



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (72) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (72)

2024

октябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.367-007.272-072.1.002.6-089

**АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ
ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, И ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ
ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ**

¹Акбаров М.М., ²Джуманиязов Д.А., ¹Полвонниёзов Х.Г., ¹Отамирзаев К.А.

¹Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

²ГУ «Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им.академика В.Вахидова». Узбекистан, 100115, Ташкент, Чиланзарский р-н, ул. Кичик халка йули, 10. Тел: +998971 2772605 Email: surgery@rscs.uz

✓ **Резюме**

Проведен анализ результатов эндоскопических вмешательств у больных с механической желтухой на фоне дистального блока различного генеза. Определена частота специфических для этих вмешательств осложнений и анализированы факторы риска их развития. Проведенные исследования позволили выработать тактический эндоскопический лечебно-диагностический алгоритм ведения больных с механической желтухой, в основе которого рассматриваются не только пациенты, поступившие с клиникой механической желтухи, но и больные, у которых выявлена клиника перемежающейся механической желтухи в анамнезе, обследование которых должно опираться на совокупности инструментальных исследований, данных объективного осмотра и анамнеза.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь; механическая желтуха; эндоскопическое лечение; экстренное вмешательство

**ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF COMPLICATIONS
AFTER TRANSPAPILLARY INTERVENTIONS AND OPTIMIZATION OF TREATMENT
TACTICS FOR OBTURATORY JAUNDICE**

¹Akbarov M.M., ²Djumaniyazov D.A., ¹Polvonniyozov X.G., ¹Otamirzaev K.A.

¹Tashkent Medical Academy (TMA) Uzbekistan, 100109, Tashkent, Almazar district, st. Farobi 2, phone: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

²State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V. Vakhidov". Uzbekistan, 100115, Tashkent, Chilanzar district, st. Kichik Khalka Yuli, 10. Tel: +998971 2772605 Email: surgery@rscs.uz

✓ **Resume**

The endoscopic interventions' results were analyzed at the patients with mechanical jaundice on the background of distal block of various geneses. The frequencies of specific complications for these interventions were identified and risk factors of their development were analyzed. Conducted investigations let work out tactic endoscopic algorithm of treatment and diagnostics of mechanic jaundice patients' treatment. On the basis of this algorithm not only patients with mechanical jaundice symptoms, but patients who had intermittent mechanical jaundice in anamnesis were observed. Investigations of these patients should be built on combination of instrumental investigations, objective data of patient's observation and anamnesis.

Keywords: cholelithiasis; obstructive jaundice; endoscopic treatment; emergency intervention

Актуальность

На сегодняшний день эндоскопические вмешательства не только значительно повысили качество диагностической эффективности при механической желтухе, но также являются малоинвазивным (этапным или окончательным), альтернативным традиционному, способом лечения, обуславливая возможность применения более рациональной тактики, особенно для больных с тяжелой механической желтухой, осложнённой печеночной недостаточностью [1, 2,

3]. Однако являясь малоинвазивным вмешательством транспапиллярные вмешательства также требуют рационального подхода с учётом вероятных факторов риска развития специфических осложнений, в частности кровотечения из папилломной раны или супрапапиллярной фистулы, острого спровоцированного ЭРПХГ панкреатита [4, 5, 6, 7, 8]. В этой связи в данной статье приведён обобщенный анализ всех эндоскопических вмешательств с выявлением специфических факторов риска развития указанных осложнений.

Цель исследования: анализ результатов эндоскопических вмешательств у больных с механической желтухой на фоне дистального блока различного генеза.

Материал и методы

Среди основных патологий, течение которых может осложниться механической желтухой, в статье анализированы следующие заболевания: острый и хронический калькулезные холециститы, постхолецистэктомический синдром (ПХЭС), опухоли панкреатодуоденальной зоны, кисты холедоха и эхинококкоз печени. В исследование включены 1219 больных, находившихся в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» за период с 2021 по 2023 гг., которым произведена эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ) с вмешательством: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) или супрапапиллярная холедоходуоденостомия (СПХДС).

Таблица 1. Распределение больных по основному заболеванию

патология		абс.	%
ЖКБ	Острый холецистит	249	20,4
	Хронический холецистит	362	29,7
Опухоли ПДЗ	Опухоль большого дуоденального сосочка (БДС)	52	4,3
	Опухоль поджелудочной железы (ПЖЖ)	84	6,9
	Опухоль ворот печени	20	1,6
	Опухоль желчного пузыря	10	0,8
	Опухоль терминального отдела холедоха (ТОХ)	14	1,1
ПХЭС	Холедохолитиаз	255	20,9
	Папиллит	58	4,7
	Стриктура гепатикохоледоха	59	4,8
	Стеноз гепатикодуоденоанастомоза (ГДА)	11	0,9
	Наружный свищ на фоне холедохолитиаза (ХЛТ)	10	0,8
Киста холедоха		7	0,6
Эхинококкоз печени		28	2,3
Всего		1219	100

Распределение больных по возрасту отражено в таблице 2. При ЖКБ и ПХЭС преобладали женщины, при опухолях мужчины.

Таблица 2. Распределение больных по полу и возрасту

Возрастные группы	Пол	ЖКБ		ПХЭС		Опухоли ГПДЗ	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До 19 лет	Муж.						
	Жен.	3	0,7%				
19-44 лет	Муж.	23	5,4%	16	5,8%	5	4,0%
	Жен.	59	13,8%	51	18,6%	6	4,8%
45-59 лет	Муж.	50	11,7%	16	5,8%	33	26,2%
	Жен.	81	19,0%	82	29,9%	15	11,9%
60-74 лет	Муж.	53	12,4%	26	9,5%	21	16,7%
	Жен.	104	24,4%	65	23,7%	22	17,5%
75 лет и старше	Муж.	19	4,4%	8	2,9%	12	9,5%
	Жен.	35	8,2%	10	3,6%	12	9,5%
Всего	Муж.	145	34,0%	66	24,1%	71	56,3%
	Жен.	282	66,0%	208	75,9%	55	43,7%
Средний возраст больных		57,5±16,0		56,3±14,2		61,1±12,8	

Длительность анамнеза 59,6% (727 пациента) больных составила более 10 суток, в остальных случаях больные поступали в сроки до 10 суток от начала механической желтухи. Основные причины механической желтухи отражены в таблице 3.

Таблица 3. Причина механической желтухи

Причина	ЖКБ		Опухоли ГПДЗ		ПХЭС	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Холедохолитиаз	338	79,2%			178	20,9%
ХЛТ+Папиллит	69	16,2%				
Стеноз ТОХ	14	3,3%				
Синдром Мириззи	6	1,4%				
Опухоль			126	100%		
Папиллит					40	4,7%
Стриктура гепатикохоледоха					41	4,8%
Стеноз ГДА					8	0,9%
Наружный свищ на фоне ХЛТ					7	0,8%

Эндоскопические исследования проводились дуоденоскопом модели OLYMPUS CV-170 (Япония). Рентгенологический контроль осуществлялся при помощи аппарата SIEMENS Siremobil Compact.

Результат и обсуждение

Обобщая результаты всех эндоскопических вмешательств можно отметить, что примерно в 2/3 случаев осуществляется чреспапиллярные манипуляции (67,4%), в остальных ситуациях, по разным причинам, приходится прибегать к атипичной методике – СПХДС. Уровень квалификации эндоскописта также влияет на качество лечебно-диагностического вмешательства, в настоящий период накопленный опыт в нашем отделении позволил снизить частоту неэффективной эндоскопической диагностики желчных протоков (ЖП) до 5,7% случаев, при этом с первой попытки выполнения ЭРХГ ЖП удается контрастировать в 91,9% случаев, и только в 8,1% эффективная диагностика осуществляется при повторном выполнении манипуляции через 1-3 суток. Следует отметить, что из 1219 пациентов у 164 (13,5%) с лечебной целью проведено дополнительное рассечение папиллотомного или супрапапиллярного отверстия. В 27 случаях (за рассматриваемый период) при стриктурах терминального отдела холедоха проведено эндоскопическое стентирование (табл.4).

Таблица 4. Структура выполненных эндоскопических вмешательств

вид манипуляции	абс.	%
ЭПСТ	831	68,2
СПФ+СПХДС	388	31,8
Контрастирование желч.протоков при первой попытке	1087	89,2
Контрастирование желч.протоков при повторной манипул-и	96	7,9
Стентирование холедоха	27	2,2
Проведение назобилиарного дренажа	27	2,2
Диатерморасширение ГДА	7	0,6
Дополнительное расширение ПТО	79	6,5
Дополнительное расширение СПХДС	82	6,7

В зависимости от вида проведенного вмешательства частота развития осложнений составила 12,0% после ЭПСТ и 19,6% после СПХДС. Риск развития кровотечения оказался примерно в 2 раза выше при выполнении СПХДС, при этом в большинстве случаев удалось добиться гемостаза дополнительной коагуляцией. Из 103 пациентов, у которых во время манипуляции развилось кровотечение, только у 16 (15,7%) с развившейся струйной геморрагией, достигнутый коагуляцией гемостаз оставлял сомнения в долгосрочности, причем именно в этих

ситуациях 7 больных были экстренно оперированы в связи с рецидивом кровотечения в сроки от 30 минут до 6 часов. Еще 3 больных были оперированы в связи с профузным кровотечением и неэффективной попыткой коагуляции. После ЭПСТ с кровотечением из папиллотомной раны оперированы 4 (10,5% из 56) больных, после СПХДС – 4 (9,4% из 47). Однако если рассмотреть риск необходимости экстренного традиционного вмешательства по поводу кровотечения из зоны рассечки в целой группе (не только с установленным фактом кровотечения), то после СПХДС (390) вероятность операции составит 1,1%, а после ЭПСТ (822) – 0,7%, то есть при выполнении типичной ЭПСТ эта вероятность будет в 1,5 раза ниже. Частота острого панкреатита составила 5,0% и 6,8% соответственно, при этом неэффективные консервативные мероприятия и необходимость экстренной операции составили 17,9% после ЭПСТ и 22,2% после СПХДС, при этом по аналогии с кровотечениями риск операции по поводу острого панкреатита по группам в целом также в 1,7 раза был выше после СПХДС. Несмотря на то, что перфорации ДПК при попытке папиллотомии или наложении супрапапиллярной фистулы (СПФ) наблюдались редко, в 1 и 2 случаях соответственно, можно констатировать, что это осложнение зависит не только от квалификации эндоскописта, но и от способа выполнения рассечки, где риск будет выше при попытке наложения атипичной фистулы (табл. 5).

Таблица 5. Сводная частота осложнений ЭПСТ и СПХДС

Частота осложнений при выполнении ЭПСТ и СПХДС	ЭПСТ				СПХДС			
	Кол-во осложнений		Из них оперированы		Кол-во осложнений		Из них оперированы	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Кровотечение	56	6,8	6	10,5	47	12,1	4	9,4
Панкреатит	41	5,0	7	17,9	26	6,8	6	22,2
Перфорация ДПК	2	0,2	2	100	3	0,8	3	100
Всего	99	12,0	15	14,9	76	19,6	13	17,3

В зависимости от протяженности одномоментной ЭПСТ или СПХДС риск кровотечения возрастает по мере увеличения диаметра рассечения. При этом для ЭПСТ при протяженности до 0,8 см (282 больной, средняя протяженность $6,5 \pm 1,1$ мм), риск повреждения сосуда и соответственно развития кровотечения составил 3,1%, при протяженности до 1,2 см (449 больных, средняя протяженность $10,7 \pm 0,9$ мм, $P < 0,05$ к предыдущему показателю) увеличивается до 5,9%, а при одномоментном ЭПСТ более 1,2 см (91 больных, средняя протяженность $13,6 \pm 1,1$ мм, $P < 0,01$ к предыдущему показателю) возрастает до 22,6% (табл. 6).

Таблица 6. Частота развития кровотечений после ЭПСТ и СПХДС в зависимости от протяженности одномоментной рассечки

Протяженность одномоментной рассечки	ЭПСТ				СПХДС			
	Кол-во		Кол-во кровотечений		Кол-во		Кол-во кровотечений	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До 0,8 см	282	34,3	9	3,1	149	38,1	7	5,0
До 1,2 см	449	54,6	26	5,9	191	49,1	24	12,3
Более 1,2 см	91	11,1	21	22,6	50	12,8	16	32,4
Всего	822	100	56	6,8	390	100	47	12,1

Для СПХДС эти показатели оказались выше – 5,0% (149 больной, средняя протяженность $6,9 \pm 0,9$ мм); - 12,3% (191 больных, средняя протяженность $10,2 \pm 1,4$ мм, $P < 0,01$ к предыдущему показателю); - 32,4% (50 больных, средняя протяженность $13,9 \pm 1,0$ мм, $P < 0,01$ к предыдущему показателю).

Поэтому независимо от клинической ситуации, даже высококвалифицированный эндоскопист должен адекватно оценивать объем эндоскопического вмешательства, при этом наиболее рациональным, при необходимости дополнительного расширения ЭПСТ или СПХДС, является этапное вмешательство, где на первом этапе выполняется порционное рассечение, а

затем в сроки через 1-3 суток выполняется расширение. Следует особо отметить, что протяженность рассечения влияет и на эффективность эндоскопического гемостаза при развитии кровотечения. Так если при протяженности рассечения до 1 см как правило кровотечения носят умеренный характер, в виде подсаживания из краев раны, а абсолютный гемостатический эффект дополнительной коагуляцией в 100% случаев оказывается эффективным, то при выполнении одномоментного рассечения протяженностью от 1,0 до 1,5 см, частота кровотечения возрастает до 5,9%, а неэффективный эндоскопический гемостаз отмечен у 5,6% из этих больных (у 1 из 26 пациентов), соответственно частота экстренных вмешательств по поводу эндоскопически спровоцированного кровотечения составила 0,3% (1 из 449). Протяженное рассечение сопровождается наиболее высокими показателями риска кровотечения, неэффективности гемостаза (21,4% - 5 из 22 пациентов) и экстренного вмешательства на всю группу с одномоментным рассечением более 1,5 см (4,8% - 4 из 91).

Аналогичная картина выявлена и в группе СПХДС. Если непротяженное рассечение не сопровождалось осложнениями, то СПХДС протяженностью 1,0-1,5 см осложнялось кровотечением в 12,3% случаев (35 из 282 пациентов), а неэффективный гемостаз отмечен у 2 больного (6,3%), соответственно необходимость экстренного вмешательства на всю эту группу составила 0,8%. Протяженная одномоментная СПХДС (более 1,5 см) обусловила самую высокую частоту кровотечений (32,4%), неэффективного гемостаза – 18,2% (2 из 17 пациентов с кровотечениями) и риска операции на всю группу – 5,9% (3 из 50 больных).

Соответственно этапное выполнение ЭПСТ или СПХДС позволяет не только снизить риск развития кровотечения, но и вероятность неэффективного гемостаза и соответственно оперативного лечения. В нашем исследовании дополнительное расширение ЭПСТ потребовалось 81 (9,9%) больным, СПХДС – 84 (21,5%), при этом этапное выполнение позволило в два раза снизить частоту кровотечений и исключить вероятность экстренного вмешательства ввиду неэффективности эндоскопического коагуляционного гемостаза (табл.7).

Таблица 7. Частота развития кровотечений при одномоментном и этапном (порционном) выполнении ЭПСТ и СПХДС

Вид вмешательства	Показатель	Одномоментно		Этапно	
		Абс.	%	Абс.	%
ЭПСТ	Кол-во	741	90,1	81	9,9
	Кол-во кровотечений	53	7,2	3	3,6
	Экстренная операция	6	0,8	0	
СПХДС	Кол-во	306	78,5	84	21,5
	Кол-во кровотечений	41	13,5	6	7,0
	Экстренная операция	4	1,4	0	

Проблема спровоцированного РХГ острого панкреатита остается в разряде актуальных. Основными причинами его развития остаются не только сочетанное, а иногда и изолированное, контрастирование панкреатического протока, но и непосредственные эндоскопические вмешательства, после которых в зоне ЭПСТ или СПХДС развивается отек с возможным блокированием оттока панкреатического сока и повышением внутривнутрипротокового давления. Особенно сложно решить вопрос о проведении этих манипуляций у больных, поступивших с клиникой и подтвержденными данными острого панкреатита, вследствие риска эндоскопической провокации прогрессирования патологического процесса в поджелудочной железе.

В наших исследованиях при выполнении РХГ панкреатический проток контрастирован в 357 (29,3%) случаев из 1219, которым произведены ЭПСТ или СПХДС. При этом из 822 ЭПСТ вирсунгов проток визуализирован в 284 (34,5%) случаях, тогда как при СПХДС в 72 из 390 (18,5%) случаев. Разница по частоте развития острого панкреатита при изолированном контрастировании желчных протоков и при сочетанной их визуализации с панкреатическим протоком оказалась не большой, как при ЭПСТ (25 из 538 - 4,7% - без контрастирования вирсунга и 16 из 284 - 5,7% - с контрастированием), так и при СПХДС (21 из 318 – 6,5% - без

контрастирования вирсунга и 6 из 72 – 8,2% - с контрастированием). Более принципиальное значение имеет фактор уже развившегося панкреатита до попытки проведения ЭРХГ.

В анализируемых группах частота выполнения эндоскопических вмешательств на фоне острого панкреатита составила 7,7% (63 пациента) при ЭПСТ и 5,7% (22 больных) при СПХДС (табл.8).

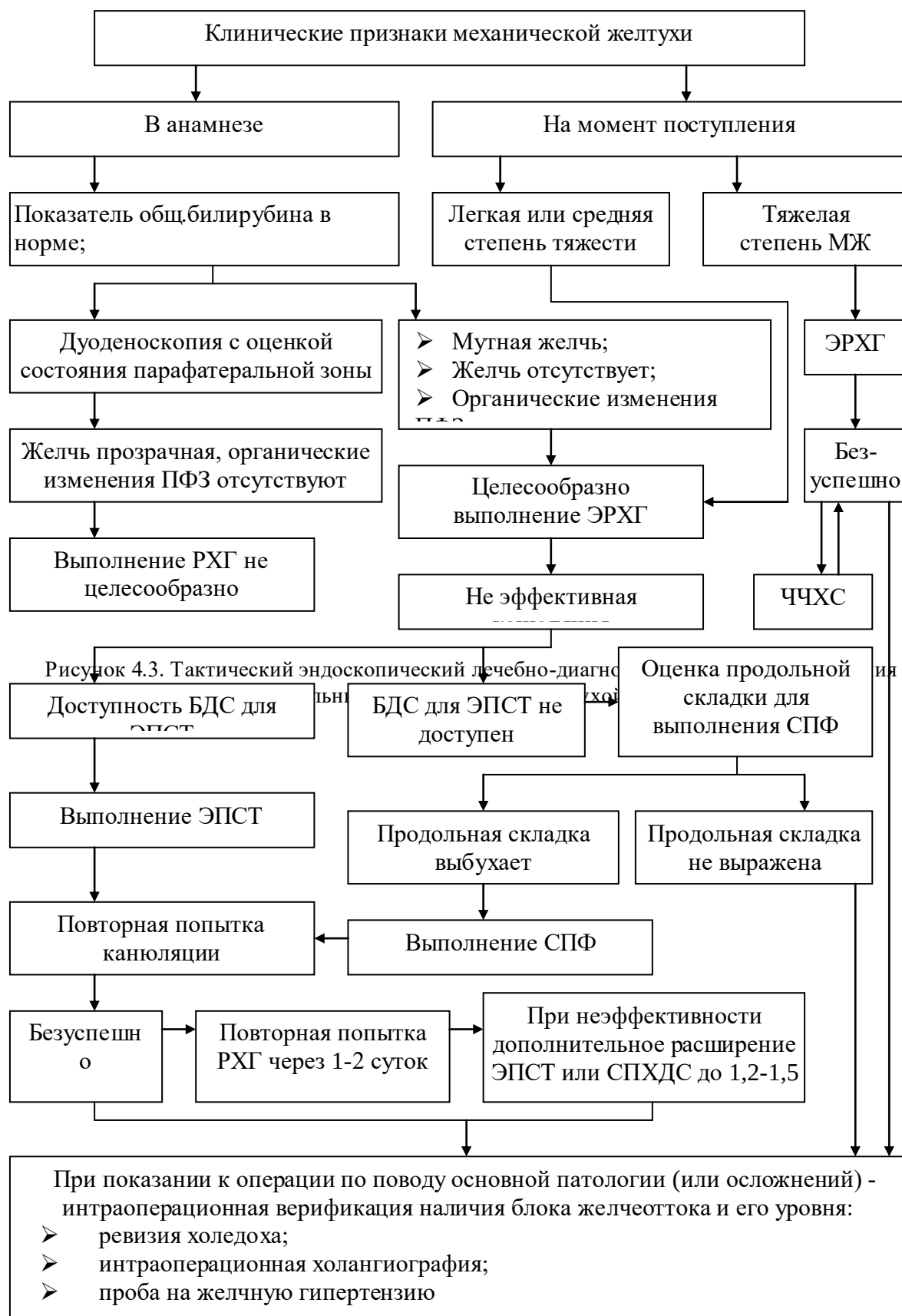
Таблица 8. Риск развития или прогрессирования острого панкреатита после ЭПСТ и СПХДС

Показатель	ЭПСТ				СПХДС			
	На фоне панкреатита		Без панкреатита		На фоне панкреатита		Без панкреатита	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Количество	63	7,7	759	92,3	22	5,7	368	94,3
Частота панкреатита	9	14,0	33	4,3	4	20,0	22	6,0
Экстренное вмешательство	3	4,7	4	0,6	1	6,7	4	1,2

Небольшое количество наблюдений связано с тем, что в нашей клинике мы рассматриваем наличие острого панкреатита как относительное противопоказание к выполнению ЭРХГ, исключениями могут быть вклиненные в устье БДС конкременты или другие причины дистального блока, верифицированного на УЗИ, при которых отмечена неэффективность консервативной терапии и прогрессирование желчной гипертензии и билиарного панкреатита. Показатели диастазы в крови у пациентов с острым панкреатитом перед эндоскопическим вмешательством составили $244,6 \pm 74,1$ U/L. Частота прогрессирования острого панкреатита после выполнения РХГ и ЭПСТ составила 9 (14,0%), тогда как при отсутствии острого панкреатита проведение этих манипуляций спровоцировало его развитие у 33 (4,3%) больных. Выполнение РХГ и СПХДС спровоцировало развитие острого панкреатита у 6,0%, тогда их выполнение на фоне этого осложнения у 20,0% пациентов обусловило его прогрессирование. Экстренное вмешательство по поводу острого панкреатита выполнено 3 (4,7%) пациентам после выполнения ЭРХГ и ЭПСТ на фоне этого осложнения, и 4 (0,6%) больным без исходного панкреатита. В группе СПХДС оперированы 1 (6,7%) и 4 (1,2%) соответственно.

Риск развития острого панкреатита, спровоцированного эндоскопическим вмешательством, составляет 5,0% после ЭПСТ и 6,8% после СПХДС, при этом вынужденное выполнение этих манипуляций на фоне развившегося билиарного панкреатита, провоцирует его прогрессирование в 3,3 раза чаще (14,0-20,0%), чем при вмешательствах на фоне изолированной патологии желчных протоков (4,3-6,0%), в свою очередь неэффективность консервативных мероприятий по купированию постэндоскопических панкреатогенных осложнений в 0,9-1,5% случаев требуют выполнения экстренного оперативного лечения.

Проведенные исследования позволили выработать тактический эндоскопический лечебно-диагностический алгоритм ведения больных с механической желтухой, в основе которого рассматриваются не только пациенты, поступившие с клиникой механической желтухи, но и больные, у которых выявлена клиника перемежающейся желтухи в анамнезе, обследование которых должно опираться на совокупность инструментальных исследований, данных объективного осмотра и анамнеза (рис.1). Следует особо отметить, что миниинвазивность эндоскопических манипуляций не исключает вероятность развития специфических осложнений, в связи с чем необходимо строго соблюдать разработанные принципы выполнения лечебно-диагностического эндоскопического вмешательства, особенно в тех ситуациях когда имеются сомнения в их необходимости.



Выводы

Являясь малоинвазивным вмешательством эндоскопические манипуляции требуют рационального подхода с учетом вероятных факторов риска развития специфических осложнений, так риск развития кровотечения из папилло- или супрапапиллотомной раны потенциально выше при выполнении СПХДС – 9,4%, чем при ЭПСТ – 6,8%, в свою очередь развитие острого панкреатита отмечается в 5,0% и 6,8% случаев.

Одномоментное выполнение протяженной ЭПСТ или СПХДС с лечебно-диагностической целью обуславливает увеличение риска развития кровотечения из папилло- или супрапапиллотомной раны, так порционное вмешательство сопровождается низкой частотой этого осложнения (3,1-5,0%) с абсолютной гарантией эндоскопического гемостаза, тогда как при одномоментной протяженности рассечения от 0,8 до 1,2 см ($P<0,05$) риск возрастает в 1,9 раз при выполнении ЭПСТ и в 2,5 раза при СПХДС, а при попытке рассечения протяженностью более 1,2 см ($P<0,01$) риск возрастает еще в 3,8 и 2,6 раза, при этом в целом необходимость выполнения традиционного вмешательства для остановки кровотечения составляет 1,1% при СПХДС и 0,7% при ЭПСТ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Качмазова А.В., Тетерин Ю.С., Тигиев Л.Р., Ярцев П.А., Рогаль М.Л., Байрамов Р.Ш. Эндоскопическое лечение пациентов с механической желтухой при опухоли Клацкина //Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова, 2023;4:55-60.
2. Шулешова А.Г., Фомичева Н.В., Балалыкин А.С., Данилов Д.В. Конфокальная лазерная эндомикроскопия в диагностике стриктур внепеченочных желчных протоков //Доказательная гастроэнтерология. 2018;7(4):12-19.
3. Назыров Ф.Г., Саатов Р.Р., Струцкий Л.П., Туракулов У.Н., Сайдазимов Э.М. Эндоскопические технологии у больных с наружными желчными свищами /Материалы XI Московского Международного конгресса по эндоскопической хирургии. – Москва, 2007; с. 248-249.
4. Филиппов С.И., Колокольцев В.Б., Арестович Р.А., Малюк А.И. Анализ ранних эндоскопических вмешательств на БДС и желчевыводящих протоков при остром билиарном панкреатите /Материалы Международного хирургического конгресса «Новые технологии в хирургии». - Ростов н/Д, 2005; С. 249.
5. Шاپовальянц С.Г., Паньков А.Г., Мыльников А.Г., Будзинский С.А., Орлов С.Ю. Возможности эндоскопического билиодуоденального протезирования в лечении опухолевых и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2008;6:57-63.
6. Назыров Ф.Г., Струцкий Л.П., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Результаты эндоскопических вмешательств у пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой //Новости хирургии 2011;19(4):36-41.
7. Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О. Миниинвазивные вмешательства в лечении больных механической желтухой доброкачественного генеза. //Шошилич тиббиёт ахборотномаси 2015;4:13-18.
8. Vazquez-Iglesias J.L., Gonzalez-Conde B., Lopez-Roses L. et al. Endoscopic sphincterotomy for prevention of the recurrence of acute biliary pancreatitis in patients with gallbladder in situ: long-term follow-up of 88 patients. //Surg Endoscopy 2004;18(10):1442-1446.

Поступила 20.09.2024