

риментального ОНП. Установлен положительный эффект от энтерального применения метронидазола.

**Выводы.** Созданная модель экспериментального ОНП позволила определить достоверные лабораторные тесты, отражающие динамику развития ОНП. Использованный новый, отечественный лабораторный тест, основанный на формировании супрамолекулярного комплекса жирной кислоты с гемоглобином, как индикатора панкреатического фосфолиполиза, может быть включен в комплекс исследований для диагностики острого воспаления поджелудочной железы в клинике.

## КОМПЛЕКСНОЕ ЭНДОБИЛИАРНОЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛАНГИОЛИТИАЗА ПРИ СТРИКТУРАХ ГЕПАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗОВ

<sup>1</sup> Воробей А. В., <sup>1</sup> Орловский Ю. Н., <sup>2</sup> Лагодич Н. А., <sup>3</sup> Орехов В. Ф.

<sup>1</sup> ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

<sup>2</sup> Минская областная клиническая больница

<sup>3</sup> Республиканский научно-практический центр онкологии и  
медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова  
Минск, Беларусь

**Введение.** Доброкачественные стриктуры гепатикоюноанастомозов (ГЕА) встречаются в 10-30% наблюдений после реконструктивных операций на желчных протоках и являются одной из серьезных проблем билиарной хирургии. По данным многих авторов, от 62,3 до 75% таких пациентов подвергаются повторным операциям в связи с развитием рецидивов стриктур соустьев. Данная патология часто может осложняться рецидивирующим холангитом, холангиолитиазом, печеночной недостаточностью и билиарным циррозом печени. В последнее время все большее распространение получают малоинвазивные методы диагностики и лечения холангиолитиаза на фоне стриктур ГЕА. Таким образом, проведение повторных реконструктивных операций отягощается многочисленными осложнениями и служит поводом к разработке щадящих малоинвазивных методов восстановления желчеоттока при стриктурах ГЕА в сочетании с холангиолитиазом.

**Материал и методы.** За период с 2002 по 2016 гг. в Республиканском центре реконструктивной хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии (РЦРХГиКП) проходили лечение 58 пациентов со стриктурами ГЕА после ранее перенесенных реконструктивных операций на желчных протоках, в том числе с развитием внутривнутрипеченочного холангиолитиаза (13–22,4% пациентов). Развитие последнего на фоне стриктур ГЕА происходило в сроки от 1 до 3 лет.

До 2009 г. в клинике при рецидивных стриктурах ГЕА в основном применяли повторные реконструктивные операции. В связи с появлением современного оборудования (двухбаллонный энтероскоп – с 2009 г., рентгенохирургическое оснащение – с 2010 г., пероральный холедохоскоп – с 2016 г.) мы начали применять комплексное малоинвазивное лечение стриктур ГЕА, в том числе в сочетании с холангиолитиазом.

Малоинвазивные операции выполнили у 12 (20,7%) пациентов после ранее перенесенных ими реконструктивных операций на желчевыводящих путях, остальным 46 (79,3%) – повторные реконструктивные операции в виде регепатикоеюностомии.

У пациентов с диагностированной стриктурой ГЕА по МРТ-ХГ или в момент проведения ДБЭ при достижении зоны соустья выполняли лазерную реканализацию анастомоза лазерным излучением длиной волны 1320 нм и мощностью 12 Вт торцевым световодом 400 мкм.

Разработанная нами технология «рандеву» – чрескожная чреспеченочная литотрипсия и «проксимальная» (антеградная) баллонная дилатация стриктуры ГЕА с ассистированием подведенным «дистально» (ретроградно) к стриктуре двухбаллонным энтероскопом при хирургически измененной анатомии тощей кишки – имеет мировой приоритет.

**Результаты и обсуждение.** Послеоперационной и постманипуляционной летальности в исследовании не было. Среди ранних осложнений малоинвазивных вмешательств имелись: обострение холангита (5 пациентов); инкрустация желчными конкрементами стентов у 1 пациента (в течение 1 года после процедуры), потребовавшая повторной открытой операции; рецидивы стриктур ГЕА (2 наблюдения), для ликвидации которых в сроки от 6 месяцев до 2 лет выполняли регепатикоеюностомию.

В отдаленном периоде у 5 (10,9%) оперированных пациентов в сроки от 6 месяцев до 3 лет наблюдался рецидив стриктуры ГЕА. Всем этим пациентам выполнили реГЕА.

У всех пациентов методы малоинвазивного лечения в разных вариантах включали: ДБЭ-лазерную вапоризацию (7 пациентов), ДБЭ-литоэкстракцию (1), транспеченочную холангиоскопию (2 пациента) с лазерной литотрипсией (1), баллонную дилатацию стриктуры ГЕА (4), литоэкстракцию (4), в том числе при поддержке двухбаллонной энтероскопии (методика «рандеву» – 1), стентирование нитиноловыми саморасширяющимися стентами (2).

У 7 пациентов с выраженной механической желтухой (билирубин от 100 ммоль/л и более) ДБЭ-лазерная вапоризация стриктуры ГЕА была полезна для снижения билиарной гипертензии до оперативного лечения. В двух наблюдениях данная процедура стала окончательной.

#### **Выводы:**

1. При стриктурах ГЕА, осложненных холангиолитиазом, необходимо широко использовать миниинвазивные рентгенэндобилиарные и эндоскопические методы коррекции, а при неэффективности одного из методов – их комбинацию.

2. Представленные в статье методы коррекции стриктур ГЕА в сочетании с холангиолитиазом, который развился после реконструктивных операций на желчных протоках, являются приоритетным пособием у пациентов пожилого возраста с коморбидной патологией.

3. Комбинация антеградной баллонной реканализации или лазерной вапоризации стриктуры ГЕА с ДБ-эндоскопической ассистенцией и извлечением фрагментов конкрементов с последующим внутренним дренированием или стентированием – новые, эффективные и безопасные методы лечения холангиолитиаза при рубцовых стриктурах ГЕА.

## **ВИРСУНГЭКТОМИЯ В УСТРАНЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

**Воробей А. В., Шулейко А. Ч., Орловский Ю. Н.,  
Вижинис Ю. И., Макки М. Ю.**

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
Минск, Беларусь*

**Введение.** В настоящее время двумя основными конкурирующими причинами болевого синдрома у пациентов с хроническим панкреатитом (ХП) считается увеличение протокового давления, а также развитие нейроиммунного воспаления в ткани головки ПЖ. Однако операции, основанные на лечении этих синдромов, оказываются эффективными только в 50-80% случаев. По результатам предыдущих исследований установлено, что наиболее важными моментами в выборе хирургической тактики является вид протоковой гипертензии и ее локализация в анатомических отделах ПЖ. При этом панкреатическую протоковую гипертензию можно разделить следующим образом:

1. Панкреатическая протоковая гипертензия в головке – перешейке ПЖ:

- 1.1 магистральная;
- 1.2 периферическая.

2. Панкреатическая протоковая гипертензия в теле – хвосте ПЖ:

- 2.1 магистральная;
- 2.2 периферическая.

С учетом предложенной модели болевого синдрома при ХП была предложена индивидуализированная тактика выбора объема операции при ХП в зависимости от локализации процесса и вида протоковой гипертензии.

**Цель исследования:** улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ХП.