus», Япония). Методика эндосонографии соответствовала стандартной, принятой в Японии [4].

На основании полученных результатов определялась дальнейшая лечебно-диагностическая тактика. Проводился отбор больных для проведения ретроградных эндоскопических лечебно-диагностических манипуляций на ЖВП. Во время их выполнения осуществлялись дальнейшая верификация патологического процесса путем осмотра области БДС, взятия прицельной биопсии с поверхности сосочка либо с края разреза после проведения папиллосфинктеротомии.

У пациентов с подозрением на злокачественное поражение БДС и периампулярной зоны уточнение характера патологического процесса происходило также во время выполнения оперативного вмешательства и на основании последующего гистологического исследования полученного во время операции биопсийного материала.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Риск наличия холангиолитиаза средней и высокой степени обнаружен у 138 (15,5 %) пациентов, среди ко-

торых у 56 (40, %) больных выявлены изменения БДС и периапулярной зоны воспалительного характера, при этом признаки рубцового поражения отмечены в 6 наблюдениях. У 40 пациентов папиллит сопровождался расширением общего желчного протока, в 16 наблюдениях панкреатического протока. Обращало на себя внимание сочетание папиллита и холангиолитиаза лишь у 29 (21 %) пациентов. При этом признаки холангита обнаружены в 7 наблюдениях. Ультразвуковые признаки опухолевого образования в области БДС обнаружено у 5 (3,6 %) больных, среди которых у 2 пациентов эхокартина свидетельствовала о злокачественном поражении БДС. Утолщение сфинктера Одди выявлено у 2 больных. Парафатериальный дивертикул обнаружен у 8 пациентов. В 2 наблюдениях он сочетался с холангиолитиазом, в 1 наблюдении с папиллитом. У 1 больного обнаружено внутрипросветное полиповидное образование терминального отдела холедоха размером 5 мм.

Полученная картина патологических изменений БДС и периапулярной зоны позволила провести дифференцированный подход к выбору оптимального варианта лечебно-диагностической тактики. Среди 31 пациента с признаками патологических изменений БДС и периапулярной зоны воспалительного характера без наличия холангиолитиаза эндоскопическая папиллосфинктеротомия в качестве первого этапа лечения и последующая лапароскопическая холецистэктомия выполнены у 5 пациентов с признаками рубцового процесса в ампулярной области. Реконструктивная операция осуществлена у одного пациента с продленной рубцовой стриктурой холедоха. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у остальных 25 больных, среди которых дренирование ЖВП через пузырный проток по оригинальной методике (патент на изобретение № 2218190 от 10.12.2003) удалось осуществить у 23 пациентов. В данной группе наблюдений в послеоперационном периоде осуществлялось лечение папиллита с последующим контрастированием ЖВП через наружный дренаж с целью оценки функционального состояния сфинктера Одди. У двух пациентов была выявлена билиарная дисфункция сфинктера (задержка контраста в ЖВП более 45 мин) и произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Среди 26 пациентов с сочетанием воспалительного процесса в БДС и холангиолитиаза эндоскопическая ретроградная санация ЖВП и лапароскопическая холецистэктомия выполнены у 24 пациентов. Удаление желчного пузыря с антеградной холедохолитотомией из традиционного лапаротомного доступа выполнено у двух пациентов данной группы с выраженным инфильтративным процессом в области гепатодуоденальной связки и синдромом Мирizzi.

Дуоденоскопия с осмотром БДС и взятием биопсии проведена у 5 пациентов с подозрением на опухолевое поражение БДС и периапулярной зоны. В результате гистологического исследования признаки аденокарциномы выявлены у 2 пациентов, признаки аденомы обнару-

жены в 2 наблюдениях, гиперпластический полип был диагностирован у одного пациента. Эндоскопическое удаление опухоли петлевым методом, фрагментация форцептом в сочетании с папиллосфинктеротомией осуществлены у пациентов с доброкачественной патологией БДС. Пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция с лимфодиссекцией Д2 проведена при выявленной аденокарциноме данной области.

Цитологическое исследование материала, полученного при «щеточной» биопсии у пациента с признаками внутрипросветного полиповидного образования терминального отдела холедоха, не обнаружило признаки злокачественного процесса. Вследствие отсутствия билиарной гипертензии у данного больного был решен вопрос о последующем динамическом наблюдении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования показали, что эндоскопическая диагностика позволила определить достаточно детализированную картину патологических изменений БДС, периапулярной зоны воспалительного и опухолевого характера у 61 (6,9 %) пациентов с ЖКБ. Данный показатель, а также отсутствие холангиолитиаза практически в половине наблюдений свидетельствуют о значительной роли патологических изменений этой области у пациентов с холелитиазом. Полученная картина также позволила провести дифференцированный выбор оптимального варианта лечебно-диагностической тактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазебник Л. Б., Копанева М. И., Ежова Т. Б. // Терапевтический архив. — 2004. — № 2. — С. 83—87.
2. Лоранская И. Д., Вишневская В. В. // Болезни органов пищеварения. Прил. — 2005. — Т. 7, № 1. — С. 7.
3. Castillo C. // World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. — 2010. — Vol. 2 (8). — P. 278—287.
4. Inui K., Kida M., Fujita N., et al. // Digestive Endoscopy. — 2004. — Vol. 16. — P. 118—133.
5. Rosenblatt M. L., Catalano M. F., Alcocer E., et al. // Gastrointestinal Endoscopy. — 2001. — Vol. 54 (6). — P. 697—704.
6. The role of endoscopy in the evaluation of suspected Cholelithiasis // Gastrointestinal Endoscopy. — 2010. — Vol. 71 (1). — P. 1—9.
7. Verma D., Kapadia A., Adler D. G. // Gastrointestinal Endoscopy. — 2007. — Vol. 66. — P. 283—290.
8. Will U., Bosseckert H., Meyer F. // Ultraschall Med. — 2008. — Vol. 29 (3). — P. 275—280.
9. Williams E. J., Green J., Beckingham I., et al. // Gut. — 2008. — Vol. 57. — P. 1004—1021.

Контактная информация

Лебедев Сергей Вадимович — к. м. н., доцент кафедры госпитальной хирургии, доцент кафедры хирургических болезней, Тверская государственная медицинская академия, e-mail: serg-leb@mail.ru