

КОНФЕРЕНЦИЯ ОБЩЕСТВЕННОЙ  
ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
«РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО  
ХИРУРГОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ»

**«ХИРУРГИЧЕСКАЯ  
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ:  
ТРАДИЦИИ И ВЗГЛЯД  
В БУДУЩЕЕ»**

**26-27 марта 2026 года**

**Геленджик, Россия  
2026**

Редакционная коллегия

М. Л. Рогаль, профессор  
Ф. А. Черноусов, профессор  
Е. В. Степан, кандидат медицинских наук

**«ХИРУРГИЧЕСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ: ТРАДИЦИИ И ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ»**

Материалы конференции общественной общероссийской организации

«Российское общество хирургов гастроэнтерологов», (26-27 марта 2026 года)

/ под редакцией М. Л. Рогалья, Ф. А. Черноусова, Е. В. Степан -

Приложение к журналу: Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2026. - 188 с.

ISSN 2072-7984

ISSN 2072-7984  
2026

Оформление. ООО «КубаньПечать», 2026

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛЛАГЕНА I ТИПА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ (ТАРР).....</b>	<b>12</b>
Акимов В. П. <sup>1,2</sup> , Спиридонова В. С. <sup>2</sup> , Заркуа Н. Э. <sup>1</sup> , Крикунов Д. Ю. <sup>1</sup> , Тулюбаев И. Н. <sup>1</sup>	
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ НА ОСНОВЕ МЕТОДОЛОГИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ.....</b>	<b>13</b>
Александров В. В. <sup>1</sup> , Маскин С. С. <sup>1</sup> , Матюхин В. В. <sup>1</sup> , Карсанов А. М. <sup>2</sup> , Сигаев С. М. <sup>1</sup> , Овсянникова М. П. <sup>1</sup>	
<b>ВАРИАНТЫ ТАКТИКИ НЕОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ (ЧАСТЬ 1).....</b>	<b>15</b>
Александров В. В., Маскин С. С., Матюхин В. В., Бирюлев Д. С., Колесникова Е. О., Овсянникова М. П., Сигаев С. М.	
<b>ВАРИАНТЫ ТАКТИКИ НЕОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ (ЧАСТЬ 2).....</b>	<b>16</b>
Александров В. В., Маскин С. С., Матюхин В. В., Бирюлев Д. С., Колесникова Е. О., Овсянникова М. П., Рашид А., Сигаев С. М.	
<b>ДИАГНОСТИКА НЕОККЛЮЗИОННОЙ ИШЕМИИ КИШКИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ .....</b>	<b>18</b>
Алексеечкина О. А., Хамидова Л. Т., Владимирова Е. С., Титова Г. П., Гришин А. В.	
<b>ОЦЕНКА ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ЧАСТОТЫ ЯТРОГЕННЫХ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.....</b>	<b>20</b>
Андреев А. И. <sup>1,2</sup> , Анисимов А. Ю. <sup>1</sup>	
<b>ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ .....</b>	<b>22</b>
Арипова Н. У. <sup>1</sup> , Бабаджанов Ж. К. <sup>2</sup>	
<b>СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ.....</b>	<b>24</b>
Арипова Н. У. <sup>1</sup> , Бабаджанов Ж. К. <sup>2</sup>	
<b>БИЛИОДИГЕСТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ ЖЕЛЧИ: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ .....</b>	<b>26</b>
Астахин В. А., Паршин Д. С., Топчиев М. А., Топчиев А. М., Мельников В. В.	
<b>СТЕНТИРОВАНИЕ ИЛИ ОБХОДНОЙ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ СТЕНОЗЕ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА: КРИТЕРИИ ВЫБОРА И ОПЫТ МОСКОВСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ИМЕНИ С. П. БОТКИНА .....</b>	<b>28</b>
Багателья З. А., Греков Д. Н., Климашевич А. В., Карпов А. А., Коржева И. Ю., Юдин М. Ю., Бочарников Д. С., Колотильщиков А. А., Курбайтаев К. И., Солтамурадов Р. У.	
<b>РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КИШЕЧНЫХ СТОМАХ ВСЛЕДСТВИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ .....</b>	<b>30</b>
Багрянцев М. В. <sup>1</sup> , Дезорцев И. Л. <sup>1</sup> , Абелевич А. И. <sup>1</sup> , Янышев А. А. <sup>1</sup> , Белослудцев Д. Н. <sup>2</sup> , Плотников А. Ф. <sup>2</sup> , Ершов В. В. <sup>2</sup>	

<b>КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ .....</b>	<b>32</b>
Барсукова И. М., Махновский А. И.	
<b>ОМПЛЕКСНОЕ МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ .....</b>	<b>33</b>
Басенко М. А., Мурашко Д. С., Дурлештер В. М.	
<b>КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ЛАПАРОСТОМИЙ ПОСЛЕ БОЕВОЙ ТРАВМЫ .....</b>	<b>35</b>
Белослудцев Д. Н., Плотников А. Ф., Гут Е. Ш., Ершов В. В.	
<b>ЗАВЕРШЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО БУЖИРОВАНИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА САМОБУЖИРОВАНИЕМ .....</b>	<b>36</b>
Булынин В. В., Переверзев Е. Г., Жуков А. А., Турбеев В. Н., Пархисенко Ю. А.	
<b>РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА .....</b>	<b>37</b>
Бухтояров А. Ю., Дурлештер В. М., Ляковский К. О., Оганесян О. А., Качьян А. С., Мурашко Д. С.	
<b>ТОТАЛЬНЫЙ АГАНГЛИОЗ КИШЕЧНИКА КАК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОЙ РЕДКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У РЕБЕНКА .....</b>	<b>39</b>
Быков Ю. В., Обедин А. Н., Пучков А. А., Садовая А. С.	
<b>ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЗИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ТРУБЧАТЫХ СТРУКТУР ГЕПАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СВЯЗКИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ .....</b>	<b>40</b>
Возлюбленный Д. Е., Черкасов Д. М., Черкасов М. Ф., Возлюбленный Е. И., Галашокян К. М.	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО ПАКЕТИРОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ .....</b>	<b>42</b>
Воронцов А. К., Пархисенко Ю. А., Булынин В. В., Безалтынних А. А.	
<b>ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ ГРЫЖЕВОГО ДЕФЕКТА ПРИ ПРЯМОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ: АВТОРСКИЙ ПОДХОД.....</b>	<b>43</b>
Восколупов А. В. <sup>1,2</sup> , Попандопуло К. И. <sup>1</sup> , Базлов С. Б. <sup>1</sup> , Зорик В. В. <sup>1</sup> , Попандопуло И. К. <sup>1</sup> , Халимов А. А. <sup>2</sup> , Кротов Е. Н. <sup>2</sup>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ТЕХНИКИ ФИКСАЦИИ СЕТКИ ПРИ ТАРП ПАХОВЫХ ГРЫЖ.....</b>	<b>44</b>
Восколупов А. В. <sup>1,2</sup> , Попандопуло К. И. <sup>1</sup> , Базлов С. Б. <sup>1</sup> , Зорик В. В. <sup>1</sup> , Попандопуло И. К. <sup>1</sup> , Халимов А. А. <sup>2</sup> , Кротов Е. Н. <sup>2</sup>	
<b>РОЛЬ МАНОМЕТРИИ ПИЩЕВОДА ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ МЕТОДОМ ПЕРОРАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИОТОМИИ .....</b>	<b>45</b>
Габриэль С. А., Беспечный М. В., Крушельницкий В. С., Дынько В. Ю., Гучетль А. Я.	
<b>НЕОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ РАЗРЫВОВ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ЖИВОТА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ .....</b>	<b>47</b>
Гаврищук Я. В., Мануковский В. А., Тулупов А. Н., Савелло В. Е., Киселев М. А.	

<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ .....</b>	<b>49</b>
Гольцов В. Р., Дао З. Х., Дымников Д. А., Сизоненко Н. А.	
<b>ПЕРСПЕКТИВЫ НОВОГО БИОПОЛИМЕРНОГО КОМПЛЕКСА КАК АЛЬТЕРНАТИВЫ СТАНДАРТНЫМ МЕТОДАМ ОСТАНОВКИ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ .....</b>	<b>51</b>
Дадоходжаев А. А., Яглы С. И., Анисимов А. Ю.	
<b>ВЫБОР СПОСОБА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕДОХОЛИТОЭКСТРАКЦИИ ПО ДАННЫМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ .....</b>	<b>53</b>
Елецкая Е. С., Гурциев М. Х., Коков Л. С., Ярцев П. А., Киселевская-Бабинина В. Я., Хамидова Л. Т.	
<b>ГАСТРЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ .....</b>	<b>55</b>
Ершов В. В. <sup>1</sup> , Чернявский А. А. <sup>2</sup> , Стражнов А. В. <sup>2</sup>	
<b>ГАСТРЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ .....</b>	<b>56</b>
Ершов В. В. <sup>1</sup> , Чернявский А. А. <sup>2</sup> , Стражнов А. В. <sup>2</sup> , Батраков И. Е. <sup>2</sup>	
<b>РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЕРОЯТНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ NOSES У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОМОЩИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ .....</b>	<b>57</b>
Ефетов С. К., Хлусов Д. И., Зубайраева А. А.	
<b>ОТ ТЕХНИКИ К РЕЗУЛЬТАТУ: ПЕРВИЧНО-ЗАБРЮШИННЫЙ ДОСТУП КАК ПЕРСПЕКТИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ .....</b>	<b>58</b>
Ефетов С. К., Панова П. Д.	
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЦИФРОВОЙ ДЕТАЛИЗАЦИИ ДЛЯ АНАЛИЗА РАЗНООБРАЗИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАКЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ .....</b>	<b>60</b>
Ефетов С. К., Рычкова А. К.	
<b>ОТКРЫТАЯ ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ ПРИ ПОМОЩИ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КООГУЛЯЦИИ: ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ .....</b>	<b>62</b>
Ефетов С. К., Реброва А. С.	
<b>ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ УРЕМИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ .....</b>	<b>64</b>
Зурнаджьянц В. А., Кчибеков Э. А., Шамхалов С. Р., Гасанов К. Г.	
<b>СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕНЕТРИРУЮЩИХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ .....</b>	<b>66</b>
Зурнаджьянц В. А., Кчибеков Э. А., Одишелашвили Г. Д., Антонян С. В., Куприянов А. В., Эльдяев М. Ю., Акопян Н. А.	
<b>СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ .....</b>	<b>67</b>
Кабанов М. Ю. <sup>1,3</sup> , Ханевич М. Д. <sup>2</sup> , Яковлева Д. М. <sup>1,2</sup> , Горшенин Т. Л. <sup>1,3</sup> , Русанов Д. С. <sup>1</sup> , Даитова П. Р. <sup>1</sup>	

<b>ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННОМ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ .....</b>	<b>68</b>
Калинин Е. Ю. <sup>1</sup> , Акимов В. П. <sup>1,2</sup> , Творогов Д. А. <sup>1</sup> , Спиридонова В. С. <sup>2</sup>	
<b>ОЦЕНКА СРЕДНЕЙ ПЛОТНОСТИ ПОЯСНИЧНЫХ МЫШЦ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКОГО МАРКЕРА ГИПЕРКАТАБОЛИЗМА И РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ, ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ) .....</b>	<b>70</b>
Киселев В. В., Жигалова М. С., Муслимов Р. Ш., Ярцев П. А., Хамидова Л. Т.	
<b>ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ МИКРОБИОТЫ ТОНКОЙ КИШКИ И РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ .....</b>	<b>72</b>
Киселев В. В. <sup>1</sup> , Кошечкин С. И. <sup>2</sup> , Куренков А. В. <sup>1</sup> , Одинцова В. Е. <sup>2</sup> , Жигалова М. С. <sup>1</sup> , Ярцев П. А. <sup>1</sup> , Дмитриев И. В. <sup>1</sup>	
<b>ИННОВАЦИОННЫЕ ОСВЕТИТЕЛЬНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ В «ОТКРЫТОЙ» ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ.....</b>	<b>74</b>
Колесников С. А., Бугаева С. Р., Бугаев В. В., Семёнов А. Н.	
<b>ТЕХНИКО-ТАКТИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.....</b>	<b>76</b>
Колесников С. А., Бугаев В. В., Бугаева С. Р., Семёнов А. Н.	
<b>КОРРЕКЦИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ И СПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА ПРИ ХОЛЕСТАЗЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И КЛИНИКЕ .....</b>	<b>78</b>
Копейкин А. А. <sup>1,2</sup> , Зайцев О. В. <sup>1,2</sup> , Ашурова Н. М. <sup>1</sup> , Дьячков А. Е. <sup>1,2</sup>	
<b>БИЛИОДИГЕСТИВНЫЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ВЫСОКИХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ БИЛИАРНЫХ СТРИКТУРАХ: ВАРИАНТ РЕШЕНИЯ СЛОЖНОЙ ЗАДАЧИ .....</b>	<b>80</b>
Коробка В. Л. <sup>1,2</sup> , Хоронько Р. Ю. <sup>1</sup> , Лагеза А. Б. <sup>1,2</sup> , Гончар М. В. <sup>1,2</sup> , Коробка Р. В. <sup>1,2</sup>	
<b>ОРИГИНАЛЬНАЯ МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ДИАФРАГМЫ .....</b>	<b>82</b>
Коробка Р. В. <sup>1,2</sup> , Клец И. С. <sup>1,2</sup> , Коробка В. Л. <sup>1,2</sup> , Татьяначенко В. К. <sup>1,2</sup> , Лагеза А. Б. <sup>1,2</sup> , Гончар М. В. <sup>1,2</sup> , Дударев С. И. <sup>1,2</sup> , Толстопятов С. В. <sup>1,2</sup>	
<b>ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.....</b>	<b>84</b>
Коробка Р. В. <sup>1,2</sup> , Клец И. С. <sup>1,2</sup> , Коробка В. Л. <sup>1,2</sup> , Хоронько Р. Ю. <sup>1</sup> , Лагеза А. Б. <sup>1,2</sup> , Гончар М. В. <sup>1,2</sup> , Дударев С. И. <sup>1,2</sup> , Толстопятов С. В. <sup>1,2</sup>	
<b>КОНТРОЛЬ ИШЕМИЧЕСКОГО РЕПЕРфуЗИОННОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНЫМ ПЕРИТОНИТОМ .....</b>	<b>86</b>
Коровин А. Я., Марченко Н. В., Исаханян К. А., Зайцев Л. Л.	
<b>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ВЕНОЗНЫХ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ ТРОМБОЗОВ .....</b>	<b>88</b>
Коровин А. Я., Нарсия В. В., Шевякова Т. В.	
<b>ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ФИКСАЦИИ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ .....</b>	<b>90</b>
Крикунов Д. Ю. <sup>1</sup> , Акимов В. П. <sup>1,2</sup> , Тулюбаев И. Н. <sup>2</sup> , Спиридонова В. С. <sup>2</sup> , Муаззамов Б. Б. <sup>1,2</sup>	

<b>ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ТОНКОЙ КИШКИ. ОПЫТ КЛИНИКИ.....</b>	<b>92</b>
Крушельницкий В. С., Габриэль С. А., Дынько В. Ю., Шлапак А. О.	
<b>ВЛИЯНИЕ ПЕПТИДНОГО ПИТАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА .....</b>	<b>93</b>
Кугрышев В. В., Кугрышева Т. Д.	
<b>ВЛИЯНИЕ ПЕПТИДНОГО ПИТАНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТКИ 35 ЛЕТ .....</b>	<b>94</b>
Кугрышев В. В., Кугрышева Т. Д.	
<b>МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ФОРМ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОГО ХОДА.....</b>	<b>95</b>
Кчибеков Э. А., Сердюков М. А., Джабраилов Р. А.	
<b>МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ НАГНОИВШЕЙСЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОЙ КИСТЫ .....</b>	<b>96</b>
Кчибеков Э. А., Шихрагимов М. И.	
<b>ВНУТРИБРЮШНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПЕРИТОНИТА С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА .....</b>	<b>97</b>
Левчук А. Л. <sup>1</sup> , Абдуллаев А. Э. <sup>2</sup>	
<b>СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМИРОВАНИЕМ НАРУЖНЫХ И ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ .....</b>	<b>99</b>
Левчук А. Л. <sup>1</sup> , Абдуллаев А. Э. <sup>2</sup>	
<b>ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЖИВОТА .....</b>	<b>101</b>
Левчук А. Л., Игнатьев Т. И., Гринь Н. А.	
<b>ДИАГНОСТИКА ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ .....</b>	<b>102</b>
Маскин С. С., Александров В. В., Матюхин В. В., Рашид А., Сигаев С. М., Бирюлев Д. С., Овсянникова М. П.	
<b>НЕОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ .....</b>	<b>104</b>
Маскин С. С., Александров В. В., Матюхин В. В., Рашид А., Сигаев С. М., Бирюлев Д. С., Овсянникова М. П.	
<b>ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ (ЧАСТЬ 1) .....</b>	<b>106</b>
Маскин С. С., Александров В. В., Матюхин В. В., Рашид А., Сигаев С. М., Бирюлев Д. С., Овсянникова М. П.	
<b>ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ (ЧАСТЬ 2) .....</b>	<b>108</b>
Маскин С. С., Александров В. В., Матюхин В. В., Рашид А., Сигаев С. М., Бирюлев Д. С., Овсянникова М. П.	

<b>ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ВАКУУМНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ: ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ АНАСТОМОЗА .....</b>	<b>110</b>
Михайличенко В. Ю. <sup>1</sup> , Паршин Д. С. <sup>2</sup> , Стаценко Е. Ю. <sup>1</sup> , Керимов Э. Я. <sup>1</sup>	
<b>ВОЗМОЖНОСТИ РЭНДЛ В КОРРЕКЦИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ В ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ .....</b>	<b>112</b>
Моисеенко А. В., Поликарпов А. А., Тилеубергенов И. И., Таразов П. Г., Гранов Д. А.	
<b>СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РАНЕНИЙ ЛЕГКОГО .....</b>	<b>114</b>
Николаева Е. Б., Котанджян В. Г., Татарина Е. В., Ярцев П. А., Золотарев Д. В.	
<b>МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД И ПРИМЕНЕНИЕ БИОТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ И СВИЩЕЙ ПИЩЕВОДА .....</b>	<b>116</b>
Николаева Е. Б., Черноусов Ф. А., Рабаданов К. М., Татарина Е. В., Перькова И. И., Радченко Ю. А., Гринь А. А., Черная Н. Р., Редкобородый А. В., Тетерин Ю. С., Боровкова Н. В., Пономарев И. Н.	
<b>ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗА 2005–2024 ГГ. ....</b>	<b>118</b>
Парфенов В. Е., Барсукова И. М., Дубикайтис П. А.	
<b>ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МЯГКИМИ И ТВЕРДЫМИ ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ПИЩЕВОДА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА .....</b>	<b>120</b>
Перькова И. И., Черноусов Ф. А., Николаева Е. Б., Рабаданов К. М., Татарина Е. В., Радченко Ю. А.	
<b>СРЕДСТВА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МОБИЛЬНОСТИ В СТРУКТУРЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА .....</b>	<b>122</b>
Петриков С. С., Ярцев П. А., Попова Н. А., Тыров И. А., Кирсанов И. И., Рогаль М. М., Шаврина Н. В., Гасанбекова З. М., Фомкин А. Г.	
<b>ГИБРИДНЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ .....</b>	<b>124</b>
Петрушко С. И., Теплякова О. В., Назарьянц Ю. А., Хлобыстин Р. Ю., Устюгова О. Н.	
<b>ЛАБОРАТОРНЫЙ СКРИНИНГ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ» В ОТДЕЛЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....</b>	<b>125</b>
Пивоварова Л. П., Арипкина О. Б., Осипова И. В., Демко А. Е., Рысева А. А., Громов М. И., Малькова В. М., Маркелова Е. В.	
<b>ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ПРЕПАРАТОМ МЕЛАТОНИН .....</b>	<b>126</b>
Плисс М. М.	
<b>ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ НЕПРИМЕНИМОСТИ ЭВХ-ТЕХНОЛОГИЙ.....</b>	<b>127</b>
Плисс М. М., Акимов В. П.	

<b>ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-10 (IL-10) КАК ВОЗМОЖНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ .....</b>	<b>128</b>
Плисс М. М., Акимов В. П.	
<b>СНИЖЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ ОПЕРАЦИОННОЙ ТРАВМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ .....</b>	<b>129</b>
Плисс М. М., Акимов В. П.	
<b>ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМОЙ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА .....</b>	<b>131</b>
Поликарпов А. А., Жуйков В. Н., Тилеубергенов И. И., Руткин И. О., Гранов Д. А.	
<b>ФАКТОРЫ РИСКА ЦИРРОТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ .....</b>	<b>132</b>
Прядко Д. В., Косовцев Е. В., Дубинин А. М., Хоронько Ю. В.	
<b>ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА .....</b>	<b>134</b>
Рабаданов К. М., Черноусов Ф. А., Николаева Е. Б., Татарина Е. В.	
<b>ОСОБЕННОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ КИСТ VII–VIII СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ .....</b>	<b>136</b>
Рошак Б. В. <sup>2</sup> , Черкасов М. Ф. <sup>1</sup> , Абоян И. А. <sup>2</sup> , Маликов Л. Л. <sup>2</sup> , Лукаш Ю. В. <sup>1</sup> , Закусилов Д. И. <sup>1</sup> , Меликова С. Г. <sup>1</sup>	
<b>АВТОРСКАЯ МОДИФИКАЦИЯ ГЕРНИОПЛАСТИКИ (SRM+) ПРИ БОЛЬШИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ: ПРЕИМУЩЕСТВО В БЕЗОПАСНОСТИ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ .....</b>	<b>138</b>
Рубенян Э. М., Генрих С. Р., Дурлештер В. М.	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАЦИИ TIPS ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ТРОМБОЗОМ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ .....</b>	<b>139</b>
Сапронова Н. Г., Хоронько Е. Ю., Косовцев Е. В., Саркисян В. А.	
<b>ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА: 10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ .....</b>	<b>140</b>
Тарасенко С. В. <sup>1,2</sup> , Зайцев О. В. <sup>1,2</sup> , Копейкин А. А. <sup>1,2</sup> , Дьячков А. Е. <sup>1,2</sup>	
<b>ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ.....</b>	<b>142</b>
Татаршаов М. Х. <sup>1</sup> , Шевхужев З. А. <sup>1</sup> , Мачукова М. Н. <sup>1,2</sup> , Кочкаров Э. В. <sup>1</sup>	
<b>ВЫБОР МЕТОДА ГЕМОСТАЗА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С НЕОТЛОЖНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА.....</b>	<b>144</b>
Тверитнева Л. Ф., Гезалов Ф. Ф., Ярцев П. А., Коков Л. С.	
<b>ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ СВЕРХНИЗКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ .....</b>	<b>146</b>
Тотиков В. З., Тотиков З. В., Ибрагимов Л. А.,	
<b>АЛЛОПЛАСТИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ТОТАЛЬНЫХ ФОРМАХ ПРОЛАПСА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА .....</b>	<b>147</b>
Тотиков В. З., Тотиков З. В., Тарамов У. У.	

<b>СТРАТЕГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ .....</b>	<b>148</b>
Тотиков З. В., Тотиков В. З., Халлаев Р. А., Медоев В. В., Калицова М. В.,	
<b>ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ.....</b>	<b>150</b>
Турбин М. В., Черкасов М. Ф., Бондаренко В. А., Кулешов О. И., Атоян А. Г.	
<b>ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО ТРОМБОЗА ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.....</b>	<b>152</b>
Федорченко С. В., Манукьян Г. В., Малов С. Л., Жигалова С. Б., Лебезев В. М., Киценко Е. А.	
<b>ОСЛОЖНЕННЫЕ ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ .....</b>	<b>154</b>
Фетисов Н. И. <sup>1</sup> , Маскин С. С. <sup>1</sup> , Коровин А. Я. <sup>2</sup> , Попандопуло К. И. <sup>2</sup> , Матюхин В. В. <sup>1</sup>	
<b>СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ .....</b>	<b>156</b>
Халимов Э. В., Михайлов А. Ю., Казанцев В. В., Татарских А. К.	
<b>ВАГОТОМИЯ В ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ .....</b>	<b>158</b>
Халимов Э. В., Капустин Б. Б., Казанцев В. В., Михайлов А. Ю., Татарских А.К.	
<b>ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА .....</b>	<b>160</b>
Халимов Э. В., Михайлов А. Ю., Лекомцев Б. А., Стяжкина С. Н., Головина П. А.	
<b>ЭЛАСТОМЕТРИЯ СЕЛЕЗЕНКИ – НЕДООЦЕНЕННЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ .....</b>	<b>161</b>
Хоронько Ю. В., Прядко Д. В., Моргунов М. Н., Дубинин А. М., Матвеев В. К.	
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНКЕРНЫХ НИТЕЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ФОРМИРОВАНИИ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗОВ .....</b>	<b>163</b>
Чайкин А. А. <sup>1,2</sup> , Чайкин Д. А. <sup>1,2</sup> , Теплякова О. В. <sup>1,2</sup> , Петрушко С. И. <sup>1,2</sup>	
<b>ОРИГИНАЛЬНЫЙ БЕСФИКСАЦИОННЫЙ МЕТОД ЛАПАРОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ .....</b>	<b>165</b>
Черепанин А. И. <sup>1</sup> , Анаскин С. Г. <sup>2</sup> , Баширов А. З. <sup>2</sup> , Черепанин И. А. <sup>1</sup>	
<b>ЧРЕСКОЖНЫЕ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫЕ ПУНКЦИОННЫЕ АНАЦИОННО-ДЕКОМПРЕССИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ .....</b>	<b>166</b>
Черепанин А. И. <sup>1</sup> , Анаскин С. Г. <sup>2</sup> , Мирсаидов М. Н. <sup>3</sup>	
<b>АНАЛИЗ СОМАТОТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ .....</b>	<b>168</b>
Черкасов Д. М., Черкасов М. Ф., Меликова С. Г., Ендоренко К. В., Полупанова Э. Т.	

<b>ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ВИДЕОЭНДОХИРУРГИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА.....</b>	<b>170</b>
Черкасов М. Ф., Черкасов Д. М., Галашомян К. М., Ендоренко К. В., Полупанова Э. Т.	
<b>ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ .....</b>	<b>172</b>
<b>Чернат М. В.<sup>1</sup>, Георгица В. А.<sup>2</sup>, Мишин И. В.<sup>2</sup></b>	
<b>ОПЫТ МОСКОВСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ИМЕНИ С. П. БОТКИНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....</b>	<b>173</b>
Шабунин А. В. <sup>1,2</sup> , Араблинский А. В. <sup>1,2</sup> , Цуркан В. А. <sup>1,2</sup> , Дроздов П. А. <sup>1,2</sup> , Карпов А. А. <sup>1,2</sup> , Астапович С. А. <sup>1</sup>	
<b>ОПЫТ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ФУНДОПЛИКАЦИЙ В СОВРЕМЕННОЙ КОНЦЕПЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ... </b>	<b>175</b>
Шабунин А. В., Карпов А. А., Климашевич А. В., Андрейцев И. Л., Гугнин А. В., Юдин М. Ю., Султыгов А. Х.	
<b>ПРЕИМУЩЕСТВА КОМБИНИРОВАННЫХ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У КАНДИДАТОВ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПЕЧЕНИ .....</b>	<b>177</b>
Шабунин А. В. <sup>1,2</sup> , Минина М. Г. <sup>2</sup> , Дроздов П. А. <sup>1,2</sup> , Карпов А. А. <sup>1,2</sup> , Левина О. Н. <sup>2</sup> , Цуркан В. А. <sup>2</sup> , Астапович С. А. <sup>2</sup> , Соломатин Д. А. <sup>2</sup> , Курбанов И. И. <sup>2,3</sup>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КРУПНЫХ ЛАТЕРАЛЬНО РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ .....</b>	<b>179</b>
Шерстнова Е. М. <sup>1</sup> , Трунин Е. М. <sup>2</sup> , Акимов В. П. <sup>2</sup> , Филин А. А. <sup>1</sup>	
<b>ЗРЕЛАЯ ТЕРАТОМА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – РЕДКАЯ ВРОЖДЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ .....</b>	<b>181</b>
Шор Э. М., Мишин И. В.	
<b>ГИБРИДНАЯ ХИРУРГИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.....</b>	<b>183</b>
Ярцев П. А. <sup>1,2</sup> , Саджая Ю. К. <sup>1</sup> , Рогаль М. М. <sup>1</sup> , Тетерин Ю. С. <sup>1</sup> , Кирсанов И. И. <sup>1,2</sup> , Рейтер В. Д. <sup>2</sup>	

# ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛЛАГЕНА I ТИПА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ (ТАРР)

Акимов В. П.<sup>1,2</sup>, Спиридонова В. С.<sup>2</sup>, Заркуа Н. Э.<sup>1</sup>, Крикунов Д. Ю.<sup>1</sup>, Тулюбаев И. Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова;

<sup>2</sup>Институт дополнительного профессионального образования Федерального научно-образовательного центра медико-социальной экспертизы и реабилитации имени Г. А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург, Россия

**Введение.** Основные причины повторного обращения пациентов после герниопластики: развитие хронической боли, миграция сетки, ощущение дискомфорта и наличия инородного тела в области постановки имплантата, нарушение функции окружающих мышц и структур. Одной из главных причин появления неудовлетворительных результатов считают нарушение нормального течения процесса заживления (атрофические, дегенеративные и рубцовые изменения), вызванное имплантацией чужеродной ткани (герниопротеза).

**Цель исследования.** Определить эффективность применения коллагенового субстрата при лапароскопической трансабдоминальной герниопластике (ТАРР) с клеевой фиксацией имплантата.

**Материал и методы.** В исследовании принимали участие 43 пациента с первичной паховой грыжей, которым была выполнена ТАРР полипропиленовой сеткой Prolene (ETHICON, Бельгия): в I группе (21 мужчина) –

с использованием тканевого клея для фиксации сетки и 10%-го раствора коллагена первого типа; во II группе (22) – с клеевой фиксацией. Пациентов наблюдали в послеоперационном периоде четыре года. Рандомизацию по использованию коллагенового субстрата проводили во время операции – путем открытия конвертов. Последующее наблюдение выполнял один хирург (в слепую) в соответствии с заранее согласованным графиком. Сведения о пациенте получали при последнем контрольном визите, обычно через 16 мес после операции.

**Результаты.** Рецидивов отмечено не было. Ранняя послеоперационная боль достоверно менее выражена в группе пациентов с применением коллагена, что отмечено в позднем послеоперационном периоде. При проведении МРТ в области сетчатого имплантата через 3, 6 и 12 мес по МР-картине обнаруживали более сформированный (зрелый) рубец, без явлений воспалительной инфильтрации в группе пациентов с использованием коллагена.

**Выводы.** Доказано, что использование коллагена первого типа при ТАРР по сравнению с классической техникой обеспечивает меньшие частоту возникновения и интенсивность послеоперационных болей, в том числе хронических. Применение коллагена позволило пациентам быстрее вернуться к повседневным физическим нагрузкам.

# СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ НА ОСНОВЕ МЕТОДОЛОГИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Александров В. В.<sup>1</sup>, Маскин С. С.<sup>1</sup>, Матюхин В. В.<sup>1</sup>, Карсанов А. М.<sup>2</sup>, Сигаев С. М.<sup>1</sup>, Овсянникова М. П.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград;

<sup>2</sup>Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ, Россия

**Актуальность.** Частота закрытых травм печени (ЗТП) – 11–54 %. Уровень послеоперационной летальности при изолированной травме составляет 9–36 %, при сочетанной – 39–67 %, послеоперационные осложнения – 15–35 %.

**Цель исследования.** Систематический обзор (СО) и мета-анализ (МА) по оценке вариантов лечения при ЗТП.

**Материал и методы.** Дизайн исследования: СО и МА. Систематический поиск литературных источников выполнен согласно рекомендациям *PRISMA* с 01.10.2015 по 29.02.2024 из электронных баз *eLibrary*, *PubMed*, *Cochrane Library*. Для синтеза количественных данных использовали программное обеспечение *PythonMeta* (Китай). Статистическую гетерогенность оценивали с помощью *I<sup>2</sup>* (индекса гетерогенности). Если  $I^2 \leq 40\%$ , то для обобщения результатов применяли модель фиксированного эффекта, в противном случае – случайных эффектов. Статистическая достоверность выводов при  $p < 0,05$ . Для оценки влияния дихотомических параметров в ретроспективных исследованиях определяли отношение шансов; в проспективных, комбинированных и рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ) – относительный риск. Сводную статистику для непрерывных данных оценивали по стандартизованной разности средних.

**Результаты.** В СО включено 45 исследований: пять СО, два РКИ, одно проспективное (ПИ), одно комбинированное (КИ), два проспективных когортных (ПКИ), одно комбинированное когортное (ККИ), 6 ретроспективных (РИ), 27 ретроспективных когортных (РКогИ). В МА включены 17, из них: 1 СО, 1 ПКИ, 1 ККИ, 14 РКогИ.

## Выводы

Летальность при неоперативном ведении (НОМ) гемодинамически стабильных/стабилизированных пациентов (ГСП) с ЗТП ниже, чем в аналогичной группе без НОМ (9 РКогИ, 2805 пациентов + СО). Уровни достоверности доказательств 2, убедительности рекомендаций А (УДД 2, УУР А).

Летальность при НОМ в сочетании с ангиоэмболизацией (+АЭ) ГСП с ЗТП ниже (1 СО, 1 ККИ, 1 ПКИ, 2 РКогИ, 2161 пациент + СО) УДД 2, УУР А.

Летальность при НОМ гемодинамически нестабильных пациентов с ЗТП меньше (2 РКогИ, 118 пациентов + СО) УДД 2, УУР А.

- Количество осложнений при NOM у ГСП с ЗТП меньше (1 ККИ, 2 РКоИ, 437 пациентов + СО) УДД 2, УУР А (желчеистечение, биломы, интра- и подпеченочные абсцессы, вторичные кровотечения/гематомы).
- Количество осложнений при NOM + АЭ достоверно не отличается от числа осложнений при NOM ГСП с ЗТП (1 ККИ, 1 РКоИ, 381 пациент + СО) УДД 2, УУР А (биломы, внутripеченочные гематомы, ОРДС, ОССН, ОПН, септические осложнения).
- Нет статистически значимых отличий по эффективности (отказ от лапаротомии) при сравнении NOM с NOM + АЭ у ГСП с ЗТП (4 РКоИ, 959 пациентов + СО) УДД 2, УУР А.
- Средняя продолжительность лечения после NOM и NOM + АЭ у ГСП с ЗТП достоверно не отличается (1 ККИ, 1 РКоИ, 382 пациента + СО) УДД 2, УУР А.
- Средняя продолжительность лечения после NOM и оперативного лечения у ГСП с ЗТП достоверно не отличается (1 ККИ, 1 РКоИ, 764 пациента + СО) УДД 2, УУР А.
- Средняя продолжительность лечения после NOM + АЭ статистически значимо меньше, чем после оперативного лечения у ГСП с ЗТП (1 ККИ, 1 РКоИ, 628 пациентов + СО) УДД 2, УУР А.
- **Заключение.** При ЗТП выявлена тенденция в направлении НоВ с возможной АЭ у ГСП, что приводит к снижению частоты осложнений и летальности.

# ВАРИАНТЫ ТАКТИКИ НЕОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ (ЧАСТЬ 1)

Александров В. В., Маскин С. С., Матюхин В. В., Бирюлев Д. С.,  
Колесникова Е. О., Овсянникова М. П., Сигаев С. М.

*Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия*

**Актуальность.** Частота закрытых повреждений селезенки (ЗПС) достигает 50 % при сочетанной закрытой травме живота (ЗТЖ) и сопровождается летальностью до 41 %, при изолированных ЗПС – 7 %.

Неоперативное лечение (НОМ) ЗПС у гемодинамически стабильных (ГС) пациентов снижает уровни осложнения и летальности. Важны правильный отбор пациентов и динамический мониторинг их состояния для своевременной коррекции лечения.

**Цель исследования.** Обосновать три возможных варианта развития ситуации при выборе изначально НОМ и сочетанной ЗТС.

**Материал и методы.** В исследование включены три пациента с тяжелой сочетанной автодорожной травмой с ЗТЖ и ЗПС. Использована классификация разрывов селезенки *OIS-AAST*. Изначально запланированное НОМ дополнено или трансформировано в двух случаях.

**Результаты.** *Клиническое наблюдение № 1:* ЗПС III ст. по *OIS-AAST* выявлено при контрольном УЗИ и КТ через 12 ч после госпитализации. С учетом ГС, отсутствия продолжающегося внутрибрюшного кровотечения (ВБК) выбрана тактика НОМ, которая была успешна (КТ на 12-е сут).

*Клиническое наблюдение № 2.* ЗПС III ст. по *OIS-AAST* и состоявшееся ВБК – выбрана тактика НОМ. Отмечена незначительная отрицательная динамика на УЗИ при ГС в течение 24 ч – выполнена рентгенэндоваскулярная ангиоэмболизация селезеночной артерии (АЭСА) с контрольным УЗИ и КТ – положительная динамика, выписка на 12-е сут.

*Клиническое наблюдение № 3.* ЗПС II-III ст. и состоявшееся ВБК – выбрана тактика НОМ. Через 5 ч появилась гемодинамическая нестабильность. При экстренном УЗИ по FAST-протоколу – отрицательная динамика. Ситуацию оценивали как продолжающееся ВБК – экстренную лапаротомию (ЭЛТ) и спленэктомии при ЗПС с разрывом центральной гематомы. Выписан на 14-е сут.

**Заключение.** У пациентов с ЗПС возможно применение тактики НОМ при ГС и отсутствии других показаний к ЭЛТ. Своевременный динамический мониторинг позволяет вносить необходимые коррективы в изначально выбранную тактику НОМ у пациентов с ЗПС.

Современные варианты тактики лечения при выборе изначально НОМ при сочетанной ЗТС могут основываться на положениях консенсуса Всемирного общества неотложной хирургии (ВОНХ) по стратегии НОМ при ЗТС. Основные положения консенсуса и анализ их применения в клинических наблюдениях представлены во второй части тезисов.

# ВАРИАНТЫ ТАКТИКИ НЕОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ (ЧАСТЬ 2)

Александров В. В., Маскин С. С., Матюхин В. В., Бирюлев Д. С.,  
Колесникова Е. О., Овсянникова М. П., Рашид А., Сигаев С. М.

*Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия*

**Цель исследования.** Проанализировать исходы применения трех вариантов тактики лечения при выборе изначально NOM и сочетанной закрытой травмы селезенки (ЗТС) на основании обобщенных положений консенсуса Всемирного общества неотложной хирургии (ВОНХ) по стратегии NOM при ЗТС.

**Материал и методы.** Три пациента с тяжелой сочетанной автодорожной травмой с ЗТЖ и ЗПС. Классификация разрывов селезенки *OIS-AAST*. Изначально запланированное NOM дополнено или трансформировано в двух случаях.

**Результаты и обсуждение.** Степень ЗПС по КТ, объем гемоперитонеума (ГП) и наличие псевдоаневризмы не подтверждают неэффективность NOM или необходимость оперативного лечения. При ГС и отсутствии других показаний к ЭЛТ следует начинать NOM независимо от наличия этих факторов.

В консенсусе ВОНХ от 2022 г. по стратегии NOM при ЗТС приведены

1) *оптимальная продолжительность постельного режима* для пациентов с NOM: при WSES I ст., AAST I–II ст. активизация в течение 24 ч; при WSES II ст., AAST III ст. – через 48 ч при отсутствии других противопоказаний; WSES III ст., AAST IV–V ст. – 48 ч. Нарушение этого принципа в наблюдении № 3 привело к нестабильности гемодинамики при рецидиве ВБК (разрыв центральной гематомы IV ст. OIS-AAST); изначально на КТ не было признаков нестабильности гематомы, они возникли при ранней самостоятельной активизации пациента и привели к оперативному лечению;

2) *длительность стационарного лечения* – при WSES I ст., AAST I–II ст. от 1 сут; при WSES II–III ст., AAST III–V ст. – от 3 сут в зависимости от гемодинамического статуса, стабильности уровня гемоглобина и гематокрита и результатов УЗИ с контрастированием (CEUS)/КТ через 48–72 ч;

3) *мониторинг гемодинамики показан при NOM* – непрерывный при WSES II–III, AAST ≥ III;

4) *АЭСА* – вмешательство 1-й линии при ГС и экстравазации контраста на КТ, независимо от степени повреждения; при WSES II ст., AAST III ст. без экстравазации, но при наличии факторов риска; при WSES III ст., AAST IV–V ст. – всегда. Дополнение АЭСА к NOM продемонстрировано в наблюдении № 2, изначально показаний к ней не было (WSES II ст., AAST III ст. без экстравазации, отсутствие факторов риска). Они возникли при динамическом УЗИ и выявлении увеличивающегося разрыва селезенки и нарастающего ГП. Нужен пристальный мониторинг, особенно при AAST III ст. и выше;

5) *инструментальное наблюдение при NOM* – при WSES I ст., AAST I–II ст. – не рекомендуется; при WSES II ст., AAST III ст. и выше – повторная визуализация с помощью CEUS/КТ через 48–72 ч после поступления и через 5–7 дней после травмы. Необходимость динамического УЗ-мониторинга продемонстрирована в наблюдении № 2 – своевременно принято решение об АЭСА;

б) *оптимальный метод визуализации при NOM – CEUS*. Однако изначально у ГС пациентов КТ с контрастированием необходимо для полноценной диагностики повреждений, особенно при *NOM*, а УЗИ – оценки объема ГП в динамике. Несоблюдение этого принципа может привести к недооценке тяжести повреждений или их поздней диагностике. Так, в наблюдении № 1 выполнено изначально только УЗИ, а после контрольного УЗИ и выявления признаков ЗПС с нарастанием ГП сделано КТ с контрастированием. Метод выбора динамической оценки позволил дополнить диагноз и оптимизировать тактику.

**Заключение.** Правильный отбор пациентов с ЗПС к *NOM*, динамический мониторинг, АЭСА повышают эффективность *NOM*, снижают частоту осложнений и уровень летальности. При гемодинамической нестабильности операция выбора – лапаротомная спленэктомия.

# ДИАГНОСТИКА НЕОККЛЮЗИОННОЙ ИШЕМИИ КИШКИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Алексеечкина О. А., Хамидова Л. Т., Владимирова Е. С.,  
Титова Г. П., Гришин А. В.

*Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, г. Москва, Россия*

Острый тяжелый панкреатит сопровождается нарушениями водно-электролитного обмена с развитием дегидратации, гипоперфузии внутренних органов, что опасно поражением микроциркуляторного русла. В ранние сроки заболевания на фоне пареза кишечника может развиваться ишемия кишечной стенки, в последующем приводящая к различным осложнениям.

**Цель исследования.** Оценить особенности **ультразвуковой доплерографии (УЗДГ)** неокклюзионной ишемии кишки при ОТП и сравнить с морфологическими данными аутопсии.

**Материал и методы.** Проведены ретроспективный анализ УЗ-данных у 150 больных с острым тяжелым панкреатитом и сравнительный анализ ультразвуковых признаков неокклюзионной ишемии кишечника у 22(15 %) умерших пациентов с морфологическими данными, из них – 6 женщин и 16 – мужчин, в возрасте – от 30 до 77 лет. Степень тяжести пациентов с ОТП на момент поступления в стационар по шкале SOFA соответствовала 5–13 баллам, по шкале APACHE-2 – 15–38 баллам.

Выделены две группы по срокам возникновения ишемических изменений кишечника: 1-я группа – ишемия кишечника в ранние сроки (до 7 сут с момента заболевания) – 15 больных; 2-я группа – в поздние сроки (от 7 сут и позднее) – 7 пациентов.

**Результаты.** У пациентов 1-й группы характерно выявление спазмированного фрагмента тонкой кишки, распластанного на инфильтрированной брыжейке тонкой кишки с отсутствием кровотока в стенках. Для пациентов 2-й группы характерно выявление УЗ-признаков ишемии кишечной стенки в поздние сроки с 7 по 21-й день с момента заболевания (на фоне развивающегося ПОН) с определением мелких гиперэхогенных включений в структуре отечной стенки кишки, пониженной эхогенности, отсутствие кровотока в стенке. При ишемии стенок толстой кишки выявлено утолщение их от 7 до 10 мм, отмечены слоистость стенки, инфильтрация подслизистого слоя, отсутствие кровотока. Ультразвуковые показатели верифицированы с данными аутопсии.

Гистологическое и гистохимическое изучение стенки тонкой и толстой кишок проводили после фиксации материала в 10%-м формалине, заливки в парафин с окраской парафиновых срезов гематоксином и эозином, а также МСБ на фибрин, микросъемку проводили на фото насадки Leica EC-3.

Статистическую обработку данных проводили в программе Microsoft Excel для выявления достоверно рассматриваемых УЗ-признаков как предикторов неокклюзионной ишемии кишечника.

Таким образом, проведенные УЗ-исследования желудочно-кишечного тракта с применением доплерографии позволили выявить три симптомокомплекса, позволивших сделать заключение в пользу ишемических изменений в стенках тонкой и толстой кишки:

- спазмированный фрагмент тонкой кишки без перистальтики на инфильтрированной брыжейке с отсутствием кровотока в стенках кишки;
- наличие единичных мелких гиперэхогенных включений в структуре стенки тонкой кишки пониженной эхогенности в более поздние сроки заболевания, а также без кровотока в структуре;
- утолщение стенок толстой кишки до 0,7–1,0 см, повышение эхогенности подслизистого слоя, отсутствие кровотока в структуре стенки, сегментарность поражения толстой кишки.

Гистологически в одних участках толстой кишки преобладали острые сосудистые изменения с кровоизлияниями в слизистой оболочке, некрозом поверхностного эпителия и крипт в толстой кишке, в других – завершённый некроз слизистой оболочки с полным нарушением строения, клеточным детритом на поверхности с отторжением последнего и формированием эрозивно-язвенных дефектов при наличии фибриновых тромбов кровеносных сосудов слизистой оболочки и подслизистой основы.

Диагностическая чувствительность метода 0,77 [0,41–0,89]. Специфичность метода – 0,96 [0,93–0,99]. Диагностическая эффективность = 0,94 [0,93–0,95].

**Заключение.** УЗИ с применением доплерографии, проводимое в динамике, отражает структуру стенки кишки и кровотока в ней от обратимых до необратимых изменений и прогнозирует течение воспалительного/ишемического процесса. Ультразвуковые данные были подтверждены морфологически и гистологически.

# ОЦЕНКА ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ЧАСТОТЫ ЯТРОГЕННЫХ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Андреев А. И.<sup>1,2</sup>, Анисимов А. Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Казанский (Приволжский) федеральный университет;

<sup>2</sup>Городская клиническая больница № 7 имени М. Н. Садыкова, г. Казань, Республика Татарстан

**Актуальность.** После внедрения лапароскопической холецистэктомии в клиническую практику частота ятрогенных интраоперационных повреждений желчных протоков достигла 0,3–1,2 %, летальность – 0,6 %, частота конверсий – 5,4 %, в несколько раз превысив показатели, характерные для открытой холецистэктомии. Точная оценка частоты ятрогенных интраоперационных повреждений желчных протоков затруднена в результате отсутствия общенациональной базы данных. Актуальность корректной оценки предполагаемой частоты такого осложнения не вызывает сомнений.

**Цель исследований.** На основании ретроспективного анализа количества ежегодно выполняемых холецистэктомий и лапароскопических холецистэктомий провести расчет предполагаемой частоты ятрогенных интраоперационных повреждений желчных протоков в экономически развитом регионе Российской Федерации за период с 2022 по 2024 г.

**Методы.** Оценка ежегодного количества холецистэктомий, лапароскопических холецистэктомий и расчет предполагаемой частоты ятрогенных интраоперационных повреждений желчных протоков выполнены по результатам ретроспективного анализа годовых отчетов главного хирурга Министерства здравоохранения Республики Татарстан и заместителя главного врача по хирургической помощи медицинской организации третьего уровня за 2022–2024 гг. На основе результатов анализа ятрогенное интраоперационное повреждение желчных протоков определяли как травму, предусматривающую хирургическое восстановление.

**Результаты.** В Республике Татарстан количество холецистэктомий, выполненных в 2022 г., составило 7062, лапароскопических холецистэктомий – 5823. Соотношение лапароскопических к числу открытых холецистэктомий в 2022 г. – 4,7:1,0; в 2023 г. – 6,65:1,0; в 2024 г. – 5,46:1.

Для определения ежегодного количества холецистэктомий использовали данные Статистического управления Республики Татарстан о населении. По оценкам 01.01.2023, численность населения Республики составила 4 001 625 чел.; 01.01.2024 – 4 003 063 чел.; 01.01.2025 – 4 016 571 чел.

Таким образом, распространенность холецистэктомий на 100 000 населения в 2022 г. достигла 176, в 2023 г. – 186; в 2024 г. – 199. Распространенность лапароскопических холецистэктомий на 100 000 населения в 2022 г. составила 145, в 2023 г. – 161, в 2024 г. – 168.

При оценке частоты повреждений желчных протоков, связанных с лапароскопической холецистэктомией, в медицинской организации третьего уровня установлено, что за три года в изучаемой больнице произошло 14 случаев повреждений желчных протоков: в 2022 г. – 5, в 2023 г. – 4, в 2024 г. – 5. Это привело к годовой частоте (число ятрогенных травм желчных протоков/число лапароскопических холецистэктомий) – 0,53 %, 0,42 %, 0,47 % в 2022, 2023 и 2024 гг. соответственно.

В масштабах Республики Татарстан эти показатели составляли 30 (0,42 %), 24 (0,32 %), 27 (0,34 %) случаев в 2022, 2023 и 2024 гг. соответственно.

**Вывод.** Проведенное ретроспективное исследование и расчеты показали, что лапароскопическая холецистэктомия, являясь массовой в Республике Татарстан плановой абдоминальной операцией с ежегодным объемом свыше 7 000 вмешательств, подтверждает высокое число ятрогенных интраоперационных повреждений желчных протоков.

# ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ

Арипова Н. У.<sup>1</sup>, Бабаджанов Ж. К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент;

<sup>2</sup>Ургенчский государственный медицинский институт, г. Ургенч, Республика Узбекистан

**Ключевые слова:** острый панкреатит, панкреонекроз, хирургическая тактика, минимально инвазивное лечение.

**Актуальность.** Острый панкреатит – одна из ведущих причин экстренной госпитализации в хирургические стационары. Высокая частота деструктивных форм и инфицированных осложнений обуславливают необходимость оптимизации хирургической тактики и выбора сроков вмешательства.

**Цель исследования.** Оценить современные хирургические подходы к лечению острого панкреатита, проанализировать их эффективность и клинические исходы у госпитализированных пациентов.

**Материал и методы.** Проведено клинико-аналитическое исследование с участием 340 пациентов, госпитализированных с диагнозом «острый панкреатит» в Хорезмский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) за 2017–2025 гг.

Пациенты проходили комплексное обследование: сбор анамнеза и физикальную диагностику; лабораторные исследования (сывороточная амилаза, липаза, С-реактивный белок, показатели функции печени и почек); инструментальные методы (ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерная томография с контрастированием, при необходимости МРТ).

Тяжесть заболевания оценивали по модифицированной Атлантской классификации (2012). В зависимости от тяжести панкреатита и наличия осложнений применяли современную хирургическую тактику:

консервативное лечение – при легкой и среднетяжелой формах без признаков некроза и септических осложнений;

малоинвазивные вмешательства – пункции, дренирование, эндоскопическая и радиологическая санация инфицированных или некротических очагов;

открытые хирургические вмешательства – при тяжелой форме, массивном некрозе поджелудочной железы, септических осложнениях или неэффективности малоинвазивных методов.

Статистическую обработку данных проводили методами вариационной статистики. Количественные показатели представлены как  $M \pm SD$ , качественные – в абсолютных значениях и процентах. Статистическую значимость принимали при  $p < 0,05$ . Этические аспекты исследования соблюдены согласно Хельсинкской декларации. Все процедуры проводили с согласия пациентов и одобрения этического комитета РНЦЭМП.

**Результаты.** Среди 340 пациентов:

60 % (204) – мужчины, 40 % (136) – женщины, возраст – 18–75 лет, средний –  $(46,2 \pm 12,5)$  года;

легкая форма острого панкреатита – 40 % (136),

среднетяжелая – 45 % (153),

тяжелая – 15 % (51).

Консервативное лечение было достаточным у 55 % (187) пациентов, минимально инвазивные методы применяли у 25 % (85) больных, открытые операции – у 20 % (68) пациентов. Частота осложнений составила 28 %, летальность – 4,1 % (14). Минимально инвазивные методы позволили снизить количество открытых операций и улучшить выживаемость пациентов с тяжелой формой острого панкреатита.

**Выводы.** Дифференцированная современная хирургическая тактика при остром панкреатите должна быть основана на доказательной медицине, сочетая консервативное лечение, минимально инвазивные вмешательства и открытые операции по показаниям. Применение малоинвазивных методов позволяет снизить частоту осложнений и необходимость проведения открытых операций, улучшая клинические исходы и снижая летальность.

# СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Арипова Н. У.<sup>1</sup>, Бабаджанов Ж. К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент;

<sup>2</sup>Ургенчский государственный медицинский институт, г. Ургенч, Республика Узбекистан

**Ключевые слова:** острый панкреатит, панкреонекроз, хирургическое лечение, минимально инвазивные вмешательства, step-up approach.

**Актуальность.** Острый панкреатит – одна из наиболее сложных проблем экстренной абдоминальной хирургии, что обусловлено высокой частотой деструктивных форм, развитием инфицированного панкреонекроза и значительной послеоперационной летальностью. Оптимизация хирургической тактики и сроков оперативного вмешательства – ключевой фактор улучшения результатов лечения.

**Цель исследования.** Обобщить современные подходы к хирургическому лечению острого панкреатита.

**Материал и методы.** Проведено ретроспективно-проспективное клиническое исследование, включающее анализ результатов лечения 340 пациентов, госпитализированных с диагнозом острый панкреатит в Хорезмский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) за 2017–2025 гг.

Диагноз острого панкреатита устанавливали на основании клинических данных, лабораторных показателей (уровни амилазы и липазы сыворотки крови) и инструментальных методов исследования. Всем пациентам выполняли ультразвуковое исследование органов брюшной полости, мультиспиральную компьютерную томографию с контрастированием (по показаниям), а при подозрении на билиарную этиологию – магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ) или эндоскопические методы исследования. Тяжесть острого панкреатита оценивали в соответствии с пересмотренной Атлантской классификацией (2012) с использованием прогностических шкал BISAP и APACHE II. В зависимости от клинической формы и фазы заболевания пациенты были объединены в группы: интерстициально-отечный панкреатит, стерильный и инфицированный панкреонекроз.

Консервативное лечение включало: интенсивную инфузионную терапию, адекватное обезболивание, коррекцию водно-электролитных нарушений, раннее энтеральное питание и антибактериальную терапию по строгим показаниям. Хирургическое лечение применяли дифференцированно и включало минимально инвазивные методы (чрескожное пункционно-дренажное вмешательство под ультразвуковым или КТ-контролем, эндоскопические вмешательства), а также открытые оперативные вмешательства при неэффективности этапной тактики.

Эффективность лечения оценивали с учетом частоты осложнений, необходимости повторных вмешательств, длительности госпитализации и показателей летальности.

**Результаты.** Выбор хирургической тактики при остром панкреатите определяется формой заболевания и фазой патологического процесса. При стерильном панкреонекрозе назначают консервативное лечение и динамическое наблюдение. Показания к хирургическому вмешательству: инфицированный панкреонекроз, прогрессирование органной недостаточности и отсутствие эффекта от интенсивной терапии. Современные хирургические подходы основаны на этапной тактике (step-up approach), включающей чрескожное дренирование, эндоскопические и видеоассистированные вмешательства. Открытую некрэктомию применяют ограниченно – преимущественно при неэффективности минимально инвазивных методов.

**Заключение.** Использование этапного и минимально инвазивного подходов к хирургическому лечению острого панкреатита позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений и уровень летальности, что соответствует современным требованиям абдоминальной хирургии.

# БИЛИОДИГЕСТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ ЖЕЛЧИ: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Астахин В. А., Паршин Д. С., Топчиев М. А., Топчиев А. М., Мельников В. В.

Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань, Россия

Несмотря на широкое распространение эндобилиарных вмешательств, детерминанты, способствующие бактериальному обсеменению желчи, остаются недостаточно изученными.

Исследование направлено на установление факторов риска развития билиарных инфекций и изучение характеристик патобиома после выполнения различных билиодигестивных операций.

В рамках ретроспективного анализа изучены результаты обследования 956 пациентов, из которых 835 страдали доброкачественными заболеваниями билиарного тракта, а 121 – злокачественными новообразованиями. Средний возраст пациентов составил ( $58,4 \pm 15,0$ ) лет, возрастной диапазон – 18–92 года. В исследуемой группе мужчины составляли 61,3 %.

В качестве лечебных манипуляций выполнены эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) у 668 пациентов, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) – у 245, холедоходуоденостомия (ХДС) – у 28, арефлюксный билиодигестивный анастомоз (авторская методика) – у 15. Всем пациентам производили забор желчи эндоскопическим способом и выполняли бактериологический анализ. Период послеоперационного эндоскопического наблюдения варьировал от 3 до 12 мес. Потенциальные факторы риска – демографические и клинические характеристики: пол и возраст пациентов, эндоскопические диагнозы, тип выполненного хирургического вмешательства, наличие ЭРХПГ в анамнезе, предшествующая госпитализация в связи с желтухой, диаметр общего желчного протока. Статистическую обработку данных проводили с использованием одно- и многомерного анализа.

Положительные результаты посева желчи получены в 375 случаях – 39,2 %. Моноинфекция обнаружена у 351 пациента – 93,6 %, смешанная инфекция – у 24 (6,4 %). Преобладающий микроорганизм – *Escherichia coli*, представлена 210 изолятами (56,0 %), за которой следовали *Klebsiella pneumoniae* – 45 изолятов (12,0 %), *Pseudomonas aeruginosa* – 8 изолятов (2,13 %) и *Enterobacter cloacae* – 8 изолятов (2,13 %). Микробные ассоциации (24 образца) представлены следующими комбинациями: *Enterobacter* + *Enterococcus* (8), *E. coli* + *S. saprophyticus* (6), *Kl. Pneumoniae* + *Ps. Aeruginosa* (5), *E. coli* + *Kl. Pneumoniae* (3), *Kl. Pneumoniae* + *Candida albicans* (1), *S. saprophyticus* + *Acinetobacter* (1). После ЭПСТ положительные бактериальные посева получены у 169 пациентов (68,9 %), после ХДС – у 17, после арефлюксного анастомоза – у 1 больного. Результаты одномерного анализа показали, что возраст, наличие в анамнезе ЭПСТ и ХДС, предшествующая ЭРХПГ, предоперационная медикаментозная терапия желтухи, различные эндоскопические диагнозы, диаметр общего желчного протока – факторы риска положительного результата посева желчи ( $p \leq 0,001$ ).

В результате многофакторного анализа в качестве независимых факторов риска положительного анализа желчи выявлены: возраст пациента, предшествующие ЭРХПГ, наличие в анамнезе ЭПСТ и ХДС, а также диаметр холедоха. Предоперационное применение антибиотиков для лечения желтухи – дополнительный фактор риска положительного посева желчи ( $p \leq 0,022$ ).

Частота бактериобилии после билиодигестивных вмешательств составляет 39,2 % в виде грамотрицательной моноинфекции. Факторы риска – пожилой возраст, наличие в анамнезе ЭРХПГ, желтуха, ЭПСТ и/или холедоходуоденостомия, а также увеличенный диаметр холедоха. Бактериологическое исследование желчи оптимизирует лечебный процесс. Предпочтительны арефлюксные билиодигестивные операции.

# СТЕНТИРОВАНИЕ ИЛИ ОБХОДНОЙ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ СТЕНОЗЕ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА: КРИТЕРИИ ВЫБОРА И ОПЫТ МОСКОВСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО НАУЧНО- КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ИМЕНИ С. П. БОТКИНА

Багателия З. А., Греков Д. Н., Климашевич А. В., Карпов А. А., Коржева И. Ю., Юдин М. Ю.,  
Бочарников Д. С., Колотильщиков А. А., Курбайтаев К. И., Солтамурадов Р. У.

*Московский многопрофильный научно-клинический центр имени С. П. Боткина, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Опухолевый стеноз выходного отдела желудка (ВОЖ) – частое осложнение рака желудка. Оно приводит к выраженным нарушениям пассажа, нутритивной недостаточности и водно-электролитным нарушениям, ограничивая возможности противоопухолевого лечения. Эндоскопическое стентирование широко применяют как малоинвазивный метод быстрой декомпрессии. Однако его результаты остаются неоднозначными: вмешательство технически не всегда выполнимо, возможны осложнения (миграция/обтурация/перфорация/кровотечение), а наличие стента у части пациентов затрудняет последующее радикальное хирургическое лечение. Обходной гастроэнтероанастомоз (ГЭА) потенциально обеспечивает более стабильное восстановление пассажа у пациентов с перспективой радикального этапа, однако предусматривает четкие критерии отбора.

**Цель исследования.** Оценить результаты стентирования и обходного ГЭА у пациентов с опухолевым стенозом ВОЖ и сформулировать критерии выбора метода декомпрессии в зависимости от стадии заболевания и планируемой стратегии лечения.

**Материал и методы.** Выполнен ретроспективный анализ лечения 183 пациентов с опухолевым стенозом ВОЖ (суб-, декомпенсация) в Московском многопрофильном научно-клиническом центре имени С. П. Боткина за 2022–2025 гг. Пациентам проводили клиничко-лабораторное обследование, эзофагогастроуденоскопию (ЭГДС) с биопсией, рентгеноскопию желудка с пероральным контрастированием, КТ органов грудной клетки и брюшной полости с контрастным усилением для стадирования и оценки резектабельности. Функциональный статус оценивали по шкалам ECOG и ASA. Пациенты разделены на когорты: 1) резектабельные (отсутствие признаков диссеминации по данным стадирования и/или наличие плана радикального лечения ± неoadьювантная терапия) – 56 чел.; 2) нерезектабельные, IV стадия/диссеминация (паллиативная цель) – 125 чел.

Методы декомпрессии включали эндоскопическое стентирование – 112 чел., обходной гастроэнтероанастомоз (ГЭА) – 12 (доступ: (лапароскопический/открытый/комбинированный)); альтернативные методы (энтера-, назоинтестинальный зонд) – 59 чел. Оценивали технический и клинический успех, частоту осложнений (в том числе Clavien – Dindo), реинтервенции, длительность госпитализации, сроки и возможность начала противоопухолевого лечения, а в резектабельной когорте – долю пациентов, дошедших до радикальной операции и особенности/сложности радикального этапа после декомпрессии.

**Результаты.** Средний возраст составил 68 лет, доля пациентов с IV стадией – 118 чел. (60 %). Количество пациентов, поступающих в состоянии прогрессии, – 56 чел. (31 %), а потенциально в резектабельном состоянии – 43 (23 %) чел. Первично поступившие пациенты после выполненного стентирования либо формирования обходного анастомоза направлены на противоопухолевое лечение по мере стабилизации состояния и достижения статуса ECOG. Средние сроки начала противоопухолевого лечения после стентирования составили 45 дней; формирования обходного анастомоза – 66 дней. Радикально прооперировано 26 чел., что составляет 14 % от общего количества госпитализированных пациентов.

**Выводы.** 1. Выбор метода декомпрессии опухолевого стеноза ВОЖ определяется не только выраженностью обструкции, но и планируемой лечебной стратегией. 2. У пациентов с диссеминированным процессом и/или высоким операционно-анестезиологическим риском эндоскопическое стентирование – эффективный и наименее травматичный способ быстрого восстановления пассажа. 3. У пациентов с потенциально резектабельными опухолями стентирование как bridge-to-surgery имеет существенные ограничения (реинтервенции/осложнения/задержка радикального этапа), поэтому при отсутствии противопоказаний предпочтительный метод декомпрессии – обходной ГЭА. 4. Необходима унификация критериев отбора пациентов для стентирования и ГЭА с учетом стадии, ECOG/ASA, нутритивного статуса и планируемого радикального лечения.

# РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КИШЕЧНЫХ СТОМАХ ВСЛЕДСТВИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

Багрянцев М. В.<sup>1</sup>, Дезорцев И. Л.<sup>1</sup>, Абелевич А. И.<sup>1</sup>, Янышев А. А.<sup>1</sup>,  
Белослудцев Д. Н.<sup>2</sup>, Плотников А. Ф.<sup>2</sup>, Ершов В. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Нижегородская областная клиническая больница имени Н. А. Семашко;

<sup>2</sup>Приволжский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства России, г. Нижний Новгород

**Актуальность.** Особенности лечения огнестрельных повреждений органов брюшной полости, предполагающих формирование кишечных стом, обусловлена необходимостью разработки тактико-технических подходов к реконструктивным операциям.

**Цель исследования.** Анализ собственных результатов для оценки тактико-технических особенностей реконструктивно-восстановительных операций.

**Материал и методы.** Оперировано 57 мужчин в возрасте от 20 до 64 лет по поводу сформированных кишечных стом. В анамнезе пациентов отмечено от 2 до 26 операций по поводу огнестрельных повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Двустольные сигмо- и трансверзостомы – у 17 (30 %) пациентов; одноствольные илеостомы – у 8 (14 %). Одноствольные колостомы – у 32 (56 %) пациентов, преобладали сигмостомы – 22 (68,8 %). У 41 (72 %) больного наличие стомы сочеталось с последствиями лапаростом в виде больших и гигантских вентральных грыж, что затрудняло выбор тактики лечения. У 18 (31,6 %) пациентов имели место осложнения в области стом (стриктура, эвагинация, дерматит, парастомальная грыжа). Сроки существования стом до реконструкции – от 2 до 16 мес.

К закрытию стом при наличии больших вентральных грыж прибегали на первом этапе. При появлении в ряде случаев компартмент-синдрома и динамической кишечной непроходимости коррекцию грыж выполняли на втором этапе. Предпочтение отдавали закрытию стом из локальных доступов, избегая по возможности тотальных лапаротомий. Если это случалось, то не проводили одновременную коррекцию грыжевого дефекта, если он превышал W1.

Закрытие двустольной стомы по А. В. Мельникову выполнено у 9 (15,7 %) больных, аппаратные анастомозы – у 30 (52,6 %) (конец в конец, бок в бок), ручные анастомозы – у 18 (31,6 %). При одноствольных стомах у 18 (56,3 %) пациентов внутрибрюшинное закрытие удалось выполнить из локального доступа в связи с близким до 8–10 см расположением культи дистальной кишки по отношению к стоме. Это значительно снижало травматизм операции. Лапароскопически ассистированный доступ использован в 2 (6,2 %) случаях (при одноствольных сигмостомах и низкой культе прямой кишки).

**Результаты.** Послеоперационные осложнения: кишечная непроходимость на фоне диверсионного колита – 1 (1,8 %), что предусматривало интубацию кишки и последующую резекцию анастомоза; спаечная кишечная непроходимость; внутрибрюшная гематома – 1 (1,8 %); перфорация тонкой кишки – 1 (1,8 %); компартмент-синдром; динамическая кишечная непроходимость – 5 (8,8 %) и кишечное кровотечение – 4 (7 %) (консервативное лечение); гематома послеоперационной раны – 4 (7 %); нагноение послеоперационной раны – 1 (1,8 %); серомы – 7 (12,2 %); некроз краев кожной раны – 2 (3,5 %). Случаев послеоперационной летальности не было.

**Выводы.** Реконструктивно-восстановительные операции при кишечных стомах после огнестрельных ранений не следует сочетать с одномоментной коррекцией вентральных грыж более чем W1. Предпочтение следует отдавать закрытию стом из небольших доступов, избегая тотальных лапаротомий.

# КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Барсукова И. М., Махновский А. И.

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И. И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Введение.** Многочисленные исследования отмечают успехи хирургической науки и практики в диагностике и лечении острого панкреатита. Надлежащее качество оказания медицинской помощи достигают преемственным ее предоставлением при скоординированной деятельности хирургов, непосредственно участвующих в лечебно-диагностическом процессе, и специалистами другого профиля. В значительной степени это относится к больным с острым панкреатитом. Это пациенты, которых ведут специалисты хирургического и терапевтического профилей (гастроэнтерологов, терапевтов, врачей общей практики). Четкие алгоритмы дифференциальной диагностики этой патологии позволяют провести диагностический поиск и принять решение о месте и тактике дальнейшего лечения.

**Цель исследования.** Изучить динамику клинических форм острого панкреатита (с легким, среднетяжелым и тяжелым течением) в Санкт-Петербурге за 10-летний период наблюдения.

**Материал и методы.** Основу анализа составляют счета, выставленные медицинскими организациями Санкт-Петербурга, в системе ОМС (по данным Территориального фонда ОМС Санкт-Петербурга) за 2015–2024 гг.,

$n = 26\,989$  случаев. Применяли статистический и аналитический методы, электронные таблицы MS Office Excel 2019.

**Результаты исследования.** На основании выставленных счетов медицинских организаций проведен анализ частоты встречаемости случаев с легким, среднетяжелым и тяжелым течением острого панкреатита за 2015–2024 гг. Средние доли этих случаев заболевания ( $M \pm \sigma$ ) за период наблюдения составили  $(67,4 \pm 1,7) \% / (23,1 \pm 2,1) \% / (9,5 \pm 0,7) \%$  соответственно. Это свидетельствовало о существенном статистически значимом ( $p < 0,05$ ) преобладании легких форм заболевания.

В результате оценивания динамики этих показателей за 10-летний период наблюдения отмечали снижение доли пациентов с легким течением заболевания на 5,7%. Доля пациентов с тяжелым течением заболевания снизилась более существенно – на 13,9%, со среднетяжелым течением возросла почти на треть – на 28,1%. Исключение из анализа данные периода пандемии Covid 19 (2019–2020), характеризующегося нестандартными изменениями объемов медицинской помощи и логистики пациентов в городе, динамику роста доли пациентов со среднетяжелым течением острого панкреатита следует оценивать как статистически значимую (критерий Фишера  $F = 14,018 > F(\text{табличный})$  критический) выраженную устойчивую тенденцию (коэффициент аппроксимации  $R^2 = 0,700$ ) со средним темпом 3,9% в год.

**Выводы.** Проведенное исследование позволило установить соотношение клинических форм (легкое, среднетяжелое и тяжелое течение) острого панкреатита в г. Санкт-Петербурге:  $(67,4 \pm 1,7) \% / (23,1 \pm 2,1) \% / (9,5 \pm 0,7) \%$  соответственно. Отмечена положительная динамика показателей тяжести течения острого панкреатита в Санкт-Петербурге за 10-летний период наблюдения (2005–2024), характеризующаяся снижением доли тяжелых форм заболевания (на 13,9%) и ростом доли пациентов со среднетяжелым течением (на 28,1%). Результаты анализа позволяют планировать мобилизацию ресурсов системы здравоохранения для оказания доступной и качественной медицинской помощи.

# КОМПЛЕКСНОЕ МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Басенко М. А., Мурашко Д. С., Дурлештер В. М.

*Кубанский государственный медицинский университет;  
Краевая клиническая больница № 2, г. Краснодар, Россия*

**Цель исследования.** Повысить эффективность миниинвазивного хирургического лечения осложнений портальной гипертензии (ПГ) у пациентов с циррозом печени (ЦП) на основе построения нейросетевой прогностической модели риска послеоперационных осложнений и летальности, создания индивидуализированного алгоритма предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации.

**Материал и методы исследования.** В исследование включены 845 больных ЦП, подвергшихся хирургическому вмешательству: 1 – условно контрольная группа – пациенты, проходившие лечение в хирургических отделениях центральных районных и городских больниц Краснодарского края в связи с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП),  $n = 145$ ; 2 – основная группа – пациенты с ЦП, перенесшие миниинвазивные хирургические вмешательства в условиях Краевой клинической больницы № 2 (эндоскопическое лигирование ВРВП, трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (ТВПШ)),  $n = 700$ .

**Результаты исследования.** Оказание экстренной хирургической помощи пациентам с кровотечениями из ВРВП в учреждениях первого уровня оказания медицинской помощи сопряжено с высокими показателями летальности, достигающими 26,9 %. Прогностически неблагоприятные факторы в этой группе – рецидивирующие кровотечения из ВРВП, декомпенсированный цирроз печени, алкогольная этиология заболевания, возраст пациентов старше 61 года, наличие двух и более коморбидных заболеваний.

В учреждении третьего уровня оказания медицинской помощи миниинвазивное хирургическое лечение осложнений ПГ и коморбидной патологии ассоциировано с летальностью, не превышающей 4,9 %. На основании предложенной нами нейросетевой прогностической модели, защищенной 6 патентами РФ, проводили стратификацию пациентов на группы риска: низкого, среднего и высокого.

Пациенты низкого риска (по данным разработанного электронного калькулятора отсутствуют риски послеоперационных осложнений и летального исхода) подверглись миниинвазивному хирургическому вмешательству после стандартной предоперационной подготовки. Пациенты среднего риска (по данным калькулятора существует риск послеоперационных осложнений, но отсутствует опасность летального исхода) нуждались в комплексной предоперационной подготовке, направленной на коррекцию нутритивного и функционального статусов, медикаментозной профилактики и лечения осложнений ЦП.

У пациентов с высоким риском хирургического лечения (по данным калькулятора – риск послеоперационных осложнений и летальности) следует избегать оперативных вмешательств, рассмотреть альтернативные методы лечения, включая паллиативную помощь.

**Заключение.** Для повышения эффективности и безопасности хирургического лечения пациенты с ЦП нуждаются в стратификации на группы риска (низкий, средний, высокий) и активной предоперационной подготовке, применении миниинвазивных и патогенетически обоснованных методов коррекции осложнений ПГ, послеоперационной реабилитации с привлечением мультидисциплинарной команды врачей.

# КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ЛАПАРОСТОМИИ ПОСЛЕ БОЕВОЙ ТРАВМЫ

Белослудцев Д. Н., Плотников А. Ф., Гут Е. Ш., Ершов В. В.

*Приволжский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства России, г. Нижний Новгород*

**Актуальность.** Особенности оказания хирургической помощи при боевой травме живота сопряжены с нецелесообразностью послойного восстановления целостности передней брюшной стенки на ранних этапах медицинской эвакуации. Закрытие сформировавшихся грыжевых дефектов – сложная задача, в настоящее время не имеющая однозначного решения.

**Цель исследования.** Анализ собственных результатов различных вариантов оперативного лечения последствий лапаростомии.

**Материал и методы.** Оперировано 32 пациента в возрасте от 21 до 58 лет. На этапах эвакуации выполнено наложение лапаростомии для лечения повреждений органов брюшной полости и их последствий. Сочетанные повреждения наблюдали у 31 пациента (оскольчатые огнестрельные ранения грудной и брюшной полости, мягких тканей, трубчатых костей, магистральных сосудов и периферических нервов). На этапах эвакуации пациенты перенесли от 2 до 8 оперативных вмешательств на органах брюшной полости. У 13 пациентов ранее выполнено закрытие кишечных стом, что усложняло реконструкцию брюшной стенки.

Индекс массы тела колебался от 17,2 до 35 кг/м<sup>2</sup>. В предоперационном периоде всем пациентам выполняли КТ брюшной полости с оценкой индекса Карбонелла (отношение суммы ширины прямых мышц живота к ширине грыжевого дефекта). У пациентов он составлял от 0,56 до 1,7. При индексе менее 1,2 в предоперационном периоде за 6–8 нед до последующей коррекции выполняли введение ботулотоксина типа А («Диспорт») в боковые мышцы брюшной стенки под УЗ-контролем. В качестве эндопротезов использованы отечественные полипропиленовые сетки «Линтекс» и «Во-лот». В двух случаях вынужденно использовали покрытые сетчатые эндопротезы. Выполнены следующие виды операций: ретромускулярная пластика Rives – Stoppa – 17, из них 12 с использованием пластики перитонеальным лоскутом (ППЛ); Rives – Stoppa + ППЛ+ передняя фасциомиотомия – 2; Rives – Stoppa + ППЛ + односторонняя TAR-4; Rives – Stoppa + ППЛ + TAR (Novitsky) + передняя фасциомиотомия – 7; Rives – Stoppa + TAR (Novitsky) + передняя фасциомиотомия, установка двух сеток по типу sandwich – 2. В 3 (9,3 %) случаях не удалось избежать контакта протеза с подкожно-жировой клетчаткой.

**Результаты.** Осложнения: перфорация тонкой кишки, перитонит, абдоминальный сепсис – 1 (3,1 %) (удаление эндопротеза при релапаротомии); компартмент-синдром, динамическая кишечная непроходимость – 6 (18,7 %); гематома послеоперационной раны – 4 (12,5 %), предусматривающая повторную операцию в 1 (3,1 %) случае; нагноение послеоперационной раны – 1 (3,1 %); симптоматическая серома – 8 (25 %); некроз краев кожной раны – 1 (3,1 %); расхождение краев раны – 1 (3,1 %).

Большинство осложнений были сочетанными и развились у пациентов с гигантскими грыжами. Летальных исходов не было.

**Выводы.** При лечении последствий лапаростомии, несмотря на применение в предоперационном периоде ботулотоксина, ППЛ, сепарационных методик оперирования, не всегда удается избежать развития компартмент-синдрома в послеоперационном периоде и контакта сетчатого эндопротеза с подкожно-жировой клетчаткой. Многократные предшествующие операции предполагают обширный висцеролиз, что повышает риск осложнений. Необходимы разработка и внедрение новых методов лечения.

# ЗАВЕРШЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО БУЖИРОВАНИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА САМОБУЖИРОВАНИЕМ

Булынин В. В., Переверзев Е. Г., Жуков А. А., Турбеев В. Н., Пархисенко Ю. А.

*Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко;  
Воронежская областная клиническая больница № 1, г. Воронеж, Россия*

**Актуальность.** Ожоги пищевода занимают второе место среди заболеваний пищевода. Среди химических ожогов пищевода 10–30 % из них с эрозивно-язвенным повреждением. До 70 % этих случаев заканчиваются рубцовыми стриктурами пищевода, это более 4000 больных по стране. Основной метод лечения этой патологии – эндоскопическое бужирование, предусматривающее периодическую госпитализацию в течение длительного периода и снижение качества жизни пациентов.

**Цель исследования.** Показать возможность лечения рубцовых стриктур пищевода методом эндоскопического бужирования с переходом на самобужирование.

**Материал и методы.** С 2000 по 2025 г. в токсикологическом отделении Воронежской областной клинической больницы № 1 пролечено 1934 пациента с ожогами пищевода прижигающими ядами, у 887 из них была угроза образования рубцовых стриктур пищевода. Этим пациентам проведено раннее бужирование пищевода эластичным полым зондом диаметром 12–13 мм (№ 39–42 по шкале Шаррьера) в сочетании с обработкой пищевода озонированным маслом, с благоприятным исходом.

С периодичностью один раз в месяц им проводили эндоскопический контроль и в зависимости от результатов устанавливали периодичность проведения бужирования. В 29 случаях ожог пищевода сочетался с тяжелым ожогом желудка. У этих пациентов при развитии стеноза выходного отдела желудка выполняли дренирующие операции или экономные резекции желудка в модификации Б1. В отделении торакальной хирургии 32 пациентам (по разным причинам не вошли в программу профилактики образования рубцовых стриктур) со сформировавшимися рубцовыми стриктурами пищевода проведено эндоскопическое бужирование пищевода по струне. Использовали бужи различного диаметра. Бужирование заканчивалось при достижении просвета пищевода 13–15 мм, что соответствует бужам № 39–45 по шкале Шаррьера. В дальнейшем больных обучали самобужированию эластичным желудочным зондом, соответствующим бужу № 39 по шкале Шаррьера. Больные лечились амбулаторно, большинство из них – без отрыва от производства, с ФГС-контролем через месяц. Самобужирование проводили от трех раз в сутки с последующим увеличением периода между бужированием до одного раза в два – три дня. Через 6 мес у 30 больных наступило полное заживление слизистой пищевода с восстановлением пассажа пищи. У двух пациентов бужирование проводили более 7 мес.

**Результаты.** Осложнений самобужирования в этой группе не было. При контроле через год у 25 пациентов наблюдали полное выздоровление, 7 пациентов не удалось найти и проанализировать результаты.

**Заключение.** Эндоскопическое бужирование – высокоэффективный метод лечения рубцовых стриктур пищевода после химических ожогов. Последовательный переход к амбулаторному самобужированию представляет рациональную стратегию поддерживающей терапии, позволяющую стабилизировать клинический эффект, снизить риск рестеноза и повысить качество жизни пациентов. Комплексный подход с сочетанием эндоскопического лечения и самобужирования – оптимальная модель ведения этой категории больных.

# РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Бухтояров А. Ю., Дурлештер В. М., Лясковский К. О., Оганесян О. А.,  
Качьян А. С., Мурашко Д. С.

*Краевая клиническая больница № 2, г. Краснодар, Россия*

Цирроз печени и сопровождающая его портальная гипертензия вызывают жизнеугрожающие осложнения: пищеводно-желудочные кровотечения из варикозно расширенных вен (ВРВ), гепаторенальный синдром, печеночная кома. В настоящее время в лечении этой патологии важное значение имеют малоинвазивные эндоваскулярные вмешательства: трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (TIPS) с возможной одномоментной эмболизацией вен пищевода и желудка (ЭВПЖ) и чрескожная транспеченочная эмболизация вен пищевода и желудка (ЧТЭВПЖ).

**Материал и методы.** За период с 2014 по 2025 г. выполнено 122 рентгенэндоваскулярных вмешательства у 113 пациентов с портальной гипертензией на фоне цирроза печени. Проведено 89 операций TIPS, из них с применением «коронарной техники» – 24 (27 %) пациентам.

Возраст пациентов колебался от 30 до 73 лет ( $52 \pm 8,7$  года), среди них мужчин – 53 (64 %), женщин – 30 (36 %). На высоте кровотечения с применением зонда Блэкмора прооперированы 53 пациента (60 %). Эндоскопическое лигирование в анамнезе было у 79 (89 %) пациентов; 85 (95 %) пациентам имплантированы гепатобилиарные стенты Hanarostent (M. I. Tech Co., Ltd), Egis (Biotech) диаметром 10 мм или WallFlex Biliary Transhepatic

10–80 мм. В 4 (5 %) случаях потребовалась дополнительная имплантация стентов в печеночную часть шунта Omnilink (Abbot Vascular, США).

За период с 2017 по август 2025 г. произведены 34 ЧТЭВПЖ. Одна из ЭВПЖ выполнена с применением окклюдера Plug II (Abbot Vascular, США). Одна ЭВПЖ выполнена через функционирующий спленоренальный шунт, с последующей окклюзией вен желудка окклюдером Plug II (Abbot Vascular, США). В этой группе женщин – 12 (39 %), мужчин – 19 (61 %), средний возраст составил ( $52,5 \pm 11,2$ ) года. Лигирование вен пищевода в дооперационном периоде назначено 26 (84 %) пациентам, на высоте кровотечения прооперировано 19 (61 %) чел. Для эмболизации ВРВ желудка и пищевода применяли спирали MReye, IDC диаметром от 5 до 20 мм (СООК, Boston Scientific) соответственно.

**Результаты и обсуждение.** Пациентов после проведенных операций TIPS наблюдали в сроке от 1 мес до 10 лет. Технический эффект процедуры составил 97,7 %, у 2 пациентов (2,3 %) с учетом особенностей анатомического строения печеночных вен выполнить TIPS не удалось, но им была выполнена ЧТЭВПЖ. Дисфункцию шунтов наблюдали в 9 (10 %) случаях. Ранний тромбоз стента отмечен у 2 пациентов. В отдаленном послеоперационном периоде наблюдали окклюзию шунта в сроки от 3 мес до 2 лет у 6 пациентов.

Летальный исход после TIPS – у 4 пациентов (4,5 %). Двое пациентов умерли в клинике после выполнения TIPS от прогрессирования полиорганной недостаточности вследствие раннего тромбоза шунта. Для трех (3,4 %) пациентов после TIPS выполнена ортотопическая трансплантация печени. Рецидив кровотечения отмечен у 11 (12 %) пациентов через 5, 7, 12 и 20 мес после установки TIPS. Это потребовало повторного выполнения операции TIPS у 6 (6,7 %) пациентов и в 3 (3,4 %) случаях – ЧТЭВПЖ.

**Выводы.** Операция TIPS в лечении портальной гипертензии позволяет выполнить эффективную и стойкую декомпрессию портальной системы. Одномоментная эмболизация ВРВ пищевода и желудка во время этой процедуры – закономерный и высокоэффективный метод, позволяющий снизить рецидив кровотечений. При этой патологии эндоваскулярные вмешательства являются паллиативными и служат «мостом» до ортотопической трансплантации печени.

# ТОТАЛЬНЫЙ АГАНГЛИОЗ КИШЕЧНИКА КАК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОЙ РЕДКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У РЕБЕНКА

Быков Ю. В., Обедин А. Н., Пучков А. А., Садовая А. С.

Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия

Тотальный аганглиоз кишечника (ТАК) – исключительно редкий врожденный порок развития желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), при котором отсутствуют интрамуральные ганглии на протяжении тонкой и толстой кишки. Заболевание манифестирует в раннем неонатальном периоде и приводит к формированию тяжелой хронической кишечной недостаточности.

Представлено клиническое наблюдение ребенка женского пола в возрасте 1 года 1 месяца с ТАК, сочетавшимся с выраженным укорочением кишечника и множественными вторичными хирургически значимыми осложнениями.

С первых суток жизни у ребенка отмечали признаки врожденной низкой кишечной непроходимости. Это потребовало экстренного перевода в хирургический стационар и выполнения сегментарной резекции тонкой кишки с формированием двойной илеостомы.

Диагноз ТАК подтвержден морфологически при многоуровневых интраоперационных биопсиях: ганглиозные клетки не выявлены, отмечена выраженная гипертрофия нервных стволов и отсутствие реакции на ацетилхолинэстеразу. В дальнейшем пациентка перенесла ряд реконструктивных вмешательств, включая релапаротомии, висцеролиз, реконструкцию кишечника по методике STEP и формирование кишечных резервуаров. На фоне выраженной хронической кишечной недостаточности ребенок находился в постоянной зависимости от длительного парентерального питания. Многократные установки центральных венозных катетеров и эпизоды катетер-ассоциированного сепсиса, включая инфекции, вызванные *Aeromonas caviae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Citrobacter freundii* и *Enterococcus faecium* (VanA), привели к развитию тяжелой катетер-ассоциированной тромбозной болезни. По данным ультразвукового дуплексного сканирования и КТ-венографии выявлены полная окклюзия притоков верхней полой вены, облитерация обеих подвздошных вен и тромбоз инфраренального сегмента нижней полой вены с выраженной коллатеральной сетью.

Клинически состояние осложнялось нарастающими отеками лица и конечностей, снижением диуреза, гипопропротеинемией до 48,7–50,5 г/л, гипоальбуминемией, анемией и повышением прокальцитонина до 71,21 нг/мл. В условиях полной утраты стандартных сосудистых доступов и сохраняющейся жизненной необходимости парентерального питания применена нестандартная хирургическая тактика – открытая имплантация туннелированного катетера Broviac непосредственно в правое предсердие. Антикоагулянтную терапию далтепаринром проводили под контролем анти-Ха-активности в целевом диапазоне 0,5–1,0 МЕ/мл. Прогрессирования тромбоза не отмечено.

Представленный случай иллюстрирует формирование комплексной редкой хирургической патологии, в которой ТАК – исходное звено каскада тяжелых анатомических и функциональных нарушений. Наблюдение подчеркивает необходимость индивидуализированного и междисциплинарного подхода при ведении детей с орфанными пороками развития ЖКТ.

# ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЗИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ТРУБЧАТЫХ СТРУКТУР ГЕПАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СВЯЗКИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Возлюбленный Д. Е., Черкасов Д. М., Черкасов М. Ф.,  
Возлюбленный Е. И., Галашокян К. М.

*Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия*

**Актуальность.** Применение дооперационных методов визуализации при желчнокаменной болезни (ЖКБ) (УЗИ, спиральная компьютерная томография (СКТ), магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ)) не позволяет в полной мере оценить индивидуальную топографию структур треугольника Кало и гепатодуоденальной связки в условиях воспаления/спаек; критерии «высокорисковой» когорты остаются не до конца определенными. Это поддерживает риск дефицита значимой информации во время операции и при сочетании вариантной анатомии с тактическими ошибками приводит к ятрогенным повреждениям магистральных желчных протоков и сосудов.

**Цель исследования.** Оценить возможности лапароскопического интраоперационного ультразвукового исследования (ЛУЗИ/ИОУЗИ) для профилактики травматического повреждения трубчатых структур гепатодуоденальной связки при лапароскопической холецистэктомии за счет уточнения топографии желчных протоков и сосудов в зоне диссекции.

**Материал и методы.** Выполнен анализ 12-летнего опыта применения ИОУЗИ при лапароскопической холецистэктомии ( $n = 455$ ; женщины – 83,1 %, мужчины – 16,9 %; возраст 27–76 лет). Средняя продолжительность

ИОУЗИ – 4 мин (вариабельно).

**Результаты.** Использование метода ЛУЗИ повышает выявляемость «немых» клинически и «слепых» дооперационно камней/сладжа пузырного протока, желчных путей при целенаправленном поиске. Это позволяет корректировать уровень пересечения протока и избежать ошибочной трактовки данных как холедохолитиаза. Применение ЛУЗИ обеспечивает индивидуальную оценку топографии треугольника Кало: длины/пространственного положения пузырного протока и варианта его впадения.

В большинстве наблюдений пузырный проток был коротким (до 3 см) и впадал в латеральную стенку общего печеночного протока – 69,6 %; длинный проток, располагающийся снаружи либо в толще гепатодуоденальной связки – 30,1 %; супрадуоденальное впадение вдоль латеральной стенки – 20,2 %; в медиальную стенку – 0,44 %, в вентральную – 7 %, в дорсальную – 2,2 %.

При оценке сосудистых взаимоотношений ЛУЗИ позволяет ориентироваться на крупные артериальные стволы в зоне конfluence, что особенно важно при ограниченной лапароскопической визуализации (спайки, перихолецистит).

Выявлены варианты: пузырная артерия по медиальной стороне – 76 %, по латеральной – 9,7 %, по латеральной и медиальной сторонам – 14,3 %.

Применение ЛУЗИ способствует профилактике сосудистой травмы: в 6,8 % правая печеночная артерия/дополнительная ветвь огибала общий жёлчный проток дорсально/снизу с тесным прилеганием к пузырному протоку; в 10,1 % – вентрально/сверху; мелкие ветви вдоль стенок общего жёлчного протока визуализировались в 4,2 % случаев.

**Заключение.** Метод ЛУЗИ снижает субъективность интраоперационной оценки, позволяет своевременно заподозрить опасную анатомическую ситуацию и уменьшить вероятность ошибочных решений, повышая безопасность лапароскопической холецистэктомии и потенциально рассматривается как перспективный этап вмешательства.

# ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО ПАКЕТИРОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Воронцов А. К., Пархисенко Ю. А., Булынин В. В., Безалтынных А. А.

*Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко, г. Воронеж;  
Смоленский государственный медицинский университет, г. Смоленск, Россия*

**Актуальность проблемы.** Травматические повреждения печени представляют серьезную проблему современной ургентной хирургии. Разработка новых методов хирургического гемостаза травматических повреждений печени – актуальная задача неотложной хирургии.

По данным статистики травмы живота составляют 1,5–36,5 % от числа всех травматических повреждений. Частота летальных исходов при повреждениях органов брюшной полости достигает высоких значений – 60 %. Большая часть пострадавших находится в молодом и трудоспособном возрасте, что определяет большую медико-социальную значимость проблемы травматических повреждений органов брюшной полости.

**Цель исследования.** Разработка и апробация хирургического метода гемостаза при травматических повреждениях печени путем применения модифицированного пакетирования.

**Материал и методы.** Исследование проведено с соблюдением требований и норм Хельсинской декларации. Исследование одобрено этическим комитетом Воронежского государственного медицинского университета имени Н. Н. Бурденко (протокол №2 от 05.04.2022). Все пациенты подписали информированное согласие на лечение, а также использование обезличенных медицинских данных и фотографий. Предварительно проведены экспериментальные исследования возможности применения технологии хирургического гемостаза модифицированным пакетированием у лабораторных животных. Исследования на кадаверном материале направлены на разработку методики оперативного вмешательства и применения модифицированного пакетирования.

Этапы выполнения модифицированного пакетирования печени на кадаверном материале: моделированная ушибленная рана правой доли печени; тампонирование раны печени гемостатическим материалом сургитамп; нанесение гранулированного сорбента молселект G-50; фиксация полосок полипропиленового сетчатого имплантата к диафрагме и по висцеральной поверхности печени; окончательный ее вид после модифицированного пакетирования.

**Заключение.** Разработан и применен в клиническую практику новый метод хирургического гемостаза, реализующегося путем тампонирования ран печени гемостатической марлей сургитамп, пропитанной гранулированным сорбентом молселект G-50, с последующим модифицированным пакетированием печени полосками полипропиленового сетчатого эндопротеза. Это позволило улучшить результаты лечения пациентов с тяжелыми травматическими повреждениями печени благодаря повышению надежности окончательного гемостаза, уменьшению повторных кровотечений и операций и снижению уровня летальности.

# ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ ГРЫЖЕВОГО ДЕФЕКТА ПРИ ПРЯМОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ: АВТОРСКИЙ ПОДХОД

Восколупов А. В.<sup>1,2</sup>, Попандопуло К. И.<sup>1</sup>, Базлов С. Б.<sup>1</sup>, Зорик В. В.<sup>1</sup>,  
Попандопуло И. К.<sup>1</sup>, Халимов А. А.<sup>2</sup>, Кротов Е. Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;

<sup>2</sup>Каневская центральная районная больница, ст. Каневская, Россия

**Введение.** При паховых грыжах применяют эффективные хирургические методы с минимальным риском осложнений. В основном используют технику ТАПП. Однако при прямых паховых грыжах актуальны вопросы профилактики послеоперационных осложнений: серомы, хронический болевой синдром, рецидив грыжи.

**Цель исследования.** Оценить эффективность и результаты применения нового метода лапароскопической герниопластики при лечении прямых паховых грыж.

**Материал и методы.** В исследование были включены 59 пациентов с первичными или рецидивными паховыми грыжами (МЗ по классификации EHS). Исследование выполняли на базе хирургического отделения Каневской центральной районной больницы (ст. Каневская, 2022–2025).

Пациенты объединены в две сопоставимые по возрасту и полу группы: основная – 26, контрольная – 33. В основной группе применяли разработанный способ лапароскопической герниопластики (патент РФ № 2850625), в контрольной – выполняли ТАПП без ушивания грыжевых ворот, с последующей фиксацией поперечной фасции к связке Купера. При проведении герниопластики у всех пациентов использовали полипропиленовый эндопротез (размеры 12 × 17 см).

Оценивали частоту ранних и поздних послеоперационных осложнений, выраженность болевого синдрома и качество жизни в отдаленном периоде. Использовали стандартизированные шкалы оценки боли, чувствительности и послеоперационных осложнений, а также статистический анализ.

**Результаты.** В основной группе пациентов значительно ниже частота ранних осложнений (11,5 % против 27,3 %,  $p = 0,012$ ), в частности, сером (3,8 % против 18,2 %,  $p = 0,006$ ). Болевой синдром в раннем периоде после операции был достоверно менее выражен ( $p = 0,04$ ). В отдаленном периоде отмечали меньшую частоту хронической боли (10 % против 20,7 %,  $p = 0,027$ ) и более высокий уровень комфорта (CCS  $37,2 \pm 10,2$  против  $53,6 \pm 7,3$ ,  $p = 0,032$ ) в основной группе. Рецидивы грыжи не выявлены в основной группе (в контрольной – 3,4 %).

**Заключение.** Предложенный способ снижает частоту образования сером и хронической боли после пластики прямой паховой грыжи (МЗ по классификации EHS), улучшая качество жизни пациентов и снижая вероятность рецидивов.

# КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ТЕХНИКИ ФИКСАЦИИ СЕТКИ ПРИ ТАРР ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Восколупов А. В.<sup>1,2</sup>, Попандопуло К. И.<sup>1</sup>, Базлов С. Б.<sup>1</sup>, Зорик В. В.<sup>1</sup>,  
Попандопуло И. К.<sup>1</sup>, Халимов А. А.<sup>2</sup>, Кротов Е. Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;

<sup>2</sup> Каневская центральная районная больница, ст. Каневская, Россия

**Актуальность.** В настоящее время активно дискутируется вопрос о показаниях к применению, оптимальных методах имплантации и способах фиксации сетчатого имплантата при лапароскопической герниопластике паховой грыжи. Отсутствие консенсуса по этим аспектам напрямую влияет на частоту развития поздних осложнений, обусловленных сеткой, и на долгосрочное качество жизни пациентов.

**Цель исследования.** Изучить эффективность разработанного способа фиксации сетчатого трансплантата при лапароскопической герниопластике паховой грыжи (патент РФ RU 2814607).

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов хирургического лечения 85 больных с первичными и рецидивными паховыми грыжами (размер дефекта  $\geq 1,5$  см), оперированных методом ТАРР в хирургическом отделении Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи (Краснодар, 2021–2025). Сформированы три сопоставимые по полу и возрасту группы: основная ( $n = 29$ ) – авторская методика фиксации; первая контрольная ( $n = 32$ ) – стандартная фиксация эндостеплером; вторая контрольная ( $n = 24$ ) – без фиксации сетки. Во всех случаях применяли полипропиленовый имплантат  $10 \times 15$  см.

Анализировали: выраженность и продолжительность болевого синдрома (ВАШ), частота смещения/деформации сетки, рецидивы грыжи, качество жизни по шкале CCS.

**Результаты.** Больные первой контрольной группы демонстрировали статистически значимо более высокие показатели интенсивности и длительности послеоперационной боли по сравнению с основной и второй контрольной группами. Ранние осложнения зарегистрированы у 7,4 % пациентов основной; 16,7 % – первой контрольной и 9,1 % – второй контрольной групп. Средняя продолжительность госпитализации составила  $(4,3 \pm 0,4)$  дня;  $(4,7 \pm 1,1)$  и  $(4,2 \pm 0,6)$  дня соответственно.

В отдаленном периоде осложнения выявлены у 7,4 % больных основной; 13,4 % – первой контрольной и 13,6 % – второй контрольной групп. Через 12 мес у одного пациента (4,5 %) второй контрольной группы диагностирован рецидив грыжи. В основной и первой контрольной группах рецидивов не отмечено. Показатели CCS в основной и второй контрольной группах сопоставимы –  $(26,3 \pm 11,2)$  и  $(25,8 \pm 8,6)$  балла. В первой контрольной группе качество жизни оказалось значимо ниже –  $(45,2 \pm 7,3)$  балла вследствие более высокой частоты хронического болевого синдрома и ощущения инородного тела (13,4 %).

**Заключение.** Применение предложенного метода фиксации эндопротеза позволяет значительно снизить вероятность послеоперационных осложнений и обеспечить надежное закрепление имплантата. Это особенно актуально и положительно сказывается на качестве жизни пациентов с большими грыжевыми воротами (M3/L3 по классификации EHS) при лапароскопической герниопластике паховой грыжи, позволяя отказаться от герниостеплера и минимизировать риски.

# РОЛЬ МАНОМЕТРИИ ПИЩЕВОДА ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ МЕТОДОМ ПЕРОРАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИОТОМИИ

Габриэль С. А., Беспечный М. В., Крушельницкий В. С.,  
Дынько В. Ю., Гучетль А. Я.

*Краевая клиническая больница № 2, г. Краснодар, Россия*

**Цель исследования.** Проанализировать эффективность выполненных операций пероральной эндоскопической миотомии (ПОЭМ) в условиях Краевой клинической больницы № 2 после манометрии пищевода высокого разрешения.

**Актуальность.** Первая эндоскопическая пероральная миотомия (ПОЭМ) выполнена в 2008 г. профессором Х. Иноуе. На основе результатов анализа 200 выполненных операций он доказал безопасность и высокую эффективность современного, альтернативного малоинвазивного метода эндоскопического лечения ахалазии. Короткие сроки реабилитации – важный аргумент в пользу применения в современном мире.

**Материал и методы.** С 2017 по 2025 г. в отделении эндоскопии Краевой клинической больницы № 2 (Краснодар) 157 пациентам (75 мужчин, 82 женщины в возрасте от 18 до 83 лет (средний возраст  $55,2 \pm 11,3$ ) года) с ахалазией кардии выполнена операция ПОЭМ. По степени выраженности ахалазии больные распределены следующим образом: I степень – 3 (2,8 %), II степень – 64 (38,6 %), III степень – 61 (40 %), IV степень – 29 (18,6 %).

В среднем анамнез заболевания составил 5–7 лет. Продолжительность оперативного вмешательства варьировала от 49 до 180 мин.

Среди пациентов 54 выполнена манометрия пищевода высокого разрешения до оперативного вмешательства с целью установления типа ахалазии кардии для определения оптимальной протяженности рассечения мышечных волокон. В результате манометрии пищевода получены следующие результаты распределения пациентов по типу манометрического паттерна: I тип – 21, II – 32, с III тип – 1.

Для оценки клинической выраженности заболевания использовали шкалу Эккардт в диапазоне от 0 до 3 баллов, согласно которой наиболее тяжелая степень расстройств, сопровождающаяся дисфагией, регургитацией и распространенными болями после каждого приема пищи, а также снижением массы тела более чем на 10 кг, оценивалась в 3 балла. С целью оценки качества жизни применена шкала SF-36, в которой учитывают физический и психологический компоненты здоровья.

**Результаты.** Интраоперационные осложнения эндоскопической операции методом ПОЭМ:

– кровотечение в подслизистом слое с нарушением визуализации (7 пациентов, 5,3 %);

– ятрогенная подкожная эмфизема: ограниченная – 18 пациентов (13,6 %) и распространенная – 3 пациента (2,3 %);

– ограничение экскурсии грудной клетки с повышением пикового давления на вдохе и снижением дыхательных объемов при проведении ИВЛ за счет пневмоперитонеума (10 пациентов – 7,6 %).

**Выводы**

Новый, относительно безопасный, малоинвазивный метод лечения пациентов с ахалазией II и III степеней ПОЭМ обладает клиническим (значительное уменьшение или отсутствие симптомов) и косметическим (отсутствие послеоперационных рубцов на коже) эффектом.

Эффективность операции «отчаяния» у пациентов с рецидивной ахалазией IV стадии составляет 75 %.

Препятствие к выполнению ПОЭМ – рубцовые изменения в подслизистом слое после лапароскопической миотомии.

Применение манометрии пищевода высокого разрешения помогает определиться с типом ахалазии и длиной миотомического разреза. Проведение адекватной миотомии снижает риск развития рецидива заболевания.

# НЕОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ РАЗРЫВОВ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ЖИВОТА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Гавришук Я. В., Мануковский В. А., Тулупов А. Н.,  
Савелло В. Е., Киселев М. А.

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И. И. Джанелидзе*

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения пострадавших с повреждением паренхиматозных органов при закрытой травме живота использованием высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты обследования и лечения 437 пострадавших с закрытыми повреждениями паренхиматозных органов живота при изолированной, множественной и сочетанной травме в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте скорой помощи имени И. И. Джанелидзе с 2014 по 2023 г.

Основную группу составили 258 пострадавших (2018–2021), которых лечили в соответствии с предложенным алгоритмом. В контрольную группу вошли 179 пациентов, получавших традиционное лечение в период с 2014 по 2017 г. В обеих группах большинство пострадавших поступили в травмоцентр после дорожно-транспортного происшествия и падения с высоты (в основной группе: после падения с высоты – 111, ДТП – 101, вследствие других причин – 46; в группе сравнения – 92, 63 и 24 пострадавших соответственно). Тяжесть травмы по шкалам ISS, Ю. Н. Цибина, ВПХ-П между группами статистически значимых различий не выявлено (основная группа: ISS –  $(29,83 \pm 10,86)$ , Ю. Н. Цибина –  $(11,70 \pm 5,68)$ , ВПХ-П –  $(11,88 \pm 8,65)$ , ВПХ-СП –  $(25,88 \pm 16,35)$ ; в группе сравнения –  $(30,53 \pm 11,75)$ ,  $(12,75 \pm 5,77)$ ,  $(12,03 \pm 9,65)$  и  $(26,48 \pm 13,10)$  баллов соответственно).

Тяжесть травмы при изолированных повреждениях живота по шкале AIS в основной группе составила  $(3,00 \pm 0,63)$  баллов, в контрольной группе –  $(2,67 \pm 0,80)$  баллов ( $p = 0,099$ ). Всем пострадавшим при поступлении выполняли УЗИ грудной клетки и живота по протоколу FAST. При визуализации повреждений паренхиматозных органов или свободной жидкости в брюшной полости по результатам УЗИ у пострадавших со стабильной гемодинамикой выполняли **мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ)** с контрастным усилением для уточнения характера повреждений и определения объема гемоперитонеума. При отсутствии продолжающегося кровотечения применяли активную наблюдательно-выжидательную тактику. В случае выявления продолжающегося внутреннего кровотечения или признаков повреждения сосудов выполняли ангиографию с эндоваскулярным гемостазом; внутрибрюшного кровотечения у пострадавших с нестабильной гемодинамикой или наличия признаков перитонита по неотложным показаниям производили лапаротомию. При повреждении селезенки и наличии стабильной гемодинамикой выполнено спленэктомий: в основной группе – у 28,0 % пострадавших, в контрольной – у 86,0 %; с нестабильной гемодинамикой: в основной группе – у 71,1 %, контрольной – у 84,6 %. В основной группе консервативное лечение проведено 42,6 % пациентам, ангиография – 17,4 %, селективная эмболизация – 13,2 %.

Успешное консервативное лечение разрывов печени удалось провести 40,4 % пострадавшим против 4,7 % в контрольной группе. В обеих группах при наличии стабильной гемодинамики при повреждениях почек нефрэктомия не назначали, а при нестабильных показателях гемодинамики почка была удалена в основной группе – в 10,3 % случаях, в контрольной – в 17,2 %. Гемоперитонеум в основной группе составил (548,70 ± 444,36) мл, в контрольной – (615 ± 404,72) мл у пострадавших со стабильной гемодинамикой. В течение недели после травмы даже объемный гемоперитонеум у пациентов основной группы рассасывался без лапароцентеза и лапароскопии.

**Выводы.** Внедрение предложенного алгоритма с использованием высокотехнологичных методов диагностики и лечения позволило консервативно пролечить 42,6 % пострадавших основной группы и сохранить селезенку у 72,0 % пациентов.

# СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гольцов В. Р., Дао З. Х., Дымников Д. А., Сизоненко Н. А.

*Кафедра военно-морской хирургии Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Актуальность.** Псевдокисты (ПК) поджелудочной железы (ПЖ) – частое осложнение острого панкреатита, предусматривающее хирургическое лечение. Несмотря на широкое внедрение минимально инвазивных вмешательств, выбор оптимального метода лечения остается дискуссионным, особенно при ПК головки ПЖ. Это обусловлено ее анатомической сложностью и выраженными воспалительно-фиброзными изменениями.

**Цель исследования.** Оценить эффективность различных видов оперативного лечения ПК головки ПЖ.

**Материал и методы.** Проведено ретроспективное исследование пациентов с ПК головки ПЖ, пролеченных в 2010–2024 гг. в клинике военно-морской хирургии Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова Министерства обороны РФ и на ее клинических базах. Пациенты ранее перенесли острый деструктивный панкреатит. Диагноз ПК головки ПЖ установлен в соответствии с Международной классификацией «Атланта-1992»

(с изменениями от 2012 г.). Статистическую обработку данных проводили с использованием пакетов прикладных программ: IBM SPSS Statistics 25; различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В исследование включены 56 пациентов с ПК головки ПЖ: 35 мужчин (62,5 %) и 21 женщина (37,5 %). В зависимости от вида хирургического вмешательства больные были объединены в три группы: I группа – 16 пациентов после чрескожного дренирования под ультразвуковым контролем; II группа – 8 пациентов после эндоскопического дренирования с формированием цистодигестивного анастомоза; III группа – 32 пациента, которым были выполнены открытые операции. В структуре открытых операций преобладали резекционно-дренирующие вмешательства по типу Frey и Beger – 26 из 32 случаев (81,3 %). Группы сопоставимы по полу ( $p = 0,689$ ), возрасту ( $p = 0,229$ ), индексу массы тела ( $p = 0,287$ ) и наличию сопутствующей патологии.

Эффективность лечения оценивали по продолжительности операции, объему интраоперационной кровопотери, длительности стационарного лечения, частоте осложнений по шкале Clavien – Dindo, клиническому успеху, частоте рецидивов и реопераций в период госпитализации. В I и II группах показатели продолжительности операции, объема интраоперационной кровопотери и длительности стационарного лечения были статистически значимо ниже по сравнению с III группой ( $p < 0,05$ ). Клинический успех при минимально инвазивных вмешательствах был достоверно ниже, чем при открытых операциях (37,5 % и 25,0 % против 78,1 %;  $p = 0,002$ ), что сопровождалось более высокой частотой рецидивов (50,0 % и 75,0 % против 3,1 %;  $p = 0,001$ ), повторных вмешательств (31,3 % и 50,0 % против 15,6 %;  $p = 0,038$ ) и тяжелых осложнений (62,5 % и 50,0 % против 21,9 %;  $p = 0,027$ ).

После минимально инвазивных вмешательств отмечены следующие осложнения: послеоперационный панкреатит ( $n = 8$ ), миграция стента или выпадение дренажа с развитием перитонита ( $n = 2$ ), наружные панкреатические свищи типа С по классификации ISGPS ( $n = 6$ ), выпадение дренажа, потребовавшее повторного дренирования ( $n = 1$ ), перитонит ( $n = 2$ ), внутрибрюшное кровотечение ( $n = 1$ ), абсцесс брюшной полости ( $n = 1$ ). У 9 из 24 пациентов (37,5 %) потребовалась конверсия доступа с последующей лапаротомией в связи с развитием ранних послеоперационных осложнений.

**Заключение.** Минимально инвазивные методы лечения ПК головки ПЖ характеризуются меньшей травматичностью, однако сопровождаются высоким риском рецидивов и повторных вмешательств. При ПК головки ПЖ оптимальной хирургической тактикой следует считать выполнение открытых резекционно-дренирующих операций, прежде всего по типу Frey и Beger, обеспечивающих наилучшие клинические результаты.

# ПЕРСПЕКТИВЫ НОВОГО БИОПОЛИМЕРНОГО КОМПЛЕКСА КАК АЛЬТЕРНАТИВЫ СТАНДАРТНЫМ МЕТОДАМ ОСТАНОВКИ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Дадоходжаев А. А., Яглы С. И., Анисимов А. Ю.

*Казанский (Приволжский) федеральный университет,  
Институт фундаментальной медицины и биологии, кафедра неотложной медицинской помощи и симуляционной медицины, г. Казань, Республика Татарстан*

**Актуальность.** Остановка острых кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП), рефрактерных к фармакотерапии и эндоскопическому гемостазу, – одна из наиболее прогностически неблагоприятных ситуаций в гепатологии и хирургии. Несмотря на применение «золотых стандартов» терапии, у 15–20 % пациентов с портальной гипертензией не удается добиться остановки кровотечения или предотвратить его рецидив в первые 5 сут, что сопровождается летальностью 30–50 %.

Традиционные методы компрессионного гемостаза – баллонная тампонада зондом Sengstaken – Blakemore или установка нитинолового стента Danis – эффективны в экстренных ситуациях, но сопряжены с частотой серьезных осложнений: аспирационные пневмонии, миграция устройств, ятрогенные повреждения слизистой оболочки до некроза и перфорации, что в итоге усугубляет исход и увеличивает бремя лечения. Обстоятельства формируют острую потребность в разработке и внедрении принципиально новых материалов, способных обеспечить надежный и атравматичный компрессионный гемостаз. Они могли минимизировать риски, присущие жестким механическим устройствам.

В рамках решения этой задачи проведено экспериментальное исследование, преследовавшее три основные цели:

1. Воссоздать экспериментальную модель ВРВП на крупном лабораторном животном.
2. Провести сравнительную оценку гемостатической эффективности двух новых оригинальных композиций на основе биополимерного комплекса.
3. На основании полученных данных рассмотреть перспективы внедрения в клиническую практику в качестве потенциального нового стандарта для остановки подобных кровотечений.

**Методы.** Исследование выполнено на выращенной в домашних условиях свинье (возраст – 3 мес, исходная масса – 6 кг). Портальная гипертензия индуцирована хирургическим наложением медицинского хомута на печеночно-двенадцатиперстную связку. После двухнедельного периода развития ВРВП подтверждено эндоскопически, после этого оценивали гемостатическую эффективность двух новых препаратов на основе биополимерного комплекса в сравнении с контролем.

**Результаты.** Созданная модель доказала высокую релевантность, эффективно воспроизводящую ключевые эндоскопические признаки ВРВП. В ходе оценки гемостатической эффективности получены статистически значимые различия между группами. Наиболее впечатляющий результат продемонстрировал состав 2, который обеспечивал полную остановку кровотечения в среднем за 10 с. Для сравнения время гемостаза в группе с составом 1 составило 30 с, а в контрольной группе – 35 с.

**Заключение.** Полученные данные убедительно свидетельствуют о высокой дифференциальной эффективности новых биополимерных композиций. Перспективным выглядит состав 2, способность которого останавливать кровотечение втрое превышает контроль. Это качественный прорыв в разработке методов компрессионного гемостаза.

Таким образом, представленный биополимерный комплекс обладает значительным потенциалом для трансляции в клинику в качестве нового стандарта неотложной помощи при рефрактерных кровотечениях из ВРВП. Однако для окончательной валидации этих многообещающих результатов необходимы дальнейшие исследования на расширенной выборке животных, включающие оценку отдаленных последствий, гистологический анализ состояния слизистой оболочки.

Разработанная экспериментальная платформа – надежный фундамент для этих исследований, направленных на решение одной из наиболее актуальной проблемы неотложной хирургической гепатологии.

# ВЫБОР СПОСОБА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕДОХОЛИТОЭКСТРАКЦИИ ПО ДАННЫМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Елецкая Е. С., Гурциев М. Х., Коков Л. С., Ярцев П. А.,  
Киселевская-Бабинина В. Я., Хамидова Л. Т.

*Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, г. Москва, Россия*

**Цель исследования.** Улучшение результатов эндоскопического лечения пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом.

**Материал и методы.** Ретроспективно проанализированы данные историй болезни пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, которым выполняли эндоскопическую ретроградную холедохолитоэкстракцию ( $N = 776$ ). Когорта пациентов в зависимости от выбранного способа литоэкстракции разделена на две группы: первая группа – стандартная литоэкстракция, литотрипсия не понадобилась ( $N = 696$ ); вторая группа – в процессе удаления конкрементов литотрипсия любого вида ( $N = 80$ ). Проанализированы результаты лучевой оценки состояния общего желчного протока и конкрементов по данным трансабдоминального ультразвукового исследования (ТАУЗИ), чресфистульной антеградной холангиографии (АХГ), магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ), эндоскопической ультрасонографии (ЭУС), компьютерной томографии (КТ) и эндоскопической ретроградной холангиографии (ЭРХГ).

**Результаты.** Между пациентами первой и второй групп, по данным предоперационной лучевой диагностики (ТАУЗИ, КТ, МРХПГ, АХГ, ЭУС), диаметры конкремента и холедоха имели достоверное отличие. Многофакторный регрессионный анализ показал, что только диаметр наиболее крупного конкремента оказывал достоверное влияние сильной степени (0,7–0,9) на выбор метода литоэкстракции по данным АХГ, МРХПГ, КТ и ЭУС. Для каждого из этих методов при помощи ROC-анализа определено пороговое значение диаметра конкремента, превышение которого обозначало высокую вероятность необходимости литотрипсии. Для АХГ пороговое значение составило 10 мм (чувствительность – 81,8 %, специфичность – 80,8 %), для МРХПГ – 9,75 мм (чувствительность – 100 %, специфичность – 73,6 %), для КТ – 11,5 мм (чувствительность – 100 %, специфичность – 88 %) и для ЭУС – 11,5 мм (чувствительность – 73,7 %, специфичность – 92,0 %). По данным ЭРХГ разработан алгоритм выбора способа литоэкстракции, включающий оценку диаметра наиболее крупного дефекта наполнения; диаметра холедоха на уровне локализации наиболее крупного дефекта наполнения, в дистальной трети, контуров дефекта наполнения (четкость/нечеткость, ровность/неровность), а также соотношение наиболее крупного дефекта наполнения к диаметру холедоха в наиболее узкой точке и соотношение наиболее крупного дефекта наполнения к диаметру холедоха на уровне его локализации. Алгоритм оформлен в виде простой компьютерной программы. Результатом ее применения является рекомендация к выполнению литоэкстракции с литотрипсией или без таковой.

Чувствительность алгоритма составила 85 %, специфичность – 94 %, общая точность – 93 %. Применение алгоритма позволило достоверно сократить количество осложнений, связанных с несоответствием диаметра конкремента и дистальной трети общего желчного протока, таких как вклинение корзины с захваченным конкрементом и перфорация по причине излишней тракции – в 4,7 раза.

**Заключение.** Определение способа литоэкстракции на предоперационном этапе по данным различных лучевых модальностей позволяет с высокой долей вероятности определить необходимость выполнения литотрипсии, что представляется целесообразным при планировании эндоскопического вмешательства.

Применение алгоритма достоверно снижает количество интраоперационных осложнений, возникающих при несоответствии диаметра и плотности конкремента и дистальной трети холедоха.

# ГАСТРЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Ершов В. В.<sup>1</sup>, Чернявский А. А.<sup>2</sup>, Стражнов А. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Приволжский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства;

<sup>2</sup>Приволжский исследовательский медицинский университет, г. Нижний Новгород, Россия

**Актуальность.** Гастрэктомия (ГЭ) при желудочном кровотечении (ЖК) доброкачественной этиологии – редкое оперативное вмешательство, выполняемое как операция «отчаяния» при невозможности выбора других вариантов лечения. Однозначные показания к ней в литературных источниках не приведены.

**Цель исследования.** Анализ собственных результатов для оценки показаний и целесообразности выполнения ГЭ в неотложной хирургии при ЖК.

**Материал и методы.** Гастрэктомия (завершающий этап лечения ЖК) выполнена у 12 пациентов (4 женщины и 8 мужчин) в возрасте от 36 до 76 лет. Пациенты были оперированы в экстренном порядке после неэффективности общепринятых консервативных мероприятий (рентгенохирургические методы не доступны). У 3 больных показанием к ГЭ служили гигантские язвы кардиального отдела желудка. У одной пациентки после лапароскопической холецистэктомии по поводу калькулезного холецистита развилась флегмона желудка с ЖК (осложнение можно отнести к казуистическому). Множественные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки отмечены в двух случаях. У двух пациентов имели место множественные кисты поджелудочной железы с кровотечением в просвет желудка, при этом ГЭ дополнена резекцией поджелудочной железы. На фоне эрозивного геморрагического гастрита у двух пациентов на первом этапе выполнена дистальная субтотальная резекция желудка с последующей экстирпацией его культи из-за рецидива кровотечения. Недостаточность швов культи желудка с ЖК (на 4-е сутки после резекции) отмечена у одного пациента. Кровотечение в просвет культи на 9-е сутки после дистальной субтотальной резекции желудка по поводу диффузного полипоза – 1 случай; рецидив кровотечения после стволовой ваготомии и прошивания кровоточащего сосуда в язве кардиального отдела – 1. Пищеводно-кишечные анастомозы выполнены в модифицированном варианте муфтообразного анастомоза на длинной петле (6) и петле по Ру(6).

**Результаты.** Смертельные исходы у двух больных (16,6 %): ДВС-синдром у пациентки с экстирпацией культи желудка после неэффективной резекции – 1; прогрессирующая полиорганная недостаточность у пациентки с флегмой желудка – 1. Осложнения, не повлекшие смертельные случаи: нагноение раны – 3, пневмония – 2, илеофemorальный тромбоз – 1, спаечная кишечная непроходимость – 1, поддиафрагмальный абсцесс – 1.

**Выводы.** Гастрэктомия в лечении ЖК может быть применена, если другие варианты не позволяют остановить кровотечение. Более трети вмешательств выполнены как повторные при неэффективности или осложнениях первичной операции. Условия для проведения этой операции – высокая квалификация и опыт, наработанные специалистом в плановой хирургии.

# ГАСТРЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Ершов В. В.<sup>1</sup>, Чернявский А. А.<sup>2</sup>, Стражнов А. В.<sup>2</sup>, Батраков И. Е.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Приволжский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства;

<sup>2</sup>Приволжский исследовательский медицинский университет, г. Нижний Новгород, Россия

**Актуальность.** Единое мнение о целесообразности лимфодиссекции (ЛД) и резекции вовлеченных в процесс органов в ходе выполнения гастрэктомии (ГЭ) при раке желудка (РЖ), осложненном кровотечением (ОК), в результате малого числа наблюдений в литературных источниках отсутствует.

**Цель исследования.** Анализ собственных результатов для оценки целесообразности выполнения ЛД и комбинированных операций в экстренной онкохирургии.

**Материал и методы.** Оперировано 24 пациента в возрасте от 40 до 76 лет (2 женщины и 22 мужчины) по поводу РЖ, ОК. У 16 пациентов опухоль распространялась на соседние органы: поджелудочная железа (ПЖ) (12), ободочная кишка (1), печень (4), диафрагма, легкое (1), селезенка (1), надпочечник (2), прорастание воротной вены (ВВ) (1), диссеминация по брюшине (1), сочетание РЖ с опухолью головки ПЖ (1), переход на пищевод (Zivert 3) – 1. В дополнение к ГЭ выполнены комбинированные операции с удалением/резекцией инвазированных органов; дистальная резекция ПЖ – 11, панкреатодуоденальная резекция (ПДР) с резекцией ВВ – 1, панкреатодуоденэктомия – 1, резекция печени – 4, правосторонняя гемиколэктомия – 1, адреналэктомия слева – 2, резекция диафрагмы и левого легкого – 1, спленэктомия – 20.

При профузном кровотечении с нестабильной гемодинамикой оперировано 13 пациентов, у 3 из них ранее выполняли паллиативные операции, направленные на остановку кровотечения: прошивание сосуда в опухоли, перевязка сосудов. В трех случаях применили ЛД D2, получив летальный исход от ДВС-синдрома, отказались от лимфодиссекции.

У 11 пациентов кровотечение не имело профузный (по типу Forrest 1b) характер, но сопровождалось рецидивами на фоне консервативной терапии. В этом случае целесообразно выполнять ЛД D2, а у 3 пациентов – ЛД D3.

У всех больных формировали муфтообразный пищеводно-кишечный анастомоз в модифицированном варианте на длинной петле (16), на петле по Ру (8).

**Результаты.** Осложнения: поддиафрагмальный абсцесс – 1, нагноение по ходу дренажа – 1, лимфореза свыше 20 сут – 1, пневмоторакс – 1, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – 1. Послеоперационная летальность – 4 (16,6 %): ДВС-синдром – 2, **тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)** – 1, прогрессирующая надпочечниковая недостаточность – 1. Умерло два пациента из трех после неэффективных первичных вмешательств.

**Выводы.** Гастрэктомия при РЖ, осложненном кровотечением, на высоте должна быть направлена на устранение его источника, при прорастании опухоли в соседние органы возможны комбинированные операции. На фоне временно остановленного, но с угрозой рецидива или рецидивировавшего, но не профузного кровотечения (после соответствующей предоперационной подготовки) ГЭ при РЖ возможна с соблюдением современных онкологических принципов при выполнении опытным и подготовленным хирургом.

# РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЕРОЯТНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ NOSES У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОМОЩИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ

Ефетов С. К., Хлусов Д. И., Зубайраева А. А.

*Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, г. Москва, Россия*

**Цель исследования.** Определить и расширить группы пациентов, которым возможно выполнение NOSES на основании предоперационных данных и в эксперименте.

**Материал и методы.** Проанализированы 105 пациентов с колоректальным раком. Методика NOSES применена 37 пациентам, лапароскопия с минилапаротомией – 68 случаев. Всем пациентам в дооперационном периоде назначены: антропометрия, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), МРТ с контрастированием, колоноскопия. Определены показатели: индекс массы тела (ИМТ), сТ-стадия, продольный и поперечный размеры опухоли, толщина паранефральной клетчатки на уровне L3-L4, толщина подкожно-жировой клетчатки (ПЖК) на 2 см выше пупка, форма опухоли по данным колоноскопии, расстояние от брюшины до отхождения **нижней брыжеечной артерии** (НБА).

Пациенты оперированы лапароскопически в соответствии с рекомендациями международного консенсуса NOSES-хирургии. Объем лимфодиссекции выполняли в соответствии с клиническими рекомендациями в зависимости от стадии заболевания. Послеоперационные препараты пропускали через плотные силиконовые кольца с внутренним диаметром 51, 40 и 31 мм для оценки возможности прохождения через моделированные естественные отверстия.

**Результаты.** В группе NOSES 15 (40,5 %) препаратов прошли через кольцо диаметром 31 мм, 35 (94,6 %) – 40 мм, 36 (97,3 %) – 51 мм, один препарат не прошел через все кольца. В группе пациентов с минилапаротомией: через кольцо диаметром 31 мм прошли 7 (10,3 %), 40 мм – 37 (54,4 %),

51 мм – 53 (77,9 %) препаратов. С учетом большого числа успешных прохождений колец диаметром 40 и 51 мм в обеих группах рассчитаны отношения шансов с 95%-м доверительным интервалом (ОШ; 95 % ДИ) для каждого кольца. В результате шансы успешного выполнения NOSES при прохождении кольца диаметром 40 мм были выше в 42,968 раза, различия шансов были статистически значимыми (ОШ = 0,023; ДИ: 0,003–0,180); кольца диаметром 51 мм – выше в 21,729 раза, различия шансов были статистически значимыми (ОШ = 0,046; 95 % ДИ: 0,003–0,793). Таким образом, кольца диаметром 40 мм – идеальная модель для оценки возможности выполнения NOSES в ретроспективной группе. На основании полученных расчетов можно сделать вывод, что 31 пациенту лапароскопической группы с минилапаротомией можно выполнить NOSES. Проведен анализ показателей с вероятностью NOSES при помощи t-критерия Стьюдента, U-критерия Манна – Уитни, хи-квадрата Пирсона. Статистически значимые показатели: ИМТ, продольный и вертикальный размеры опухоли, толщина паранефральной клетчатки на уровне L2-L3, форма опухоли, расстояние от брюшины до отхождения НБА (все  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Полученные предоперационные показатели эффективны в определении возможности выполнения NOSES, могут расширить группу пациентов с экстракцией препаратов через естественные отверстия. Это основа для создания прогностической модели и реализации персонализированного подхода к хирургическому лечению колоректального рака.

# ОТ ТЕХНИКИ К РЕЗУЛЬТАТУ: ПЕРВИЧНО-ЗАБРЮШИННЫЙ ДОСТУП КАК ПЕРСПЕКТИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Ефетов С. К., Панова П. Д.

*Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, г. Москва, Россия*

**Цель исследования.** Оценить результаты лечения рака правой половины ободочной кишки первично-забрюшинным способом.

**Материал и методы.** Прооперировано 12 пациентов с аденокарциномой правой половины ободочной кишки первично-забрюшинным способом. Критерии выбора доступа – высокий индекс массы тела ( $>30$  кг/м<sup>2</sup>) или вероятность спаечного процесса в брюшной полости, связанная с операциями в брюшной полости и малом тазу в анамнезе. Забрюшинный доступ использован для выполнения первых трех этапов: мобилизации, лимфодиссекции и пересечения сосудов. Во всех случаях выполнена ДЗ-лимфодиссекция.

**Техника операции.** Первый троакар устанавливают в окологупочной области для ревизии брюшной полости. Следующий этап – выполнение доступа в забрюшинное пространство по правому боковому фланку. Диссекция начинается в медиальном направлении в межфасциальном слое между фасциями Герота и Тольдта. Далее диссекцию выполняли вдоль передней поверхности двенадцатиперстной кишки с продолжением над передней поверхностью поджелудочной железы. Первыми в операционном поле появляются толстокишечные ветви ствола Генле в толще брыжейки, которые при правосторонней гемиколэктомии клипируют и пересекают. Следующими идентифицируют верхнюю брыжеечную артерию и вену. Скелетизацию выполняют в каудальном направлении до подвздошно-ободочных сосудов и в краниальном – до места впадения ствола Генле в верхнюю брыжеечную вену, а также основания средних ободочных сосудов. После применения ДЗ-лимфодиссекции завершается мобилизация ободочной кишки и ее брыжейки. Дальнейшие этапы реализуют со стороны брюшной полости. Брыжейку ободочной кишки пересекают в направлении проксимальной и дистальной границ резекции. Во всех операциях успешно сформирован ручной экстракорпоральный анастомоз по типу «бок в бок».

**Результаты.** Получены следующие результаты хирургического лечения рака правой половины ободочной кишки: среднее время операции составило ( $269,7 \pm 70,1$ ) мин, забрюшинный этап продолжался ( $113,8 \pm 43,5$ ) мин. Интраоперационных осложнений и конверсий не было зафиксировано. Объем кровопотери в среднем составил ( $112,5 \pm 82,9$ ) мл. Восстановление перистальтики отмечали в среднем на ( $2,0 \pm 0,6$ ) сут после операции, а появление первого стула – на ( $3,4 \pm 0,9$ ) сут. Дренаж удален на ( $4,7 \pm 3,1$ ) сут, средняя продолжительность госпитализации – ( $9,4 \pm 3,2$ ) сут. По данным гистологических исследований среднее количество удаленных лимфатических узлов было  $34,7 \pm 10,3$ , из которых апикальных лимфатических узлов –  $8,1 \pm 3,6$ . Оценка болевого синдрома показала, что на первые сутки после операции уровень боли составил  $2,2 \pm 1,1$ , к третьим и шестым суткам наблюдали минимальный уровень боли у всех пациентов. Повторных операций и госпитализаций в исследуемой когорте не было.



# ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЦИФРОВОЙ ДЕТАЛИЗАЦИИ ДЛЯ АНАЛИЗА РАЗНООБРАЗИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАКЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

Ефетов С. К., Рычкова А. К.

*Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, г. Москва, Россия*

**Введение.** Сравнительный анализ результатов хирургического лечения рака ободочной кишки в современных исследованиях затруднен в силу отсутствия единого стандарта для детального описания технических особенностей операций. Недостаточная детализация выполняемых операций ограничивает возможности выявления прогностических факторов при раке толстой кишки.

**Цель исследования.** Оценить возможности модели «шахматной доски» для объективной регистрации этапов хирургических вмешательств при персонализированном подходе у пациентов со злокачественным образованием сигмовидной кишки.

**Материал и методы.** Для детализации хирургических вмешательств предложена цифровая модель, основанная на принципе шахматной доски (матрица  $16 \times 16$ ), в которой: столбцы пронумерованы от 1 до 16; строки обозначены латинскими буквами от А до Р; для каждой анатомической структуры (отделы кишки, мезоколон, артерии, вены) присвоен уникальный буквенно-числовой код. На предоперационном этапе всем пациентам выполняли КТ-ангиографию с 3D-реконструкцией сосудистой архитектуры для определения типа анатомии нижней брыжеечной артерии (НБА) и выбора необходимой модели в зависимости от типа строения сосудов.

Подробную регистрацию этапов хирургических вмешательств на модели выполняли у всех пациентов, перенесших резекционное вмешательство по поводу рака сигмовидной кишки. С помощью буквенно-числовых кодов фиксировали ключевые характеристики пациентов и этапы операции: локализация и протяженность опухоли, топография и объем центральной лимфодиссекции, уровень перевязки артерий и вен (низкая/высокая/селективная), топография латеральной лимфодиссекции (при наличии), проксимальная и дистальная границы резекции кишки. Последовательная запись кодов позволила сформировать уникальный код операции, который вносили в базу данных.

**Результаты.** Выполнено 66 цифровых детализаций хирургических вмешательств. Анализ полученных результатов позволил выявить значительное разнообразие выполняемых вмешательств. При локализации опухоли в проксимальном отделе сигмовидной кишки ( $n = 22$ ) выполнено 7 различных типов операций. Наиболее частыми из них были: проксимальная резекция сигмовидной кишки (ПРСК) с пересечением сигмовидной артерии при E1-типе НБА (29,5 %,  $n = 8$ ) и H-типе НБА (23,9 %,  $n = 5$ ). При локализации опухоли в дистальном отделе сигмовидной кишки ( $n = 44$ ) зафиксировано 10 вариантов вмешательств. Преобладала дистальная резекция сигмовидной кишки (ДРСК) с низкой перевязкой НБА при E1-типе (48,1 %,  $n = 17$ ). Различия в сформированных кодах обусловлены вариативностью сосудистой анатомии (типы E1, E2, E3, H, K), уровнем пересечения сосудов (низкая перевязка НБА, селективное лигирование сигмовидной артерии).

Выявлены клинические ситуации, потребовавшие расширения границ резекции: у одного пациента ( $n = 1$ ) с E1-типом строения НБА и дистальной локализацией опухоли границы резекции были расширены из-за сопутствующего дивертикулёза кишки; в другом случае ( $n = 1$ ) – в связи с выявленным недостатком кровоснабжения в крае резекции.

**Заключение.** Метод буквенно-числовой детализации позволяет объективно отразить разнообразие выполняемых хирургических вмешательств при операциях по поводу рака сигмовидной кишки. Его применение создает основу для достоверного анализа отдаленных результатов хирургического лечения и разработки персонализированных хирургических подходов.

# ОТКРЫТАЯ ГЕМОРОИДЭКТОМИЯ ПРИ ПОМОЩИ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КООГУЛЯЦИИ: ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Ефетов С. К., Реброва А. С.

*Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, г. Москва, Россия*

**Введение.** Геморрой – одно из наиболее распространенных проктологических заболеваний, которое приносит мучительный дискомфорт и боль пациентам, снижая качество их жизни.

Основным радикальным методом лечения хронического комбинированного геморроя 3–4-й ст. является геморроидэктомия, недостатки которой – интенсивный болевой синдром и длительный срок заживления ран. Применение аргоноплазменной коагуляции направлено на решение этих проблем и улучшение результатов лечения хронического комбинированного геморроя 3–4-й ст.

**Материал и методы.** В проспективное рандомизированное исследование включены пациенты с хроническим комбинированным геморроем

3–4-й ст., которым выполнена открытая геморроидэктомия с помощью аргоноплазменной коагуляции (АПК) в основной группе и монополярной коагуляции (МПК) в контрольной группе.

В исследование вошли пациенты старше 18 лет, которым было запланировано оперативное лечение хронического комбинированного геморроя 3–4-й ст. Критерии исключения: наличие острого тромбоза геморроидальных узлов; хронический комбинированный геморрой 1–2-й ст., острая и хроническая анальная трещина; ранее перенесенные оперативные вмешательства периаанальной области; комбинированные вмешательства и беременность.

В послеоперационном периоде при помощи визуально-аналоговой шкалы оценивали среднее значение болевого синдрома с 1-х по 7-е сут после операции, на 14-й и 28-й дн послеоперационного периода, а также боль в процессе 1-й и 2-й дефекаций. Дополнительно оценивали наличие послеоперационных осложнений: кровотечение во время и после операции, возникновение чувства жжения и зуда, стеноз анального канала, рубцовые деформации периаанальной области, а также рецидив заболевания.

Рандомизацию проводили при помощи кластерного метода программы Random Allocation Software. Для статистической обработки данных использован t-критерий Стьюдента для независимых выборок.

**Результаты.** В исследование включены данные 60 пациентов

(по 30 чел. в каждой группе) с хроническим комбинированным геморроем 3–4-й ст. В основной группе выраженность болевого синдрома была меньше с 1-го по 7-й дн после операции до после применения анальгетической терапии. На 7-й день после операции в группе АПК средний болевой синдром составил 1,2 балла, а в группе МПК – 3,1 балла,  $p < 0,05$ . Выраженность болевого синдрома на момент 1-й и 2-й дефекаций после операции оказалась меньше в группе АПК (4,4 и 3,1 балла соответственно),  $p < 0,05$ .

На 14-й и 28-й дни после операции болевой синдром в группе АПК был меньше, чем в МПК, и составил 1 и 0 против 2,45 и 1,0 соответственно,  $p < 0,05$ .

Возникновение жжения и зуда оценивали по жалобам пациентов. Жжение наблюдали у 14 чел. (6 в основной и 8 в контрольной группах), перианальный зуд описывали 6 пациентов по 3 чел. в каждой группе,  $p > 0,05$ .

В послеоперационном периоде кровотечение отмечено у одного человека в группе МПК, которое не предполагает хирургических вмешательств.

Во всех группах не выявлены такие осложнения, как стеноз анального канала, рубцовые деформации перианальной области.

**Вывод.** Аргонплазменная коагуляция – эффективный метод лечения геморроидальной болезни 3–4-й ст., который имеет преимущества перед использованием монополярной коагуляции.

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ УРЕМИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Зурнаджьянц В. А., Кчибеков Э. А., Шамхалов С. Р., Гасанов К. Г.

*Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань, Россия*

В настоящее время анализ исследований показывает, что количество госпитализированных пациентов с острым панкреатитом (ОП) и исходной почечной дисфункцией (ПД) неуклонно возрастает. Усиление проявлений коморбидного статуса, применение хирургической и анестезиологической агрессии в тактике лечебных мероприятий повышают риски развития неблагоприятного исхода. Отсутствие единых взглядов в оценке уремической интоксикации (УИ) при ОП с ПД побуждает клиницистов к поиску новых методов диагностики и лечения этой группы пациентов. Причина неблагоприятного исхода ОП у пациентов с ПД, несмотря на проводимые консервативные и оперативные лечебные мероприятия, заключается в поздней диагностической визуализации деструктивного панкреатита (ДП).

В диагностическом аспекте клиники ОП используют определение уровня активности альфа-амилазы ( $\alpha$ -амилазы, А) сыворотки крови. Она повышается в первые часы заболевания. Для контроля бактериальных осложнений оценивают уровень прокальцитонина (ПКТ), который применяют для диагностики инфицированного панкреонекроза. В то же время для стратификации ПД диагностический интерес представляет органоспецифический биомаркер  $\beta$ 2-микроглобулин ( $\beta$ 2-МГ). Комплексная оценка основана на дифференцированном подходе к диагностике и лечению ОП у больных с ПД.

**Цель исследования.** Оценка концентраций в сыворотке крови  $\alpha$ -амилазы, ПКТ и  $\beta$ 2-МГ для оценки УИ при ОП у пациентов с ПД.

**Материал и методы.** Исследованы 73 пациента с ПД, госпитализированные в хирургический стационар Александрo-Мариинской областной клинической больницы, ЧУЗ «КБ «РЖД – Медицина»» и Городской клинической больницы № 3 г. Астрахани с диагнозом ОП. Проведена оценка концентраций  $\alpha$ -амилазы, ПКТ и  $\beta$ 2-МГ в сыворотке крови у этих больных.

**Результаты исследования.** Установлено, что концентрация сывороточного  $\beta$ 2-МГ более высокая при УИ до 30000 нг/мл ( $p < 0,05$ ) по сравнению с концентрацией при ДП – до 5000 нг/мл. Концентрация  $\alpha$ -амилазы повышена при ДП – от 300 Ед./л ( $p < 0,05$ ) по сравнению с концентрацией при УИ – до 300 Ед./л. Концентрация сывороточного ПКТ выше при инфицированном ДП – от 1 нг/мл ( $p < 0,05$ ) по сравнению с концентрацией при УИ – до 1 нг/мл. На основании полученных данных разработан способ диагностики ОП у пациентов ПД (патент РФ № 2847464 от 06.10.2025), согласно которому определяют концентрации  $\alpha$ -амилазы, ПКТ и  $\beta$ 2-МГ в сыворотке крови.

Рассчитывают коэффициент соотношения по формуле  $K = \frac{A \text{ ПКТ}}{\beta 2\text{МГ}} \cdot 100$ . При значении  $K$  более 2 диагностируют ДП, а менее 2 – «уремический панкреатит». В исследовании у 54 (73,9 %) больных при сумме баллов  $K$  менее 2 выявлена выраженная УИ и проведены сеансы ге-модиализа в условиях стационара. У 19 (26,1 %) пациентов при сумме баллов  $K$  более 2 верифицирован ДП, они оперированы в экстренном порядке, диагноз подтвержден интраоперационно.

Заключение. Предложенный диагностический способ позволяет достичь ранней дифференциации ОП и УИ у больных с ПД, когда применение общеизвестных клинико-лабораторных методов затруднительно, и способствует рациональному выбору лечебно-диагностических мероприятий.

# СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕНЕТРИРУЮЩИХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Зурнаджъянц В. А., Кчибеков Э. А., Одишелашвили Г. Д., Антонян С. В.,  
Куприянов А. В., Эльдяев М. Ю., Акопян Н. А.

*Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань, Россия*

Хирургическое лечение пенетрирующих язв, осложненных кровотечением, является наиболее сложным видом оперативного вмешательства на двенадцатиперстной кишке. Пенетрирующая язва полностью разрушает заднюю стенку двенадцатиперстной кишки и всегда располагается в области анатомически близкого расположения пораженной стенки к поджелудочной железе, крупным кровеносным сосудам и общему желчному протоку. Они интимно вовлекаются в зону параязвенного инфильтрата воспалительным, рубцово-спаечным процессом и образуют непосредственно дно пенетрирующей язвы.

Для улучшения результатов хирургического лечения этих пациентов нами разработан способ остановки кровотечения с последующей дуоденопластикой (патент РФ № 2706143). После мобилизации желудка и двенадцатиперстной кишки иссекается ее задняя стенка вокруг язвы, прошивается кровоточащий сосуд, адаптируются края дуоденальной раны с наложением серозно-подслизистых швов. При дефиците тканей дуоденальную рану укрывают серозно-мышечным или полнослойным желудочным лоскутом, который выкраивают из большой кривизны желудка на сосудистой ножке.

Предлагаемый способ хирургического лечения пенетрирующих дуоденальных язв, осложненных кровотечением, помимо его остановки и реконструкции двенадцатиперстной кишки предусматривает восстановление полноценной моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки. Этот способ использован у 11 больных при пенетрирующих кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки. Осложнений не возникало.

# СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кабанов М. Ю.<sup>1,3</sup>, Ханевич М. Д.<sup>2</sup>, Яковлева Д. М.<sup>1,2</sup>, Горшенин Т. Л.<sup>1,3</sup>,  
Русанов Д. С.<sup>1</sup>, Даитова П. Р.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Госпиталь для ветеранов войн»;

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра госпитальной хирургии;

<sup>3</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, кафедра общей хирургии, г. Санкт-Петербург, Россия

Медицинскую помощь организуют и оказывают в соответствии с обязательным для исполнения порядком, а также на основе стандартов.

В настоящее время работа осуществляется согласно клиническим рекомендациям. В ходе проверки страховые компании постоянно выявляют «некачественное выполнение медицинских услуг». Это основание для отказа компанией в оплате счетов медицинского учреждения. Однако медицинскую помощь пациентам невозможно стандартизировать, поэтому возникают вопросы относительно нестандартных ситуаций.

Всем известен алгоритм диагностики и выбора тактики лечения пациентов с механической желтухой в зависимости от уровня билиарного блока. В 2020 г. Российским консенсусом экспертов четко определены показания к ante- и ретроградным способам билиарной декомпрессии. При дистальном уровне блока для условно резектабельных и нерезектабельных пациентов с холангитом, длительной желтухой и планируемой неоадьювантной химиотерапией рекомендован ретроградный способ декомпрессии с применением короткого нитинолового стента или назобилиарного дренажа. В повседневной хирургической практике применяют эндоскопические пластиковые стенты. В связи с измененными холелитическими свойствами желчи на фоне онкологического процесса у части пациентов стенты меняют каждые 1,5–2,0 мес. Обструкция стентов сопровождается рецидивом желтухи, холангитом, что подтверждает невозможность своевременного проведения курсов химиотерапии. При дистальных резектабельных опухолях, когда радикальное хирургическое вмешательство в случае первичного обращения пациента не осуществимо, следует выполнять наружную холангиостомию, чтобы предотвратить развитие острого обтурационного панкреатита и восходящего холангита. Согласно полученным нами результатам, после наружной холангиостомии к 7-м суткам стерильность желчи сохраняется у 14 % пациентов. По факту в каждом медицинском учреждении применяют метод декомпрессии, которым в большей степени владеют сотрудники и предусмотрено материальное обеспечение для его осуществления. Несмотря на четкое изложение клинические рекомендации не всегда применимы.

За последние 10 лет количество осложнений остается на достаточно низком уровне. Это объясняется улучшением предоперационной диагностики этиологии желтухи, дооперационной подготовкой (обязательной коррекцией коагулопатии и сопутствующей кардиологической патологии), а также высокой квалификацией хирургов.

Анализ экономической составляющей ante- и ретроградных дренирований в соответствии с тарифами обязательного медицинского страхования (120 000 и 24 482 руб.) подтвердил, что эндоскопические вмешательства выгодны, но они не всегда выполнимы. Без возможности антеградного дренирования лечить больного с механической желтухой проблематично. Развитие нерентабельных антеградных методик в стационаре зависит от заинтересованности руководства медицинской организации.

Коморбидность пациентов старшей возрастной группы предполагает индивидуальный подход, тщательную клинико-диагностическую оценку для выбора объема оперативного вмешательства. Стандарты создаются под «стандартного» пациента, открыт вопрос относительно «нестандартных» больных. В современных реалиях индивидуальный подход завершается штрафом истории болезни. Необходима дальнейшая доработка клинических рекомендаций, стандартов оказания медицинской помощи и тарифов генерального тарифного соглашения фонда обязательного медицинского страхования.

# ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННОМ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Калинин Е. Ю.<sup>1</sup>, Акимов В. П.<sup>1,2</sup>, Творогов Д. А.<sup>1</sup>, Спиридонова В. С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова;

<sup>2</sup>Институт дополнительного профессионального образования Федерального научно-образовательного центра медико-социальной экспертизы и реабилитации имени Г. А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург, Россия

**Введение.** Использование традиционных консервативных и хирургических методов лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений сопровождается летальностью до 10–14 %. Современные технологии позволяют остановить кровотечение из язв желудка и двенадцатиперстной кишки посредством методов внутриспросветной эндоскопии и технологий рентгенохирургического эндоваскулярного гемостаза.

**Материал и методы.** В исследование включено 1824 пациента с язвенными кровотечениями в возрасте от 19 до 80 лет. Они находились на лечении в городской Александровской больнице г. Санкт-Петербурга. Показания к выполнению эмболизации: рецидив кровотечения (42 %); неэффективность консервативного лечения после эндоскопического гемостаза с высоким риском рецидива кровотечения (30 %) и первичного эндоскопического гемостаза (28 %); тяжелая кровопотеря у больных группы высокого риска оперативного вмешательства. Накоплен опыт выполнения 196 эндоваскулярных вмешательств при **желудочно-кишечных кровотечениях (ЖКК)**.

**Результаты и обсуждение.** Эффективность эндоскопического гемостаза при **язвенном гастродуоденальном кровотечении (ЯГДК)**: общая – 87,5 %; при язвах ДПК – 91,8 %; при язвах желудка – 76,1 %; оперативная активность – 5,4 %. Тяжелую степень кровопотери наблюдали в 85 % случаев, среднюю – 13 % и низкую – в 2 %. В группе пациентов высокого риска использование рентгенохирургического эндоваскулярного гемостаза позволило снизить уровень летальности с 21,4 до 8,2 %. Эффективность эндоваскулярного гемостаза при язвах двенадцатиперстной кишки и желудка составила 94,7 %. Применение эмболизации снизило показатели оперативной активности до 5,3 %, общая летальность сократилась до 4,1 %. В группе пациентов высокого риска использование эндоваскулярного гемостаза позволило снизить показатели летальности с 21,4 до 8,2 %. Необходимость в открытой хирургической операции признана у 18 больных.

**Заключение.** Применение эндоскопических методов гемостаза при ЖКК на фоне консервативного лечения и использования рентгенохирургической эндоваскулярной эмболизации, особенно в группе пациентов с высоким риском осложнений, позволяет обеспечить эффективный гемостаз в 95 % случаев.

# ОЦЕНКА СРЕДНЕЙ ПЛОТНОСТИ ПОЯСНИЧНЫХ МЫШЦ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКОГО МАРКЕРА ГИПЕРКАТАБОЛИЗМА И РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ, ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Киселев В. В., Жигалова М. С., Муслимов Р. Ш.,  
Ярцев П. А., Хамидова Л. Т.

*Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Гиперкатаболизм – серьезная и распространенная проблема для пациентов с панкреонекрозом. В настоящее время одним из перспективных методов оценки нутритивного статуса является определение плотности поясничной мышцы с помощью компьютерной томографии.

**Цель исследования.** Оценить прогностическое значение средней плотности поясничных мышц у пациентов с тяжелым острым панкреатитом, панкреонекрозом.

**Материал и методы.** Проведено ретроспективное наблюдательное когортное исследование с элементами лонгитюдного анализа. В исследование вошли 87 пациентов (61 мужчина и 26 женщин), находившихся на лечении в Научно-исследовательском институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского с 2019 по 2024 г. с диагнозом «тяжелый острый панкреатит, панкреонекроз». Всего оценено 260 КТ-снимков. Средний возраст пациентов –  $(43,5 \pm 13,5)$  лет. Ретроспективно, по данным КТ-снимков, у всех пациентов оценивали: RPHU, RPA, LPHU, LPA, рассчитана средняя плотность поясничных мышц (HUAC). Среднее количество исследований на одного пациента с повторными измерениями составляло  $3,0 \pm 1,8$ , максимальное – 5. Для всестороннего анализа влияния плотности мышц на клинические исходы пациенты были распределены (стратифицированы) по группам:

1. Стратификация по клиническим исходам. Группа 1А ( $n = 46$ ): пациенты с развившимися гнойно-септическими осложнениями в течение госпитализации; группа 1Б ( $n = 41$ ): пациенты без гнойно-септических осложнений; группа 2А ( $n = 14$ ): пациенты с летальным исходом; группа 2Б ( $n = 73$ ): пациенты с благоприятным исходом (выжившие), группа 3А ( $n = 17$ ): пациенты с развитием кишечных свищей; группа 3Б ( $n = 70$ ): пациенты без кишечных свищей.

2. Стратификация по полу и возрасту: группа 4А ( $n = 61$ ): пациенты мужского пола; группа 4Б ( $n = 26$ ): пациенты женского пола; группа 5А ( $n = 38$ ): пациенты в возрасте 50 лет и старше; группа 5Б ( $n = 49$ ): пациенты моложе 50 лет.

3. Стратификация по уровню плотности мышц (пороговое значение 30НУ): группа 6А ( $n = 30$ ): пациенты с низкой плотностью поясничных мышц (НУАС  $< 30$ НУ) при первичном измерении; группа 6Б ( $n = 57$ ): пациенты с плотностью поясничных мышц  $\geq 30$ НУ при первичном измерении.

**Результаты**

Статистический анализ позволил выявить четкие демографические закономерности: женщины имели достоверно более низкую плотность мышц по сравнению с мужчинами (29,5НУ против 35,9НУ,  $p < 0,001$ ), а с возрастом отмечалось прогрессивное снижение плотности (корреляция  $r = -0,29$ ,  $p < 0,001$ ). Пациенты старше 50 лет демонстрировали более низкие значения НУАС (29,8НУ против 36,2НУ у молодых пациентов). Установлена связь между низкой плотностью поясничных мышц и развитием неблагоприятных клинических исходов. Пациенты с гнойно-септическими осложнениями имели средний НУАС – 31,5НУ против 36,8НУ в группе без осложнений ( $p = 0,001$ ). Умершие пациенты имели плотность мышц 29,8НУ против 34,8НУ у выживших ( $p = 0,04$ ).

Логистическая регрессия подтвердила, что снижение НУАС на каждые 10 единиц увеличивает риск осложнений на 40 %. У пациентов с плотностью ниже 30НУ риск развития осложнений составлял 65,3 % против 46,3 % в группе с более высокой плотностью ( $p = 0,009$ ), а риск летального исхода был в 2,3 раза выше. Более низкая плотность мышц ассоциировалась с увеличением пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) на 32 % и общего срока госпитализации – на 28 %.

**Заключение.** Результаты позволяют обосновать рутинное измерение плотности мышц при КТ брюшной полости для стратификации риска. Пациентам с НУАС  $< 30$ НУ необходимы ранняя нутритивная поддержка, мониторинг инфекционных осложнений, индивидуальная программа реабилитации. Предложенный подход способствует своевременному выявлению группы высокого риска и улучшению исходов лечения.

# ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ МИКРОБИОТЫ ТОНКОЙ КИШКИ И РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Киселев В. В.<sup>1</sup>, Кошечкин С. И.<sup>2</sup>, Куренков А. В.<sup>1</sup>, Одинцова В. Е.<sup>2</sup>,  
Жигалова М. С.<sup>1</sup>, Ярцев П. А.<sup>1</sup>, Дмитриев И. В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского;

<sup>2</sup>ООО «Нобиас Технолоджис», г. Москва, Россия

**Актуальность.** Острый панкреатит (ОП) – тяжелое заболевание с высокой частотой госпитализаций и возрастающей заболеваемостью. Существующие прогностические шкалы (Ranson, APACHE II, BISAP и др.) не учитывают состояние кишечного барьера и микробиоты, в последние годы их роль в патогенезе и исходе ОП активно изучают.

Однако подавляющее большинство исследований сосредоточено на анализе фекальной микробиоты, отражающей состояние дистальных отделов кишечника. Микробиом тонкой кишки принципиально отличается по составу и остается малоизученным из-за сложности получения биоматериала. Предполагаем, изменения в микробном сообществе тонкой кишки – ранний маркер тяжести ОП.

**Цель исследования.** Изучение особенностей состава микробиоты тонкой кишки при остром панкреатите и определение корреляций с клиническими факторами.

**Материал и методы.** В проспективное одномоментное исследование включено 30 пациентов с верифицированным ОП (средний возраст – 47 лет). Тяжесть состояния при поступлении объективизирована с помощью 7 прогностических шкал: APACHE II (медиана 15,0 баллов), SOFA (4,0), BISAP (2,0), SIRS (2,0), SAPS II (24,0), Рэнсона (4,0) и Маршалла (4,0).

Регистрировали исходы: летальность, хирургические вмешательства, пневмония и степень тяжести по классификации Атланта (MAP/MSAP/SAP). Образцы содержимого тощей кишки получали во время проведения эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) при поступлении пациентов в отделение реанимации с последующей мгновенной заморозкой и хранением при -80 °С. Микробиомный анализ проведен методом секвенирования участка V4 гена 16S рРНК на платформе Illumina MiSeq с биоинформатической обработкой в DADA2 (уровень ASV). Статистический анализ выполнен в R 4.3.3. Для выявления связи композиционных микробных данных с клиническими параметрами использован метод балансов (пакет NearestBalance), для оценки бета-разнообразия – PERMANOVA на матрице расстояний Эйтчисона. Уровень значимости – 0,1.

**Результаты.** Установлено, что более тяжелое течение ассоциировано со сниженной представленностью в микробиоме видов *Nesseria mucosa* и *Parvimonas micra*, населяющих мукозный слой, а также *Megasphaera micronuciformis*. Доля родов *Streptococcus* (видов *S. Rubneri* / *parasanguinis* / *australis*) и *Actinomyces* и ряда родов из семейства *Enterobacteriaceae* у таких пациентов была выше. Альфа-разнообразие (индекс Шеннона) слабо коррелировало с клиническими параметрами, за исключением положительной корреляции со шкалой SIRS ( $p = 0,06$ ).

Метод балансов позволил выявить *Pancreatitis Severity Microbial Index* (PSMI) – интегральный показатель, отражающий соотношение двух групп бактерий. PSMI значимо коррелировал ( $p < 0,1$ ) с 5 из 7 шкал (APACHE II ( $p = 0,015$ ), SOFA ( $p = 0,017$ ), SAPS II ( $p = 0,028$ ), Ranson ( $p = 0,015$ ), Marshall ( $p = 0,037$ ) и всеми исходами (летальность, хирургическое вмешательство, пневмония, тяжелый ОП). Прогностическая ценность PSMI для неблагоприятных исходов (AUC ROC) составила 0,73–0,79. Обнаружена отрицательная динамика PSMI в зависимости от времени между началом абдоминального болевого синдрома и госпитализацией: позднее поступление ассоциировано со сдвигом микробиоты в направлении «неблагоприятного» профиля.

**Заключение.** Проведенное исследование демонстрирует, что микробиом тонкой кишки при ОП претерпевает специфические изменения. Обнаруженная зависимость состояния микробиоты от времени начала абдоминального болевого синдрома до госпитализации приводила к значимому сдвигу PSMI в отрицательную сторону. Это указывает на критическую важность оказания помощи в первые сутки от начала заболевания.

# ИННОВАЦИОННЫЕ ОСВЕТИТЕЛЬНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ В «ОТКРЫТОЙ» ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Колесников С. А., Бугаева С. Р., Бугаев В. В., Семёнов А. Н.

*Медицинский институт Белгородского государственного национального исследовательского университета, кафедра факультетской хирургии, г. Белгород, Россия*

**Введение.** «Открытая» хирургия органов пищеварения – оперативные вмешательства в труднодоступных местах грудной и брюшной полостей. Одним из основных условий успешного их выполнения является достаточный обзор операционного поля, который зависит от параметров раны и ее освещенности. Традиционные устройства и инструменты не всегда обеспечивают оптимальную освещенность труднодоступных мест грудной и брюшной полостей или имеют существенные недостатки, негативно сказывающиеся на качестве «открытых» оперативных вмешательств.

**Цель исследования.** Оптимизация обзора труднодоступных мест грудной и брюшной полостей для выполнения «открытых» оперативных вмешательств в хирургической гастроэнтерологии путем разработки многофункциональных осветительных инструментов.

**Материал и методы.** Традиционно к труднодоступным местам грудной и брюшной полостей относят: задний правый реберно-медиастинальный синус, заднее средостение, поддиафрагмальные (печеночная сумка, центральное и левое), подпеченочное пространства. Уровень освещенности определяли люксметром.

Измерения проводили в условиях операционной хирургического профиля на макете-муляже (3В SCIENTIFIC), а также в условиях секционного зала бюро судебно-медицинской экспертизы на 31 «свежем» трупе. Параметры операционных доступов по критериям А. Ю. Созон-Ярошевича (1954) исследовались в аналогичных условиях на 97 «свежих», не фиксированных трупах.

**Результаты и обсуждение.** Наименьшие показатели освещенности труднодоступных мест получены для ламп потолочной фиксации от  $(280,1 \pm 15,8)$  до  $(1264,5 \pm 7,4)$  лк. Следующие по значению – у налобного осветителя от 11243,8/11240 (11124;11373) до 12270,8/12244 (12173;12355) лк со снижением на 71,8–72,5 % у латеральных границ анатомических областей. Наибольшие результаты установлены для ретракторов с фиксированным световодом и оптических трубок от  $17199,6 \pm 130,3$  до  $17416,7 \pm 17430$  (17333;17500) лк соответственно со снижением на 60,5–72,5 % в зонах крайнего отдаления. Таким образом, лампы потолочной фиксации не обеспечивают достаточного освещения операционного поля, дополнительные источники имеют достаточную освещенность на ограниченном участке падения светового потока.

Для приведения в соответствие индивидуальных раневых параметров труднодоступных мест ретракторам изучена глубина раны, средние показатели составили от  $(175,3 \pm 18,5)$  до  $(252,3 \pm 20,7)$  мм. Таким образом, для поддиафрагмальных пространств – ретрактор Микулича и Микулича-Радецкого, для заднего средостения – жесткий и оригинальный медиастинальный (патент РФ № 225298), для заднего реберно-медиастинального синуса – Микулича, Микулича-Радецкого, Эллисона. Для сравнительной оценки конструктивных особенностей ретракторов изучали углы и наклон оси операционного действия и зону доступности.

Наибольшие параметры углов операционного действия достигают ретракторами жесткой конструкции при максимальном силовом воздействии (от  $51,5 \pm 0,4$  до  $82,7 \pm 0,4$ ), которые являются оптимальными для поддиафрагмальных пространств. Ретракторы с эластичной рабочей частью в заднем реберно-медиастинальном синусе и заднем средостении из трансхиатального доступа снижают компрессию на отодвигаемые органы за счет уменьшения углов операционного действия до  $12^\circ$  и наклона оси операционного действия до  $5^\circ$ , при этом сохраняются параметры зоны доступности, ее обзор и возможность манипулирования.

Для улучшения освещенности труднодоступных мест разработан «Способ изготовления осветительных хирургических инструментов» (патент РФ № 2815152), заключающийся в фиксации помещенных в силиконовую капсулу светодиодных элементов к рабочей части ретрактора под углом, соответствующим ее кривизне и исключающим попадание прямого светового потока в обзор хирурга. На основании последнего спроектированы и изготовлены оригинальные хирургические ретракторы: «проволочный»; «со светодиодным осветителем на рабочей гибко-упругой части инструмента» (патент РФ № 205813); «медиастинальный со светодиодным осветителем» (патент РФ № 225298), с показателями освещенности труднодоступных мест грудной и брюшной полостей от 15321,4/15336 (15269;15365) до 21852,7/21887 (21681;22007) лк со снижением в латеральных границах анатомических областей от 10,4 до 34,2 %. Это свидетельствует о равномерности освещения операционного поля. Дополнительно для оригинальных ретракторов измеряли угол пересечения оси операционного действия и падения светового потока, который составил менее  $50^\circ$ .

В результате исключены попадание светового потока в обзор хирурга и нежелательные эффекты, т. е. блики.

**Заключение.** Оригинальные многофункциональные осветительные светодиодные хирургические инструменты обеспечивают оптимальный обзор операционного поля, т. е. сочетают достаточные раневые параметры и наилучшую освещенность. Для торакотомических вмешательств в заднем реберно-медиастинальном синусе целесообразно применять «проволочный» и «гибко-упругий» ретракторы, для лапаротомических операций на органах поддиафрагмальных пространств – осветительный «гибко-упругий ретрактор», в заднем средостении из трансхиатального доступа – «медиастинальный ретрактор».

# ТЕХНИКО-ТАКТИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Колесников С. А., Бугаев В. В., Бугаева С. Р., Семёнов А. Н.

*Медицинский институт Белгородского государственного национального исследовательского университета,  
кафедра факультетской хирургии, г. Белгород, Россия*

**Введение.** Наиболее распространенной в структуре гастроэнтерологических заболеваний является гастрозофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), основная причина возникновения которой – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), их аксиальные формы. Число больных с каждым годом увеличивается, что обусловлено развитием современных диагностических технологий. С внедрением малоинвазивных методов лечения неуклонно возрастает удельный вес выполняемых оперативных вмешательств по поводу ГПОД.

Основу хирургической тактики составляют грыжесечение, формирование «полной» или «неполной» фундопликационных манжет вокруг абдоминального сегмента пищевода, крурорафия, в настоящее время дополняемая аллопластикой. Однако уровень осложнений остается стабильным, не имеет тенденции к снижению и достигает 32 %, основные из них: длительный болевой синдром, дисфагия, рецидив гастрозофагеального рефлюкса. Повторные оперативные вмешательства потребовались в 19 % случаев, доля не выздоровевших пациентов – 60–70 %, подвергшихся повторному оперативному вмешательству в третий раз и более – 45 %.

**Цель исследования.** Конкретизация причин возникновения осложнений после хирургического лечения ГПОД и обоснование этапов реконструктивных вмешательств.

**Методы, результаты и обсуждение.** Выполнены анатомо-топографические исследования на «свежих», не фиксированных трупах (181 пациент умерли в возрасте 24–97 лет). После мобилизации абдоминального сегмента пищевода измеряли его длину (от 22 до 62 мм), у мужчин –  $(38 \pm 2,1)$  мм, у женщин –  $(34 \pm 1,7)$  мм. Полученные данные позволяют усомниться в целесообразности формирования фундопликационной манжеты высотой 4 см и считать этот показатель предельно допустимым. При глотании пищевод сокращается в продольном направлении, манжета закономерно будет мигрировать в заднее средостение выше уровня диафрагмы, а чрезмерно суженное крурорафией пищеводное отверстие будет этому препятствовать, что приведет к болевому синдрому и дисфагии. Ее появление провоцирует сдавление пищевода самой манжетой и последней в суженном пищеводном отверстии диафрагмы. Формирование пищеводного отверстия диафрагмы должно быть адекватным параметрам манжеты и рефундопликации.

По данным проведенных нами гистологических исследований сфинктерных структур в абдоминальном сегменте пищевода не обнаружено, максимальная толщина циркулярного слоя мышечной оболочки зафиксирована в 5 мм кардиального отдела желудка ( $1,026 \pm 0,170$ ) мм с прогрессивным снижением показателей в дистальном направлении. Причина желудочно-пищеводного рефлюкса – некорригированное нарушение жомно-клапанной функции кардии с ее зиянием. Это предполагает гофрирование кардии и формирование фундопликационной манжеты методом гастроэзофагофундорафии.

Проанализировано 19 реконструктивных вмешательств по поводу осложнений хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Результаты оценивали методами опроса, анкетирования, эндоскопического и рентгенологического обследований. Две операции выполнены в экстренном порядке с использованием традиционной тактики и методов – получены отрицательные результаты. С хорошими и отличными исходами прооперировано 17 плановых больных, которым выполняли устранение крурорафии, неполную селективную проксимальную ваготомию (СПВ) с модифицированной рефундопликацией методом гастроэзофагофундорафии, формирование пищеводного отверстия диафрагмы, адекватного параметрам манжеты.

Техническая сложность, нестандартность повторных оперативных вмешательств при ГЭРБ предполагают их выполнение из лапаротомного доступа с особым инструментальным обеспечением. С целью улучшения освещенности труднодоступных зон поддиафрагмального пространства разработан ретрактор со светодиодным покрытием рабочей части, сочетающий эргономичность и функциональность, удобный дизайн и малую травматичность, позволяющие улучшить обзор и свободно манипулировать на пищеводе и кардии.

**Заключение.** Методы Nissen, Dor, Toupet не пригодны для антирефлюксной процедуры. Пищеводное отверстие диафрагмы следует формировать соответствующим размерам фундопликационной манжеты, суживать его до диаметра пищевода опасно, дополнительного укрепления эксплантатами не требуется. Факт нахождения фундопликационной манжеты с сохранными антирефлюксными свойствами выше уровня диафрагмы не следует оценивать как рецидив грыжи. Реконструктивные вмешательства при осложнениях хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы необходимо выполнять открытым способом неполной СПВ с гофрированием кардии и фундопликацией методом гастроэзофагофундорафии.

# КОРРЕКЦИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ И СПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА ПРИ ХОЛЕСТАЗЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И КЛИНИКЕ

Копейкин А. А.<sup>1,2</sup>, Зайцев О. В.<sup>1,2</sup>, Ашурова Н. М.<sup>1</sup>, Дьячков А. Е.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, кафедра госпитальной хирургии;

<sup>2</sup>Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Рязань, Россия

Печеночная недостаточность при механической желтухе сопровождается изменением реактивности организма. При этом степень ее тяжести четко коррелирует со степенью выраженности этих показателей. Коррекция изменений неспецифической и специфической реактивности при холестазах – важный компонент патогенетической терапии в постдекомпрессионном периоде.

**Цель исследования.** Изучить влияние аминокислоты глицина на показатели неспецифической и специфической реактивности организма после адекватной декомпрессии желчевыводящих путей при механической желтухе в эксперименте и клинике.

**Материал и методы.** Эксперимент проведен на базе WetLab Рязанского государственного медицинского университета в период с ноября 2022 по май 2024 г. Модель механической желтухи с последующей декомпрессией воспроизведена на 25 свиньях, разделенных на две группы: контрольную (12) и основную (13). Животным основной группы в постдекомпрессионном периоде парентерально вводили иммунокорригирующий препарат (аминокислота глицин). Эксперимент состоял из трех этапов: I – моделирование механической желтухи путем видеолaparоскопического лигирования общего желчного протока; II – декомпрессия желчных путей (7-е сут); III – эвтаназия на 14-е сут от начала эксперимента. На каждом из этих этапов проводили исследования: морфологические, биохимические, общеклинические, иммунологические. В клиническую часть исследования включены 45 пациентов с механической желтухой неопухолевого генеза, находившихся на лечении в клинике в 2023–2024 гг. Проведен сравнительный анализ показателей неспецифической и специфической реактивности в постдекомпрессионном периоде в двух группах: основная (20) – с назначением иммунокорригирующего препарата и контрольная (25) – без его применения.

## **Результаты, обсуждение**

Экспериментальные данные: в основной группе признаки морфологической деструкции, явления склерозирования портальных трактов оказались менее выраженными. Отмечали лучшую динамику восстановления биохимических и общеклинических показателей, показателей неспецифической реактивности. Полученные данные биопсии в динамике в группе сравнения можно свести к стабилизирующему действию иммуномодулятора на клеточные мембраны гепатоцитов. Под влиянием иммуномодулятора «смягчается» «ответ желтухи на декомпрессию», что проявляется уменьшением выраженности склеротических и фибротических процессов в печеночной ткани.

При анализе показателей неспецифической и специфической (иммунологической) реактивности в клинике выявлены явления иммуносупрессии у больных обеих групп, проявившиеся в угнетении лимфоцитарного звена иммунитета за счет общего количества лимфоцитов, зрелых Т-лимфоцитов и Т-хелперов. Отмечали снижение процента фагоцитоза, индекса его завершенности. Сниженное содержание IgG крови почти у половины пациентов в группах исследования является проявлением вторичного иммунодефицита при холестазах, что предполагает коррекцию. На 7-е сутки после декомпрессии в основной группе больных отмечены стимуляция В-клеточного иммунитета с увеличением содержания В-лимфоцитов крови, а также гуморального иммунитета с повышением концентрации всех классов иммуноглобулинов крови, а также нормализация уровня циркулирующих иммунных комплексов.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии иммунокорректирующей терапии с использованием аминодигидрофталазиндиона натрия на состояние неспецифической и специфической (иммунологической) реактивности при холестазах в эксперименте и клинике.

# БИЛИОДИГЕСТИВНЫЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ВЫСОКИХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ БИЛИАРНЫХ СТРИКТУРАХ: ВАРИАНТ РЕШЕНИЯ СЛОЖНОЙ ЗАДАЧИ

Коробка В. Л.<sup>1,2</sup>, Хоронько Р. Ю.<sup>1</sup>, Лагеза А. Б.<sup>1,2</sup>, Гончар М. В.<sup>1,2</sup>, Коробка Р. В.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Ростовская областная клиническая больница;

<sup>2</sup>Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

**Цель исследования** – улучшить результаты хирургического лечения пациентов с высокими доброкачественными билиарными стриктурами (ДБС) путем разработки и клинического применения модификации билиодигестивной реконструкции (БДР) в виде формирования разработанного авторами три-гепатикоеноанастомоза (ГЕА). Он позволяет снизить риск рецидива стриктуры, устранить билиарную гипертензию и предотвратить развитие холестатических расстройств за счет герметизации желчных протоков и отдельного дренирования на период заживления билиодигестивных соустьев.

**Материал и методы.** Анатомический раздел (на 14 препаратах печени) предусматривает обоснование возможности выделения в ее паренхиме в пределах неизмененных тканей передней и задней ветвей правого и левого долевого протоков протяженностью 3 мм без ущерба для микроциркуляции. Это позволит предотвратить ишемические расстройства стенки протока, а также сформировать селективные анастомозы с отдельным дренированием каждого анастомозируемого с тощей кишкой по Ру протока.

Клинический раздел представляет одноцентровое проспективное контролируемое исследование. Основная группа ( $n = 29$ ) включает пациентов, оперированных с применением разработанной методики, защищенной патентом РФ № 2838469 Способ реконструкции сегментарных желчных протоков (2025): би-ГЕА (18), три-ГЕА (9), тетра- и пента-ГЕА (по 1). Группа контроля ( $n = 180$ ) – формирование классического ГЕА при более высоких поражениях. Для оценки течения послеоперационного периода использованы общеклинические, лабораторные и инструментальные методики и опросники исследования качества жизни. Осложнения оценивали по Clavien – Dindo.

**Результаты и обсуждение.** Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты в двух клинических группах пациентов. Установлено, что индивидуальный подход к выбору БДР и прецизионное выполнение вмешательства при высоких ДБС с применением разработанной методики позволяют добиться результатов, сопоставимых с исходами использования общепринятого ГЕА с сегментом кишки по Ру при более низких стриктурах.

Выбор вмешательства при высоких ДБС – дискуссионная проблема гепатобилиарной хирургии. При рубцовой стриктуре на уровне конfluence (тип «0» по Э. А. Гальперину или E3 по Bismuth – Strasberg/B-S) предпочтительной считают БДР в виде формирования ГЕА. При стриктурах долевых или секторальных протоков («-1» – «-3» по Гальперину или E4-E5 по B-S), а также стриктурах сформированного ранее ГЕА ожидание эффекта от миниинвазивных эндобилиарных вмешательств может не оправдаться. В таких случаях возможности БДР могут стать решающими при условии индивидуального подхода к выбору варианта операции, прецизионного ее выполнения и обязательного соблюдения базовых принципов осуществления реконструктивных билиодигестивных вмешательств.

**Заключение.** Вариант БДР в виде формирования разработанного авторами три-ГЕА обеспечивает снижение риска рецидива стриктуры в отдаленном периоде за счет эффективной профилактики билиарной гипертензии и холестатических расстройств. Положительный результат достигается герметизацией желчных протоков и отдельным дренированием. Предложенную методику операции применяют в единичных клинических наблюдениях при формировании тетра- и пента-ГЕА с удовлетворительными непосредственными и отдаленными результатами.

# ОРИГИНАЛЬНАЯ МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ДИАФРАГМЫ

Коробка Р. В.<sup>1,2</sup>, Клец И. С.<sup>1,2</sup>, Коробка В. Л.<sup>1,2</sup>, Татьянченко В. К.<sup>1,2</sup>, Лагеца А. Б.<sup>1,2</sup>, Гончар М. В.<sup>1,2</sup>, Дударев С. И.<sup>1,2</sup>, Толстопятов С. В.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Ростовская областная клиническая больница;

<sup>2</sup>Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

**Введение.** Большие посттравматические дефекты диафрагмы – сложная задача в торакоабдоминальной хирургии. Большим считают дефект диафрагмы (более 10 см<sup>2</sup>), который невозможно ушить без натяжения, поэтому необходима пластика. Она осложнена дистрофическими изменениями мышцы диафрагмы, которые приводят к прогрессирующему увеличению размеров дефекта и транслокации органов брюшной полости (желудка, селезенки, толстого и тонкого кишечника, печени) в грудную полость. Надежность аллопластики обширного посттравматического дефекта определяется способом фиксации сетчатого протеза.

**Цель исследования.** Оценка морфологических и биомеханических характеристик мышечно-апоневротических структур диафрагмы в аспекте разработки и применения оригинальной хирургической методики лечения больных с обширными посттравматическими ее дефектами.

**Материал и методы исследования.** Работа базировалась на анатомических исследованиях 36 трупов. Биомеханические параметры нативных препаратов диафрагмы (трех возрастных групп) и препаратов после пластики обширного посттравматического ее дефекта по оригинальной методике (патент RU 2846270C1), изучали на испытательном стенде ИСС-500 (государственный реестр № 16540-97) с помощью датчика силы Scaima ZF-500. В ходе исследования дополнительно использовали рентгенографию и компьютерную томографию. Статистический анализ данных проводили с применением программы Statistica 10.

**Результаты.** Во втором зрелом и в пожилом возрасте за счет уменьшения диаметра сосудов, питающих диафрагму, и образования в отдельных ее участках малососудистых областей, отмечается снижение емкости артериального русла (ЕАР) в 1,5–2,0 раза на 1 см<sup>2</sup>. На этом фоне происходило снижение плотности сосудистой сети гемомикроциркуляторного русла за счет уменьшения коэффициента оттока в микромодуле. Фасциальная часть диафрагмы в большей степени начинает испытывать дефицит энергетических субстратов, что приводит к снижению репаративных процессов. Произведена сравнительная оценка состояния биомеханических параметров (предел прочности, модуль упругости и коэффициент относительного удлинения) в возрастном и конституциональном аспектах. Выявлено, что с возрастом отмечают снижение показателей предела прочности и модуля упругости фасциально-мышечной структуры диафрагмы.

С целью коррекции обнаруженных неблагоприятных факторов пластики обширных посттравматических дефектов диафрагмы нами разработан способ их хирургического лечения, заключающийся в применении сетчатого эндопротеза с укреплением линии фиксирующих П-образных швов толстой нерассасывающейся каркасной нитью, исключающей прорезывание мышцы диафрагмы. Показатели предела прочности и модуля упругости препаратов в условиях разработанной операции оказались на 71,95 % и 70,41 %, соответственно, выше, чем у нативного препарата.

**Заключение.** Разработанная и запатентованная технология хирургического лечения обширного посттравматического дефекта диафрагмы обеспечивает максимально надежную фиксацию сетчатого эндопротеза, позволяет нивелировать выявленные неблагоприятные факторы риска несостоятельности его пластики.

# ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Коробка Р. В.<sup>1,2</sup>, Клец И. С.<sup>1,2</sup>, Коробка В. Л.<sup>1,2</sup>, Хоронько Р. Ю.<sup>1</sup>,  
Лагеца А. Б.<sup>1,2</sup>, Гончар М. В.<sup>1,2</sup>, Дударев С. И.<sup>1,2</sup>, Толстопятов С. В.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Ростовская областная клиническая больница;

<sup>2</sup>Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

**Введение.** Устойчивая тенденция к росту заболеваемости хроническим панкреатитом (ХП) предопределяет увеличение числа больных с хронической дуоденальной непроходимостью (ХДН). В настоящее время отсутствует унифицированный алгоритм ведения пациентов с ХДН на фоне ХП. Все оперативные вмешательства условно подразделяют на дренирующие, резекционные и комбинированные.

**Цель исследования.** Оценка отдаленных результатов хирургического лечения ХП, осложненного ХДН, по разработанной оригинальной методике (патент RU 2835587C1).

**Материал и методы.** Работа представляет поперечное ретроспективное исследование. Проанализированы истории болезни 66 пациентов, оперированных по поводу ХП, осложненного ХДН, в условиях хирургического отделения Ростовской областной клинической больницы в период с 2015 по 2025 г. Критерии включения пациентов: 1) наличие ХП с ХДН, предусматривающего оперативное вмешательство; 2) отсутствие сопутствующих заболеваний, предполагающих активное лечение; 3) согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: 1) наличие сопутствующего заболевания, сопровождающегося ХДН, мальабсорбцией, желтухой. Средний возраст пациентов составил ( $58 \pm 4,36$ ) лет, в I группе –  $59 \pm 7,89$ , во II –  $57 \pm 6,78$ ,  $p = 0,97$ . Средний период наблюдения за пациентами – ( $10 \pm 1,76$ ) мес.

Пациенты были разделены на две группы: I группу составили 26 чел., оперированных согласно оригинальной методике (патент RU 2835587C1),

II группа включала 40 чел., оперированных по Frey. Качество жизни (КЖ) определяли согласно опроснику MOS-SF 36 (Medical Outcomes Study-Short Form) в призме показателя GH – general health. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы IBM Statistics 25.0. Оценку значимости различий качественных переменных – на основании критерия  $\chi^2$  Пирсона с поправкой Йейтса. Оценка до и после определена по критериям Кохрена и Уилкоксона. Критический уровень статистической значимости при проверке нулевых гипотез  $p < 0,05$ .

**Результаты.** При оценке частоты поздних осложнений, а также нивелирования симптомов ХДН получены следующие результаты. Отмечали тенденцию меньшего процента встречаемости дефицита массы тела у пациентов в I группе (7,7 %) в сравнении со II (16,7 %),  $p = 0,115$ . Выявлена статистически значимая разница в частоте жалоб пациентов в отдаленном периоде. Чувство раннего насыщения определяли у 19,2 % больных I группы и 50,0 % II группы,  $p = 0,012$ , ОШ – 4,2, 95 %: 1,32–13,34, нарушение стула – 20,8 % и 27,5 %,  $p = 0,774$ , болевой синдром – 15,4 % и 42,5 % соответственно,  $p = 0,021$ , ОШ: 4,07, 95 %ДИ: 1,18–13,99.

В контексте связанных групп оценки эффективности лечения отмечали снижение частоты встречаемости всех симптомов у пациентов I группы (при дефиците массы тела –  $p = 0,046$ , для чувства раннего насыщения –  $p = 0,002$ , нарушения стула –  $p = 0,008$ , частоты болевого синдрома –  $p = 0,001$ ). Во II группе статистическую значимость определяли для критерия «чувство раннего насыщения» –  $p = 0,014$  и болевого синдрома –  $p = 0,001$ .

В I группе совокупность симптомов ХДН (сохранение или рецидив) через 9 мес сохранилась у 3,8 % пациентов, во II группе – у 20,0 %,  $p = 0,047$ , ОШ: 6,25, 95 %ДИ: 1,01–53,32.

Оценка КЖ подтвердила значительное повышение его уровня через 9 мес после оперативного вмешательства в I группе,  $p < 0,001$ , во II группе показатель статистически не отличался ( $p = 0,353$ ). Уровень и качество жизни в I группе были статистически значимо выше в сравнении со II группой,  $p < 0,001$ .

**Заключение.** Предложенная методика операции показала эффективные отдаленные результаты лечения ХП.

# КОНТРОЛЬ ИШЕМИЧЕСКОГО РЕПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Коровин А. Я., Марченко Н. В., Исаханян К. А., Зайцев Л. Л.

*Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар, Россия*

**Цель исследования.** Изучение процессов развития синдрома абдоминальной компрессии и ишемического реперфузионного синдрома (ИРС) у больных вторичным перитонитом.

**Материал и методы.** Изучено течение заболевания у 136 больных с вторичным распространенным перитонитом. Тяжесть состояния пациентов и динамика абдоминального сепсиса (АС) оценивали по шкалам APACHE II, SAPS II, Мангеймскому индексу перитонита (МИП). Динамику показателей внутрибрюшного давления (ВБД) определяли опосредованно. В качестве маркера развития АС и ИРС использовали показатели концентрации лактата в периферической крови, которые устанавливали методом высокоточной капельной хроматографии. С целью сравнительной оценки результатов определена концентрация лактата в периферической крови у 10 здоровых добровольцев, которая составила в среднем  $(0,12 \pm 0,03)$  мг/л.

**Результаты и обсуждение.** Наиболее распространенной причиной возникновения перитонита служили перфоративная язва двенадцатиперстной кишки (32 % больных) и острая кишечная непроходимость (27 % пациентов). Ущемленная грыжа с некрозом ущемленного органа, острый некротизирующий панкреатит и перфорации толстой кишки выявлены соответственно в 15 %, 18 и 14 % наблюдений. Другими причинами распространенного перитонита считают травмы органов брюшной полости – 6 %, перфорации тонкой кишки – 5 (%), острый аппендицит – 13 (%) и тромбоз мезентериальных сосудов – 6 %. Повышение показателей ВБД на момент операции выявлено у всех пациентов. Они были разделены на группы по степени тяжести внутрибрюшной гипертензии (ВБГ). Первую группу составили 23 (16,9 %) больных с 1-й ст. тяжести ВБГ и показателями внутрибрюшного давления  $(11,2 \pm 0,4)$  mm Hg; вторую – 39 пациентов с показателями ВБД  $(16,6 \pm 0,6)$  mm Hg. В группах с 3-й и 4-й ст. тяжести развития ВБГ уровень внутрибрюшного давления составил  $(27,6 \pm 1,4)$  и  $(37,9 \pm 1,2)$  mm Hg соответственно. Содержание лактата крови нарастало в зависимости от уровня ВБД. Декомпрессивные мероприятия при ВБГ 1–2-й ст. тяжести имели консервативный характер. Достоверных различий концентраций лактата в периферической крови в течение всего периперационного периода не выявлено.

При 3-й и 4-й ст. выраженности ВБГ консервативные мероприятия дополнялись интраоперационной назоинтестинальной интубацией у 29 больных или декомпрессией брюшной полости путем отказа от швов на апоневроз у 45 пациентов. Последнее мероприятие выполняли только при условии высокого ( $\geq 20$ ) прогностического индекса релапаротомии. Назоинтестинальная интубация приводила к быстрому снижению показателей ВБГ в течение суток после операции. При отказе от швов на апоневроз декомпрессия брюшной полости происходила плавно в течение 48–72 ч после операции.

Отмечена зависимость между повышением уровня лактата периферической крови и видом декомпрессии. Из 29 больных после назоинтестинальной интубации у 17 (58,6 %) течение послеоперационного периода осложнилось ИРС с развитием полиорганной дисфункции различной степени выраженности, с летальностью – 17,9 %. У пациентов с плавной декомпрессией брюшной полости признаки ИРС выявлены в 48,9 % наблюдений, а послеоперационная летальность составила 15,6 %.

**Заключение.** У больных с распространенным перитонитом и явлениями интраабдоминальной гипертензии после декомпрессии брюшной полости возникают проявления ишемического реперфузионного синдрома. Тяжесть реперфузионных нарушений зависит от степени выраженности внутрибрюшной гипертензии, длительности ее существования и способа декомпрессии брюшной полости.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ВЕНОЗНЫХ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ ТРОМБОЗОВ

Коровин А. Я., Нарсия В. В., Шевякова Т. В.

*Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар, Россия*

Тромбозы в системе воротной вены – относительно редкая форма нарушений мезентериального кровообращения, с частотой около 1 % в общей популяции. Стертая клиническая картина, сложности инструментальной диагностики, отсутствие стандартов патогенетического лечения определяют доходящий до 25–50 % уровень летальности. Сложности диагностики подтверждают необходимость создания ее алгоритма.

**Цель исследования.** Изучить возможности клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики тромбозов системы воротной вены (**портomezентериальный венозный тромбоз (ПМВТ)**) с созданием эффективного в клинике алгоритма.

**Материал и методы.** Изучены 48 случаев портальных тромбозов, что составило 11 % от всех примеров острого нарушения мезентериального кровообращения. Средний возраст пациентов –  $(53,9 \pm 1,6)$  года; среди них мужчин : женщин – 2,1:1,0. Продолжительность заболевания до поступления в стационар составила  $(61,4 \pm 40,0)$  ч. Выделены группы первичного и вторичного портального тромбоза. В группу первичных ПМВТ, состоящую из 26 пролеченных, вошли больные, у которых нарушение кровообращения в системе воротной вены было основным хирургическим заболеванием. Группа вторичных ПМВТ состояла из 22 пациентов, у которых воротные тромбозы явились осложнениями заболеваний органов портальной системы. С учетом первичных ПМВТ пациенты были разделены на две подгруппы. В первую (21 пациент) вошли больные с инфарктом кишечника, что потребовало хирургического лечения, во вторую (5 случаев) – пролеченные консервативно пациенты с доказанным компьютерной томографией тромбозом.

**Результаты.** Клиническая картина в исследуемых группах пациентов различалась. Проявления в группе первичных ПМВТ имели характер неотложной абдоминальной патологии, с острым или подострым началом, где на первый план выступала симптоматика инфаркта кишечника с перитонеальными знаками и нарушением перистальтики. В группе вторичных ПМВТ преобладала клиника подострой или хронической патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ). Имели место явления диспепсии, жалобы на вздутие живота, обусловленные асцитом. Статистически значимыми были различия между группами по признакам: боль, отхождение газов, задержка стула, понос, кровавый понос, лихорадка, лейкоцитоз и повышение С-реактивного белка. Тромботические венозные эпизоды также статистически значимо преобладали в группе первичных ПМВТ. Аналогичную картину в группе вторичных ПМВТ наблюдали относительно вирусных гепатитов и опухолей ГПДЗ.

Выполнено 46 сонографий, преимущественно при вторичных ПМВТ удалось визуализировать воротную вену, верхнюю брыжеечную и селезеночную вены у 23 (50 %), зону конfluence – у 18 (39,1 %) пациентов. Выполнено 35 (76,1 %) исследований. На всех полученных томограммах визуализированы воротная вена, ее притоки и ветви, оценен просвет сосудов, наличие тромботических масс и, предположительно, их «возраст». К преимуществам метода следует отнести возможности оценки органных проявлений портальных тромбозов. Спленомегалия выявлена у 12 (34,3 %) больных, по косвенным признакам перитонита и кишечной непроходимости заподозрен инфаркт кишечника у 7 (20 %). Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) выполнена 40 больным. Портальная гастропатия различной степени обнаружена у всех пациентов, без учета статистически значимых различий между группами. При лапароскопии верный диагноз венозного инфаркта установлен в 85,7 % случаев.

**Выводы.** Знаковыми позициями алгоритма диагностики первичных острых ПМВТ следует считать постепенно развивающийся болевой синдром в животе, лихорадку, вишневые испражнения, «венозный тромботический» анамнез. Для вторичных ПМВТ – подострое и хроническое течение заболевания, диспепсию, проявления портальной гипертензии.

# ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ФИКСАЦИИ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Крикунов Д. Ю.<sup>1</sup>, Акимов В. П.<sup>1,2</sup>, Тулюбаев И. Н.<sup>2</sup>,  
Спиридонова В. С.<sup>2</sup>, Муаззамов Б. Б.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова;

<sup>2</sup>Институт дополнительного профессионального образования Федерального научно-образовательного центра медико-социальной экспертизы и реабилитации имени Г. А. Альбрехта, г. Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения больных с паховыми грыжами путем совершенствования методов фиксации имплантата.

**Материал и методы.** В исследование включено 362 пациента мужского пола, которым была выполнена герниопластика по методике Лихтенштейна с января 2019 г. по март 2024 г. Пациенты были разделены на три группы, сопоставимые по полу, возрасту, индексу массы тела, наличию сопутствующих заболеваний. В первой группе – 121 пациент, которым произведено оперативное пособие с применением для фиксации сетчатого протеза отдельных узловых швов. Во второй группе – 121 пациент, которым выполнена операция Лихтенштейна с использованием сетчатого протеза, где для фиксации применяли гистоакриловый клей; в третьей группе (120 пациентов) – самофиксирующийся сетчатый протез с «крючками» типа ProGrip.

**Результаты и их обсуждение.** Период наблюдения составил от одного года до пяти лет. В среднем – 37 мес. В послеоперационном периоде до введения анальгетиков наблюдали тенденцию к уменьшению болевого синдрома при использовании клеевых композиций, а также самофиксирующегося имплантата ProGrip. Через 12 ч после операции уровень послеоперационной абдоминальной боли у пациентов с самофиксирующимся имплантатом и клеевым способом фиксации в 2,0–2,3 раза ниже, чем у пациентов с швной фиксацией.

В послеоперационном периоде в третьей группе парестезия была отмечена у одного пациента. В группе с выполненной операцией Лихтенштейна с ProGrip парестезия и невралгия возникали у одного (50 %) пациента соответственно. В первой группе осложнения встречались гораздо чаще, невралгия – у 3 (37,5 %) пациентов, чувство инородного тела и дискомфорт в послеоперационной области – 5 пациентов (62,5 %). Рецидивов, летальных исходов не было. Средняя продолжительность койко-дней: третья группа – в среднем 5,4 дня, а в первой и во второй группах – 4,3 и 4,7 соответственно.

При оценке качества жизни (SF-36) у пациентов первой, второй и третьей групп выявлено, что при их опросе через 6 и 12 мес после операции показатели качества жизни статистически не различались. Болевые ощущения в области операции у пациентов второй и третьей групп при опросе через один месяц после операции в среднем в 1,21–1,28 раза были достоверно ниже, чем у пациентов первой группы. Через 3 мес физический компонент P после операции во второй и третьей группах в среднем в 1,13–1,15 раза достоверно ниже, чем в первой. Во всех остальных компонентах качества жизни за период 1 и 3 мес после перенесенной операции во второй и третьей группах достоверно выше в 1,12–1,3 раза, чем в первой.



# ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ТОНКОЙ КИШКИ. ОПЫТ КЛИНИКИ

Крушельницкий В. С., Габриэль С. А., Дынько В. Ю., Шлапак А. О.

*Краевая клиническая больница № 2, г. Краснодар, Россия*

**Введение.** Одной из актуальных современных проблем в хирургии является диагностика кровотечений из тонкой кишки, составляющих до 10 % среди всех случаев кровотечений из желудочно-кишечного тракта. Сложность диагностики этих состояний обусловлена как анатомией тонкой кишки, так и отсутствием опыта ведения категории пациентов даже в крупных хирургических стационарах. Это препятствует стандартизации лечебно-диагностических алгоритмов.

Сосудистые мальформации – причина кровотечений из желудочно-кишечного тракта в 20–30 % случаев. Летальность при таких кровотечениях достигает 80 %.

**Материал и методы.** В период с 2014 по 2025 г. в отделении эндоскопии Краевой клинической больницы № 2 г. Краснодара были проведены обследования 100 пациентов по поводу патологии тонкой кишки.

Сосудистые мальформации выявлены у 23 пациентов (23,0 %). Из них мужчин было 17 (73,9 %), женщин – 6 (26,1 %). По возрасту пациенты распределены следующим образом: до 44 лет – 2 пациента (9 %), от 45 до 59 лет – 3 (13 %), от 60 до 74 лет – 14 (61 %), от 75 до 89 лет – 4 (17 %).

В этой группе пациентов выполнено 14 одноканальных энтероскопий и 20 видеокапсульных исследований. В зависимости от доступа произведено 8 пероральных энтероскопий, 1 трансанальная энтероскопия с переходом в лапаротомию, 4 комбинированные энтероскопии (пероральный + трансанальный доступ), 1 энтероскопия с энтеротомным доступом.

При этом обнаружены следующие патологии: у 21 пациента (91,3 %) – сосудистые мальформации тонкой кишки и у 2 пациентов (8,7 %) – варикозно расширенные вены тонкой кишки. В этой группе выполнены следующие хирургические вмешательства: клипирование сосудистых мальформаций у 9 пациентов, электрокоагуляция сосудистой мальформации у 1 пациента, лапаротомия с резекцией участка тонкой кишки с сосудистой мальформацией у 1 пациента (ПГИ №1-86067 – венозная ангиодисплазия (капиллярный тип) тонкой кишки), лапаротомия, прошивание ангиодисплазий под визуальным контролем у 1 пациента, лапаротомия с резекцией участка тонкой кишки с варикозно расширенными венами тощей кишки у 1 пациента. В удовлетворительном состоянии выписаны 21 (91,3 %) пациент, два летальных исхода – 8,7 %.

**Выводы.** Кровотечения из тонкой кишки – одна из сложнейших проблем ургентной хирургии. Энтероскопия и капсульная эндоскопия – высокотехнологичные, эффективные вмешательства при диагностике и лечении желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) тонкой кишки.

Основная проблема применения одноканальной энтероскопии заключается в высокой стоимости оборудования и расходных материалов, а также в уровне подготовки специалистов.

# ВЛИЯНИЕ ПЕПТИДНОГО ПИТАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Кугрышев В. В., Кугрышева Т. Д.

*Многопрофильный медицинский центр Банка России;  
Российский государственный университет нефти и газа (национальный исследовательский университет)  
имени И. М. Губкина, г. Москва, Россия*

Для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), включая воспалительные в кишечнике, синдром короткой кишки и состояния, сопровождающиеся мальабсорбцией, применяют специализированные методы нутритивной поддержки. Пептидное питание – одно из перспективных направлений современной клинической гастроэнтерологии, обеспечивающее оптимальное усвоение питательных веществ при сниженной ферментативной активности.

**Материал и методы.** Проведен анализ современных клинических рекомендаций и результатов рандомизированных исследований, посвященных применению пептидного питания у пациентов с заболеваниями ЖКТ, опубликованных в РФ, США и странах ЕС за период 2010–2024 гг.

**Результаты и обсуждение.** По данным клинических исследований, пептидные смеси обладают преимуществами в сравнении с полимерными формулами, обеспечивая лучшее усвоение аминокислот и жиров, снижение воспалительной активности слизистой оболочки кишечника и улучшение клинического состояния пациентов. В США пептидное питание рекомендовано в протоколах ведения пациентов с болезнью Крона и синдромом мальабсорбции. В РФ, Европе аналогичные подходы отражены в руководствах ESPEN. Сравнительные исследования показали более высокую переносимость пептидных смесей у пациентов после резекций кишечника, а также при тяжелом течении язвенного колита.

**Выводы.** Пептидное питание – эффективный метод нутритивной поддержки у пациентов с заболеваниями ЖКТ, сопровождающимися мальабсорбцией и воспалением. Его применение улучшает клинические исходы, переносимость энтерального питания и повышает качество жизни.

# ВЛИЯНИЕ ПЕПТИДНОГО ПИТАНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТКИ 35 ЛЕТ

Кугрышев В. В., Кугрышева Т. Д.

*Многопрофильный медицинский центр Банка России;  
Российский государственный университет нефти и газа (национальный исследовательский университет)  
имени И. М. Губкина, г. Москва, Россия*

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) характеризуются хроническим течением и высоким риском рецидивов. Одним из ключевых факторов неблагоприятного прогноза является нутритивная недостаточность. Согласно современным международным рекомендациям (AGA, ECCO) специализированное энтеральное питание, включая пептидные формулы, способствует улучшению течения заболевания и повышению качества жизни пациентов.

**Цель исследования.** Оценить влияние пептидного питания на течение язвенного колита у пациентки 35 лет.

**Материал и методы.** Пациентка 35 лет с язвенным колитом в фазе умеренной активности. Назначено пептидное энтеральное питание (формула на основе олигопептидов) в дозировке 1200 ккал/сут дополнительно к базисной (месалазиновой) терапии. Оценивают: индекс активности (Mayo Score), показатели массы тела, маркеры воспаления (СРБ, фекальный кальпротектин), шкала качества жизни IBDQ. Период наблюдения – 8 нед.

**Результаты и обсуждение.** Через 8 нед отмечены: снижение СРБ – с 14 до 4 мг/л, фекального кальпротектина – с 420 до 130 мкг/г; повышение массы тела – с 50 до 54 кг (ВМІ – с 18,5 до 19,9 кг/м<sup>2</sup>); улучшение качества жизни (IBDQ: +25 %); клиническое улучшение по шкале Mayo Score (с 8 до 4 баллов).

**Обсуждение.** Пептидные формулы легко усваиваются, снижают нагрузку на кишечник, обеспечивают достаточное поступление белка и нутриентов, а также способствуют восстановлению эпителиального барьера.

**Выводы.** Пептидное питание в составе комплексной терапии у пациентки с язвенным колитом способствовало улучшению клинико-лабораторных показателей и повышению качества жизни. Использование пептидных формул – эффективный дополнительный метод ведения ВЗК.

# МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ФОРМ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОГО ХОДА

Кчибеков Э. А., Сердюков М. А., Джабраилов Р. А.

*Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань, Россия*

**Актуальность.** Эпителиальный копчиковый ход – врожденное заболевание, обусловленное дефектом развития каудального конца эмбриона, при котором под кожей остается выстланный эпителием ход. Такая аномалия встречается довольно часто. Взрослое население, дети и подростки более чем в 5 % случаев страдают наличием эпителиального копчикового хода и его осложнениями. В. И. Помазкиным разработана классификация хронических свищевых форм эпителиального копчикового хода с градацией по трем степеням сложности: IA – единичный свищевой ход с минимальным воспалительным инфильтратом или его отсутствием, с наружными свищевыми отверстиями, расположенными в проекции середины межъягодичной складки или не более чем в 3 см от нее. При сложных формах эпителиального копчикового хода необходимо применять методы лечения, направленные на создание условий для оптимального заживления раны и предупреждения рецидивов с исправлением анатомии крестцово-копчиковой области. Это использование пластики для закрытия раневого дефекта.

**Материал и методы.** Разработан способ лечения сложных форм эпителиального копчикового хода (патент RU 2841167 Российская Федерация. Заявка: 2024108468, 29.03.2024. Опубликовано 03.06.2025). Он заключается в том, что под местной анестезией, после иссечения первичных и вторичных свищевых отверстий пуговчатым зондом проводят ревизию свищевых ходов. Ложкой Фолькмана удаляют содержимое свищевых ходов с грануляциями, промывают полость 10%-м раствором повидон-йода. По ходу основного свища устанавливают резиновую нить, через 5 сут проводят УЗ-контроль свищевых ходов. При сужении основного свищевого хода до 1 см и облитерации дополнительных свищевых ходов производят коагуляцию оставшегося свищевого хода лазером в непрерывном режиме при длине волны 1470 нм, с учетом мощности – 9 Вт и скорости – 1 мм/с.

Применение резиновой нити в лечении сложного эпителиального копчикового хода позволяет адекватно дренировать полость, что обеспечивает отток экссудата из дополнительных свищевых ходов по основному, содержащему резиновую нить. При этом дополнительные свищевые ходы облитерируются, а сформированный свищевой ход вокруг лигатуры позволяет однократно и радикально провести процедуру лазерной абляции полости без повторных вмешательств.

Предложенный способ внедрен в работу хирургического отделения ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина»» г. Астрахани и применен в ходе обследования 16 пациентов. Рецидивов нет.

**Выводы.** При использовании метода лечения сложных форм эпителиально-копчикового хода достигается косметический эффект. Высокая результативность предложенного способа лечения эпителиально-копчикового хода за счет сокращения сроков полного заживления раны и исключения возможности развития послеоперационного кровотечения позволяет проводить лечение в амбулаторных условиях.

# МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ НАГНОИВШЕЙСЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНО- КОПЧИКОВОЙ КИСТЫ

Кчибеков Э. А., Шихрагимов М. И.

*Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань, Россия*

**Актуальность.** Эпителиально-копчиковая киста – распространенный врожденный порок развития кожи в области крестца и копчика, при котором в межъягодичной складке появляются врожденные первичные свищевые втяжения. Такая аномалия встречается довольно часто. Среди болезней прямой кишки это заболевание составляет от 14 до 20 %. Пилонидальная киста, как любая киста, склонна к нагноению. Существуют различные методики хирургического лечения нагноившейся эпителиально-копчиковой кисты – одно- и двухэтапные. При одноэтапном способе лечения производят вскрытие абсцесса, иссекают стенки пилонидальной кисты и в последующем ведут послеоперационную раны открытым методом или с ушиванием наглухо с установкой проточно-промывного дренирования. При двухэтапном способе хирургического лечения первым этапом производят вскрытие гнойника. В сроки от 3–5 дн до 2–6 мес после этого производят иссечение пилонидальной кисты с последующим закрытием дефекта различными методами ушивания послеоперационной раны или перемещением кожного лоскута. Известен способ лечения нагноившейся эпителиально-копчиковой кисты применением оксигенированных лекарственных препаратов, экзогенного оксида азота и региональной лимфатической терапии.

**Материал и методы.** В практику хирургического отделения ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина»» г. Астрахани сотрудниками кафедры хирургических болезней педиатрического факультета Астраханского государственного медицинского университета разработан и внедрен метод лечения нагноившейся эпителиально-копчиковой кисты. Он заключается в следующем: под местной анестезией после вскрытия гнойного очага у нижнего края пуговчатым зондом проводят ревизию полости гнойника с выведением контрапертуры в верхней точке, ложкой Фолькмана обрабатывают и удаляют содержимое полости, промывают 3%-м раствором перекиси водорода, 10%-м раствором бетадина. Устанавливают устройство для активного вакуумного дренирования с последующей санацией полости 3%-м раствором перекиси водорода, 10%-м раствором бетадина через дренаж. В последующем проводят УЗ-контроль. При уменьшении диаметра полости до 1 см удаляют дренаж, коагулируют полость лазером «Лакта-Милон» в непрерывном режиме с длиной волны – 1470 нм, мощностью – 9 Вт, со скоростью – 1 мм/с. На предложенный способ лечения получен патент РФ № 2820396 от 07.03.2023.

**Полученные результаты.** Проанализированы результаты лечения 40 пациентов с нагноившейся пилонидальной кистой. За два года рецидив заболевания наблюдали у одного пациента – 2,5 %.

**Выводы.** Предлагаемый способ лечения нагноившейся эпителиально-копчиковой кисты позволяет избежать повторного оперативного вмешательства, сократить сроки пребывания в стационаре, исключить наличие большой открытой раны, снизить болевой синдром и улучшить качество жизни пациента.

# ВНУТРИБРЮШНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПЕРИТОНИТА С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ- СИНДРОМА

Левчук А. Л.<sup>1</sup>, Абдуллаев А. Э.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Национальный медико-хирургический центр имени Н. И. Пирогова, г. Москва;

<sup>2</sup>Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Владимир, Россия

**Введение.** Внутривнутрибрюшное давление (ВВД) – это сложное физиологическое явление, состоящее из степени напряжения и веса брюшной стенки, тонуса мускулатуры желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и степени его наполнения, объема сосудистого русла и патологических процессов в брюшной полости. Синдром внутривнутрибрюшной гипертензии (ВВГ) – это симптомокомплекс, развивающийся вследствие повышения давления в брюшной полости и характеризующийся стремительным развитием **полиорганной недостаточности** (ПОН).

**Цель исследования.** Изучить прогностическую ценность ВВГ у больных с распространенным гнойным перитонитом как предиктора развития послеоперационных осложнений и абдоминального компартмент-синдрома.

**Материал и методы.** Проведено исследование с участием 130 больных, проходивших лечение в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Владимира с 2019–2024 гг., с клинической картиной распространенного перитонита. Этиологические факторы развития ВВГ представлены: в 41 (31 %) случае острым аппендицитом с распространенным перитонитом, 15 (11 %) – деструктивным панкреатитом, 53 (40 %) – перфорацией дивертикула ободочной кишки, 21 (16 %) – острой спаечной кишечной непроходимостью.

**Результаты и обсуждения.** Первая группа ( $n = 41$ ) (31,5 %) – больные с острым гангренозно-перфоративным аппендицитом и распространенным гнойным перитонитом. В 25 (20 %) случаях выполнена назоинтестинальная интубация тонкой кишки зондом Миллера – Эбботта, у 8 (7 %) пациентов операция была завершена формированием лапаростомы.

Анализ распределения по степени ВВГ у больных с деструктивным аппендицитом показал наибольшее число с ВВГ III и IV ст. – 17 % наблюдений.

Уровень лактата плазмы крови и СРБ имел тенденцию к росту одновременно с нарастанием ВВГ. В исследуемой группе летальных исходов не зафиксировано.

Вторая группа ( $n = 15$ ) (11 %) – больные с деструктивным панкреатитом. Средний возраст – от 25 до 75 лет. В 8 (6,1 %) случаях этиология панкреонекроза была алкогольной, у 7 (5,3 %) – билиарный панкреатит.

Результаты изучения ВБГ у этой категории больных показали взаимосвязь увеличения ВБД с ростом показателей ПОН по шкалам APACHE-II и SOFA. Уровень ВБГ II ст. достоверно свидетельствовал о продолжающемся воспалительном процессе в брюшной полости. Внутрибрюшная гипертензия III и IV ст. достоверно указывала на инфицирование панкреонекроза. Летальные исходы – 2 (1,5 %) наблюдения.

Третья группа ( $n = 53$ ) (40 %) – пациенты с перфорацией дивертикула ободочной кишки, осложненного распространенным перитонитом. Средний возраст – от 32 до 85 лет.

В 43 (33 %) случаях имел место острый дивертикулит сигмовидной кишки с перфорацией. У 10 (7,6 %) пациентов перфорация располагалась в нисходящей кишке.

При измерении внутрибрюшного давления ВБГ: I ст. – 6 (4,6 %) пациентов, II ст. – 21 (16,1 %), III ст. – 18 (13,8 %), IV ст. – 8 (6,1 %) пациентов. Летальные случаи отмечали в трех (2,3 %) наблюдениях, при ВБГ III и IV ст. с развитием абдоминального компартмент-синдрома и инфекционно-токсического шока.

Четвертая группа ( $n = 21$ ) (16 %) – пациенты с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью. Летальных исходов не было. Наибольшее количество случаев с ВБГ I ст. отмечали у больных при поступлении, на третьи и пятые сутки после операции. Наибольшее практическое значение уровня ВБГ выразалось на третьи сутки после операции. В 5 (3,8 %) случаях отмечали ВБГ III и IV ст. Уровень ВБГ III и IV ст. на пятые сутки после операции зафиксирован в 4 (3 %) случаях.

**Заключение.** Абдоминальный компартмент-синдром – это клинико-морфологическая сущность перитонита в токсической и терминальной его фазах. Интра- и послеоперационная декомпрессии желудка и кишечника с проведением внутрикишечного лаважа, использование тактики «открытого» живота, **раннее применение методов экстракорпоральной детоксикации – интегральные способы предотвращения развития этого грозного осложнения перитонита, которые должны выполняться всегда у пациентов этой категории.**

# СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМИРОВАНИЕМ НАРУЖНЫХ И ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ

Левчук А. Л.<sup>1</sup>, Абдуллаев А. Э.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Национальный медико-хирургический центр имени Н. И. Пирогова, г. Москва;

<sup>2</sup>Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Владимир, Россия

**Цель исследования.** Улучшить результаты оперативного лечения больных с мочепузырно-толстокишечными, тонко-толстокишечными и толстокишечно-вагинальными свищами дивертикулярного происхождения путем усовершенствования диагностической программы и хирургической тактики.

**Материал и методы.** Проведено исследование с участием 82 больных, проходивших лечение в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Владимира за период 2012–2022 гг. с **дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК)**, осложненной формированием свищей. Больных с внутренними кишечными свищами было 38 (46,3 %), из них мужчин – 22 (57,9 %), женщин – 16 (42,1 %). В обязательную диагностическую программу входили: общеклинические исследования, УЗИ брюшной полости, малого таза, у женщин трансвагинальное УЗИ, КТ брюшной полости с внутривенным контрастным усилением и МРТ малого таза, цистоскопия, фиброколоноскопия (ФКС), ирригография, в том числе с одномоментной фистулографией через наружное свищевое отверстие.

**Результаты.** Клиническая картина коло-везикального свища – в 19 (50 %) случаях; сигмо-вагинальный – у 14 (36,8 %), илео-сигмоидный – у 5 (13,2 %) пациентов. УЗИ брюшной полости проведено всем пациентам ( $n = 82$ ), трансвагинальное УЗИ – у 23 (28 %), **трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ)** – у 38 (46,3) пациентов. Ирригоскопия выполнена 68 (82,9 %) больным, цистоскопия – в 19 (23,2 %) наблюдениях, ФКС – у 68 (82,9 %), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) – в 77 (93,9 %) случаях. Разобщение свища, резекция сигмовидной кишки по Гартману с выведением одноствольной колостомы с плоскостной резекцией и ушиванием стенки мочевого пузыря назначены 6 (7,3 %) пациентам, **левосторонняя гемиколэктомия (ЛГКЭ)** – 28 (34,1%) больным. Резекция сигмовидной кишки с первичным толстокишечным анастомозом и наложением превентивной колостомы выполнена у 9 (11 %) пациентов. В 23 (28 %) случаях применена резекция сигмовидной кишки с наложением первичного анастомоза без выведения превентивной стомы, у 10 (12,2 %) пациентов – с наружными кишечными свищами, 13 (15,9 %) – с сигмо-везикальным свищем. В 5 (6,1 %) наблюдениях осуществлена резекция сигмовидной кишки с резекцией участка тонкой кишки, несущей свищ, с наложением тонко- и толстокишечного анастомозов. Осложнения возникли в 6 (7,3 %) наблюдениях.

**Заключение.** Лечение дивертикулярной болезни толстой кишки, осложненной формированием свищей, является одной из наиболее актуальных и трудоемких задач. Частота развития этого осложнения – 15,7 %. Наиболее тяжелую категорию больных составляют пациенты с наружными свищами ободочной кишки, так как их возникновению способствовали перенесенные ранее оперативные вмешательства по поводу осложнений ДБТК.

Единственный радикальный метод лечения этой категории больных – оперативное вмешательство. С учетом необходимости привлечения смежных специалистов к лечению внутренних свищей ДБТК стратегия диагностики и лечения этой непростой категории больных должна быть мультидисциплинарной. Методика выполнения оперативного вмешательства должна иметь персонифицированный характер.

# ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЖИВОТА

Левчук А. Л., Игнатъев Т. И., Гринь Н. А.

*Национальный медико-хирургический центр имени Н. И. Пирогова, г. Москва, Россия*

**Введение.** Лечение больных с несформированными наружными тонкокишечными свищами – одна из наиболее сложных, актуальных и драматических проблем современной хирургии. В последнее десятилетие резко увеличилось число пациентов с огнестрельными ранениями, поступающих в хирургические стационары. При огнестрельных ранениях живота (пулевых, осколочных) с повреждением кишечника, как правило, развивается распространенный перитонит, характеризующийся крайне агрессивным течением и чрезвычайно высоким риском неблагоприятного заживления ран кишки, а также формированием угрожающих жизни осложнений.

**Цель исследования.** Анализ результатов лечения пациентов с тонкокишечными свищами после огнестрельных ранений живота и выбор оптимальной хирургической тактики при этих осложнениях.

**Материал и методы.** Проведен анализ диагностики и результатов лечения 58 пациентов, которые были оперированы на этапе квалифицированной медицинской помощи по поводу огнестрельных ранений живота с повреждением тонкой кишки. В позднем периоде течения травматической болезни на этапе специализированной помощи у них диагностированы несформированные ( $n = 31$ ) и сформированные ( $n = 27$ ) свищи тонкой кишки. По типу атмосферно-кишечных соустьев раненые классифицированы на пять групп.

**Результаты.** Диагностика осуществлялась по клиническому, рентгенологическому, эндоскопическому методам с обязательным выполнением фистулограмм и компьютерной томографии. Местное лечение включало: перевязки гнойных ран, защиту окружающих тканей от воздействия кишечного агрессивного отделяемого, уменьшение потерь химуса путем установок заглушек-обтураторов. Общее лечение было направлено на нормализацию гомеостаза, восполнение водно-электролитных и белковых потерь. Пациентам с полиорганной недостаточностью ( $n = 30$ ) выполняли экстракорпоральную детоксикацию. Пациенты были оперированы в различные сроки. Хирургическая тактика определялась локализацией тонкокишечного свища, его осложнениями, размерами дефекта, временем его возникновения и типом атмосферно-кишечного соустья. Объем операций направлен на устранение свища и восстановление пассажа пищи по кишечнику.

**Заключение.** Диагностика и лечение этой тяжелой категории раненых должны осуществляться на этапах специализированной медицинской помощи мультидисциплинарной командой специалистов с персонализированным подходом в каждом конкретном случае возникновения атмосферно-кишечного соустья после огнестрельных травм органов брюшной полости.

# ДИАГНОСТИКА ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Маскин С. С., Александров В. В., Матюхин В. В.,  
Рашид А., Сигаев С. М., Бирюлев Д. С., Овсянникова М. П.

*Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия*

**Актуальность.** Трудности диагностики закрытых травм поджелудочной железы (ЗТПЖ).

**Цель.** Оптимизация лечебно-диагностической тактики при ЗТПЖ.

**Материал и методы.** Вторичное научное исследование за 2015–2020 гг. из электронных баз: *PubMed, Cochrane Library, Scopus, Embase, ScienceDirect, Google Scholar Search, eLibrary*. Определяли уровни достоверности доказательств (УДД) и убедительности рекомендаций (УУР). Уточняли показания к методам диагностики для разработки алгоритма при ЗТПЖ по классификации **Американской ассоциации хирургии травмы (The American Association for the Surgery of Trauma (AAST))**.

**Результаты.** При гемодинамической нестабильности, геморрагическом шоке (ГШ): УЗИ органов брюшной полости (БП) и забрюшинного пространства (ЗП) (УДД – В, УУР – 1; В1) (в случае забрюшинной гематомы (ЗГ) – поиск кровотока в ней – признака продолжающегося кровотечения (ПК)) и рентгенография БП. При ПК (свободная жидкость (СЖ) в БП/сальниковой сумке (СС) > 500 мл / забрюшинном ПК, свободном газе (СГ) в БП/СС/ЗП → неотложная лапаротомия (ЛТ) (А1), ревизия СС/ПЖ/ЗП.

Диагностическая ценность УЗИ при ЗТПЖ – 84,8–91,5 %. При наличии СЖ в БП < 500 мл и отсутствии ее в СС / неинформативности УЗИ с отсутствием СГ в БП/ЗП или СЖ/СГ в БП/СС/ЗП, но клинически «неспокойном» животе → диагностический перитонеальный лаваж (ДПЛ) / минилапаротомия (А1), по показаниям (аспирация ≥ 10 мл крови, желчи, желудочного / кишечного содержимого, мутного экссудата; ≥100 тыс. эритроцитов / ≥500 лейкоцитов в 1 мл СЖ, щелочная фосфатаза >10 МЕ/л / амилаза >75 МЕ/л) → ЛТ (А1). Диагностическая ценность ДПЛ при гемоперитонеуме составляет 92–99 % (В2).

При *гемодинамической стабильности* ( $АД_{сис} > 90$  мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) < 120 уд./мин), частота дыхания (ЧД) < 30 в минуту → компьютерная томография (КТ) (В1); при подозрении на повреждение крупных сосудов и паренхиматозных органов, СЖ в БП/СС, ЗГ, отсутствии СГ в БП/СС/ЗП → ангиоконтрастирование, выявление источника кровотечения. При сомнительных результатах и подозрении на ЗТПЖ → повтор КТ через 12–24 ч (А2). В случае экстравазации контраста (ЭК) в БП/СС/ЗП / паренхиму ПЖ (нестабильная гематома) → эндоваскулярная эмболизация (ЭЭ) (В2).

При неэффективной ЭЭ и СЖ в БП/СС > 500 мл, росте ЗГ → ЛТ / ревизия ЗГ; если < 500 мл → лапароскопия (ЛС) для гемостаза, санации, дренирования БП/СС. В случае неясного источника ПК / невозможности / неэффективности гемостаза → конверсия.

При отсутствии СЖ/СГ в БП/СС/ЗП, наличии ЭК в паренхиму ПЖ (нестабильная гематома) и неэффективности ЭЭ → ЛТ. При эффективной ЭЭ («стабилизация» нестабильной гематомы, в том числе забрюшинной), стабильной гемодинамике → динамическое наблюдение в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

В случае эффективной ЭЭ и СЖ в БП/СС > 500 мл (гемостаз и стабильная гемодинамика) → ЛС (санация и дренирование БП/СС); ЭЭ и СЖ в БП/СС < 500 мл (остановленное незначительное кровотечение + стабильная гемодинамика); отсутствия пневморетроперитонеума и «спокойного» живота → динамическое наблюдение (пункции / дренирование жидкостных скоплений под УЗ- и КТ-контролем). Наличие СЖ в БП на КТ не является показанием к экстренной ЛТ, учитываются клинические данные (гемодинамика). При «неспокойном» животе → ДПЛ, по показаниям → ЛТ.

При отсутствии ЭК в БП/ЗП/СС/ПЖ; СГ в БП/СС/ЗП; гемоперитонеума (стабильная гематома) → динамическое наблюдение.

В случае отсутствия ЭК в БП/ЗП/СС / паренхиму ПЖ; СГ в БП/СС/ЗП; наличия СЖ в БП/СС < 500 мл для уточнения характера жидкости → ДПЛ (у гемодинамически стабильных пациентов КТ и ДПЛ – взаимодополняющие методы диагностики (А1).

**Заключение.** Полученные данные об эффективности диагностики ЗТПЖ с высоким уровнем доказательности и убедительности рекомендаций способствуют оптимизации лечебно-диагностической тактики.

# НЕОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Маскин С. С., Александров В. В., Матюхин В. В., Рашид А., Сигаев С. М.,  
Бирюлев Д. С., Овсянникова М. П.

*Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия*

**Актуальность.** Увеличение частоты закрытых травм поджелудочной железы (ЗТПЖ). Необходимость уточнения принципов консервативной (неоперативной) тактики ее лечения.

**Цель исследования:** оптимизация тактики неоперативного лечения ЗТПЖ.

**Материал и методы.** Вторичное научное исследование на основе многоцентровых материалов, систематических обзоров, мета-анализов, больших серий случаев, оригинальных статей и рандомизированных контролируемых исследований 2015–2020 гг. из электронных баз: *PubMed, Cochrane Library, Scopus, Embase, ScienceDirect, Google Scholar Search, eLibrary*. Стратегия поиска: повреждение ПЖ, травматический панкреатит, лечебно-диагностический алгоритм, неоперативное ведение. Определяли уровни достоверности доказательств (УДД) и убедительности рекомендаций (УУР). Уточняли показания и варианты тактики консервативного (неоперативного) лечения ЗТПЖ для разработки алгоритма в зависимости от степени тяжести травмы по классификации Американской ассоциации хирургии травмы (*The American Association for the Surgery of Trauma (AAST)*).

**Результаты.** Неоперативное лечение ЗТПЖ, установленных при УЗИ/КТ/ЭРХПГ/МРХПГ, показано при следующих условиях:

1) стабильные показатели гемодинамики ( $АД_{сис\ t} > 90$  мм рт. ст.; пульс  $< 120$ /мин), эритроцитов, гемоглобина, гематокрита (уровень доказательства – В, сила рекомендации – 1; (В1)), отсутствие гемодинамического шока (ГШ) (А2) и признаков продолжающегося кровотечения;

2) наличие соответствующего медицинского оборудования и персонала для круглосуточного наблюдения в условиях ОРИТ, проведения КТ с ангиоконтрастированием, ангиографии и ангиоэмболизации, ЭРХПГ/МРХПГ/чрескожных вмешательств, возможности быстрого доступа к препаратам крови (А2);

3) отсутствие повреждений других полых органов, перитонита (А2);

4) объем крови в животе / СС  $< 500$  мл, без увеличения в динамике;

5) отсутствие экстравазации контрастного вещества (ЭКВ) в БП/СС/ЗП/ПЖ / эффективная ЭЭ, повреждения ПЖ I и II степени тяжести по шкале AAST (С2). Жидкостные скопления дренируют под УЗ- и КТ-наведением. Гемодинамический статус играет основную роль в выборе неоперативной тактики, степень повреждения позволяет прогнозировать вероятность ее успешного проведения (А1);

6) отсутствие тяжелых сочетанных повреждений, большой общей кровопотери, коагулопатии, нарушений сознания.

Эффективность лечения травматического панкреатита зависит от своевременности и полноценности консервативной терапии. Крупные мета-анализы свидетельствуют о результативности неоперативного лечения у 28–48,5 % пациентов с ЗТПЖ. При закрытой травме поджелудочной железы условия успешного неоперативного лечения – отсутствие перитонита, стабильность гемодинамики и целостность главного панкреатического протока. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) со стентированием панкреатического протока, чрескожное дренирование жидкостных скоплений эффективна при травме ПЖ III–IV AAST в 68–94 % случаев. В то же время необходимо учитывать возможность развития стриктур протока, панкреатита и кровотечений после ЭРХПГ.

**Заключение.** Полученные данные об эффективном неоперативном лечении ЗТПЖ с высоким уровнем доказательства и убедительности рекомендаций способствуют оптимизации лечебной тактики.

# ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ (ЧАСТЬ 1)

Маскин С. С., Александров В. В., Матюхин В. В., Рашид А., Сигаев С. М., Бирюлев Д. С., Овсянникова М. П.

*Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия*

**Актуальность.** Увеличение случаев закрытых травм поджелудочной железы (ЗТПЖ) обуславливает необходимость уточнения принципов хирургического лечения.

**Цель исследования:** оптимизация хирургической тактики при ЗТПЖ.

**Материал и методы.** Вторичное научное изучение на основе многоцентровых исследований, систематических обзоров, мета-анализов, больших серий случаев, оригинальных статей и рандомизированных контролируемых исследований 2015–2020 гг. согласно электронным базам: *PubMed, Cochrane Library, Scopus, Embase, ScienceDirect, Google Scholar Search, eLibrary*. Стратегия поиска: повреждение ПЖ, травматический панкреатит, лечебно-диагностический алгоритм, тактика многоэтапного хирургического лечения, закрытая травма живота. Определяли уровни достоверности доказательств (УДД) и убедительности рекомендаций (УУР). Уточняли показания и варианты хирургического лечения ЗТПЖ для разработки алгоритма в зависимости от степени тяжести травмы по классификации **Американской ассоциации хирургии травмы** (The American Association for the Surgery of Trauma (*AAST*)).

**Результаты.** Летальность при лапароскопии (ЛС) у гемодинамически стабильных пациентов ниже, чем при лапаротомии (ЛТ) в связи со снижением частоты развития тяжелого панкреонекроза и гнойных осложнений, а также выполнением операций: при I *AAST* → этапной видеооментопанкреатоскопии, II *AAST* → аппликации местных гемостатических препаратов, тампонады, этапной оментопанкреатоскопии или «абдоминализации», электроплазменной / лазерной коагуляции сосудов; III *AAST* → окклюзии панкреатического протока (ПП), этапной оментопанкреатоскопии или видеоассистированной дистальной резекции; IV–V *AAST* → пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции (ПДР). При травме ПЖ III–IV *AAST* с панкреатогенным перитонитом – только лапароскопическая санация брюшной полости (БП) с пункцией / дренированием сальниковой сумки (СС) под УЗ-контролем при оментобурсите.

При ЗТЖ универсальный доступ – верхне-средне-срединная ЛТ (B1). Выбор в пользу тактики *damage control surgery* (DCS) при: тяжелой травме, предполагающей сложные реконструктивные вмешательства, геморрагическом шоке, продолжающемся кровотечении, ацидозе, гипотермии, коагулопатии (B1).

При ЗТПЖ I-II AAST → гемостаз + дренирование зоны повреждения / СС (B2), III AAST → по возможности дренирование ПП. Стабильные гематомы < 2 см (I AAST) не предполагают оперативное лечение, нестабильные >2 см → вскрытие, гемостаз, дренирование СС двухпросветными трубками ≥12 мм для аспирационно-промывного лечения. При травме головки ПЖ –холецистостома (ХС) / дренирование холедоха. Назоинтестинальная интубация двухпросветным зондом за связку Трейтца на 40–60 см с целью декомпрессии и энтерального питания. При выполнении только дренирующих операций осложнения достигают 34,2 %, летальность – до 10,7 %.

Некровоточащие разрывы ПЖ I-II AAST не ушивают (71,3 %), в противном случае развивается ТП – 51,6–67,0 %, уровень летальности составляет 15,2–21,0 %. Коагуляционный гемостаз местными гемостатическими средствами (B1), клеевыми композициями, криоапликацией или прошиванием. Коагуляцию используют при диффузной кровоточивости. Криоапликация ПЖ обладает гемостатическим и противовоспалительным эффектом, снижает внешнесекреторную функцию при сохранении эндокринной, купирует травматический панкреатит (ТП) и снижает частоту осложнений.

**Заключение.** Результаты проведенного вторичного научного исследования показали не высокий уровень доказательности и убедительности рекомендаций (чаще С2) в хирургическом лечении ЗТПЖ, что определяет необходимость дальнейших клинических исследований.

# ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ (ЧАСТЬ 2)

Маскин С. С., Александров В. В., Матюхин В. В.,  
Рашид А., Сигаев С. М., Бирюлев Д. С., Овсянникова М. П.

*Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия*

**Актуальность.** Рост частоты закрытых травм поджелудочной железы (ЗТПЖ) подтверждает необходимость уточнения принципов хирургического лечения.

**Цель.** Оптимизация хирургической тактики при ЗТПЖ.

**Материал и методы.** Вторичное научное исследование. Уточняли показания и варианты хирургического лечения ЗТПЖ для разработки алгоритма в зависимости от степени тяжести травмы по классификации AAST.

**Результаты.** При продолжающемся кровотечении прошивают сосуды нерассасывающейся нитью на атравматичной игле 4/0–5/0 с обязательным дренированием сальниковой сумки (СС). При сочетании разрыва ПЖ с размождением следует резецировать только нежизнеспособные участки.

При разможении дистальных отделов, поперечном разрыве более  $\frac{2}{3}$  железы (III AAST) выполняют степлерную корпорокаудальную резекцию (C2) (5,9 %), после нее реже возникают панкреатические свищи (ПС), лигирование ПП не требуется. Дистальная резекция предпочтительнее дистальной панкреатикоеюностомии – ниже вероятность тяжелого травматического панкреатита (ТП), секвестрации, флегмоны забрюшинного пространства (ЗП) и аррозивных кровотечений. Дальнейшее ведение больных по схеме лечения панкреонекроза (малоинвазивные методики).

При тактике DCS на I этапе при повреждении хвоста ПЖ III AAST → дистальная резекция линейным степлером / оставление «открытой» культи; головки и тела IV–V AAST → гемостаз, дренирование зоны повреждения (C2), дренирование ПП, абдоминализация ПЖ, тампонирование (при неустойчивом гемостазе), марсупиализация СС. Закрытые аспирационные дренажи – решающее условие контроля за выделением панкреатического сока. Целесообразны дренирование ВЖП (ХС) и назоинтестинальная интубация. Наружные ПС закрываются в ходе консервативной терапии, сброс сока железы в дренаж снижает протоковую гипертензию (профилактика ТП). При тяжелом повреждении ДПК, головки ПЖ и холедоха (V AAST) → гемостаз (прошивание кровоточащих сосудов/тампонада), ушивание стенки ДПК (внутрипросветная активная аспирация и зонд за связку Трейтца), наружное дренирование ВЖП/ПП/БП/ЗП/СС (C2) (как этап ПДР).

На II этапе тактики DCS ангиография для определения источника ранее неустановленного или вторичного кровотечения и эндоваскулярной эмболизации (ЭЭ) (A2). Это особенно актуально в хирургии ПЖ, летальность от послеоперационных кровотечений составляет 11–38 %.

На III этапе тактики DCS выполняют реконструктивные операции.

Возможно проведение чрескожных чреспеченочных / эндоскопических ретроградных вариантов дренирования / стентирования ПП в сочетании с дренированием жидкостных скоплений под УЗ- и КТ-контролем при отсутствии других показаний к ЛТ.

Резекционные способы лечения специализированными бригадами хирургов. При поперечных разрывах головки ПЖ IV AAST → резекция, дистальный панкреатоеюноанастомоз с отключенной по Ру петель тонкой кишки (операция Letton – Wilson) (C2). Культия центрального отрезка железы прошивается аппаратом. Восстановление целостности ПП не нашло широкого применения ввиду частых стриктур ПП, ПС, необходимы сложные реконструктивные операции.

При панкреатодуоденальной травме V AAST, деваскуляризации двенадцатиперстной кишки (ДПК), повреждении проксимальной части ПП / дистального отдела холедоха, отрыве большого дуоденального сосочка (БДС) от ДПК, профузном кровотечении из интрапанкреатического сегмента воротной вены → ПДР (C2) / временная дивертикулизация ДПК (операция Jordan – Vaughan) (C2) с наружным дренированием ВЖП/ПП/БП/ЗП/СС.

**Заключение.** Результаты проведенного вторичного научного исследования показали не высокий уровень доказательности и убедительности рекомендаций (чаще C2) в хирургическом лечении ЗТПЖ, что определяет необходимость дальнейших клинических исследований.

# ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ВАКУУМНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ: ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ АНАСТОМОЗА

Михайличенко В. Ю.<sup>1</sup>, Паршин Д. С.<sup>2</sup>, Стаценко Е. Ю.<sup>1</sup>, Керимов Э. Я.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Медицинская академия имени С. И. Георгиевского Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского, г. Симферополь;

<sup>2</sup>Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань, Россия

Несостоятельность швов после бариатрических операций – серьезное осложнение. Эндоскопическая вакуумная терапия (ЭВТ) – эффективный метод лечения, позволяющий санировать полость, дренировать средостение, обеспечивать нутритивную поддержку и закрывать перфорации.

**Цель исследования.** Оценить эффективность ЭВТ при несостоятельности швов в бариатрической хирургии и разработать алгоритм операций.

**Материал и методы.** С 2020 по 2024 г. в клинике было выполнено 289 бариатрических операций, в том числе 200 рукавных гастрэктомий и 89 мини-шунтирований желудка. Несостоятельность степлерного анастомоза диагностирована у 8 (2,7 %) пациентов через 3–4 дня после операции. Трем пациентам была проведена лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, 5 пациентам – пункция под контролем УЗИ. Всем устанавливали вакуумную аспирационную систему, а изначально – назоэнтеральный питательный зонд (ниже уровня анастомоза – не менее 50 см). В соответствии с информацией о размере дефекта и просвете пищевода принимали окончательное решение о размещении пористой системы – внутри пищевода или полости. В зависимости от принятого решения первичную губчатую систему вырезали из полиуретановой губчатой пластины и моделировали в виде цилиндра. При внутрипищеводном размещении средний диаметр губки соответствовал диаметру пищевода на уровне анастомоза или был немного меньше последнего. При размещении внутри полости диаметр губчатого цилиндра соответствовал размеру дефекта, но не превышал диаметр пищевода. Длину внутрипищеводного губчатого имплантата определяли длиной дефекта с перекрытием краев раны на 3 см с обеих сторон, чаще всего она составляла 6–8 см. Уровень расположения пористой системы определяли под непосредственным визуальным контролем через эндоскоп. Поскольку губка находилась вне поля зрения аппарата, последний продвигали дистальнее уровня дефекта в анастомозированный кишечник или желудок на глубину 4–5 см.

Контрастирование губки и свища водорастворимым контрастным веществом позволяло проводить дополнительный рентгенологический контроль. После установки зонд подключали к активной аспирации (100–110 мм рт. ст.). Замену аспирационной системы осуществляли после предварительной эзофагоскопии. Во время контрольной эндоскопии оценивали регенеративные изменения в тканях, размер дефекта, состояние тканей в прилегающей полости, если таковая имелась для эндоскопической ревизии. При необходимости положение дренажей корректировали, их извлекали, если они выступали в просвет пищеварительного тракта через анастоматический дефект. Последующую установку аспирационной системы проводили по ранее описанной методике.

**Результаты.** Во всех случаях применение рассмотренной методики оказалось успешным. После 7 дней эндоскопической вакуумной терапии отмечено уменьшение размера дефекта более чем в 2 раза. Семь пациентов были выписаны из больницы через  $(14 \pm 2)$  дня после операции без осложнений, одна пациентка – на 17-й день из-за образовавшегося абсцесса, сообщающегося с полостью культи желудка. Для этой пациентки санитарная обработка продолжалась один раз в два дня амбулаторно. Она выздоровела на 25-й день.

**Заключение.** Применение эндоскопической вакуумной терапии при разрыве швов в рамках предложенного алгоритма – эффективный метод лечения этого типа осложнений после бариатрической хирургии. Исследование проводили в одном медицинском центре, поэтому необходимо дальнейшее его изучение для обоснования методологии.

# ВОЗМОЖНОСТИ РЭНДЛ В КОРРЕКЦИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ В ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Моисеенко А. В., Поликарпов А. А., Тилеубергенов И. И.,  
Таразов П. Г., Гранов Д. А.

*Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А. М. Гранова, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Цель работы.** Оценить возможности рентгенэндоваскулярных вмешательств в диагностике и коррекции портальной гипертензии у пациентов в пред- и послеоперационном периодах ортотопической трансплантации печени (ОТП).

**Материал и методы.** За 1998–2025 гг. выполнены 350 ОТП, из них 33 – в 2025 г. За этот период проведена 61 операция – трансъюгулярное интрапеченочное портосистемное шунтирование (ТИПС) у 59 пациентов, находящихся в листе ожидания ОТП (29 мужчин и 30 женщин, средний возраст – 41 год). Показание в 22 случаях – крайне высокий риск рецидива кровотечения из варикозных вен пищевода и/или желудка, у двух из них – по причине тромбоза ранее установленного шунта; в 15 – диуретикорезистентный асцит – более 10 л/нед; в 22 – сочетание обоих осложнений. В большинстве случаев использовали саморасправляющиеся стенты-графты VIATORR (Gore) или HANAROSTENT. Трансплантация после операции ТИПС выполнена 24 пациентам. В посттрансплантационном периоде сосудистые осложнения возникли у 68 из 350 пациентов (19,5 %). В ряде случаев ( $n = 4$ ) в кровоснабжении трансплантата происходили редкие гемодинамические изменения, сформировавшиеся у реципиентов вследствие цирроза и портальной гипертензии до трансплантации или через годы после перенесенной операции. Эти изменения у двух пациентов привели к «обкрадыванию» воротной вены после ОТП, нарушению портального притока, частичному тромбозу воротной вены и снижению функции трансплантата в раннем послеоперационном периоде. В одном случае причиной нарушения функции графта стало «обкрадывание» портальной системы массивными варикозными венами пищевода и желудка через 4 года после ОТП. У четвертого пациента при клинической и лабораторной картине отторжения через 9 лет после ОТП выявлен стеноз печеночно-кавального анастомоза с развитием синдрома Бадда – Киарри.

**Результаты.** Во всех случаях после наложения ТИПС наблюдали отчетливый интенсивный кровоток по шунту из воротной в нижнюю полую вену, отсутствие заполнения ВРВ. Измерения прямого венозного и портального давления показали снижение порто-венозного градиента с 10–38 до 6–22 мм рт. ст. Техническая эффективность операций – 97,5 %. В одном случае (2,5 %) в силу выраженного перипортального фиброза выполнить пункцию воротной вены технически не удалось. Выявлены и купированы два осложнения: ущемление вентральной грыжи после разрешения асцита (пластика с резекцией петли ущемленной кишки) и геморрагическое окрашивание асцита (гемостатическая терапия). Энцефалопатия после шунтирующей операции зарегистрирована у трех пациентов и купирована препаратами лактулозы в сроки от двух до четырех недель.

Поле внутрипеченочного портосистемного шунтирования ОТП успешно выполнена у 24 больных в сроки от 1 до 36 (медиана 4) мес. За этот период кровотечений из ВРВ нарастания асцита не было.

У всех больных с нарушением портального кровоснабжения трансплантата осложнения устранены эндovasкулярно. В нестандартных ситуациях потребовалась двух-, трехэтапная внутрисосудистая коррекция с применением современных систем ангиографической визуализации (**плоскодетекторная компьютерная томография (ПДКТ)**).

**Заключение.** Пациентам, находящимся в листе ожидания трансплантации печени и под наблюдением после пересадки, необходим тщательный скрининг с целью планирования предстоящей операции, своевременного купирования осложненного течения портальной гипертензии, выявления сосудистых осложнений в послеоперационном периоде, их коррекции и спасения графта.

# СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РАНЕНИЙ ЛЕГКОГО

Николаева Е. Б., Котанджян В. Г., Татарина Е. В.,  
Ярцев П. А., Золотарев Д. В.

*Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Проблема лечения проникающих ранений груди актуальна в настоящее время. При проникающих ранениях груди частота повреждений легких составляет 75–80 %, диагностические и тактические ошибки встречаются в 20–25 % наблюдений. При наличии инородного тела легкого необходимо проведение отсроченных операций по его удалению. Внедрение новых методов диагностики и лечения с применением видеоторакоскопии способствует улучшению результатов, снижению частоты осложнений и летальных случаев.

**Материал и методы.** За 27-летний период в Научно-исследовательском институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского проходили лечение 2341 пострадавший с ранением легкого, из них 2111 (90 %) – с колото-резаными ранениями, а 230 (10 %) – с огнестрельными или осколочными. Среди пострадавших в возрасте от 17 до 79 лет преобладали мужчины (91,5 %).

В экстренном и экстренно-отсроченном порядке 2148 больным (92 %) выполнена торакотомия, 193 (8 %) – видеоторакоскопия.

Диагностика в приемном отделении или в операционном блоке включала клинический осмотр пациентов, а также рентгенографию груди (87 %) и ультразвуковое исследование плевральных полостей (96 %). Компьютерная томография перед операцией выполнена 25 пациентам (1 %), поступившим в стабильном состоянии.

**Результаты.** При рентгенографии выявлены косвенные признаки повреждения легкого: пневмоторакс, гемопневмоторакс, эмфизема мягких тканей грудной стенки. Наличие пневмоторакса с поджатием легкого от 1/2 до тотального, а также большого и среднего гемоторакса значительно ограничивало возможности обнаружения повреждений легкого рентгенологическим методом в предоперационном периоде. У 89 % пациентов при ультразвуковом исследовании выявлена жидкость в плевральной полости и перикарде, что свидетельствовало о проникающем характере ранения.

У 1994 пострадавших (85,1 %) в ходе хирургического вмешательства обнаружены поверхностные раны легкого, выполнены их ушивание, в том числе при видеоторакоскопии (106 случаев), а также коагуляция раны легкого (86).

При наличии глубоких раневых каналов в легком, направлении их в сторону корня легкого и значительном повреждении паренхимы у 170 пострадавших (7,3 %) произведено только ушивание ран, а у 177 (7,6 %) вмешательство на легком заключалось в хирургической обработке раны: рассечении раневого канала, эвакуации внутрилегочной гематомы и инородных тел, гемостазе, аэростазе и послойном ушивании дефекта паренхимы.

У пострадавших с хирургической обработкой раны легкого удалось избежать таких осложнений, как повторное кровотечение из раны легкого в плевральную полость, трахеобронхиальное дерево, легочную паренхиму, неустраняемый газовый синдром, в сравнении с ранеными с поверхностным ушиванием глубокой раны легкого, в 4 раза уменьшить число гнойных осложнений (абсцессов легкого и бронхоплевральных свищей), избежать повторных операций, снизить уровень летальности.

При обширных ранах легкого необходимость выполнения резекции или пневмонэктомии возникла у 49 пострадавших (2 %): краевая резекция – 33, сегментарная резекция – 13, лобэктомия – 2, пневмонэктомия – 1. Умерли 77 пострадавших с ранениями легкого в разные сроки. Общая летальность составила 3,3 %; летальность при глубоких ранениях – 12,9 %.

**Заключение.** Применение комплекса методов диагностики и дифференцированной хирургической тактики с резекцией легкого и хирургической обработкой раневого канала у пострадавших с глубокими ранениями легкого способствовало улучшению результатов лечения, снижению частоты послеоперационных осложнений и уровня летальности у тяжелой категории пациентов.

# МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД И ПРИМЕНЕНИЕ БИОТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ И СВИЩЕЙ ПИЩЕВОДА

Николаева Е. Б., Черноусов Ф. А., Рабаданов К. М., Татарина Е. В., Перькова И. И., Радченко Ю. А., Гринь А. А., Черная Н. Р., Редкобородый А. В., Тетерин Ю. С., Боровкова Н. В., Пономарев И. Н.

*Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Повреждения и свищи пищевода – одна из сложных проблем современной медицины. Расположение пищевода в трех анатомических областях, непосредственный контакт его как с дыхательной, сердечно-сосудистой системами, так и с костными структурами, предопределяет разнообразие сопутствующих повреждений и формирование свищей с другими органами. Их лечение зависит от длительности течения заболевания, анатомического вида, коморбидного фона пациента и предусматривает комплекс методов, основным из которых является хирургический с привлечением специалистов смежных областей медицины. Развиваются миниинвазивные и эндоскопические способы лечения.

**Материал и методы.** В Научно-исследовательском институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского за период с 2023 по ноябрь 2025 г. на лечении находились 140 пациентов с повреждениями и свищами пищевода в возрасте от 18 до 92 лет.

**Результаты.** Пищеводно-трахеальные свищи – у 23 пациентов (16,4 %); пищеводно-медиастинальные, пищеводно-медиастино-бронхиальные, пищеводно-шейные – 109 (77,8 %); пищеводно-аортальные – 5 (3,6 %); пищеводно-перикардиальные – 3 (2,2 %).

Для обследования пациентов применяли комплекс методов диагностики: клинический, лучевые, эндоскопический.

Показания к способу лечения пациента определяли видом свища пищевода, сроками его существования, общим состоянием. Пищеводно-аортальные, пищеводно-трахеальные, пищеводно-перикардиальные и свищи пищевода после переднего шейного спондилодеза – абсолютные показания к хирургическому вмешательству, предусматривающие участие соответствующего специалиста: кардиохирурга, рентгенэндоваскулярного хирурга, нейрохирурга. При других видах пищеводных свищей (вследствие несостоятельности швов пищевода и спонтанном разрыве, нисходящем медиастините, интраоперационной травме) хирургическое лечение показано в случае неэффективности эндоскопического, консервативного лечения, в хронической стадии свища.

Основные этапы лечения дефектов и острых свищей пищевода: дренирование зон гнойного воспаления; обеспечение питания путем наложения гастро- и еюностомы или назогастрального зондирования; предотвращение аспирации благодаря позиционированию манжетки трахеостомической трубки ниже зоны трахеопищеводного свища, выполнение фундопликации при гастроэзофагеальном рефлюксе.

Эндоскопическая установка системы для лечения «отрицательным локальным давлением» применена 45 больным с травмой пищевода, через гнойную рану на шее – 4 пациентам, эффективна у всех пациентов с несостоятельностью швов пищевода, при повреждениях инородными телами и медицинским оборудованием.

Биотехнологический метод использовали у 35 больных: внутрипросветный способ стимуляции репаративных процессов жидкими биосредами – у 23, изоляция линии швов твердыми лоскутами – у 12 пациентов.

Из 140 умерли 30 больных со свищами пищевода. Летальность составила 25,7%. Причины смерти: флегмона шеи, медиастинит, эмпиема плевры, сепсис, пневмония, полиорганная недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), аррозионное кровотечение, прогрессирование основного заболевания.

**Заключение.** Свищ пищевода – сложное для диагностики и опасное для жизни пациента заболевание. Трудности выявления и лечения, высокий уровень заболевания и летальности при пищеводных свищах предполагают совершенствование диагностики и хирургической тактики, внедрения комплекса методов интенсивной терапии, энтерального и парентерального питания, гибридных, минимально инвазивных биотехнологий.

# ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗА 2005–2024 ГГ.

Парфенов В. Е., Барсукова И. М., Дубикайтис П. А.

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И. И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Введение.** В научных исследованиях отмечают выраженную тенденция к улучшению диагностики и лечения острого панкреатита. На уровне субъектов РФ актуальны проблемы организации и оказания медицинской помощи: геодемографические особенности, различный уровень заболеваемости и обеспеченности населения врачами-хирургами, оборудованием и современными технологиями, поздняя госпитализация, различный уровень доступности и качества медицинской помощи. Очевидна целесообразность системного подхода к оценке результатов деятельности медицинских подразделений хирургического профиля.

**Цель исследования.** Изучить динамику показателей деятельности лечебных учреждений Санкт-Петербурга при оказании медицинской помощи больным с острым панкреатитом за 2005–2024 гг.

**Материал и методы.** Использованы данные проводимого сотрудниками Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи имени И. И. Джанелидзе мониторинга состояния пациентов с острой хирургической патологией органов брюшной полости в соответствии с распоряжением комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 31.07.2009 № 477-р «О контроле экстренной госпитализации в государственные учреждения здравоохранения Санкт-Петербурга» за период 2005–2024 гг. Применяли статистический и аналитический методы, электронные таблицы MS Office Excel 2019.

**Результаты исследования.** По результатам ежегодного мониторинга за 20-летний период в Санкт-Петербурге зафиксировано около 5 тыс. пациентов ( $4915,8 \pm 2696,9$ ) чел.) с диагнозом «острый панкреатит». Их число снизилось в 3,3 раза за период наблюдения: с 10,4 тыс. в 2005 г. до 3,1 тыс. в 2024 г. Наиболее значимой эта динамика была в период 2005–2013 гг. Последующие годы характеризовались относительно стабильной численностью пациентов с острым панкреатитом: ( $3263,5 \pm 577,9$ ) чел. в год. Динамика этой патологии в структуре семи нозологических форм, объединенных понятием «острый живот»: она уменьшилась в 2,3 раза (с 42,7 % в 2005 г. до 18,7 % в 2024 г.). В 6,2 раза увеличился показатель оперативной активности (с 5,0 % в 2005 г. до 31,1 % в 2024 г.).

Анализ результатов оперативности оказания медицинской помощи пациентам позволил выявить существенный положительный рост доли пациентов с ранней госпитализацией (до 6 ч) – на 52,2 % (до 27,5% в 2024 г.). Однако на протяжении этих лет существенной оставалась доля пациентов с поздней госпитализацией (позже 24 ч) – 49,8 %. Среди поступивших 69 % были прооперированы в первые 6 ч от момента госпитализации, остальным 31 % назначены дифференциальная диагностика, динамическое наблюдение; отмечен рост доли пациентов с ранними (до 6 ч) сроками оперативного лечения – на 58,8 %.

На этом фоне за период наблюдения показатель послеоперационной летальности снизился в два раза (на 52,3 %) (с 18,8 % в 2005 г. до 9,0 % в 2024 г.). Характерным было изменение показателей на фоне пандемии COVID-19: отмечали существенное снижение числа больных (в 2020 г. – на 27,0 % по сравнению с 2019 г.) и оперативной активности (на 27,9 % в 2022 г. по сравнению с 2021 г.).

**Выводы.** Положительная динамика показателей деятельности лечебных учреждений г. Санкт-Петербурга при оказании медицинской помощи больным с острым панкреатитом за 2005–2024 гг.: возрастание профильности и обоснованности госпитализации, повышение доступности медицинских услуг и оперативность ее оказания. Различный уровень предоставления и качества медицинской помощи в субъектах РФ предполагает комплексное решение проблемы, финансовое и кадровое обеспечение.

# ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МЯГКИМИ И ТВЕРДЫМИ ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ПИЩЕВОДА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Перькова И. И., Черноусов Ф. А., Николаева Е. Б., Рабаданов К. М.,  
Татарина Е. В., Радченко Ю. А.

*Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Перфорация пищевода возникает в 3–4 % случаев вследствие травмы острым инородным телом или на фоне длительного стояния при обтурации пищевода. Нарушение целостности его стенки приводит к гнойным осложнениям, что в 40–50 % наблюдений заканчивается летальным исходом.

**Материал и методы.** В Научно-исследовательском институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского с 2023 г. по октябрь 2025 г. на стационарном лечении находились 47 пациентов с инородными телами пищевода; средний возраст составил 65,5 лет (от 19 до 93 лет). В течение часа обратились 6 чел., в первые сутки – 26.

При поступлении все пациенты были осмотрены хирургом и обследованы. Выполнены обзорная рентгенография груди и пищевода, эндоскопическое исследование, назначены лабораторные анализы.

**Результаты.** У 16 пациентов (34 %) выявлена обтурация пищевода мягким инородным телом. Проводили протеолитическую, спазмолитическую, инфузионную терапию. На фоне назначения консервативной терапии обтурация пищевода разрешалась. У 2 пациентов выявлена обтурация рубцово-суженного пищевода и у 1 – вследствие разрастания опухоли пищевода.

С целью обеспечения полноценного питания после консервативного разрешения обтурации первым двум пациентам выполнено бужирование пищевода, последнему – стентирование саморасширяющимся стентом.

У 27 пациентов (57,5 %) после эндоскопического удаления инородного тела (рыбная или баранья кость, зубной протез, сливовая косточка) в месте стояния выявлены гематомы и эрозии с признаками состоявшегося кровотечения. При рентгенографии диагностированы эмфизема мягких тканей шеи, пневмомедиастинум. При контрастировании пищевода затекания контрастного вещества за его контур не было. Длительность стояния инородного тела составила от 1 ч до 3 сут. Этим пациентам проведена инфузионная антибактериальная терапия с положительным эффектом.

У 4 пациентов (8,5 %) удалить инородное тело эндоскопически не удалось. У 2 пациентов наблюдали внедрение в стенку пищевода рыбной и бараньей кости, у 1 – твердое гладкое инородное тело (каштан), которое невозможно было захватить щипцами, а также низвести в желудок без травматизации стенки пищевода, у 1 – вклиненный в течение 2 нед зубной протез. Больным в срочном порядке проведены цервикотомия и эзофаготомия, извлечение инородного тела, дренирование клетчаточных пространств шеи и средостения. Три пациента после курса антибактериальной, инфузионной терапии выздоровели. Пациентке после удаления зубного протеза в связи с длительным повреждающим воздействием инородного тела на стенку пищевода и наличием гнойно-воспалительного процесса в области шеи потребовалось наложение эндоскопической гастростомы и заведение системы для реализации вакуумной терапии. Несмотря на комплексное лечение на 20-е сутки наступила смерть.



# СРЕДСТВА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МОБИЛЬНОСТИ В СТРУКТУРЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА

Петриков С. С., Ярцев П. А., Попова Н. А., Тыров И. А., Кирсанов И. И.,  
Рогаль М. М., Шаврина Н. В., Гасанбекова З. М., Фомкин А. Г.

*Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** За последние несколько лет в структуре экстренной медицинской помощи отмечено увеличение числа пациентов (с 84,0 до 89,6 на 1 000 населения), экстренно поступающих в стационары с травмами. Дорожный травматизм составляет в среднем 1,3 на 1 000 чел. Среди всех механических травм при ДТП значительный процент приходится на органы груди (25–62 %) и живота (14–25 %). Новое место в структуре травматизма занимают пострадавшие в ДТП с участием средств индивидуальной мобильности (СИМ). По данным Национальной электронной системы наблюдения за травмами с 2014 по 2019 г. отмечено шестикратное увеличение числа травм с участием электросамокатов – от 4881 до 29 628 случаев соответственно. С каждым годом эти показатели продолжают возрастать.

**Цель.** Определить специфику и особенности оказания помощи пострадавшим с травмами груди и живота в результате ДТП с использованием средств индивидуальной мобильности путем оптимизации алгоритма диагностики и лечения.

**Материал и методы.** Совместно со специалистами Департамента здравоохранения г. Москвы выполнен ретроспективный анализ случаев обращения пострадавших в стационары, подведомственные ему, после ДТП с участием средств индивидуальной мобильности (СИМ) за 2023–2025 гг. Изучены электронные медицинские карты 1954 пострадавших с СИМ-травмой. Повреждения груди и живота наблюдали у 118 пациентов (6,1 %). Большинство из них – водители СИМ – пострадали в результате падения, не справились с управлением, наехали на препятствие – 100 (84,8 %). Средний возраст составил  $33,1 \pm 11,2$ . Для оценки особенностей диагностики и лечения пострадавших тщательно изучали этапы пребывания пациентов в стационаре с момента обследования в условиях приемного отделения до выписки. Особое внимание уделяли оценке алгоритмов диагностики и лечения.

**Результаты.** Из группы пациентов с травмой туловища (груди и живота) большую часть составила травма груди, на долю которой пришлось 70 (59,4 %) случаев. Травма живота диагностирована у 41 (34,7 %) пациента, сочетание повреждений груди и живота отмечали у 7 (5,9 %) пациентов. В 50 % наблюдений повреждения имели сочетанный характер преимущественно с черепно-мозговой травмой, повреждениями конечностей и спинальной травмой. Комбинации повреждений груди и живота зафиксированы у 7 обратившихся (5,9 %). Пациенты при поступлении были обследованы в приемном или реанимационном отделениях. Особое место в диагностике занимала мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) груди, живота с оценкой забрюшинного пространства с целью исключения сочетанного характера повреждений. На основании клинического осмотра и результатов диагностики принимали решение о выборе тактики лечения.

Из 118 пострадавших с травмой груди и живота у 42 (35,6 %) пациентов отсутствовали показания к экстренной госпитализации в хирургический стационар. Из 76 (64,4 %) госпитализированных 19 (16,1 %) пострадавших были экстренно оперированы. В отношении 57 (48,3 %) пациентов по данным обследования выбрана активно-выжидательная тактика. Из них только у 10 (17,5 %) пациентов при динамическом наблюдении, лучевом и лабораторном контроле отмечена отрицательная динамика состояния. Это показание к оперативному вмешательству. У 6 (10,5 %) пациентов поводом к операции послужили признаки продолжающегося кровотечения: нарастание свободной жидкости в брюшной полости, увеличение размеров гематомы, экстравазация по данным МСКТ; у 4 (7,1 %) пострадавших – объема пневмоторакса. При динамическом наблюдении 47 (82,4 %) пациентам хирургическое лечение не потребовалось.

**Выводы.** С учетом возрастания популярности СИМ, характера полученных травм и статистических данных в настоящее время особенно актуальна проблема увеличения случаев дорожно-транспортного травматизма, что предполагает более детальное их изучение, разработку алгоритмов диагностики и лечения больных с СИМ-травмой.

# ГИБРИДНЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Петрушко С. И., Теплякова О. В., Назарьянц Ю. А., Хлобыстин Р. Ю., Устюгова О. Н.

*Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Цель исследования.** Изучить результаты применения лапароскопических технологий в сочетании с дуоденопластикой в лечении перфоративных язв пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

**Материал и методы.** В Красноярской межрайонной клинической больнице № 7 за период с 2023 по 2025 г. прооперированы 64 пациента с прободной язвой выходного отдела желудка и ДПК. Лапароскопическое ушивание язвы выполнено у 19 больных, для 45 пациентов использован лапаротомный доступ. Изучены результаты оперативного лечения 24 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой гибридным методом – лапароскопической санацией брюшной полости. Проведено иссечение язв с гастро- или дуоденопластикой по В. И. Оноприеву.

**Результаты.** Лапароскопическое ушивание прободной язвы в 19 случаях закончено закрытым методом. Осложнений и летальных исходов не было. Сравнение результатов лапароскопического ушивания язвы в сочетании с гибридной методикой показало, что при использовании этого метода количество осложнений снижалось в 2,5 раза по сравнению с открытой методикой лапаротомии.

**Заключение.** У больных с прободной язвой и при отсутствии противопоказаний к закрытому методу лечения оперативное вмешательство начинают с лапароскопии и оценки возможности выполнения лапароскопического ушивания язвы. В большинстве случаев операцию можно успешно выполнить, используя эндовидеохирургическую технологию в сочетании с гибридной методикой, без лапаротомии. Закрытый метод лечения перфоративной язвы имеет значительные преимущества по сравнению с открытым по снижению послеоперационных осложнений и сокращению сроков пребывания больных в стационаре.

**Результаты и обсуждение.** Изучение отдаленных результатов оперативного лечения перфоративных гастродуоденальных язв с применением малоинвазивных методов лечения свидетельствует о преимуществах иссечения язвенных дефектов в сравнении с ушиванием. Использование гастро- или дуоденопластики по В. И. Оноприеву у пациентов старших возрастных групп сопровождается увеличением частоты достижения хороших и отличных результатов лечения гастродуоденальных язв в отдаленном периоде в 8,7 раза по сравнению с ушиванием дефекта.

**Выводы.** У больных с перфоративной язвой пилородуоденальной зоны при отсутствии противопоказаний к лапароскопическому ушиванию (по данным **фиброгастродуоденоскопии (ФГДС)**) операцию следует начинать с диагностической лапароскопии. В этом случае оперативное вмешательство можно эффективно завершить, не прибегая к лапаротомии. Использование малоинвазивных технологий при ушивании язвенного перфоративного дефекта – операция выбора, поскольку имеет значительные преимущества перед открытыми оперативными вмешательствами как по снижению количества осложнений, так и по срокам пребывания в стационаре (сокращаются более чем в два раза) по сравнению с применением лапаротомных доступов.

# ЛАБОРАТОРНЫЙ СКРИНИНГ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ» В ОТДЕЛЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Пивоварова Л. П., Арискина О. Б., Осипова И. В., Демко А. Е.,  
Рысева А. А., Громов М. И., Малькова В. М., Маркелова Е. В.

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И. И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Актуальность.** Диагноз острого панкреатита (ОП) догоспитального этапа подтверждается в стационаре менее чем в половине случаев и нередко с задержкой по времени. Своевременная диагностика и оценка тяжести ОП особенно важны при выявлении деструктивных форм заболевания.

**Цель исследования.** Улучшить диагностику и оценку тяжести острого панкреатита с помощью лабораторного экспресс-скрининга в отделении экстренной медицинской помощи.

**Материал и методы.** Пролеченные в 2022–2024 гг. 95 пациентов (20–80 лет) в **Городском панкреатологическом центре** Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи имени И. И. Джанелидзе с диагнозом ОП и длительностью симптомов до поступления – не более 72 ч. Тяжесть заболевания определяли с помощью экспресс-шкалы Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи имени И. И. Джанелидзе. Всем пациентам выполняли комплекс инструментальных (УЗИ брюшной полости, ЭКГ, КТ, рентгенографию (Rg) органов грудной и брюшной полости, лапароскопию – по показаниям) и лабораторных исследований: клинический анализ крови, включавший индекс реактивности нейтрофилов (Neut-RI), (Sysmex XN1000), биохимический анализ крови (активность амилазы, липазы и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) (Cobas c501), коагулограмму (StaCompact), газовый и кислотно-основной состав (КОС) артериальной крови (Cobas b221), ИЛ-6 (eCL8000) и прокальцитонина (ПКТ) (Architect 2000).

**Результаты.** Необходимые скрининговые тесты ОП – активность амилазы и липазы крови – не отражают тяжести заболевания. Полученные данные продемонстрировали, что лактат и ЛДГ взаимосвязаны при ОП в первые ( $r = 0,829, p < 0,001$ ) и третьи ( $r = 0,832, p < 0,001$ ) сутки госпитализации и сходным образом отражают тяжесть расстройств клеточного метаболизма и тканевой гипоксии.

Системное воспаление (асептическое и/или септическое) тесно связано с активацией нейтрофилов, уровень которой отражает индекс Neut-RI. Тест представлен в клиническом анализе крови, выполненном на гематологическом анализаторе Sysmex XN1000 (норма 44,8 (42,4; 45,7) FI – единица флюоресценции). По данным статистического анализа Neut-RI выше 48,9 FI и уровень ЛДГ выше 272 ед./л при норме 178 (145; 204) ед./л являются характерными лабораторными признаками острого среднетяжелого и тяжелого деструктивного панкреатита.

**Заключение.** При поступлении в стационар пациентов с диагнозом «острый панкреатит» лабораторный скрининг целесообразно дополнить исследованием активности ЛДГ и оценкой индекса активации нейтрофилов Neut-RI.

# ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ПРЕПАРАТОМ МЕЛАТОНИН

Плисс М. М.

*Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, кафедра оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией имени С. А. Симбирцева, г. Санкт-Петербург, Россия*

Мелатонин обладает иммуностимулирующим, прокинетическим, онкостатическим действием. Синтез люминального мелатонина преимущественно производится в кишечнике, экстретируется слизистой желчного пузыря, тканью аппендикса в толстую кишку. По данным многих исследователей, концентрация мелатонина у пациентов с опухолями кишечника ниже, чем у здоровых людей.

Проведенные нами исследования основаны на том, что прием мелатонина в предоперационный период способствует коррекции иммунного статуса, обладает онкостатическими свойствами, корригирует пассаж кишечного содержимого. Прием препарата в предоперационный период позволяет компенсировать снижение моторики кишечника, возникающей как результат резекции.

#### **Методы исследования**

В течение одной недели 8 пациентов с опухолями ободочной кишки перед оперативным вмешательством получали 3 мг мелатонина. Контрольная группа составила 10 чел. без специфической предоперационной подготовки.

Оценку иммунного статуса производили путем измерения уровня интерлейкинов в сыворотке крови IL (IL-1beta, IL-2, IL-6, IL-10, TNF) до и после оперативного вмешательства в группах пациентов с прекондиционированием и в контрольной.

В группе с прекондиционированием у пациентов отмечены уменьшение длительности периода послеоперационного пареза кишечника, более ранние сроки нормализации моторики, в итоге более короткий период реабилитации.

# ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ НЕПРИМЕНИМОСТИ ЭВХ- ТЕХНОЛОГИЙ

Плисс М. М., Акимов В. П.

*Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, кафедра оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией имени С. А. Симбирцева, г. Санкт-Петербург, Россия*

В лечении злокачественных новообразований ободочной кишки основной метод – хирургический. Несмотря на очевидные преимущества эндовидеохирургические методы лечения не могут быть применимы ко всем пациентам.

**Цель исследования.** Выработать методы и подходы, позволяющие приблизить результаты традиционных открытых (более травматичных) методов лечения к эндовидеохирургическим.

**Материал и методы.** В работе оценивали иммунный статус пациентов до и после оперативного вмешательства. В трех группах больных злокачественными новообразованиями ободочной кишки оперировали: традиционно; с предоперационным прекондиционированием; эндовидеохирургически, определяли физические и клинические показатели.

Среди 131 пациента критериями отбора были резектабельность опухоли, наложение первичного межкисечного анастомоза, отсутствие метастатического поражения. Забор крови проводили до оперативного вмешательства и после него на 1-й, 3-й, 7-й дни. В послеоперационный период анализировали уровни про- и противовоспалительных цитокинов, сроки появления перистальтики, отхождения газов, стула.

Преко́ндиционирование проводили препаратом мелатонин – 3 мг, однократно перорально в течение 1 нед до оперативного вмешательства.

**Результаты.** В группе пациентов, оперированных традиционно, средний срок госпитализации составил 10 дней, парез кишечника разрешался на четвертый день, на пятый – шестой дни отходил стул. В группе больных с использованием эндовидеохирургических технологий эти сроки составили пять; два – три; четыре дня соответственно; в группе с преко́ндиционированием – шесть; три – четыре; четыре – пять дней соответственно.

В случае преко́ндиционирования уровни про- и противовоспалительных интерлейкинов сыворотки крови приближаются по значению и тренду к группе пациентов, оперированных с применением эндовидеохирургических технологий.

**Заключение.** Использование преко́ндиционирования мелатонином

(3 г) позволяет улучшить течение послеоперационного периода у пациентов с злокачественными новообразованиями ободочной кишки в случае невозможности применения эндовидеохирургических техник.

# ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-10 (IL-10) КАК ВОЗМОЖНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Плисс М. М., Акимов В. П.

*Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, кафедра оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией имени С. А. Симбирцева, г. Санкт-Петербург, Россия*

В последнее десятилетие несмотря на появление и доступность новых малоинвазивных эндовидеохирургических технологий, которые остаются в случае злокачественных новообразований ободочной кишки основным методом лечения, важное место отводят распознаванию и коррекции послеоперационного ведения при возникновении хирургических осложнений.

**Материал и методы.** В работе измеряли уровни сывороточных интерлейкинов крови у 98 пациентов с злокачественными новообразованиями ободочной кишки до и после оперативных вмешательств. Критерии отбора – резектабельность опухоли, наложение первичного межкишечного анастомоза, отсутствие метастатического поражения. Забор крови проводили до оперативного вмешательства и после него на 1-й, 3-й, 7-й дни. Анализировали уровни про- и противовоспалительных цитокинов: IL-1b, IL-2, IL-6, IL-10, TNF.

**Результаты.** Отмечены 4 случая несостоятельности межкишечных анастомозов в послеоперационном периоде, 11 случаев нагноения послеоперационной раны со значительным повышением уровня IL-10, при этом с первого послеоперационного дня – без видимых клинических признаков неблагополучия.

**Заключение.** Уровень IL-10 сыворотки крови коррелирует со степенью травматизма операционного доступа и отражает характер послеоперационного течения. Стабильно высокие значения – индикатор хирургических осложнений послеоперационного периода, не имеющих четких клинических проявлений.

# СНИЖЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ ОПЕРАЦИОННОЙ ТРАВМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Плисс М. М., Акимов В. П.

*Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, кафедра оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией имени С. А. Симбирцева, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Актуальность.** Рак ободочной кишки (РОК) – третья по частоте причина смерти среди онкологических больных в России. Основным методом лечения этого заболевания является хирургический. Несмотря на активное внедрение эндовидеохирургических методов оперативного доступа, в ряде случаев открытый доступ – единственно возможный. Актуален поиск методов снижения неблагоприятных последствий патофизиологического ответа, возникающего в ходе оперативного доступа.

**Цель исследования.** Улучшение течения раннего послеоперационного периода у пациентов с опухолями ободочной кишки.

## **Материал и методы**

**Объекты исследования** – больные раком ободочной кишки обоего пола, оперированные в плановом порядке с использованием эндовидеохирургической и традиционной методик хирургического доступа. Пациенты, госпитализированные в стационар, предварительно рандомизированы в четыре группы.

Возраст участников исследования варьировал от 41 до 86 лет, средний –  $(68,9 \pm 10,8)$  лет. Преобладали пациенты в возрасте 61–70 лет – 29 (36,7 %) чел.; трудоспособного возраста (до 60 лет) – 14 (17,7 %); 71–80 лет – 22

(27,8 %) чел., старше 80 лет – 16 (20,3 %) чел.

Среди прооперированных – 35 мужчин (44,3 %) и 44 женщины (55,7 %).

В 38 % ( $N = 30$ ) случаев опухоль локализована в правых отделах ободочной кишки; в 36,7 % ( $N = 29$ ) – в левых отделах; в 25,3 % ( $N = 20$ ) – в области поперечно-ободочной кишки.

В первой группе пациентов применяли лапаротомный доступ ( $N = 20$ ), во второй группе – лапаротомный доступ + предоперационную иммунокомпенсирующую терапию, на амбулаторном этапе – препарат мелатонин (3 мг) в течение 1 нед ( $N = 20$ ); в третьей группе – лапароскопический доступ ( $N = 20$ ); в четвертой группе – лапароскопический доступ + предоперационную иммунокомпенсирующую терапию, на амбулаторном этапе – 3 мг мелатонина 1 нед ( $N = 20$ ).

**Предмет исследования** – клинические показатели эффективности лечения в послеоперационном периоде и результаты анализа изменения про- и противовоспалительных цитокинов у пациентов в пред- и послеоперационном периодах (на 1-е, 3, 5 и 7-е дни после операции). Проводили забор периферической венозной крови для последующего иммунологического исследования. Уровни про- и противовоспалительных цитокинов: IL-1b, IL-2, IL-6, IL-10 определяли иммуноферментным способом методом массивов с предварительной калибровкой по контрольным эталонным кюветам.

**Обсуждение.** Продолжительность назначения обезболивающих препаратов после операции составляла от 1 до 6 дней. При открытом доступе операции анальгетики назначали в среднем дольше, чем при лапароскопическом вмешательстве. В контрольной группе при открытом доступе 5 пациентам (22,7 %) обезболивающие препараты вводили только в течение первых послеоперационных суток, 11 (50 %) – двух суток, 5 (22,7 %) – трех суток и 1 пациенту (4,6 %) – до шести суток после операции.

При лапароскопическом доступе 9 пациентам (50 %, что в 2,2 раза больше, чем при открытом доступе,  $p < 0,01$ ) анальгетики вводили в течение первых суток после операции, 8 (44,4 %) – двух суток, 1 (5,6 %, что в 4,1 раза меньше, чем при открыто доступе,  $p < 0,01$ ) – трех суток. Использование мелатонина в предоперационном периоде способствовало снижению выраженности болевых ощущений после операции. Продолжительность назначения анальгетиков удалось снизить при открытом доступе в два раза ( $p = 0,014$ ), а при лапароскопическом – в 1,5 раза ( $p = 0,12$ ).

Таким образом, предоперационная иммунокомпенсирующая терапия мелатонином в предоперационном периоде способствовала более благоприятному течению послеоперационного периода, снижению степени выраженности болевого синдрома, ускоренному восстановлению перистальтики и транзитной функции кишечника.

# ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМОЙ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА

Поликарпов А. А., Жуйков В. Н., Тилеубергенов И. И., Руткин И. О., Гранов Д. А.

*Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А. М. Гранова, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Актуальность.** Гепатоцеллюлярный рак – наиболее часто встречаемая (около 75–85 % случаев) злокачественная опухоль печени агрессивного течения с неблагоприятным прогнозом – пятилетняя выживаемость не превышает 18 %. Стандартным лечением для резектабельных форм при сохранной функции печени является резекция печени. При радикальном хирургическом лечении частота рецидивов составляет: 10–15 % в первый год, 35– 55 % в течение трех лет и достигает 70–80 % через пять лет.

**Цель исследования.** Оценить роль неoadьювантной химиоэмболизации печеночной артерии и предикторы рецидива гепатоцеллюлярной карциномы после радикально выполненных хирургических резекций печени.

**Материал и методы.** С 2011 по 2022 г. в **Российском научном центре радиологии и хирургических технологий имени академика А. М. Гранова** выполнено 80 резекций печени по поводу гепатоцеллюлярной карциномы. У 36 пациентов хирургическому вмешательству предшествовала химиоэмболизация печеночной артерии в неoadьювантном режиме от одного до четырех циклов с интервалом один месяц, последующей оценкой ответа по m-RECIST и динамики альфа-фетопротеина (АФП). У 44 пациентов резекция выполнена без неoadьювантного лечения. Обширная резекция печени (три и более сегментов) проведена у 16 пациентов (44,4 %) в группе с неoadьювантным лечением и у 16 пациентов (36,4 %) во второй группе. Малые (экономные) резекции – у 20 (55,6 %) и 28 (63,6 %) больных соответственно. У всех пациентов оценивали степень дифференцировки удаленного опухолевого узла.

**Результаты:** В группе пациентов без неoadьювантного лечения безрецидивная выживаемость составила 10 %, с предшествующей химиоэмболизацией – 31 % ( $p=0,01880$ ). В обеих группах у пациентов с низкодифференцированной опухолью рецидив возник в 100 % случаев, с умеренно дифференцированной – в 84 % и с высокодифференцированной – в 50 % ( $p=0,00083$ ). В группе с неoadьювантным лечением у пациентов с ростом альфа-фетопротеина в динамике рецидив возник в 100 % случаев, у пациентов со снижением онкомаркера – в 59 % ( $p=0,02157$ ). При полном ответе по mRECIST после химиоэмболизации рецидива не отмечено, частичном ответе – в 45 % случаев, в случае стабилизации заболевания – 82 %, прогрессировании – в 100 % случаев ( $p=0,02157$ ). Общая одно- и трехлетняя выживаемость значимо не отличалась, а пятилетняя выживаемость в группе с неoadьювантным лечением составила 57 %, без него – 38 %. Медианы безрецидивной и общей выживаемости в группах с неoadьювантным лечением и без него составили 10,0 и 15,5 мес и 72 и 48 мес соответственно.

**Выводы.** Неoadьювантная химиоэмболизация увеличивает вероятность безрецидивного течения заболевания. Рост АФП, отсутствие полного или частичного ответа по mRECIST в группе с неoadьювантной химиоэмболизацией и низкая степень дифференцировки в обеих группах – достоверно значимые предикторы рецидива гепатоцеллюлярной карциномы после выполненного радикального хирургического лечения у пациентов с резектабельной опухолью.

# ФАКТОРЫ РИСКА ЦИРРОТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Прядко Д. В., Косовцев Е. В., Дубинин А. М., Хоронько Ю. В.

*Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия*

**Цель исследования** – установить прогностическую информативность и иерархию значимости клинических, лабораторных и инструментальных признаков, способствующих развитию цирротической кардиомиопатии (ЦирКМП) при портальной гипертензии (ПГ), вызванной циррозом печени (ЦП), а также определить вклад факторов в усугубление ЦирКМП на фоне проведения операции трансъюлярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS) у больных с осложненной ПГ.

**Материал и методы.** Изучены данные клинического, лабораторного и инструментального обследования 143 больных, в 2017–2025 гг. подвергшихся операции TIPS в хирургической клинике Ростовского государственного медицинского университета в связи с осложненной ПГ цирротического генеза. На предоперационном диагностическом этапе всем пациентам выполняли **электрокардиографию (ЭКГ)** и **эхокардиографию (ЭхоКГ)** для выявления ЦирКМП в соответствии с установленным регламентом. Для уточнения выраженности синдрома гипердинамического кровообращения проводили стандартную эластометрию печени (ЭлМП) и селезенки (ЭлМС) с использованием аппарата Philips Affiniti 70.

**Методики исследования:** точечная ЭлМС (ElastPQ) и двухмерная ЭлМС (ElastQ) сдвиговой волной. Операцию TIPS осуществляли по общепринятой методике. У 139 (97,2 %) больных шунтирующий этап дополняли эндоваскулярным блокированием путей притока к вариксам с размещением эмболизирующих спиралей в левой, задней и короткой желудочных венах (ЛЖВ/ЗЖВ/КЖВ). В зависимости от варианта ангиоархитектоники ЛЖВ/ЗЖВ/КЖВ требовалось от 1 до 14 спиралей, в среднем –  $4,67 \pm 2,71$ . При помощи ROC-анализа исследованы чувствительность (Чувс) и специфичность (Спец) факторов, способствующих развитию ЦирКМП.

**Результаты.** Наличие ЦирКМП по ЭКГ и ЭхоКГ-признаков в соответствии с критериями Консорциума по ЦирКМП (2019) установлено у 57 (39,9 %) пациентов. ЦирКМП у больных с Child – Pugh – B (ChP – B) встретилась в 24 (26,7 %) наблюдениях. При ChP – C ее обнаруживали у 33

(62,3 %) пациентов. При исследовании факторов риска ЦирКМП наибольшая прогностическая эффективность установлена для показателя «жесткость селезенки» – разделительный уровень 61,6 кПа, Чувс – 91,89 %, Спец – 94,12 %, площадь под ROC-кривой –  $0,976 \pm 0,012$ . При «жесткости селезенки» выше 61,6 кПа риск развития ЦирКМП возрастает в 15,62 раза. Следующим показателем высокой прогностической информативности является «балл по ChP». Высокий риск развития ЦирКМП отмечается при разделительном уровне ChP, равном 8 (Чувс – 78,95 %, Спец – 58,14 %). Площадь под ROC-кривой –  $0,743 \pm 0,040$ . Риск ЦирКМП при ChP > 8 возрастает в 1,89 раза.

Проведением операции TIPS достигнута эффективная портальная декомпрессия со снижением ПСГД с  $(25,87 \pm 3,10)$  до  $(11,05 \pm 1,19)$  мм рт. ст.

$(t = 4,46, p = 000012)$ . При наличии ЦирКМП положительный эффект шунтирующего вмешательства может быть обесценен серьезными кардиальными расстройствами.

**Заключение.** Установлена прогностическая информативность клинических, лабораторных и инструментальных признаков по критерию вероятности развития ЦирКМП у больных с ПГ, вызванной ЦП, и вносящих вклад в ее манифестацию на фоне проведения шунтирующей операции TIPS у больных с осложненной ПГ. Иерархия значимости предикторов следующая: жесткость селезенки ( $>61,6$  кПа), баллы по шкале Child – Pugh ( $>8$ ), альбумин плазмы ( $<37$  г/л), баллы MELD ( $>15$ ), жесткость печени ( $>31,5$  кПа). Значимость таких факторов, как уровень билирубина, длинник и объем селезенки, считают невысокой.

# ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА

Рабаданов К. М., Черноусов Ф. А., Николаева Е. Б., Татарина Е. В.

*Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Повреждения пищевода сопровождаются тяжелыми гнойными осложнениями и высокой летальностью, достигающей 60 %. Методы лечения повреждений пищевода варьируют от консервативной терапии до открытых вмешательств. В последние годы интерес вызывают минимально инвазивные методы, которые позволяют достичь благоприятных исходов.

**Цель исследования.** Оценить эффективность инновационных подходов в лечении повреждений пищевода.

**Материал и методы.** С 2017 по декабрь 2025 г. в Научно-исследовательском институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского пролечено 110 пациентов с повреждениями пищевода различной локализации и этиологии в возрасте от 20 до 95 лет.

По этиологии встречались следующие виды повреждений пищевода: спонтанный и гидравлический разрыв – 71 (64,5 %), инструментальный разрыв – 15 (13,6 %), несостоятельность швов и свищи – 14 (12,7 %), перфорация язвы – 5 (4,5 %), перфорация инородным телом – 4 (3,6 %), перфорация опухоли – 1 (1 %).

**Результаты и обсуждение.** У 38 из 110 пациентов произведены видеоторакоскопия (ВТС), санация плевральной полости и заднего средостения в сочетании с чрескожной эндоскопической гастростомией (ЧЭГ) и применен метод внутрипросветной эндоскопической вакуумной терапии (ЭВТ). В сочетании с ЧЭГ метод ЭВТ использован у 32 пациентов. Видеоторакоскопия (ВТС), санация плевральной полости и заднего средостения выполнены 22 пациентам в сочетании с лапаротомией, ушиванием дефекта пищевода, фундопликацией, гастростомией (11), видеолапароскопией (ВЛС), ушиванием дефекта пищевода (5), резекцией пищевода, эзофагостомией, гастростомией (2), ушиванием дефекта пищевода, ВЛС, гастростомией (2), торакотомией, резекцией пищевода, эзофагостомией, гастростомией (1), резекцией пищевода абдомино-цервикальным доступом, эзофагостомией, гастростомией (1). У 5 больных, оперированных в другом лечебном учреждении, с медиастинитом, эмпиемой плевры, произведены ВТС, санация средостения, плевральной полости. У 7 пациентов с повреждением шейного отдела пищевода, наружным пищеводно-шейным свищом использована вакуум-аспирационная система в ране шеи.

В 5 наблюдениях с дефектом пищевода не более 1,5 см выполнено стентирование: 2 – после эндоскопического удаления подслизистого образования пищевода, у 2 со спонтанным разрывом пищевода, в 1 – после операции по поводу дивертикула Ценкера с несостоятельностью клипс, дефекты зажили.

Пациенту с перфоративной язвой пищевода в сочетании с перфоративной язвой желудка произведены лапаротомия, ушивание язвы желудка, применена ЭВТ. У 1 больного выполнены ВЛС, ушивание дефекта пищевода, фундопликация. Пациенту после ПОЭМ с несостоятельностью клипс произведены эндоскопическая санация полости, повторное клипирование, дефект зажил. Больному со спонтанным разрывом пищевода 10-месячной давности, хронической эмпиемой плевры, пищеводно-плевро-бронхиальным свищом произведена резекция участков 8, 9 ребер. Применены вакуумная терапия, аргоноплазменная коагуляция свища пищевода, клапанная бронхоблокация (КББ) нижнедолевого бронха справа. Свищ зажил, полость эмпиемы закрылась.

У 3 больных со спонтанным и 1 с инструментальным разрывом пищевода ЭВТ была неэффективной, в 2 наблюдениях произведена эндоскопическая демукозация пищевода, эзофагостомия, у 2 – резекция пищевода, эзофагостомия.

Применение новых методов в хирургии повреждений пищевода позволило снизить летальность с 46,5 до 21,4 %, средний койко-день – с 63 до 32.

**Заключение.** Малоинвазивные подходы в хирургии повреждений пищевода доказали высокую эффективность и позволили улучшить результаты лечения.

# ОСОБЕННОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ КИСТ VII–VIII СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ

Рошак Б. В.<sup>2</sup>, Черкасов М. Ф.<sup>1</sup>, Абоян И. А.<sup>2</sup>, Маликов Л. Л.<sup>2</sup>,  
Лукаш Ю. В.<sup>1</sup>, Закусилов Д. И.<sup>1</sup>, Меликова С. Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ростовский государственный медицинский университет;

<sup>2</sup>Клинико-диагностический центр «Здоровье», г. Ростов-на-Дону, Россия

**Актуальность.** В настоящее время в общемировой практике накоплен обширный и подробный опыт применения ряда методов хирургического лечения непаразитарных кист и поликистоза печени. Используемые на современном этапе методики лечения в значительной степени зависят от пределов инструментальной досягаемости и технически затруднены при локализации кист в заднедиафрагмальной области VII–VIII сегментов, а также в IVa и VI сегментах печени.

**Цель исследования.** Изучение особенностей применения чрескожной радиочастотной абляции (РЧА) кист VII–VIII сегментов печени.

**Материал и методы.** Выполнен анализ случаев лечения 25 пациентов (44–78 лет) с непаразитарными кистами и поликистозом печени; 26 кист печени оперированы путем чрескожной пункционной РЧА под УЗ-контролем в Хирургическом отделении Клинико-диагностического центра «Здоровье» в Ростове-на-Дону. Выделена контрольная группа пациентов с локализацией оперированных кист в VII–VIII сегментах печени (9 чел., 9 кист). Число кист в S VII составило 7 (26,9 %) из 26 кист у 7 чел. (28 % пациентов). Число кист в S VIII – 5 (19,2 %) из всех кист у 5 чел. (20 % пациентов). Локализация кисты одновременно в VII и VIII сегментах отмечена в трех случаях (11,5 %) из всех кист у 3 чел. (12 % пациентов).

## Результаты

До операции средняя длина, ширина и высота кист составили ( $67,7 \pm 20,3$ ) мм, ( $59,2 \pm 20,2$ ) мм и ( $55,3 \pm 17,2$ ) мм соответственно; средний диаметр – ( $60,7 \pm 18,6$ ) мм; средний исходный объем – ( $149,7 \pm 27,8$ ) см<sup>3</sup>.

В ходе динамического наблюдения установлено, что по прошествии 2,5 лет общее уменьшение объема кистозной полости по сравнению с исходным у 26 оперированных кист составило в среднем 96,3 % (с 149,7 по 5,5 см<sup>3</sup>). Полная редукция отмечена в 30,8 % случаев (8 кист), а уменьшение объема более чем на 50 % – в 73 % случаев (19 кист). В контрольной группе из 9 пациентов на момент 2,5 лет наблюдения отмечены три случая полной редукции

(33,3 % случаев, 2 кисты S VII и 1 киста S VII–VIII).

Общее уменьшение объема кистозной полости по сравнению с исходным 9 оперированных кист – в среднем 70,9 % (с 112 по 32,6 см<sup>3</sup>). У 3 пациенток показатель – от 79,8 до 93,3 % (1 киста S VII, 1 киста S VIII и 1 киста S VII–VIII). У 2 пациенток (1 киста S VII, 1 киста S VIII) этот показатель был 26,9 % и 28,5 %, а у одной пациентки (1 киста S VII) отмечено увеличение объема на 7,6 %. Это оценивали как рецидив (3,8 % всех случаев;

11,1 % случаев контрольной группы). Уменьшение объема более чем на 50 % наблюдали в контрольной группе в 66 % случаев (6 кист).

**Обсуждение.** Минимизация рисков рецидивирования при лечении обсуждаемой патологии достигается прежде всего максимально полными деэпителизацией и иссечением стенок кист. Их локализацию в указанных труднодоступных сегментах осложняет выполнение чрескожных вмешательств под УЗ-контролем вследствие ограничения акустического доступа. При оценке общего уменьшения кистозного объема на момент 2,5 лет выявлено, что в контрольной группе этот показатель оказался на 25,4 % ниже, чем в общей группе. Сокращение объема более чем на 50 % в контрольной группе отмечалось на 7 % реже; однако число полных редукций в группах оказалось сопоставимым.

**Выводы.** Использование РЧА в лечении кист S VII–VIII печени продемонстрировало менее выраженное уменьшение кистозного объема (на 25,4 %). Количество полных редукций сопоставимо с оперированными кистами других сегментов, что позволяет рекомендовать методику к применению.

# АВТОРСКАЯ МОДИФИКАЦИЯ ГЕРНИОПЛАСТИКИ (SRM+) ПРИ БОЛЬШИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ: ПРЕИМУЩЕСТВО В БЕЗОПАСНОСТИ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ

Рубенян Э. М., Генрих С. Р., Дурлештер В. М.

*Краевая клиническая больница № 2, г. Краснодар, Россия*

**Цель исследования.** Сравнить непосредственные и отдаленные результаты авторской модификации открытой ретромускулярной пластики с усилением апоневроза (SRM+, патент РФ на изобретение № 2025132729) и эндоскопической тотальной экстраперитонеальной пластики (eTEP) у пациентов с большими послеоперационными вентральными грыжами (ширина дефекта >10 см).

**Материал и методы.** В проспективное сравнительное исследование включены 56 пациентов с большими послеоперационными вентральными грыжами (ширина дефекта  $\geq 10$  см, средний размер  $(14,2 \pm 3,1)$  см), распределенные в группы: SRM+ ( $n = 25$ ) – авторская ретромускулярная пластика с дополнительным укреплением переднего листка влагалища прямой мышцы живота и eTEP ( $n = 31$ ) – стандартная эндоскопическая тотальная экстраперитонеальная пластика. Оценка включала: частоту и структуру осложнений (классификация Clavien – Dindo), динамику диастаза (УЗИ через 3, 6, 12 мес), показатели (**визуально-аналоговая шкала (ВАШ) боли** и качества жизни (EuraHS QoL, CCS) в раннем (до 30 сут) и отдаленном (12 мес) периодах.

**Результаты.** Ранний послеоперационный период ( $\leq 30$  сут). В группе eTEP зафиксированы статистически значимо более низкая интенсивность болевого синдрома по ВАШ на 1-е и 3-и сутки ( $p < 0,05$ ), а также более высокая удовлетворенность косметическим эффектом ( $p < 0,05$ ). Однако общая частота ранних осложнений (серома, гематома) сопоставима между группами.

Поздние и отдаленные осложнения – 1–12 мес. В группе SRM+ наблюдали статистически значимо более низкую общую частоту осложнений ( $12,0\% \text{ vs } 32,3\%$  в группе eTEP;  $p < 0,05$ ). В группе eTEP зарегистрировано больше случаев хронической серомы, предусматривающей пункции, а также 2 (6,5 %) случая поздней персистирующей боли.

**Анатомическая эффективность.** Через 12 мес медиана остаточного диастаза в группе SRM+ составила 8,5 [6–11] мм, что было достоверно меньше, чем в группе eTEP – 14,0 [10–18] мм ( $p < 0,01$ ).

Функциональные исходы через 12 мес. Показатели качества жизни (EuraHS QoL, CCS) в отдаленном периоде были статистически значимо лучше в группе SRM+ ( $p < 0,05$ ), что коррелирует с низкой частотой поздних осложнений и стабильным анатомическим результатом.

**Выводы.** Эндоскопическая методика eTEP обеспечивает лучший косметический эффект и менее выраженный болевой синдром только в самые ранние послеоперационные сроки. Авторская модификация SRM+ (патент РФ № 2025132729) демонстрирует статистически значимое преимущество в долгосрочной перспективе: достоверно меньшую общую частоту осложнений в течение первого года наблюдения и наилучший анатомический результат (минимальный остаточный диастаз).

Преимущества SRM+ в отдаленном периоде напрямую трансформируются в более высокие показатели качества жизни пациентов через 12 мес после операции.

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАЦИИ TIPS ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ТРОМБОЗОМ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ

Сапронова Н. Г., Хоронько Е. Ю., Косовцев Е. В., Саркисян В. А.

*Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия*

Варикозное пищеводно-желудочное кровотечение (ВПЖК) – жизнеугрожающее осложнение портальной гипертензии (ПГ) с летальностью – до 50–60 %. Трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование (TIPS) – ведущий метод шунтирующего лечения, но наличие тромбоза воротной вены (ТВВ) может снижать его эффективность. Недостаточно изучены дифференцированный подход при разных вариантах ТВВ (протяженность, окклюзия) и прогностические факторы риска его развития.

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения варикозных пищеводно-желудочных кровотечений на фоне ТВВ при ПГ цирротического генеза с помощью TIPS.

**Материал и методы.** Проведено одноцентровое сравнительное исследование 129 пациентов, перенесших TIPS в 2017–2025 гг. Основную группу составили 26 пациентов с ТВВ, контрольную – 103 пациента без тромбоза. Техника TIPS соответствовала стандартной, но у больных с ТВВ вмешательство было технически сложнее. Проникновение в тромбированную воротную вену подтверждали ангиографически. При неокклюзирующем тромбе его оттесняли стентом. У трех пациентов для реканализации использовали два последовательно размещенных стента. Для профилактики рецидива кровотечения дополнительно эмболизировали левую и заднюю желудочные вены.

**Результаты.** ROC-анализ выявил, что риск ТВВ напрямую зависит от уровня D-димера, жесткости печени, MELD-Na, МНО и шкалы Чайлд – Пью. Наибольший риск ассоциирован с D-димером >749 нг/мл и жесткостью печени >26 кПа.

На этапе подготовки к TIPS разработан диагностический алгоритм:

1. Шаг 1. Оценка риска ТВВ при D-димере >749 нг/мл и жесткости печени >26 кПа.
2. Шаг 2. Неинвазивное определение давления в воротной вене (по данным эластографии печени и селезенки и количеству портосистемных шунтов на КТ).
3. Шаг 3. Спиральная компьютерная томография (СКТ) брюшной полости в режиме спленопортографии для определения локализации, протяженности и степени окклюзии воротной вены тромбом.

В основной группе TIPS эффективно снизил портосистемный градиент давления. Это привело к устранению риска варикозного кровотечения, резорбции асцита и редукции спленомегалии:

– 6-недельная летальность – 7,7 % (2 пациента).

– годовая летальность – 19,2 %.

– максимальный срок наблюдения – 78 мес.

**Вывод.** TIPS при тромбозе воротной вены на фоне осложненной ПГ эффективен. Его результаты сопоставимы с показателями пациентов без тромбоза. Ключевые условия успеха: полная реканализация тромбированного сегмента, эмболизация приточных путей к вариксам и корректное послеоперационное ведение.

# ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА: 10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ

Тарасенко С. В.<sup>1,2</sup>, Зайцев О. В.<sup>1,2</sup>, Копейкин А. А.<sup>1,2</sup>, Дьячков А. Е.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, кафедра госпитальной хирургии;

<sup>2</sup>Городская клиническая больница скорой медицинской помощи;

Рязанская областная клиническая больница, г. Рязань, Россия

Сочетанное наличие конкрементов в желчном пузыре и общем желчном протоке представляет актуальную междисциплинарную проблему, предусматривающую гибкий подход к выбору хирургической тактики. Отсутствие универсального метода обуславливает необходимость разработки индивидуализированных алгоритмов лечения.

**Цель исследования.** Повышение эффективности лечения пациентов с холецистохоледохолитиазом (ХХЛ) благодаря внедрению персонализированного подхода к выбору метода вмешательства на основе тщательной предоперационной диагностики.

**Материал и методы.** На базе клиник г. Рязани проведен ретроспективный анализ лечения 250 пациентов (138 женщин, 112 мужчин) за 2015–2025 гг. В соответствии с данными диагностики (магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ), УЗИ, клиническая картина) применяли пять основных стратегий: традиционный двухэтапный подход с первоначальной эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) и последующей лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) – 124 случая; ЛХЭ с интраоперационной холедохолитотомией – 40; комбинированная одноэтапная лапароэндоскопическая методика rendez-vous (интраоперационная ЭПСТ + ЛХЭ) – 56; ЛХЭ с формированием холедоходуоденоанастомоза – 10; открытые вмешательства – 20.

**Результаты исследований.** Анализ эффективности радикального удаления конкрементов выявил превосходство комбинированной техники rendez-vous, согласно которой полная санация достигнута в 98 % наблюдений. Показатели для холедохолитотомии и двухэтапного метода составили 95 %, для открытой хирургии – 91 %. Наименьшая медиана операционного времени отмечена в группе rendez-vous – (77,1 ± 9,6) мин. Длительность двухэтапного лечения в пересчете на один этап составила (90 ± 5,0) мин, изолированной ЛХЭ с холедохолитотомией – (100 ± 5,0) мин. Наиболее продолжительными были реконструктивные операции с анастомозом (150 ± 15,0) мин и открытые вмешательства (135 ± 7,5) мин. Частота интраоперационной конверсии на открытый доступ была минимальной при использовании методики rendez-vous (1,8 %). Для двухэтапного подхода и операций с анастомозированием этот риск достигал 10 %, для лапароскопической холедохолитотомии – 5 %. Отмечена прямая корреляция между инвазивностью метода и сроком госпитализации. Период стационарного лечения после одноэтапных лапароскопических вмешательств, в частности rendez-vous, составил 4–5 сут, после двухэтапных – 6–8 сут. После открытых операций средняя длительность пребывания в стационаре увеличивалась до 10–15 сут. Структура осложнений различалась: после двухэтапных процедур наиболее часто регистрировали острый постманипуляционный панкреатит (6 случаев), после лапароскопических – желчеистечение (единичные случаи в каждой группе), после открытых – нагноение послеоперационной раны. Летальных исходов не отмечено.

**Заключение.** Дифференцированный подход, основанный на тщательной предоперационной визуализации и оценке индивидуальных анатомо-клинических факторов, позволяет оптимизировать лечение холецистохоледохолитиаза. Одноэтапная лапароэндоскопическая методика rendez-vous показала наилучший профиль эффективности и безопасности, характеризующийся максимальным процентом радикальной санации, минимальной операционной травмой, низким риском конверсии и короткими сроками реабилитации. Внедрение подобных персонализированных алгоритмов в клиническую практику способствует улучшению непосредственных и отдаленных результатов лечения этой категории пациентов. Ключевое условие успешного применения передовых комбинированных методик – наличие слаженной команды специалистов, владеющих как эндоскопическими, так и лапароскопическими технологиями.

# ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Татаршаов М. Х.<sup>1</sup>, Шевхужев З. А.<sup>1</sup>, Мачукова М. Н.<sup>1,2</sup>, Кочкаров Э. В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Медицинский институт Северо-Кавказской государственной академии;

<sup>2</sup>Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница, г. Черкесск, Россия

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения больных рубцовыми стриктурами желчных протоков (РСЖП) и билиодигестивных анастомозов (БДА).

**Материал и методы.** За 1988–2023 гг. пролечено 86 пациентов, с РСЖП – 78 (90,6 %), БДА – 8 (9,4 %). Высокие стриктуры «0», «-1», «-2»,

«-3» имели место в 53 (61,6) случаях, низкие «+2», «+1» – в 33 (38,4 %) наблюдениях.

Диагностические мероприятия включали: эндоскопическую ретроградную и/ или чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ), а у больных с наружным желчным свищем – фистулохолангиографию, КТ и МРТ, холангиографию, гепатобилиосцинтиграфию.

**Результаты.** Выполнена двухэтапная операция 6 больным: у 2 обнаружены холангиогенные абсцессы печени, сепсис, у 4 – тяжелая холемия (уровень билирубина в крови – более 200 ммоль/мл).

Восстановительные операции в виде формирования билиобилиарного анастомоза проведены двум больным (до 2003). Реконструктивные операции выполнены у 83 (97,6 %) больных.

При низкой стриктуре **общего желчного протока (ОЖП)** в одном наблюдении сформирован терминало-латеральный **холедоходуоденоанастомоз (ХДА)**, на третьи сутки проводили релапаротомию из-за некроза культи ОЖП и несостоятельности анастомоза. **Гепатико- и бигепатикоюностомия** выполнена у 82 (96,5 %) больных. Для создания анастомоза диаметром не менее 1,5 см при стриктурах «+1» и «+2» использовали методику Э. И. Гальперина ( $n = 5$ ), продольное рассечение желчного протока по типу «рыбьей пасти» ( $n = 9$ ). При стриктурах «0»; «-1» у 28 больных для формирования достаточно широкого анастомоза производили рассечение левого долевого протока по Нерр – Couinaud. При стриктуре «-2» и «-3» и глубоком интрапаренхиматозном расположении конfluenceа производили надворотную резекцию участка IV сегмента печени. Операции с применением сменных транспеченочных дренажей (СТД) по Goetz – Saupol – Kurian выполнены у 30 (35,7 %) больных. Показания к использованию СТД – невозможность формирования БДА шириной более 1 см, рубцово-инфильтративные изменения тканей в зоне формирования анастомоза.

Ранние послеоперационные осложнения отмечены у 14 (16,2 %) пациентов; специфические осложнения наблюдали у 8 (9,3 %), релапаротомии потребовались в одном наблюдении. Умерло 2 (2,3 %) больных, один в результате прогрессирующей полиорганной недостаточности на почве билиарного сепсиса, второй – проблем с анестезиологическим пособием.

**Отдаленные результаты.** Оценивали после двух лет полного окончания лечения: положительные результаты отмечены у 76 (90,4 %) больных, удовлетворительные – у 5 (5,9 %) пациентов, у четырех из них имели место проявления картины холангита различной степени выраженности, обусловленные дигестивно-билиарным рефлюксом и подтвержденные КТ-холангиографией – 3, **гепатобилиарной скинтиграфией** – 1. Неудовлетворительные у 3 (3,7 %) больных результаты обусловлены рубцовой стриктурой БДА. Во всех наблюдениях он сформирован без каркасного дренажа.

В одном выполнена открытая реоперация. В двух наблюдениях чрескожная баллонная дилатация рубцово-суженного анастомоза. В сроки наблюдения 2 и 3 года, после завершения дилатационного процесса признаков нарушения пассажа желчи нет.

**Выводы.** При сформированном БДА диаметром менее 1 см целесообразно применение СТД. Одним из факторов, ухудшающих результаты лечения больных РСЖП с формированием БДА, является дигестивно-билиарный рефлюкс. 3. Полученные результаты лечения рубцовых стриктур БДА с использованием чрескожной баллонной дилатации позволяют рекомендовать его в качестве способа лечения у этой сложной категории больных, особенно у неоднократно до этого оперированных.

# ВЫБОР МЕТОДА ГЕМОСТАЗА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С НЕОТЛОЖНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Тверитнева Л. Ф., Гезалов Ф. Ф., Ярцев П. А., Коков Л. С.

*Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Помимо хронических язв, как проявлений язвенной болезни, гастродуоденальные кровотечения (ГДК) могут осложнять течение острых эрозивно-язвенных поражений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта при неотложных состояниях различного профиля.

Кровотечения из острых эрозивно-язвенных поражений составляют от 10 до 30 % среди всех причин кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Характерной особенностью является преобладание множественных источников кровотечения, имеющих небольшие размеры и глубину (эрозии и острые язвы) с локализацией одновременно в нескольких органах: пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке. Хирургическое лечение на фоне основной патологии и рецидивирующего характера кровотечений сопровождается высоким уровнем летальности – 30–80 %. Перспективным направлением в лечении гастродуоденальных кровотечений у этой категории больных является рентгенэндоваскулярный гемостаз. Его методика постоянно совершенствуется, разрабатываются новые типы эмболизирующего материала.

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения гастродуоденальных кровотечений у пациентов с острыми эрозивно-язвенными поражениями на фоне неотложных состояний различного генеза.

**Материал и методы.** Проведено одноцентровое ретроспективное исследование 177 пациентов, находившихся на лечении в реанимационных отделениях в течение 5 лет. Диагноз устанавливали по совокупности клинико-лабораторных данных и результатов эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). Источник кровотечения классифицировали по Forrest, тяжесть состояния оценивали по шкале SOFA, коморбидность – по индексу Charlson, риск рецидива – по шкале Rockall. Терапия включала инфузионно-гемостатические мероприятия и ингибиторы протонной помпы (ИПП), по показаниям выполняли эндоскопический гемостаз, рентгенэндоваскулярную эмболизацию или оперативное вмешательство из лапаротомного доступа.

**Результаты.** В ходе проведенной работы установлено, что преобладали множественные поверхностные источники кровотечения с одновременной локализацией в нескольких отделах желудочно-кишечного тракта. В 69 наблюдениях эндоскопический гемостаз не потребовался: у 26 пациентов источником были острые эрозивные поражения, у 43 – острые поверхностные язвы с признаками состоявшегося кровотечения (Forrest IIc). Эндоскопический гемостаз выполнен 118 пациентам; устойчивый гемостаз чаще достигался при Forrest Ib и IIb. При Forrest Ia и IIa нередко требовались повторные вмешательства; в ряде случаев потребовались рентгенэндоваскулярная эмболизация (10 пациентов) или операция из лапаротомного доступа (4 пациента) для окончательного и стойкого гемостаза.

Рецидив кровотечения отмечен у 24 пациентов в первые 24 ч и у 18 – на 2–8-е сутки. Общая летальность составила 50,3 % и определялась тяжестью основной патологии. Во всех случаях непосредственной причиной смерти не было продолжающееся кровотечение.

**Вывод.** Для определенной когорты характерны множественные поверхностные очаги и преобладание кровотечений Forrest Ib, IIb, IIc. Наиболее обоснована последовательная тактика, включающая интенсивную терапию с ИПП и эндоскопическим контролем с выполнением эндоскопического гемостаза. При высоком риске рецидива показана рентгенэндоваскулярная эмболизация, а при неэффективности предшествующих этапов – оперативное вмешательство. Такой подход обеспечивает надежный контроль кровотечения. Непосредственная причина летальности – осложнения основного заболевания.

# ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ СВЕРХНИЗКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ

Тотиков В. З., Тотиков З. В., Ибрагимов Л. А.,  
Халлаев Р. А., Тобоев Д. В.

*Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ, Россия*

**Цель исследования.** Повышение эффективности хирургического лечения пациентов после выполнения ультранизких резекций прямой кишки за счет внедрения оригинальной методики создания колоанального анастомоза.

**Материал и методы.** Исследование основано на анализе клинических результатов лечения 37 пациентов, которым после ультранизкой резекции прямой кишки был сформирован колоанальный анастомоз по методике, разработанной в клинике и защищенной патентом РФ № 2786108. Все оперативные вмешательства выполняли в плановом порядке при отсутствии признаков воспаления в стенке прямой кишки и параректальной клетчатке. Во всех наблюдениях формирование анастомоза сочеталось с наложением проксимальной защитной дивертивной стомы.

Показания к операции у 29 пациентов: злокачественные новообразования нижеампулярного отдела прямой кишки. У 5 больных вмешательство выполнено по поводу рубцовых стриктур прямой кишки травматического и постогнестрельного генеза, у 3 – вследствие сужения ранее наложенных низких колоректальных анастомозов. В большинстве случаев (34 наблюдения) операции осуществлялись с использованием лапаротомного доступа, у 3 пациентов применяли лапароскопические технологии.

**Результаты.** У 5 мужчин с выраженными анатомическими ограничениями (узкий и высокий таз, ожирение I–II степени, ограниченное пространство в малом тазу) реализация предложенной методики оказалась технически невозможной. Сформированы стандартные анастомозы по типу «конец в конец». Летальных исходов в послеоперационном периоде не зарегистрировано. Клинические признаки несостоятельности низкого колоанального анастомоза выявлены у 3 (9,4 %) пациентов; во всех случаях осложнение удалось купировать консервативными мероприятиями. В отдаленные сроки у 3 (9,4 %) больных диагностированы рубцовые стриктуры анального канала, успешно устраненные без хирургического вмешательства. Симптомыкомплекс, характерный для синдрома низкой передней резекции различной степени выраженности, отмечен у 11 (34,4 %) пациентов.

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о том, что разработанный способ формирования колоанального анастомоза после ультранизких резекций прямой кишки является функционально и клинически оправданным. Применение методики позволяет минимизировать травматизацию анального сфинктера, снизить вероятность развития анальной инконтиненции, уменьшить частоту воспалительных осложнений и несостоятельности анастомоза, а также сократить риск формирования синдрома низкой передней резекции.

# АЛЛОПЛАСТИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ТОТАЛЬНЫХ ФОРМАХ ПРОЛАПСА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Тотиков В. З., Тотиков З. В., Тарамов У. У.

*Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ, Россия*

**Цель исследования.** Создание и клиническая апробация модифицированного хирургического подхода к лечению тотального пролапса органов малого таза, ориентированного на повышение эффективности вмешательства, снижение частоты рецидивов и улучшение отдаленных функциональных исходов.

**Материал и методы.** В проспективное исследование включены 66 пациенток с выраженными формами пролапса органов малого таза (III–IV степени по POP-Q), находившихся на лечении в условиях профильного хирургического стационара. Всем женщинам выполнено оперативное восстановление тазового дна с использованием оригинальной реконструктивной методики, защищенной патентом РФ № 2764370. Хирургическая техника предполагала анатомическую коррекцию тазового дна с использованием сетчатых протезов и восстановлением пузырно-маточного, пузырно-влагалищного и ректовагинального отделов. Это обеспечивало стабильную фиксацию органов в физиологическом положении и устранение клинических проявлений пролапса.

Основную часть выборки составили пациентки пожилого возраста. Оперативное лечение выполняли как традиционным лапаротомическим доступом (29 наблюдений), так и с применением эндовидеохирургических технологий (37 наблюдений). Предоперационная диагностика включала: стандартные лабораторные и клинические исследования, ультразвуковую визуализацию органов брюшной полости и малого таза, трансректальное ультразвуковое исследование, проктодефекографию, а также методы лучевой диагностики (КТ и МРТ промежности и малого таза). Степень выраженности пролапса оценивали по системе POP-Q, влияние заболевания на качество жизни – с использованием валидированного опросника PFDI-20. Контрольные осмотры проводили через 6, 12 и 36 мес после хирургического вмешательства.

**Результаты.** В ходе исследования летальные исходы и гнойно-воспалительные осложнения не отмечены. У 4 (6,1 %) пациенток в раннем послеоперационном периоде диагностированы серомы в области операционных ран, успешно ликвидированные консервативными мероприятиями. Обследованные женщины отметили выраженный регресс клинической симптоматики, улучшение соматического состояния и восстановление тазовых функций. За период трехлетнего динамического наблюдения случаев рецидива пролапса не зарегистрировано.

**Заключение.** Результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности предложенного метода аллопластической реконструкции тазового дна при тяжелых формах пролапса органов малого таза. Методика, обеспечивающая долговременную анатомическую стабильность и функциональную полноценность, универсальна в использовании при различных хирургических доступах. Она характеризуется низким уровнем осложнений и существенно повышает качество жизни пациенток в отдаленные сроки после операции.

# СТРАТЕГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Тотиков З. В., Тотиков В. З., Халлаев Р. А., Медоев В. В., Калицова М. В., Тобоев Д. В., Зураев К. Э.

*Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ, Россия*

**Цель исследования.** Повышение результативности лечения больных колоректальным раком, осложненным острой обтурационной кишечной непроходимостью (ОТКН), за счет разработки и внедрения рациональной лечебно-диагностической программы.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения 568 пациентов с морфологически подтвержденным колоректальным раком, поступивших в стационар с клиническими и инструментальными признаками обтурационной кишечной непроходимости. Большинство наблюдений (71,7 %) приходилось на пациентов пожилого и старческого возраста. Всем больным применяли разработанный на базе нашей клиники этапный алгоритм лечения.

**Результаты.** У 174 (30,6 %) пациентов комплексная декомпрессионная терапия привела к полному регрессу симптомов непроходимости, что соответствовало I стадии ОТКН. После стабилизации состояния в сроки от 7–

12 сут выполнены радикальные либо циторедуктивные операции; при опухолях прямой кишки лечение дополнялось неоадьювантной терапией. Формирование первичного межкишечного анастомоза оказалось возможным у 166 (95,4 %) больных, тогда как у 8 (4,6 %) пациентов вследствие канцероматоза потребовалось создание постоянной стомы через мини-доступ.

Вторая стадия ОТКН, характеризующаяся персистирующим клиническим течением на фоне декомпрессии, диагностирована у 197 (34,9 %) больных. Прогрессирование кишечной непроходимости, несмотря на проводимую терапию (третья стадия), отмечено у 139 (24,5 %) пациентов. В 44 (13,1 %) случаях при II и III стадиях ОТКН выполнена эндоскопическая реканализация опухолевого стеноза, что позволило разрешить непроходимость и выполнить радикальный этап в плановом порядке.

Остальным 292 больным проведены операции: в течение 24 ч – у 170 больных со II стадией ОТКН и в течение 12 часов – у 122 пациентов с III стадией ОТКН произведено наложение илео- или трансверзостом через мини-доступ. После купирования непроходимости они перенесли плановые радикальные или циторедуктивные вмешательства с формированием анастомозов и сохранением временных стом. При локализации опухоли в прямой кишке лечение дополняли неоадьювантными методами.

У 58 (10,2 %) пациентов при поступлении выявлены ОТКН и признаки перитонита (IV стадия ОТКН). В экстренном порядке выполнены оперативные вмешательства: у 48 больных – резекции ободочной кишки с выведением стомы, у 10 – формирование постоянных колостом ввиду распространенности опухолевого процесса. Реконструктивные операции по закрытию разгрузочных стом выполняли через 2–3 мес после завершения основного этапа лечения.

Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 102 (17,9 %) пациентов, летальность составила 5,1 % (29 наблюдений). В качестве комбинированного лечения предоперационную лучевую или химиолучевую терапию применяли у 33 больных; внутривенную или внутритазовую химиотерапию – у 122, адъювантное системное лечение – у 456 пациентов.

**Выводы.** Использование разработанного алгоритма диагностики и лечения опухолевой кишечной непроходимости при колоректальном раке способствует улучшению результатов, снижению частоты осложнений и летальных исходов, а также расширяет возможности проведения комбинированного и комплексного лечения у этой категории пациентов.

# ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Турбин М. В., Черкасов М. Ф., Бондаренко В. А., Кулешов О. И., Атоян А. Г.

*Городская больница скорой медицинской помощи;*

*Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия*

**Актуальность.** В связи с изменением условий жизни, особенностей питания населения заболеваемость желчнокаменной болезнью возрастает, а у многих пациентов нередко развивается вторичный холедохолитиаз. В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) – предпочтительный метод лечения камней желчного пузыря, однако хирургический метод лечения холедохолитиаза вызывает споры. Гибридные технологии часто рассматривают как новый эффективный метод лечения пациентов с желчнокаменной болезнью и холедохолитиазом.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных 615 пациентов с острым холециститом в сочетании с механической желтухой, проходивших лечение в хирургическом отделении Городской больницы скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону с 2019 по 2025 г.

**Результаты.** У 82 пациентов с острым холециститом, осложненным механической желтухой, при купировании этих явлений консервативными методами на первом этапе выполнили эндоскопическую ретроградную папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), на втором – лапароскопическую холецистэктомию.

У 533 пациентов с острым холециститом, осложненным механической желтухой, определены показания к экстренной операции. Им произведены лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха по методу Холстеда – Пиковского через культю пузырного протока мочеточниковым катетером № 4–7. Дренаж фиксировали к культе протока кетгутовой петлей Редера. При выполнении интраоперационной холангиографии использовали водорастворимые контрасты в разведении физиологическим раствором 1:1. Время на выполнение дренирования холедоха и интраоперационной холангиографии (ИОХГ) по отработанной методике – до 10 мин (патент РФ). Перфорации катетером общего желчного протока отмечено не было. Затем в послеоперационном периоде выполняли фистулохолангиографию и эндоскопическую папиллосфинктеротомию.

При невозможности дренировать холедох лапароскопически при остром холецистите, осложненном механической желтухой, применяли гибридные технологии – лапароскопическую холецистэктомию и ретроградную холангиопанкреатографию с эндоскопической папиллосфинктеротомией. Гибридные вмешательства в хирургическом отделении Городской больницы скорой медицинской помощи выполнены у 38 пациентов. По результатам эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ) стриктуры холедоха и папиллостеноз обнаружены у 31 пациента, холедохолитиаз – у 23 пациентов. В большинстве наблюдений отмечено сочетание стриктуры холедоха и холедохолитиаза.

В послеоперационном периоде у пациентов контролировали биохимические показатели крови и назначали и магнитно-резонансную томографию гепатобилиарной зоны. В одном наблюдении в связи с выявленным на МРТ конкрементом холедоха выполнена повторная эндоскопическая литоэкстракция. У одного пациента послеоперационный период осложнился явлениями острого панкреатита, который купирован консервативно.

**Выводы.** Одноэтапное применение ЛХЭ в сочетании с интраоперационной ретроградной холангиопанкреатографией с ЭПСТ и литоэкстракцией для лечения желчнокаменной болезни и холедохолитиаза подтвердило эффективность, высокую частоту успешных исходов, меньшее количество послеоперационных осложнений, что подтверждает необходимость дальнейшего развития этого метода. Однако с учетом особенностей гибридной операционной этот подход может быть осуществлен в медицинском центре с высокими показателями технического обеспечения и подготовки специалистов.

# ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО ТРОМБОЗА ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Федорченко С. В., Манукьян Г. В., Малов С. Л., Жигалова С. Б.,  
Лебезев В. М., Киценко Е. А.

*Российский научный центр хирургии имени академика Б. В. Петровского, г. Москва, Россия*

**Введение.** Пациенты с распространенным тромбозом портальной системы представляют наиболее сложную категорию в структуре внепеченочной портальной гипертензии (ВПГ). Ее особенность заключается в высокой частоте формирования варикозных вен желудка (тип GOV1 или GOV2 по классификации S. K. Sarin). Современный арсенал лечения и профилактики кровотечений включает эндоскопическое лигирование (ЭЛ), рентгенэндоваскулярные вмешательства (РЭВ) и открытое прошивание вариксов.

**Цель.** Определение оптимальной хирургической тактики у пациентов с ВПГ вследствие распространенного тромбоза портальной системы.

**Материал и методы.** За период 2021–2025 гг. пролечено 110 пациентов с ВПГ тромботического генеза. В зависимости от клинической картины и данных обследования применены: ЭЛ ( $n = 47$ ) – пациентам с вариксами пищевода 3 ст., при минимальном вовлечении желудка; РЭВ ( $n = 31$ ) – реканализация портальной системы с наложением трансъюгулярного внутривенного портосистемного шунта (TIPS), без него или с учетом облитерации варикозных вен желудка.

Открытое прошивание вен желудка ( $n = 32$ ) – экстренная мера при продолжающемся кровотечении или неэффективности другого гемостаза.

**Этиология тромбоза:** наследственные тромбофилии – 40 (36,4 %) случаев, миелопролиферативные новообразования (МПН) – 70 (63,6 %).

**Результаты.** Гемостаз в экстренных ситуациях достигнут у всех пациентов. Контрольную эзофагогастро-дуоденоскопию выполняли через

2–3 мес, далее – с регулярностью один раз в 6 мес.

Эндоскопическое лигирование ( $n = 47$ ): положительная динамика (уменьшение/исчезновение вариксов) отмечена у 34 (72,3 %) пациентов. В подгруппе экстренного ЭЛ ( $n = 14$ ) результат достигнут у 6 (42,9 % от подгруппы), планового ( $n = 40$ ) – у 28 (70,0 %). Рецидивы кровотечений возникали в 9 случаях (19,1 %), в 2 случаях потребовалось экстренное прошивание вариксов желудка в связи с ранним рецидивом кровотечения.

Рентгенэндоваскулярные вмешательства (РЭВ) включают реканализацию ( $n = 31$ ): успешный результат зафиксирован у 24 (77,4 %) пациентов, из них у 7 (22,6 %) дополнен TIPS, у 5 (16,1 %) – эмболизацией желудочных вен.

Гастростомия с прошиванием вариксов желудка ( $n = 32$ ): эффективность составила 56,3 % (18 пациентов).

Пяти пациентам впоследствии выполнено ЭЛ как второй этап лечения.

Ранней послеоперационной летальности не было. Суммарная частота рецидивов кровотечения в отдаленном периоде – 9,1 % (10 пациентов). Пятилетняя выживаемость составила 95,5 % (три пациента умерли от декомпенсации фоновых заболеваний).

**Выводы.** Эндоскопическое лигирование демонстрирует высокую эффективность при изолированном поражении вен пищевода. Рентгенэндоваскулярные вмешательства, направленные на реканализацию портального русла, являются методом выбора для патогенетической коррекции портальной гипертензии. Открытое прошивание варикозных вен сохраняет значение как метод окончательного гемостаза и профилактики рецидива при невозможности или неэффективности малоинвазивных методик. При сложных, сочетанных поражениях оптимальным представляется применение комбинированных методик.

# ОСЛОЖНЕННЫЕ ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ

Фетисов Н. И.<sup>1</sup>, Маскин С. С.<sup>1</sup>, Коровин А. Я.<sup>2</sup>,  
Попандопуло К. И.<sup>2</sup>, Матюхин В. В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград;

<sup>2</sup>Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар, Россия

**Актуальность.** Проблема диагностики и лечения осложненных опухолей тонкой кишки (ООТК) связана с редкостью патологии, проявляющейся кишечным кровотечением (КК), перфорацией (П), кишечной непроходимостью (КН). Часто ООТК возникают при экстренной (срочной) операции.

**Цель.** Анализ частоты осложнений ОТК. Улучшить результаты дооперационной диагностики и хирургического лечения ООТК.

**Материал и методы.** С 2006 по 2022 г. в исследование включен 101 пациент с ООТК. Средний возраст больных составляет ( $56,7 \pm 9,4$ ) лет, женщин – 64 (63,3 %) года. Опухоли двенадцатиперстной (ДПК) и тощей (ТК) кишки осложнились рецидивирующим КК у 10 пациентов (29,4 %), КК + острая кишечная непроходимость (ОКН) – у 7 (20,6 %) больных, инвагинация кишки (ИК) + острая кишечная непроходимость (ОКН) у 4 пациентов (11,8 %), обтурационная КН – у 11 (32,4 %), П – у 2 (5,9 %). У 5 пациентов ООТК в подвздошной кишке осложнились П (7,5 %), П + ОКН – у 5 (7,5 %), КН – 43 (64,2 %), ИК + КН – 9 (13,4 %), рецидивирующим КК – 4 (6,0 %), КК + КН – у 1 пациента (1,5 %).

**Результаты.** При отсутствии витальных осложнений ОТК пациентам показано полное дооперационное обследование по разработанному диагностическому алгоритму: обзорная рентгенография, УЗИ, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и колоноскопия, капсульная энтероскопия, КТ с дооперационным стадированием опухоли. Лапароскопия с определением степени резектабельности опухоли и получением биопсийного материала и далее лапароскопически ассистированная резекция тонкой кишки либо лапаротомия (ЛТ).

При КН, профузном КК, перитоните диагностика минимальна: обзорная рентгенография, УЗИ и экстренная ЛТ.

Диагностическая ценность, чувствительность и специфичность методов диагностики ООТК в экстренной ситуации и при плановом обследовании отличаются. Ультразвуковое исследование (УЗИ) на фоне КН ( $n = 51$ ) позволило выявить ОТК у 20 пациентов (39,2 %), у 31 пациента ОТК как причина КН не выявлена (60,8 %). Плановое УЗИ у 17 пациентов с персистирующей КН и остановленным КК помогло определить ОТК только у 3 (17,6 %).

Из 21 больного с признаками КК колоноскопия выполнена у 15 (71,4 %). У 8 пациентов (53,3 %) обнаружена кровь, поступающая через баугиниеву заслонку в купол слепой кишки. Капсульная энтероскопия ( $n = 4$ ) позволила визуализировать патологический очаг, оценить гемостаз и определить характер роста опухоли.

При ООТК информативна КТ в режиме ангиографии, которая у 31 пациента (59,6 %) способствовала диагностированию и стадированию ООТК.

Все пациенты были оперированы: 73 – срочно и экстренно, 28 – в отсроченном порядке. Резектабельность составляла 86,8 %. Часто встречалось поражение подвздошной кишки ( $n = 67$ ), морфологическая структура опухолей: аденокарцинома – 61,2 %, злокачественные – 17,9 % и доброкачественные – 10,4 % GIST, лимфома – 6 % и карциноид – 4,5 %. Осложнения были в виде обтурационной КН с И и П, либо без них, реже КК.

В тощей кишке ООТК ( $n = 28$ ), морфология опухолей: лейомиома – 46,4 %, гемангиома – 21,4 %, лейомиобластома – 10,7 %, дважды (7,1 %) – аденокарциномы и лимфомы, по одному разу (3,6 %) – миофиброматоз, неврилеммому. Для опухолей этой локализации характерны осложнения в виде КК, в единичных случаях тонкокишечной КН и сочетания И с КН и П.

Поражения ДПК обнаруживали редко ( $n = 6$ ), в 3 случаях выявлены аденокарциномы, в одном – аденоматозный полип, с развитием КН, однократно лимфома и аденокарцинома из эктопированной ткани слюнной железы, осложненные КК.

**Заключение.** Опухоли тонкой кишки на ранних стадиях развития, как правило, протекают бессимптомно, а осложнения – первые признаки заболевания. Разработка и реализация алгоритма обследования больных с ООТК позволяют выявить прямые и косвенные признаки патологии, определить стадию заболевания и выполнить радикальные операции у 86,8 %.

# СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Халимов Э. В., Михайлов А. Ю., Казанцев В. В., Татарских А. К.

*Ижевский государственный медицинский университет, кафедра общей хирургии, г. Ижевск, Удмуртская Республика, Россия*

**Актуальность.** По данным исследований в 1А фазу острого панкреатита (ОП) происходят патологические процессы, определяющие дальнейший исход заболевания. К факторам, способным снизить патологические процессы в поджелудочной железе в 1А фазу, могут быть отнесены аутофакторы крови, введенные через круглую связку печени.

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения больных с ОП в 1А фазу путем использования тромбоцитарного концентрата (ТК) аутокрови в комплексном лечении.

**Материал и методы.** Основу работы составили результаты обследования и лечения 92 пациентов с ОП. Они были госпитализированы в 1А фазу развития ОП. Статистическая совокупность сформирована с 2020 по 2025 г. С момента госпитализации 92 пациента получали лечение согласно Российским клиническим рекомендациям (2023), 44 (47,8 %) из них в комплексе лечебных мероприятий проведено введение в круглую связку печени аутоплазменного ТК согласно запатентованному способу «Способ лечения больных острым панкреатитом» (патент РФ № 2738669). Согласно предложенному способу (патент РФ № 2695706) из аутокрови пациента получали плазму, насыщенную тромбоцитами. Под сонографическим контролем в круглую связку печени вводили ТК в объеме 5,0 мл, первую процедуру – в день поступления, через два дня ее повторяли. Эти больные составили основную группу. Пациенты группы наблюдения – 48 (52,2 %) получали лечение согласно Российским клиническим рекомендациям (2023). Сформированные группы сопоставимы. Для определения степени тяжести ОП использовали КТ-исследование (КТ-индекс тяжести ОП по Baltazar, 1990), шкалу критериев первичной экспресс-оценки тяжести ОП Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи имени И. И. Джанелидзе.

Эндотоксикоз оценивали по лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ) В. К. Островского ( $N = 1,6 \pm 0,5$ ). Для оценки риска развития гнойных осложнений и летальных исходов использовали шкалу J. Ranson; статистической достоверности полученных результатов использованы методы с применением компьютерных программ.

**Результаты и обсуждение.** В 1–2 сут поступления в обеих группах согласно признакам шкалы критериев первичной экспресс-оценки тяжести ОП оценивали как средней тяжести. К 7–8 сут в основной группе преобладала легкая степень, в группе наблюдения в основном отмечено ухудшение до 5 баллов. Это соответствовало тяжелой степени ( $p \leq 0,05$ ). По данным КТ-исследования на момент поступления в группах основной и наблюдения КТ-индекс тяжести сопоставим. На 7–8-е сут, по данным КТ, в основной группе стадия В – у 39 (88,6 %), стадия С – у 5 (11,4 %). В группе наблюдения стадия В – у 10 (20,8 %), стадия С – у 29 (60,4 %) и стадия D – у 9 (18,8 %).

При исследовании лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) в группах основной и наблюдения в 1–2-е сут отмечено повышение более чем в 2 раза по сравнению с нормой ( $p \leq 0,05$ ). На 7–8-е сут в основной группе он составил  $2,9 \pm 0,2$ , в группе наблюдения  $5,6 \pm 0,8$ , превышая норму в 4 раза ( $p \leq 0,05$ ).

Оценка динамики показателей шкалы J. Ranson при поступлении в обеих группах составила 2 балла, но на 7–8-е сут в основной группе ( $1,0 \pm 0,2$ ) балла, а в группе наблюдения оставался высоким ( $4,4 \pm 0,5$ ) балла ( $p \leq 0,05$ ). В основной группе на 8–11-е сут лечения выписано 9 (20,5 %) пациентов, на 12–14-е сут – 26 (59,1 %). Лапароскопические вмешательства в этой группе потребовались у 7 (15,9 %), лапаротомия – у 2 (4,5 %) пациентов. Летальных исходов в этой группе не было. В основной группе средний койко-день составил  $20,4 \pm 5,1$ . В группе наблюдения на 8–11-е сут выписано 3 (6,3 %), на 12–14-е сут – 21 (43,7 %) пациент.

# ВАГОТОМИЯ В ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Халимов Э. В., Капустин Б. Б., Казанцев В. В.,  
Михайлов А. Ю., Татарских А.К.

*Ижевский государственный медицинский университет, кафедры общей и госпитальной хирургии, г. Ижевск,  
Удмуртская Республика, Россия*

**Актуальность.** Выполнение органосохраняющих операций с позиции этиопатогенеза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) – наиболее оправданная хирургическая тактика.

**Цель.** Проанализировать изменения кровотока и моторики в отделах желудка и ДПК в зависимости от вида ваготомии.

**Материал и методы.** Основу работы составили 70 пациентов, оперированных по поводу осложненного течения ЯБ ДПК в период с 2010 по 2025 г. Из них 16 (22,9 %) пациентам выполнена селективная проксимальная ваготомия (СПВ); 19 (27,1 %) – стволовая ваготомия (СТВ); 12 (17,1 %) – расширенная селективная проксимальная ваготомия (РСПВ) и 23 (32,9 %) – комбинированная желудочная ваготомия (КЖВ). Оценку кровотока и восстановления моторики в желудке и луковице ДПК проводили на 2–3-е сут, на 7–8-е сут и 20–25-е сут после операции.

Оригинальный метод исследования локального кровотока и моторики – гемомотородинамический мониторинг по З. М. Сигалу (2007). Он основан на регистрации изменений оптической плотности, обусловленных пульсовым кровотоком и перистальтической активностью стенки полых органов (патент РФ № 2248746). Полученные данные рассчитывали по специальной компьютерной программе. При статистической обработке использованы методы параметрической и непараметрической статистики.

**Результаты и обсуждение.** После СТВ на 2–3-е сут наблюдали наименее выраженное снижение показателей кровотока в отделах желудка и ДПК по сравнению с таковыми после других вариантов ваготомий ( $p < 0,05$ ). Наибольшее снижение показателей кровотока отмечено после РСПВ ( $p < 0,05$ ). После СПВ и КЖВ показатели кровотока в исследованных отделах желудка были снижены по сравнению с СТВ, но более высокие, чем после РСПВ ( $p \leq 0,05$ ). На 2-е сут в отличие от СТВ и РСПВ после СПВ и КЖВ зафиксирована моторная активность в желудке и луковице ДПК. После этих вариантов ваготомии слабую моторную активность отмечали к концу 3–

4 сут. На 7–8-е сут различия в восстановлении кровотока и моторики в исследуемых отделах сохранялись. Минимальные показатели кровотока наблюдали после РСПВ и СПВ, максимальные после КЖВ и СТВ ( $p \leq 0,05$ ). При этом моторная активность после КЖВ к 7–8 сут полностью восстанавливалась и в большинстве исследований соответствовала показателям неоперированного органа. Восстановление моторики после СПВ и РСПВ было медленное, наихудшие показатели моторной активности к 7–8 сут отмечены после СТВ ( $p \leq 0,05$ ). На 20–25-е сут после любого из вариантов ваготомии наблюдали восстановление кровотока и моторики в оперированных органах, что нивелировало относительные преимущества и недостатки каждого из вариантов ваготомий.

Сохранение адекватного кровотока и моторики в луковице ДПК при сниженной кислотности желудочного сока без медикаментозной поддержки создавали благоприятные условия для рубцевания язвы, которую наблюдали в среднем на 15–16-е сут после РСПВ, на 16–18-е сут после СПВ и КЖВ и 20–22-е – СТВ.

**Выводы.** В раннем послеоперационном периоде выраженность изменений органного кровотока и моторной активности желудка и ДПК после различных вариантов ваготомии предопределяет риск возможных ишемических и моторно-эвакуаторных нарушений. В функционально выгодном состоянии оперированные органы находятся после селективной проксимальной и комбинированной желудочной ваготомии.

# ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Халимов Э. В., Михайлов А. Ю., Лекомцев Б. А.,  
Стяжкина С. Н., Головина П. А.

*Городская клиническая больница № 6, г. Ижевск, Удмуртская Республика, Россия*

**Цель исследования.** Изучить патоморфологические и клинические особенности осложненного острого панкреатита (ООП) у пациентов пожилого возраста.

**Материал и методы.** Анализ данных протоколов вскрытий, умерших от ООП в Городской клинической больнице № 6 Удмуртской Республики в 2016–2018 гг. Уровень летальности при ООП в ГКБ № 6 составил 35 случаев: мужчин – 20 (57,1 %), женщин – 15 (42,9 %). Пациентов до 60 лет – 16 (45,7 %), 60–74 года – 11 (31,4 %), старше 75 лет – 8 (22,9 %); пожилого возраста (ППВ) – 19 (54,3 %), из них 8 мужчин и 11 женщин (в подгруппе – 42,1 % и 57,9 %).

**Результаты и обсуждение.** В первые 3–4 сут летальность составила 4 (11,4 %) пациента, все из подгруппы ППВ, на 5–6-е сут – 6 (17,1 %), из них ППВ – 2 (5,7 %), 7–14-е сут – 2 (5,7 %) пациента, 14–20 сут – 21 (60,0 %) пациент, из них 13 (37,1 %) – ППВ, позже 20 сут – 2 (5,7 %).

В поджелудочной железе на 3–4-е сут отмечены очаговые некрозы, на 5–6-е сут субтотальный некроз с геморрагической инфильтрацией, на 7–14-е сут тотальный некроз с распространением на забрюшинную клетчатку, позже 14 сут – с выраженной нейтрофильной инфильтрацией. Осложнения ОП; флегмона парапанкреатической клетчатки – 24 (67,0 %), все ППВ входят в эту подгруппу. Разлитой перитонит наблюдали у 27 (77,8 %), среди них – 10 (28,5 %) ППВ.

Изменения печени: дистрофия гепатоцитов – 60,0 %, кровоизлияния – 34,3 %, отек межлочных пространств – 78,3 %, лимфоидно-нейтрофильная инфильтрация – 63,9 %, некроз гепатоцитов – 14,0 %. У ППВ изменения печени составляют 100,0 % случаев.

Изменения в почках: дистрофия эпителия – 88,3 %, нефросклероз – 51,4 %, гиалиноз – 82,9 %, лимфоидно-нейтрофильная инфильтрация – 70,0 %. У ППВ изменения почек встречаются в 85,9 %. Атеросклероз сосудов – в 65,7 %, у ППВ – в 96,5 % случаев.

Изменения миокарда: гипертрофия желудочков – в 96,9 %, кардиомиопатия – 33,8 %. У ППВ изменения со стороны сердца – у 80,2 %; легких: шоковые легкие – 16,7 %, острый респираторный дистресс-синдром – 49,3 %.

У ППВ изменения со стороны легких – у 68,5 % пациентов. Полиорганную недостаточность (ПОН) с поражением двух систем наблюдали у 49,5 % пациентов, у ППВ – у 84,3 %, с поражением трех систем и более – в 24,2 %, у ППВ – в 60,2 % случаев.

**Выводы.** В структуре летальности ООП ППВ составляют значительную часть, доминируют женщины. При ООП у ППВ преобладает флегмона парапанкреатической клетчатки. У ППВ чаще развивается ПОН с поражением трех систем и более. Среди ПОН ведущее значение имеют нарушения печеночной, почечной и сердечно-сосудистой систем. У ППВ при ООП с учетом полученных результатов необходимо разработать схему консервативного лечения и формирования оперативной программы.

# ЭЛАСТОМЕТРИЯ СЕЛЕЗЕНКИ – НЕДООЦЕНЕННЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Хоронько Ю. В., Прядко Д. В., Моргунов М. Н.,  
Дубинин А. М., Матвеев В. К.

*Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия*

**Актуальность.** Благодаря диагностической ценности эластометрии печени (ЭлМП) ее широко применяют в клинической практике. За последние годы появились публикации, свидетельствующие о многообещающих возможностях эластометрии селезенки (ЭлМС) при осложненной портальной гипертензии (ПГ), сопровождающейся спленомегалией (СМ) у пациентов с циррозом печени (ЦП).

**Цель исследования** – изучить диагностические и прогностические возможности ЭлМС у больных с осложненной ПГ цирротического генеза в контексте предстоящей операции трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS).

**Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения 143 больных с осложненной ПГ, подвергшихся в 2017–2025 гг. операции TIPS. Техника выполнения шунтирующего вмешательства соответствовала общепринятой в большинстве специализированных центров. Помимо клинико-лабораторных и инструментальных методик, используемых стандартно для диагностики ПГ и особенностей течения ЦП, с 2020 г. пациентам проводили ЭлМС с помощью аппарата Philips Affiniti 70. Методики ЭлМС сдвиговой волны: точечная ElastPQ и двухмерная ElastQ. Это диагностический инструмент, позволяющий на основе разработанной методики оценить давление в системе воротной вены (ВВ), а также прогнозировать факторы риска цирротической кардиомиопатии (ЦирКМП). Для решения этой задачи применяли ROC-анализ, позволивший оценить прогностическую ценность факторов, сопутствующих осложненной ПГ, относительно их влияния на клиническую манифестацию ЦирКМП.

**Результаты.** Разработан «Способ определения давления в воротной вене при циррозе печени» (патент РФ № 2835773 (2025)). Для расчета портального давления, помимо значений жесткости селезенки, устанавливаемой при ЭлМС, определяют два параметра – жесткость ткани печени при ЭлМП и количество спонтанных портосистемных шунтов при портальной фазе спиральной компьютерной томографии (СКТ) с внутривенным контрастированием. Точность дооперационного определения давления в ВВ с помощью неинвазивной методики подтверждена данными прямой портоманометрии в ходе последующего проведения пациентам операции TIPS. Погрешность составила в среднем  $(1,03 \pm 0,92)$  мм рт. ст., что в процентном выражении соответствует  $(3,03 \pm 3,12)$  %.

Установлено, что после проведения операции TIPS больным с осложненной ПГ жесткость селезенки – наиболее значимый фактор риска манифестации ЦирКМП. Для порогового ее значения в 61,6 кПа установлены чувствительность 91,89 % и специфичность 94,12 %, площадь под ROC-кривой составила  $0,976 \pm 0,012$ .

Информативность жесткости селезенки превалировала над факторами: балл по ChP ( $>8$ ), альбумин плазмы ( $<37$  г/л), баллы MELD ( $>15$ ), жесткость печени ( $>31,5$  кПа), а также уровень билирубина, длинник и объем селезенки, влияние которых считают невысоким.

**Заключение.** ЭлМС обладает значительной диагностической ценностью у пациентов с ПГ цирротического генеза и применяется для установления жесткости селезеночной ткани как таковой и для неинвазивного определения повышенного давления в ВВ, а также в качестве значимого прогностического фактора риска манифестации ЦирКМП после проведения операции TIPS.

# ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНКЕРНЫХ НИТЕЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ФОРМИРОВАНИИ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗОВ

Чайкин А. А.<sup>1,2</sup>, Чайкин Д. А.<sup>1,2</sup>, Теплякова О. В.<sup>1,2</sup>, Петрушко С. И.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого;

<sup>2</sup>Клиническая больница «РЖД – Медицина», г. Красноярск, Россия

**Введение.** В доступной литературе отсутствует информация о преимуществах или недостатках использования разных систем безузловой фиксации тканей при лапароскопической гастроэнтеростомии. Это затрудняет их обоснованный выбор.

**Цель исследования.** Выполнить сравнительную оценку непосредственных результатов применения анкерных монопонтей со спиральной и оппозиционной ориентацией насечек на этапе формирования гастроэнтероанастомоза при лапароскопическом минигастрошунтировании (ЛМГШ).

**Материал и методы.** У 80 пациентов на этапе мануального формирования гастроеюноанастомоза при ЛМГШ использовали анкерные нити: в первой группе (38 пациентов) – со спиральной ориентацией однонаправленных насечек; во второй (42 пациента) – с оппозиционной. Группы были сопоставимы по демографическим характеристикам, индексу массы тела, характеру коморбидной патологии и частоте ранее перенесенных операций.

**Результаты.** Продолжительность интраабдоминального этапа ЛМГШ, а также наложения гастроеюноанастомоза в выделенных группах значимо не отличалась. Гастроеюноанастомоза с помощью анкерных нитей занимала в среднем до 24,4 % операционного времени. Объем кровопотери не превышал 50 мл и не имел существенных межгрупповых различий. Интраоперационные осложнения имели место у пяти из 80 пациентов, что составило

6,3 %. Большинство осложнений (единичные случаи десерозации тонкой кишки, кровотечения из сосудов большого сальника, капсулы печени) предшествовали этапу формирования гастроеюноанастомоза, не были связаны с его особенностями и отражали технические трудности идентификации связки Трейтца и формирования билиопанкреатической петли у пациентов с индексом массы тела (ИМТ) более 50. Единственное осложнение, относящееся к этапу гастроеюноанастомоза – отсутствие герметичности гастроеюноанастомоза по результатам зондовой пробы с раствором метиленового синего, отмечено у пациентки второй группы. Дефект локализован на передней стенке анастомоза, герметичность обеспечена наложением дополнительного непрерывного серозно-мышечного шва анкерной нитью со спиральной ориентацией однонаправленных насечек.

Согласно критериям системы Clavien – Dindo – Strasberg у 8 (10 %) из 80 пациентов развились неспецифические малые послеоперационные осложнения. С учетом непродолжительной потребности в соответствующей медикаментозной коррекции, дренировании троакарной раны у одной пациентки с серомой эти состояния отнесены к осложнениям первой степени тяжести системы Accordion. Значимые межгрупповые различия при сравнении частоты отдельных послеоперационных осложнений или их суммарного количества не выявлены.

В течение 30 сут периода послеоперационного стационарного и амбулаторного наблюдения в группах не зафиксированы случаи развития несостоятельности гастроэнтероанастомоза, степлерного шва желудка, интраабдоминальных абсцессов, а также кровотечений, включая желудочно-кишечные. Предусмотрены нвазивные методы диагностики и повторных оперативных вмешательств. Интра- и послеоперационные осложнения не оказали значимого влияния на продолжительность госпитализации, медиана которой в первой и второй группах составила 3,0 сут ( $p = 0,890$ ).

**Заключение.** Отсутствие значимых различий в продолжительности интраабдоминального этапа ЛМГШ, во времени гастроэнтеростомии, частоте и тяжести периоперационных осложнений, сроках госпитализации пациентов свидетельствует о сопоставимых непосредственных результатах использования анкерных нитей с оппозиционным и спиральным расположением насечек.

# ОРИГИНАЛЬНЫЙ БЕСФИКСАЦИОННЫЙ МЕТОД ЛАПАРОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Черепанин А. И.1, Анашкин С. Г.2, Баширов А. З.2, Черепанин И. А.1

<sup>1</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, г. Москва;

<sup>2</sup>Обнинский институт атомной энергетики – филиал Национального исследовательского ядерного университета «МИФИ»;

<sup>3</sup>Клиническая больница № 8 ФМБА, г. Обнинск, Россия

**Актуальность.** Отказ от фиксации сетчатого протеза такерами при эндоскопической герниопластике – мера профилактики хронической послеоперационной боли, повышающий риск миграции имплантата и возникновения рецидива. Достижение оптимального баланса между надежностью и безопасностью метода – актуальная задача.

**Цель исследования.** Сравнительный анализ эффективности модифицированного бесфиксационного метода лапароэндоскопической паховой герниопластики в профилактике хронического болевого синдрома и рецидивов по сравнению со стандартной методикой (EHS).

**Материал и методы.** В проспективное когортное исследование включены 210 пациентов с первичными паховыми грыжами малых и средних размеров. Основная группа ( $n = 60$ ): применен модифицированный метод с продольным кроем стандартного полипропиленового протеза 10 x 15 см и шиванием его бранши вокруг семенного канатика в предбрюшинной позиции (TEP – 30, TAPP – 30). Контрольная группа пациентов ( $n = 150$ ): стандартная герниопластика по методике EHS (TEP – 80, TAPP – 70), выполненная в 2004–2017 гг. Группы сопоставимы по возрасту (медиана 53,5 и 54,2 года) и индексу массы тела (ИМТ) (средний 29,5). Срок наблюдения – 10 лет. Для статистического анализа использован критерий  $\chi^2$ .

**Результаты.** В основной группе пациентов не зарегистрировано ни одного случая хронического послеоперационного болевого синдрома, в контрольной группе он отмечен у 7 пациентов (4,7%). Частота рецидивов, связанных с миграцией протеза, в основной группе составила 3% (2 пациента), в контрольной – 3% (4 пациента). Все случаи зафиксированы в течение первого года после операции. Статистически значимой разницы в частоте рецидивов между группами не выявлено.

**Выводы.** Предложенная модификация бесфиксационной лапароэндоскопической герниопластики демонстрирует статистически достоверное преимущество в виде полного предотвращения хронического послеоперационного болевого синдрома при сопоставимой со стандартной методикой (EHS) надежности в отдаленном периоде (частота рецидивов – 3%). Предложенный метод – эффективный и безопасный вариант хирургического лечения первичных паховых грыж.

# ЧРЕСКОЖНЫЕ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫЕ ПУНКЦИОННЫЕ САНАЦИОННО-ДЕКОМПРЕССИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Черепанин А. И.<sup>1</sup>, Анашкин С. Г.<sup>2</sup>, Мирсаидов М. Н.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, г. Москва;

<sup>2</sup>Обнинский институт атомной энергетики – филиал Национального исследовательского ядерного университета «МИФИ»;

<sup>3</sup>Клиническая больница № 8 ФМБА, г. Обнинск, Россия

**Актуальность.** Острый холецистит (ОХ) – одно из самых распространенных заболеваний в хирургической практике. Оно часто встречается и представляет наибольшую опасность у пациентов старшей возрастной группы, у которых возможности проведения миниинвазивной операции ограничены в результате высокого уровня летальности на фоне коморбидных заболеваний и возникающих осложнений. С целью предотвращения проведения холецистэктомии в неотложном порядке у пациентов с ОХ и высоким операционно-анестезиологическим риском (ВОАР) используют варианты декомпрессии желчного пузыря. В результате возникающих осложнений варианты декомпрессии остаются предметом обсуждения.

**Осложнения:** дислокация дренажной трубки, болевой синдром и нагноение подкожной клетчатки в области стояния дренажа, миграция и выпадение холецистостомического дренажа, кровотечение и желчеистечение в брюшную полость, возникновение непроходимости дренажа и несостоятельность холецистостомы.

**Материал и методы:** исследовано течение ОХ у 125 пациентов с тяжелой коморбидной патологией, отнесенных к категории 3 согласно Токийским критериям (TG13) и 4ASA согласно физикальному статусу поступивших в Клиническую больницу № 8 ФМБА г. Обнинска в период с 2015 по 2025 г. В течение 48 ч не удалось достичь улучшения течения заболевания. Пациентам выполнена декомпрессия желчного пузыря путем чрескожной чреспеченочной пункции (ЧЧПЖП) под УЗ-наведением. Выполняли мониторинг клинической симптоматики, физикального статуса, УЗ-характеристик печени и желчного пузыря, лабораторных тестов, температурной реакции.

**Результаты исследования.** У 116 пациентов удалось избежать неотложной операции: у 90 – путем однократной и у 26 – двукратной пункции. Положительная клинико-инструментальная динамика отмечена непосредственно после ЧЧПЖП в течение первых 6–8 ч с последующим стиханием острого воспалительного процесса. У 8 пациентов в результате отсутствия клинической динамики выполнена открытая холецистэктомия. У одного пациента после ЧЧПЖП отмечено внутрибрюшное кровотечение, которое было устранено в ходе неотложной открытой холецистэктомии. Летальных исходов не было.

**Выводы.** Пункционная декомпрессия и санация желчного пузыря – доступный, безопасный и надежный метод купирования ОХ, способный предотвратить необходимость неотложного проведения оперативного лечения в условиях ВОАР. Уменьшение болевого синдрома, частоты сердечных сокращений, температуры тела, уровня лейкоцитов крови и УЗ-маркеров воспалительного процесса стенки желчного пузыря в течение 6 ч после ЧЧПЖ – прогностические признаки купирования ОХ. Использование пункционного метода в комплексе лечения пациентов категории 3(TG13) позволяет снизить уровни летальности и улучшить результаты лечения наиболее тяжелой категории пациентов с ОХ и коморбидной патологией.

# АНАЛИЗ СОМАТОТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Черкасов Д. М., Черкасов М. Ф., Меликова С. Г.,  
Ендренко К. В., Полупанова Э. Т.

*Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия*

**Актуальность.** Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) – наиболее частая причина развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Это состояние, встречающееся более чем у 20 % всех пациентов. Структуры пищеводно-желудочного перехода (ПЖП), морфология которого нарушается при ГПОД, не способны адекватно функционировать в качестве антирефлюксного барьера. Эти структуры имеют выраженные типовые отличия в строении, что может влиять на степень их компенсаторных возможностей. Устранение ГПОД в ходе антирефлюксных вмешательств и восстановление нормальной морфологии ПЖП не позволяют полностью исключить рецидив ГПОД и развитие осложнений, оставляя вопросы хирургической тактики открытыми. Учет соматотипологических особенностей в рамках персонализированного подхода может повысить эффективность лечения осложненных ГПОД.

**Материал и методы.** В анатомическом исследовании проанализированы данные видеоэндоскопии 80 пациентов. В клиническое исследование включено 226 пациентов, которым были выполнены антирефлюксные вмешательства по поводу ГПОД, осложненных эрозиями слизистой оболочки пищевода (СОП). Средний возраст –  $(53,4 \pm 6,1)$  года. По классификации Granderath ГПОД у пациентов разделены на малые (27,9 %), большие (55,3 %) и гигантские (16,8 %). Метаплазия СОП была диагностирована у 21 % больных. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от соматотипа: мезоморфный (52,7 %) брахиморфный (30,0 %) и долихоморфный (17,3 %). Соматотип пациента определял методику пластики пищеводного отверстия – местными тканями или с применением сетчатого эндопротеза. Курсы аргонноплазменной коагуляции (АПК) у пациентов с метаплазией СОП проводили через 1–2 мес после операции на фоне антисекреторной терапии.

**Результаты и обсуждение.** В ходе анатомического исследования наименьшие компенсаторные возможности структур ПЖП были у пациентов брахиморфного типа: диаметр отверстия кардии был выражено больше, степень выраженности желудочных складок – слабой (81,8 %), а размеры складки Губарева, выполняющей вентильную роль, были значительно меньше. Изучены дистрофические процессы ножек диафрагмы, характерные для пациентов старшего возраста и брахиморфного соматотипа. Вышеизложенное обосновывает необходимость применения сетчатого эндопротеза при пластике пищеводного отверстия у пациентов этого соматотипа.

В клиническом исследовании все больные перед операцией прошли курс консервативной терапии. В ходе антирефлюксного вмешательства сетчатые эндопротезы использовали в случаях гигантских и больших ГПОД у пациентов брахиморфного типа (28,1 %). Осложнений и рецидивов основного заболевания в послеоперационном периоде не было диагностировано ни в одном из случаев. Лечение эрозий и метаплазии СОП проводили курсами АПК после выполненной антирефлюксной операции, способствующей эпителизации. В среднем выполняли от 2 до 5 курсов, во всех случаях при контрольной эндоскопии выявлен полный регресс метапластических изменений, также верифицированный морфологически. В отдаленные сроки наблюдению оказались доступны 160 пациентов. Хорошие результаты при оценке по шкале GERD-HRQL получены в 86,3 % случаев, удовлетворительные – в 11,2 % и неудовлетворительные – только в 2,2 %.

**Выводы.** Учет соматотипологических особенностей в хирургическом лечении осложненных ГПОД позволяет снизить частоту рецидивов и успешно бороться с осложнениями, повышая эффективность антирефлюксных вмешательств и улучшая качество жизни больных.

# ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ВИДЕОЭНДОХИРУРГИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

Черкасов М. Ф., Черкасов Д. М., Галашокян К. М.,  
Ендоренко К. В., Полупанова Э. Т.

Ростовский государственный медицинский университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия

**Актуальность исследования.** Для операций на пищеводе видеоэндоскопические технологии имеют преимущества, так как доступы к нему в связи с особенностями анатомического расположения в заднем средостении в окружении жизненно важных структур более травматичны, чем оперативный прием. Вопросы, касающиеся выбора доступа, объема оперативного вмешательства, применения различных технических приемов, особенно с использованием видеоэндоскопической техники, остаются дискуссионными. Учет соматотипологических особенностей в рамках персонализированного подхода может повысить эффективность лечения доброкачественных заболеваний пищевода.

**Цель исследования.** Улучшение результатов оперативного лечения доброкачественных заболеваний пищевода.

**Материал и методы.** Анализированы результаты лечения 217 пациентов с доброкачественными заболеваниями пищевода, оперированных с применением лапароскопических технологий: ахалазия и диффузный спазм пищевода ( $n = 163$ ), пищеводный дивертикул ( $n = 31$ ) и доброкачественные опухоли пищевода ( $n = 23$ ).

В анатомическом исследовании изучены данные 80 видеоэндоскопий. Пациенты объединены в три группы в зависимости от соматотипа: мезоморфный (52,7 %) брахиморфный (30,0 %) и долихоморфный (17,3 %). Соматотип определял положение пациента на операционном столе при торакоскопическом доступе к пищеводу.

**Результаты и обсуждения.** Доступ к пищеводу зависит от расположения патологического процесса. Анатомические исследования показали, что лапароскопический доступ позволяет выполнять операции как на абдоминальном, так и на грудном отделах пищевода до средней трети. Правосторонний торакоскопический подход позволяет манипулировать на грудном отделе пищевода, левосторонний торакоскопический – на уровне нижней и средней трети, а при диафрагмотомии – на брюшном отделе пищевода и желудка.

Среди исследуемых пациентов при оперативном пособии по поводу ахалазии пищевода выявлено 18 случаев (8,3 %) повреждений стенки пищевода. У 8 пациентов (3,7 %) это осложнение привело к конверсии в лапаротомию, у 10 (4,6 %) дефекты слизистой устранены лапароскопическим методом. У 2 пациентов (0,9 %) с кровотечением выполнена конверсия.

В послеоперационном периоде у 4 пациентов (1,8 %) сформирован послеоперационный пищеводный свищ (III кл. по Clavien – Dindo). Из них в двух наблюдениях с ахалазией пищевода (1,2 %), по одному наблюдению с эпифренальным дивертикулом (3,2 %) и с лейомиомой пищевода (4,3 %). Во всех случаях свищи лечили с помощью разработанной методики вакуумной терапии. Выздоровление при этом осложнении достигнуто от 24 до 32 дней с начала лечения (средний срок – 28,3 дня).

Долгосрочные результаты лечения проанализированы у 136 (83,4 %) пациентов с ахалазией пищевода. У 2 (1,2 %) пациентов верифицирована проходящая дисфагия, у 4 (2,4 %) – изжога, а в 1 (0,6 %) наблюдении возник рецидив заболевания. Восстановление нормальных параметров по опроснику качества жизни SF-36 отмечено к первому году послеоперационного периода.

**Выводы.** Индивидуализация доступа к пищеводу способствует снижению частоты возникновения осложнений. Большинство интраоперационных осложнений устранено видеоэндоскопически без необходимости конверсии. Вакуумная терапия – эффективный альтернативный метод лечения послеоперационных пищеводных свищей.

# ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ

Чернат М. В.<sup>1</sup>, Георгица В. А.<sup>2</sup>, Мишин И. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Онкологический институт, отделение гастрохирургии;

<sup>2</sup> Государственный университет медицины и фармации, лаборатория гепатопанкреатобилиарной хирургии имени Н. Тестемциану», г. Кишинёв, Республика Молдова

**Ключевые слова:** гастроинтестинальная стромальная опухоль, тонкая кишка, комплексное лечение.

**Введение.** Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) – редкие мезенхимальные новообразования желудочно-кишечного тракта. С локализацией в тонкой кишке ГИСО составляют от 30 до 40 %.

**Цель исследования.** Анализ частоты, особенностей клинической картины, гистопатологических и иммуногистохимических характеристик, а также результатов лечения ГИСО тонкой кишки (ГИСО-ТК).

**Материал и методы.** Проведена ретроспективная оценка 215 пациентов с ГИСО (c-kit/CD117+) различной локализации, оперированных в 2007–2025 гг.

**Результаты.** В исследуемую группу вошли 70 (32,6 %) пациентов с ГИСО-ТК; соотношение мужчин и женщин – 1,0:1,1. Средний возраст – (57,58 ± 1,67) года (95 % ДИ: 54,26 – 60,91). Основные симптомы – боли в животе, зарегистрированные в 60 (85,7 %) случаях. Первичное обращение с осложнением отмечено у 24 (34,3 %) пациентов: желудочно-кишечное кровотечение – 12 (50 %) случаев, перфорация – 8 (33,3 %), кишечная непроходимость – 4 (16,7 %).

Локализация опухолей в тонкой кишке: тощая кишка – 41 (58,6 %) случаев, подвздошная кишка – 29 (41,4 %). Солитарные опухоли выявлены у 65 (92,9 %) пациентов, множественные – 5 (7,1 %) случаев ( $p < 0,0001$ ). Экстралюминальный тип роста опухоли отмечен в 66 (94,3 %) случаях и внутрипросветный – в 4 (5,7 %).

Спектр выполненных хирургических вмешательств включал: клиновидная резекция тонкой кишки или ограниченная экцизия опухоли – 16 (22,9 %) случаев; резекция тонкой кишки с анастомозом – 54 (77,1 %),  $p < 0,0001$ . Средний размер ГИСО-ТК составил (9,25 ± 0,72) см (95 % ДИ: 7,82–10,69). Частота ГИСО-ТК размером ≤ 5 см по сравнению с > 5 см – 17 (24,3 %) vs 53 (75,7 %),  $p < 0,0001$ . Среднее число митозов в группах ≤ 5 см и > 5 см – 3,0 ± 0,72 (95 % ДИ: 1,48–4,52) vs 12,0 ± 1,67 (95 % ДИ: 8,67–15,36).

При иммуногистохимическом исследовании: c-kit/CD117 (+) – у всех пациентов; среднее значение индекса митотической активности Ki-67 – (10,2 ± 1,33) % (95 % ДИ: 7,50–12,89). Метастазы при первичном обращении выявлены в 11 (15,7 %) случаях. Прогрессирование заболевания отмечено у 9 (12,9 %) пациентов. Комбинированное лечение (хирургическое + иматиниб мезилат) проведено у 36 (51,4 %) больных. Средняя общая выживаемость составила (67,9 ± 6,38) мес (95 % ДИ: 55,24–80,70).

**Выводы.** ГИСО-ТК характеризуются неспецифической клинической картиной или могут первично проявляться осложнениями. ГИСО-ТК в большинстве случаев являются солитарными и относятся к группе высокого риска. Хирургическое лечение – основной метод лечения (операции ограниченного объема), однако гистопатологические характеристики определяют целесообразность применения комплексного лечения (хирургическое + иматиниб мезилат).

# ОПЫТ МОСКОВСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ИМЕНИ С. П. БОТКИНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шабунин А. В.<sup>1,2</sup>, Араблинский А. В.<sup>1,2</sup>, Цуркан В. А.<sup>1,2</sup>,  
Дроздов П. А.<sup>1,2</sup>, Карпов А. А.<sup>1,2</sup>, Астапович С. А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Московский многопрофильный научно-клинический центр имени С. П. Боткина;

<sup>2</sup>Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, г. Москва, Россия

**Актуальность.** Портальная гипертензия у больных циррозом печени – ведущая причина летальности вследствие кровотечений из варикозно расширенных вен, рефрактерного асцита и прогрессирующей печеночной недостаточности. В условиях дефицита донорских органов ключевая задача трансплантационного центра – купирование осложнений и сохранение пациентов в листе ожидания в компенсированном статусе. Эндovasкулярные технологии (TIPS, частичная эмболизация селезенки, BRTO, интрапортальная клеточная терапия) составляют основу минимально инвазивной хирургической подготовки кандидатов на трансплантацию печени.

**Цель исследования.** Оценить результаты комплексного применения эндovasкулярных методов лечения портальной гипертензии у пациентов, находящихся в листе ожидания трансплантации печени Московского многопрофильного научно-клинического центра имени С. П. Боткина.

**Материал и методы.** Проведен анализ клинических результатов изолированного TIPS (100 больных), симультанного TIPS + частичная эмболизация селезенки (чрескожная электронейростимуляция (ЧЭС) – 50 больных), TIPS + интрапортальное введение аутологичных мезенхимальных стволовых клеток (МСК; 30 больных), трехкомпонентной методики TIPS + ЧЭС + интрапортальное введение MSC (20 больных), а также баллонной ретроградной трансвенозной облитерации (BRTO; 20 больных) у пациентов с циррозом печени и клинически значимой портальной гипертензией.

**Результаты.** При изолированном TIPS технический успех составил 100 %; портокавальный градиент снизился в среднем с 21,8 до 10,5 мм рт. ст., целевое давление <12 мм рт. ст. достигнуто у 93 % больных. Годичная выживаемость – 96,8 %, ранняя летальность – 1,0 %. Симультанное TIPS + ЧЭС обеспечило снижение портального давления с 20,9 до 10,4 мм рт. ст., число тромбоцитов выросло с  $56 \times 10^9/\text{л}$  до  $>100 \times 10^9/\text{л}$ , уровень лейкоцитов – на 40–60 %. Однолетняя выживаемость составила 94 %, частота печеночной энцефалопатии не превышала 6 %, рецидивы кровотечений отмечены у 2 % пациентов. Комбинация TIPS + интрапортальное введение MSC приводила к до-стойверному улучшению функции печени (рост альбумина на 7–8 г/л, снижение билирубина на 15–20 мкмоль/л, уменьшение MELD на 3–4 пункта) при госпитальной летальности – 0 % и однолетней выживаемости – 93,3 %.

Трехкомпонентная методика (TIPS + ЧЭС + МСК) продемонстрировала максимальный клинический эффект: регресс асцита у 75 % больных, дву-кратное увеличение уровня тромбоцитов, снижение MELD с 18,5 до 13,8 при отсутствии госпитальной летальности и однолетней выживаемости – 100 %.

BRTO у 20 пациентов с варикозным расширением вен желудка и функционирующим гастроренальным шунтом обеспечила полную облитерацию вариксов в 100 % случаев, отсутствие рецидивов желудочного кровотечения в срок до 18 мес и летальность 5 %; отмечено контролируемое нарастание асцита при одновременном улучшении когнитивного статуса.

Выводы. Формирование в Московском многопрофильном научно-клиническом центре имени С. П. Боткина дифференцированной программы эндоваскулярного лечения портальной гипертензии, включающей изолированный и симультанный TIPS, частичную эмболизацию селезенки, интра-портальную клеточную терапию и BRTO, позволило достоверно снизить частоту рецидивирующих кровотечений, скорректировать гиперспленизм и улучшить функцию печени у кандидатов на трансплантацию. Высокие показатели однолетней выживаемости и приемлемый профиль безопасности подтверждают, что эндоваскулярные технологии рассматривают как стандарт минимально инвазивной хирургической подготовки больных с клинически значимой портальной гипертензией в крупном трансплантационном центре.

# ОПЫТ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ФУНДОПЛИКАЦИЙ В СОВРЕМЕННОЙ КОНЦЕПЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Шабунин А. В., Карпов А. А., Климашевич А. В.,  
Андрейцев И. Л., Гугнин А. В., Юдин М. Ю., Султыгов А. Х.

*Московский многопрофильный научно-клинический центр имени С. П. Боткина, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Малоинвазивные оперативные вмешательства как способ лечения симптомных грыж пищевода отверстия диафрагмы (ГПОД), осложненных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), в течение 30 лет являются приоритетным направлением в сравнении с лапаротомными операциями. До 2010 г. лапароскопические фундопликации считались золотым стандартом антирефлюксной терапии. С 2018 г. отмечают рост робот-ассистированных операций. На сегодняшний день робот-ассистированная хирургия – современная альтернатива, имеющая очевидные преимущества для хирурга и больного.

**Материал и методы.** Оперативному лечению подлежат грыжи симптомные параэзофагеальные (II–IV и I типа), сопровождающие ГЭРБ и не имеющие положительного эффекта от терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП). Группу клинического исследования составили 270 больных, оперированных в Московском многопрофильном научно-клиническом центре имени С. П. Боткина с 2018 по 2025 г. Из них в соответствии с классификацией SAGES хиатальную грыжу I типа наблюдали у 7 (1,8 %) больных, II типа – у 25 (9,3 %), III типа – у 141 (52,2 %), IV типа – 99 (36,7 %) пациентов. Лапароскопическая фундопликация выполнена в 109 случаях (40,4 %), робот-ассистированная фундопликация – 161 случай (59,6 %).

**Полученные результаты.** Среди больных ГПОД I и II типов лапароскопическая операция выполнена 14 пациентам (5,2 %), робот-ассистированная фундопликация – 18 (6,7 %). ГПОД III типа лапароскопически оперирована у 63 больных (23,3 %), робот-ассистированным методом – 78 пациентов (28,9 %). В группе пациентов с ГПОД IV типа лапароскопическая фундопликация выполнена в 32 случаях (11,9 %), робот-ассистированная – в 67 (24 %). Фундопликация по Ниссену осуществлена 259 (95,9 %) больным, а в модификации А. Ф. Черноусова – в 11 (4,1 %) случаях. Время операции в группе с лапароскопическим методом лечения составило в среднем 155 мин, в группе с робот-ассистированным вмешательством – 122 мин.

Послеоперационные осложнения по классификации Clavien – Dindo в группе лапароскопических вмешательств до 2-й степени были зарегистрированы в 8 случаях (7,3 %), в робот-ассистированной группе – 7 случаях (4,3 %). Рецидив грыжи пищеводного отверстия диафрагмы отмечен в 5 случаях

(4,6 %) после лапароскопической фундопликации и у 3 больных (1,8 %) после робот-ассистированной операции. В группе операций после робот-ассистированной крурорафии, фундопликации по А. Ф. Черноусову у одной больной зарегистрирован летальный исход. Он наступил ввиду отягощенной сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, а также на фоне ишемических изменений стенки дна желудка с некрозом.

**Обсуждение.** Малоинвазивные хирургические технологии в лечении симптомных грыж пищеводного отверстия диафрагмы занимают приоритетное положение. Широкое внедрение лапароскопических и робот-ассистированных операций позволяет добиться быстрого реабилитационного периода, снижения процента интра- и послеоперационных осложнений, а также сокращения сроков стационарного лечения.

**Выводы и рекомендации.** Преимущества робот-ассистированных операций в сравнении с лапароскопическими очевидны. Различия в техническом исполнении позволяют делать выводы о целесообразности использования роботической хирургии в условиях повышенной сложности, а именно – при ГПОД III–IV типа. Однако составление окончательных рекомендаций по выбору метода в зависимости от характеристик хиатальной грыжи предполагает дальнейшее более масштабное исследование.

# ПРЕИМУЩЕСТВА КОМБИНИРОВАННЫХ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У КАНДИДАТОВ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПЕЧЕНИ

Шабунин А. В.<sup>1,2</sup>, Минина М. Г.<sup>2</sup>, Дроздов П. А.<sup>1,2</sup>,  
Карпов А. А.<sup>1,2</sup>, Левина О. Н.<sup>2</sup>, Цуркан В. А.<sup>2</sup>, Астапович С. А.<sup>2</sup>,  
Соломатин Д. А.<sup>2</sup>, Курбанов И. И.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования;

<sup>2</sup>Московский многопрофильный научно-клинический центр имени С. П. Боткина;

<sup>3</sup>Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, г. Москва, Россия

**Введение.** Портальная гипертензия у больных циррозом печени, находящихся в листе ожидания трансплантации, определяет развитие жизнеугрожающих осложнений и во многих случаях является лимитирующим фактором выполнения трансплантации печени.

Современные малоинвазивные хирургические технологии позволяют снизить портальное давление и воздействовать на ассоциированные проявления заболевания – гиперспленизм и гепатоцеллюлярную недостаточность.

**Материал и методы.** В исследование включено 58 пациентов – кандидатов на трансплантацию печени, проходивших лечение в Московском многопрофильном научно-клиническом центре имени С. П. Боткина в 2022–2025 гг.

Группа I (ретроспективная,  $n = 32$ ): выполнено трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (ТИПС) в сочетании с частичной эмболизацией селезенки (ЧЭС).

Группа II (проспективная,  $n = 26$ ): одномоментно выполнены ТИПС и ЧЭС с последующим этапным внутриворотальным введением аутологичных мезенхимальных стволовых клеток (МСК).

Оценивали динамику показателей функции печени (билирубин, МНО, альбумин), степень печеночной недостаточности по шкалам MELD и Child – Pugh, выраженность асцитического синдрома, частота парacentезов, рецидивы кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и госпитальная летальность.

**Результаты.** В группе комбинированного лечения (ТИПС + ЧЭС + МСК) отмечено достоверное улучшение показателей синтетической функции печени. Уровень MELD снизился с  $15,8 \pm 3,4$  до  $13,2 \pm 3,1$  ( $p < 0,01$ ), баллы Child – Pugh – с  $9,7 \pm 1,4$  до  $8,3 \pm 1,2$  ( $p < 0,01$ ). Концентрация альбумина увеличилась с  $28,9 \pm 4,3$  до  $31,5 \pm 3,6$  г/л ( $p < 0,01$ ), МНО снизилось с  $2,05 \pm 0,38$  до  $1,78 \pm 0,31$  ( $p < 0,01$ ). В ретроспективной группе статистически значимой динамики указанных показателей не выявлено ( $p > 0,05$ ).

В проспективной группе отмечены уменьшение выраженности асцитического синдрома и снижение потребности в повторных парацентезах; рецидивов кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода в госпитальном периоде не зарегистрировано. Госпитальная летальность в группе I составила 9,4 % (3/32), в группе II летальных исходов не отмечено (0/26).

**Заключение.** Современные малоинвазивные методы хирургической коррекции портальной гипертензии обеспечивают эффективный контроль осложнений у кандидатов на трансплантацию печени. Комбинированное применение трансъюлярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования, частичной эмболизации селезенки и внутриворотного введения мезенхимальных стволовых клеток позволяет комплексно воздействовать на ключевые патофизиологические механизмы заболевания, снижая риск декомпенсации и улучшая подготовку пациентов к трансплантации печени.

# РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КРУПНЫХ ЛАТЕРАЛЬНО РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Шерстнова Е. М.<sup>1</sup>, Трунин Е. М.<sup>2</sup>, Акимов В. П.<sup>2</sup>, Филин А. А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ленинградская областная клиническая больница;

<sup>2</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** Внимание к латерально распространяющимся ворсинчатым опухолям (LST) обусловлено тенденцией к их злокачественному перерождению, при этом до 48 % таких новообразований не имеют клинических проявлений и являются случайной находкой. С ноября 2005 г. в эндоскопическом отделении Ленинградской областной клинической больницы осваивают и внедряют колоноскопии с увеличением 160 для выявления, определения четких границ LST и наличия признаков малигнизации, определяющих выбор оптимальной хирургической тактики. Раннее выявление и удаление крупных латерально распространяющихся опухолей играют важную роль в профилактике колоректального рака.

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения больных с крупными ворсинчатыми аденомами толстой кишки путем оптимизации диагностической и лечебной тактики на основе использования современных эндоскопических технологий.

**Материал и методы.** В исследование включено 184 пациента с крупными LST толстой кишки, которые находились на лечении в колопроктологическом отделении Ленинградской областной клинической больницы. Средние размеры новообразований составили  $(2,50 \pm 2,31)$  мм: минимальный – 20 мм, максимальный – 50 мм. Среди пациентов – 75 (40,76 %) мужчин и 109 (59,24 %) женщин. Средний возраст составил  $(63,74 \pm 0,8)$  лет – от 29 до 86 лет.

**Результат исследования.** Виды оперативных вмешательств: эндоскопическая резекция слизистой оболочки – 139 (75,54 %), клиновидная резекция толстой кишки – 13 (7,07 %), лапароскопическая резекция купола слепой кишки – 10 (5,43 %), открытые и лапароскопически ассистированные резекции толстой кишки – 22 (11,96 %).

Послеоперационные осложнения составили 7 случаев (3,8 %): 6 (3,26 %) – после эндоскопического удаления новообразования (4 кровотечения из зоны резекции и 2 перфорации стенки кишки) и 1 (0,54 %) после хирургического лечения (эвентрация).

Контрольное эндоскопическое обследование выполняли ежегодно в течение 5 лет после удаления новообразования. При наличии показаний дополнительное исследование проводили через 3–6 мес после оперативного лечения. Доля рецидивов новообразований после эндоскопического удаления в течение первого года составила 2,16 % (три пациента). При этом данные о малигнизации не получены. В группе хирургических вмешательств рецидивы выявлены не были. У 60 пациентов (32,6 %) обнаружены другие новообразования толстой кишки: гиперпластические полипы, тубулярные и тубулярно-папиллярные аденомы. У 4 пациентов (2,17 %) в течение первых 2 лет после операций установлены первичные злокачественные опухоли других отделов толстой кишки, без признаков отдаленного метастазирования.

**Заключение.** Колоноскопия с увеличением повышает качество визуализации границ LST и помогает в оценке полноты резекции. Это в свою очередь влияет на отдаленные результаты и снижает риск развития рецидива в зоне резекции. В последние годы приоритет отдается эндоскопическим резекциям, позволяющим провести оперативное малотравматичное вмешательство. Отказ от эндоскопического удаления ворсинчатых новообразований обусловлен возрастом пациента, наличием тяжелой сопутствующей патологии, локализацией новообразования или возникновением жизнеугрожающих осложнений во время эндоскопического удаления. Таким пациентам целесообразно провести оптимальный вариант органосохраняющей хирургической операции.

# ЗРЕЛАЯ ТЕРАТОМА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – РЕДКАЯ ВРОЖДЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ

Шор Э. М., Мишин И. В.

*Государственный университет медицины и фармации, лаборатория гепатопанкреатобилиарной хирургии имени Н. Тестемицану», г. Кишинёв, Республика Молдова*

**Введение.** Тератома представляет врожденную опухоль, возникающую вследствие аномальной эмбриональной дифференцировки плюрипотентных клеток, способных формировать ткани из трех зародышевых листков – энтодермы, мезодермы и эктодермы. В зависимости от степени зрелости элементов опухоли тератомы подразделяют на зрелые и незрелые. Зрелая тератома поджелудочной железы (ЗТПЖ) – исключительно редкая патология.

К настоящему времени в мировой литературе описано менее 60 случаев, а первое упоминание относится к 1918 г. (Kerr).

**Цель исследования.** Изучение частоты, особенностей патогенеза, клинической картины, методов диагностики и лечения этой патологии.

**Материал и методы.** Проведен системный анализ литературных источников из баз данных PubMed и Google Scholar с использованием ключевых слов: teratoma of the pancreas, mature teratoma.

**Полученные результаты.** Согласно данным литературных источников, ЗТПЖ могут встречаться в любом возрасте – от 4 мес до 74 лет, однако преимущественно диагностируются у взрослых пациентов мужского пола (67,7 %), часто – в четвертом десятилетии жизни. Педиатрическая группа представлена 10 случаями. Этиопатогенез ЗТПЖ остается неясным. Предполагается, что опухоли формируются в процессе эмбриогенеза за счет «заблудших» мигрирующих герминогенных клеток, способных к дифференцировке по эктодермальному типу. В типичных случаях тератомы обнаруживают в гонадах, однако могут локализоваться вдоль средней линии тела – в полости черепа, средостении, крестцово-копчиковой зоне и крайне редко – в поджелудочной железе.

Наиболее частая локализация ЗТПЖ – тело поджелудочной железы (35,6 %), затем головка (33,3 %) и хвост (15,5 %). Размеры опухолей варьируют от 2,2 до 25 см, в среднем – около 8 см. У детей размеры образования составляли от 9 до 18 см, чаще всего с локализацией в теле железы.

Клиническая картина неспецифична: боль в животе или спине, тошнота, рвота, снижение массы тела, лихорадка, диспептические симптомы. В большинстве случаев ЗТПЖ протекают бессимптомно и выявляют случайно при визуализирующих исследованиях. Рентгенография, ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография полезны для обнаружения ЗТПЖ и играют важную роль в дифференциальной диагностике. Биопсия позволяет поставить окончательный диагноз.

Обзор литературы показывает, что хирургическое лечение – метод выбора при ЗТПЖ. Согласно исследованиям, в большинстве случаев хирургические вмешательства выполняли открытым доступом, в редких случаях применяли малоинвазивные технологии.

**Заключение.** Зрелая тератома поджелудочной железы – редкая врожденная патология, предоперационная диагностика которой представляет сложную задачу из-за низкой встречаемости и отсутствия специфических клинических данных. Однако некоторые методы визуализации могут предоставить полезную информацию. Хирургическая резекция – золотой стандарт лечения, позволяющий установить окончательный диагноз, удалить образование и избежать осложнений, связанных с дренированием кисты. Специалистам следует быть более осведомленными о ЗТПЖ и включать эту патологию в дифференциальную диагностику и лечение поражений поджелудочной железы.

# ГИБРИДНАЯ ХИРУРГИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ярцев П. А.<sup>1,2</sup>, Саджая Ю. К.<sup>1</sup>, Рогаль М. М.<sup>1</sup>, Тетерин Ю. С.<sup>1</sup>,  
Кирсанов И. И.<sup>1,2</sup>, Рейтер В. Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского;

<sup>2</sup>Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, г. Москва, Россия

**Актуальность.** Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки – одна из наиболее частых и опасных осложнений язвенной болезни. Основным подходом к лечению остается хирургическое вмешательство. Наиболее распространенной техникой является видеолапароскопическое ушивание перфоративного дефекта. Однако при наличии факторов риска (размер язвенного дефекта, выраженный инфильтративный вал вокруг перфорации, разлитой перитонит, а также тяжелый коморбидный фон) возрастает вероятность несостоятельности швов, которая, по данным литературных источников, наблюдается в 1,2–7,0 % случаев. Разработка и внедрение новых хирургических стратегий направлены на снижение частоты послеоперационных осложнений и предотвращение повторных вмешательств.

**Цель исследования.** Повышение эффективности хирургического лечения пациентов с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки благодаря применению гибридных технологий.

**Материал и методы:** Проведен ретроспективный анализ клинических наблюдений 60 пациентов, госпитализированных в Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского в период с 2023 по 2025 г. по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Средний возраст пациентов составил 52,8 года; мужчин было 38 (63,4 %), женщин – 22 (36,6 %). У всех пациентов при поступлении определяли III класс физического состояния по шкале ASA. Больным выполняли диагностическую видеолапароскопию в условиях гибридной операционной. В зависимости от особенностей язвенного дефекта и инфильтративного вала принимали решение об объеме оперативного вмешательства.

Видеолапароскопическое ушивание перфорации реализовано у 42

(70 %) пациентов, из которых в 6 (10 %) случаях проведено гибридное вмешательство (видеолапароскопическое ушивание + эндоскопическое стентирование двенадцатиперстной кишки покрытым саморасширяющимся металлическим стентом HANAROSTENT); лапаротомия, ушивание дефекта – у 18 (30 %) пациентов. Оценка язвенного дефекта и инфильтративного вала проводили по классификации И. И. Кирсанова. Тяжесть перитонита оценивали по индексу Мангейма.

**Результаты.** У пациентов, перенесших лапаротомию, в 11 (61,2 %) случаях операция начиналась с диагностической видеолапароскопии. Ввиду интраоперационной оценки размера язвенного дефекта и инфильтративного вала, с учетом состояния пациента по ASA и наличия перитонита выполняли конверсию доступа. В остальных 7 (38,8 %) случаях лапаротомия была первоначальным доступом по причине наличия в анамнезе оперативных вмешательств на брюшной полости и нестабильности гемодинамики.

Интраоперационно язвенный дефект и инфильтративный вал оценены по классификации И. И. Кирсанова, как IC (22,3 %), IIC (33,2 %), IVA (27,8 %), IVC (16,7 %). Тяжесть перитонита у пациентов оценена I степени по МИП – 16,7 %, II степень – 44,5 %, III степень – 38,8 %. Средняя продолжительность стационарного лечения составила (10,7 ± 4) койко-дня, а реанимационный койко-день – от 1 до 6.

В послеоперационном периоде в 10 (55,5 %) случаях выявлены следующие осложнения: тромбоз вен нижних конечностей в 3 (16,7 %) случаях, в 2 (11,2 %) случаях двухсторонняя пневмония, нагноение послеоперационной раны в 4 (22,3 %), а в 1 (5,6 %) случае выявлена тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Осложнения по классификации Clavien – Dindo – I–III типа. Летальность составила 27,8 %.

У больных, которым было выполнено видеолапароскопическое ушивание, интраоперационно язвенный дефект и инфильтративный вал оценены как IA (11,2 %), IC (16,5 %), IIА (27,7 %), IIВ (11,2 %), IIIА (19,4 %), IIIВ (11,2 %), IVС (2,8 %). Тяжесть перитонита у пациентов оценена I степени по МИП – 44,5 %, II степень – 33,4 %, III степень – 22,1 %. Средняя продолжительность стационарного лечения составила  $(6 \pm 2)$  койко-дня, а пребывание в отделении реанимации и интенсивной терапии – не более суток. Послеоперационные осложнения выявлены у 5 (13,9 %) больных: посткубитальный тромбофлебит, тромбоз суральных вен нижних конечностей, гнойный трахеобронхит, двухсторонняя пневмония и несостоятельность швов ушитой язвы у пациента с язвой и инфильтративным валом – IVС. Они оценены по классификации Clavien – Dindo как осложнение I–III типа. Летальность составила 2,7 %.

У 6 пациентов, которым было выполнено гибридное вмешательство, интраоперационно обнаруживали язвенный дефект и инфильтративный вал, оцененные как IC (16,6 %), IVС (16,6 %), IIIС (16,6 %), IVА (16,6 %), IVС (33,6 %). Тяжесть перитонита у пациентов: I степень по МИП – 12,5 %, II степень – 50 %, III степень – 37,5 %. Средняя продолжительность стационарного лечения –  $(7 \pm 2)$  койко-дня, а пребывание в отделении реанимации и интенсивной терапии –  $(2 \pm 1)$  койко-дня, что в два и более раз ниже по сравнению с лапаротомным вмешательством. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у одного пациента (16,7 %) – развился посткубитальный тромбофлебит, оцененный по классификации Clavien – Dindo как осложнение I–II типа. Летальных исходов не отмечено. Во всех случаях стент был успешно удален в срок до двух месяцев. При наблюдении в отдаленном периоде (от 6 мес до 2 лет) осложнений выявлено не было.

**Заключение:** Применение гибридных технологий в лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки позволяет сохранить преимущества минимально инвазивного доступа, снизить риск развития несостоятельности швов и других серьезных послеоперационных осложнений, а также избежать необходимости повторных хирургических вмешательств. Полученные данные свидетельствуют о перспективности дальнейшего изучения и внедрения подобных подходов в клиническую практику.

## ДЛЯ ЗАМЕТОК

---

# ПРАВИЛА

## направления, рецензирования и опубликования статей, направляемых в журнал «Вестник хирургической гастроэнтерологии»

### 1. Общие требования

1.1. Статьи должны содержать оригинальные данные, нигде ранее не опубликованные и не направленные на публикацию в другие издания. Текстовый материал должен быть представлен на формате А4 (шрифт Times New Roman Суг размером 14 пунктов, набор через 1,5 интервала), а также в виде идентичного файла на электронном носителе (лазерный диск или прикрепленный к электронному письму файл в формате Word).

1.2. Объем оригинальной работы не должен превышать 15 стр. машинописного текста, заметок из практики – 5 стр., лекций – 15 стр., обзора литературы – 20 стр., рецензий, обсуждений и комментариев – 3 стр. При подготовке обзорных статей рекомендуется ограничивать список литературы 50 источниками.

1.3. Статьи должны иметь направление учреждения. Публикация статьи бесплатна.

1.4 Статьи принимаются по адресу:

119992 Москва, Абрикосовский пер., д. 2, ГУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского, заместителю главного редактора д.м.н. Федору Александровичу Черноусову.

Ответственный секретарь редакционной коллегии к.м.н. Степан Екатерина Владимировна,

тел.+79036190811, e-mail: surg.k@rambler.ru

### 2. Правила рецензирования публикаций

2.1 Все представляемые материалы проходят двойное слепое рецензирование. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и редактировать рукописи.

2.2 Целью рецензирования поступающих в редакцию журнала материалов (передовых статей, оригинальных статей, обзоров, лекций, описаний клинических и экспериментальных наблюдений и др.) является объективная оценка их содержания (целей, методов, полученных результатов и обсуждения их в свете современного состояния вопроса).

2.3. Первичная экспертная оценка научной статьи осуществляется главным редактором или заместителем главного редактора. Главный редактор (заместитель главного редактора) определяет по тематике статьи рецензентов – членов редакционного совета, курирующих соответствующее направление (научную дисциплину) или внешних рецензентов.

Рецензенты (как входящие в состав редакционного совета, так и внешние) должны являться признанными специалистами по тематике рецензируемой статьи и иметь в течение последних 3 лет публикации по тематике рецензируемой статьи.

2.4. Рецензенты направляют рецензию в редакцию журнала для рассмотрения на очередном заседании редакционной коллегии с принятием решений:

а) о целесообразности публикации статьи;

б) об отказе в публикации статьи, на основе заключения рецензента либо на основе выводов членов редколлегии;

в) о необходимости переработки (доработки) статьи в соответствии с замечаниями рецензента (рецензентов) и/или членов редакционной коллегии.

2.5. Редакция направляет авторам представленных материалов копии рецензий или мотивированный отказ, а также обязуется направлять копии рецензий в Министерство образования и науки Российской Федерации при поступлении в редакцию издания соответствующего запроса.

2.6. Рецензии и статьи хранятся в издательстве и в редакции издания не менее 5 лет.

2.7. Статьи, получившие положительный отзыв рецензента (рецензентов) и принятые к печати решением редакционной коллегии, включаются в состав очередного выпуска журнала.

### 3. Оформление публикаций

#### 3.1. Схема построения статьи

Титульная страница включает (на русском и английском языках):

инициалы и фамилия автора/авторов; заглавие статьи; полное название учреждения, из которого вышла работа (фамилию руководителя этого учреждения приводить в выходных данных не нужно);

ключевые слова (3 – 5);

аннотацию статьи объемом не более 200 слов, отражающую материалы и методы исследования, результаты/основные идеи статьи, выводы и научную новизну.

#### 3.2. Оригинальная статья включает следующие разделы:

1) введение;

2) материалы и методы;

3) результаты;

4) обсуждение;

5) выводы (заключение);

6) список литературы.

Обзорная статья должна содержать анализ литературы, критически осмысленный автором, с представлением современных источников (в основном за последние 5 лет).

Клиническое наблюдение должно быть хорошо иллюстрировано (отражать суть проблемы) и содержать обсуждение вопроса с использованием данных литературы.

Все величины, приведенные в статье, должны быть выражены в единицах СИ.

3.3. Таблицы должны иметь заголовки и четко обозначенные графы, удобные для чтения. Данные таблицы должны соответствовать цифрам в тексте. Не следует повторять в тексте все данные из таблиц и иллюстраций. Каждая таблица набирается на отдельной странице и печатается через 1,5 интервала.

Также к статье должна быть приложена следующая информация: полностью фамилия, имя и отчество всех авторов с должностью и местом работы каждого автора; адрес с почтовым индексом для корреспонденции, а также номер телефона, факса, адрес электронной почты автора, ответственного за переписку с редакцией и работу с корректурой.

#### 3.4. Список литературы

Список литературы должен быть оформлен в соответствии с правилами оформления пристатейных списков литературы, разработанными в соответствии с рекомендациями PubMed и Scopus (стандарт U.S. National Information Standards Organization NISO Z39.292005 [R2010]). Правильное описание используемых источников в списках литературы является залогом того, что цитируемая публикация будет учтена при оценке публикационных показателей ее авторов и организаций, где они работают.

В библиографии (пристатейном списке литературы) каждый источник следует помещать с новой строки под порядковым номером. В списке все работы перечисляются в порядке цитирования, а не в алфавитном порядке. В тексте статьи ссылки на источники приводятся в квадратных скобках арабскими цифрами.

В библиографическом описании каждого источника недопустимо сокращать название статьи. Название англоязычных журналов следует приводить в соответствии с каталогом названий базы данных PubMed. Если журнал не индексируется в PubMed, необходимо указывать его полное название. Названия отечественных журналов сокращать не следует.

В список цитированной литературы рекомендуется включать работы, опубликованные в течение последних 5 лет.

### Не допускаются:

ссылки на неопубликованные работы, диссертации, авторефераты и материалы, опубликованные в различных сборниках конференций, съездов и т.д. Ссылки на тезисы докладов конференций, конгрессов, съездов, законы и т.п. могут быть включены в список литературы только в том случае, если они доступны и обнаруживаются поисковиками в Интернете – при этом указывается URL и дата обращения.

Ссылки на работы многолетней давности (исключение – редкие высокоинформативные работы) не допускаются.

Оформление библиографии как российских, так и зарубежных источников должно быть основано на Ванкуверском стиле в версии AMA (AMA style, <http://www.amamanualofstyle.com>).

Если количество авторов не превышает 6, в библиографическом описании указываются все авторы. Если количество авторов более 6, следует указать шесть первых авторов и добавить «и др.» (et al.).

Ссылки на иностранные источники должны содержать электронный адрес размещения (PMID) и цифровой идентификатор объекта (DOI), которые определяются на сайтах (<http://www.ncbi.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed>) и (<http://www.crossref.org/guestquery/>), соответственно. Просим обратить внимание на единственно правильное оформление ссылки DOI: Пример. <https://doi.org/10.5468/ogs.2016.59.1.1>

После ссылки DOI и URL (<http>) точка не ставится!

Все источники (название монографии, сборника, журнала) в списке литературы выделяются курсивом.

### Примеры:

Монография:

Каншин Н.Н. *Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит (хирургическое лечение)*. Москва: Профиль; 2007.

Монография под редакцией:

Курьгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. (ред.) *Неотложная хирургическая гастроэнтерология*. СПб.: Питер; 2001.

Глава из книги:

Гостищев В.К. Эндоскопический гемостаз и прогнозирование рецидивной геморрагии при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях. В кн.: Гостищев В.К., Евсеев М.А. *Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии*. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2008. с.129-175.

Статья из журнала:

Садах М.В., Аюшинова Н.И., Цыренжапов А.В., Капорский В.И., Гельфанд С.А., Садохина Л.А. Хирургическое лечение несформированных толстокишечных свищей у больных инфицированным панкреонекрозом. *Сибирский медицинский журнал*. 2011; (6): 24-27.

Repici A, De Caro G, Luigiano C, Fabbri C, Pagano N, Preatoni P, et al. WallFlex colonic stent placement for management of malignant colonic obstruction: a prospective study at two centers. *Gastrointest Endosc*. 2008;67(1):77-84. PMID: 18155427 <https://doi.org/10.1016/j.gie.2007.08.019>

Ссылки на интернет-источники:

Беляев А.М., Захаренко А.А., Дворецкий С.Ю., Суров Д.А., Бабков О.В., Кондрацов С.А. Тактика лечения больных при острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза с применением эндоскопических методов реканализации. *Биомедицинский журнал Medline.ru*. 2011; (12): 620 — 630. URL: <http://www.medline.ru/public/art/tom12/art52.html> [Дата обращения 05.04.2019]

По новым правилам, учитывающим требования таких международных систем цитирования как Web of Science и Scopus, кроме русскоязычного списка источников необходимо формировать аналогичный список в латинице – References (романские источники остаются без изменений, кириллические – транслитерируются в стандарте BGN/PCGN (United States Board on Geographic Names / Permanent Committee on Geographical Names for British Official Use), если нет оригинального перевода). Для

транслитерации текста в соответствии со стандартом BGN можно воспользоваться ссылкой <https://translit.ru/ru/bgn/>. До помещения текста в рабочее поле для транслитерации, убедитесь, что вы выбрали именно стандарт BGN. В самом конце библиографического описания в круглые скобки помещают указание на исходный язык публикации (In Russ.).

### Правила подготовки библиографических описаний (References) русскоязычных источников для выгрузки в международные индексы цитирования

Фамилии и инициалы авторов транслитерируются (транслитерация — передача русского слова буквами латинского алфавита) в стандарте BGN.

Название статьи (монографии) на английском языке следует приводить так, как дано в оригинальной публикации. В случае отсутствия оригинального перевода название монографии (статьи) транслитерируется.

Название русскоязычных журналов транслитерируется, если нет оригинального перевода.

Обратите внимание на пунктуацию в примерах!

### Примеры:

Монография:

Kanshin NN. *Nesformirovannye kishhechnye svishhi i gnojnyj peritonit (khirurgicheskoe lechenie)*. Moscow: Profil' Publ.; 2007. (In Russ.).

Kurygin AA, Stojko YUM, Bagnenko SF. (eds.) *Neotlozhnaya hirurgicheskaya gastroenterologiya*. Saint Petersburg: Piter Publ.; 2001. (In Russ.)

Глава из книги:

Gostishchev VK. Ehndoskopicheskiy gemostaz i prognozirovanie recidivnoj gemorragii pri ostryh gastroduodenal'nyh yazvennykh krovotечeniyah. In: Gostishchev VK, Evseev MA. *Gastroduodenal'nye krovotечeniya yazvennoj ehtiologii*. Moscow: GEOTAR-Media Publ.; 2008. p. 129-175. (In Russ.)

Статья из журнала:

Sadakh MV, Ayushinova NI, Tsyrenzhapov AV, Kaporskiy VI, Gel'fand SA, Sadokhina LA. Khirurgicheskoe lechenie nesformirovannykh tolstokishhechnykh svishhechey u bol'nykh infitsirovannym pankreonekrozom. *The Siberian Medical Journal*. 2011;(6):24-27. (In Russ.)

Chernousov AF, Horobryh TV, Nemtsova MV, Vetshev FP, Osminin SV, Dulova AV, et al. Molecular-genetic markers of oncological progression in surgical treatment of Barrett's esophagus. *Herald of surgical gastroenterology*. 2016;(1-2):5-14. (In Russ.)

Ссылки на интернет-источники:

Belyaev AM, Zaharenko AA, Dvoreckij SYU, Surov DA, Babkov OV, Kondracov SA. Taktika lecheniya bol'nykh pri ostroj tolstokishhechnoj neprohodimosti opuholevogo geneza s primeneniem ehndoskopicheskikh metodov rekanalizacii. *Biomedicinskiy zhurnal Medline.ru*. 2011;(12):620 — 630. Available at: <http://www.medline.ru/public/art/tom12/art52.html> (Accessed 05.04.2019) (In Russ.)

**ПОДПИСКА НА НАУЧНО- ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**“Вестник хирургической  
гастроэнтерологии”  
на 2025 год**

**КОНФЕРЕНЦИЯ ОБЩЕСТВЕННОЙ  
ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
«РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО  
ХИРУРГОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ»**

**«ХИРУРГИЧЕСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ:  
ТРАДИЦИИ И ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ»**

**26-27 марта 2026 года**

Подписано в печать 05.04.2026 г.  
Формат 60x90/8. Гарнитура Times New Roman Cyr  
Тираж 500 экз.  
Заказ №

Отпечатано в типографии ООО «КубаньПечать»  
350059, г. Краснодар, ул. Уральская, 98/2.