

ISSN 2181-5674

PROBLEMS OF
BIOLOGY *and*
MEDICINE

БИОЛОГИЯ *ва*
ТИББИЁТ
МУАММОЛАРИ

2021, № 6.1 (133)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

**БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ
МУАММОЛАРИ**

**ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ
И МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины
основан в 1996 году

Самаркандским отделением
Академии наук Республики Узбекистан
Выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ж.А. РИЗАЕВ

Редакционная коллегия:
*Н.Н. Абдуллаева, С.А. Блинова,
С.С. Давлатов, Ш.Х. Зиядуллаев,
З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),
К.Э. Рахманов (ответственный секретарь),
Б.Б. Негмаджанов, М.Р. Рустамов, Н.А. Ярмухамедова*

*Учредитель Самаркандский государственный
медицинский институт*

2021, № 6.1 (133)

«ГОРИЗОНТЫ СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ»

СБОРНИК СТАТЕЙ и ТЕЗИСОВ

Международной научно-практической
конференции

(Самарканд, 17 -18 декабря 2021 г.)

**Настоящий выпуск журнала посвящается 85-летию известного
ученого хирурга и комбустиолога профессора Самаркандского
государственного медицинского института
Худайберды Карабаевича Карабаева**

Самарканд – 2021

<p>Хаджибаев Ф.А., Атаджанов Ш.К., Карабаев Х.К., Мустафаев А.Л. Диагностика и лечение травматических повреждений поджелудочной железы</p>	422	<p><i>Khadjibaev F.A., Atadjanov Sh.K., Karabaev H.K., Mustafaev A.L.</i> Diagnostics and treatment of traumatic injuries of the pancreas</p>
<p>Хаджибаев Ф.А., Ешмуратов А.Б., Мирзакулов А.Г., Хашимов М.А. 10-летний опыт применения методов эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях</p>	429	<p><i>Khadjibaev F.A., Eshmuratov A.B., Mirzakulov A.G., Khashimov M.A.</i> 10 years experience of methods endoscopic hemostasis for gastroduodenal bleeding</p>
<p>Хаджибаев Ф.А., Каримов Д.Р., Мадиев Р.З. Роль и место видеолaparоскопии в диагностике и лечении больных с атипичными и редкими формами острого аппендицита</p>	437	<p><i>Khadjibaev F.A., Karimov D.R., Madiev R.Z.</i> The role and place of videolaparoscopy in diagnostics and treatment of patients with atypical and rare forms of acute appendicitis</p>
<p>Хаджибаев Ф.А., Элмуратов Г.К., Алтыев Б.К., Шукуров Б.И., Кучкаров О.О., Мансуров Т.Т. Возможности видеоэндоскопической техники в диагностике и лечении разрывов диафрагмы</p>	442	<p><i>Khadjibaev F.A., Elmuradov G.K., Altyev B.K., Shukurov B.I., Kuchkarov O.O., Mansurov T.T.</i> Possibilities of the videoendoscopic technique in the diagnosis and treatment of diaphragm ruptures</p>
<p>Хаджибаев Ф.А., Мансуров Т.Т., Элмуратов Г.К. Особенности диагностики острой кишечной непроходимости</p>	450	<p><i>Khadjibaev F.A., Mansurov T.T., Elmuradov G.K.</i> Features of diagnostics of acute intestinal obstruction</p>
<p>Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Маткулиев У.И., Асанов Б.П., Асатуллаев Ж.Р., Файзуллаев Б.Б., Шоназаров Ж.И. Пути снижения осложнений после ретроградных эндобилиарных вмешательств</p>	455	<p><i>Khakimov M.Sh., Berkinov U.B., Matkuliev U.I., Asanov B.P., Asatullaev J.R., Faizullaev B.B., Shonazarov J.I.</i> Ways to reduce complications after retrograde endobiliary interventions</p>
<p>Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Хайитов Л.М., Ярматов К.Э., Мурадова Р.Р., Хайдаров М.М. Полиорганная недостаточность - грозное осложнение ожоговой болезни</p>	459	<p><i>Khakimov E.A., Karabaev Kh.K., Khayitov L.M., Yarmatov K.E., Muradova R.R., Khaidarov M.M.</i> Multiple organ failure a formidable complication of burn disease</p>
<p>Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Хайитов Л.М., Ярматов К.Э., Мурадова Р.Р., Хайдаров М.М. Термоингаляционная травма</p>	465	<p><i>Khakimov E.A., Karabaev Kh.K., Khayitov L.M., Yarmatov K.E., Muradova R.R., Khaidarov M.M.</i> Thermal inhalation injury</p>
<p>Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Хайитов Л.М., Ярматов К.Э., Мурадова Р.Р., Хайдаров М.М. Эндобронхиальная комплексная терапия у больных термоингаляционной травмой</p>	470	<p><i>Khakimov E.A., Karabaev Kh.K., Khayitov L.M., Yarmatov K.E., Muradova R.R., Khaidarov M.M.</i> ENDOBRONCHIAL OF COMPLEX THERAPY AT PATIENTS WITH THE THERMOINHALATION TRAUMA</p>
<p>Халилов С., Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Баратов У., Холикова Г. Эффективность эндовизуальной аппендэктомии у детей</p>	473	<p><i>Khalilov S., Mavlyanov F.Sh., Mavlyanov Sh.Kh., Baratov U., Kholikova G.</i> The effectiveness of endovisulic appendectomy in children</p>
<p>Хамдамов Б.З., Мусоев Т.Я., Хайдаров Ф.Н., Хамдамов А.Б. Цитокиновый профиль крови при деструктивных формах острого калькулёзного холецистита</p>	475	<p><i>Hamdamov B.Z., Musoev T.Ya., Khaidarov F.N., Hamdamov A.B.</i> Cytokine profile of blood in destructive forms of acute calculous cholecystitis</p>
<p>Хомко О.И., Сидорчук Р.И., Сидорчук Л.П. Предварительный механизм предоперационной адаптации</p>	481	<p><i>Khomko O.Y., Sydorchuk R.I., Sydorchuk L.P.</i> PRE-planned preoperative adaptation mechanism</p>
<p>Худайбердиев К.Т., Мамадалиев А.Б., Турсунов К.К. Особенности рентгено-лучевой диагностики и лечения кист Бейкера</p>	483	<p><i>Khudaiberdiev K.T., Mamadaliev A.B., Tursunov K.K.</i> Features of X-ray diagnostic of bayker's cist</p>
<p>Худайназаров У.Р., Абдуллаев С.А., Бабажанов А.С., Хамидов Ф.У. Оптимизация комплексного лечения гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы</p>	485	<p><i>Khudaynazarov U.R., Abdullaev S.A., Babajanov A.S., Khamidov F.U.</i> Optimization of complex treatment of purulent-necrotic complications of diabetic foot syndrome</p>

УДК: 616.367-089: 616.36/37-002: 616.37-006-089

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВХакимов Мурод Шавкатович, Беркинов Улугбек Базарбаевич, Маткулиев Уткирбек Исмаилович,
Асанов Б.П., Асатуллаев Ж.Р., Файзуллаев Б.Б., Шоназаров Ж.И.

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

РЕТРОГРАД ЭНДОБИЛИАР АРАЛАШУВЛАРДАН КЕЙИН АСОРАТЛАРНИ КАМАЙТИРИШ ЙЎЛЛАРИХакимов Мурод Шавкатович, Беркинов Улугбек Базарбаевич, Маткулиев Уткирбек Исмаилович,
Асанов Б.П., Асатуллаев Ж.Р., Файзуллаев Б.Б., Шоназаров Ж.И.

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

WAYS TO REDUCE COMPLICATIONS AFTER RETROGRADE ENDOBILIARY INTERVENTIONSKhakimov Murod Shavkatovich, Berkinov Ulugbek Bazarbaevich, Matkuliev Utkirbek Ismailovich,
Asanov B.P., Asatullaev J.R., Faizullaev B.B., Shonazarov J.I.

Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: murad_72@mail.ru

Резюме. Мақолада 778 ретроград эндобилиар аралашувдан (РЭА) ўтказилган 530 нафар беморни даволаш натижалари таҳлил қилинган. Даволаш тактикасига қараб, барча беморлар икки даврга бўлинган: биринчи (дастлабки) - 2010 йилдан 2015 йилгача. Ушбу даврда 238 беморга 359 РЭА, иккинчи давр - 2015 йилдан 2021 йилгача. Ушбу даврда 292 беморга 419 РЭА ўтказилди. Тадқиқотнинг мақсади ушбу муолажани амалга оширишнинг тактик ёндашувларини такомиллаштириш орқали РЭАнинг клиник натижаларини яхшилаш эди. Биринчи даврда РЭАдан кейинги асоратлар сони 6,9% ни ташкил этди. Биринчи даврда беморларни даволашнинг қониқарсиз натижаларини танқидий таҳлил қилиш РЭАни бажариш тактикасини такомиллаштиришга имкон берди, бу эса асоратларнинг миқдорини 3,6% гача камайтиришга имконини яратди.

Калитли сўзлар: постманипуляцион панкреатит, ретроград эндобилиар аралашуве.

Abstract. The article analyzes the results of treatment of 530 patients who underwent 778 retrograde endobiliary interventions (REI). Depending on the treatment tactics, all patients were divided into two periods: the first (initial) - from 2010 to 2015. During this period, 238 patients underwent 359 REI, the second period - from 2015 to 2021. During this period, 292 patients underwent 419 REI. The aim of the study was to improve the clinical results of REI by improving tactical approaches to performing this manipulation. In the first period, the number of complications after REI was 6,9%. A critical analysis of the unsatisfactory results of treatment of patients in the first period made it possible to make a number of improvements in the tactics of performing REI, which made it possible to reduce the frequency of complications to 3,6%.

Key words: post-manipulation pancreatitis, retrograde endobiliary intervention.

Актуальность. После успешно выполненных первой эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографии (ЭРПХГ) и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), число таких вмешательств из года в год имеет только возрастающий характер. Наряду с этим проблема профилактики осложнений этих вмешательств остается актуальной и в настоящее время, несмотря на накопленный опыт, мастерство выполняющего. По данным ряда авторов, несмотря на внедрение новых моделей дуоденоскопов и инструментов, накопленный опыт, частота осложнений после ретроградных эндобилиарных вмешательств (РЭВ) остается стабильной на уровне 0,8–20%, а уровень смертности – 1,5–2% [1, 10, 11].

Осложнения, развивающиеся после РЭВ, вызывают большую тревогу, так как они связаны с высоким риском возникновения опасных для жизни состояний, даже смерти, инвалидности пациента, длительной госпитализации и, следовательно, больших материальных затрат. По мнению большинства исследователей, частыми осложнениями после РЭВ являются острый панкреатит, кровотечение, перфорация стенки двенадцатиперстной кишки, вклинение корзинки эндоскопа в общий желчный проток и холангит [2, 4, 5, 7]. ЭРПХГ–индуцированный (постманипуляционный) панкреатит, преобладая среди всех осложнений после РЭВ, встречается в 0,8–18,7% случаев (в среднем в 5% случаев) [3, 9, 12]. Вторым по частоте осложнением после РЭВ является кровотечение из папиллотомной раны. Встречается оно в 0,6–14,5% случаев, при летальности 0,03% [6]. Одно из редких, но опасных осложнений РЭВ – ретродуоденальная перфорация. Частота перфорации ретродуоденальной стенки по данным литературы составляет 1,3%, а летальность – 0,1–18% [1, 5, 6]. Как отмечают многие исследователи, ретродуоденальная перфорация наблюдается в случаях, когда возникает необходимость продолжить разрез выше важной анатомической отметки – первой поперечной складки, а также когда 2/3 режущей струны папиллотомы находится в общем желчном протоке при высокочастотной диатермокоагуляции продольной складки. Еще одно осложнение, которое следует отметить – это то, что во многих публикациях считается осложнением эндоскопической литэкстракции и встречающееся в 5–20% случаев, – вклинение корзинки в общий желчный проток, требующее открытого хирургического вмешательства [3, 4, 8]. Завершает группу часто встречаемых осложнений холангит. Он встречается в 1–3% случаях и приводит к развитию внутрипеченочных абсцессов и сепсиса. Причины развития такого воспалительного процесса в желчевыводящих путях: неполное очищение желчных протоков, особенно на фоне механической желтухи; неправильное обращение с эндоскопами и инструментами. Клинические признаки холангита, как правило, развиваются в течение первых 24 часов после операции [5, 10].

Ключевые направления профилактики и уменьшения осложнений РЭВ включают разработку рациональной методики ЭРПХГ с учетом факторов риска, активное наблюдение за состоянием пациента после операции и комплексную медикаментозную профилактику.

Цель исследования: улучшение клинических результатов РЭВ путем совершенствования тактических подходов к выполнению данной манипуляции.

Материалы и методы. В многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии за период с 2010 по 2021 г. 530 пациентам с желчнокаменной болезнью в возрасте от 19 до 79 лет выполнено 778 РЭВ (папиллосфинктеротомия, литотрипсия, литоэкстракция, стентирование общего желчного протока и протока поджелудочной железы, удаление дислоцированных стентов). Мужчин было 157 (29,6%), женщин – 373 (70,4%). У 380 (71,6%) из них заболевание осложнилось механической желтухой. Для сравнительного анализа различных осложнений РЭВ мы разделили период нашей активности на 2 этапа: первый (начальный) – с 2010 по 2015 годы (за этот период 238 пациентам было выполнено 359 РЭВ); второй период – с 2015 по 2021 годы (за этот период 292 больным выполнено 419 РЭВ). Основной целью разделения на эти этапы явилась оценка введенных профилактических и лечебных мероприятий, направленных на уменьшение осложнений РЭВ. В периоды сравнения механическая желтуха встречалась с одинаковой частотой. Перед РЭВ пациентам проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, магнитно-резонансная томография (МРТ), электрокардиография, рентгенография грудной клетки, общий анализ крови и мочи, коагулограмма. Для проведения РЭВ использовался дуоденоскоп «Pentax», инструментальный канал которого был диаметром 4,2 мм. МРТ-холангиография в основном выполнялась пациентам, вошедшим во второй этап, на томографе General Electric (США) / Optima MR450w.

Результаты. Осложнения после 778 РЭВ в целом наблюдались в 40 (5,1%) случаях, из которых 3 (0,4%) закончились летальным исходом (табл. 1). Как видно из табл. 1, наиболее частым осложнением РЭВ являлся острый панкреатит, который возник в 18 (2,3%) случаях, приведший из них в 3 (0,4%) наблюдениях к панкреонекрозу.

В первом периоде количество осложнений после РЭВ составило 25 (6,9%), а во втором периоде они возникли в 15 (3,6%) случаях (табл. 2). Как видно из таблицы 2, число осложнений после РЭВ в разные периоды активности было разным, такие осложнения, как кровотечение, острый панкреатит, холангит, во 2 этапе уменьшились в среднем в 2 раза по сравнению с первым. Единственный показатель с отрицательной динамикой – миграция стента в общий желчный проток. В первую очередь это связано с тем, что стентирование желчных протоков на первом этапе практически не производилось, а на втором этапе деятельности мы расширили показания к ее выполнению. Следует отметить, что по мере увеличения нашего опыта установки стентов в общий желчный проток такие осложнения в последнее время практически перестали встречаться.

Анализируя осложнения, возникшие в первый период деятельности, можно сказать, что они были вызваны:

- частым прямым контрастированием желчных протоков из-за отсутствия высокоинформативного бесконтрастного метода диагностики (МРТ-холангиография);
- частым введением канюли или папиллотома в главный проток поджелудочной железы без аспирационной пробы и, в дальнейшем, отсутствием мер профилактики развития панкреатита;
- неуспешной канюляции холедоха и выполнения папиллотомии после неоднократной канюляции вирсунгово протока;
- использованием таких методов, как инфилтративный гемостаз или коагуляция кровоточащих сосудов, которые неоправданно были агрессивны при первичном и вторичном кровотечении;
- супрапапиллярной папиллотомией после неоднократной неудачной канюляции ампулы большого дуоденального соска, приводящая к ее травме;
- использованием игольчатого папиллотома для ЭПСТ;
- выполнением одномоментной быстрой ЭПСТ, что увеличивает риск развития кровотечения и острого панкреатита.

Таблица 1. Частота и виды осложнений после РЭВ

Виды	Количество (%)
Кровотечение	14 (1,8%)
Острый панкреатит в том числе панкреонекроз	18 (2,3%) 3 (0,4%)
Перфорация задней стенки 12 перстной кишки	1 (0,1%)
Холангит	4 (0,5%)
Миграция стента	3 (0,4%)
ВСЕГО	40 (5,1%)

Таблица 2. Сравнительный анализ осложнений после РЭВ в разные периоды

Виды осложнений	1 этап	2 этап	Всего
Кровотечение	10	4	14
Острый панкреатит в том числе панкреонекроз	12 2	6 1	18 3
Перфорация задней стенки 12 перстной кишки	1	0	1
Холангит	3	1	4
Миграция стента	0	3	3

В этот период предоперационная подготовка с целью подавления ферментативной активности поджелудочной железы и адекватная подготовка кишечника к вмешательству не проводились. Продолжительность ЭРПХГ была от 15 до 45 мин, и в среднем продолжалась $26,3 \pm 8,5$ мин, что связано с желанием во чтобы то ни стало получить эффект от вмешательства. Также было отмечено стремление к одномоментному разрешению клинических проявлений механической желтухи, что достигалось увеличением длины разреза папиллотомии. А это, в свою очередь, еще больше увеличивало количество осложнений, таких как кровотечение и холангит. На этом этапе именно одной из причин летального исхода стало кровотечение, а другой – панкреонекроз.

Во втором периоде (2015–2021 гг.) снижение количества осложнений после РЭВ связываем в первую очередь с внедрением в клиническую практику МРТ–холангиографии. Последняя, вместе с дуоденоскопией стали стандартным алгоритмом в предоперационной диагностике пациентов с панкреатобилиарной патологией. До проведения РЭВ перед этими вмешательствами были поставлены следующие задачи:

- оценка состояния и особенностей изменения внутри – и внепеченочных желчных путей, поджелудочной железы;
- выявление анатомических особенностей зоны операционного поля.

Широкое внедрение МРТ–холангиографии в практику привело к сокращению необходимости выполнения ЭРПХГ, прежде всего в диагностических целях, а это, в свою очередь, снизило число вызываемых ею осложнений. Кроме того, данное исследование позволило нам до проведения РЭВ избежать ненужного контрастирования билиарного дерева. Однако следует отметить, что МРТ–холангиография – сложный метод диагностики, требующий от врача–специалиста грамотной интерпретации результатов.

Используя МРТ–холангиографию с целью диагностики генеза желтухи, в 5 случаях при подозрении на холедохолитиаз был выявлен отечный панкреатит, изменивший тактику нашего лечения с положительным эффектом.

В 2015–2021 годы мы расширили показания к практике стентирования желчных протоков, особенно в случаях, когда есть трудности с их канюляцией (после резекции желудка по Бильрот II, при расположении большого дуоденального соска внутри дивертикула). При выполнении стентирования желчных протоков в данный период из 78 пациентов лишь в 1 (1,3%) случае развился постманипуляционный панкреатит.

В этот же период внедрено и успешно завершено комплексное лечение 8 пациентов с желчнокаменной болезнью и папиллостенозом III степени. В 5 случаях из них стеноз желчных протоков был устранен путем антеградной чрескожной чреспеченочной баллонной дилатации. В остальных 3 случаях стеноз был устранен путем выполнения папиллотомии путем введения контраста через антеградный катетер. Впоследствии им была выполнена успешная лапароскопическая холецистэктомия.

Изменилась тактика и при кровотечениях из папиллотомной раны 1 и 2 степени. В таких ситуациях остановки кровотечения добивались путем внутримышечного введения 4,0 мл дицинона, а также орошением верхних краев папиллотомной раны холодным раствором этилового спирта с 15 минутной экспозицией. В 90% случаев выжидательная тактика была оправдана и в дальнейшем позволяла продолжить вмешательство. Если кровотечение продолжалось и в области большого дуоденального соска формировалась гематома, выполняли инфильтрацию подслизистого слоя сосудосуживающими средствами, а также стентирование желчных протоков. Кроме того, у пациентов с механической желтухой старались заранее выявить изменения в системе свертывания крови для предотвращения возможных кровотечений. При выявлении изменений проводилась предоперационная гемостатическая терапия.

Мы старались не проводить транспапиллярные вмешательства больным с гнойным холангитом. В таких случаях проводилась длительная реабилитация путем дренирования желчных протоков антеградным методом.

В случаях развития клиники острого постманипуляционного панкреатита на следующий же день выполняли экстренное стентирование главного панкреатического протока. Проведенное профилактическое стентирование главного протока поджелудочной железы, которое осуществлено при прогнозировании возможного развития постманипуляционного панкреатита в 42 наблюдениях, способствовало тому, что острый панкреатит развился лишь у 9 пациентов. Поздняя установка стента в 1 случае не предотвратило развитие панкреонекроза, который привел к летальному исходу.

В последнее время стентирование главного панкреатического протока проводим во всех случаях, когда высок риск развития панкреатита. Такими случаями считаем:

- во время РЭВ, когда канюля или папиллотом попадает в главный панкреатический проток и развивается резкий болевой синдром, особенно у женщин с симптомами папиллостеноза, расположенного в пределах дивертикула большого дуоденального соска;
- когда барьер между общим желчным протоком и протоком поджелудочной железы тонкий.

При наличии крупных камней (от 15 до 20 мм в диаметре), как правило, одиночных, мы ввели практику лапароскопическую холедохолитотомию. Перед операцией мы старались выполнить папиллосфинктеротомию и по возможности антеградное дренирование желчных протоков. Операция успешно выполнена 12 пациентам. Конверсий на открытое вмешательство не было.

Следует отметить, что в последнее время, ни при каких обстоятельствах для борьбы с осложнениями РЭВ не потребовалось открытого хирургического вмешательства. Случаи мигрирующих стентов были успешно удалены эндоскопически.

Обсуждение полученных результатов. Широкое применение эндоскопических ретроградных вмешательств позволило снизить улучшить результаты лечения больных с осложнениями ЖКБ и снизить послеоперационную летальность. На сегодняшний день сложно представить себе лечение больных с холедохолитиазом или стриктурами желчных протоков без применения малоинвазивных вмешательств. Несмотря на совершенствование техники выполнения эндо-

скопических ретроградных вмешательств, накопления опыта по профилактике осложнений, сохраняется риск развития осложнений.

По данным литературы [1, 2], частота кровотечения составляет 0,6-14%, ретродуоденальной перфорации - 0,1-1%. К наиболее распространенным осложнениям следует отнести острый панкреатит, встречающийся, по данным Европейской ассоциации гастроинтестинальной эндоскопии [4], в 4,5% случаев. При этом смертность от панкреатита остается достаточно высокой – 3%.

В наших наблюдениях острый панкреатит развился в 18 (2,3%) случаях, приведший из них в 3 (0,4%) наблюдениях к панкреонекрозу. Общее количество осложнений составило 6,9%.

Комплексная профилактика осложнений у больных, наиболее подверженных риску развития острого постманипуляционного панкреатита, позволяет существенно снизить частоту его развития [4-6]. Для проведения комплексного лечения острого панкреатита предпринимаются попытки стентирования ГПП в первые часы с момента развития острого панкреатита после ретроградных эндобилиарных вмешательств, что довольно широко обсуждается в современной литературе [7-9].

В наших наблюдениях проведение профилактических мероприятий и стентирования главного панкреатического протока позволили снизить частоту осложнений до 3,6%.

Анализ осложнений РЭВ, характерных в различные периоды деятельности, показывает их нисходящую динамику. Наш анализ показал, что для обеспечения безопасности транспапиллярных вмешательств необходимо неукоснительное соблюдение всех вышеуказанных профилактических и лечебно-тактических мер.

Литература:

1. Дерябина Е.А., Братникова Г.И., Васильев А.В. Повышение безопасности лечебных эндоскопических ретроградных холангиопанкреатографий у больных с доброкачественными обструктивными заболеваниями желчевыводящих путей // Мед. визуализация. 2010. № 2. С. 73–80.
2. Габриэль С.А., Дурлештер В.М., Дынько В.Ю., Гольфанд В.В. Эндоскопические чреспапиллярные вмешательства в диагностике и лечении больных с заболеваниями органов панкреатобилиарной зоны. Хирургия. 2015;1:30–34.
3. Шаповальянц С.Г., Федоров Е.Д., Будзинский С.А., Котиева А.Ю. Стентирование протока поджелудочной железы в лечении острого панкреатита после эндоскопических транспапиллярных вмешательств. Анналы хирургической гепатологии. 2014;19(1):17–28.
4. Anderson M.A., Fisher L., Jain R. et al. Complications of ERCP. ASGE Standards of Practice Committee // Gastrointest. Endosc. 2012. Vol. 75, N 3. P. 467–473.
5. Andriulli A, Loperfido S, Napolitano G, et al. Incidence rates of post-ERCP complications: a systematic survey of prospective studies. Am J Gastroenterol. 2007;102(8):1781–1788.
6. Barkay O, Khashab M, Al-Haddad M, Fogel EL. Minimizing complications in pancreaticobiliary endoscopy. Curr Gastroenterol Rep. 2009;11(2):134–141.
7. Colton JB, Curran CC. Quality indicators, including complications, of ERCP in a community setting: a prospective study. Gastrointest Endosc. 2009;70(3):457–467.
8. Complications of ERCP (The Standards of Practice Committee of the American Society for Gastrointestinal Endoscopy). Gastrointest Endosc. 2012; 75(3):467–473.
9. Dumonceau JM, Andriulli A, Deviere J. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline: prophylaxis of post-ERCP pancreatitis. Endoscopy. 2010;42(6):503–515.
10. Kapral C, Duller C, Wewalka F. Case volume and outcome of endoscopic retrograde cholangiopancreatography: results of a nationwide Austrian benchmarking project. Endoscopy. 2008;40(8):625–630.
11. Kahaleh M., Freeman M. Prevention and management of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography complications // Clin. Endosc. Vol. 45. P. 305–312.
12. Saritas U, Ustundag Y, Baron TH, Turk. J, Saritas U Prevention of post-ERCP pancreatitis. Gastroenterology. 2011;22(5):449–463.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Хакимов, М.Ш., Беркинов У.Б., Маткулиев У.И., Асанов Б.П., Асатуллаев Ж.Р., Файзуллаев Б.Б., Шоназаров Ж.И.

В статье анализируются результаты лечения 530 больных, которым выполнены 778 ретроградных эндобилиарных вмешательств. В зависимости от лечебной тактики все пациенты были распределены на два периода: первый (начальный) – с 2010 по 2015 годы. В этот период 238 больным было выполнено 359 РЭВ, второй период – с 2015 по 2021 годы. За этот период 292 пациентам выполнено 419 РЭВ. Целью исследования явилось улучшение клинических результатов РЭВ путем совершенствования тактических подходов к выполнению данной манипуляции. В первом периоде количество осложнений после РЭВ составил 6,9%. Проведенный критический анализ неудовлетворительных результатов лечения больных в первом периоде позволил внести ряд совершенствований в тактику выполнения РЭВ, что позволили снизить частоту осложнений до 3,6%.

Ключевые слова: постманипуляционный панкреатит, ретроградное эндобилиарное вмешательство.