

Малоинвазивные вмешательства на фатеровом сосочке при неопухоловой патологии терминального отдела холедоха

С.В. Тарасенко, Е.М. Брянцев, С.Л. Мараховский, А.А. Копейкин, Н.В. Родионова, У.В. Башарова

МУЗ ГК Больница скорой медицинской помощи Рязани,
Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Проведено ретроспективное изучение результатов эндоскопического лечения больных с холедохолитиазом и/или стенозом большого сосочка двенадцатиперстной кишки ($n=491$) до выполнения холецистэктомии и проанализирована группа пациентов ($n=251$), которым эндоскопические вмешательства были выполнены в послеоперационном периоде.

Подробно описаны варианты вмешательства на большом сосочке двенадцатиперстной кишки, в зависимости от анатомических особенностей расположения. Приведены данные частоты послеоперационных осложнений в зависимости от типа эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Авторы показали, что выполнение эндоскопических вмешательств с целью разрешения холедохолитиаза в качестве первого этапа имеет статистически значимые преимущества перед обратной последовательностью операций.

Ключевые слова: холедохолитиаз, стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

A retrospective study has been done on analyzing results of endoscopic treatment of 491 patients with choledocholithiasis and/or stenosis of the large duodenum papilla before cholecystectomy and 251 patient in who endoscopic interventions were done in their postoperative period.

Detailed variants of surgical intervention on the large duodenum papilla depending on anatomic peculiarities are described. Incidence of postoperative complications depending on the type of endoscopic papillosphincterotomy is presented too.

The authors have shown that endoscopic interventions aiming to eradicate choledocholithiasis, as the first stage, have a statistically significant advantages before reverse sequence of surgeries.

Key words: choledocholithiasis, stenosis of the large duodenum papilla, endoscopic papillosphincterotomy.

Неуклонный рост числа пациентов с калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом и стенозом большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), наблюдающийся в последнее время, а также тенденция к малоинвазивному лечению данной патологии с применением эндоскопических методов ставят перед хирургами задачи по повышению безопасности эндоскопических вмешательств (ЭВ) при неопухоловой патологии желчевыводящих протоков. Использование эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ) для диагностики патологии желчных протоков и БСДК, эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) позволило уменьшить количество послеоперационных осложнений и снизить летальность среди пациентов с калькулезным холециститом и сопутствующим холедохолитиазом и стенозом БСДК до 2,1–4,2 и 0–1,3% соответственно [1–7]. Однако, по мнению ряда авторов [8–9], РХПГ и ЭПСТ являются сложными вмешательствами с непредсказуемыми последствиями. Развитие в послеоперационном периоде острого панкреатита, кровотечения, ретродуоденальной перфорации зависит от множества сопутствующих факторов начиная от пола и возраста пациента и заканчивая профессиональным уровнем врача и технической оснащенностью лечебного учреждения. В связи с этим оценка влияния различных факторов на частоту развития послеоперационных осложнений и летальность при эндоскопическом лечении больных с холедохолитиазом и стенозом БСДК имеет большое значение для прогнозирования исходов эндоскопических транспиллярных вмешательств (ЭТПВ) у пациентов данной категории.

Цель работы – провести сравнительный анализ факторов, влияющих на результаты эндоскопических вме-

шательств на БСДК у пациентов с доброкачественной патологией желчевыводящих протоков.

Материалы и методы

Проанализированы результаты эндохирургического лечения 618 пациентов в возрасте от 22 до 93 лет (средний возраст $62,4 \pm 11,2$ года), в возрасте 60 лет и старше – 399 пациентов – 64,6% с холедохолитиазом и стенозом БСДК в период с 2006 по 2008 г. При лечении больных с доброкачественной патологией желчевыводящих протоков придерживались тактики двухэтапного лечения: диагностические и оперативные рентгеноэндоскопические вмешательства с лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ), холецистэктомией из минилапаротомного доступа (МХЭ) или открытой (ОХЭ) в различных сочетаниях. При анализе непосредственных результатов ЭВ при холедохолитиазе, стенозе БСДК и их сочетании учитывали особенности пациентов, используемую лечебную тактику, технику выполнения РХПГ и ЭПСТ, адекватность проводимой послеоперационной терапии. РХПГ, ЭПСТ, литоэкстракцию (ЛЭ), назобилиарное дренирование выполняли с применением дуоденоскопов фирмы “Olympus”. При осмотре области БСДК обращали внимание на его форму и характеристики слизистой оболочки (гиперемия, отек, полиповидные разрастания), а также форму устья сосочка (щелевидная, овальная, “рваная”) и скорость поступления желчи из устья на момент исследования. Оценивали характеристики продольной складки (выраженность и протяженность, выбухание, пастозность или ригидность при инструментальной пальпации), а также ее взаимоотношение с первой поперечной складкой нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки. При наличии юктапапиллярных дивертикулов определяли их взаимоотношение с БСДК, а также

Характер патологии желчных путей у пациентов сравниваемых групп

Патология	1-я группа (n=491)	2-я группа (n=127)	Статистический показатель
Холедохолитиаз	172	29	$\chi^2=3,88$; $p=0,04$
Стеноз БСДК	171	71	$\chi^2=9,2$; $p=0,003$
Сочетание холедохолитиаза и стеноза БСДК	148	27	$\chi^2=3,14$; $p=0,09$
Холангит	157	18	$\chi^2=7,14$; $p=0,007$
Дивертикулы	83	21	$\chi^2=1,85$; $p=0,14$
Билиарный панкреатит	42	3	$p=0,008$
Аденома БСДК	11	2	$p=0,53$
Механическая желтуха при поступлении	238	26	$\chi^2=23,12$; $p=0,001$

оценивали устье и глубину дивертикулов, наличие в их полости пищевых масс, признаки воспаления слизистой оболочки, выстилающей полость дивертикула. Рентгенограммы выполняли в положении пациента на животе или на спине. Нормальными для желчного протока считали следующие показатели: ширина не более 8 мм (с учетом коэффициента увеличения) в отсутствие деформации; отсутствие теней конкрементов и других дефектов наполнения в просвете. Нормальными для протока поджелудочной железы (ППЖ) показателями считали ширину протока в области головки не более 3 мм, извитость; отсутствие теней конкрементов и других дефектов наполнения в просвете протока.

При сравнении данных по качественному признаку использовали непараметрический статистический анализ с применением классического критерия χ^2 по Пирсону, для сравнения частот качественного показателя в двух независимых группах использовали точный критерий Фишера (ТКФ). Различия между группами данных считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Проведено ретроспективное изучение результатов эндоскопического лечения пациентов двух групп для выявления зависимости частоты развития послеоперационных осложнений и летальности от выбранной лечебной тактики. В 1-ю группу включили 491 больного с холедохолитиазом и/или стенозом БСДК и сохраненным желчным пузырем. Средний возраст пациентов 1-й группы составил $62,7 \pm 11,5$ года, при этом выявлено статистически значимое преобладание пациентов пожилого и старческого возраста ($p < 0,05$). В лечении пациентов 1-й группы использовалась следующая лечебная тактика: ЭТПВ, затем ЛХЭ (251), МХЭ (112) или ОХЭ (128). 2-ю группу составили 127 пациентов, в лечении которых использовалось сочетание ЛХЭ (78), МХЭ (20) или ОХЭ (29) с выполнением в послеоперационном периоде рентгеноэндоскопических операций. Средний возраст пациентов 2-й группы составил $60,9 \pm 10,3$ года. Сопутствующие заболевания отмечены у 441 (71,4%) больного. При этом у 204 (46,3%) из них отмечались два, а у 129 (29,3%) — три сопутствующих заболевания и более.

После поступления в стационар всем пациентам проводилось комплексное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование. Ведущими в клинической картине заболевания были частые приступообразные боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие в правое подреберье; наличие опоясывающих болей; горечь во рту; периодическое повышение температуры тела до субфебрильной и фебрильной, а также наличие эпизодов механической желтухи и панкреатита в анамнезе или при поступлении. Указанные симптомы различной степени выраженности наблюдались у 461 (93,9%) пациента 1-й и у 125 (98,4%) 2-й группы.

Результаты и обсуждение

Наличие признаков механической желтухи и панкреатита, подтвержденных лабораторными данными, с болевым синдромом являлось показанием к выполнению ультразвукового исследования (УЗИ) органов билиопанкреатодуоденальной области, а затем (по показаниям) и ЭТПВ. Данная тактика применена нами у всех больных. Чувствительность УЗИ в клинике составила 93,6%. При проведении РХПГ старались выполнять селективную канюляцию протоков для их полноценного

контрастирования без создания гипертензии. При наличии препятствия в устье БСДК используем методику селективной катетеризации по проводнику. Количество вводимого контрастного вещества составило 10—15 мл для желчных протоков и не более 3 мл для панкреатического протока. Рентгенологическими признаками холедохолитиаза были наличие холангиоэктазии с определяющимися тенями конкрементов, а также неомогенность заполнения какого-либо из отделов желчных протоков. Эндоскопические изменения БСДК и перипапиллярной области выявлены у 117 пациентов: юкстапапиллярные дивертикулы — у 104, аденома БСДК — у 13. У всех 104 пациентов с юкстапапиллярными дивертикулами успешно достигнуты селективная канюляция и контрастирование желчного протока (у 94,5% — при первой попытке), адекватное вмешательство удалось выполнить 92 (88,5%) больным. Характер патологии желчных путей у пациентов 1-й и 2-й групп представлен в табл. 1.

При статистическом анализе выявлено статистически значимое преобладание пациентов с холедохолитиазом в 1-й группе и со стенозом БСДК во 2-й, а также статистически значимое преобладание в 1-й группе пациентов с осложненным течением заболевания (холангит, билиарный панкреатит, механическая желтуха).

Эндоскопические вмешательства на БСДК и желчных протоках. Предприняты 636 попыток ЭПСТ у 613 больных, у 5 пациентов транспапиллярные вмешательства проводили без предшествующей ЭПСТ. В один этап ЭПСТ выполнена у 594 (96,9%) пациентов. Атипичная папиллотомия торцевым электродом выполнена у 76 больных. В два этапа ЭПСТ произведена у 15 (2,4%) больных, у 4 (0,7%) больных потребовалось трехэтапное выполнение ЭПСТ. В экстренном порядке ЭТПВ выполнены у 232 (37,5%) больных, в отсроченном — у 187 (30,3%), в плановом — у 199 (32,2%). ЭПСТ типичным способом выполняли дистальной третьей режущей струны папиллотомы поэтапно и порционно с целью предотвращения возможности неконтролируемого рассечения тканей БСДК и термального отдела холедоха (ТОХ). Атипичное рассечение торцевым папиллотомом старались начинать от устья БСДК с предварительным нанесением коагуляционных меток по линии предполагаемого разреза. В случае невозможности канюляции после папиллотомии вмешательство откладывали на 2—4 сут до уменьшения послеоперационного отека тканей. У 56 па-

Частота послеоперационных осложнений в зависимости от пола пациентов

Осложнения	Женщины (n=492)	Мужчины (n=126)	Значение ТКФ
Всего	39	9	$p=0,09$
Панкреатит	27	5	$p=0,13$
Панкреонекроз	6	1	$p=0,75$
Кровотечение	12	4	$p=0,09$
Вклинение корзины	3	0	$p=0,08$
Дормия	1	0	$p=0,39$
Смерть			

Таблица 4

Частота послеоперационных осложнений в зависимости от возраста пациентов

Осложнения	Пациенты моложе 60 лет (n=219)	Пациенты старше 60 лет (n=399)	Значение ТКФ
Всего	15	33	$p=0,09$
Панкреатит	10	22	$p=0,11$
Панкреонекроз	4	3	$p=0,07$
Кровотечение	5	11	$p=0,23$
Вклинение корзины	1	2	$p=0,13$
Дормия	0	1	$p=0,15$
Смерть			

циентов при выполнении ЭПСТ использовали методику вмешательства по проводнику. При выполнении ЭПСТ по проводнику отмечены положительные стороны методики: поддержание селективной канюляции, стабильность положения инструмента во время проведения рассечения тканей, правильная ориентация режущей струны инструмента по ходу ТОХ, что предотвращает возможную травму устья ППЖ и снижает риск развития кровотечения. Выполнение ЭПСТ привело к адекватному восстановлению оттока желчи у 608 (99,2%) пациентов. ЛЭ выполнили у 376 больных с холедохолитиазом, причем у 47 – в 2, а у 12 – в 3 этапа. Окончательной эндоскопической санации общего желчного протока удалось добиться у 546 (89,1%).

Назобилиарное дренирование выполнено у 43 пациентов. Показаниями к назобилиарному дренированию были: гнойный холангит (33 больных), неполная санация гепатохоледоха при холедохолитиазе (8), желчеистечение вследствие недостаточности культы пузырного протока (2). Характер выполненных эндоскопических операций представлен в табл. 2. Обе группы пациентов были однородны по характеру выполненных вмешательств. В послеоперационном периоде пациентам с выполненным ЭТПВ проводилась антисекреторная и инфузионно-спазмолитическая терапия. Пациентам с механической желтухой дополнительно проводили гемостатическую терапию.

После 636 (у 613 пациентов) попыток ЭПСТ у 48 (8%) больных отмечены различные осложнения. Острый панкреатит в послеоперационном периоде развился у 32 (5,2%) пациентов. Клинические признаки осложнения появились спустя 6–12 ч после вмешательства. У 25 (4,1%) из них наблюдалось abortивное течение процесса, т.е. полное купирование клинических симптомов и нормализация лабораторных показателей в течение 48–72 ч. У 7 (1,1%) пациентов развился деструктивный панкреатит. У 3 из них была выполнена атипичная папиллотомия. Консервативная терапия панкреонекроза была эффективна у 2 пациентов. Остальным 5 больным выполняли различные вмешательства: пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем (2), лапаротомию, дренирование брюшной полости (1), лапароскопическое дренирование брюшной полости (1), вскрытие забрюшинной флегмоны (1). Умерла 1 пациентка с деструктивным панкреатитом. Кровотечение после выполнения ЭПСТ возникло у 16 (2,6%) пациентов. Всем больным была выполнена типичная ЭПСТ. Клинические признаки кровотечения появились спустя 6–12 ч после вмешательства. 12 больных пролечены консервативными методами (гемостатическая

терапия, трансфузия препаратов крови), 5 из них произведена эндоскопическая коагуляция краев разреза. Четверем пациентам с целью остановки кровотечения выполнены лапаротомия, дуоденотомия, прошивание краев разреза. При анализе причин осложнений выявлено, что в 13 случаях причиной кровотечения стала коагулопатия на фоне механической желтухи, в 2 – прием нестероидных противовоспалительных средств до эндоскопического вмешательства, в 1 – выполнение вмешательства на фоне перипапиллярного дивертикула с повреждением аномально расположенного сосуда. Таким образом, летальность, связанная с вмешательством, составила 0,3%.

Статистически значимого увеличения частоты развития послеоперационных осложнений в зависимости от пола и возраста пациентов не выявлено. Сводные статистические данные представлены в табл. 3 и 4.

Таблица 2

Виды вмешательств на БСДК в исследуемых группах

Вид вмешательства	1-я группа (n=491)	2-я группа (n=127)	χ^2, p
ЭПСТ	507	129	$p=0,8$
Двухэтапная ЭПСТ	12	3	
Трехэтапная ЭПСТ	4	0	
Типичная ЭПСТ	446	114	$\chi^2=0,03; p=0,14$
Атипичная ЭПСТ	61	15	
Литоэкстракция	320	56	$\chi^2=0,1; p=0,76$
Назобилиарное дренирование	34	9	$\chi^2=10,3; p=0,007$ $\chi^2=2,2; p=0,1$



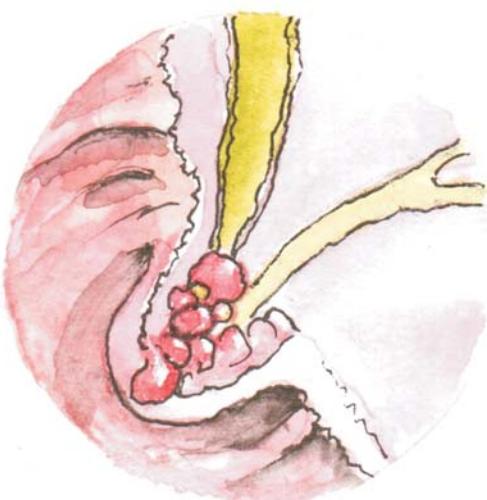
Рис. 1. Плоский БСДК с точечным устьем. Стенозирующий папиллит.



а



а



б

Рис. 2. Ворсинчатое микроаденоматозное устье. Один клапан закрывает устье БСДК, другой – устье холедоха.

Анатомические изменения. Во время эндоскопических манипуляций мы встречались с различными трудностями, связанными в большей степени с анатомическими особенностями зоны БСДК.

Одним из неудобных анатомических вариантов для вмешательств на БСДК, с нашей точки зрения, является слабовыраженный плоский БСДК с точечным устьем (рис. 1), особенно если он прикрыт поперечной нависающей складкой, которая часто бывает препятствием для проведения ЭПСТ. При таком типе соска (наблюдался в 73 случаях (11,8%) затруднительна канюляция для последующего контрастирования протока. При этом часто контрастируется только главный панкреатический проток. В связи с этим с целью визуализации желчных протоков необходимо селективно канюлировать холедох с использованием проводника. В подобных случаях произвести разрез обычным папиллотомом бывает невозможно, поэтому приходится использовать торцевой папиллотом, что требует более высокой квалификации, аккуратности и внимания врача-эндоскописта, так как возрастает риск развития такого грозного осложнения ЭПСТ, как ретродуоденальная перфорация двенадцатиперстной кишки. Манипуляции при такой форме БСДК

Рис. 3. Дивертикул двенадцатиперстной кишки. Есть возможность выполнить ЭПСТ.

осложнились развитием острого панкреатита в 8 случаях, в том числе и панкреонекроза (2). Такой тип БСДК, по нашим данным, чаще всего встречается при хроническом стенозирующем папиллите.

Второй тип “неудобного” БСДК (рис. 2) – это когда сосочек нормального размера, но с мелковорсинчатым устьем, которое прикрыто одной или несколькими аденоматозными ворсинками, заполняющими всю ампулу БСДК и мешающими нормальной канюляции и контрастированию протоков (9 случаев). Во время ЭПСТ, как правило, обнаруживается, что микроворсины перекрывают вход в холедох, поэтому часто контрастное вещество поступает только в вирсунгов проток. В таких случаях мы часто прекращаем процедуру и откладываем манипуляции на 2–4 сут. При повторном исследовании бывает легче обнаружить и канюлировать устье холедоха, контрастировать проток, а затем произвести целенаправленную сфинктеротомию. При таком типе БСДК отмечается хорошее кровоснабжение, поэтому нередко отмечаются осложнения в виде кровотечения: обычно от 3–5 до 15–20. В одном случае у пациента с длительной механической желтухой после ЭПСТ развилось холемическое кровотечение, потребовавшее оперативного вмешательства.



Рис. 4. Дивертикул двенадцатиперстной кишки. Нет возможности выполнить ЭПСТ.

Нередко мы сталкиваемся с ситуацией, когда БСДК располагается внутри или рядом с дивертикулом двенадцатиперстной кишки (рис. 3, 4). В каждом случае мы оцениваем локализацию устья соска, выраженность продольной складки, предполагаемую длину разреза, расстояние до возможного нежелательного соприкосновения режущей струны эндоскопа со стенкой двенадцатиперстной кишки. Чаще всего данная патология встречалась у лиц старше 50 лет — 98 (94,2%) случаев и лишь в 6 случаях — у пациентов моложе 50 лет. Трудности при канюляции отмечены у 14 (13,5%) пациентов, что потребовало использования струны-проводника для облегчения канюляции желчного протока. Осложнения развились в 7 случаях: в 4 — острый панкреатит, в 3 — кровотечение. При статистическом анализе частоты осложнений после вмешательств на фоне юкстапапиллярных дивертикулов выявлено, что осложнения в виде панкреатита и кровотечения отмечены у 7 (6,7%) пациентов из 104, а после вмешательств у пациентов без дивертикулов — в 41 (8,1%) из 509 случаев (ТКФ, $p=0,37$).

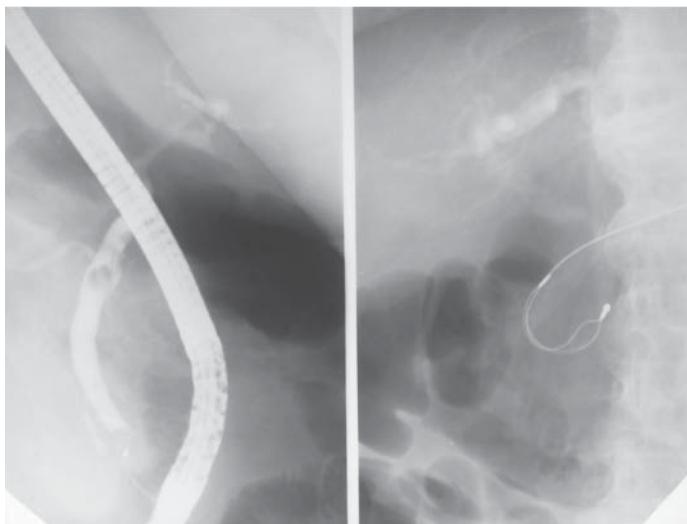


Рис. 5. Холедохолитиаз. Вклинение корзины Дормиа в терминальном отделе холедоха.

Еще одно осложнение, которое встречалось в нашей практике — это вклинение корзины Дормиа с захваченным конкрементом в терминальной части холедоха — 3 случая (рис. 5). Чаще всего это происходило не из-за значительного несоответствия размеров камня и размера протока в дистальной его части, а из-за высокой плотности конкремента (1 случай) и ригидности стенки ТОХ вследствие хронического панкреатита (2 случая). Все три корзины были обрезаны, а пациенты оперированы в экстренном порядке. В одном случае корзина с конкрементом самостоятельно провалилась в двенадцатиперстную кишку после введения пациента в наркоз. Двум пациентам пришлось выполнить дуоденотомию с извлечением корзины с конкрементом вручную. Одному из них операция завершена папиллосфинктеротомией с папиллосфинктеропластикой.

Лечебная тактика. Варианты течения послеоперационного периода у пациентов 1-й и 2-й групп представлены в табл. 5.

Таким образом, у пациентов 2-й группы выявлено статистически значимое увеличение количества послеоперационных осложнений за счет повышения частоты послеоперационного панкреатита, преимущественно у

Таблица 5

Характеристика осложнений послеоперационного периода

Осложнения	1-я группа (n=491)	2-я группа (n=127)	Значение ТКФ
Всего	39	9	$p=0,09$
Панкреатит	17	15	$p=0,03$
Панкреонекроз	4	3	$p=0,06$
Кровотечение	11	5	$p=0,39$
Вклинение корзины Дормиа	2	1	$p=0,35$
Смерть	0	1	$p=0,19$

пациентов со стенозом БСДК. При анализе непосредственных результатов ЭТПВ в зависимости от сроков выполнения операции получены следующие результаты. Экстренное вмешательство выполнено у 232 пациентов, при этом осложнения в виде панкреатита и кровотечения отмечены у 9 (3,9%) больных: из 6 случаев панкреатита в 1 развился деструктивный панкреатит, а в 2 случаях отмечено abortивное течение заболевания. Летальных исходов, связанных с вмешательством, у этих пациентов не отмечено. В отсроченном и плановом порядке прооперированы 386 пациентов, осложнения в послеоперационном периоде выявлены у 39 (10,1%) больных: в 1 случае возникло кровотечение и у 26 пациентов развился панкреатит (у 6 панкреонекроз). В этой группе пациентов отмечен 1 летальный исход (летальность 0,3%). Структура осложнений, связанных с вмешательством, представлена в табл. 6. При этом отмечено увеличение числа послеоперационных осложнений за счет панкреатитов после плановых вмешательств.

Техника выполняемых ЭПСТ. При статистическом анализе причин развития панкреатита в зависимости от типа выполняемой ЭПСТ выявлено, что атипичная папиллотомия выполнена у 76 пациентов, послеоперационный панкреатит развился в 9 случаях (11,8%), из них в 3 случаях — панкреонекроз со смертельным исходом в 1 случае. Из оставшихся 560 типичных ЭПСТ панкреатит отмечен в 23 (4,3%) случаях, из них с развитием пан-

Таблица 6

Частота послеоперационных осложнений в зависимости от экстренности ЭПСТ

Осложнения	Экстренное (n=232)	Отсроченное и плановое (n=386)	Значение ТКФ
Всего	9	39	$p=0,04$
Панкреатит	6	26	$p=0,009$
Панкреонекроз	1	6	$p=0,07$
Кровотечение	3	13	$p=0,24$
Смерть	0	1	$p=0,19$

Таблица 7

Частота послеоперационного панкреатита в зависимости от типа ЭПСТ

Исход ЭПСТ	Атипичная ЭПСТ (n=76)	Типичная ЭПСТ (n=560)	Значение ТКФ
Панкреатит	9	23	$p=0,001$
Панкреонекроз	3	4	$p=0,03$
Смерть	1	0	$p=0,055$

креонекроза в 4 случаях без летальных исходов (табл. 7). Таким образом, обнаружено статистически значимое повышение частоты послеоперационных панкреатитов после атипичных ЭПСТ. Непосредственные результаты ЭПСТ по проводнику и без него представлены в табл. 8. Анализ данных демонстрирует статистически значимое снижение уровня послеоперационных осложнений при выполнении ЭПСТ по проводнику.

Послеоперационная терапия. При статистическом

Таблица 8

Результаты ЭПСТ по проводнику и обычных ЭПСТ

Исход ЭПСТ	ЭПСТ по проводнику (n=56)	ЭПСТ без проводника (n=580)	Значение ТКФ
Осложнения	1	47	$p=0,02$
Смерть	0	1	$p=0,66$

анализе результатов послеоперационной терапии получены следующие данные: адекватная инфузионная терапия проведена 597 пациентам, при этом у 42 (7%) развились осложнения в виде панкреатита или кровотечения из области ЭПСТ. Отсутствие адекватной терапии в послеоперационном периоде у 21 пациента сопровождалось осложнениями у 6 (28,6%) (для ТКФ $p=0,01$).

Таким образом, при сравнительном анализе результатов ЭТПВ у больных двух групп было выявлено, что на непосредственные исходы ЭТПВ оказывают влияние различные факторы – тактические, технические и организационные. Применение ЭТПВ в качестве первого этапа лечения доброкачественной патологии желчных

протоков имеет статистически значимое преимущество перед обратной последовательностью операций. Применение атипичных ЭПСТ по строгим показаниям и выполнение ЭПСТ по проводнику позволяет снизить количество осложнений после выполнения ЭТПВ. Интенсивная послеоперационная терапия, проводимая после выполнения ЭТПВ, способствует снижению риска развития осложнений.

Литература

1. Балалыкин А.С., Балалыкин В.Д., Гвоздик В.В. и соавт. Дискуссионные вопросы хирургических вмешательств на большем сосочке двенадцатиперстной кишки. // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2007. – Т. 12, № 4. – С. 45–50.

2. Башилов В.П., Брехов Е.И., Малов Ю.Я., Василенко О.Ю. Сравнительная оценка различных методов в лечении больных острым холециститом, осложненным холедохолитиазом. // *Хирургия.* – 2005. – № 10. – С. 40–45.

3. Затевахин И.И., Цицашвили М.Ш., Дзарасова Г.Ж. и др. Возможности и неудачи эндоскопической папиллотомии в лечении калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой. Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии, 4-й: Сборник тезисов под ред. проф. Ю.И. Галлингера. М. – 2000. – С. 100–102.

4. Ревякин В.И., Климов П.В., Ибрагимов Н.И. и др. Осложнения и летальность после эндоскопической папиллосфинктеротомии: опыт 1300 операций. Российский симпозиум «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия»: Сборник тезисов под ред. проф. Ю.И. Галлингера. М. – 1998. – С. 67–69.

5. Сотниченко Б.А., Макаров В.И., Савицкая Н.В. Эндовидеохирургическое лечение больных осложненными формами острого холецистита. // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2007. – Т. 12, № 2. – С. 75–78.

6. Тулин А.И., Зеравс Н., Купчс К. Эндоскопическое и чрескожное чреспечёночное стентирование желчных протоков. // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2007. – Т. 4, № 1. – С. 53–61.

7. Rabenstein T., Schneider H.T., Hahn E.G. et al. 25 Years of Endoscopic Sphincterotomy in Erlangen: Assessment of the Experience in 3498 Patients. *Endoscopy.* – 1998. – Vol. 30, N 9. – P. 195–201.

8. Cotton P.B., Chung S., Davis W. et al. Issues in Cholecystectomy and Management of Duct Stones. *Am J Gastroenterol.* – 1994. – Vol. 89. – P. 169–176.

9. Freeman M.L. Complications of Endoscopic Sphincterotomy. *Endoscopy.* – 1998. – Vol. 30, N 9. – P. 216–220.