



ПРИМЕНЕНИЕ НАРУЖНО-ВНУТРЕННЕГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ЯТРОГЕННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

¹К. С. Белюк, ¹О. С. Сорока, ²Е. А. Стасюкевич, ²Н. С. Белюк,
²Ю. А. Ясюкевич, ¹А. Ю. Жамойтина

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Введение. Хирургическая тактика при повреждении желчных протоков остается предметом оживленных дискуссий. До сих пор не существует общепринятого алгоритма в случае ятрогенной травмы желчевыводящих путей, в связи с чем сохраняется актуальность поиска оптимального метода хирургического лечения данной патологии.

Цель исследования. Продемонстрировать результаты хирургического лечения пациента с ятрогенным повреждением желчных протоков.

Материал и методы. В статье представлен собственный опыт хирургического лечения пациента с ятрогенным повреждением желчных протоков, которому было выполнено наружно-внутреннее протезирование общего желчного протока по разработанной в клинике методике.

Результаты. Послеоперационный период протекал без осложнений. Динамическое наблюдение за пациентом показало функциональную стабильность системы наружно-внутреннего протезирования с поступлением желчи в двенадцатиперстную кишку. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Методика наружно-внутреннего протезирования позволяет устранить негативные моменты традиционного наружного дренирования желчных протоков и может стать приоритетной при выборе метода хирургического лечения пациентов с ятрогенным повреждением желчных протоков.

Ключевые слова: ятрогенное повреждение желчных протоков, хирургическое лечение, наружно-внутреннее протезирование желчевыводящих путей

SURGICAL TREATMENT OF IATROGENIC BILE DUCT INJURY

¹K. S. Belyuk, ¹O. S. Soroka, ²E. A. Stasyukevich, ²N. S. Belyuk,
²Y. A. Yasiukevich, ¹A. Y. Zhamoitsina

¹Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

²Grodno University Clinic, Grodno, Belarus

Background. Surgical approaches for bile duct injury remain debated. There being no commonly accepted algorithm for iatrogenic bile duct injury, determination of optimal surgical treatment for this pathology is still a clinically relevant issue.

Objective. To demonstrate the outcomes of surgical treatment of a patient with iatrogenic bile duct injury.

Material and methods. The article presents our own experience of surgical treatment of a patient with iatrogenic bile duct injury, who underwent external-internal common bile duct prosthetics using a technique developed in the clinic.

Results. The postoperative period passed without complications. Dynamic observation showed functional stability of the external-internal prosthesis with the flow of bile into the duodenum. The patient was discharged in satisfactory condition.

Conclusion. External-internal prosthetics technique eliminates the disadvantages of traditional external biliary drainage and may be regarded as a method of choice for patients with iatrogenic bile duct injury.

Keywords. Iatrogenic bile ducts injury, surgical treatment, external-internal prosthesis of the bile ducts

Автор, ответственный за переписку

Белюк Константин Сергеевич, канд. мед. наук, доцент,
Гродненский государственный медицинский университет,
e-mail: BelyukKS@yandex.ru

Corresponding author:

Belyuk Kanstantsin S., PhD (Medicine), Associate Professor,
Grodno State Medical University, e-mail: BelyukKS@yandex.ru

Для цитирования: Клинический случай: применение наружно-внутреннего протезирования при ятрогенном повреждении желчных протоков / К. С. Белюк, О. С. Сорока, Е. А. Стасюкевич, Н. С. Белюк, Ю. А. Ясюкевич, А. Ю. Жамойтина // Гепатология и гастроэнтерология. 2025. Т. 9, № 1. С. 51-57. <https://doi.org/10.25298/2616-5546-2025-9-1-51-57>

For citation: Belyuk KS, Soroka OS, Stasyukevich EA, Belyuk NS, Yasiukevich YA, Zhamoitsina AY. A case of surgical treatment of iatrogenic bile duct injury // Hepatology and Gastroenterology. 2025;9(1):51-57. <https://doi.org/10.25298/2616-5546-2025-9-1-51-57>

Введение

На сегодняшний день золотым стандартом в лечении пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) [1]. Однако наряду со всеми преимуществами ЛХЭ все большую актуальность в последние годы набирает проблема ятрогенного повреждения желчных протоков (ПЖП), являясь одним из наиболее серьезных осложнений в хирургической практике. В то время как при открытой холецистэктомии данное осложнение наблюдается в 0,005–0,1 % случаев, при лапароскопической показатель увеличивается до 0,3–1 % (в среднем 0,5 %), что, учитывая количество выполняемых операций, весьма значительно. Следует подчеркнуть, что внедрение эндохирургических операций в клиническую практику привело к возникновению нового механизма ПЖП – термический ожог стенки протока, возникающий при электрокоагуляции тканей в области вмешательства [2, 3].

Ятрогенная травма желчных протоков (ЖП) приводит к желчеистечению, что влечет за собой развитие желчного перитонита. Одним из основных этапов коррекции этого состояния является наружное дренирование ЖП чаще всего с формированием полного наружного желчного свища и последующим выполнением отсроченной реконструктивной операции (гепатикоеюностомия на отключенной по Ру петле) спустя 3–6 месяцев.

Вопросы о способах восстановления пассажа желчи и дренирования ЖП при их повреждении до сих пор вызывают дискуссии у хирургов, и в настоящее время нет общепринятого алгоритма хирургического лечения таких пациентов. Несмотря на определенные успехи в данной области желчной хирургии, ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения пациентов с ятрогенными ПЖП до сих пор остаются малоудовлетворительными: непосредственная летальность составляет 8–10 %, а на поздних сроках 13–17 %. В случаях выполнения операции менее опытными хирургами смертность возрастает до 30 % [4, 5].

Остаются открытыми вопросы выбора метода оперативного лечения в зависимости от того, на каком этапе было выявлено повреждение. Травма ЖП интраоперационно обнаруживается в среднем лишь у 16 % пациентов. Помимо этого, тактика хирурга может варьироваться в зависимости от характера, степени и локализации повреждения, анатомических особенностей пациента, наличия сопутствующих заболеваний.

Учитывая изложенное выше, можно сделать вывод о том, что актуальность исследований, направленных на поиск методов оптимизации хирургического лечения пациентов с ятрогенными повреждениями внепеченочных ЖП, сохраняется.

Цель исследования – демонстрация результатов хирургического лечения пациента с ятрогенным ПЖП, которому было выполнено наружно-внутреннее протезирование общего желчного протока (ОЖП) по разработанной в клинике методике.

Материал и методы

В настоящей статье приводим собственный опыт хирургического лечения пациента с ятрогенным ПЖП.

Пациент Х. поступил в отделение «Трансплантации органов и тканей, пластической и эндокринной хирургии» (ОТПиЭХ) в УЗ «Гродненская университетская клиника» по направлению одной из центральных районных больниц (ЦРБ) области с жалобами на боли в области послеоперационной раны, общую слабость.

В анамнезе: длительное время болеет ЖКБ. Диагноз был выставлен, когда в ходе ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП) был выявлен конкремент желчного пузыря. Пациент был госпитализирован в ЦРБ области, где была выполнена ЛХЭ с конверсией на лапаротомию. При выделении шейки ОЖП было обнаружено практически полное его пересечение – повреждение II типа по Н. Bismuth (сохранено менее 2 см общего печеночного протока (ОПП)). Операция была завершена циркулярным ушиванием холедоха с последующим дренированием. На вторые сутки послеоперационного периода в связи с развившимся желчеистечением по улавливающему дренажу и ухудшением состояния пациент переведен в ОТПиЭХ УЗ «Гродненская университетская клиника».

При поступлении состояние пациента средней степени тяжести. При объективном обследовании увеличение печени не выявлено, перистальтика кишечника прослушивается, вялая, ослаблена. Живот вздут, мягкий, болезненный в области послеоперационной раны в правом подреберье. По дренажу из ОЖП поступает желчь в небольшом количестве. Обнаружен отток желчи по дренажу из подпеченочного пространства.

Был выполнен комплекс лабораторно-инструментальных методов исследования, включающих в себя фистулографию с обзорной рентгенографией ОБП, магнитно-резонансную томографию (МРТ) брюшной полости.

По данным фистулографии: контраст поступил во внутripеченочные желчные протоки с заходом его под правый купол диафрагмы.

По данным МРТ: печень – до 146 мм по среднеключичной линии; внутripеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь не визуализируется, холедох сечением до 4,6 мм, визуализируется только в дистальной части. Визуализируются дренажные трубки – большего сечения под левой долей печени, мень-

шего—прослеживается до ворот печени (вероятно, в общем печеночном протоке). Клетчатка в области ворот печени с признаками отека.

По передней поверхности правой доли визуализируется скопление газа и жидкости размера около 80 x 104 x 30 мм.

Заключение: МР-признаки послеоперационных изменений, скопления жидкости и газа в брюшной полости.

По данным биохимического анализа крови наблюдалось увеличение трансаминаз крови: аспартатаминотрансфераза – 375 Ед/л, аланинаминотрансфераза – 420 Ед/л. Также прослеживалось увеличение уровня С-реактивного белка до 194 мг/л. Показатель общего билирубина – 14,8 мкмоль/л. В общем анализе крови – лейкоцитоз ($13,71 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Исходя из анамнеза, клинических проявлений, данных лабораторных и инструментальных исследований, пациенту был выставлен диагноз: постхолецистэктомический синдром: состояние после лапароскопии, лапаротомии, ушивания ОЖП с его наружным дренированием, желчеистечение, местный неотграниченный желчный перитонит.

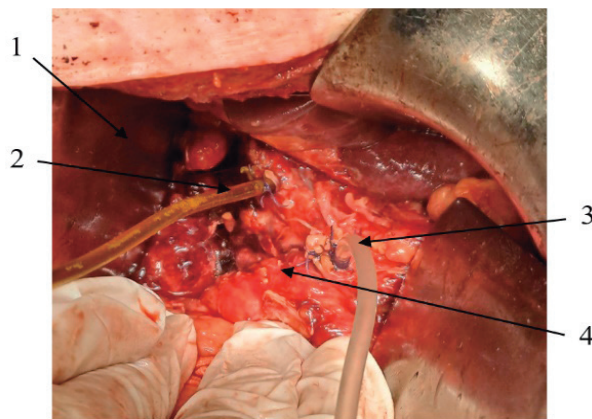
Пациенту была выполнена повторная лапаротомия. В подпеченочном пространстве справа в области стояния дренажей было выявлено умеренное количество серозного выпота с желчью и произведена санация брюшной полости.

В ходе ревизии установлено наличие негерметичности швов в области стояния дренажа в ушитом ОЖП. Дренаж холедоха был извлечен. Выделен и мобилизован проксимальный отдел ОЖП, расстояние от места деструкции гепатикохоледоха до конfluence печеночных протоков составило около 1,5 см. Далее была выполнена установка и герметизация ПВХ-трубки диаметром 5 мм в культю проксимального отдела ОЖП.

Также был выделен дистальный конец холедоха, диастаз между проксимальным и дистальным отделом ОЖП в месте повреждения примерно 1,5 см. Аналогично ПВХ-трубка была установлена в дистальный отдел ОЖП до большого дуоденального сосочка (БДС) для введения желчи в послеоперационном периоде (рис. 1).

Брюшная полость санирована, установлены дренажи в подпеченочное пространство и малый таз.

В послеоперационном периоде наблюдалась положительная динамика состояния пациента. По трубке, установленной в проксимальный отдел ОЖП, отмечался отток желчи в количестве около 500 мл в сутки. ПВХ-трубка, находящаяся в дистальном отделе ОЖП, была временно перекрыта. На 6 сутки выполнена контрольная фистулография: в дистальный отдел ОЖП введено

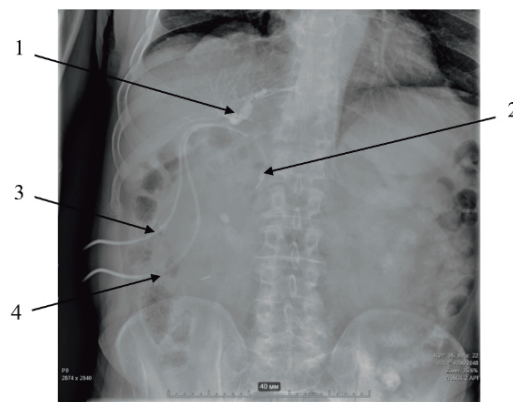


1. Печень. 2. ПВХ-трубка, установленная в проксимальный конец ОЖП. 3. ПВХ-трубка, установленная в дистальный конец ОЖП. 4. Явления местного перитонита в области печеночно-дуоденальной связи

Рисунок 1 – Пациент Х., – интраоперационное фото. Установка ПВХ-трубок и герметизация.

Figure 1 – Patient H., – Intraoperative photo. Installation of PVC tubes and sealing.

10 мл водорастворимого контраста «Омнипак». На снимке – свободное поступление контраста в двенадцатиперстную кишку. При введении контраста через ПВХ-трубку в проксимальном направлении контрастируются правый, левый печеночные и внутрипеченочные желчные протоки (рис. 2). Затеки контраста не обнаружены.

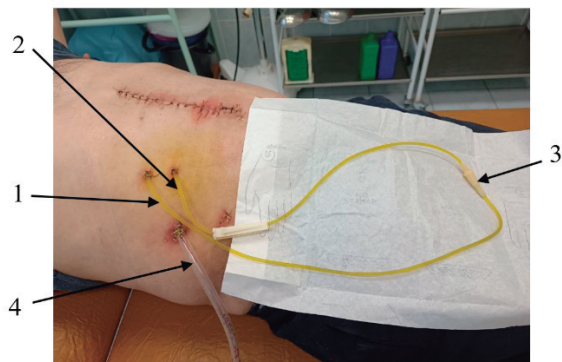


1. Контрастированные печеночные протоки. 2. Контраст в дистальном отделе ОЖП. 3. ПВХ-трубка, установленная в проксимальный конец ОЖП. 4. ПВХ-трубка, установленная в дистальный конец ОЖП

Рисунок 2 – Пациент Х., – фистулография. Контраст введен в проксимальный и дистальный отделы ОЖП через установленные ПВХ-трубки.

Figure 2 – Patient H., – Fistulography. Contrast enters the proximal and distal parts of the CBD through installed PVC tubes

С учетом результатов фистулографии после подтверждения герметичности системы наружные концы ПВХ-трубок были соединены между собой переходником с целью восстановления естественного пассажа желчи из проксимального отдела ОЖП в дистальный посредством наружно-внутреннего протезирования (рис. 3).



1. ПВХ-трубка, установленная в проксимальный конец ОЖП. 2. ПВХ-трубка, установленная в дистальный конец ОЖП. 3. Переходник. 4. Улавливающий дренаж из подпеченочного пространства

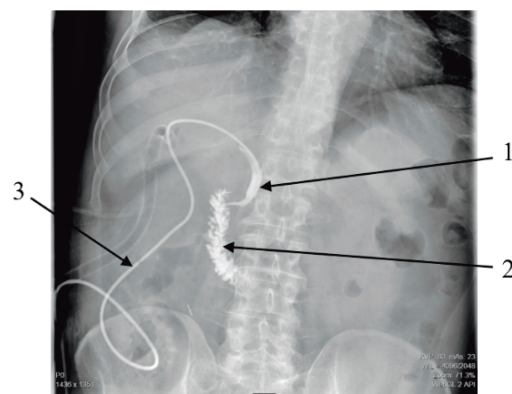
Рисунок 3 – Пациент Х., – послеоперационное фото. Система наружно-внутреннего протезирования: ПВХ-трубки, соединяющие проксимальный и дистальный концы ОЖП. **Figure 3** – Patient H., – Postoperative photo. External-internal prosthetic system: PVC tubes connecting the proximal and distal ends of the CBD

Динамическое наблюдение за пациентом в послеоперационном периоде показало функциональную стабильность системы наружно-внутреннего протезирования с поступлением желчи в двенадцатиперстную кишку. Об этом свидетельствовали: отсутствие болевого синдрома, наличие стула с окрашенным калом, отсутствие нарастания лабораторных маркеров процессов воспаления, нормализация уровня печеночных ферментов и общего билирубина крови, отсутствие свободной жидкости в подпеченочном пространстве и брюшной полости по данным УЗИ. На 14 сутки послеоперационного периода пациент был выписан в удовлетворительном состоянии для дальнейшего амбулаторного лечения у хирурга по месту жительства с рекомендацией повторной госпитализации в ОТПиЭХ УЗ «Гродненская университетская клиника» через 3 месяца для решения вопроса о реконструктивном оперативном вмешательстве на желчевыводящих путях (ЖВП).

При повторной госпитализации в ОТПиЭХ состояние пациента удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. При объективном обследовании: живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика выслушивается. Стул в норме, окрашен. Система наружно-внутреннего протезирования функциональна.

Пациенту проведен комплекс лабораторно-инструментальных исследований. Все лабораторные показатели в пределах нормы. По данным фистулографии: введенный через ПВХ-трубку, установленную в дистальный конец ОЖП, контраст свободно эвакуируется в двенадцатиперстную кишку (рис. 4).

При введении контраста в проксимальный отдел ОЖП визуализируется слияние правого и



1. Контраст в дистальном отделе ОЖП. 2. Контраст в двенадцатиперстной кишке. 3. ПВХ-трубка, установленная в дистальный конец ОЖП

Рисунок 4 – Пациент Х., – фистулография. Контраст введен в дистальный отдел ОЖП через установленную ПВХ-трубку.

Figure 4 – Patient H., – Fistulography. Contrast enters the distal part of CBD through the installed PVC tube.

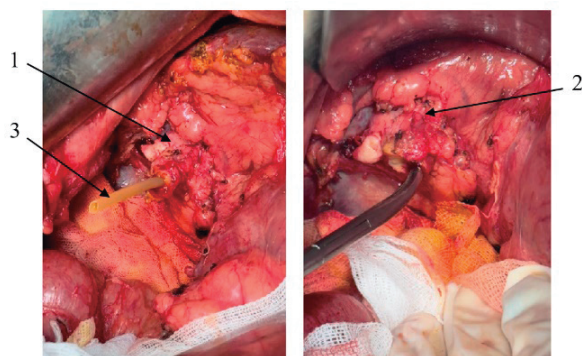
левого печеночных протоков. Признаков затека контрастного препарата не выявлено.

Пациенту было предложено выполнение реконструктивно-восстановительной операции на ЖВП, однако в связи с хорошим самочувствием и отсутствием каких-либо трудностей по уходу за системой наружно-внутреннего протезирования пациент от предложенного хирургического вмешательства категорически отказался и был выписан для дальнейшего амбулаторного лечения у хирурга по месту жительства с рекомендацией повторной госпитализации при согласии на операцию.

Спустя 1,5 месяца с момента выписки пациент повторно поступил в ОТПиЭХ по причине случайного самостоятельного извлечения трубки, стоящей в дистальном отделе ОЖП, с наличием полного наружного желчного свища. Было принято решение о проведении реконструктивной операции на ЖВП. Согласие на хирургическое вмешательство получено.

В предоперационном периоде пациент был всесторонне обследован согласно протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь и спустя 5 месяцев с момента повреждения ЖВП была выполнена гепатикоеюностомия по Ру на каркасном дренаже, выведенном через микроеюностому.

Под эндотрахеальным наркозом выполнена лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца. Выпота в брюшной полости не выявлено. Выполнен висцеролиз. Резецирована прядь инфильтрированного салъника. По трубке, ранее установленной в проксимальный отдел гепатикохоледоха, удалось дойти до ворот печени и визуализировать отверстие свищевого хода около 0,5 см в диаметре с поступлением желчи (рис. 5).

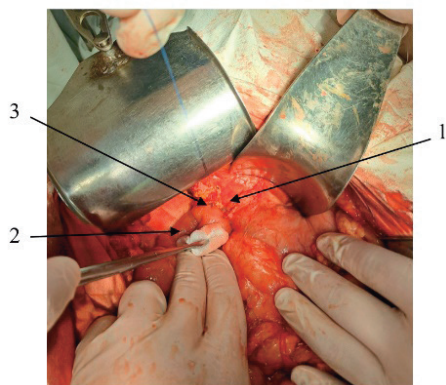


1. Ворота печени. 2. Зажим, введенный в проксимальный отдел гепатикохоледоха. 3. ПВХ-трубка, ранее установленная в проксимальный отдел ОЖП

Рисунок 5 – Пациент Х., – интраоперационное фото. Выделение проксимального отдела ОЖП.

Figure 5 – Patient H., – Intraoperative photo. Isolation of the proximal part of the CBD.

Выполнена ревизия правого и левого печеночных протоков, которые оказались проходимы. Расстояние до конфлюэнции составило до 1 см. Выполнено выключение петли тощей кишки по Ру. Наложен позадиободочный гепатикоеюноанастомоз двухрядными узловыми швами с использованием прецизионной техники и монофиламентного атравматического шовного материала на каркасном дренаже, выведенном через микроеюностому в правом подреберье (рис. 6).



1. Область ворот печени. 2. Петля тощей кишки. 3. Линия швов.

Рисунок 6 – Пациент Х., – интраоперационное фото. Позадиободочный гепатикоеюноанастомоз на каркасном дренаже.

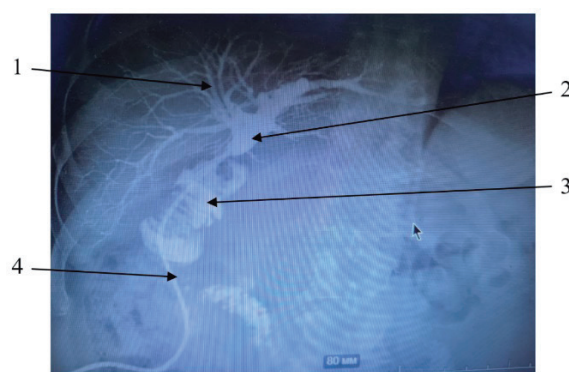
Figure 6 – Patient X., – Intraoperative photo. Retrocolic hepaticojunostomy on the frame drainage.

Выполнена ревизия правого и левого печеночных протоков, которые оказались проходимы. Расстояние до конфлюэнции составило до 1 см. Выполнено выключение петли тощей кишки по Ру. Наложен позадиободочный гепатикоеюноанастомоз двухрядными узловыми швами с использованием прецизионной техники и монофиламентного атравматического шовного материала на каркасном дренаже, выведенном через микроеюностому в правом подреберье (рис. 6).

Контроль на герметичность и гемостаз – сухо. Установлены дренажи в малый таз и подпеченочное пространство справа.

Результаты и обсуждение

Ранний послеоперационный период протекал с положительной динамикой, без осложнений. Отмечалось умеренное выделение желчи по каркасному дренажу, выведенному через микроеюностому (до 200 мл в сутки). У пациента наблюдался окрашенный стул, при этом отсутствовали признаки билиарной гипертензии согласно лабораторным данным и результатам УЗИ. На 13 сутки послеоперационного периода была выполнена контрольная фистулография через каркасный дренаж, выведенный через микроеюностому. При контрастировании визуализированы внутрипеченочные желчные протоки, а также правый и левый печеночные протоки, общий печеночный проток (ОПП). В дальнейшем контрастное вещество прошло через гепатикоеюноанастомоз и достигло дистальных отделов тонкого кишечника (рис. 7).



1. Контрастированные внутрипеченочные протоки. 2. Контрастированный ОПП. 3. Контраст в тощей кишке. 4. Каркасный дренаж, выведенный через микроеюностому

Рисунок 7 – Пациент Х., – фистулография. Контраст введен по каркасному дренажу, выведенному через микроеюностому.

Figure 7 – Patient H., – Fistulography. Contrast injected through a frame drain brought out through a microjejunostomy.

Каркасный дренаж был извлечен без осложнений и на 15 сутки послеоперационного периода пациент был выписан в удовлетворительном состоянии для дальнейшего амбулаторного наблюдения и лечения у хирурга по месту жительства.

Согласно литературным данным, ятрогенное ПЖП с развитием распространенного перитонита, гнойного холангита, а также обнаруженное интраоперационно полное пересечение магистральных желчных протоков при отсутствии у хирурга опыта выполнения реконструктивно-восстановительных операций являются показаниями для проведения наружного дренирования ЖВП. Реконструктивные оперативные вмешательства выполняются, как правило, через 3–6 месяцев.

Выведение желчи из организма посредством наружного дренирования быстро приводит

к развитию синдрома ахолии: нарушается эмульгирование и всасывание жиров, всасывание жирорастворимых витаминов А, D, Е, 2К. Дефицит витамина К вызывает снижение синтеза протромбина и К-витаминозависимых факторов свертывания крови – II, VII, IX, X. Ахолия создает условия для колонизации и транслокации кишечной флоры, вызывает ахоличный дисбактериоз и эндотоксемию в бассейне воротной вены, способствуя развитию системной токсемии.

Одним из наиболее простых способов коррекции ахолии является возврат желчи посредством приема ее *per os*. Однако данный подход имеет свои недостатки: длительный пероральный прием желчи приводит к эрозивным повреждениям слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, сопровождающимся воспалением и кровотечениями. Помимо этого, органолептические характеристики желчи делают этот процесс крайне неприятным, что негативно сказывается на качестве жизни пациентов, провоцируя их на самовольный отказ от приема жизненно необходимой желчи. К другим способам реинфузии желчи, по данным литературы, относятся формирование микрогастростомы или микроюностомы, что в свою очередь увеличивает объем, длительность операции, может быть причиной развития осложнений [6, 7].

Применение наружно-внутреннего протезирования при повреждении ОЖП не только позволило создать необходимую декомпрессию желчных протоков, но и обеспечило длительный, безопасный и комфортный для пациента возврат желчи в просвет двенадцатиперстной кишки. Данный метод достаточно прост в исполнении и не требует значительных временных затрат, в связи с чем может быть выполнен хирургом

вне зависимости от его квалификации и опыта. Метод является управляемым: при удалении соединительного переходника системы наружно-внутреннего протезирования и перекрытии ПВХ-трубки, установленной в проксимальный отдел ОЖП, пациента можно вести так же, как с наружным дренажем. Соединение концов трубок посредством переходника возобновляет поступление желчи в дистальный отдел ОЖП и через БДС в просвет двенадцатиперстной кишки.

Важно отметить, что ПВХ-трубка, установленная в дистальный отдел ОЖП, была расположена несколько выше Фатерова сосочка с целью профилактики блока главного панкреатического протока и развития панкреатита. Кроме того, такое положение трубки предотвращает развитие воспалительных изменений в БДС и препятствует рефлюксу дуоденального содержимого в ЖВП. Также стоит подчеркнуть, что применение данной системы позволило улучшить качество жизни пациента, устранив необходимость перорального приема желчи и ухода за желчеприемником.

Выводы

Анализируя данный клинический случай, можно сделать вывод о том, что методика наружно-внутреннего протезирования может стать более совершенной альтернативой наружному дренированию желчных протоков при их ятрогенном повреждении, позволяя устранить ключевые отрицательные моменты длительного наружного желчеотведения и предотвратить развитие синдрома ахолии, что в свою очередь способствует оптимальной подготовке пациента к реконструктивному этапу хирургического вмешательства и улучшению результатов лечения данной патологии.

References

1. Kurbanov DM, Rasulov NI, Ashurov AS. Oslozhneniya laparoskopicheskoy holecistjektomii [Complications of laparoscopic cholecystectomy]. *Novosti hirurgii* [Surgery news]. 2014;22(3):366-373. edn: SEXIUV. (Russian).
2. Krasilnikov DM, Farrahov AZ, Kurbangaleev AI. Hirurgicheskaja taktika pri jatrogennom povrezhdenii zhelcheyvodjashhih protokov [Surgical tactics in iatrogenic injuries of bile ducts]. *Prakticheskaja medicina* [Practical medicine]. 2010;8(47):20-29. edn: MXHSBD. (Russian).
3. Nechay AI, Novikov KV. Jatrogennye povrezhdenija zhelchnyh protokov pri holecistjektomii i rezekcii zheludka [Iatrogenic injuries to the bile ducts in cholecystectomy and gastric resection]. *Annaly hirurgicheskoy gepatologii* [Annals of HPB surgery]. 2006;11(4):95-100. edn: KAORKD. (Russian).
4. Nazyrov FG, Akbarov MM, Kurbanijazov ZB, Nishanov MSh, Rahmanov KJe, Askarov PA, Davlatov SS. Rezultaty hirurgicheskogo lechenija povrezhdenij magistralnyh zhelchnyh protokov. *Problemy biologii i mediciny* [Problems of biology and medicine]. 2012;2(69):59-70. (Russian).
5. Akbarov MM, Kurbanijazov ZB, Nishanov MSh, Rahmanov KE, Davlatov SS. Osobennosti hirurgicheskogo lechenija intraoperacionnyh povrezhdenij zhelchnyh protokov [Improvement of surgical treatment of intraoperative injuries of bile ducts]. *Problemy biologii i mediciny* [Problems of biology and medicine]. 2013;2(73):13-26. (Russian).
6. Vishnevskij VA, Kubyshkin VA, Ionkin DA, Vukolov AV. Osobennosti hirurgicheskoy taktiki pri povrezhdenii zhelchnyh protokov vo vremja laparoskopicheskoy holecistjektomii. In: Materials of the 10th Anniversary International Congress of Surgeon-Hepatologists in Russia and CIS Countries; 2003. p. 85-86. (*Annaly hirurgicheskoy gepatologii* [Annals of HPB surgery]; vol. 8, no.2, suppl.). (Russian).

Вклад авторов в работу. Концепция и дизайн исследования – О. С. Сорока, Н. С. Бельюк; выполнение операций – К. С. Бельюк, О. С. Сорока, Е. А. Стасюкевич; сбор материала, обработка, написание текста – К. С. Бельюк, Ю. А. Ясюкевич, Е. А. Стасюкевич, А. Ю. Жамойтина; редактирование статьи – Н. С. Бельюк, К. С. Бельюк, Ю. А. Ясюкевич, А. Ю. Жамойтина.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена в рамках ГПНИ № А31-21 «Экологический мониторинг нанополлютантов атмосферного воздуха и механизмы их токсичности для наземных и водных животных различных систематических групп».

Соответствие принципам этики. Исследование одобрено локальным этическим комитетом.

Сведения об авторах:

1. Бельюк Константин Сергеевич, канд. мед. наук, доцент, Гродненский государственный медицинский университет, e-mail: BelyukKS@yandex.ru, ORCID: 0000-0001-8861-6835

2. Сорока Олег Станиславович, Гродненская университетская клиника, e-mail: Alehsor@yandex.by, ORCID: 0000-0001-8861-6835

3. Стасюкевич Евгений Александрович, Гродненская университетская клиника, e-mail: konn2013@mail.ru, ORCID: 0009-0005-8819-0404

4. Бельюк Наталья Станиславовна, канд. мед. наук, Гродненская университетская клиника, e-mail: nbelyuk@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-0594-5463

5. Ясюкевич Юлия Альбиновна, Гродненская университетская клиника, e-mail: julka_love88@mail.ru

6. Жамойтина Александра Юрьевна, Гродненский государственный медицинский университет, e-mail: al.narison003@gmail.com, ORCID: 0009-0006-1471-2043

Authors' contribution to the work. Study concept and design – Soroka O.S., Belyuk N.S.; operations – Belyuk K.S., Soroka O.S., Stasyukevich E.A.; material collection, processing, text writing – Belyuk K.S., Yasyukevich Yu.A., Stasyukevich E.A., Zhamoytina A.Yu.; article editing – Belyuk N.S., Belyuk K.S., Yasyukevich Yu.A., Zhamoytina A.Yu.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Financing. The study was performed without external funding.

Conformity with the principles of ethics. The study was approved by the local ethics committee.

Information about authors:

1. Belyuk Kanstantsin S., PhD (Medicine), Associate Professor, Grodno State Medical University, e-mail: BelyukKS@yandex.ru, ORCID: 0000-0001-8861-6835

2. Soroka Aleh S., Grodno University Clinic, e-mail: Alehsor@yandex.by, ORCID: 0000-0001-8861-6835

3. Stasiukievich Yauheni A., Grodno University Clinic, e-mail: konn2013@mail.ru, ORCID: 0009-0005-8819-0404

4. Belyuk Natallia S., PhD (Medicine), Grodno University Clinic, e-mail: nbelyuk@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-0594-5463

5. Yasyukevich Yuliya A., Grodno University Clinic, e-mail: julka_love88@mail.ru

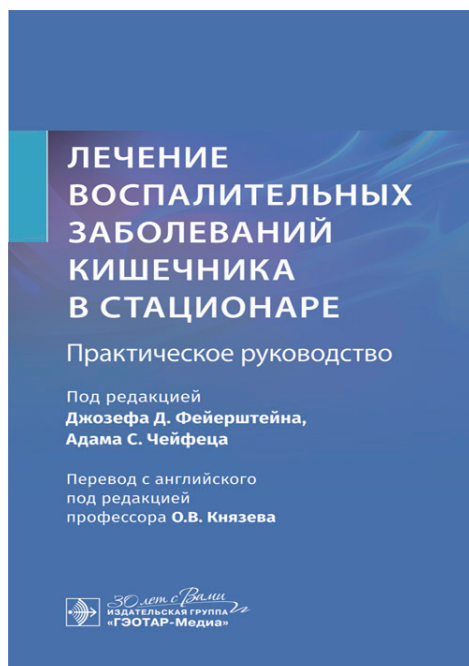
6. Zhamoitsina Aliaksandra Yu., Grodno State Medical University, e-mail: al.narison003@gmail.com, ORCID: 0009-0006-1471-2043

Поступила: 11.02.2025

Принята к печати: 27.03.2025

Received: 11.02.2025

Accepted: 27.03.2025



Лечение воспалительных заболеваний кишечника в стационаре : практическое руководство / под ред.: Дж. Д. Фейерштейна, А. С. Чейфеца ; пер. с англ. под ред. О. В. Князева. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. – 272 с.

В книге изложены основные положения диагностической и лечебной тактики ведения пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), находящихся в стационаре. Представлены сложные клинические ситуации ведения больных язвенным колитом и болезнью Крона. В главах, посвященных лечению больных с ВЗК, приведены все аспекты лекарственной терапии, рассмотрены особенности питания у пациентов с ВЗК в условиях стационара.

Практическое руководство позволит оценить качество медицинской помощи пациентам с ВЗК и обеспечить принятие оптимальных решений врачом-специалистом.

Издание адресовано гастроэнтерологам, колопроктологам, терапевтам, хирургам, педиатрам, акушерам-гинекологам.