

## ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Ильяс Маратович Сайфутдинов\*, Лев Ефимович Славин

Межрегиональный клинико-диагностический центр, г. Казань, Россия

Статья поступила 30.06.2015; принята к печати 10.08.2015.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2016-26

**Цель.** Оценить эффективность профилактических мероприятий при эндоскопических вмешательствах на большом сосочке двенадцатиперстной кишки.

**Методы.** С 2007 по 2015 гг. 575 больным было выполнено 1028 транспапиллярных вмешательств в связи с доброкачественной и злокачественной патологией. Проведён анализ частоты и структуры осложнений в различные временные интервалы с учётом меняющейся тактики ведения пациентов и использования различных профилактических технологий.

**Результаты.** В течение 2007–2015 гг. зарегистрировано 30 случаев постманипуляционных осложнений (2,9% больных) с летальностью 0,09%. В период с 2007 по 2008 гг. постманипуляционные осложнения составили 8,5%. Основными причинами осложнений были большая длительность операции (до 2 ч) и недостаточный опыт врача-эндоскописта. На этот период приходится единственный летальный исход, который был обусловлен острой сердечно-сосудистой недостаточностью. С 2009 по 2011 гг. отмечено снижение количества осложнений до 3,4% за счёт тщательного подбора пациентов на плановые операции, включения в алгоритм диагностики эндосонаграфии, использования октреотида и гиосцина бутилбромиды, расширения показаний для проведения стентирования жёлчных протоков, исключения контрастирования главного панкреатического протока, проведения назобилиарного дренирования при механической желтухе и гнойном холангите. В период с 2012 по 2015 гг. при наличии высокого риска возникновения постманипуляционного панкреатита каждое пятое вмешательство стали завершать стентированием главного панкреатического протока с сокращением длительности манипуляций до 25–35 мин и увеличением количества этапов операции. В этот период частота постманипуляционных осложнений составила 1,2%.

**Вывод.** Анализ постманипуляционных осложнений позволил выделить наиболее значимые мероприятия, повышающие безопасность транспапиллярных вмешательств, тем самым снизив количество осложнений с 8,5% в период 2007–2008 гг. до 1,2% в период 2014–2015 гг.

**Ключевые слова:** транспапиллярные вмешательства, постманипуляционные осложнения, профилактика осложнений.

### WAYS TO PREVENT COMPLICATIONS IN ENDOSCOPIC TRANSPAPILLARY INTERVENTIONS

I.M. Sayfutdinov, L.E. Slavin

Interregional Clinical Diagnostic Center, Kazan, Russia

**Aim.** To assess the effectiveness of preventive measures in endoscopic interventions on the major duodenal papilla.

**Methods.** 1028 transpapillary interventions related to benign and malignant diseases were performed on 575 patients from 2007 to 2015. The analysis of complications rate and structure in different time intervals, taking into account the changing of patients management tactics and the use of different preventive technologies, was performed.

**Results.** During 2007–2015, 30 cases of post-manipulational complications were registered (2.9% of patients) with a mortality rate of 0.09%. In the period from 2007 to 2008 post-manipulational complications rate was 8.5%. The main causes of complications were surgery long duration (up to 2 hours) and the lack of endoscopist experience. During this period, there was only one death, which was caused by acute cardiovascular insufficiency. From 2009 to 2011, the complications number decreased to 3.4% due to the careful patients selection for elective surgery, including the endosonography in diagnostic algorithm, octreotide, and hyoscine butylbromide use, the expansion of indications for the bile ducts stenting, exclusion the main pancreatic duct contrast, nasobiliary drainage in obstructive jaundice and suppurative cholangitis. In the period from 2012 to 2015, in the presence of a high risk of post-manipulational pancreatitis, every fifth intervention was completed by the main pancreatic duct stent placement with reducing of manipulations duration to 25–35 minutes, and increasing the surgery phases number. During this period, post-manipulational complications rate was 1.2%.

**Conclusion.** Analysis of post-manipulational complications allowed to identify the most important measures to enhance the transpapillary interventions safety, thereby reducing the number of complications from 8.5% in the period of 2007–2008, to 1.2% in the period of 2014–2015.

**Keywords:** transpapillary intervention, post-manipulational complications, complications prevention.

Наиболее частыми осложнениями транспапиллярных вмешательств бывают панкреатит, кровотечение, перфорация, холангит. Анализ результатов лечебных эндоскопических ретроградных холангиопанкреатографий (ЭРХПГ) и транспапиллярных вмешательств за последние полтора десяти-

летия показал, что, несмотря на совершенствование эндоскопической техники, общее количество осложнений эндоскопической папиллосфинктеротомии сохраняется на стабильно высоком уровне и составляет 0,8–20% с летальностью 1,5–2% [2, 4].

Разброс статистических данных по осложнениям, предоставляемых различными авторами, связан как с различной оценкой

результатов, так и с различиями в тактике ведения больных и методах выполнения операции. В частности, частота панкреатита после лечебной ЭРХПГ варьирует в пределах от 1 до 40% со средним показателем 5% [11].

Большинство авторов острый постманипуляционный панкреатит определяют как клинический синдром, включающий возникновение сильных болей, повышение уровня амилазы в 3 раза в течение 24 ч после процедуры, лейкоцитоз и необходимость срочной госпитализации [3, 8]. При этом сама по себе бессимптомная гипермилаземия (повышение уровня  $\alpha$ -амилазы сыворотки крови), не сопровождающаяся клиническими проявлениями острого постманипуляционного панкреатита, регистрируется у 25–75% пациентов, перенёсших ЭРХПГ, и не считается значимой [5].

Грозное осложнение — интра- и послеоперационное кровотечение из папиллотомного разреза, требующее дополнительных лечебных мероприятий или изменения тактики лечения. Постэндоскопическое кровотечение тяжёлой степени обусловлено травматизацией ветвей общей печёочной и панкреатодуоденальных верхней и нижней артерий, оно возникает с частотой от 0,6 до 14,5% [1].

Редким, с частотой развития от 0,3 до 2,1%, но наиболее тяжёлым осложнением эндоскопических транспапиллярных вмешательств является перфорация двенадцатиперстной кишки, летальность при которой достигает 0,1–18% [12, 13].

Частота развития послеоперационного холангита составляет 1–3%, причём клинические проявления развиваются в течение первых 24 ч после вмешательства [7].

Изучение частоты и факторов риска постманипуляционных осложнений стало целью ряда исследований [6, 9, 14, 15]. Было, к примеру, показано, что факторами риска развития острого панкреатита являются женский пол, проведение эндоскопической баллонной дилатации, сложной канюляции большого дуоденального сосочка (БДС), эндоскопической папиллосфинктеротомии, особенно при использовании атипичной методики и введении контрастного вещества в вирзунгов проток [10].

Тем не менее, не снижающаяся частота послеоперационных осложнений, существенное влияние их на показатели летальности, инвалидизации, материальные затраты на лечение и реабилитацию дела-

ют актуальным продолжение исследований в данном направлении.

Под наблюдением с 2007 по 2015 гг. находились 575 больных (189 мужчин и 386 женщин) в возрасте от 33 до 86 лет, которым было выполнено 1028 ретроградных транспапиллярных вмешательств при заболеваниях органов гепатопанкреатобилиарной зоны (табл. 1).

Таблица 1  
Количество больных с патологией панкреатобилиарной области

Диагноз	Всего больных
<i>I. Доброкачественная патология</i>	521
Холедохолитиаз	313
Стриктура терминального отдела холедоха с папиллостенозом	167
Хронический панкреатит (псевдотуморозный)	22
Острый панкреатит, в том числе постманипуляционный	8
Синдром Мириizzi	3
Рубцовая послеоперационная стриктура холедоха	6
Склерозирующий холангит	1
Перфорация холедоха	1
<i>II. Злокачественная патология</i>	54
Рак головки поджелудочной железы	19
Рак большого дуоденального сосочка	24
Рак гепатикохоледоха	5
Опухоль Клацкина	6
<i>Всего</i>	575

232 вмешательства (23% общего числа вмешательств) выполнено больным со злокачественной патологией панкреатобилиарной области (при раке головки поджелудочной железы, протоков и БДС, метастазах в лимфатические узлы ворот печени).

Механическая желтуха зарегистрирована у 97 (17%) больных, клиника гнойного холангита — у 62 (10,7%) пациентов.

Перед выполнением транспапиллярных вмешательств проводили ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопию, эндоскопическую ультрасонографию, эндоскопическую ретроградную холангиографию, компьютерную томографию органов брюшной полости, электрокардиографию, рентгенографию органов грудной клетки, общий анализ крови и мочи, функциональные пробы печени, консультацию кардиолога.

Частота транспапиллярных осложне-

ний в разные периоды 2007–2015 гг. представлена в табл. 2.

Таблица 2

**Частота осложнений после транспапиллярных вмешательств (2007–2015)**

Период, годы	Количество операций	Количество осложнений
2007–2008	129	11 (8,5%)
2009–2011	351	12 (3,4%)
2012–2015	548	7 (1,2%)
Всего	1028	30 (2,9%)

Представленные результаты показывают снижение количества послеоперационных осложнений с 8,5% в 2007–2008 гг. до 1,2% в 2014–2015 гг. Большое количество осложнений на начальном этапе (2007–2008) можно объяснить отсутствием необходимого опыта оперирующего эндоскописта. В результате были допущены следующие характерные ошибки:

- отсутствие предоперационной подготовки с целью снижения ферментативной активности поджелудочной железы, особенно при выполнении плановых вмешательств в день поступления пациента;
- контрастирование протоковой системы из ампулы БДС из-за отсутствия результатов высокоинформативных, уточняющих видов диагностических исследований;
- отсутствие проведения аспирационной пробы и последующих превентивных мероприятий в случаях попадания струны, канюли или папиллотомы в главный панкреатический проток;
- увеличение длительности операции до 120 мин в условиях недостаточной релаксации кишечника;
- многократные безуспешные попытки канюляции ампулы БДС с последующим «запоздавшим» проведением атипичной папиллотомии, что сопровождалось травматизацией БДС;
- стремление одномоментного разрешения клиники механической желтухи с увеличением длины папиллотомического разреза.

Тем не менее, в большинстве случаев зарегистрирован благоприятный исход. Единственный летальный исход, обусловленный острой сердечно-сосудистой недостаточностью, зафиксирован у пациентки 88 лет с опухолью головки поджелудочной железы на 7-е сутки после папиллосфинктеротомии.

В период 2009–2011 гг. весомый вклад в

снижение количества постманипуляционных осложнений внесло внедрение в клиническую практику эндосонографии, которая вместе с дуоденоскопией вошла в предоперационную диагностическую программу у больных с патологией панкреатобилиарной области. Эндосонография была призвана решить следующие задачи:

- оценить состояние и характер изменений поджелудочной железы, внепечёчных жёлчных путей и двенадцатиперстной кишки;
- выявить анатомо-топографические особенности зоны операционного доступа;
- определить дальнейшую тактику лечения.

Проведение эндосонографии стало альтернативой рентгеноконтрастным методам исследования. Высокая специфичность данного метода позволила на 25% снизить число плановых эндоскопических транспапиллярных вмешательств. Традиционные методы лучевой диагностики в такой ситуации дают до 35% ложноположительных результатов. Однако следует отметить, что эндосонография – сложный диагностический метод, требующий специальной подготовки врача-эндоскописта. Так, нами зарегистрировано 2 случая постманипуляционного отёчного панкреонекроза у молодых женщин, развившегося после эндосонографического исследования.

В период 2009–2011 гг. были расширены показания для стентирования жёлчных путей в группе больных с доброкачественной патологией панкреатобилиарной области, особенно со сложными анатомо-топографическими изменениями, затрудняющими доступ в жёлчные пути (после резекции желудка по Бильрот-2, при интрадивертикулярном расположении БДС). Выполнение 150 стентирований жёлчных путей позволило:

- предупредить развитие клинической картины постманипуляционного панкреатита в 98,7% случаев;
- применить «безопасную» методику атипичной эндоскопической папиллосфинктеротомии (над стентом) у больных со сложными анатомо-топографическими изменениями в зоне операционного доступа или после разрешения клиники механической желтухи.

В этот же период у 8 больных внедрена и успешно выполнена методика комплексного лечения тубулярных папиллостенозов 3-й степени при наличии холецистолити-

аза. Так, при невозможности ретроградной селективной катетеризации жёлчного протока для исключения дальнейших неконтролируемых манипуляций в области БДС проводили лапароскопическую холецистэктомию с дренированием холедоха по Пиковскому. Через 4–5 дней после лапароскопической холецистэктомии выполняли очередной этап лечебной ЭРХПГ, во время которой через дренаж, установленный в холедох через пузырный проток, вводили изотонический раствор натрия хлорида, окрашенный метиленовой синью.

Изменилось отношение и к кровотечениям из папиллотомического разреза. Кровотечения, остановившиеся либо самостоятельно, либо после эндоскопических методов гемостаза и не требовавшие прекращения эндоскопической операции, к осложнениям не относили. Выполняли внутримышечное введение этамзилата (дицинона, 4,0 мл) и орошение холодным изотоническим раствором натрия хлорида верхних краёв раны с последующей экспозицией в течение 15 мин. В 90% случаев выжидательная тактика была оправдана и позволяла продолжить операцию. При продолжающемся кровотечении и формировании гемотампонады в области БДС выполняли инфильтрацию подслизистого слоя сосудосуживающими препаратами и стентирование жёлчных путей с удалением кровяных сгустков.

Для предотвращения кровотечений у пациентов с механической желтухой вмешательства проводили после оценки степени нарушения свёртывающей системы крови и предоперационной гемостатической терапии.

Мероприятиями, предупреждающими развитие таких грозных осложнений, как острая сердечно-сосудистая недостаточность и инсульт, стали следующие:

- сокращение длительности оперативного вмешательства до 40–45 мин во втором периоде и до 30 мин в третьем периоде за счёт отказа от порочной, на наш взгляд, практики одноэтапных вмешательств;

- обязательная предварительная консультация кардиолога пациентов старше 50 лет.

Для уменьшения протеолиза и внутрипротокового давления, а также угнетения экзокринной функции поджелудочной железы применяли октреотид подкожно (100 мкг перед операцией, далее по 100–200 мкг 3 раза в сутки на протяжении 5–7 дней).

Во избежание проявления нежелательных эффектов октреотида в виде увеличе-

ния базального давления сфинктера Одди и частоты его сокращений использовали ректальные свечи гиосцина бутилбромида (бускопана). Доза гиосцина бутилбромида в суппозиториях составляла 20–30 мг во время операции, затем по 10 мг 3 раза в день в течение 2 дней. В последующем препарат назначали в таблетках в дозе 10 мг 3 раза в день в течение 3–7 дней в зависимости от клинико-лабораторных показателей.

При наличии гнойного холангита выполняли наружное дренирование жёлчных путей с проведением бактериологического посева жёлчи. Санация жёлчных путей в течение 10–14 дней в сочетании с интенсивными реанимационными мероприятиями позволила разрешить клинику восходящего холангита и сепсиса у 2 пациентов.

В 3 из 10 баллонных папиллодилатаций (30%) вмешательство осложнилось развитием острого панкреатита, в результате чего мы отказались от дальнейшего проведения данного вида операций. Своевременная интерпретация клиники острого постманипуляционного панкреатита и стентирование главного панкреатического протока позволили избежать развития панкреонекроза у 7 больных. Вмешательства, выполняемые в сложных условиях, обусловленных ограничением подвижности подковы двенадцатиперстной кишки из-за отёка головки поджелудочной железы, неудовлетворительной визуализации устья главного панкреатического протока, гемотампонады в зоне рассечённой папиллы, способствовали накоплению опыта по профилактике постманипуляционных осложнений.

В период с 2012 по 2015 гг. стали активно использовать стентирование главного панкреатического протока во всех случаях прогнозируемого высокого риска развития осложнений:

- при попадании канюли или папиллотомы в главный панкреатический проток, сопровождавшемся возникновением болевого синдрома, особенно у пациентов женского пола в сочетании с признаками папиллостеноза, интрадивертикулярного расположения БДС, ЭРХПГ-индуцированного панкреатита в анамнезе;

- при тонкой септе между устьями холедоха и панкреатического протока с целью их разграничения и удобства последующей селективной канюляции общего жёлчного протока.

Отдельного обсуждения заслуживает ситуация, которую во многих публикаци-

Таблица 3

Частота послеоперационных осложнений в различные периоды с 2007 по 2015 гг.

Виды осложнений	2007–2008 гг.	2009–2011 гг.	2012–2015 гг.	Всего за 2007–2015 гг.
Кровотечение из папиллотомического разреза	1 (0,8%)	1 (0,3%)	0	2 (0,2%)
Острый панкреатит, панкреонекроз	5 (3,9%)	6 (1,7%)	3 (0,5%)	14 (1,4%)
Ретродуоденальная перфорация	1 (0,7%)	1 (0,3%)	0	2 (0,2%)
Холангит	2 (1,4%)	1 (0,3%)	1 (0,18%)	4 (0,4%)
Перфорация холедоха	0	1 (0,3%)	0	1 (0,1%)
Миграция стента в холедох	1 (0,8%)	1 (0,3%)	2 (0,4%)	5 (0,5%)
Синдром Маллори–Вейсса	0	0	1 (0,2%)	1 (0,1%)
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	1 (0,8%)	0	0	1 (0,1%)
Острое нарушение мозгового кровообращения	0	1 (0,3%)	0	1 (0,1%)

ях рассматривают как осложнение транспапиллярных вмешательств, — вклинение корзины с конкрементом в общий жёлчный проток. В большинстве случаев такие вклинения становятся показанием к лапаротомии или эндохирургическим вмешательствам, поскольку насильственная тракция может привести к тяжёлым осложнениям.

При наличии крупных конкрементов (от 15 до 30 мм в диаметре) мы прибегали к практике «искусственного» вклинения корзины с конкрементом в жёлчный проток и дробления конкрементов под рентгенологическим контролем. Для этого применяли аварийное устройство с металлической оболочкой-кожухом для многоразового использования. За период 2007–2015 гг. данным способом без осложнений выполнено 54 литотрипсии.

За период с 2007 по 2015 гг. наибольшее количество осложнений (15 из 30 случаев, 50%) отмечено в группе больных с папиллостенозом как доброкачественной, так и злокачественной этиологии.

Так, в одном случае ретроградной перфорации у больного со стенозом БДС, обусловленным интраампулярной опухолью, сформировался абсцесс забрюшинного пространства, успешно излеченный двукратной пункцией полости под ультразвуковым контролем.

В другом случае перфорация осложнилась тотальной эмфиземой подкожной клетчатки. Интенсивная консервативная терапия позволила справиться с этим осложнением. Больная в удовлетворительном состоянии была выписана на 8-е сутки после операции. Лапаротомий по поводу возникших осложнений не производили.

Разработанная нами тактика ведения

больных позволила с 2007 по 2015 гг. снизить частоту наиболее частого осложнения — острого панкреатита — с 3,8 до 0,5% (табл. 3).

При перфорации холедоха после бужирования средней короткой рубцовой стриктуры с ангуляцией общего жёлчного протока, развившейся после лапароскопической холецистэктомии, эффективной оказалась установка билиарного стента. Продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение из кардиоэзофагеального надрыва также остановлено эндоскопически. Нужно отметить, что наблюдавшиеся в 3,3% случаев (5 из 150 стентирований) миграции стентов были успешно разрешены эндоскопическим путём.

ВЫВОД

Проведённый анализ результатов эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных с патологией органов панкреатобилиарной области позволил определить наиболее эффективные профилактические мероприятия и использовать их в клинической практике. Это привело к снижению частоты постманипуляционных осложнений с 8,5% (период 2007–2008 гг.) до 1,2% (период 2014–2015 гг.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. *Руководство по хирургии жёлчных путей*. М.: Видар. 2009; 568 с. [Gal'perin E.I., Vetshev P.S. *Rukovodstvo po khirurgii zhelchnykh putey*. (Guidelines on biliary tract surgery.) Moscow: Vidar. 2009; 568 p. (In Russ.)]  
2. Красильников Д.М., Сафин Р.Ш., Васильев Д.Ж. Профилактика осложнений после эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии и папиллосфинктеротомии. *Казанский мед. ж.* 2012;



93 (4): 597–601. [Krasil'nikov D.M., Safin R.Sh., Vasil'ev D. Zh. Prevention of complications after endoscopic retrograde cholangiopancreatography and papillosphincterotomy. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2012; 93 (4): 597–601. (In Russ.)]

3. Манцеров М.П., Мороз Е.В. Реактивный панкреатит после эндоскопических манипуляций на большем дуоденальном сосочке. *Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2007; 3: 14–23. [Mantserov M.P., Moroz E.V. Secondary pancreatitis after endoscopic manipulations on the major duodenal papilla. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*. 2007; 3: 14–23. (In Russ.)]

4. Фёдоров А.Г., Давыдова С.В., Климов А.Е. Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств и способы их профилактики и лечения: обзор литературы. *Неотлож. мед. помощь*. 2012; (3): 29–35. [Fedorov A.G., Davydova S.V., Klimov A.E. The «challenging» multidrug-resistant pathogens of nosocomial infections in critically ill patients (a literature review). *Zhurnal im. N.V. Sklifosovskogo Neotlozhnaya meditsinskaya pomoshch'*. 2012; (3): 29–35. (In Russ.)]

5. Anderson M.A., Fisher L., Jain R. et al. Complications of ERCP. ASGE Standards of Practice Committee. *Gastrointest. Endosc.* 2012; 75 (3): 467–473.

6. Cotton P.B., Garrow D.A., Gallagher J., Romagnuolo J. Risk factors for complications after ERCP: a multivariate analysis of 11,497 procedures over 12 years. *Gastrointest. Endosc.* 2009; 70 (1): 80–88.

7. Deviere J. Who should receive antibiotic prophylaxis

before ERCP? *Nat. Clin. Pract. Gastroenterol. Hepatol.* 2008; 5: 594–595.

8. Dumonceau J.M., Andriulli A., Deviere J. et al. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline: prophylaxis of post-ERCP pancreatitis. *Endoscopy*. 2010; 42 (6): 503–515.

9. Elmunzer B.J., Scheiman J.M., Lehman G.A. et al. A randomized trial of rectal indomethacin to prevent post-ERCP pancreatitis. *N. Engl. J. Med.* 2012; 366: 1414–1422.

10. Freeman L., Nelson D., Sherman S. et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *N. Engl. J. Med.* 1996; 335: 909–918.

11. Freeman M.L., DiSario J.A., Nelson D.B. et al. Risk factors for post-ERCP pancreatitis: a prospective, multicenter study. *Gastrointest. Endosc.* 2001; 54: 425–434.

12. Howard T.J., Tan T., Lehman G.A. et al. Classification and management of perforations complicating endoscopic sphincterotomy. *Surgery*. 1999; 126: 658–663.

13. Kahaleh M., Freeman M. Prevention and management of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography complications. *Clin. Endosc.* 2012; 45: 305–312.

14. Kawaguchi Y., Ogawa M., Omata F. et al. Randomized controlled trial of pancreatic stenting to prevent pancreatitis after endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *World J. Gastroenterol.* 2012; 18 (14): 1635–1641.

15. Lazaraki G. Prevention of post ERCP pancreatitis: an overview. *Ann. Gastroenterol.* 2008; 21 (1): 27–38.

УДК 614.253.89: 616.33-002.44: 616.34-002.44-002.253: 616-05-056.48-036.8

## ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: РОЛЬ ОТДЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

Екатерина Евгеньевна Горячева<sup>1\*</sup>, Ольга Поликарповна Алексеева<sup>2</sup>,  
Лала Наримановна Касимова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород, Россия;

<sup>2</sup>Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко, г. Нижний Новгород, Россия

Поступила 20.07.2015; принята к печати 25.08.2015.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2016-31

**Цель.** Изучить влияние социально-психологических факторов, факторов, связанных с заболеванием, с пациентом и психопатологических расстройств на приверженность терапии.

**Методы.** Структурированное интервью проведено со 151 пациентом (57 больных синдромом раздражённой кишки, 57 — гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, 37 — язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки). Комплайентность оценивали с помощью валидизированного теста Мориски-Грина. Пациенты были разделены на три группы: первая группа — комплайентные пациенты, вторая — группа риска, третья группа — не-комплаентные больные.

**Результаты.** Негативное влияние на комплайентность оказывали следующие социально-психологические факторы: трудовая занятость, отсутствие высшего образования, возраст от 40 до 49 лет, неконструктивная модель детско-родительских отношений, конфликтные отношения в собственной семье. Воспитание в условиях гиперопеки чаще отмечалось в третьей группе, нежели в первой (20,7 и 42,3%,  $p < 0,05$ ). Пациенты из второй и третьей групп сообщали о частых конфликтных ситуациях в семье (18,2 и 15,4% больных соответственно), ни один больной из первой группы не обнаруживал внутрисемейных конфликтов. Многократные госпитализации в разные стационары, смена лечащего врача, длительность заболевания более 2 лет, недостаточная информированность о заболевании и лечении также связаны с низкой приверженностью терапии. Лишь у 12,6% больных не выявлены развёрнутые психопатологические синдромы. Наиболее частыми были депрессивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, специфические фобии, паническое расстройство, шизотипическое и ананкастное расстройства личности, ипохондрическое расстройство и лёгкие когнитивные нарушения. Среди пациентов группы риска и некомплайентных часто встречалось параноидное расстройство личности (15,9 и 16,7% соответственно), в группе комплайентных пациентов параноидное расстройство не отмечено. Высокая частота ананкастного расстройства зарегистрирована в группе риска (45,5%).