

ISSN 1995-5464 (Print); ISSN 2408-9524 (Online)

<https://doi.org/10.16931/1995-5464.2024-3-153-155>

**Резолюция Пленума Правления Ассоциации  
гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ  
“Минимально инвазивные вмешательства  
в гепатопанкреатобилиарной хирургии:  
показания, выбор метода, профилактика  
осложнений и их коррекция”,  
посвященного 150-летию со дня рождения  
академика А.В. Вишневого  
23–24 мая 2024 года, Махачкала, Российская Федерация**

**Resolution of Hepato-Pancreato-Biliary Association  
of Commonwealth of Independent States Executive Board  
Plenary Session**

**"Minimally invasive procedures in hepatopancreatobiliary surgery:  
indications, methods, prevention and correction of complications",  
dedicated to the 150th anniversary of A.V. Vishnevsky  
23–24 May 2024, Makhachkala, Russian Federation**

**Осложнения эндоскопических  
транспапиллярных и транслюминальных  
вмешательств**

Транспапиллярные эндоскопические вмешательства (ТЭВ) при заболеваниях желчевыводящих и панкреатических протоков в настоящее время рассматривают в качестве приоритетных. Наряду с очевидными достоинствами, накапливается опыт осложнений подобных вмешательств и их ликвидации, носящих в ряде клинических ситуаций угрожающий жизни характер. Оценка факторов риска, профилактические

меры, своевременная диагностика и раннее адекватное устранение осложнений с предпочтительным применением минимально инвазивных вмешательств определяют основные пути уменьшения частоты осложнений и летальности, связанных с ТЭВ. Важнейшими факторами риска осложнений ТЭВ являются анатомические особенности области большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК) — перипапиллярный дивертикул, плоская форма БСДПК, воспалительно-склеротические изменения сосочка, недостаточный опыт

**Ссылка для цитирования:** Резолюция Пленума Правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ

“Минимально инвазивные вмешательства в гепатопанкреатобилиарной хирургии: показания, выбор метода, профилактика осложнений и их коррекция”, посвященного 150-летию со дня рождения академика А.В. Вишневого. 23–24 мая 2024 года, Махачкала, Российская Федерация. *Анналы хирургической гепатологии*. 2024; 29 (3): 153–155. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2024-3-153-155>

**For citation:** Resolution of Hepato-Pancreato-Biliary Association of Commonwealth of Independent States Executive Board Plenary Session “Minimally invasive procedures in hepatopancreatobiliary surgery: indications, methods, prevention and correction of complications”, dedicated to the 150th anniversary of A.V. Vishnevsky. 23–24 May 2024, Makhachkala, Russian Federation. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB surgery*. 2024; 29 (3): 153–155. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2024-3-153-155>

специалиста, отсутствие или неадекватное применение необходимых инструментов, неполноценное анестезиологическое обеспечение.

Наиболее частое осложнение — острый панкреатит. Факторами повышенного риска этого осложнения являются затрудненная многократная травматичная катетеризация сосочка (>10 мин), отсутствие расширения желчных протоков, эндоскопическая баллонная дилатация интактного сфинктера Одди. Основными методами профилактики острого панкреатита служат прецизионная щадящая техника катетеризации БСДПК (протоков), медикаментозная профилактика с использованием индометацина (диклофенака), стентирование протока поджелудочной железы (ППЖ) у пациентов высокого риска. Вопрос о лечебном стентировании ППЖ у больных острым панкреатитом, развившимся после ЭРХПГ, требует дальнейшего изучения.

В целях профилактики кровотечения при папиллотомии у пациентов с нарушениями свертывания крови необходимо выполнять это вмешательство лишь по абсолютным показаниям, отдавая предпочтение баллонной дилатации. Для остановки кровотечения при папиллотомии следует использовать инъекционно-инфузионный и диатермический гемостаз. При неуверенности в обеспечении после гемостаза адекватного оттока из общего желчного протока (ОЖП) и ППЖ необходимо определить целесообразность их стентирования.

При ретродуоденальной перфорации предпочтительным является минимально инвазивная эндоскопическая установка покрытого саморасширяющегося стента. При технической возможности следует предпринять закрытие допущенного дефекта специальными клипсами. Также эндоскопически проводят назоинтестинальный зонд для энтерального питания. Помимо клинического наблюдения и лечения, необходим ежедневный или более частый контроль парадуоденальной (парапанкреатической) зоны с помощью УЗИ и (или) КТ. Хирургическое вмешательство предпринимают лишь при клинических признаках распространенного перитонита, забрюшинной флегмоны, прогрессирующей токсемии и системной воспалительной реакции.

### Осложнения чрескожных вмешательств

При развитии холангита после ретроградного стентирования при дистальной опухолевой обструкции ОЖП рекомендуют эндоскопическое назобилиарное дренирование желчных протоков с постоянным или фракционным их промыванием растворами антисептиков, что целесообразно совмещать с назначением прокинетики для улучшения перистальтики двенадцатиперстной кишки. При неэффективности этого подхода необходимо установить наружную холангиостому

антеградным доступом для санации желчных протоков.

При развитии холангита после ретроградного стентирования при проксимальной опухолевой обструкции желчных протоков необходимо выполнить УЗИ (КТ) печени для выявления дренируемых сегментов. При их обнаружении показано адекватное антеградное дренирование с последующей санацией и удалением стента.

При развитии острого панкреатита вследствие блокады ППЖ после транспапиллярного наружновнутреннего дренирования необходимо в кратчайшие сроки установить дренаж в наружную позицию и немедленно начать комплексную терапию панкреатита. В качестве дополнительных лечебных мероприятий при наличии должного опыта и необходимого оборудования допустимо выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии и стентирование ППЖ.

При выполнении наружной холангиостомии под контролем УЗИ следует избегать прохождения через плевральную полость. Это увеличивает риск миграции дренажа вследствие постоянной экскурсии диафрагмы и развития инфицированного билиоторакса. Однако при отсутствии другой “трассы” или погрешности навигации доступ может оказаться трансплевральным. В такой ситуации необходимо предпринять меры, направленные на профилактику дислокации дренажа, — использовать дренаж большей жесткости и обеспечить постельный режим пациенту в течение 2–3 сут, избегая положения на левом боку. Обязателен ежедневный контроль плевральной и брюшной полостей с помощью УЗИ для выявления жидкостных скоплений, а также обзорная рентгенография и (или) фистулография для своевременной диагностики дислокации дренажа и коррекции его положения. При обнаружении жидкостных скоплений в плевральной полости и (или) под диафрагмой необходимы их диагностическая пункция и дренирование под контролем УЗИ.

Чем выше уровень билиарного блока, тем больше показаний к антеградному дренированию желчных протоков. Согласно многочисленным клиническим рекомендациям, при уровне блока III и IV типа по Bismuth–Corlette (по некоторым данным, начиная со II типа) билиарная декомпрессия из ретроградного доступа сопровождается большим числом осложнений и неудач. Антеградное транспапиллярное наружновнутреннее дренирование при проксимальном блоке в 20–30% наблюдений вызывает рефлюкс-холангит, что сопоставимо с результатами ретроградных вмешательств. Кроме того, такой тип дренирования в 10–12% наблюдений осложняется развитием острого панкреатита вследствие нарушения оттока из протоков поджелудочной

железы. Супрапапиллярное наружное дренирование позволяет существенно уменьшить вероятность развития этих осложнений, поэтому именно его следует рекомендовать при проксимальном уровне билиарного блока.

Для установления причины значимой гемобилии необходимо выполнить возможно полную ревизию доступа в желчные протоки. С этой целью контрастируют протоки при гиперпрессии через интродьюсер, установленный в чреспеченочном канале. Если поступления контрастного препарата в сосудистые структуры не выявлено или обнаруживают его сброс в небольшую ветвь воротной вены, можно ограничиться заменой дренажа на дренаж большего диаметра

и консервативной гемостатической терапией. При планировании последующих эндобилиарных вмешательств доступ следует изменить. При связи с долевым ветвью воротной вены необходима смена доступа и эмболизация чреспеченочного канала спиралями или клеевыми композициями. При подозрении на артериобилиарную фистулу, а также при продолжающемся кровотечении показана прямая ангиография с необходимыми эндоваскулярными манипуляциями и последующей сменой доступа в желчные протоки. При развитии гемобилии крайне важно иметь максимально полное представление о состоянии свертывающей системы крови пациента, в том числе и до операции.

Редакционная комиссия в составе профессоров Цвиркуна В.В., Буриева И.М. и Глабая В.П. выражает благодарность профессорам Кулезневой Ю.В. и Шаповальянцу С.Г. за активное участие в подготовке Резолюции.

Махачкала, 24 мая 2024 г.