

ные об: эректильной функции, оргазме, сексуальном желании, удовлетворении от полового акта, общем сексуальном удовлетворении. МКФ состоит из 13 вопросов. Опросник характеризует: нейрогуморальную составляющую копулятивного цикла, психическую составляющую, эрекционную составляющую, эякуляторную составляющую и функционирование копулятивной системы в целом. По каждому опроснику оценивали только эрекционную составляющую. МИЭФ – 1–5-й и 15-й вопросы, МКФ – 2, 3 и 6-й вопросы.

Перед закрытием превентивной илеостомы определяли состояние автономной иннервации с помощью нейрофизиологических исследований: определение бульбокавернозного рефлекса, игольчатая электромиография мышц тазового дна [5, 8, 9]. Исследование проводилось на электромиографе «Menfis Biomedica» MX 860.

Статистическая обработка материалов производилась с помощью программного обеспечения «Statistica 6.0» («Statsoft, Inc.», США) и «Excel» («Microsoft Office 2007») в среде операционной системы «Windows 7». Статистически значимое различие между альтернативными показателями групп для категориальных данных оценивали с помощью критерия χ^2 , между количественными параметрами с нормальным распределением с помощью t-критерия Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования

По данным шкалы МИЭФ, среднее значение суммарных баллов эрекционной составляющей в основной группе – 21,25, а в контрольной группе – 12,42 ($p=0,000...$). По данным шкалы оценки МКФ, среднее значение суммарных баллов эрекционной составляющей в основной группе – 9,19, а в контрольной группе – 5,33 ($p=0,001$).

По данным нейрофизиологического исследования, в основной группе у 3 пациентов зарегистрированы снижение латентного периода и повышение рефлекторного порога бульбокавернозного рефлекса с определяемой односторонней аксонопатией ветви пудендального нерва. У остальных 13 пациентов нейрофизиологических изменений не обнаружено. В контрольной группе у всех пациентов интервалы латентного периода и рефлекторного порога выходили за пределы нормы, отмечались одно- и двусторонние аксонопатии пудендального нерва.

Обсуждение

Таким образом, применение нервосохраняющей техники межфасциального выделения прямой кишки по передней полуокружности с использованием для лучшей визуализации ретрактора для отведения семенных пузырьков позволяет у большинства пациентов после колпроктэктомии по поводу язвенного колита и диффузного полипоза избежать развития эректильной дисфункции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г. И., Халиф И. Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. – М.: Микос, 2008. – 399 с.
2. Горпинченко И. И. Эректильная дисфункция: диагностика и современные методы лечения // Здоровье мужчины. – 2002. – № 1. – С. 9–11.
3. Ениг В. Вегетативная нервная система // Физиология человека / Под ред. Р. Шмидта, Г. Тевса. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: Мир, 1996. – Т. 2. – С. 343–383.
4. Кравченко А. Ю. Результаты сохранения вегетативной нервной системы таза в хирургии рака прямой кишки: Канд. дис. – М., 2011.
5. Либих С. С. Руководство по сексологии. – «Питер», 2001.
6. Лоран О. Б., Сегал А. С. Шкала количественной оценки мужской копулятивной функции (шкала МКФ) // Урология и нефрология. – 1998. – № 5. – С. 2–27.
7. Лоран О. Б., Сегал А. С. Шкала количественной оценки мужской копулятивной функции (шкала МКФ) // Урол. и нефрол. – 1998. – № 5. – С. 24–27.
8. Мазо Е. Б., Дмитриев Д. Г., Худолей Д. Ю. Сравнительная оценка показателей электромиографии полового члена и данных микроскопии кавернозной ткани у больных с эректильной дисфункцией в диагностике кавернозной иннервации // Андрология и генитальная хирургия. – 2000. – № 1. – С. 55–56.
9. Мазо Е. Б., Дмитриев Д. Г., Гамидов С. И., Толстова С. С. Электромиография полового члена в диагностике эректильной дисфункции после радикальных операций на органах малого таза.
10. Ellis R., Smith A., Wilson S., Warmington S., Ismail T. The prevalence of erectile dysfunction in post-treatment colorectal cancer patients and their interests in seeking treatment: a cross-sectional survey in the West Midlands // J. sex. med. – 2010. – № 7. – P. 1488–1496.
11. Hordern A. Intimacy and sexuality after cancer: a critical review of the literature // Cancer. nurs. – 2008. – № 31. – P. 9–17.

Поступила 12.09.2012

С. А. ГАБРИЭЛЬ¹, В. И. ОНОПРИЕВ²

СОВРЕМЕННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

¹Отделение эндоскопии муниципального бюджетного учреждения здравоохранения
«Городская больница № 2 Краснодарского многопрофильного лечебно-диагностического объединения»
(МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО»),

Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6, корпус 2,
тел.: (861) 222-01-63, 222-71-76, факс (861) 222-59-21;

²кафедра хирургии № 1 ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: gb2@kmldo.ru

Нами проанализирована эффективность эндоскопических чреспапиллярных вмешательств в лечении холедохолитиаза в условиях муниципального многопрофильного лечебно-диагностического учреждения за период 2008–2011 гг.

Ключевые слова: РХПГ, холедохолитиаз, желчно-каменная болезнь, эндоскопические чреспапиллярные вмешательства, чрескожные эндобилиарные радиологические вмешательства.

S. A. GABRIEL¹, V. I. ONOPRIEV²

ADVANCED MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS

¹Endoscopy unit, municipal budget health care facility (MBHCF) city hospital № 2,

Krasnodar municipal medical diagnostic association (KMMDA),

Russia, 350012, Krasnodar, Krasniy partizan, street, 6/2, tel. (861) 222-01-63, 222-71-76, fax (861) 222-59-21;

²department of surgery № 1 of Kuban state medical university,

Russia, 350063, Krasnodar, str. Sedina, 4. E-mail: gb2@kmldo.ru

We analyzed the effectiveness of endoscopic through the papillary interventions in treatment of choledocholithiasis in the municipal multidisciplinary treatment and diagnostic facilities for 2008–2011.

Key words: ERCP, choledocholithiasis, gallstone disease, endoscopic through the papillary interventions, radiological endobiliary percutaneous interventions.

Введение

Желчно-каменная болезнь (ЖКБ) относится к одной из наиболее часто встречающихся патологий абдоминальной хирургии. Холедохолитиаз, как осложнение ЖКБ, встречается, по данным разных авторов, от 12,7% до 29,4% случаев [5, 7], причем этот показатель увеличивается с возрастом больных. С развитием малоинвазивных технологий эндоскопическое и лапароскопическое лечение холедохолитиаза стало золотым стандартом в лечении данной патологии. Однако до сих пор нет единого стандарта лечения данной категории больных. В литературе имеется большое количество публикаций как по антеградному, так и по ретроградному методу лечения холедохолитиаза, активно обсуждается вопрос как одноэтапного (лапароскопическая холецистэктомия с холедохолитотомией), так и двухэтапного способа лечения холецисто-холедохолитиаза [1, 3, 4, 6]. Такое обилие тактических рекомендаций отечественных и зарубежных авторов, на наш взгляд, зависит от инструментального и кадрового обеспечения конкретного лечебного учреждения. Наверное, все эти методики имеют право на существование, и окончательный ответ на вопрос «Как надо?» даст время.

В нашей клинике стандартным считается эндоскопический чреспапиллярный доступ в лечении холедохолитиаза. При сочетании с холецистолитиазом применяем двухэтапную тактику лечения: первым этапом – эндоскопическая санация холедоха, вторым – лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). В сложных клинических случаях (холангиолитиаз, синдром Мирizzi, фиксированные конкременты, интрадивертикулярное расположение БДС и др.) прибегаем к чрескожно-чреспеченочным вмешательствам под ультразвуковым контролем (УЗК) с целью смещения конкремента. В случае невозможности малоинвазивной санации холедоха выполняется холедохолитотомия лапароскопическим или традиционным доступом.

Цель нашего исследования – показать возможности и эффективность комплексного применения малоинвазивных (эндоскопических и транспеченочных под УЗК) методик в лечении больных с холедохолитиазом в условиях городской многопрофильной больницы.

Материалы и методы

Нами проведен анализ эндоскопического лечения больных с холедохолитиазом, проходивших обследо-

вание и лечение в условиях МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО» с января 2008 по декабрь 2011 г. Общее количество больных составило 458 человек. Из них 156 – с изолированным холедохолитиазом (после холецистэктомии) и 302 больных в сочетании с холецистолитиазом. Мужчин – 146, женщин – 312.

Предоперационное обследование больных включало три основных момента: клинично-анамнестическое обследование (наличие болевого синдрома и его связь с появлением желтушности кожных покровов и склер, потемнение мочи, появление ахолического кала, температурная реакция организма и ее характер), лабораторные показатели (билирубин общий и фракции, АЛТ, АСТ, амилаза крови, общее количество лейкоцитов, уровень СОЭ) и данные ультразвукового обследования. Трансабдоминальное ультразвуковое обследование остается основным неинвазивным инструментальным скрининговым методом диагностики холедохолитиаза. Здесь оцениваем такие важные параметры как диаметр холедоха и внутрипеченочных протоков, наличие внутрипросветных образований в протоках и желчном пузыре, состояние паренхимы печени и поджелудочной железы в области головки. В арсенале чреспапиллярной хирургии нами использовался практически весь спектр эндоскопических вмешательств:

- эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ) (типичная, атипичная, типичная по струне);
- эндоскопическая литотрипсия (механическая (ЭМЛТ) и электрогидравлическая (ЭЭГЛТ));
- механическая литоэкстракция (ЭМЛЭ);
- назобилиарное дренирование (НБД);
- транспапиллярное (билиарное) стентирование;
- бужирование и дилатация протоковых структур.

Результаты: средний возраст больных составил 58±1,2 года, в связи с чем определяется выраженность сопутствующей патологии (табл. 1).

Из данной таблицы видно, что большая часть больных имела патологию со стороны сердечно-сосудистой системы.

При анализе количества и диаметра конкрементов холедоха выяснилось, что большая часть больных (296 пациентов – 64,6%) имели диаметр конкрементов до 1,0 см, у 144 больных размеры конкрементов варьировали от 1,0 до 2,0 см, 12 больных имели конкременты

Характер и выраженность сопутствующей патологии (N-458)

Наименование сопутствующей патологии	Абс. количество	В %
Гипертоническая болезнь	253	55,2
Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность	235	51,3
Ишемическая болезнь сердца	204	44,5
Сахарный диабет	30	6,5
ЯБ желудка или ДПК	27	5,9
Ожирение	10	2,2
ХОБЛ	4	0,9
ХПН	4	0,9
С-г желудка	1	0,2
С-г прямой кишки	1	0,2
С-г БДС	1	0,2
Неспецифический язвенный колит	1	0,2
Хронический осложненный панкреатит	13	2,8
Беременность	3	0,7

диаметром 2,0–3,0 см, и у 6 больных конкременты были более 3,0 см. По количеству конкрементов больные распределились следующим образом: 1 конкремент отмечался у 264 больных (57,6%), 98 больных (21,4%) имели от 1 до 3 конкрементов, и более 3 конкрементов выявлено у 96 (21%) больных.

При анализе диаметра холедоха в нашей группе выяснилось, что до 1,0 см. диаметр холедоха отмечен у 116 больных (25,3%), 1,1–2,0 см – у 301 больного (65,7%), 2,1–3,0 см – у 34 больных (7,4%) и более 3,0 см – у 7 больных (1,6%). Интересно отметить, что в группе больных с диаметром холедоха до 1,0 см 16 человек (14%) имели диаметр холедоха до 7 мм.

Большое значение в возможности и эффективности проведения эндоскопической санации холедоха имеет доступ к большому дуоденальному сосочку (БДС), вы-

ведение его в удобную рабочую позицию. Доступ к БДС может быть затруднен или невозможен в результате: перенесенных операций на желудке, ДПК или органах панкреатобилиарной зоны, наличия дивертикулов в парапапиллярной области, состояния органов и тканей, прилежащих к ДПК (наличие воспалительных, фиброзных изменений и др.). В нашем наблюдении были зафиксированы следующие изменения БДС и парапапиллярной зоны.

Видно, что наиболее часто отмечались парапапиллярные дивертикулы, аденомы и папиллит БДС. 76 больных нашей группы (16,6%) при поступлении имели выполненную в анамнезе ЭПТ.

Проанализированы осложнения холедохолитиаза в нашей группе больных: холангит (гнойный, фибринозный) встречался у 58 больных (12,6%), острый

Таблица 2

Изменения БДС и парапапиллярной зоны (n=458)

Характер изменений	Абсолютное количество	В %
Парапапиллярные дивертикулы ДПК	56	12,2
Интрадивертикулярное расположение БДС	27	5,9
Атипичное расположение БДС (после перенесенных в анамнезе операций, острый или хронический осложненный панкреатит и др.)	3	0,7
Холедоходуоденальный свищ	6	1,3
Холецистодуоденальный свищ	1	0,2
Папиллит	63	13,8
Аденома БДС	61	13,3
Состояние после резекции желудка по Б-1	2	0,4
Состояние после резекции желудка по Б-2	3	0,7
Состояние после гастрэктомии	1	0,2
Состояние после ЭПТ	76	16,6

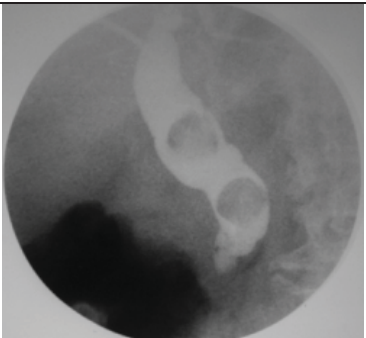
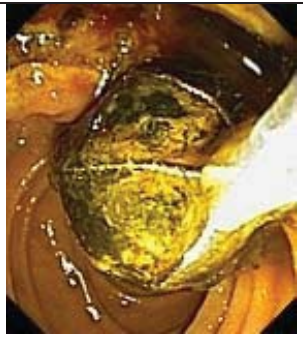
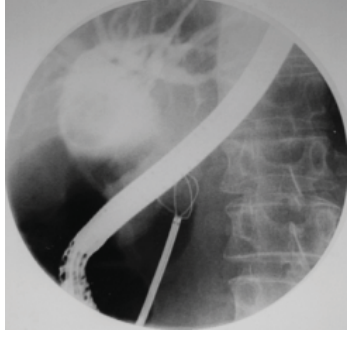
		
ретроградная холангиография	эндоскопическая папиллотомия	механическая литоэкстракция
		
механическая литотрипсия	билиарное стентирование	аппаратура, необходимая для выполнения ЭЭГЛТ

Рис. 1. Методы эндоскопического лечения холедохолитиаза

билиарный панкреатит встречался у 21 больного (4,6%), холестатический гепатит – у 133 больных (29%). Видно, что наиболее часто в качестве осложнений был отмечен холестатический гепатит.

Наиболее частыми симптомами холедохолитиаза были боль и механическая желтуха. Боль в нашей группе отмечали 86% больных (394 человека). Повышенный уровень билирубина отмечен у 409 больных (89,3%). Характер выраженности механической желтухи проанализирован по данным общего билирубина в таблице 3.

Видно, что большая часть больных имела относительно невысокий уровень билирубинемии.

Основными методами эндоскопической диагностики и лечения холедохолитиаза можно считать ретроградную холангиопанкреатографию, эндоскопическую папиллотомию, эндоскопическую механическую литоэкстракцию, механическую литотрипсию, назобилиарное дренирование или эндоскопическое билиарное стентирование (рис. 1). С 2010 г. у нас появилась возможность выполнения эндоскопической контактной электрогидравлической литотрипсии (ЭЭГЛТ).

Очень важным моментом в цепочке малоинвазивных операций при санации холедоха мы считаем грамотное выполнение эндоскопической папиллотомии. От правильной и адекватной ЭПТ зависят возможность и эффективность выполнения в дальнейшем литоэкстракции и других чреспапиллярных вмешательств. С одной стороны, необходимо выполнить разрез достаточной длины для беспрепятственного извлечения конкрементов, с другой – широкая папиллотомия опасна развитием ранних (кровотечение и перфорация) и поздних (хронический холангит, рецидив холедохолитиаза) осложнений.

В нашей группе ЭПТ выполнялась 453 раза у 403 больных. Мы проанализировали этапность выполнения папиллотомий: в 1 этап ЭПТ выполнена у 358 больных (88,8%), в 2 этапа – у 40 больных (10%), в 3 этапа – у 5 больных (1,2%). Видно, что почти 90% больным ЭПТ выполнена в 1 этап. Выделяют, как известно, три основных вида ЭПТ: канюляционная (типичная), неканюляционная (нетипичная) и комбинированная (нетипичная ЭПТ с последующим увеличением разреза

Таблица 3

Уровень билирубина в крови (n=409)

Уровень билирубина в крови	Абсолютное количество	В %
До 100 мкмоль/л	264	64,5
100–200 мкмоль/л	101	24,7
Более 200 мкмоль/л	44	10,8

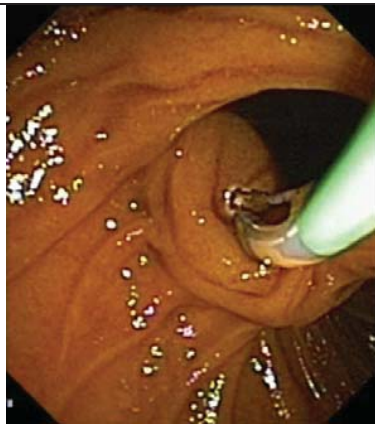
		
Нетипичная (неканюляционная) ЭПТ	Типичная (канюляционная) ЭПТ	Канюляционная ЭПТ по струне

Рис. 2. Виды ЭПТ

канюляционным методом). Мы проанализировали соотношение разных видов ЭПТ, выполненной больным нашей группы: канюляционная ЭПТ выполнена 214 раз (47,2%), неканюляционная ЭПТ – 101 раз (22,3%), комбинированная ЭПТ – 138 раз (30,5%). Нужно сказать, что мы не стремимся долго канюлировать БДС и во что бы то ни стало выполнить канюляционную ЭПТ. При попытке и неудаче канюляции сразу выполняем нетипичную ЭПТ торцевым папиллотомом. Это уменьшает травмирование и отек БДС в результате длительных попыток канюляций и сокращает время вмешательства. Поэтому самостоятельных канюляционных ЭПТ у нас только 47%. В остальных случаях (53%) ЭПТ начинали нетипичным способом. В последнее время в сложных клинических случаях мы активно стали применять выполнение ЭПТ по струне. После канюляции холедоха по катетеру устанавливается струна и извлекается катетер. По струне производится папиллотомия. Данная методика также позволяет сократить время операции (рис. 2).

После выполнения ЭПТ в зависимости от диаметра конкремента(-ов) и его плотности определялась дальнейшая тактика в санации холедоха: или сразу выполнялась механическая литоэкстракция, или ей предшествовала литотрипсия (механическая или электрогидравлическая).

Механическую литоэкстракцию проводим при помощи корзинчатого зонда Дормиа. Возможность механической литоэкстракции зависит от размера конкремента, его локализации, плотности, а также диаметра дистальной части холедоха и анатомических особенностей БДС.

В нашей группе больных эндоскопически удалить конкременты из холедоха удалось у 438 человек (95,6%). Мы проанализировали этапность механической литоэкстракции (количество проведенных литоэкстракций до полной санации холедоха) в нашей группе больных. В 1 этап ЭМЛЭ была выполнена у 348 больных (79,5%), в 2 этапа – у 63 больных (14,4%), в 3 этапа и более – у 27 больных (6,1%)

В случае наличия крупных конкрементов в холедохе или суженной интрапанкреатической части

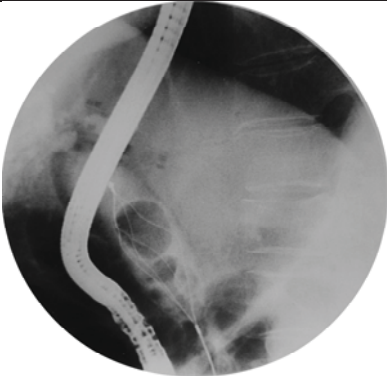
		
Рg-фото. Проведение механической литоэкстракции	Эндофото. Проведение механической литоэкстракции	Эндоскопически извлеченный конкремент холедоха

Рис. 3. Механическая литоэкстракция

выполняем механическую литотрипсию. Механическую литотрипсию выполняем при помощи механического литотриптора фирмы «Olympus» модели BML-4Q-1 (рис. 4), представляющего собой усиленную корзину Дормиа.

Всего ЭМЛТ выполнена у 36 больных (7,3%): в 1 этап – у 22 больных (61,1%), в 2 этапа – у 9 (25%), в 3 этапа и более – у 5 (13,9%).

В случае невозможности заведения корзинчатого зонда за конкремент в результате его больших размеров или фиксированного конкремента нами используется новый метод литотрипсии – холангиоскопически контролируемая контактная электрогидравлическая литотрипсия (ЭЭГЛТ), применяемая в нашей клинике с 2010 г. Для выполнения данного вмешательства необходим дуоденоскоп (желательно видео) с диаметром

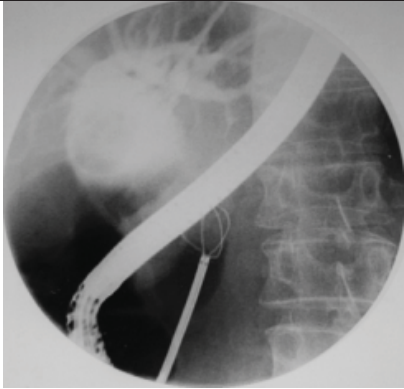
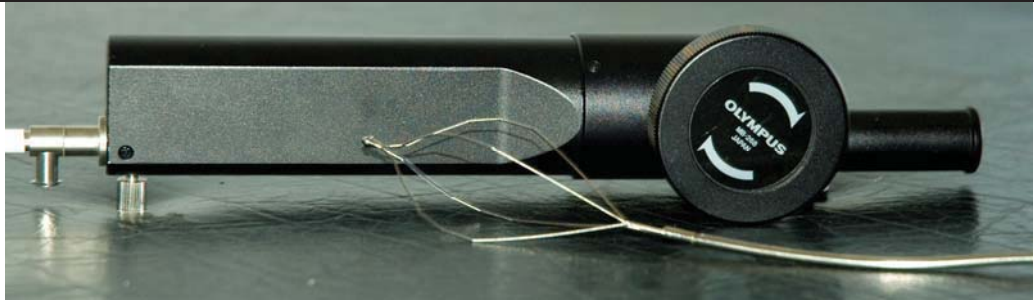
	
Эндофото: Захваченный в литотриптор конкремент	Rg-фото: Захваченный в литотриптор конкремент
	
Механический литотриптор фирмы «Olympus» модели BML-4Q-1	

Рис. 4. Механическая литотрипсия конкремента холедоха

		
Видеостойки для проведения холангиоскопии	Дуоденоскоп с проведенным беби-скопом	Литотриптор и зонд для литотрипсии

Рис. 5. Необходимое оборудование для проведения эндоскопической ЭЭГЛТ

инструментального канала не менее 4,2 мм (mother-scope), ультратонкий холедохоскоп (baby-scope), литотриптор (мы используем фирмы «WALZ») и зонды для проведения литотрипсии (рис. 5).

Механизм действия основан на том, что вследствие выпаривания жидкости из раствора, окружающего конкремент, формируется ударная волна искровым разрядом высокого напряжения, передаваемого через зонд-электрод. Этапы ЭЭГЛТ: дуоденоскоп подводится к папиллотомной ране. Через инструментальный канал дуоденоскопа в просвет холедоха вводится холедохоскоп, визуализируется конкремент. Через инструментальный канал холедохоскопа к конкременту подводится зонд-электрод. Под визуальным контролем, при устойчивом контакте конкремента и зонда, подаются электрические разряды. Эффективность проведенной

литотрипсии подтверждается наличием фрагментов конкремента в просвете холедоха (рис. 5). Фрагменты конкремента выходят сами или извлекаются в ДПК при помощи корзинки Dormia. Весь процесс выполняется под эндоскопическим и рентгенологическим контролем.

Нами проведено 13 электрогидравлических литотрипсий. Успех данного вмешательства отмечен у 11 больных (84,6%). В двух случаях ЭЭГЛТ была не эффективной за счет крупных и плотных конкрементов холедоха. Осложнений при выполнении данного вмешательства не отмечено.

В нашей группе 21 больному (4,6%) был установлен пластиковый билиарный стент. У 19 больных эндоскопическое стентирование проводилось при невозможности извлечения конкремента с целью профилактики его вклинения и нормализации показателей биохимии

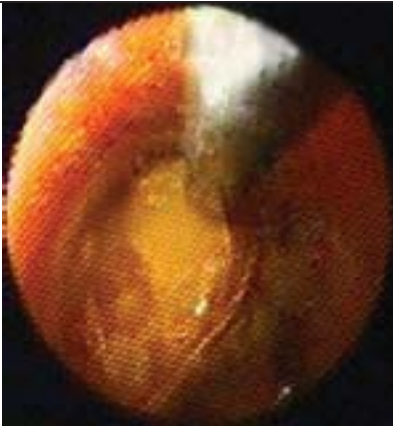
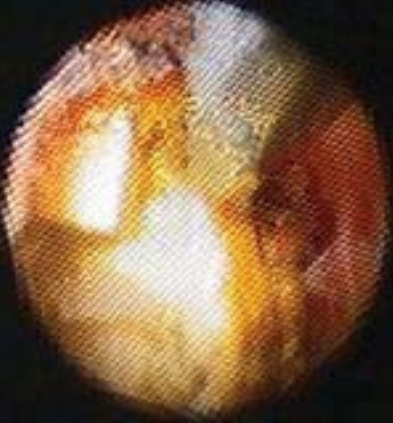
		
Эндофото. Проведение холедохоскопа через папиллотомный разрез	Эндофото. Подведение зонда для литотрипсии к конкременту	Rg-фото. Подведение зонда для литотрипсии к конкременту
		
Эндофото. Проведение литотрипсии (фрагменты конкремента в просвете холедоха)	Rg-фото. Фрагменты конкремента в просвете холедоха.	Эндофото. Фрагменты конкремента в просвете ДПК.

Рис. 6. Этапы эндоскопической ЭГЛТ

крови. В этих случаях после установки стента больные выписывались на 1–2 мес. для стабилизации состояния и нормализации показателей крови. Через указанное время больные повторно госпитализировались, и им проводилась повторная попытка эндоскопической санации холедоха. У 2 больных билиарное стентирование выполнено после механической литоэкстракции конкрементов холедоха с сопутствующими рубцовыми стриктурами холедоха (рис. 6).

У 6 больных в сложных клинических ситуациях и при неудаче эндоскопической литоэкстракции были предприняты чрескожные эндобилиарные радиологические вмешательства. У 1 больного с интрадивертикулярным расположением БДС и невозможностью эндоскопической канюляции под рентгенологическим и сонографическим контролем антеградно выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование холедоха и через холангиостому в ДПК заведен проводник в качестве ориентира для определения места положения БДС. По проводнику выполнены канюляция холедоха и в дальнейшем успешная санация холедоха (рис. 7).

У 2 больных имели место фиксированные в левом доле протоке и у 3 больных – фиксированные в общем печеночном протоке крупные конкременты, которые не удавалось захватить ретроградно. Под рентгенологическим и сонографическим контролем произведены чрескожная пункция левого долевого желчевыводящего протока и его низведение в дисталь-

ный отдел холедоха. В качестве толкателя использованы проводник и заведенный по нему манипуляционный катетер. В дальнейшем эти конкременты извлечены эндоскопически.

Мы проанализировали этапность эндоскопических вмешательств (табл. 4).

Из таблицы видно, что у большей части больных эндоскопические вмешательства были выполнены в один этап.

В данной группе у 20 больных эндоскопические чреспиллярные вмешательства оказались неэффективными. Это составило 4,4%. Анализ этих больных приведен в таблице 5.

Из таблицы видно, что наиболее частой причиной неудач эндоскопического лечения больных с холедохолитиазом были крупные (более 2,5 см) и фиксированные (65%) конкременты.

У 438 больных (95,6%) удалось эндоскопически извлечь конкременты.

Больным с неудавшейся эндоскопической литоэкстракцией в 2 случаях выполнена лапароскопическая литоэкстракция, в 16 случаях – лапаротомная. У 2 больных установлены билиарные стенты с планированием повторных попыток эндоскопической литоэкстракции. Нами проанализированы осложнения после эндоскопических вмешательств: кровотечение имело место у 8 больных (1,7%), во всех случаях гемостаз был достигнут эндоскопически. Острый панкреатит, потребовавший интенсивной терапии



Рис. 7. Чрескожные эндобилиарные радиологические вмешательства

Таблица 4

Общая этапность эндоскопических вмешательств (n=458)

Этапность вмешательства	Абс. кол-во	В %
В 1 этап	298	65
В 2 этапа	96	21
В 3 и более этапов	64	14

Причины неудач эндоскопического лечения больных с холедохолитиазом (n=20)

Патология	Причина неудачи	Абсолютное кол-во	В %
Синдром Мирризи	Невозможность захватить конкремент	2	10
Крупный(-е) конкремент	Невозможность завести корзинку за конкремент	7	35
Ретродуоденальная перфорация при механической литоэкстракции	Лапаротомия	1	5
Фиксированные конкременты	Невозможность завести корзинку за конкремент	6	30
Недоступность БДС после перенесенных ранее операций (резекция желудка по Б-2, гастрэктомия или др.)	Невозможность доступа к БДС	4	20
Итого		20	100%

в условиях реанимационного отделения, отмечен у 12 больных (2,6%). В одном случае (0,2%) имел место разрыв терминального отдела холедоха при механической литоэкстракции конкремента. Больная оперирована в этот же день, выписана с выздоровлением на 14-е сутки. Итого осложнения имели место у 21 больного (4,5%). Хочется отметить, что у 126 больных (27,5%) после вмешательства отмечалась амилаземия без клинических проявлений, не потребовавшая интенсивной терапии и пребывания в условиях реанимационного отделения.

В данной группе было два летальных исхода (0,4%). В обоих случаях летальные исходы не связаны с выполнением чреспапиллярных вмешательств, а явились результатом общего тяжелого состояния при поступлении и прогрессированием симптомов полиорганной недостаточности.

Таким образом, эффективность эндоскопических вмешательств при лечении холедохолитиаза в нашей группе больных представлена следующим образом: эффективными наши вмешательства оказались у 438 больных (95,6%), неэффективными (неудачными) – у 20 больных (4,4%), осложнения имели место у 21 больного (4,5%).

В заключение хочется отметить, что эндоскопические чреспапиллярные методы являются методами выбора в лечении больных с холедохолитиазом с высоким показателем эффективности. Это обеспечивается комплексным применением эндоскопиче-

ских методик, наличием современной аппаратуры и инструментария.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А. Л., Проценко А. В., Глобин А. В. Эндовидеохирургия холедохолитиаза // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – № 1. – С. 26–27.
2. Бабышин В. В., Абдуллаев Э. Г., Зезин В. П., Боровков И. Н. и др. Комбинированные эндохирургические вмешательства при осложненном течении желчно-каменной болезни // Тез. докл. 4-го Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии: Эндоскопическая хирургия. – 2001. – Т. 7. № 2. – С. 6–7.
3. Балалыкин А. С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. – М.: «Медицина», 1996. – 152 с.
4. Бородач А. В., Бородач В. А., Полов А. Л. Некоторые патогенетические аспекты хирургического лечения осложненной желчно-каменной болезни. – Новосибирск: Сибирское университетское издательство, 2008. – 187 с.
5. Клименко Г. А. Холедохолитиаз (диагностика и оперативное лечение). – М.: Медицина, 2000. – 224 с.
6. Никуленков С. Ю., Климов П. Г., Макаров Ю. А. Папиллосфинктеротомия в лечении доброкачественных поражений терминального отдела холедоха // Вестник Смоленской медицинской академии. – 2001. – № 1. – С. 73–76.
7. Рудин Э. П., Юрченко С. В., Казанцев С. В. Хирургическое лечение больных желчно-каменной болезнью // Хирургия. – 1990. – № 10. – С. 33–38.

Поступила 21.09.2012

М. З. ГАСАНОВ, М. М. БАТЮШИН, В. П. ТЕРЕНТЬЕВ, Н. А. САДОВНИЧАЯ

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕОМНОГО ЗЕРКАЛА МОЧИ ПАЦИЕНТОВ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРОПАТИЯМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Кафедра внутренних болезней № 1 ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29,
тел. +7-903-472-02-07. E-mail: mitkhat@mail.ru

В статье приведены сведения о молекулярном патогенезе хронических гломерулонефропатий (ХГН), раке почки (РП), а также найдены общие механизмы формирования и развития патологического процесса. Детально рассмотрен белковый