

АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ



ANNALS OF SURGICAL HEPATOLOGY

© МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
“АССОЦИАЦИЯ ХИРУРГОВ-ГЕПАТОЛОГОВ”

© INTERNATIONAL PUBLIC ORGANIZATION
“ASSOCIATION OF SURGICAL HEPATOLOGISTS”

2013. Том 18, № 1

Научно-практический журнал
Основан в 1996 г.
Регистр. № ПИ № ФС77-19824

Главный редактор **Э.И. Гальперин**
Зам. главного редактора **В.А. Вишнеvский**
Зам. главного редактора **М.В. Данилов**
Отв. секретарь **Т.Г. Дюжева**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Ахаладзе Г.Г. (Россия)
Ахмедов С.М. (Таджикистан)
Баймаханов Б.Б. (Казахстан)
Буриев И.М. (Россия)
Бъёрн Эдвин (Норвегия)
Ветшев П.С. (Россия)
Ветшев С.П. (Россия)
Готье С.В. (Россия)
Емельянов С.И. (Россия)
Журавлев В.А. (Россия)
Кармазановский Г.Г. (Россия)
Котовский А.Е. (Россия)
Кубышкин В.А. (Россия)
Мамакеев М.М. (Киргизия)
Манукян Г.В. (Россия)
Наги Хабиб (Великобритания)
Назыров Ф.Г. (Узбекистан)
Ничитайло М.Е. (Украина)
Патютко Ю.И. (Россия)
Третьяк С.И. (Беларусь)
Тулин А.И. (Латвия)
Цвиркун В.В. (Россия)
Шаповальянц С.Г. (Россия)
Шулутко А.М. (Россия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Альперович Б.И. (Томск, Россия), **Багненко С.Ф.** (Санкт-Петербург, Россия), **Безезов Б.Х.** (Бишкек, Киргизия), **Бебуришвили А.Г.** (Волгоград, Россия), **Вафин А.З.** (Ставрополь, Россия), **Винник Ю.С.** (Красноярск, Россия), **Власов А.П.** (Саранск, Россия), **Гранов А.М.** (Санкт-Петербург, Россия), **Гришин И.Н.** (Минск, Беларусь), **Заривчатский М.Ф.** (Пермь, Россия), **Каримов Ш.И.** (Ташкент, Узбекистан), **Красильников Д.М.** (Казань, Россия), **Лупальцев В.И.** (Харьков, Украина), **Оноприев В.И.** (Краснодар, Россия), **Полуэктоv В.Л.** (Омск, Россия), **Прудков М.И.** (Екатеринбург, Россия), **Сейсембаев М.А.** (Алматы, Казахстан), **Совцов С.А.** (Челябинск, Россия), **Тимербулатов В.М.** (Уфа, Россия), **Чугунов А.Н.** (Казань, Россия), **Штофин С.Г.** (Новосибирск, Россия)

Зав. редакцией **Шоно Н.И.**

Журнал включен ВАК РФ в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

ISSN 1995-5464

Адрес для корреспонденции:

115446, Москва, Коломенский проезд, 4,
Клиническая больница № 7.
Тел./факс (499) 782-34-68, проф. Гальперину Э.И.
ООО “Видар” 109028, Москва, а/я 16.
Контакты (495) 768-04-34, (495) 589-86-60,
<http://www.vidar.ru>

2013. V. 18. N 1

Scientific and Practical JOURNAL
Est. 1996
Reg. № ПИ № ФС77-19824

Editor-in-Chief **E.I. Galperin**
Associate Editor **V.A. Vishnevskiy**
Associate Editor **M.V. Danilov**
Secretary Editor **T.G. Dyuzheva**

EDITORIAL BOARD:

Akhaladze G.G. (Russia)
Akhmedov S.M. (Tajikistan)
Baymakhanov B.B. (Kazakhstan)
Buriev I.M. (Russia)
Bjorn Edwin (Norway)
Vetshev P.S. (Russia)
Vetshev S.P. (Russia)
Gautier S.V. (Russia)
Emelianov S.I. (Russia)
Zhuravlev V.A. (Russia)
Karmazanovskiy G.G. (Russia)
Kotovskiy A.E. (Russia)
Kubishkin V.A. (Russia)
Mamakeev M.M. (Kirgizia)
Manukyan G.V. (Russia)
Nagy Habib (Great Britain)
Nazirov F.G. (Uzbekistan)
Nichitaylo M.E. (Ukraine)
Patyutko Yu.I. (Russia)
Tretyak S.I. (Belarus)
Tulin A.I. (Latvia)
Tsvirkoun V.V. (Russia)
Shapovalyants S.G. (Russia)
Shulutko A.M. (Russia)

BOARD OF CONSULTANTS:

Al'perovich B.I. (Tomsk, Russia), **Bagnenko S.F.** (St.-Petersburg, Russia), **Bebezov B.Kh.** (Bishkek, Kirgizia), **Beburishvili A.G.** (Volgograd, Russia), **Vafin A.Z.** (Stavropol, Russia), **Vinnik Yu.S.** (Krasnoyarsk, Russia), **Vlasov A.P.** (Saransk, Russia), **Granov A.M.** (St.-Petersburg, Russia), **Grishin I.N.** (Minsk, Belarus), **Zarivchatski M.F.** (Perm, Russia), **Karimov Sh.I.** (Tashkent, Uzbekistan), **Krasilnikov D.M.** (Kazan, Russia), **Lupaltcev V.I.** (Kharkov, Ukraine), **Onopriev V.I.** (Krasnodar, Russia), **Poluectov V.L.** (Omsk, Russia), **Prudkov M.I.** (Ekaterinburg, Russia), **Seysembayev M.A.** (Almaty, Kazakhstan), **Sovtsov S.A.** (Chelyabinsk, Russia), **Timerbulatov V.M.** (Ufa, Russia), **Chugunov A.N.** (Kazan, Russia), **Shtofin S.G.** (Novosibirsk, Russia)

Chief of office **Shono N.I.**

The Journal is included in the “List of leading peer-reviewed editions, recommended for publication of Candidate’s and Doctor’s degree theses main results” approved by Higher Attestation Commission (VAK) RF.

Address for Correspondence:

Prof. Galperin E.I.,
Hospital #7, Kolomenskiy pr. 4, Moscow, 115446 Russia.
Tel/Fax + 7 (499) 782-34-68
Vidar Ltd. 109028 Moscow, p/b 16.
Contacts + 7 (495) 768-04-34, + 7 (495) 589-86-60,
<http://www.vidar.ru>

СОДЕРЖАНИЕ

Том 18, №1, 2013

Требования к публикациям	6
XX Международный конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ	9
Пленум Правления Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ	11

ЮБИЛЕЙ

Виктор Сергеевич Савельев — к 85-летию со дня рождения	12
---	----

ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ

Сергей Георгиевич Шаповальянц — редактор раздела	15
Профилактика и лечение рецидивного холедохолитиаза <i>Шаповальянц С.Г., Мьельников А.Г., Никонов А.А., Веселова В.С.</i>	16

Особенности хирургического лечения сложных форм холедохолитиаза <i>Ардасенов Т.Б., Будзинский С.А., Паньков А.Г., Бачурин А.Н., Шаповальянц С.Г.</i>	23
--	----

Антеградные эндобилиарные вмешательства в лечении осложненной желчнокаменной болезни <i>Охотников О.И., Яковлева М.В., Григорьев С.Н., Пахомов В.И.</i>	29
--	----

Минимально инвазивные операции при холецистохоледохолитиаза <i>Шулутко А.М., Агаджанов В.Г., Натрошвили А.Г., Натрошвили И.Г.</i>	38
---	----

Эндоскопические, чресфистульные и трансабдоминальные вмешательства при холангиолитиазе <i>Прудков М.И., Ковалевский А.Д., Натрошвили И.Г.</i>	42
--	----

Холедохолитиаз. Холангит и билиарный сепсис: где граница? <i>Ахаладзе Г.Г.</i>	54
--	----

Сочетанное применение ретроградного и антеградного доступов при сложном холедохолитиаза <i>Карпов О.Э., Ветшев П.С., Бруслик С.В., Маады А.С.</i>	59
--	----

ПЕЧЕНЬ

Эластометрия и эластография в дифференциальной диагностике гепатоцеллюлярного рака <i>Бердников С.Н., Шолохов В.Н., Патютко Ю.И., Махотина М.С., Чучуев Е.С., Абиоров К.Э.</i>	63
---	----

Ранние морфофункциональные изменения печени после обширной резекции (экспериментальное исследование) <i>Барская Л.О., Храмых Т.П., Полуэктов В.Л., Заводиленко К.В.</i>	70
--	----

ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ

Декомпрессия билиарного тракта в лечении больных механической желтухой опухолового генеза <i>Шахбазян О.Г., Касумьян С.А.</i>	78
--	----

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Проблема панкреатобилиарной хирургии: жизнь со стентом. Взгляд "традиционного хирурга" <i>Данилов М.В., Зурабиани В.Г., Карпова Н.Б.</i>	84
---	----

Конфигурация некроза поджелудочной железы и дифференцированное лечение острого панкреатита <i>Дюжева Т.Г., Джус Е.В., Шефер А.В., Ахаладзе Г.Г., Чевокин А.Ю., Котовский А.Е., Платонова Л.В., Шоно Н.И., Гальперин Э.И.</i>	92
---	----

Диагностика и хирургическое лечение хронического панкреатита с поражением головки поджелудочной железы <i>Пропп А.Р.</i>	103
---	-----

Острый панкреатит у беременных и в раннем послеродовом периоде при метаболическом синдроме <i>Стяжкина С.Н., Леднева А.В., Третьяков Е.В., Коробейников В.И., Виноходова Е.М., Черненкова М.Л., Султанова М.В.</i>	112
---	-----

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Первый опыт формирования билиодигестивного анастомоза под контролем эндо-УЗИ <i>Будзинский С.А., Шаповальянц С.Г., Федоров Е.Д., Галкова З.В., Чернякевич П.Л., Андреева О.Н., Алексеев К.И., Осипов А.С., Маады А.С.</i>	117
---	-----

РЕФЕРАТЫ ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛОВ

Рефераты иностранных журналов <i>Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.</i>	123
--	-----

ЮБИЛЕЙ

Болат Бимендеевич Баймаханов — к 50-летию со дня рождения	128
--	-----

CONTENTS

V. 18. N 1. 2013

Publication Requirements	6
XX International Congress of Surgeon-Hepatologists of SIS Countries	9
IO "Association of Surgical Hepatologists of SIS Countries" Executive Board Plenary Session	11

JUBILEES

Viktor Sergeevich Savelyev – to 85 th Anniversary	12
---	----

CHOLEDOCHOLITHIASIS

Sergey Georgievich Shapovalyants – Editor of the Issue	15
Prevention and Treatment of Recurrent Cholelithiasis <i>Shapovalyants S.G., Milnikov A.G., Nikonov A.A., Veselova V.S.</i>	16
Peculiarity of Surgical Management of Difficult Common Bile Duct Stones <i>Ardasenov T.B., Budzinsky S.A., Pankov A.G., Bachurin A.N., Shapovalyants S.G.</i>	23
Antegrade Endobiliary Interventions in Treatment of Complicated Gall Stone Disease <i>Okhotnikov O.I., Yakovleva M.V., Grigoriev S.N., Pakhomov V.I.</i>	29
Minimally Invasive Surgery in Cholecisto-Cholelithiasis <i>Shulutko A.M., Agadzhanov V.G., Natroshvili A.G., Natroshvili I.G.</i>	38
Endoscopic, Via Fistula and Transabdominal Interventions in Cholangiolithiasis <i>Prudkov M.I., Kovalevsky A.D., Natroshvili I.G.</i>	42
Cholelithiasis. Cholangitis and Biliary Sepsis: in What Lies the Difference? <i>Akhaladze G.G.</i>	54
Combined Retrograde and Antegrade Access in Management of Difficult Common Bile Duct Stones <i>Karpov O.E., Vetshev P.S., Bruslik S.V., Maady A.S.</i>	59

LIVER

Elastometry and Elastography in Differential Diagnostics of Hepatocellular Carcinoma <i>Berdnikov S.N., Sholokhov V.N., Patyutko Yu.I., Makhotina M.S., Chuchuev E.S., Abirov K.E.</i>	63
--	----

Early Structural and Functional Changes in the Liver after Extended Resection (Experimental Study) <i>Barskaya L.O., Khramykh T.P., Poluektov V.L., Zavadilenko K.V.</i>	70
---	----

BILE DUCTS

Biliary Decompression in the Treatment of Malignant Obstructive Jaundice Patients <i>Shahbazyan O.G., Kasumyan S.A.</i>	78
---	----

PANCREAS

Problem in Pancreatobiliary Surgery: Life with Stent. Point of "Traditional Surgeon's" View <i>Danilov M.V., Zurabiani V.G., Karpova N.B.</i>	84
Pancreatic Necrosis Configuration and Differentiated Management of Acute Pancreatitis <i>Dyuzheva T.G., Jus E.V., Shefer A.V., Akhaladze G.G., Chevokin A.Yu., Kotovskiy A.E., Platonova L.V., Shono N.I., Galperin E.I.</i>	92
Diagnostics and Surgical Treatment of Chronic Pancreatitis with the Defeat of Pancreatic Head <i>Propp A.R.</i>	103
Acute Pancreatitis in Pregnant and Early Postnatal Period with Metabolic Syndrome <i>Styazhkina S.N., Ledneva A.V., Tretyakov E.V., Korobeynikov V.I., Vinohodova E.M., Chernenkova M.L., Sultanova M.V.</i>	112

CASE REPORTS

First Experience of EUS-Guided Bilio Digestive Anastomosis <i>Budzinsky S.A., Shapovalyants S.G., Fedorov E.D., Galkova Z.V., Chernyakevich P.L., Andreeva O.N., Alekseev K.I., Osipov A.S., Maady A.S.</i>	117
---	-----

ABSTRACTS

Abstracts of Current Foreign Publications <i>Akhaladze G.G., Akhaladze D.G.</i>	123
--	-----

JUBILEES

Bolat Bimendeevich Baymakhanav – to 50 th Anniversary	128
---	-----

Информация

**XX Международный конгресс
хирургов-гепатологов стран СНГ
“Актуальные проблемы
хирургической гепатологии”**

18–20 сентября 2013 г., Донецк

*XX International Congress of Surgeon-Hepatologists
of SIS Countries “Actual Problems of Surgical Hepatology”*

September, 18–20, 2013, Donetsk

**Пленум правления Ассоциации
хирургов-гепатологов стран СНГ**

23–24 мая 2013 г., Нижний Новгород

*IO “Association of Surgeon-Hepatologists of SIS Countries”
Executive Board Plenary Session*

May, 23–24, 2013, Nizhniy Novgorod

Юбилей

К 85-летию со дня рождения

Виктора Сергеевича Савельева,

*заведующего кафедрой факультетской хирургии №1
лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова,
академика РАН и РАМН, Героя Социалистического Труда,
Лауреата премий РФ, премий Демидова и Бакулева,
кавалера многих орденов СССР и России*

Viktor Sergeevich Savelyev – to 85th Anniversary

Профилактика и лечение рецидивного холедохолитиаза

Шаповальянц С.Г., Мыльников А.Г., Никонов А.А., Веселова В.С.

Кафедра госпитальной хирургии №2, Научно-образовательный центр абдоминальной хирургии и эндоскопии (зав. — проф. С.Г. Шаповальянц) ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» (и.о. ректора — проф. А.Г. Камкин) Министерства здравоохранения РФ

Городская клиническая больница №31 (гл. врач — Р.А. Маслова), Москва

Цель — улучшение результатов лечения больных рецидивным холедохолитиазом.

Материал и методы. За 2006–2012 гг. обследовано 135 пациентов с рецидивным холедохолитиазом. В зависимости от характера ранее перенесенных операций больные были разделены на три группы. В 1-ю группу включили 76 (56,3%) пациентов, которым были выполнены одноэтапные вмешательства при ЖКБ и холедохолитиазе. Во 2-й группе было 35 (25,9%) больных, которым применили ЭРХПГ, ЭПСТ с последующей холецистэктомией. В 3-й группе было 24 (17,8%) больных, которым ранее выполняли только ЭРХПГ, ЭПСТ с литэкстракцией без удаления желчного пузыря.

Результаты. Изменения, предрасполагающие к рецидиву холедохолитиаза: стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки, деформация общего желчного протока, стриктура общего желчного протока, парапапиллярный дивертикул, аденома большого сосочка. Причины рецидива холедохолитиаза после ЭПСТ: диаметр общего желчного протока >2 см), повышенная литогенность желчи, внутривнутрипеченочный литиаз. Отдаленные результаты изучены у 79 пациентов.

Заключение. Улучшения результатов лечения больных рецидивным холедохолитиазом можно добиться тщательной оценкой состояния большого сосочка двенадцатиперстной кишки и периапулярной зоны при первичной операции, назначением после адекватно выполненной ЭПСТ литолитической терапии. При сложном (крупном) холедохолитиазе предпочтение следует отдавать холедохолитомии с глухим швом желчного протока, учитывая предварительно выполненную ЭПСТ.

Ключевые слова: холедохолитиаз, рецидив, большой сосочек двенадцатиперстной кишки, периапулярная зона, эндоскопическая папиллотомия.

Prevention and Treatment of Recurrent Choledocholithiasis

Shapovalyants S.G., Milnikov A.G., Nikonov A.A., Veselova V.S.

Chair of Hospital Surgery N 2 & Research Educational Center of Abdominal Surgery and Endoscopy (Head — Prof. S.G. Shapovalyants) of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Rector — Prof. A.G. Kamkin) Ministry of Health of the Russian Federation

Municipal Clinical Hospital N 31 (Head — R.A. Maslova), Moscow

Aim. To improve the treatment results of recurrent bile duct stones patients.

Materials and methods. During 2006–2012 examined 135 recurrent bile duct stone patients. According to character of previous surgery patients were divided into three groups. First group included 76 (56.3%) one-stage surgery patients. The second group consisted of 35 (25.9%) patients after ERCP and EST followed with laparoscopic cholecystectomy. 24 (17.78%) patients of the third group underwent endoscopic interventions — ERCP, EST with stone extraction without gall bladder removal.

Results. Changes of common bile duct and papilla Vategy predisposing to bile duct stone recurrence appeared to be: papillary stenosis, common bile duct deformation and strictures, parapapillary diverticuli, papillary adenomas. The causes of the common bile duct stones recurrence after EST were: enlarged (more than 2 cm) diameter of the duct, increased bile lithogenicity, intrahepatic stones. Remote results studied in 79 patients.

Conclusions. Improvement of the treatment results recurrent BDS in patients requires: meticulous evaluation of papillary and periampullary area, litholytic therapy after EST; in cases of complex (large) common bile duct stones after unsuccessful attempt of EST accomplished with open choledocholithotomy without external drainage taking into the consideration previously provided EST.

Key words: recurrent bile duct stones, papilla Vategy, periampullary area, endoscopic papillotomy.

Шаповальянц Сергей Георгиевич – доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой госпитальной хирургии №2 РНИМУ. *Мыльников Андрей Геннадьевич* – канд. мед. наук, доцент той же кафедры. *Никонов Алексей Алексеевич* – ассистент той же кафедры. *Веселова Вера Сергеевна* – ассистент той же кафедры.

Для корреспонденции: Шаповальянц Сергей Георгиевич – 119415 Москва, ул. Лобачевского 42, 2-е хирургическое отделение. Тел.: 8-495-431-66-75. E-mail: sgs31@mail.ru

Shapovalyants Sergey Georgievich – professor, head of chair of Hospital Surgery No 2, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University. *Milnikov Andrey Gennadievich* – cand. of med. sci., docent of the same chair. *Nikonov Aleksey Alekseevich* – assistant of the same chair. *Veselova Vera Sergeevna* – assistant of the same chair.

For correspondence: Shapovalyants Sergey Georgievich – Surgery department No 2, 42, Lobachevskiy Str., Moscow, 119415, Russia. Phone: +7-495-431-66-75. E-mail: sgs31@mail.ru

Особенности хирургического лечения сложных форм холедохолитиаза

Ардасенов Т.Б.¹, Будзинский С.А.¹, Паньков А.Г.², Бачурин А.Н.², Шаповальянц С.Г.¹

¹ Кафедра госпитальной хирургии №2, Научно-образовательный центр абдоминальной хирургии и эндоскопии (зав. – проф. С.Г. Шаповальянц) ГБОУ ВПО “Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова” (и.о. ректора – проф. А.Г. Камкин) Министерства здравоохранения РФ

² Городская клиническая больница №31 (гл. врач – Р.А. Маслова), Москва

Цель. Оценка эффективности эндоскопических ретроградных и традиционных хирургических вмешательств в лечении больных со сложными формами холедохолитиаза.

Материал и методы. Сложные формы холедохолитиаза (крупный размер, нестандартная неправильная форма и локализация конкрементов, нарушение анатомии гепатопанкреатодуоденальной зоны) выявили у 275 больных. Механическая желтуха при поступлении отмечена у 202 (73,5%) пациентов, холангит – у 67 (24,4%), острый билиарный панкреатит – у 8 (2,9%) больных. Оперативное лечение начинали с транспапиллярных вмешательств.

Результаты. У 12 (4,4%) пациентов выполнение транспапиллярных операций оказалось невозможным (крупный дивертикул ДПК, язвенный стеноз привратника, дивертикул Ценкера, длинная приводящая петля после резекции желудка и гастрэктомии). Остальным 263 (95,6%) больным выполнили эндоскопические операции, позволившие разрешить механическую желтуху у 93,6% из них, а полностью санировать желчевыводящие протоки – у 65,8%. Осложнения эндоскопического лечения развились в 22 (8,4%) наблюдениях (вклинение корзинки Dormia, кровотечение после папиллотомии, острый панкреатит, ретродуоденальная перфорация). Традиционную холедохолитотомию выполнили 57 больным, осложнения развились у 21 (36,8%) из них. Летальность среди больных сложным холедохолитиазом составила 5,1% (n = 14).

Заключение. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются высокоэффективными способами лечения сложных форм холедохолитиаза. Особое внимание следует уделять своевременной объективной оценке опасности минимально инвазивного способа лечения сложного холедохолитиаза и выбору в пользу традиционной операции.

Ключевые слова: сложный холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, холедохолитотомия.

Peculiarity of Surgical Management of Difficult Common Bile Duct Stones

Ardasenov T.B.¹, Budzinsky S.A.¹, Pankov A.G.², Bachurin A.N.², Shapovalyants S.G.¹

¹ Chair of Hospital Surgery No 2 & Research Educational Center of Abdominal Surgery and Endoscopy (Head – prof. S.G. Shapovalyants) of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Rector – prof. A.G. Kamkin) Ministry of Health of the Russian Federation

² Municipal Clinical Hospital No 31 (Head – R.A. Maslova), Moscow

Aim. Evaluation of endoscopic retrograde and traditional surgical interventions effectiveness in complex forms of choledocholithiasis.

Materials and methods. Complex forms of choledocholithiasis (large size, atypical abnormal form and localization of stones, deviation of pancreatobiliary zone anatomy) was diagnosed in 275 patients. 202 (73.5%) patients had jaundice in admission time, 67 (24.4%) – cholangitis and 8 (2.9%) – acute biliary pancreatitis in. Surgical interventions began with transpapillary procedures.

Results. Endoscopy was not feasible in 12 (4.4%) cases (a large duodenal diverticulum – 3, ulcerative pyloric stenosis – 2, Zenker's diverticulum – 1, long jejunal loop after gastric resection and gastrectomy – 6). Other 263 (95.6%) patients underwent endoscopic surgery followed by obstructive jaundice resolution in 93.6% and complete stone removal in 65.8% of patients. Complications of endoscopic treatment developed in 22 (8.4%). Mortality in the group of difficult choledocholithiasis came to 5.1% (n = 14).

Conclusions. Transpapillary endoscopic interventions are highly effective in difficult forms of choledocholithiasis. Most important seems to be objective estimation of minimally invasive interventions risks timely distinguishing patients for reasonable traditional surgery of difficult types of choledocholithiasis.

Key words: Difficult choledocholithiasis, obstructive jaundice, cholangitis, endoscopic papillosphincterotomy, choledocholithotomy.

Ардасенов Тимур Багратионович – канд. мед. наук, докторант кафедры госпитальной хирургии №2 Научно-образовательного центра абдоминальной хирургии и эндоскопии ГБОУ ВПО “РНИМУ им. Н. И. Пирогова”.
Будзинский Станислав Александрович – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. Научно-образовательного центра абдоминальной хирургии и эндоскопии того же университета.
Паньков Александр Геннадьевич – канд. мед. наук, зав. 2-м хирургическим отделением ГКБ №31 г. Москвы.
Бачурин Алексей Николаевич – врач-эндоскопист той же больницы.
Шаповальянц Сергей Георгиевич – доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой госпитальной хирургии №2 ГБОУ ВПО РНИМУ имени Н. И. Пирогова.

Для корреспонденции: Ардасенов Тимур Багратионович – 362040 РСО-Алания, г. Владикавказ, ул. Куйбышева, д. 17, кв.22. Тел.: 8-918-825-77-55. E-mail: hirurg31@inbox.ru

Ardasenov Timur Bagrationovich – cand. of. med. sci., doctoral student, chair of Hospital Surgery No 2& Research Educational Center of Abdominal Surgery and Endoscopy, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University.
Budzinsky Stanislav Aleksandrovich – cand. of. med. sci., senior researcher, Research Educational Center of Abdominal Surgery and Endoscopy of the same university.
Pankov Aleksandr Gennadievich – cand. of med. sci., chief of Surgery Department No 2, Municipal Clinical Hospital No 31.
Bachurin Aleksey Nikolaevich – physician-endoscopist of the same hospital.
Shapovalyants Sergey Georgievich – professor, head of chair of Hospital Surgery No 2 & Research Educational Center of Abdominal Surgery and Endoscopy, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University.

For correspondence: Ardasenov Timur Bagrationovich – Apt. 22, 17, Kuibyshev Str., Vladikavkaz, Republic of North Osetia, 362040, Russia. Phone: +7-918-825-77-55. E-mail: hirurg31@inbox.ru

Антеградные эндобилиарные вмешательства в лечении осложненной желчнокаменной болезни

Охотников О.И.^{1,2}, Яковлева М.В.², Григорьев С.Н.^{1,2}, Пахомов В.И.¹

¹ ГМУ «Курская областная клиническая больница» (гл. врач — канд. мед. наук М.А. Кожухов)

² ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» (ректор — проф. В.А. Лазаренко) Министерства здравоохранения РФ

Цель. Повышение эффективности лечения больных осложненной желчнокаменной болезнью методами рентгеноэндобилиарной хирургии.

Материал и методы. Опыт рентгенохирургического лечения насчитывает 2768 пациентов с осложнениями желчнокаменной болезни за период с 2000 по 2012 г. Одномоментная санация желчного пузыря под контролем УЗИ при остром холецистите выполнена 1024 больным, чрескожная чреспеченочная холецистостомия — 1110 больным. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия по поводу холедохолитиаза, осложненного механической желтухой, осуществлена 348 пациентам.

Результаты. Антеградная литотрипсия и литэкстракция были эффективны при эндоскопически «трудном» холедохолитиазе в 120 наблюдениях, при остром холецистите — в 276, при синдроме Мириizzi — в 9 наблюдениях. Антеградная баллонная дилатация большого сосочка двенадцатиперстной кишки позволила устранить стеноз большого сосочка у 85 пациентов и низвести в двенадцатиперстную кишку конкременты до 8 мм у 18 больных. Отражены отдаленные результаты антеградной литотрипсии и литэкстракции. Летальных исходов не было.

Заключение. Эндобилиарные антеградные рентгенохирургические вмешательства позволяют надежно и эффективно осуществить билиарную декомпрессию, подготовить больных к традиционному оперативному лечению. У пациентов группы высокого операционно-анестезиологического риска контактная литотрипсия и литэкстракция дают возможность безопасно ликвидировать холецисто- и холангиолитиаз. Антеградная баллонная дилатация большого сосочка сохраняет автономность билиарного тракта, предотвращает осложнения эндоскопической папиллотомии. Применение антеградных методов при синдроме Мириizzi позволяет избежать выполнения тяжелых реконструктивных вмешательств на внепеченочных желчных протоках.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, острый холецистит, чрескожная чреспеченочная холецистостомия, механическая желтуха, холедохолитиаз, чрескожная чреспеченочная холангиостомия, литотрипсия, литэкстракция, папиллодилатация.

Antegrade Endobiliary Interventions in Treatment of Complicated Gall Stone Disease

Okhotnikov O.I.^{1,2}, Yakovleva M.V.², Grigoriev S.N.^{1,2}, Pakhomov V.I.¹

¹Kursk Regional Clinical Hospital (Head — cand. of med. sci. M.A. Kozhukhov)

²Kursk State Medical University (Rector — prof. V.A. Lazarenko) Ministry of Health of the Russian Federation

Aim. Improvement of complicated gall stone disease surgical management effectiveness by the methods of antegrade endobiliary interventions.

Materials and methods. The experience in endobiliary treatment of 2768 patients was presented with complications of gall stone disease during the period from 2000 to 2012. Immediate echosonation of gallbladder in acute cholecystitis was performed to 1024 patients, percutaneous transhepatic cholecystostomy — to 1110 patients. Percutaneous transhepatic cholangiostomy because of choledocholithiasis complicated with obstructive jaundice was provided in 348 patients.

Results. The usage of antegrade lithotripsy and lithoextraction should be done for patients with high surgical and anesthetic risk in 120 cases of endoscopically «difficult» choledocholithiasis, in 276 cases of acute cholecystitis, and in 9 cases of Mirizzi syndrome. There are results of antegrade balloon papillodilatation that allowed to remove duodenal papilla stenosis for 85 patients and dislocate stones with size about 8 mm to duodenum for 18 patients. Also there are some distant results of antegrade cholecystolithotripsy and lithoextraction. There were no deaths related to the fulfilment of techniques of antegrade endobiliary interventions.

Conclusion. Endobiliary interventions, realized in the form of antegrade cholecysto- and cholangiostomy, can allow reliably and effectively to implement the biliary decompression and to prepare patients for traditional surgery. In patients groups of high anesthesiological and surgical risk contact lithotripsy and lithoextraction realised through large cholecysto- and cholangiostomical transabdominal access give an opportunity to eliminate safely cholecysto and cholangiolithiasis. Antegrade balloon papillodilatation saves autonomy of biliary tree, prevents complications of endoscopic papillotomy. Application of antegrade methods of choledocholithiasis removing during Mirizzi syndrome avoids the fulfilment of heavy reconstructive surgery on the extrahepatic bile ducts.

Key words: gall stone disease, acute cholecystitis, percutaneous transhepatic cholecystostomy, obstructive jaundice, choledocholithiasis, percutaneous transhepatic cholangiostomy, antegrade lithotripsy and lithoextraction, papillodilatation.

Охотников Олег Иванович – доктор мед. наук, проф. кафедры хирургических болезней ФПО ГБОУ ВПО “Курский государственный медицинский университет”, зав. отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 ГМУ “Курская областная клиническая больница”. *Яковлева Марина Валерьевна* – канд. мед. наук, доцент той же кафедры университета. *Григорьев Сергей Николаевич* – канд. мед. наук, зав. отделением гнойной хирургии ГМУ “Курская областная клиническая больница”. *Пахомов Вадим Игоревич* – врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 ГМУ “Курская областная клиническая больница”.

Для корреспонденции: Охотников Олег Иванович – 305047 г. Курск, ул. Ольшанского д. 26а, кв. 75.
Тел.: 8-4712-32-39-70, 8-910-740-20-92. E-mail: OLEG_OKHOTNIKOV@MAIL.RU

Okhotnikov Oleg Ivanovich – professor of Chair of Surgical Diseases, Kursk State Medical University; Head of X-ray Surgical Department No 2, Kursk Regional Clinical Hospital. *Yakovleva Marina Valeryevna* – docent of the same chair. *Grigoriev Sergey Nikolaevich* – assistant of the same chair; Head of Department of Suppurative Surgery of the same hospital. *Pakhomov Vadim Igorevich* – physician-surgeon, X-ray Surgical Department No 2 of the same hospital.

For correspondence: Okhotnikov Oleg Ivanovich – Apt. 75, 26a, Olshanskiy Str., Kursk, 305047, Russia.
Phone: +7-910-740-20-92. E-mail: OLEG_OKHOTNIKOV@MAIL.RU

Минимально инвазивные операции при холецистохоледохолитиазе

Шулутко А.М.¹, Агаджанов В.Г.¹, Натрошвили А.Г.¹, Натрошвили И.Г.²

¹ Кафедра факультетской хирургии №2 (зав. — проф. А.М. Шулутко) лечебного факультета ГБОУ ВПО “Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова” (ректор — член-корр. РАМН П.В. Глыбочко) Министерства здравоохранения РФ

² МУЗ “Кисловодская центральная городская больница” (гл. врач — С.Г. Егоров)

Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных холецистохоледохолитиазом.

Материал и методы. Обследовано 484 больных холецистохоледохолитиазом, 308 (63,6%) из них оперировано из мини-доступа по М.И. Прудкову.

Результаты. После выполнения ЭПСТ 183 пациентам выполнена холецистэктомия из мини-доступа, доля завершённых операций составила 99,4%. Холецистэктомия, холедохолитотомия из минилапаротомного доступа с различными вариантами ее завершения выполнена 125 больным, доля завершённых операций составила 96%.

Заключение. После выполнения холецистэктомии метод позволяет реализовать любой вариант завершения холедохотомии.

Ключевые слова: мини-лапаротомия, “Мини-ассистент”, холецистолитиаз, холедохолитиаз, холецистэктомия, мини-доступ, минимально инвазивное вмешательство.

Minimally Invasive Surgery in Cholecysto-Choledocholithiasis

Shulutko A.M.¹, Agadzhanov V.G.¹, Natroshvili A.G.¹, Natroshvili I.G.²

¹ No 2 faculty surgery chair (Chief — prof. A.M. Shulutko), Sechenov First Moscow State Medical University (Rector — corresponding member of RAMSci P.V. Glybochko) Ministry of Health of the Russian Federation

² The Kislovodsk central city hospital (Head — S.G. Egorov)

Aim: to improve the results of surgical management of cholecysto-choledocholithiasis.

Materials and methods. 484 cholecysto-choledocholithiasis patients has been investigated. 308 (63.6%) operated on through M.I. Prudkov minimally access.

Results. After the EST 183 patients underwent cholecystectomy from minimally access Cholecystectomy, that appeared to be the final procedure of the treatment in 99.4%. In 125 of cases choledochotomy was followed by different variants of its completion. In these cases minimally invasive procedures completed the treatment in 96%.

Conclusion. After the cholecystectomy, the method allows to realize any variant of the choledochotomy completion.

Key words: minimally access laparotomy, “Mini-Assistant”, cholecystolithiasis choledocholithiasis, cholecystectomy, minimal access, minimally invasive interventions.

Шулутко Александр Михайлович — доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой факультетской хирургии № 2 лечебного факультета ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”. Агаджанов Вадим Гамлетович — канд. мед. наук, доцент той же кафедры. Натрошвили Александр Гивиевич — канд. мед. наук, доцент той же кафедры. Натрошвили Илко Гивиевич — канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением Кисловодской центральной городской больницы.

Для корреспонденции: Шулутко Александр Михайлович — 119048 Москва, ул. Доватора, д. 15, ГКБ № 61. Тел.: +7-916-690-46-20. E-mail: shulutko@mail.ru

Shulutko Alexander Mikhailovich — professor, chief of no 2 faculty surgery chair, Sechenov First MSMU. Agadzhanov Vadim Gamletovich — cand. of med. sci., docent of the same chair. Natroshvili Alexander Givievich — cand. of med. sci., docent of the same chair. Natroshvili Iliko Givievich — cand. of med. sci., Head of Surgical Department, Kislovodsk Central Municipal Hospital.

For correspondence: Alexander M. Shulutko — 15, Dovatora str. hospital No 61, 119048 Moscow. Phone: +7-916-690-46-20. E-mail:shulutko@mail.ru

Эндоскопические, чресфистульные и трансабдоминальные вмешательства при холангиолитиазе

Прудков М.И.¹, Ковалевский А.Д.², Натрошвили И.Г.³

¹ Кафедра хирургических болезней факультета повышения квалификации врачей и последипломной подготовки (зав. – проф. М.И. Прудков) Уральской государственной медицинской академии (ректор – проф. С.М. Кутепов), Екатеринбург

² МБУ “Городская клиническая больница №14” (гл. врач – канд. мед. наук С.М. Хмельникер), Екатеринбург

³ МБУЗ “Кисловодская центральная городская больница” (гл. врач – С.Г. Егоров)

Цель – оптимизация тактики минимально инвазивного хирургического лечения холангиолитиаза.

Материал и методы. Исследование содержит результаты хирургического лечения 431 больного холангиолитиазом. Лечение 172 пациентов начато с чресфистульных вмешательств, 114 – с эндоскопических трансдуоденальных манипуляций и 145 – с трансабдоминальных минимально инвазивных вмешательств.

Результаты. Эффективность удаления конкрементов через свищ составила 98,3%, частота ятрогенных осложнений – 4,1%, обусловленная ими послеоперационная летальность – 0,6%, индекс ятрогенности – 0,19 балла. При использовании чресфистульного доступа для “рандеву”-папиллотомии эффективность составила 98,2%, частота ятрогенных осложнений – 1,8%. Традиционная эндоскопическая папиллотомия привела к ликвидации холангиолитиаза в 81,6% наблюдений, при частоте ятрогенных осложнений 21,9%, летальности – 0,9%, индекс ятрогенности составил 0,42 балла. При операциях из мини-доступа в комбинации с чресфистульными манипуляциями эти показатели составили 100 и 6,9%, 0 и 0,19 балла соответственно.

Заключение. При наличии соответствующего доступа оптимальным способом удаления камней из протоков является чресфистульные вмешательства и папиллотомия – метод “рандеву”. При отсутствии свища наиболее целесообразна традиционная эндоскопическая папиллотомия. Минимально инвазивные трансабдоминальные вмешательства с одномоментным устранением холангиолитиаза и стеноза большого сосочка представляются весьма перспективными при условии соответствующего технического оснащения и подготовленности хирургов.

Ключевые слова: холангиолитиаз, эндобилиарные вмешательства, эндоскопическая папиллотомия, чресфистульное удаление желчных камней, операции из мини-доступа, ятрогенные осложнения, индекс ятрогенности.

Endoscopic, Via Fistula and Transabdominal Interventions in Cholangiolithiasis

Prudkov M.I.¹, Kovalevsky A.D.², Natroshvili I.G.³

¹ Chair of Surgical Diseases of Faculty for Advanced Training of Doctors (Head – prof. M.I. Prudkov), Ural State Medical Academy (Rector – prof. S.M. Kutepov), Ekaterinburg

² Municipal Clinical Hospital No 14 (Head – cand. of med. sci. S.M. Khmelniker), Ekaterinburg

³ Municipal Central Hospital (Head – S.G. Egorov), Kislovodsk

The aim of the work is optimization of the tactic of cholangiolithiasis minimally invasive surgical treatment.

Materials and methods. Results of 431 patients with cholangiolithiasis surgical treatment.

Treatment of 172 patients was started with transfistula invasions, 114 – with endoscopic transduodenal and 145 – with transabdominal minimal invasions.

Results. The efficiency of concretions removal via fistula made 98.3%, the iatrogenic complications frequency made 4.1% with 0.4% caused by them postoperative lethality, with iatrogenic index 0.19 grade. While using transfistula access for “rendezvous”-papillotomy the efficiency made 98.2%, iatrogeny frequency – 1.8%. Traditional endoscopic papillotomy led to elimination of cholangiolithiasis in 81.6% of cases with iatrogenic complications frequency 21.9%, lethality – 0.9%, iatrogenic index 0.42 grade. Similar parameters in operations from minimal access in combination with transfistula manipulations were 100%; 6.9%, 0 and 0.19 grade.

Conclusion. With presence of transfistula access the optimal method for concretions removal from the ducts is transfistula invasions and for papillotomy – “rendezvous”-method. With fistula absence the most advisable is traditional endoscopic papillotomy from the duodenum lumen. Minimally invasive transabdominal invasions with simultaneous elimination of cholangiolithiasis and major duodenal papilla stenosis seem very promising providing corresponding technical

equipment and training of surgeons.

The concentration of patients and complex use of minimally invasive methods of cholangiolithiasis treatment make it possible to optimize the treatment of a large number of patients in the general network of surgical hospitals, yet not having the necessary equipment and experience of its application.

Key words: *cholangiolithiasis, endobiliar procedures, endoscopic papillotomy, transistular removal of bile duct stones, open minimal access operations, iatrogenic complication, index of iatrogenesis.*

Прудков Михаил Иосифович – доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой хирургических болезней факультета повышения квалификации врачей и последиplomной подготовки ГБОУ ВПО УГМА. *Ковалевский Алексей Дмитриевич* – канд. мед. наук, зав. отделением лучевых методов диагностики МБУ ГКБ №14. *Натрошвили Илья Гивиевич* – канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением МБУЗ “Кисловодская ЦГБ”.

Для корреспонденции: Прудков Михаил Иосифович – 620144 Екатеринбург, ул. Шейнкмана, д. 111, кв. 275.
Тел.: +7-922-202-91-92. E-mail: miprudkov@gmail.com

Prudkov Mikhail Iosifovich – professor, head of Chair of Surgical Diseases, Ural State Medical Academy. *Kovalevsky Aleksey Dmitrievich* – cand. of med. sci., head of Radiological Diagnostics Methods Department, Ekaterinburg Municipal Clinical Hospital No 14. *Natroshevili Ilya Givievich* – cand. of med. sci., head of Surgical Department, Kislovodsk Municipal Central Hospital.

For correspondence: Prudkov Mikhail Iosifovich – Apt. 275, 111, Sheynkman Str., Ekaterinburg, 620144, Russia.
Phone: +7-922-202-91-92. E-mail: miprudkov@gmail.com

Холедохолитиаз. Холангит и билиарный сепсис: где граница?

Ахаладзе Г.Г.

Отдел хирургии печени и метаболической хирургии (зав. — проф. Т.Г. Дюжева)
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
(ректор — член-корр. РАМН П.В. Глыбочко) Министерства здравоохранения РФ

Цель. Выяснить, где проходит граница между холангитом и билиарным сепсисом.

Материал и методы. Проведен анализ 266 больных холедохолитиазом. Тяжесть состояния больных оценивали по выраженности проявлений синдрома системной воспалительной реакции (ССВР). В анализе использовали данные литературы из электронных поисковых систем PubMed и ELSEVIER.

Результаты. Холангит был выражен у 230 (86,5%) пациентов, причем у 46 (17,3%) он не сопровождался механической желтухой. В 193 (83,9%) наблюдениях холангит купировался самостоятельно или после обычной консервативной терапии (спазмолитические препараты, антибактериальная терапия, внутривенная инфузия). У 71 (30,9%) больного отмечено тяжелое прогрессирующее течение холангита, потребовавшее дополнительной интенсивной терапии и экстренной билиарной декомпрессии. Билиарный сепсис развился у 37 (16,1%) больных. У 7 (2,6%) пациентов при длительном холедохолитиазе и холангите образовались абсцессы печени. Отмечен 1 (0,4%) летальный исход в результате холедохолитиаза, осложненного билиарным сепсисом.

Заключение. При стойком некупирующемся ССВР, тем более сохраняющемся после антибактериального лечения, инфузионной терапии и декомпрессии желчных протоков, следует констатировать билиарный сепсис.

Ключевые слова: холедохолитиаз, холангит, синдром системной воспалительной реакции, билиарный сепсис.

Cholelithiasis. Cholangitis and Biliary Sepsis: in What Lies the Difference?

Akhaladze G.G.

Liver Surgery Department (Head — prof T.G. Dyuzheva) of Sechenov First Moscow State Medical University
(Rector — corresponding member of RAMSci P.V. Glybochko) Ministry of Health of the Russian Federation

Aim. To clarify in what lies the difference between cholangitis and biliary sepsis.

Materials and methods. An analysis of 266 choledocholithiasis patients is carried out. Severity of the patients evaluated according on severity of systemic inflammatory response syndrome (SIRS) manifestation. In analysis included also data from electronic searching systems: PubMed and ELSEVIER.

Results. Cholangitis manifested in 230 (86.5%) patients, besides in 46 (17.3%) it was not followed by obstructive jaundice. In 193 (83.9%) cases cholangitis cured aidless or after conventional conservative (spasmolytic, antibacterial and intravenous infusion) therapy. 71 (30.9%) patients presented severe progressive course of the disease challenging additional intensive care and immediate biliary decompression. Biliary sepsis developed in 37 (16.1%) patients. In 7 (2.6%) choledocholithiasis patients established the liver abscesses. 7 (2.6%) patient died of biliary sepsis.

Conclusion. Biliary sepsis should be stated in cases of steady, resistant to antibacterial and infusion therapy cholangitis especially when SIRS does not resolve even after biliary decompression.

Key words: choledocholithiasis, cholangitis, SIRS, biliary sepsis.

Ахаладзе Гурам Германович — доктор мед. наук, проф., гл. науч. сотр. отдела хирургии печени и метаболической хирургии Первого МГМУ И.М. Сеченова.

Для корреспонденции: Ахаладзе Гурам Германович — 115446 Москва, Коломенский проезд, д. 4. Тел.: +7-499-782-30-83.
E-mail: gur371ax@gmail.com

Akhaladze Guram Germanovich — professor, chief researcher of Liver Surgery Department of Sechenov First MSMU.

For correspondence: Akhaladze Guram Germanovich — 4, Kolomenskiy proezd, Moscow, 115446, Russia.
Phone: +7-449-782-30-83. E-mail: gur371ax@gmail.com

Холедохолитиаз

Сочетанное применение ретроградного и антеградного доступов при сложном холедохолитиазе

Карпов О.Э., Ветшев П.С., Бруслик С.В., Маады А.С.
 ФГБУ “Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова”
 (президент – акад. РАМН Ю.Л. Шевченко), Москва

Цель – демонстрация клинических наблюдений применения сочетанных минимально инвазивных способов лечения сложного холедохолитиаза.

Материал и методы. В 2011–2012 гг. 2 пациенткам со сложным холедохолитиазом выполнено сочетанное антеградное чрескожное чреспеченочное и ретроградное эндоскопическое вмешательство с литотрипсией и литэкстракцией. В 1 наблюдении выявлены конкременты в желчном протоке после панкреатодуоденальной резекции по поводу карциноида головки поджелудочной железы. Во 2 наблюдении после перенесенной в анамнезе холецистэктомии и холедохолитотомии у пациентки развился рецидивный холедохолитиаз с внутривисцеральным расположением крупных конкрементов.

Результаты. Сочетанным антеградным и ретроградным эндоскопическим доступом в обоих наблюдениях разрешена механическая желтуха, выполнены литотрипсия и литэкстракция из желчных протоков. Пациентки выписаны на 14-е и 7-е сутки после вмешательства.

Заключение. Сочетанное минимально инвазивное антеградное и ретроградное эндоскопическое вмешательство позволило в обоих наблюдениях эффективно решить клиническую задачу, нормализовать уровень билирубинемии и удалить конкременты.

Ключевые слова: холедохолитиаз, механическая желтуха, антеградные чрескожные чреспеченочные вмешательства, эндоскопические ретроградные вмешательства.

Combined Retrograde and Antegrade Access in Management of Difficult Common Bile Duct Stones

Karpov O.E., Vetshev P.S., Bruslik S.V., Maady A.S.

N.J. Pirogov National Medic & Surgical Center (President – academician RAMSci Yu.L. Shevchenko), Moscow

Aim – clinical cases of combined minimal-invasive treatment of difficult choledocholithiasis.

Materials and Methods. In 2011–2012 two female difficult choledocholithiasis patients underwent combined antegrade percutaneous transhepatic and retrograde endoscopic intervention followed by lithotripsy and stones extraction. In one case, there were stones in the bile duct after previously performed pancreatoduodenectomy due to carcinoid of the pancreatic head. The size of the stone, according to ultrasound and cholangiography, was 2.5 cm. In the second case, after previously performed cholecystectomy and common bile duct exploration patient had recurrent intrahepatic choledocholithiasis.

Results. The combined antegrade and retrograde endoscopic access in both cases resolved jaundice and performed intra-ductal lithotripsy with stones extraction. Patients were discharged at 14 and 7 days after interventions.

Conclusions. Isolating either antegrade or endoscopic access is not allowed to treat patients in these clinical cases. Repeated attempts to endoscopy, previously made in other hospitals, were not successful. Combined minimally invasive endoscopic retrograde and antegrade interventions effectively solve clinical problems, to normalize the level of bilirubinemia and remove bile stones.

Key words: choledocholithiasis, obstructive jaundice, antegrade percutaneous transhepatic intervention, endoscopic retrograde intervention.

Карпов Олег Эдуардович – доктор мед. наук, проф., генеральный директор ФГБУ “НМХЦ им. Н.И. Пирогова” Минздрава России. *Ветшев Петр Сергеевич* – доктор мед. наук, проф., зам. генерального директора по лечебной и научно-образовательной работе того же центра. *Бруслик Сергей Владимирович* – доктор мед. наук, зав. отделением ультразвуковой диагностики и рентгенохирургических методов диагностики и лечения того же центра. *Маады Аяс Сергеевич* – канд. мед. наук, зав. отделением диагностической и оперативной эндоскопии того же центра.

Для корреспонденции: Маады Аяс Сергеевич – 105203 Москва, ул. Нижняя Первомайская, 70. Тел.: 8-926-931-66-28.
E-mail: mayas72@mail.ru

Karpov Oleg Eduardovich – professor, Director of Pirogov National Medic&Surgical Center. *Vetshev Peter Sergeevich* – professor, Deputy Director of the same center. *Bruslik Sergey Vladimirovich* – doctor of med. sci., Head of Ultrasound Diagnostics and X-ray Surgery Department of the same center. *Maady Ayas Sergeevich* – cand. of med. sci., Head of Endoscopy Department of the same center.

For correspondence: Maady Ayas – 70, Nizhnyaya Pervomayskaya Str., Moscow, 105203, Russia. Phone: +7-951-416-35-68.
E-mail: mayas72@mail.ru

Эластометрия и эластография в дифференциальной диагностике гепатоцеллюлярного рака

Бердников С.Н.¹, Шолохов В.Н.¹, Патютко Ю.И.²,
Махотина М.С.¹, Чучуев Е.С.², Абилов К.Э.²

¹ Отделение ультразвуковой диагностики отдела лучевой диагностики и рентгено-хирургических методов лечения (зав. — проф. Г.Т. Синюкова), ² Хирургическое отделение опухолей печени и поджелудочной железы (зав. — проф. Ю.И. Патютко) ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН (директор — акад. М.И. Давыдов), Москва

Цель. Совершенствование диагностики первичного рака печени неинвазивным методом качественной и количественной оценки паренхимы печени при УЗИ. Сравнительный анализ механических свойств опухолевой и здоровой ткани в эксперименте на макропрепарате.

Материал и методы. Проанализированы результаты исследования 72 пациентов в возрасте 32–79 лет за 2011–2012 гг. Всем пациентам выполняли УЗИ в В-режиме, дополненное эластометрией и эластографией, а также КТ и МРТ печени, определение уровня АФП и морфологическая верификация.

Результаты. Оперировано 56 пациентов, проведено УЗИ 20 макропрепаратов. При исследовании на дооперационном этапе средние значения показателей скорости распространения поперечной волны (СРПВ) в неизменной паренхиме печени варьировали от 1,88 до 2,99 м/с, в опухолевой ткани — от 1,45 до 2,65 м/с. При исследовании макропрепарата печени СРПВ в неизменной паренхиме печени варьировала от 1,91 до 2,81 м/с, а в опухолевой ткани — от 1,62 до 2,73 м/с.

Заключение. Чувствительность УЗИ с эластометрией и эластографией в выявлении ГЦР составила 98,6%, точность — 98,6%. Полученные результаты сопоставимы с данными мировой литературы. Комплексное УЗИ, дополненное эластометрией и эластографией, позволяет повысить уровень неинвазивной диагностики первичных опухолей печени.

Ключевые слова: гепатоцеллюлярный рак, ультразвуковое исследование, эластография, эластометрия.

Elastometry and Elastography in Differential Diagnostics of Hepatocellular Carcinoma

Berdnikov S.N.¹, Sholokhov V.N.¹, Patyutko Yu.I.²,
Makhotina M.S.¹, Chuchuev E.S.², Abirov K.E.²

¹ Ultrasonic Diagnostic Department of Radiology and Roentgen-Surgical Treatment Division (Chief — prof. G.T. Sinjukova), ² Liver and Pancreatic Tumors Surgical Department (Chief — prof. Yu.I. Patutko) of N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center of RAMSci (Director — academician M.I. Davidov), Moscow

Aim. Improvement of primary liver cancer diagnostics using liver parenchyma qualitative and quantitative evaluation by means of noninvasive ultrasound investigation method. Comparative analysis of tumor and normal tissue mechanical properties is carried out in the experiment in the gross specimen.

Materials and methods. The results of 72 patients aged from 32 to 79 years examination and treatment for hepatic neoplasms during the period of 2011–2012 are analysed. Standard ultrasonic investigation (USI) in B-mode added by elastometry and elastography was carried out in all patients. A standard investigation included also evaluation of α -fetoprotein, X-ray computed tomography, liver MRI and morphologic verification.

Results. 56 patients underwent surgery; 20 gross specimens were studied by USI. At the preoperative stage, mean values of shear wave velocity (SWV) were as follows: in unchanged liver parenchyma the values varied from 1.88 m/s to 2.99 m/s, in tumor tissue they ranged from 1.45 m/s to 2.65 m/s. For gross specimen, SWV in unchanged liver parenchyma varied from 1.91 m/s to 2.81 m/s, in tumor tissue — from 1.62 m/s to 2.73 m/s.

Conclusion. New methods of US-diagnostics allow us to give qualitative and quantitative assessment of tumor structure which can be confirmed by comparing these data with morphological examination. In diagnostics of hepatocellular carcinoma, sensitivity of UST in combination with methods of elastometry and elastography is 98.6%, accuracy is 98.6%. Thus, results obtained in our trial are comparable with data from the world literature. Complex USI in combination with elastometry and elastography allows to increase the primary liver cancers noninvasive diagnostics level.

Key words: hepatocellular cancer, US-diagnostics, elastography, elastometry.

Бердников Сергей Николаевич – аспирант отделения ультразвуковой диагностики отдела лучевой диагностики и рентгено-хирургических методов лечения ФГБУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. *Шолохов Владимир Николаевич* – доктор мед. наук, проф., вед. науч. сотр. того же отделения. *Патютко Юрий Иванович* – доктор мед. наук, проф., зав. отделением опухолей печени и поджелудочной железы. *Махотина Мария Сергеевна* – канд. мед. наук, отделение ультразвуковой диагностики отдела лучевой диагностики и рентгенохирургических методов лечения. *Чучуев Евгений Станиславович* – науч. сотр. отделения опухолей печени и поджелудочной железы. *Абилов Кубанычбек Эсеналиевич* – аспирант того же отделения.

Для корреспонденции: Бердников Сергей Николаевич – 115409 Москва, ул. Москворечье, д. 31/1, кв. 143.
Тел.: 8-916-990-79-07. E-mail: berdnikov_sn@mail.ru

Berdnikov Sergey Nikolaevich – postgraduate of the Ultrasonic Diagnostic Department of Radiology and Roentgen-Surgical Treatment Division, N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center of RAMSci. *Sholokhov Vladimir Nikolaevich* – professor, leading research fellow of Ultrasonic Diagnostic Department of Radiology and Roentgen-Surgical Treatment Division. *Patyutko Yuriy Ivanovich* – professor, Chief of Liver and Pancreatic Tumors Surgical Department. *Makhotina Maria Sergeevna* – cand. of med. sci., research fellow of Ultrasonic Diagnostic Department of Radiology and Roentgen-Surgical Treatment Division. *Chuchuev Eugeny Stanislavovich* – research fellow of Liver and Pancreatic Tumors Surgical Department. *Abirov Kubanychbek Esenalievich* – postgraduate of the same department.

For correspondence: Berdnikov Sergey Nikolaevich – Apt.143, 31/1, Moskvorech'e Str., Moscow, 115409, Russia.
Phone: +7-916-990-79-07. E-mail: berdnikov_sn@mail.ru

Ранние морфофункциональные изменения печени после обширной резекции (экспериментальное исследование)

Барская Л.О.¹, Храмых Т.П.², Полуэктов В.Л.¹, Заводиленко К.В.³

¹ Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии (зав. — проф. В.Л. Полуэктов), ² кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии (зав. — доктор мед. наук Т.П. Храмых) ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия (ректор — проф. А.И. Новиков) Министерства здравоохранения РФ

³ Омская областная клиническая больница (гл. врач — канд. мед. наук К.Л. Полежаев)

Цель. Изучить ранние морфофункциональные изменения в печени после обширной резекции.

Материал и методы. Исследование проведено на 110 белых беспородных крысах-самцах: 100 из них выполнили резекцию печени.

Результаты. Уровень соединений низкой и средней молекулярной массы в плазме крови воротной вены был повышен в сравнении с контролем через 12 ч, 3 сут и 7 сут на 60, 58 и 48% соответственно. На эритроцитах концентрация их незначительно увеличилась к 12 ч, 1 и 3 суткам на 11, 7 и 9% соответственно. К 7 суткам уровень соединений низкой и средней молекулярной массы на эритроцитах сравнялся с контрольными значениями. Полученные данные свидетельствуют о гемолизе. В плазме крови из печеночных вен уровень соединений низкой и средней молекулярной массы был повышен через 12 ч, на 3-и и 7-е сутки после операции на 41, 54 и 26% соответственно. На эритроцитах на 1-е и 3-и сутки — на 34% и 31%. Достоверных различий суммарного уровня соединений низкой и средней молекулярной массы в крови исследуемых вен не было, что свидетельствует о нарушении детоксикационной функции печени.

Заключение. Начальные структурные изменения в оставшейся печени обуславливают ее дисфункцию в дальнейшем и характеризуются деструктивными изменениями в паренхиме. В конечном итоге это приводит к формированию фиброза, а затем и цирроза печени.

Ключевые слова: эндотоксемия, гемигепатэктомия, регенерация печени.

Early Structural and Functional Changes in the Liver after Extended Resection (Experimental Study)

Barskaya L.O.¹, Khramykh T.P.², Poluektov V.L.¹, Zavodilenko K.V.³

¹ Chair of Surgery with the course of urology (Head — prof. V.L. Poluektov), ² Chair of Topographic Anatomy and Operative Surgery (Head — doct. of med. sci. T.P. Khramikh) Omsk State Medical Academy (Rector — prof. A.I. Novikov) Ministry of Health of the Russian Federation

³ Omsk Regional Clinical Hospital (Head — cand. of med. sci. K.L. Polezhaev)

Aim. To study early morpho-functional changes in the liver after extended resection.

Materials and methods. The study is carried out on 110 white purebred male rats. 100 of them underwent a liver resection.

Results. Level of low and middle molecular weight substances raised in blood plasma of portal vein in comparison with control group on 12 hours, 3 days and 7 days, for 60%, 58% and 48% respectively. Level of these substances on erythrocytes is slightly increased by 12 h, 1 day, 3 days for 11%, 7%, 9% respectively. To 7th day level of low and middle molecular weight substances on erythrocytes came even to control values. Achieved data pointed on hemolysis. In hepatic veins plasma level of low and middle molecular weight substances raised in 12 hours, on 3 and 7 days after operation, for 41%, 54% and 26% respectively, and on erythrocytes on 1st and 3rd days for 34% and 31%. No significant difference of a total level of these substances in blood of investigated veins is registered, that proved violation of the liver detoxication function.

Conclusion. Initial structural changes in the remnant liver causes its future dysfunction and are characterized with destructive changes in its parenchyma. It ultimately leads to the fibrosis and then, liver cirrhosis.

Key words: endotoxemia, hemihepatectomy, liver regeneration.

Барская Любовь Олеговна – аспирантка кафедры факультетской хирургии с курсом урологии ГБОУ ВПО ОмГМА. *Храмых Татьяна Петровна* – доктор мед. наук, зав. кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии той же академии. *Полуктвов Владимир Леонидович* – доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии той же академии. *Заводиленко Константин Владимирович* – канд. мед. наук, врач-патологоанатом Омской областной клинической больницы.

Для корреспонденции: Барская Любовь Олеговна – 644074 г. Омск, ул. Дмитриева, дом 17, кв. 98. Тел.: 8-951-416-35-68.
E-mail: barsik492@yandex.ru

Barskaya Lyubov Olegovna – postgraduate, chair of surgery with the course of urology, Omsk State Medical Academy. *Khramikh Tatyana Petrovna* – doct. of med. sci., head of chair of Topographic Anatomy and Operative Surgery of the same academy. *Poluektov Vladimir Leonidovich* – professor, head of Chair of Surgery with the course of urology of the same academy. *Zavodilenko Konstantin Vladimirovich* – cand. of med. sci., physician-pathologist, Omsk Regional Clinical Hospital.

For correspondence: Barskaya Lyubov Olegovna – Apt. 98, 17, Dmitrieva Str., Omsk, 644074, Russia. Phone: +7-951-416-35-68.
E-mail: barsik492@yandex.ru

Декомпрессия билиарного тракта в лечении больных механической желтухой опухолевого генеза

Шахбазян О.Г., Касумьян С.А.

ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» (ректор – проф. И.В. Отвагин)

Министерства здравоохранения РФ

Цель. Повышение эффективности хирургического лечения больных механической желтухой онкологического генеза.

Материал и методы. Проведен ретроспективный и проспективный анализ результатов обследования и лечения 603 больных раком органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненным механической желтухой. Рак головки поджелудочной железы выявлен у 446 больных, рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки – у 75, рак внепеченочных желчных протоков – у 73, рак двенадцатиперстной кишки – у 9 пациентов. Все пациенты разделены на 3 группы в зависимости от степени желтухи.

Результаты. Оперативное лечение осуществлено у 568 больных. Из них 271 пациент оперирован на высоте желтухи, а 297 – после декомпрессии билиарного тракта. Осложнения после операции наблюдались у 132 (23,2%) больных: 78 (13,7%) из них были оперированы на высоте желтухи, 54 (9,5%) – после декомпрессии билиарного тракта (двухэтапные операции). У 61 больного с тяжелой степенью желтухи, оперированного на высоте желтухи, осложнения развивались даже после паллиативных операций небольшого объема.

Заключение. При тяжелой желтухе с уровнем билирубина плазмы >200 мкмоль/л радикальные и паллиативные операции следует выполнять только в два этапа, после декомпрессии желчных протоков. Декомпрессия желчных протоков позволяет сократить предоперационный период на 2–3 нед.

Ключевые слова: механическая желтуха, билиарная декомпрессия, билирубинемия, метаанализ, электронная микроскопия, острая печеночная недостаточность.

Biliary Decompression in the Treatment of Malignant Obstructive Jaundice Patients

Shahbazyan O.G., Kasumyan S.A.

Smolensk State Medical Academy (Rector – prof. I.V. Otvagin) Ministry of Health of the Russian Federation

Aim. Improvement of malignant obstructive jaundice patients surgical treatment effectiveness.

Materials and methods. A retrospective and prospective analyses of the examination and treatment results in 603 hepatopancreatoduodenal area cancer patients complicated with obstructive jaundice is carried out. Pancreatic head cancer was revealed in 446 patients, major duodenal papilla cancer – in of the 75, extrahepatic bile duct cancer – in 73 and duodenal cancer – in 9 patients. All patients were divided into 3 groups according to the degree of jaundice.

Results. The surgical treatment provided in 568 patients. Among these, 271 were operated on without the jaundice resolution and 297 – after biliary decompression. Postoperative complications observed in 132 (23.2%) patients, among them 78 (13.7%) – operated without jaundice resolution and 54 (9.5%) – after biliary decompression (two-stage surgery). It should be noted that in 61 severe jaundice patients operated on at the height of jaundice, complications occurred even after palliative surgery.

Conclusion. In cases of severe jaundice (bilirubin > 200 micromoles/l) only two stage curative and palliative surgery should be done, after bile duct decompression. Biliary decompression enables to normalize the liver morphofunctional state, reducing the preoperative period on 2–3 weeks.

Key words: obstructive jaundice, biliary decompression, bilirubinemia, meta-analysis, electronic microscopy of hepatocytes, acute liver failure.

Шахбазян Овик Гагикович – ассистент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СГМА. Касумьян Сергей Аванесович – доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СГМА.

Для корреспонденции: Шахбазян Овик Гагикович – 214000 г. Смоленск, ул. Тенишевой, д. 9. Тел.: 8-903-649-48-57. E-mail: ovik1401@rambler.ru

Shahbazyan Ovik Gagikovich – assistant of the Hospital Surgery Chair, Smolensk State Medical Academy. Kasumyan Sergey Avanesovich – professor, chief of the same chair.

For correspondence: Shakhbazyan Ovik Gagikovich – 9, Tenisheva str., Smolensk, 214000, Russia. Phone: +7-903-649-48-57. E-mail: ovik1401@rambler.ru

Проблема панкреатобилиарной хирургии: жизнь со стентом. Взгляд “традиционного хирурга”

Данилов М.В.¹, Зурабиани В.Г.¹, Карпова Н.Б.²

¹ Кафедра хирургии ФППОВ (зав. – проф. В.П. Глабай) ГБОУ ВПО “Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова” (ректор – член-корр. РАМН П.В. Глыбочко) Министерства здравоохранения РФ

² Городская клиническая больница №53 (гл. врач – канд. мед. наук С.Э. Аракелов), Москва

Цель. Повышение эффективности хирургического лечения больных механической желтухой и хроническим панкреатитом, ранее перенесших неэффективное билиарное или панкреатическое стентирование.

Материал и методы. С 2000 по 2012 г. наблюдали 29 пациентов с эндопротезированием желчных протоков и протока поджелудочной железы пластиковыми стентами в анамнезе. Билиарное стентирование у 13 больных выполняли при раке поджелудочной железы и общего желчного протока, у 11 – при холедохолитиазе и хроническом панкреатите. В 5 наблюдениях выполняли стентирование протоков поджелудочной железы и псевдокист. В 27 наблюдениях после эндопротезирования выполнены повторные операции: билиодигестивный анастомоз – у 17, панкреатодуоденальная резекция – у 3, дистальная резекция железы – у 2, панкреато- и цистодигестивный анастомоз – у 3, чрескожная катетеризация жидкостных образований – у 2.

Результаты. Из 13 пациентов с опухолевой механической желтухой у 4 повторные операции выполняли в ранние сроки после стентирования; панкреатодуоденальную резекцию – у 1 пациента, гепатикоеюноанастомоз – у 2, чрескожную холангиостомию – у 1 с благоприятными результатами. Другие 9 пациентов госпитализированы через 1,5–6 мес. после эндопротезирования с механической желтухой и холангитом. У большинства пациентов выявлена местнораспространенная опухоль. Повторные операции заключались в гепатикоеюностомии, дополненной у 2 пациентов гастроэнтероанастомозом. У 11 пациентов с осложненным панкреатитом и рецидивным холангиолитиазом показанием к повторным операциям были осложнения панкреатической гипертензии. Наряду с билиодигестивными анастомозами выполняли резекцию и панкреатодигестивные соустья. У 5 больных с осложнениями эндоскопических вмешательств выполнены повторные операции: дистальная резекция железы (n = 2), цистогастростомия (n = 1), чрескожное дренирование парапанкреатических жидкостных образований (n = 2). Летальных исходов не было.

Заключение. Билиарное эндопротезирование – оптимальный способ подготовки пациентов к радикальной операции при опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны, а при невозможности ее – к внутреннему дренированию желчных протоков. Холангит и рецидив желтухи после стентирования являются показанием к открытой радикальной операции либо к формированию билиодигестивного соустья или гастроэнтероанастомоза. Сохраняющаяся панкреатическая гипертензия после билиарного стентирования при псевдотуморозном панкреатите требует резекции железы, либо панкреато- и цистодигестивного анастомоза.

Ключевые слова: эндопротезирование, стентирование, механическая желтуха, холангит, хронический панкреатит, псевдотуморозный панкреатит, билиодигестивный анастомоз, резекция поджелудочной железы, билиарная гипертензия, панкреатическая гипертензия.

Problem in Pancreatobiliary Surgery: Life with Stent. Point of “Traditional Surgeon's” View

Danilov M.V.¹, Zurabiani V.G.¹, Karpova N.B.²

¹ Chair of Surgery (Head – prof. V.P. Glabay), Sechenov First Moscow State Medical University (Rector – corresponding member of RAMSci P.V. Glybochko) Ministry of Health of the Russian Federation

² Municipal Clinical Hospital No 53 (Head – cand. of med. sci. S.E. Arakelov), Moscow

Aim. To upgrade surgical management efficacy in patients with biliary obstruction and chronic pancreatitis after ineffective biliary or pancreatic stenting.

Materials and Methods. The results of 29 patients previously subjected to endoscopic biliary and pancreatic stenting is presented. 13 patients were underwent biliary stenting for pancreatic and distal bile duct cancer, for chronic pancreatitis and choledocholithiasis – 11 patients. 5 patients with chronic pancreatitis and pancreatic pseudocysts had been underwent pancreatic stenting previously. 27 patients subsequently were underwent open surgery: biliodigestive anastomosis in 17 cases, direct pancreatic surgery – 3 pancreatoduodenectomies, 2 distal pancreas resections, 3 pancreato- and cystodigestive anastomosis, 2 percutaneous drainages of pancreatic fluid collections.

Results. 4 of 13 malignant tumours patients had stenting for obstructive jaundice shortly before 1 pancreatoduodenectomy, 2 hepaticojunostomies, 1 percutaneous biliary drainage followed by successful results. 9 patients were hospitalized in 1.5 up to 6 months after stenting with complaining biliary obstruction signs (jaundice and a purulent cholangitis). Moreover, majority of the patients had locally advanced tumours, which should be considered as resectable at the moment of stenting. Repeated surgery included 2 hepaticojunostomies, accompanied with gastroenterostomy because of duodenal obstruction. 11 complicated chronic pancreatitis patients with recurrent cholangiolithiasis after single-shot or multiple endoscopy procedures apart from the above mentioned complications (jaundice, recurrent cholangitis) pancreatic hypertension, which required direct pancreatic resectional surgery followed by pancreatodigestive anastomosis. 5 patients with complications of endoscopy drainage required additional operations: distal pancreatic resection (2), cystogastrostomy (1), pancreatic fluid collections percutaneous drainage (2) with no lethal outcome.

Conclusion. Endoscopy biliary drainage is the most optimal pretreatment modality for major curative or palliative surgery in pancreatobiliary tumour patients. Development of cholangitis and recurrent jaundice after endoscopy drainage are indications for open surgery – curative intervention or biliodigestive anastomosis. In pseudotumorous pancreatitis patients after endoscopy drainage clinical manifestations of pancreatic hypertension still persist, that dictates to provide pancreatic resection or pancreato- and cystodigestive anastomosis. Reconstructive pancreatic operations are also necessary in cases of pancreatic duct or pseudocysts endoscopic stenting failure.

Key words: biliary stenting, obstructive jaundice, cholangitis, recurrent surgery reconstructive operations, chronic pancreatitis, pseudotumorous pancreatitis, biliodigestive anastomosis, pancreatic resection, biliary hypertension, pancreatic hypertension.

Данилов Михаил Викторович – доктор мед. наук, проф. кафедры хирургии ФППОВ ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”. *Зурабиани Вахтанг Георгиевич* – канд. мед. наук, ассистент той же кафедры. *Карпова Наталья Борисовна* – руководитель отделения ультразвуковой диагностики Городской клинической больницы № 53, Москва.

Для корреспонденции: Данилов Михаил Викторович – 121059, Москва, Брянская ул., д. 4, кв. 63.
Тел.: 8-916-133-07-38. E-mail: danilov_m_v@mail.ru

Danilov Mikhail Victorovich – professor of Chair of Surgery, Sechenov First MSMU. *Zurabiani Vakhtang Georgievich* – cand. of med. sci., assistant of the same Chair. *Karpova Natalia Borisovna* – chief of Ultrasound Diagnostic Department, Municipal Clinical Hospital No 53, Moscow.

For correspondence: Danilov Mikhail Victorovich – apt. 63, 4, Bryanskaya Str., Moscow, 121059.
Phone: 8-916-133-07-38. E-mail: danilov_m_v@mail.ru

Конфигурация некроза поджелудочной железы и дифференцированное лечение острого панкреатита

Дюжева Т.Г.¹, Джус Е.В.², Шефер А.В.¹, Ахаладзе Г.Г.¹, Чевокин А.Ю.², Котовский А.Е.¹, Платонова Л.В.¹, Шоно Н.И.¹, Гальперин Э.И.¹

¹ Отдел хирургии печени и метаболической хирургии (зав. – проф. Т.Г. Дюжева) ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (ректор – член-корр. РАМН П.В. Глыбочко)

² Городская клиническая больница №7 (гл. врач – М.С. Бадма-Гаряев), Москва

Цель. Разработка дифференцированного подхода к лечению больных в зависимости от характеристик некроза поджелудочной железы и поражения забрюшинной клетчатки.

Материал и методы. 127 больным выполнена МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием. Конфигурацию некроза оценивали по локализации, глубине в сагитальном сечении, наличию жизнеспособной паренхимы дистальнее некроза. О поражении забрюшинной клетчатки судили по воспалительной инфильтрации тканей и жидкостным скоплениям. Больные были разделены на 3 группы: в 1-ю группу объединены больные (n = 61), у которых дистальнее некроза располагалась жизнеспособная паренхима железы, во 2-ю группу – 22 пациента с некрозом хвоста, за которым жизнеспособная паренхима отсутствовала, в 3-ю группу – 44 больных с интерстициальным панкреатитом, при КТ некроза у них не выявлено.

Результаты. В 1-й группе распространенный парапанкреатит (объем жидкостных скоплений 110 ± 18 мл) развился у 31 (51%) больного: у 6 (37%) при глубине некроза до 50%, у 11 (48%) при глубине некроза более 50% и у 14 (64%) – при полном поперечном некрозе. Инфицирование наступило соответственно у 1 (6%), 5 (22%) и 11 (45%) больных. Только пункционное лечение жидкостных скоплений выполнено 6 (37%), 5 (22%) и 1 (9%) больным, операции – 3 (19%), 8 (35%) и 21 (91%) пациентам. Летальность составила 2 (12%), 5 (22%) и 7 (32%). У выживших пункционное лечение (как первый этап) предпринято на стадии стерильного некроза на $6,7 \pm 1$ сут, у умерших – на 11 ± 2 сут от начала заболевания. Во 2-й группе у 18 (82%) больных отмечен локальный парапанкреатит, объем жидкостных скоплений составил 53 ± 9 ($p < 0,05$). Инфицирование наступило у 4 (18%) больных. Пункции были окончательным методом лечения у 6 (27%) больных, операции выполнены 5 (23%) больным, умер 1 пациент. В 3-й группе распространенный парапанкреатит (преобладали инфильтративные изменения) отмечен у 13 (29%) больных, инфицирование наступило у 3 (7%) человек. Консервативное лечение было эффективным у 34 (78%) больных, пункции жидкостных скоплений – у 5 (11%), оперированы 5 (11%), был 1 летальный исход.

Заключение. Конфигурация некроза ПЖ является основополагающим критерием дифференцированного подхода к лечению больных острым панкреатитом. Глубокий (более 50%) некроз с наличием жизнеспособной паренхимы дистальнее некроза создает угрозу развития внутреннего панкреатического свища, распространенного инфицированного парапанкреатита, является показанием к проведению ранних пункций стерильных жидкостных скоплений и операции на втором этапе. Разработанная тактика способствовала снижению летальности.

Ключевые слова: поджелудочная железа, парапанкреатит, конфигурация некроза, панкреатический свищ, двухэтапное лечение.

Pancreatic Necrosis Configuration and Differentiated Management of Acute Pancreatitis

Dyuzheva T.G.¹, Jus E.V.², Shefer A.V.¹, Akhaladze G.G.¹, Chevokin A.Yu.², Kotovski A.E.¹, Platonova L.V.¹, Shono N.I.¹, Galperin E.I.¹

¹ Liver and Metabolic Surgery Department (Chief – prof. T.G. Dyuzheva), Sechenov First Moscow State Medical University (Rector – corresponding member of RAMSci P.V. Glybochko) Ministry of Health of the Russian Federation

² Municipal clinical hospital No 7 (Head – M.S. Badma-Gariaev), Moscow

Aim. To elaborate differentiated approach of patients management in accordance of pancreatic necrosis and retroperitoneal fat tissue lesion characteristics.

Material and methods. In 127 patients MSCT with intravenous bolus enhancement is carried out. A necrosis configuration evaluated according to its location, depth in sagittal cut and evidence of viable parenchyma distally to necrosis. Retroperitoneal fat tissue lesion assessed according to the tissue inflammatory infiltration and acute fluid collections.

The patients divided into three groups: the first group included patients (n = 61), in which viable pancreatic parenchyma preserved distally necrosis. The second group included 22 patients with pancreatic tail necrosis, distally of which existed no viable parenchyma. The third group included 44 interstitial necrosis patients without any CT evidence of pancreatic necrosis.

Results. In the first group widespread parapancreatitis (volume of acute fluid collections – 110 ± 18 ml) developed in 31 (51%) patients: in 6 (37%) at 50% necrosis depth, in 11 (48%) at more than 50% and in 14 (64%) – at total transverse necrosis. Infection appeared correspondingly in 1 (6%), 5 (22%) and 11 (45%) patients. Only percutaneous puncture of fluid collections carried out in 6 (37%), 5 (22%) and 1 (9%) patients, open surgery in – 3 (19%), 8 (35%) and 21 (91%) patients. Mortality rate came to 2 (12%), 5 (22%) and 7 (32%). In survivors percutaneous puncture (as a first step of management) carried out on sterile stadium of the necrosis on $6,7 \pm 1$ days, in those who consequently died – on 11 ± 2 days of the disease onset. In 18 (82%) patients of the second group noticed local parapancreatitis, volume of the fluid collections came to 53 ± 9 ml ($p < 0,05$). Infection appeared in 4 (18%) of them. Percutaneous punctures appeared as final intervention in 6 (27%) patients, open surgery carried out in 5 (23%) patients, died – 1. In the third group widespread parapancreatitis (infiltrative lesions exceeded) noticed in 13 (29%) patients, infection appeared in 3 (7%). Conservative management appeared effective in 34 (78%), percutaneous punctures of fluid collections – in 5 (11%). Operated on 5 (11%). 1 patient died.

Conclusion. Configuration of the pancreatic necrosis appears to be a fundamental criterion of the differentiated approach in management of acute pancreatitis patients. Deep (exceeding 50%) pancreatic necrosis associated with viable parenchyma distally to necrosis bears a treat of internal pancreatic fistula and widespread infected parapancreatitis development. It is an indication for early percutaneous puncture of the sterile fluid collections and surgery as a second step management. Elaborated strategy promoted decrease of mortality rate.

Key words: *pancreas, pancreatitis, parapancreatitis, pancreonecrosis, necrosis configuration, pancreatic fistula, two-step management.*

Дюжева Татьяна Геннадьевна – доктор мед. наук, проф., зав. отделом хирургии печени и метаболической хирургии ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”. *Джус Евгений Владимирович* – врач отделения лучевой диагностики ГКБ № 7. *Шефер Александр Валерьевич* – канд. мед. наук, вед. науч. сотр. отдела хирургии печени и метаболической хирургии ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”. *Ахаладзе Гурам Германович* – доктор мед. наук, проф., гл. науч. сотр. того же отдела. *Чевочкин Александр Юрьевич* – канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением ГКБ №7. *Котовский Андрей Евгеньевич* – доктор мед. наук, проф. кафедры госпитальной хирургии №2 ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”. *Платонова Любовь Владимировна* – канд. биол. наук, вед. науч. сотр. отдела хирургии печени и метаболической хирургии ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”. *Шоно Наталья Игоревна* – канд. биол. наук, ст. науч. сотр. того же отдела. *Гальперин Эдуард Израилевич* – доктор мед. наук, проф., гл. науч. сотр. того же отдела.

Для корреспонденции: Дюжева Татьяна Геннадьевна – 115432 Москва, ул. Сайкина, д. 21, кв. 42.
Тел. 8-499-782-30-83. E-mail: dtg679@gmail.com

Dyuzheva Tatyana Gennadievna – doct. of med. sci., professor, chief of the liver and metabolic surgery department, Sechenov First MSMU. *Jus Evgenyi Vladimerovich* – physician of the radiology diagnostic department of the MCH No 7. *Shefer Aleksander Vallerievich* – cand. of med. sci., leading research fellow of the liver and metabolic surgery department, Sechenov First MSMU. *Akhaladze Guram Germanovich* – doct. of med. sci., pofessor, leading research fellow of the liver and metabolic surgery department, Sechenov First MSMU. *Chenokin Alexandr Yurevich* – cand. of med. sci., chief of the surgical department No 13, MCH No 7. *Kotovskiy Andrey Evgenievich* – doct. of med. sci., professor of the hospital surgery chair No 2, Sechenov First MSMU. *Platonova Lubov Vladimirovna* – cand. of biol. sci., leading research fellow of the liver and metabolic surgery department, Sechenov First MSMU. *Shono Natalya Igorevna* – cand. of biol. sci., senior research fellow of the liver and metabolic surgery department, Sechenov First MSMU. *Galperin Eduard Izrailevich* – doct. of med. sci., pofessor, leading research fellow of the liver and metabolic surgery department, Sechenov First MSMU.

For correspondence: Dyuzheva Tatyana Gennadievna – 21, app 42, Saykina 115432, Moscow. Phone: 8-499-782-30-83.
E-mail: dtg679@gmail.com

Диагностика и хирургическое лечение хронического панкреатита с поражением головки поджелудочной железы

Пропп А.Р.

БУЗ Омской области "Областная клиническая больница" (гл. врач – канд. мед. наук К.Л. Полежаев)

Цель. Сравнительный анализ непосредственных результатов хирургического лечения хронического панкреатита с поражением головки поджелудочной железы в зависимости от нарушения проходимости протока поджелудочной железы.

Материал и методы. КТ выполнена 130 пациентам, чувствительность – 98,5%. Оперировано 140 пациентов, из них без нарушения проходимости протока поджелудочной железы – 26, с нарушением его проходимости на уровне проксимальных отделов железы – 52 и на уровне дистальных отделов – 62. Дренирующие операции выполнены 56 больным, изолированно резекционные – 44, резекционно-дренирующие с продольным рассечением протока поджелудочной железы – 40 пациентам.

Результаты. Непосредственные результаты различных вариантов резекции головки поджелудочной железы сопоставимы. Дренирующие операции по сравнению с резекционными сопровождались в два раза большим числом осложнений, требующих повторных вмешательств.

Заключение. Проксимность протока поджелудочной железы влияла на выбор варианта резекционной операции. Целесообразно разделять хронический панкреатит с поражением головки поджелудочной железы на хронический панкреатит без нарушения и с нарушением проходимости протока, которое может быть на уровне проксимальных и дистальных отделов поджелудочной железы.

Ключевые слова: поджелудочная железа, хронический панкреатит, проток поджелудочной железы, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография, продольная панкреатоэюностомия, панкреатодуоденальная резекция.

Diagnostics and Surgical Treatment of Chronic Pancreatitis with the Defeat of Pancreatic Head

Propp A.R.

Regional Clinical Hospital (Head – cand. of med. sci. K.L. Polezhaev), Omsk

Aim. Comparative analysis of the results of surgical treatment of chronic pancreatitis with the predominant lesion of the head in dependence of the impaired main pancreatic duct patency.

Material and Methods. Computed tomography was performed 130 patients with 98.5% sensitivity. 140 patients were operated on, 26 of which – without impairment of the main pancreatic duct patency, 52 – with violation of its cross at the level of the proximal part and 62 – at the level of the distal one. The draining surgery was performed 56 persons, isolated pancreatic resection – in 44 and resection and drainage with the main pancreatic duct longitudinal incision – in 40 patients.

Results. The immediate results of the different modalities of the pancreatic head resection are comparable. Draining procedures in comparison with resectional ones displayed two folds increase in postoperative morbidity that required repeated interventions.

Conclusion. Patency of the main pancreatic duct affected the choice of resectional surgery option. It is worthwhile to divide chronic pancreatitis with predominant lesion of pancreatic head into: chronic pancreatitis without breaking or with impaired patency of proximal or distal parts of the main pancreatic duct.

Key words: pancreas, chronic pancreatitis, main pancreatic duct, computed tomography, magnetic resonance cholangiopancreatography, retrograde cholangiopancreatography, longitudinal pancreatojejunostomy, pancreatoduodenectomy.

Пропп Александр Робертович – канд. мед. наук, зав. отделением хирургии БУЗ Омской области "ОКБ".

Для корреспонденции: Пропп Александр Робертович – 644033 Омск, ул. Волховстроя 94-83.

Тел.: 8-3812-21-14-47, +7-913-645-9962. E-mail: par1108@mail.ru

Propp Alexandr Robertovich – cand. of med. sci., chief of Surgical Department, Regional Clinical Hospital, Omsk.

For correspondence: Propp Alexandr Robertovich – Apt. 83, Volkhovstroya Str., Omsk, 644033, Russia.

Phone: +7-3812-21-14-47, +7-913-645-99-62. E-mail: par1108@mail.ru

Острый панкреатит у беременных и в раннем послеродовом периоде при метаболическом синдроме

Стяжкина С.Н.², Леднева А.В.², Третьяков Е.В.^{1,2}, Коробейников В.И.^{1,2},
Виноходова Е.М.¹, Черненко М.Л.², Султанова М.В.³

¹ БУЗ УР “Первая Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики” (гл. врач – Н.А. Михайлова)

² ГБОУ ВПО “Ижевская государственная медицинская академия” (ректор – проф. Н.С. Стрелков) Министерства здравоохранения РФ

³ БУЗ УР “Городская клиническая больница № 6 Министерства здравоохранения Удмуртской Республики” (гл. врач – проф. Э.В. Халимов)

Цель. Изучение особенностей этиологии и течения острого деструктивного панкреатита у беременных и женщин в послеродовом периоде.

Материал и методы. Обследованию подвергли 12 пациенток с панкреонекрозом за последние 6 лет. Беременных было 5 женщин, в раннем послеродовом периоде – 7.

Результаты. Панкреатит в период беременности и в раннем послеродовом периоде может иметь “метаболический” характер, что связано в первую очередь с гиперлипидемией (гипертриглицеридемией). У 10 пациенток выявлен метаболический синдром. Причинами хронического и развившегося острого панкреатита в 9 наблюдениях стала желчнокаменная болезнь, у трех пациенток причины панкреатита установить не удалось. Десять (83%) пациенток с панкреонекрозом выписаны с выздоровлением. Две (17%) пациентки умерли от полиорганной недостаточности.

Заключение. Развитие острого деструктивного панкреатита у женщин в III триместре беременности и в послеродовом периоде чаще всего имеет билиарную этиологию на фоне хронического панкреатита и метаболического синдрома, сопровождается тяжелым течением.

Ключевые слова: панкреонекроз, метаболический синдром, беременность, послеродовый период.

Acute Pancreatitis in Pregnant and Early Postnatal Period with Metabolic Syndrome

Styazhkina S.N.², Ledneva A.V.², Tretyakov E.V.^{1,2}, Korobeynikov V.I.^{1,2},
Vinohodova E.M.¹, Chernenkova M.L.², Sultanova M.V.³

¹ Izhevsk First Republican Clinical Hospital (Head – N.A. Mikhaylova)

² Izhevsk State Medical Academy (Rector – prof. N.S. Strelkov) Ministry of Health of the Russian Federation

³ Izhevsk Clinical Hospital No 6 (Head – prof. E.V. Khalimov)

Aim. Study of etiology and current features of acute destructive pancreatitis in pregnant and postnatal period women.

Materials and methods. 12 pancreonecrosis patients with for last 6 years are studied. 5 of them were pregnant and 7 in early postnatal period.

Results. Pancreatitis of pregnant women and in early postnatal period can have “metabolic” character. First of all it can be caused by hyperlipidemia (hypertriglyceridemia). In 10 patients the metabolic syndrome is stated. Cholelithiasis seemed to be the reason of chronic pancreatitis and following acute pancreatitis in 9 cases. Causes of acute pancreatitis in 3 causes were not to established. 10 (83%) pancreonecrosis patients had been discharged on outpatient observation and rehabilitation with recovery. Two (17%) patients died from multiple organ failure.

Conclusion. Development of acute destructive pancreatitis in women during pregnancy III trimester and in the postnatal period more often has biliary and chronic pancreatitis etiology and is associated with metabolic syndrome, accompanied by severe course.

Key words: pancreonecrosis, metabolic syndrome, pregnancy postnatal period.

Стяжкина Светлана Николаевна – доктор мед. наук, проф. кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО ИГМА, заслуженный работник Высшей школы РФ. *Леднева Анна Викторовна* – ассистент той же кафедры. *Третьяков Евгений Васильевич* – аспирант той же кафедры, врач-эндоскопист БУЗ УР “Первая Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики”. *Коробейников Валентин Иванович* – врач-хирург санавиации той же больницы, ассистент кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО ИГМА. *Виноходова Елена Михайловна* – канд. мед. наук, зав. гинекологическим отделением той же больницы. *Черненкова Маргарита Львовна* – канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ИГМА. *Султанова Мария Владимировна* – зав. женской консультацией БУЗ УР “Городская клиническая больница №6 Министерства здравоохранения Удмуртской Республики”.

Для корреспонденции: Стяжкина Светлана Николаевна – 426035 Ижевск, ул. Репина, д. 2, кв. 6.
Тел.: 8-950-820-51-10. E-mail: AnnaVLed@yandex.ru

Styazhkina Svetlana Nikolaevna – professor, faculty surgery chair, Izhevsk State Medical Academy. *Ledneva Anna Viktorovna* – assistant of the same chair. *Tretyakov Evgeniy Vasilyevich* – postgraduate of the same chair, endoscopist of Izhevsk First Republican Clinical Hospital. *Korobeynikov Valentin Ivanovich* – surgeon of the Izhevsk First Republican Clinical Hospital, assistant of faculty surgery chair, Izhevsk State Medical Academy. *Vinohodova Elena Mikhaylovna* – cand. of med. sci., chief of Gynecology Department of Izhevsk First Republican Clinical Hospital. *Chernenkova Margarita L'vovna* – cand. of med. sci., docent, obstetrics and gynecology chair, Izhevsk State Medical Academy. *Sultanova Maria Vladimirovna* – chief of prenatal counseling, Izhevsk Clinical Hospital N 6.

For correspondence: Styazhkina Svetlana Nikolaevna – Apt. 6, 2, Repin Str., Izhevsk, Russia, 426035.
Phone: +7-950-820-51-10. E-mail: AnnaVLed@yandex.ru

Первый опыт формирования билиодигестивного анастомоза под контролем эндо-УЗИ

Будзинский С.А.^{1,2}, Шаповальянц С.Г.¹, Федоров Е.Д.¹, Галкова З.В.¹, Чернякевич П.Л.², Андреева О.Н.², Алексеев К.И.³, Осипов А.С.³, Маады А.С.³

¹ Научно-образовательный центр хирургии и эндоскопии, кафедра госпитальной хирургии №2 (зав. – проф. С.Г. Шаповальянц) ГБОУ ВПО “Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова” (и.о. ректора – проф. А.Г. Камкин), Москва

² Городская клиническая больница №31 (гл. врач – Р.А. Маслова), Москва

³ Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова (президент – акад. РАМН Ю.Л. Шевченко), Москва

First Experience of Eus-Guided Biliodigestive Anastomosis

Budzinsky S.A.^{1,2}, Shapovalyants S.G.¹, Fedorov E.D.¹, Galkova Z.V.¹, Chernyakevich P.L.², Andreeva O.N.², Alekseev K.I.³, Osipov A.S.³, Maady A.S.³

¹ Research Educational Center of Abdominal Surgery and Endoscopy & Chair of Hospital Surgery No 2 (Head – prof. S.G. Shapovalyants) of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Rector – prof. A.G. Kamkin), Moscow

² Municipal Clinical Hospital No 31 (Head – R.A. Maslova), Moscow

³ N.I. Pirogov National Medical & Surgical Center (President – academician of RAMSci Yu.L. Shevchenko), Moscow

Будзинский Станислав Александрович – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. Научно-образовательного центра абдоминальной хирургии и эндоскопии ГБОУ ВПО “РНИМУ имени Н. И. Пирогова”. *Шаповальянц Сергей Георгиевич* – доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой госпитальной хирургии №2 и Научно-образовательного центра абдоминальной хирургии и эндоскопии того же университета. *Федоров Евгений Дмитриевич* – доктор мед. наук, гл. науч. сотр. Научно-образовательного центра абдоминальной хирургии и эндоскопии того же университета. *Галкова Залина Викторовна* – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. Научно-образовательного центра абдоминальной хирургии и эндоскопии того же университета. *Чернякевич Павел Леонидович* – канд. мед. наук, зав. эндоскопическим отделением №1 ГКБ № 31. *Андреева Ольга Николаевна* – врач-анестезиолог отделения реанимации и интенсивной терапии № 2 той же больницы. *Алексеев Константин Иванович* – врач-эндоскопист отделения диагностической и оперативной эндоскопии НМХЦ им. Н.И. Пирогова. *Осипов Андрей Сергеевич* – врач-эндоскопист отделения диагностической и оперативной эндоскопии того же центра. *Маады Аяс Сергеевич* – канд. мед. наук, зав. отделением диагностической и оперативной эндоскопии того же центра.

Для корреспонденции: Алексеев Константин Иванович – 105203 г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д.70. Тел. (8-916) 677-29-86. E-mail: alekseev.k@gmail.com

Budzinsky Stanislav Aleksandrovich – cand. of med. sci, senior researcher of Research Educational Center of Abdominal Surgery and Endoscopy, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University. *Shapovalyants Sergej Georgievich* – prof., Head of Research Educational Center of Abdominal Surgery and Endoscopy & Chair of Hospital Surgery No 2, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University. *Fedorov Evgenij Dmitrievich* – doctor of med. sci, chief researcher of the same center. *Galkova Zalina Victorovna* – cand. of med. sci, senior researcher of the same center. *Chernyakevich Pavel Leonidovich* – cand. of med. sci, Head of Endoscopy Department No 1, Municipal Clinical Hospital No 31. *Andreeva Olga Nikolaevna* – anesthesiologist of resuscitation and intensive care No 2 of the same hospital. *Alekseev Konstantin Ivanovich* – physician-endoscopist, Department of Diagnostic and Operative Endoscopy, N.I. Pirogov National Medical & Surgical Center. *Osipov Andrej Sergeevich* – physician-endoscopist of the same department. *Maady Ajas Sergeevich* – cand. of med. sci, Head of the same department.

For correspondence: Alekseev Konstantin Ivanovich – 70, Nizhnyaya Pervomayskaya Str., Moscow, 105203, Russia. Phone: +7-916-677-29-86. E-mail: alekseev.k@gmail.com

Рефераты иностранных журналов

Рефераты иностранных журналов

Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.

Abstracts of Current Foreign Publications

Akhaladze G.G., Akhaladze D.G.

Г.Г. Ахаладзе – доктор мед. наук, проф., гл. науч. сотр. отдела хирургии печени и метаболической хирургии ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”. *Д.Г. Ахаладзе* – врач-хирург отделения трансплантации печени ФГБУ “ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова” Минздрава РФ.

Для корреспонденции: Ахаладзе Гурам Германович – 115446 Москва, Коломенский проезд, д. 4. Тел.: +7-499-782-30-83. E-mail: gur371ax@gmail.com

Akhaladze Guram Germanovich – professor, chief researcher of Liver Surgery Department of Sechenov First MSMU. *Akhaladze Dmitryi Guratovich* – phisician of liver transplantation unit of V.I. Shumakov Federal Research Center of Transplantology and Artificial Organs Ministry of Health of the Russian Federation.

For correspondence: Akhaladze Guram Germanovich – 4, Kolomenskiy proezd, Moscow, 115446, Russia. Phone: +7-449-782-30-83. E-mail: gur371ax@gmail.com

Юбилей

Болат Бимендеевич Баймаханов К 50-летию со дня рождения

***Bolat Bimendeevich Baymakhanov
To 50th Anniversary***