

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Министерство здравоохранения Республики Татарстан

Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии  
им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации



XXXI МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС АССОЦИАЦИИ  
ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ ХИРУРГОВ СТРАН СНГ

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ  
ХИРУРГИИ**

ПОСВЯЩЕННЫЙ 150-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ  
АКАДЕМИКА АЛЕКСАНДРА ВАСИЛЬЕВИЧА ВИШНЕВСКОГО



# МАТЕРИАЛЫ XXXI МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА АССОЦИАЦИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ ХИРУРГОВ СТРАН СНГ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»

Казань  
28-30 ноября 2024 г.

## Под редакцией:

проф. Вишневского В.А.,  
проф. Степановой Ю.А.,  
к.м.н. Миннуллина М.М.,  
проф. Красильникова Д.М.



УДК 616.36.006+616.37-089+616.361-089-617

089.844+616.72+612.146.3

ББК 54.13+54.57+55.6+54.10

Материалы XXXI Международного конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ: «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии», Казань, 28-30 ноября 2024 г. Под ред. Вишневого В.А., Степановой Ю.А., Миннуллина М.М., Красильникова Д.М. - Казань: АДПО «Образовательный центр высоких медицинских технологий», 2024; 157 с.

В материалах XXXI Международного конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии» представлены вопросы диагностики и лечения заболеваний печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, а также других абдоминальных заболеваний. Обсуждены современные аспекты трансплантации печени, вопросы диагностики и хирургического лечения доброкачественных очаговых заболеваний печени, а также злокачественных опухолей поджелудочной железы. Представлены материалы, касающиеся диагностики и современных подходов к лечению острого и хронического панкреатита.

Материалы предназначены для специалистов гепатопанкреатобилиарных хирургов, общих хирургов, эндоскопистов, лучевых диагностов и врачей, обучающихся по системе дополнительного профессионального образования по специальности «хирургия»



## **СОДЕРЖАНИЕ:**

<b>I. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....</b>	<b>9</b>
ALPPS – ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ЭТАПНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	9
ИННОВАЦИОННЫЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ МАНЕВР СОСУДИСТОЙ ЭКСПОЗИЦИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ СЕЛЕКТИВНОГО СПЛЕНОРЕНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА .....	10
РОЛЬ ТЕРМОАБЛЯЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ .....	11
ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ .....	12
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ГЕПАТИКОЕЮНОСТОМОЗА ПРИ СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ.....	13
СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ .....	14
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ .....	16
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ ПОСЛЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА: ЗАДАЧИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НА ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ ФИБРОЗА .....	17
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ И ОТКРЫТЫХ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ. АНАЛИЗ НА ОСНОВЕ ПСЕВДОРАНДОМИЗАЦИИ .....	19
РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ .....	20
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОЙ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ .....	21
ХРЕСТОМАТИЙНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПОСЛЕ РОБОТИЗИРОВАННОЙ И ОТКРЫТОЙ РЕЗЕКЦИИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ. АНАЛИЗ НА ОСНОВЕ ПСЕВДОРАНДОМИЗАЦИИ .....	22
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ И МЕТОДИК ДЛЯ ЧРЕСКОЖНЫХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ....	23
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ РЕЗЕКЦИИ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ .....	24
ВНУТРИПРОТОВАЯ ПАПИЛЛЯРНАЯ МУЦИНОЗНАЯ ОПУХОЛЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.....	25
БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ ПЕЧЕНИ В ОЦЕНКЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТРЕЗЕКЦИОННОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ .....	26



РОБОТИЧЕСКИЕ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ (МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) .....	28
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ ОБЛАСТЯХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ. ОПЫТ 2 ЛЕТ .....	29
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ В СОЧЕТАНИИ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СОСУДОВ .....	30
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ.....	31
МЕТОДОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМАМИ БСДК .....	32
ОПЫТ 100 ЛАПАРОЭНДСКОПИЧЕСКИХ ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И СТРИКТУРОЙ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА .....	34
БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ ПРИ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОМ И ОТКРЫТОМ ДОСТУПАХ: МЕТА-АНАЛИЗ .....	36
РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ПРАВОСТОРОННЯЯ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЯ, РЕЗЕКЦИЯ S1 ПЕЧЕНИ, РЕЗЕКЦИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ С ФОРМИРОВАНИЕМ БИЛИОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА .....	37
ЛАЗЕРНАЯ АБЛЯЦИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ КОМПОНЕНТЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ.....	38
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ 3D-МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ ЛАЗЕРНОЙ, МИКРОВОЛНОВОЙ АБЛЯЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ.....	39
ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ ВАРИАНТ БОЛЕЗНИ КАСТЛЕМАНА С ПОРАЖЕНИЕМ ЛИМФОУЗЛОВ 15 ГРУППЫ .....	40
ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ДИСТАЛЬНЫХ ПАНКРЕАТЭКТОМИЙ .....	41
ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ СИМУЛЬТАНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	42
НОВЫЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ.....	43
НОВЫЙ ПОДХОД К ЛИКВИДАЦИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СВИЩА.....	44
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПЛАНИРОВАНИИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ ММНКЦ ИМ. С.П. БОТКИНА .....	46
РОБОТ-АССИТИРОВАННАЯ ХИРУРГИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ММНКЦ ИМ. С.П. БОТКИНА .....	47
II. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ.....	48
СПОСОБ АРТЕРИАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ДОЛИ ПЕЧЕНИ ПРИ МАЛОМ И (ИЛИ) РАЗНОКАЛИБЕРНОМ ДИАМЕТРЕ АНАСТОМОЗИРУЕМЫХ СОСУДОВ.....	48



ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В НАЦИОНАЛЬНОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ ИМ. А.Н. СЫЗГАНОВА .....	49
СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ПАЦИЕНТУ ПОСЛЕ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПО ПОВОДУ КРИТИЧЕСКОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И СТЕНОЗОМ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ, УСПЕШНО КУПИРОВАННЫХ СТЕНТИРОВАНИЕМ И ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ .....	50
РАЗВИТИЕ ПРОГРАММЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА.....	51
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ В УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКЕ ПСПБГМУ ИМ. И.П. ПАВЛОВА .....	52
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НЕКОТОРЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ В ПРОГНОЗЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ОТ ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ .....	53
РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С УРГЕНТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ .....	54
<b>III. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОЧАГОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ:</b>	
<b>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА .....</b>	<b>56</b>
НОВЫЙ ПОДХОД В ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ С РИГИДНОЙ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛОЙ .....	56
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ .....	57
ПУНКЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ.....	58
СЛУЧАЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ГЕМОФИЛИЕЙ «А».....	59
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БИЛИАРНОЙ И ГИДАТИДНОЙ ФОРМЫ (CL, CE1) ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ .....	60
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ НЕОПУХОЛЕВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ .....	61
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ .....	62
УЩЕМЛЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ПРАВОСТОРОННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ У БОЛЬНОГО СО СПЛАНХНОПТОЗОМ .....	63
МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛЯЦИЯ КИСТ ПЕЧЕНИ.....	65
НОВЫЙ ПОДХОД В ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ .....	66
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ММНКЦ ИМ. С.П. БОТКИНА .....	67
<b>IV. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:</b>	
<b>ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА .....</b>	<b>69</b>



ЛАЗЕРНАЯ АБЛЯЦИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ .....	69
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	70
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С СОХРАНЕНИЕМ СЕЛЕЗЕНКИ – СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ 2-Х МЕТОДИК (KIMURA VS WARSHAW) .....	71
РОЛЬ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ .....	72
ОТКРЫТЫЕ, ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И РОБОТИЧЕСКИЕ ДИСТАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С СОХРАНЕНИЕМ СЕЛЕЗЕНКИ. ШЕСТЬДЕСЯТ ТРИ ОПЕРАЦИИ С РЕЗЕКЦИЕЙ СЕЛЕЗЕНОЧНЫХ СОСУДОВ И БЕЗ .....	74
РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИССЕЧЕНИЕМ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ ВЕНЫ СО ВСЕМИ ЕЕ ПРИТОКАМИ БЕЗ ВВ/ВБВ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ «НИЗКИХ» РАКАХ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	75
РЕЗУЛЬТАТЫ 132 АРТЕРИАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	76
МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛЯЦИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫХ НЭО ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ .....	77
СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ .....	78
ИММУНОТЕРАПИЯ НА ОСНОВЕ АУТОЛОГИЧНЫХ ДЕНДРИТНЫХ КЛЕТОК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ .....	79
ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ .....	81
ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ МОДИФИКАЦИЯ ТОТАЛЬНОЙ ДУОДЕНОПАНКРЕАТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НИЗКОГО ПОТЕНЦИАЛА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ.....	82
СОСУДИСТЫЕ РЕЗЕКЦИИ И РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ПОГРАНИЧНО-РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ И МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ .....	83
<b>V. РАБОТЫ СЕКЦИИ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ (В ВОЗРАСТЕ ДО 35 ЛЕТ):</b>	
<b>«ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ».....</b>	<b>85</b>
<b>«ТРУДНАЯ» ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ .....</b>	<b>85</b>
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РИСКОВ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ .....</b>	<b>86</b>





АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СЕГМЕНТАРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ .....	87
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	88
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНУКЛЕАЦИЙ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ .....	90
ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЬЮ КЛАТСКИНА .....	91
ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ГЕПАТОБИЛИАРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	92
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМОЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	94
ЭТАЛОННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ .....	95
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ С СОХРАНЕНИЕМ ПРИВРАТНИКА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНИК ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗА .....	96
ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ.....	97
ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ ГЕМОСТАЗА И НАВИГАЦИЯ ПРИ МАЛЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ .....	98
РАДИЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ .....	99
<b>VI. РАЗНОЕ .....</b>	<b>101</b>
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ .....	101
ОКАЗАНИЕ ПОЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ТРАВМАХ ОРГАНОВ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА.....	102
ПОВРЕЖДЕНИЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ....	103
ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ .....	104
ПОЛНЫЙ ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗРЫВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ).....	106
РЕЗУЛЬТАТЫ АНТЕГРАДНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ.....	107
АДЬЮВАНТНАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ РЕФРАКТЕРНОМ ВАРИКОЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ В ИСХОДЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ....	108
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ: ПОКАЗАНИЯ И ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ .....	109



МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ ПАНКРЕАТИТОМ .....	111
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА .....	112
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА .....	114
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ .....	115
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ .....	116
ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА .....	117
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ.....	118
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ОСЛОЖНЕННЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА.....	119
МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ .....	121
ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В РАННЮЮ СТАДИЮ .....	122
ВЫБОР ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ.....	123
ЭТАПНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СОЧЕТАНИИ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ .....	125
ЧРЕСКОЖНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРОТОКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ...	126
АНЕВРИЗМА БРЮШНОЙ АОРТЫ, ОСЛОЖНЕННАЯ АОРТО-ТОНКОКИШЕЧНЫМ СВИЩОМ .....	127
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ .....	128
ЗАВОРОТ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ.....	130
СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ	131
ВЫБОР МЕТОДА ДЕКОМПРЕССИИ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ.....	132
ЧРЕСКОЖНЫЕ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ ПЕРИАМПУЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ .....	132
АКТИВНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ ЖИДКОСТНАЯ БИОПСИЯ .....	134
ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ .....	135
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ С СЕГМЕНТАРНЫМ СТЕНОЗОМ И ВИРСУНГОЛИТИАЗОМ .....	136
ОПТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ .....	137





КОМПЬЮТЕРНАЯ ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА .....	138
СЛУЧАЙ УШЕМЛЕНИЯ И НЕКРОЗА СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ	139
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИМ МЕТОДОМ .....	141
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ В УРЕГНТНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ .....	142
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ .....	143
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ .....	145
ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРОРАЛЬНОЙ ТРАНСПАПИЛЯРНОЙ ХОЛАНГИОСКОПИИ И ЛАЗЕРНОЙ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ).....	146
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРИ БОЛЬШИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ .....	147
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКИ ПО КОЛЛИСУ-НИССЕНУ ПРИ КОРОТКОМ ПИЩЕВОДЕ И ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ .....	149
РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА .....	150
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ЛОКАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ .....	151
ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ	152
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПАРАПАНКРЕАТИТОМ .....	153
ПОРТО-СИСТЕМНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ (ОПЕРАЦИЯ TIPS/ТИПС) ПРИ ВАРИКОЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ НА ФОНЕ ПРОДВИНУТОЙ СТАДИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ .....	155
ПРЕИМУЩЕСТВА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ .....	156



## **I. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

### **ALPPS – ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ЭТАПНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА**

**Анисимов А.Ю., Мавлонов Ф.Б., Андреев А.И., Ибрагимов Р.А.**

**ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань,  
Россия**

**ГУ Национальный научный центр трансплантации органов и тканей  
человека МЗ и СЗН Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан**

**Актуальность.** Послеоперационная острая печеночная недостаточность является грозным спутником обширной резекции печени у пациентов с метастазами колоректального рака в печени. Для стимуляции гиперплазии планируемого остатка печени была предложена хирургическая методика, получившая название Associating Liver Partition and Portal vein Ligation for Staged hepatectomy (ALPPS). Концепция ALPPS основана на полной деваскуляризации воротного бассейна опухолесодержащей доли печени с сохранением, однако, артериального притока. Это приводит к ускоренной гипертрофии контралатеральной доли печени на 40–160% за 6–9 суток. За такой короткий период серьезная прогрессия опухоли маловероятна, а резекция R0 может быть выполнена без больших технических проблем, без риска развития тяжелой послеоперационной печеночной недостаточности. В тоже время, частота развития послеоперационной печеночной недостаточности после ALPPS составляет от 7 до 30%, а 90-дневная летальность достигает 8,8%. У 75% умерших пациентов основной причиной летальности, по-прежнему, является послеоперационная печеночная недостаточность.

**Цель исследования:** анализ и сравнение с результатами других авторов собственного клинического опыта этапной резекции печени по технологии ALPPS в комплексном хирургическом лечении множественных метастазов колоректального рака в печень.

**Материалы и методы.** Двухэтапная резекция печени по технологии ALPPS успешно применена в комплексном лечении пациента с множественными метастазами в печени низкодифференцированной аденокарциномы сигмовидной кишки в стадии IIIA (T2N1M0). После предшествующей химиотерапии, объем планируемого остатка печени составил менее 25%.

**Результаты.** Продолжительность первого этапа операции составила 210 минут, а интраоперационная кровопотеря - 450 мл. К восьмым суткам послеоперационного периода объем планируемого остатка печени увеличился на 9%, достигнув 38%. Второй этап вмешательства проведен через девять суток после первого. Его продолжительность составила 75 минут, а кровопотеря - 150 мл. На 16-е сутки после второго этапа операции пациент был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. Контрольная компьютерная томография,



проведенная через три месяца после выписки, выявила увеличение остатка печени на 54% по сравнению с исходными размерами и отсутствие новых метастатических очагов. В дальнейшем пациент получал адьювантную полихимиотерапию. К сожалению, через 31 месяц после выполнения операции ALPPS скончался. Причиной смерти стал рецидив рака. Выводы. ALPPS — это осуществимый, но хирургически сложный подход к лечению неоперабельных билобарных метастазов в печени при колоректальном раке. С точки зрения безрецидивной и общей выживаемости, ALPPS обеспечивает хорошие онкологические исходы. В тоже время, отдаленные результаты ALPPS в настоящее время остаются неизвестными из-за новизны методики. Для достижения хороших послеоперационных результатов необходим правильный отбор пациентов и мультидисциплинарный подход в предоперационном и послеоперационном лечении.

**Заключение.** Представленное клиническое наблюдение демонстрирует успешное и полное завершение обширной билобарной резекции печени с достижением R0-резекции у пациента с множественными метастазами колоректального рака. Несмотря на благоприятный исход операции, рецидив рака привел к летальному исходу.

## **ИННОВАЦИОННЫЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ МАНЕВР СОСУДИСТОЙ ЭКСПОЗИЦИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ СЕЛЕКТИВНОГО СПЛЕНОРЕНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА**

**Анисимов А.Ю., Мавлонов Ф.Б., Андреев А.И., Ибрагимов Р.А.**

**ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань,  
Россия**

**ГУ Национальный научный центр трансплантации органов и тканей  
человека МЗ и СЗН Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан**

**Актуальность.** Актуальность использования в лечебной программе портальной гипертензии селективных спленоренальных анастомозов в ситуации, когда ежегодно сотни пациентов после консервативного лечения возвращаются в отделения неотложной хирургии с новыми эпизодами кровотечения, печеночной недостаточностью и высокими показателями летальности, не вызывает сомнения.

**Цель исследования:** совершенствование интраоперационного маневра сосудистой экспозиции при операции селективного спленоренального анастомоза за счет использования оригинального инновационного подхода.

**Материалы и методы.** В ретроспективное контролируемое клиническое исследование были включены 56 больных внутрипеченочной портальной гипертензией, в комплексной лечебной программе которых для вторичной профилактики кровотечений использованы различные варианты операции селективного спленоренального шунтирования. У 21 пациента группы контроля А, которые проходили лечение в период с 2006 по 2017 год, селективные спленоренальные анастомозы были выполнены по традиционной методике. У 35 пациентов основной группы В, лечившихся в период с 2018 по 2021 гг.,



хирургическая техника была усовершенствована за счет использования инновационного интраоперационного маневра сосудистой экспозиции.

**Результаты.** Разработана методика интраоперационного доступа к селезеночной и левой почечной венам, в основе которой лежит хирургическая техника, известная как маневр Mattox или левосторонняя медиальная висцеральная ротация. Сначала мобилизуем нисходящую ободочную кишку в сторону ее селезеночного угла, рассекая париетальную брюшину по белой линии Тольдта, кверху. Затем в бессосудистой плоскости в забрюшинном пространстве проводим последовательную полную мобилизацию брыжейки нисходящей ободочной кишки с ее основными сосудами, отводя ее медиально. В отличие от маневра Mattox, который всегда включает ротацию селезенки, поджелудочной железы и левой почки в медиальном направлении относительно срединной линии и расположение плоскости мобилизации непосредственно на мышцах задней брюшной стенки, в нашем случае селезенка, поджелудочная железа и левая почка остаются на месте, а плоскость мобилизации расположена на фасции Тольдта. Именно поэтому мы позволили себе назвать этот технический прием неполным маневром Mattox или частичной левосторонней медиальной висцеральной ротацией. Оригинальный интраоперационный маневр сосудистой экспозиции на первом этапе операции у больных портальной гипертензией обеспечивает удобные объемно-пространственные отношения в операционной ране, создает комфортные условия для выполнения основного оперативного приема - наложения сосудистого анастомоза. Длительность оперативных вмешательств у пациентов группы А была на 35% больше, а средняя интраоперационная кровопотеря - на 58,6% больше, чем у пациентов в группе В ( $p < 0,01$ ). Предложенный интраоперационный маневр сосудистой экспозиции обладает минимальным риском развития специфических осложнений, связанных с подходом к сосудам левого забрюшинного пространства. В группе А за исследуемый период погибло 7 больных (33,3%), а в группе В – 3 больных (8,6%). ( $p < 0,05$ ). Выживаемость пациентов группы А была значительно ниже, чем у пациентов группы В.

**Выводы.** Инновационный прием интраоперационной сосудистой экспозиции при формировании спленоренального шунта позволило улучшить результаты лечения больных портальной гипертензией, снизить частоту осложнений и летальность, тем самым подтвердив жизнеспособность операции селективного спленоренального анастомоза, обусловленную заложенным в нее авторами резервом для эволюционирования.

## **РОЛЬ ТЕРМОАБЛЯЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ**

**Ахаладзе Г.Г., Рагимов В.А., Гончаров С.В., Балиев З.Э.**

**ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России,  
Москва, Россия**



**Актуальность.** В последние годы вектор хирургического лечения злокачественных новообразований сменил свое направление. В связи со значительным прорывом в химиотерапевтическом лечении пациентов все большую актуальность приобретает органосохраняющая хирургия. Достижение лучших отдаленных результатов при минимальных рисках – основная цель современной онкохирургии. В данном контексте все большее значение приобретают методы минимально инвазивных вмешательств, которые позволяют достичь оптимальных онкологических результатов при минимальных рисках послеоперационных осложнений.

**Материалы и методы.** Проведен анализ лечения больных с первичными и вторичными опухолями печени и поджелудочной железы методом абляции посредством чрескожного, лапароскопического и лапаротомного доступов. Изучены непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения в зависимости от типа абляции.

**Результаты.** В ФГБУ РНЦРР Минздрава России в период с 2019 по 2023 гг. проведены 88 абляций, в том числе: микроволновая абляция первичных и вторичных опухолей печени - 40, опухолей поджелудочной железы - 5; лазерной абляции первичных и вторичных опухолей печени - 38, опухолей поджелудочной железы - 5. После микроволновой абляции опухоли головки поджелудочной железы у 3 пациентов из 5 отмечены панкреатические свищи. Также, после микроволновой абляции первичных и вторичных опухолей печени, из 38 пациентов было выявлено у 1 пациента, желчеистечение в брюшную полость – у 1. После лазерной абляции нейроэндокринных опухолей головки поджелудочной железы, у 2 пациентов из 5 формировались свищи.

**Заключение.** Использование метода абляции образований печени и поджелудочной железы является безопасным методом хирургического вмешательства, который позволяет ожидать достижения адекватных онкологических результатов при минимальном количестве возможных осложнений. Различные методы абляции имеют свои преимущества и недостатки, что требует тонкого понимания физических свойств и особенностей применения того или иного метода в контексте конкретной клинической ситуации.

## **ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ**

**Ахаладзе Д.Г., Твердов И.В., Грачев Н.С.**

**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева»  
Минздрава России, Москва, Россия**

**Введение.** Трансплантационные технологии при резекциях печени подразумевают выполнение резекции печени в условиях тотальной сосудистой изоляции с реконструкцией нижней полой вены, сосудов афферентного и эфферентного кровоснабжения печени. Данные вмешательства сопровождаются



высоким риском осложнений, однако для ряда пациентов являются единственной куративной опцией. По сравнению с взрослыми пациентами применение трансплантационных технологий у детей во всем мире ограничено несколькими клиническими наблюдениями.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных пациентов, перенесших резекцию печени с трансплантационными технологиями в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева (2019 - 2023 гг.) в возрасте от 1 месяца до 18 лет. В зависимости от вида трансплантационной технологии выборка разделена на 4 группы: резекции печени *in situ*, резекции *ante situm*, резекции печени с реконструкцией печеночной артерии и воротной вены, резекции в условиях искусственного кровообращения. Проанализированы различия особенностей операции, ближайшие и отдаленные результаты лечения.

**Результаты.** В исследование включены 29 пациентов: резекций печени *in situ* - 11; *ante situm* - 6; резекций с реконструкцией сосудов - 7; резекций в условиях искусственного кровообращения - 5. Осложнения отмечены у 5 (17%) пациентов, они потребовали повторной операции, летальность в течение 90 суток составила 14% (n=4). Общая и бессобытийная выживаемость для пациентов со злокачественными новообразованиями - 51,1%, 41,7%, соответственно. При статистическом анализе не получено значимых различий в частоте осложнений и летальных исходов, группы отличались по типу опухоли (доброкачественная или злокачественная), ответу на неоадьювантную терапию, длительности вмешательств, изоляции печени и антикоагулянтной терапии, общей и бессобытийной выживаемости.

**Выводы.** Несмотря на относительно редкие показания для трансплантационных технологий, с накоплением опыта отмечено снижение частоты послеоперационных осложнений. Вследствие неоднородности выполняемых вмешательств актуально определение показаний, методов сосудистой реконструкции, профилактики осложнений при данных вмешательствах у детей.

## **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ГЕПАТИКОЕЮНОСТОМОЗА ПРИ СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

**Баймаханов Б.Б.<sup>1</sup>, Досханов М.О.<sup>1</sup>, Каниев Ш.А.<sup>1</sup>, Мукажанов Д.Е.<sup>1</sup>,  
Хаджиева А.А.<sup>1,2</sup>, Оспан Ж.Р.<sup>2</sup>, Башатова Ф.А.<sup>2</sup>, Теипов Ш.М.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова»,  
Алматы, Казахстан**

**<sup>2</sup>НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.  
Асфендиярова», Алматы, Казахстан**

**Цель исследования:** изучение эффективности применения лапароскопического гепатикоеюноанастомоза у пациентов с



постхолецистэктомическими повреждениями желчных протоков и сравнить его с традиционной открытой техникой.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов лечения пациентов в условиях отделения «Гепатопанкреатобилиарной хирургии» и «Трансплантации печени» АО «Национального научного центра хирургии имени А.Н. Сызганова» в период с 2017 по 2023 гг. с повреждениями желчных протоков. В зависимости от метода оперативного лечения, пациенты (n=85) были разделены на 2 группы. Первую группу составили пациенты, которым выполнен лапароскопический гепатикоеюностомоз (n=28), вторую группу составили пациенты, перенесшие традиционное открытое наложение гепатикоеюностомоза (n=57). Все пациенты ранее перенесли лапароскопическую или открытую холецистэктомию в сторонних медицинских учреждениях и были направлены в наш центр с повреждением желчных протоков.

**Результаты.** В первой группе средний возраст составил  $47,3 \pm 11$  лет (21-72 лет). Во второй группе средний возраст составил  $45,6 \pm 10,5$  лет (26-67 лет). В общем количестве на долю мужчин у пациентов приходился 6 (21,4%) и 13 (22,8%) пациентов соответственно первой и второй группе. В первой группе пациентов наружный желчный свищ был в 10 (35,7%) случаях. Во второй группе пациентов наружный желчный свищ был в 41 (71,9%) случаях. Длительность операции первой группы в среднем составила  $372,3 \pm 106,7$  мин (120-560), длительность операции во второй группе в среднем составила  $269 \pm 61,06$  мин (120-435). В среднем в первой группе размер гепатикоеюностомоза составил  $1,24 \pm 0,19$  см (0,9–1,7), во второй группе -  $1,08 \pm 0,18$  см (0,8–1,6). В послеоперационном периоде в первой группе после ЛС ГЕА в 1 (3,5%) случае наблюдалось осложнение. Во второй группе в 15 (26,3%) случаях послеоперационном периоде наблюдались осложнения. Количество послеоперационных койко-дней в первой группе в среднем составило  $6,7 \pm 1,7$  дня (3–10), а во второй группе в среднем составило  $11,1 \pm 4,49$  дней (6-31). Отмечены статистически значимые различия в наличии наружного желчного свища, размерах диаметра анастомоза, в длительности операции, послеоперационных осложнений, послеоперационного периода. Интраоперационных осложнений в первой и во второй группах не наблюдалось.

**Заключение.** Представленный опыт показывает, что лапароскопический подход при лечении стриктур желчных протоков по классификации Страсберга E1 - E2 безопасен и эффективен.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ**

**Дарвин В.В.<sup>1,2</sup>, Онищенко С.В.<sup>1,2</sup>, Варданян Т.С.<sup>1,2</sup>, Логинов Е.В.<sup>3</sup>**

**<sup>1</sup>БУ ВО ХМАО Югры Сургутский государственный университет, Сургут,  
Россия**

**<sup>2</sup>БУ ХМАО «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия**



**<sup>3</sup>БУ ХМАО «Нефтеюганская окружная клиническая больница им. В.И. Яцкив», Нефтеюганск, Россия**

**Цель исследования:** анализ результатов практической реализации современных хирургических технологий при хроническом панкреатите.

**Материалы и методы.** Ретроспективно изучено 217 клинических наблюдений больных с ХП, из которых оперативному вмешательству подверглись 74 пациента (хирургическая активность – 34,1%), у которых выполнена 81 операция (7 – двухэтапные вмешательства). В рамках данного исследования, в зависимости от выполненного вмешательства, раздельному анализу подверглись больные с традиционными открытыми операциями и с минимально инвазивными. В целом из традиционных было выполнено органосохраняющих – 12 (16,2%), органорезецирующих – 21 (28,4%), комбинированных – 10 (13,5%): продольная панкреатоеюностомия (7), панкреатоцистоеюностомия (5), панкреатодуоденальная резекция (2), операция Фрея (5), бернский вариант операции Бегера (2), дистальная субтотальная резекция (3); резекция хвоста железы (5); панкреатоцистэктомия (4); дистальная гемипанкреатэктомия с инвагинационной панкреатоеюностомией (4); резекция хвоста железы с продольной панкреатоеюностомией с Ру-петлей (6); у 14 (18,9%) больных дополнительно выполнены вмешательства на соседних органах.

**Результаты.** Острый панкреатит после резекций ПЖ развился у 6 пациентов – 14%, аррозионное кровотечение – у 3 (7%), несостоятельность анастомоза – у 1 (2,3%); воспалительный инфильтрат брюшной полости – у 4 (9,3%), нагноение раны – у 5 (11,6%); всего осложнения (19) – развились у 10 (23,6%) прооперированных, послеоперационная летальность составила 4,6%. Эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока (ЭСГПП) выполнено 10 (13,5%) пациентам. ЭСГПП сопровождалось экстракцией единичных конкрементов из проксимальных отделов ГПП у 2 больных. Эндоскопическое стентирование гепатикохоледоха выполнено у 12 (16,2%) больных. При наличии псевдокист выполняли их внутреннее эндоскопическое дренирование – 12 (16,2%) пациентов, во всех случаях в виде эндоскопической гастростомии. Наружное дренирование кисты под УЗ-контролем было выполнено 1 пациенту. Еще одной малоинвазивной технологией при ХП являются эндоваскулярные (интервенционные) вмешательства при ложных аневризмах или аррозионных кровотечениях из сосудов панкреатобилиарной зоны: у 2 – эндоваскулярная окклюзия, у 1 – эндопротезирование артерии покрытым стентом. Осложнения после малоинвазивных вмешательств развились у 6 (15,8%). Все случаи постманипуляционного панкреатита наблюдались после эндоскопического стентирования ГПП (3), миграция стента (3) – после эндоскопического дренирования кист. Послеоперационная летальность в группе – 2,6%. Средняя продолжительность стационарного лечения при «открытых» операциях составила  $24,6 \pm 7,2$ , при минимально инвазивных –  $8,3 \pm 4,3$  к/дней. В заключение можно сказать, что хирургическая панкреатология за счет внедрения малоинвазивных технологий в последнее время претерпевает большие изменения. Доля эндоскопических, интервенционных и др. методик в лечении больных ХП постоянно увеличивается: соотношение видов вмешательства в случайной выборке



за 5 лет составило 1: 0,7 (53,1% пришлось на долю традиционных операций и 46,9% – на долю малоинвазивных).

**Заключение.** Минимальная инвазивность вмешательств приводит к улучшению показателей – к снижению числа хирургических осложнений и летальности. Вместе с тем, становится понятным, что оказание современной высокотехнологической хирургической помощи пациентам во многом зависит от оснащенности больниц и освоенных технологий. Во избежание дискредитации и избыточного превалирования малоинвазивных технологий нужны дальнейшие целенаправленные научные исследования в этой области, дополнительные практические наработки.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ**

**Демин Д.Б.**

**ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет  
Минздрава России, Оренбург, Россия**

Дополненная реальность (augmented reality, AR) является технологией визуального совмещения виртуального и реального объектов. Внедрение AR в хирургическую практику позволяет создать эффект «прозрачной» хирургической анатомии с возможностью интраоперационной визуализации скрытых в толще тканей оперируемого органа анатомических структур. Благодаря этому эффекту хирург посредством специальной AR-гарнитуры (очки дополненной реальности) одновременно с операционным полем видит виртуальную 3D-модель зоны вмешательства, созданную на предоперационном этапе на основе выполненной пациенту МСКТ. Модель персонифицирована, так как отражает особенности вариантной анатомии зоны оперативного действия у конкретного пациента.

**Цель исследования:** оценить опыт применения интраоперационной AR-технологии в лапароскопической хирургии печени.

**Материалы и методы.** Наш опыт лапароскопических вмешательств при доброкачественных образованиях печени превышает 150 операций. Из них у 15 пациентов мы применили вышеуказанную технологию: в 3 случаях – резекция левого латерального сектора (доброкачественные солидные образования S II-III диаметром 7 и 11 см и эхинококковая киста 10 см аналогичной локализации), у 7 пациентов – иссечения больших непаразитарных кист 8-17 см в диаметре S VI-VII с атипичной резекцией этих сегментов, еще у 5 пациентов аналогичные вмешательства при непаразитарных кистах 6-12 см в диаметре передних локализаций (S III -V). Все этапы 3D-моделирования и операции выполнены лично автором. Первая лапароскопическая резекция печени с применением интраоперационной AR выполнена нами 1 февраля 2022 г.

**Результаты.** Подготовка к вмешательствам состояла из ряда этапов. В ручном режиме выполняли сегментацию печени с зоной патологии и ее трубчатых



структур (артериальная, портальная, кавальная и билиарная системы) на основе предоперационной МСКТ в программе «Инобитек DICOM-Просмотрщик PRO». Затем из полученных сегментов в программе 3D-моделирования «Blender» конструировали виртуальную трехмерную модель печени с подробной сосудистой архитектурой и объемным образованием. При этом сначала создавали модель патологического образования печени с окружающими его сосудистыми структурами для трехмерной визуализации их взаимоотношений. Далее с целью «привязки к местности» в 3D-модель добавляли саму печень и делали ее «прозрачной» для визуализации интрапаренхиматозно расположенных структур. Интраоперационную AR-визуализацию модели осуществляли в программе-просмотрщике 3D-моделей «IF 3D Viewer» в очках дополненной реальности «MS HoloLens 2». В процессе операции 3D-модель зоны оперативного действия, визуализируемая хирургом при помощи вышеуказанного устройства, точно совмещалась с интраоперационной картиной в мониторе эндовидеохирургического комплекса. Это создавало эффект «прозрачной» хирургической анатомии в зоне вмешательства с идентификацией сосудистой архитектуры в толще паренхимы печени и минимизацией риска повреждения трубчатых структур. Все вмешательства выполнены штатно, послеоперационный период без осложнений, выписка на 6-8 сутки. Следует отметить, что трехмерное моделирование также является эффективным компонентом предоперационного планирования вмешательства и позволяет на дооперационном этапе объемно увидеть эту зону вмешательства со всеми ее анатомическими особенностями у конкретного пациента с оптимизацией ее пространственного понимания.

**Заключение.** Технология дополненной реальности в лапароскопической хирургии печени эффективна. Интраоперационная визуализация анатомических структур, скрытых в толще тканей зоны хирургического интереса, является фактором, повышающим безопасность оперативного вмешательства. Уверены, что в обозримом будущем методика будет стандартизирована, а технология создания 3D-моделей и AR станет частью программного обеспечения эндовидеохирургических систем и неотъемлемым компонентом интегрированных операционных.

## **ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ ПОСЛЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА: ЗАДАЧИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НА ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ ФИБРОЗА**

**Дюжева Т.Г., Семенов И.А., Мудряк Д.Л., Соколов А.А., Барбадо П.А., Степанченко А.П.**

**ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России  
(Сеченовский Университет), Москва, Россия**

**ГБУЗ Городская клиническая больница им. С.С. Юдина ДЗМ, Москва,  
Россия**

**Актуальность.** Исследования о переходе острого панкреатита (ОП) в хронический (ХП) являются приоритетными. Последствия повреждения протока





(ПП) поджелудочной железы (ПЖ) в зоне некроза - рецидивирующие псевдокисты (ПК) и панкреатические свищи (ПС) - рассматривают в качестве факторов формирования фиброза, однако их связь недостаточно прослежена ввиду отсутствия ранней диагностики ПП.

**Цель исследования:** оценить роль повреждения протока ПЖ в прогрессировании фиброза и возможные подходы к лечению больных.

**Материалы и методы.** Проанализирован опыт инвазивного лечения 401 больного (239 - резекционные и дренирующие операции, 162 – вмешательства при осложненных ПК и ПС). Характер и сроки осложнений ПК, длительность ПС изучали с учетом критериев нарушения целостности протока ПЖ (глубокий некроз 1 типа конфигурации во время ОП). Выраженность атрофии и фиброза паренхимы – с помощью ультразвуковой эластометрии и по объему паренхимы дистальнее зоны ПП на этапе ОП (V1) и в отдаленном периоде (V2).

**Результаты.** В течение 1 года после ОП наступало увеличение жесткости паренхимы головки, при длительном течении - всех отделов ПЖ, это было сопряжено с гипертензией в протоке. Осложнения ПК (разрыв, кровотечение) наступили в течение 2 - 6 мес. после ОП у больных, перенесших глубокий некроз 1 типа конфигурации. У 73% ПК располагалась в головке, шейке, теле и только у 27% - в области хвоста ПЖ. Экстренные вмешательства по поводу осложнений ПК (эмболизация, наружное дренирование) были этапными и заканчивались формированием наружного ПС. Длительное существование наружного ПС приводило к атрофии функционирующей паренхимы ПЖ, дистальнее повреждения протока: V1 -  $20 \pm 6,3 \text{ см}^3$ , V2 -  $7,4 \pm 2,7 \text{ см}^3$ ,  $p < 0,001$ . Анамнез больных, которым была выполнена дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ, свидетельствовал, что длительное и неадекватное лечение рецидивирующих ПК и ПС ( $57 \pm 9$  мес.) определяли прогрессирование фиброза ПЖ, желчной и портальной гипертензии. В то же время, восстановление проходимости протока стентированием его просвета через зону глубокого некроза на этапе ОП предупреждало атрофию дистальных отделов паренхимы: V1 составил  $50,4 \pm 19,9 \text{ см}^3$ , V2 -  $40,7 \pm 14,4 \text{ см}^3$  ( $p > 0,05$ ), своевременный перевод внутреннего ПС в наружный позволил у 23 больных в среднем через 1 год после ОП выполнить резекционные и дренирующие вмешательства.

**Заключение.** Выделены три последовательных этапа формирования ХП после панкреонекроза и обоснована тактика лечения с учетом критериев повреждения протока ПЖ. Задачи этапа ОП – диагностика критериев повреждения протока и перевод внутреннего ПС в наружный для профилактики распространенного парапанкреатита и поздних осложнений. Задача этапа формирующихся ПК и ПС – диспансерное наблюдение для своевременного вмешательства при прогрессировании размеров ПК и стойких ПС. Задача этапа ХП – проведение ранних максимально корригирующих вмешательств до необратимого развития фиброза ПЖ.



## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ И ОТКРЫТЫХ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ. АНАЛИЗ НА ОСНОВЕ ПСЕВДОРАНДОМИЗАЦИИ

Ефанов М.Г., Тараканов П.В., Королева А.А., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Фисенко Д.В., Цвиркун В.В., Хатьков И.Е.  
ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ,  
Москва, Россия

Растет число публикаций, освещающих результаты роботических резекций по поводу воротной холангиокарциномы. При этом описаны лишь единичные исследования, которые сравнивают непосредственные и отдаленные результаты при роботическом и открытом доступе.

**Цель исследования:** сравнение непосредственных и отдаленных результатов радикального хирургического лечения воротной холангиокарциномы роботическим и открытым доступом.

**Материалы и методы.** В период с 2013 по 2023 гг. прооперирован 171 пациент по поводу воротной холангиокарциномы, из которых 32 пациента робот-ассистированным доступом. Для устранения неоднородности сравниваемых групп использовался метод псевдорандомизации в соотношении 1:1. После псевдорандомизации отобрано 32 пары пациентов. Техника роботических процедур точно соответствовала общим требованиям к резекции при РНСС, а именно выполнение обширной резекции печени с каудальной лобэктомией и региональной лимфаденэктомией с удалением узлов станций 8, 12 и 13. Оценивались основные периоперационные результаты, а также общая и безрецидивная выживаемость.

**Результаты.** После выполнения псевдорандомизации отмечалось сопоставление робот-ассистированной и открытой групп по следующим параметрам: возраст (62 (56-69); 61 (51-71),  $p=0,713$ ), женский пол (15; 13,  $p=0,801$ ), ECOG статус (1 (1-2); 1 (1-2),  $p=0,385$ ), ASA статус (3 (2-3); 3 (2-3),  $p=0,508$ ), стадия TNM I-II (n, %) (10 (31); 7 (22),  $p=0,572$ ), тип Bismuth III-IV (n, %) (25 (78); 28 (87.5),  $p=0,671$ ), число обширных резекций печени (n, %) (30 (94); 31 (97),  $p=1,00$ ), число каудальных лобэктомий (n, %) (29 (91); 30 (94),  $p=1,00$ ). Робот-ассистированная и открытая группы не различались по основным периоперационным параметрам: кровопотеря составила 350 (225-540); 300 (250-500),  $p=0,984$ ; число удаленных лимфоузлов 13 (8-15); 12 (9-13),  $p=0,763$ ; число R1 резекций (n,%) 3 (10); 0,  $p=0,113$ ; продолжительность оперативного вмешательства была достоверно выше в робот-ассистированной группе - 622 (570-695); 482 (418-535),  $p<0,001$ . Робот-ассистированная и открытая группы не различались по числу значимых послеоперационных осложнений ( $>II$ , Clavien-Dindo), n (%) – 20 (63); 19 (59),  $p=1,00$ , а также по числу 90 дневной летальности, n (%) - 2 (6); 2 (6),  $p=1,00$ . Медиана общей выживаемости после робот-ассистированных резекций составила 44 мес., после открытых 55 мес. ( $p=0,619$ ). Медиана безрецидивной выживаемости после робот-ассистированных резекций составила 14 мес., после открытых 27 мес. ( $p=0,619$ ).





**Заключение.** Исследование демонстрирует сопоставимые непосредственные и отдаленные результаты робот-ассистированных и открытых вмешательств по поводу воротной холангиокарциномы при условии селекции пациентов.

## **РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ**

**Ефанов М.Г., Тараканов П.В., Королева А.А., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Фисенко Д.В., Цвиркун В.В., Хатьков И.Е.**

**ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия**

**Введение.** Хирургическое лечение является основным методом радикального лечения пациентов с холангиокарциномой внепеченочных желчных протоков. При этом, при локализации опухоли в терминальном отделе общего желчного протока речь идет о выполнении панкреатодуоденальной резекции (ПДР), что считается одним из наиболее сложных оперативных вмешательств в хирургии органов брюшной полости. Публикации о первом применении роботического комплекса в резекционной хирургии поджелудочной железы были опубликованы в 2003 г. В настоящий момент отмечается рост публикаций, доказывающих эквивалентные результаты выполнения ПДР роботическим доступом, не отличающимися от открытых вмешательств.

Представление **клинического наблюдения** радикального хирургического лечения пациента с холангиокарциномой общего желчного протока робот-ассистированным доступом.

Пациент М., 49 лет. Заболевание манифестировало явлениями безболевого желтухи. Бригадой скорой медицинской помощи доставлен в хирургический стационар по месту жительства, где установлен диагноз механической желтухи. При дообследовании у пациента билиарная гипертензия с нарушением проходимости гепатикохоледоха, уровень билирубина на момент обращения составлял 210 мкмоль/л, преимущественно за счет прямой фракции. Выполнено наружное чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков левой доли печени. Пациент направлен в ГБУЗ МКНЦ А.С. Логинова ДЗМ. На момент обращения желтуха с тенденцией к разрешению.

По данным МСКТ органов брюшной полости с внутривенным контрастом и МРХПГ выявлено утолщение стенок общего желчного протока от уровня впадения пузырного протока в дистальном направлении. Признаков распространения опухоли на магистральные сосуды не выявлено. С учетом наличия у пациента наружного желчного свища выполнен перевод холангиостомического дренажа в наружновнутреннюю супрапапиллярную позицию. Интраоперационно уровень блока от пузырного протока в дистальном направлении протяженностью около 15 мм. С целью верификации опухоли выполнена чресфистульная браш-биопсия. Патоморфологическое заключение: низкодифференцированная



холангиокарцинома (G3) внепеченочного желчного протока. Уровень онкологических маркеров СА 19-9, АФП, РЭА в норме.

Установлен диагноз холангиокарцинома общего желчного протока T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>. Пациент обсужден на онкологическом консилиуме – рекомендовано проведение радикального хирургического лечения.

Пациенту выполнена робот-ассистированная панкреатодуоденальная резекция. Время операции составило 11 часов, кровопотеря 300 мл. В послеоперационном периоде сформировался наружный панкреатический свищ, класс А. Пациент выписан на 13-е сутки. Прекращение отделяемого, удаление страховочного дренажа через 1 месяц после выписки.

**Заключение.** Представленное клиническое наблюдение демонстрирует возможность применения робот-ассистированного доступа в хирургическом лечении холангиокарциномы общего желчного протока путем выполнения панкреатодуоденальной резекции.

## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОЙ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ**

**Ефанов М.Г., Брицкая Н.Н., Тараканов П.В., Фисенко Д.В.**

**ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ,  
Москва, Россия**

**Введение.** Внутриспеченочная холангиокарцинома (ВПХК) характеризуется высокой частотой рецидивов после первичных резекций печени. Возможности повторных резекций печени и применения методов локорегионарной терапии при рецидивах ВПХК является предметом обсуждения.

**Цель исследования:** оценить результаты комбинированного лечения больных с рецидивами внутриспеченочной холангиокарциномы.

**Материалы и методы.** В исследование включены пациенты, перенесшие резекцию печени по поводу ВПХК. Изучены частота и сроки возникновения рецидивов ВПХК, проанализированы результаты комбинированного лечения, а также влияние различных факторов на выживаемость с использованием многофакторного регрессионного анализа Кокса.

**Результаты.** Изучены результаты лечения 104 пациентов. Минимально инвазивные резекции печени (МИРП) выполнены у 34 (33%) пациентов. Среди МИРП у 71% больных выполнены лапароскопические резекции печени и у 29% пациентов робот-ассистированные резекции печени. Рецидив ВПХК возник у 47 (45%) больных, из них внутриспеченочные рецидивы у 29 (28%), внепеченочные рецидивы - 9 (9%), сочетанные (вне-и внутриспеченочные рецидивы) – 9 (9%) больных. «Очень ранний рецидив» (very early recurrence) в сроки до 6 месяцев возник у 9 (9%), ранний рецидив в сроки от 6 мес. до 1 года у 18 (17%), поздний рецидив у 20 (19%) больных. Факторами, достоверно влияющими на выживаемость, оказались уровень СА 19-9, дифференцировка опухоли, R-статус и наличие тяжелых осложнений послеоперационного периода. Комбинированное



лечение по поводу рецидива проведено у 36% больных. У 6 (13%) больных выполнены повторные резекции печени. Критериями отбора для выполнения повторных резекций печени при внутривнутрипеченочных рецидивах ВПХК печени считали: безрецидивный период более 12 месяцев, отсутствие внепеченочных рецидивов, отсутствие метастазов в лимфатические узлы. Послеоперационной летальности при повторных резекциях печени не было. Локорегионарное лечение с последующей химиотерапией проведено 9 (19%) больным (трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ) – у 4, радиочастотная абляция (РЧА) - у 2, сочетание ТАХЭ и РЧА - у 3 больных). Стереотаксическая радиотерапия была проведена 2 (4%) пациентам с внутривнутрипеченочными рецидивами ВПХК. Полихимиотерапия (ПХТ) по схеме XELOX была использована у 11 (23%), по схеме XELIRI – у 2 (4%), GEMCIS/GEMCAP у 18 (38%), FOLFIRI у 4 (9%), FOLFOX у 3 (6%) больных. Иммунотерапия была применена у 8 (17%) больных (Пембролизумаб – у 4, Ниволумаб - у 2, Дурвумумаб - у 2 больных) при выявлении высокого уровня микросателлитной нестабильности (MSI-H). Таргетная терапия использована у 5 (11%) больных. Общая 3-летняя выживаемость при рецидивах ВПХК составила 34,1%.

**Заключение.** Резекционные вмешательства и методы локорегионарной терапии при внутривнутрипеченочных рецидивах ВПХК в комбинации с последующей системной химиотерапией сопровождается улучшением общей выживаемости. Дифференцированный подход к выбору метода лечения рецидивной ВПХК, включая селекцию пациентов для резекции печени, являются ключевыми для достижения благоприятных отдаленных результатов.

## **ХРЕСТОМАТИЙНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПОСЛЕ РОБОТИЗИРОВАННОЙ И ОТКРЫТОЙ РЕЗЕКЦИИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ. АНАЛИЗ НА ОСНОВЕ ПСЕВДОРАНДОМИЗАЦИИ**

**Ефанов М.Г., Тараканов П.В., Королева А.А., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Фисенко Д.В., Цвиркун В.В., Хатьков И.Е.**

**ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия**

Оценка результатов лечения с использованием хрестоматийного результата (ТО) широко используется в хирургии печени. Имеется ограниченное количество исследований, посвященных хирургическому лечению воротной холангиокарциномы. Многие аспекты этой темы остаются неясными.

**Цель исследования:** оценить частоту достижения ТО после резекции воротной холангиокарциномы у пациентов, перенесших открытое и робот-ассистированное радикальное хирургическое вмешательство, и оценить влияние достижения ТО и недостижения ТО (НТО) на выживаемость.

**Материалы и методы.** Метод псевдорандомизации (PSM) использовался для устранения различий в первичных и отдаленных результатах в сравниваемых группах. Для оценки достижения ТО использовались четыре ранее



опубликованных критерия: отсутствие тяжелой заболеваемости ( $>II$  степени, Bismuth), отсутствие 90-дневной смертности, отсутствие повторных госпитализаций и продолжительность пребывания в стационаре менее 75 квартиля. Влияние ТО на выживаемость оценивалось в общей группе пациентов, независимо от доступа. Результаты. С 2013 по 2023 год 32 пациента прошли лечение робот-ассистированным доступом, и более 170 пациентам была выполнена открытая резекция. Для PSM были использованы данные 138 пациентов, перенесших открытую операцию. Сопоставление было проведено для 32 пар пациентов. Частота достижения ТО в открытой и роботизированной группах составила 10 (31%) и 8 (25%) соответственно,  $p=0,782$ . Достижение ТО не оказало влияния на выживаемость. Медиана общей выживаемости в группах ТО и НТО составила 44 и 35 месяцев,  $p=0,723$ . Медиана безрецидивной выживаемости в группах ТО и НТО составила 19 и 38 месяцев,  $p=0,351$ .

**Выводы.** Частота достижения ТО не снижается при использовании роботизированного подхода при резекции воротной холангиокарциномы. Достижение ТО не влияет на выживаемость. Необходимо разработать критерии ТО, учитывающие онкологические аспекты заболевания и резекции.

## **УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ И МЕТОДИК ДЛЯ ЧРЕСКОЖНЫХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ**

**Ившин В.Г.**

**ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», Тула, Россия**

**ООО «Центр новых медицинских технологий», Тула, Россия**

**ООО «НПФ «ШАНС», Тула, Россия**

Возможность развития серьезных осложнений сдерживает распространение пункционных инвазивных вмешательств (ИВ) в лечении больных хроническим панкреатитом. Причины осложнений кроются как в недостатке опыта врачей, так и в несовершенстве применяемых инструментов и методик. ИВ под контролем ультразвука у больных хроническим панкреатитом мы выполняем с 1987 г. В начале своей работы столкнулись с практически полным отсутствием отечественного инструментария и недоступностью импортного из-за высокой стоимости. В связи с этим, стали разрабатывать, а с 1991 г. применять только собственные инструменты и методики. Основную роль в повышении безопасности чрескожного дренирования кист поджелудочной железы играет методика дренирования. Применяемые методики не лишены недостатков. Нами разработано устройство и методика для дренирования полостных образований. Устройство позволяет избежать бужирования и множества возвратно поступательных движений, что делает процедуру дренирования максимально простой и безопасной, сокращает время выполнения процедуры до 1 - 3 мин. Для чрескожного дренирования применяем катетер, у которого при натяжении фиксирующей нити происходит сворачивание дистального конца. Разработанный катетер также





применяем для чрескожного чрезжелудочного дренирования кист и последующего формирования пункционного цистогастроанастомоза методом длительной тракции. Для улучшения результатов лечения больных со стойкими наружными панкреатическими свищами нами разработана оригинальная методика пункционной панкреатикогастростомии и набор инструментов для ее реализации. Набор позволяет пункционным способом создавать шунты между панкреатическим свищем и желудком. При небольшом дебите панкреатического сока через созданный шунт из панкреатического свища с желудок или двенадцатиперстную. У больных со стриктурами главного панкреатического протока и выраженной панкреатической гипертензией выполняем чрескожное дренирование вирсунгова протока. Затем бужируем панкреатический проток и вводим эндопротез в двенадцатиперстную кишку. Все этапы операции выполняем с помощью оригинальных инструментов. Разработанные инструменты просты и надежны в применении, часто не имеют аналогов и выпускаются серийно под товарным знаком «Набор Ившина®».

**Заключение.** Применение разработанного комплекта инструментов и методик значительно расширяет спектр чрескожных пункционных вмешательств у больных хроническим панкреатитом. Простота, надежность и безопасность предложенных вмешательств их способствует широкому внедрению в клиническую практику.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ РЕЗЕКЦИИ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ**

**Ионкин Д.А., Степанова Ю.А., Алимурзаева М.З.**

**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия**

**Актуальность.** Совершенствование методов диагностики приводит к выявлению все большего числа больных очаговыми поражениями селезенки, что требует выполнения органосберегающих вмешательств, обеспечивающих лучшие ближайшие и отдаленные результаты.

**Цель исследования:** расширить возможности выполнения органосохраняющих операций у больных очаговыми поражениями селезенки.

**Материалы и методы.** В период с 1976 г. накоплен опыт лечения >450 больных с различными поражениями селезенки. В последние годы при доброкачественных поражениях мы отдаем предпочтение органосохраняющим операциям. Накоплен опыт выполнения более 910 лапароскопических и робот-ассистированных операций с сохранением селезенки.

Методом радиочастотной абляции (РЧА) были прооперированы 18 пациентов. Среди них было 6 мужчин и 12 женщин, средний возраст 34,6±4,4 года. Морфология очаговых поражений селезенки следующая: эхинококк - 4, абсцессы - 4, доброкачественные опухоли - 8 (гамартома - 2, гемангиома - 2, лимфангиома - 3, гемлимфангиома - 1), истинные кисты - 2.



В воротах селезенки под контролем УЗИ выделяли и лигировали сосуды, питающие патологический очаг. По краю зоны демаркации электродом с длиной рабочей части 1,0-1,5 см проводили поэтапное радиочастотное воздействие. С помощью режущего инструмента обрабатываемые ткани рассекали, оставляя коагуляционный струп толщиной до 3-5 мм. После удаления резецированного фрагмента селезенки обязательно дренировали зону вмешательства контрольным дренажем. Вмешательство проводили под контролем УЗИ. В 4-х наблюдениях такие операции выполняли из лапароскопического доступа с использованием 3 троакаров.

**Результаты.** Время операции с применением РЧА не увеличилось по сравнению со стандартными операциями. В 1 случае отмечена небольшая гематома по краю резекции селезенки, что не потребовало повторного вмешательства. У остальных пациентов послеоперационный период протекал гладко. Также отмечено кровотечение в поздние сроки после отторжения струпа. По данным инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ) в отдаленном периоде отмечалась зона умеренного снижения кровотока по краю резекции толщиной до 5-7 мм. Признаков рецидива заболевания не выявлено.

**Заключение.** При возникновении технических трудностей во время органосохраняющих операций по поводу доброкачественных новообразований селезенки возможно применение РЧА. При проведении вмешательства следует учитывать особенности сосудистой архитектоники селезенки в каждом конкретном случае, которые следует определять на этапе предоперационного обследования (УЗИ, КТ). Использование данной методики позволяет проводить практически бескровную резекцию селезенки с хорошими непосредственными и отдаленными результатами. Мы считаем обязательным использование американского мониторинга на всех этапах операции.

## **ВНУТРИПРОТОВАЯ ПАПИЛЛЯРНАЯ МУЦИНОЗНАЯ ОПУХОЛЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

**Кригер А.Г.<sup>1,2</sup>, Горин Д.С.<sup>2</sup>, Пантелеев В.И.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>ФГБУВ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава  
России, Москва, Россия**

**<sup>2</sup>ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С.С. Юдина ДЗМ», Москва,  
Россия**

**Актуальность.** Внутривенная папиллярная муцинозная опухоль (ВПМО) поджелудочной железы (ПЖ) представляет собой наиболее часто встречающуюся кистозную опухоль ПЖ. В настоящий момент существует несколько международных клинических рекомендаций по диагностике, лечению и динамическому наблюдению пациентов с ВПМО, однако, учитывая результаты лечения, данные протоколы требуют доработки.

**Цель исследования:** повысить эффективность диагностики и лечения пациентов с ВПМО ПЖ.





**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 176 пациентов, проходивших лечение ВПМО с 2012 по 2023 гг. Мужчин было 42 (23,8%), женщин - 133 (76,2%). Средний возраст составил 64 года. Для диагностики заболевания использовалась компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томографии (МРТ) с холангиопанкреатографией (МРХПГ), эндоузонография ПЖ (эндоУЗИ), анализ крови на онкомаркеры СА19.9, РЭА. Оперированы 42 пациентов. 134 пациента были подвергнуты динамическому наблюдению

**Результаты.** В ходе исследования данные, полученные с помощью инструментальных методов диагностики, сравнивали с результатами послеоперационного гистологического исследования. Наиболее чувствительным методов лучевой диагностики (75%) являлась магнитно-резонансная томография. Совместное использование КТ и МРТ, КТ и ЭндоУЗИ, а также МРТ и ЭндоУЗИ показало чувствительность в 77%, 75% и 83% соответственно. Применение всех трёх методов вместе дало чувствительность в 83%.

Из 42 пациентов, перенёвших операцию, у 9 (21,4%) был 1-й тип опухоли, у 14 (33,3%) — 2-й тип, у 19 (45,3%) — 3-й тип. Радикальные операции были проведены 41 пациенту (97,6%): панкреатодуоденальная резекция (29 пациентов); дистальная резекция поджелудочной железы (4); резекция головки поджелудочной железы (4); тотальная дуоденумпанкреатэктомия (4). В одном случае объём операции ограничился эксплоративной лапаротомией. По результатам гистологического исследования, дисплазия низкой степени была обнаружена в 12 случаях, высокой степени — в 29. ВПМО была ассоциированная с протоковой аденокарциномой у 19 пациентов, с коллоидной карциномой - у 8. При статистической обработке материала единственным статистически значимым фактором малигнизации оказалось расширение протока ПЖ более 5,5 мм. Из 134 пациентов в группе динамического наблюдения 1-й тип опухоли был у 2 (1,5%) пациентов, 2-й тип — у 109 (81,3%), 3-й тип — у 23 (17,2%). Пациентам с 1-м и 3-м типами опухоли операции не проводились по следующим причинам: отказ пациента от операции; тяжёлые сопутствующие заболевания; поздняя стадия заболевания на момент обращения.

При проведении статистического анализа наличие ВПМО 1-го и 3-го типов, а также увеличение размера опухоли в динамике оказались независимыми факторами прогноза, связанными с высоким риском малигнизации.

**Заключение.** Для диагностики ВПМО целесообразно использовать два и более метода лучевой диагностики, поскольку это повышает точность результата. Хирургическое лечение показано при наличии таких признаков, как расширение протока ПЖ > 5,5 мм, 1 и 3 тип опухоли, увеличение размеров опухоли в динамике.

## **БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ ПЕЧЕНИ В ОЦЕНКЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТРЕЗЕКЦИОННОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Леонов С.Д., Панченков Д.Н., Баранов В.М.**



**ФГБУ «Научно практический центр лазерной медицины им. О.К. Скобелкина» ФМБА России, Москва, Россия**

Согласно данным литературы на сегодняшний день нет недорогого, универсального, общепризнанного и широко используемого метода прогнозирования пострезекционной печеночной недостаточности (ППН). Существуют различные оценочные шкалы, учитывающие биохимические параметры, применяются методы оценки функционального резерва печени на основе элиминационных тестов, а также данных инструментальных методов исследования. Проблема прогнозирования ППН, не смотря на большое количество исследований по данной тематике, остается актуальной в гепатохирургии. Провели эксперимент на 200 белых крысах обоего пола породы Вистар массой 180-230 г., из которых 55 были использованы для отработки используемых экспериментальных моделей. Для достижения целей исследования провели 3 серии экспериментов. В первой серии (n=62) производили обширную резекцию печени. Во второй (n=43) животным моделировали диффузную патологию печени с использованием N-нитроздиэтиламина. В третьей (n=40) проводили обширную резекцию печени на фоне диффузных изменений в печени, которые моделировали с использованием N-нитроздиэтиламина. Тем самым моделировали пострезекционную печеночную недостаточность у крыс. При проведении обширной резекции печени удаляли левую боковую и срединную доли печени, что составляло 70% от массы органа и являлось предельно допустимой по объему резекцией печени у крыс. Моделирование диффузных изменений в печени осуществляли с использованием 0,02% раствора N-нитроздиэтиламина, который вводили животным с питьевой водой на протяжении 120 суток. При этом у крыс наблюдались признаки токсического гепатита, затем фиброза паренхимы печени, вплоть до развития цирроза. Оценка показателей электрического импеданса паренхимы печени производили инвазивным методом с помощью оригинального устройства для измерения электрического импеданса биологических тканей «ВІМ ІІ». Биоимпедансометрию печени проводили биполярными игольчатыми электродами с ограничителем, которые вводили, так чтобы их активные части находились в ткани печени. Измерение производили в трех произвольных зонах на частотах 2 кГц и 20 кГц с расчетом среднего значения электрического импеданса, коэффициента дисперсии  $D_{2\text{кГц}/20\text{кГц}}$  и коэффициента внутренней неоднородности. Статистический анализ полученных результатов проводили, используя непараметрические критерии Манна-Уитни и Вилкоксона. В результате анализа полученных данных были выявлены до- и интраоперационные факторы риска развития ППН. К дооперационным факторам прогноза развития ППН можно отнести высокие значения абсолютных показателей электрического импеданса паренхимы печени, измеренного на частоте 2 кГц (выше 3 кОм), увеличенные показатели коэффициента дисперсии  $D_{2\text{кГц}/20\text{кГц}}$  и повышение коэффициента внутренней неоднородности выше 2 единиц. Выявлен также интраоперационный биоимпедансометрический фактор риска развития ППН, в виде отсутствия снижения электрического импеданса печени сразу после обширной гепатэктомии.

**Заключение.** В целом, результаты экспериментального исследования показывают высокую чувствительность биоимпедансного анализа в оценке



морфофункционального состояния паренхимы печени и могут быть использованы для разработки различных диагностических методик в гепатологии.

## **РОБОТИЧЕСКИЕ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ (МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

**Нартайлаков М.А.<sup>1,2</sup>, Нагаев Ф.Р.<sup>1</sup>, Салимгареев И.<sup>3,2</sup>, Абдеев Р.Р.<sup>3</sup>,  
Минигалин Д.М.<sup>1</sup>, Погадаев В.В.<sup>2</sup>, Иванов И.И.<sup>2</sup>, Сохибназаров Д.Н.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Уфа, Россия**

**<sup>2</sup>ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа,  
Россия**

**<sup>3</sup>ГАУЗ Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава  
РБ, Уфа, Россия**

**Цель исследования:** оценить возможности и эффективность роботических и лапароскопических операций на поджелудочной железе (ПЖ).

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты 49 операций на поджелудочной железе с использованием роботических (n=7) и лапароскопических (n=42) технологий в 3 центрах г. Уфы (Россия) за период с 2019 по 2023 гг. Результаты минимально инвазивных вмешательств сравнивали с традиционными (открытыми) операциями.

**Результаты.** За 5 лет в трёх центрах выполнены 44 операции на поджелудочной железе малоинвазивными способами: 37 операции лапароскопическим доступом: панкреатодуоденальных резекций (ПДР) – 6, дистальных резекций (ДР) ПЖ – 31; с использованием робота Da Vinci (n=7): панкреатодуоденальная резекция – 1, дистальных резекций ПЖ – 4, энуклеации опухолей (ЭО) из тела ПЖ – 2. Ещё в 5 случаях потребовалась конверсия с лапароскопии на лапаротомию в связи с инвазией сосудов или неконтролируемым интраоперационным кровотечением. При роботических операциях конверсии не было. За этот же период в трёх центрах выполнены 190 операций традиционным лапаротомным доступом: ПДР - 138, ДР - 45, ЭО - 7. После малоинвазивных операций осложнение развилось у 1 (2,7 %) больного (несостоятельность панкреатоеюноанастомоза). После лапаротомных операций осложнения развились у 9 (4,7%) больных: несостоятельность панкреатоеюноанастомоза – 4, панкреатическая фистула – 5 (класс А – 3, класс В – 2).

**Выводы.** Лапароскопические операции и первый опыт (с 2020 года) применения робота при заболеваниях ПЖ показали свою эффективность.



## **ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ ОБЛАСТЯХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ. ОПЫТ 2 ЛЕТ**

**Панченков Д.Н., Абдулкеримов З.А., Григорьева Е.В., Климов Д.Д.,  
Лискевич Р.В., Тупикин К.А., Балабеков А.Г.**

**ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России,  
Москва, Россия**

Предоперационное изучение 2D-изображений КТ и МРТ позволяет точно оценить варианты сосудистого строения и другие анатомические особенности у конкретного пациента. Однако, имеются трудности при оценке 2D-изображений и когнитивном обобщении в объемный формат. В области гепатопанкреатобилиарной хирургии для успешного планирования оперативного вмешательства, с учетом сложной анатомии органов, применение данных КТ и МРТ интересующей зоны остается востребованным. При этом сохраняется проблема интерпретации двухмерных изображений и их приложение к анатомии пациента. Технология дополненной (augmented reality-AR) реальности создает виртуальную 3D-модель анатомии конкретного пациента на основании 2D-срезов КТ и МРТ, с которой можно взаимодействовать как до, так и во время операции, работая в новой среде. В гепатобилиарной хирургии публикации по теме AR/MR встречаются с 2017 г. Однако, о повсеместном применении технологии речи пока не идет.

**Цель исследования:** оценить возможность, безопасность и эффективность интраоперационного применения технологии дополненной реальности при операциях на органах гепатопанкреатобилиарной системы.

**Материалы и методы.** Для подготовки пациентам выполняется МСКТ с внутривенным контрастированием. Изображения срезов в формате DICOM обрабатываются для получения STL-файлов, далее сегментируются. Воспроизведение модели осуществлялось с помощью системы HoloLens 2 и разрабатываемого программного обеспечения. С декабря 2021 г. по март 2024 г. выполнено 33 хирургических вмешательства с применением AR. Объем операций: удаление псевдокист поджелудочной железы – 6; лапароскопическая корпорокаудальная резекция поджелудочной железы – 7; лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция - 5; лапароскопическая атипичная резекция печени – 6; лапароскопическое удаление неорганных забрюшинных опухолей - 4; лапароскопическая эхинококкэктомия с резекцией печени - 3; лапароскопическое удаление кисты брыжейки тонкой кишки – 2.

**Результаты.** Применение технологии AR существенным образом не повлияло на планирование объема операции. Время для надевания очков, масштабирования модели и ее сопоставление с экранном изображением занимает от 10 до 15 мин. (в среднем 12мин), что удлиняло пособие. Во всех наблюдениях интраоперационное применение AR не изменило преемственность и количество основных этапов операции. Средняя интраоперационная кровопотеря составила 300-400 мл. Частота послеоперационных осложнений не отличается от групп пациентов с аналогичными нозологиями и оперативными вмешательствами без AR. При этом в ходе операции по поводу резидуального эхинококкоза печени применение AR





облегчило ориентировку хирурга при резекции печени и манипуляции вблизи сосудисто-секреторных ножек. При выполнении лапароскопической ПДР и при корпорокаудальной резекции применение AR способствовало лучшему пониманию анатомии при создании туннеля и отхождении от верхней брыжеечной и селезеночных вен, а также при определении уровня пересечения паренхимы поджелудочной железы.

**Заключение.** Применение технологии дополненной реальности в гепатопанкреатобилиарной хирургии возможно и воспроизводимо. Интуитивно понятное жестовое управление ПО позволяет безопасно выполнять оперативные вмешательства и не противоречит принципам асептики и антисептики. Несмотря на преимущества неинвазивной интраоперационной навигации, точность и эффективность применения технологии дополненной реальности в хирургии продолжает зависеть от качества проведения этапа подготовки объемных моделей. Неоднородность и малое количество наблюдений не позволяет произвести адекватный статистический анализ полученных данных. Все это требует продолжения накопления данных для последующего накопления опыта и уточнения алгоритма применения технологии.

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ В СОЧЕТАНИИ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СОСУДОВ**

**Ромашенко П.Н., Прядко А.С., Алиев А.К.**

**ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»  
Министерства обороны России, Санкт-Петербург, Россия**

**Материалы и методы.** Мы располагаем опытом лечения 117 больных с повреждениями желчевыводящих протоков (ПЖП), которые были госпитализированы в период с 2005 г. и по настоящее время. Повреждения были получены во время выполнения лапароскопической холецистэктомии в стационарах Санкт-Петербурга и Ленинградской области и впоследствии поступили в клинику факультетской хирургии им. С.П. Фёдорова ВМедА и на ее клиническую базу Ленинградскую областную клиническую больницу. В настоящем исследовании представлен анализ лечения 15 пациентов с сочетанными вариантами ПЖП и печеночных сосудов.

**Результаты.** Изучение результатов диагностики и лечения больных с сосудисто-протоковыми повреждениями (СПП) позволило установить, согласно классификации «АТОМ» (2013), следующие уровни повреждения: 1 уровень у 6 больных, 2 уровень – у 4, 3 уровень – у 2, 4 уровень – у 1, 5 уровень – у 1 и 6 уровень – у 1. Во всех случаях имело место полное пересечение магистрального желчного протока, при этом у 8 пострадавших с дефектом ткани протока. Сочетание ПЖП и правой печеночной артерии (ППА) были у 12 больных, собственной печеночной артерии (СПА) – у 2 и воротной вены (ВВ) – у 1. Во время выполнения оперативного вмешательства повреждение сосудов наряду с ПЖП было выявлено



у 1 пациента, а в послеоперационном периоде – у 14. Интраоперационно диагноз был сформулирован после выполнения тщательной ревизии ворот печени, с привлечением ангиохирурга, во время конверсии доступа. В послеоперационном периоде диагноз СПП был подтверждён на основании данных инструментальных исследований: УЗИ-живота (n=10), КТ-ангиографии сосудов брюшной полости (n=13), диагностической лапароскопии (n=4) и сочетания этих методик (n=13). ПЖП в сочетании с ППА у 4 больных привели к некрозу правой доли печени, у одного пациента с повреждением СПА к некрозу печени, и у одного больного с повреждением ВВ к развитию геморрагического шока на фоне кровотечения из ворот печени. Основными методиками хирургических вмешательств по поводу ПЖП были: наружное дренирование желчного дерева (n=15) и выполнение реконструктивной гепатикоеюностомии (n=13). Хирургические вмешательства направленные на устранение последствий повреждений сосудов: правосторонняя гемигепатэктомия (n=4); ортотопическая трансплантация печени (n=1); реконструкция правой печеночной артерии (n=1), ушивание воротной вены (n=1). Остальным больным (n=8) оперативное вмешательство не потребовалось, в связи с развитием коллатерального кровотока и восстановлением перфузии паренхимы печени. Осложнения развились у 2 пациентов: тромбоз аутоотрансплантата в 1 случае и нагноение послеоперационной раны – в другом. Летальный исход развился у 2 больных: у одного после трансплантации печени на фоне сепсиса и у второго после правосторонней гемигепатэктомии в связи с развитием печеночной недостаточности.

**Заключение.** С целью своевременного выявления СПП необходимо выполнение КТ-ангиографии брюшной полости всем пациентам с подозрением на ПЖП. Сочетанные ПЖП и сосудов печени, по данным проведенного исследования встречаются у 12,8% больных, которые у каждого второго не требуют дополнительного хирургического вмешательства в виду развития коллатерального кровотока, но с другой сопряжены с высоким риском развития некроза печени, требующего резекционных вмешательств или трансплантации печени.

## **НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ**

**Руммо О.О., Щерба А.Е., Коротков С.В., Штурич И.П., Ефимов Д.Ю.,  
Федорук А.М., Федорук Д.А., Пикирения И.И.**

**ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и  
гематологии», Минск, Беларусь**

В настоящее время благодаря стремительному прогрессу современной медицины произошло изменение подходов к трансплантации печени (ТП). Развитие трансплант-онкологии увеличило долю операций при гепатоцеллюлярном раке (ГЦР), холангиоцеллюлярной карциноме (ХЦК), начали выполняться ТП при метастазах колоректального рака. Клеточные биотехнологии изменили представления и расширили возможности лечения печёночной недостаточности и иммуносупрессивной терапии; значительно улучшились





результаты операций у пациентов инфекционного риска и при септических осложнениях; развитие технологии машинной перфузии позволило использовать маргинальные трансплантаты; а система знаний о frailty-пациенте позволила оптимизировать операционные риски и предоперационную селекцию пациентов.

На базе нашего Центра в период с 2008 г. по настоящее время выполнено 1096 трансплантаций печени. Благодаря реализованным научным подходам, проектам и программам успешно прооперировано 10 пациентов с хиларной холангиоцеллюлярной карциномой, 17 пациентов с мультифокальным ГЦР. Мезенхимальные стволовые клетки (МСК) и Т-регуляторные лимфоциты были успешно применены у 112 пациентов с целью иммунозамещения при развитии осложнений иммуносупрессивной терапии; использование клеточных биотехнологий (культуры гепатоцитов и плацентарных МСК) позволило подготовить к трансплантации 12 пациентов; технология экстракорпорального фотоферреза была применена у 21 пациента для оптимизации иммуносупрессивной терапии после операции. В настоящее время подготовлены для целлюризации и лечения печёночной недостаточности 3 аллогенных скаффолда печени. Разработанная в клинике система инфекционного контроля и ведения септического пациента, рационализация антибиотикотерапии, активная хирургическая тактика - программированные релапаротомии, использование NPWT-систем и лазерные технологии - позволили выполнить ТП 7 септическим пациентам высокого инфекционного риска и снизить летальность. С использованием разработанной на базе центра машины для оксигенированной гипотермической перфузии выполнено 41 ТП от доноров с расширенными критериями. Основываясь на современные подходы по ведению пациентов с острой печёночной недостаточностью, критерии оценки функционального состояния ЦНС при toxic liver syndrome – 6 пациентам была выполнена этапная ургентная трансплантация печени с проведением превентивной гепатэктомии и формированием временного портокавального шунта.

**МЕТОДОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ  
ЭНДСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМАМИ БСДК**  
**Старков Ю.Г., Замолодчиков Р.Д., Джантуханова С.В., Вагапов А.И.,  
Бадахова А.Б.**

**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им.  
А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия**

**Актуальность.** Согласно данным ряда крупных клинических исследований осложнения после эндоскопических вмешательств при аденомах большого соска двенадцатиперстной кишки (БСДК) возникают с частотой от 6.8 до 58.3%. Ввиду отсутствия рандомизированных клинических исследований по методам профилактики послеоперационных осложнений, малого числа пациентов в уже имеющихся исследованиях, ряд вопросов остаются нерешенными, вследствие чего



необходимо использовать ряд методических принципов профилактики послеоперационных осложнений.

**Цель исследования:** продемонстрировать эффективность методологического подхода в профилактике осложнений при эндоскопическом лечении пациентов с аденомами БСДК.

**Материалы и методы.** В исследование включены 165 пациентов хирургического эндоскопического отделения НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневого, которым за период времени с 2006 по 2023 гг. были выполнены эндоскопические операции по удалению аденом БСДК с использованием эндосонографии. Все пациенты распределены по эндоскопической классификации новообразований БСДК. 20 пациентов имели IV тип опухоли с внутрипротоковым ростом, им применялась методика этапного эндоскопического лечения.

**Результаты.** Радикальное удаление аденомы БСДК достигнуто в 92,9% (153/165) наблюдений, в остальных наблюдениях потребовалось повторное оперативное вмешательство с целью удаления резидуальных фрагментов. Стентирование ГПП удалось выполнить у 91,5% (151/165) пациентов. Стентирование ОЖП выполнялось всем пациентам после выполнения деструкции внутрипротоковой части аденомы. Частота послеоперационных осложнений составила 15,9 % (26/165) наблюдений. Постманипуляционный панкреатит (ПМП) развился у 13 пациентов. Лечение проводили консервативно. У 9 пациентов отмечена легкая степень тяжести ПМП, на фоне проводимой терапии состояние стабилизировалось в течение 3-х дней после оперативного вмешательства. В трех наблюдениях развилась средняя степень тяжести ПМП. В одном наблюдении на 2-е сутки послеоперационного периода развился острый деструктивный панкреатит фульминантного течения. Пациенту проводилось интенсивное консервативное и пункционно-дренажное лечение, стентирование ГПП. В 8 наблюдениях возникла необходимость интраоперационного гемостаза после эндоскопического удаления новообразования. Во всех наблюдениях выполнен успешный комбинированный эндоскопический гемостаз. Перфоративный дефект стенки ДПК в послеоперационном периоде был отмечен у 5 пациентов. В 4 наблюдениях выполнено закрытие дефекта стенки ДПК при помощи эндоскопических клипс. В 5-ом наблюдении выявили забрюшинное жидкостное скопление, которое подвергнуто к пункционно-дренажному лечению.

На основании нашего опыта был разработан методологический подход, включающий методики профилактики осложнений после эндоскопического удаления аденом БСДК.

Высокий риск развития послеоперационного кровотечения определяет необходимость тщательной ревизии пострезекционного дефекта и применения различных методов гемостаза. Мы используем методику клипирования слизистой с целью закрытия пострезекционного дефекта с дополнительной электрокоагуляцией видимых сосудов и соблюдением временной оценки гемостаза в течение 10 минут. Закрытие дефекта слизистой препятствует воздействию агрессивного пищеварительного сока на сосуды в подслизистом слое, что способствует снижению риска отсроченного кровотечения. Кроме этого, мы используем дополнительные методики гемостаза в виде инъекции «следами»



адреналина по периферии пострезекционного дефекта слизистой, а также гемостатического аппликационного клея

Основной методикой, направленной на снижение риска и тяжести постманипуляционного панкреатита является стентирование панкреатического протока. Кроме того, используются медикаментозные методы профилактики, такие как введение нестероидного противовоспалительного препарата ректально перед и после оперативного вмешательства, инфузионная и антисекреторная терапия. Стентирование ОЖП проводилось всем пациентам после выполнения деструкции внутрипротоковой части аденомы с целью предотвращения развития рубцовой стриктуры протока.

Использование электрохирургических параметров смешанного режима с преобладанием «резки» с минимальным эффектом коагуляции (ENDOCUT Q, эффект 2) позволит избежать коагуляционных изменений стенки кишки, БСДК и терминального отдела ОЖП и обеспечит значимое снижение частоты постманипуляционного панкреатита и перфорации стенки ДПК.

Применение этапного эндоскопического лечения у пациентов с новообразованиями БСДК с экстрапапиллярным и интрадуктальным компонентами снижает риски сочетанных осложнений и исключает вероятность одновременного развития кровотечения, ПМП и перфорации стенки ДПК, что в следствие значительно снизит частоту ближайших послеоперационных осложнений.

**Выводы.** Методологический подход по применению эффективных методов профилактики осложнений позволяет снизить частоту развития осложнений и повысить качество эндоскопического лечения пациентов с аденомами БСДК.

## **ОПЫТ 100 ЛАПАРОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И СТРИКТУРОЙ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА**

**Старков Ю.Г., Вагапов А.И., Джантуханова С.В., Замолотчиков Р.Д.,  
Арабова П.Ш., Амалиев И.Т.**

**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им.  
А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия**

**Актуальность.** Холедохолитиаз и стриктура терминального отдела общего желчного протока (ТОХ) являются одними из наиболее часто встречающихся осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ), возникающие в 20-30% случаев. На сегодняшний день широкое применение получили две концепции лечения пациентов с осложненными формами ЖКБ, это одноэтапное и двухэтапное лечение. Двухэтапное лечение подразумевает выполнение первым этапом эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) с эндоскопическим извлечением конкрементов из желчных протоков, тогда как лапароскопическая



холецистэктомия выполняется вторым этапом. Однако, стоит отметить, что второй этап выполняется в различные сроки, создавая тем самым вероятность повторного развития холедохолитиаза. В тоже время ретроградные транспапиллярные вмешательства характеризуются высоким риском развития постманипуляционного панкреатита, в связи с чем, одноэтапная лапароэндоскопическая гибридная методика всё чаще рассматривается в качестве альтернативы двухэтапному методу лечения.

Одноэтапная лапароэндоскопическая гибридная методика, включающая одномоментное выполнение внутрипросветного ретроградного вмешательства с эндоскопической литоэкстракцией из желчных протоков и лапароскопическую холецистэктомию, была впервые применена в 1997 г. в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского [Старков Ю.Г. с соавт. *Анналы хирургической гепатологии*. 2001; 52-53.].

**Цель исследования:** демонстрация полученных ближайших и отдалённых результатов лечения пациентов с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом.

**Материалы и методы.** В хирургическом эндоскопическом отделении за последние годы прооперировано 100 пациентов с ЖКБ осложненной холедохолитиазом и стриктурой ТОХ.

Всем пациентам на дооперационном этапе выполняли УЗИ. В тоже время, МРТ с МРХПГ и КТ выполняли в 75 и 20% случаев соответственно. Однако, несмотря на тщательную диагностику, лишь у 73 пациентов было подтверждено наличие конкрементов, как в просвете желчного пузыря, так и в просвете желчных протоков, а в 27 наблюдениях холедохолитиаз был диагностирован во время оперативного вмешательства при интраоперационном лапароскопическом УЗИ (ЛУЗИ). В НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского ЛУЗИ с 1995 г. является рутинным методом интраоперационной диагностики при калькулезном холецистите и применяется при каждой холецистэктомии.

Всем пациентам после антеградного проведения струны-проводника и луковидного папиллотомы через пузырный проток в просвет общего желчного протока и далее в двенадцатиперстную кишку была выполнена антеградная папиллосфинктеротомия с последующей литоэкстракцией через ретроградный доступ. Лишь в 2 наблюдениях произвести адекватную антеградную папиллосфинктеротомию не представлялось возможным ввиду отсутствия технической возможности достижения адекватного позиционирования папиллотомы в необходимом направлении для безопасного рассечения папиллы. В связи с чем, после парциальной папиллосфинктеротомии через антеградный доступ успешно была применена техника «rendez-vous».

**Результаты.** Технический успех при выполнении лапароэндоскопических гибридных операций достигнут у всех пациентов. Нежелательные явления отмечены в 2 наблюдениях, у которых интраоперационно было отмечено кровотечение из папиллотомии, успешно остановленное эндоскопически. В послеоперационном периоде случаев развития осложнений, в том числе острого постманипуляционного панкреатита не отмечено. Продолжительность пребывания в стационаре в среднем составила 5 койко-дней.



**Выводы.** Применение лапароэндоскопической гибридной методики лечения пациентов с ЖКБ осложненной холедохолитиазом и стриктурой ТОХ позволяет в результате одного оперативного вмешательства получить оптимальный клинический эффект, вместе с тем минимизировать риск развития послеоперационных осложнений и сократить длительность пребывания в стационаре. Вместе с тем, следует отметить, что выполнение данных вмешательств возможно только в специализированных центрах с высоким уровнем специалистов и наличием необходимого оборудования, а также с развитым взаимодействием эндоскопической и лапароскопической бригад.

### БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ ПРИ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОМ И ОТКРЫТОМ ДОСТУПАХ: МЕТА-АНАЛИЗ

Тараканов П.В., Королева А.А., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Фисенко Д.В., Цвиркун В.В., Ефанов М.Г

ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия

**Введение.** Результаты робот-ассистированных резекций по поводу воротной холангиокарциномы представлены в единичных исследованиях с небольшими по численности когортами пациентов. Для получения более достоверных данных целесообразна аккумуляция исследований и проведение единой оценки результатов хирургического лечения посредством мета-анализа.

**Цель исследования:** сравнительная оценка результатов робот-ассистированных и открытых радикальных хирургических вмешательств по поводу воротной холангиокарциномы с использованием мета-анализа данных опубликованных исследований.

**Материалы и методы.** Проведен поиск сравнительных исследований результатов робот-ассистированных и открытых резекций, опубликованных до 31 декабря 2023 г., по ключевым словам - robotic” AND “(hilar cholangiocarcinoma” OR “perihilar cholangiocarcinoma” OR “Klatskin tumor”) в базах данных Embase, MEDLINE, Web of Science и Google Scholar. Критериями включения были наличие в исследовании данных о ближайших и отдаленных результатах робот-ассистированных и открытых резекций по поводу воротной холангиокарциномы.

**Результаты.** При первичном поиске выявлено 1310 статей, из них в мета-анализ включено 4 исследования, соответствовавших критериям включения. По результатам мета-анализа роботический доступ был связан с более длительным временем операции (взвешенная разность средних (BPC) = 157.49, 95% ДИ [102.85; 212.12],  $p < 0,00001$ ), меньшей величиной интраоперационной кровопотерей (BPC = -76.41, 95% ДИ [-159.90; 7.08],  $p = 0.07$ ). Не выявлено отличий по частоте гемотрансфузий и R0 резекций, числу удаленных лимфатических узлов, частоте и структуре послеоперационных осложнений, продолжительности стационарного





лечения, госпитальной летальности. Общая и безрецидивная выживаемость после робот-ассистированных и открытых резекций не отличалась.

**Заключение.** Проведенный мета-анализ продемонстрировал сопоставимые непосредственные и отдаленные результаты открытых и робот-ассистированных резекций при большей длительности последних, но меньшей кровопотере, что оправдывает дальнейшее накопление опыта робот-ассистированных резекций у селективных пациентов с воротной холангиокарциномой.

## **РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ПРАВОСТОРОННЯЯ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЯ, РЕЗЕКЦИЯ S1 ПЕЧЕНИ, РЕЗЕКЦИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ С ФОРМИРОВАНИЕМ БИЛИОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА**

**Тараканов П.В., Королева А.А., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Фисенко  
Д.В., Цвиркун В.В., Ефанов М.Г.**

**ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ,  
Москва, Россия**

**Введение.** Хирургическое лечение является основным методом радикального лечения пациентов с воротной холангиокарциномой. При этом оперативное вмешательство, как правило, подразумевает обширную резекцию печени, а также внепеченочных желчных протоков с формированием билиодигестивного анастомоза, а также выполнением регионарной лимфаденэктомии, что делает подобные вмешательства сложными с технической точки зрения. При этом в настоящий момент в литературе представлено около 250 успешных случаев радикальных хирургических вмешательств при воротной холангиокарциноме роботическим доступом с результатами, не отличающимися от открытых вмешательств.

**Цель исследования:** представление клинического наблюдения радикального хирургического лечения пациента с воротной холангиокарциномой робот-ассистированным доступом.

**Результаты.** Пациент А., 67 лет. Заболевание манифестировало явлениями без болевой желтухи. Обратился за медицинской помощью в хирургический стационар по месту жительства, где установлен диагноз механической желтухи, уровень билирубина на момент обращения составлял 360 мкмоль/л, преимущественно за счет прямой фракции. Пациент направлен в ГБУЗ МКНЦ А.С. Логинова ДЗМ.

По данным МСКТ ОБП с внутривенным контрастом выявлено гиповаскулярное образование в проекции конfluence долевых желчных протоков в области ворот печени размерами около 1.5 см в диаметре. Образование контактирует с артерией VI-VII сегмента печени. Билиарная гипертензия правой и левой долей печени. Признаки разобщения желчных протоков правой доли печени на секторальном уровне. По данным волюметрии объем левой доли печени 36%.

СА 19-9 – 25.9 Ед/мл.

Установлен диагноз воротная холангиокарцинома тип 3a по Bishusmuth-Corlette T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, механическая желтуха.

Пациенту выполнено трехсекционное чрескожное чреспеченочное наружно-внутренне супрапапиллярное дренирование желчных протоков. При снижении уровня билирубина менее 50 мкмоль/л выполнена чрескожная чреспеченочная эмболизация правой ветви воротной вены. При контрольном МСКТ ОБП через 14 дней объем левой доли печени составил 52%.

Пациенту выполнена робот-ассистированная правосторонняя гемигепатэктомия, регионарная лимфаденэктомия, резекция 1го сегмента печени, резекция внепеченочных желчных протоков с формированием тригепатикоеюноанастомоза. Время операции составило 10 часов, кровопотеря 300мл. В послеоперационном периоде отмечалось жидкостное скопление малого таза, выполнено дренирование. Пациент выписан на 24-е сутки.

**Заключение.** Представленное клиническое наблюдение демонстрирует возможность применения робот-ассистированного доступа в хирургическом лечении воротной.

### **ЛАЗЕРНАЯ АБЛЯЦИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ КОМПОНЕНТЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ**

**Трандофилов М.М., Трифанов В.С., Гришин Н.А., Вахромкин В.С., Попов А.Ю., Костырев С.В., Сизова А.Н., Вахромкин В.С., Терясов С.Г.**  
**ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России,**  
**Москва, Россия**

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения пациентов с метастатическими опухолями печени путем использования метода лазерной абляции.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 60 пациентов с метастатическим поражением печени за период с 2012 по 2023 гг., которым выполняли радиочастотную, микроволновую абляцию и лазерную абляцию с химиотерапевтическим лечением. Лечению подвергались опухоли размером от 10 до 40 мм, средний размер 29,8±1,7 мм. Лазерная деструкция выполнялась чрескожно, лапароскопическим и открытым доступом под контролем ультразвукового сканирования. Для лазерной абляции был использован аппарат ECHO LASER X4 производства Италии. Контроль эффективности воздействия осуществлялся ультразвуковым исследованием с доплеровским сканированием кровотока образований, компьютерной томографией с внутривенным болюсным усилением и МРТ в динамике.

**Результаты.** В раннем послеоперационном периоде в одном случае наблюдалось образование подкапсульной гематомы в области стояния световода, не потребовавшее хирургического вмешательства. Средний койко-день составил 4



дня. Однолетняя выживаемость составила 88%, двухлетняя - 71%, трехлетняя - 43,5%.

**Закключение.** Применение лазерной абляции показано при недостаточном функциональном объеме печени у больных с ранее выполненными обширными резекциями печени, у соматически отягощенных больных, которым невозможно выполнить резекцию печени.

## **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ 3D-МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ ЛАЗЕРНОЙ, МИКРОВОЛНОВОЙ АБЛЯЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ**

**Трандофилов М.М., Праздников Э.Н., Панченков Д.Н., Кошелев И.А.,  
Терясов С.Г., Сизова А.Н., Вахромкин В.С.**

**ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России,  
Москва, Россия**

**Актуальность.** В настоящее время ежегодно отмечается рост больных с метастатическим и первичным раком печени. Более 50% пациентов выявляются на поздних стадиях, что значительно уменьшает возможности лечения. Основным методом лечения является хирургический. По данным авторов резектабельность больных с первичным и метастатическим раком печени не превышает 20-25%.

**Цель исследования:** повышение эффективности лечения больных с первичным и метастатическим поражением печени при помощи методов использования виртуальной реальности.

**Материалы и методы.** Настоящее исследование основано на клиническом материале, накопленном за период с марта 2017 г. по январь 2024 г. В исследование включены данные обследования 36 больных, 32 (89%) пациентов было с колоректальным раком и поражением печени с I по III стадии (по Gennari), с I по IVA по классификации mTNM. 4 (7%) больных с первичным раком печени со стадией A (Child-Pugh A) по классификации BCLC. Проведена сегментация КТ данных с последующим 3D-моделированием и визуализацией соответствующей патологии. Для построения анатомической модели использовали изображения КТ или МРТ в виде DICOM файлов. Для предварительной сегментации использовали программу 3DimViever, в которую загружались DICOM файлы. Для создания виртуального трехмерного изображения с последующей визуализацией использовали 3D Slicer 4.11. Возраст больных варьировал в пределах от 54 до 78 лет, средний возраст составлял  $61,1 \pm 2,7$  год. Мужчин было 16 (44%) человек, женщин - 20 (56%). Поражение правой доли печени выявлено у 20 (56%), левой – у 10 (27%), билобарно - у 6 (17%) человек. Число опухолевых очагов в печени у одного больного варьировало от 1 до 5, размер опухолей колебался от 10 до 40 мм, средний размер составил  $29,8 \pm 1,7$  мм. 25 больным с метастатическим поражением печени ранее были выполнены различные оперативные вмешательства по удалению опухолей толстой и прямой кишки. Больные с первичным раком печени получали противоопухолевую терапию. В одном наблюдении выполнена одномоментная



резекция прямой кишки, резекция печени и лазерная абляция двух опухолей печени. В другом наблюдение выполнена одномоментно правосторонняя гемиколэктомия и лазерная абляция опухоли печени.

**Результаты.** В раннем послеоперационном периоде в течение первых 3-х суток наблюдался умеренный болевой синдром в проекции проведенной абляции у 11 больных, который купировался приёмом анальгетиков; субфебрилитет в 5-х случаях. Осложнения по классификации Clavien-Dindo соответствовали I степени. У 1-го больного отмечалось образование подкапсульной гематомы в области стояния световода, не потребовавшее хирургического лечения. В двух случаях сформировалась остаточная полость, не требовавшая дальнейшего лечения. Острая печеночная недостаточность в одном случае при одновременной деструкции 5 опухолей печени, купированная проведением гепатопротекторной и инфузионной терапии на 10 сутки.

**Выводы.** Применение виртуальной реальности при лазерной, микроволновой абляции позволяет рассчитать объем поражения органов гепатопанкреатобилиарной зоны, дает полезную дополнительную информацию о взаимоотношении органов с сосудистыми структурами.

## **ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ ВАРИАНТ БОЛЕЗНИ КАСТЛЕМАНА С ПОРАЖЕНИЕМ ЛИМФОУЗЛОВ 15 ГРУППЫ**

**Фисенко Д.В., Ефанов М.Г., Тараканов П.В., Королева А.А., Ванькович А.Н.,  
Коваленко Д.Е., Фисенко Д.В., Макаренко Н.В., Цвиркун В.В., Хатьков И.Е.**

**ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ,  
Москва, Россия**

**Введение.** Болезнь Кастлемана (ангиофолликулярная гиперплазия лимфатических узлов) редкое заболевание лимфоидной ткани, впервые описанное в 1954 г. Б. Кастлеманом. В настоящее время выделяют четыре формы данного заболевания, наиболее часто из которых встречается локальный гиалиноваскулярный вариант, который характеризуется поражением одиночного лимфатического узла, имеет, как правило, бессимптомное течение и благоприятный вариант. Оптимальным вариантом лечения данной формы заболевания является хирургическое. Поражение поджелудочной железы и перипанкреатической клетчатки встречается крайне редко, до 2024 г. в литературе описано около 50 случаев. В большинстве случаев оперативное лечение заключается в энуклеации опухоли, однако описаны и резекционные вмешательства на поджелудочной железе.

**Цель исследования:** представление клинического наблюдения хирургического лечения локальной формы болезни Кастлемана перипанкреатической локализации.

**Результаты.** Пациентка Ф., 54 лет. При плановом обследовании по данным УЗИ ОБП признаки новообразования в проекции головки поджелудочной железы размерами 4см. Для уточнения характера образования выполнено МСКТ ОБП с



внутривенным контрастом - у крючковидного отростка поджелудочной железы, отмечается дополнительное внеорганное образование, с четким, ровным контуром, размерами примерно 29х38х42 мм, при контрастном усилении отмечается гомогенное накопления контрастного вещества до 78 ед. Н в отсроченную фазу (градиент накопления +40 ед.Н) с обильной, визуализируемой сосудистой сетью в артериальной фазе.

Выполнена биопсия образования: материал представлен большим количеством лимфоидных элементов, в том числе омоложенных.

Пациентке выполнено оперативное лечение в объеме лапароскопического удаления новообразования. Гладкое течение послеоперационного периода, выписана на 4-е сутки.

По результатам гистологического исследования морфологическая картина соответствует смешанному (гиалиново-сосудистому и плазмноклеточному) варианту уницентрической болезни Кастлемана.

При динамическом наблюдении в течении года без признаков прогрессирования заболевания.

**Заключение.** Представленное клиническое наблюдение демонстрирует возможность органосохранного радикального хирургического лечения уницентрической формы болезни Кастлемана.

## **ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ДИСТАЛЬНЫХ ПАНКРЕАТЭКТОМИЙ**

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

**Введение.** За последнее десятилетие отмечается значительный рост количества пациентов с патологией поджелудочной железы. В 50% наблюдений при различных заболеваниях показано хирургическое лечение. Лапароскопические технологии в современной хирургии поджелудочной железы стали неотъемлемым атрибутом развития в данной высокотехнологичной отрасли.

**Цель исследования:** показать опыт выполнения лапароскопических операций у пациентов с патологией поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** На базе ГУ «МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии» в период с 2008 по 2024 гг. выполнено 324 резекции поджелудочной железы. Лапароскопических дистальных резекций поджелудочной железы (с 2019 г.) – 38 (11,7%). Средний возраст пациентов перенесших лапароскопическую резекцию поджелудочной железы –  $45 \pm 11,3$  года (28 (74%) женщины, 10 (26%) мужчины). Лапароскопические дистальные панкреатэктомии проводились по поводу: солидной псевдопапиллярной опухоли – 8 (21%), муцинозной цистаденомы – 8 (21%), серозной цистаденомы – 7 (18,5%), нейроэндокринной опухоли – 7 (18,5%), протоковой аденокарциномы – 8 (21%).





**Результаты.** Лапароскопическая дистальная панкреатэктомия с сохранением селезенки выполнены у 15 (39,5%) пациентов (Warshaw – 8, Kimura – 7). Лапароскопическая дистальная панкреатоспленэктомия проведена в 15 (39,5%) случаях. Лапароскопическая RAMPS выполнена у 8 (21%) пациентов. Интрооперационная кровопотеря составила  $140 \pm 230$  мл; время операции –  $155 \pm 100$  мин; послеоперационный койко-день –  $6.7 \pm 5.3$  дня (ECOG 0 – 94,3%; ECOG 1 – 5,7%). Спектр послеоперационных осложнений включал: инфаркт нижнего полюса селезенки – 4 (10,5%) (Clavien-Dindo – II), послеоперационная панкреатическая фистула grade B (по ISGPS) – 4 (10,5%) (Clavien-Dindo – II). Один пациент умер в раннем послеоперационном периоде от массивной ТЭЛА. Все операции были полностью выполнены лапароскопическим способом без конверсии.

**Выводы.** Лапароскопические дистальные панкреатэктомии сопровождаются минимальной кровопотерей, отсутствием осложнений со стороны послеоперационных ран, ведут к быстрой активизации и реабилитации пациентов. Дальнейшее внедрение данных методик позволит улучшить общие результаты лечения пациентов с заболеваниями поджелудочной железы.

## ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ СИМУЛЬТАНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Чернышов Т.М., Кирковский Л.В., Щерба А.Е., Коротков С.В., Федорук Д.А.,  
Руммо О.О.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и  
гематологии», Минск, Беларусь

**Введение.** Прогрессирующее старение населения, рост онкологической патологии, заставляет прибегать к симультантным (кардиоваскулярные и радикальные онкологические) оперативным вмешательствам. Современный прогресс в понимании биологических, хирургических, анестезиологических рисков, применение преабилитации, позволяет проводить данный тип операций в высокоспециализированных референсных центрах.

**Цель исследования:** показать опыт выполнения симультантных операций при патологии гепатопанкреатобилиарной зоны.

**Материалы и методы.** На базе ГУ «МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии» в период с 2008 по 2024 гг. выполнено 1126 резекций печени и 324 резекции поджелудочной железы. С 2011 г. на базе МНПЦ функционирует кардиохирургическая служба, за время работы которой выполнено 3126 кардиоваскулярных вмешательств. В 2023 г. в центре проведено 3 симультантных операции. Средний возраст пациентов составил  $74 \pm 5,2$  года (2 мужчины, 1 женщина) (ECOG 3 – 100%). У всех пациентов кардиоваскулярный этап включал аортокоронарное шунтирование по поводу мультифокального атеросклеротического стеноза коронарных артерий. Абдоминальный этап: у одного пациента выполнена панкреатодуоденальная резекция с гастрэктомией по поводу аденокарциномы головки поджелудочной железы и рака тела желудка, одна



пациентка – RAMPS по поводу аденокарциномы тела, хвоста поджелудочной железы, один пациент – гепатикоеюностомия на петле по Roux по поводу протяженной ятрогенной стриктуры холедоха.

**Результаты.** Аортокоронарное шунтирование у всех пациентов проводилось без использования искусственного кровообращения. Интрооперационная кровопотеря составила  $330 \pm 110$  мл; время операции –  $305 \pm 105$  мин; Интрооперационных, послеоперационных осложнений со стороны кардиохирургического этапа не было. Время выполнения панкреатодуоденальной резекции с гастрэктомией составило 380 мин., интрооперационная кровопотеря – 300 мл; RAMPS – 160 мин., интрооперационная кровопотеря – 250 мл.; гепатикоеюностомия на петле по Roux – 240 мин., интрооперационная кровопотеря – 300 мл. Послеоперационный период осложнился несостоятельностью гепатикоеюноанастомоза, наложенного по поводу ятрогенной стриктуры холедоха. Данное осложнение потребовало реконструкции анастомоза на транспеченочных дренажах, проведения программируемых релапаротомий. Послеоперационный койко-день у пациентов с неосложненным течением составил 15 и 19 дня (ECOG 2). Послеоперационный период у пациента с несостоятельностью продлился 144 дня (ECOG 2).

**Выводы.** Выполнение симультантных операций с хорошими прогнозируемыми результатами возможно при проведении их в высокоспециализированных референсных центрах с прогрессивной хирургической и анестезиологической службой.

## **НОВЫЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ**

**Чикаев В.Ф., Гильмуллина Ф.Ф., Шарафисламов И.Ф., Макаров Д.В.**  
**ГАУЗ «Городская клиническая больница №7 им. М.Н. Садыкова», Казань,  
Россия**

**Введение.** Стриктуры желчевыводящих протоков являются распространенной проблемой в структуре хирургических заболеваний. В последние годы определяется тенденция к увеличению частоты развития данной патологии, в лечении которой необходим комплексный подход с участием хирургов, эндоскопистов и радиологов. Тактика лечения при стенозах и стриктурах желчевыводящих протоков зависит от этиологии патологического процесса. В качестве основных методов диагностики используются как методы прямого контрастирования желчного дерева (ЧЧХГ, ЭРХПГ, фистулохолангиография), диагностическая точность которых достигает 92%, так и неинвазивные методы (МРХПГ, МСКТ). Но основным методом диагностики остается магнитно-резонансная холангиопанкреатография, что позволяет сформировать виртуальное изображение внутри- и внепеченочных желчных протоков, уточнить уровень стриктуры и ее протяженность, выявить признаки холангита. МРХПГ сочетает



высокую информативность, наряду с неинвазивностью и минимальной лучевой нагрузкой для пациента.

**Цель исследования:** проанализировать особенности лечения пациентов со стриктурами желчевыводящих протоков на основе опыта нашей клиники.

**Материалы и методы.** В хирургическом отделении ГАУЗ ГKB №7 им М.Н. Садыкова г. Казани в период с 2018 по 2022 гг. пролечено 276 пациентов со стриктурой желчевыводящих протоков, из них 69 мужчин и 204 женщины в среднем возрасте  $59 \pm 15$  лет. По характеру стриктур у большинства пациентов были выявлены стриктуры терминального отдела холедоха (39,8%), стриктуры в сочетании с холедохолитиазом (30,4%), а также стриктуры в сочетании с папиллостенозом (26,5%). Меньшие доли заняли стриктуры опухолевого генеза (2,2%) и стриктуры гепатикоеюноанастомоза (1,1%).

**Результаты.** В выборе способа лечения стриктур желчевыводящих протоков имеет значение локализация стриктуры, ее протяженность, состояние дистального и терминального отрезков гепатикохоледоха, выраженность перидуктального фиброза, воспалительных изменений, а также тяжесть состояния пациента. Этиологический фактор является определяющим в выборе метода лечения. Предпочтение в лечении отдается минимально инвазивным технологиям. По характеру вмешательств большинству пациентов были проведены ЭПСТ (97,4%), либо ЭПСТ в сочетании со стентированием холедоха (53,8%). У 8,8% пациентов ЭПСТ дополнялось проведением баллонной дилатации. 2,2% пациента с опухолевыми стриктурами подверглись стентированию желчевыводящих протоков без предварительной ЭПСТ. Для стентирования использовались прямые билиарные стенты типа «двойной свиной хвостик» либо стенты, изготовленные из нитинола. При стенозах гепатикоеюноанастомоза повторные реконструктивные операции являются технически сложными, высокотравматичными и сопровождаются высокой летальностью. Традиционные эндоскопические ретроградные вмешательства практически невыполнимы в связи с трудностью визуализации зоны БДС в условиях ранее наложенного анастомоза на отключенной по Ру петле кишки. Методом выбора у подобных пациентов являлась антеградная баллонная дилатация через чрескожный чреспеченочный дренаж, стентирование, и наружно-внутреннее дренирование желчевыводящих протоков под рентген контролем.

**Заключение.** Тактика лечения стриктур желчевыводящих протоков зависит от этиологического фактора и характера патологического процесса. Стандартом в диагностике является магнитно-резонансная холангиопанкреатография. Минимально инвазивные эндоскопические техники являются основным методом в лечении пациентов с данной патологией.

## **НОВЫЙ ПОДХОД К ЛИКВИДАЦИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СВИЩА**

**Чикаев В.Ф., Петухов Д. М., Курочкин С.В.**



**ГАУЗ «Городская клиническая больница №7 им. М.Н. Садыкова», Казань, Россия**

**Актуальность.** Следствием тяжелого инфицированного панкреонекроза является повреждение протоковой системы поджелудочной железы, формирование жидкостных скоплений, псевдокист и панкреатических свищей. Часто причиной длительного функционирования наружного панкреатического свища является гипертензия в панкреатическом протоке с сохранением воспалительного процесса.

**Цель исследования:** разработка щадящего универсального способа ликвидации постнекротического панкреатического свища, технически простого и доступного.

**Материалы и методы.** За 5 лет в нашей клинике пролечен 61 пациент с тяжелым острым панкреатитом и развитием панкреонекроза. В большинстве случаев жидкостные скопления обычно дренировали под ультразвуковой навигацией с последующим промыванием инфицированных полостей промыванием водным раствором хлоргексидина или электрохимически активированным раствором (ЭХАР). Несмотря на активную лечебную тактику у 7 пациентов наблюдалось формирование хронических панкреатических свищей. Обсуждая для таких пациентов идею щадящего вмешательства, мы рассматривали способ эмболизации под КТ-навигацией, предложенный Casadei с соавт. [JOP. J Pancreas (Online). 2006; 7(1): 41-46.], и Buecker с соавт. [Cardiovasc Intervent Radiol. 1997; 20: 394–396.], однако, нас не устраивала его техническая сложность, в результате была разработана собственная методика склеротерапии панкреатического свища.

Суть изобретения заключается в том, что методом фистулографии определяется отсутствие гипертензии панкреатического протока, определение его длины и связи с главным панкреатическим протоком, далее вводится тонкая полихлорвиниловая трубка меньшего, чем свищ диаметра до дна и шприцом по трубке вводится изотонический раствор для определения необходимого объема препарата с последующим удалением из свищевого хода данного раствора путем активной аспирации, после чего по трубке вводится склерозирующий раствор этоксисклерола (концентрацию 0,5%, 1% или 3% выбирали в зависимости от диаметра свищевого хода аналогично калибру склерозируемых вен согласно инструкции, как и общую дозу), с постепенным извлечением трубки по мере заполнения хода. При сохранении через 1–2 суток отделяемого по свищу предполагается повторное введение препарата.

**Результаты.** В период с 2021 по 2023 гг. по данной методике было пролечено 5 пациентов, у которых после перенесенного тяжелого острого панкреатита более 1 месяца сохранялся действующий панкреатический свищ. На фоне введения в свищевой ход этоксисклерола через день трижды у всех пациентов в срок до 10 дней свищевые ходы закрылись, рецидива в дальнейшем не отмечалось.

**Заключение.** Разработанная нами оригинальная методика лечения панкреатического свища путем применения склерозирующего агента показала свою эффективность в реальной клинической практике. На данное изобретение получен патент №2819165 от 14 мая 2024 года. Предполагаемыми ограничениями





методики является калибр свищевого хода и общая дозировка вводимого склерозирующего агента, что требует дальнейших исследований.

## **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПЛАНИРОВАНИИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ ММНКЦ ИМ. С.П. БОТКИНА**

**Шабунин А.В., Тавобиллов М.М., Карпов А.А., Аладин М.Н.**

**ГБУЗ «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П.  
Боткина» ДЗМ, Москва, Россия**

**ФГБОУ ДПО «Российской медицинской академии непрерывного  
профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия**

**Введение.** В последние годы частота применения новых компьютерных технологий в медицине неуклонно растет. Развитие методов машинного и глубокого обучения нейронных сетей позволило обрабатывать большие объемы медицинских данных, в том числе и медицинские изображения. В настоящий момент методы искусственного интеллекта уже успешно применяются для диагностики широкого спектра патологий на КТ и МРТ изображениях. Это обуславливает возможность интеграции новых компьютерных технологий в лечебный и диагностический процесс и их применения в выборе тактики хирургического лечения у больных с объемными образованиями печени.

**Цель исследования:** обосновать возможность применения методов машинного обучения в выборе тактики хирургического лечения при планировании обширных резекций печени.

**Материалы и методы.** При предоперационном планировании правосторонней гемигепатэктомии для оценки объема будущего ремнанта печени пациентам (n=9) был рассчитан aFLR двумя методами. Первый метод - модифицированная КТ-волюметрия, при которой проводился анализ КТ-изображения в венозной фазе болюсного контрастирования с использованием нейросетевого алгоритма, осуществляющего автоматическую сегментацию печеночной паренхимы, сосудов и объемных образований печени. Второй метод – ОФЭКТ\КТ, является “золотым” стандартом оценки функционального объема печени и использовался нами для контроля первого метода.

**Результаты.** При сравнении результатов оценки объема aFLR двумя методами диагностики средний объем при ОФЭКТ\КТ составил 41%, при модифицированной КТ-волюметрии 42,3%, среднее отклонение объема паренхимы печени составило 3,1%. Разница в объеме aFLR между двумя методами была обусловлена недостаточным качеством изображения некоторых КТ-исследований и не стандартизированным протоколом болюсного контрастирования.

**Выводы.** Метод модифицированной КТ-волюметрии с использованием методов машинного обучения может быть использован для оценки объема будущего ремнанта печени при планировании обширных резекций печени.





Повышение точности нового метода диагностики будет повышаться при накоплении данных, улучшении качества КТ-изображений.

## **РОБОТ-АССИТИРОВАННАЯ ХИРУРГИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ММНКЦ ИМ. С.П. БОТКИНА**

**Шабунин А.В., Андрейцев И.Л., Бедин В.В., Тавобилов М.М., Карпов А.А.,  
Аладин М.Н.**

**ГБУЗ «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П.  
Боткина» ДЗМ, Москва, Россия**

**ФГБОУ ДПО «Российской медицинской академии непрерывного  
профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия**

**Актуальность.** Ежегодно количество робот-ассистированных операций в абдоминальной хирургии неуклонно растет. Исследования последних лет демонстрируют не только сравнимость технических возможностей между роботическими, лапароскопическими и открытыми операциями на поджелудочной железе, но и преимущества робот-ассистированной хирургии по ряду показателей.

**Материалы и методы.** За период с 2012 по 2024 гг. было выполнено 158 робот-ассистированных операций на поджелудочной железе, из них панкреатогастродуоденальная резекция (РПГДР) – у 121, дистальных резекций поджелудочной железы со спленэктомией – у 16, органосохраняющих дистальных резекций поджелудочной железы в модификации Kimura – у 11, панкреатэктомии с сохранением селезенки – у 2, энуклеаций опухоли – у 6, срединная резекция поджелудочной железы – у 1, операция Фрея – у 1. Послеоперационные осложнения оценивались по классификации Clavien-Dindo (CD) и ISGPS 2016 г.

**Результаты.** Среднее время РПГДР составила  $410 \pm 29,8$  мин, средняя кровопотеря составила  $174 \pm 55$  мл. У 51 пациента (42,1%) развились послеоперационные осложнения. Из них CD IIIA – 12 (9,9%), CD IIIB – 4 (3,3%), CD IV – 4 (1,65%), CD V – 3 (2,48). Конверсия доступа была выполнена в 5 случаях. При дистальных резекциях поджелудочной железы среднее время операции составило  $232 \pm 17,3$  мин – при органосохраняющем варианте,  $285 \pm 14,7$  мин – при дистальной резекции со спленэктомией. Средняя кровопотеря  $54 \pm 23$  мл и  $93 \pm 29$  мл соответственно. Конверсия доступа не выполнялась. Послеоперационные осложнения развились в 12 (52,1%) случаях, из них CD II в 9 (39,1%) случаях, CD IIIA – 3 (13,0%). Данные показатели были сопоставимы с «открытыми» операциями, а объем кровопотери и длительность послеоперационного койко-дня были достоверно ниже ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Робот-ассистированная хирургия поджелудочной железы безопасна и демонстрирует сопоставимые непосредственные результаты с открытыми и лапароскопическими операциями.



## II. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

### СПОСОБ АРТЕРИАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ДОЛИ ПЕЧЕНИ ПРИ МАЛОМ И (ИЛИ) РАЗНОКАЛИБЕРНОМ ДИАМЕТРЕ АНАСТОМОЗИРУЕМЫХ СОСУДОВ

Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Султанов С.А., Байбеков Р.Р.,  
Шарифжонов С.М., Тургунбоев Э.К.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент,  
Узбекистан

**Актуальность.** Изменения анатомии печеночной артерии встречаются часто, их частота составляет 20-50%. При трансплантации печени для обеспечения адекватных артериальных анастомозов требуется различные варианты реконструкция во время операции. В центре был разработан и запатентован новый способ наложение артериального анастомоза, который позволяет добиться хороших результатов.

**Материалы и методы.** В течение 2022-2024 гг. в «РСНПМЦХ» им. акад. В. Вахидова всего выполнено 94 родственной трансплантации печени (РТП). Все пациенты были поделены на две группы. В основную группу включено 51 (54,25%) больных (2022-2024 гг.) с циррозом печени (ЦП), которым интраоперационно выполнялось наложения анастомоза по новой методике. В группу сравнения включено 43 (45,75%) пациента (2022-2024 гг.). Предлагаемый способ использовался, когда донорская и реципиентская артерия встречались с разными диаметрами и заключается в том, что рассекаются нижняя поверхность артерии малого диаметра и рассекается верхняя поверхность артерии большего диаметра по типу «кобра к кобре» и анастомоз сшивается непрерывными швами. Данная методика обеспечивает правильность положения анастомоза, отсутствия перегибов и складок в анастомозируемой зоне, что позволяет добиться приемлемой скорости кровотока за счет отсутствия завихрений внутри сосуда.

**Результаты.** В наших наблюдениях различные осложнения развились у 8 (18,6%) пациентов в группе сравнения и 7 (13,7%) больных в основной группе. В сроки до 10 дней после операции были прослежены все результаты. В группе сравнения стеноз печеночной артерии был отмечен у 2 (4,65%) пациентов, тромбоз печеночной артерии -- у 4 (9,3%), Steal syndrome (SS) - в 2 (4,65%) случаях. В основной группе стеноз печеночной артерии был отмечен у 2 (3,92%) пациентов, тромбоз печеночной артерии - у 4 (7,84%), Steal syndrome (SS) - в 1 (1,96%) случае.

**Выводы.** Формирование рассечения артерий малого диаметра с последующим наложением анастомоза по типу «кобра к кобре» позволяет расширить диаметр зоны соустья с наложением непрерывного шва. Формирование широкой камеры межартериального анастомоза по предлагаемой методике существенно снижает риск его стенозирования или тромбоза



## **ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В НАЦИОНАЛЬНОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ ИМ. А.Н. СЫЗГАНОВА**

**Баймаханов Б.Б., Досханов М.О., Каниев Ш.А., Мукажанов Д.Е., Хаджиева А.А., Оспан Ж.Р., Башатова Ф.А., Теипов Ш.М.**

**АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова», Алматы, Казахстан**

**Актуальность.** Трансплантация печени (ТП) – это радикальный метод лечения для пациентов с терминальной стадией заболевания печени. Первая ТП в Казахстане была выполнена в декабре 2011 г. Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова имеет более чем 10 лет опыта проведения ТП. Данное исследование показывает результаты после ТП в одной из ведущих клиник Казахстана.

**Материалы и методы.** В период с декабря 2011 г. по май 2024 г. в Национальном научном центре хирургии имени А.Н. Сызганова было проведено 286 трансплантаций печени. Из них 28 (9,7%) были от посмертного донора, а 258 (72,7%) - от живых доноров. Педиатрические трансплантации печени от живого донора были проведены в 50 случаях (17,4%). Использовались следующие типы трансплантатов: правая доля - 189, левая доля - 24, задний латеральный сектор - 1, двойной трансплантат (dual-graft) - 1, левый латеральный сектор - 43, целая печень - 28. Показаниями к трансплантации были цирроз печени в исходе вирусного гепатита С - 29, гепатита В - 21, гепатита В с дельта-агентом - 132, первичный билиарный цирроз - 31, первичный склерозирующий холангит - 5, криптогенный цирроз печени - 11, цирроз печени в исходе алиментарно-токсического гепатита - 3, синдромом Бада-Киари - 2, миофибробластическая опухоль - 1, цирроз печени в исходе стеатогепатита - 2, болезнь Вильсона-Коновалова - 1, атрезия желчных протоков - 26, вторичный билиарный цирроз - 2, цирроз печени в исходе аутоиммунного гепатита - 18, хроническое отторжение трансплантата - 1, гепатобластома - 1. Клинические результаты были ретроспективно проанализированы.

**Результаты.** Общая выживаемость через 1, 5 и 10 лет после ТП составила 91%, 77% и 72% соответственно. Билиарные осложнения после ТП были выявлены у 38 (13,2%) пациентов, сосудистые осложнения - у 11 (3,8%), кровотечение у 25 (8,7%), криз отторжения - у 13 (4,5%) случаев.

**Выводы.** Трансплантация печени в Казахстане и в нашей клинике активно развивается. Главной проблемой на данный момент является необходимость развития трансплантации органов от посмертных доноров.



**СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ПАЦИЕНТУ  
ПОСЛЕ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО  
КЛАПАНА ПО ПОВОДУ КРИТИЧЕСКОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА,  
ОСЛОЖНЕННОГО ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И  
СТЕНОЗОМ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ, УСПЕШНО КУПИРОВАННЫХ  
СТЕНТИРОВАНИЕМ И ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ**

**Ефимов Д.Ю., Штурич И.П., Бычковский П.А., Коротков О.С., Комяк Н.Н.,  
Козак О.Н., Мороз Г.Л., Фролова М.А., Коротков С.В., Щерба А.Е., Руммо  
О.О.**

**ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и  
гематологии», Минск, Беларусь**

**Введение.** Наличие критического стеноза аортального клапана является противопоказанием к выполнению трансплантации печени (ТП) ввиду крайне высоких периоперационных кардиоваскулярных рисков. Частота остановки сердца во время трансплантации печени составляет 0,5-3,2% и ассоциирована с летальностью в 14%. Частота стеноза нижней полой вены (НПВ) после ТП составляет 3-7%.

**Цель демонстрации:** проиллюстрировать трудности ведения и пути коррекции послеоперационных осложнений реципиента трансплантата печени с выраженной гемодинамически значимой кардиоваскулярной патологией.

**Клиническое наблюдение.** Пациентка К., 64 лет, клинический диагноз: цирроз печени в исходе неалкогольного стеатогепатита, класс тяжести C, MELD 19; гемодинамически значимый стеноз аортального клапана (1.0 см<sup>2</sup>, систолический градиент 40 мм рт. ст.), недостаточность трикуспидального клапана 3 ст., сахарный диабет. Для снижения периоперационных кардиоваскулярных рисков до выполнения трансплантации печени пациентке была выполнена транскатетерной имплантации аортального клапана (ТИАК). Во время выполнения ТП у пациентки развился пароксизм фибрилляции желудочков с остановкой сердечной деятельности, скоррегированный электроимпульсной терапией. Эхокардиография на первые и вторые послеоперационные сутки без выраженной патологии. На 4-е сутки после ТП пациентка переведена в общесоматическое отделение. На 6-е сутки ухудшение состояния – тромбоэмболия легочной артерии (Д-димеры 5378 нг/мл), двусторонний гидроторакс, пароксизм фибрилляции предсердий (купирован амиодароном). При КТ-ангиографии органов брюшной полости выявлен гемодинамически значимый стеноз НПВ, который был успешно скоррегирован путем стентирования (WallStent 24x45) в условиях рентгенэндоваскулярной операционной. В дальнейшем – постепенное улучшение функции трансплантата и клинической картины. Тромбопрофилактика низкомолекулярными гепаринами с контролем антиХа-активности (0.37-0.38 U/anti-Ха /ml) с переходом на клопидогрель (75 мг/сутки), аспирин (75 мг/сутки) под контролем агрегатограммы. Пациентка выписана на 16 послеоперационные сутки на амбулаторный этап лечения. В отдаленном послеоперационном периоде осложнений не выявлено.



## **РАЗВИТИЕ ПРОГРАММЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА**

**Исмаилов С.И., Бабаджанов А.Х., Акбаров М.М., Попов А.Ю., Байбеков Р.Р.,  
Шарифжонов С.М., Тургунбаев Э.К.**

**ГУ «Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент,  
Узбекистан**

**Актуальность.** Трансплантация является единственным радикальным лечением терминальных стадий заболеваний печени. Улучшение результатов пересадки печени напрямую зависит от подготовки реципиентов, тщательности отбора доноров, хирургической техники и методов реабилитации в послеоперационном периоде. Несмотря на достигнутые положительные результаты в выживаемости реципиентов после пересадки, частота осложнений все ещё остается высокой, что требует дальнейшего исследования в этом направлении.

**Цель исследования:** анализ результатов начального этапа внедрения родственной трансплантации печени в Республике Узбекистан.

**Материалы и методы.** За период с 12 февраля 2018 г. по июнь 2024 г. проведено 106 родственные трансплантации правой доли печени пациентам с декомпенсированной печеночной недостаточностью различной этиологии. При этом наибольшее развитие программа трансплантации печени получила в 2022-2023 гг. - проведено 94 трансплантаций печени от живых доноров.

**Результаты.** Послеоперационный период у реципиентов без осложнений проходил в 61 случае, что составило 57.1%, у остальных 45 (42.9%) пациентов после вмешательства отмечалось наличие одного или более осложнений. Так, среди 45 больных отмечалось развитие 57 различных осложнений (от 1 до 3 осложнений). При этом возникшие осложнения у 12 (11,3%) больных в раннем послеоперационном периоде требовали выполнения релапаротомий. Среди 106 пациентов, в раннем послеоперационном периоде умерло 19 (17,9%) пациентов, в отдаленном периоде (через 3 года после пересадки) отмечался еще 3 летальных исходов у пациента с хроническим отторжением на фоне отказа от приема препаратов иммуносупрессии. В целом среди реципиентов, оперированных в центре за период с 2018 по июнь 2024 гг. ближайшие удовлетворительные результаты, получены у 92,1%, тогда как в отдаленном периоде этот показатель составил 89,3%

**Вывод.** Проведенный анализ показал, что показатели выживаемости трансплантатов и реципиентов в большой степени зависят от особенностей хирургической тактики, нозологии и тяжести исходного состояния реципиента. На начальных этапах внедрения программы существенное значение имеет так называемый «эффект центра».





## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ В УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКЕ ПСПБГМУ ИМ. И.П. ПАВЛОВА

Курсенко Р.В., Трушин А.А., Вервекин И.В., Зайцев Д.А., Ананьев А.Н.,  
Кутенков А.А., Федотова Д.Д., Захаренко А.А.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский  
университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-  
Петербург, Россия

**Введение.** Основной фактор прогноза в виде резекции R<sub>0</sub> труднодостижим при воротной холангиокарциноме Bismuth-Corlette IV. У отобранных пациентов данной когорты трансплантация печени (ТП) эффективна в достижении R<sub>0</sub> резекции и улучшении безрецидивной выживаемости.

**Клинический случай.** Мужчина 47 лет экстренно поступил с механической желтухой в клинику ПСПБГМУ в 2022 г. При КТ и МРТ – воротная холангиокарцинома Bismuth-Corlette IIIa с инвазией правой печеночной артерии. Будущий ремнант печени (БРП) после потенциальной правосторонней гемигепатэктомии - 23%. 09/07/22 г. - наружное чрескожно-чреспеченочное холангиодренирование. 18/08/22 г. – портовоенозная эмболизация (ПВЭ) правой воротной вены. При КТ через 7 недель БРП - 31% с низкой кинетикой роста 1,14% в неделю, что недостаточно с учетом перенесенного холестаза, холангитов. Запланирована двухэтапная резекция печени ALPPS. 24/10/24 г. – при лапаротомии-распространение опухоли вдоль левого долевого протока с инфильтрацией левой ветви воротной вены и синуса Rex с невозможностью R<sub>0</sub> резекции. Рестадирирование опухоли до Bismuth-Corlette IV. Операция завершена стадирующей регионарной лимфодиссекцией, в 13 лимфоузлах опухоли нет. Учитывая N<sub>0</sub>-статус, ECOG0, начато лечение по протоколу клиники Mayo с планированием ТП. 01-12/12/22 г. – конформная дистанционная лучевая терапия (ЛТ) РОД 1,5 Гр до СОД 45 Гр. 06-08/02/23 г. – брахитерапия РОД 5 Гр 2 р/д СОД 20 Гр через ЧЧХ - дренаж 12 Fr. С 02/24 г. - монокимиотерапия капецитабином. При КТ 21/04/24 г. – стабилизация, поставлен в лист ожидания ТП. 17/05/2024 г. – ТП от посмертного донора. Технические особенности в виде выраженного постлучевого фиброза в зоне операции, потребовавшего мобилизацию воротной (ВВ) и верхней брыжеечной вен на протяжении под перешейком поджелудочной железы. Время операции 496мин, кровопотеря 4700 мл. Послеоперационный период 17 койко-дней, с явлениями внутрибрюшной гематомы, потребовавшей чрескожного пункционного дренирования. Гистологически - холангиокарцинома урT<sub>2</sub>N<sub>0</sub> R<sub>0</sub> Mandard II. В отдаленном периоде - тромбоз ВВ с асцитом, разрешенном после чрескожно-чреспеченочного стентирования ВВ 15.01.2024 г. При КТ 25.09.24 г. – данных за рецидив нет.

Комплексное лечение с ТП обеспечило R<sub>0</sub>-хирургическое лечение опухоли Клацкина Bismuth-Corlette IV. Интраоперационная особенность - постлучевой фиброз вдоль магистральных сосудов, представляющий трудность в их мобилизации. Лечение в многопрофильной университетской клинике позволило провести комплексное лучевое, лекарственное и хирургическое лечение с

применением трансплантационных технологий, а также купирование осложнений в послеоперационном периоде с привлечением интервенционных технологий.

**Выводы.** ТП при воротной холангиокарциноме Bismuth-Corlette IV - эффективный вариант хирургического лечения в объеме R0 у отобранных пациентов после лучевого и лекарственного лечения. Постлучевые изменения обуславливают технические трудности в мобилизации магистральных сосудистых структур. Лечение пациентов с воротной холангиокарциномой эффективно в условиях специализированной университетской клиники с привлечением трансплантационных и интервенционных технологий.

### **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НЕКОТОРЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ В ПРОГНОЗЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ОТ ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ**

**Хайбуллина З.Р., Бабаджанов А.Х., Тургунбоев Э.К., Байбеков Р.Р.**  
**ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан**

**Актуальность.** Терминальная стадия заболевания печени (ТСЗП), которая развивается в исходе цирроза печени вирусной этиологии (до 70% случаев), гепатоцеллюлярной карциномы, метаболических заболеваний печени, является показанием к трансплантации печени (ТП). Это сложное вмешательство, и даже в ведущих центрах мира, имеющих многолетний опыт проведения ТП, у каждого реципиента развивается как минимум одно осложнение. Чаще всего в периоперационном периоде у них развиваются тромбгеморрагические осложнения, истоки которых кроются в изначально нарушенном метаболическом статусе реципиента.

**Цель исследования:** установить диагностическую значимость некоторых лабораторных тестов для прогнозирования неблагоприятных исходов тромбгеморрагических осложнений при родственной трансплантации печени (ТП).

**Материалы и методы.** Проведено проспективное обсервационное аналитическое исследование случай – контроль у 30 реципиентов доли печени. Гемограмму определяли на автоматическом анализаторе 5-diff DxH-500 (Beckman-Coulter, USA), параметры системы гемостаза оценивали на автоматическом коагулометре ACL-TOP 350 (USA) стандартными наборами реагентов производителя Instrumentation Laboratory Company (Werfen Company, USA).

**Результаты.** Из 30 пациентов с благоприятным исходом без осложнений было 17 (56,7%), с осложнениями в раннем послеоперационном периоде - 13 (43,3%), в том числе, с тромбозом печеночной артерии (ТПА) - 7 (23,3%), смерть в раннем послеоперационном периоде наступила у 5 (16,7%), осложнения были успешно устранены у 8 пациентов. По результатам ROC-анализа прогностическую

значимость в развитии фатальных тромбгеморрагических осложнений после РТП имеют следующие показатели: снижение АТ-III менее 15%, протеина С менее 17%, активности плазминогена менее 21% на первые сутки, развитие которых привело к летальности в 5 из 30 проанализированных случаев. Уровень фибриногена менее 160,1 мг/дл в первые сутки после операции с чувствительностью 89% и специфичностью 96% при AUC 0,896,  $p < 0,05$  являлся предиктором фатальных тромбгеморрагических осложнений. Прогностическим фактором риска развития геморрагических осложнений после РТП является интраоперационная кровопотеря более 1200 мл. У пациентов с сохранной регуляцией системы гемостаза и синтетической функции печени по выработке плазменных факторов системы гемостаза, тромбоз печеночной артерии и кровотечения в послеоперационном периоде удалось успешно разрешить в 6 (85,7%) случаях из 7 при ТПА и в 4 (80%) случаях из 5 при кровотечениях.

**Выводы.** У пациентов с ТСЗП наблюдается дисбаланс прокоагулянтов, антикоагулянтов и активаторов системы фибринолиза, что усиливает тромбгеморрагические осложнения в раннем периоде после ЛТ.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С УРГЕНТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ**

**Щерба А.Е., Коротков С.В., Штурич И.П., Ефимов Д.Ю., Федорук Д.А.,  
Сезина Е.И., Дзяздько А.М., Руммо О.О.**

**ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и  
гематологии», Минск, Беларусь**

Ургентная трансплантация и ретрансплантация для пациентов с острой печеночной недостаточностью и дисфункцией трансплантата является единственным шансом спасения жизни при разумном взвешивании операционных рисков. Нерешенной клинической проблемой остается наибольшая частота дооперационных септических осложнений у данной категории реципиентов и септическая этиология самой печеночной дисфункции при показаниях к ТП.

**Цель исследования:** проанализировать результаты трансплантаций и ретрансплантаций печени пациентам с ургентными показаниями.

**Материалы и методы.** За период с 2008 по 05.2024 гг. в Центре выполнено 1084 ТП, 36 (3,3%) из них по поводу фульминантной печеночной недостаточности (ФПН) преимущественно по причине отравления бледной поганкой (38%) и 49 (4,52%) – ретрансплантация печени (Ре-ТП) по поводу дисфункции трансплантата различной этиологии (билиарной, септической, иммунологической, рецидив). Послеоперационное ведение данных пациентов включало ревизионные и санационные релапаротомии, высокообъемный плазмаферез, липополисахаридную гемосорбцию, отказ от анти-CD25 индукции, отсроченное назначение ингибиторов кальциневрина и антиметаболитов, рациональную антибактериальную терапию. Основные принципы, выработанные в центре для данной категории пациентов включают:



1. соблюдение абсолютных (противо-)показаний к urgentной трансплантации и ретрансплантации печени;
2. учет неврологического прогноза и декомпрессионные вмешательства;
3. оценка рисков инфекционных осложнений;
4. персонифицированная иммуносупрессивная терапия с применением клеточной терапии и плазмафереза;
5. превентивная гепатэктомия и временного портокавального шунтирования (ВПКШ) в ожидании ТП (n=6).

**Результаты.** Госпитальная и 6-месячная летальность при Re-ТП составила 48% и 27% при ФПН ( $p=0,06$ ). Медиана выживаемости в обеих группах была сопоставима 18 [1;30] дней при Re-ТП и 12[3;18] при ФПН ( $p=0,33$ ). Пациенты группы ФПН имели незначительно больший балл MELD – 37 [26;40] чем группы Re-ТП – 32 [27-40], ( $p=0,8$ ). Частота ранней дисфункции трансплантата (РДТ) в группе ФПН – 52% и доля тяжелых форм – 50% были больше чем при Re-ТП – 38% и 40% соответственно ( $p=0,09$ ). Релапаротомии выполнены у 55% пациентов при Re-ТП и 22% при ФПН ( $p=0,006$ ). Инцидентность бактериальной инфекции – 73% при Re-ТП была выше, чем при ФПН – 24% ( $p=0,0001$ ) с сопоставимой долей перитонита в структуре релапаротомий – 40% при ФПН и 25% при Re-ТП ( $p=0,5$ ). Медиана уровня прокальцитонина в 1 сутки была выше при Re-ТП – 30 [12;68] нг/мл, чем при ФПН – 5 [1,3;12] нг/мл ( $p=0,02$ ) и коррелировала с уровнем АСТ ( $p=0,17$ ;  $p=0,04$ ), была погранично выше у пациентов с РДТ ( $p=0,07$ ), но не отличалась между пациентами умершими и выжившими ( $p=0,64$ ). Частота острого отторжения при Re-ТП– 24% была сопоставима с таковой при ФПН – 17% ( $p=0,5$ ). Тромбоз печеночной артерии выявлен в 2,4% при Re-ТП и отсутствовал при ФПН. Частота всех билиарных осложнений была одинаковой и составила 17% в обеих группах, а доля ишемической холангиопатии при ФПН – 62% незначительно превалировала над Re-ТП – 42%.

**Заключение.** Urgentная ТП по поводу ФПН и Re-ТП сопровождаются высокой морбидностью и госпитальной летальностью. Re-ТП в силу травматичности и худшего статуса пациента ассоциирована с большей частотой бактериальной инфекции, релапаротомий, сосудистых осложнений, ишемических холангиопатий и летальности. Применение гепатэктомии и ВПКШ являются эффективным способом стабилизации гомеостаза и гемодинамики в ожидании urgentной ТП.



### III. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОЧАГОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

#### НОВЫЙ ПОДХОД В ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ С РИГИДНОЙ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛОЙ

Бабаджанов А.Х., Туксанов А.И., Иброхимов С.С., Салиев Г.З.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент,  
Узбекистан

**Актуальность.** В настоящий период в странах Центральноазиатского региона операции при эхинококкозе печени (ЭП) уверенно остаются одними из самых частых вмешательств. На этом фоне одним из актуальных вопросов остается вариант обработки остаточной полости (ОП) после эхинококкэктомии (ЭЭ), подразумевающий как антипаразитарную эффективность, так и возможность ускорения процессов облитерации фиброзной капсулы. Принципиальным моментом в выборе оптимального метода ликвидации ОП является состояние фиброзной капсулы (ФК), физические свойства которой напрямую могут отражаться на качестве результата лечения ЭП. Особую сложность представляют случаи с утолщенной ригидной фиброзной капсулой.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 182 пациента, которые были поделены на две группы. В основную группу включено 94 (51,6%) больных (2020-2023 гг.) с ЭП, которым интраоперационно после этапа ЭЭ произведена дополнительная обработка ОП по разработанному способу обработки ригидной ФК после ЭЭ из печени, всего удалено 113 кист. В группу сравнения включено 88 (48,4%) пациентов (2016-2019 гг.), которым аналогичные вмешательства производились по традиционному способу, всего удалено 108 кист.

**Результаты.** Состояние фиброзной капсулы определяет возможности выбора метода обработки ОП. При эластичной фиброзной капсуле резекционные вмешательства были выполнены у 1,7% пациентов в группе сравнения и 1,9% в основной группе, доля ЛапЭЭ составила 29,1% и 38,5% соответственно, открытой ЭЭ – 69,2% и 59,6%. При ригидной фиброзной капсуле резекционные вмешательства были выполнены у 4,3% пациентов в группе сравнения и 8,0% в основной группе, доля ЛапЭЭ составила 8,5% и 23,9% соответственно, открытой ЭЭ – 87,2% и 68,2%. В целом, в наших наблюдениях различные осложнения развились у 15 (18,3%) пациентов в группе сравнения и 3 (5,0%) больных в основной группе. Скопление жидкости в ОП отмечено в 6 (7,3%) и 1 (1,7%) случаях соответственно. В сроки до 3 месяцев после операции были прослежены все результаты. В группе сравнения скопление жидкости в ОП было отмечено у 4 (4,9%) пациентов, нагноение ОП у 3 (3,7%), ОЖС в БП в 6 (7,3%) случаях. В основной группе было выявлено скопление жидкости в ОП у 1 (1,7%) пациента и в 1 случае имело место жидкостное скопление. Всего пациентов с осложнениями было 13 (15,9%) в группе сравнения и 2 (3,3%) в основной группе.





**Выводы.** Обработка фиброзной капсулы по предложенной методике ликвидации ригидной ОП при помощи лазерного воздействия способствует адекватному ушиванию ОП, а в совокупности с другими методами химического воздействия (ФарГАЛС, Хемобен) также сокращает частоту послеоперационных осложнений в виде жидкостных скоплений в ОП, желчных свищей и нагноения остаточной полости.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ**

**Беркинов У.Б., Хакимов М.Ш., Саттаров О.Т.**

**Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан**

**Цель исследования:** изучить возможности малоинвазивной хирургии в лечении эхинококкоза печени.

**Материалы и методы.** Анализу подвергнуты результаты лечения 84 пациентов, которым выполнены лапароскопические и видеолапароскопические операции по поводу эхинококка печени. Все больные проходили комплексное обследование, которое наряду с общеклиническими исследованиями включало УЗИ и КТ органов брюшной полости. УЗИ и КТ позволяла определить возможность выполнения операции малоинвазивным способом. Показанием к такому методу было наличие неосложненной эхинококковой кисты диаметром не более 10 см и расположенной поверхностно во II-III-IV-V или VI сегментах печени. Всем этим больным предварительно выполнялась лапароскопия. Дальнейшая тактика – выполнение лапароскопической эхинококкэктомии (ЛЭЭ) или видеолапароскопической эхинококкэктомии (ВЛЭЭ) – решалась в зависимости от интраоперационной картины. При выявлении кисты с возможной остаточной полостью в печени до 3 см, возможности тампонирования ее сальником или широкой абдоминализации, а также отсутствии признаков ее нагноения, операцию продолжали лапароскопически. При отсутствии таковых данных операция продолжалась через минилапаротомию, оптимальное месторасположение которой определяли во время лапароскопии.

**Результаты.** В наших наблюдениях ЛЭЭ выполнена в 8 случаях, ВЛЭЭ - в 75, в 1-м осуществлена конверсия, связанная с распространенностью эхинококковой кисты в зону VII сегмента. При выполнении ЛЭЭ остаточная полость в 6 случаях ликвидирована тампонированием сальником «на ножке», а в остальных 2 – она широко и плоско абдоминализирована. Во время выполнения ВЛЭЭ остаточная полость была ликвидирована капитонажем по Дельбе в 17 случаях, по Боброву – в 11, по Гилевичу – в 5, а в остальных 42 – тампонированием сальником. У 5 больных выявлены желчные свищи, которые ликвидированы путем их ушивания. В послеоперационном периоде сроки реабилитации у анализируемых больных были значительно сокращены по сравнению с реабилитацией пациентов, перенесших широкую лапаротомию. Лишь в у 2 больных отмечались раневые осложнения, которые разрешились консервативными мероприятиями. Всем больным в

послеоперационном периоде назначался курс профилактической химиотерапии. Рецидивов эхинококкоза у наблюдаемых нами пациентов не отмечено.

**Заключение.** Минимально инвазивная хирургия в определенных случаях может занять достойное место в арсенале лечения эхинококкоза печени. Преимущества же малоинвазивных методов очевидны.

## **ПУНКЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ**

**Исхаков Б. Р., Исхаков Н. Б., Жалилов А. О.**

**Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистан**

**Введение.** Непосредственной причиной возникновения пилефлебита обычно служит гангренозный аппендицит, при котором некротический процесс переходит на брыжейку червеобразного отростка и её вены. Следует отметить, что абсцессы при пилефлебите, как правило, множественные и мелкие, что обуславливает трудности их хирургического лечения и плохой прогноз.

**Клиническое наблюдение.** Больная У. М., 55 лет (и/б № 17392/5129), 12 октября 2018 г. поступила в Наманганский филиал РНЦЭМП с жалобами на тупые боли в правой подреберной области, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 39-40°C, озноб, сухость во рту и прогрессирующую общую слабость. Из анамнеза: 7.09.2018 г. перенесла операцию аппендэктомии с тампонированием и дренированием брюшной полости по поводу острого гангренозно-перфоративного аппендицита, тифлита, осложненного местным гнойно-каловым перитонитом. Послеоперационная рана зажила вторичным натяжением. На 18-е сутки после операции у больной появились тупые боли в верхнем этаже живота, повышение температуры тела с ознобом, присоединились тошнота и рвота, прогрессирующая слабость. УЗИ от 12.10.2018 г.: печень увеличена, правая доля - 190 мм, левая доля - 98 мм, внутрипеченочные протоки не расширены, на проекции IV-V-VI-VII-VIII сегментов отмечается жидкость содержащее образование (с гиперэхогенными массами) неправильной формы, с неровными, нечеткими контурами размерами 181x160 мм. Желчный пузырь 85x43 мм, просвет эхопрозрачен, холедох 5 мм, воротная вена 7 мм, нижняя полая вена 16 мм. Селезенка не увеличена. В правой плевральной полости небольшое количество жидкости. Вывод: объемное образование печени (абсцесс печени). Гидроторакс справа. МСКТ от 13.10.2018 г.: В проекции IV-V-VI-VII-VIII сегментов печени отмечается полость, содержащая субстрат плотностью от +5,0 до +55,0 ед. Н с наличием пузырьков воздуха. Контур четкие, неровные. Заключение: жидкостное образование IV-V-VI-VII-VIII сегментов печени, правосторонний выпотной плеврит. По решению консилиума под местной анестезией выполнено пункционное дренирование абсцесса печени под контролем ЭОП. Введен катетер 8 fr. по передней аксиллярной линии на уровне X-XI межреберья справа в полость гнойника VI-VII сегментов печени и одномоментно выпущено 550 мл густого зловонного гноя с детритом. Далее по передней аксиллярной линии в IX-X межреберье справа на уровне VII-VIII



сегментов печени, установлен второй дренаж 10 fr. для проточного и фракционного лаважа полости абсцесса печени. За сутки после дренирования полости абсцесса по дренажу выделилась 850 мл гноя с ихорозным запахом. В дальнейшем в течение 7 дней проводился проточный лаваж полости абсцесса антисептиками. При контрольном УЗИ: На проекции VII сегмента печени визуализируется гиперэхогенная зона размерами 34x26 мм с дорсальным усилением эхогенности (место абсцесса). На 15-е сутки после операции больная выписана на амбулаторное лечение по месту жительства в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре через 3 года состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет.

**Заключение.** Применение в лечении абсцессов печени малоинвазивных вмешательств под контролем ЭОП высокоэффективно, позволяет достичь полного выздоровления этой тяжелой категории больных без применения традиционного хирургического вмешательства.

## **СЛУЧАЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ГЕМОФИЛИЕЙ «А»**

**Исхаков Н.Б., Исхаков Б.Р.**

**Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центр экстренной  
медицинской помощи, Наманган, Узбекистан**

Описания травматического разрыва печени у больного, страдающего гемофилией, в литературе мы не нашли.

Представляем **клиническое наблюдение**. Пострадавший А.Ю., 29 лет, поступил в филиал РНЦЭМ 09.12.2018 г, через 1 час с момента получения производственной травмы (удар по животу деревянной палкой, вылетевшей из пилорамы). Жалобы на боли в правой половине живота, головокружение, общую слабость. Из анамнеза известно, что больной страдает гемофилией «А». В 2-х летнем возрасте после циркумцизии по поводу трудно останавливаемого кровотечения лечился в НИИ гематологии и переливания крови. Объективно: состояние тяжелое, положение вынужденное, лежит на правом боку, ноги поджаты к животу. Среднего питания, телосложение правильное. Кожные покровы, слизистые бледные. ЧДД - 24 раза в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 100 уд/мин. АД = 90/60 мм. рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, отстает в акте дыхания, асимметричен за счет припухлости, багрово-синюшного цвета в правом верхнем квадранте размерами 10x10 см. Пальпаторно отмечает резкую болезненность в этой области, остальные отделы живота безболезненны. Симптомов раздражения брюшины нет. Определяется притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. Перистальтика кишечника выслушивается. Области почек симметричны, безболезненны. При катетеризации мочевого пузыря получено 200 мл светлой мочи. При УЗИ контуры печени неровные, под правым куполом диафрагмы и печенью, между петлями тонкой кишки определяется свободная жидкость. Заключение: разрыв печени, гемоперитонеум. Анализ крови: гемоглобин - 62 г/л, эритроциты -  $2,3 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $6 \times 10^9/л$ , палочко-

ядерные - 3, сегменто-ядерные - 74, лимфоциты - 22, моноциты - 1, СОЭ - 9 мм/ч. Время свертывания крови по Ли-Уайту - более 8 мин., мочевины крови - 6,4 моль/л, протромбин - 82%, гематокрит - 23%. Диагноз: Закрытая травма живота. Разрыв печени? Внутрибрюшное кровотечение, тяжелой степени, анемия. Гемофилия «А». После противошоковых мероприятий, через 1 час после поступления под наркозом выполнена лапароскопия. В брюшной полости до 600 мл крови со сгустками. После удаления крови и сгустков при ревизии выявлены звездчатый разрыв в проекции передне-верхнего отдела IV-V сегмента печени 4х3 см, глубиной до 1,5 см, вся рана прикрыта сгустками крови, активного кровотечения нет. В IV сегменте печени имеется подкапсулярная гематома размерами 4х3х2 см, прикрытая сгустками крови, под ней отмечается кровотечение слабой интенсивности. В области портальных ворот печени обнаружен надрыв брюшины гепатодуоденальной связки с капиллярным кровотечением. Выполнена электрокоагуляция ран печени шаровидным электродом и в режиме “спрей” коагуляции до образования сплошного струпа на раневой поверхности. К ране печени подведен большой сальник и фиксирован к серповидной связке. Произведена тщательная санация брюшной полости. В послеоперационном периоде больной получал инфузионно-гемостатическую терапию, переливание одногруппной крови (750 мл), криопреципитата, замороженной плазмы, антибактериальную терапию. Послеоперационное течение гладкое. Больной осмотрен через 1,5 года после операции. Жалоб не предъявляет. Работает по прежней специальности.

**Заключение.** Лапароскопия с эндовидеоподдержкой при изолированной травме печени позволяет не только установить правильный диагноз, но и выполнять лечебные манипуляции, снизить тяжесть хирургической агрессии у пострадавших с гемофилией.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БИЛИАРНОЙ И ГИДАТИДНОЙ ФОРМЫ (CL, CE1) ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ**

**Курбанбердиев К., Каррыев Н.М., Маметязов С.Р.**

**Туркменский государственный медицинский университет им. Мырата  
Гаррые, Ашхабад, Туркменистан**

**Актуальность.** Преобладание сходных данных ультразвуковой (УЗ) и компьютерно томографической (КТ) визуализации билиарной и гидатидной формы (CL, CE1) эхинококковой кист печени снижает диагностическую ценность данных методов исследования. В настоящее время в полной мере не изучены возможности дифференциации кистозных образований печени на основании особенностей ангиоархитектоники кровеносных сосудов в перикистозной печеночной ткани.

**Цель исследования:** изучение особенностей ангиоархитектоники кровеносных сосудов в перикистозной ткани печени билиарной и гидатидной формы (CL, CE1) эхинококковой кист на основании данных дуплексного сканирования с целью их дифференциации.





**Материалы и методы.** Обследованы и прооперированы 30 пациентов (из них мужчин 12 (40%), женщин 18 (60%), в возрасте от 20 до 63 лет) с билиарной (n=12) и эхинококковой гидатидной формой (n=18) кистами печени. Объемы кист составляли 8,0 – 20 см<sup>3</sup> по J.T. Childs. Произведен сравнительный анализ интраоперационных данных с УЗИ с дуплексным сканированием, МСКТ.

**Результаты.** По результатам дуплексного сканирования установлены ангиоархитектонические различия кровеносных сосудов в перикистозной печеночной ткани, позволяющие произвести дифференциацию билиарной кисты от эхинококковой. Так, для билиарных кист печени характерно линейное расположение палочковидной формы сосудистых локусов при цветовом картировании вблизи капсулы, а для эхинококковых кист гидатидной формы (CL,CE1) - дугообразное размещение сосудов кнаружи от стенки кисты.

**Заключение.** Ангиоархитектонические различия сосудов в перикистозной ткани печени, визуализируемые на основании данных дуплексного сканирования, могут быть одним из дополнительных критериев в дифференциации кистозных образований печени, а именно билиарной и гидатидной формы (CL,CE1) эхинококковой кист.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ НЕОПУХОЛЕВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ**

**Максимов А.И., Чикаев В.Ф., Шарафисламов И.Ф., Андреев А.И., Толкачева Д.В.**

**ГАУЗ Городская клиническая больница №7, Казань, Татарстан, Россия**

Этиология доброкачественных неопухолевых очагов печени разнообразна. Они представлены как гнойно – воспалительными, так и паразитарными очагами. Неопухолевые поражения характеризуются тяжелым течением и сложностью диагностики и лечения пациентов.

**Цель исследования:** проанализировать особенности диагностики и хирургического лечения пациентов с неопухолевыми образованиями печени на основе опыта нашей клиники.

**Материалы методы.** Проведен анализ лечения 34 пациентов с неопухолевыми образованиями печени, изучены диагностические особенности и хирургическая тактика лечения в зависимости от этиологии и характера поражения печени.

**Результаты.** В 79% (n=27) случаев очаговые заболевания наблюдались в последние три года. Поражения сегментов печени по этиологическому признаку были разные. В 53,6% (n=18) наблюдалось поражение одновременно II и III сегментов. В 11,7% (n=4) отмечалось билобарное поражение печени. При абсцессах печени в 70,9% (n=24) случаев применялась, преимущественно, минимально инвазивная хирургическая тактика под ультразвуковой навигацией. Выполнялось чрескожное дренирование абсцесса. В 8,8% (n=3) произведено редренирование





абсцесса катетером, в 5,8% (n=2) полость абсцесса санирована пункционным методом. При холангиогенных абсцессах ведущим было разрешение гипертензии желчевыводящих протоков с последующим дренированием абсцесса. При мелких холангиогенных абсцессах проводилась консервативная терапия. Летальность в исследуемых группах составила 5,8%. (n=2).

**Заключение.** В диагностике неопухолевых поражений печени необходим комплексный подход с учетом анамнеза и клинико-лабораторных данных. Стандартом в диагностике являются ультразвуковое исследование, рентгеновская компьютерная томография, при патологии, связанной с желчевыводящими протоками - магнитно-резонансная томография. Хирургическая тактика зависит от характера патологического процесса. Минимально инвазивная техника под ультразвуковой навигацией является основным методом в лечении пациентов с гнойно – воспалительными образованиями печени.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

**Мамадумаров Т.С., Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Рузматов А.Э., Хужамбердиев И.Р., Курбанбаев Б.Н., Исхаков Н.Б., Эргашев А.А.**  
**Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центр экстренной  
медицинской помощи, Наманган, Узбекистан**

**Материалы и методы.** Работа основана на опыте хирургического лечения 944 больных с осложненным эхинококкозом печени и органов брюшной полости в возрасте от 11 до 70 лет. Мужчин было 497 (52,6%), женщин – 447 (47,3%). Нагноения эхинококковой кисты печени, селезенки и брюшной полости встречались у 573 (60,7%) больных. Прорыв эхинококкоза печени в брюшную полость диагностирован у 86 (9,4%) пациентов, в билиарные протоки - у 207 (21,4%), механическая желтуха - у 47 (5,1%), цистобронхиоплевральный свищ – у 31 (3,4%). С аллергическими реакциями поступило 40 (4,2%) больных. Анафилактический шок у больных с прорывом эхинококковой кисты печени в свободную брюшную полость наблюдался - у 32 (3,4%). Одиночные кисты печени, селезенки и брюшной полости выявили у 643 (68,1%) больных, множественные – у 301 (31,9%). У 605 больных кисты располагались в правой доле печени и у 201 в левой. Эхинококкоз селезенки встречался у 29 больных, большого сальника у 29, брыжейки тонкой кишки у 16, забрюшинного пространства у 9 и малого таза – 55. Сочетания эхинококкоза печени, селезенки, легких, брыжейки тонкой кишки, органов малого таза и встречались у 263 больных. Рецидивный эхинококкоз печени был отмечен у 114 (12,0%) пациентов и резидуальный – у 15 (1,6%).

**Результаты.** Традиционный способ (лапаротомия) применен у 926 больных. Идеальная эхинококкэктомия выполнена у 192 больных, из них у 42 с краевой резекцией печени. Эхинококкэктомия печени с капитанажом остаточной полости была выполнена у 300 больных и у 159, операция завершена с дренированием остаточной полости. Эхинококкэктомия печени в сочетании с холецистэктомией



была выполнена у 86 (9,1%) пациентов, ушивание цистобилиарного свища – у 212 (22,4%), наружное дренирование желчного протока – 29 (3,1%). При традиционном методе лечения отмечались осложнения у 114 больных, из них: послеоперационный перитонит у 17 (1,8%) внутрибрюшное кровотечение у 11 (1,2%), абсцесс остаточной полости у 56 (5,9%), наружный желчный свищ у 26 (2,7%), тромбоэмболия легочной артерии у 2 (0,2%), тромбоз мезентеральных сосудов - у 4 (0,4%). У 11 больных с послеоперационным перитонитом была выполнена видеолапароскопическая санация с оставлением дренажей в брюшной полости. Причиной релапаротомии у 11 (1,2%) больных явилось кровотечение в брюшную полость, перитонит. У 8 больных с прорывом эхинококковой кисты в билиарный тракт первым этапом лечения выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с удалением хитиновых оболочек паразита. Лапароскопическая эхинококкэктомия печени была предпринята 18 (1,9%) больным, из-за ограничения возможности ликвидации остаточной полости переход на лапаротомию осуществлена в 4 случаях. Чрескожное пункционное дренирование (ЧПД) абсцесса остаточной полости эхинококковой кисты печени под контролем УЗИ выполнено 57 больным. Повторное ЧПД выполнено 10 пациентам. При нагноившихся эхинококкозе селезенки у 5 больных первым этапом операции являлся ЧПД. Послеоперационный перитонит у 2 больных после ЧПД абсцесса селезенки явился показанием к спленэктомии.

**Заключение.** Применение малоинвазивной технологии в лечении осложненных эхинококковых кист печени снижает процент послеоперационных осложнений и сокращает сроки пребывания больного в стационаре.

## **УЩЕМЛЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ПРАВОСТОРОННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ У БОЛЬНОГО СО СПЛАНХНОПТОЗОМ**

**Мухитдинов У.Р., Исхаков Б.Р.**

**Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистан**

Среди всех пациентов с диафрагмальными грыжами больные с правосторонней локализацией грыжевого дефекта составляют лишь 11–14%, что связано, в первую очередь, с амортизирующим действием, которое оказывает во время травмы печень.

Приводим **клиническое наблюдение:** больной Б.У., 1986 г.р. (и/б № 17963/1303), поступил 20.01.2020 г. в приёмно-диагностическое отделение Наманганского филиала РНЦЭМП с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, нехватку воздуха, боли по всему животу и его вздутие, тошноту, сухость во рту, общую слабость. УЗИ брюшной полости № 11288. Вывод: печень – левая доля занимает эпигастральную область, желчный пузырь не дифференцируется, почки без эхоскопических изменений, выраженный пневматоз кишечника, свободной жидкости в брюшной полости нет. Больной госпитализирован с диагнозом: торакоабдоминальная травма. Посттравматическая диафрагмальная ущемленная



грыжа справа. Осложнение: ДН I ст. 20.11.2020 г. больной был экстренно оперирован (№ 922/258). Верхнесрединная лапаротомия длиной до 18 см. При ревизии правой плевральной полости через дефект (8,0х4,0 см) правого купола диафрагмы правое легкое коллабировано, в плевральной полости имеется 200 мл жидкости серозно-геморрагического характера, которая аспирирована. Интраоперационно одновременно выполнен правосторонний торакоцентез в 6-м межреберье по среднеаксиллярной линии, установлен дренаж № 20 фр. Дефект диафрагмы ушит П-образными швами, герметичность наложенных швов удовлетворительная. Дренаж, установленный в правую плевральную полость, присоединен к аппарату Боброва. Была выполнена колонопексия и гастропексия. Дренированы правое поддиафрагмальное пространство, малый таз. На лапаротомную рану наложены послойные швы. Асептическая наклейка. Клинический диагноз. Основной: Ущемленная правосторонняя посттравматическая диафрагмальная грыжа (ущемление правой доли печени, мобильной восходящей ободочной, аномально короткой тонкой кишки с дивертикулом Меккеля, поперечно-ободочной кишки вместе с большим сальником, осложненное некрозом 3/4 части большого сальника, гидротораксом). Осложнение: некроз большого сальника, правосторонний гидроторакс. ДН I-II ст. Конкурирующий: аномалия развития органов брюшной полости: спланхноптоз (гепатоптоз, гастроптоз, колоптоз, врожденная короткая тонкая кишка с дивертикулом Меккеля.) Название операции: Лапаротомия. Низведение из плевральной полости правой доли печени, толстой и тонкой кишки большого сальника). Ушивание дефекта диафрагмы. резекция большого сальника. торакоцентез, дренирование правой плевральной полости. Дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи из брюшной полости и из правой плевральной полости удалены на 6-7-е сутки, швы сняты на 8-е сутки, рана зажила первичным натяжением. Больной выписан из отделения на 8-е сутки.

**Заключение** Представленное клиническое наблюдение показывает, что локализация посттравматической правосторонней диафрагмальной грыжи крайне разнообразна, ущемлённые их формы протекают тяжело, под маской других острых заболеваний брюшной полости. Для улучшения результатов лечения посттравматической правосторонней диафрагмальной грыжи необходимо проводить обследование всех пациентов с торакоабдоминальными травмами с целью ранней диагностики данной патологии и оперативной ее коррекции в плановом порядке. Диагностика одновременных ущемлений нескольких полых органов и печени при посттравматической правосторонней диафрагмальной грыже требует применения комплекса инструментальных методов исследования, наиболее эффективными из которых являются МСКТ.

## МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛЯЦИЯ КИСТ ПЕЧЕНИ

Трандофилов М.М., Праздников Э.Н., Кошелев И.А., Сизова А.Н., Терясов С.Г., Вахромкин В.С.,

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России,  
Москва, Россия

**Актуальность.** Непаразитарные кисты печени (НПК) являются актуальной проблемой современной хирургии. Это связано с постоянным ростом заболеваемости, высокой частотой рецидивов, поздней диагностикой и риском осложнений. Непаразитарные кисты печени зачастую протекают бессимптомно и неспецифично. Диагностируются НПК чаще всего случайно при обследовании по поводу сочетанной патологии, либо как казуистическая находка при профилактических медицинских осмотрах. В большинстве случаев клинические проявления кист печени наступают после 40 - 60 лет, преимущественно у женщин. По мере увеличения размеров образования, к возрасту 70 - 80 лет обнаруживаются тяжелые клинические формы заболевания. В настоящее время, в литературных источниках отсутствует четкая концепция лечения НПК. Лечение НПК с использованием микроволновой абляции (МВА) при чрескожном доступе на данный момент является новой методикой и в научной литературе представлены единичные статьи по данной теме.

**Цель исследования:** изучить эффективность МВА у пациентов с НПК.

**Материалы и методы.** В исследование включено 11 больных (4 (36.36%) мужчины и 7 (63.64%) женщин в возрасте от 38-81 год) с НПК диаметром от 38 до 85 мм. Исследование проводилось с 2020 г. с использованием сверхвысокочастотного (СВЧ) генератора SURBLATE, производитель Vison Medical (Китай), максимальной мощностью 120 Вт при постоянной частоте микроволнового излучения 2,45 ГГц и аппликаторов диаметром от 1,6 до 3,0 мм, с системой активного жидкостного охлаждения с непрерывной циркуляцией, а также новые аппликаторы с аспирационным каналом. Целевая температура — 110 °С. Время воздействия — от 3 до 30 мин.

**Результаты.** МВА использовали, как самостоятельный метод во всех случаях чрескожным доступом под УЗИ контролем под внутривенной анестезией (Пропофол® 150 мг). Выполняли микроволновую абляцию полости кисты после визуализации аппликатора при УЗИ и аспирации содержимого кисты через аспирационный канал аппликатора (SURBLATE) с частотой 2,45 ГГц от 3 до 7 мин., при этом транзиторная гиперэхогенная зона покрыла все поле спавшейся кисты на аппликаторе, максимальная температура составила 110°C. В послеоперационном периоде осложнения не наблюдались, среднее время госпитализации составило 2 суток. В послеоперационном периоде пациентам рекомендовано ограничение физических нагрузок, контрольные УЗИ через 1, 3 месяцев, далее каждые 12 месяцев.

**Выводы.** СВЧ-термодеструкция в хирургическом компоненте лечения непаразитарных кист печени говорит о ее практической перспективности и требует продолжения исследования данной методики и проведение комплексных сравнительных исследований, позволяющих оценить эффективность технологии в





лечении больных с НКП, а также определить алгоритм применения МВА в данной нозологии с формированием клинических рекомендаций и алгоритмов.

## **НОВЫЙ ПОДХОД В ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ**

**Хакимов М.Ш., Рахманов С.У., Саттаров О.Т.**

**Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан**

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с остаточной полостью печени (ОПП) после оперативных вмешательств, путем обоснования возможности использования аутобиомассы крови для ликвидации ОПП.

**Материалы и методы.** Анализу подвергнуты результаты лечения 24 пациентов с ОПП, которые в анамнезе перенесли эхинококкэктомию. Нами разработана методика ликвидации остаточной полости печени, которая заключалась в «тампонировании» полости аутобиомассой. Под рентгенологическим контролем 8 пациентам произведена пункция и дренирование ОПП с последующей ее санацией. 16 пациентам ОПП сформировался в течение первого месяца после операции. У этих больных имелся дренажная трубка в ОПП. После достижения стерильности ОПП, что были подтверждены бактериологическими исследованиями, в полость печени вводили аутобиомассу крови. Дренаж перекрывали на 3-4 суток. Методика приготовления аутогемомассы заключалась в том, что у пациентов в стерильных условиях производили забор венозной крови из кубитальной вены в специальный мешок «Гемакон 500/300». После двукратного центрифугирования (аппарат - РС-6, температура - +220°C, оборот - 2000/мин, длительность - 20 мин.) получали массу обогащенную тромбоцитами, лейкоцитами и белками. Из 400 мл крови получали 60-70 мл аутобиомассы, обогащенную тромбоцитами, лейкоцитами и белками. Форменные элементы крови реинфузировались обратно больному.

**Результаты.** Все пациенты были подвергнуты ежедневному ультразвуковому контролю. В течение первых суток введенная аутобиомасса визуализировалась как жидкостное образование, которая на вторые сутки становилось более гиперэхогенным, а на 3-4 сутки эхогенность полости не отличалась от эхогенности ткани печени. К 7-8-м суткам плотность полости полностью соответствовало плотности паренхимы печени. Необходимости в повторной «пломбировке» ОПП не отмечено. Ни в одном случае не отмечено развитие каких-либо осложнений.

**Заключение.** Применение аутобиомассы крови с целью ликвидации остаточной полости печени имело положительный эффект. Применение аутобиомассы улучшало результаты лечения пациентов с ОПП, имел короткий лечебный интервал, а также улучшало качество жизни.



## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ММНКЦ ИМ. С.П. БОТКИНА

Шабунин А.В.<sup>1,2</sup>, Бедин В.В.<sup>1,2</sup>, Тавобилов М.М.<sup>1,2</sup>, Карпов А.А.<sup>1,2</sup>, Ланцынова  
А.В.<sup>1,2</sup>, Миненкова А.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П.  
Боткина» ДЗМ, Москва, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО «Российской медицинской академии непрерывного  
профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

**Введение.** Благодаря доступности методов лучевой диагностики увеличивается количество пациентов с доброкачественными очаговыми образованиями печени. Вместе с тем, до сих пор не определена тактика по диагностике и лечению данной группы больных, а также объем хирургического вмешательства у таких пациентов.

**Цель исследования:** оценка непосредственных результатов хирургического лечения пациентов с доброкачественными образованиями печени на протяжении пятилетнего периода в высокопоточном специализированном отделении гепатопанкреатобилиарной хирургии.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 256 пациентов с доброкачественными образованиями печени в период с января 2019 г. по апрель 2024 г., которые находились на лечении в хирургической клинике ММНКЦ им. С.П. Боткина. Возраст больных составил от 18 до 75 лет (в среднем  $48,1 \pm 14,5$  года). Пациенты были разделены на две группы: 39 пациентов (15,2%) с солидными неоплазиями и 217 пациентов (84,7%) с кистозными образованиями печени. Распределение нозологических форм было следующим: гемангиома — 14 (5,5%), фибронодулярная гиперплазия (ФНГ) — 6 (2,3%), гепатоцеллюлярная аденома (ГЦА) — 7 (2,7%). Среди кистозных образований: простая киста — 34 (13,3%), билиарная цистаденома — 15 (5,9%), эхинококковая киста — 179 (69,9%). Образования наиболее часто локализовались в V—VII, а также во II—III сегментах печени (78,5%). Показаниями к хирургическому вмешательству считали быстрорастущие опухоли, образования больших размеров, эхинококковые кисты (CE1-CE4, CE5 при наличии осложнений), билиарную цистаденому любого размера, а также сложности в дифференциальной диагностике образования со злокачественной опухолью. Критериями оценки результатов хирургического лечения были следующими: возраст больных, пол, локализации образований, индекс сложности лапароскопической резекции печени; длительность операции, объем кровопотери, период госпитализации, послеоперационные осложнения по классификации Clavien-Dindo, специфические осложнения по ISGLS.

**Результаты.** Анатомическая резекция выполнена 32 пациентам (12,5%), атипичная резекция — 35 (13,7%), перицистэктомия — 164 (64,1%), фенестрация — 25 (9,8%). Минимально инвазивные операции проведены 214 (83,5%) пациентам. Лапароскопические и робото-ассистированные оперативные вмешательства были распределены по уровню сложности, при этом число операций низкого уровня сложности составило — 54 (25,2%), среднего уровня — 29 (13,6%), продвинутого —



75 (35,1%), экспертного – 56 (26,2%). При сравнении непосредственных результатов отмечено, что с увеличением сложности минимально инвазивных операций отмечался рост интраоперационной кровопотери ( $p<0,001$ ), а также длительности операции ( $p<0,001$ ). Операциям низкого и среднего уровней сложности сопутствовала меньшая длительность стационарного лечения ( $p<0,001$ ), а также несколько более низкий процент послеоперационных осложнений С-ДПП+ ( $p<0,05$ ) и ISGLS ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** Мультидисциплинарный подход и персонифицированный выбор варианта хирургического вмешательства позволяет улучшить непосредственные результаты хирургического лечения и увеличить процент минимально инвазивных операций высокого уровня сложности.



#### **IV. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА**

##### **ЛАЗЕРНАЯ АБЛЯЦИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Ахаладзе Г.Г.<sup>1</sup>, Кригер А.Г.<sup>1,2</sup>, Пантелеев В.И.<sup>1</sup>, Рагимов В.А.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава  
России, Москва, Россия**

**<sup>2</sup>ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С.С. Юдина ДЗМ», Москва,  
Россия**

**Актуальность.** Нейроэндокринные опухоли (НЭО) поджелудочной железы (ПЖ) относятся к редко встречающимся злокачественным опухолям. Биологическая агрессивность НЭО может быть различной - от высокодифференцированных (G1-G3) до низкодифференцированных (карциномы) форм. Выполнение стандартных резекционных вмешательств при НЭО G1 сопровождается частым развитием специфических послеоперационных осложнений. Лазерная абляция НЭО ПЖ может служить альтернативным методом лечения.

**Цель исследования:** изучить результаты лечения пациентов с НЭО ПЖ G1 после ЛА.

**Материалы и методы.** В отделении хирургических методов лечения и противоопухолевой лекарственной терапии абдоминальной онкологии с койками абдоминальной хирургии Российского научного центра рентгенорадиологии в 2023 г. было выполнено 5 операций по поводу НЭО ПЖ G1 с использованием ЛА. Опухоль была гистологически верифицирована. Мужчин было 3, женщин – 2. Средний возраст пациентов составил 44.8 лет (21-75). У 3 пациентов НЭО была гормональноактивной (инсулинома). Во всех 5 наблюдениях опухоль располагалась в толще головки ПЖ. Средний размер опухоли составил 14.2 мм (11-20). Расстояние от НЭО до протока ПЖ было 1 мм и менее.

**Результаты.** Пациенты были оперированы с использованием традиционного или лапароскопически-ассистированного доступов. ЛА была выполнена под контролем интраоперационного ультразвукового исследования. Использовались иглы диаметром 21G, световоды 0,3 мм. Энергия воздействия составила от 1800 до 3600 Дж, в зависимости от размера НЭО. Используемая мощность варьировала в пределах от 3 до 5 Вт. Длительность процедуры была от 180 до 360 сек. В послеоперационном периоде у всех (5) пациентов отмечались явления послеоперационного панкреатита легкой степени тяжести, которые не отягощали общее состояние пациентов. Наружный панкреатический свищ типа В возник 1 случае, наиболее вероятно, по причине термического повреждения стенки протока ПЖ в сочетании с расположением опухоли в непосредственной близости к поверхности ПЖ. Нерадикальная операция была у 1 пациентки. Возможной причиной явилось использование одного световода, который был позиционирован

в полюс опухоли, а не в ее центре. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии. При контрольном исследовании через 3 и 6 месяцев после радикальной операции признаков рецидива заболевания не было ни у одного из пациентов.

**Заключение.** Лазерная абляция НЭО G1 ПЖ, расположенных интрапаренхиматозно в цефалоцервикальном сегменте органа, позволяет добиться деструкции опухоли с минимальными проявлениями острого панкреатита. При расположении опухоли близко к поверхности ПЖ, ЛА может привести к возникновению панкреатического свища. Применение ЛА в лечении НЭО ПЖ малых размеров является перспективным направлением, особенно для лечения пациентов с синдромом МЭН1.

### **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Баймаханов Б.Б., Досханов М.О., Тилеуов С.Т., Каниев Ш.А., Нагасбеков М.С., Мукажанов Д.Е., Суйеркулов М.У., Хаджиева А.А., Оспан Ж.Р., Теипов Ш.М., Мархабеков Д.Е.**

**АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова», Алматы, Казахстан**

Хирургия поджелудочной железы является одним из наиболее сложных вмешательств на органах пищеварительного тракта, частота развития осложнений составляет до 50%, летальность достигает 5%. Как правило, операции выполняют открытым доступом, однако с разработкой новых технологий и накоплением опыта стали все больше проводить лапароскопических процедур. В 1994 г. Cuschier сообщил о первой лапароскопической резекции поджелудочной железы.

**Цель исследования:** проведение оценки выполнения и результатов лапароскопических резекции на поджелудочной железе.

**Материалы и методы.** В период с 2018 по июль 2024 гг. 59 пациентам были выполнены лапароскопические резекции поджелудочной железы в Национальном Научном Центре Хирургии им. А.Н. Сызганова. Из них 13 (22%) мужчин и 46 (78%) женщин. У 43 (72,9%) пациентов были выполнены резекции по поводу доброкачественных и у 16 (27,1%) по поводу злокачественных опухолей. Выполнено 14 (23,7%) гастропанкреатодуоденальных резекции, 45 (76,3%) дистальных резекции поджелудочной железы. Показаниями к лапароскопической ГПДР являлись следующие факторы: размер опухоли меньше 2,5 см без признаков метастазов, без прорастания в верхнебрыжеечной и воротной вене, плотная железа и широкий панкреатический проток.

**Результаты.** Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила  $600 \pm 180$  мин. Средняя кровопотеря составила  $300 \pm 120$  мл. Среднее время пребывания в стационаре составило  $18 \pm 8$  дней. Конверсия на открытую операцию потребовалось только 1 (1,7%) пациенту, где имелось выраженный воспалительный процесс в области головки поджелудочной железы. Во всех случаях была достигнута R<sub>0</sub> резекция. Послеоперационные панкреатические свищи



класса «В» наблюдались у 17 (28,9%) пациентов, которые закрылись самостоятельно, без дополнительных вмешательств. В 2 (3,4%) случаях наблюдалось панкреатические свищи «С», которые привели к внутрибрюшному аррозионному кровотечению. Гастростаз встречалось у 4 (6,7%) пациентов. Послеоперационное кровотечение развилось у 4 (6,7%) пациентов, которым потребовались повторные операции. Госпитальная летальность наблюдалась у 1 (1,7%) пациента, где развилось панкреатический свищ С на фоне мягкой железы и инвагинационного анастомоза, который с последующим привело к аррозивному кровотечению и летальному исходу.

**Заключение.** Лапароскопические операции в хирургии ПЖ сопровождаются минимальной кровопотерей, отсутствием осложнений со стороны ран, а также более быстрой активизацией и реабилитацией больных. Соблюдение необходимых условий внедрения лапароскопических технологий в специализированных клиниках должно улучшить результаты хирургического лечения.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С СОХРАНЕНИЕМ СЕЛЕЗЕНКИ – СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ 2-Х МЕТОДИК (KIMURA VS WARSHAW)**

**Вервекин И.В., Трушин А.А., Курсенко Р.В., Захаренко А.А.**

**ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский  
университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия**

**Актуальность.** Лапароскопическая дистальная спленосохранная резекция поджелудочной железы – стандарт лечения доброкачественных опухолей тела и хвоста поджелудочной железы, при которых не требуется лимфодиссекция ворот селезенки. Для сохранения селезенки обязательным является обеспечение адекватного артериального кровоснабжения и венозного оттока. Это может быть достигнуто двумя способами: путем сохранения сосудов селезенки (метод Kimura – KT) или с помощью резекции сосудов селезенки с сохранением коротких желудочных сосудов (метод Warshaw – WT). В настоящее время нет единого мнения о том, какой метод сохранения селезенки является оптимальным, выбор метода проводится эмпирически, на основании опыта оперирующего хирурга и особенностей анатомии селезеночных сосудов пациента, взаимосвязи их и опухоли.

**Материалы и методы.** В анализ было включено 27 пациентов, которым с февраля 2020 г. по февраль 2024 г. была выполнена ДССРПЖ. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1– Kimura-type (n=16); 2 – Warshaw-type (n=11) в соответствии с принципом intention-to-treat (принадлежность пациента конкретной группе определялась до момента начала операции). Целью исследования является сравнение 2-х методов оперативного вмешательства по непосредственным хирургическим результатам (продолжительность операции, объем кровопотери, продолжительность послеоперационного койко-дня, частота выполнения лапаротомии, спленэктомии и повторной операции) и безопасности (частота



послеоперационной панкреатической фистулы (POPF), осложнений Clavien-Dindo> III, летальных исходов). Статистический анализ выполняли с использованием программы StatTech 4.1.0.

**Результаты.** Статистически значимых различий в исходных клинических характеристиках пациентов между группами обнаружено не было. Обнаружено статистически значимое различие в размере опухоли – более крупные опухоли чаще встречались в группе WT чем в группе КТ (2,85 см против 4,7 см,  $p=0,026$ ). Статистически значимых различий между группами в гистологическом строении опухоли не обнаружено. В 11 (40,7%) случаев наблюдались NET (нейроэндокринная опухоль), в 6 (22,2%) – SCN (серозно-кистозная неоплазия), в 3 (11,1%) – псевдокиста, в 3 (11,1%) – MCN (муцинозно-кистозная неоплазия), в 2 (7,4%) – SPN (солидная псевдопапиллярная опухоль) и mRCC (метастазы светлоклеточного рака почки). Средняя продолжительность операции в группе WT –  $197,27 \pm 42,09$  мин (95% ДИ 184,36 – 240,64) была меньше, чем в группе КТ –  $269,06 \pm 70,95$  (95% ДИ 227,74 – 319,95),  $p=0,006$ . При анализе объема кровопотери, продолжительности койко-дня, частоты лапаротомии, спленэктомии, повторной операции статистически значимых различий между группами не обнаружено. Обнаружены статистически значимые различия в частоте POPF между 2 группами, клинически значимая фистула POPF В-С чаще наблюдалась в группе КТ – 10 (62,4%), чем в группе WT – 5 (45,5%),  $p=0,028$ . Статистически значимых различий в частоте послеоперационных осложнений Clavien-Dindo> III, летальности между группами не обнаружено.

**Заключение.** Как метод Warshaw, так и метод Kimura являются безопасными и эффективными хирургическими подходами, обеспечивающими схожие результаты лечения. Наш анализ демонстрирует, превосходство метода Warshaw над методом Kimura в виде меньшей продолжительности оперативного вмешательства и меньшей частоте клинически значимых панкреатических фистул. Таким образом, метод Warshaw может быть более выгодным с точки зрения использования ограниченных оперативных ресурсов без ухудшения непосредственных хирургических результатов лечения.

## **РОЛЬ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Вервекин И.В., Трушин А.А., Курсенко Р.В., Захаренко А.А.**

**ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия**

**Актуальность.** Исторически, основные успехи в лечении рака поджелудочной железы были достигнуты за счет совершенствования хирургической техники, увеличения радикализма операций, однако, как показывает анализ литературы, увеличение объема оперативного вмешательства у больных раком поджелудочной железы не улучшает онкологические результаты. По этой причине в течение многих лет растет интерес к изучению новых

терапевтических подходов у больных локализованным раком поджелудочной железы, например, таких как неоадьювантная химиотерапия (НАХТ). Если с применением НАХТ в группе пограничнорезектабельных опухолей все достаточно однозначно, то применение НАХТ в группе исходно резектабельных опухолей – вопрос открытый. На сегодняшний день имеются единичные опубликованные данные рандомизированных исследований о ее эффективности, в виде увеличения частоты R0-резекции, снижения лимфоваскулярной и периневральной инвазии, снижения частоты резекции сосудов, влияние на выживаемость не оценено. Однако, до сих пор нет ответа на вопросы касающиеся выбора схемы и продолжительности НАХТ.

**Цель исследования:** определить, превосходят ли отдаленные результаты применения НАХТ у больных резектабельным РПЖ результаты стандартного лечения.

**Материалы и методы.** Представленное исследование является одноцентровым, проспективным клиническим исследованием. Первичная конечная точка - безрецидивная выживаемость (БРВ). Вторичные конечные точки: общая выживаемость (ОВ), частота осложнений (Clavien-Dindo), гистологическая стадия опухоли урTN, ответ опухоли на лечение (согласно системе оценок Колледжа американских патологоанатомов (CAP), частота R1/R0-резекция, резектабельность. В исследование включаются больные с аденокарциномой поджелудочной железы, соответствующей критериям резектабельности (по данным NCCN 2023 г.). Пациенты (n=64) рандомизируются в отношении 1:1 или в группу контроля (радикальная операция + последующая), или в экспериментальную группу (НАХТ по схеме mFOLFIRINOX + радикальная операция + последующая АХТ). Для определения объема выборки использовали имеющиеся данные популяционных исследований, согласно которым, безрецидивная однолетняя выживаемость составляет 50%. На данный момент в исследование включено 22 пациента: группа контроля n=9, группа НАХТ n=13.

**Результаты.** Проведен предварительный анализ результатов лечения. Медиана времени наблюдения составила 25.7 мес. Медиана БРВ составила 7.7 мес. (95% ДИ 0.9–9.7) в группе контроля и 12.9 мес. (95% ДИ 4.4–17.4) в группе НАХТ (p=0.055). Медиана ОВ составила 12.9 мес. (95% ДИ 7.9–20.4) в группе контроля и 18.7 мес. (95% ДИ 12.4–23.4) в группе НАХТ (p=0.071). Частота хирургических резекций составила 71.8% в группе контроля и 84.6% в группе НАХТ (p=0.017). Частота R0-резекций составила 57% в группе контроля и 81.2% в группе НАХТ (p=0.037). Частота сосудистой резекции (воротная вена) составила 28.5% в группе контроля и 9% в группе НАХТ (p=0.04). Частота послеоперационных осложнений по Clavien-Dindo (III-IV) составила 28.5% в группе контроля и 18% в группе НАХТ (p=0.72). Заключение: Представлен предварительный анализ результатов лечения 22 пациентов. Продемонстрировано статистически значимое увеличение резектабельности и частоты R0-резекций в группе НАХТ, имеется тенденция к улучшению показателей выживаемости (ОВ и БРВ) в группе НАХТ, однако, разница статистически не достоверна. Частота послеоперационных осложнений статистически не различалась между группами.



**Заключение.** НАХТ при резектабельном раке поджелудочной железы является перспективным методом, потенциально, способным улучшить результаты лечения больных РПЖ.

**ОТКРЫТЫЕ, ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И РОБОТИЧЕСКИЕ  
ДИСТАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С  
СОХРАНЕНИЕМ СЕЛЕЗЕНКИ. ШЕСТЬДЕСЯТ ТРИ ОПЕРАЦИИ С  
РЕЗЕКЦИЕЙ СЕЛЕЗЕНОЧНЫХ СОСУДОВ И БЕЗ**

**Егоров В.И., Петров Р.В., Ким П.П., Колыгин А.В., Выборный М.И.,  
Большаков Г.В., Старостина Н.С.**

**Ильинская больница, д. Глухово, Красногорский район Московской области,  
Россия**

**Введение.** Дистальные резекции поджелудочной железы с сохранением селезенки (ДРПЖСС) - обоснованный метод лечения доброкачественных заболеваний ПЖ и опухолей с низким потенциалом злокачественности. Осложнения этих операций, в том числе специфические, по-прежнему изучаются. Знание коллатерального кровоснабжения селезенки после ДРПЖСС и резекции селезеночных сосудов (РСС) имеет значение не только для успешного выполнения самой операции, но и для возможной абдоминальной хирургии в отдаленном периоде.

**Цель исследования:** оценка общих и специфических осложнений ДРПЖСС и определение основных источников коллатерального кровоснабжения селезенки после ДРПЖСС РСС.

**Материалы и методы.** Ретроспективный анализ периоперационных данных и данных КТ-ангиографии (КТА) до и после 63 операций (2010 – 2024 гг.).

**Результаты.** ДРПЖСС (n=63) были выполнены открыто (41), лапароскопически (11) и робот-ассистированно (11) методами Kimura (5) и Sutherland-Warsaw (58). Показаниями были муцинозная цистаденома (39), внутрипротоковая папиллярно-муцинозная опухоль II типа (bd IPMN) (5), серозная цистаденома (3), нейроэндокринная опухоль (10), солидно-псевдопапиллярная опухоль (4), аутоиммунный (1) и калькулезный (1) хронический панкреатит. Летальности не было, послеоперационные осложнения встретились в 33% (n=21) случаев, без тяжелых. Панкреатическая фистула (POPF) grade B – отмечена у 7 пациентов (11%), вследствие длительного стояния дренажа после выписки или дополнительного дренирования перипанкреатических скоплений или абсцесса (1). Инфаркты селезенки после ДРПЖСС РСС были обнаружены на КТ у 16 (33%) пациентов, все они были бессимптомными, кроме одного, потребовавшего дренирования абсцесса. Спленэктомий не было. Одна конверсия лапароскопической операции в открытую в связи с кровотечением из левой почечной вены. Позднее желудочное кровотечение (1) и прогрессирующая спленомегалия (1) на фоне тромбоза селезеночной вены (Kimura method) были успешно излечены эмболизацией селезеночной артерии. Средний возраст - 39 лет



(9-79). Средний послеоперационный койко-день для открытых операций – 7, для минимально инвазивных – 5,6. Послеоперационные КТА обнаружили три типа артериального кровоснабжения селезенки после ДРПЖСС РСС: ЛЖА - тип, когда основной коллатералью является левая желудочная артерия (n=35, 72%), ЖСА-тип, когда основной коллатералью является желудочно-сальниковая аркада (n=4, 8%), и промежуточный вариант (n=7, 19%), когда определяются оба коллатеральных пути.

**Заключение.** ДРПЖСС РСС – надежный органосохраняющий способ лечения с приемлемым уровнем осложнений. После этих операций основными коллатеральями, снабжающими селезенку, являются ЛЖА (~ 90% случаев) и ЖСА (~10%). Во время ДРПЖСС РСС важно сохранять не только ЛЖА, но и ЖСА, т.к. сохранение последней повышает шансы сохранения селезенки.

## **РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИССЕЧЕНИЕМ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ ВЕНЫ СО ВСЕМИ ЕЕ ПРИТОКАМИ БЕЗ ВВ/ВБВ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ «НИЗКИХ» РАКАХ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Егоров В.И.<sup>1</sup>, Ким П.П.<sup>1</sup>, Дзигасов С.О.<sup>1</sup>, Кондратьев Е.В.<sup>2</sup>, Сорокин А.С.<sup>3</sup>, Колыгин А.В.<sup>1</sup>, Выборный М.И.<sup>1</sup>, Большаков Г.В.<sup>1</sup>, Демченкова А.Ю.<sup>1</sup>, Попов П.А.<sup>1</sup>, Дахтлер Т.Е.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ильинская больница, д. Глухово, Красногорский район Московской области, Россия

<sup>2</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО Российский экономический университет им. Г.В. Плеханова, Москва, Россия

**Введение.** «Венозное» определение местнораспространенной (МР) протоковой аденокарциномы (ПА) поджелудочной железы (ПЖ) подразумевает “невозможность реконструкции порто-мезентериального венозного тракта (ВВ/ВБВ) в связи с опухолевой инвазией или окклюзией”. Сообщения о радикальных резекциях поджелудочной железы с резекцией верхней брыжеечной вены (ВБВ) без ее анастомозирования с воротной веной (ВВ) исключительно редки.

**Цель исследования:** оценить безопасность и эффективность радикальных резекций ПЖ с резекцией ВБВ и всех ее притоков при МР ПАПЖ.

**Материалы и методы.** Ретроспективный анализ непосредственных (осложнения и летальность) и отдаленных (общая выживаемость (ОВ) и выживаемость без прогрессирования (ВБП) результатов резекций ПЖ с резекцией ВБВ и всех ее притоков без ВВ/ВБВ реконструкции.

**Результаты.** Из 115 пациентов, радикально оперированных по поводу МР рака (2006-2024), 19 пациентам по поводу «низкого» рака головки ПЖ была выполнена резекция ПЖ с иссечением ВБВ и всех ее притоков без ВВ/ВБВ реконструкции. Все операции выполнены после 6-12 курсов химиотерапии. Все пациенты, кроме одного получили адъювантную химиотерапию. В трех случаях





операции сопровождалась резекцией верхней брыжеечной (2) и общей печеночной (1) артерий. Операции закончены без венозных реконструкций в 13 случаях, и анастомозом между нижней брыжеечной и селезеночной венами (НБВ-СВ) – в 6 случаях. Летальности не было, частота всех осложнений - 56%, Dindo-Clavien > 3-14%, частота резекций R0 82%, среднее время операции  $355 \pm 154$  минут, средний объем кровопотери  $330 \pm 170$  мл, гастростаз – 25%, POPF B – n=1 (9%). Не отмечено случаев ишемии печени, желудка или кишечника. Специфическим осложнением иссечения ВБВ без реконструкции был преходящий отек тонкой кишки в течение 2-3-х дней (48%). Выживаемость после этих операций не отличалась от резекций ПЖ с резекцией вен и их реконструкцией при «историческом» сравнении. Медиана общей выживаемости составила 25 месяцев, медиана выживаемости без прогрессирования – 18 месяцев. Все рецидивы проявились отдаленными метастазами, кроме двух. Возможность безопасного иссечения ВБВ и всех ее притоков без ВВ/ВБВ реконструкции может быть предсказана до операции с использованием 3D-реконструкций на базе КТ. Обязательными анатомическими условиями для выполнения этих операций являются:

- 1) сохранение интактного СВ-ВВ конfluence;
- 2) полная окклюзия ВБВ по любой причине (опухоль или тромб);
- 3) хорошо развитые «левосторонние» коллатерали ВБВ с расширением тонкокишечных вен;
- 4) отсутствие «правосторонних» коллатералей ВБВ (которые будут удалены);
- 5) отсутствие варикозных вен в верхних отделах брюшной полости.

**Заключение.** При тщательной селекции с помощью химиотерапии и «анатомического» отбора «низкие» МР ПА ПЖ, вовлекающие ВБВ и все ее притоки могут быть радикально резецированы без ВВ/ВБВ реконструкций с приемлемым уровнем выживаемости. Использование предложенного расширяет возможности лечения МР ПАПЖ.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ 132 АРТЕРИАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Егоров В.И.<sup>1</sup>, Дзигасов С.О.<sup>1</sup>, Ким П.П.<sup>1</sup>, Колыгин А.В.<sup>1</sup>, Выборный М.И.<sup>1</sup>, Большаков Г.В.<sup>1</sup>, Демченкова А.Ю.<sup>1</sup>, Попов П.А.<sup>1</sup>, Сорокин А.С.<sup>2</sup>,  
Дахтлер Т.Е.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>Ильинская больница, д. Глухово, Красногорский район Московской области, Россия**

**<sup>2</sup>ФГБОУ ВО Российский экономический университет им. Г.В. Плеханова, Москва, Россия**

**Введение.** Результаты современной химиотерапии и хирургии сделали онкологически и хирургически обоснованным резекции артерий при местнораспространенной (МР) протоковой аденокарциноме поджелудочной железы (ПА ПЖ). Комбинированное лечение пациентов с МР ПАПЖ приводит не





только к значимому продлению жизни, но, в некоторых случаях. Безопасность и эффективность такого лечения сегодня является предметом обсуждения.

**Цель исследования:** оценить безопасность и эффективность резекций ПЖ с резекцией артерий (РА) при МР ПАПЖ.

**Материалы и методы.** Ретроспективный анализ непосредственных (осложнения и летальность) и отдаленных (общая выживаемость (ОВ) и выживаемость без прогрессирования (ВБП)) результатов резекций ПЖ с РА.

**Результаты.** Из 114 пациентов, оперированных по поводу МР опухолей ПЖ (2006-2024), 95 последовательных резекций ПЖ сопровождалась 131 РА. Среднее время операций составило  $388 \pm 167$  минут, средняя кровопотеря -  $353 \pm 180$  мл, частота R0- и венозных резекций, соответственно, 90,4% и 74%. Резекция верхней брыжеечной артерии в 26 случаях, чревного ствола и печеночных артерий в 105. ПДР выполнена в 20% случаев, дистальная в 47% и тотальная панкреатэктомиа – в 33% наблюдений. Общее число осложнений 53%, Dindo-Clavien > 3 -16%, гастростаз – 29%, ишемическая гастропатия 5,2% (n=5), POPF В/С – n=21 (20,5%). 90-дневная летальность - 6,3% (n=6): кровотечение (2), инфаркт миокарда (1), сепсис (1) ишемия тонкой кишки (1), ишемия печени (1). Для ПАПЖ (n=66) медиана ОВ составила 29 месяцев, для ВБП - 20 месяцев, 5-летняя ОВ - 24%, для пациентов после 12 курсов неoadъювантной химиотерапии – 29%. Все рецидивы, кроме 4 (4%), были отдаленными.

**Заключение.** Резекция ПЖ +РА является обоснованной опцией лечения больных МР рака ПЖ, отобранных неoadъювантной химиотерапией. Безопасность этих операций и отдаленные результаты такого комбинированного лечения зависят от опыта хирурга и учреждения, и, возможно, от метода реконструкции сосудов.

## **МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛЯЦИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫХ НЭО ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Егоров А.В., Жемерикин Г.А., Мусаев Г.Х., Алексеев К.И., Ветшев Ф.П.,**

**Мамаева А.Р., Давудова А.А.**

**ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России  
(Сеченовский Университет), Москва, Россия**

**Актуальность.** Методы локальной деструкции нейроэндокринных опухолей (НЭО) поджелудочной железы последние годы приобретают все большее распространение. В 80-85% процентах наблюдений отмечен хороший клинический ответ, однако частота послеоперационных осложнений достигает 15-36%.

**Цель исследования:** разработать метод микроволновой абляции гормонально-активных (ГА) поджелудочной железы, приводящий к наименьшему количеству послеоперационных осложнений.

**Материалы и методы.** В клинике факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко ПМГМУ им. И.М. Сеченова 10 пациентам с НЭО головки поджелудочной железы МВА выполнена по строгим показаниям из различных доступов как альтернатива обширным резекциям. В двух наблюдениях перед операцией производили



эндоскопическое стентирование общего желчного и панкреатического протока для лучшей их визуализации, и безопасности процедуры.

**Результаты.** У 7 пациентов срок наблюдения от 4 до 8 лет, длительность наблюдения за остальными более 1 года. Эффективность оценивали на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных (УЗИ, МСКТ, МРТ). На основании этих показателей у всех больных был отличный эффект, не потребовавший повторных МВА или других операций. Послеоперационные осложнения (панкреатический свищ - 2; псевдокиста - 1; деструктивный панкреатит - 1) в группе без предварительного стентирования (n=8) – 50%, в двух наблюдениях для их коррекции проведены оперативные вмешательства. Летальных исходов не было. У пациентов с предварительным стентированием протоков - гладкое послеоперационное течение.

**Заключение.** МВА показала свою эффективность при ГА НЭО поджелудочной железы. Минимально инвазивная технология возможна при размерах опухоли менее 3-х см с предварительным стентированием панкреатического протока и необходимости общего желчного протока. При технической возможности и критериях безопасности желательно выполнять операцию чрескожным доступом под контролем УЗИ.

## **СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

**Кучин Д.М., Колесник Я.И., Загайнов В.Е.**

**ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.**

**Семашко», Нижний Новгород, Россия**

**ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»**

**Минздрава России, Нижний Новгород, Россия**

Панкреатодуоденальная резекция является одной из самых обширных стандартизированных операций на органах брюшной полости, традиционно связанная с угрозой развития различных осложнений. В настоящее время в специализированных центрах панкреатобилиарной хирургии отработаны протоколы техники операции и периоперационного ведения пациентов, что позволило снизить уровень послеоперационной летальности до 1 – 5 %, но при этом по-прежнему сохраняется высокий уровень осложнений, достигающий 50-60%. Большинство послеоперационных проблем связаны со специфическими осложнениями операции: панкреатическая фистула – до 30%, гастростаз, послеоперационные кровотечения – 3-30%. Фатальными осложнениями ПДР считаются аррозионные кровотечения и тромбоз магистральных сосудов после их резекции и реконструкции.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ технических особенностей операции и послеоперационного периода у 595 пациентов, которым в период с 2006 по 2020 гг. была выполнена панкреатодуоденальная резекция.



Резекции магистральных сосудов в ходе операции выполнены у 180 пациентов. Оценивали количество, тяжесть и характер развившихся осложнений. Возникновение сосудистых осложнений имело прямую зависимость от развития несостоятельности панкреатодигестивного анастомоза в виде аррозионных кровотечений и тромбозов магистральных сосудов после их реконструкции. Все пациенты с диагностированной панкреатической фистулой по тактике лечения были разделены на 2 группы (1 группа – 296, вторая – 299). Различия тактики лечения панкреатической фистулы определялись применением во второй группе пациентов активной аспирации. Группы пациентов не имели достоверных различий друг от друга.

**Результаты.** В первой группе количество фистул класса В было – 8 (2,7%), класса С – 26 (8,8%), во второй группе количество свищей класса В составило 9 (3%), в то же время тяжелые фистулы класса С достоверно снизились до 12 (4%) ( $p=1$ ,  $\chi^2=0,051$  и  $p=0,027$ ,  $\chi^2=4,892$  соответственно). Аррозионное кровотечение всегда являлось следствием панкреатической фистулы класса С. В первой группе количество поздних кровотечений составило 14 (4,7%), во второй – 3 (1%) ( $p=1$ ,  $\chi^2=0,051$  и  $p=0,027$ ,  $\chi^2=4,892$  соответственно). Общая летальность снизилась с 5,7% до 1,7% (разница статистически достоверна  $p=0,016$ ,  $\chi^2=5,827$ ). Реконструкции магистральных венозных коллекторов в ходе ПДР безопасная опция, тромбозы возникли у 10 пациентов, что составило 5,5% от всех реконструктивно-пластических вмешательств на сосудах. Летальные исходы наступили у 7 человек. Ранняя его диагностика (первые 12 часов от его развития), позволила в кратчайшие сроки выполнить тромбэктомию у трех пациентов с положительным результатом.

**Заключение.** Разработан протокол профилактики и лечения сосудистых осложнений у больных перенесших ПДР. При развитии несостоятельности панкреатодигестивных анастомозов, с целью профилактики ранних аррозионных кровотечений, целесообразно использовать активную аспирацию. Для профилактики поздних аррозионных кровотечений, при эффективном лечении хирургических осложнений необходимо выполнить компьютерную томографию брюшной полости с контрастным усилением через 20-30 дней после последнего оперативного вмешательства с целью выявления аневризматических расширений висцеральных артерий. При тромбозе магистральных сосудов ранняя диагностика (менее 12 часов) позволяет своевременно выполнить тромбэктомию для спасения пациента.

## **ИММУНОТЕРАПИЯ НА ОСНОВЕ АУТОЛОГИЧНЫХ ДЕНДРИТНЫХ КЛЕТОК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Прохоров А.В.<sup>1</sup>, Гончаров А.Е.<sup>2</sup>, Летковская Т.А.<sup>1</sup>, Антонец Н.Г.<sup>2</sup>,  
Прохоров В.А.<sup>1</sup>, Фридман М.В.<sup>1</sup>, Зданович П.А.<sup>1</sup>**



<sup>1</sup>ГУ Белорусский государственный медицинский университет, Минск,  
Беларусь

<sup>2</sup>ГУ «Институт биофизики и клеточной инженерии НАН Беларуси», Минск,  
Беларусь

**Введение.** Радикальная хирургическая резекция и адъювантная полихимиотерапия при раке поджелудочной железы не позволяют значительно улучшить результаты 5-летней общей выживаемости и выживаемости без прогрессирования, а медиана выживаемости составляет менее 2 лет.

**Цель исследования:** оценить эффективность иммунотерапии на основе аутологичных дендритных клеток в комплексном лечении пациентов с резектабельным раком поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в рамках научно-технического проекта, зарегистрированного на сайте [clinicaltrials.gov](https://clinicaltrials.gov) (NCT03114631). За период с 2000 г. по 2019 в электронную базу данных онкологического центра был включен 1221 пациент с установленными злокачественными новообразованиями поджелудочной железы. В исследование были включены 222 пациента с верифицированной протоковой аденокарциномой, подлежащие радикальному хирургическому лечению с IB- IIВ стадиями ( $T_{2-3}N_0-M_0$ ). Всем пациентам выполнены радикальные вмешательства в объеме ГПДР, пилосохраняющей ПДР, дистальной резекции поджелудочной железы, панкреатэктомии. У 5 пациентов, вошедших в основную группу, выполнены комбинированные вмешательства (резекция воротной вены, правосторонняя гемиколэктомия, резекция поперечноободочной кишки, нефрэктомия). Сформированы две группы пациентов. Основная и контрольная группы статистически значимо не отличались по возрасту и гендерной принадлежности ( $p>0,05$ ). В основную группу рандомизированы 28 пациентов, которым в комплексную терапию была включена иммунотерапия. Средний возраст пациентов составил  $61,9 \pm 8,7$  (36–74 лет). Остальные пациенты ( $n=194$ ) составили контрольную группу. Пациенты обеих групп получали адъювантную ПХТ по схеме FOLFIRINOX или гемцитабин/паклитаксел. Дендритные клетки праймировали пептидами Muc1 и Wt1. Количество вакцинаций составляло от 15 до 25 введений с количеством дендритных клеток не менее 5 млн/мл. Контрольную группу составили 194 пациента, получившие комбинированное лечение (радикальную резекцию и ПХТ).

**Результаты.** Иммунотерапия не имела серьезных побочных эффектов. Медиана общей выживаемости в основной группе составила 27 месяцев (контрольная группа 16,5 месяцев). 1, 3 и 5-летняя выживаемость без прогрессирования составила 75,0%, 25,0% и 14,2% (контрольная группа 50,7%, 19,6% и 10,8%) соответственно и общая выживаемость составила 78,5%, 25,0% и 14,2% (контрольная группа 61,4%, 18,2% и 10,4%) соответственно.

**Заключение.** На небольшой когорте пациентов мы смогли показать, что дополнительная терапия с включением иммунотерапии на основе аутологичных дендритных клеток является эффективным методом комплексного лечения и увеличивает медиану выживаемости без прогрессирования и медиану общей выживаемости при адъювантном лечении резектабельного рака поджелудочной





железы. Тем не менее, пятилетняя общая выживаемость остается неудовлетворительной. Дальнейшие исследования целесообразно сосредоточить на анализе эффективности иммунотерапии в зависимости от продолжительности вакцинотерапии и количества иммунных клеток в биомедицинском клеточном продукте.

## **ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Хакимов М.Ш., Рахманов С.У., Хасанов В.Р.**

**Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан**

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения неоперабельного рака головки поджелудочной железы путем совершенствования техники масляной химиоэмболизации артерий поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов эндоваскулярных вмешательств у 32 больных с опухолями головки поджелудочной железы в возрасте от 29 до 65 лет, находившихся на стационарном лечении в многопрофильной клинике ТМА за период с 2018 по 2023 годы. Все больные поступали в стационар с явлениями механической желтухи и печеночной недостаточности. На первом этапе лечения было произведено чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих путей. После нормализации оттока желчи и анализов крови, вторым этапом были выполнены эндоваскулярные вмешательства. Была тщательно изучена ангиоархитектоника головки поджелудочной железы при наличии опухолевого процесса. 28 больным была произведена стандартная схема масляной химиоэмболизация гастродуоденальной артерии суспензией Гемцитабина в дозировке 1 г на йодолиполе, в соотношении 1:3 и металлическими спиралями, 4 больным произведена химиоэмболизация панкреатических ветвей из бассейна верхней брыжеечной артерии.

**Результаты.** Выполнение масляной химиоэмболизации артерий поджелудочной железы после тщательного изучения ангиорхитектоники головки поджелудочной железы и на основе усовершенствования техники вмешательства позволило добиться более эффективного попадания химиопрепарата в опухоль. Это позволило увеличить концентрацию препарата и длительность химиотерапевтического эффекта, подавляя генерализацию опухолевого процесса и увеличивая медиану выживаемости в 1,5 раза.

**Заключение.** Усовершенствованные эндоваскулярные вмешательства являются эффективным методом паллиативного лечения при неоперабельных опухолях периампулярной зоны, позволяющими существенно улучшить ближайшие и отдаленные результаты.





## ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ МОДИФИКАЦИЯ ТОТАЛЬНОЙ ДУОДЕНОПАНКРЕАТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НИЗКОГО ПОТЕНЦИАЛА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ

Шабунин А.В., Бедин В.В., Тавобилов М.М., Карпов А.А., Ланцынова А.В.  
ГБУЗ «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П.  
Боткина» ДЗМ, Москва, Россия

**Введение.** Улучшение методов диагностики и своевременное выявление опухолей поджелудочной железы низкого потенциала злокачественности привели в последние годы к росту частоты выполнения органосохраняющих модификаций вмешательств на поджелудочной железе. Учитывая сложность сохранения и желудка, и селезенки при тотальной дуоденопанкреатэктомии (ТДПЭ) в связи с топографо-анатомическими особенностями расположения и кровоснабжения поджелудочной железы, количество органосохраняющих вмешательств при ТДПЭ все еще остается низким, а результаты классической ТДПЭ с резекцией желудка и спленэктомией - неудовлетворительными.

**Материалы и методы.** В хирургической клинике ММНКЦ им. С.П. Боткина с 2016 г. при опухолях поджелудочной железы с низким потенциалом злокачественности используется органосохраняющая ТДПЭ в модификации ММНКЦ им. С.П. Боткина, заключающаяся в выполнении тотальной дуоденопанкреатэктомии с сохранением желудка, селезенки, желудочных и селезеночных сосудов. За период с сентября 2007 по сентябрь 2023 гг. на лечении находилось 4235 пациентов с опухолевым поражением поджелудочной железы, 62 из которых была выполнена тотальная дуоденопанкреатэктомия. Для оценки результатов лечения пациенты были разделены на две группы: в основную группу были включены пациенты, которым выполнялась операция в органосохраняющем варианте ( $n=30$ ), в контрольную - пациенты, оперированные классическим способом с резекцией желудка и спленэктомией ( $n=32$ ).

**Результаты.** Статистически значимых различий в длительности операции, объеме кровопотери, послеоперационном койко-дне выявлено не было ( $p=0,938$ ,  $0,996$ ,  $0,728$ ). Летальных исходов при выполнении ТДПЭ в органосохраняющей модификации отмечено не было, а при классическом варианте ТДПЭ послеоперационная летальность составила 15,6%. Также в основной группе исследования обращает на себя внимание значимое снижение количества тяжёлых (класс III и IV по Clavien-Dindo) послеоперационных осложнений ( $p=0,066$  и  $0,05$ ). Геморрагических осложнений в основной группе пациентов отмечено не было. В контрольной группе они выявлены у 8 (32%) пациентов. Риск развития геморрагических осложнений класса был статистически значимо выше в группе пациентов после «классического» объема ТДПЭ ( $p=0,024$ ).

**Выводы.** Применение современного протокола выполнения тотальной дуоденопанкреатэктомии с сохранением желудка, селезенки, желудочных и селезеночных сосудов в модификации ММНКЦ им. С.П. Боткина, а также персонифицированный подход к лечению пациентов с поражением поджелудочной железы опухолями с низким потенциалом злокачественности позволяет уменьшить



количество и тяжесть послеоперационных осложнений и улучшить результаты лечения больных.

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

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

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является основой хирургического лечения опухолей головки поджелудочной железы (ГПЖ). Агрессивная биология, неудовлетворительные результаты отдаленной выживаемости и перспективы персонализации лечения создают современные требования к прецизионному технологическому стандарту хирургии при раке головки поджелудочной железы (РГПЖ) в комбинации с системной терапией.

**Цель исследования:** оценить результаты лечения пациентов с погранично-резектабельным и местно распространенным РГПЖ путем применения различных видов резекций/реконструкций магистральных сосудов брюшной полости и использовании донорских аллографтов.

**Материалы и методы.** В период с 2014 по май 2024 гг. выполнено 343 резекций ПЖ, из них 217 ПДР, в том числе 148 по поводу РГПЖ. Во всех случаях ПДР применяли технику субадвентициальной диссекции, лимфодиссекции D<sub>3</sub> и, с 2016 г. мезопанкреатэктомии. Неоадьювантную системную терапию (Gemcitabin и с 2018г. FOLFIRINOX) проводили всем пациентам с артериальным критерием пограничной резектабельности. Различные типы резекций/реконструкций воротной вены (ВВ), верхней брыжеечной вены (ВБВ), селезеночной вены (СВ) были выполнены у 64 (43,2%) пациентов, 60 из которых – циркулярные (V3 по ISGPS) в том числе с использованием донорского аллографта (V4). Артериальные резекции (АР) выполнены у 6 (4%) пациентов. При инвазии в а. или v. colica media всегда использовался трансмезентериальный доступ по Nakao (n=37). В качестве аллогraftов использовались одnogруппные (AB0) подвздошной вены, ВБВ из банка донорских сосудистых аллогraftов на базе ГУ «МНПЦ ХТиГ» г. Минска.

**Результаты.** Резекции/реконструкции вен V3 и V4 были выполнены у 48 (75%) и 16 (25%) пациентов. Время сосудистой изоляции при наложении анастомоза при V3, V4 не превышало 50 минут. Профиль осложнений при ПДР с сосудистыми резекциями включал: нарушение эвакуации из желудка у 15 (23,4%) пациентов, несостоятельность панкреатикоеюноанастомоза – 7 (10,9%), внутрибрюшное кровотечение – 6 (9,4%), гастроинтестинальное кровотечение – 2 (3,13%), сепсис – 3 (4,68%), ОПП – 2 (3,13%), ишемический гепатит – 2 (3,13%), инфаркт миокарда – 1 (1,56%), ТЭЛА – 1 (1,56%), некроз поперечно-ободочной кишки – 1 (1,56%). Релапаротомии были выполнены у 10 (15,6%) пациентов. Периоперационная летальность при V2, V3 резекциях составила 4 случая (6,25%).



После выполнения V4 резекций летальности не было. Летальность после AR – 1 (16,6%). Общая медиана выживаемости составила 20,6 месяца, безрецидивная выживаемость – 16,8 месяцев.

**Выводы.** Сосуществование гепатобилиарной и трансплантационных программ позволяет выполнять сложные/комбинированные сосудистые резекции с минимальным техническим и приемлемым хирургическим риском. Применение донорских сосудистых аллографтов позволяет расширить границы резектабельности опухоли ( $R_0$ ) и выполнить необходимый вариант сосудистой реконструкции у выбранных пациентов.



**V. РАБОТЫ СЕКЦИИ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ (В ВОЗРАСТЕ ДО 35 ЛЕТ):  
«ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И  
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»**

**«ТРУДНАЯ» ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ И  
ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ  
Абасов Ш.Ю.**

**ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»  
Министерства обороны России, Санкт-Петербург, Россия**

**Цель исследования:** оптимизировать стратегию профилактики повреждений желчевыводящих протоков путем стратификации риска «трудной» ЛХЭ.

**Материалы и методы.** Изучены результаты обследования и хирургического лечения 1029 пациентов, перенесших ЛХЭ по поводу хронического холецистита в клинике факультетской хирургии им. С.П. Федорова и в хирургическом отделении № 1 ГБУЗ Ленинградской областной клинической больницы. Критериями включения в исследование при ретроспективном анализе историй болезни являлись длительность оперативного вмешательства дольше 60 минут, конверсии доступа и развитие послеоперационных осложнений. В соответствии с критериями включения были отобраны 313 больных. На основании статистического анализа с использованием SPSS Statistica Scorecard была разработана шкала «Риск трудной лапароскопической холецистэктомии» с четырьмя предоперационными и четырьмя интраоперационными факторами риска. С целью апробации чувствительности разработанной шкалы была проведена внутренняя валидация включающая ретроспективный анализ историй болезни 98 пациентов, которым была выполнена ЛХЭ. Внешняя валидация, в рамках проспективного исследования (n=16), была проведена с целью определения эффективности работы предложенной шкалы в медицинских организациях II уровня, куда в основном и поступает данная категория больных. Предложенная шкала позволила успешно произвести селекцию больных с «трудной» ЛХЭ, которые впоследствии были успешно прооперированы в медицинской организации III уровня.

**Результаты.** На основании проведенных исследований установлено, что значимыми факторами риска, которые повлияли на сложность оперативного вмешательства явились ( $p \leq 0.05$ ): возраст старше 55 лет, перенесенные операции на органах брюшной полости, спаечный процесс в брюшной полости; ИМТ  $> 30 \text{ кг/м}^2$ , окутанность пряжей большого сальника; механическая желтуха в анамнезе; фиброзные изменения стенки желчного пузыря, околопузырный инфильтрат. Пороговое количество баллов, выше которого ЛХЭ сопряжено с техническими сложностями и считается «трудной», равно 4 баллам (ROC-анализ: чувствительность - 81,6%, специфичность – 70,9%). Результаты оценки качества модели продемонстрировали высокие диагностические возможности сформированной стратегии прогнозирования согласно ROC анализу ( $AUC=0,914$   $p < 0,001$ ) и статистике Колмогорова-Смирнова ( $KS = 0,736$ .  $p < 0,001$ ). Оценка



предоперационных факторов у 98 больных по шкале «Риск трудной ЛХЭ» позволила предположить «трудную» ЛХЭ у 63 пациентов, «обычную» — у 35. Случаев конверсий доступа, ПЖП и других послеоперационных осложнений не было. Полученные результаты свидетельствуют, что диагностическая ценность шкалы риска трудной ЛХЭ находится на высоком уровне (чувствительность 88,8%, специфичность 85,7%, площадь под кривой (AUC) – 0,87), что свидетельствует о ее прогностической ценности. Для удобства использования предложенной шкалы на разных уровнях оказания медицинской помощи больным с ЖКБ, шкала «Риск трудной ЛХЭ» адаптирована в мобильное приложение для персонального пользования на базе UnityHub.

**Выводы.** Применение разработанной стратегии профилактики ПЖП путём стратификации риска «трудной» ЛХЭ целесообразно как на догоспитальном этапе у больных ЖКБ с целью их рациональной маршрутизации в стационары различного уровня, так и для стационаров II и III уровня с целью профилактики ПЖП.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РИСКОВ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ**

**Бычковский П.А.**

**ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Беларусь**

**Введение.** Резекция четырех и более сегментов печени является крайне важным методом в лечении очаговых образований печени различной этиологии. В литературе отсутствует информация о комплексном подходе к отбору пациентов для проведения обширных резекций печени, аугментации объема остающейся части печени (FLRV) и медицинской профилактики пострезекционной печеночной недостаточности (ПрПН).

**Цель исследования:** показать комплексный подход к подготовке к обширной резекции печени, разработанный на базе ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» (МНПЦ ХТиГ).

**Материалы и методы.** На базе МНПЦ ХТиГ с ноября 2019 г. по настоящее время проведено 445 резекций печени (из них 187- резекция четырех и более сегментов). Характеристика пациентов, перенесших резекции печени: медиана возраста - 56 лет (от 11 месяцев до 83 лет); мужчин:женщин 187:258, средняя длительность оперативного вмешательства - 248 минут (от 75 до 750 минут), объём кровопотери - 270 мл (50-1000 мл). ПрПН Grade C наблюдалась только после обширных резекций – 15,5% (27 из 187). У пациентов без признаков диффузных изменений печени или фиброза, объемом остающегося фрагмента печени 30% и более обширная резекция печени может быть выполнена без дополнительных профилактических мероприятий и с риском операционной летальности 5%. Оценка риска включает:





1. Выявление frailty и prefrailty, кальцификации висцеральных артерий, оценку ASA, холангита.
2. КТ-волнометрия. Выявление объема остающегося фрагмента печени менее 30% от расчетного или фактического является показанием к аугментации остающегося фрагмента печени методом эмболизации ветви воротной вены или двухэтапной операции (объем менее 25%) (ALPPS).
3. Эластометрию печени при подозрении на фиброз. Выявление жесткости печени 12-14 кПа и более повышает риск ПрПН, требует обеспечения объема остающегося фрагмента печени более 30%.
4. Инвазивное определение давления в воротной вене во время резекции печени. Значение более 20 мм. рт. ст. требует лигирования селезеночной вены.

**Результаты.** При использовании комплексного подхода к отбору и подготовке пациентов к обширной резекции печени на базе МНПЦ ХТиГ выполнено 145 обширных резекций печени. 36 пациентам проведена эмболизация ветвей воротной вены для аугментации FLRv, что позволило выполнить в дальнейшем 23 (63,8%) резекции печени, после которых у 4 пациентов развилась ПрПН, 2 летальных исхода. 5 пациентам выполнена перевязка ветвей воротной вены с транссекцией паренхимы (1 этап ALPPS), 3-м из которых в последующем выполнена резекция печени (60%), 1 летальный исход, обусловленный развитием ПрПН и наличием полирезистентной флоры. Одному пациенту с целью аугментации FLRv выполнялась и эмболизация ветвей воротной вены и ALPPS, что позволило выполнить правостороннюю расширенную гемигепатэктомию без развития ПрПН. Таким образом, при применении разработанного в центре комплекса мер из 41 пациента, имевших высокий риск развития ПрПН резекция печени выполнена 26 (63,4%) пациентам, 15 пациентам обширная резекция печени не выполнялась ввиду высокого риска развития ПрПН.

**Заключение.** Использование комплексного подхода к оценке риска развития ПрПН позволяет повысить безопасность выполнения обширных резекций печени при помощи методов аугментации объема остающейся части печени, а также не допустить выполнения обширной резекции печени пациентам, имеющим неблагоприятный прогноз по развитию ПрПН.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СЕГМЕНТАРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ**

**Вахромкин В.С., Доспехов Д.В., Терясов С.Г.**

**ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России,  
Москва, Россия**

**Актуальность.** На современном этапе хирургии печени одной из основных составляющих безопасности резекций печени любого объема является профилактика интраоперационной кровопотери. Повышение безопасности во многом определяется корректным предоперационным планированием объема резекции, учитывающим индивидуальные особенности сосудистой анатомии



печени, а также технические аспекты предстоящей резекции с использованием современного оборудования.

**Материалы и методы.** За период с 2012 по 2024 гг. было выполнено сегментарных резекций при первичном раке печени 33 операции, при метастатическом поражении печени – 110 операций. На дооперационном этапе проводилось 3D моделирование с использованием программного обеспечения MYRIAN XP-Liver с сосудистой трёхмерной реконструкцией и волюметрическим анализом, что позволило четко определить хирургическую тактику. На интраоперационном этапе после ревизии органов брюшной полости проводилось ультразвуковое сканирование печени с целью определения локализации сосудистой ножки и последующая маркировка коагуляцией ее проекции на капсуле печени. Далее посредством высокотехнологических средств с использованием кластерных аппликаторов производилась коагуляция тканей печени в проекции сосудистой ножки, что позволяло обеспечить мгновенный некроз тканей в зоне инцизии. Далее осуществлялся доступ к секторальной ножке с последующей ее перевязкой. По формирующейся демаркационной линии с использованием того же аппликатора проводилась резекция печени (сегментэктомия).

**Результаты.** Использование такого подхода в нашей клинике удалось снизить объем интраоперационной кровопотери, уменьшить количество послеоперационных осложнений и сократить послеоперационный и общий койко-день.

**Выводы.** Совершенствование подходов планирования оперативного вмешательства с использованием 3D моделей и при выполнении сегментарных резекций печени с использованием высокотехнологических средств позволяет значительно снизить риск интра- и послеоперационных осложнений при сохранении радикальности, а также сократить количество койко-дней при госпитализации

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**Джафаров А.А., Бартошинская В.В., Гусарова П.А.**

**ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»**

**Министерства обороны России, Санкт-Петербург, Россия**

**Актуальность.** Частота варикозного расширения вен желудка (ВРВЖ) у больных с синдромом портальной гипертензии (СПГ) достигает 30%. С момента обнаружения ВРВЖ риск развития геморрагии с каждым годом увеличивается, а частота рецидивов достигает 90% случаев с летальностью в половине наблюдений.

**Материалы и методы.** Представлен анализ клинических наблюдений 346 пациентов с синдромом портальной гипертензии. Этиологическим фактором СПГ был цирроз печени в 77,1% случаев, внепечёночная портальная гипертензия - в 22,9%. ВРВЖ имело место в 79,7% наблюдений, осложнённое в каждом третьем

случае гастроэзофагеальным кровотечением (ГЭК). Гастроэзофагеальное варикозное расширение вен тип GOV1 составила 40,9%, тип GOV2 - 45%, тип IGV1 - 14,1% наблюдений. В качестве методов профилактики и лечения желудочных геморрагий применялись эндоскопические методы (лигирование, склерооблитерация), рентгенэндоваскулярные методики (TIPS, BRTO, BATO) и операции портокавального шунтирования и азигопортального разобщения.

**Результаты.** Установлено, что основными афферентными сосудами гастроэзофагеального бассейна портальной системы для ВРВЖ тип GOV1 являлась левая желудочная вена (80,6%,  $p<0,01$ ), для тип GOV2 – задняя желудочная вена (64,18%,  $p<0,05$ ), для IGV1 – короткие вены желудка (62,7%,  $p<0,01$ ). Факторами риска развития кровотечения из ВРВЖ признаны: ПКГД  $> 19$  мм. рт. ст. (ОШ 3,554; ДИ 0,751 – 16,820), «крупные» желудочные вариксы (ОШ 3,219; ДИ 1,826 – 5,675), локализация ВРВЖ ( $GOV1>GOV2>IGV1$ ), тяжелая степень портальной гастропатии (ОШ 2,108; ДИ 1,094 – 4,062) и тяжесть гепатодисфункции (класс С по Child-Pugh, MELD $>15$  баллов). При сравнительном анализе эффективности эндоскопических вмешательств, выполненных с целью первичной профилактики кровотечений из ВРВЖ установлено, что эндоскопическое лигирование (ЭЛ) более эффективно при типе GOV1 (94,4% против 88,8%,  $p=0,003$ ), а при типе GOV2/IGV1 преимуществом обладала эндоскопическая склерооблитерация (ЭС) (50% против 96,7%,  $p=0,0041$ ). В целом эффективность эндоскопического лечения с целью первичной профилактики ГЭК составила 71%, а для предупреждения рецидива кровотечения из ВРВЖ – 64%. Безуспешность повторных сеансов эндоскопических методик считали показанием к использованию рентгенэндоваскулярных методов лечения, выполнению портокавального шунтирования или операций азигопортального разобщения. Наиболее эффективным для вторичной профилактики геморрагий из ВРВЖ при компенсированной функции печени и проходимой селезеночной вене являлся дистальный спленоренальный анастомоз. При субкомпенсированной гепатодисфункции и проходимой воротной вене наиболее оправданным признано выполнение трансъюгулярного внутривенного портосистемного шунтирования в сочетании с эмболизацией левой желудочной вены. При декомпенсированной печеночной недостаточности и тромбозе селезеночной вены эффективным признано выполнение лапароскопической деваскуляризации желудка и абдоминального отдела пищевода, дополненное интраоперационным эндоскопическим лигированием ВРВП. При наличии широкого спонтанного гастроренального шунта для профилактики рецидивов кровотечений возможно выполнение баллонной ретроградной трансвенозной облитерации.

**Заключение.** Для первичной профилактики и лечения желудочных кровотечений портального генеза показаны эндоскопические вмешательства (лигирование или склерооблитерация), выбор которых должен основываться на типе ВРВЖ. Выбор метода профилактики рецидивов кровотечения из ВРВЖ при неэффективности эндоскопического лечения определяется этиологией портальной гипертензии, типом ВРВЖ, тяжестью печеночной недостаточности и преобладающими афферентными коллатеральными гастроэзофагеального бассейна портальной системы.



## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНУКЛЕАЦИЙ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мартиросян Т.А, Арутюнов О.Р.

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

ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина ДЗМ»,  
Москва, Россия

**Актуальность.** Энуклеация (ЭО) является одним из вариантов органосохраняющего хирургического лечения пациентов с опухолями поджелудочной железы (ПЖ). Показанием к данному вмешательству является наличие нейроэндокринной (НЭО) (G1, G2) или солидно-псевдопапиллярной опухолей (СППО) ПЖ. Наличие капсулы позволяет осуществить прецизионное удаление опухолевого узла без повреждения окружающей паренхимы ПЖ. Интрапаренхиматозное расположение и близость опухоли к протоку ПЖ служат провоцирующими факторами специфических осложнений, присущих стандартным резекционным вмешательствам на ПЖ. Наиболее частым осложнением является панкреатический свищ (ПС). Реже возникают гастростаз и аррозионное кровотечение.

**Цель исследования:** оценить ближайшие результаты энуклеаций опухолей поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** Изучены результаты 87 ЭО у больных, оперированных в абдоминальном отделении ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» и в 5 хирургическом отделении ГКБ им С.С. Юдина в период 2016-2024 гг. По поводу НЭО оперированы 80 пациентов, СППО - 7. Среди оперированных больных женщин было 66, мужчин – 21. Средний возраст пациентов составил 37 лет. Размер опухоли варьировал от 7 до 50 мм, составляя в среднем 22 мм. У 56 пациентов опухоль располагалась в головке ПЖ, в теле – 23, в хвосте - 8. Интрапаренхиматозное расположение опухоли в цефалоцервикальном сегменте ПЖ было у 52 человек, экстраорганный – в 35.

**Результаты.** При интрапаренхиматозном расположении опухоли из 52 пациентов лапаротомным доступом оперированы 42 (81%). Показанием к выполнению операции традиционным доступом служила возможность мануального контроля, который обеспечивал прецизионность ЭО с ее выделением в «слое» без повреждения капсулы и минимальной травмой паренхимы ПЖ. В 19 случаях при интрапаренхиматозном расположении опухоли выполнено ИОУЗИ. Исследование позволило определить оптимальную трассу доступа к опухоли, а также осуществить контроль расположения и целостности протока ПЖ. При выполнении минимально инвазивных вмешательств у 10 больных в 5 случаях осуществлена конверсия на открытое вмешательство в связи с трудностями визуализации и мобилизации опухоли, высоким риском повреждения протока ПЖ.

При экстраорганный расположении опухоли у 35 пациентов открытые вмешательства выполнены 16 (46%); минимально инвазивные – у 19, из них конверсия была у 3.

ПС после ЭО возник у 28 (32%) (тип В - 24, тип С - 4) человек. У 11 пациентов с ПС типа В потребовалось дополнительное дренирование под УЗ-контролем,



стентирование панкреатического протока – 3, назопанкреатическое дренирование – 2. При ПС типа С в 3 наблюдениях выполнена релапаротомия, в одном наблюдении – формирование фистулопанкреатоэнтероанастомоза спустя 3 месяца после первичного хирургического вмешательства. Гастростаз на фоне ПС возник у 7 (9%) пациентов (тип А – 1, тип В – 3, тип С – 3), оперированных традиционным доступом и был связан с различной степени тяжести послеоперационным панкреатитом и ПС. У 9 (11%) пациентов на фоне ПС возникло позднее аррозионное кровотечение на 5-12 сутки после ЭО. Эндоваскулярный гемостаз осуществлен в 5 случаях, релапаротомия потребовалась 4 больным. Умерло 2 больных. При анализе факторов риска возникновения ПС после ЭО наибольшую значимость продемонстрировали интрапаренхиматозное расположение опухоли (ОШ 3,5,  $p=0,472$ ) и локализация опухоли в цефалоцервикальном сегменте ПЖ (ОШ 17,5,  $p=0,0005$ ). Оценка влияния хирургического доступа на частоту возникновения ПС статистически достоверной разницы не выявила.

**Выводы.** Энуклеация нейроэндокринных (G1, G2) и солидно-псевдопапиллярных опухолей ПЖ является оправданной операцией и не противоречит онкологическим принципам. Частота послеоперационных осложнений при данном вмешательстве сопоставима с выполнением резекционных вмешательств на фоне неизменной ПЖ, а органосохраняющий характер операции позволяет рассчитывать на более высокое качество жизни в отдаленном периоде.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЬЮ КЛАТСКИНА**

**Полехин А.С.**

**ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, Ленинградская  
область, г.п. Кузьмоловский, Россия**

**Цель исследования:** изучить результаты видеоассистированной внутрипротоковой биопсии и внутрипротоковой фотодинамической терапии (вФДТ) в сочетании с регионарной химиотерапией (РХТ) у пациентов с опухолью Клатскина (ОК).

**Материалы и методы.** Проанализирован опыт лечения 16 больных ОК, получавших лечение в ГБУЗ ЛОКОД и ГБУЗ ЛОКБ (объединение в 2023 г) с 2021 по 2024 гг. Все пациенты после ЧЧХД: 10 (62,2%) – в сторонних учреждениях, 6 (37,2%) – дренированы в ЛОКБ. Классификация Bismuth-Corlett: IV = 7 (44%); IIIa = 2 (12,5%); IIIb = 6 (37,5%) и II = 1 (6%). У двух пациентов с IIIb и II имелось метастатическое поражение правой доли печени. Всем пациентам выполнена верификация онкологического процесса с применением оригинальной запатентованной методики видеоассистированной внутрипротоковой щипковой биопсии под рентгеноскопическим контролем. Всего выполнили 37 сеансов вФДТ (от 1 до 4 раз) и 28 циклов РХТ (от 1 до 4 раз). ФДТ выполняли по оригинальной





запатентованной методике антеградным доступом под рентгеноскопическим контролем с использованием цилиндрического диффузора, после предварительного внутривенного введения фотосенсибилизатора (Радахлорин, Фотодитазин). РХТ выполнялась по стандартной методике: пролонгированная химионфузия в общую или собственную печеночную артерию по схеме Gemcis. При наличии метастазов в печени или инвазии в паренхиму, выполняли РХТ по схеме GemOx, после выполняли химиоэмболизацию очагов (Липиодол + Оксалиплатин; n=8). В двух случаях выполнили расширенную правостороннюю гемигепатектомию, после механической эмболизации правой ветви воротной вены. Трем пациентам выполнены билатеральные антеградные стентирования (рецидивирующий холангит - 2; при системном прогрессировании - 1). Оценку результатов лечения и динамики процесса производили посредством контроля уровня СА19 - 9, МСКТ и МРТ (МРХПГ), спустя 4 -6 недель после каждого цикла (вФДТ + РХТ). В зависимости от результатов обследований циклы повторяли через 2 - 5 (в среднем 2.6) мес.

**Результаты.** Серьезных осложнений, потребовавших хирургического вмешательства, или длительного пребывания в отделении интенсивной терапии – не было. Умерли 8 (50%) из 16 пациентов в сроки от 14 до 24 мес.: от прогрессирования - 5; от холангита/сепсиса - 2; от интеркурентной патологии - 1. СПЖ составила 16.8 мес. В настоящее время живы 8 пациентов (50%) в сроки от 7 до 33 мес. (в среднем 18); продолжается их динамическое наблюдение и лечение. 1-2 - летняя актуаральная выживаемость = 92-21%. Медиана ОВ по методу Каплан–Майер = 16 мес.

**Выводы.** Видеоассистированная внутрипротоковая щипковая биопсия под рентгеноскопическим контролем – безопасная и простая методика, позволяющая достичь 100% верификации диагноза ОК. Сочетание методик вФДТ и РХТ позволяют улучшить показатели выживаемости (ОВ = 16 мес.), а также могут быть эффективны в качестве неoadьювантной терапии перед обширными резекциями печени (безрецидивный период более 24 мес.).

## **ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ГЕПАТОБИЛИАРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Капаралов С.В., Симакова М.А.**

**ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им.  
В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия**

**Введение.** Количество больных с опухолями гепатодуоденальной зоны имеет тенденцию к ежегодному увеличению. Экстренные хирургические вмешательства по разрешению желтухи, рассматриваемые в онкологии этапными мероприятиями, зачастую оказываются единственно возможными, хотя и паллиативными.



**Цель исследования:** определить оптимальные варианты выполнения экстренных хирургических операций по разрешению механической желтухи в многопрофильном стационаре.

**Материалы и методы.** В период с 2021 по 2022 гг. 71 пациент с диагнозом обтурационная механическая желтуха опухолевой природы находился в экстренном отделении клиники факультетской хирургии и онкологии на базе УКБ №1 им. С.Р. Миротворцева. Наиболее частая причина данного заболевания - рак головки поджелудочной железы, наблюдавшийся у 29 пациентов. Среди остальных пациентов рак большого дуоденального сосочка - у 9, метастатическое поражение ворот печени с высоким блоком обтурации гепатикохоледоха - у 18, морфологически верифицировать опухоль не удалось - у 15 (в эту группу вошли пациенты с предполагаемой опухолью Клацкина).

**Результаты.** Стремилась выполнить скорейшую декомпрессию желчных путей при госпитализации пациента с клиникой обтурационной желтухи и синдромом Курвуазье с применением холецистостомии: у 14 пациентов - лапароскопически, у 6 - интервенционно (чрезкожная чрезпеченочная микрохолецистостомия). В 7 наблюдениях отток желчи по сформированному свищу был незначительным, что обуславливалось непроходимостью пузырного протока по результатам фистулографии. Всем пациентам с опухолевой желтухой в течение первых двух суток после госпитализации выполнялась МРТ. При диагностике низкого блока обтурации желчного протока произведено эндоскопическое ретроградное вмешательство с установкой билиарного стента у 23 пациентов. Стентирование не привело к декомпрессии желчных путей у 2 из них. Интервенционная холангиостомия проведена 30 пациентам. В качестве первого этапа выполнялось наружное дренирование желчных путей. По причине неудачной попытки интервенционного дренирования желчных протоков потребовалось выполнение открытых операций с попыткой наружного дренирования гепатикохоледоха у 3 пациентов. После неудачи декомпрессии желчных путей путем формирования холецистостомы всем 7 пациентам с успехом выполнена интервенционная холангиостомия. При двух неудачах стентирования желчного протока желтуха разрешена интервенционной методикой. После неудачи интервенционной холангиостомии оперированы открытым способом 3 пациента. В ходе операции произведена гепатикотомия с бужированием стриктуры и наружным дренированием печеночного протока 1 пациенту; у 2 других операция оказалась эксплоративным мероприятием. Опухолевая желтуха не разрешилась у 2 пациентов с высоким блоком обтурации гепатикохоледоха типа Bismuth-Corrlet IV. После разрешения желтухи лишь у 10 пациентов с раком головки поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка удалось выполнить радикальное хирургическое лечение; двое направлены на специализированное лечение в центральные клиники РФ. В целях улучшения качества жизни 4 пациентам после наружного дренирования желчных путей сформирован билиодигестивный анастомоз. Наружную чрезкожную чрезпеченочную холангиостомию в наружно-внутреннее дренирование в качестве второго этапа лечения удалось провести еще 12 пациентам.



Из 71 пациента, находившегося на лечении по поводу опухолевой механической желтухи, радикальная операция удалась лишь у 10 (14%) человек. Умерло 2 пациента. Общая летальность - 3,1%.

**Выводы.** Интервенционные методики разрешения опухолевой желтухи - хороший вариант как этапного, так и паллиативного лечения пациентов с опухолевой механической желтухой.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМОЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

**Смирнова А.Д.<sup>1</sup>, Брицкая Н.Н.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия**

**<sup>2</sup>ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия**

Внутрипеченочная холангиокарцинома (ВПХК) – агрессивное злокачественное новообразование, исходящее из эпителия внутрипеченочных желчных протоков. Является вторым по распространенности типом первичной печеночной опухоли, составляя около 3% от всех опухолей желудочно-кишечного тракта и 5–30% всех печеночных опухолей. Несмотря на успехи современной медицины в области онкологии, данное заболевание по-прежнему характеризуется высокими показателями смертности и частотой рецидивов даже после радикальных хирургических вмешательств, при этом лишь 20% опухолей являются резектабельными на момент диагностики. Современные диагностические технологии, такие как мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным контрастированием и магнитно-резонансная томография с использованием гепатоспецифических контрастных препаратов, играют ключевую роль в идентификации и дифференциальной диагностике ВПХК. Эти методы позволяют не только выявлять патологические новообразования, анализировать их размер и структуру, но и оценивать характерные особенности васкуляризации опухоли, определять уровень обструкции желчевыводящих путей и наличие инвазии в магистральные сосуды, что крайне важно для стадирования процесса и определения тактики лечения пациента.

**Цель исследования.** Изучить КТ-семиотику внутрипеченочной холангиокарциномы (ВПХК) для определения прогностических маркеров рецидива и проанализировать наличие ассоциативных связей между КТ-характеристиками ВПХК и мутациями в генах IDH1/2, MET, KRAS, BRAF, ERBB2, EGFR, FGFR.

**Материалы и методы.** Проведен анализ баз данных и диагностических изображений НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского и Московского клинического научного центра им. А. С. Логинова за период с апреля 2016 по январь 2022 гг. по ключевым запросам «внутрипеченочная холангиокарцинома»,

«печень», «гепатоцеллюлярная карцинома», «метастазы», «радиогеномика». Идентифицировано 142 пациента с новообразованиями печени, включая 90 случаев ВПХК, 31 случай гепатоцеллюлярной карциномы и 21 случай метастатического поражения печени, все морфологически верифицированные (гистологический и иммуногистохимический анализ биопсийного материала).

**Результаты.** Определяются ассоциативные связи между КТ-признаками и мутациями генов MET и IDH1/2. По результатам статистического анализа все четыре КТ-признака, такие как дилатация желчных протоков, ретракция капсулы, наличие очагов отсева и изменения объемов тканей, прослеживают взаимосвязь с вероятностью возникновения рецидива или смерти у пациентов с наличием ВПХК.

**Заключение.** В ретроспективном исследовании наши результаты подчеркивают потенциальную прогностическую значимость КТ-признаков ВПХК. Были выявлены КТ-признаки, позволяющие провести дифференциальную диагностику ВПХК с гепатоцеллюлярной карциномой и метастазами колоректального рака. Также были выявлены ассоциации между КТ-признаками ВПХК и мутациями генов IDH1/2 и MET, что может в дальнейшем дать возможность неинвазивно получать данные о клинически значимых молекулярных маркерах опухолей для применения персонализированного подхода в лечении пациентов.

## ЭТАЛОННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ

Тараканов П.В., Коваленко Д.Е., Фисенко Д.В.

ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ,  
Москва, Россия

**Введение.** Оценка результатов лечения с использованием эталонного результата (ТО) широко используется в хирургии печени. Имеется ограниченное количество исследований, посвященных хирургическому лечению воротной холангиокарциномы. Многие аспекты этой темы остаются неясными.

**Цель исследования:** оценить частоту достижения ТО после резекции воротной холангиокарциномы у пациентов, оценить влияние достижения ТО и недостижения ТО (NTO) на выживаемость, а также определит факторы, влияющие на достижение ТО.

**Материалы и методы.** В исследование включен 191 пациент воротной холангиокарциномой с 2013 по 2024 гг. Для оценки достижения ТО использовались критерии: отсутствие осложнений  $\geq 3b$  по Clavien-Dindo; R<sub>0</sub> резекция: длительность госпитализации не более 29 дней (75 перцентиль по выборке); отсутствие 90 дневной повторной госпитализации; отсутствие 90 дневной летальности. Оценивалось влияние ТО на выживаемость, а также методом бинарной логистической регрессии оценивалось влияние факторов на достижение ТО.

**Результаты.** Частота достижения ТО составила 42.4%. Причины не достижения ТО: сроки госпитализации 18.8%, положительный хирургический край



24.4%, повторная госпитализация и летальность в 90 дней 21.9% и 9.5% соответственно, осложнения  $\geq 3$  31.5%. Медиана общей выживаемости в группах ТО и НТО составила 29 и 18 месяцев,  $p=0.001$ . Медиана безрецидивной выживаемости в группах ТО и НТО составила 23 и 14 месяцев,  $p=0.07$ . По результатам многофакторного анализа выявлены факторы достоверно влияющие на недостижение ТО: возраст пациента,  $p=0.034$ ; тяжелый холангит (G1 и G2 по Токийским критериям),  $p=0.30$ ; кровопотеря,  $p=0.016$ ; опухолевая стадия T4,  $p=0.028$ .

**Выводы.** Достижение ТО положительно влияет на общую и безрецидивную выживаемость. Учет факторов не достижения ТО имеет важно прогностическое значение при планировании хирургического лечения пациентов с воротной холангиокарциномой.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ С СОХРАНЕНИЕМ ПРИВРАТНИКА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНИК ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗА**

**Турченко И.А.**

**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им.  
А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия**

**Актуальность.** Злокачественные новообразования поджелудочной железы являются одним из самых смертельных онкологических заболеваний в мире по данным GLOBOCAN 2020. Панкреатодуоденальная резекция является золотым стандартом лечения злокачественных опухолей головки поджелудочной железы. Несмотря на развитие современной хирургии, частота послеоперационных осложнений при выполнении панкреатодуоденальной резекции достигает 20% даже при исполнении в высокоуровневых центрах. В условиях современной хирургической панкреатологии актуален вопрос выбора оптимального способа выполнения панкреатодигестивного анастомоза (ПДА), так как он представляет основное звено в развитии послеоперационных панкреатических свищей.

**Цель исследования:** анализ ближайших результатов панкреатодуоденальных резекций, выполненных с различной техникой выполнения панкреатоеюноанастомоза и улучшение непосредственных результатов данной операции.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты 109 панкреатодуоденальных резекций, выполненных на базе онкологического отделения хирургических методов лечения ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России. Пациенты разделены на три группы: 1 группа представлена двухрядным ПДА «конец в бок» с отдельным вшиванием главного панкреатического протока (ГПП) в тощую кишку и сопоставлением паренхимы железы с серозно-мышечным слоем кишки узловыми швами (40 наблюдений); 2 группа – однорядный инвагинационный ПДА «конец в конец» (40 наблюдений); 3





группа – двухрядный ПДА с применением сквозных «П» образных швов и с отдельным вшиванием ГПП в тощую кишку (способ Blumgart) (29 наблюдений). Первая и вторая группа были изучены ретроспективно, третья группа набрана методом проспективного наблюдения. Для статистической обработки материала использовалось программное обеспечение STATISTICA 10.

**Результаты.** Изученные группы были однородны по клинικο-демографическим признакам и показателям fistula risk score. Средний возраст наблюдаемых составил 63,1 года (19-83), средний показатель fistula risk score 3,83 (0 – 8). Длительность операции в группах 1, 2, 3 составила 402 (255-573) мин., 425 (210-655) и 373 (275-465) мин. Число послеоперационных панкреатических фистул уровня В в группах 1, 2 и 3 составило 11, 11 и 5 соответственно; уровня С – 11, 11, и 2. Частота послеоперационного панкреатита представлена следующим образом: 1 группа – 31 случай, 2 группа – 25 наблюдений, 3 группа – 12. Число «больших» осложнений (> Clavienne-Dindo 3a) в группе 1 составило 31, в группе 2 – 25 эпизодов, в 3 группе – 12. Длительность послеоперационного пребывания в стационаре пациентов разных групп: 1- 21,9 (8-92); 2 - 21,9 (6–74); 3 - 19,3 (10–37) дней. Различия по числу случаев послеоперационного панкреатита показали статистическую значимость ( $p=0,03$ ); отличия частоты возникновения панкреатических фистул уровня С также были статистически значимы ( $p=0,01$ ).

**Выводы.** Применение техники с использованием сквозных «П» образных швов и отдельным вшиванием ГПП в тощую кишку (способ Blumgart) ассоциировано со снижением частоты послеоперационного панкреатита и тяжелых послеоперационных панкреатических свищей (grade C).

## **ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ**

**Чернышов Т.М.**

**ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Беларусь**

**Введение.** За последние десятилетия, лапароскопические и роботические технологии в современной резекционной хирургии печени, желчных протоков, родственной трансплантации печени стали неотъемлемым атрибутом развития в данной высокотехнологичной отрасли. Эти технологий являются драйверов развития хирургии в научном и практическом аспекте в крупных медицинских центрах.

**Цель исследования:** показать опыт выполнения лапароскопических операций у пациентов с патологией печени, желчных протоков.

**Материалы и методы.** На базе ГУ «МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии» с 2008 г. по 2024 г. выполнено 1126 резекции печени. Лапароскопических резекций печени (с 2018 г.) проведено 108 (9,6%). Средний возраст пациентов, перенесших лапароскопическую резекцию печени, составил  $51 \pm 10,7$  года (67 (62%) женщин, 41 (38%) мужчина). Лапароскопические резекции печени выполнялись при метастазах колоректального рака в 28 (25,6%) случае,

фокально-нодулярной гиперплазии – 17 (15,85%), гемангиомах – 17 (15,85%), эхинококкозе – 17 (15,85%), гепатоцеллюлярной карциноме – 11 (10,8%), аденомах – 10 (8,75%), гепатобластоме – 4 (3,65%), билиарной цистаденоме – 4 (3,65%).

**Результаты.** Спектр лапароскопических резекций печени включал: сегментэктомию – 55 (51%), секционэктомию (правая задняя, левая латеральная секционэктомия) – 39 (36%), правосторонняя гемигепатэктомия – 7 (6,5%), центральная резекция печени – 7 (6,5%). Интраоперационная кровопотеря составила  $340 \pm 370$  мл; время операции –  $185 \pm 105$  мин; послеоперационный койко-день –  $7.2 \pm 4.3$  дня (ECOG 0 – 100%). Послеоперационные осложнения включали 2 (1,85 %) случая желчеистечения (Clavien-Dindo – II), 2 (1,85%) случая кровотечения (Clavien-Dindo – II) и 1 (0,92%) случай ТЭЛА (Clavien-Dindo – II). Интраоперационной, послеоперационной летальности не наблюдалось. Все операции были полностью выполнены лапароскопическим способом без конверсии.

**Выводы.** Лапароскопические операции в хирургии печени, желчных протоков, при использовании в референсных центрах гепатобилиарной хирургии, сопровождаются минимальным процентом осложнений, ведут к быстрой активизации и реабилитации пациентов. Дальнейшее внедрение данных методик позволит улучшить общие результаты лечения пациентов с заболеваниями гепатобилиарной зоны.

## **ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ ГЕМОСТАЗА И НАВИГАЦИЯ ПРИ МАЛЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ**

**Шаталин В.А.**

**ГАУЗ Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им.  
М.А. Подгорбунского, Кемерово, Россия**

В Кузбасском областном гепатологическом центре ГАУЗ ККБ СМП им. М.А. Подгорбунского, с 2018 по 2023 год по поводу опухолевого поражения печени лапароскопическим способом оперирован 131 пациент, из них 56 (42,8%) мужчин, 75 (57,2%) женщин, средний возраст –  $61,7 \pm 7,7$  лет. Всем больным выполнены малые лапароскопические резекции печени. Показаниями для проведения операций были метастазы колоректального рака (71 пациент), гепатоцеллюлярный рак (5 пациентов), а также доброкачественные опухоли печени (гепатоаденомы 35, гемангиомы 14, фибронодулярная гиперплазия 6) (55 пациентов). Интраоперационная навигация кроме визуально-оптического способа осуществлялась путем модифицированного интраоперационного ультразвукового исследования (заявка на патент на изобретение от 29.02.2024 W24011581 №2024105252). Гемостаз достигался посредством прецизионной моно- и биполярной электрокоагуляции в комбинации на окончательном этапе с аргонусиленной коагуляцией. Кроме того, была реализована модифицированная методика «маневра Прингла» (патент на изобретение № Патент на изобретение 2772189 С1, 18.05.2022. Заявка № 2021128383 от 28.09.2021) для временной



индукции гемостаза во время лапароскопических резекций печени на основном этапе резекции печени и во время наведения окончательного гемостаза. Применялись местные гемостатические препараты (Флосил, Сурджисел, Суржифло, Тахокомб). В группе пациентов без использования маневра Прингла и местных гемостатических композиций (1 группа) (45 больных) среднее время операции составляло  $247 \pm 34$  минуты, а объем кровопотери  $508 \pm 54$  мл., в случае применения местных гемостатических композиций (2 группа) (29 больных) время операции составляло  $220 \pm 22$  минуты, а кровопотеря  $308 \pm 62$  мл, в случае применения местных гемостатических композиций в комбинации со способом модифицированного «Прингл маневра» (3 группа) (57 больных) кровопотеря снизилась до неучитываемой, время операции составляло  $147 \pm 14$  минут. Изолированно маневр Прингла не применялся. Средняя продолжительность пребывания в стационаре после операции составила  $10 \pm 1$  суток. В группе 1 отмечены 5 специфических осложнений (2 биломы), 3 гематомы, в группе 2 и 3 специфических осложнений не было. Билиарные осложнения купированы путем применения пункционно-дренирующего способа под контролем УЗИ с последующим эндобилиарным стентированием, гематомы области резекции печени излечены пункционным способом под контролем УЗИ сканирования, в 1 случае потребовалась санационная релапароскопия, наведение эндоскопического гемостаза.

**Заключение.** Способы комбинированного местного гемостаза позволяют уменьшить время операции на печени, кровопотерю и обеспечить минимальное количество осложнений и «короткое» пребывание на стационарном этапе лечения.

## **РАДИЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ**

**Шухова Е.А**

**ГАУЗ Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им.  
М.А. Подгорбунского, Кемерово, Россия**

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ случаев госпитализации пациентов со злокачественными образованиями печени, как первичными, так и вторичными, за период с 1 января 2012 по 31 декабря 2022 гг., пролеченных в Кузбасском областном гепатологическом центре. Во всех случаях была использована система высокочастотной аблации с охлаждаемым инструментом Radionics Cool-tip RF System фирмы Tyco healthcare.

**Результаты.** Радиочастотная аблация (РЧА) опухолей печени была выполнена 24 пациентам - 15 (63%) женщин и 9 (37%) мужчин. Средний возраст составил  $60,8 \pm 8,5$  лет. Средний койко-день составил  $16 \pm 5,4$  дней. При первичном злокачественном процессе РЧА выполнена пяти пациентам (23%), во всех случаях гепатоцеллюлярная карцинома. При вторичном (метастатическом) злокачественном процессе выполнена в 19 (77%) случаях, при колоректальных метастазах РЧА проводилась в 17 случаях. Преобладали по количеству пациенты с



единичными опухолями печени (87,5%), размеры опухоли в большинстве случаев варьировали от 1 см до 3 см (79,2%). В половине случаях у пациентов имелся отягощенный соматический фон. В 7 (29%) случаях у пациентов имелся цирроз печени класс В по Чайлд-Пью, отягощенный кардиологический анамнез наблюдался у 9 (37,5%) пациентов. Чрезкожно под УЗ – контролем РЧА опухолей печени выполнена в 16 случаях. При лапаротомном способе вмешательства РЧА выполнялась в 8 случаях. Повторные сеансы РЧА под УЗ–контролем повторно проводились через 2-4 месяца четырем пациентам. Показанием к повторным сеансам РЧА явился рост опухоли. В 20% случаях в послеоперационном периоде развился постаблационный синдром, проявившийся резорбтивной лихорадкой и цитолизом. На 5-е сутки послеоперационного периода разрешение синдрома цитолиза, нормотермия. Проведение дополнительных лечебно-диагностических мероприятий кроме симптоматической терапии не требовалось. Осложнения: гематома печени - 1 (4%), внутрибрюшное кровотечение - 1 (купировано путем видеолапароскопии, коагуляции). Летальных исходов не было. Отдаленные результаты прослежены во всех случаях. Медиана выживаемости без прогрессирования составила 24 месяца, а показатели одно-, двух-, трех- и пятилетней выживаемости после РЧА составили 18 (75,0%), 11 (45,8%), 6 (25,0%) и 2 (8,3%).

**Выводы.** РЧА может быть успешно применен, как метод циторедукции и частичного контроля над прогрессированием заболевания при нерезектабельных опухолях печени - у пациентов со сниженными компенсаторными резервами печени и полиморбидным фоном когда резекция печени конвенциональным способом невозможна. Обладает приемлемыми непосредственными и отдаленными результатами лечения. С учетом полученных результатов, РЧА опухолей печени может рассматриваться как эффективный самостоятельный способ хирургического лечения.



## VI. РАЗНОЕ

### ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

**Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Мухитдинов У.Р., Базарбаев У.Р., Рузматов А.Э., Хужамбердиев И.Р., Курбанбаев Б.Н., Собитханов М.С.**  
**Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центр экстренной  
медицинской помощи, Наманган, Узбекистан**

**Введение.** При изолированных травмах двенадцатиперстной кишки (ДПК) летальность составляет 11,8-30,5%, а при сочетанных 46,6-80,0%. В случаях развития забрюшинной флегмоны летальность может достигать 100%. При этом летальность при ранениях ДПК почти в 3 раза ниже, чем при закрытых повреждениях.

**Цель исследования:** улучшить результаты диагностики и лечения пострадавших с повреждением ДПК при сочетанной травме.

**Материалы и методы.** В исследование включены 26 больных с повреждением ДПК при сочетанной травме, госпитализированных в РНЦЭМП и его Наманганском филиале в период 2013-2020 гг., из них 17 (65,4%) мужчины и 9 (34,6%) женщины, в возрасте от 17 до 60 лет. Повреждения ДПК устанавливали с учетом клинической картины и результатов ультразвукового исследования, контрастной МСКТ и лапароскопии.

**Результаты.** У 6 пострадавших выявлено повреждение поджелудочной железы, из них в 4 случаях повреждения нисходящей части ДПК сочетались с травмой головки поджелудочной железы, в 3 случаях была повреждена одновременно, тело поджелудочной железы и печень. Этим пострадавшим была выполнена ушивание дефекта ДПК + раны печени + ревизия поджелудочной железы с формированием оментобурсостомы. При сочетании повреждений ДПК и печени производилось ушивание ее разрыва П-образными швами (3 случая). В 1 наблюдении при неглубоких повреждениях печени нанесено раневое покрытие «ТахоКомб». В 2 случаях дренировали желчевыводящих путей (сформирована холецистостома). Нефрэктомия + ушивание дефекта ДПК была выполнена у 2 пострадавших с сочетанной травмой ДПК и правой почки. Ушивание раны ДПК сочетались с холецистэктомией у 2 пострадавших при сочетанной травме. Ушивание раны ДПК сочетались с ушиванием дефекта диафрагмы у 2 пациентов. У 3 пострадавших травма ДПК сочетались с повреждением стенки желудка, поперечно-ободочной и тонкой кишки, им были выполнены ушивание дефекта ДПК + дефектов желудка, поперечно-ободочной и тонкой кишки. Изолированной травмой ДПК у 4 больных при удалении гематомы забрюшинной клетчатки (ЗБК), ретродуоденальной, гепатодуоденальной зоны дефект стенки не были обнаружены (ААСТ III), операция завершена дренированием ЗБК. Из 26 оперированных пациентов умерло 9 (34,6%). В первые сутки после операции умерли 3





пострадавших, не выходя из шока. На 8-12 сутки после операции и релапаротомии умерли 4 пациентов, причинами летальных исходов являлись - прогрессирование перитонита в результате развития несостоятельности швов ранее ушитых дефектов забрюшинной части ДПК. На 20-32 сутки после операции умерли двое больных от обширной забрюшинной флегмоны с развитием сепсиса и синдрома полиорганной недостаточности, панкреонекроза с аррозийным кровотечением.

**Заключение.** Объем оперативного вмешательства при травмах ДПК зависит от ряда факторов: сроков поступления пострадавших в стационар с момента получения травмы, размеров дефекта стенки ДПК, уровня повреждения, сочетанных повреждений панкреатодуоденальной зоны. Применение тактики выключение ДПК из пассажа в сочетании с гастроэнтероанастомозом по Вельфлеру–Брауну улучшает результаты хирургического лечения пострадавших, поступивших позже 6 часов с момента получения травмы.

## **ОКАЗАНИЕ ПОЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ТРАВМАХ ОРГАНОВ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА**

**Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Мухитдинов У.Р., Мамадумаров Т.С., Хужамбердиев И.Р.**

**Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центр экстренной  
медицинской помощи, Наманган, Узбекистан**

**Введение.** Проблема своевременной диагностики и определения тактики лечения повреждений органов брюшной полости у больных при сочетанных травмах на догоспитальном и стационарном этапах остается актуальной в связи с тяжелым состоянием пострадавших.

**Цель исследования:** улучшение диагностики и лечение пострадавших сочетанными травмами органов брюшной полости с применением лапароскопии.

**Материалы и методы.** За последние 10 лет в Наманганском филиале РНЦЭМП при сочетанных травмах с подозрением на повреждение органов брюшной полости и забрюшинного пространства выполнено 362 лечебно-диагностических лапароскопий. В течении первого часа с момента полученной травмы поступило 202 (56,4%) пострадавших, до 3 часов – 115 (33%), до 6 часов и более – 41 (10,6%). При изучении характера травмы преобладали травмы, полученные при дорожно-транспортном происшествии – 204 (56,4%), при падении с высоты – 112 (30,9%), и в результате удара тупым предметом – 46 (12,7%). Хотим отметить, что среди детей школьного возраста от 8 до 14 лет преобладали травмы, полученные при падении с высоты. Состояние при поступлении оценивалось крайне тяжелой у 56 (15,5%) больных, тяжелой степени у 264 (72,9%), средней тяжести – у 42 (11,6%). Были доставлены скорой помощью 98 (27,7%) пострадавших, переведены из травмпункта после оказания первой медицинской помощи - 42 (11,6%) и самостоятельно поступили 222 (61,3%) пациента. Краниоабдоминальная травма была у 78 (21,5%) пострадавших, повреждения

органов брюшной полости сочетались с переломами костей конечности - у 39 (11%) и с повреждением почек - 25 (6,9%).

**Результаты.** Торакоабдоминальная травма выявлена у 38 (10,5%) пострадавших, травма органов брюшной полости сочетались с переломами костей таза – у 19 (5,2%), с переломом позвоночника - у 13 (3,6%). Изолированная травма живота встречались у 79 (21,8%) и политравма – у 71 (19,6%) пострадавших. На диагностическом этапе лапароскопии выявлены: разрыв печени у 44 (12,2%) больных, селезенки – у 42 (11,6%), брыжейки тонкой кишки – у 19 (5,3%), тонкой кишки – у 26 (7,2%), брыжейки ободочной кишки с обширной гематомой – у 17 (4,7%), поджелудочной железы – у 21 (5,8%), обширная забрюшинная гематома и гемоперитонит – у 39 (10,8%), разрыв и гематома большого сальника – у 21 (5,8%). Забрюшинная гематома без гемоперитонита выявлена у 36 (9,9%) пострадавших. Разрыв ДПК диагностирован у 2 (0,6%) пациентов, желудка – у 3 (0,8%). У 128 (35,4%) больных потребовались традиционные хирургические вмешательства в связи с серьезными повреждениями органов брюшной полости. Видеолапароскопические вмешательства при сочетанной травме органов брюшной полости оказались эффективными и окончательными у 166 (45,9%) пострадавших.

**Заключение.** Успех лечения пострадавших сочетанными травмами во многом зависит от правильной оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. Применение видеолапароскопии при сочетанных травмах позволяет уменьшить диагностические ошибки, сократить время установления диагноза и позволяет выполнить адекватные лечебные мероприятия с минимальной травмой для больных и в большинстве случаев избавляет их от «напрасной» лапаротомии.

## ПОВРЕЖДЕНИЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Алижанов А.А.<sup>1</sup>, Исхаков Б.Р.<sup>1</sup>, Исхаков Н.Б.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистан

<sup>2</sup>ГУ Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

**Введение.** Для оценки степени повреждения многие рекомендуют шкалы ААСТ (Американской Ассоциации Хирургии травмы) от 1994 г., которая является наиболее широко распространенной системой стадирования повреждения двенадцатиперстной кишки (ДПК). В классификации повреждения ДПК учитывают в основном механизм, локализацию и сочетания повреждений [Tinkoff G., 2008].

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения пострадавших с повреждением ДПК в зависимости от тяжести сочетанной травмы.

**Материалы и методы.** В исследование включены 26 больных с повреждением ДПК при сочетанной травме, госпитализированных в РНЦЭМП и его Наманганском филиале в период 2013-2020 гг., из них 17 (65,4%) мужчины и 9



(34,6%) женщины, в возрасте от 17 до 60 лет. В основном повреждения ДПК носили криминогенный характер, встречаясь у 24 (92,3%) пострадавших, в результате автодорожные происшествия – в 6 (23,1%) случаях, падения с высоты (кататравма) – в 2 (7,7%) наблюдениях, производственные травмы – в 1 (3,8%) избиение – в 2 (7,7%) и суицидные попытки – в 1 (3,8%) наблюдениях. Среди криминогенных травм наиболее часто встречались ранения холодным оружием (нож) – у 12 (46,2%) пострадавших и ранений ДПК носили колото-резаный характер. Ятрогенное повреждение – перфорация задней стенки ДПК имелось место у 2 (7,7%) пациентов. Для оценки степени повреждения использовали шкалы ААСТ (Американской Ассоциации Хирургии травмы) от 1994 г., которая является наиболее широко распространенной системой стадирования повреждения ДПК. В классификации повреждения ДПК учитывают в основном механизм, локализацию и сочетания повреждений. В соответствии с ней выделяют 5 степеней повреждения ДПК.

**Результаты.** По нашим наблюдениям повреждения ДПК сочетались с разрывом почки, селезенки, травмой желудка, поджелудочной железы, ранением печени, разрывом желчного пузыря, толстой и тощей кишки, нижней полой вены. А так же травма ДПК сочетались с черепно-мозговой травмой (3 чел), переломом костей конечности (2 чел), травмой органов грудной клетки (4 чел), разрывом диафрагмы (2 чел.). При разрывах ДПК методом выбора у пострадавших, поступивших в первые 6 часов с момента получения травмы, является ушивание разрыва, дренирование забрюшинного пространства через поясничную область и постоянная назоюнональная интубация двухпросветным зондом для декомпрессии ДПК и энтерального кормления. При поступлении пострадавших позже 6 часов с момента получения травмы, выполняется выключение ДПК из пассажа в сочетании с гастроэнтероанастомозом по Вельфлеру–Брауну. Релапаротомию в раннем послеоперационном периоде подвергались 6 больных, из них у двоих по 2 релапаротомии. Бронхолегочные осложнения наблюдали у 10 оперированных больных, раневые инфекционные осложнения – у 7. Из 26 оперированных пациентов умерло 9 (34,6%). Средний койко-день составил 12,7.

**Заключение.** Объем оперативного вмешательства при травмах ДПК зависит от ряда факторов: сроков поступления пострадавших в стационар с момента получения травмы, размеров дефекта стенки ДПК, уровня повреждения, сочетанных повреждений панкреатодуоденальной зоны. При поступлении пострадавших позже 6 часов с момента получения травмы, выполняется выключение ДПК из пассажа в сочетании с гастроэнтероанастомозом по Вельфлеру–Брауну.

## **ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ**

**Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Мухитдинов У.Р., Мамадумаров Т.С., Хужамбердиев И.Р.**

## Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистан

**Введение.** Во всех развитых странах мира наблюдается тенденция к росту травматизма, который обусловлен бурным развитием транспорта, механизацией трудовых процессов. Травматические повреждения органов забрюшинного пространства (ТПОЗП) встречаются в 5 – 10% случаев травмы живота с летальностью, достигающей 72,8%. Более чем в 2/3 случаев они сочетаются с повреждениями органов брюшной полости (Гареев Р.Н., 2017).

**Цель исследования:** улучшить результаты диагностики и лечения пострадавших с повреждениями органов брюшной полости и почек при сочетанной травме.

**Материалы и методы.** В исследование включены 66 больных с закрытой травмой почек при сочетанной травме, госпитализированных в Наманганский филиал РНЦЭМП в период 2013-2020 гг., из них 48 (72,7%) мужчины и 18 (27,3%) женщины, в возрасте от 10 до 62 года. По возрастному показателю пострадавшие были распределены следующим образом: до 18 лет – 35 (53%), от 19 до 44 лет – 25 (37,9%), от 45 до 59 лет – 5 (7,6%), старше 60 лет – 1 (1,5%) больных.

**Результаты.** Изолированное повреждение почки было выявлено у 24 (36,4%) и сочетанное – у 42 (63,6%) пострадавших. Левостороннее повреждение почек отмечалось чаще (54,5%), чем правостороннее (45,5%). У 3 пациентов было отмечено сочетание повреждение почек с травмами 6 областей: головы, живота, органы забрюшинного пространства, груди, позвоночника и конечностей, у 5 – 5 областей, у 7 – 4, у 12 – 3, у 15 – 2. Наиболее часто сочетанные повреждения органов забрюшинного пространства наблюдали при повреждениях одновременно головы - 3 (4,5%), живота - 15 (22,7%), груди - 8 (12,1%), таза - 6 (9%), позвоночника - 7 (10,6%) и конечностей - 3 (4,5%). У 42 (63,6%) пострадавших отмечалось различной степени сочетания повреждение почек и соседних анатомических зон. При повреждении III–IV степени с разрывом или размозжением паренхимы почек у 30 (45,5%) пострадавших выполняли следующие оперативные вмешательства: люмботомия с ушиванием раны почки 9 пациентам, нефрэктомия – 11. При лапаротомии у 2 больных выполнена нефрэктомия, у 3 ревизия паранефральной клетчатки, удаление гематомы. Релюмботомия была выполнена у одного пациента с гематомой ложи удаленной почки. Умерли в раннем послеоперационном периоде 2 пациентов с сочетанными травмами черепа, груди, живота, таза и конечностей. Летальность составил – 3%. 2 больных были переведены в другие лечебно-профилактические учреждения. Были выписаны 32 больных с выздоровлением. Средний койко-день составил – 6,5.

**Заключение.** В 90,9% случаев повреждение почек встречаются у лиц молодого и трудоспособного возраста в результате кататравмы (28,8%) и ДТП (21,2%). Диагностические исследования пострадавшим с подозрениями на повреждение почек следует проводить поэтапно. Следует начинать с неинвазивных методов диагностики: физикальных, лабораторных, обзорной урограммы УЗИ и МСКТ. Травма почек (I–III степень по ААСТ) является показанием к консервативной терапии, при тяжелой (IV–V степень по ААСТ) – чаще всего выполняют лапаро- или люмботомию. Видеолапароскопия при сочетанных





травмах позволяет уменьшить диагностические ошибки, сократить время установления диагноза, позволяет выполнить адекватные лечебные мероприятия с минимальной травмой для больных и в большинстве случаев избавляет их от «напрасной» лапаротомии.

## **ПОЛНЫЙ ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗРЫВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)**

**Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Мухитдинов У.Р., Мамадумаров Т.С., Исхаков Н.Б.**

**Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистан**

**Введение.** Ежегодно в мире от травм гибнет свыше 6 млн. человек, что больше, чем количество смертей от малярии, туберкулеза и ВИЧ/СПИД вместе взятых [Хаджибаев А.М., 2016]. В структуре травматизма мирного времени закрытые повреждения живота при сочетанной травме диагностируются у 27,4 % пострадавших и сопровождаются высокой летальностью (25–70%), большой частотой послеоперационных осложнений (35–83%) [Коноваленко М.В., 2018]. На наш взгляд, клинический интерес представляет приведенный нами случай полного поперечного разрыва поджелудочной железы (ПЖ) с развитием посттравматического панкреонекроза у больного при сочетании травмы с компрессионным переломом тел двух поясничных позвонков.

**Цель исследования:** улучшить диагностики и хирургического лечения пострадавших с повреждениями ПЖ при сочетанной травме.

Приводим собственное **клиническое наблюдение**. Больной А.А., 21 г. (и/б №11720/2087), 18.06.2021 г. поступил самотеком в Наманганский филиал РНЦЭМП с жалобами на тупые боли в эпигастральной и поясничной области, тошноту и общую слабость. Рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости № 14965. В момент осмотра со стороны легких и сердца патологий не выявлено. Имелись рентгенологические признаки компрессионного перелома тел 10-11 грудных позвонков 1 степени. УЗИ брюшной полости. Печень: правая доля - 14,5 см, левая - 7,2 см, структура эхооднородная. Желчный пузырь: 8,4×2,5 см, стенки - 0,3 см, полость эхопрозрачна. Селезенка размерами 9,5×4,0 см, контуры ровные, четкие. Почки имеют ровные контуры, подвижность при дыхании сохранена, ЧЛС не расширены. ПЖ: головка 3,5 см, контуры неровные, нечеткие, определить размеры тела не удалось из-за пневмотоza кишечника. В сальниковой сумке определяется незначительное количество жидкости. Перистальтика кишечника определяется. В боковых каналах и малом тазу свободной жидкости нет.

Выполнена диагностическая лапароскопия под эндотрахеальным наркозом. Установлен послеоперационный диагноз: Сочетанная травма. Закрытая травма живота. Повреждение органов забрюшинного пространства. Размозжение тела и полный поперечный разрыв ПЖ 4 степени по AAST. Посттравматический компрессионный перелом тел 10-11 поясничных позвонков I степени, без





функциональных нарушений. Ушиб мягких тканей поясничной области и множественные ссадины тела. На 10-е сутки после операции у больного при 3-м сеансе бурсооментоскопии было отмечено отсутствие секвестров, уменьшение отделяемого из СС и появление грануляционной ткани. 28.06.2021 г. после сеанса программированной №3 ревизии и санации СС через ОБС установили дренаж для непрерывного или фракционного лаважа. Накладывали швы на рану до дренажной трубки (переход на закрытый способ лечения травм ПЖ). Больному ежедневно по 2 раза в течение 3 суток проводили непрерывный лаваж СС с антисептическим раствором, под контролем количества влитой и вылитой.

**Выводы.** Своевременное выявление с использованием эндовидеотехники и радикальное оперативное лечение травм поджелудочной железы позволяет снизить риск наступления таких осложнений, как аррозионное кровотечение, посттравматический панкреонекроз и повысить выживаемость пациентов, качество их жизни при сочетанной травме.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ АНТЕГРАДНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ**

**Андреев П.В., Аргучинский И.В., Казаков А.В., Скороход В.В., Сергиенко А.И., Осипов Е.С.**

**КГБУЗ Краевая клиническая больница, Барнаул, Алтайский край, Россия**

**Материалы и методы.** В хирургическое отделение Краевой клинической больницы за 5 лет (с января 2019 по январь 2024 гг.) поступил 391 пациент с механической желтухой, которым выполнялись антеградные методы желчного дренирования. Критерием для антеградного дренирования желчных протоков мы считали билирубин более 180 мкмоль/л у пациентов, планирующих на радикальное оперативное вмешательство или неоперабельных пациентов при невозможности ретроградного дренирования. Распределение по полу: женщин - 199 (50,9%), мужчин - 192 (49,1%). Средний возраст составил 66,5 лет (диапазон от 26 до 95 лет). Длительность желтухи составила от 5 до 20 дней с момента начала заболевания. Сроки дренирования с момента поступления составляли от нескольких часов до 5 суток, 90% дренирование выполнено в течение первых 24 часов. Предпочтение отдавалось чрескожной чреспеченочной холангиостомии. Антеградное дренирование выполнено в 100% случаев, вмешательство выполнялось под контролем УЗИ (аппарат GE LOGIQ p9) при наличии билиарной гипертензии с последующим рентгенологическим контролем (ангиографическая установка GE INNOVA 3100). В зависимости от уровня билиарного блока, диаметра желчных протоков при первичном дренировании использовали дренажи от 7 до 10,2 Fr. При наличии технической возможности выполнения наружно-внутреннее препапиллярное дренирование выполнялось при первичном дренировании (только у пациентов, которым не планируется радикальное лечение), однако повышало частоту гемобилии, которая была клинически не значимой. Транспапиллярное наружно-внутреннее дренирование не выполняли в связи с

высокими рисками развития холангита. Структура нозологий: опухоли поджелудочной железы, внутри и внепеченочных желчных протоков, метастазы в печень с развитием высокого блока, паразитарное поражение печени. По уровню блока: низкий блок у 273 (69,8%) пациентов, высокий - у 118 (30,2%).

**Результаты.** Замедленное снижение билирубина отмечалось у пациентов с длительностью желтухи более 2 недель и уровне билирубина более 450 мкмоль/л. Осложнения возникли у 20 пациентов – I-IIIb степени по Clavien-Dindo. В 15 случаях возникла гемобилия (3,8%), которая купировалась консервативно. Биломы, которые потребовали минимально инвазивного дренирования, возникли в 3 (0,77%) случаях. Прогрессирование гнойного холангита при билобарном дренировании возникло в 1 случае. Внутривнутрибрюшное кровотечение возникло в 1 случае, оно потребовало хирургического лечения. Летальность составила 7 (1,8%) случаев от прогрессирования печеночной недостаточности и сопутствующих заболеваний.

**Заключение.** Антеградные методы декомпрессии желчных протоков при наличии билиарной гипертензии удается выполнить в 100% случаев с малым количеством осложнений. Считаем целесообразным выполнение данных вмешательств у пациентов, планирующих на радикальное оперативное вмешательство при уровне билирубина более 180 мкмоль/л, или неоперабельных пациентов при невозможности ретроградного дренирования. Остается нерешенной проблема печеночной недостаточности при длительной желтухе (более 2 недель) у пациентов с адекватным дренированием желчных протоков.

## **АДЬЮВАНТНАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ РЕФРАКТЕРНОМ ВАРИКОЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ В ИСХОДЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ**

**Анисимов А.Ю., Мандрыка Е.Ю., Яглы С.И.**

**ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань,  
Россия**

**Актуальность.** Среди лекарственных препаратов, вызывающих спланхническую вазоконстрикцию, уменьшение портального кровотока и давления в портальной венозной системе, предложены и широко используют в последние годы с успешным гемостатическим эффектом аналог вазопрессина N-Триглицил-8-лизин-вазопрессинацетат (Терлипрессин), и синтетический аналог Соматостатина (Октреотид). Однако выбор препаратов для дополнительной медикаментозной терапии при рефрактерном варикозном кровотечении остается дискуссионным.

**Цель исследования:** оценить эффективность Терлипрессина и Октреотида в качестве адьювантной терапии к эндоскопическому стентированию у пациентов с рефрактерным варикозным кровотечением в исходе цирроза печени.

**Материалы и методы.** 31 пациент с циррозом печени, осложненным кровотечением из варикозных вен пищевода рефрактерным к эндоскопическому



лечению, в комплексной лечебной программе которых в качестве жизнеспасающего мероприятия первой линии был выполнен гемостаз саморасширяющимся нитиновым стентом, были случайно распределены в две группы. В группе А, у 20 пациентов, в качестве адъюванта к механическому гемостазу использовали Терлипрессин, в группе В, у 11 пациентов - Октреотид.

**Результаты.** В острый период, к исходу 24 часов наблюдения, кровотечение было остановлено у 17 из 20 (85,0%) пациентов в группе А и у 8 из 11 (72,7%) в группе В ( $p>0,5$ ). Время в часах от начала введения препарата до клинической остановки кровотечения было меньше у пациентов, получавших Терлипрессин ( $4,3\pm 2,1$ ), чем у пациентов, получавших Октреотид ( $6,1\pm 4,5$ ) ( $p=0,132$ ). У 3 (15%) пациентов группы А и у двух (18,2%) пациентов группы В в течение подострого периода наблюдения возникло повторное кровотечение ( $p=0,799$ ). К концу 6-х суток 15 (75%) пациентов в группе А были живы против 7 (63,6%) в группе В. В отдаленный период, к концу второго месяца наблюдения, 13 (65,0%) пациентов в группе А и 5 (45,5%) в группе В были живы и не имели кровотечений. Что касается побочных эффектов медикаментозной терапии, то их частота была ниже в группе А (6 пациентов, 30,0%), чем в группе В (6 пациентов, 54,5%) ( $p=0,453$ ). За все время наблюдения умерло 13 (41,9%) пациентов. В том числе 7 (35,0%) - в группе А и 6 (54,5%) - в группе В ( $p=0,567$ ). Графики Каплана-Мейера 8-недельной выживаемости всех исследуемых по группам убедительно свидетельствуют о том, что выживаемость пациентов в группе А, получавших Терлипрессин, была выше, чем выживаемость пациентов в группе В, получавших Октреотид.

**Выводы.** Терлипрессин столь же эффективен, как и Октреотид, в качестве дополнительной к эндоскопическому стентированию медикаментозной терапии при циррозе печени, осложненном кровотечением из варикозных вен пищевода рефрактерным к эндоскопическому лечению. В тоже время, Терлипрессин оказывает большее, чем Октреотид, влияние на снижение восьминедельной смертности, которое приближается к статистической значимости. В связи с этим Терлипрессин может быть вазоактивным препаратом выбора при остром рефрактерном варикозном кровотечении.

## **ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ: ПОКАЗАНИЯ И ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

**Аргучинский И.В., Казаков А.В., Жариков А.Н., Сероштанов В.В.,  
Миннуллина Е.И.**

**КГБУЗ Краевая клиническая больница, Барнаул, Россия**

Больные хроническим панкреатитом (ХП) составляют 3,4% среди поступивших больных в отделение. За 14 лет пролечено 568 больных с ХП, мужчин 386, женщин 182, средний возраст 48 лет. Показания к операции: болевой синдром, осложнения ХП (билиарная гипертензия, дуоденальный стеноз, панкреатические свищи (ПС), подозрение на рак поджелудочной железы (ПЖ). Длительность анамнеза от 6 месяцев до 10 лет. Диагностический алгоритм: МСКТ с



внутривенным контрастом, МРТ-панкреатохолангиография, ЭндоУЗИ, интраоперационное УЗИ. Кисты ПЖ выявили у 229 больных; псевдотуморозный ХП головки железы - у 4,; ретенционный ХП - у 23, ХП с кальцинозом - у 14, вирусного гепатита - у 57, портальную гипертензию - у 17. ПС 25 больных, (наружные ПС - 13, внутренние - 12). Из них панкреатоплевральный свищ 7 (с левой плевральной полостью - 6, с правой - 1). Внутренний ПС с брюшной полостью - ферментативный асцит (5 больных). ХП как причина механической желтухи - 35 больных; стеноз двенадцатиперстной кишки (ДПК) вследствие ХП - 31. У 96 больных, госпитализированных с диагнозом ХП выявлен некупированный острый процесс. Им выполнено: наружное дренирование инфицированных кист и секвестрэктомия. Минимально инвазивные методы применены у 180, из них наружное дренирование кист под контролем УЗИ 133, цистогастроанастомоз под контролем эндоУЗИ 47. У 22% больных после наружного дренирования кист ПЖ сформировался наружный ПС и потребовалась резекция ПЖ. Резецирующие операции: операция Фрея - 169; операция Фрея с холедохопанкреатоанастомозом - 16; дополнительный гепатикоеюноанастомоз при операции Фрея - 7; операция Бегера - 9; панкреатодуоденальная резекция (ПДР) - 24; резекция тела и хвоста ПЖ по Izbeku при ПС - 7; дистальная резекция поджелудочной железы - 40, из них с сохранением селезенки и селезеночных сосудов - 17, видеолaparоскопически - 1; панкреатостомия - 2, видеолaparоскопически - 1. Ранние послеоперационные осложнения: аррозийное кровотечение в полость анастомоза после операции Фрея 22 (11,6%), несостоятельность ПЭА после операции Фрея 3 (1,5%), несостоятельность гепатикоеюноанастомоза после ПДР на фоне атрофии ДПК и декомпенсированного стеноза 1 (0,5%). Аррозийное кровотечение в полость ПЭА возникало на 7-11 сутки после операции. Лечение: ангиография, эмболизация питающего сосуда, эффективно у 10 (45,4%) больных. При рецидиве кровотечения выполнялась релапаротомия с гемостазом, реанастомоз 12 больных (54,6%). При несостоятельности панкреатостомии – релапаротомия, дренирование, заживление через фистулу или формирование панкреатостомы. Рак поджелудочной железы, который не диагностировали при первой операции, был выявлен в течение полугода у 6 (2,2%) больных. Отдаленные результаты от 6 месяцев до 14 лет были получены путем анкетирования 161 больного. Рак культи поджелудочной железы через 3 года выявлен у 2 (0,7%) больных, прооперированы повторно. Стеноз холедохопанкреатоэнтероанастомоза после операции Фрея – 4 (16%), возник через 6-12 месяцев, больным выполнена гепатикоеюностомия. Рецидив болевого синдрома возник у 18 (6,5%) больных, достаточно приёма НПВС. Летальность 0,88% – умерло 5 больных. Основные причины летальности – несостоятельность анастомозов на фоне гипопроteinемии и кахексии, прогрессирование ферментативного перитонита при внутренних ПС.

**Заключение.** Проявления ХП разнообразны и требуют индивидуального подхода и различной хирургической тактики. ВП свищи требуют резецирующей операции на поджелудочной железе, несмотря на тяжесть состояния больного. Остается нерешенным вопрос дифференциальной диагностики рака и хронического панкреатита. При отсутствии классического анамнеза панкреатита возникает подозрение на рак. В этом случае показана ПДР.





## МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Аюбов Д.К., Назаров Ш.К., Али-заде С.Г., Асадуллоева Э.И.

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали  
ибни Сино», Душанбе, Таджикистан

**Введение.** За последние годы принципы хирургического лечения острого панкреатита испытали значительные трансформации, отражающие эволюцию современной панкреатологии. Этот период характеризуется переосмыслением подходов к консервативному лечению, оперативному вмешательству и стратегиям хирургической тактики, которые ранее демонстрировали диаметрально противоположные взгляды. Основные различия в лечении острого панкреатита между медицинскими учреждениями могут быть обусловлены разнообразием в оснащении лечебно-диагностическим оборудованием.

**Цель исследования:** определение сроков, показаний и объема хирургических вмешательств при лечении острого панкреатита в зависимости от фазы заболевания.

**Материалы и методы.** В период с 2010 по 2023 гг. в хирургических отделениях Государственного Учреждения Городской Центр Скорой Медицинской Помощи города Душанбе проходили лечение 94 пациентов с диагнозом острый панкреатит. Среди них 60 (63,8%) составили женщины и 34 (36,2%) мужчины. Билиарный панкреатит был выявлен у 72 (76,6%) пациентов, алиментарный панкреатит — у 13 (13,8%), алкогольный - у 7 (7,5%), и посттравматический панкреатит - у 2 (2,1%). Для всех пациентов были проведены ультразвуковое исследование, рентгенологические исследования, клиничко-биохимические лабораторные анализы, а также по показаниям — мультиспиральная компьютерная томография. Тяжесть острого панкреатита оценивалась с использованием прогностической шкалы Рэнсона (1974).

**Результаты.** В рамках анализа собственного ретроспективного опыта и допущенных ошибок при лечении пациентов с острым панкреатитом (ОП) была разработана и внедрена дифференцированная тактика хирургического вмешательства. Основными критериями для определения этой тактики послужили степень поражения поджелудочной железы (ПЖ) и забрюшинного пространства, а также наличие инфекции в этих областях. В результате, в начальный период отека ПЖ и в первые 7-10 дней при асептических формах панкреонекроза было принято решение ограничивать оперативные вмешательства, уделяя при этом усиленное внимание консервативной терапии. Наличие подтвержденного инфицирования очагов панкреонекроза определялось как абсолютное показание к хирургии. Дополнительными показаниями к операции являлись: сочетание панкреонекроза (включая асептический) с острым деструктивным холециститом, развитие перитонита при невозможности его лапароскопического дренирования, а также неэффективность консервативной терапии в течение первых 48 часов. Показания к оперативному вмешательству устанавливались на основании ухудшения клиничко-лабораторных показателей, данных ультразвукового исследования и распространения воспалительного инфильтрата по забрюшинным клетчаточным пространствам, что в 90% случаев свидетельствовало об инфицировании очагов





некроза, подтверждаемом в ходе операции. В условиях преобладания некротического компонента над жидкостным в гнойно-некротических процессах в ПЖ и забрюшинных клетчаточных пространствах обычно недостаточно пункционного метода или единичного хирургического вмешательства. В таких случаях оптимальной считается методика управляемой лапаростомии с программированными некрсеквестрэктомиями, предусматривающая создание или поддержание эффективно дренируемой гнойно-некротической полости на протяжении минимум 2-3 недель.

**Выводы.** Абсолютным показанием к хирургическому вмешательству является подтверждение инфекции в очагах панкреонекроза. Использование видеолапароскопии на ранних этапах заболевания обеспечивает возможность диагностировать острый панкреатит, оценить степень его тяжести в момент операции и определить прогноз дальнейшего развития патологического процесса. Данный метод также способствует эвакуации перитонеального выпота и последующему дренированию брюшной полости. В стадии развития гнойно-септических осложнений необходимость в традиционной лапаротомии возрастает. Малоинвазивные хирургические вмешательства рассматриваются как предпочтительный вариант при наличии изолированных гнойных очагов в области поражения.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Аюбов Д.К., Назаров Ш.К., Али-заде С.Г., Асадуллоева Э.И.**

**ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан**

**Актуальность.** Острый панкреатит (ОП) в регионах Республики Таджикистан в последнее десятилетие регулярно занимает первое место в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Смертность от деструктивного ОП является весьма значительной. Инфицирование панкреатического или парапанкреатического некроза (ПН) и полиорганная недостаточность выступают основными критериями смертности при деструктивном ОП. Применение минимально инвазивных методов хирургического лечения ПН обосновано, но требует проведения корректных исследований с использованием сравнимых когорт пациентов в условиях нескольких медицинских центров. Анализ результатов осложнен разночтением терминологии и различиями в оценке тяжести ОП в разных центрах и странах.

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных ПН путем применения минимально инвазивных хирургических методов.

**Материалы и методы.** В отделении хирургических заболеваний печени и поджелудочной железы минимально инвазивные методы лечения классифицируются как хирургические и включают исключительно нелапаротомные (нелюмботомные) вмешательства, проводимые под контролем



интроскопических методов (ультразвуковое исследование, рентгенография, эндоскопия). В период с 2018 по 2023 годы под медицинским наблюдением находилось 80 пациентов с ПН. Лечение начиналось с комплекса интенсивной терапии и применения минимально инвазивных методов в различных комбинациях и последовательности. По специальным показаниям проводились лапаротомии или люмботомии. До 2020 г. доминировал следующий лечебный алгоритм: интенсивная терапия — минимально инвазивные методы — лапаротомия.

**Результаты.** С 2020 г. у пациентов с инфицированным неограниченным ПН не применяются лапаротомии и люмботомии для санации и секвестрэктомии. Во все фазы развития острого панкреатита (ОП) используется комплекс минимально инвазивных интроскопических методов диагностики и лечения для решения различных задач по следующим показаниям: эндоскопическая ретроградная литоэкстракция при билиарной обструкции, холангите, механической желтухе (возможно с папиллотомией, стентированием или наружным дренированием протоков); чрескожная микрохолецистостомия под контролем УЗИ при деструктивном холецистите; диагностическая лапароскопия при перитоните неясной этиологии, а также для диагностики острых хирургических заболеваний (например, перфорация полого органа, некроз кишечника) на фоне ОП; чрескожное дренирование под УЗИ тонкими трубками (3-5 мм) для ликвидации скоплений панкреатического секрета при выявленном или предполагаемом повреждении панкреатического протока, инфицированных жидкостных скоплений или некрозов, а также скоплений жидкости забрюшинно толщиной более 5 см для уменьшения эндогенной интоксикации при её нарастании и свободной жидкости в брюшной полости при инфицированном некрозе. Проводится замена тонких трубок на более крупные (до 2 см) под рентгенологическим контролем для секвестрэктомии при инфицированном некрозе, коррекция трубок под рентгеноконтролем в отношении свищей полых органов и недренируемых забрюшинных полостей, а также чресфистульная секвестрэктомия (вакуумная, инструментальная, эндоскопическая) и чреспросветное эндоскопическое дренирование несформированной псевдокисты. Смертность среди пациентов с ПН составила 12%. Из всех пациентов 48% были подвергнуты хирургическому вмешательству, с летальностью на уровне 20%.

**Выводы.** Комплекс минимально инвазивных интроскопических методов диагностики и лечения деструктивного острого панкреатита (ОП), а также стерильного и инфицированного панкреатического некроза (ПН), как отграниченного, так и неотграниченного, представляет собой самостоятельный хирургический метод лечения. Лапаротомия при ПН может быть применена исключительно с целями ликвидации кровотечения, устранения острой кишечной непроходимости, лечения перфорации полого органа в свободную брюшную полость и терапии разлитого гнойного перитонита.

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Аюбов Д.К., Назаров Ш.К., Али-заде С.Г., Асадуллоева Э.И.

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали  
ибни Сино», Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования:** оценка эффективности минимально инвазивных вмешательств при деструктивных формах панкреатита и разработка оптимальной лечебной тактики.

**Материалы и методы.** Исследование базируется на анализе опыта лечения 152 пациентов с острым деструктивным панкреатитом. В основе исследования лежит опыт лечения двух групп пациентов с острым панкреатитом за периоды с 2000 по 2010 гг. - 73 пациента и с 2010 по 2023 гг. - 79 пациентов. Были проанализированы результаты хирургического лечения 152 пациентов, страдающих панкреатонекрозом (ПН). В первом периоде 74 (48,7%) пациентов были прооперированы методом широкой лапаротомии с применением «открытого» или «закрытого» метода дренирования (группа 1); во втором периоде среди 78 пациентов (51,3%) у 69 (88,5%) были применены малоинвазивные методы вмешательства: через лапароскопический доступ у 45 (57,7%), минилапаротомным доступом у 30 (38,5%), в то время как традиционные лапаротомии были выполнены у 13 (16,7%) пациентов (группа 2). В случае инфекционных осложнений ПН применялись пункция и дренирование ограниченных скоплений гноя, таких как нагноившееся ОЖС, нагноившиеся кисты, абсцессы; минилапаротомия использовалась при локализации гнойно-деструктивного процесса в области головки и проксимальной части тела поджелудочной железы, при гнойно-деструктивном оментобурсите. Широкая лапаротомия оставалась строго ограниченной и применялось при комбинации гнойно-деструктивного процесса в забрюшинном пространстве с гнойным перитонитом. Больные были разделены на группы в зависимости от стадии заболевания: группа «а» включала 83 (54,6%) пациентов, оперированных на стадии асептического некроза а группа «б» – 69 (45,4%) пациентов, оперированных по поводу инфицированного ПН. Таким образом, были выделены четыре подгруппы пациентов: с 2000 до 2010 г. группа 1а (37 пациентов, 24,3%) и группа 1б (26 пациентов, 17,1%) у которых операции выполнялось методом широкой лапаротомии; и с 2010 по 2023 г. группа 2а (45 пациентов 29,6%) и группа 2б (43 пациентов, 28,3%), среди которых в группе 2а малоинвазивные вмешательства (лапароскопии 26 и минилапаротомий 13) были выполнены у 39 (86,7%) пациентов, а традиционные лапаротомии - у 6 (13,3%) пациентов; в группе 2б малоинвазивные вмешательства (преимущественно лапароскопии 9) были выполнены у 38 (88,4%) пациента, традиционные лапаротомии - у 5 (11,6%) пациентов.

**Результаты.** В ходе исследования было выявлено, что у пациентов первой группы (1а) чаще развивались ранние системные послеоперационные осложнения — в 39,6% случаев, что статистически значимо ( $p < 0,05$ ). В общей сложности, частота развития отсроченных осложнений в первой группе (1) была выше (41,4% против 17,8%). Среди пациентов группы 1а была отмечена ранняя летальность в 12,5% случаев и поздняя летальность в 18,7%. В группе 1б соответствующие

показатели составили 7,3% и 8,8%, в группе 2а — 7,3% и 4,5%, а в группе 2б — 4,8% и 6,7%. Общий уровень летальности составил 25% в первой группе и 11,7% во второй, при этом различие имело статистическую значимость ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Анализ послеоперационной летальности показал, что она статистически значимо выше при использовании традиционных методов хирургического доступа. Особенно высокий уровень летальности был зафиксирован среди пациентов, подвергшихся операции на фоне асептического панкреонекроза и панкреатогенного шока, что подчеркивает повышенный риск в этой подгруппе.

## **КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

**Баймаханов Б.Б.<sup>1</sup>, Досханов М.О.<sup>1</sup>, Мукажанов Д.Е.<sup>1,2</sup>, Романова Ж.В.<sup>2</sup>,  
Нагасбеков М.С.<sup>1</sup>, Тилеуов С.Т.<sup>1</sup>, Хаджиева А.А.<sup>1,3</sup>, Оспанов Ж.Р.<sup>3</sup>, Башатова  
Ф.А.<sup>3</sup>, Теипов Ш.М.<sup>3</sup>, Каниев Ш.А.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова»,  
Алматы, Казахстан,

<sup>2</sup>Казахский национальный университет имени Аль-Фараби, Алматы,  
Казахстан

<sup>3</sup>Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.  
Асфендиярова, Алматы, Казахстан

**Цель исследования:** сравнить результаты различных методов лечения альвеолярного эхинококкоза печени.

**Материалы и методы.** В период с 2012 по май 2024 гг. в условиях Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова 141 пациента получили различные методы лечения по поводу альвеолярного эхинококкоза печени. Из них 64 (45,4%) пациентам было проведено радикальное оперативное лечение, 29 (20,6%) пациентам выполнена циторедуктивная резекция, 48 (34%) пациента в связи с не возможностью выполнения радикального оперативного вмешательства получали длительную антипаразитарную терапию с минимально инвазивными методами коррекцией осложнений. Все пациенты были разделены на три группы: 1 группа — радикальное оперативное лечение, 2 группа — циторедуктивная резекция, 3 — группа — антипаразитарная терапия + минимально инвазивные методы. Средний возраст всех пациентов составил 39,8 (10-70) лет, из которых женщин было 76 (53,9%), мужчин - 65 (46,1%).

**Результаты.** 1 группа: длительность операции — 375,9 (120-1130) минут; кровопотеря — 545,8 (50-2400) мл; проведенных койко-дней в послеоперационном периоде — 13,8 (4-42) дней; 9 (14%) осложнений; 2 (3,1%) летальных исхода.

2 группа: длительность операции — 380,6 (165-780) мин.; кровопотеря — 744,1 (100-2500) мл; проведенных койко-дней в послеоперационном периоде — 11,6 (5-32) дней; 1 (3,4%) осложнение; 4 (13,8%) летальных исхода; рецидив заболевания наблюдался в 7 (24,1%) случаях.



3 группа: 7 (14,5%) летальных исходов, за счет печеночной недостаточности и постоянного рецидивирующего холангита. В нашем наблюдении статистическая разница была выявлена в пребывании пациента в стационаре, кровопотере, длительности операции, где значительно короче у пациентов 3 группы. Значимой статистической разницы в исходе заболевания между пациентами 2 и 3 группы не выявлено.

**Заключение.** Различные методы лечения альвеолярного эхинококкоза печени используются только при определенных показаниях. Радикальное оперативное лечение является золотым стандартом лечения и дает хорошие послеоперационные результаты. При неоперабельном альвеолярном эхинококкозе наш анализ показал, что консервативная терапия + минимально инвазивные методы коррекции осложнений, дают хорошие результаты, чем при циторедуктивной резекции.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ**

**Баймаханов Б.Б., Досханов М.О., Суйеркулов М.У., Каниев Ш.А., Ибекенов О.Т., Тилеуов С.Т., Мукажанов Д.Е., Хаджиева А.А., Теипов Ш.М.**

**АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова»,  
Алматы, Казахстан**

**Цель исследования:** широкое применение лапароскопической техники в лечении образовании печени различной этиологии, и оценить результаты лапароскопической резекции печени.

**Материалы и методы.** В ННЦХ имени А.Н. Сызганова в период с 2017 по июнь 2024 гг., в 85 случаях выполнена лапароскопическая резекция печени. Из 85 оперированных пациентов, мужчин - 29, женщин - 56. Средний возраст всех пациентов составил 36,9 лет (16 – 66 лет). Основными причинами оперативного вмешательства являлись эхинококковые кисты печени - 51 (60,0%), гемангиомы печени – 16 (18,8%), ФНГ – 5 (5,8%), альвеококкоз печени – 4 (4,7%), аденома печени – 4 (4,7%), вторичное поражение печени – 3 (3,5%), гепатоцеллюлярная карцинома – 2 (2,3%). Локализация образований печени: поражение правой доли печени отмечается у 36 (42,3%) пациентов, левой доли печени - у 49 (57,6%) пациентов. По определению сложности выполненных резекции печени: низкий уровень сложности – 18 (21,1%) случаев, средний уровень сложности – 43 (50,5%) случай, высокий уровень сложности – 24 (28,2%) случаев. По объему оперативных вмешательств перицистэктомия выполнена в 31 (39%) случаях, резекция левого латерального сектора – 27 (32,4%), атипичная резекция печени – 6 (5,2%), периопухолевая энуклеация – 7 (7,8%), левосторонняя гемигепатэктомия – 6 (7,8%), резекция заднего латерального сектора – 6 (6,5%), правосторонняя гемигепатэктомия – 2 (1,3%). Размеры образований печени варьировали от 2,0 до 16,0 см.

**Результаты.** Средняя длительность операции составила 227,5 минут (110–420 мин). Интраоперационная кровопотеря в среднем составила – 148,5 мл (50-250 мл). Среднее пребывание в стационаре после оперативного лечения составило 6,6 (2-21)





койка дней. Конверсия была в 6 (7,7%) случаях. Причинами конверсии явились большие размеры кисты, трудное расположение кист, прорастание в диафрагму и поперечную ободочную кишку. Осложнений и летальных исходов в раннем и позднем послеоперационном периоде у пациентов не было зафиксировано.

**Заключение.** Лапароскопические операции являются малотравматичным методом лечения при очаговых заболеваниях печени в определенных случаях. Лапароскопические резекции (малые и средние) передних и нижних сегментов печени (I, II, III, IV, V, VI Sg) считается стандартным лечением и выполняется без технических сложностей. Эффективность малых и средних лапароскопических резекции печени превосходят результаты открытой резекции печени.

## **ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р., Мамадумаров Т.С., Исхаков Н.Б., Рузматов А.Э., Эргашев А.А.**

**Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центра экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистан**

В комплексное лечение 23 больных с деструктивным панкреатитом (ДП) за период с 2010 по 2020 гг. была включена методика видеолапароскопической санации (ВЛС) брюшной полости + внутриаортальная антибактериальная терапия. На основании выраженности клинических проявлений, уровня эндогенной интоксикации, УЗ- и КТ-признаков состояния поджелудочной железы (ПЖ) и забрюшинной клетчатки (ЗК) прогнозировалась форма ДП. Важным компонентом диагностики ДП было проведение экстренной лапароскопии, использование которой имело существенное значение в выборе адекватной хирургической тактики. У всех больных во время лапароскопии установлен ДП, в том числе субтотальное поражение тела и хвостовой части ПЖ - у 8, жировой некроз головки и тела ПЖ с инфильтрацией гепатодуоденальной связки, паранефральной клетчатки и клетчатки ободочной кишки - у 2, смешанный некроз тела и хвоста ПЖ с инфильтрацией корня брыжейки поперечно-ободочной кишки - у 13. В процессе ВЛС у 15 больных (1 группа) выполнялись ряд вмешательств: аспирация экссудата и санация, подведение дренажных трубок; новокаиновые блокады парапанкреатической клетчатки; санация и дренирование сальниковой сумки (15); холецистостомия (10); холецистэктомия при деструкции желчного пузыря (2); холецистэктомия с наружным дренированием холедоха через культю пузырного протока (1); некросеквестрэктомия из ПЖ и ЗК (11). У больных второй группы (8) после установки характера и масштаба панкреонекроза осуществляли аспирацию ферментативного выпота, санацию и дренирование брюшной полости для проведения перитонеального лаважа. По показаниям выполнялись холецистостомия или холецистэктомия с декомпрессией билиарных протоков. При этом никаких активных вмешательств с помощью лапароскопической техники в зоне патологического очага не проводилось (вскрытие, дренирование и

тампонирование СС, некрэктомия из ПЖ, ЗК и т.д.). Однократная ВЛС выполнена 3 пациентам, двухкратная - 6, трехкратная - 9, четырехкратная - 5. Интенсивную инфузионную и антибактериальную терапию проводили с помощью катетера, установленного в брюшную аорту по Сельдингеру. У больных первой группы ВЛС и внутриаортальная катетерная терапия оказались эффективными и позволили добиться купирования воспалительного процесса у 11 (73,3%) больных. У 4 (26,7%) пациентов произошло инфицирование зон некроза ПЖ и ЗК. Этим пациентам выполнялись традиционные «открытые» операции в программируемом режиме. Умерли после операции 2 (13,3%) больных (с глубокими нарушениями углеводного и белкового обмена - 1, от прогрессирующей секвестрации ЗК и тяжелой степени эндогенной интоксикации - 1). У 8 пациентов второй группы мы не наблюдали прогрессирования панкреонекроза и забрюшинной секвестрации. Следует отметить, что такая тактика оказалось эффективной без выполнения полостных травматичных оперативных вмешательств у 100% больных. Осложнений и летальных исходов не было. Представляется, что такие результаты у больных второй группы связаны именно с минимизацией объема вмешательств в зоне некротических очагов ПЖ и ЗК. Полученные результаты позволяют считать, что даже диагностированный при поступлении ДП не всегда является показанием к неотложной операции.

**Заключение.** Применение передовой технологии – видеолaparоскопической санации и базисной патогенетической терапии приведет к реальному снижению летальности у этой тяжелой категории больных.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕЩАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ**

**Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р., Мамадумаров Т.С., Исхаков Н.Б., Робиддинов Ж.Б., Эргашев А.А.**

**Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центра экстренной  
медицинской помощи, Наманган, Узбекистан**

За последние 10 лет в комплексном лечении 52 больных с деструктивным панкреатитом (ДП) была включена методика видеолaparоскопической санации (ВЛС) брюшной полости + внутриаортальная антибактериальная терапия. У всех больных во время лапароскопии установлен ДП, в том числе субтотальное поражение тела и хвоста поджелудочной железы (ПЖ) с крупноочаговым геморрагическим некрозом парапанкреатической клетчатки - у 21, жировой некроз преимущественно головки и тела ПЖ с массивной инфильтрацией и имбибицией гепатодуоденальной связки, паранефральной и параколической клетчаток - у 12, мелкоочаговый и смешанный некроз тела и хвостовой части ПЖ с инфильтрацией и имбибицией корня брыжейки поперечно-ободочной кишки и парапанкреатической клетчатки - у 19. В процессе ВЛС у 30 больных (первая группа) выполнялся ряд вмешательств: аспирация экссудата и санация антисептиками, подведение дренажных трубок в количестве от 3 до 5 в отлогие



места брюшной полости; новокаиновая блокада корня брыжейки поперечно-ободочной кишки, парапанкреатической клетчатки и круглой связки печени, санация и дренирование сальниковой сумки (СС) (14), лапароскопическая холецистостомия при наличии билиарной гипертензии (3), лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) при деструкции желчного пузыря (4), ЛХЭ с наружным дренированием холедоха через культю пузырного протока (2), переход на лапаротомию и удаление некротизированных участков ПЖ (7). У 22 (вторая группа) во время ВЛС устанавливается распространение панкреонекроза, осуществляется активная аспирация ферментативного выпота, санация и дренирование отлогих мест брюшной полости для проведения перитонеального лаважа и по показаниям холецистостомия или ЛХЭ с декомпрессией билиарных протоков. При этом ни в одном случае не проводились активные вмешательства в зоне патологического процесса (вскрытие, дренирование и тампонирование СС, некрэктомию из ПЖ, забрюшинной клетчатки (ЗБК) и т.д.). Однократная ВЛС выполнена 10 пациентам, двухкратная – 6, трехкратная – 4, четырехкратная – 2. У больных первой группы (30) ВЛС и внутриаортальная катетерная терапия оказалось эффективной, и позволила добиться купирования воспалительного процесса у 23 (76,7%). Инфицирование зон некроза ПЖ и ЗБК произошло у 7 (23,3%). Этим пациентам выполнялись традиционные «открытые» операции в программируемом режиме. Умерло после операции 4 (13,3%) больных. У пациентов второй группы (22) прогрессирования панкреонекроза и забрюшинной секвестрации не наблюдали. Следует отметить, что такая тактика оказалось эффективной у всех больных второй группы. Осложнений и летального исхода не отмечалось. По нашему мнению, такие результаты у больных второй группы связаны именно с минимальным объемом вмешательств в зоне некротических очагов ПЖ и ЗБК.

**Заключение.** Полученные результаты позволяют считать, что даже диагностированный при поступлении деструктивный панкреатит не всегда является показанием к неотложной операции. Применение передовой технологии – видеолапароскопической санации и базисной патогенетической терапии приведет к реальному снижению летальности у этой тяжелой категории больных.

## **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ОСЛОЖНЕННЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА**

**Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р., Базарбаев У.Р., Жалилов Э.Т., Исхаков Н.Б., Робиiddинов Ж.Б.**

**Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центра экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистан**

**Актуальность.** В настоящее время заболеваемость, инвалидизация и смертность от цирроза печени (ЦП) с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка остается актуальном среди острой хирургической патологии в экстренной хирургии.



**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.

**Материалы и методы.** За период с 2003 по 2023 гг. под нашим наблюдением находились 1387 больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензией осложненным кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВ). С повторными кровотечениями из ВРВ поступили в стационар 276 (19,9%) больных. Из общего числа больных вирусный гепатит однократно перенесли 693 (49,9%), 122 (8,8%) больных, несколько раз перенесли вирусный гепатит, у 97 (7,0%) больных установлен алкогольный цирроз печени. Возрастной размах составил больные до 19 лет - 92 (6,5%), 20-44 - 582 (42,0%), 45-59 - 405 (29,2%), 60-74 - 249 (17,9%) старше 75 лет - 59 (4,3%) пациентов, из них мужчин – 849 (61,3%), женщин – 538 (38,7%). Всем больным диагноз установлен на основании клинικο-лабораторных данных, УЗИ, эзофагогастродуоденоскопии. У 262 (18,9%) больных диагноз цирроз печени установлен впервые, 195 (14,1%) больных поступили в состоянии печеночной комы в отделение реанимации, 128 (9,3%) пациентов поступили с сильными болями в животе, по ходу обследования установлен «асцитический перитонит», которым проведена лапароскопическая санация брюшной полости. При эзофагогастродуоденоскопии варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка по Шерцингеру 1 ст. были выявлены у 145 (10,4%) больных, 2 ст. у 416 (29,9%), 3 ст. у 557 (40,1%) и 4 ст. – 228 (16,4%). У 41 (2,9%) больных варикозное расширение вен в пищеводе и в кардиальном отделе желудка не отмечено. Функциональное состояние печени по Чайлду - Пью класс - А установлен у 228 (16,5%), класс – В – у 674 (48,6%), класс - С у 485 (34,9%) больных. При УЗИ исследовании ЦП + асцит установлены у 738 (53,2%) больных, спленомегалия - у 536 (38,6%), тромбоз воротной вены - у 30 (2,2%), признаки сдавления воротной вены - у 15 (1,1%) пациентов. От прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности и от профузных пищеводных кровотечений умерли 243 (17,5%) больных.

**Результаты.** Применением вышеотмеченных мероприятий получили положительные результаты у 888 (64,0%), у остальных 142 (10,2%) на высоте кровотечения выполняли следующие виды оперативных вмешательств: операция Пациоры - 98 (69,0%), операция Пациора-Таннера со спленэктомией (СЭ) - 14 (9,8%), шунтирующие операции сосудов - 31 (21,8%) больной. У 21 больных, оперированных на высоте кровотечения, была достигнута полная остановка, лишь у 3 больных с терминальной стадией ЦП после операции Пациора не удалось добиться полного гемостаза, продолжение которого привело к летальному исходу. В комплексе интенсивной терапии - разобщающие операции у больных циррозом печени с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка дали положительный результат в большинстве случаев.

**Заключение.** Тотальное разобщение варикозных вен гастроэзофагального коллектора является наиболее эффективным методом лечения у больных с синдромом портальной гипертензии.





## МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р., Мухитдинов У.Р., Мамадумаров Т.С.,  
Базарбаев У.Р., Рузматов А. Э., Хужамбердиев И.Р., Курбанбаев Б.Н.**  
**Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центра экстренной  
медицинской помощи, Наманган, Узбекистан**

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения кистозных образований поджелудочной железы с применением малоинвазивных методик.

**Материалы и методы.** В течение 2001-2020 гг. в Наманганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) находились 62 больных с кистами поджелудочной железы (ПЖ) в возрасте от 18 до 82 лет. Мужчин было 40 (64,5%), женщин – 22 (35,5%). Постнекротическая киста ПЖ выявлена у 33 (55,1%) больных, посттравматическая у 25 (41,8%), цистаденома у 1 (1,7%) и цистаденокарцинома – у 1 (1,7%). Киста располагалась в области головки ПЖЖ у 22 (35,5%) больных, тела у 25 (40,3%), хвоста – у 15 (24,2%). Солитарная киста выявлена у 47 (75,8%), множественные и многокамерные – у 15 (24,2%) больных. Диаметр кист варьировал в пределах от 5 до 25 см. Сформированная киста обнаружена у 36 (58,1%) больных, несформированное органическое скопление жидкости без четкой капсулы у 26 (41,9%). Осложнение нагноением кист выявлено у 31, кровоизлиянием в полости кисты у 12, перфорация в брюшную полость – у 5, в желудок – у 1, в двенадцатиперстную кишку – у 1 больного.

**Результаты.** В целях дифференциальной диагностики у 1 больного при предположении о наличии цистаденомы проведена тонкоигольная аспирационная биопсия, диагноз подтвержден цитологическим исследованием. С нагноением содержимое кисты ПЖ чрескожное пункционное дренирование (ЧПД) под контролем УЗИ выполнено у 42 больных. Рецидив кисты отмечены у 2 больных, по поводу чего повторно произведены ЧПД под контролем УЗИ. При контрастном исследовании на 6-7-е сутки после ЧПД связь кисты с протоком ПЖ не обнаружена. Традиционным методом были оперированы 20 больных. При осложнении кровотечением в полость кисты, у 1 пациента выполнено удаление гнойно-некротических масс, секвестров и гематом, перевязку кровоточащего сосуда, наружное проточно-аспирационное дренирование остаточной полости. При спонтанном прорыве кисты ПЖ в просвет желудка (1) проводили активную назогастральную аспирацию и консервативное лечение. У 1 больного при прорыве кисты в брюшную полость произведено санация и наружное дренирование кисты, дренирование брюшной полости. Одному пациенту с псевдокистой ПЖ, вследствие хронического панкреатита и вирсунголитиаза, была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеровирсунготомия с последующим наложением цистоеюноанастомоза на петле, выключенной по Ру, в сочетании с холецистэктомией и наружным дренированием общего желчного протока. Цистоеюноанастомоз по Ру произведено у 9 и цистоеюноанастомоз по Брауну - у 3 больных. Наружный панкреатический свищ закрылся самостоятельно у 2 больного. После наружного дренирования остаточной полости кисты ПЖЖ рецидив отмечен у 2 больных,



стойкий наружный панкреатический свищ образовался у 2 больных. Этим больным в последующем был выполнен фистулоэнтероанастомоз.

**Заключение.** Методом выбора в лечении несформированной и осложненной кисты ПЖ является чрескожное пункционное дренирование под контролем УЗИ и МСКТ. Больным с осложненной кистой ПЖ требуется индивидуальный подход при выборе тактики лечения, что определяет исход заболевания. В большинстве наблюдений наружное дренирование и комплексная консервативная терапия, при невозможности выполнения хирургического вмешательства могут стать окончательным способом лечения. При наличии неосложненной сформированной кисты ПЖ предпочтение отдаем выполнению операции внутреннего дренирования (цистоеюанастомоз по Ру или Брауну).

### **ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В РАНнюю СТАДИЮ**

**Власов А.П., Алагулов А.А., Муратова Т.А., Хачатуров М.Ю., Миллер А.А.,  
Месиков О.И.**

**ФГБОУ ВО Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва,  
Саранск, Россия**

С целью объективизации течения раннего послеоперационного периода в ургентной хирургии используются всевозможные критерии и шкалы. Применение их позволяет своевременно определить течение заболевания, на основе чего скорректировать схемы комплексного лечения, в том числе определить показания к повторным хирургическим вмешательствам. Нами разработан способ оценки течения раннего послеоперационного периода у больных ургентными болезнями живота на основе ряда показателей гомеостаза, в том числе выраженности катаболических явлений (патент № 2729730).

**Цель исследования:** оценка информативности разработанного способа у пациентов острым панкреатитом, осложненным ферментативным перитонитом.

**Материалы и методы.** Апробация разработанного способа произведена у 29 пациентов острым панкреатитом ранней стадии, течение которого осложнялось ферментативным перитонитом. Диагноз подтвержден клинически, лабораторно и инструментально (УЗИ, МРТ). Пациентам, наряду с комплексной терапией на основе Клинических рекомендаций, произведены хирургические вмешательства – санирование и дренирование брюшной полости под контролем УЗИ. Оценка тяжести выполнена на основе данных эндогенной интоксикации, липидного состава и молекулярных продуктов липопероксидации. Особенностью способа является то, что конечный результат выражается в относительных величинах (в баллах). Это позволяет применять его без строгого соблюдения сертифицированных методик, реактивов и т.п. Доказано, что значение индекса прогнозирования менее 2,4 свидетельствует о благоприятном течении заболевания, от 3,5 до 4,1 – низкую степень вероятности развития осложнений, более 4,1 – высокую степень вероятности развития осложнений.



**Результаты.** При поступлении пациентов в клинику диагноз острый панкреатит верифицирован клинически, лабораторно и инструментально. Зарегистрированы морфологические признаки поражения паренхимы поджелудочной железы, наличие незначительного экссудата в брюшной полости. На фоне комплексной терапии состояние пациентов не улучшалось, зарегистрировано увеличение количества экссудата в животе, при этом жидкостных образований в тканях самой поджелудочной железы, а также парапанкреатических и параколических тканевых образованиях не было. Индекс течения раннего послеоперационного периода был выше 3,9. Установлены показания к хирургическому лечению острого ферментативного перитонита. Произведено эвакуация экссудата, санация брюшной полости под контролем УЗИ. Объем экссудата варьировал от 0,7 до 1,9 л. Активность альфа-амилазы в нем превышала таковую в крови более чем в 2,7 раз. В раннем послеоперационном периоде течение болезни было различным. У 17 пациентов на фоне комплексной терапии состояние улучшалось, количество экссудата из брюшной полости прогрессивно уменьшалось. Индекс течения раннего послеоперационного периода варьировал от 1,1 до 2,3. При проведении стандартизированного лечения состояние у 12 больных в раннем периоде после санирования брюшной полости ухудшалось. У них, несмотря на адекватное дренирование брюшной полости, зарегистрировано прогрессирование острого панкреатита, развитие разного рода осложнений, которые нуждались в повторных хирургических вмешательствах. В этой группе пациентов индекс повышался и был более 3,9. Пациенты оперированы с применением малотравматичных методик. У 7 пациентов этой группы течение острого перитонита стабилизировалось и на фоне комплексной терапии улучшалось. Индекс течения раннего послеоперационного периода снижался и становился ниже до 2,4. У 5 больных произошло прогрессирование заболевания, возникновение деструктивных явлений в паренхиме органа, развития гнойных осложнений, что потребовало многочисленных вмешательств. Индекс у них сохранялся высоким – более 4,3.

**Заключение.** Разработанный способ течения раннего послеоперационного периода показал высокую степень информативности у пациентов острым панкреатитом, осложненным острым перитонитом и другими осложнениями. Способ прост в исполнении, доступен в лечебных учреждениях различного уровня.

## **ВЫБОР ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

**Ворончихин В.В., Олигер А.А., Катайкин А.Н., Васюков А.А.**

**ГАУ «Институт усовершенствования врачей», Чебоксары, Россия**

**БУ «Республиканская клиническая больница», Чебоксары, Россия**

**Введение.** Хронический панкреатит (ХП), является самой распространенной патологией поджелудочной железы (ПЖ). Выбор операции, кому, когда, какая операция, является актуальной проблемой хирургической панкреатологии.



**Материалы и методы.** Проведен анализ 578 оперированных больных (2013–2023 гг.) по поводу осложненного ХП. Показаниями к операции были: болевой синдром, механическая желтуха, протоковая гипертензия ПЖ, дуоденостаз, постнекротические кисты ПЖ, портальная гипертензия, ложные аневризмы (ЛА) бассейна чревного ствола и верхней брыжеечной артерии. Отсутствие фиброзно-воспалительных изменений в головке ПЖ, при расширении протоков ПЖ и отсутствии других осложнений ХП, было показанием к наложению продольного панкреатоеюноанастомоза (ПЕА) – 53 операции. Цистопанкреатоеюностомия выполнялась при постнекротических кистах большого размера с наличием хорошо сформированной капсулы, крупными секвестрами в полости - 112 операций. Фиброзно-воспалительные изменения в головке ПЖ, широкий панкреатический проток, наличие других осложнений ХП, было показанием к дуоденосохраняющей резекции ПЖ (операции Фрея, Бегера, Бернский вариант) – 309 операций. Операция Фрея (2003 г.) выполнялась при фиброзной трансформации головки ПЖ с панкреатической гипертензией. Бернский вариант резекции головки ПЖ выполнялся при наличии фиброзного перерождения паренхимы головки и билиарной гипертензии. Операция Бегера, при наличии перечисленных осложнений в сочетании с портальной гипертензией. При механической желтухе операция дополнялась холедохопанкреатоанастомозом или гепатикоеюноанастомозом – 57 операций. Срединная резекция ПЖ выполнялась при доброкачественном процессе, с локализацией в области тела ПЖ – 36 операций. Больным с ЛА 1 типа, первым этапом эндоваскулярно устраняли кишечное кровотечение с последующим радикальным хирургическим лечением осложнений ХП – 23 операции. ЛА 2 типа, подлежали эндоваскулярному лечению, которое обеспечивало тромбирование полости аневризмы – 13 операций. Дистальная резекция ПЖ со спленэктомией или сохранением селезенки (Кимура, Уоршоу) выполнялась при постнекротических кистах, полностью замещающих тело, хвост ПЖ - 45 операций. Подозрение на наличие опухоли головки ПЖ, являлась показанием к панкреатодуоденальной резекции – 23 операции.

**Результаты.** Ранний послеоперационный период осложнился панкреатическим свищем (ISGPF, 2016) типа А у 21 больного, типа В – 7 больных. Болевой синдром, в позднем послеоперационном периоде после ПЕА, появился у 7 больных. Выполнена операция Фрея. После наложения холедохопанкреатоанастомоза, у 3 больных был рецидив механической желтухи. Был наложен прецизионный гепатикоеюноанастомоз. Раннее послеоперационное кровотечение в просвет анастомоза после операции Фрея, было в 3 случаях. В 2 случаях выполнена эмболизация сосуда, в одном случае – релапаротомия, гемостаз. Несостоятельность ПЕА - 3 случая.

**Заключение.** Тактика хирурга при осложненном ХП зависит от твердости ПЖ, осложнений ХП, локализации и масштаба изменений в ПЖ. Окончательное решение об объеме операции решается после интраоперационной ревизии панкреатодуоденальной зоны и интраоперационного УЗИ.



## ЭТАПНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СОЧЕТАНИИ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Иванов Ю.В., Панченков Д.Н., Смирнов А.В., Мамошин А.В.  
ФГБУ Федеральный научно-клинический центр ФМБА России, Москва,  
Россия,

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России,  
Москва, Россия

ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева»,  
Орел, Россия

**Введение.** Факт холедохолитиаза и проведения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) является одним из предикторов «сложной» лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). Ряд исследований показали, что выполнение ЛХЭ через 16 недель после ЭРХПГ связано с 10-кратным риском ятрогенной травмы холедоха и 3-кратным риском конверсии. Кроме того сообщается, что до четверти больных, у которых выбрана интервальная этапная тактика, госпитализируются после ЭРХПГ повторно с клиникой острого холецистита или рецидива холедохолитиаза. Симультанная ЭРХПГ и ЛХЭ позволяет избежать второго наркоза и дает возможность сократить сроки лечения, однако при наличии осложнений затрудняет борьбу с ними.

**Цель исследования:** определить оптимальные сроки выполнения ЛХЭ после ЭРХПГ с литоэкстракцией при сочетании калькулезного холецистита и холедохолитиаза.

**Материалы и методы.** В исследование включено 178 пациентов с сочетанием калькулезного холецистита и холедохолитиаза, которым в 2018-2024 гг. оказывалась хирургическая помощь в ФГБУ ФНКЦ ФМБА России. Пациенты с признаками холангита в исследование не включались. 41 пациенту выполнена симультанная ЭРХПГ и ЛХЭ, 38 больным выполнена ЭРХПГ и в рамках одной госпитализации в течение 3 дней ЛХЭ, 99 пациентам выполнена только ЭРХПГ, а ЛХЭ была отсрочена на 1-2 месяца. Из исследования исключены 4 пациента, которым не удалось выполнить литоэкстракцию, что потребовало выполнения открытой холедохолитотомии и 1 пациент, у которого в ходе ЭРХПГ развились признаки ретродуоденальной перфорации, что потребовало открытого хирургического вмешательства и длительного дренажного лечения. На симультанное вмешательство отбирались пациенты моложе 50 лет, у которых отсутствовали классические предикторы «сложного» холедохолитиаза и «сложной» ЛХЭ, не было признаков системной воспалительной реакции, уровень общего билирубина не превышал 90 мкмоль/л, а длительность желтухи была не больше 3 суток. После ЭРХПГ всем больным на 1 сутки назначали контрольное определение уровня панкреатической амилазы в крови. Гиперамилаземию считали противопоказанием к раннему выполнению ЛХЭ.

**Результаты.** Эффективность ЭРХПГ, папиллосфинктеротомии и литоэкстракции составила 97,3% (178/183). Гиперамилаземия на 1 сутки после ЭРХПГ отмечена у 21 (12%) пациента, в группе этапной тактики - у 18 (18%), в группе симультанного вмешательства - у 3 (7,3%). Гиперамилаземия сочеталась с признаками острого панкреатита у 8 (4,5%) пациентов. Ни один из пациентов не





потребовал инвазивных вмешательств или лечения в условиях отделения реанимации. Кровотечений не было. В ходе ЛХЭ ятрогенного повреждения желчных протоков не отмечено ни в одном из наблюдений. Конверсий в группе симультанного вмешательства не было, что объясняется отбором пациентов. В группе ранней этапной ЛХЭ была лишь одна конверсия (2,6%), а в группе отсроченной ЛХЭ – 8 (8%) ( $p=0,25$ ). Летальности не было. В группе отсроченной ЛХЭ повторные госпитализации в связи с рецидивом холедохолитиаза или развитием острого холецистита были у 5 (5%) больных.

**Заключение.** Современные технологии позволяют оказывать медицинскую помощь пациентам с калькулезным холециститом и холедохолитиазом с высоким уровнем эффективности и безопасности. У пациентов, не имеющих признаков тяжелого течения заболевания, возможно выполнение симультанного ЭРХПГ, папиллосфинктеротомии литоэкстракции и ЛХЭ. При отсутствии осложнений ЭРХПГ целесообразно раннее выполнение (3 дня) ЛХЭ, которая не приводит к ухудшению результатов, однако уменьшает риск повторной госпитализации.

## **ЧРЕСКОЖНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРОТОКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Ившин В.Г., Малафеев И.В.**

**ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», Тула, Россия**

**ООО «Центр новых медицинских технологий», Тула, Россия**

**ООО «НПФ «ШАНС», Тула, Россия**

В период с 2003 г. применяем метод чрескожного внутреннего дренирования и эндопротезирования при непроходимости протока поджелудочной железы (ППЖ). Метод применен у 23 больных. Непроходимость ППЖ была на уровне головки поджелудочной железы у 17 больных, на уровне тела - у 5, на уровне хвоста - у 1. У 22 больных непроходимость протока обусловлена хроническим панкреатитом алкогольной и невыясненной этиологии, у 1 – травмой поджелудочной железы. Постнекротические кисты поджелудочной железы имелись у 9 больных, наружный панкреатический свищ - у 6. У 8 больных имелось выраженное расширение панкреатического протока, в том числе в сочетании с механической желтухой у 4. Для протезирования протока поджелудочной железы применяли полиуретановые эндопротезы для правой доли печени, диаметром 12 Ch. Чрескожное эндопротезирование протоков поджелудочной железы выполняли в различных клинических ситуациях. 3 больным с кистами поджелудочной железы, имеющими связь с ППЖ, первоначально выполнили чрескожное дренирование кисты. Спустя 5-7 суток под рентгеноскопическим контролем дренаж установили в отводящий отдел ППЖ, выполнили его реканализацию, бужирование и эндопротезирование. 6 больным с кистами поджелудочной железы, имеющими связь с ППЖ, первоначально выполнили чрескожное дренирование кисты, затем пункционный панкреатикогастроанастомоз по описанной ранее методике. В связи с небольшим дебитом панкреатического сока (50-70 мл/сут) и большой





вероятностью облитерации созданного панкреатикогастроанастомоза, катетер заменили на эндопротез. У 14 больных выполнили чрескожную пункцию и дренирование ППЖ. Через 3-5 суток - реканализацию и бужирование зоны обструкции ППЖ, вводили дренаж в двенадцатиперстную кишку. Спустя еще несколько суток дренаж заменяли на оригинальный эндопротез. Эндопротез герметизировали и ушивали в подкожную клетчатку. Больным с механической желтухой также выполняли ЧЧХС и чрескожное эндопротезирование желчных протоков. Результаты оценивали в раннем и отдаленном послеоперационном периодах. Технически эндопротезирование ППЖ удалось у 22 больных. У 1 больного при чрескожном дренировании не удалось ввести катетер в панкреатический проток. Для предотвращения подобных ситуаций в дальнейшем нами разработан и клинически апробирован специальный набор инструментов. У 1-го больного на этапе наружного дренирования ППЖ отметили дислокацию дренажа с формированием наружного панкреатического свища. В последующем ему выполнили повторное дренирование и эндопротезирование ППЖ. Других осложнений, связанных с техникой выполнения вмешательства, не было. Госпитальной летальности не было. У всех больных отметили значительное улучшение клинической симптоматики и качества жизни. В отдаленном периоде у 2-х больных образовался пролежень и герметизирующий винт эндопротеза вышел наружу. Эндопротезы повторно погружены в подкожную клетчатку. У 1 больного спустя 11 месяцев отметили закупорку панкреатического эндопротеза в двенадцатиперстном отделе. Эндопротез заменили на новый. У всех больных эндопротезы удалены в плановом порядке через 1,5 - 2 года. После удаления эндопротезов рецидивов кист, свищей и расширения панкреатического протока не отметили.

### **АНЕВРИЗМА БРЮШНОЙ АОРТЫ, ОСЛОЖНЕННАЯ АОРТО- ТОНКОКИШЕЧНЫМ СВИЩОМ**

**Исхаков Б.Р., Мухитдинов У.Р., Юлдошев А.А., Хожакбаров А.Х., Саттаров А.А., Ахмаджанов Ш.А., Иброхимов М.М.**

**Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центр экстренной  
медицинской помощи, Наманган, Узбекистан**

**Клиническое наблюдение.** Пациент С. А., 1943 г. рожд., 04.10.22 г. поступил в отделение сосудистой хирургии с микрохирургией Наманганского филиала РНЦЭМП с жалобами на боли в области пупка, с иррадиацией в поясницу, стул малинового цвета и слабость.

Из анамнеза выяснилось, что 20 дней тому назад у него был «дегтеобразный» стул, амбулаторно проходил обследования (ФЭГДС, УЗИ, Рентгеноскопия брюшной полости) и лечился диагнозом «колит, простатит» без эффекта.

На рентгенографии органов грудной клетки больного в легочных полях очаговых и инфильтративных тенообразований не отмечены. При ультразвуковом исследовании брюшной полости от 03.10.2022 г. выявлена «Ложная аневризма



терминальной части брюшной аорты (возможна с вовлечением почечных артерий). УЗИ от 4.10.2022 г: в проекции брюшной аорты, слева от пупка визуализируется мешковидное выпячивание размером до 55х44 мм. (Заключение: Аневризма брюшной аорты?). При Эхокардиоскопии от 04.10.2022 г. была выявлена: Незначительная гипертрофия стенок левого желудочка. Митральная регургитация I степени. Трикуспидальная регургитация I степени. Общая систолическая функция левого желудочка достаточная. На момент осмотра локальная сократимость левого желудочка не нарушено. Обнаружено расслоение абдоминального отдела аорты». При контрастной МСКТ-ангиографии обнаружены признаки расслаивающей аневризмы брюшной. Больной был осмотрен кардиологом. МРТ брюшной полости от 07.09.2022 г. Забрюшинно на уровне L2-L3 позвонков определяется объемное образование которое сливается с аортой, имею контуры в виде чередующих слоев, общим размером 5см в диаметре. Заключение: МРТ признаки объемного образования забрюшинной области на уровне L2-L3 вероятнее аневризма аорты. Хронический холецистит. Колит. Кистозные образования в обеих почках. Контрастная МСКТ-ангиография больного: признаки расслаивающей аневризмы брюшной аорты. Инфраренальная аневризма с адекватным проксимальным перешейком, распространяющаяся до устья внутренних подвздошных артерий (II тип по А.В. Покровскому).

Оперативное вмешательство: тотальная срединная лапаротомия, к ране предлежит напряженное, пульсирующее опухолевидное образование по ходу брюшной аорты размерами 10,0×8,0 см. Вскрыт париетальный листок брюшины с уровня малого таза. Доступ к брюшной аорте достигнут препаровкой забрюшинной клетчатки острым и тупым путём. В расслоенной пульсирующей брюшной аорте выделен здоровый участок т.е., до уровня отхождения почечных сосудов и взят в резиновый турникет. Мобилизованы общие подвздошные и внутренние подвздошные артерии, взяты в резиновый турникет. Мобилизованы люмбальные ветви и взяты в турникет. Продольная аортотомия до 18 см, удалены сгустки крови до 500 г в объеме. При ревизии общих подвздошных артерий отмечены сужения просвета атеросклеротическими бляшками до 60%.

**Заключение.** Представленный клинический пример отражает важность контроля артериальной гипертензии, как одного из ведущих факторов риска развития аневризмы брюшной аорты и курения, как одного из факторов прогрессирования данной патологии. Следует обращать особое внимание на молодых пациентов, особенно курильщиков, длительно страдающих от повышенного артериального давления.

## **ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ**

**Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Мухитдинов У.Р., Исхаков Н.Б., Робиддинов Б.С.**

### **Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистан**

В Наманганском филиале РНЦЭМП за последние 15 лет находились 88 ребенка с подозрением на повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства (ЗБП) при закрытой травме живота. Мальчиков было 65 (73,9%), девочек – 23 (26,1%) в возрасте от 3 до 16 лет. В первые часы от полученной травмы поступило 49 (55,7%) детей, до 3 часов – 30 (34,1%), до 6 часов и более – 9 (10,2%). При изучении характера травмы преобладали травмы, полученные при падении с высоты – 29 (33%), при дорожно-транспортном происшествии – 51 (57,9%) и в результате удара тупым предметом – 8 (9,1%). У всех больных со скрытой клинической картиной травмы органов брюшной полости, с неопределённой ультразвуковой картиной и подозрением на повреждение внутренних органов, органов ЗБП выполнена диагностическая лапароскопия. У 18 (20,4%) детей на этапах диагностической лапароскопии выявлены: повреждения печени (10), почек с забрюшинной гематомой (5) и повреждения поджелудочной железы (3), которые явились показанием к переходу на лапаротомию. У трех больных с повреждением поджелудочной железы из-за развития посттравматического панкреатита, были выполнены ревизия, гемостаз ушибленной раны поджелудочной железы (ПЖ), санация и дренирование сальниковой сумки с формированием оментобурсостомы. Двухкратная программная ревизия, санация, некрсеквестрэктомия ПЖ, тампонадой мазью Левомекола выполнена у двух детей, трехкратная – у 1, с последующим переходом на закрытый способ лечения. Для фракционного лаважа сальниковой сумки использовали раствор Декосана. У 11 (12,5%) пострадавших во время диагностической лапароскопии обнаружены разрывы селезенки с гемоперитонеумом более 300,0 мл, потребовавшие перехода на лапаротомию. При этом ушивание дефекта селезенки с тампонадой прядью большого сальника выполнены 3 пострадавшим, спленэктомия - 8. Процент конверсии составил - 32,9%. У 38 (43,2%) больных с внутрибрюшным кровотечением до 200 мл выявлены: надрывы капсулы и поверхностные разрывы селезенки глубиной до 0,5 см, фиксированными сгустками крови без продолжающегося кровотечения. Этим больным операция была завершена биполярной диатермокоагуляцией раны, санацией и дренированием брюшной полости. У 13 (14,8%) отмечены гематома брыжейки тонкой кишки, ненапряженная забрюшинная гематома с сохранением целостности брюшины. У 8 (9,1%) пострадавших при диагностической лапароскопии признаков повреждения органов брюшной полости не выявлены. В проведенном исследовании у 59 (67,1%) пострадавших лечебно-диагностическая лапароскопия позволила избежать лапаротомию, что дало возможность ограничиться лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости.

**Заключение.** Видеолапароскопия является методом скрининга в комплексной диагностике повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства, и позволяет не только решить весь спектр диагностических и тактических задач, но и производить окончательную остановку кровотечения с эндохирургическим сохранением органа.



## **ЗАВОРОТ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ**

**Исхаков Б. Р., Исхаков Н.Б., Мамадумаров Т.С., Курбанбаев Б.Н.**

**Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистан**

Заворот желчного пузыря (ЗЖП) – это смещение блуждающего желчного пузыря с поворотом вокруг его брыжейки и последующим нарушением его кровоснабжения и проходимости пузырного протока [Аверин В.И., 2009]. Клинический пример Больной С., 24 лет, поступил в Наманганский филиал РНЦЭМП. через 12 часов с момента заболевания с жалобами на боль в правом подреберье постоянного характера, тошноту. Была однократная рвота съеденной пищей. Подобный приступ отмечает впервые. Со слов больного после употребления острой жирной пищи появились резкие боли в животе и многократная рвота. С течением времени состояние больного ухудшилось, болевой синдром стал носить постоянный характер, рвота повторялась, появилась слабость. На обзорной рентгеноскопии органов грудной и брюшной полостей: Легочные поля чистые, без патологических тенеобразований. В брюшной полости, умеренно выраженный пневмотоз кишечника, свободный газ в поддиафрагмальных пространствах не отмечается. На УЗИ: печень и селезенка в размерах не увеличены. Желчный пузырь длиной до 13 см, шириной 5 см, расположен в поперечном направлении в подпеченочном пространстве, стенки 0,3 см, содержимое без эхоскопических включений. Перистальтика кишечника обычная. Заключение: Острый бескаменный холецистит. Застойный желчный пузырь. Установлен предварительный диагноз: Острый бескаменный желчный холецистит. Перитонит? Под эндотрахеальным наркозом произведена верхне-срединная лапаротомия длиной до 15 см, к операционной ране предлежит увеличенный до 15 см темно-багрового, местами черного цвета желчный пузырь. Произведена пункция желчного пузыря, получено 150 мл содержимого черного цвета, после чего обнаружено, что пузырный проток и артерия проходят в брыжейке длиной до 2 см, на которой желчный пузырь завернулся на 360 против часовой стрелки. При раскручивании увеличенного, напряженного желчного пузыря по направлению часовой стрелки на 360 установлен интраоперационный диагноз: Заворот желчного пузыря, осложненный некрозом последнего. Гепатодуоденальная связка при этом инфильтрирована, геморрагически имbibированная, отечная. В подпеченочном пространстве выявлена жидкость темно-геморрагического характера с хлопьями фибрина в количестве до 100 мл и осушена. Была выполнена холецистэктомия с раздельной перевязкой пузырной артерии и пузырного протока. Подпеченочное пространство санировали теплым раствором фурацилина до чистых вод и отделенной контурапертурой к ложу желчного пузыря, установлен силиконовый дренаж. Наложены послойные швы на лапаротомную рану. Проведена операция: лапаротомия, деторсия желчного пузыря, холецистэктомия. Санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный диагноз: Заворот желчного пузыря. Осложнение: Некроз желчного пузыря. Местный геморрагический фибринозный перитонит. Послеоперационное течение гладкое, осложнений не было. Операционная рана зажила первичным натяжением. При осмотре через 7 лет





после операции состояние больного удовлетворительное, жалоб не предъявляет, работает по прежней профессии.

**Заключение.** Проведенное наблюдение является казуистикой и представляет интерес в связи с редкостью подобной патологии в клинической практике, а также возможностью ее диагностики при наличии соответствующей аппаратуры. Правильно собранный анамнез и своевременное, адекватное хирургическое вмешательство с послеоперационным ведением улучшает результаты лечения у этой с редкой патологией категории больных.

## **СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ**

**Исхаков Б.Р., Рузматов А.Э., Хужамбердиев И.Р., Робиддинов Б.С.,  
Эргашев А.А.**

**Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центр экстренной  
медицинской помощи, Наманган, Узбекистан**

В течение последних 20 лет работы в клинике было выполнено 6197 лапароскопических холецистэктомий. Накоплен опыт выполнения 616 (9,9%) симультанных оперативных вмешательств при сочетанной патологии органов брюшной полости и брюшной стенки. Наиболее распространенными сочетаниями лапароскопических операций являлись холецистэктомия и операции по поводу сопутствующей гинекологической патологии. У 119 (19,3%) пациентов второе лапароскопическое вмешательство выполнено по поводу кист яичников, которые были размером от 5 до 10 см. Стерилизация маточных труб выполнена у 308 (50%) больных, сальпингоовариолизис и сальпингостомия при гидросальпинксе - у 52 (8,4%). У 67 (10,9%) больных лапароскопическая холецистэктомия предшествовала герниопластикой пупочного кольца. При синдроме Кноха рассечение спаек выполнено - у 67 (10,9%). В 3 (0,5%) случаях лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с кистэктомией (эхинококкэктомия, фенестрация солитарных кист печени) из печени. В первую очередь вмешательство производилось на наименее инфицированных органах. Для извлечения желчного пузыря и кисты яичника из брюшной полости мы использовали доступ в параумбиликальной точке. В ходе операции не было необходимости введения дополнительного троакара в брюшную полость. Осложнений со стороны брюшной полости не наблюдали. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко. Сравнительный анализ результатов оперативного лечения групп больных, перенесших, симультанные лапароскопические вмешательства показал, что тяжесть течения послеоперационного периода, продолжительность пребывания больных в стационаре и сроки временной нетрудоспособности не претерпевали изменений.

**Заключение.** Более активное внедрение симультанных лапароскопических операций в хирургическую практику позволяет оказать больному квалифицированную помощь и уменьшить финансовые затраты не прибегая к повторной операции, особенно к лапаротомии





## **ВЫБОР МЕТОДА ДЕКОМПРЕССИИ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ**

**Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Рахманов С.У., Хасанов В.Р.**

**Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан**

**Цель исследования:** обоснование выбора метода декомпрессии билиарной системы при механической желтухе.

**Материалы и методы.** Проанализированы возможности и эффективность различных способов декомпрессии на опыте лечения 428 больных с механической желтухой различного генеза. Из них у 97 желтуха была вызвана злокачественными опухолями желчных протоков и головки поджелудочной железы, в 331 случае причинами нарушения оттока желчи был холедохолитиаз, стриктуры протоков. Диагностика механической желтухи была основана на клинико-биохимическом исследовании крови, ультразвуковом исследовании (УЗИ) печени и желчных протоков, эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ), чрескожной чреспеченочной холангиографии (ЧЧХГ). В качестве декомпрессивных вмешательств использовали эндоскопическую папилосфактеротомию (ЭПСТ), чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС). Выбор метода декомпрессии был основан на комплексной оценке нескольких факторов, которые включали степень билирубинемии, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, повышающих риск эндоскопических процедур, данные УЗИ.

**Результаты.** Выявление холедохолитиаза, билирубинемии менее 300 мкмоль/л, отсутствие признаков воспалительного процесса и тяжелой печеночной недостаточности служило основанием для декомпрессии желчевыводящей системы с помощью ЭРПХГ с последующей ЭПСТ (N=145). При выраженной билирубинемии с тяжелой степенью печеночной недостаточности, диагностирование объемного образования гепатобилиарной зоны служило основанием для чреспеченочных вмешательств. ЧЧХС (n=283) обеспечивало постепенную, дозированную декомпрессию желчевыводящей системы, что снижало риск усугубления печеночной недостаточности. Дренирование желчных протоков широкими катетерами с частым промыванием антисептиками позволяет быстро удалить гнойный экссудат, купировать воспалительный процесс.

**Заключение.** Дифференцированное применение способов декомпрессии желчевыводящих протоков, основанного на комплексной оценке характера патологического процесса, позволяет избежать проведения напрасных вмешательств, снизить уровень осложнений и длительности предоперационной подготовки.

**ЧРЕСКОЖНЫЕ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ ПЕРИАМПУЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ**  
**Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Рахманов С.У., Хасанов В.Р., Рахимзода Т.Э.**  
**Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан**



**Цель исследования:** улучшить результаты лечения больных механической желтухой, обусловленной периампулярными опухолями, путем оптимизации применения малоинвазивных эндобилиарных вмешательств.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты диагностики и лечения механической желтухи (МЖ) у 323 больных с периампулярными опухолями (ПАО), которые находились на стационарном лечении во 2 клинике ТМА. У 151 пациента, которые составили контрольную группу, выполняли наружное дренирования. У 172 больных, которые составили основную группу, проводили различные виды наружно-внутренних дренирований желчных путей. Обследованные больные были в возрасте от 20 до 90 лет (средний возраст  $59,8 \pm 25,4$  года). В обеих группах преобладали пациенты мужского пола. Мужчин было 166 (51,4%), женщин - 157 (48,6%). Основной причиной МЖ были опухоли головки поджелудочной железы, которые диагностированы у 271 больного, рак большого дуоденального сосочка обнаружен – у 29, опухоль дистального отдела холедоха - у 23.

**Результаты.** При чреспеченочном контрастировании желчных протоков уровень блока и характер анатомических изменений были выявлены у 56,5% больных при первичном и у всех пациентов - при повторном исследовании, после декомпрессии и санации желчных протоков. В основной группе использовались усовершенствованные методики эндобилиарных вмешательств. Оценивая результаты чрескожной чреспеченочной холангиостомии в качестве декомпрессивного вмешательства по таким критериям, как средний срок желчной декомпрессии, суточный дебит желчи и ее состав, частота и виды осложнений, частота необходимых дополнительных манипуляций, мы выявили, что динамика изменений состояния больных и результатов клинико-лабораторных тестов зависит от исходной глубины функциональных нарушений. Так, у 23 (15,2%) пациентов с легкой степенью печеночной недостаточности (ПН) изучаемые показатели восстановились к 5-7-м суткам, у 51 (33,8%) больного со средней степенью – к 10-14 суткам. Значительно сложнее процесс декомпрессии проходил у больных с тяжелой степенью ПН. У 55 из 77 (60,0%) пациентов медленный монотонный регресс проявлений МЖ наблюдался на протяжении 18-25 дней наблюдения и интенсивного лечения. У 12 больных отмечалась отрицательная динамика, которая усилилась к 3-7-м суткам. У них нарастали симптомы печеночно-почечной недостаточности. 3 (1,9%) пациента погибли от прогрессирующей печеночной и почечной недостаточности. Общая стабилизация состояния больных наступила только к 21-25-м суткам. Наблюдение за иноперабельными пациентами, у которых метод чреспеченочного каркасного дренирования использовался в качестве паллиативного вмешательства, в отдаленные сроки показало, что этот подход имеет существенные преимущества. Продолжительность жизни оказалась статистически большей, чем при наружном дренировании. При наружном дренировании к 6-12 мес. выживаемость составила  $20,5 \pm 5,3\%$ , к 12-18 мес. -  $3,4 \pm 1,1\%$ , до 18-24 мес. не дожил ни один пациент. При каркасном дренировании эти показатели составили соответственно  $39,7 \pm 14,2$ ;  $12,2 \pm 4,7$  и  $5,2 \pm 0,9\%$ , ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Чреспеченочное каркасное длительное дренирование на сменных дренажах является методом выбора у данной категории больных. Несмотря на некоторые неудобства для больного, метод сопровождается минимальным количеством осложнений, многие из которых легко купируются консервативно. Кроме того, он позволяет свободному поступлению желчи в двенадцатиперстную кишку и контролировать состояние протоков по мере прогрессирования опухоли в отдаленном периоде, корректировать положение дренажа для обеспечения адекватного желчеотведения.

### **АКТИВНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ ЖИДКОСТНАЯ БИОПСИЯ**

**Кашинцев А.А., Коханенко Н.Ю., Павелец К.В., Антипова М. В., Русанов Д.С., Вавилова О. Г., Радионов Ю.В., Пруцкий В.Ю., Надеева А. А., Магомедова Ф. Г.**

**ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия**

**Актуальность.** В настоящее время большое внимание уделяется ранней диагностике рака поджелудочной железы (РПЖ) и важным ключевым компонентом моментом в этом считается выявление клеточного компонента и маркеров, указывающих на злокачественность процесса. Пациенты с кистозными неоплазиями являются группой повышенного риска, однако верификация доброкачественный или злокачественный характер весьма сложно, при этом ошибки достигают 60%. Панкреатический сок вызывает огромный интерес, как высокоспецифичная среда, так как содержит как клеточный, так и молекулярно-генетическим компонент.

**Материалы и методы.** Представлена новая методика жидкостной аспирационной биопсии, позволяющая в как амбулаторно, так и в стационаре выполнять забор смеси панкреатического сока с желчью. На основании существующих рекомендаций CAPS 2020 и Fukuoka 2017 по ранней диагностике неоплазий поджелудочной железы, мы использовали наличие клеточной атипии и уровень РЭА более 192 нг/мл для дальнейшего принятия решения о выборе лечебной тактики.

**Результаты.** На примере небольшой выборки пациентов с различными образованиями ПЖ продемонстрирована возможность дополнять стандартные процедуры верификации новым методом диагностики неоплазий поджелудочной железы. В результате, получив дополнительные данные, это позволило либо подтвердить предположение, а в ряде случаев изменить диагноз и лечебный подход.

**Заключение.** Продemonстрированный опыт показал свою безопасность и в перспективе может улучшить раннюю диагностику рака поджелудочной железы.



## ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Кашинцев А.А., Коханенко Н.Ю., Пруцкий В.Ю., Вавилова О.Г., Радионов Ю.В., Анисимов С.В., Надеева А.А.

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

**Введение.** Интенсивная терапия и энтеральное питание при остром панкреатите играет огромную роль в профилактике развития инфекционных осложнений. Одним из нерешенных вопросов остается метод введения питательных сред.

**Материалы и методы.** В период с 2020 по 2023 гг. было проведено многоцентровое открытое рандомизированное исследование. В протокол включались пациенты со среднетяжелой и тяжелой формой острого билиарного (без показаний для проведения ЭРХПГ) и алиментарно-алкогольного панкреатита. В первые сутки после рандомизации направлялись в ОРИТ и начиналось проведение интенсивной терапии. Разработан катетер и метод селективного введения энтерального питания непосредственно в начальные отделы тощей кишки, исключающий заброс как желудочного, так и тонкокишечного содержимого в двенадцатиперстную кишку. Более того, для предотвращения задержки содержимого в двенадцатиперстной кишке и предотвращения его заброса в панкреатические протоки, с помощью катетера осуществляется активная аспирация из просвета. Пациентам начиналось энтеральное питание через 24 часа после включения в протокол, для группы А селективно в проксимальную часть тощей кишки, а для группы Б чрезорально/гастрально или назоинтестинально. Оценивались на 96 часов наличие полиорганной недостаточности после включения, второй частота инфекционных осложнений и количество хирургических вмешательств. Контрольный опрос пациентов осуществлялся через 3 и более месяцев после исследования.

**Результаты.** Были включены 154 больных со среднетяжелой и тяжелой формами ОП, которые прошли лечение в 9 госпиталях. Данные 120 больных вошли анализ согласно рандомизации. Пациенты сбалансировано распределены между группами исследования по этиологии, полу, возрасту и индексу массы тела. В результате проведенного анализа выявлено, что частота полиорганной недостаточности на 96 часов в группе А составила 22,03%, а в группе Б – 26,23%. Объем инфузионной терапии в группе А составил 6,64л/сутки, группе Б – 6,47л/сутки. Частота инфекционных осложнений снизилась с 18,64% в контрольной группе Б до 4,92% в экспериментальной группе А ( $p=0,0192$ ). Частота хирургических операций в группе А составила 14,74%, а в контрольной группе Б – 25,42% ( $p=0,14$ ). Общее количество хирургических вмешательств снизилось с 41 в контрольной группе Б до 15 при применении раннего селективного введения питания и активного дренирования ДПК.

**Заключение.** Интенсивная терапия и раннее энтеральное питание в первые 72 часа играет важную роль в лечении ОП, при этом метод селективного введения питания с изоляцией и активной аспирацией содержимого ДПК показало преимущество по сравнению со стандартным способом, что позволило снизить





частоту ПОН, инфицирования, а также уменьшить количество хирургических вмешательств.

## **ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ С СЕГМЕНТАРНЫМ СТЕНОЗОМ И ВИРСУНГОЛИТИАЗОМ**

**Магомедова С.М., Меджидов Р.Т., Абдуллаева А.З., Мирзоев И.А.**

**ГБУ РД Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи, Махачкала, Дагестан, Россия**

**ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Махачкала, Дагестан, Россия**

**Введение.** Имеется многообразие окончательных морфологических типов хронического панкреатита (ХП) и среди них нередки такие клинко-морфологические варианты как ограниченные и протяжённые стриктуры Вирсунгового протока с вирсунголитиазом. Проведение исследования, посвящённой данной проблеме является весьма актуальной.

**Цель исследования:** разработка лечебного алгоритма для пациентов с ХП с сегментарным стенозом и вирсунголитиазом.

**Материалы и методы.** Анализированы результаты хирургического лечения 69 пациентов с клинко-морфологическим типом ХП с сегментарным стенозом, постстенотическим расширением панкреатического протока и вирсунголитиазом. Лапаротомия, операция Пьюстоу выполнена 49 (71%) пациентам, операция Фрея – в 15 (21,7%) наблюдениях, операция Бегера-12 (17,4%) случаях и резекция хвоста поджелудочной железы (ПЖ)+операция Дюваля-3 (4,3%). Оценка характера послеоперационных осложнений проводили по классификации Clavien Dindo. Для оценки интегрального показателя качества жизни использован опросник SF-36. Результаты. Ведущим признаком указанного типа ХП является боль. Периодическая рвота съеденной пищей и чувство голода в эпигастрии отмечены у 93,6 и 85,9% пациентов соответственно. Неустойчивый стул отмечался у всех пациентов, снижение массы тела также отмечены у всех пациентов. Нарушение углеводного обмена выявлено у 29,5% пациентов. Повышение амилазы выявлено у 39%, липазы – у 19% пациентов. Послеоперационные осложнения развились в 5 (7,2%) случаях, летальность составила 2,9%. После оперативного лечения по сравнению с исходным отмечено повышение физической активности в среднем на 34 балла, психического состояния – на 42 балла, социальной адаптации - на 24 балла, снижение уровня болевого синдрома – на 64 балла и уровня диспепсии – на 30 баллов. Результаты оперативного лечения ХП с сегментарным стенозом и вирсунголитиазом признаны хорошими у 57 (82,6%) пациентов, удовлетворительными – у 8 (11,6%) и неудовлетворительными – у 4 (5,8%) пациентов.

**Заключение.** В структуре клинко-морфологических типов ХП, требующих хирургического лечения, удельный вес пациентов с внутрипаренхиматозными стриктурами и вирсунголитиазом составляет около 40%. В большинстве случаев





при данном типе ХП показаны резекционно-дренирующие операции, и они позволяют повысить качество жизни, в среднем, суммарно на 183-225 баллов.

## **ОПТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

**Мамошин А.В.<sup>1,2</sup>, Потапова Е.В.<sup>2</sup>, Сумин Д.С.<sup>2,3</sup>, Кандурова К.Ю.<sup>2</sup>, Приземин В.Н.<sup>2</sup>, Дунаев А.В.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия**

**<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева», Орел, Россия**

**<sup>3</sup>БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница», Орел, Россия**

**Актуальность.** Ежегодно сохраняется фиксация группы пациентов с синдромом механической желтухи, сопровождающимся прогрессированием печеночной недостаточности на фоне декомпрессии желчевыводящих путей. Диагностика печеночной недостаточности при синдроме механической желтухи основана на анализе клинико-лабораторных данных и инструментальных методов исследования. Однако общепринятые показатели не могут в полной мере предоставить информацию о тяжести нарушений функционального состояния печени и повреждения паренхимы печени, что определяет актуальность в поиске новых методов оценки печеночной недостаточности и прогнозе течения заболевания.

**Цель исследования:** повышение эффективности оценки функционального состояния печени при выполнении чрескожных минимально инвазивных вмешательств у пациентов с синдромом механической желтухи.

**Материалы и методы.** В исследовании принял участие 41 пациент с синдромом механической желтухи различной этиологической природы. В качестве метода билиарной декомпрессии всем пациентам была выполнена наружная чрескожная чреспеченочная холангиостомия. На этапе формирования первичного доступа в билиарный тракт и в последующем каждые 3-4 суток выполнялось исследование желчи методами клиновидной дегидратации и спектроскопии комбинационного рассеяния.

**Результаты.** По результатам кристаллографического исследования желчи наибольшую чувствительность к динамическому изменению функционального состояния печени показали такие признаки, как однородность и упорядоченность зоны кристаллизации, угол наклона жидкокристаллических линий. Использование метода спектроскопии комбинационного рассеяния желчи позволило выявить характерные изменения амплитуды пиков билирубина в динамике после проведения чрескожных минимально инвазивных вмешательств. Снижение интенсивности пиков билирубина до 1000-2000 отн. ед. в полосах 1255-1260 и



1606-1620 см-1 после декомпрессии свидетельствует о восстановлении выделительной функции печени, являясь прогностическим параметром прогрессирования печеночной недостаточности и эффективности чрескожной декомпрессии желчевыводящих путей. В соответствии с полученными данными о метаболизме печеночной паренхимы и её выделительной функции, выполнялась коррекция проводимой терапии с определением дальнейшей тактической позиции.

Проведенные исследования позволили осуществить персонализированную динамическую оценку функционального состояния печени у пациентов с синдромом механической желтухи после первичного этапа хирургического лечения, индивидуально подобрать наиболее эффективную тактику лечения для каждого пациента, а также провести мониторинг эффективности чрескожных минимально инвазивных декомпрессионных вмешательств.

**Выводы.** Представленные подходы оценки функционального состояния печени являются методами объективной диагностики, что позволяет их использовать в качестве дополнительного критерия тяжести печеночной недостаточности и прогнозирования её течения у пациентов с синдромом механической желтухи.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-25-00487, <https://rscf.ru/project/23-25-00487/>.

## **КОМПЬЮТЕРНАЯ ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Мухитдинов У.Р., Исхаков Б.Р. Рузматов А. Э., Ваккасов М.Х., Мамадумаров Т.С., Исхаков Б. Р., Исхаков Н. Б.**

**Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центр экстренной  
медицинской помощи, Наманган, Узбекистан**

**Актуальность.** Доступным в настоящее время методом диагностики и динамического контроля острого панкреатита (ОП) является ультразвуковое исследование. Для более детальной оценки изменений в паренхимы поджелудочной железы и определения дальнейшей тактики лечения широко используется компьютерная рентгенодиагностика (МСКТ).

**Цель исследования:** улучшить результатов лечения больных с деструктивными формами острого панкреатита.

**Материалы и методы.** В Наманганском филиале РНЦЭМП у 119 больных с деструктивными формами болезни проводили МСКТ, с помощью которой определили объем, локализацию деструктивных изменений в поджелудочной железе и их распространение по окружающим областям. Учитывая выше указанных данных, появляются возможность определить дальнейшую тактику и объем проводимых оперативных вмешательств.

**Результаты.** Степень тяжести острого панкреатита определяли с использованием томографического индекса Balthazar (CT Severity Index - CTSI). Для расчета CTSI к баллам степени воспалительных изменений в поджелудочной



железе прибавляют баллы, соответствующие объему некроза ткани поджелудочной железы: 2 балла - при некрозе менее 1/3 объема паренхимы, 4 балла - при некрозе более 1/3, но менее 1/2 объема, 6 баллов - при некрозе более 1/2 объема. Счет баллов производится от 1 до 10. Распределение больных острым панкреатитом в соответствии с индексом CTSI представлено в табл. Балльная система Balthazar (1985) Некроз ПЖ (Балл, 100%): А) Отсутствие некроза 0; Б) Некроз одной трети поджелудочной железы 2 50,7%; В) Некроз половины поджелудочной железы 4 23,3%; Г) Некроз более половины ПЖ 6 26,0%. У 119 больных проведено МСКТ. По результатам исследования у 31 (26,1%) больных выявлено было поражение более 50% паренхимы ПЖЖ, у 26 (21,8%) - от 30 до 50% паренхимы, у 62 (52,1%) - менее 30%. У 51 (42,8%) больных на фоне изменений структуры поджелудочной железы выявлена свободная жидкость в брюшной полости. Отсутствие некроза (0 балл) в нашем наблюдении не отмечалось, некроз одной трети поджелудочной железы – (2 бала) выявлено у 51,7% больных, некроз половины поджелудочной железы (4 балл) - у 22,6% больных, некроз более половины ПЖ (6 балл) у 25,7% больных. (Балльная система Balthazar, 1985) Ежедневная оценка тяжести состояния больного по балльную систему Balthazar и УЗИ мониторинг не только имеют высокую прогностическую значимость, но и составляет основу объективизации показаний к оперативному вмешательству и дифференцированного подхода при выборе режимов комплексного лечения. Сроки оперативного вмешательства зависело от общего состояния больного, клинического течения болезни, степени нарастания симптомов интоксикации (тяжести гемодинамических нарушений и степени панкреатогенного шока), функциональной недостаточности паренхиматозных органов, постнекротических осложнений, а также результатов инструментальных исследований.

**Заключение.** Применение компьютерных методов диагностики позволяет выбрать правильную тактику лечебно-диагностических мероприятий, а также сроков операции и вида оперативных вмешательств.

## **СЛУЧАЙ УШЕМЛЕНИИ И НЕКРОЗА СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ**

**Мухитдинов У.Р., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б.**

**Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центр экстренной  
медицинской помощи, Наманган, Узбекистан**

Посттравматические ущемленные диафрагмальные грыжи (ПТДГ) отличаются сложностью диагностики и значительным количеством диагностических ошибок, которые чреваты возникновением тяжелых осложнений, вплоть до летального исхода.

Приводим **клиническое наблюдение**. Больной К. А., 1968 г. рожд. поступил 12.11.2018 г. в ургентном порядке в приёмно-диагностическое отделение Наманганского филиала РНЦЭМП с жалобами на сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватку воздуха, боли по всему животу, вздутие живота, тошноту,



сухость во рту, общую слабость. Болен в течение 3-х часов. Свое заболевание больной связывает с перееданием. На обзорной рентгеноскопии органов грудной клетки и брюшной полости (№ 3310) выявлены резкое смещение органов средостения вправо, высокое положение левого купола диафрагмы, пневмоперитонеум, чаши Клойбера. При рентгеноскопии органов брюшной полости (№ 35083) обнаружены пневмоперитонеум и чаши Клойбера. 12.11.2018 г. бесконтрастное МСКТ грудной клетки Вывод: Разрыв левого купола диафрагмы. Левосторонний гидропневмоторакс с дислокацией органов средостения вправо. Пневмоперитонеум. (Разрыв полого органа брюшной полости.) Камни в левой почке. Осмотрен кардиологом: ИБС, стабильная стенокардия напряжения, ФК II. Больной госпитализирован с диагнозом «Посттравматическая диафрагмальная грыжа слева? Левосторонний гидропневмоторакс? Перфорация полых органов брюшной полости? Перитонит?». 12.11.2018 г. больному выполнена экстренная операция (№ 1060): Верхнесрединная лапаротомия длиной до 18 см. Проксимальная часть желудка до антрального отдела вместе с селезенкой, поперечно-ободочная кишка с большим сальником, часть тощей кишки уходят через дефект левого купола диафрагмы в плевральную полость, откуда спускается отводящая петля указанного отдела тонкой кишки, нисходящая ободочная кишка, которая находится в спавшемся состоянии. Клинический диагноз: Ущемленная посттравматическая диафрагмальная грыжа слева (ущемление желудка, поперечно-ободочной, тонкой кишки и селезенки), осложненная некрозом и перфорацией желудка, некрозом большого сальника, гидропневмотораксом. Осложнение: ДН II ст., плевропульмональный шок I-II ст. Соп.: ИБС, стабильная стенокардия напряжения, ФК II. МКБ. Камни в левой почке. Название операции: «Лапаротомия. Низведение содержимого грыжевого мешка (желудок вместе с селезенкой и большим сальником, поперечно-ободочная кишка, часть тощей кишки) в брюшную полость. Ушивание дефекта желудка. Резекция большого сальника. Торакоцентез, дренирование левой плевральной полости. Ушивание дефекта диафрагмы, дренирование брюшной полости». Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи из брюшной полости удалены на 6-8-е сутки, дренаж из сальниковой сумки удалён на 12-е сутки, швы сняты на 8-е сутки, рана зажила первичным натяжением. Больной выписан из отделения на 13-е сутки.

**Заключение.** Диагностика одновременных ущемлений нескольких полых органов и селезенки при посттравматической диафрагмальной грыже требует применения комплекса инструментальных методов исследования, наиболее эффективным из которых является МСКТ. Описанный клинический случай указывает на то, что локализация посттравматической диафрагмальной грыжи крайне разнообразна, ущемлённые ее формы протекают тяжело, под маской других острых заболеваний брюшной полости и грудной клетки. Для улучшения результатов лечения посттравматической диафрагмальной грыжи необходимо проводить обследование всех пациентов с торакоабдоминальными травмами с целью ранней диагностики данной патологии и оперативной её коррекции в плановом порядке.





## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИМ МЕТОДОМ

Назыров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Маткаримов Ш.У., Тургунбоев Э.К.  
ГУ «Республиканский специализированный научно практический  
медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент,  
Узбекистан

**Цель исследования:** разработать способ минимально инвазивного пункционно-дренирующего лечения ограниченных жидкостных скоплений (ОЖС) в брюшной полости, способствующий ускорению процессов ее заживления.

**Материал и методы.** Пункционно-дренирующий способ лечения ОЖС проводится путем введения антисептика через дренажную трубку, сначала под контролем УЗИ проводится пункция жидкостного скопления, после чего по струне-проводнику в остаточную полость проводят двухканальный дренаж для последующей промывки остаточной полости с использованием антисептического средства ФарГАЛС в 50% концентрации разведенный стерильной водой, полученный раствор капельно вводится в остаточную полость, подобное промывание проводится 3 раза в день в течение 2 дней, далее через двое суток после начала промывания на дренаж устанавливается вакуум аспирация, и с этого же периода проводится облучение остаточной полости лазерным излучением аппарата «Матрикс» с использованием лазерной головки КЛ-ВЛОК-365, обеспечивающей длину волны 365 нм, мощностью 3 мВт, в течение 2 минут на объем в 1 см<sup>3</sup> с использованием световода с излучением под углом 120° с периодичностью 1 раз через 2 суток с нужной периодичностью (в среднем 2-3 сеанса), после чего дренаж удаляется. По данной методике оперировано 50 пациентов, которые составили основную группу. В группу сравнения были включены 57 пациентов, которым выполнялось стандартное вмешательство. ОЖС в брюшной полости были следствием следующих операций: родственная трансплантация правой доли печени – 9; реконструкция билиарных протоков – 6; панкреатодуоденальная резекция – 2; эхинококкэктомия из печени – 36; вскрытие, санация и дренирование поддиафрагмальных абсцессов – 16; ушивание перфоративной язвы – 5; резекция желудка по поводу осложненной язвенной болезни – 11. Без первичного вмешательства с развившемся поддиафрагмальным абсцессом было 5 пациентов и с ОЖС на фоне состоявшегося панкреонекроза – 17 больных.

**Результаты.** Доля пациентов с однократной пункцией, обеспечившей выздоровление, составила только 61,4% в группе сравнения, при этом усовершенствованный способ позволил увеличить эти значения до 88,0%. Повторное скопление, не потребовавшее пункционного лечения, то есть с последующим самоизлечением было отмечено у 7,0% пациентов в группе сравнения 4,0% в основной группе.

**Выводы.** Применение предложенного способа минимально инвазивного лечения ОЖС в брюшной полости позволило увеличить долю хороших результатов по сравнению с традиционной методикой с 68,4% до 92,0%, при этом частота неудовлетворительных результатов, потребовавших открытого оперативного лечения, сократилась с 12,3 до 2,0% ( $\chi^2=7,771$ ;  $df=2$ ;  $p=0,021$ ). Проведение



промывания остаточной полости раствором ФарГАЛС обеспечивает антибактериальный и антисептический эффект, а дополнение процедуры внутриспросветным лазерным облучением способствует как дополнительному антисептическому эффекту, что в целом обеспечивает усиление локальных адгезивных свойств и репарации остаточной полости.

## **ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ В УРЕГНТНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

**Оленев Е.А., Сыдыгалиев Н.А., Выговский Н.В., Бобохидзе Д.Н., Черепанов  
В.Г., Климова Ю.В.**

**ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Новосибирск, Россия**

**ГБУЗ НСО Городская клиническая больница №1, Новосибирск, Россия**

**Актуальность.** На сегодняшний день опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны являются одной из редких и сложных локализаций, составляют до 5,4% в структуре онкозаболеваний в РФ (Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Веденин Ю.И., Мандриков В.В., 2016). До 80% случаев, данные новообразования сопровождаются развитием тяжёлого осложнения – механической желтухи. Учитывая наличие таких осложнений и, тем более, распространённости онкопроцесса, выполнение радикального хирургического объёма не представляется возможным, необходимо паллиативное оперативное вмешательство, направленное на ликвидацию билиарной гипертензии. Подавляющее большинство пациентов с механической желтухой попадают в ургентные хирургические стационары, что требует определённого подхода, как в их обследовании, так и выборе паллиативного хирургического вмешательства.

**Материалы и методы.** Анализ результатов лечения 48 пациентов за период 2018-2023 гг. в одном из ургентных хирургических стационаров г. Новосибирска. Основная причина механической желтухи – опухоль головки поджелудочной железы 28 (58,33%) пациентов, опухоль большого дуоденального соска – 9 (18,75%) пациентов, опухоль Клацкина – 5 (10,42%) случая. Возраст пациентов 54 – 88 лет. Мужчин было 29 (60,42%) человек, женщин - 9 (39,58%). Применяли клинический, рентгенологический и статистический методы исследования.

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения пациентов с механической желтухой опухолевого генеза.

**Результаты.** Все пациенты поступили в экстренном порядке бригадой «Скорой медицинской помощи» (34 (70,83%) пациента) или по направлению из поликлиники или в порядке самообращения (16 (33,33%)). Все пациенты были осмотрены и обследованы в приёмном отделении. Уровень билирубинемии составил от 142 до 230 мкмоль/л. Симптом Курвуазье отмечен у 12 (25%) пациентов. Давность заболевания от 1 до 6 месяцев, 17 пациентов уже состояли на онкоучёте. Иктеричность склер и кожи отмечалась от 5 суток до 2 недель. На момент поступления показаний к экстренной операции не было. Начато



консервативное лечение в объеме инфузионной, детоксикационной, симптоматической терапии. Параллельно выполнялась дополнительная диагностика пациентов, в том числе эндоскопическая и лучевая. По данным ФЭГДС во всех случаях отсутствовало поступление желчи в просвет двенадцатиперстной кишки. По данным ЯМРТ брюшной полости с контрастным усилением, уточнена локализация онкопроцесса и уровень блока общего желчного протока, во всех случаях отмечена гипертензия желчных протоков. У 9 (18,75%) пациентов отмечены вторичные очаги в печень, канцероматоз брюшной полости - у 2 (4,17%). Сопутствующий коморбидный фон был у пациентов в 85% случаях. Раковая кахексия отмечена в 45% случаях. Пациенты были оперированы в срок 3-5 суток с момента поступления, после инфузионной подготовки и дообследования. Объем оперативного вмешательства был следующий: наложение холецистоюноанастомоза с Брауновским соустьем – 19 (39,58%), наружное дренирование общего желчного протока по Керу – 12 (25%), гепатикоеюноанастомоз – 5 (10,42%), ЧЧХС – 8 (16,67%) пациентов (в том числе у всех с опухолью Клацкина), холецистостома – 4 (8,33%) пациента (в тяжёлом состоянии). У 17 пациентов, поступивших без патогистологической верификации диагноза, так же, интраоперационно выполнен забор биопсии. У всех пациентов постоперационный период протекал в ОРИТ, далее в профильном отделении, с преемственностью медикаментозного лечения. 42 (87,5%) пациента выписаны со значительным снижением общего билирубина и направлены для дальнейшего лечения в региональный онкодиспансер для определения дальнейшей тактики лечения. Летальный исход имел место у 6 (12,5%) пациентов, это было обусловлено прогрессированием основного онкозаболевания и декомпенсацией по сопутствующей патологии, нарастанием и прогрессированием полиорганной недостаточности.

**Выводы.** Опухоли гепатобилиарной зоны являются одной из трудных анатомических локализаций, что определяет трудности паллиативных дренирующих желчные пути операций. Среди исследуемых пациентов, в подавляющем большинстве случаев наблюдалась низкая обструкция желчных путей, что позволило выполнить наложение билиодигестивного анастомоза или наружное дренирование общего желчного протока, желчного пузыря, а так же, в ряде случаев, произвести забор биопсии опухоли головки поджелудочной железы, для последующей патогистологической верификации. При воротных холангиокарциномах, и нескольких случаях опухолевой холедохэктазии применена чрескожно-чреспечёночная холангиостомия.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ**

**Панченков Д.Н.<sup>1,2</sup>, Иванов Ю.В.<sup>1,2</sup>, Абдулкеримов З.А.<sup>1</sup>, Тупикин К.А.<sup>1</sup>,  
Злобин А.И.<sup>1,2</sup>, Лискевич Р.В.<sup>1</sup>, Балабеков А.Г.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Российский университет медицины», Москва, Россия**

**<sup>2</sup>ФГБУ Федеральный научный клинический центр ФМБА России, Москва, Россия**

Программы ускоренной реабилитации пациентов все глубже внедряются во все разделы хирургии. Однако в ряде ее областей присутствует некий консерватизм, тормозящий дальнейшее изучение последствий внедрения программ Fast track. При этом часто упускается момент, что эти программы имеют комплексный характер и направлены не на скорейшую выписку пациента, а на улучшение течения послеоперационного периода.

**Цель исследования:** исследовать возможность и эффективность применения элементов программы ускоренной реабилитации в гепатопанкреатобилиарной хирургии.

**Материалы и методы.** За период с января 2019 по март 2024 г. на базе Университетской клиники Российского университета медицины и ФНКЦ ФМБА РФ пролечено 94 пациента, проведено 88 операций пациентам с различными заболеваниями поджелудочной железы, 6 пациентов по поводу различных заболеваний печени. Оперированы пациенты в возрасте от 22 до 78 лет, средний возраст - 43,5 лет, мужчин - 45 (51,1%), женщин - 43 (48,9%). Объем операций: панкреатодуоденальная резекция ПДР (47); дистальная резекция поджелудочной железы ДРПЖ (25), энуклеация опухолей поджелудочной железы (6). Из лапароскопического доступа произведено 12 ПДР, 10 ДРПЖ и 5 энуклеации, всего 27 (30,6%) операций; 61 (69,3%) выполнены в лапаротомном доступе. По поводу метастатических опухолей печени из открытого доступа выполнено 4 операции, по поводу гемангиомы печени оперировано 2 пациента – всем пациентам выполнены различные сегментарные резекции печени. Всем пациентам применены элементы программы ускоренной реабилитации (Fast track). К элементам программы ускоренной реабилитации, примененным в нашем исследовании, относили: отказ от механической подготовки кишечника к операции – 100% пациентов; стрижка волос операционного поля триммером вместо бритья - у всех пациентов; отказ от рутинной назогастральной интубации – у 31 (32,9%) пациентов; лапароскопический доступ – у 27 (30,6%) пациентов; ранний возврат к пероральному приему жидкости (в 1-е сутки после операции) и пищи (со 2-го дня после операции) – у 29 (30,9%) пероральный прием жидкости начат в 1 -й день после операции, у 38 (40,4,4%) пациентов (после ПДР) прием жидкости начинали со 2-го дня после операции.

**Результаты.** Гладкое течение послеоперационного периода отмечалось у 48 (51,1%) пациентов. Гастростаз после ПДР развился у 5 (5,3%) пациентов (разрешился консервативно), панкреатические фистулы BL и B ISGPF - у 6 (6,4%), послеоперационный панкреатит - у 7 (7,4%), внутрибрюшное кровотечение - в 1 (1,1%) случае (повторная операция). Пациенты, оперированные лапароскопически, выписаны в сроки от 6 до 8 дней, пациенты после открытых операций – в сроки от 7 до 16 дней. Сроки нахождения в палате реанимации составили в среднем 1,8 койко-дней.

**Заключение.** Применение программы «Fast track» в гепатопанкреатобилиарной хирургии безопасно, способно уменьшить послеоперационный койко-день, что позволит достичь большей экономической



эффективности. Однако небольшой массив данных и отсутствие четкого протокола применения программы требуют продолжения проводимых исследований.

## **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ**

**Пельц В.А., Керопян С.Е.**

**ГАУЗ Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им.**

**М.А. Подгорбунского, Кемерово, Россия**

**Материалы и методы.** За период с февраля 2019 г. по февраль 2024 гг. 49 пациентам (27 мужчинам и 22 женщинам) с осложненным течением хронического панкреатита были выполнены оперативные вмешательства, из них лапароскопическим доступом - 5, полостные - 44: продольная панкреатоеюностомия (n=28, лапароскопические n=4), операция Фрея (n=21, лапароскопически n=1.) Из них 11 операций были дополнены симультанными вмешательствами (холецистэктомия 5, холедохоеюностомия 3, наружное дренирование кисты 1). Во всех случаях хирургического лечения операции выполнялись с использованием интраоперационной УЗИ навигации. Все лапароскопические операции проведены через 5 троакарных доступов (два 5 мм, два 10 мм и один 12 мм), визуализация вирсунгова протока достигалась прецизионной инструментальной пальпацией и как основным методом навигации интраоперационным УЗИ с последующей пункцией протока под УЗИ контролем и выполнением интраоперационной вирсунгографии. Выключение петли по Ру выполнялось сшивающим аппаратом типа “Эшелон”, проведение выключенной кишки позадиободочно с последующим формированием анастомоза от хвоста в головке двумя монофиламентными нитями 3\0.

**Результаты.** После лапароскопических операций возникла одна панкреатическая фистула степень А (классификация ISGPS), закрывшаяся самостоятельно. Летальных исходов не было. Зафиксировано 1 осложнение 1 степени по Clavien-Dindo. Послеоперационные осложнения после полостной операции возникли у 10 пациентов, из них по классификации Clavien-Dindo I степени – 3, II степени – 7. Панкреатическая фистула степень А (классификация ISGPS) возникла у 2 пациентов, степень В у 2. Кровотечение из области панкреатоеюноанастомоза степень В (классификация ISGPS) – у 2 пациентов. Раневые осложнения у 5. Летальных исходов не было. Медиана койко-дня после полостного вмешательства была 26, после лапароскопических операций 9.

**Выводы.** Лапароскопические вмешательства у пациентов при хирургическом лечении хронического панкреатита имеют преимущества за счет меньшего числа послеоперационных осложнений и госпитального пребывания в сравнении с конвенциональными операциями.





## ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРОРАЛЬНОЙ ТРАНСПАПИЛЯРНОЙ ХОЛАНГИОСКОПИЯ И ЛАЗЕРНОЙ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Сазонов Д.В., Иванов Ю.В., Панченков Д.Н., Смирнов А.В.  
ФГБУ Федеральный научный клинический центр ФМБА России, Москва,  
Россия  
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России,  
Москва, Россия

**Введение.** Хирургическое лечение осложненного холедохолитиаза с использованием минимально инвазивных методов остается актуальной и не до конца решенной проблемой в гепатопанкреатобилиарной хирургии. Эндоскопические вмешательства при осложненных формах холедохолитиаза представляют определенные трудности, что требует использования нестандартных решений, различных методов разрушения и удаления конкрементов желчных протоков.

Представляем **клиническое наблюдение**. Пациентка М, 60 лет госпитализирована в хирургический стационар в ноябре 2023 г. с клинической картиной механической желтухи (прямой билирубин - 45 мкмоль/л). Сопутствующая патология: рак яичников, T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, проведение 4 курсов полихимиотерапии (ПХТ). При выполнении магнитно-резонансной холангиографии выявлен множественный холедохолитиаз, конкременты размером от 10 до 30 мм, полностью заполняющие просвет внепеченочных желчных протоков. Первым этапом пациентке было произведено дренирование общего желчного протока по Холстеду-Пиковскому с целью разрешения механической желтухи, что так же позволило восстановить график системной ПХТ. Вторым этапом выполнена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), с попыткой литотрипсии. Цель вмешательства достигнута не была, так как наличие крупных конкрементов не позволило осуществить раскрытие корзинки Дормиа и выполнить литоэкстракцию. В связи с этим была произведена попытка механической литотрипсии антеградным доступом. Для этого удален ранее установленный дренаж и проведен интродьюсер, далее заведен механический литотриптор, которым удалось захватить крупный конкремент корзинкой Дормиа. Однако, ввиду выраженной плотности конкремента произошло разрушение корзины литотриптора без нарушения целостности конкремента. Пациентке был повторно установлен дренаж по Холстеду-Пиковскому. Повторная ЭРХПГ проведена в плановом порядке. Во время исследования выполнены балонная дилатация терминального отдела общего желчного протока, пероральная внутрипросветная холангиоскопия с помощью прибора SpyGlass™ DS (Boston Scientific), и лазерная внутрипротоковая литотрипсия (полупроводниковый лазер «Уролаз» в режиме «распыления» и «фрагментация»). Это позволило разрушить наиболее крупные конкременты по типу «раскалывания» с образованием более мелких обломков, а так же фракций по типу «песка». Образовавшаяся смесь мелких конкрементов и песка, благодаря эффекту «слеживания» препятствовала полному раскрытию корзины Дормиа, что не позволило выполнить достаточную по объему





литоэкстракцию. В связи с высокой продолжительностью исследования, было решено разделить его на 2 этапа. Через 2,5 месяца выполнены повторная ЭРПХГ с баллонной дилатацией терминального отдела общего желчного протока (до 12 мм) и пероральной внутривидеопротоковой холангиоскопией, лазерной литотрипсией. Так как наличие множественных фрагментов конкрементов вызывало ограничение манипуляцией корзиной Dormia, было решено выполнить пероральную холангиоскопию стандартным видеогастроскопом (Olympus GIF-Q150, диаметром 9,2 мм.). Заведение эндоскопа осуществлялось с использованием баллона Фогарти для стабилизации эндоскопа в просвете общего желчного протока. Это позволило провести ревизию и управляемую под контролем зрения лазерную и механическую литотрипсию с применением механического литотриптора и последующей полноценной литоэкстракцией. Осложнений не выявлено.

**Заключение.** Пероральная эндоскопическая внутривидеопросветная холангиоскопия в сочетании с лазерной литотрипсией может способствовать эффективному эндоскопическому лечению сложного множественного холедохолитиаза. Данное клиническое наблюдение показало возможность использования как стандартных, так и ультратонких гастроинтестинальных эндоскопов диаметром 9,2 мм для проведения пероральной холангиоскопии, управляемой визуальной литотрипсии и литоэкстракции при сложных формах холедохолитиаза.

## **ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРИ БОЛЬШИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ**

**Сараева В.А., Жаворонкова О.И., Степанова Ю.А., Трифонов С.А., Гончаров А.Б., Бугаев С.А., Чжао А.В.**

**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия**

**Актуальность.** Несмотря на активное развитие гепатобилиарной хирургии и значительный накопленный опыт, количество послеоперационных осложнений сохраняется на высоком уровне. Своевременное обнаружение и последующее лечение осложнений требует проведения оптимального объема послеоперационного диагностического мониторинга и определения целесообразности применения конкретного типа исследования. При этом инструментальные методы визуализации обеспечивают динамический контроль при проведении интервенционных минимально инвазивных хирургических вмешательств, позволяющих купировать значительное количество послеоперационных осложнений, не прибегая к проведению повторных операций.

**Цель исследования:** оценка особенностей послеоперационного диагностического мониторинга, послеоперационных осложнений и интервенционных методов их лечения у пациентов, перенесших оперативные вмешательства в объеме право- и левосторонней гемигепатэктомии и право- и



левосторонней гемигепатэктомии с резекцией внепеченочных желчных протоков и формированием гепатикоеюноанастомоза на изолированной по Ру петле тонкой кишки.

**Материалы и методы.** В онкологическом отделении хирургических методов лечения в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского в период 2015-2023 гг. проведено 148 оперативных вмешательств в объеме больших резекций печени и реконструктивных вмешательств на желчных протоках. Они распределились следующим образом:

- правосторонняя гемигепатэктомия - 59 (39,86%);
- левосторонняя гемигепатэктомия - 29 (19,59%);
- правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией внепеченочных желчных протоков и формированием гепатикоеюноанастомоза - 28 (18,92%);
- левосторонняя гемигепатэктомия с резекцией внепеченочных желчных протоков и формированием гепатикоеюноанастомоза - 32 (21,62%).

Произведен анализ раннего послеоперационного периода, количества послеоперационных осложнений и инструментальных методов диагностики, а также оценка роли применения интервенционных минимально инвазивных технологий в их лечении.

**Результаты.** Среди всех оперативных вмешательств на печени и желчных протоках послеоперационные осложнения выявлены у 88 (59,46%) пациентов, без осложнений пролечено 60 (40,54%) пациентов. Наибольшее количество осложнений определено в группе пациентов, перенесших правостороннюю гемигепатэктомию с резекцией внепеченочных желчных протоков и формированием гепатикоеюноанастомоза на изолированной по Ру петле кишки, что составило 89,29%. Наименьшее число осложнений выявлено после проведения левосторонней гемигепатэктомии – 37,93%.

Выполненные инструментальные исследования в послеоперационном периоде распределены следующим образом: ультразвуковое исследование - 656 (80,69%), фистулография - 74 (9,1%), компьютерная томография - 38 (4,67%), магнитно-резонансная томография и магнитно-резонансная холангиопанкреатография - 16 (1,97%), чрескожные чреспеченочные исследования под рентгенологическим контролем - 16 (1,97%), эндоскопические 11(1,35%) и рентгенэндоваскулярные исследования - 2 (0,25%).

Ультразвуковое исследование оказалось преимущественным методом инструментальной диагностики в послеоперационном периоде (80,69%). Среднее количество выполненных послеоперационных УЗ-исследований – 4,43 исследования на человека. При этом у 80 (54%) пациентов в послеоперационном периоде ультразвукового мониторинга оказалось достаточно, выполнения дополнительных методов инструментальной диагностики не потребовалось.

Согласно полученным данным, в группе пациентов с наибольшим количеством осложнений (группа пациентов, перенесших гемигепатэктомию с резекцией внепеченочных желчных протоков и формированием гепатикоеюноанастомоза) отмечено расширение спектра послеоперационных методов диагностики и увеличение общего количества исследований в послеоперационном периоде. При этом количество ультразвуковых осмотров



возросло и составило в среднем 8,14 исследования на пациента, и лишь у 17,89% пациентов послеоперационная диагностика ограничилась ультразвуковыми методами исследования.

Послеоперационные осложнения в 49,45% случаев были устранены минимально инвазивными хирургическими вмешательствами, выполненными преимущественно под ультразвуковым контролем – 89,55%. Под рентгенологическим контролем проведены: чрескожная чреспеченочная холангиостомия и замена транспеченочных дренажей – 5,97%, эндоскопические вмешательства: эндоскопическая ретроградная холангиография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, назобилиарное дренирование, стентирование желчных протоков – 3,73%, рентгеноэндоваскулярная окклюзия – 0,75%.

**Выводы.** Количество осложнений после больших резекций печени и реконструктивных вмешательств на желчных протоках достигает 59,46%. При этом практически в половине случаев (49,45%) они устраняются путем выполнения минимально инвазивных хирургических манипуляций.

Ультразвуковое исследование является преимущественным скрининговым методом послеоперационного диагностического мониторинга (80,69%). При этом роль ультрасонографии значительно возрастает не только как инструмента диагностики, но и как метода визуального контроля для проведения минимально инвазивных хирургических вмешательств с целью устранения осложнений в раннем послеоперационном периоде.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКИ ПО КОЛЛИСУ-НИССЕНУ ПРИ КОРОТКОМ ПИЩЕВОДЕ И ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ**

**Старков Ю.Г., Хизриева Н.И., Замолотчиков Р.Д., Джантуханова С.В.**  
**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия**

**Актуальность.** По данным мировой литературы частота рецидива грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) составляет от 25 до 60% в период наблюдения от 2 до 5 лет. Самыми частыми причинами по нашим данным, которые сопоставимы с данными мировой литературы, является смещение фундопликационной манжеты в средостение по различным причинам. Основной и частой причиной является невыявление и отсутствие коррекции короткого пищевода, что приводит к натяжению и дальнейшему смещению манжеты.

**Материалы и методы.** В период с 2014 по 2024 гг. в хирургическом эндоскопическом отделении НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского оперировано 486 пациентов с ГПОД. У 54 (11,1%) пациентов ГПОД характеризовалась наличием приобретенного короткого пищевода, из них 45 пациентов с первично выявленными ГПОД, 9 пациентов с рецидивными ГПОД, оперированные в сторонних учреждениях. Средний возраст пациентов составил  $52 \pm 12$  лет (диапазон от 24–75). Соотношение мужчин и женщин 1:2. Клиническую симптоматику в виде



изжоги отмечали 35 (64,8%) пациентов, 14 (25,9%) пациентов отмечали жалобы на дисфагию, отрыжку и периодические боли за грудиной, 5 (9,2%) пациентов предъявляли жалобы на кашель и одышку. Рефлюкс-эзофагит по данным ЭГДС был выявлен у 23 (42,5%) пациентов; 43 (79,6%) пациента вынуждены были на постоянной основе принимать ингибиторы протонной помпы.

**Результаты.** Всем 54 пациентам была выполнена лапароскопическая эзофагогастропластика по Коллису-Ниссену с аппаратной резекцией дна желудка с формированием желудочной трубки (неопищевода). Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 3 (2-4,5) часа. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационное осложнение отмечено в 1 наблюдении в виде несостоятельности степлерного шва неопищевода, успешно разрешенной двумя сеансами эндоскопической вакуумно-аспирационной системы. Эррозивный рефлюкс-эзофагит по данным ЭГДС через 6 месяцев после операции - 4 (7,4%) пациента. При ЭГДС через 12 месяцев у данных пациентов признаков эзофагита не отмечено. Рецидив ГПОД по данным контрольной ЭГДС через 6 лет выявлен у 1 пациента из 54 (1,8%). У 39 (92,8%) пациентов из 42 опрошенных клинические проявления ГЭРБ, оцененные по анкете GERD – HRQL, полностью отсутствуют.

**Заключение:** 1. Одним из ведущих факторов, оказывающих влияние на развитие рецидива диафрагмальной грыжи после лапароскопической пластики ГПОД в отдаленном периоде, является наличие короткого пищевода.

2. В случае наличия короткого пищевода применение эзофагогастропластики по Коллису-Ниссену обеспечивает наилучший клинический результат при минимальном риске рецидива.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Тараканов П.В., Королева А.А., Ванькович А.Н., Коваленко Д.Е., Фисенко Д.В., Цвиркун В.В., Ефанов М.Г.**

**ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ,  
Москва, Россия**

**Актуальность.** В настоящее время в современной литературе практически отсутствуют исследования, в которых отражены результаты хирургического лечения пациентов с воротной холангиокарциномой пожилого и старческого возраста.

**Цель исследования:** оценить ближайшие и отдаленные результаты радикального хирургического лечения пациентов пожилого и старческого возраста с воротной холангиокарциномой.

**Материалы и методы.** В исследование включены результаты лечения 170 пациентов, оперированных за период с 2013 по 2023 гг. Проводилось сравнение основных периоперационных результатов, а также общей и безрецидивной выживаемости между тремя возрастными группам: до 60 лет, 60-74 лет, старше 74





лет. Также в группах старше 60 лет выполнен многофакторный регрессионный анализ для определения факторов, которые были связаны с риском развития летального исхода.

**Результаты.** У пациентов старше 74 лет был выше уровень осложнений Clavien-Dindo более 3 ( $p=0,089$ ), уровень CCI ( $p=0,09$ ), и также выше 90-дневная летальность ( $p=0,042$ ). Индекс коморбидности Charlston, комплексная шкала хирургического риска (CRS), обширные резекции (правосторонние и расширенные гемигепатэктомии), продолжительность операции демонстрируют прогностическую значимость в отношении госпитальной летальности - (AUC) 0,895,  $p<0,001$ . Общая выживаемость не отличалась в возрастных группах ( $p=0,886$ ). Медианы выживаемости составили 29, 25 и 23 месяца.

**Заключение.** У больных старческого возраста следует ожидать ухудшения результатов хирургического лечения, что требует селекции пациентов с учетом выявленных факторов риска.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ЛОКАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ**

**Трандофилов М.М.<sup>1,2</sup>, Трифанов В.С.<sup>1</sup>, Гришин Н.А.<sup>1</sup>, Попов А.Ю.<sup>3</sup>, Костырев С.В.<sup>2</sup>, Сизова А.Н.<sup>2</sup>, Вахромкин В.С.<sup>2</sup>, Терясов С.Г.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>МНИОИ им. П.А. Герцена – «ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, Минздрава России**

**<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия**

**<sup>3</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия**

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения пациентов с метастатическими опухолями печени путем использования метода лазерной абляции.

**Материалы и методы.** В исследование включен клинический материал, накопленный за период с марта 2017 по декабрь 2023 гг. Произведен сравнительный анализ 50 пациентов, которым выполнялись радиочастотная, микроволновая абляция (28 пациентов) и лазерная абляция с химиотерапевтическим лечением (23 пациента), проходивших лечение в онкологическом отделении онкологического стационара ГКБ им Д.Д. Плетнева Департамента здравоохранения г. Москвы и отделения абдоминальной онкологии МНИОИ им. П.А. Герцена – «ФГБУ НМИЦ Радиологии», отделения хирургии «НОИ Высшая школа клинической медицины им. Н.А. Семашко ФГБОУ ВО Российский университет медицины». 27 пациентов было – колоректальным раком и синхронным (2) и метастатическим (25) случаям поражения печени с I по III стадии (по Gennari), с I по IVA по классификации mTNM. 23 больных с первичным раком





печени со стадией A (Child-Pugh A) по классификации BCLC. Возраст больных от 54 до 78 лет, средний возраст составлял  $61,1 \pm 2,7$  год. Мужчин было 29 человек, женщин - 21. Поражение правой доли печени выявлено у 22, левой – у 19, билобарно - у 9 человек. Число опухолевых очагов в печени у одного больного варьировало от 1 до 5, размер опухолей варьировал от 10 до 40 мм, средний размер составил  $29,8 \pm 1,7$  мм. В группе пациентов с метастатическим поражением печени 25 больным были выполнены различные оперативные вмешательства по удалению образований толстой и прямой кишки. Пациенты с первичным опухолевым поражением печени находились на консервативной противоопухолевой терапии. В одном наблюдении выполнена одномоментная резекция прямой кишки, резекция печени и лазерная абляция двух опухолей печени. В другом наблюдении выполнена одномоментно правосторонняя гемиколэктомия и лазерная абляция опухоли печени. В двух случаях была проведена резекция печени с лазерной абляцией. Контроль эффективности воздействия осуществлялся ультразвуковым исследованием с доплеровским сканированием кровотока образований, компьютерной томографией с внутривенным болюсным усилением и МРТ в динамике.

**Результаты.** В раннем послеоперационном периоде в одном случае наблюдалось образование подкапсульной гематомы в области стояния световода, не потребовавшее хирургического вмешательства. Средний койко-день составил 4 дня. Однолетняя выживаемость составила 88%, двухлетняя 71%, трехлетняя 43,5%.

**Заключение.** Применение лазерной абляции показано при недостаточном функциональном объеме печени у больных с ранее выполненными обширными резекциями печени, у соматически ослабленных больных, которым невозможно выполнить резекцию печени.

## **ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ**

**Файзулина Р.Р.<sup>1,2</sup>, Савин Д.В.<sup>1,2</sup>, Бородкин И.Н.<sup>1</sup>, Кульбаев Д.Я.<sup>1</sup>, Кан В.В.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>ГАОУЗ «Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова», Оренбург,  
Россия**

**<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Оренбург, Россия**

**Актуальность.** Одной из важных проблем ургентной хирургии является лечение пациентов с механической желтухой, вызванной стриктурами желчевыводящих протоков. Среди их причин выделяют рубцовые сужения желчных протоков (70-92,5%), стенозы выходного отдела холедоха (0,7-35,6%), аденомы большого дуоденального сосочка (21%) и злокачественные новообразования гепатобиллиарной зоны (40-67%).

**Цель исследования:** улучшить результат лечения пациентов со стриктурами желчных протоков различного генеза.



**Материалы и методы.** В исследование вошли 282 пациента со стриктурами желчных протоков, находившихся на лечении в ГАУЗ «ГКБ им. Н. И. Пирогова» г. Оренбурга за период 2020-2023 гг. Среди них мужчин — 114 (40,4%), женщин — 168 (59,6%). У 184 пациентов (65,2%) были выявлены злокачественные стриктуры в результате опухоли головки поджелудочной железы – 47,2% (133 пациентов) и внутрипротоковой холангиокарциномы - 18 % (51 пациент). На долю доброкачественных стриктур пришлось 36,9% (98 больных): в результате стеноз устья большого дуоденального сосочка выявлен у 26 (9,8%) пациентов, доброкачественные внутрипротоковые стриктуры у 72 (27,1%) больных.

**Результаты.** Успешного ретроградного доступа в общий желчный проток удалось добиться в 265 (94%) случаях, 17 (6%) пациентам в виду полного блока холедоха выполнена чрезкожная чрезпеченочная холангиостомия. Типичная папиллосфинктеротомия выполнялась 179 (63,5%) больным, атипичная - 103 (36,5%) пациентам. Для устранения механической желтухи вследствие злокачественной и доброкачественной стриктуры у 240 (85,1%) пациентов пришлось прибегнуть к стентированию общего желчного протока пластиковым стентом, из них в 17 (6%) случаях выполнено билобарное стентирование в виду стриктуры области конfluence, в 21 случае (7,4%) после папиллосфинктеротомии выполнялась балонная дилатация терминального отдела холедоха, в 4 случаях (1,4%) выполнено стентирование саморасширяющимися нитиноловыми непокрытыми стентами, по причине верифицированной внутрипротоковой холангиокарциномы. Время оперативного вмешательства составило 38±4,3 минуты. Наблюдалось 9 осложнений (3,2%): постманипуляционный панкреатит - у 3 (1,1%) пациентов, кровотечение из зоны папиллосфинктеротомии - у 5 (1,8%), ретродуоденальная перфорация двенадцатиперстной кишки - у 1 (0,4%). Вследствие прогрессирования основного заболевания умерло 7 (2,5%) пациентов.

**Заключение.** Наиболее эффективными и преимущественными методами лечения стриктур желчных протоков различного генеза являются эндоскопические транспапиллярные вмешательства. Это связано с их минимальной инвазивностью, малой травматичностью, низким уровнем осложнений, а также сохранением физиологического оттока желчи, что способствует ранней активизации и значительно улучшает качество жизни пациентов.

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПАРАПАНКРЕАТИТОМ**

**Фирсова В.Г.**

**Институт клинической медицины Нижегородский государственный  
университет им. Лобачевского Минздрава России, Нижний Новгород, Россия  
ГБУЗ Городская больница №35 г. Нижнего Новгорода, Нижний Новгород,  
Россия**



**Актуальность.** Заболеваемость острым панкреатитом (ОП) и летальность от тяжелой формы не имеют тенденции к снижению. Тяжесть ОП во многом определяется объемом некроза поджелудочной железы и вовлечением в воспалительно-некротический процесс забрюшинной клетчатки. Результаты консервативного лечения, эффективность хирургических методов, этапного подхода и в целом стратегия лечения больных ОП, осложненным парапанкреатитом остаются спорными.

**Материалы и методы.** Проспективное исследование, 93 больных некротическим ОП средней тяжести и тяжелым. Пациентов с НПП было 48, с РПП – 45. К РПП отнесены все случаи поражения забрюшинной клетчатки ниже мезоколон. Конечные точки исследования: потребность в оперативном лечении, эффективность пункционного дренирования (ПД) как окончательного метода лечения, эффективность этапного подхода (ПД – открытый мини-доступ), летальность. Для оценки достоверности различий использовали двусторонний точный критерий Фишера, уровень значимости различий  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Потребность в оперативном лечении возникла у 48% пациентов с парапанкреатитом и была выше при РПП, но различия не достоверны (60% vs 35% при НПП,  $p = 0,022$ ). ПД выполнено у 8 пациентов с РПП. Клиническое подозрение на инфицирование некроза было показанием у 2 пациентов, большой объем жидкостного скопления - у 6. Ранее 4-х недель заболевания вмешательство выполнено у 4 больных в связи с большим объемом скопления. Ни у одного пациента с РПП ПД не явилось окончательным методом лечения. Во всех 8 случаях вторым этапом дренирование с секвестрэктомией было осуществлено открытым доступом, из внебрюшинных мини-доступов - 7 пациентам, путем лапаротомии в связи с абдоминальным компартмент-синдромом - 1 пациенту. Послеоперационной летальности не было. Первично открытое дренирование выполнено 14 пациентам, в том числе 10 из люмботомического и/или мини-лапаротомного доступа. До 4 недель от начала заболевания в связи с ранним инфицированием первично открытое дренирование осуществлено 6 больным. Кишечные свищи, аррозионные кровотечения развились у 5 больных. В послеоперационном периоде умерло 6 из 14 (43%) пациентов. Летальность была больше среди оперированных ранее 4 недель, но различие не значимо ( $p = 0,27$ ) и в подгруппе, где была выполнена широкая лапаротомия. Группы с этапным подходом и первично открытыми вмешательствами при РПП не отличались по тяжести ОП ( $p = 0,57$ ). При НПП ПД выполнено 8 пациентам, для 5 явилось окончательным методом лечения, 3 – потребовалось открытое дренирование из мини-доступа с секвестрэктомией, умер 1 пациент. Первично открытое дренирование осуществлено 6 больным, из них 1 – мини-лапаротомным доступом, 5 – путем лапаротомии (неясный диагноз, клиника разлитого перитонита, внутрибрюшное кровотечение), умерло 3. Общая летальность составила 20%, достоверно не отличалась в группах НПП и РПП (17% vs 24%,  $p = 0,442$ ).

**Выводы.** Консервативное лечение эффективно у 52% больных с парапанкреатитом. РПП не является фактором, однозначно связанным с увеличением потребности в оперативном лечении и летальностью. Использование этапного подхода приоритетно, при РПП позволяет добиться нулевой летальности,



включая пациентов с нарушением целостности панкреатического протока, необходимость в дренировании у которых возникает при быстром нарастании объема скопления в стерильную стадию. У пациентов с преобладанием некротического компонента над жидкостным открытое дренирование из минидоступов может быть альтернативой пункционному вмешательству.

## **ПОРТО-СИСТЕМНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ (ОПЕРАЦИЯ TIPS/ТИПС) ПРИ ВАРИКОЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ НА ФОНЕ ПРОДВИНУТОЙ СТАДИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ**

**Хоронько Ю.В., Косовцев Е.В., Ашимов И.А., Тадиева Е.В.**  
**ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»**  
**Минздрава России, Ростов-на-Дону», Россия**

**Введение.** Варикозное пищеводно-желудочное кровотечение, возникающее у пациентов с продвинутой стадией цирроза печени, происходит, как правило, на фоне выраженных расстройств клеточного и гуморального звеньев гемостаза. Попытки остановить варикозную геморрагию могут окончиться неудачей, а прекращение кровотечения оказаться неустойчивым, что сопряжено с высоким риском раннего рецидива. Шунтирующая операция в данных обстоятельствах может спасти пациенту жизнь.

**Цель исследования:** оценить эффективность и проанализировать результаты трансъюгулярного внутрипеченочного порто-системного шунтирования (TIPS/ТИПС) у пациентов с варикозным пищеводно-желудочным кровотечением, возникшем на фоне продвинутой стадии цирроза печени.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты порто-системного шунтирующего пособия (операции TIPS/ТИПС) у 62 больных, оперированных в период 2017-23 гг. и распределенных в две группы. Основную группу (n=32) составили 2 подгруппы. В первую («спасительный» TIPS/ТИПС, n=10) вошли пациенты, подвергшиеся вмешательству по неотложным показаниям в связи с варикозным кровотечением, продолжающемся, несмотря на меры медикаментозного и эндоскопического гемостаза. Во вторую («упреждающий» TIPS/ТИПС, n=22) – больные с высоким риском раннего рецидива кровотечения до истечения 72 часов от достигнутого гемостаза. Контрольная группа (n=30) представлена пациентами, подвергшимися аналогичной шунтирующей процедуре по плановым показаниям. Достижимую портальную декомпрессию оценивали по динамике порто-системного градиента давления, который рассчитывали на ключевых этапах шунтирующего пособия. У всех больных шунтирующий этап дополняли эмболизацией путей гепатофугального притока портальной крови к пищеводно-желудочным вариксам. Расчет порто-системного градиента давления производили вычитанием из величин давления в воротной вене, измеренного прямой манометрией, значений давления в нижней полой вене.

**Результаты.** Применением операции TIPS/ТИПС у пациентов как основной, так и контрольной групп достигнуто равнозначное снижение давления в системе



воротной вены и порто-системного градиента до величин, характерных для здоровых лиц. Отмечено уменьшение давления в воротной вене с  $33,8 \pm 2,7$  до  $20,5 \pm 1,3$  мм рт. ст. в основной группе ( $t=4,46$ ;  $p<0,001$ ) и с  $32,8 \pm 3,1$  до  $20,1 \pm 1,6$  ( $t=3,67$ ;  $p<0,001$ ) в контрольной группе. Столь же существенным образом снизился порто-системный градиент: в основной группе – с  $26,2 \pm 2,7$  до  $10,1 \pm 0,9$  мм рт. ст. ( $t=5,69$ ;  $p<0,001$ ), в контрольной – с  $24,8 \pm 2,7$  до  $9,7 \pm 1,2$  ( $t=5,1$ ;  $p<0,001$ ). Портальная декомпрессия обеспечила хорошие условия для достижения гемостаза. Надежность остановки кровотечения усилено эндоваскулярной эмболизацией путей притока к вариксам, дополнившей шунтирующий этап. Достигнутая портальная декомпрессия позволила получить клинические результаты, не имеющие существенных отличий в группах, несмотря на тот факт, что в контрольной группе операцию выполняли в плановом порядке у подготовленного пациента, а в основной – на фоне явной угрозы жизни ввиду проблем, возникших при неудачном осуществлении гемостатических мероприятий.

**Заключение.** Операция TIPS/ТИПС обеспечивает эффективную портальную декомпрессию, что весьма актуально при портальной гипертензии, осложненной варикозным кровотечением, и безуспешности мер медикаментозного и эндоскопического гемостаза. А также при высоком риске раннего рецидива варикозной геморрагии. Дополнение этапа шунтирования полноценной эмболизацией путей притока к пищеводно-желудочным вариксам обеспечивает надежный гемостаз. Клинические результаты (летальность и осложнения) сопоставимы с аналогичными при применении операции по плановым показаниям.

## **ПРЕИМУЩЕСТВА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

**Хужамбердиев И.Р., Алижанов А.А., Мирзакулов А.Г., Темиров Р.И., Худойбердиев Б.А., Исабаев Ш.Б., Робиддинов Б.С., Якуббаев А.А.**

**Наманганский филиал ГУ Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистан**

**Актуальность.** Ведущее место в экстренной медицине по-прежнему занимает проблема травматических повреждений внутренних органов. Это обусловлено наблюдаемой тенденцией в сторону увеличения удельного веса таких повреждений в структуре общего травматизма, неудовлетворенностью практических врачей результатами лечения, а также высокой частотой осложнений, инвалидности и летальности, которая наиболее присуща для множественных повреждений. Среди всех причин первичной инвалидности и смертности травмы занимают третье место, а у лиц трудоспособного возраста – первое место. Травматизм как высокозначимая социально-медицинская проблема до недавнего времени всесторонне изучалась под углом зрения изолированных травм узкими специалистами лишь в своей области. Но на современном этапе необходим комплексный подход к решению данной проблемы.





**Цель исследования:** оценить возможности лапароскопии при абдоминальной травме.

**Материалы и методы.** В период с 2010 по 2020 гг. в отделении экстренной хирургии №3 Наманганского филиала РНЦЭМП пролечено 338 больных с абдоминальной травмой. При этом в 90,2% случаях отмечалось повреждение органов брюшной полости. Среди госпитализированных преобладали больные мужского пола трудоспособного возраста. Распределение по полу: мужчин – 192 (56,8%), женщин – 146 (43,2%). По возрастному признаку: до 18 лет было 10 (3,0%) больных, в возрасте от 18 до 44 лет – 178 (52,7%), 45-59 лет – 89 (26,3%), старше 60 лет – 61 (18,0%). Выполнено 305 операций по поводу повреждений органов брюшной полости, из них 72 операции лапароскопическим доступом.

**Результаты.** Большая часть больных поступала в первые часы с момента получения травмы: до 1 часа – 285 (84,3%), в течение суток – 45 (13,3%), больше суток – 8 (2,4%) пострадавших. В случае отсутствия картины перитонита и внутрибрюшного кровотечения – больные госпитализированы для наблюдения в диагностическую палату, где проводились контрольные исследования. 33 больных без признаков повреждения органов брюшной полости были направлены на амбулаторное лечение. У 305 пострадавших имелась клиника повреждения органов брюшной полости. В структуре поврежденного органа брюшной полости больные были распределены следующим образом: повреждение полого органа – 111, повреждение селезенки – 69, повреждение печени – 99, повреждение поджелудочной железы – 19 случаев. В 7 случаях отмечалось одновременное повреждение от 3-х и более органов брюшной полости. В последние годы чаще при абдоминальной травме на первом этапе выполняется лапароскопия, благодаря которой удается визуализировать органы брюшной полости. В 72 случаях операцию удалось завершить без выполнения лапаротомии, как правило, при поверхностных повреждениях печени. Благодаря выполнению диагностической лапароскопии удалось предотвратить выполнение «напрасной» лапаротомии. В 30 случаях при выявлении повреждения полого органа, а также для адекватной визуализации поврежденного органа выполнена конверсия. Релапаротомия выполнена в 5 случаях. Средняя продолжительность койко-дней составила 6,7. Летальность составила 6,5%. Среди пациентов, которым выполнена лапароскопия, летальных исходов не отмечено.

**Заключение.** Применение минимально инвазивных методов визуализации при абдоминальной травме даёт возможность адекватной визуализации органов брюшной полости, малотравматична, ограничивает выполнение «напрасных» лапаротомий.