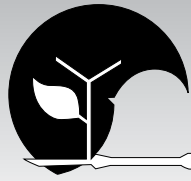


АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ



ANNALS OF SURGICAL HEPATOLOGY ANNALY KHIRURGICHESKOY GEPATOLOGII

© МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
“АССОЦИАЦИЯ ХИРУРГОВ-ГЕПАТОЛОГОВ”

© INTERNATIONAL PUBLIC ORGANIZATION
“ASSOCIATION OF SURGICAL HEPATOLOGISTS”

2015. Том 20, № 4

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

Главный редактор **Э.И. Гальперин** (Москва, Россия)
Зам. главного редактора **В.А. Вишневы**
(Москва, Россия)
Зам. главного редактора **М.В. Данилов** (Москва, Россия)
Отв. секретарь **Т.Г. Дюжева** (Москва, Россия)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Ахаладзе Г.Г. (Москва, Россия)
Ахмедов С.М. (Душанбе, Таджикистан)
Баймаханов Б.Б. (Алматы, Казахстан)
Буриев И.М. (Москва, Россия)
Ветшев П.С. (Москва, Россия)
Ветшев С.П. (Москва, Россия) (научный редактор)
Готье С.В. (Москва, Россия)
Емельянов С.И. (Москва, Россия)
Журавлев В.А. (Киров, Россия)
Кармазановский Г.Г. (Москва, Россия)
(зам. главного редактора –
распорядительный директор)
Котовский А.Е. (Москва, Россия)
Кубышкин В.А. (Москва, Россия)
Мамакеев М.М. (Бишкек, Киргизия)
Манукьян Г.В. (Москва, Россия)
Назыров Ф.Г. (Ташкент, Узбекистан)
Ничитайло М.Е. (Киев, Украина)
Панченков Д.Н. (Москва, Россия)
Патютко Ю.И. (Москва, Россия)
Третьяк С.И. (Минск, Беларусь)
Тулин А.И. (Рига, Латвия)
Хабиб Наги (Лондон, Великобритания)
Цвиркун В.В. (Москва, Россия)
Шаповальянц С.Г. (Москва, Россия)
Шулутко А.М. (Москва, Россия)
Эдвин Бьёрн (Осло, Норвегия)

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), **Заривчакский М.Ф.** (Пермь,
Россия), **Каримов Ш.И.** (Ташкент, Узбекистан),
Красильников Д.М. (Казань, Россия), **Лупальцев В.И.**
(Харьков, Украина), **Полуэктов 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 **Платонова Л.В.**

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.

Адрес для корреспонденции:

115446, Москва, Коломенский проезд, 4,
Клиническая больница № 7. Проф. Гальперину Э.И.
Тел./факс (499) 782-34-68. E-mail: ashred96@mail.ru
<http://www.hepatoassociation.ru/journal>

ООО “Видар” 109028, Москва, а/я 16.
Контакты (495) 768-04-34, (495) 589-86-60,
<http://www.vidar.ru>

2015. V. 20. N 4

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

Editor-in-Chief **E.I. Galperin** (Moscow, Russia)
Associate Editor **V.A. Vishnevsky** (Moscow, Russia)
Associate Editor **M.V. Danilov** (Moscow, Russia)
Secretary Editor **T.G. Dyuzheva** (Moscow, Russia)

EDITORIAL BOARD:

Akhaladze G.G. (Moscow, Russia)
Akhmedov S.M. (Dushanbe, Tajikistan)
Baymakhanov B.B. (Almaty, Kazakhstan)
Buriev I.M. (Moscow, Russia)
Vetshev P.S. (Moscow, Russia)
Vetshev S.P. (Moscow, Russia) (Scientific Editor)
Gautier S.V. (Moscow, Russia)
Emelianov S.I. (Moscow, Russia)
Zhuravlev V.A. (Kirov, Russia)
Karmazanovsky G.G. (Moscow, Russia)
(Associate Editor – Chief Executive)
Kotovskiy A.E. (Moscow, Russia)
Kubishkin V.A. (Moscow, Russia)
Mamakeev M.M. (Bishkek, Kirgizia)
Manukyan G.V. (Moscow, Russia)
Nazirov F.G. (Tashkent, Uzbekistan)
Nichitaylo M.E. (Kiev, Ukraine)
Panchenkov D.N. (Moscow, Russia)
Patyutko Yu.I. (Moscow, Russia)
Tretyak S.I. (Minsk, Belarus)
Tulin A.I. (Riga, Latvia)
Habib Nagy (London, Great Britain)
Tsvirkoun V.V. (Moscow, Russia)
Shapovalyants S.G. (Moscow, Russia)
Shulutko A.M. (Moscow, Russia)
Edwin Bjørn (Oslo, Norway)

BOARD OF CONSULTANTS:

Al'perovich B.I. (Tomsk, Russia), **Bagненко 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),
Zarivchatski M.F. (Perm, Russia), **Karimov Sh.I.** (Tashkent,
Uzbekistan), **Krasilnikov D.M.** (Kazan, Russia), **Lupal'tcev V.I.**
(Kharkov, Ukraine), **Poluectov V.L.** (Omsk, Russia),
Prudkov M.I. (Ekaterinburg, Russia), **Seyssembayev 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 **Platonova L.V.**

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, Kolomensky pr. 4, Moscow, 115446 Russia.
Tel/Fax + 7 (499) 782-34-68. E-mail: ashred96@mail.ru
<http://www.hepatoassociation.ru/journal>

Vidar Ltd. 109028 Moscow, p/b 16.
Contacts + 7 (495) 768-04-34, + 7 (495) 589-86-60,
<http://www.vidar.ru>

СОДЕРЖАНИЕ

Требования к публикациям	4
Пленум правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ ...	7

ПЕЧЕНЬ

<u>Применение диодного лазера при резекции печени (экспериментальное исследование)</u> Кольшев И.Ю., Артемьев А.И., Шабалин М.В., Мальцева А.П., Восканян С.Э.....	9
--	---

<u>Фотодинамическая терапия при циррозе печени (экспериментальное исследование)</u> Гарелик П.В., Мозилевец Э.В.	17
--	----

<u>Использование композитного материала ЛитАр для коррекции остаточных полостей печени</u> Третьяков А.А., Хижняк И.И., Стадников А.А., Неверов А.Н.....	27
--	----

<u>Микроволновая абляция в комбинированном лечении первичных опухолей и метастазов печени</u> Трандофилов М.М., Рудакова М.Н., Рябов К.Ю., Шершнев О.Ф., Прохоров А.В.....	34
--	----

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

<u>Эндоскопическое чрезжелудочное дренирование жидкостных скоплений и постнекротических кист при остром панкреатите</u> Лубянский В.Г., Насонов В.В.	40
--	----

ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ

<u>Спорные вопросы диагностики и хирургического лечения больных с подозрением на протоковую холангиокарциному</u> Гранов Д.А., Боровик В.В., Тимергалин И.В.	45
--	----

<u>Особенности оперативного лечения ятрогенных повреждений желчных путей у больных хроническим описторхозом</u> Мерзликин Н.В., Цхай В.Ф., Бражникова Н.А., Хлебникова Ю.А., Подгорнов В.Ф., Пак В.Н., Шелепов С.В., Бушланов П.С.....	51
---	----

<u>Лечение больных механической желтухой</u> Айдемиров А.Н., Шахназарян Н.Г., Вафин А.З., Шахназарян А.М.....	62
---	----

<u>Рентгенохирургия повреждений внепеченочных желчных протоков</u> Охотников О.И., Григорьев С.Н., Яковлева М.В.	68
---	----

<u>Эндоскопические транспапиллярные методы лечения холедохолитиаза</u> Хрусталева М.В., Дехтяр М.А., Ягубян Г.К.	74
--	----

<u>Ретроградные эндоскопические вмешательства в лечении больных механической желтухой</u> Габриэль С.А., Дурлештер В.М., Гучетль А.Я., Андреев А.В., Дынько В.Ю., Гольфанд В.В.....	81
--	----

<u>Диагностика и лечение послеоперационного желчеистечения</u> Курбонов К.М., Даминова Н.М., Махмадов Ф.И.	90
---	----

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

<u>Диагностика и лечение аутоиммунного панкреатита (обзор литературы)</u> Жариков Ю.О., Чжао А.В.....	95
--	----

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

<u>Шваннома крючковидного отростка поджелудочной железы</u> Буткевич А.Ц., Сорокин М.Н., Богданов С.Н., Задоян Ю.С., Дремин Д.А.....	105
--	-----

<u>Гастродуоденальная резекция головки поджелудочной железы, осложнившаяся тотальным панкреонекрозом</u> Павловский А.В., Попов С.А., Шаповал С.В., Гранов Д.А., Моисеенко В.Е.	110
--	-----

<u>Гемангиома поджелудочной железы</u> Степанова Ю.А., Кармазановский Г.Г., Икрамов Р.З., Калинин Д.В., Солоднина Е.Н., Усова Е.В.	115
--	-----

РЕФЕРАТЫ ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛОВ

<u>Рефераты иностранных журналов</u> Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.	122
---	-----

ХРОНИКА

<u>Резолюция XXII Международного конгресса Ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ “Актуальные проблемы гепатобилиарной хирургии” 7–9 сентября 2015 г., Ташкент, Узбекистан</u>	128
---	-----

ЮБИЛЕЙ

<u>Михаил Викторович Данилов К 80-летию со дня рождения.....</u>	132
--	-----

НЕКРОЛОГ

<u>Вячеслав Иванович Макаров</u>	133
--	-----

Применение диодного лазера при резекции печени (экспериментальное исследование)

Колышев И.Ю., Артемьев А.И., Шабалин М.В., Мальцева А.П., Восканян С.Э.

Центр хирургии и трансплантологии ГНЦ ФГБУ “Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна” ФМБА России; 123098, г. Москва, ул. Маршала Новикова, д. 23, Российская Федерация

Цель. Исследование возможностей диодного лазера с длиной волны 0,97 мкм при выполнении резекции печени для уменьшения числа послеоперационных осложнений.

Материал и методы. 90 кроликов породы Шиншилла были распределены на три группы по способу резекции левой доли печени: лазерное излучение в импульсном режиме (группа 1), в непрерывном режиме (группа 2) и биполярная коагуляция (группа 3). Для сравнительной оценки результатов анализировали общее время оперативного вмешательства, время рассечения паренхимы печени, объем удаленной доли печени, толщину первичной линии резекции, толщину линии резекции в момент выведения объекта из эксперимента, объем кровопотери, прошивание паренхимы печени после ее рассечения, пережатие паренхимы печени в ходе ее рассечения, послеоперационный спаечный процесс, инфекционные осложнения в брюшной полости, местные инфекционные осложнения.

Результаты. Резекция печени в импульсном режиме способствовала уменьшению объема кровопотери (Me (25%; 75%) = 3 мл (3; 4,5)) ($p < 0,05$), необходимости прошивания паренхимы печени после ее рассечения ($p < 0,05$), частоты раневых и внутрибрюшных инфекционных осложнений ($p < 0,05$), выраженности спаечного процесса. Наименьшее время операции было зарегистрировано в 3-й группе (Me (25%; 75%) = 17 мин (16; 19)) ($p < 0,05$). Наиболее благоприятная эволюция морфологических изменений в зоне резекции печени была отмечена после применения лазерного излучения в импульсном режиме.

Выводы. Диодный лазер с длиной волны 0,97 мкм в импульсном режиме является перспективным методом рассечения паренхимы печени при выполнении ее резекции.

Ключевые слова: печень, резекция, диодный лазер, коагуляция, кровопотеря, осложнения.

Колышев Илья Юрьевич – врач-хирург Центра хирургии и трансплантологии ГНЦ ФГБУ “ФМБЦ им. А.И. Бурназяна” ФМБА России. **Артемьев Алексей Игоревич** – канд. мед. наук, врач-хирург Центра хирургии и трансплантологии ГНЦ ФГБУ “ФМБЦ им. А.И. Бурназяна” ФМБА России. **Шабалин Максим Вячеславович** – врач-хирург Центра хирургии и трансплантологии ГНЦ ФГБУ “ФМБЦ им. А.И. Бурназяна” ФМБА России. **Мальцева Анна Погосовна** – врач-хирург Центра хирургии и трансплантологии ГНЦ ФГБУ “ФМБЦ им. А.И. Бурназяна” ФМБА России. **Восканян Сергей Эдуардович** – доктор мед. наук, руководитель Центра хирургии и трансплантологии, заведующий кафедрой хирургии с курсами онкологии, эндоскопии, анестезиологии и реаниматологии, хирургической патологии, клинической трансплантологии и органного донорства Института профессионального последиplomного образования ГНЦ ФГБУ “ФМБЦ им. А.И. Бурназяна” ФМБА России.

Для корреспонденции: Колышев Илья Юрьевич – 123098 Москва, ул. Маршала Новикова, д. 23. Тел.: 8-903-556-82-34. E-mail: diffdiagnoz@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 08.04.2015.

Фотодинамическая терапия при циррозе печени (экспериментальное исследование)

Гарелик П.В.¹, Могилевец Э.В.²

¹ Кафедра общей хирургии, ² 1-я кафедра хирургических болезней
УО “Гродненский государственный медицинский университет” Министерства здравоохранения
Беларуси; 230009, г. Гродно, ул. Горького, д. 80, Республика Беларусь

Цель. Изучение эффектов фотодинамической терапии при циррозе печени в эксперименте.

Материал и методы. В эксперименте 44 белым крысам-самцам линии Вистар с помощью CCl₄ индуцировался цирроз печени. На следующий день после последнего введения CCl₄ опытным группам животных внутривенно (в хвостовую вену) вводился фотолон в дозе 3,0 мг/кг. Лазерное излучение проводилось в дозе 10 Дж/см² с длиной волны 670 нм через 3 ч после введения препарата. Выполнялись морфологическое исследование ткани печени, электронная микроскопия, биохимическое исследование крови, определение свободных аминокислот плазмы крови.

Результаты. На фоне использования фотодинамической терапии отмечалась редукция соединительной ткани в паренхиме печени. Уменьшалась степень выраженности альтеративных изменений гепатоцитов, была резко уменьшена липидная инфильтрация гепатоцитов и соответствовала <1,0 по Hornboll. Активировался биосинтез белка. Клетки Ито находились в пассивном состоянии, что свидетельствует о положительном влиянии на течение процессов коллагенообразования. Через месяц на фоне применения фотодинамической терапии общий билирубин был меньше в 2,16 раза, активность АлАТ – в 2,96 раза, коэффициент де Ритиса – в 2 раза, активность ЩФ – в 4,4 раза, ЛДГ – в 3,1 раза, ГГТП – в 2,86 раза, чем у животных без воздействия. Суммарное содержание аминокислот после фотодинамической терапии также было меньше в 1,43 раза, протеиногенных – в 1,43 раза, заменимых – в 1,53 раза, ароматических аминокислот – в 1,72 раза, чем у животных с циррозом печени в те же сроки без лечения. Индекс Фишера (АРУЦ/ААК) был больше в 1,24 раза. Содержание пролина и оксипролина при применении предлагаемого способа лечения уменьшалось на 55 и 52% и было статистически значимо меньше, чем в контрольной группе, в 1,77 и 1,63 раза соответственно.

Заключение. Проведенное экспериментальное исследование указывает на целесообразность изучения перспектив применения метода в клинических условиях у пациентов с циррозом печени.

Гарелик Петр Васильевич – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии УО “ГрГМУ”.
Могилевец Эдуард Владиславович – канд. мед. наук, доцент 1-й кафедры хирургии УО “ГрГМУ”.

Для корреспонденции: Могилевец Эдуард Владиславович – 230028, г. Гродно, ул. Стрелковая, д. 19, кв. 7.
Тел.: 8-10-375-29-5861600. E-mail: emogilevec@yandex.ru

Статья поступила в редакцию журнала 29.01.2015.

Использование композитного материала ЛитАр для коррекции остаточных полостей печени

Третьяков А.А., Хижняк И.И., Стадников А.А., Неверов А.Н.

Кафедра хирургии, кафедра гистологии, цитологии, эмбриологии ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России; 460000, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6, Российская Федерация

Цель. Экспериментально-гистологическое обоснование применения композитного материала ЛитАр для пломбировки и ликвидации остаточных полостей в печени в комбинации с окситоцином, в том числе при инфицировании.

Материал и методы. Все исследования выполнены на 69 лабораторных белых крысах линии Вистар массой 280–300 г. Было проведено 6 серий опытов. Все операции выполнены под эфирным масочным наркозом при соблюдении правил асептики и антисептики. Животных выводили из опыта передозировкой эфира через 3, 7, 14 и 30 сут от начала эксперимента. Участок имплантации в печень композитного материала ЛитАр иссекали для последующего изучения на светооптическом, иммуноцитохимическом (идентификация экспрессии синтеза про- и антиапоптотических генов p53, Bcl-2, caspase-3, пролиферативного протеина Ki-67) и электронно-микроскопическом уровнях.

Результаты. Имплантация ЛитАра в остаточную полость печени стимулирует процессы репаративного гистогенеза. Это приводит к частичному заполнению дефекта соединительнотканью элементами и органотипическими структурами (новообразованными печеночными клетками), но не лимитирует развитие гнойно-некротических процессов в условиях инфицирования остаточной полости печени. Применение окситоцина при пломбировке остаточной полости ЛитАром обеспечивает адекватные условия для реализации гистотипических потенциалов паренхиматозных и стромальных структур. Это приводит к полному замещению полости органотипическим регенератом. Использование окситоцина в условиях инфицирования остаточной полости лимитирует развитие гнойно-некротических процессов, ограничивает зоны некроза от жизнеспособных тканей, оптимизирует репаративные потенциалы тканей печени, что приводит к замещению полости органотипическим регенератом. Этот эффект наиболее отмечен при совместном применении окситоцина и антибиотика.

Заключение. Применение коллагенового композита ЛитАр в сочетании с окситоцином и антибиотиком оказывает максимально позитивное влияние на процессы репаративного гистогенеза в печени и холангиолах остаточной полости, в том числе в условиях инфицирования. Этим обеспечиваются активная пролиферация малодифференцированной ткани, регенеративная гипертрофия гепатоцитов в зоне, прилегающей к полости, повышение их митотической активности и заполнения остаточной полости соединительнотканью элементами и органотипическими структурами.

Третьяков Анатолий Андреевич – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии ГБОУ ВПО «ОрГМУ». **Хижняк Ирина Игоревна** – ассистент кафедры хирургии ГБОУ ВПО «ОрГМУ». **Стадников Александр Абрамович** – доктор биол. наук, профессор, заведующий кафедрой гистологии, цитологии и эмбриологии ГБОУ ВПО «ОрГМУ». **Неверов Алексей Николаевич** – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии ГБОУ ВПО «ОрГМУ».

Для корреспонденции: Хижняк Ирина Игоревна – 460000, г. Оренбург, ул. Туркестанская, д. 8в, кв. 30. Тел.: 8-903-395-17-31. E-mail: irinahizniak@yandex.ru

Статья поступила в редакцию журнала 24.05.2015.

Микроволновая абляция в комбинированном лечении первичных опухолей и метастазов печени

Трандофилов М.М., Рудакова М.Н., Рябов К.Ю., Шершнев О.Ф., Прохоров А.В.

Городская клиническая больница №57 Департамента здравоохранения г. Москвы, лечебно-диагностическое подразделение №1; 105077, Москва, ул. 11-я Парковая, д. 32, Российская Федерация

Цель. Повышение эффективности лечения больных первичным и метастатическим раком печени.

Материал и методы. Микроволновая абляция выполнена 29 больным: 13 пациентам с гепатоцеллюлярным раком стадии 0-А по Барселонской классификации и TNM, 16 пациентам с колоректальным раком и метастатическим поражением печени I стадии по Gennari. В лечении применяли микроволновую абляцию опухолей печени аппаратом AveCure MWG881 (MedWaves). Процедуру выполняли чрескожно чреспеченочно (25), под контролем УЗИ, в 4 наблюдениях – интраоперационно в сочетании с резекцией печени. Контроль эффективности воздействия осуществляли при УЗИ и КТ.

Результаты. Летальных исходов не было. В 1 наблюдении развилось умеренное кровотечение из места входа игольчатого катетера, которое остановилось самостоятельно. Остаточная полость, не потребовавшая дополнительных оперативных вмешательств, сформировалась в 1 наблюдении. Внутрпеченочная гематома отмечена у 1 больного. Ожог кожи выявлен в 2 наблюдениях. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 7 дней. Местных рецидивов после абляции не было. Однолетняя выживаемость составила 78,5%, двухлетняя – 63,3%.

Заключение. Применение микроволновой абляции у пациентов с первичным и вторичным раком печени и сопутствующим циррозом сопровождается увеличением однолетней и двухлетней выживаемости. Чрескожное применение микроволновой абляции уменьшает риск осложнений оперативного вмешательства у соматически ослабленных больных за счет миниинвазивности и малой травматичности.

Ключевые слова: печень, первичный рак, метастазы, абляция, микроволновая деструкция, миниинвазивные технологии.

Трандофилов Михаил Михайлович – доктор мед. наук, врач-хирург 7-го онкологического отделения ЛДП №1 при ГКБ №57 Департамента здравоохранения г. Москвы. **Рудакова Мария Николаевна** – доктор мед. наук, заведующая 7-м онкологическим отделением ЛДП №1 при ГКБ №57 Департамента здравоохранения г. Москвы. **Рябов Константин Юрьевич** – врач-хирург 7-го онкологического отделения ЛДП №1 при ГКБ №57 Департамента здравоохранения г. Москвы. **Шершнев Олег Федорович** – врач-хирург 7-го онкологического отделения ЛДП №1 при ГКБ №57 Департамента здравоохранения г. Москвы. **Прохоров Андрей Владимирович** – заведующий отделением ультразвуковой диагностики ЛДП №1 при ГКБ №57 Департамента здравоохранения г. Москвы.

Для корреспонденции: Трандофилов Михаил Михайлович – Москва, ул. 8-я Соколиной горы, д. 8, корп. 2, кв. 10. Тел.: +7-910-444-50-91. E-mail: mikhailtrandofilov@yandex.ru

Статья поступила в редакцию журнала 09.02.2015.

Эндоскопическое чрезжелудочное дренирование жидкостных скоплений и постнекротических кист при остром панкреатите

Лубянский В.Г.¹, Насонов В.В.²

¹ Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России; 656038, г. Барнаул, пр-т Ленина, д. 40, Российская Федерация

² КГБУЗ «Краевая клиническая больница»; 656024, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, д. 1, Российская Федерация

Цель. Разработать методы чрезжелудочного эндоскопического дренирования постнекротических кист поджелудочной железы и жидкостных скоплений при панкреонекрозе и оценить результаты лечения.

Материал и методы. Выполнено дренирование постнекротических кист и жидкостных скоплений у 60 больных. В 34 наблюдениях выполнено наружное дренирование, в 26 – эндоскопическое чрезжелудочное дренирование под контролем эндо-УЗИ. Изучены этапы формирования постнекротических кист у 40 больных. Техника эндоскопического дренирования включала определение под контролем эндо-УЗИ положения кисты относительно просвета желудка. Для формирования цистогастроанастомоза выбирали наиболее короткую траекторию между просветом желудка и кистой в бессосудистой зоне. Цистогастротомия под контролем эндо-УЗИ выполнена 15 больным, в 5 наблюдениях цистогастротомия дополнена стентированием, 9 больным выполнена чрезжелудочная пункция кист и жидкостных скоплений, 5 пациентам выполнена некрсеквестрэктомия.

Результаты. При наружном дренировании у 7 (18,9%) больных отмечено формирование наружного панкреатического свища. В 3 (8%) наблюдениях сформировался наружный панкреатический свищ и длительно незаживающая рана в области послеоперационного рубца. У 1 (2,7%) больного сформировался наружный желчный свищ. Один (2,7%) больной умер от полиорганной недостаточности. После чрезжелудочного дренирования летальных исходов не было.

Заключение. Чрезжелудочное дренирование постнекротических кист не сопровождалось летальными исходами. При обнаружении секвестров необходима санация полости кисты и установка стентов. При наличии ЖС целесообразно ограничиться пункционным дренированием.

Ключевые слова: поджелудочная железа, панкреонекроз, постнекротическая киста, эндоскопическое ультразвуковое исследование, цистогастроанастомоз.

Лубянский Владимир Григорьевич – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России. Насонов Владислав Владимирович – заведующий эндоскопическим отделением краевой клинической больницы, г. Барнаул.

Для корреспонденции: Лубянский Владимир Григорьевич – 656038, г. Барнаул, пр-т Ленина, д. 40. Тел.: 8-3852-68-96-74. E-mail: lvg51@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 12.03.2015.

Спорные вопросы диагностики и хирургического лечения больных с подозрением на протоковую холангиокарциному

Гранов Д.А., Боровик В.В., Тимергалин И.В.

Отдел интервенционной радиологии и оперативной хирургии ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава РФ; г. Санкт-Петербург, 197558, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 70, Российская Федерация

Цель. Обсуждение спорных вопросов лечения протоковой холангиокарциномы.

Материал и методы. Представлены три наблюдения радикально оперированных больных протоковой холангиокарциномой. Во всех наблюдениях диагноз не был подтвержден послеоперационным морфологическим исследованием.

Заключение. Выбор объема операции не должен опираться только на морфологические, особенно дооперационные, данные. Предоперационная морфологическая диагностика не всегда возможна. Значимое повышение уровня СА 19-9 позволяет судить о холангиокарциноме, но его нормальные значения также не исключают опухоль. Обязательно необходимо учитывать функциональное состояние печени и морфологические изменения удаляемой доли. При дистальной холангиокарциноме важным представляется решение о возможности сохранения головки поджелудочной железы, что непосредственно влияет на объем операции. Поэтому предоперационная морфологическая диагностика играет ведущую роль. Адекватная и качественно выполненная радикальная операция при подозрении на опухоль Клацкина или дистальную холангиокарциному имеет главное бесспорное преимущество. Она позволяет вылечить больного при доброкачественном заболевании и дает шанс на позитивный отдаленный прогноз при раке. Подобный подход должен быть сугубо индивидуален и применим в специализированных центрах.

Ключевые слова: печень, желчные протоки, протоковая холангиокарцинома, опухоль Клацкина, гемигепатэктомия, холангиоеюностомия, панкреатодуоденальная резекция, морфологическое исследование.

Гранов Дмитрий Анатольевич – доктор мед. наук, профессор, член-корр. РАН, руководитель отдела интервенционной радиологии и оперативной хирургии ФГБУ «РНЦРХТ», заведующий кафедрой радиологии и хирургических технологий ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. **Боровик Владимир Владимирович** – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела интервенционной радиологии и оперативной хирургии ФГБУ «РНЦРХТ», доцент кафедры радиологии и хирургических технологий ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. **Тимергалин Илья Владимирович** – канд. мед. наук, научный сотрудник отдела интервенционной радиологии и оперативной хирургии ФГБУ «РНЦРХТ», доцент кафедры радиологии и хирургических технологий ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Для корреспонденции: Тимергалин Илья Владимирович – Санкт-Петербург, ул. Учительская, д. 18/3, кв. 180. Тел.: 8-905-262-80-60. E-mail: ilya-vma@yandex.ru

Статья поступила в редакцию журнала 20.03.2015.

Особенности оперативного лечения ятрогенных повреждений желчных путей у больных хроническим описторхозом

Мерзликін Н.В.¹, Цхай В.Ф.¹, Бражникова Н.А.¹, Хлебникова Ю.А.²,
Подгорнов В.Ф.³, Пак В.Н.², Шелепов С.В.², Бушланов П.С.¹

¹ Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета Сибирского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения России; 634050, г. Томск, ул. Московский тракт, д. 2, Российская Федерация

² ОГАУЗ “Городская клиническая больница №3”; 634045, г. Томск, ул. Нахимова, д. 3, Российская Федерация

³ ОГАУЗ “Томская областная клиническая больница”; 634063, г. Томск, ул. И. Черных, д. 96, Российская Федерация

Цель. Установить частоту и причины ятрогенных повреждений протоков при холецистэктомии у больных хроническим описторхозом и особенности их хирургической коррекции.

Материал и методы. Анализировали результаты 7147 холецистэктомий. При обследовании применяли общеклинические и современные инструментальные методы. Статистическую обработку материала выполняли с помощью прикладных программ Statgraphics 6.0 Plus для MS Windows.

Результаты. Повреждение желчных протоков отмечено у 41 (0,57%) больного желчнокаменной болезнью, в том числе у 20 (1,13%) с сопутствующим хроническим описторхозом, без описторхоза – у 21 (0,36%). При традиционной холецистэктомии повреждение протоков отмечено в 0,65% наблюдений, при лапароскопической – в 0,43%. Преобладали большие травмы (61%) по классификации McMachon (1995). Основной причиной повреждения протоков при описторхозе были патогномичные патоморфологические изменения билиарной системы, без описторхоза – инфильтративные изменения в области шейки желчного пузыря. В 55,8% наблюдений осуществлены восстановительные операции. В 23,3% наблюдений выполнены реконструктивные операции. Посттравматические рубцовые стриктуры протоков и билиодигестивных анастомозов в 2,6 раза чаще развивались у больных описторхозом. Послеоперационная летальность составила 33,3%, у больных без описторхоза – 10,5% ($p < 0,05$).

Заключение. При описторхозе частота повреждения протоков во время холецистэктомии больше в 3,1 раза. Заболевание затрудняет технику восстановительных и реконструктивных операций, достоверно увеличивает послеоперационную летальность.

Ключевые слова: печень, желчный пузырь, желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, ятрогенное повреждение, описторхоз, желчные протоки, дренирование, реконструктивные операции.

Мерзликін Николай Васильевич – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО СибГМУ. **Цхай Валентина Федоровна** – доктор мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО СибГМУ. **Бражникова Надежда Архиповна** – доктор мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО СибГМУ. **Хлебникова Юлия Александровна** – канд. мед. наук, врач-хирург ОГАУЗ “Городская клиническая больница №3”. **Подгорнов Виктор Федорович** – врач-эндоскопист ОГАУЗ “Томская областная клиническая больница”. **Пак Владимир Николаевич** – врач-анестезиолог ОГАУЗ “Городская клиническая больница №3”. **Шелепов Святослав Владимирович** – врач-хирург ОГАУЗ “Городская клиническая больница №3”. **Бушланов Павел Сергеевич** – клинический ординатор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО СибГМУ.

Для корреспонденции: Мерзликін Николай Васильевич – 634049, г. Томск, ул. Иркутский тракт, 27/1-60, Российская Федерация. Тел.: 8-3822-44-53-44, 8-960-969-99-40. E-mail: nikolai_merzlikin@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 02.04.2015.

К СОДЕРЖАНИЮ

Лечение больных механической желтухой

Айдемиров А.Н.^{1,3}, Шахназарян Н.Г.², Вафин А.З.¹, Шахназарян А.М.³

¹ Кафедра госпитальной хирургии Ставропольского государственного медицинского университета
Министерства здравоохранения России; 355000, г. Ставрополь, ул. Мира, д. 310, Российская
Федерация

² Ставропольский краевой онкологический диспансер; 355047, г. Ставрополь, ул. Октябрьская, д. 182а,
Российская Федерация

³ Ставропольская краевая клиническая больница; 355000, г. Ставрополь, ул. Семашко, д. 1,
Российская Федерация

Цель. Улучшение результатов лечения больных механической желтухой различного генеза на основе усовершенствования способа детоксикации и применения нового приспособления для возврата желчи в пищеварительный тракт.

Материал и методы. Анализировали результаты лечения 150 больных. Проведен сравнительный анализ лечения двух групп больных механической желтухой. В контрольной группе больных применяли традиционные методы детоксикации и дренирования желчных путей лапаротомным доступом или миниинвазивными методами. В основной группе больных применяли комплексное лечение, включающее инфузионную терапию, объем которой рассчитывали по формуле в зависимости от массы тела, биохимических показателей крови и уровня билирубинемии. Билиарную декомпрессию осуществляли миниинвазивными методами с применением нового разработанного в клинике приспособления для возврата желчи в пищеварительный тракт.

Результаты. Улучшение результатов лечения в основной группе достигнуто за счет внедрения нового комплекса лечебных мероприятий, проводившихся на всех этапах лечения. Частота послеоперационных осложнений в контрольной группе составила 11,8%, в основной – 7,6%. Средний срок пребывания в стационаре больных основной группы составил 11 дней, контрольной – 16.

Заключение. Результаты подтверждают высокую эффективность усовершенствованного способа детоксикации и нового приспособления для возврата желчи в пищеварительный тракт, что позволяет рекомендовать их к более широкому применению в комплексном лечении больных механической желтухой.

Ключевые слова: печень, желчные протоки, билирубин, механическая желтуха, инфузионная терапия, детоксикация, возврат желчи.

Айдемиров Артур Насирович – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СтГМУ. Шахназарян Наталья Григорьевна – врач-онколог Ставропольского краевого онкологического диспансера. Вафин Альберт Закирович – доктор мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СтГМУ. Шахназарян Арсен Михайлович – врач-хирург Ставропольской краевой клинической больницы.

Для корреспонденции: Шахназарян Наталья Григорьевна – 355040, г. Ставрополь, ул. Тухачевского, д. 21/4, корп. 8, кв. 57. Тел.: 8-928-639-35-27. E-mail: aqua627@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 15.04.2015.

Рентгенохирургия повреждений внепеченочных желчных протоков

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

¹ Кафедра хирургических болезней ФПО ГБОУ ВПО “Курский государственный медицинский университет” Министерства здравоохранения России; 305001, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3, Российская Федерация

² БМУ “Курская областная клиническая больница”; 305007, г. Курск, ул. Сумская, д. 45а, Российская Федерация

Цель. Повышение эффективности рентгенохирургического лечения “свежих” повреждений желчных протоков.

Материал и методы. Антеградное рентгенохирургическое вмешательство на желчных протоках в связи с иатрогенным повреждением во время холецистэктомии или резекции желудка выполнено 12 пациентам. Травма протоков была диагностирована до 5 сут с момента первичной операции. Во всех наблюдениях сначала выполняли наружное дренирование желчных протоков под контролем УЗИ и рентгентелевидения дренажом 8 Fr, в том числе 3 пациентам с нерасширенными желчными протоками.

Результаты. Билиодигестивный анастомоз с временным сохранением в послеоперационном периоде рентгенохирургически установленного дренажа сформирован 5 пациентам с полным пересечением внепеченочных желчных протоков через 1,5–3 мес после рентгенохирургического желчеотведения. В 5 наблюдениях проведено антеградное рентгенохирургическое восстановление общего желчного протока на наружновнутреннем дренаже. В 2 наблюдениях после антеградного наружного дренирования желчных протоков выполнено ретроградное эндобилиарное стентирование пластиковым стентом. Летальных исходов не было. Срок наблюдения варьировал от 3 мес до 8,5 лет.

Заключение. При “свежем” (до 5 сут) повреждении желчных протоков и достаточном опыте хирурга реконструктивная операция выполняется с сохранением дооперационно установленного чрескожного дренажа, позволяющего предотвратить несостоятельность билиодигестивного анастомоза в раннем послеоперационном периоде. При отсутствии технической или временной возможности для ранней реконструктивной операции чрескожный чреспеченочный дренаж следует трансформировать в наружновнутренний. Наружновнутреннее дренирование в комбинации с ретроградным эндоскопическим временным стентированием или без него представляется методом выбора в лечении краевых повреждений внепеченочных желчных протоков. При иатрогенном пересечении внепеченочного желчного протока восстановление непрерывности общего желчного протока антеградным рентгенохирургическим методом также технически возможно в виде продолжительного наружновнутреннего дренирования.

Ключевые слова: печень, желчные протоки, холангиостомия, иатрогенное повреждение, антеградное наружновнутреннее дренирование.

Охотников Олег Иванович – доктор мед. наук, профессор, профессор кафедры хирургических болезней ФПО ГБОУ ВПО “КГМУ”, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 БМУ “Курская областная клиническая больница”. **Григорьев Сергей Николаевич** – канд. мед. наук, заведующий отделением гнойной хирургии, врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 БМУ “Курская областная клиническая больница”. **Яковлева Марина Валерьевна** – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры хирургических болезней ФПО ГБОУ ВПО “КГМУ”, врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 БМУ “Курская областная клиническая больница”.

Для корреспонденции: Охотников Олег Иванович – 305047, г. Курск, ул. Ольшанского, д. 26а, кв. 75, Российская Федерация. Тел.: 8-910-740-20-92. E-mail: oleg_okhotnikov@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 11.12.2014.

К СОДЕРЖАНИЮ

Эндоскопические транспапиллярные методы лечения холедохолитиаза

Хрусталева М.В.¹, Дехтяр М.А.¹, Ягубян Г.К.²

¹ Отделение эндоскопии ФГБНУ “Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского”; 119992, Москва, Абрикосовский пер., д. 2, Российская Федерация

² Отделение эндоскопии городской клинической больницы №71; 121374, Москва, Можайское шоссе, д. 14, Российская Федерация

Цель. Анализ результатов эндоскопического лечения при холедохолитиазе в клинически сложных ситуациях.

Материал и методы. Анализировали опыт лечения 322 пациентов с холедохолитиазом. Для восстановления оттока желчи и санации внепеченочных желчных протоков выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию, механическую литотрипсию, назобилиарное дренирование и транспапиллярное стентирование. Проведено сравнение эффективности эндоскопической санации желчных протоков в двух группах пациентов: 1-я группа – пациенты с крупными конкрементами и нормальной анатомией парапапиллярной зоны, 2-я группа – пациенты с холедохолитиазом и парапапиллярными дивертикулами, стриктурами и стенозом внепеченочных желчных протоков.

Результаты. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнена 301 (97,4%) больному. У 88 (29,2%) пациентов с парапапиллярными дивертикулами камни были удалены стандартными экстракторами, в остальных 213 (70,8%) наблюдениях предприняты попытки механической литотрипсии. Камни были успешно разрушены у 196 (92%) пациентов. Литотрипсия не удалась у 14 больных 1-й группы и у 3 пациентов 2-й группы, при этом эффективность литотрипсии достоверно не различалась в обеих группах. Осложнения эндоскопических вмешательств были отмечены у 30 (9,9%) больных: у 8 – кровотечение из края папиллотомического разреза, у 8 – острый панкреатит, у 12 – усугубление течения холангита и в 2 наблюдениях – вклинение корзинки литотриптора с захваченным камнем. Число осложнений в 1-й группе пациентов составило 13,5%, во 2-й группе – 6,1%. Летальных исходов не было.

Заключение. Санацию внепеченочных желчных протоков удалось выполнить 88% пациентов. Эндоскопическая санация была одинаково эффективна в обеих группах пациентов.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холангиолитиаз, механическая желтуха, холангит, холедохолитиаз, парапапиллярный дивертикул, стеноз желчного протока, литэкстракция, механическая литотрипсия.

Хрусталева Марина Валерьевна – доктор мед. наук, руководитель отделения эндоскопии ФГБНУ “РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского”. Дехтяр Марина Александровна – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения эндоскопии ФГБНУ “РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского”. Ягубян Грачья Киракосович – руководитель отделения эндоскопии городской клинической больницы №71.

Для корреспонденции: Хрусталева Марина Валерьевна – 119992, Москва, Абрикосовский пер., д. 2, Российская Федерация. Тел.: +7-916-675-31-86. E-mail: m.khrustaleva@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 27.01.2015.

Ретроградные эндоскопические вмешательства в лечении больных механической желтухой

Габриэль С.А., Дурлештер В.М., Гучетль А.Я.,
Андреев А.В., Дынько В.Ю., Гольфанд В.В.

ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» Министерства здравоохранения Краснодарского края;
350012, Краснодар, ул. Красных Партизан, д. 6, корп. 2, Российская Федерация

Цель. Определить эффективность эндоскопических транспапиллярных методов в диагностике и лечении пациентов с механической желтухой различной этиологии.

Материал и методы. Анализировали эффективность эндоскопических методов диагностики и лечения пациентов с механической желтухой за 2008–2012 гг. Общее число пациентов составило 900. Включали больных с механическим препятствием оттоку желчи и уровнем билирубина >20 мкмоль/л. Применяли ретроградную холангиопанкреатикографию, эндоскопическую папиллотомию, эндоскопическую механическую литэкстракцию и литотрипсию, назобилиарное дренирование, бужирование и стентирование протоков, эндоскопическую контактную электрогидравлическую литотрипсию, баллонную дилатацию общего желчного протока.

Результаты. Вмешательства были эффективными у 874 (97,11%) больных. Осложнения отмечены у 31 (3,44%) больного. Летальных исходов не было.

Заключение. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются эффективными у больных механической желтухой. Большое значение имеют инструментально-аппаратное оснащение и комплексность применения.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холангиолитиаз, холедохолитиаз, механическая желтуха, желчные протоки, большой сосочек двенадцатиперстной кишки, эндоскопические вмешательства.

Габриэль Сергей Александрович – канд. мед. наук, заведующий отделением эндоскопии ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2». **Дурлештер Владимир Моисеевич** – доктор мед. наук, профессор, заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2». **Гучетль Александр Якубович** – канд. мед. наук, руководитель центра малоинвазивных хирургических вмешательств ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2». **Андреев Андрей Викторович** – доктор мед. наук, заведующий отделением рентгенохирургических и ультразвуковых методов диагностики и лечения ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2». **Дынько Виктор Юрьевич** – врач отделения эндоскопии ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2». **Гольфанд Виктор Викторович** – врач отделения эндоскопии ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2».

Для корреспонденции: Дынько Виктор Юрьевич – 350062, г. Краснодар, ул. Архитектора Ишунина, д. 8/20, кв. 67, Российская Федерация. Тел.: +7-988-242-66-00. E-mail: dynko.viktor@yandex.ru

Статья поступила в редакцию журнала 21.01.2015.

Диагностика и лечение послеоперационного желчеистечения

Курбонов К.М., Даминова Н.М., Махмадов Ф.И.

Кафедра хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан; 734003, г. Душанбе, пр. Рудаки, д. 139, Республика Таджикистан

Цель. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей.

Материал и методы. Анализовали результаты лечения 142 пациентов с послеоперационным желчеистечением. В диагностике применяли УЗИ, ЭРХПГ, ЭГДС, КТ, МРТ. Мужчин было 62 (43,7%), женщин – 80 (56,3%). Причиной послеоперационного желчеистечения в 14,8% наблюдений стала неустранимая билиарная гипертензия, в 40,1% – неликвидированные цистобилиарные свищи, в 10,6% – травматические повреждения желчных протоков и печени, в 12% – смещение клипс, выпадение дренажей, в 22,5% – несостоятельность швов пузырного протока, общего желчного протока, билиодигестивных анастомозов и культи двенадцатиперстной кишки.

Результаты. Устранение желчеистечения проводили с учетом степени его тяжести и наличия желчной гипертензии. Высокую эффективность показали эндоскопические методы, ЭПСТ, бизэндоскопические вмешательства (релапароскопия с повторным клипированием пузырного протока), трансдуоденальное протезирование. При тяжелом послеоперационном желчеистечении, не поддающемся устранению, выполнили гепатикоеюностомию на изолированной по Ру петле. Осложнений и летальных исходов не было.

Заключение. Лечение пациентов с желчеистечением после операций требует индивидуального подхода, должно включать консервативные мероприятия, эндоскопические и хирургические методы коррекции.

Ключевые слова: печень, желчные протоки, желчеистечение, цистобилиарный свищ, эндоскопические вмешательства.

Курбонов Каримхон Муродович – доктор мед. наук, профессор, академик АМН РТ, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино. **Даминова Нигина Мадаминовна** – доктор мед. наук, ассистент кафедры общей хирургии №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино. **Махмадов Фаррух Исроилович** – доктор мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино.

Для корреспонденции: Махмадов Фаррух Исроилович – 734019, Таджикистан, г. Душанбе, ул. К. Цеткин, д. 42, кв. 48. Тел.: (+992) 226-48-81 (раб.); (+992) 918-75-44-90 (моб.). E-mail: fmahmadov@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 09.02.2015.

Диагностика и лечение аутоиммунного панкреатита (обзор литературы)

Жариков Ю.О., Чжао А.В.

ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Министерства здравоохранения Российской Федерации; 117997, Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27, Российская Федерация

Аутоиммунный панкреатит впервые описан в 1961 г. как “первичный воспалительный склероз поджелудочной железы”. В последующих сообщениях это заболевание описывали как лимфоплазмоцитарный склерозирующий панкреатит, хронический склерозирующий панкреатит, неалкогольный протоково-деструктивный панкреатит, воспалительная псевдоопухоль поджелудочной железы и др. Концепция аутоиммунного панкреатита была предложена Yoshida и соавт. в 1995 г. Проведены многочисленные клинические, серологические, радиологические и патологоанатомические исследования. Для облегчения клинического ведения больных аутоиммунным панкреатитом были введены диагностические критерии, выявлены серологические маркеры и патологические особенности. Также были получены данные, указывающие на то, что аутоиммунный панкреатит является частью новой клинико-патологической нозологической единицы – IgG4-ассоциированной аутоиммунной болезни. Важным остается вопрос хирургического лечения аутоиммунного панкреатита, которое выполняется чаще всего при подозрении злокачественного новообразования поджелудочной железы. Таким образом, аутоиммунный панкреатит представляет собой актуальную проблему современной медицины, которая требует дальнейшего изучения.

Ключевые слова: поджелудочная железа, аутоиммунный панкреатит, диагностика, единые международные диагностические критерии, прогноз, рецидив, глюкокортикостероиды, хирургическое лечение.

Жариков Юрий Олегович – аспирант отдела абдоминальной хирургии, отделения хирургии печени и поджелудочной железы ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ. **Чжао Алексей Владимирович** – доктор мед. наук, профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ.

Для корреспонденции: Жариков Юрий Олегович – 117148 Москва, ул. Маршала Савицкого, д. 18, кв. 116, Российская Федерация. Тел.: 8-916-647-9938. E-mail: deadmaster_89@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 02.12.2014.

Шваннома крючковидного отростка поджелудочной железы

Буткевич А.Ц., Сорокин М.Н., Богданов С.Н., Задоян Ю.С., Дремин Д.А.

ФГКУ «Главный клинический госпиталь воинской части 93998»; 143040, Московская обл., г. Голицыно, Петровское шоссе, д. 48, Российская Федерация

Цель. Демонстрация клинического наблюдения успешного хирургического лечения крайне редкой опухоли крючковидного отростка поджелудочной железы – шванномы.

Заключение. Представлено клиническое наблюдение шванномы поджелудочной железы у пациента 40 лет. Срочное интраоперационное гистологическое исследование позволило выполнить пациенту органосохраняющее оперативное вмешательство – энуклеацию опухоли. Приведены сведения о патогенезе опухоли, анализ данных литературы.

Ключевые слова: поджелудочная железа, шваннома, резекция, энуклеация опухоли.

Буткевич Александр Цезаревич – доктор мед. наук, профессор, главный хирург Военно-медицинского управления воинской части 93998. **Сорокин Максим Николаевич** – врач-хирург хирургического отделения Главного клинического военного госпиталя воинской части 93998. **Богданов Сергей Николаевич** – канд. мед. наук, главный хирург Главного клинического военного госпиталя воинской части 93998. **Задоян Юрий Сергеевич** – канд. мед. наук, начальник хирургического отделения Главного клинического военного госпиталя воинской части 93998. **Дремин Дмитрий Анатольевич** – канд. мед. наук, начальник отделения лучевой диагностики Главного клинического военного госпиталя воинской части 93998.

Для корреспонденции: Буткевич Александр Цезаревич – 109129 Москва, 8-я ул. Текстильщиков, д. 13, корп. 2, кв. 268, Российская Федерация. Тел.: 8-916-533-12-50. E-mail: leg_o@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 09.10.2014.

Гастродуоденальная резекция головки поджелудочной железы, осложнившаяся тотальным панкреонекрозом

Павловский А.В., Попов С.А., Шаповал С.В., Гранов Д.А., Моисеенко В.Е.

Отдел интервенционной радиологии и оперативной хирургии, ФГБУ “Российский научный центр радиологии и хирургических технологий” Минздрава России; г. Санкт-Петербург, 197758, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 70, Российская Федерация

Представлено клиническое наблюдение длительной выживаемости больного карциномой поджелудочной железы (ПЖ) после радикального вмешательства, осложненного тотальным панкреонекрозом. В послеоперационном периоде потребовалось продолжительное лечение больного в условиях отделения интенсивной терапии и выполнение ряда экстренных хирургических вмешательств, в том числе панкреатэктомии. Пациент был выписан на 99-е сутки после радикального вмешательства. В настоящее время продолжительность наблюдения за пациентом составляет 8 лет, признаков рецидива злокачественного заболевания нет. Клиническое наблюдение убедительно показывает эффективность радикальных операций для больных раком ПЖ, а также необходимость своевременного выполнения панкреатэктомии при тяжелом послеоперационном панкреонекрозе.

Ключевые слова: поджелудочная железа, рак поджелудочной железы, панкреатодуоденальная резекция, панкреонекроз, панкреатэктомия, выживаемость.

Павловский Александр Васильевич – доктор мед. наук, главный научный сотрудник отдела интервенционной радиологии и оперативной хирургии, ФГБУ “Российский научный центр радиологии и хирургических технологий” Минздрава РФ. **Попов Сергей Александрович** – канд. мед. наук, научный сотрудник отдела интервенционной радиологии и оперативной хирургии, ФГБУ “Российский научный центр радиологии и хирургических технологий” Минздрава РФ. **Шаповал Сергей Владимирович** – научный сотрудник отдела интервенционной радиологии и оперативной хирургии, ФГБУ “Российский научный центр радиологии и хирургических технологий” Минздрава РФ. **Гранов Дмитрий Анатольевич** – доктор мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН, руководитель отдела интервенционной радиологии и оперативной хирургии, ФГБУ “Российский научный центр радиологии и хирургических технологий” Минздрава РФ. **Моисеенко Владислав Евгеньевич** – клинический ординатор отделения оперативной хирургии, ФГБУ “Российский научный центр радиологии и хирургических технологий” Минздрава РФ.

Для корреспонденции: Попов Сергей Александрович – 195253, г. Санкт-Петербург, пр. Энергетиков, д. 68, кв. 49. Тел.: 8-921-337-5064. E-mail: spsergey27@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 29.12.2014.

Гемангиома поджелудочной железы

Степанова Ю.А., Кармазановский Г.Г., Икрамов Р.З.,
Калинин Д.В., Солодина Е.Н., Усова Е.В.

ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Минздрава России; 117997, г. Москва,
ул. Б. Серпуховская, д. 27, Российская Федерация

Гемангиома крайне редко локализуется в поджелудочной железе. В настоящее время при анализе баз данных PubMed, Scopus и eLibrary с 1924 г. обнаружено 53 наблюдения гемангиомы поджелудочной железы. Преимущественно их выявляют у взрослых в возрасте от 30 до 79 лет, чаще у женщин. Диагностику гемангиомы поджелудочной железы можно осуществлять всеми методами лучевой диагностики. Диагностические критерии не отличаются от таковых при локализации гемангиомы в других органах. МРТ считается наиболее эффективным методом диагностики гемангиомы поджелудочной железы, поскольку без лучевой нагрузки позволяет эффективно диагностировать образование и уточнить фазу его развития. В статье приведены обзор литературы и собственное клиническое наблюдение.

Ключевые слова: гемангиома, поджелудочная железа, клиника, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

Степанова Юлия Александровна – доктор мед. наук, старший научный сотрудник отдела лучевых методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Минздрава России. **Кармазановский Григорий Григорьевич** – доктор мед. наук, профессор, руководитель отдела лучевых методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Минздрава России. **Икрамов Равшан Зияевич** – доктор мед. наук, главный научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии №2 ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Минздрава России. **Калинин Дмитрий Валерьевич** – канд. мед. наук, заведующий отделом патологической анатомии ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Минздрава России. **Солодина Елена Николаевна** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения хирургической эндоскопии ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Минздрава России. **Усова Елена Валерьевна** – аспирант отделения абдоминальной хирургии №2 ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Минздрава России.

Для корреспонденции: Степанова Юлия Александровна – 117997 Москва, ул. Б. Серпуховская, д. 27, Институт хирургии им. А.В. Вишневского. Тел.: +7-499-236-44-14. E-mail: stepanovaua@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 14.10.2014.

Рефераты иностранных журналов

Рефераты иностранных журналов

Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.

Ахаладзе Гурам Германович – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательского отдела хирургии и хирургических технологий в онкологии ФГБУ “Российский научный центр рентгенорадиологии” МЗ РФ.
Ахаладзе Дмитрий Гурамович – канд. мед. наук, заведующий хирургическим отделением №2 ФГБУ “Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова” МЗ РФ.

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

Хроника

**Резолюция XXII Международного конгресса
Ассоциации гепатобилиарных хирургов
стран СНГ “Актуальные проблемы
гепатобилиарной хирургии”
7–9 сентября 2015 г., Ташкент, Узбекистан**