

Министерство здравоохранения и социальной защиты  
населения Республики Таджикистан



МОО Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ

ГОУ «Таджикский государственный медицинский  
университет имени Абуали ибни Сино»

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский  
центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России



# **МАТЕРИАЛЫ XXX МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА**

**Ассоциации  
гепатопанкреатобилиарных  
хирургов стран СНГ**

## **«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»**

**4 – 6 октября 2023 года  
Душанбе, Таджикистан**

Министерство здравоохранения Республики Таджикистан  
МОО Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ  
ГОО «Таджикский государственный медицинский университет  
имени Абуали ибни Сино»  
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им.  
А.В. Вишневского» Минздрава России

## МАТЕРИАЛЫ XXX МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА

Ассоциации гепатопанкреатобилиарных  
хирургов стран СНГ

### «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»

*Под редакцией:*

*проф. Вишневского В.А.*

*проф. Степановой Ю.А.*

*проф. Абдуллозода Д.А.*

*проф. Ахмадзода С.М.*

Душанбе  
4-6 октября 2023 г.



**Результаты.** У всех обследованных больных при поступлении наблюдались явления механической желтухи, а у 8 (23,5%) она сочеталась с клиникой гнойного холангита. В связи с этим у 6 (17,6%) больных лапароскопические вмешательства были выполнены после ЭПСТ, у 10 (29,4%) пациентов после ЧЧХС, а у 4 (11,8%) после ЭПСТ и ЧЧХС. После проведения МР-холангиографии 14 (41,2%) больных были оперированы без эндобилиарных вмешательств. Во всех случаях при I типе СМ выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Всем больным с СМ 2 типа выполнили лапароскопическую субтотальную холецистэктомию с сохранением верхней стенки шейки желчного пузыря, прилегающей к свищу и формированием из нее лоскута для закрытия имеющегося пузырно-холедохоального свища. В 16 (64%) случаях холедохолитоэкстракция была произведена через имеющийся свищ, далее выполнено дренирование холедоха по Керу через свищ с окутыванием дренажа в виде муфты прилегающей к свищу оставшейся стенкой желчного пузыря. В 9 (36%) случаях, в связи с большими размерами конкремента, выполнена холедохотомия над конкрементом в поперечном направлении с удалением конкремента и дренированием холедоха по Керу через холедо-

хотомный разрез, пластику свища осуществляли лоскутом стенки желчного пузыря. Полноценность литоэкстракции проверено путем интраоперационной холедохоскопии у 18 (72%) пациентов перед дренированием холедоха, интраоперационная холангиография через дренаж холедоха выполнена у 7 (28%) больных. Конверсия на лапаротомию была произведена в 1 (4%) случае, причиной которой являлась низкое расположение конкремента в ретродуоденальной части холедоха, который был установлен интраоперационной холангиографией. Что невозможно было удалить лапароскопическим способом. Средняя длительность нахождения больных на больничной койке составило 8,6 дней. Летальный исход был в 1 (4%) случае, причиной которого явилось множественные холангиогенные абсцессы печени, сепсис.

**Выводы.** Включение в схему диагностики ЭРХПГ, ЧЧХГ и МРТ-холангиографии улучшает точность и качество распознавания СМ и позволяет оценить показания к использованию видеолапароскопии. Показанием к лапароскопическому лечению СМ 2 типа является наличие одиночного конкремента в супрадуоденальном отделе холедоха, что позволяет снизить число конверсии в лапаротомию.

#### **ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Жуманазаров А.У., Кодирова Г.Р.  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** разработать систему оценки тяжести пищеводных кровотечений и предложить оптимальный лечебный алгоритм.

**Результаты.** Была предложена шкала оценки степени интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода и желудка.

1 степень. Активное венозное кровотечение. Из-за высокого портального давления струя бьется на противоположную стенку пищевода или кровь быстро закрывает камеру эндоскопа или невозможно определить источник из-за интенсивности кровотечения. Тактика лечения: при GOV1 показано установка Блекмора с последующем лигированием ВРВ пищевода при стабилизации состояния пациента через 24-48 часов; при GOV2 также необходимо установка Блекмора с последующем лигированием ВРВ пищевода при стабилизации состояния пациен-

та через 24-48 часов, при распространении ВРВ в область дна желудка – клеевая облитерация цианокрылатом или ретроградное лигирование; при IGVI – целесообразно проведение клеевой облитерации или ретроградное лигирование. Неэффективность эндоскопических методов гемостаза является показанием к открытой операции.

2 степень. Просачивание крови или капельное кровотечение. Тактика лечения: при GOV1 необходимо выполнение склеротерапии и лигирования ВРВ пищевода; при GOV2 – склеротерапия и лигирование ВРВ пищевода, при распространении ВРВ в область дна желудка – ретроградное лигирование; при IGVI - проведение ретроградного лигирования.

3 степень. ВРВ покрыта свежими тромбами, кровотечения нет (это наблюдается у паци-



ентов в течение суток после кровотечения). Тактика лечения. При выполнении эндоскопической манипуляции наличие тромба не позволяет адекватно оценить границы кровоточащего участка ВРВ. Для этого необходимо выполнить промывание через эндоскоп данного участка и после промывания тромбов осуществлять манипуляцию. При GOV1 необходимо выполнение лигирования ВРВ пищевода; при GOV2 – лигирование ВРВ пищевода, при распространение ВРВ в область дна желудка – ретроградное лигирование; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования.

4 степень. Симптом белого соска (появляется в течение 2-7 суток после кровотечения после выпадения тромба из источника кровотечения ВРВ). Тактика лечения. Выполнение меро-

приятий, направленных на профилактику рецидива кровотечений, не требующей специальной подготовки (типа установка зонда Блекмора, промывание зоны источника кровотечения). Объем вмешательства аналогичен, как и при предыдущей степени кровотечения: при GOV1 необходимо выполнение лигирования ВРВ пищевода; при GOV2 – лигирование ВРВ пищевода, при распространение ВРВ в область дна желудка – ретроградное лигирование; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования.

**Заключение.** Предложенная нами классификация позволяет объективно оценить интенсивность пищеводных кровотечений, а предложенная лечебная тактика способствует выбору надежного способа гемостаза.

### СОСУДИСТЫЕ РЕЗЕКЦИИ И РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ПОГРАНИЧНО-РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ И МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Чернышов Т.М., Щерба А.Е., Коротков С.В., Кирковский Л.В., Руммо О.О.  
ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Беларусь

**Введение.** Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является стандартным хирургическим вмешательством при лечении опухолей головки поджелудочной железы (ПЖ). Частая инвазия опухоли в воротную, верхнебрыжеечную, селезеночную вены, общую печеночную, верхнебрыжеечную артерию требует выполнения различных вариантов сосудистых реконструкций, в том числе с использованием трансплантационных технологий.

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения пациентов с погранично-резектабельным и местнораспространенным раком поджелудочной железы путем применения различных видов резекций/реконструкций магистральных сосудов брюшной полости и использовании донорских аллографтов.

**Материалы и методы.** В период с 2014 по 2023 гг. на базе ГУ «МНПЦ ХТиГ» г. Минска (референсный центр по лечению местнораспространенного и погранично-резектабельного рака ПЖ) выполнено всего 225 резекций ПЖ, из них 162 ПДР. В том числе, по поводу рака головки поджелудочной железы – 148. Все ПДР проводились с соблюдением техники субадвентициальной диссекции. Различные типы резекций/реконструкций воротной вены (ВВ),

верхней брыжеечной вены (ВБВ), селезеночной вены (СВ) были выполнены у 64 (43,2%) пациентов. Артериальные резекции (АР) выполнены у 6 (4%) пациентов. В зависимости от анатомических условий, протяженности поражения портального тракта, объема инвазии вены (ВВ, СВ, ВБВ), применялись следующие типы (по ISGPS) резекций/реконструкций: краевая резекция с использованием заплаты «patch» из донорского венозного аллографта (V2); сегментарная (циркулярная) резекция (V3); сегментарная резекция с использованием донорского аллографта (V4). При сосудистой инвазии всегда использовался трансмезентериальный доступ по Nakaо. В качестве аллографтов использовались однострунные (AV0) подвздошной вены, ВБВ из банка донорских сосудистых аллографтов, который функционирует на базе ГУ «МНПЦ ХТиГ» г. Минска с 2016 г.

**Результаты.** Резекции/реконструкции вен V2, V3, V4 были выполнены у 6 (9,4%), 48 (75%) и 10 (15,6%) пациентов. Время сосудистой изоляции при наложении анастомоза при V3, V4 не превышало 30 мин. Профиль осложнений при ПДР с сосудистыми резекциями включает: нарушение эвакуации из желудка – у 15 (23,4%) пациентов, несостоятельность пан-



дов исследования произведены УЗИ, КТ и МРТ-холангиография.

**Результаты.** У всех больных была выполнена ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). При этом расширение холедоха более 20 мм наблюдалось у 7 (13,8%) больных, 20-15 мм – у 32 (62,7%) пациентов, 9-15 мм – у 12 (23,5%) больных. При ЭПСТ во всех случаях удалось извлечь дочерние кисты и фрагменты оболочки из желчных путей. Самостоятельное отхождение хитиновых оболочек отмечалось в 19 (37,3%) случаях, дополнительное использование корзинки Dormia потребовалось в 32 (62,7%) случаях. После декомпрессии билиарной системы и ликвидации картины механической желтухи, больные в отсроченном порядке были оперированы. Радикальная эхинококкэктомия выполнялась ла-

паротомным или лапароскопическим способом. Осложнения наблюдали в одном случае – развитие холангиогенных абсцессов печени у пациента с длительной картиной механической желтухи. Рецидивов и летальных исходов не наблюдалось.

**Выводы.** Применение минимально инвазивных эндоскопических технологий является оптимальным методом в качестве первого этапа декомпрессии билиарной системы при механической желтухе на фоне эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути. Это позволяет устранить причину механической желтухи и санировать билиарное дерево, что способствует в последующем уменьшить риск осложнений при хирургических вмешательствах.

### **ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЧРЕСКОЖНОГО ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ: ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ И ПОТЕНЦИАЛ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ПРОЦЕДУРЫ**

**Хахимов М.Ш., Рахманов С.У., Хасанов В.Р., Рахимзода Т.Э.**

**Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан**

**Цель исследования:** провести анализ результатов лечения больных эхинококкозом печени путем оценки эффективности и безопасности чрескожного чреспеченочного лечения.

**Материалы и методы.** Анализ подввергнуты результаты обследования и лечения 172 больных с эхинококкозом печени, находившихся на стационарном лечении в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии с 2010 по 2022 гг., которым выполнены пункционные чрескожные чреспеченочные вмешательства.

**Результаты.** Интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения наблюдали у 39 (22,7%) больных. Однако, это в основном малые аллергические реакции, которые отмечены у 31 (18,0%) пациента. Наиболее грозным осложнением среди них являлась анафилактическая реакция, что имело место у 8 (4,7%) больных, данное осложнение не встречалось после усовершенствования технического и тактического подходов к ведению данной категории больных. Поздние осложне-

ния были связаны с образованием остаточной полости на месте удаленной кисты (15 (8,7%) больных), в основном из-за имеющихся желчных свищей (13 (7,6%) больных). Из них у двоих было нагноение остаточной полости, которая требовала дополнительного курса лечения.

**Заключение.** Чрескожные чреспеченочные интервенции, используемые для лечения эхинококкоза печени, могут быть связаны с характерными определенными осложнениями, свойственными для этой патологии. В целом, эти осложнения из категории малых осложнений, которые купируются консервативно. Учитывая данный факт, можно сказать, что минимально инвазивные процедуры демонстрируют высокую эффективность и безопасность, они могут стать предпочтительным вариантом лечения для пациентов с эхинококкозом печени. Особенно с развитием чрескожных чреспеченочных методов лечения, усовершенствованием ведения больных они приобретают все больший потенциал.



острым панкреатитом, инфицированным панкреонекрозом. Диагноз подтверждался наличием газа в забрюшинном пространстве по данным МСКТ или положительным результатом бактериологического посева после дренирования панкреатических и перипанкреатических жидкостных скоплений у пациентов, у которых отмечались клинические или лабораторные признаки инфекции. Метод чрескожного дренирования первоначально применяли у 11 пациентов, 7 из них в последующем лечились путём открытой некрэктомии. Некрэктомия, в качестве первичного вмешательства, выполнялась у 10 больных. Из 40 пациентов, пролеченных без пункционного дренирования или хирургического вмешательства, выявлено 6 пациентов с панкреонекрозом с наличием газа в забрюшинном пространстве при МСКТ. Эти 6 пациентов и явились объектом настоящего исследования. Были рассмотрены и проанализированы следующие данные пациентов: возраст, пол, этиология панкреатита, давность заболевания, оценка тяжести состояния по АРАСНЕ II, продолжительность пребывания в стационаре, данные МСКТ с модифицированной оценкой индекса тяжести панкреатита по шкале Бальтазар, продолжительность антибактериальной терапии, потребность в энтеральном питании, уровни лейкоцитов и С-реактивного белка.

**Результаты.** Этиология острого панкреатита была алкогольная у одного из 6 пациентов. Панкреатит развился вторично на фоне желчекаменной болезни у 5 остальных больных. Полиорганная недостаточность не отмечалась ни у одного пациента. У 2 пациентов

тяжесть состояния по АРАСНЕ II оценивалась в 48 баллов. Уровень СРБ у 1 пациента составил 350 мг/л и максимально 4000 мг/л у 3 пациентов. Лейкоцитоз отмечался лишь у одного больного ( $16,1 \times 10^9/\text{л}$ ). На МСКТ в 5 случаях выявлено наличие газа в забрюшинном пространстве. Индекс тяжести по Бальтазар при этом составил 9 баллов. У 1 пациента газ обнаружен при повторном МСКТ через 2 суток. Все пациенты получали антибиотикотерапию в связи с наличием газа в забрюшинном пространстве. В схеме начальной эмпирической антибактериальной терапии всем больным назначалась комбинация ципрофлоксацина и метронидазола. Все пациенты получали антибиотики в течение 3 недель. Ни один пациент не получал парентеральное питание. Энтеральное питание через зонды, установленные эндоскопически за связку Трейтца, получали 4 пациента. Продолжительность пребывания в стационаре у всех превышала 3 недели (23-36 дней). Холецистэктомия выполнена 5 больным с диагнозом желчекаменная болезнь после полного излечения от панкреонекроза. Летальных исходов не было.

**Выводы.** В ряде случаев возможно лечение пациентов с инфицированным панкреонекрозом, установленным по наличию газа в забрюшинном пространстве на МСКТ, без чрескожного дренирования или какого-либо дополнительного хирургического вмешательства. Инвазивные вмешательства необходимо выполнять у пациентов с клиническими и лабораторными признаками ухудшения течения заболевания.

#### ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Хакимов М.Ш., Асагуллаев ЖР., Абдукаримов Ж.Ш., Шамшиддинов Ш.Ш.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с острым панкреатитом путем совершенствования тактико-технических подходов в лечении острого панкреатита.

**Материалы и методы.** Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 305 пациентов с острым панкреатитом, которых поделили на две группы: 139 (45,6%) пациентов составили основную клиническую группу, которые подвергнуты лечению со-

гласно нашим разработкам; 166 (54,4%) больных составили группу сравнения, которым проведено традиционное лечение.

**Результаты.** Традиционное лечение панкреонекроза показало, что в контрольной группе 11,4% больных были оперированы, а общая летальность составила 9,0%. Проведенный критический анализ неудовлетворительных результатов традиционного лечения позволил определить ряд причин: отсутствие взаимосвязи между морфологическими формами



заболеваниями и клиническими фазами; высокая вероятность трансформации в более тяжелые формы при наличии билиарной гипертензии; низкая клиническая эффективность используемых антисептических средств ввиду высокой патогенности микрофлоры, вызывающей инфицированный панкреонекроз. Учитывая вышеизложенные факты, были проведены ряд исследований: определена взаимосвязь между морфологическими формами с фазами заболевания и усовершенствована лечебная тактика при данной патологии; обоснована целесообразность проведения чрескожных антеградных эндобилиарных вмешательств при наличии билиарной гипертензии и определены показания к наложению холангио- или холецистостомы; разработан

способ санации патологического очага при панкреонекрозе с применением NO-терапии. Учитывая вышеуказанные результаты, была пересмотрена тактика лечения панкреонекроза, который наряду с традиционным подходом, доказывал целесообразность более позднего оперативного вмешательства, а также проведения консервативной терапии при инфилтративной форме стерильного и инфицированного панкреонекроза.

**Заключение.** Оптимизированная лечебная тактика способствовало достоверному уменьшению удельного веса хирургических вмешательств в лечении острого панкреатита с 11,4% до 3,6% и снижению показателя летальности с 9,0% до 5,0%.

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

**Ходиев Ш.И., Бояков Ё.Д., Басиров У.К., Мирзоева А.Ф., Бобоев Х.О.**

**ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН, Душанбе, Таджикистан**

**Цель исследования:** сравнительная оценка результатов традиционного и лапароскопического методов хирургического лечения больных с осложненным острым панкреатитом.

**Материалы и методы.** В период 2012 - 2022 гг. было прооперировано 67 больных с острым панкреатитом, осложнившимся панкреонекрозом. Мужчин было 29, женщин - 38. Лапароскопическим способом оперировано 28 (41,8%) больных. Объем хирургического пособия заключался в дренировании желчного пузыря, полости малого сальника и брюшной полости. Лапаротомия выполнена 39 (58,3%) больным и заключалась в некрсеквестрэктомии, перевязки аррозированных сосудов из бассейна чревного ствола и верхней брыжеечной артерии, дренирования забрюшинного пространства, с формированием оментобурсостомы в 9 случаях. В 5 случаях с целью «прерывания» цепи деструктивного панкреонекроза и окончательного гемостаза, по завершению за некрсеквестрэктомии проведена криообработка поджелудочной железы (ПЖ), жидким азотом в режиме криоспрей по методике принятой в Институте Гастроэнтерологии МЗ и СЗН Республики Таджикистан.

**Результаты.** Исходы осложненного течения острого панкреатита напрямую зависели от тяжести эндогенной интоксикации, рас-

пространности панкреонекроза и степени полиорганной недостаточности. Тяжелая полиорганная недостаточность имела место среди больных с тотальным поражением ПЖ билиарного генеза, при сопутствующем хроническом вирусном гепатите (19 случаев). Хирургическое пособие в этих наблюдениях выполнялось из лапаротомного доступа и включало операции на желчном пузыре, внепеченочных желчных протоках, ПЖ, брюшной полости и забрюшинном пространстве. Гнойный параколон и развившиеся кишечные свищи также в 5 (26,3%) наблюдениях потребовали проведения релапаротомии. Из 19 больных данной подгруппы в послеоперационном периоде от прогрессирующей полиорганной недостаточности и аррозионных кровотечений умерло 8 (42,1%) больных. В 15 случаях «головчатого» панкреонекроза, вслед за экономной некрэктомией, холецистостомией, либо дренированием холедоха, операцию завершали «абдоминализацией» ПЖ с формированием оментобурсостомы. В послеоперационном периоде по поводу кишечных свищей и флегмоны забрюшинного пространства релапаротомия выполнена 3 (20%) больным, из них умерло 2 (13,3%) больных. В 5 наблюдениях панкреонекроза головки и тела ПЖ после некрсеквестрэктомии и перевязки кровоточащих аррозированных сосудов, в



## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ашуров Ш.Э., Кодирова Г.Р., Жуманазаров А.У.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** оптимизировать подходы к эндоскопическим вмешательствам при кровотечениях из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка у больных с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ).

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка у 23 пациентов с ВПГ. Возраст пациентов был в пределах от 15 до 37 лет. Диагноз подтверждали клинико-лабораторными данными и ультразвуковым доплерографическим исследованием портальной вены и её притоков. Пациентам выполняли эндоскопические и хирургические вмешательства на высоте кровотечения. При выполнении эндоскопической склеротерапии использовали стандартный метод паравазальной и интравазальной техники с использованием 3% раствора полидоканаля. Операция Пациоры произведена в 3 (13%) случаях.

**Результаты.** При оценке результатов эндоскопической диагностики у 17 пациентов установлено ВРВ пищевода, у 5 ВРВ пищевода и желудка, и в 1 случае ВРВ желудка. Активное кровотечение отмечалось в 19 (82,6%) случаях. При оценке степени ВРВ пищевода и желудка использовали классификацию по N. Soehendra (1997). При этом во всех случаях выявлялась ВРВ 2-3 степени. Экстренная эндоскопическая склеротерапия на высоте кровотечения произведена в 15 (65,2%) случаях с последующими сеансами повторной склеротерапии. Эндоскопическая склеротерапия произведена в экстренно-отсроченном порядке после стабилизации состояния больных в 7 (30,4%) случаях. При кровотечении из изоли-

рованных ВРВ желудка в одном случае произведена экстренная операция Пациоры. Из 22 случаев кровотечений из ВРВ пищевода и желудка у больных ВПГ методы эндоскопической остановки кровотечения оказались эффективными у 20 (90,9%) больных. В последующем всем пациентам потребовалось проведение вторичной профилактики кровотечения эндоскопическими методами. Стойкая и длительная эрадикация достигнута у 17 (85%) пациентов. рецидив варикозного расширения вен в сроки от 1 до 2 лет возник у 3 (15%) больных. В раннем периоде после склеротерапии рецидив кровотечения возник у 4 (18,1%) пациентов, 2 из них выполнено операция Пациоры, в остальном повторные эндоскопические методы остановки кровотечений оказались эффективны. У 3 больных отмечены осложнения эндоскопического метода в виде образования язв. Летальных исходов после эндоскопических и оперативных методов лечения не наблюдалось.

**Заключение.** Эндоскопическая остановка и профилактика кровотечений из ВРВ пищевода и желудка у больных с ВПГ была эффективна в 90,9% случаев. Повторные сеансы и динамическое эндоскопическое наблюдение позволяет своевременно выполнить профилактику кровотечения из ВРВ пищевода и желудка и добиться эрадикации на длительное время. Своевременное выполнение разобщающих операций, при рецидивах кровотечения из ВРВ пищевода и желудка после склеротерапии, позволяют улучшить результаты лечения больных с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка при ВПГ.



стационары больных с острым панкреатитом. Несмотря на то, что в 70-80% наблюдений заболевание характеризуется относительно благоприятной клинической картиной, тяжелое течение заболевания отмечается в 20-30% случаев.

Лечение проведено на базе хирургического отделения Республиканской клинической больницы г. Ижевска. Пациентке был проведен общий осмотр, использовали лабораторно-инструментальные методы обследования.

В анамнезе пациентки перенесенная инфекция Covid-19. Тотальный геморрагический панкреонекроз развился спустя месяц после перенесенной инфекции. Пациентке была выполнена релaparотомия, частичная некрэктомия поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки, проведено 6 санаций брюшной полости. После проведенного комплексного хирургического лечения пациентка выписана спустя 42 дня.

### **ОЦЕНКА РИСКА КОНВЕРСИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ХИРУРГИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

**Каримов Р.А.**

**Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан**

**Актуальность.** Висфатин коррелирует с воспалением, а его уровни в периферической крови связаны с некоторыми воспалительными заболеваниями.

**Цель исследования:** оценка взаимосвязи между уровнями висфатина в плазме и конверсией лапароскопической холецистэктомии в открытую операцию при остром холецистите.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 70 человек: 50 пациентов с острым холециститом и 20 здоровых людей того же пола и возраста, у которых определяли уровень висфатина в плазме с помощью иммуноферментного анализа.

**Результаты.** Конверсия выполнена у 4 пациентов (8,0%). Уровни висфатина в плазме были статистически значимо повышены у всех больных ( $97,2 \pm 41,8$  нг/мл). У пациентов, которым выполнена конверсия, показатель

висфатина составил  $161,4 \pm 71,3$  нг/мл, тогда как у больных, которым вмешательство завершено лапароскопически, этот показатель составил  $88,7 \pm 26,9$  нг/мл по сравнению с группой здоровых лиц ( $40,3 \pm 13,3$  нг/мл). Линейный регрессионный анализ показал, что уровни висфатина в плазме были положительно связаны с уровнями С-реактивного белка в плазме. Логистический регрессионный анализ показал, что возраст [отношение шансов (ОШ) 1,160, 95% доверительный интервал (ДИ) 1,011-1,332,  $p=0,035$ ] и уровень висфатина в плазме (ОШ 1,035, 95% ДИ 1,005-1,066,  $p=0,022$ ) оказались независимыми предикторами конверсии.

**Заключение.** Высокие уровни висфатина в плазме связаны с системным воспалением и могут независимо предсказывать конверсию лапароскопической холецистэктомии в открытую операцию при остром холецистите.

### **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, КАК КРИТЕРИЙ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ**

**Каримов Р.А.**

**Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан**

**Актуальность.** Висфатин является ключевым цитокином, высвобождаемым мононуклеарными клетками периферической крови, а также жировой тканью, и он участвует в иммунном ответе, а также в воспалении.

**Цель исследования:** может ли уровень висфатина в сыворотке быть прогностическим

фактором для прогнозирования тяжести воспаления у пациентов с острым холециститом.

**Материалы и методы.** Исследовали образцы крови и образцы желчного пузыря у пациентов, перенесших лапароскопическую холецистэктомию по поводу острого ( $n = 20$ ) или хронического холецистита ( $n = 20$ ). В этих образцах определили уровни висфатина, исполь-



зую различные процедуры, такие как полимеразная цепная реакция в реальном времени, иммуноферментный анализ и иммуногистохимия.

**Результаты.** У пациентов с острым холециститом наблюдалась более высокая концентрация висфатина в сыворотке и повышенная экспрессия белка висфатина в образцах желчного пузыря, чем у пациентов с хроническим холециститом. При остром холецистите уровень висфатина показал самый быстрый рост среди других исследованных провоспалительных

медиаторов (интерлейкин ИЛ-6, фактор некроза опухоли- $\alpha$ ).

**Заключение.** Висфатин является провоспалительным медиатором, который активируется при остром холецистите и, как ожидается, будет повышаться в течение короткого времени после воспаления. Таким образом, измерение уровня висфатина в сыворотке может быть полезным для прогнозирования тяжести воспаления у пациентов с острым холециститом, что позволяет адекватно определить тактику лечения.

### ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИАМПУЛЯРНЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ПРЕДОПЕРАЦИОННЫМ БИЛИАРНЫМ ДРЕНИРОВАНИЕМ

Курсенко Р.В., Трушин А.А., Зайцев Д.А., Вервекин И.В., Вазилова З.С., Тен О.А.  
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

**Введение.** Частота инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) после панкреатодуоденальной резекции (ПДР) составляет 11-48% [Smit M. с соавт., 2016]. Инфицирование желчи: бактериобилия, на фоне предоперационного билиарного дренирования (ПБД), встречается с частотой до 80% [Sougrouille I. с соавт., 2013] и представляется значимым фактором развития ИОХВ. Микробиом желчи и ИОХВ в основном представлены патогенами, резистентными к стандартной антибиотикопрофилактике (ПАП). Для снижения частоты ИОХВ после ПДР необходим поиск методов воздействия на бактериобилию, в том числе, целесообразен пересмотр методов антибиотикопрофилактики.

**Материалы и методы.** Проанализированы промежуточные результаты сравнительного исследования персонализированной ПАП среди 29 пациентов с опухолями периампулярной зоны, которым выполнялось чрескожное ПБД с последующей ПДР. Пациенты были разделены на две группы: основная проспективная группа (n=8) – пациентам проводили ПАП на основании посева желчи из билиарного дренажа, полученного перед ПДР; контрольная ретроспективной группы (n=21) – при лечении пациентов применяли стандарт-

ную ПАП. Первичная контрольная точка исследования - частота ИОХВ после ПДР.

**Результаты.** Большинство патогенов при предоперационном анализе микробиома желчи представлено: *Escherichia coli* 36,2%, *Klebsiella pneumoniae* 36,4%, *Enterobacter spp* 14,3%. У 52,1% выявлена полимикробная флора. Антибиотико-чувствительность к цефалоспорином 1-2 поколения обнаружена лишь у 21,2% штаммов. Наибольшая чувствительность обнаружена к препаратам: амоксицилин (83,4%), ампициллин/сульбактам (81,2%), цефтриаксон (82,4%). В контрольной группе для ПАП использовались: цефазолин 61,9% (n=13), цефуросим 19,04% (n=4), амоксицилин 19,04% (n=4). В основной группе после анализа микробиома желчи для ПАП использованы: амоксицилин 62,5% (n=6), цефтриаксон 12,5% (n=1), ванкомицин 12,5% (n=1). ИОХВ в основной группе составила 25% (n=2). При этом из них частота раневой инфекции составила 25% (n=2). Частота внутрибрюшной инфекции ИОХВ составила 12,5% (n=1). ИОХВ в контрольной группе составила 28,5% (n=6). При этом из них частота раневой инфекции составила 28,5% (n=6). Частота внутрибрюшной инфекции ИОХВ составила 23,8% (n=5). Совпадение микробиома желчи из билиарного дренажа и ИОХВ составило 75,8%.



ские показатели крови. Не обнаружено дистрофических, некробиотических и воспалительных изменений у опытных животных, а также достоверных отличий в структуре внутренних органов между опытными и контрольными

группами. Выявленные структурные особенности исследованных тканей отражают нормальную функциональную активность внутренних органов.

## **РОЛЬ И МЕСТО РЕТРОГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ II**

**Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Жуманазаров А.У., Асатуллаев Ж.Р., Кушиев Ж.Х., Жумаев А.А., Абждукаримов Ж.Ш.**

**Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан**

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с холедохолитиазом путем применения усовершенствованных методик при ретроградной холангиопанкреатографии.

**Материалы и методы.** Проведен анализ 28 результатов обследования и лечения пациентов с холедохолитиазом, поступивших в экстренное хирургическое отделение многопрофильной клиники ТМА за период 2019-2023 гг. Все больные в анамнезе перенесли резекцию желудка по Бильрот – II. На основании проведенных исследований (УЗИ, МСКТ и МРТ-холангиографии) было установлено, что у 21 (75,0%) пациентов причиной холедохолитиаза был вклиненный конкремент БДС. У этих больных отмечались признаки гипербилирубинемии в основном за счет прямой фракции (до 150 ммоль/л.). Для оценки сложности манипуляции ЭРХПГ использовали шкалу, разработанную в нашей клинике, согласно которой 5 (17,9%) пациентов входили в 4 группу по степени сложности. При первой степени расположение БДС обычное, БДС конусовидной формы, выраженный, продольная складка выраженная, более 15 мм и более, впадения в ампулу образует угол до 30 градусов. При второй степени расположение БДС краевое, плосковидной формы или деформирован, продольная складка до 10 мм, также может иметь косое расположение, угол впадения в ампулу 30-60 градусов. При третьей степени расположение БДС атипичное, трудно найти, это возникает за счет невыраженности БДС, устье не визуализируется, продольная складка почти не определяется, угол впадения в ампулу 60-90 градусов. При четвертой степени расположение БДС крайне атипичное (за счет реконструктивных операций), БДС и продольная складка визуализируется по часовой стрелке

в положении ротации от 90 до 180 градусов, угол впадения в ампулу может быть изменен более 90 градусов. Всем пациентам производили ЭРПХГ с целью диагностики и лечения холедохолитиаза одним этапом. Так как, сложности в этой группе были связаны с атипичным (обратным) расположением БДС, невозможностью ретроградной визуализации последнего дуоденоскопом, был использован специальный ротационный сфинктеротом, который ротируется в каждую сторону до 90 градусов. Это дало возможность направить его кончик в сторону холедоха и продольной складки и рассекать последнюю без высокого риска перфорации ДПК и кровотечения из зоны ЭПСТ.

**Результаты.** Используя вышеуказанный сфинктеротом удалось произвести канюляцию БДС с первой попытки у 17 (60,7%) пациентов, со второй попытки – у 5 (17,8%), у остальных 6 (21,4%) больных из-за безуспешности попыток канюляции выполнены антеградные эндобилиарные вмешательства. У всех 23 (78,5%) пациентов, которым удалось канюлировать БДС, манипуляцию завершали папилло- или папиллосфинктеротомией. В 3 (10,7%) наблюдениях отмечены различные осложнения (острый постманипуляционный панкреатит, острый деструктивный холецистит, кровотечение из зоны ЭПСТ). Летальных случаев не отмечено.

**Заключение.** Использование усовершенствованных методик при выполнении ЭРХГ при атипичных расположенных БДС, особенно после реконструктивных операций на ЖКТ, дает возможность не только диагностировать причину «билиарного илеуса», а также может разрешить механическую желтуху как радикальный метод лечения.



## **РОЛЬ И МЕСТО ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

**Хакимов М.Ш., Рахманов С.У., Хасанов В.Р., Рахимзода Т.Э.,  
Турижанов У.Ж., Абдукаримов Ж.Ш.**

**Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан**

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения больных с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, путем применения чрескожных чреспеченочных вмешательств, как окончательный метод решения проблемы.

**Материалы и методы.** Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 52 пациентов с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, которые находились на стационарном лечении в многопрофильной клинике ТМА за период 2018 по 2023 гг. Всем больным проведены этапные чрескожные вмешательства: первый этап – наружное дренирование билиарного дерева для ликвидации obstructивной желтухи и осложнений, связанных с ним; второй этап – внутреннее дренирование с восстановлением пассажа в пищеварительную систему; третий этап – балонная дилатация и антеградное низведение конкрементов. Все пациенты в анамнезе перенесли холецистэктомии и были повторно оперированы по поводу различных послеоперационных осложнений, связанных с первичной операцией. Показатели билирубина колебались от 160 до 346 мкмоль/л.

**Результаты.** Учитывая общее соматическое состояние больных, первый этап операции был перенесен относительно благополучно. У 3 пациентов в качестве осложнений была гемобилия, у 2 она была купирована консервативно. У 1 больной в связи с развитием ложной аневризмы печеночной артерии была выполнена эндоваскулярная эмболизация. Вторым этапом в техническом плане был успешным у всех пациентов. В послеоперационном периоде наблюдались

диспепсические явления у 10 больных, которые эффективно купировались медикаментозно. В одном наблюдении была выраженная болевая симптоматика. На заключительном этапе выполняли эндобилиарную дилатацию терминального отдела холедоха с антеградным низведением конкрементов при помощи баллонных катетеров. Низвести конкременты не удалось в 2 случаях, что было связано с величиной конкрементов 18 и 23 мм. В 3 случаях были явления острого панкреатита: консервативно вывели 2 больных, в 1 случае был летальный исход из-за тотального панкреонекроза. В 6 случаях были незначительные осложнения в виде тошноты, нарушения стула, диспепсических явлений.

**Заключение.** В целом, чрескожные вмешательства хорошо переносятся больными, даже в тяжелом состоянии. Однако, как и все хирургические вмешательства, данный метод лечения имеет свои специфические осложнения и недостатки, большинство которых купируемы консервативно. Но, даже при невозможности низведения конкрементов чрескожным путем, первые два этапа благотворно влияют на общее состояние больных перед радикальной операцией. При правильном подходе к проблеме и подборе больных с холедохолитиазом, осложненной механической желтухой, чрескожные чреспеченочные вмешательства могут выполнить роль единственного и окончательного лечения данной категории больных, что способствует более широкому использованию чрескожных минимально инвазивных вмешательств.

## **ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С КРУПНЫМ МНОЖЕСТВЕННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ**

**Шаталов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М., Шаталов С.А., Коссе Д.М., Страшко Е.Н.  
ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Минздрава России, Донецк, Россия**

**Актуальность.** Холедохолитиаз (ХДЛ) является распространённым и опасным осложнением жёлчнокаменной болезни (ЖКБ). Крупный ХДЛ (размерами 1,5 см и бо-

лее) требует особого подхода при выборе хирургического доступа, выполнении литотрипсии, литоэкстракции из-за повышенного риска осложнений.