

ев, Э.Г. Ведешина, Ж.С. Орфанова. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2016. – 134 с.

15. Доменюк Д.А. Применение амплитудно-визуальных и ультразвуковых исследований в совершенствовании диагностики аномалий зубочелюстной системы (Часть I) / Д.А. Доменюк, Б.Н. Давыдов, Э.Г. Ведешина // Институт стоматологии. – 2015. – № 1 (66). – С. 58–61.

16. Доменюк Д.А. Применение амплитудно-визуальных и ультразвуковых исследований в совершенствовании диагностики аномалий зубочелюстной системы (Часть II) / Д.А. Доменюк, Б.Н. Давыдов, Э.Г. Ведешина // Институт стоматологии. – 2015. – № 2 (67). – С. 80–83.

17. Доменюк Д.А. Применение молекулярно-генетического метода для определения интенсивности морфофункциональных изменений у пациентов с зубочелюстной патологией (Часть I) / Д.А. Доменюк, Б.Н. Давыдов, А.Г. Карслиева // Институт стоматологии. – 2014. – № 3 (64). – С. 78–80.

18. Доменюк Д.А. Применение молекулярно-генетического метода для определения интенсивности морфофункциональных изменений у пациентов с зубочелюстной патологией (Часть II) / Д.А. Доменюк, Б.Н. Давыдов, А.Г. Карслиева // Институт стоматологии. – 2014. – № 4 (65). – С. 33–35.

19. Камакин Н.Ф. Характеристика тизокристаллоскопического портрета биологических жидкостей организма человека в норме и при патологии / Н.Ф. Камакин, А.К. Мартусевич // Вестник новых медицинских технологий. – 2003. – Т. 10. – № 4. – С. 57–59.

20. Максимов С.А. Морфология твёрдой фазы биологических жидкостей как метод диагностики в медицине / С.А. Максимов // Бюллетень сибирской медицины. – 2007. – № 4. – С. 80–85.

21. Камышников В.С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике / В.С. Камышников. – М.: МЕД пресс-информ, 2004. – 920 с.

22. Количественная характеристика кристаллографиче-

ской картины ротовой жидкости в норме и при воспалительных заболеваниях пародонта / Н.В. Булкина, Г.Е. Брилли, Д.Э. Постнов, В.Т. Поделинская // Вестник новых медицинских технологий: электронный журнал. – 2013. – № 1. – URL: http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/index_e.html.

23. Кристаллизация и кристаллография: Медико-биологические аспекты / А.Л. Волчецкий, Л.Г. Рувинова, Б.А. Спасеников, В.П. Зеновский. – Архангельск: Изд-во Помор. гос. ун-та, 1999. – 190 с.

24. Новочадов В.В. Радиальная морфометрия: перспективы и способы применения в гистологическом и цитологическом исследовании // Новые технологии в медицине: тр. ВолГМУ. – Т. 61, вып. 1. – Волгоград: ВолГМУ, 2005. – С. 311–313.

25. Персин Л.С. Стоматология детского возраста / Л.С. Персин, В.М. Елизарова, С.В. Дьякова // Учебная литература для медицинских вузов. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М.: Медицина, 2006. – 640 с.

26. Сайфуллина Х.М. Кариес зубов у детей и подростков: учеб. пособие (перераб. и доп.) / Х. М. Сайфуллина. – М.: МЕД-пресс, 2001. – 96 с.

27. Справочник по детской стоматологии / Под ред. А.С. Cameron, R.P. Widmer; перевод с англ. под ред. Т.Ф. Виноградовой, Н.В. Гинали, О.З. Топольницкого. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 288 с.

28. Шабалин В.Н. Морфология биологических жидкостей человека / В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина. – М.: Хризостом, 2001. – 303 с.

29. Шатохина С.Н. Морфологическая картина ротовой жидкости: диагностические возможности / С.Н. Шатохина, С.Н. Разумова, В.Н. Шабалин // Стоматология. – 2006. – №4. – С. 14–17.

30. The crystallographic symmetry test for the correctness of a set of phases / P. Tzamalīs, K. Bethanis, A. Hountas, G. Tsoucaris // Acta Crystallogr. A. – 2003. – Vol. 59, Pt. 1. – P. 28–33.

В.М. ДУРЛЕШТЕР, С.А. ГАБРИЭЛЬ, А.Я. ГУЧЕТЛЬ, В.Ю. ДЫНЬКО, В.В. ГОЛЬФАНД

ТРУДНАЯ КАНЮЛЯЦИЯ БОЛЬШОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ. ПРИЧИНЫ И ВОЗМОЖНОСТИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2»

министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ «ККБ № 2»).

350012, г. Краснодар, ул. Красных Партизан, д. 6, корпус 2.

Тел. (861) 222-01-63, факс: (861) 222-26-09. E-mail: kkb2@kkb2-kuban.ru

Нами проведён проспективный анализ выполненных эндоскопических чреспапиллярных вмешательств в условиях нашей клиники с января 2008 по декабрь 2012 г. Общее количество больных составило 1513 пациентов.

Случаи сложной канюляции отмечены нами у 607 больных (40,1 %): мужчин – 249 (41 %), женщин – 358 (59 %).

Общее количество выполненных чреспапиллярных вмешательств в этой группе составило 1887.

Нами использовался практически весь спектр как диагностических, так и лечебных эндоскопических чреспапиллярных вмешательств, применяемых при билиарной гипертензии: ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ), эндоскопическая механическая литоэкстракция и литотрипсия (ЭМЛЭ, ЭМЛТ), назобилиарное дренирование (НБД), бужирование, баллонная дилатация, стентирование, а также эндоскопическая контактная электрогидравлическая литотрипсия конкрементов холедоха (ЭЭГЛТ).

Эффективны наши вмешательства оказались у 538 пациентов, что составило 88,6 %. Неэффективны – у 69 пациентов (11,4 %). Осложнения имели место у 33 пациентов (5,4 %).

Ключевые слова: эндоскопия, ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), чреспапиллярные вмешательства.

THE DIFFICULT CANNULATION MAJOR DUODENAL PAPILLA. THE REASONS AND OPPORTUNITIES.

State budget institution of Public Health «Regional Clinical Hospital № 2» Ministry of Health of Krasnodar Region. Krasnyh Partizan Str., D. 6, Building 2, Krasnodar, 350012. Tel. (861) 222-01-63, fax: (861) 222-26-09. E-mail: kkb2@kkb2-kuban.ru

We performed a prospective analysis of endoscopic through the papillary interventions in our hospital from January 2008 to December 2012. The total number of patients was 1513 patients.

Difficult cannulation cases marked by us in 607 patients (40,1 %). Men – 249 (41 %), women – 358 (59 %).

The total number of completed through the papillary interventions in this group was 1887.

We used almost the whole range of both diagnostic and therapeutic endoscopic through the papillary interventions used in biliary hypertension: endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), endoscopic papillotomy (EPT), endoscopic mechanical lithotripsy and litho extraction (EMLE, EMLT), nasobiliary drainage (NBD), biliary tract boogieing, biliary stenting, electrohydraulic lithotripsy (shock wave lithotripsy), biliary balloon dilatation.

Our interventions were effective in 538 patients, which was 88,6 %. Ineffective our interventions were in 69 patients (11,4 %). Complications occurred in 33 patients (5,4 %).

Key words: endoscopy, retrograde cholangiopancreatography (ERCP), through the papillary intervention.

Введение

В современной гастроэнтерологии эндоскопические чреспапиллярные вмешательства играют важную роль в диагностике и лечении многих заболеваний органов панкреатобилиарной зоны. При многих патологических состояниях данные вмешательства являются методами выбора [1, 5, 6].

Первое сообщение об эндоскопическом контрастировании протоковых структур сделано в 1968 г. доктором William McCune [9], а первые сообщения о выполнении эндоскопической папиллотомии (ЭПТ) появились в 1974 г. [7, 8]. В СССР первое контрастирование протоковых структур через дуоденоскоп выполнил Ю.В. Васильев [2], а первую в СССР эндоскопическую папиллотомию – в 1976 г. доктор Н.Н. Малкерова в ЦКБ под руководством проф. Д.Ф. Благовидова [1, 6].

Благодаря совершенствованию аппаратуры и инструментария значительно расширились возможности эндоскопической билиарной хирургии, накопился большой опыт их выполнения. В настоящее время в специализированных центрах выполняются такие высокотехнологичные чреспапиллярные вмешательства как: бужирование и дилатация большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БС ДПК) и рубцово-измененных протоковых структур, механическая литоэкстракция (ЭМЛЭ) билиарных конкрементов и вирсунголитов, различные виды литотрипсии билиарных конкрементов и вирсунголитов (механическая, электрогидравлическая (ЭГЛТ), лазерная), стентирование, назобилиарное дренирование (НБД) протоковых структур, биопсия и браш-биопсия, папиллэктомия и др.

Однако, по данным различных авторов, в 4–28 %

случаев возникают сложности с канюляцией большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БС ДПК) и, как следствие, трудности, а иногда и невозможности выполнения чреспапиллярных вмешательств, что, несомненно, ограничивает клиническое применение эндоскопических методов лечения [1, 3, 4, 5].

Итак, что же такое «трудная канюляция». По нашему представлению **трудная канюляция – это невозможность выполнения канюляции БС ДПК, а также других чреспапиллярных вмешательств с использованием традиционной техники выполнения.** В настоящее время общих критериев трудной канюляции нет. В литературе описывается временной фактор выполнения попыток канюляции (не более 5 минут, не более 15 минут, 20 минут и др.) или количественный (3–5 попыток канюляций и др.).

По нашему мнению, основные причины трудной канюляции БС ДПК можно разделить на две большие группы: трудности доступа к БС ДПК и трудности непосредственно канюляции БС ДПК.

К трудностям доступа к БС ДПК мы относим:

1) пострезекционные состояния желудка (гастрэктомия, резекция желудка по Б-2, на отключенной по РУ петле);

2) гастроптоз различной этиологии;

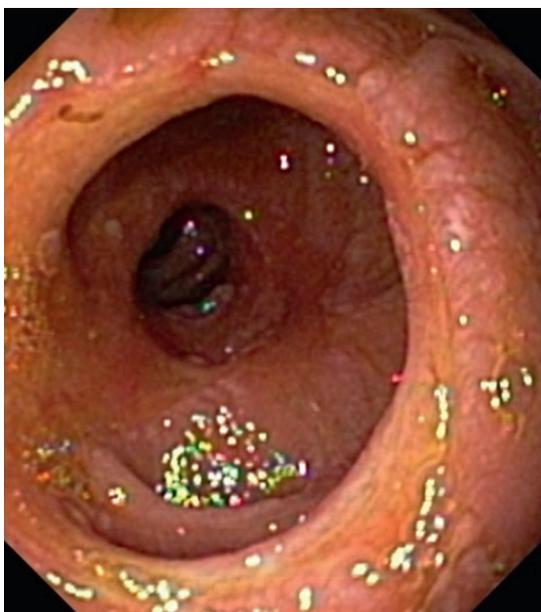
3) грубые рубцовые деформации привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки (ЛДПК) с декомпенсированным стенозом;

4) сдавление стенки ДПК извне (острый панкреатит, хронический осложнённый панкреатит, изменения в головке поджелудочной железы доброкачественного или злокачественного генеза).

Фотография 1. Трудности доступа к БС ДПК.



С/п резекции желудка по Бильрот 2.



Рубцовая деформация луковицы ДПК.

К трудностям канюляции БС ДПК мы относим:

1) анатомически атипичное расположение БС ДПК;

2) дислокация БС ДПК в результате интрадивертикулярного расположения или наличия парапапиллярных дивертикулов;

3) морфологические изменения БС ДПК (доброкачественные (папиллит, вклиненный конкремент, аденома, фиброз) или злокачественные);

4) морфологические изменения стенки ДПК (доброкачественные (гиперплазия) или злокачественные).

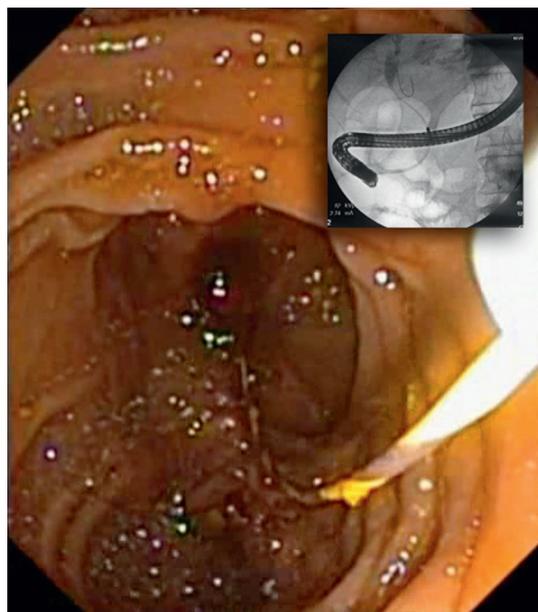
5) особенности внутреннего строения внешне неизмененного БС ДПК (характер слияния прото-

ковых систем, извитость терминального отдела общего желчного протока, «клапанное» строение слизистой оболочки ампулы, особенности мышечного аппарата).

Фотография 2. Трудности канюляции БС ДПК.



Атипичное расположение БС ДПК + аденома БС ДПК.



Интрадивертикулярное расположение БС ДПК.

В случае неудачной канюляции необходимо применять более активную тактику. В настоящее время известны следующие варианты нетипичных способов чреспапиллярных вмешательств:

- Канюляция по струне-проводнику
- Канюляция папиллотомом
- Применение нетипичных способов ЭПТ (предрасщепление или супрапапиллярная холедоходуodenостомия)
- Антеградная канюляция

- Методика «РАНДЕВУ»
- Выполнение чреспапиллярного вмешательства энтероскопом

Фотография 3. Варианты нетипичных способов чреспапиллярных вмешательств.



Канюляция по струне-проводнику.



Методика «Рандеву».

Целью данной работы явился анализ причин, вызывающих трудную канюляцию БС ДПК в условиях многопрофильного лечебного учреждения, а также определение возможности проведения эндоскопических чреспапиллярных вмешательств в этой группе больных.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ выполненных нами эндоскопических чреспапиллярных вмешательств с января 2008 по декабрь 2012 г. Общее количество пациентов составило 1514.

Случаи сложной канюляции отмечены у 607 больных (40,1 %): мужчин – 249 (41 %), женщин – 358 (59 %).

Интересным, на наш взгляд, показателем является этапность выполнения чреспапиллярных вмешательств (или количество вмешательств для одного пациента). Данный показатель косвенно говорит о сложности проводимых манипуляций, а также о квалификации оперирующего эндоскописта. В исследуемой группе распределение частоты встречаемости среди пациентов различной этапности эндоскопических вмешательств составило:

- В 1 этап – 427 пациентов (**70,35 %**);
- В 2 этапа – 121 пациент (**19,93 %**);
- В 3 этапа – 44 пациента (**7,25 %**);
- В 4 этапа – 13 пациентов (**2,14 %**);
- В 5 этапов – 2 пациента (**0,33 %**).

Анализировали ежегодную относительную долю пациентов в группе с различным количеством чреспапиллярных вмешательств (график 1).

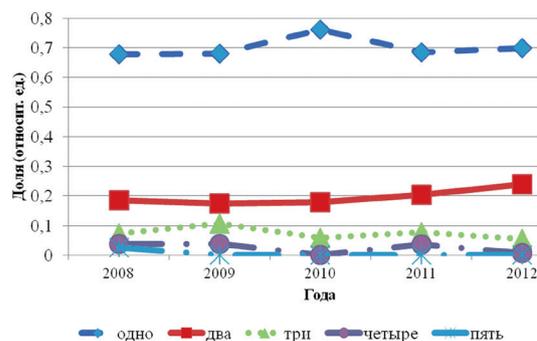


График 1. Динамический ряд доли пациентов, у которых потребовалось различное количество чреспапиллярных вмешательств.

Всего в исследуемой группе больных (n=607) за годы наблюдения было проведено 863 вмешательства.

Параллельно анализировали ежегодную относительную долю вмешательств с различным количеством этапов для одного пациента (график 2).

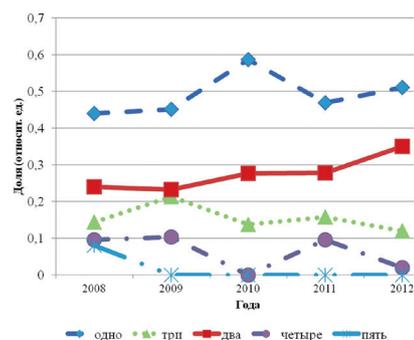


График 2. Динамический ряд доли с различным количеством чреспапиллярных вмешательств, потребовавшихся при лечении одного пациента.

Корреляционный анализ связи между ежегодной относительной долей пациентов в группе с различным количеством чреспапиллярных вмешательств и ежегодной относительной долей вмешательств с различным количеством этапов показал сильную степень связи (коэффициент корреляции $r=0,94$) при высоком уровне достоверности ($p<0,001$). Поэтому в дальнейшем анализировали ежегодные относительные доли с различным количеством чреспапиллярных вмешательств, потребовавшихся при лечении одного пациента.

С помощью двухфакторного дисперсионного анализа без повторений было выявлено достоверное различие ($p<0,0001$) значений долей вмешательств с различным количеством этапов между собой.

Из графика 2 следует, что относительная доля вмешательств в один этап только в 2010 году

что также меньше среднего значения равного 9,6 %.

Пятиэтапные вмешательства наблюдались только в 2008 году. В последующие годы таких вмешательств не выявлено.

Следовательно, доля одноэтапных вмешательств имеет тенденцию к постоянному значению, близкому к 50,0 %. Доля двухэтапных вмешательств имеет тенденцию к увеличению за счёт уменьшения доли трёх- и четырёхэтапных и отсутствия пятиэтапных вмешательств. При неизменном составе оперирующих эндоскопистов эти тенденции указывают на повышение эффективности эндоскопических чреспапиллярных вмешательств в этой группе больных.

В дальнейшем анализировали количество и вид выполненных чреспапиллярных манипуляций в исследуемой группе пациентов. Общее количество манипуляций составило **1855** (табл. 1).

Таблица 1

Абсолютное количество и относительная доля различных видов (13) выполненных чреспапиллярных манипуляций

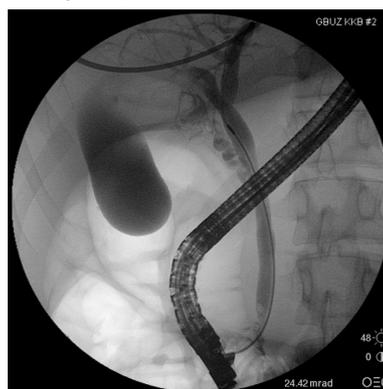
Вид выполненных манипуляций	Абсолютное количество	Относительная доля
РХПГ	752	40,54 %
ЭПТ	609	32,83 %
ЭМЛЭ	342	18,44 %
Эндоскопическое стентирование	62	3,34 %
ЭМЛТ	23	1,24 %
Биопсия	20	1,08 %
БРАШ-биопсия	18	0,97 %
НБД	15	0,81 %
Бужирование	5	0,27 %
ЭГЛТ	5	0,27 %
Эндоскопическая антеградная холецистолитозэкстракция	2	0,11 %
Балонная дилатация холедоха	1	0,05 %
Электроэксцизия БДС	1	0,05 %
Всего	1855	100 %

(58,6 %) была больше среднего значения (49,5 %) доли за все года наблюдения. В остальные годы была близка к среднему значению, так в 2012 году она равнялась 51,0 %.

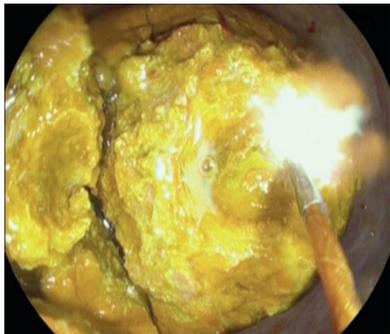
Относительная доля двухэтапных вмешательств с каждым годом возрастала и в 2012 году (35,0 %) была больше среднего значения (28,0 %) за все годы наблюдения.

Проведение относительной доли трёхэтапных и четырёхэтапных вмешательств имело тенденцию к снижению. Так для трёхэтапных вмешательств в 2012 году доля равна 12,0 %, что меньше среднего значения равного 15,3 %, а для четырёхэтапных вмешательств в 2012 году доля составляла 6,0 %,

Фотография 4. Виды выполненных чреспапиллярных манипуляций.



Ретроградная холангиопанкреатография. Ревизия холедоха корзиной «Дормиа».



Эндоскопическая электрогидравлическая литотрипсия.

Изменение доли групп манипуляций в зависимости от года приведено в графике 3.

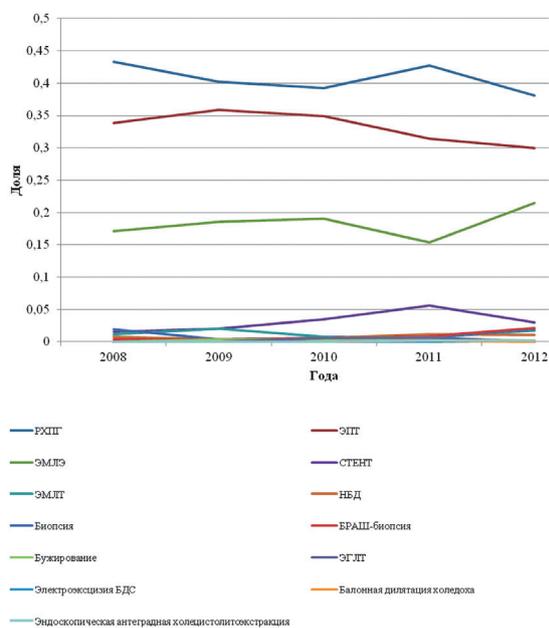


График 3. Динамический ряд доли различных манипуляций.

С помощью двухфакторного дисперсионного анализа без повторений было выявлено достоверное различие ($p < 0,0001$) значений долей манипуляций между собой. Не выявлено статистически достоверного ($p > 0,05$) различия значений относительных долей в зависимости от года.

Следовательно, каждый год значения долей манипуляций статистически были различными, но распределение из года в год было близким.

Анализировали основные виды причин, которые в той или иной мере, прямо или косвенно затрудняли канюляцию (табл. 2).

Из таблицы 2 видно, что основными причинами, затрудняющими канюляцию, являются: дивертикулы, которые суммарно составили 21,96 % от всех видов причин, аденомы БС ДПК при доле, равной 18,81 %, реактивные папиллиты с относительной долей, равной 15,88 %, и хронический осложнённый панкреатит (доля равна 10,70 %).

Доли указанных видов причин трудной канюляции достоверно отличались от долей остальных видов причин ($p < 0,00001$).

Анализировали долю манипуляций для различных видов ЭПТ в наблюдаемый период времени с 2008 по 2012 год (график 4).

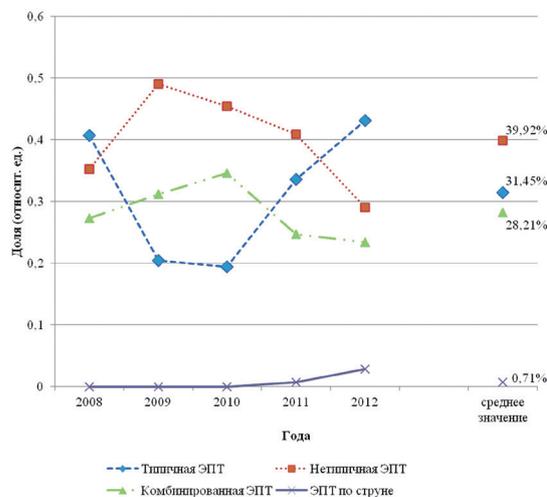


График 4. Доля манипуляций с различными видами ЭПТ и среднее значение доли (%) за период с 2008 по 2012 год.

С помощью двухфакторного дисперсионного анализа установлено различие значений долей для различных видов ЭПТ с высокой степенью достоверности ($p < 0,0001$), но не наблюдалось достоверного различия в долях для видов ЭПТ по годам ($p = 0,999 > 0,05$). Хотя для каждого года доли видов ЭПТ отличались, однако значения долей изменялись вблизи средних значений за все наблюдаемые года. Наибольшую долю, равную в среднем 39,92 %, составляли манипуляции нетипичной ЭПТ. Доля типичной ЭПТ за это время была равна 31,45 %. Для комбинированной ЭПТ среднее значение доли было равно 28,21 %. Менее одного процента (0,71 %) составила средняя доля ЭПТ по струнам (график 4).

Таким образом, эффективность наших вмешательств представлена в таблице 3.

Различие долей эффективных и неэффективных вмешательств статистически значимо ($p < 0,0001$). Доля эффективных чреспапиллярных вмешательств превышает долю неэффективных вмешательств почти в 7,8 раза (табл. 3).

Среди пациентов с неэффективным вмешательством определили различные причины, приведшие к неудачному результату (табл. 4).

Наибольшую долю (39,1 %) среди пациентов с неудачным вмешательством составляют пациенты, для которых наблюдалась «С/п дистальной ре-

Виды причин, которые привели к трудной канюляции

Причины	Абсолютное количество	Относительная доля, %
Дивертикулы		
– парапапиллярное расположение БДС	147	16,55
– интрадивертикулярное расположение БДС	48	5,41
Аденома БДС	167	18,81
Папиллит	141	15,88
Хронический осложненный панкреатит	95	10,70
Острый панкреатит, панкреонекроз	29	3,27
Вклиненный в БДС конкремент	31	3,49
Фиброз БДС	12	1,35
Атипичное расположение БДС	10	1,13
Выраженный гастроптоз	34	3,83
Рубцовая деформация ЛДПК	41	4,62
Деформация просвета ДПК за счёт с-г	3	0,34
Деформация и сужение просвета ДПК за счёт сдавления извне (доброкачественные или злокачественные процессы в головке ПЖ)	17	1,91
Гиперплазия стенки ДПК	2	0,23
Гигантская ГПОД	1	0,11
Деформация просвета ДПК за счёт наличия в анамнезе операций на билиарно-дуоденальной зоне	15	1,69
С-г БДС	9	1,01
С-г печени или внепечёночных желчных протоков	14	1,58
С-г головки поджелудочной железы	13	1,46
Деформация просвета ДПК лимфоузлами при опухолях другой локализации (молочная железа, толстая кишка и др.)	5	0,56
С/п дистальной резекции желудка по Б-2	19	2,14
С/п дистальной резекции желудка по Б-1	7	0,79
Другие операции на органах панкреато-билиарно-дуоденальной зоне	28	3,15
Всего	888	100

Таблица 3

Эффективность эндоскопических чреспапиллярных вмешательств в анализируемой группе пациентов

Результаты вмешательства	Количество пациентов	Доля, %
Эффективны	538	88,6
Неэффективны	69	11,4
Всего	607	100

Таблица 4

Различные виды причин при неудачных вмешательствах и их доля среди больных с неэффективным результатом

Виды причин	Количество пациентов	Доля, %
С/п дистальной резекции желудка по схеме Б-2	27	39,1
Дивертикулы ДПК	12	17,4
С/п дистальной резекции желудка по схеме Б-1	9	13,0
Рубцовая деформация ЛДПК, гастроптоз	6	8,7
Другие операции на желудке (гастрэктомия, ПДР)	6	8,7
Субтотальная грыжа ПОД	3	4,3
Гастроптоз (осложнение хронического панкреатита)	3	4,3
Аденома БС ДПК	3	4,3
Всего	69	100

зекции желудка по схеме Б-2». Доля таких пациентов статистически значимо ($p < 0,05$) отличается от всех других долей с различными видами причин. Для остальных причин статистически значимого различия от других причин не выявлено ($p > 0,05$).

В данной группе было проанализировано количество постманипуляционных осложнений. За все годы наблюдения было выявлено 33 пациента, которые имели осложнения наших вмешательств, что составило 5,46 %. Распределение по видам осложнений приведено в таблице 5.

му количество многоэтапных вмешательств выше, чем в общей группе (в 2 этапа – 19,93 % и 16 % соответственно, в 3 этапа и более – 9,72 % и 7,9 % соответственно).

Эффективность эндоскопических чреспапиллярных вмешательств в этой группе больных ниже, чем в общей, и составила 88,6 %, по сравнению с общей группой – 96,5 %.

Количество осложнений при выполнении чреспапиллярных вмешательств у пациентов с трудной канюляцией оказалось выше, чем в общей, и

Таблица 5

Виды осложнений чреспапиллярных вмешательств и их доля среди пациентов с осложненным результатом

Виды осложнений	Количество пациентов	Доля, %
Острый постманипуляционный панкреатит	26	78,8
Кровотечения из папиллотомной раны	6	18,2
Ретродуоденальная перфорация	1	3,0
Всего	33	100

Максимальную долю (78,8 %) среди пациентов с осложнениями составили больные с острым постманипуляционным панкреатитом. Эта доля статистически значимо ($p < 0,001$) отличалась от долей с другими видами осложнений.

Выводы

Различные причины, в той или иной степени, могут затруднять канюляцию до 40 % больных. Наиболее частой причиной трудной канюляции БС ДПК являются: дивертикулы, аденомы и папиллиты.

Наиболее частыми причинами, которые делают невозможными выполнение чреспапиллярных вмешательств, являются: пострезекционные состояния желудка, а также дивертикулы парапапиллярной области.

Нетипичные способы папиллотомии позволяют добиться канюляции протоковых структур в технически сложных случаях. Частота выполнения нетипичной папиллотомии в данной группе больных составляет 39,92 %. К этому значению присоединяется частота комбинированных папиллотомий (28,21 %), так как выполнение их начинается с нетипичной папиллотомии. То есть общее количество больных, кому папиллотомию начинали нетипичным папиллотомом, составило 68,13 %.

Данная группа больных, естественно, является более сложной в техническом исполнении, поэто-

составило 5,46 %, по сравнению с 4,31 % в общей группе.

Накопление опыта в проведении чреспапиллярных вмешательств повышает их эффективность у пациентов с трудной канюляцией БС ДПК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. – 1996. – Москва: ИМА-пресс, – 144 с.
2. Васильев Ю.В., Саврасов В.М., Сальман М.М. Ретроградная панкреатография посредством канюлирования Фатерова соска через дуоденоскоп. Клини. мед. – 1972. – № 7. – С. 36–39.
3. Григорян Р.С., Старков Ю.Г. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия при папиллярных дивертикулах. – Хирургия, 2001. – № 7. – С. 52–55.
4. Малярчук В.И., Пауткин Ю.Ф., Плавунцов Н.Ф. Заболевания большого дуоденального сосочка. – Москва: Камерон, 2004. – 167 с.
5. Назаренко П.М., Канищев Ю.В., Назаренко Д.П. Хирургические и эндоскопические методы лечения заболеваний большого сосочка двенадцатиперстной кишки и их клинично-анатомическое обоснование. – Курск, 2005. – 143 с.
6. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. – 1984. – М.: Медицина. – С. 188.
7. Classen M., Demling L. Endoscopic sphincterotomy of the papilla Vateri and stone extraction aus dem ductus choledochus. Dtsch. Med. Wochensh 1974 Mar 15. 99 (11): 496–7.
8. Kawai K., Akasaka Y., Murakami K., Tada M., Koli Y. Endoscopic sphincterotomy of the ampulla of Vater. Gastrointest. Endosc. 1974 May; 20(4); 148–51.
9. McCune W., Paul E. Shorb, Herbert Moscovitz Endoscopic cannulation of the ampulla of Vater: a preliminary report. 1968. Gastrointest. Endosc. 1988 May-Jun; 34 (3); 278–80

Поступила 23.08.2016