

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСШАЯ ШКОЛА МЕДИЦИНЫ**

**Д 14.24.696 диссертационный совет**

На правах рукописи  
УДК: 617:616-005.1:006.52

**ОСУМБЕКОВ РУСЛАН БАЙЫШБЕКОВИЧ**

**ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ  
ПЕРФОРАЦИИ И ПОСТПАПИЛЛОТОМИЧЕСКИХ  
КРОВОТЕЧЕНИЙ**

**14.01.17 – хирургия**

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Ош – 2025**

Работа выполнена в Институте медико-биологических проблем Южного отделения Национальной Академии Наук Кыргызской Республики.

**Научный руководитель:**

**Уметалиев Юсупжан Калжигитович**

доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной и оперативной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева.

**Официальные оппоненты:**

**Мусахайхов Хусанбой Таджибаевич**

доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии и трансплантологии Андижанского государственного медицинского института.

**Абдурахманов Шаятбек Туланбаевич**

кандидат медицинских наук, доцент, директор Ошской городской клинической больницы.

**Ведущая организация:** Башкирский государственный медицинский университет (450008, Российская Федерация, Башкортостан г. Уфа, улица Заки Валиди, дом 47).

Защита диссертации состоится 29 апреля 2025 года в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.24.696 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Ошском государственном университете и Международной высшей школы медицины, по адресу: 723500, Кыргызская Республика, г. Ош, ул. Водозаборная 215, 4 этаж в конференц-зале. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации: [https://vc.vak.kg/b/d\\_1-u21-bjh-pqs](https://vc.vak.kg/b/d_1-u21-bjh-pqs)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Ошского государственного университета (723500, г. Ош, ул. Ленина 333), Международной высшей школы медицины (720054, г. Бишкек, ул. Интергельпо 1ф) и на сайте: <https://vak.kg>.

Автореферат разослан «27» марта 2025 года.

**Ученый секретарь диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук**

**О.И. Курбанбаев**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы диссертации.** В настоящее время широкое клиническое применение эндоскопической папиллосфинктеротомии как способа внутреннего дренирования желчных протоков и в качестве оперативного доступа при супратерминальных блоках гепатикохоледоха делает актуальным исследование различных способов профилактики, динамического наблюдения с целью раннего выявления и лечения постпапиллотомических осложнений [А.С. Балалыкин и соавт., 2007; С.Г. Шаповальянц и соавт., 2019., Barthet M et al., 2002]. В последнее десятилетие в технологии эндохирургических вмешательств на терминальном отделе общего желчного протока наметился серьёзный прогресс: уровень успешных эндоскопических папиллосфинктеротомий за счёт модернизации инструментария [В.Е. Загайнов и соавт., 2011; О.В. Полиглов., 2011; И.А. Соловьев и соавт., 2021], внедрения новых способов и приёмов [Д.Ю. Семенов и соавт., 2009; И.А. Соловьев и соавт., 2021; И.М. Мусинов и соавт., 2021] при технически и анатомически нестандартных вариантах [В.И. Данч и соавт., 1998; Б.М. Даценко, 2004; Ю.Г. Старков и соавт., 2024] приблизился к 100%. К сожалению, прогресс в области безопасности эндобилиарных интервенций ещё не приблизился к аналогичному уровню – прежде всего это касается ретродуоденальных перфораций [Ю.М. Стойко и соавт., 2010; В.Л. Коробка и соавт., 2019; С.Г. Шаповальянц и соавт., 2021], чему способствуют объективные предпосылки: существование так называемых карманов ампулы большого дуоденального сосочка, симулирующих устье общего желчного протока [И.Н. Корсаков и соавт., 2007; А.В. Солошенко, 2009] как после проведения предрассечения торцевым папиллотомом, так и при канюляции интактного большого дуоденального сосочка [Т.Н. Татьянаенко, 2009].

Вторым важным направлением повышения безопасности эндоскопической папиллосфинктеротомии является снижение риска постпапиллотомических кровотечений [Б.С. Брискин и соавт., 1998; R.Trap et al., 1999; С.Г. Шаповальянц и соавт., 2019]. Несмотря на то, что эта проблема значительно в большей степени близка к решению [В.И. Ревякин и соавт., 2003; А.С. Балалыкин и соавт., 2007; С.Н. Малаханов, 2007], случаи тяжёлых постпапиллотомических кровотечений, возникающих, как правило, на фоне высокой механической желтухи, не исчезли по настоящее время из клинической практики [Е.А. Ермаков и соавт., 2003; Ю.В. Канищев и соавт., 2006]. Не смотря на то, что высокая механическая желтуха как фактор риска постпапиллотомических кровотечений является давно известным научным фактом, эффективных способов этиологической профилактики данного

осложнения [А.А. Соколов, 2003; Т.Г. Дюжева и соавт., 2009], не связанным с постоянным эндоскопическим динамическим наблюдением по настоящее время не существует, что делает научный поиск в этом направлении оправданным.

В общепринятой практике такой метод как эндобилиарное стентирование используется преимущественно при злокачественных поражениях желчевыделительной системы [А.А. Соколов и соавт., 2004; Л.А. Филиппова и соавт., 2004; Д.Н. Панченков и соавт., 2021], не смотря на то, что при крупных конкрементах общего желчного и общего печёночного протоков [А.В. Солошенко, 2009; А.А. Мартынцов, 2010], когда отсутствует пространство для полного и адекватного раскрытия корзинки Dormia и захвата конкремента [Б.К. Гиберт и соавт., 1998; М.А. Галеев и соавт., 2001], или конкременты не поддаются литотрипсии [М.А. Нартайлаков и соавт., 2001; В.И. Ревякин и соавт., 2010; К.В. Василенко, 2011], или сочетаются с супратерминальными стенозами [П.Я. Сандаков и соавт., 2001; J.S. Wu et al., 2002; P. Katsinelos et al., 2004] или деформациями магистральных желчных протоков, временное восстановление желчеоттока позволяет выиграть время необходимое для литотрипсии [А.И. Бельченков и соавт., 2010; Е.П. Розберг, 2012] всех конкрементов или подготовить пациента с высоким операционным риском к открытому вмешательству [Ю.В. Канищев и соавт., 2006; А.Н. Токин, 2008].

*С учётом вышеизложенного становится очевидной актуальность научного исследования, направленного на профилактику постинтервенционных осложнений за счёт совершенствования технологии эндобилиарных вмешательств, повышение их эффективности и безопасности.*

**Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Тема инициативная.**

**Цель исследования.** Повысить безопасность и улучшение результатов эндоскопической папиллосфинктеротомии.

**Задачи исследования:**

1. Изучить результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии у больных после перенесенной операции с наложением билиодигестивного анастомоза (холедоходуоденоанастомоз).

2. Разработать тактику эндоскопической папиллосфинктеротомии при трудных канюляциях для профилактики возникновения ретроуденальной перфорации.

3. Оценить эффективность применения повторных эндоскопических папиллосфинктеротомий при доброкачественных поражениях магистральных желчных протоков с целью профилактики постпапиллотомических кровотечений у пациентов с нарушениями системы гемостаза.

4. Исследовать возможности эндобилиарного стентирования при доброкачественных поражениях магистральных желчных протоков в качестве подготовки к открытому операционному лечению.

#### **Научная новизна полученных результатов:**

Разработаны тактико-технические приемы эндоскопической папиллосфинктеротомии при рецидивном холедохолитиазе после выполненной операции холецистэктомии и наложения билиодигестивного анастомоза (холедоходуоденоанастомоз).

Изучена специфика эндобилиарного стентирования при супратерминальных доброкачественных блоках магистральных желчных протоков у пациентов с механической желтухой, усовершенствована его тактика и технология при подготовке к радикальному вмешательству.

Доказана эффективность применения одномоментной и повторных эндоскопических папиллосфинктеротомий при доброкачественных поражениях магистральных желчных протоков с целью профилактики постпапиллотомических кровотечений.

Усовершенствована тактика эндоскопической папиллосфинктеротомии с использованием проводников при пробных канюляциях для профилактики возникновения ретродуоденальной перфорации.

#### **Практическая значимость полученных результатов:**

Применение 2-х этапной эндоскопической папиллосфинктеротомии с межэтапным эндобилиарным стентированием при механической желтухе доброкачественного поражения магистральных желчных протоков уровнем общего билирубина выше 150 мкмоль/л является эффективным способом профилактики постпапиллотомических кровотечений;

Выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии у ранее оперированных больных (после холецистэктомии и наложения холедоходуоденоанастомоза) имеет свои особенности и применение предложенных тактико-технических приемов позволяет выполнить эндоскопическую папиллосфинктеротомии, литоэкстракцию и избежать развитие осложнений;

Усовершенствованная тактика эндоскопической папиллосфинктеротомии с применением эндобилиарного стентирования при супратерминальных доброкачественных блоках магистральных желчных протоков является

подготовкой к радикальному вмешательству и профилактикой развития острого постпапиллотомического кровотечения у пациентов с высокой механической желтухой и различными видами коагулопатии.

Применение эндоскопической папиллосфинктеротомии с использованием проводников при пробных канюляциях является эффективным методом профилактики ретродуоденальных перфораций.

Результаты исследования внедрены в клиническую практику в Ошской межобластной объединенной клинической больнице, г. Ош, МЦ «ЭндоМед Ош».

**Экономическая значимость полученных результатов.** Основывается на доказанной возможности получения медико-социальной эффективности при использовании усовершенствованных методов эндоскопической папиллосфинктеротомии у пациентов с доброкачественными поражениями магистральных желчных протоков за счет сокращения сроков лечения, расходов медикаментов и операционно-перевязочных материалов.

**Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. При эндоскопической папиллосфинктеротомии использование проводников при пробных канюляциях является достоверным методом профилактики возникновения ретродуоденальной перфорации.

2. Двухэтапное выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии с межэтапным эндоскопическим стентированием желчных протоков у пациентов с нарушениями системы гемостаза на фоне механической желтухи позволяет снизить частоту постпапиллотомических кровотечений у данной категории пациентов.

3. Использование эндобилиарного стентирования у пациентов с выраженной механической желтухой на фоне доброкачественных поражений магистральных желчных протоков с последующим открытым вмешательством позволяет снизить уровень осложнений.

4. Знание особенностей техники эндоскопической папиллосфинктеротомии у ранее оперированных больных на желчевыводящих путях (после наложения холедоходуоденоанастомоза) позволяет избегать развитие постпапиллотомических осложнений.

**Личный вклад соискателя.** Соискателем единолично проведен анализ тематических литературных источников и обзор отечественной и зарубежной литературы, сформулированы цели и задачи исследования, статистический анализ цифрового материала диссертации, интерпретация полученных результатов исследования, выводов и практических рекомендаций. Автор непосредственно участвовал на всех клинических этапах диссертационной

работы: обследование пациентов, диагностика и самостоятельное выполнение всех хирургических операций, ведение и наблюдение больных в послеоперационном периоде. Автор лично выполнял статистический анализ показателей клинико-лабораторных и инструментальных обследований, подготовил все научные статьи по теме диссертации.

**Апробация результатов диссертации.** Основные положения диссертации доложены и обсуждены: на пленуме правления ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ (г. Новосибирск, 2017); на VI Международной научной конференции «Клинико-морфологические аспекты фундаментальных и прикладных медицинских исследований» (г. Воронеж, 2024); на научно-практической конференции «Современные подходы диагностики и лечения в медицине» (г. Ош, 2024); на расширенном заседании Ученого Совета научно-исследовательского института медико-биологических проблем Южного отделения Национальной академии наук Кыргызской Республики (2024).

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.** По теме диссертации опубликованы 15 научных работ, из них 1 в научном издании, индексируемой системой WoS, и 8 статьи – в изданиях за пределами Кыргызской Республики.

**Структура и объем работы.** Диссертация изложена на 129 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, 4-х глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Работа иллюстрирована 27 таблицами и 33 рисунками. Библиографический указатель содержит 290 источников, в том числе 178 авторов на русском и 112 авторов - на английском языках.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Во введении** обоснована актуальность темы исследования, изложены цель и задачи исследования, научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

**В первой главе «Современное состояние эндохирургических способов реканализации желчных протоков и нерешенные проблемы»** приведены обобщенные систематизированные литературные данные по вопросам эндоскопической папиллосфинктеротомии при механической желтухе, обусловленные доброкачественными поражениями магистральных желчных протоков, диагностики и лечения таких грозных их осложнений, как постпапиллотомические кровотечения, ретродуоденальные перфорации. Указанные в данной главе сведения позволили обосновать актуальность

проблемы и наметить пути реализации поставленной цели и задач исследования.

**В главе 2 «Методология и методы исследования»** изложены характеристика больных, методов исследования, техники выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии и статистического анализа.

*Объектом исследования* являются 385 больных с механической желтухой, обусловленные доброкачественными поражениями магистральных желчных протоков, которым проведены эндоскопические папиллосфинктеротомии, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, литоэкстракция и традиционные оперативные вмешательства.

*Предметом исследования* является профилактика и лечение постпапиллотомических кровотечений и ретродуоденальных перфораций при эндоскопической папиллосфинктеротомии путем совершенствования технологий выполнения, применения адекватных способов лечения при развитии данных осложнений.

*Дизайн исследования:* одноцентровое ретроспективное и проспективное нерандомизированное исследование.

Для исследования проблем профилактики ретродуоденальной перфорации и межэтапного ретроградного эндобилиарного стентирования использовался клинический материал, включающий 287 пациентов с доброкачественной патологией желчных протоков, которым с лечебной целью проводились эндоскопические папиллосфинктеротомии, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, литоэкстракции, литотрипсии и стентирования желчных протоков и 98 пациентов с аналогичной патологией, которым проводились полостные хирургические вмешательства на желчевыведительной системе в хирургических отделениях Ошской межобластной клинической больницы и медицинском центре «ЭндоМед Ош» за период 2014-2022 гг.

Критериями отбора для клинических наблюдений являлись: механическая желтуха на фоне: 1) а) доброкачественного стеноза большого дуоденального сосочка; б) холедохолитиаза; в) сочетанного доброкачественного поражения большого дуоденального сосочка и супратерминальных отделов общего желчного протока; 2) возникновение ретродуоденальной перфорации и постпапиллотомических кровотечений при проведении эндобилиарных вмешательств.

Критериями исключения из исследования являлись: 1) нарушения в системе гемостаза иной этиологии кроме, возникающей на фоне механической



желтухи; 2) злокачественная инфильтрация в области терминального отдела общего желчного протока, изменяющая топографо-анатомические соотношения, создающие непреодолимые технические сложности к эндоскопическому восстановлению желчеоттока; 3) полный блок гепатикохоледоха (отсутствие контрастирования супрастенотических отделов и внутривнутрипечёночных желчных протоков); 4) состояние после резекции желудка по Бильрот 2.

Возраст обследованных больных в основной группе колебался в пределах 17-90 лет. Женщин было 186 (64,8%), мужчин – 101 (35,2%). Абсолютное большинство больных находились в трудоспособном возрасте (17-59 лет) - 151 (52%), а лица пожилого и старческого возраста в 63 случаях (21,9%). В контрольной группе соотношение мужчин и женщин, возрастной состав были аналогичными с основной группой.

В 98% случаях в наших наблюдениях причиной механической желтухи являлись осложнения желчнокаменной болезни и стриктуры большого дуоденального сосочка, в 4-х случаях альвеококкоз печени с прорастанием в ворота и стриктурой гепатикохоледоха (состояние после перенесенной операции), в 2-х случаях прорыв эхинококковой кисты печени в билиарную систему с развитием холангита (таблица 2.1).

Таблица 2.1 - Билиарная патология у пациентов основной группы, N = 287.

Основное заболевание, N = 287	Количество больных	Осложнения	
		Механическая желтуха	Холангит
Стеноз большого дуоденального сосочка	13 (4,5%)	10	3
Холедохолитиаз	212 (73,9%)	210	32
Стеноз БДС +холедохолитиаз	56 (19,5%)	52	28
Прорыв эхинококковой кисты в билиарную систему	2 (0,7%)	2	2
Состояние после резекции печени по поводу альвеококкоза	4 (1,4%)	4	-

Необходимо отметить, что из 287 больных 64 пациента (22,3%) ранее оперированы по поводу желчнокаменной болезни, из них в 42-х случаях холецистэктомия, наложение холедоходуоденоанастомоза.

Из всех наблюдений, подлежащих научно-клиническому анализу, были сформированы следующие группы: 1) пациенты с механической желтухой с уровнем общего билирубина выше 150 мкмоль/л (65 больных или 22,7%); 2) пациенты с механической желтухой с уровнем общего билирубина ниже 150 мкмоль/л (180 больных или 62,7%), на фоне холедохолитиаза и

доброкачественных стенозов магистральных желчных протоков; 3) пациенты, оперированные по поводу желчнокаменной болезни, холедохолитиаза, механической желтухи, которым ранее произведена холецистэктомия с наложением холедоходуоденоанастомоза в разных лечебных учреждениях (42 больных или 14,6%).

Первую клиническую группу составляла 65 пациентов с уровнем билирубина выше 150 мкмоль/л. Всем пациентам данной группы проводился эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и эндоскопическая папиллосфинктеротомия, в 13 случаях выраженной механической желтухой с нарушениями свертывающей системы эндоскопическая папиллосфинктеротомия проводилась в 2 этапа – этап рассечения большого дуоденального сосочка до уровня разобщения устьев общего желчного и главного панкреатического протоков с последующим эндобилиарным стентированием и выполнением второго этапа после купирования механической желтухи. В случае 2-х этапной эндоскопической папиллосфинктеротомии промежуток между этапами составлял не более 3-х суток, и дренирующий эффект достигался только на последнем этапе. Основным оценочным параметром исследования в этой группе являлась частота развития постпапиллотомического кровотечения и их тяжесть.

Контрольную группу составляли 37 пациента с механической желтухой доброкачественной природы, которым после консервативной терапии проводились открытые хирургические вмешательства, из них в 13 случаях при показателях общего билирубина в крови выше 200 мкмоль/л предварительно произведено чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих путей под контролем ультразвукового исследования. Пациенты этих групп не имели значимых различий по характеру патологии и уровню билирубина: в группе 1. –  $\mu = 81,5$  мкмоль/л,  $\sigma = 10,1$ ; в группе 2. –  $\mu = 88,7$  мкмоль/л,  $\sigma = 10,5$ . Распределение пациентов по уровню желтухи представлено в (таблица 2.2).

Таблица 2.2 - Распределение пациентов первой клинической группы по различной выраженности механической желтухи.

Группы	Выраженность механической желтухи (мкмоль/л)			
	150-200, n = 80	200-300, n = 27	300-400, n = 2	Всего
Основная группа, N=65	49	14	2	65
контрольная, N=37	24	13	-	37

Вторую клиническую группу (таблица 2.3) составляло 180 больных с уровнем общего билирубина в пределах 50-150мкмоль/л. Группу исследования составляли пациенты, которым проводились одномоментные эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и эндоскопическая папиллосфинктеротомия с последующей литоэкстракцией и литотрипсией. Группу сравнения второй клинической группы составляли 58 пациента с механической желтухой уровнем билирубина ниже 150мкмоль/л на фоне холецисто- и холедохолитиаза, которым проводилось открытое хирургическое лечение.

Таблица 2.3 - Распределение пациентов второй клинической группы по различной выраженности механической желтухи.

Группы	Выраженность механической желтухи (мкмоль/л)			
	50-80 n = 156	80-120 n = 47	120-150, n = 35	Всего N=238
Основная группа, N=180	123	29	28	180
контрольная, N=58	33	18	7	58

В третью клиническую группу (таблица 2.4) отнесли 42 больных, ранее оперированные по поводу желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой, которым в последующем наложен холедоходуоденоанастомоз. В данной клинической группе уровень общего билирубина крови не превышала 50мкмоль/л, но в более половины случаях показатели были в пределах нормы, что связано с наличием холедоходуоденоанастомоза. Контрольную группу составляли 3 пациента с аналогичными патологиями.

Таблица 2.4 - Распределение пациентов третьей клинической группы по различной выраженности механической желтухи.

Группы	Выраженность механической желтухи (мкмоль/л)		
	До 20 n = 128	20-50 n = 34	Всего
Основная группа, N=42	23	19	42
контрольная, N=3	3	-	3

Пациенты всех основных групп исследований сравнивались по способам достижения селективной канюляции: 1) без проведения предрассечения и без использования проводников; 2) без проведения предрассечения и с использованием проводников с гидрофильным покрытием; 3) с проведением предрассечения и без использования проводников; 4) с проведением предрассечения и с использованием проводников с гидрофильным покрытием.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия в наших исследованиях проводилась дуоденоскопом фирмы “Олимпус” модели CLV – 160, контролировалась на рентген установке “Siemens Siremobil Compact L». Использовались дугообразные и игольчатые папиллотомы типа Демлинга фирмы «Endo-flex», коагулятор фирмы «Эндомедиум» (Казань, РФ), предрассечение проводилось в смешанном режиме короткими (2-3 секунды) экспозициями вдоль большого дуоденального сосочка.

Пациентам, включённым в исследование, согласно общепринятым стандартам, проводились развёрнутый и биохимический анализы крови, определение маркеров вирусных гепатитов, общий анализ мочи, амилаза крови и мочи. Морфологическая структура печени, желчевыделительной системы, поджелудочной железы исследовались с помощью ультразвукового исследования, компьютерной томографии по показаниям.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография проводили, как правило, после поступления пациента в стационар при условии нормальных показателей активности сывороточной амилазы. В качестве рентген-контрастного препарата использовали “Омнипак” концентрации 350 mg/ml, 300 mg/ml, 270 mg/ml. Непосредственно перед применением препарат разводился физиологическим раствором в соотношении 1:1 и нагревался до 30-35 С. Для четкой визуализации холедоха требовалось 5-10 мл раствора рентген-контрастного препарата. Оценка данных эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии проводилась рентгеноскопически при введении и эвакуации рентгенконтрастного препарата из желчных и панкреатических протоков. При невозможности селективной канюляции дугообразным папиллотомом проводили предрассечение большого дуоденального сосочка торцевым папиллотомом в соответствии с современными технологиями: 1) предрассечение продольным ориентированием электрода торцевого папиллотома по отношению к оси ампулы большого дуоденального сосочка; 2) предрассечение продольным ориентированием электродом торцевого папиллотома по отношению к оси ампулы большого дуоденального сосочка и защитным эндопротезированием ампулы большого дуоденального сосочка.

Профилактика постпапиллотомического кровотечения проводилась традиционно: 1) терапия викасолом; 2) терапия парентеральными гемостатиками (препараты кальция, ингибиторы протеаз, дицинон (этамзилат) и т.д.); 3) проведение рассечения большого дуоденального сосочка краткосрочными импульсами (экспозициями) переменного высокочастотного электрического тока; 4) инфильтрация основания большого дуоденального сосочка сосудосуживающими препаратами.

Для определения тяжести постпапиллотомического кровотечения использовали следующие критерии: 1) легкое - подтекание свежей крови с папиллотомического разреза без клинических проявлений и снижения уровня гемоглобина; 2) средней степени тяжести – клинически проявляется рвотой свежей кровью или «кофейной гущей», меленой с падением уровня гемоглобина до 90г/л; 3) тяжелое – клиническое выраженное острое постпапиллотомическое кровотечение с явлениями анемизации, снижение уровня гемоглобина ниже 90г/л, потребовавшее крововозмещения, а также эндоскопическое коагулирование кровоточащего сосуда, введение вокруг большого дуоденального сосочка сосудосуживающих препаратов.

Для литоэкстракции использовалась дуоденоскоп с корзинками Dormia фирм «Olympus», «MTW» и «Endo-flex». Рентгенологический контроль осуществлялся с помощью аппаратуры фирмы «Siemens». Литоэкстракция проводилась по традиционному алгоритму: 1) Проведение корзинки за конкремент; 2) Полное раскрытие корзинки; 3) Захват конкремента; 4) Выведение конкремента (рисунок 2.1).



**Рисунок 2.1**

**Глава 3 «Результаты собственных исследований».** Из 287 больных в 208 случаях пациенты госпитализированы в экстренном порядке (74,2%) в связи с выраженным болевым синдромом, симптомами холангита и механической желтухи. Клинические проявления больных показана в таблице 3.1.

Таблица 3.1 - Клинические проявления больных (N=287).

Симптомы	Всего	
	Абс	%
Болевой синдром	258	89,8
Тошнота, рвота	114	39,7
Потемнение цвета мочи, ахоличность стула	236	82,2
Желтушность кожных покровов и склер глаз	198	68,9
Повышение температуры тела	98	34,1
Озноб, слабость	67	23,3

Как видно из таблицы, в 89,8% случаях больные обращались по поводу болевого синдрома, которая проявлялась болями в правом подреберье и эпигастрии, с иррадиацией в правую лопатку, опоясывающего характера. Интенсивность болей зависела от места расположения камней в желчевыводящих путях, общего состояния больных. При ущемленных камнях холедоха (28 больных – 13,4%) болевой синдром носил интенсивный характер. В 67 (23,3%) случаях у больных встречалась картина холангита, которая сопровождалась резким повышением температуры тела, потрясающим ознобом.

В наших наблюдениях рассечение большого дуоденального сосочка в соответствии с общепринятой технологией проводилось канюляционным способом в 249 (86,7%) случаях, в остальных 38 (13,3%) случаях проводилось с предрассечением.

**3.1.1. Профилактика постпапиллотомических кровотечений и ретродуоденальных перфораций при проведении эндоскопической папиллосфинктеротомии и литоэкстракции.** 287 пациентам с нарушениями желчеоттока доброкачественной природы проведено 566 различных эндоскопических и открытых (2) вмешательств (таблица 3.1.1). Диагностическая эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и лечебная эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнены всем 287 пациентам, составляющий основную группу, из них у 13 пациентов основной группы исследования эндоскопическая папиллосфинктеротомия проведена в 2 этапа с межэтапным стентированием для купирования желтухи, после чего 11 пациентам на 6-7 сутки в условиях значительного снижения уровня общего билирубина дополнительно проведена литоэкстракция.

В 2-х случаях из-за больших размеров камней литоэкстракция и литотрипсия была неэффективной, поэтому этим больным после купирования желтухи произведена лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха.

Таблица 3.1.1 - Количество эндоскопических манипуляций и операций.

Болезни, N = 287	ЭРХПГ + ЭПСТ	ХЭ, холедохосто мия	Неэффе- ктивные попытки ЛЭ	Эффек- тивные ЛЭ	Стенти- рование	Итого
Стеноз БДС	13	-	-	-	-	13
Холедохо- лителиаз	216	2	2	214	13	443
Стеноз БДС +холедохоли тиаз	52	-	-	52	-	104
Прорыв эхинококков ой кисты	2	-	-	-	-	2
Альвеокок- коз печени	4	-	-	-	4	4
<i>Всего</i>						566

Сочетание проведенных интервенций демонстрирует (таблица 3.1.2).

Таблица 3.1.2 - Сочетание успешно проведенных эндоскопических интервенций.

Методы лечебной эндоскопии	Стеноз БДС	Стеноз БДС в сочетании с холедохо- лителиазом	Холедо- холителиаз	Альвео- коккоз, эхино- коккоз	Итого
ЭПСТ	13	52	216	4	285
ЭПСТ+ЛЭК	-	52	214	2	268
ЭПСТ+ЛЭК+ стентирование	-	-	13	-	13
Всего	13	104	443	6	566

Был проведен ретроспективный анализ 98 больных (контрольная группа), которые были оперированы традиционным открытым способом, которым произведена холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное или внутреннее дренирование холедоха. Из 98 больных в 61 случаях произведена операция – холецистэктомия, наружное дренирование холедоха, в остальных 37 случаях – наложение холедоходуоденоанастомоза. Из 98 больных в 13 случаях (13,2%) больным с уровнем билирубина выше 150 ммоль/л предварительно для предоперационной декомпрессии сделано чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих путей под контролем УЗИ до нормализации или снижения показателей общего билирубина 100ммоль/л и ниже. Длительность чрескожного наружного дренирования составляла от 8 дней до 22 дней (в среднем до 14 дня), длительность открытых операций составлял от

75 минут до 120 минут (в среднем – 95 минут), пребывание в стационаре составлял в среднем 13,5 койко-дней. В контрольной группе летальных исходов не было. Осложнения встречались в 6 случаях (6,3%), из них в 4 случаях инфильтраты послеоперационной раны, в 1 случае нагноения раны и в 1 случае повторная операция через 1 месяц после первой операции по поводу камня холедоха (резидуальный холедохолитиаз).

Эндоскопическое папиллосфинктеротомия проведено 274 пациентам, 13 больным проведено стентирование после частичной папиллосфинктеротомии, однако экстрагировать конкременты эндоскопическим путём не представилось возможным по следующим причинам у 2-х пациентов, которым в последующем проведено открытое хирургическое вмешательство: 1) размеры конкрементов не сопоставимы с диаметром интрапанкреатического отдела общего желчного протока и резистентны к литотрипсии (рисунок 3.1.1); 2) множественные близко расположенные конкременты, не оставляющие свободного пространства для полного раскрытия корзинки (рисунок 3.1.2).

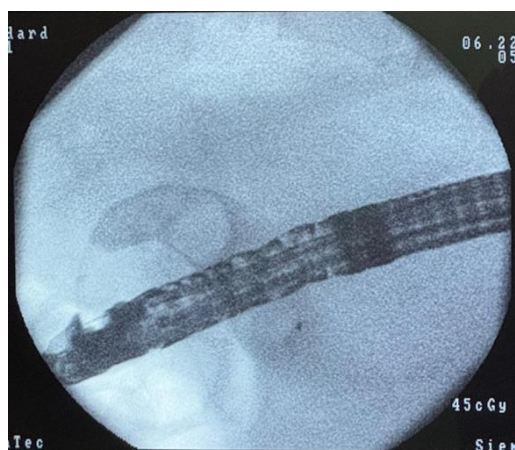


Рисунок 3.1.1



Рисунок 3.1.2

**3.1.2. Диагностика и лечение ретродуоденальной перфорации при эндопротезировании магистральных желчных протоков.** Согласно данным исследования ретродуоденальная перфорация возникает на фоне анатомически сложных вариантов (дивертикулы, деформации дистального отдела холедоха) при гипертрофированном большом дуоденальном сосочке, а при проведении предрассечения типичных и незначительных размеров (менее 3 мм по длиннику). В наших наблюдениях ретродуоденальные перфорации встречались в начальном периоде внедрения эндоскопической папиллосфинктеротомии и стентирования при механической желтухе. В данных случаях трудности были связаны с перенесенной операцией в анамнезе и деформацией 12 п.к. (таблица 3.1.2.1).



Таблица 3.1.2.1 - Вероятность возникновения ретродуоденальной перфорации при пробных канюляциях, N=17.

Способы пробных канюляций	Частота РДП	
	абс	%
С использованием проводников	-	-
Без использования проводников	2	11,7%

Нами из 17 случаев эндопротезирования в 15 случаях применены пробные канюляции большого дуоденального сосочка с использованием нитинолового проводника. После нахождения большого дуоденального сосочка при его канюляции до введения контрастного вещества проводили проводник, ход которого прослеживали рентгеноскопически. При попадании проводника в общий желчный проток вводили контрастное вещество, оценивали наличие стриктур, конкрементов, после чего не удаляя проводник производили папиллосфинктеротомию, извлекали папиллотом, по проводнику устанавливали эндопротез. Диагноз ретродуоденальной перфорации у пациентов с манифестацией в форме острой кишечной (динамической) непроходимости и болевым синдромом без её развития (2-х наблюдениях) был установлен через 8 часов и 14 часов после проведенной эндоскопической папиллосфинктеротомии и стентирования по поводу альвеококкоза печени с прорастанием в ворота, механической желтухи. Больные через 8 и 14 часов после эндопротезирования оперированы, произведена лапаротомия, ревизия, санация и дренирование забрюшинного пространства. После операции больные выписаны в удовлетворительном состоянии на 14 и 17 суток.

**3.2. Способ профилактики постпапиллотомических кровотечений у пациентов с нарушениями в системе гемостаза на фоне механической желтухи.** С целью снижения риска возникновения постпапиллотомического кровотечения у пациентов с высокой механической желтухой (выше 150мкмоль/л), эндоскопическую папиллосфинктеротомию выполняли в 2 этапа. Первый этап включал в себя незначительное (до разобщения устьев общего желчного и главного панкреатического протоков в ампуле большого дуоденального сосочка) рассечение большого дуоденального сосочка, после чего проводилось ретроградное контрастирование желчных протоков. Если до предрассечения выполнить эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию не представлялось возможным, или, если она уже выполнена и желчные протоки заполнились на всем протяжении, то в их просвет вводился эндопротез (рисунок 3.2.1, 3.2.2).



Рисунок 3.2.1



Рисунок 3.2.2

Эндобилиарное стентирование в подобных ситуациях обладает определенной спецификой. Во-первых, независимо от количества конкрементов, их размеров и подвижности проксимальный конец стента должен заходить во внутрипеченочные протоки. Во-вторых, на эндопротез по всей длине должны быть нанесены дополнительно антирефлекссионные зазубрины – это предупреждает дислокацию стента при движении конкрементов или при повторной их миграции из желчного пузыря. В-третьих, проксимальный конец стента должен быть конусообразно заужен – без этого условия провести его через устье общего желчного протока в ампуле большого дуоденального сосочка достаточно сложно. При нормализации гемостаза пациенту проводилось удаление эндопротеза и непосредственно за этим максимальная с визуализацией просвета общего желчного протока эндоскопическая папиллосфинктеротомия, естественно, канюляционным способом, а также дополнительные вмешательства по супратерминальной реканализации магистральных желчных протоков.

**3.3. Результаты клинического применения двухэтапной эндоскопической папиллосфинктеротомии с межэтапным эндобилиарным стентированием для профилактики острых постпапиллотомических кровотечений.** В наших наблюдениях из 245 больных в 17 случаях (6,9%) после эндоскопической папиллосфинктеротомии встречались клинически выраженные постпапиллотомические кровотечения, как видно из таблица 3.3.1, наиболее часто встречались у пациентов с уровнем общего билирубина выше 150мкмоль/л – 13 случаев (76,4%).

Таблица 3.3.1 - Частота постпапиллотомических кровотечений у пациентов с различным уровнем билирубина (мкмоль/л), n = 17

Исследуемые параметры	Уровень общего билирубина крови (мкмоль/л)							
	50-150 n = 180		150-200 n = 49		200-300 n = 13		Выше 300 n = 3	
Частота клинически выраженных ППК	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
	4	2,2	7	14,2	5	38,4	1	33,3

У пациентов, осложненные постпапиллотомическими кровотечениями после эндоскопической папиллосфинктеротомии (17случаев), кровотечение легкой степени встречалась у 11-ти пациентов (64,7%), средней степени - в 4-х случаях (23,5%) и тяжелая степень кровотечения встречалась в 2-х случаях (11,8%). При постпапиллотомических кровотечениях легкой и средней степени тяжести пациентам проводились консервативные мероприятия (гемостатическая терапия, в 3-х случаях переливания свежезамороженной плазмы), после чего кровотечение остановилось, и больные выписаны в удовлетворительном состоянии. В 2-х случаях в наших наблюдениях встречались постпапиллотомические кровотечения тяжелой степени. Несмотря на проведение гемостатической терапии кровотечение у данных больных не останавливалась, поэтому проведена повторная дуоденоскопия, коагулирован кровоточащий сосуд, вокруг большого дуоденального сосочка введен сосудосуживающие препараты. Одновременно получали гемостатическую терапию, неоднократно перелита одноклассная свежзамороженная плазма, однократно перелита одноклассная отмытая эритроцитарная масса. Больные на 6 и 7 сутки выписаны уровнем гемоглобина крови 92 г/л и 96г/л и уровнем общего билирубина крови 32мкмоль/л, и 28,3мкмоль/л.

Больные с механической желтухой уровнем общего билирубина выше 150мкмоль/л (65 больных) разделены на две подгруппы: 1) группа исследования – 13 больной, которым для профилактики постпапиллотомического кровотечения произведена межэтапное стентирование холедоха без предварительной эндоскопической папиллосфинктеротомии; 2) группа сравнения – 52 больных, которым произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия без стентирования.

При изучении системы гемостаза пациентов исследуемой группы отмечались дефекты основных компонентов системы гемостаза - сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного (таблица 3.3.2): очевидно, что тяжесть данных отклонений коррелирует с уровнем гипербилирубинемии.

Таблица 3.3.2 - Отклонения в системе гемостаза при различной выраженности механической желтухи у пациентов первой клинической группы, N = 13

Параметры системы гемостаза	Уровень общего билирубина (мкмоль/л)		
	150-200 мкмоль/л, n = 7	200-300 мкмоль/л, n = 5	300 мкмоль/л и выше, n = 1
Время свёртывания крови, мин.	3,7±1,2	4,9±2,1	5,9±2,2
АЧТВ, сек.	32,1±1,9	37±2,3	43,5±3,3
Протромбиновое время, сек.	14±9	24±5	41±4

При сравнении уровней постпапиллотомического кровотечения в группе исследования выявлено снижение частоты данного осложнения (таблица 3.3.3).

Таблица 3.3.3 - Эффективность профилактики постпапиллотомического кровотечения пациентов с нарушениями системы гемостаза на фоне механической желтухи, N = 65.

Результаты профилактики кровотечения у пациентов с механической желтухой	Частота развития кровотечений		Частота развития осложнений	
	абс.	%	абс.	%
Группа исследования, n = 13	1	7,6	1	7,6
Группа сравнения, n = 52	12	23,0	4	6,8

**Примечание:** Достоверность различий между группами по частоте развития кровотечений статистически значима.

Как следует из данных (таблица 3.3.4), использование двухэтапной эндоскопической папиллосфинктеротомии с межэтапным профилактическим стентированием магистральных желчных протоков у пациентов с риском развития постпапиллотомического кровотечения не только снижает вероятность его развития (от 23,0% до 7,6%), и в особенности резистентных в общему и местному гемостазу форм, но и переводит тяжелые кровотечения в более легкие.

Таблица 3.3.4 - Частота развития постпапиллотомического кровотечения

Группы пациентов	Общее кол-во		Тяжесть постпапиллотомического кровотечения					
			лёгкое		средней тяжести		тяжёлое	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Группа исследования, n = 13	1	7,6	1	7,6	-	-	-	-
Группа сравнения, n = 52	12	23,0	3	5,7	7	13,5	2	3,8

**Примечание.** Достоверность различий между группами статистически значима.

При сравнении показателей выполнимости межэтапного стентирования по традиционной и усовершенствованной методикам в исследуемой группе выявлено снижение частоты повторных попыток стентирования и уровня осложнений при использовании усовершенствованной технологии эндопротезирования (таблица 3.3.5). У пациентов с проведением стентирования в соответствии с усовершенствованиями рестентирование требовалось в 2,5 раза реже (16,6% против 28,5%), а осложнения не встречались.

Таблица 3.3.5 - Частота успешного проведения эндопротеза у пациентов с нарушениями в системе гемостаза на фоне механической желтухи группы исследования.

Пациенты группы исследования, N = 13	Количество повторных попыток стентирования		Распределение постинтервенционных осложнений*	
	абс.	%	абс.	%
Традиционная методика эндопротезирования, n = 7	3	42,8	2	28,5
Усовершенствованная методика эндопротезирования, n = 6	1	16,6	-	-

**Примечание.** \*Включены осложнения как геморрагического, так и негеморрагического

Количество повторных попыток стентирования:  $P = 0,035122626064945$

Распределение постинтервенционных осложнений:  $P = 0,151860744297723$

**Глава 4 «Особенности проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии, литоэкстракции у больных холедохолитиазом после билиодигестивных анастомозов».** В наших исследованиях 42 больных в анамнезе оперированы по поводу желчнокаменной болезни, осложненного холедохолитиазом, из них в 9 (21,4%) случаях повторно оперированы по поводу рецидивного холедохолитиаза, стриктуры терминального отдела холедоха (таблица 4.1).

Таблица 4.1 - Сроки выявления холедохолитиаза после проведенных операций.

Диагноз	Название операции	Сроки после операции		Кол- тво
		до 1 года	после 1- го года	
Калькулезный холе- цистит. Холедохолитиаз	Холецистэктомия, холедохолитотомия, холедоходуоденоанастомоз	6 (14,3%)	27 (64,2%)	33

Рецидивный холедохолитиаз	Холедохолитотомия, холедоходуоденоанастомоз	1 (2,4%)	8 (19,1%)	9
Всего		7 (16,7%)	35 (83,3%)	42

При обследовании на УЗИ и МРТ во внепеченочных желчных протоках выявлены множественные конкременты разной степени плотности размерами от 6-7мм до 14мм. Необходимо отметить, что в 13 случаях камни обнаружены ниже анастомоза, в остальных случаях ниже и выше анастомоза. Со стороны биохимических анализов крови были выявлены незначительные повышения общего билирубина (до 37мкмоль/л) и трансаминаз сыворотки крови, что объясняется наличием анастомоза.

Особенности проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии: 1) сложности технического характера нахождения большого дуоденального сосочка из-за деформации 12 п.к. после холедоходуоденоанастомоза; 2) сложности манипуляции на большом дуоденальном сосочке из-за небольшого, нефункционирующегося размера; 3) после эндоскопической папиллосфинктеротомии при контрастировании контрастное вещество через отверстие анастомоза вытекает в просвет 12 п.к., поэтому трудно оценить истинную картину билиарного тракта; 4) после эндоскопической папиллосфинктеротомии при проведении корзинки для литоэкстракции камней выше анастомоза часто конец корзинки Дормиа через анастомоз пролабирует в просвет 12 п.к.; 5) имеются трудности проведения корзинки Дормиа в холедох выше анастомоза и удаления камней.

Из 42 больных в 18 (42,8%) случаях при дуоденоскопии выявлены дивертикулы 12п.к., что также затрудняли канюляцию большого дуоденального сосочка.

Из 42 больных в 31 случае (73,8%) после однократного эндоскопической папиллосфинктеротомии удалось полностью извлекать камни из общего желчного протока и гепатикохоледоха. В 11 случаях (26,2%) больным проводили неоднократные дуоденоскопии с последующим удалением камней из общего желчного протока и гепатикохоледоха.

**Глава 5 «Возможности эндопротезирования доброкачественных заболеваний магистральных желчных протоков».** Особенности эндобилиарного стентирования при доброкачественных поражениях магистральных желчных протоков изучались на 13 пациентах, которым было противопоказано открытые оперативные вмешательства в связи с тяжелым состоянием больных, обусловленные гипербилирубинемией, холангитом и наличием тяжелых сопутствующих заболеваний. При этом выявлены следующие особенности: многокомпонентный блок на фоне множественного

холедохолитиаза, многокомпонентный блок на фоне одиночного холедохолитиаза в сочетании с доброкачественным стенозом магистральных желчных протоков, предварительная дислокация конкремента в супрастенотическое расширение, перемещение конкремента после стентирования, возникновение нового блока в связи с миграцией конкрементов из желчного пузыря. Основным предрасполагающим фактором к миграции из желчного пузыря являлся синдром Мирizzi 1-го типа (2 наблюдения) и синдром Мирizzi 2-го типа (2 наблюдение). С целью преодоления этого недостатка *стентирование гепатикохоледоха при холедохолитиазе у пациентов с сохранённым желчным пузырём проводилось двумя эндопротезами, полностью выполняющими просвет магистральных желчных протоков с частичным проведением в правый или левый печёночные протоки*

При данных особенностях частота дисфункций и дислокаций эндопротезов возрастала и соответственно возрастала частота количество попыток проведения стента при первоначальном стентировании и рестентирований. При многокомпонентном блоке несостоятельность стента при традиционном эндопротезировании выявлена в 4-х случаях (30,7 %); при усовершенствованном стентировании отмечается существенное повышение стабильности эффекта - по каждой из перечисленных особенностей несостоятельность стентирования отмечалась в одном случае (7,6%). Использование данного усовершенствования позволило снизить частоту дислокаций и дисфункций эндопротеза с 30,7% до 7,6% (таблица 5.1).

Таблица 5.1 - Частота несостоятельности эндобилиарного стентирования при различных нестандартных структурных особенностях холедохолитиаза (n=13)

Частота несостоятельности эндопротезов	Кол-во дисфункций эндопротезов		Кол-во дислокаций эндопротезов		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Эндопротезирование по традиционной технологии (n=8)	3	23,0	1	7,6	4	30,7
Эндопротезирование по усовершенствованной технологии (n=5)	1	7,6	-		1	7,6

При сравнении результатов лечения пациентов с нарушениями желчеоттока доброкачественной природы с использованием предоперационного эндохирургического лечения выявлено, что в группе с предоперационной подготовкой в качестве эндобилиарного стентирования для купирования желтухи открытое вмешательство на желчевыведительной системе

сопровождалось отсутствием послеоперационных осложнений по сравнению с группой пациентов, у которых открытое оперативное лечение проведено на фоне механической желтухи без её купирования.

### **ВЫВОДЫ:**

1. При возникновении ретродуоденальной перфорации во время пробных канюляций после проведения предрассечения фатерова сосочка или через карманы ампулы большого дуоденального сосочка ранняя диагностика и своевременное адекватное открытое оперативное вмешательство является методом выбора в лечении данного осложнения.
2. Двухэтапное выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии с межэтапным эндоскопическим стентированием желчных протоков у пациентов с нарушениями системы гемостаза на фоне механической желтухи позволяет снизить частоту постпапиллотомических кровотечений.
3. Применение в качестве подготовки к радикальному лечению эндобилиарного стентирования при неэффективных литоэкстракции и литотрипсии или при сомнительной их перспективности по данным эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии у пациентов с механической желтухой позволяет снизить уровень осложнений последующего открытого операционного лечения.
4. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия, литоэкстракция у ранее оперированных больных по поводу осложненной ЖКБ с наложением билиодигестивных анастомозов имеет свои особенности, связанные с перенесенной операцией, деформацией 12п.к.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:**

1. Пациентам с механической желтухой на фоне крупных конкрементов общего желчного протока или протяжённого стеноза его терминального отдела и выявленными дефектами в системе гемостаза целесообразно проводить эндобилиарное вмешательство по реканализации магистральных желчных протоков в 2 этапа: первый этап включает проведение незначительного рассечения большого дуоденального сосочка канюляционным способом до разобщения устьев общего желчного протока и главного панкреатического протока или при технических сложностях его предрассечение торцевым папиллотомом с последующим проведением стента в суп-растенотическое расширение, второй этап - адекватное рассечение большого дуоденального сосочка после купирования механической желтухи и нормализации системы гемостаза.
2. При проведении эндопротезирования желчных протоков по поводу холедохолитиаза целесообразно пользоваться стентами, полностью



выполняющими просвет гепатикохоледоха с захождением в правый или левый печёночные протоки.

3. При невозможности или высокорискованности литоэкстракции и литотрипсии целесообразно пациентам с высоким уровнем механической желтухи проводить эндобилиарное стентирование и только по её купированию открытое оперативное вмешательство.

4. Для профилактики возникновения ретродуоденальной перфорации в технически сложных случаях во время проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии целесообразно использовать проведение проводника во время пробных канюляций до проведения дугообразного папиллотомы, после чего не удаляя проводник провести рассечение большого дуоденального сосочка.

5. У больных рецидивным холедохолитиазом с наличием холедоходуоденоанастомоза в анамнезе необходимо учитывать технические особенности проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии и литоэкстракции, связанные со сложностями канюляции измененного большого дуоденального сосочка на фоне деформации 12 п.к., низкую эффективность эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии из-за наличия соустья и вытекания контрастного вещества в просвет 12п.к. Использовать возможности удаления камней из общего желчного пузыря выше анастомоза через холедоходуоденоанастомоз.

#### **СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:**

1. **Осумбеков, Р. Б.** Сравнительный анализ результатов лапароскопической и открытой эхинококкэктомии [Текст] / Р. Б. Осумбеков, Б. З. Осумбеков, М. А. Чокотаев // Вестник ОшГУ. – 2015. – №3. – С. 159-162; То же: {Электронный ресурс}. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=30483164>

2. **Осумбеков, Р. Б.** Ультразвуковая гистографическая денситометрия при диффузных поражениях печени [Текст] / [Р. Б. Осумбеков, Б. З. Осумбеков, А. Т. Жунусов, Г. Т. Каратаева] // Вестник ОшГУ. – 2015. – №3. – С. 155-158; То же: {Электронный ресурс}. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=30483163>

3. **Осумбеков, Р. Б.** Видеолапароскопические технологии в хирургическом лечении эхинококковых кист печени [Текст] / Р. Б. Осумбеков, Б. З. Осумбеков, М. А. Чокотаев // Вестник ОшГУ. – 2015. – №1. – С. 79-82; То же: {Электронный ресурс}. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=28198718>

4. **Осумбеков, Р. Б.** Роль ультрасонографии в топической диагностике и определении показаний для лапароскопической эхинококкэктомии [Текст] / Р. Б. Осумбеков, Б. З. Осумбеков, М. А. Чокотаев // Медицина Кыргызстана. – 2015. – №4. – С. 57-59; То же: {Электронный ресурс}. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=27701626>
5. **Осумбеков, Р. Б.** Лапароскопическая холецистэктомия у больных, ранее оперированных на органах брюшной полости [Текст] / [Р. Б. Осумбеков, Б. З. Осумбеков, Ж. Р. Батиров, М. А. Чокотаев] // Медицина Кыргызстана. – 2015. – №4. – С. 53-56. <https://elibrary.ru/item.asp?id=27701625>
6. **Осумбеков, Р. Б.** Варианты клинической манифестации ретродуоденальной перфорации при проведении эндоскопической папиллосфинктеротомии [Текст] / Р. Б. Осумбеков // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 13. - №3. – С. 544-548. <https://elibrary.ru/item.asp?id=32484241>
7. **Осумбеков, Р. Б.** Ретродуоденальные перфорации при выполнении эндоскопической папиллосфинктеротомии [Текст] / Р. Б. Осумбеков, В. В. Юрченко // Аспирантский вестник Поволжья. – 2017. – №1-2. – С. 128-133. <https://elibrary.ru/item.asp?id=29799908>
8. **Осумбеков, Р. Б.** Возможности закрытия ретродуоденальной перфорации, возникающей при эндоскопической папиллосфинктеротомии, саморасширяющимся стентом [Текст] / Р. Б. Осумбеков, В. В. Юрченко // Кубанский научный медицинский вестник. – 2017. – Т. 24. - №6-2. – С. 145-149. <https://elibrary.ru/item.asp?id=30721450>
9. **Осумбеков, Р. Б.** Сравнительные отдаленные результаты лапароскопической эхинококкэктомии печени [Текст] / [Р. Б. Осумбеков, Б. З. Осумбеков, М. А. Чокотаев] // Вестник ОшГУ. – 2020. – №1-5. – С. 130-137; То же: {Электронный ресурс}. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=43117280>
10. **Osubemkov, R.** Displacement of the Residual Liver Cavity in Laparoscopic Echinococsectomy [Text] / R. Osumbekov, M. Chokotaev, B. Osumbekov // *Surgical Science*. – 2020. – Vol.11, No.10, - P. 281-288. <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=103299>
11. **Осумбеков, Р. Б.** Эндоскопические возможности коррекции желчеоттока при доброкачественных поражениях общего желчного протока [Текст] / Р. Б. Осумбеков, Ю. К. Уметалиев, В. В. Юрченко // Вестник ОшГУ. – 2021. – Т. 1. - №5. – С. 126-136; То же: {Электронный ресурс}. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=46644443>

**12. Осумбеков, Р. Б.** Постинтервенционные панкреатиты [Текст] / [Р. Б. Осумбеков, В. В. Юрченко, В. В. Парамонов, Е. А. Свириденко, Д. Е. Жуков, А. А. Сологуб] // В сборнике: Клинико-морфологические аспекты фундаментальных и прикладных медицинских исследований. Материалы международной научной конференции. Редколлегия: Н.Т. Алексеева [и др.]. Воронеж. – 2021. – С. 158-162. <https://elibrary.ru/item.asp?id=45660589>

**13. Осумбеков, Р. Б.** Лапароскопическая эхинококкэктомия из почки (клинический случай) [Текст] / Р. Б. Осумбеков, Б. З. Осумбеков // В сборнике: Клинико-морфологические аспекты фундаментальных и прикладных медицинских исследований. Материалы международной научной конференции. Редколлегия: Н.Т. Алексеева [и др.]. Воронеж. – 2021. – С. 155-158. <https://elibrary.ru/item.asp?id=45660586>

**14. Осумбеков, Р. Б.** Анализ симультанных и изолированных лапароскопических операций при желчнокаменной болезни [Текст] / [Р. Б. Осумбеков, Б. З. Осумбеков, С. Токторов, Ж. Д. Абдуллаева] // Бюллетень науки и практики. – 2022. – Т. 8. - №7. - С. 330-335. <https://elibrary.ru/item.asp?id=49188311>

**15. Осумбеков, Р. Б.** Данные результатов лапароскопической холецистэктомии у больных, ранее оперированных на органах брюшной полости [Текст] / Р. Б. Осумбеков, Б. З. Осумбеков, Ж. Р. Батиров // В сборнике: Клинико-морфологические аспекты фундаментальных и прикладных медицинских исследований. Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко; Научное медицинское общество анатомов, гистологов и эмбриологов. Воронеж. – 2022. – С. 77-80. <https://elibrary.ru/item.asp?id=49832375>

**Осумбеков Руслан Байышбековичтин 14.01.-17 – хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты даражасын алуу үчүн «ретродуоденалдык перфорациялардын жана постпапиллотомиялык кан агуулардын алдын алуу жана дарылоо» темасындагы диссертациялык ишине**

### **КОРУТУНДУ**

**Негизги сөздөр:** дуоденоскопия, эндоскопиялык папиллосфинктеротомия, эндоскопиялык ретрограддык холангиопанкреатография, литоэкстракция, литотрипсия, ретродуоденалдык перфорация, постпапиллотомиялык кан агуу.

**Изилдөөнүн максаты:** эндоскопиялык папиллосфинктеротомиянын коопсуздугун жогорулатуу жана натыйжаларын жакшыртуу.

**Изилдөөнүн объектиси:** магистралдык өт түтүктөрүнүн жакшы сапаттагы тоскоолдуктары менен механикалык сарык бар 386 бейтап.

**Изилдөө методдору:** клиникалык жана лабораториялык изилдөөлөр, УЗИ, компьютердик томография, дуоденоскопия.

Ретродуоденалдык перфорациянын жана постпапиллотомиялык кан кетүүлөрдүн алдын алуу жана аларды дарылоо максатында тактикалык-техникалык ыкмаларын өркүндөтүү, кабылдоолор пайда болгон учурда, аларды адекваттуу дарылоо.

**Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыктары:** Холедохолитиаз рецидивдеринде, холецистэктомия операциясы жана билиодигестивдик анастомоз (холедоходуоденалдык анастомоз) коюлган соң эндоскопиялык папиллосфинктеротомиянын тактикалык-техникалык ыкмалары иштелип чыкты. Механикалык сарык бар бейтаптарда магистралдык өт түтүктөрүнүн супратерминалдык жакшы сапаттагы тоскоолдуктарында эндобилиардык стентирлөөнүн өзгөчөлүктөрү изилденип, радикалдуу кийлигишүүгө даярдоо үчүн анын тактикасы жана технологиясы өркүндөтүлдү. Магистралдык өт түтүктөрүнүн жакшы сапаттагы жабыркоолорунда постпапиллотомиялык кан кетүүлөрдүн алдын алуу максатында бир жолку жана кайталанган эндоскопиялык папиллосфинктеротомияларды колдонуунун натыйжалуулугу далилденди. Ретродуоденалдык перфорациянын алдын алуу максатында сыноо канюляцияларында зым өткөргүчтөрдү колдонуу менен эндоскопиялык папиллосфинктеротомия тактикасы өркүндөтүлдү.

**Колдонуу боюнча сунуштар:** Иште камтылган негизги корутундулар жана сунуштар күнүмдүк клиникалык практикада, окуу процессинде жана илимий изилдөөдө колдонулушу мүмкүн.

**Колдонуу чөйрөсү:** хирургия.

## РЕЗЮМЕ

диссертации **Осумбекова Руслана Байышбековича** на тему: **«Профилактика и лечение ретродуоденальной перфорации и постпапиллотомических кровотечений» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.**

**Ключевые слова:** дуоденоскопия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, литоэкстракция, литотрипсия, ретродуоденальная перфорация, постпапиллотомическое кровотечение.

**Цель исследования:** повысить безопасность и улучшение результатов эндоскопической папиллосфинктеротомии.

**Объект исследования:** 385 больных с механической желтухой, обусловленные доброкачественными поражениями магистральных желчных протоков.

**Предмет исследования:** профилактика и лечение постпапиллотомических кровотечений и ретродуоденальных перфораций при эндоскопической папиллосфинктеротомии путем совершенствования технологий выполнения, применения адекватных способов лечения при развитии данных осложнений.

**Методы исследования:** клинико-лабораторные исследования, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, дуоденоскопия.

**Полученные результаты и их новизна:** Разработаны тактико-технические приемы эндоскопической папиллосфинктеротомии при рецидивном холедохолитиазе после выполненной операции холецистэктомии и наложения билиодигестивного анастомоза (холедоходуоденоанастомоз). Изучена специфика эндобилиарного стентирования при супратерминальных доброкачественных блоках магистральных желчных протоков у пациентов с механической желтухой, усовершенствована его тактика и технология при подготовке к радикальному вмешательству. Доказана эффективность применения одномоментной и повторных эндоскопических папиллосфинктеротомий при доброкачественных поражениях магистральных желчных протоков с целью профилактики постпапиллотомических кровотечений. Усовершенствована тактика эндоскопической папиллосфинктеротомии с использованием проводников при пробных канюляциях для профилактики возникновения ретродуоденальной перфорации.

**Степень использования или рекомендации по использованию:** Основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы в повседневной клинической практике, в образовательном процессе и в научных исследованиях.

**Область применения:** хирургия.

## **SUMMARY**

**the thesis of Osumbekov Ruslan Baiyshbekovich on the topic: “Prevention and treatment of retroduodenal perforation and post-papillotomy bleeding” in candidacy for an academic degree of candidate of medicine in the major 14.01.17 – surgery.**

**Key words:** duodenoscopy, endoscopic papillosphincterotomy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, lithoextraction, lithotripsy, retroduodenal perforation, postpapillotomy bleeding.

**The aim of the research.** to improve safety and outcomes of endoscopic papillosphincterotomy.

**Object of study:** 385 patients with mechanical jaundice caused by benign lesions of the main bile ducts.

**Subject of study:** prevention and treatment of post-papillotomy bleeding and retroduodenal perforations during endoscopic papillosphincterotomy by improving the technologies of implementation, using adequate methods of treatment in the development of these complications.

**Research methods:** clinical laboratory tests, ultrasound examination, computed tomography, duodenoscopy.

**The results obtained and their novelty.** Tactical and technical methods of endoscopic papillosphincterotomy for recurrent choledocholithiasis after cholecystectomy and the imposition of a biliodigestive anastomosis (choledochusduodeno-anastomosis) have been developed. The specifics of endobiliary stenting for supraterminal benign blocks of the main bile ducts in patients with mechanical jaundice were studied, and its tactics and technology were improved in preparation for radical intervention. The effectiveness of the use of single-stage and repeated endoscopic papillosphincterotomies for benign lesions of the main bile ducts in order to prevent post-papillotomy bleeding has been proven. The tactics of endoscopic papillosphincterotomy using guidewires during trial cannulations to prevent the occurrence of retroduodenal perforation have been improved.

**Recommendations for use.** The main conclusions and recommendations contained in the work can be used in everyday clinical practice, in the educational process and in scientific research.

**Scope of use:** surgery.



Опубликовано: 26.03.2025.

Формат 60/90 1/16. Объем: 1,5 б.т.

Заказ №7/25. Типография "Book Дизайн»

Адрес: город Ош, Сулайманова И.З.