



МАЛОИНВАЗИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КРУПНЫМ МНОЖЕСТВЕННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

АБРАМОВА АЛИСА ГАРИКОВНА, аспирант кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 150023, Ярославль, ул. Гагарина, 12, тел. 8-920-655-67-96, e-mail: Aliceabramova@rambler.ru

ХОРЕВ АЛЕКСАНДР НИКОЛАЕВИЧ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 150023, Ярославль, ул. Гагарина, 12, тел. 8-902-330-51-11, e-mail: khorev48@mail.ru

КОЗЛОВ СЕРГЕЙ ВИКТОРОВИЧ, канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 150023, Ярославль, ул. Гагарина, 12, тел. 8-920-656-25-25, e-mail: SVKu@yandex.ru

ПЛЮТА АНДРЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ, канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 150023, Ярославль, ул. Гагарина, 12, тел. 8-905-634-01-96

БЛАГОВ ДМИТРИЙ АНАТОЛЬЕВИЧ, канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 150023, Ярославль, ул. Гагарина, 12, тел. 8-903-825-76-83, e-mail: D-Blagov@yandex.ru

КЛОКОВ ВАДИМ АНДРЕЕВИЧ, канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 150023, Ярославль, ул. Гагарина, 12, тел. 8-903-691-07-37, e-mail: klokov-mail@yandex.ru

АБРАМОВ ГАРИК СЕРИОПОВИЧ, врач-хирург ГБУЗ ЯО «Клиническая больница № 10», Россия, 150023, Ярославль, ул. Гагарина, 12, тел. 8-930-103-12-70, e-mail: Garikabramov59@gmail.com

Реферат. Цель исследования — оценить клинический эффект различных малоинвазивных методов оперативного вмешательства при холедохолитиазе. **Материал и методы.** Проведен анализ малоинвазивного хирургического лечения 198 пациентов с крупным множественным холедохолитиазом. Пациенты были разделены на четыре группы по методу выполняемой операции: группа А — 68 пациентов, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, литотрипсия, литоэкстракция; группа В — 30 пациентов, мини-лапаротомная холедохолитотомия, механическая дилатация большого дуоденального сосочка, внутреннее дренирование холедоха; группа С — 46 пациентов, мини-лапаротомная холедохолитотомия, холедоходуоденостомия; группа D — 54 пациента, мини-лапаротомная холедохолитотомия, дренированием холедоха по Керу. Критерии оценки: продолжительность анальгетической и антибактериальной терапии, пареза кишечника, нормализации билирубина и лейкоцитов крови, госпитализации, интраоперационные и послеоперационные осложнения. **Результаты и их обсуждение.** В группе А интраоперационных осложнений встречалось больше, в 16 случаях использованы конверсии на открытые операции. Сроки анальгетической, антибактериальной терапии, нормализации лейкоцитов и билирубина в группах В и D значительно ниже. Минимальная продолжительность пареза кишечника отмечена в группах с выполненной мини-лапаротомией, минимальные сроки госпитализации в группе В. Различий в группах А и С не выявлено, за исключением сроков нормализации билирубина. В основном послеоперационные осложнения возникали в группах А и С. В группе В отсутствует травматичность удаления дренажа. **Заключение.** Мини-лапаротомный доступ малотравматичен, является радикальным, сокращает сроки госпитализации, позволяет выполнять различные манипуляции на желчных протоках. Механическая дилатация большого дуоденального сосочка более щадящая, не приводит к кровотечению из сфинктера. Внутренний дренаж в холедохе служит каркасом, предотвращая стриктуру холедоха, большого дуоденального сосочка, сохраняет естественный ток желчи, не вызывает сложностей при экстракции.

Ключевые слова: холедохолитиаз, холедохолитотомия, мини-лапаротомия, внутреннее дренирование холедоха, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Для ссылки: Малоинвазивное лечение пациентов с крупным множественным холедохолитиазом / А.Г. Абрамова, А.Н. Хорев, С.В. Козлов [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2017. — Т. 10, вып. 1. — С. 48—53. DOI: 10.20969/VSKM.2017.10(1).48-53.

MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH MASSIVE MULTIPLE CHOLEDOCHOLITHIASIS

ABRAMOVA ALISA G., graduate student of the Department of surgery of Yaroslavl State Medical University, Russia, 150023, Yaroslavl, Gagarin str., 12, tel. 8-920-655-67-96, e-mail: Aliceabramova@rambler.ru

KHOREV ALEXANDER N., D. Med. Sci., professor, Head of the Department of surgery of Yaroslavl State Medical University, Russia, 150023, Yaroslavl, Gagarin str., 12, tel. 8-902-330-51-11, e-mail: khorev48@mail.ru

KOZLOV SERGEY V., C. Med. Sci., associate professor of the Department of surgery of Yaroslavl State Medical University, Russia, 150023, Yaroslavl, Gagarin str., 12, tel. 8-920-656-25-25, e-mail: SVKy@yandex.ru

PLJUTA ANDREY V., C. Med. Sci., associate professor of the Department of surgery of Yaroslavl State Medical University, Russia, 150023, Yaroslavl, Gagarin str., 12, tel. 8-905-634-01-96

BLAGOV DMITRIY A., C. Med. Sci., associate professor of the Department of surgery of Yaroslavl State Medical University, Russia, 150023, Yaroslavl, Gagarin str., 12, tel. 8-903-825-76-83, e-mail: D-Blagov@yandex.ru

KLOKOV VADIM A., C. Med. Sci., assistant of professor of the Department of surgery of Yaroslavl State Medical University, Russia, 150023, Yaroslavl, Gagarin str., 12, tel. 8-903-691-07-37, e-mail: klokov-mail@yandex.ru

ABRAMOV GARIK S., surgeon of Clinical hospital №10, Russia, 150023, Yaroslavl, Gagarin str., 12, tel. 8-930-103-12-70, e-mail: Garikabramov59@gmail.com

Abstract. Aim. To evaluate clinical effect of minimally invasive choledocholithiasis surgery. **Material and methods.** We conducted an analysis of minimally invasive surgical treatment of 198 massive multiple choledocholithiasis cases. The patients have been divided into 4 groups according to the surgical method: Group A — 68 patients with endoscopic papillosphincterotomy, lithotripsy, lithoextraction; Group B — 30 patients with mini laparotomy, choledochotomy, lithoextraction, mechanical dilation of the major duodenal papilla and internal drainage of the common bile duct; Group C — 46 patients with mini laparotomycholedochotomy, lithoextraction and choledochoduodenostomy; Group D — 54 patients with mini laparotomy, choledochotomy, lithoextraction and external drainage of the common bile duct by T-tube. Evaluation criteria: duration of analgesia and antibiotic treatment, intestinal paresis, normalization of bilirubin and leukocyte level, hospitalization, operative and postoperative complications. **Results and discussion.** We have found the biggest number of operative complications in group A. In 16 cases we used conversion to open surgery. Duration of analgesia, antibiotic treatment, normalization of white blood cells and bilirubin levels was significantly lower in groups B and D comparing to A and C. Minimal duration of intestinal paresis has been observed in the groups with mini laparotomy performed. In most cases postoperative complications were found in patients from groups A and C. Traumatic removal of drainage was not present in group B. **Conclusion.** Mini laparotomy access radically reduces duration of hospitalization. It also allows performing different manipulations on the common bile duct. Mechanical dilatation of the major duodenal papilla is less traumatic comparing to endoscopic papillosphincterotomy. Internal drainage of the common bile duct prevents the stricture of the common bile duct and of the major duodenal papilla. It can be easily removed.

Key words: choledocholithiasis, choledochotomy, mini laparotomy, internal drainage of the common bile duct, endoscopic papillosphincterotomy.

For references: Abramova AG, Khorev AN, Kozlov SV, Pljuta AV, Blagov DA, Klokov VA, Abramov GS. Minimally invasive treatment of patients with massive multiple choledocholithiasis. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2017; 10 (1): 48—53. DOI: 10.20969/VSKM.2017.10(1).48-53.

Введение. Проблема лечения пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) в последние годы приобрела особую актуальность в связи с продолжающимся ростом частоты осложнений. В России, по сведениям разных авторов, ЖКБ выявляется у 5,3—40% населения [1]. Несмотря на неуклонный рост и совершенствование хирургических вмешательств при ЖКБ, частота осложнений как заболевания, так и самих операций остается на высоком уровне. В частности, частота холедохолитиаза варьирует от 10 до 35%, причем этот показатель увеличивается с возрастом больных [2, 3]. С развитием малоинвазивных технологий эндоскопические, лапароскопические, мини-лапаротомные операции стали методами выбора в лечении холедохолитиаза, однако до сих пор нет единого стандарта лечения данной категории больных. Повторные операции на желчных протоках не только сложны в техническом исполнении, но и в большинстве случаев сопровождаются высокой летальностью (7—17%) [4, 5]. Дискутабельным остается и выбор между наружным дренированием желчных протоков и наложением билиодигестивных анастомозов. Отсюда

очевидна актуальность разработки малотравматичной литоэкстракции из общего желчного протока, а также способов его дренирования, в особенности при наличии у пациентов множественного крупного холедохолитиаза.

Цель исследования — оценить клинический эффект различных малоинвазивных методов оперативного вмешательства при холедохолитиазе.

Материал и методы. Проведен анализ результатов малоинвазивного хирургического лечения 198 пациентов с крупным множественным холедохолитиазом, находившихся на лечении в ГБУЗ ЯО «Клиническая больница № 10» на базе кафедры факультетской хирургии ЯГМУ г. Ярославля в период с 2005 по 2015 г. Обработка полученных данных осуществлялась с помощью программы Statistica 10 посредством дисперсионного анализа непараметрическим методом Краскела — Уоллиса. С целью оценки качественных признаков использована вариационная статистика Фишера — Пирсона χ^2 , для достоверности результатов — критерий Фишера (двусторонний тест). Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Все пациенты были раз-

делены на четыре группы по методу выполняемой операции: группа А — 68 пациентов, которым была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), эндоскопическая литоэкстракция (ЭЛЭ) в сочетании с литотрипсией (ЛТ); группа В — 30 пациентов, у которых выполнялась мини-лапаротомия с помощью набора «мини-ассистент» (М.И. Прудков), холецистэктомия, холедохолитотомия и временное внутреннее дренирование холедоха в двенадцатиперстную кишку путем заведения силиконовой трубки по нашей методике; группа С — 46 пациентов, которым была выполнена мини-лапаротомная холецистэктомия, холедохолитотомия с наложением холедоходуоденоанастомоза, группа D — 54 пациента с выполненной мини-лапаротомной холецистэктомией, холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха Т-образным дренажом Кера. Показанием к оперативным пособиям являлось наличие у пациентов крупного множественного холедохолитиаза при хроническом калькулезном холецистите. Из включенных в исследование 198 пациентов было 166 женщин и 32 мужчины в возрасте от 39 до 89 лет. В качестве предоперационных диагностических мероприятий использовались стандартные анализы и исследования (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, электрокардиография, рентгенография органов брюшной и грудной полостей и т.д.), ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, эндоскопическая эзофагогастродуоденоскопия, по возможности МР-холангиография. Всем пациентам, которым выполнялась ЭПСТ и ЭЛЭ, предварительно проводилась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), при выполнении открытых хирургических вмешательств обязательным условием являлась интраоперационная холангиография. Среди осложненных форм холедохолитиаза встречались такие, как механическая желтуха, стриктура большого дуоденального сосочка (БДС), острый и хронический холангит, хронический панкреатит. Частота встречаемости данных осложнений представлена в *табл. 1*.

Пациентам группы В при наличии стриктуры БДС в предоперационном периоде выполнялась ЭПСТ либо интраоперационная дилатация фатерова сосочка. Предпочтение отдавалось дилатации БДС в 24 (80%) случаях как менее травматичному методу. В группе D пациентам с папиллостенозом ЭПСТ проводилась в послеоперационном периоде. Для

оценки послеоперационного периода у пациентов использованы следующие критерии: продолжительность анальгетической и антибактериальной терапии, пареза кишечника, нормализация показателей билирубина и лейкоцитов крови, сроки госпитализации, интраоперационные и послеоперационные осложнения.

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам группы А проводилась ЭПСТ игольчатым либо луковидным папиллотомомы в сочетании с литотрипсией и ЭЛЭ, а также интраоперационно выполнялась ЭРХПГ. В 15 случаях выполнить ЭПСТ не представилось возможным из-за сложностей канюляции, атипичного расположения БДС, осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в виде деформации луковицы, вклиненного конкремента, плотной фиксации корзинки Dormia в общем желчном протоке с невозможностью экстракции, требовавших оперативного вмешательства. В последних случаях в срочном порядке выполнялся мини-доступ с последующими холецистэктомией, холедохотомией, экстракцией корзинки и конкрементов, операция завершалась постановкой внутреннего дренажа.

В группе В пациентам осуществлялись аналогичные операции с использованием набора «мини-ассистент». После холедохотомии и литоэкстракции обязательно выполнялась контрольная интраоперационная холангиография, при наличии стеноза БДС проводилась дилатация последнего бужом и антеградная установка внутреннего дренажа через холедохотомическое отверстие (приоритетная справка от 08.12.2015 г. № 2015152612/17) (*рисунок*). При этом дистальный конец дренажа находился в двенадцатиперстной кишке. За счет проксимальной и дистальной корзинок дренажа исключается его миграция в холедох и двенадцатиперстную кишку. Во всех случаях к Винслоу отверстию устанавливался трубчатый дренаж. При разработанном алгоритме оперативного вмешательства конверсии на лапаротомный доступ не потребовались. Удаление холедохального дренажа проводилось на 14-е сут при ФГДС.

Пациентам группы С выполнялась мини-лапаротомная холецистэктомия, холедохолитотомия; при выявлении стриктуры БДС по результатам интраоперационной холангиографии операция завершалась наложением холедоходуоденоанастомоза. Основным предоперационным осложнением в данной группе, помимо стриктуры БДС, была механическая

Таблица 1

Количество осложненных форм холедохолитиаза

Заболевание	Группа А, n=68	Группа В, n=30	Группа С, n=46	Группа D, n=54
Механическая желтуха	57 (83,8%)	28 (93,3%)	44 (95,7%)	47 (87%)
Стриктура БДС	46 (67,6%)	21 (70%)	46 (100%)	6 (11,1%)
Острый холангит	3 (4,4%)	2 (6,7%)	5 (10,9%)	11 (20,4%)
Хронический холангит	11 (16,%)	8 (26,7%)	3 (6,5%)	17 (31,5%)
Хронический панкреатит	26 (38,2%)	7 (23,3%)	12 (26,1%)	19 (35,2%)



ФГДС — внутренний дренаж в просвете двенадцатиперстной кишки, антеградно установленный из мини-доступа в общий желчный проток

желтуха. Всем пациентам проводилось дренирование подпеченочного пространства трубчатым и марлевым дренажами. В группе D пациентам также выполнялась мини-лапаротомная холецистэктомия, холедохолитотомия. При отсутствии стриктуры БДС, в случае выявления острого холангита, операция завершалась наружным дренированием общего желчного протока Т-образным дренажом Кера. Операция завершалась аналогично дренированием подпеченочного пространства трубчатым и марлевым дренажами.

На основании дисперсионного анализа Краскела — Уоллиса минимальные сроки средней продолжительности операций имели место в группе А по сравнению с группами В, С и D ($p=0,03$, $p<0,001$, $p<0,001$ соответственно). При открытых оперативных вмешательствах статистически значимые различия получены в группе В ($p<0,001$). Различий в группах С и D не выявлено ($p=1,0$). Результаты приведены в *табл. 2*.

Интраоперационные осложнения представлены в *табл. 3*, их общая доля составила 15,7%.

В группе А по сравнению с группами В, С и D интраоперационных осложнений встречалось больше ($p=0,02$, $p=0,02$, $p=0,03$) соответственно двустороннему критерию Фишера. Статистически значимых различий между группами В, С и D не выявлено ($p=1,0$, $p=0,7$, $p=0,7$ соответственно). При таких интраоперационных осложнениях ЭПСТ, как повреждение общего желчного протока, технические сложности во время манипуляции, проводились открытые операции: в 15 случаях из мини-доступа с последующей литоэкстракцией и внутренним дренированием холедоха, в 1 случае — лапаротомным путем и наружным дренированием холедоха дренажом Кера, в группах В, С и D конверсий не было ($p=0,002$, $p<0,001$, $p<0,001$ соответственно).

Результаты течения послеоперационного периода у пациентов во всех группах согласно отобранным критериям представлены в *табл. 4*. В группе А рассматривались 52 случая успешно проведенных

Т а б л и ц а 2

Длительность операции

Время операции, мин	Группа А, n=68	Группа В, n=30	Группа С, n=46	Группа D, n=54
Среднее (стандартное отклонение)	76 (13)	90 (11)	121 (16)	113 (16)
Медиана (верхний и нижний квартили)	75 (65—85)	90 (80—95)	120 (110—130)	110 (100—120)

Т а б л и ц а 3

Интраоперационные осложнения

Осложнения	Группа А, n=68	Группа В, n=30	Группа С, n=46	Группа D, n=54
Кровотечение из БДС	3	—	—	—
Перфорация желчного пузыря	—	1	2	3
Повреждение холедоха	1	—	1	2
Повреждение пузырной артерии до лигирования	—	1	1	1
Жесткая фиксация корзинки Дормиа в холедохе	7	—	—	—
Невозможность выполнить операцию ввиду технических сложностей	8	—	—	—
Всего	19 (27,9%)	2 (6,7%)	4 (8,7%)	6 (11,1%)

Т а б л и ц а 4

Течение послеоперационного периода

Критерии оценки	Группа А, n=52, дни	Группа В, n=30, дни	Группа С, n=46, дни	Группа D, n=54, дни
Анальгетическая терапия	7,3±2,4	5,5±1,2*	7,2±1,7	5,7±1,7 *
Антибактериальная терапия	8,8±2,7	7,1±1,9*	9,4±2,2	7,3±2,2*
Парез кишечника	3,1±1,3	2,1±0,9*	2,5±1,5*	2,3±1,4*
Сроки нормализации билирубина крови	7,7±2,2*	6,3±1,9*	9,1±1,6	6,5±1,3*
Сроки нормализации лейкоцитов крови	7,6±2,6	5,4±1,9*	7,7±2,1	5,8±2,5*
Госпитализация	15,0±2,4	10,6±2,1*	15,4±4,0	12,9±2,2*

* $p<0,05$.

Послеоперационные осложнения

Осложнения	Группа А, n=53	Группа В, n=30	Группа С, n=46	Группа D, n=54
Гематома послеоперационной раны	—	1	1	1
Нагноение послеоперационной раны	—	1	—	—
Резидуальный холедохолитиаз	11	—	8	4
Желчеистечение из хода Люшка	—	—	—	—
Перитонит	1	—	1	—
Острый холангит	6	—	21	2
Острый деструктивный панкреатит	17	—	—	—
Технические сложности при удалении дренажа, травматизация холедоха	—	—	—	7
Несостоятельность швов на общем желчном протоке	—	—	1	—
Тромбоземболия легочной артерии	—	—	1	—
Острая коронарная недостаточность	1	—	—	—
Летальные исходы	2	—	1	—
Всего	38 (73,1%)	2 (6,7%)	34 (76,1%)	14 (25,9%)

ЭПСТ и ЭЛЭ. Оценка вышеприведенных критериев осуществлялась в днях, данные приведены с указанием среднего и стандартного отклонения.

На основании проведенного дисперсионного анализа Краскела — Уоллиса можно считать, что в группах В и D продолжительность анальгетической, антибактериальной терапии, сроки нормализации лейкоцитов и билирубина значительно ниже, чем в группах А и С ($p < 0,001$). Минимальная продолжительность пареза кишечника отмечена в группах с выполненной мини-лапаротомией ($p < 0,001$), сроки госпитализации — в группе В ($p < 0,001$). Статистически значимых различий по всем критериям, за исключением сроков нормализации билирубина ($p = 0,004$), в группах А и С не получено ($p = 1,0$).

Послеоперационные осложнения имели место как со стороны послеоперационной раны, так и в виде сопутствующей тяжелой сердечно-сосудистой патологии (табл. 5).

В большей степени послеоперационные осложнения возникали у пациентов в группах А и С ($p < 0,001$) ввиду осложнений, связанных непосредственно с холедоходуоденостомией: острого холангита, острого деструктивного панкреатита, резидуального холедохолитиаза. Получены статистически значимые различия между группами В и D ($p = 0,04$) в пользу пациентов с внутренним дренированием холедоха, в основном за счет отсутствия травматичности удаления дренажа. Основной причиной летальности у пациентов в группе С была декомпенсация сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, в то время как в группе А — панкреонекроз в послеоперационном периоде. В группах В и D летальных исходов не было.

Выводы. ЭПСТ, литотрипсия и ЭЛЭ на сегодняшний день входят в «золотой стандарт» лечения пациентов с холедохолитиазом, но, как показывает исследование, не в случаях крупного множественного холедохолитиаза. У данной группы пациентов эндоскопическая методика приводит к ряду значительного количества послеоперационных осложнений, требующих в последующем открытого оперативного вмешательства. Мини-лапаротомный

доступ по травматичности сопоставим с эндоскопическими вмешательствами, при этом является радикальным, сокращает восстановительный период пациентов и сроки госпитализации, позволяет выполнять различные виды манипуляций на внепеченочных желчных протоках. Механическая дилатация БДС по сравнению с папиллотомией является более щадящей и физиологичной, не приводит к кровотечению из сфинктера после операции. Внутренний временный дренаж в общем желчном протоке служит каркасом, предотвращающим стриктуру холедоха и БДС, сохраняет естественный ток желчи, не вызывает сложностей при последующей его экстракции.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Размахнин, Е.В. Контактная литотрипсия при лечении холедохолитиаза / Е.В. Размахнин, Б.С. Хышиктуев, С.Л. Лобанов // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. — 2014. — № 7. — С.34—37.
2. Бобоев, Б.Д. Результаты одномоментного лапароскопического лечения больных холецистохоледохолитиазом / Б.Д. Бобоев // Анналы хирургической гепатологии. — 2012. — Т. 17, № 4. — С.80—83.
3. Эффективность комплексного применения малоинвазивных методик в лечении больных с холедохолитиазом / В.М. Дурлештер [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2012. — № 4. — С.15—21.
4. Повреждение магистральных желчных протоков при холецистэктомии из мини-доступа / В.Г. Агаджанов [и др.] // Эндовидеохирургия желчнокаменной болезни сегодня: проблемы и пути их преодоления: материалы выездного пленума правления РОЭХ, Екатеринбург, 30 ноября, 2012. — Екатеринбург, 2012. — С.18—20.

5. *Piecuch, J.* Biliary tract complications following 52 consecutive orthotopic liver transplants / *J. Piecuch, K. Witkowski* // *Ann. Transplant.* — 2001. — № 1. — P.36—38.

REFERENCES

1. Razmahnin EV, Hyshiktuev BS, Lobanov SL. Kontaktnaja litotripsija pri lechenii holedoholitiata [Contact lithotripsy in treatment of choledocholithiasis]. *Hirurgija; Zhurnal imeni NI Pirogova* [Surgery; Journal behalf of NI Pirogov]. 2014; 7: 34-37.
2. Boboev BD. Rezul'taty odnomomentnogo laparoskopicheskogo lechenija bol'nyh holecistoholedoholitiatom [Results of One-Step laparoscopic management of the cholecystocholedocholithiasis patients]. *Analy hirurgicheskoy gepatologii* [Annals of surgical hepatology]. 2012; 4 (17): 80-83.
3. Durlshter VM, Gabriel SA, Dynko VY et al. Jefferektivnost' kompleksnogo primenenija maloinvazivnyh metodik

v lechenii bol'nyh s holedoholitiatom [The efficiency of complex application minimally invasive methods in treatment of patients with choledocholithiasis]. *Vestnik hirurgicheskoy gastrojenterologii* [Bulletin Surgical Gastroenterology]. 2012; 4: 15-21.

4. Agadzhyanov VG, Shulutko AM, Chanturija MO et al. Povrezhdenie magistral'nyh zhelchnykh protokov pri holecistektomii iz mini-dostupa [Damage to the main bile duct during cholecystectomy from the minimal access]. *Jendovideohirurgija zhelchnokamennoj bolezni segodnja: problemy i puti ih preodolenija: materialy vyeznogo plenuma pravlenija ROJeH* [Endovideosurgery cholelithiasis today: problems and ways to overcome them: materials of plenum of the ROEH]. 2012; 18-20.
5. *Piecuch J, Witkowski K.* Biliary tract complications following 52 consecutive orthotopic liver transplants. *Ann Transplant.* 2001; 1: 36-38.

© Е.А. Ацель, А.В. Фомина, 2017

УДК 616.12-008.331.1-082

DOI: 10.20969/VSKM.2017.10(1).53-59

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

АЦЕЛЬ ЕВГЕНИЯ АЛЕКСАНДРОВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры терапии, гериатрии и семейной медицины КГМА — филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Муштары, 11, e-mail: atzel@mail.ru

ФОМИНА АННА ВЛАДИМИРОВНА, докт. фарм. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГАУ ВО РУДН Минобрнауки России, Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6, e-mail: anutyk74@mail.ru

Реферат. Цель исследования — экспертная оценка качества оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с артериальной гипертензией. **Материал и методы.** Проведена экспертная оценка 347 случаев оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с артериальной гипертензией в условиях организационного эксперимента и 172 случаев оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с артериальной гипертензией из группы сравнения. Сравнимые группы были сопоставимы по основным характеристикам анализируемых заболеваний. Среди пациентов с артериальной гипертензией наибольшую долю составляли больные с III стадией заболевания (53,0 и 52,3% соответственно) и риском 4 сердечно-сосудистых осложнений (68,8 и 72,3% соответственно). **Результаты и их обсуждение.** В результате эксперимента в основной группе отмечалось статистически значимое снижение частоты дефектов в постановке диагноза ($p < 0,001$), сборе анамнеза ($p < 0,001$), описании объективного статуса ($p < 0,001$), лабораторно-инструментальной диагностике ($p < 0,001$), некорректного лечения ($p < 0,001$), кроме использования лекарственных средств по стандартам, но с полипрагмазией и/или политерапией ($p > 0,05$). **Заключение.** В результате проведенной экспертной оценки была выявлена статистическая значимость эффективности проведенного организационного эксперимента в части реализации в образовательном процессе программ повышения квалификации врачей первичного звена здравоохранения по вопросам повышения качества диагностики и лечения болезней системы кровообращения.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, экспертная оценка, артериальные гипертензия.

Для ссылки: Ацель, Е.А. Экспертная оценка качества оказания первичной медико-санитарной помощи населению с артериальной гипертензией / Е.А. Ацель, А.В. Фомина // *Вестник современной клинической медицины.* — 2017. — Т. 10, вып. 1. — С.53—59. DOI: 10.20969/VSKM.2017.10(1).53-59.

EXPERT QUALITY ASSESSMENT PRIMARY HEALTH CARE TO THE POPULATION WITH ARTERIAL HYPERTENSION

ATSEL EVGENIA A., *C. Med. Sci.*, associate professor of the Department of therapy, geriatrics and family medicine KSMA — Branch of the FSBEI APE RMACPE MOH, Russia, 420012, Kazan, Mushtari str., 11, e-mail: atzel@mail.ru

FOMINA ANNA V., *C. Farm. Sci.*, professor, Head of the Department of public health and health FSAEI HE PFUR, Russia, 117198, Moscow, Miclukho-Maclay str., 6, e-mail: anutyk74@mail.ru

Abstract. Aim — expert evaluation of the quality of primary care patients with hypertension. **Material and methods.** Spend peer review 347 cases of primary health care to patients with arterial hypertension in the conditions of organizational experiment, and 172 cases of primary health care to patients with arterial hypertension of the comparison group. Compared groups were comparable in terms of the basic characteristics of the analyzed diseases. Among patients