

10. Кукес В. Г. Кардиомаркеры: клиническое значение и методики определения // Маркеры как инструмент персонализированной медицины. 2013.

11. Курочкина О. Н. Автореф. дис. ... д. м. н. — Волгоград, 2013. — 49 с.

12. Песков, А. Б. Доказательные подходы к применению «малых воздействий» в клинике внутренних болезней: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14. 00. 05 / А. Б. Песков. — Ульяновск, 2005. — 35 с.

13. Ушкалова Е. А. Роль формулярной системы в решении проблем рационального использования лекарств / Е. А. Ушкалова // Клинич. фармакология и терапия. — 1998. — № 4. — С. 80—81.

14. Фролова, Е. В. Лечение сердечной недостаточности: новые рекомендации доказательной медицины / Е. В. Фролова // Российский семейный врач. — 2005. — Т. 9, № 1. — С. 15—19.

Контактная информация

Каграманян Игорь Николаевич — соискатель кафедры клинической фармакологии, Ярославский государственный медицинский университет, e-mail: al460935@yandex.ru

УДК 616.366-089.87-072.1:615.212

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЖЕЛЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

А. Г. Бебуришвили, Е. Н. Зюбина, В. В. Мандриков, М. И. Туровец, Ю. И. Веденин, А. И. Короткова

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Клиника факультетской хирургии ВолгГМУ,
Волгоградский медицинский научный центр,
Лаборатория хирургической гепатологии*

В проспективное когортное исследование включены 216 пациентов с постхолецистэктомическим синдромом, которым проведена эндоскопическая коррекция желчной гипертензии. Применение грудной эпидуральной анальгезии в качестве анестезиологического пособия при эндоскопических транспапиллярных вмешательствах значительно снижало риск развития острого панкреатита (Pearson, $p = 0,0012$). Наилучший профилактический эффект отмечен у больных при сочетании ГЭА и стентирования главного панкреатического протока (стендом 5Fr): у 27 (в 100 % наблюдений) больных клинических признаков острого панкреатита не выявлено. Результаты исследования показали, что применение эндоскопических транспапиллярных вмешательств в сочетании с грудной эпидуральной анальгезией эффективно и безопасно вне зависимости от причины заболевания.

Ключевые слова: постхолецистэктомический синдром, эндоскопическое транспапиллярное вмешательство, грудная эпидуральная анальгезия.

ENDOSCOPIC CORRECTION OF BILIARY HYPERTENSION IN PATIENTS WITH POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME

A. G. Beburishvili, E. N. Zubina, V. V. Mandrikov, M. I. Turovets, Yu. I. Vedenin, A. I. Korotkova

A prospective cohort study included 216 patients with postcholecystectomy syndrome who underwent endoscopic correction of biliary hypertension. The use of thoracic epidural analgesia as anaesthesia during endoscopic transpapillary intervention significantly reduced the risk of acute pancreatitis (Pearson, $p = 0,0012$). The best preventive effect was observed in patients with a combination of thoracic epidural analgesia and stenting of the main pancreatic duct (5Fr stent): 27 (in 100 % of cases) patients had no signs of acute pancreatitis. The results of the study showed that the use of endoscopic transpapillary interventions in combination with thoracic epidural analgesia is effective and safe, regardless of the cause of the disease.

Key words: postcholecystectomy syndrome, endoscopic transpapillary intervention, thoracic epidural analgesia.

Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС), по мнению ряда исследователей, является причиной снижения качества жизни пациентов с удаленным желчным пузырем в 5—40 % наблюдений [1—5]. Данное состояние является следствием не только технических погрешностей операций или нераспознанными заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны, но и на-

личием невыявленных функциональных нарушений и заболеваний других органов и систем.

Наиболее частыми факторами развития ПХЭС являются холангиолитиаз, стеноз и доброкачественные опухоли большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), панкреатит, парапапиллярные дивертикулы двенадцатиперстной кишки (ДПК), дисфункции

сфинктера Одди, кистозные трансформации желчных протоков.

При этом синдром желчной гипертензии у данной категории больных выявляется в 19,6—46,1 % случаев (резидуальный и рецидивный холедохолитиаз (ХЛ) в 75—80 %, стеноз БСДК) в 15—20 %, рубцовая стриктура холедоха в 2—4 % наблюдений) [2, 3].

Определяя тактику хирургического лечения больных с ПХЭС, многие хирурги 10—15 лет назад отдавали предпочтение открытым лапаротомным вмешательствам, а не эндоскопическим методам коррекции. Так, на кафедре факультетской хирургии ВолгГМУ, в период с 1993 по 2003 гг., открытые операции на холедохе выполнены 694 больным, в то время как эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) проведена лишь 272 пациентам. Это объяснялось тем, что в период освоения техники и методики выполнения вмешательств риск развития ранних послеоперационных осложнений (прежде всего — острого послеоперационного панкреатита и панкреонекроза) после эндоскопических транспапиллярных вмешательств (ЭТПВ) достигал 40 %, при этом летальность превышала 3 % наблюдений [6].

В последние годы разработаны и внедрены в практику эффективные методы профилактики послеоперационных осложнений ЭТПВ [7, 8]. В настоящее время многие исследователи пришли к единому мнению в том, что приоритет в лечении больных ПХЭС с нарушениями оттока желчи должен быть отдан малоинвазивным технологиям [9—13].

Вместе с тем до настоящего времени не разработаны консолидированные подходы к решению ряда тактических вопросов. Множественный холедохолитиаз, наличие крупных конкрементов или парапапиллярных дивертикулов, риск развития ранних (острого послеоперационного панкреатита, перфорации задней стенки ДПК, кровотечения) и отсроченных осложнений (дисфункции сфинктера Одди, рефлюкс-холангита, стеноза большого дуоденального сосочка (БДС))

часто, необоснованно на наш взгляд, является причиной отказа от эндоскопической коррекции данной патологии.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение ближайших результатов эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных с постхолецистэктомическим синдромом путем оптимизации сочетания видов эндохирургических и анестезиологических пособий.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническим материалом для изучения явились результаты эндоскопического лечения 216 пациентов с ПХЭС. Данное исследование одобрено Региональным независимым этическим комитетом.

Проведено проспективное сплошное когортное исследование. В настоящее исследование включены все пациенты с ПХЭС ($n = 216$), находившиеся на обследовании и лечении в Клинике факультетской хирургии ВолгГМУ с января 2011 по декабрь 2014 гг., в возрасте 14—90 лет, социально-защищенные, которым проведена эндохирургическая коррекция синдрома желчной гипертензии. У всех больных нами было получено информированное согласие на проведение данного исследования.

Всего в исследование включены 168 женщин (75,7 %) и 48 мужчин, средний возраст больных составил $(61,5 \pm 1,0)$ лет.

Распределение больных групп исследования представлено в табл. 1.

В первую группу ($n = 50$) вошли все пациенты с резидуальным холедохолитиазом (РХЛ). Женщины составляли 82,0 % (41/50), средний возраст составил $(53,6 \pm 2,2)$ лет. Т-образный дренаж холедоха с суточным желчеотделением от 580 до 1000 мл [средний объем составил $(684 \pm 43,6)$ мл] имелся у 4 (8 %) больных, которым в сроки от 2 до 8 недель перед поступлением была выполнена холецистэктомия с холедохолитотомией.

Таблица 1

**Распределение больных с ПХЭС
в зависимости от причины развития синдрома желчной гипертензии**

Диагноз	ПХЭС			ВСЕГО
	Резидуальный холедохолитиаз (1-я группа)	Рецидивный холедохолитиаз (2-я группа)	Стеноз БСДК (3-я группа)	
Парапапиллярный дивертикул	5	30	—	35
Стеноз БСДК	—	3	—	3
Желчный свищ	8	—	5	13
Т-дренаж	4	—	2	6
ДПП	3	—	—	3
Неосложненный	30	94	32	156
Итого (%)	50 (23,1)	127 (58,8)	39 (18,1)	216 (100)

Примечание: ПХЭС — постхолецистэктомический синдром; БСДК — большой сосочек двенадцатиперстной кишки; ДПП — дренаж пузырного протока.

У 3 (6 %) пациентов дренирование гепатикохоледоха осуществлялось дренажом культи пузырного протока (ДПП). Суточный дебит желчи у них составлял 350—580 мл (в среднем — 420 мл). У 8 (16 %) больных первой группы ранний послеоперационный период после холецистэктомии осложнился желчеистечением по улавливающему дренажу в течение 2—8 недель. Резидуальный характер холедохолитиаза подтверждался небольшим сроком, прошедшим после первичного хирургического вмешательства (до 6 месяцев).

Во вторую группу ($n = 127$) вошли все пациенты с рецидивным холедохолитиазом, из которых женщин было 93 (73,2 %) и 34 (26,8 %) — мужчин, средний возраст составил $(66,1 \pm 1,0)$ лет. У 3 (2,4 %) пациентов холедохолитиаз сочетался со стенозом БСДК.

В третью группу ($n = 39$) вошли пациенты с изолированным стенозом БСДК. Женщин и мужчин было 87,2 и 12,8 % соответственно, средний возраст — $(56,6 \pm 2,1)$ лет. У 2 (5,1 %) больных (после холецистэктомии, холедохолитотомии) наружное дренирование холедоха проводилось Т-образным дренажом в течение 15 и 21 дней. Суточный дебит желчи у них составлял 350—480 мл (в среднем — 410 мл). У 5 (12,8 %) больных третьей группы в раннем послеоперационном периоде после холецистэктомии отмечалось желчеистечение по улавливающему дренажу длительностью от 2 до 6 недель.

Эндоскопические транспапиллярные вмешательства выполнялись с применением ширококанального дуоденоскопа «Olympus Evis Exera Q160-VR» с диаметром инструментального канала 4,2 мм, эндоскопической видеосистемы и инструментов фирмы «Olympus Corp.».

Все эндоскопические вмешательства выполнялись одной и той же хирургической бригадой (во всех группах), однообразной аппаратурой и с постоянной нагрузкой (2—3 манипуляции в неделю).

Диагностическая программа включала в себя объективное обследование больных, лабораторное исследование, ультрасоноскопию, эзофагогастродуоденоскопию с визуализацией фатерова сосочка, фистулохолангиографию (у больных с наружным дренированием холедоха) и эндоскопическую ретроградную холангиографию (ЭРХГ).

ЭРХПГ выполняли с помощью мобильного аппарата фирмы «Siemens» с использованием водорастворимых контрастных препаратов (30—40 % урографин или ультравист 370).

В интраоперационном периоде применялись следующие виды обезболивания: грудная эпидуральная анальгезия (ГЭА) на уровне ThVII-ThVIII местными анестетиками (наропин 0,4 % 10 мл или маркаин 0,25 % 10 мл) или традиционная премедикация с наркотическим анальгетиком (промедол 2 % 1 мл). В послеоперационном периоде 103 (58,2 %) больным проводилась продленная эпидуральная анальгезия по стандартной схеме [7].

Результаты клинических и биохимических исследований обрабатывались с помощью специализирован-

ного пакета статистических программ Statistica 6.0 (StatSoft Inc., USA). Мерой центральной тенденции данных служило выборочное среднее (M), мерой рассеяния — ошибка среднего (m). Для определения достоверности различий между качественными величинами использовался анализ хи-квадрат, между количественными данными — U-критерий Манна-Уитни для независимых выборок. Для сравнения частот бинарного признака двух несвязанных групп вычисляли отношение шансов (ОШ) с расчетом 95 % доверительного интервала (95 % ДИ). Достоверность различий групп исследования считалась доказанной при условии, что 95 % ДИ не включал в себя 1.0. Различия между группами данных считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$ и высокозначимыми при $p < 0,01$ (p — уровень статистической значимости различий).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Непосредственный осмотр области большого дуоденального сосочка, произведенный на фоне болевого приступа и/или желтухи, позволил выявить ряд характерных патологических признаков: значительное выбухание продольной складки и БСДК в просвет двенадцатиперстной кишки, отек и гиперемия в области сосочка, наличие на нем фибринового налета и вытекание из устья БСДК гнойной желчи, свидетельствующие о наличии холангита.

Признаки острого фибринозного холангита (мутная густая желчь с хлопьями фибрина) имели место у 8 (4,5 %) больных с наружным желчным свищем и у 134 (75,7 %) пациентов с частичным нарушением желчеоттока, не имеющих наружного желчного дренажа. Признаки острого гнойно-некротического холангита (гнойный компонент в желчи после восстановления желчеоттока) имели место у 35 (19,8 %) больных, с полной блокадой желчеоттока конкрементом.

У пациентов с изолированным стенозом БСДК (3-я группа) визуальных признаков острого холангита не выявлено.

При осмотре БСДК парапипиллярные дивертикулы диагностированы у 35 (16,2 %) больных (5 (10,0 %) пациентов первой и 30 (23,6 %) — второй групп. Из них у 5 (14,9 %) больных устье холедоха располагалось интрадивертикулярно, что в достаточной мере осложняло его канюляцию.

По данным ультрасоноскопии диаметр холедоха у больных групп исследования варьировал в пределах 6—28 мм (в среднем — $11,2 \pm 2,3$).

В ходе предоперационного обследования у 3 (6,0 %) больных с РХЛ, у 8 (6,3 %) пациентов с рецидивным холедохолитиазом и у 3 (7,7 %) исследуемых со стенозом БСДК на основании клинической картины и данных лабораторного исследования был диагностирован острый билиарный панкреатит. Больные предъявляли жалобы на характерные боли в животе, неоднократную рвоту, сухость во рту, показатели α -амилазы крови составляли 250—419 ЕД/л [$(344 \pm 12,8)$ ЕД/л].

Больных с механической желтухой было 21,8 % (47/216): в первой группе — 5 (10 %) пациентов со средним уровнем билирубинемии ($106,2 \pm 5,4$) мкмоль/л, во второй группе — 40 (31,5 %) пациентов с механической желтухой в пределах ($74,9 \pm 3,3$) мкмоль/л, в третьей группе — 2 (5,1 %) исследуемых с билирубинемией 93 и 228 мкмоль/л.

Структура выполненных ЭТПВ показана в табл. 2.

Канюляция протоковой системы являлась важнейшим этапом ЭТПВ, поскольку от ее успешного и быстрого выполнения во многом зависели длительность и травматизм манипуляции. Для деликатной селективной канюляции холедоха манипуляцию проводили строго соблюдая «правило соосности», где направление проведения катетера соответствует оси выбранного для канюляции протока. При этом все манипуляции проводились в «pull»-позиции дуоденоскопа. Удалось канюлировать холедох с первых 5 попыток у 185 (85,6 %) больных, у 31 (14,4 %) пациента проведена канюляция с предрассечением устья БСДК (торцевым (игольчатым) папиллотомом).

Как показано в табл. 2, абсолютному большинству больных была выполнена ЭПСТ (в 88,4 % наблюдений). У больных третьей группы она применялась в 100 % наблюдений. При этом мы стремились максимально рассечь БСДК, руководствуясь основными правилами «безопасной» папиллотомии: в режиме «резание» электрохирургического блока рассечение струной папиллотомы только при наличии симптома «паруса» (свободное натяжение тканей на папиллотомической струне в виде паруса), максимальный разрез до основания поперечной складки и др. Если папиллотомическая апертура была меньше минимальной окружности самого крупного конкремента, ЭПСТ дополнялась баллонной гидродилатацией (БГД). У больных с перипапиллярными дивертикулами ЭПСТ выполнялась в объеме 1/3 интрамуральной части холедоха и дополнялась БГД.

Часто (в 11,5 % (22/191) наблюдений) ЭПСТ сопровождается незначительным (до 50 мл) кровотечением, которое, как правило, самостоятельно стихало к окончанию манипуляции или останавливалось после проведения консервативной терапии и/или эндогемостаза (инъекции в об-

ласть папиллотомического разреза раствора адреналина 1:1000 и/или компрессионный гемостаз баллоном-экстрактором). Только у 1 (в 0,5 % наблюдений) больного с резидуальным холедохолитиазом, из-за массивного артериального кровотечения, пришлось прибегнуть к лапаротомии с трансдуоденальной папиллопластикой.

У 1 (в 0,5 % наблюдений) пациентки с рецидивным холедохолитиазом в ходе выполнения вмешательства (по образованию подкожной эмфиземы и рентгенологической визуализации участков пневматоза в забрюшинном пространстве) была диагностирована перфорация задней стенки ДПК. Эффективная консервативная терапия позволила избежать развития гнойно-септических осложнений, и активной хирургической тактики это осложнение не потребовало.

У 1 (в 0,5 % наблюдений) больной третьей группы (со стенозом БСДК) выполнить канюляцию холедоха не удалось, и ЭТПВ ограничилось предрассечением папиллы. Через 3 суток, когда уменьшился отек БСДК, удачно выполнено повторное ЭТПВ в объеме ЭПСТ со стентированием вирсунгова протока.

У 100 % больных с холедохолитиазом была проведена литоэкстракция: корзиной Дормиа и/или баллоном-экстрактором. При холангиографии во время ЭТПВ у 29 (16,4 %) больных групп исследования был выявлен множественный холедохолитиаз (более 3 конкрементов). Двадцати одному (в 72,4 % случаев) пациенту удалось адекватно санировать холедох за одну манипуляцию. В 8 (27,6 %) случаях потребовалось повторное (с интервалом 2—3 дня) выполнение ЭТПВ для санации общего желчного протока (ОЖП). У всех больных с множественным холедохолитиазом ЭТПВ заканчивалась назобилиарным дренированием.

У 3 (в 37,5 % наблюдений) больных с наружными желчными свищами, у 3 (в 75 % случаев) пациентов с Т-дренированием холедоха первой группы и у 2 (в 100 % наблюдений) исследуемых с Т-дренажами третьей группы ЭТПВ заканчивались эндопротезированием ОЖП покрытыми нитиноловыми стентами. Т-дренаж подтягивали и оставляли в качестве улавливающего дренажа на 1—2 дня. Двум больным (15,4 %) с желчными свищами из-за

Таблица 2

Структура эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных групп исследования

Группы	ЭТПВ					ВСЕГО
	ЭПСТ	БГД	ЭХ	НБД	СВП	
Резидуальный холедохолитиаз (n = 50)	45	71	2	12	5	71
Рецидивный холедохолитиаз (n = 127)	107	169	4	28	9	169
Стеноз БСДК (n = 39)	39	60	2	3	13	60
Итого	191	300	8	43	27	300

Примечание: ЭТПВ — эндоскопическое транспапиллярное вмешательство; ЭПСТ — эндоскопическая папиллосфинктеротомия; БГД — баллонная гидродилатация; ЭХ — эндопротезирование холедоха; НБД — назобилиарное дренирование; СВП — стентирование вирсунгова протока.

развившейся проксимальной стриктуры гепатохоледоха перед установкой стентов потребовались БГД зоны сужения.

Всем пациентам во время выполнения и по окончании ЭТПВ выполнялись контрольные ЭРХПГ.

Мы провели сравнение особенностей течения раннего послеоперационного периода в зависимости от вида анестезиологического пособия (табл. 3).

Как показано в таблице, частота развития острого послеоперационного панкреатита (ОПП) зависела как от метода интраоперационного обезболивания, так и от характера заболевания. ОПП диагностирован чаще у больных с изолированным стенозом БСДК, чем у пациентов с резидуальным и рецидивным холедохолитиазом (12,8 % против 8,0 и 7,9 % соответственно). Тем не менее, из-за небольшого объема выборки третьей группы, статистически значимых различий не выявлено.

При эпидуральной анальгезии и традиционной премедикации ОПП осложнял течение раннего послеоперационного периода у больных первой группы в 5,9 и 12,5 %, второй группы — в 1,5 и 15,5 % (Pearson, $p = 0,005$), третьей группы — в 3,7 и 33,3 % (Pearson, $p = 0,02$) наблюдений соответственно.

При эпидуральной анальгезии и традиционной премедикации ОПП осложнял течение раннего после-

операционного периода у больных первой группы в 5,9 и 12,5 %, второй группы — в 1,5 и 15,5 % (Pearson, $p = 0,005$), третьей группы — в 3,7 и 33,3 % (Pearson, $p = 0,02$) наблюдений соответственно.

Очевидно, что применение ГЭА при ЭТПВ достоверно снижает риск развития ОПП как у больных с холедохолитиазом (Pearson, $\chi^2 = 10,48$, $df = 1$, $p = 0,0012$), так и у пациентов со стенозом БСДК. Наилучшие результаты получены в группе больных, у которых сочеталось применение ГЭА и стентирования главного панкреатического протока (стенты 5Fr): у 27 (в 100 % наблюдений) больных клинических признаков ОПП не выявлено.

Длительность реабилитации больных представлена в табл. 4.

Как следует из представленной таблицы, длительность стационарного лечения больных не отличалась у больных с холедохолитиазом и со стенозом БСДК. Сроки нахождения в условиях реанимационного отделения, в основном, зависели от возраста и выраженности сопутствующей патологии, а также от уровня механической желтухи.

Летальных исходов у пациентов в группах сравнения не отмечено.

Таблица 3

**Течение раннего послеоперационного периода
в зависимости от способа интраоперационного обезболивания**

Характер заболевания	Течение п/о периода	Количество пациентов		ВСЕГО
		Эпидуральная анальгезия	Традиционная премедикация	
Резидуальный холедохолитиаз ($n = 50$)	Нет осложнений	32	13	45
	ОПП	2	2	4
	Кровотечение	—	1	1
	Перфорация ДПК	—	—	—
ОШ (95 % ДИ)		0,44 (0,05—3,57)		
Рецидивный холедохолитиаз ($n = 127$)	Нет осложнений	67	49	116
	ОПП	1	9	10
	Кровотечение	—	—	—
	Перфорация ДПК	1	—	1
ОШ (95 % ДИ)		0,08 (0,01—0,67)*		
Стеноз БСДК ($n = 39$)	Нет осложнений	26	8	34
	ОПП	1	4	5
ОШ (95 % ДИ)		0,08 (0,01—0,83)*		
Итого		130 (3,1 %)	86 (17,4 %)	216 (8,8 %)
ОШ (95 % ДИ)		0,18 (0,06—0,56)*		—

Примечание: ОПП — острый послеоперационный панкреатит; в скобках — частота развития ОПП; ОШ (95 % ДИ) — отношение шансов (95 % доверительный интервал) по частоте развития ОПП.

*Статистически значимое различие ($p < 0,05$).

Таблица 4

Длительность реабилитации больных групп исследования

Характер заболевания	Время реабилитации	
	Реанимационный койко/час	Длительность госпитализации, сутки
Резидуальный холедохолитиаз ($n = 50$)	26,2 ± 3,5	16,2 ± 1,5
Рецидивный холедохолитиаз ($n = 127$)	36,1 ± 10,3	16,3 ± 1,0
Стеноз БСДК ($n = 39$)	31,5 ± 5,5	17,8 ± 1,7
Итого	32,9 ± 6,2	16,5 ± 0,7

Выводы. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются эффективным методом лечения больных как с резидуальным и рецидивным холедохолитиазом, так и со стенозом БСДК. Восстановить адекватный отток желчи при первичном вмешательстве удалось у пациентов с холедохолитиазом в 95,5 % (169 пациентам), а у больных со стенозом БСДК в 97,4 % (38 больным) наблюдений.

Применение грудной эпидуральной анальгезии в качестве анестезиологического пособия при ЭТПВ у больных с ПХЭС значительно снижает риск развития ОПП (Pearson, $\chi^2 = 10,48$, $df = 1$, $p = 0,0012$). Наилучший профилактический эффект отмечен у больных при сочетании ГЭА и стентирования главного панкреатического протока (стентом 5Fr). Это позволяет применять методы эндохирургической коррекции у пациентов с высоким риском развития ОПП.

Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются безопасным методом лечения больных ПХЭС с резидуальным или рецидивным холедохолитиазом и/или стенозом БСДК. В ходе проведения исследования не было ни одного летального исхода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема лечения больных ПХЭС с холедохолитиазом и/или стенозом БСДК не утратила своей актуальности. Интенсивное развитие фармакологии, совершенствование методов профилактики развития этого осложнения постхолецистэктомического синдрома несколько снизили остроту, но не решили эту проблему радикально.

Опубликованные результаты эффективности эндохирургической коррекции желчеоттока с помощью ЭТПВ несколько сглаживаются частотой развития периоперационных осложнений (прежде всего — острого послеоперационного панкреатита).

Высокий риск развития ОПП и некоторые анатомические особенности зоны папиллы (например, наличие парапапиллярного дивертикула) нередко останавливают некоторых врачей в положительном решении вопроса о применении методов ЭТПВ.

Полученные результаты данного исследования позволяют рекомендовать более широкое применение методов эндохирургической коррекции синдрома желчной гипертензии при лечении больных с ПХЭС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быстров С. А., Жуков Б. Н. Постхолецистэктомический синдром — новый подход к профилактике и лечению // Медицинский альманах. — 2010. — № 1. — С. 142—145.

2. Быстровская Е. В., Ильченко А. А. Патогенетические и диагностические аспекты постхолецистэктомического синдрома // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2009. — № 3. — С. 69—80.

3. Зюбина Е. Н. Хирургическое лечение доброкачественной непроходимости желчных протоков: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Волгоград: ВолгГМУ, 2008.

4. Нечай А. И. Постхолецистэктомический синдром // Аналы хирургической гепатологии. — 2006. — № 11(1). — С. 28—33.

5. Юсупова А. Ф., Валиуллина Н. М., Одинова А. Х. Динамическая сцинтиграфия гепатобилиарной системы в диагностике постхолецистэктомического синдрома // Казанский медицинский журнал. — 2007. — № 1. — С. 44—46.

6. Бебуришвили А. Г., Быков А. В., Зюбина Е. Н. и др. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2005. — № 1. — С. 43—47.

7. Бебуришвили А. Г., Зюбина Е. Н., Туровец М. И. и др. Эпидуральная анальгезия как метод профилактики развития острого послеоперационного панкреатита при эндоскопических транспапиллярных вмешательствах // Вестник ВолгГМУ. — 2011. — № 38 (2). — С. 63—66.

8. Балалыкин А. С., Снегирев Ю. В., Гвоздик В. В. и др. Эндоскопическая папиллотомия и холангиолитиаз (доступы, принципы, эффективность) // Клиническая эндоскопия 2006. — № 8 (2). — С. 13—19.

9. Малярчук В. И., Федоров А. Г., Давыдова С. В. и др. Факторы, влияющие на результаты эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных с холедохолитиазом и стенозом большого сосочка двенадцатиперстной кишки // Эндоскопическая хирургия. — 2005. — № 11 (2). — С. 30—39.

10. Матвеев Н. Л., Магомедов М. Г. Малоинвазивное лечение холедохолитиаза. Дооперационный лечебно-диагностический этап // Эндоскопическая хирургия. — 2003. — № 9 (5). — С. 31—41.

11. Dumonceau J. M., Andriulli A., Deviere J., et al. Guidelines: prophylaxis of post-ERCP pancreatitis // Endoscopy. 2010; 42: 503—515.

12. Eisen G. M., Baron T. H., Dominitz J. A., et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy: methods of granting hospital privileges to perform gastrointestinal endoscopy // Gastrointest. Endosc. 2002; 55: 780—783.

13. Faigel D. O., Pike I. M., Baron T. H., et al. Quality indicators for gastrointestinal procedures: an introduction // Gastrointest. Endosc. 2006; 63: 3—9.

Контактная информация

Туровец Михаил Иванович — к. м. н., врач анестезиолог-реаниматолог, Волгоградский государственный медицинский университет, Клиника № 1, e-mail: turovets_aro@mail.ru