

тивация системы комплемента по классическому и альтернативному путям и повышение уровня провоспалительных цитокинов пропорционально тяжести заболевания.

2. Концентрация C₄-компонента системы комплемента, C₁-ингибитора, ИЛ-4 и ИЛ-10 коррелирует с динамикой клинико-инструментальных показателей у детей с аппендикулярным перитонитом.

3. Рекомендовать для оценки тяжести состояния и эффективности проводимого лечения использовать уровень ИЛ-4, ИЛ-10, C₄-компонента системы комплемента и C₁-ингибитора.

Литература

1. Гаврилюк, В.П. Курский науч.-практ. вестн. «Человек и его здоровье» / В.П. Гаврилюк, А.И. Конопля, С.В. Костин.– 2010.– № 1.– С. 34–39.
2. Материалы VII Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии» / А.Ф. Дронов [и др.]– 2008.– С. 355.
3. Детская хирургия / О.В. Карасева [и др.]– 2007.– № 3.– С. 23–27.
4. Пулатов, А.Т. Детская хирургия / А.Т. Пулатов.– 2007.– № 1.– С. 36–40.
5. Российский аллергологический журнал / А.И. Станулис [и др.]– 2007.– №4.– С. 24–27.
6. Шамсиев, А.М. Детская хирургия / А.М. Шамсиев, Б.Л. Давранов, Ж.А. Шамсиев.– 2008.– № 3.– С. 35–39.
7. ANZ J. Surg / A.R. Adesunkaumi [et al.]– 2003.– Vol. 73.– № 5.– P. 275–279.
8. J. Pediatr. Surg / K. Newman [et al.]– 2003.– Vol. 38.– № 3.– P. 372–379.
9. Okada, H. Nature Reviews / H. Okada, T.W. Mak // Cancer.– 2004.– Vol. 4.– P. 592–603.

INTERRELATION OF CHANGES OF LABORATORY INDICES AND CLINICAL PRESENTATIONS AT CHILDREN WITH THE APPENDICULAR PERITONITIS

V.P. GAVRILIOUK, A.I. KONOPLYA, A.V. KARAULOV,
E.V. DONSKAYA

Kursk State Medical University
First Moscow State Medical University of I.M. Setchenov

Maintenance changes pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines at children with appendicular peritonitis before operative treatment and in the postoperative period are established. Interrelations of changes of laboratory and clinical and laboratory indices at children with appendicular peritonitis are defined. Indices for assessing state severity and treatment efficiency at children with appendicular peritonitis are determined.

Key words: appendicular peritonitis, cytokines, complement system, gravity of condition.

УДК 616.36-008.5-072.1

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

А.В. ГУСЕВ*, И.Н. БОРОВКОВ**, С.А. АРУТЮНЯН†

В основу работы положен анализ результатов ЭПСТ в лечении МЖ доброкачественного генеза у 831 пациента. Проведен сравнительный анализ эффективности антеградной и ретроградной ЭПСТ в свете непосредственных и отдаленных результатов. Оценен риск развития осложнений, преимущества и недостатки антеградной и ретроградной доступов для эндоскопических внутрипротоковых вмешательств.

Ключевые слова: эндоскопическая папиллосфинктеротомия, МЖ, холедохолитиаз.

В 1973 году K. Kawai, а так же M. Glassen, R. Demling и S. Sohma впервые выполнили рассечение *большого сосочка двенадцатиперстной кишки* (БСДПК) под контролем дуоденоскопии [5]. Несмотря на большой срок применения *эндоскопической сфинктеротомии* (ЭПСТ), до сих пор окончательно не определе-

но место их при *механической желтухе* (МЖ), а также целесообразность использования при гнойной холангите и остром панкреатите, дисфункции сфинктера Одди, дискуссионным является вопрос о применении ЭПСТ при крупных камнях желчных протоков [2,6]. При этом необходимо отметить имеющуюся сложность в установлении показаний к ЭПСТ при изолированном стенозе БСДПК в связи с трудностями диагностики его степени и протяженности.

В ряде случаев выполнить транспапиллярные вмешательства не удастся, что связано с парапапиллярным дивертикулумом, невозможностью выведения БСДПК в удобную для канюляции позицию, вклиненным камнем, полумокрой папиллотомой, резецированным по Бильрот-II желудком, при крупных размерах конкрементов, когда их невозможно захватить корзинкой [3]. Технические трудности при этом отмечены в 37,8%. Не редко имеются противопоказания к подобному рода вмешательствам: протяженная стриктура *терминального отдела общего желчного протока* (ТООЖП), вызванная индуративным панкреатитом; деформация и сужение ДПК; дуоденостаз; крайняя тяжесть состояния пациента [1,4].

Отсутствие лечебного эффекта при ЭПСТ (наблюдается в 12,9%) может быть связано или с неполным устранением стеноза БСДПК, либо с не отхождением камней вследствие их вклинения или больших размеров, либо с наличием множественного литиаза и прогрессированием холангита, либо – анатомические аномалии БСДПК и ДПК [2].

Цель исследования. На основании анализа непосредственных и отдаленных результатов определить эффективность различных вариантов ЭПСТ при МЖ доброкачественного генеза.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов ЭПСТ в лечении МЖ доброкачественного генеза у 831 пациента. Больные находились на лечении и обследовании на базах кафедры хирургии ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России г. Иваново и в ГКБ скорой медицинской помощи г. Владимира в период с 1993 по 2007 гг. Статистическая обработка результатов исследования осуществлена с использованием методик медико-биологической статистики.

В 193 случаях вмешательство было дополнено инструментальной холедохолитэкстракцией и холедохолитотрипсией. В 18 случаях выполнена одновременная вирсунготомия, а в 2 – удаление камней из вирсунгова протока. Антеградная ЭПСТ выполнена в 75 случаях (9%); из них чресфистульная ЭПСТ – 71, чрескожная чреспеченочная ЭПСТ – 4. В 7 случаях одновременно проведена полипэктомия из зоны БСДПК.

Протяженность разреза при ЭПСТ определялась размером конкремента и анатомическими особенностями зоны БСДПК. Определенную сложность при выполнении ЭПСТ представляли случаи наличия у 139 больных парапапиллярных дивертикулов. Наличие парапапиллярного дивертикула не являлось противопоказанием к ЭПСТ (особенно при антеградной ЭПСТ).

Мужчин – 213 (25,6%), женщин – 618 (74,4%). В возрасте старше 61 года оперированы 63,8% пациентов. Большая часть пациентов (75,3%) поступала в стационар в экстренном порядке. При этом с давностью МЖ до суток обратились за медицинской помощью лишь 160 пациентов (19,3%). В тяжелом и среднем состоянии госпитализированы 565 пациентов (68%), из них с клинической картиной холангита – 165 пациентов (19%). В 68,9% тяжесть состояния усугубляла сопутствующая патология. При этом на долю патологии сердечно-сосудистой системы пришлось 75,8%. Патология эндокринной системы отмечена в 12,2%, желудочно-кишечного тракта – 9,7%, дыхательной системы – 4%. Гипербилирубинемия до 100 мкмоль/л при поступлении отмечена у 498 пациентов (60%), от 101 до 200 мкмоль/л – у 249 больных (30%), выше 201 мкмоль/л – у 75 больных (9%). У 219 больных (26,4%) при поступлении были клинические проявления острого панкреатита. В 644 случаях (77,5%) отмечено повышение трансаминаз, что свидетельствует об изменениях в гепатоцитах на фоне МЖ. В 15 случаях (1,8%) была гипокоагуляция. Ранее 191 (23%) пациент перенес операции на желчных путях. В 181 случае (94,8%) перенесенными ранее операциями были холецистэктомии, в том числе и с наружным дренированием желчных протоков. В 87 случаях ЭПСТ выполнялась повторно (после предварительного рассечения, а в 2 случаях по поводу рестеноза БСДПК). В табл. 1 представлены причины МЖ, по поводу которых выполнялась ЭПСТ.

* ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России, пр. Ф.Энгельса, 8, г. Иваново, 153012

** МУЗ ГКБ скорой медицинской помощи г. Владимира, ул. Горького, д. 5, корп. «Красный крест», г. Владимир

Таблица 1

Причины развития механической желтухи

Причина механической желтухи	Кол-во больных	%
Холедохолитиаз	346	41,6
Стеноз БСДПК	218	26,2
Стеноз БСДПК в сочетании с холедохолитиазом	206	24,8
Протяженная стриктура ТООЖП	15	1,8
Папиллит	13	1,6
Хронический индуративный панкреатит	12	1,4
Полип БСДПК	10	1,2
Аденома БСДПК	8	1
Рубцовая стриктура общего печеночного протока	3	0,4
Всего	831	100

Основными показаниями к ЭПСТ являлись холедохолитиаз, стеноз БСДПК и их сочетание. ЭПСТ выполнялась с учетом трех групп показаний к ее проведению: 1) самостоятельное лечебное вмешательство, 2) создание условий для выполнения других транспапиллярных лечебных вмешательств, 3) создание условий для транспапиллярного доступа к желчным путям с дифференциально-диагностической целью.

ЭПСТ мы выполняли как ретроградным, так и антеградным доступами, а у 10 больных (1,2%) они применялись одновременно. В ряде случаев перед антеградной ЭПСТ выполнялась чресфистульная рентген-эндоскопическая баллонная дилатация зоны БСДПК (с целью ликвидации выраженного стеноза, препятствующего канюляции устья БСДПК) с последующими чресфистульными ЭПСТ и холедохолитэкстракцией.

Чресфистульный антеградный доступ применялся в основном в связи с тем, что ретроградный был неэффективным. Для успешного выполнения антеградных чресфистульных вмешательств необходим «адекватный» наружный дренаж желчных путей. Имеется в виду угол впадения, внутренний диаметр, проходимость дистального отдела дренажа, сформированный фиброзный канал вокруг него.

В связи с этим нами разработаны следующие способы и устройства: 1) «двойной дренаж» холедоха, 2) способ наружного дренирования внепеченочных желчных путей.

Технический результат предлагаемого способа дренирования заключается в наружном дренировании холедоха двойным дренажем (свидетельство на полезную модель №15548), осуществляющим одновременно декомпрессию желчных протоков, исключая возможность подтекания желчи в свободную брюшную полость и создающим условия для безопасного выполнения чрездверных внутрипротоковых вмешательств в любом сроке после операции (не дожидаясь формирования «фиброзного канала»).

Интраоперационное применение баллонной дилатации позволило разработать и внедрить в клиническую практику «Способ наружного дренирования внепеченочных желчных путей» (Удостоверение на рационализаторское предложение №2414 от 06.02.2006г. ГБОУ ВПО ИвГМА Минздравсоцразвития России), позволяющий эффективно осуществлять внутрипротоковые вмешательства через культю пузырного протока.

Сущность предлагаемого способа заключается в интраоперационной баллонной дилатации пузырного протока в течение 2 минут до необходимого диаметра (используется баллонный катетер с диаметром в раздутом состоянии от 0,5 до 1 см). Затем в пузырный проток вводится необходимый для внутрипротоковых вмешательств инструмент и выполняются внутрипротоковые манипуляции по восстановлению нарушенного желчеоттока, после чего формируется достаточно широкий наружный «двойной дренаж», позволяющий в послеоперационном периоде выполнить практически любые чресфистульные эндобилиарные вмешательства (холедохолитэкстракция, ЭПСТ, баллонная дилатация БСДПК и т.д.).

Таким образом, мы успешно применили в 71 случае (8,5%) чресфистульный доступ с использованием разработанного нами устройства ("Система для антеградной чресфистульной рентген-эндоскопической папиллосфинктеротомии." Свидетельство на полезную модель №30255 от 27.06.2003, выдано Российским агентством по патентам и товарным знакам).

Последовательность действий при работе с системой для чресфистульной антеградной папиллосфинктеротомии.

Через сформированный наружный свищевой ход в желчные

протоки вводится L-проводник. При этом совершенно необходимо сразу добиваться преодоления стенозированного БСДПК проводником. Создав, таким образом, каркасность, наружный дренаж холедоха удаляется. Вместо удаленного дренажа по L-проводнику вводится рентген-контрастный катетер длиной 45 см диаметром 2,7 мм изогнутый под углом 120° с усеченным в виде конуса (внутренним) концом. За счет конусной формы внутреннего конца данного катетера и полученной жесткости (катетер с L-проводником) необходимо добиться проникновения "системы" в просвет ДПК через стенозированный БСДПК. По "проходному" катетеру во внепеченочные желчные пути вводится интродьюсер, имеющийся изгиб которого позволяет беспрепятственно не только дойти до зоны стриктуры, но и в ряде случаев выполнить ее бужирование и проникновение через БСДПК в просвет ДПК. После этого «проходной» катетер и L-проводник удаляются. Через интродьюсер в просвет ДПК вводится папиллотом. Следующим этапом в просвет ДПК пер os вводится дуоденоскоп, под контролем которого осуществляется коррекция положения папиллотом на БСДПК и интродьюсер втягивается в просвет общего желчного протока (при этом сохраняется каркасность" желчных путей, что обеспечивает неподвижность зоны БСДПК). Под контролем дуоденоскопии выполняется чресфистульная антеградная ЭПСТ.

Результаты и их обсуждение. Учитывая накопленный большой опыт ЭПСТ, разработанные методики чресфистульной и чрескожной чреспеченочной ЭПСТ, мы провели сравнительный анализ результатов лечения в двух группах больных, кому выполнены ретроградная ЭПСТ (I группа, n=756) и антеградная ЭПСТ (II группа, n=75). Антеградные вмешательства пациентам второй группы выполнялись нами либо при невозможности ретроградных, либо по имеющемуся наружному дренажу желчных путей у пациентов, оперированных ранее по экстренным показаниям в связи с деструктивными изменениями желчного пузыря. В послеоперационном периоде при чресфистульной холангиографии выявлялась внутрипротоковая патология, по поводу которой и проводилась антеградная ЭПСТ. Проведенный статистический анализ указывает на практически одинаковую эффективность данных вмешательств (отсутствует достоверная разница по выздоровлению и риску развития осложнений после ретроградной и антеградной ЭПСТ – 21,9±1,5% и 16±4,2% соответственно, t=1,3 при P>0,2), при этом осложнений, связанных непосредственно с антеградным доступом не было. Таким образом, невозможность выполнения ретроградной ЭПСТ является показанием к проведению антеградной ЭПСТ.

Непосредственные результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии. Непосредственные результаты ЭПСТ в зависимости от причины МЖ представлены в табл. 2.

Таблица 2

Непосредственные результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии в зависимости от причины нарушения желчеоттока

Причина Механической желтухи	Непосредственный результат				Всего больных
	Улучшение	Осложнения	Не эффективно	смерть	
Холедохолитиаз	296	30	15	5	346
Стеноз БСДПК	196	9	12	1	218
Протяженная стриктура ТООЖП	3	4	7	1	15
Стеноз БСДПК с холедохолитиазом	176	26	3	1	206
Полип БСДПК	9	1			10
Аденома БСДПК	5	3			8
Хронический панкреатит	3	4	5		12
Папиллит	8	3	2		13
Стриктура общего печеночного протока			3		3
Итого	696	80	47	8	831

Улучшение после ЭПСТ отмечено в 83,7%, наличие осложнений – 9,6%, не эффективно – 5,7%, летальный исход – 1%. Достоверной зависимости риска развития осложнений в зависимости от причины МЖ не выявлено. Наибольшая эффективность ЭПСТ отмечена при холедохолитиазе, стенозе БСДПК и их сочетании, наименьшая при протяженной стриктуре ТООЖП, хроническом панкреатите, папиллите. Основными причинами неэффективности ЭПСТ были: резидуальный холедохолитиаз, некорригированный стеноз ТООЖП и воспалительные изменения в зоне БСДПК. При холедохолитиазе мы оценили непосредственные

результаты в зависимости от количества и размера конкрементов в желчных протоках. Количество и размер конкрементов определялись при ЭРХПГ по холангиограммам, визуально при холедохолитэкстракции, эндоскопической санации протоков после ЭПСТ, а также сопоставлялись с результатами предварительно выполненного УЗИ. Тем не менее, не во всех случаях удалось определить параметры холедохолитиаза. Результаты представлены в табл. 3-4.

Таблица 3

Непосредственные результаты ЭПСТ в зависимости от количества конкрементов во внепеченочных желчных путях

Количество конкрементов	Непосредственный результат				Всего больных
	Улучшение	Осложнения	Не эффективно	смерть	
1	154 (78,2%)	35 (17,8%)	6 (3%)	2	197
2	65 (78,4%)	14 (16,9%)	1 (1,2%)	3	83
3	24 (72,7%)	8 (24,2%)	1 (3%)		33
4	6	2	1		9
5	2	2	1		5
6	9		1		10
7	1	1			2
8	2				2
10	5				5
Более 10 штук	29 (65,9%)	11 (25%)	4 (9,1%)		44
Несколько	76 (66,7%)	30 (26,3%)	7 (6,1%)	1	114

Приведенные в таблице данные демонстрируют интересную зависимость: чем больше конкрементов в желчных путях (сравнивали до 3 конкрементов и более 4 конкрементов включительно), тем меньше процент выздоровления после ЭПСТ и выше процент осложнений и не эффективных процедур (до 3 конкрементов – 22,4±2,4% и более 4 конкрементов – 31,9±3,4%. $t=2,26$ при $P<0,05$). Следовательно, встает вопрос – имеется ли аналогичная зависимость непосредственных результатов ЭПСТ от размера конкрементов? Следует отметить, что нередко имелись разнокалиберные конкременты, в связи с чем мы выделили несколько групп размеров, как наиболее часто встречающихся. Результаты представлены в табл. 4.

Таблица 4

Непосредственные результаты ЭПСТ в зависимости от размера конкрементов внепеченочных желчных путей

Размеры конкрементов	Непосредственный результат				Всего больных
	Улучшение	Осложнения	Не эффективно	смерть	
Мелкие (крошквидные) конкременты	32 (61,6%)	19 (36,5%)	1 (1,9%)		52
До 3 мм	35 (85,3%)	6 (14,6%)			41
4-5 мм	36 (67,9%)	15 (28,3%)	2 (3,8%)		53
6-9 мм	114 (81,4%)	22 (15,7%)	3 (2,1%)	1	140
10-15 мм	112 (69,5%)	34 (21,1%)	10 (6,2%)	5	161
16-20 мм	13 (81,3%)	2 (12,5%)	1 (6,2%)		16
21-25 мм	2		3		5
Более 26 мм		1	1		2

Достоверных результатов зависимости уровня хороших результатов (а также осложнений) ЭПСТ от размера конкрементов в желчных протоках не получено. При этом имеется достоверная зависимость увеличения не эффективных процедур и летальности с увеличением размера конкрементов. Анализировались размеры конкрементов:

А) до 5 мм – 2,1±1,2% и более 6 мм 7,4±1,5%. $t=2,8$ при $P<0,01$.

Б) до 9 мм – 2,4±0,9% и более 10 мм – 10,9±2,4%. $t=3,35$ при $P<0,001$.

В) до 15 мм – 4,9±1% и более 16 мм – 21,7±8,8%. $t=1,91$ при $P>0,05$.

Таким образом, ЭПСТ наиболее эффективна при размере конкрементов до 9 мм и небольшом их количестве. По нашему мнению, отсутствие достоверных отличий в риске развития осложнений связано в большей степени не с размерами конкрементов, а непосредственно с папиллотомией, которая вне зависимости от размера камня обычно проводится «максимально возможная».

Осложнения, связанные непосредственно с процедурой ЭПСТ составили 9,6% (n=80). Следует отметить, что осложнения ЭПСТ мы разделяем на легкие и тяжелые. К легким относим бессимптомную гиперамилазурию, отмеченную в 75 случаях (9%) – транзиторное повышение амилазы крови и мочи непосредственно после процедуры без клинического проявления симптоматики острого панкреатита. К тяжелым – острый панкреатит (n=69), пер-

форацию задней стенки ДПК (n=1), кровотечение из папиллотомной раны (n=10). Таким образом, легкие и тяжелые осложнения после ЭПСТ встречались одинаково часто (50/50).

Прогнозировать развитие или прогрессирование острого панкреатита после ЭПСТ затруднительно. Мы сравнили риск его возникновения в двух группах пациентов. Первая группа – острый панкреатит развился без предварительных воспалительных изменений в поджелудочной железе (в 51 случае из 612 больных). Вторая группа – клинические проявления острого панкреатита усилились среди пациентов, у которых воспалительные изменения в поджелудочной железе были и до проведения ЭПСТ (в 18 случаях из 219 пациентов). Пациентам второй группы проводилось комплексное консервативное лечение острого панкреатита, включая растворы сандостатина и контрикала в стандартных дозировках как до, так и после ЭПСТ. Результатом этого явилось купирование симптоматики острого панкреатита у 201 больного второй группы до проведения ЭПСТ. Однако в 18 случаях проявления острого панкреатита после ЭПСТ усилились. Таким образом, в первой группе острый панкреатит после ЭПСТ отмечен в 8,3±1,1%. Во второй группе прогрессирование симптоматики острого панкреатита непосредственно после ЭПСТ было в 8,2±1,9% ($t=0,01$), то есть достоверной зависимости риска развития или прогрессирования воспалительного процесса в поджелудочной железе в зависимости от ее исходного состояния не выявлено.

Острый панкреатит после ЭПСТ на фоне контрастирования панкреатического протока во время предварительной ЭРХПГ был отмечен в 42 случаях (5,1±0,8%). В 24 наблюдениях (2,9±0,6%) клиническая картина острого панкреатита возникла на фоне отека и гиперемии БСДПК.

Зависимости развития острого панкреатита после ЭПСТ от формы БСДПК не выявлено ($t=0,3$ при $P>0,2$). Острый панкреатит был отмечен в 29 случаях (8±1,43%) при конусовидной форме БСДПК, в 38 (8,6±1,3%) – при полушаровидной, в 2 (7,1±4,9%) – при плоской форме.

В табл. 5 представлен сравнительный статистический анализ развития острого панкреатита в зависимости от варианта ЭПСТ.

Таблица 5

Сравнительный анализ риска развития острого панкреатита в зависимости от варианта ЭПСТ

Рассматриваемый параметр	Наличие острого панкреатита после ЭПСТ		t	P
	N	%		
Характер ЭПСТ				
Ретроградная	64	8,5±1,01	0,59	>0,2
Антеградная	5	6,7±2,9		
Длина папиллотомного разреза				
До 1 см	43	8,1±1,2	0,3	>0,2
Более 1 см	26	8,7±1,6		
Вид ЭПСТ				
Торцевая	28	10,6±1,8	1,63	>0,1
Канюляционная	41	7,2±1,1		

На основании полученных данных мы сделали заключение, что лишь при торцевой ЭПСТ имеется относительное увеличение случаев острого панкреатита. Связываем это с техническими трудностями и травматичностью вмешательства. Однако это заключение не является статистически достоверным ($t=1,63$ при $P>0,1$).

После ЭПСТ наступило выздоровление без проведения каких-либо дополнительных лечебных вмешательств в 37,7% (n=313). В 41,6% (n=346) после ЭПСТ выполнены различные варианты холецистэктомии, в том числе с наружным дренированием желчных путей в 10% (n=83). Реконструктивные операции выполнены в 2,9% (n=24). Прочие оперативные вмешательства выполнены в 1,4% (n=12). Рекомендовано оперативное лечение в 6,4% (n=53). Отказано в операции из-за высокого операционного риска – 9% (n=75).

Летальность после ЭПСТ составила 1% (n=8). В 6 случаях причиной смерти был панкреонекроз, в одном – кровотечение из зоны ЭПСТ, в одном – перфорация задней стенки ДПК с развитием забрюшинной флегмоны.

Отдаленные результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Отдаленные результаты ЭПСТ прослежены в сроки от одного года до 14 лет.

Хорошие отдаленные результаты ЭПСТ были отмечены в

629 случаях (75,6%), удовлетворительные – в 175 случаях (21,1%), плохие – в 27 случаях (3,3%).

Мы проанализировали зависимость отдаленных результатов ЭПСТ от длины папиллотомного разреза. Протяженность разреза папиллы у пациентов с хорошими результатами составила 10 ± 5 мм, с удовлетворительными – 16 ± 9 мм, с плохими – 12 ± 7 мм.

У 91 пациента (11%) с удовлетворительными результатами, кому выполнена тотальная папиллосфинктеротомия с переходом на поперечную складку (разрез более 15 мм), были отмечены боли после еды. Анализируя причины болевого синдрома в отдаленном периоде, выявлено, что в большинстве случаев его связывают с панкреатитом. Однако мы не склонны разделять это мнение, так как считаем, что причиной болевого синдрома после еды в подобных ситуациях может являться рефлюкс-холангит. Это подтверждается проведенными ранее дуоденанограммами, когда в 10,1% определяется повышение интрадуоденального давления, что, после тотальной ЭПСТ, является причиной развития дуодено-билиарного рефлюкса.

Мы не выявили достоверной связи отдаленного результата от длины папиллотомного разреза, то есть непосредственно протяженность его, без учета каких-либо других причин, не является фактором риска.

Пациенты с плохими отдаленными результатами были обследованы в стационаре и им проведено дополнительное лечение. Симптомы ухудшения после ЭПСТ наблюдались в сроки от 3 месяцев до 132 месяцев (в среднем 21,7 месяц).

В 18 случаях (66,7%) причиной плохого отдаленного результата был резидуальный холедохолитиаз. Следует отметить, что размер резидуальных конкрементов у данной категории пациентов был от 8 до 25 мм (в среднем 12 мм). Во всех случаях холедохолитиаз множественный. В 8 наблюдениях в отдаленном периоде пациентам были выполнены эндобилиарные вмешательства с хорошим результатом: холедохолитэкстракция ($n=7$), контактная литотрипсия ($n=1$). В 7 случаях была выполнена холедохолитотомия, при этом в 2 случаях после оперативного лечения потребовалась чресфистульная холедохолитэкстракция, а в одном она оказалась неэффективной. В одном случае был сформирован гепатикоэноаноанастомоз. В двух – проведено консервативное лечение ввиду декомпенсированной сопутствующей патологии.

В трех случаях (11,1%) причиной плохого отдаленного результата был рефлюкс-холангит. Одному пациенту была проведена консервативная терапия, двое были оперированы в связи с развившейся эмпиемой желчного пузыря.

У двоих пациентов (7,4%) причиной плохого отдаленного результата была патология БСДПК: ретензия и железистый полип. Пациенту с железистым полипом было проведено эндопротезирование общего желчного протока FR 12 PT. Больному с ретензией БСДПК проведена консервативная терапия ввиду декомпенсированной сопутствующей патологии.

В 4 случаях (14,8%) причиной плохого отдаленного результата явились стриктуры общего печеночного и общего желчного протоков, невыявленные ранее. Двум больным было выполнено ретроградное эндопротезирование стентом Fr 12 длиной 4,5 и 11 см. Двое после предварительной баллонной дилатации стриктуры и чрескожного чреспеченочного наружновнутреннего дренирования Fr 12 были оперированы. Им сформирован гепатикоэнтероанастомоз на сменном транспеченочном дренаже.

Выводы:

1. ЭПСТ является высокоэффективным методом лечения внутрипротоковой патологии при механической желтухе доброкачественного генеза. При этом отсутствуют достоверные отличия по выздоровлению и риску развития осложнений после ретроградной и антеградной ЭПСТ. В большинстве случаев антеградная ЭПСТ эффективна при невозможности ретроградной ЭПСТ.

2. Наибольшая эффективность ЭПСТ отмечена при холедохолитиазе (размер конкрементов гепатикохоледоха до 9 мм и небольшое их количество), стенозе БСДПК и их сочетании, наименьшая при протяженной стриктуре ТООЖП, хроническом панкреатите, папиллите. Основными причинами неэффективности ЭПСТ были: резидуальный холедохолитиаз, некорригированный стеноз ТООЖП и воспалительные изменения в зоне БСДПК.

3. Мы не выявили достоверной причины развития острого панкреатита после ЭПСТ. На основании проведенного анализа считаем, что риск зависит в большей степени не от состояния БСДПК, характера ЭПСТ, длины папиллотомного разреза, кон-

трастирования панкреатического протока, размера конкрементов общего желчного протока, предшествующего панкреатита, а от технических трудностей при выполнении ЭПСТ.

4. Основные проблемы отдаленного периода ЭПСТ связаны с резидуальным холедохолитиазом, недиагностированными ранее стриктурами внепеченочных желчных протоков и рефлюкс-холангитом, возникающим при сочетании тотальной ЭПСТ и дуоденальной гипертензией.

Литература

1. Джаркенов, Т.А. Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом / Т.А. Джаркенов, А.А. Мовчун, М.В. Хрусталева, Н.П. Ратникова, А.Г. Абдуллаев, О.Г. Скипенко // Хирургия. – 2004. – №3. – С. 13–17.
2. Иванов, А.Э. Дистанционная литотрипсия и малоинвазивные эндоскопические вмешательства в лечении больных с холедохолитиазом. Дис. к.м.н. / А.Э. Иванов. – М., 1997. – 190 с.
3. Лукичев, О.Д. Рентгенохирургические и эндоскопические методы в диагностике и лечении заболеваний билиарного тракта. Дис. д.м.н. / О.Д. Лукичев. – М., 2003. – 215 с.
4. Никулин, В.В. Новые методы лечения острого деструктивного панкреатита. Дис. д.м.н. / В.В. Никулин. – Воронеж, 1994.
5. Classen, M. Endoskopische Sphinkterotomie der Papilla Vateri und Steinextraktion aus dem Ductus choledochus / M. Classen // Dtsch Med Wschr, 1974. – 99. – 496–497.
6. Classen, M. Endoscopic Papillotomy, syn. Sphincterotomy: Results from the Past Two Years / M. Classen, P. Born // Current Gastroenterology Reports. – 2004. – 6. – P. 169–175.

ANALYZING THE EFFICIENCY OF DIFFERENT VARIANTS OF ENDOSCOPIC PAPILOSPHINCTEROTOMY AT MECHANICAL JAUNDICE

A.V. GUSEV, I.N. BOROVKOV, S.A. ARUTYUNYAN

Ivanovo State Medical Academy, Chair of General Surgery
Vladimir Municipal Emergency Hospital

The analysis of endoscopic papillosphincterotomy (EPST) results in the treatment of mechanical jaundice good-quality genesis at 831 patients is put as a basis of this work. The comparative analysis of antegrade and retrograde EPST efficiency in direct and remote results is carried out. The risk of complications, advantages and disadvantages of antegrade and retrograde access for endoscopic intraduct interventions is estimated.

Key words: endoscopic papillosphincterotomy.

УДК 618.3:615.656

МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Н.А. КОНЬШКО*

Аннотация: В настоящем обзоре представлены мнения учёных относительно ключевых социально-экономических и психосоматических патогенетических механизмов динамики массы тела.

Ключевые слова: трофологический статус, женщины, ожирение.

Нарушения питания и метаболизма – одна из актуальнейших проблем современного общества. Более 55% смертельных исходов беременных и детей раннего возраста так или иначе связаны с метаболическими расстройствами. Многочисленные научные изыскания показали зависимость показателей репродуктивного здоровья от пищевого поведения и нутритивного статуса.

Женщины затрачивают значительно больше энергии на воспроизведение, чем мужчины. Поэтому, взаимосвязь репродуктивного, энергетического и нутритивного здоровья является изначально защитным механизмом, направленным на предотвращение осложненного течения беременности и появление только здорового потомства. Любое значимое нарушение питания связано с сокращением частоты или прекращением овуляции. С другой стороны, восстановление гормонального гомеостаза возможно в ряде случаев даже после минимальной коррекции веса.

* Смоленская государственная медицинская академия, ул. Крупской, 28, г. Смоленск