

## **Хроматография и хромато-масс-спектрометрия в диагностике острой пострезекционной печеночной недостаточности**

*В.Г. Истратов, Н.А. Назаренко, В.С. Рузавин,*

*В.С. Демидова, В.А. Вишнеvский*

*ФГУ "Институт хирургии им. А.В. Вишнеvского*

*(директор – академик РАМН В.Д. Федоров) Росмедтехнологий", Москва*

Изучены результаты хроматографии и хромато-масс-спектрометрии токсических метаболитов периферической крови у 30 больных, перенесших резекцию печени. Обширная анатомическая резекция выполнена 16 пациентам, экономная резекция печени (2 сегмента) – 14. Исследование проводили до операции и в течение 1-й недели после операции. В обеих группах отмечено повышение уровня токсических метаболитов в 1-е сутки после операции с нормализацией к исходу 7-х суток. Отмечена явная тенденция к более длительному сохранению повышенных цифр таких метаболитов, как фенолкарбоновые кислоты, фенолы, ди- и полиамины в группе больных, перенесших гемигепатэктомию и расширенную гемигепатэктомию, что является следствием более выраженного нарушения метаболизма печени. При тяжелой форме послеоперационной печеночной недостаточности уровень токсических метаболитов значительно превышал таковой у больных с умеренными нарушениями функционального состояния печени. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности использования метода хромато-масс-спектрометрии в диагностике острой послеоперационной печеночной недостаточности.

*Ключевые слова:* хроматография, хромато-масс-спектрометрия, резекция печени, печеночная недостаточность.

## **Chromatography and Chromato-mass-spectrometry in Diagnostics of Acute Post-resectional Hepatic Insufficiency**

*V.G. Istratov, N.A. Nazarenko, V.S. Ruzavin,*

*V.S. Demidova, V.A. Vishnevsky*

*A.V. Vishnevsky Institute of Surgery (Director – Academician of RAMSci V.D. Fedorov)*

The results chromatographic and chromato-mass-spectrometric assessment of toxic metabolite levels in peripheral blood of 30 patients after different extension hepatectomies are presented. Extended anatomic resections were carried out in 16 patients, economic resections of 2 hepatic segments – in 14 patients. Investigation were performed before surgery and on the 1<sup>st</sup> week after surgery. In both groups the level of toxic metabolites was increased on the 1<sup>st</sup> day after surgery and returned to normal level on the end of the 7<sup>th</sup> day. There was an evident tendency of prolonged increase of such metabolites values as phenilcarbone acids, phenols, di- and polyamines in the group of patients after hemihepatectomies and extended hemihepatectomies, indicating on the deeper disorders of hepatic metabolism after extended hemihepatectomies. In severe forms of postoperative hepatic insufficiency the levels of toxic metabolites significantly exceeded the level of toxic metabolites in the patients with mild disorders of hepatic functional state. The results of investigation prove, that of application of chromate-mass-spectrometric method in diagnostics of acute postoperative hepatic insufficiency is worthwhile.

*Key words:* chromatography, chromato-mass-spectrometry, liver resection, hepatic insufficiency.

*В.Г. Истратов* – д. м. н., ст. н. с. клинико-биохимической лаборатории Института хирургии им. А.В. Вишнеvского, Москва. *В.С. Демидова* – д. м. н., зав. клинико-диагностическим отделом того же института. *Н.А. Назаренко* – д. м. н., ст. н. с. отделения хирургии печени и поджелудочной железы того же института. *В.А. Вишнеvский* – д. м. н, проф., рук. отделения хирургии печени и поджелудочной железы того же института. *В.С. Рузавин* – аспирант того же отделения.

**Переписка:** Назаренко Нина Александровна – тел. 8 (917) 575-04-81.

## Патогенез и лечение острого гнойного холангита\*

Э.И. Гальперин, Г.Г. Ахаладзе, А.Е. Котовский,  
К.Г. Глебов, А.Ю. Чевокин, О.Н. Момунова

Курс хирургической гепатологии (зав. — проф. Э.И. Гальперин) при кафедре хирургии ФППОВ,  
отдел хирургии печени (зав. — проф. Т.Г. Дюзьева) ММА им. И.М. Сеченова,  
7-я городская клиническая больница (главрач — В.А. Афанасьев), Москва

Анализу подвергнуты 704 наблюдения острого гнойного холангита. У 613 (87,1%) больных острый гнойный холангит был вызван холедохолитиазом, из них у 537 (87,6%) была механическая желтуха. Экспериментальные исследования проведены на 510 крысах. Для создания механической желтухи и острого гнойного холангита в разных сериях опытов перевязывали общий желчный проток, вводили культуру кишечной палочки и эндотоксин в брыжеечную вену, общий желчный проток и кишку. В патогенезе ОГХ, сепсиса и ПОН основную роль играют развитие прямого холангиосинуоидального шунта и недостаточность клеток Купфера, вызванная холеемией. Это приводит к прорыву бактерий и эндотоксина в сосудистое русло. Более чем у 50% больных отмечен тяжелый острый гнойный холангит и сепсис с первого дня заболевания. Тяжелый сепсис и септический шок развиваются у 6–11% больных, летальность достигает 40–60%. Наилучшие результаты получены при эндоскопической декомпрессии желчного протока и удалении камней (90,8% больных) с последующей холецистэктомией. Установлено, что полнота декомпрессии желчного дерева необходима для быстрой ликвидации билирубинемии.

**Ключевые слова:** гнойный холангит, холедохолитиаз, механическая желтуха, полиорганная недостаточность, сепсис.

## Pathogenesis and Management of the Acute Purulent Cholangitis

E.I. Galperin, G.G. Akhaladze, A.E. Kotovski,  
K.G. Glebov, A.Yu. Chevokin, O.N. Mamunova

Liver surgery department (Chief — Prof. T.G. Dziuzheva) and course of surgical hepatology  
(Chief — Prof. E.I. Galperin) I.M. Sechenov Moscow medical academy

704 cases of acute purulent cholangitis are analyzed. In 613 (87,1%) acute purulent cholangitis was caused by choledocholithiasis and 537 (87,6%) of them had obstructive jaundice. Experimental investigations were carried out in 510 rats. Modeling obstructive jaundice and cholangitis in different series of study animals a common bile duct was ligated and divided. Specimen of *E. coli* was injected into the common bile duct and bacterial endotoxin was injected into the mesenteric vein and gut lumen. Development of a direct cholangiovenous shunt, Kupfer cell insufficiency caused by choleaemia play the main role in the pathogenesis of acute purulent cholangitis, sepsis and MOF. It leads to the bacterial and endotoxin break into the bloodstream. More than 50% of the patients had severe acute purulent cholangitis and sepsis at the onset of the disease. Severe sepsis and septic shock developed in 6–11% of patients causing 40–60% mortality rate. The best results were achieved after bile ducts the endoscopic decompression and stone removal accompanied with subsequent cholecystectomy. It is recognized, that complete decompression of the biliary tree is necessary for the timely resolution of bilirubinaemia.

**Key words:** purulent cholangitis, choledocholithiasis, obstructive jaundice, multiple organ failure, sepsis.

Э.И. Гальперин — д. м. н., проф., зав. курсом хирургической гепатологии при кафедре хирургии ФППОВ Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. Г.Г. Ахаладзе — д. м. н., проф. того же курса. А.Е. Котовский — д. м. н., проф. того же курса. К.Г. Глебов — н. с. отдела хирургии печени НИЦ Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. А.Ю. Чевокин — к. м. н., доцент курса хирургической гепатологии при кафедре хирургии ФППОВ Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. О.Н. Момунова — аспирант отдела хирургии печени НИЦ Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова.

Переписка: Ахаладзе Гурам Германович — тел. (8-499) 782-30-83.

## О целесообразности интраоперационной холангиографии у больных острым холециститом

*Е.В. Нишневич, А.В. Столин, И.В. Шелепов, М.И. Прудков*  
Кафедра хирургии ФПК и ПП (зав. — проф. М.И. Прудков),  
кафедра хирургических болезней стоматологического факультета (зав. — к. м. н. А.В. Столин)  
Уральской государственной медицинской академии, г. Екатеринбург

Экстренно оперированы 253 больных острым холециститом. Все пациенты были разделены на 2 группы. У 166 больных до операции не было выявлено заболеваний внепеченочных желчных протоков и отсутствовали общепринятые показания к интраоперационной холангиографии. В 87 наблюдениях до операции такие показания были сформулированы. Суммарная частота холедохолитиаза у больных, оперированных по поводу острого холецистита, составила 17,4%. С помощью интраоперационной холангиографии камни в протоках обнаружены у 10 (6%) больных 1-й группы и у 34 (39,1%) больных 2-й группы. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности интраоперационной холангиографии у больных острым холециститом.

**Ключевые слова:** интраоперационная холангиография, острый холецистит, холедохолитиаз, желчные протоки.

## Worthwhileness of Intraoperative Cholangiography in Acute Cholecystites Patients

*E.V. Nishnevich, A.V. Stolin, I.V. Sheleпов, M.I. Prudkov*  
Surgical chair of postgraduate training (Chief — Prof. M.I. Prudkov),  
surgical diseases chair of stomatological faculty (Chief — med. sci cand. A.V. Stolin),  
Ural State medical academy, Ekaterinburg

Urgent cholecystectomy is provided in 253 patients. All patients are divided in two groups. 166 patients had no signs of bile duct diseases and had no conventional indications for intraoperative cholangiography. 87 patients had such indications before the operation. A total rate of choledocholithiasis in patients operated for acute cholecystitis came to 17.4%. Using intraoperative cholangiography gallstones in bile ducts were found in 10 (6%) patients of the 1<sup>st</sup> group and 34 (39.1%) in the 2<sup>nd</sup> group. Obtained data made proved, that intraoperative cholangiography in acute cholecystitis patients is worthwhile.

**Key words:** intraoperative cholangiography, acute cholecystitis, choledocholithiasis, bile ducts.

Е.В. Нишневич — к. м. н., доцент кафедры хирургических болезней ФПК и ПП УГМА, зам. главного врача по хирургии МУ ГКБ № 14 г. Екатеринбурга. А.В. Столин — к. м. н., доцент, зав. кафедрой хирургических болезней стоматологического факультета УГМА. И.В. Шелепов — врач-хирург МУ ГКБ № 14 г. Екатеринбурга. М.И. Прудков — д. м. н., проф., зав. кафедрой хирургических болезней ФПК и ПП УГМА.

**Переписка:** Нишневич Евгений Владиславович — 620078 г. Екатеринбург, ул. Мира, д. 44, корп. Б, кв. 33; тел. (343) 268-06-04, факс. (343) 352-84-03; e-mail: nev14@ru66.ru.

## Гнойный описторхозный холангит

*Н.А. Бражникова, В.Ф. Цхай*

*Томский военно-медицинский институт, Сибирский государственный медицинский университет  
(ректор – академик РАМН В.В. Новицкий)*

Патоморфологическая картина холангита описана на основании результатов патологоанатомического вскрытия 343 умерших с основным или сопутствующим диагнозом “хронический описторхоз”. Клиническая картина описторхозного гнойного холангита изучена у 730 пациентов с описторхозной стриктурой различной локализации. Выявлена прямая зависимость выраженности склеротических процессов в желчных протоках от длительности и степени описторхозной инвазии. Установлено, что частота развития холангита, характер изменений желчи и слизистой протоков зависят от степени нарушения пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку. В диагностике описторхозного холангита эффективно УЗИ, а также ЭРХПГ, которая, однако, часто невыполнима при протяженных стриктурах общего желчного протока. ЧЧХГ при выраженной холангиоэктазии и желчной гипертензии противопоказана. Из интраоперационных методов диагностики наиболее информативны холангиография, холедохоскопия. В лечении важными составляющими являются коррекция нарушений пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку с обязательным наружным дренированием желчных протоков и последующей их санацией, внутривенная инфузия лекарственных препаратов. Летальность составила 4,2%. Профилактика описторхозного холангита заключается в своевременной диагностике описторхоза, антигельминтной терапии и коррекции нарушения пассажа желчи.

**Ключевые слова:** описторхоз, холангит, стриктура.

## *Purulent Opistorchotic Cholangitis*

*N.A. Brazhnikova, V.F. Tskhai*

*Tomsk Military-Medical Institute, Sybirian State Medical University  
(Rector – Academician of RAMSci V.V. Novitsky)*

Pathomorphology of cholangitis is described on the basis of 343 post-mortem necropsies of dead of opistorchosis or with such accompanying diagnosis. Clinical course of opistorchotic cholangitis is studied in 730 patients suffering different localization opistorchotic strictures. Direct dependence of sclerotic processes manifestations from the opistorchotic invasion duration and degree. It is stated the rate of cholangitis development character of bile and bile duct mucosa changes depends on the degree of bile passage disturbances degree into duodenum. In diagnostics of the opistorchotic cholangitis are effective US and ERCP. The last is unrealizable in cases of the common bile duct prolonged strictures. PTC in cases of expressed cholangioectasy is contraindicated. The most informative intraoperative diagnostic tool is cholangiography and choledochoscopy. Correction of bile passage into the duodenum accompanied with necessary external drainage, biliary sanitation and antiparasite drugs intraportal administration is an important component of management. Mortality rate came to 4,2%. Timely diagnostics of opistorchosis, antihelminththerapy and biliary passage correction compose prophylaxy of opistorchotic cholangitis.

**Key words:** opistorchosis, cholangitis, strictures.

*Н.А. Бражникова* – д. м. н., проф. кафедры хирургии усовершенствования врачей Томского военно-медицинского института. *В.Ф. Цхай* – д. м. н., проф. кафедры хирургических болезней педиатрического факультета Сибирского государственного медицинского университета.

**Почтовый адрес:** Цхай Валентина Федоровна – 634012 г. Томск, ул. Елизаровых, д. 39/3, кв. 26; тел. 54-25-34.

## Место цефалоспоринов IV поколения (цефепим) в лечении больных острым холециститом

М.Д. Дибиров, Б.С. Брискин, Н.Н. Хачатрян, Г.С. Карсотьян,  
В.П. Федоров, Т.А. Фесенко, Р.М. Габибов

Кафедра хирургических болезней и клинической ангиологии (зав. – проф. М.Д. Дибиров) МГМСУ

Обобщен опыт лечения 415 больных острым холециститом. Разработана и обоснована необходимость использования в качестве эмпирической терапии цефалоспоринов IV поколения, отличающихся широким спектром противомикробной активности, благоприятной фармакодинамикой и незначительным количеством побочных эффектов. Проведена сравнительная оценка клинической эффективности различных схем антибактериальной терапии в раннем послеоперационном периоде с использованием цефалоспоринов III и IV поколения. Показана наиболее высокая клиническая эффективность максипима в комплексной терапии больных с деструктивными формами острого холецистита.

**Ключевые слова:** острый холецистит, антибактериальная терапия, цефалоспорины, бактериальная резистентность.

## The IV Generation Cephalosporine (Cephelim) in Management of Acute Cholecystitis

M.D. Dibiroy, B.S. Briskin, N. N. Khachatryan, G.S. Karsotjan,  
V.P. Fedorov, T.A. Fesenko, R.M. Gabibov

An experience of 415 acute cholecystitis patients management is summarized. Necessity of application of IV generation cephalosporines, distinguished as broad spectrum antibacterial activity, favorable pharmacodynamics and low rate side effects, as empiric therapy is elaborated and well founded. A comparative analysis of different schedule early posoperative antimicrobial therapy clinical efficacy by means of III and IV generation cephalosporines is provided. Maxipime showed maximum clinical effect in complex therapy of destructive form acute cholecystitis.

**Key words:** acute cholecystitis, antibacterial therapy, cephalosporines, bacterial resistance.

Chair of surgical diseases and clinical angiology (Chief - Prof. M.D. dibirov) MSMSU

---

М.Д. Дибиров – д. м. н., проф., зав. кафедрой хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ. Б.С. Брискин – д. м. н., проф. той же кафедры. Н.Н. Хачатрян – д. м. н., проф. той же кафедры. Г.С. Карсотьян – асс. той же кафедры. В.П. Федоров – к. м. н., доцент той же кафедры. Т.А. Фесенко – аспирант той же кафедры. Р.М. Габибов – аспирант той же кафедры.

**Переписка:** Брискин Бенуан Семенович - тел.: (495) 484-67-11.

## Выбор методов лечения болезни Кароли<sup>1</sup>

*К.М. Курбонов, Н.М. Даминова*

*Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. — член-корр. АН РТ К.М. Курбонов)  
ТГМУ, Душанбе, Республика Таджикистан*

В работе проанализированы результаты диагностики и хирургического лечения 7 пациентов с болезнью Кароли I-го типа. Установлено, что наиболее информативными методами диагностики этого заболевания являются УЗИ, КТ и ЭРПХГ. Выбор метода хирургического лечения при болезни Кароли зависит от степени распространения кистозного расширения внутрипеченочных желчных протоков, а также от наличия внутрипеченочных стриктур.

**Ключевые слова:** *болезнь Кароли, кистозное расширение желчных протоков, билиарный сепсис, внутрипеченочный литиаз.*

## Choice of the Caroli Disease of the Management Tool

*K.M. Kurbonov, N.M. Daminova*

*The Chair of the surgical diseases №1 (Chief — Corresponding member of ASci RT, Professor Kurbonov K.M)  
TGMU, Dushanbe, Tadzhikistan*

Results of diagnostics and surgical treatment 7 the type I Caroli disease patients are analyzed. US, CT and ERCP are recognized as the Studies most informative methods of the diagnostics. Choice of the method of the surgical treatment Caroli disease depends on degree of the spreading cystic dilation of intrhepatic bile ducts, as well as from presence intrhepatic structures.

**Key words:** *Caroli disease, cystic dilatation of bile ducts, biliary sepsis, intrahepatic lithiasis.*

---

К.М. Курбонов — д. м. н., член-корр. АН РТ, зав. кафедрой хирургических болезней № 1 Таджикского государственного медицинского университета, г. Душанбе. Н.М. Даминова — к. м. н., асс. той же кафедры.

**Переписка:** Курбонов Каримхон Муродович — 735003 Республика Таджикистан, Душанбе, пр. Рудаки, д.106, кв. 86; тел. (992-37) 227-74-96; e-mail: murod\_kurbonov@rambler.ru.

## Диагностика и лечение внутренних желчных свищей у больных желчнокаменной болезнью

Э.Х. Байчоров, В.И. Грясов, Б.Б. Хациев, С.П. Щепкин,  
Н.И. Сивоконь, В.М. Чугуевский

Кафедра хирургии ФПО (зав. – проф. Э.Х. Байчоров) Ставропольской государственной медицинской академии; Центральная городская больница (главрач – Д.Г. Катанов), Ессентуки

Представлены результаты лечения 127 пациентов с различными вариантами холецистодигестивных и холецистохоледохеальных свищей. Холецистодигестивный свищ выявлен у 62 (48,8%) больных, холецистохоледохеальный – у 65 (51,1%). Холецистодигестивный свищ без кишечной непроходимости был заподозрен на основании УЗИ у 18 (14,1%) больных, при ЭГДС – у 7 (5,5%). Холецистохоледохеальный свищ до операции удалось обнаружить у 34 (26,7%) пациентов при УЗИ и ЭРХПГ, у других больных диагноз был установлен на операции. Полученные данные свидетельствуют, что установить правильный диагноз до операции удается менее чем у трети пациентов. Объем оперативного вмешательства следует определять индивидуально. Обнаружение холецистохоледохеального свища при лапароскопической операции является показанием к конверсии.

**Ключевые слова:** холецистит, внутренний желчный свищ, кишечная непроходимость, холецистэктомия.

## Diagnosis and Management of the Inner Biliary Fistulas in Cholelithiasis Patients

E.Kh. Baichorov, V.I. Greasov, B.B. Khatsiev, S.P. Shchepkin,  
N.I. Sivokon, V.M. Chuguevski

Chair of surgery of PAF (Chief – Prof. E. Kh. Baicharov) Stavropol State medical academy;  
Central municipal hospital (Head – D.G. Katanov) Essentuki

The results of treatment of 127 patients with different kinds of cholecystodigestive (CDF) and cholecystocholedocal (CCF) fistulae have been submitted for consideration. CDF were diagnosed in 62 (48.8%) cases, CCF in 65 (51.1%). CDF without intestinal obstruction was suspected after US in 18 (14.1%) patients, and after fibrogastroduodenoscopy – in 7 (5.5%). Pre-operative diagnosis of CDF in 34 (26.7%) patients was based on US and ERCP, in the rest of the cases the diagnosis was confirmed during operation. Achieved data indicate, that preoperative correct diagnosis is available in less than one third of patients. Extent of the operation should be chosen individually. Detection of a CCF during a laparoscopic operation is an indication for conversion.

**Key words:** cholecystitis, inner biliary fistula, intestinal obstruction, cholecystectomy.

Э.Х. Байчоров – д. м. н., проф., зав. кафедрой хирургии ФПО Ставропольской государственной медицинской академии. В.И. Грясов – д. м. н., проф., зав. 1-м хирургическим отделением Центральной ессентукской городской больницы. Б.Б. Хациев – к. м. н., асс. кафедры хирургии ФПО. Н.И. Сивоконь – ординатор 1-го хирургического отделения Центральной ессентукской городской больницы. В.М. Чугуевский – к. м. н., ординатор того же отделения.

**Переписка:** Грясов Виктор Иванович – 357600 г. Ессентуки, ул. Октябрьская, д. 464; иел.8 (87934) 2-78-05;  
e-mail: victor@essegb.esstel.ru.

## **Внутриартериальное введение лекарственных препаратов в лечении больных панкреонекрозом**

*Ш.И. Каримов, С.П. Боровский, М.Ш. Хакимов, У.Х. Давлатов*

*Ташкентская медицинская академия*

Аналізу подвергнуты результаты обследования и лечения 67 больных панкреонекрозом, которым осуществляли внутриартериальное введение лекарственных средств. Из них 49 пациентов составили контрольную группу, которым внутриартериальное введение лекарственных препаратов проводили до выполнения настоящего исследования. В основную группу вошли 18 больных, которым указанное лечение проводили по усовершенствованной программе. При поражении тела и хвоста поджелудочной железы катетеризировали селезеночную артерию, при поражении головки – общую печеночную артерию, при поражении всей железы – чревный ствол. Обязательными компонентами лечения были ингибиторы протеаз, 5-фторурацил, антибиотики широкого спектра действия, средства, улучшающие реологические свойства крови, спазмолитики, гепарин. Продолжительность внутриартериальной терапии не превышала 7 дней. Показана эффективность усовершенствованного способа внутриартериальной терапии. Отмечено достоверное уменьшение частоты оперативных вмешательств с 28,6 до 16,7%, послеоперационной летальности – с 18,3 до 11,1%.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, панкреонекроз, катетеризация чревного ствола, внутриартериальное введение лекарственных препаратов.

## **The Continuous Intraarterial Infusion Therapy in Treatment of the Pancreonecrosis**

*Sh.I. Karimov, S.P. Borovsky, M.Sh. Khakimov, U.H. Davlatov*

*Tashkent medical academy*

By the purpose of the present research was the improvement of results of treatment of the patients necrotizing pancreatitis by improvement (CIAIT). Results of inspection and treatment 67 necrotizing pancreatitis patients are analyzed. 49 patients of them, which underwent continuous intraarterial infusion therapy (CIAIT) previously, are included into the control group. 18 patients consist the basic group, whom we subjected CITIA by means of advanced programme. In cases of pancreas body and tail lesions catheterized splenic artery, in cases of pancreatic head lesions – common hepatic artery, in cases of total pancreas lesion – celiac trunk. Protease inhibitors, 5-FU, broad spectrum antibiotics, haemodilution, spasmolytic drugs and heparin are considered as necessary. Duration of CIAIT did not exceed 7 days. The research shows efficacy of the advanced CIAIT technique. Significant decrease of surgical interventions (from 28,6 to 16,7%) and postoperative mortality rate (from 18,3 up to 11,1%) is noted.

**Key words:** Acute pancreatitis, pancreonecrosis, celiac trunk catheterization, intraarterial infusion therapy.

---

*Ш.И. Каримов* – д. м. н., проф., ректор Ташкентской медицинской академии. *С.П. Боровский* – д. м. н., зав. отделением ангиографии и рентгеноэндоваскулярной хирургии 2-й клиники той же академии. *С.У. Рахманов* – врач-хирург отделения ангиографии той же академии. *У.И. Маткулиев* – аспирант кафедры факультетской и госпитальной хирургии той же академии.

**Переписка:** С.П. Боровский – 700170 Республика Узбекистан, г. Ташкент, пр.Х. Абдуллаева, д. 65а, кв.10; тел. 150-95-28 (раб.), 267-95-95 (дом.); e-mail: sergbori964@mail.ru.



## Поджелудочная железа

**Ранние КТ-признаки прогнозирования различных форм парапанкреонекроза**

*Т.Г. Дюжева, Е.В. Джус, В.Ш. Рамишвили, А.В. Шефер,  
Л.В. Платонова, Э.И. Гальперин*

*Курс хирургической гепатологии (зав. — проф. Э.И. Гальперин) при кафедре хирургии ФППОВ,  
отдел хирургии печени (зав. — проф. Т.Г. Дюжева) ММА им. И.М. Сеченова,  
7-я городская клиническая больница (главврач — В.А. Афанасьев), Москва*

В последние годы значительно расширились возможности радиологических исследований в диагностике повреждений поджелудочной железы. Динамическая КТ с болюсным контрастированием (омнипак 100 мл, 350 мг/мл, скорость ведения 3 мл/с, коллимация среза — 1,25 мм, эффективная ширина среза/интервал реконструкции — 2/3) выполнена 61 больному острым деструктивным панкреатитом начиная со 2–3 сут от начала заболевания. У 39 больных выявлены некрозы в различных отделах поджелудочной железы. Больные разделены на 4 группы: с некрозами, расположенными в нескольких отделах поджелудочной железы — 9, с некрозами в области хвоста — 12, в области тела и головки — 17, больные без некрозов поджелудочной железы — 23.

Проведено сопоставление локализации некрозов поджелудочной железы, их глубины и объема с локализацией и распространенностью изменений (жидкостные скопления с определением активности  $\alpha$ -амилазы, инфильтрация тканей) забрюшинной клетчатки.

Показано, что КТ с болюсным контрастированием позволяет выявить некроз поджелудочной железы в первые 2–3 дня от начала заболевания. Важным прогностическим признаком является глубина поражения поджелудочной железы, которая во многом определяет степень повреждения протоковой системы. Большое значение имеет наличие сохраненной ткани поджелудочной железы, расположенной дистальнее области некроза, секреция которой создает условия для образования внутреннего панкреатического свища. Это обуславливает важность определения локализации некроза: отсутствие функционально активной ткани и секреции при поражении хвоста и их наличие при некрозе головки и тела. Образование внутреннего панкреатического свища способствует развитию распространенных форм парапанкреонекроза и ставит вопрос о дифференциальном подходе к проведению ранних хирургических вмешательств.

**Ключевые слова:** КТ с болюсным контрастированием, некроз поджелудочной железы, парапанкреонекроз, жидкостное скопление.

**Early CT Predictors of the Different Form Peripancreonecrosis Development**

*T.G. Diuzheva, E.V. Dzhus, V.Sh. Ramishvili, A.V. Shefer,  
L.V. Platonova, E.I. Galperin*

*Liver surgery department (Chief — Prof. T.G. Diuzheva)  
and course of surgical hepatology (Chief — Prof. E.I. Galperin) I.M. Sechenov Moscow medical academy*

Recent possibilities of radiologic investigation in diagnostics of pancreatic lesions has significantly extended. Repeated contrast enhanced CT (100 ml, 350 mg/ml Omnipac, 3 ml/min bolus speed infusion, 1,25 mm scan collimation, 2/3 effective scan width/reconstruction interval) is provided in 61 acute destructive pancreatitis patients from 2–3 day of the disease onset. Different location pancreatic necrosis is revealed in 39 patients. The patients are divided in 4 groups: several location pancreatic necrosis — 9, tail necrosis — 12, pancreatic head or corpus — 17 and without any necrosis — 23. Pancreatic necrosis location, depth and volume is compared with location and spread of retroperitoneal cellular tissue lesions (with estimation of the fluid collection  $\beta$ -amylase activity, tissue infiltration). An ability of bolus contrast enhanced CT to reveal pancreatic necrosis on the 2–3 day of the disease onset is presented. Depth of pancreatic tissue damage defining pancreatic duct lesion degree, is an important predicting factor. Normal pancreatic tissue exiting distally of necrosis provides pancreatic juice and promotes inner pancreatic fistula formation. This determines necessity of definition of the pancreatic necrosis location: functionally active tissue absence and secretion in cases of tail destruction and their absence in case of body and head necrosis. Inner pancreatic fistula formation leads spread forms of peripancreatic necrosis and rises a question about differentiated consideration of an early surgery.

**Key words:** bolus contrast enhanced CT, pancreatic necrosis, peripancreatic necrosis, fluid collections.

*Э.И. Гальперин* — д. м. н., проф., зав. курсом хирургической гепатологии при кафедре хирургии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова. *Т.Г. Дюжева* — д. м. н., проф., зав. отделом хирургии печени ММА им. И.М. Сеченова. *Е.В. Джус* — врач отделения лучевой диагностики 7-й ГКБ Москвы. *В.Ш. Рамишвили* — д. м. н., проф., зам. главного врача по хирургии 7-й ГКБ Москвы. *А.В. Шефер* — к. м. н., вед. н. с. отдела хирургии печени ММА им. И.М. Сеченова. *Л.В. Платонова* — к. б. н., вед. н. с. отдела хирургии печени ММА им. И.М. Сеченова.

**Переписка:** Дюжева Татьяна Геннадьевна — тел. (499) 782-30-83; e-mail: dlsurgery@mtu-net.ru.

## Хирургическое лечение больных хроническим панкреатитом

*В.М. Копчак, И.В. Хомяк, Д.А. Чевердюк, К.В. Копчак, А.И. Зелинский*  
Национальный институт хирургии и трансплантологии АМН Украины им А.А. Шалимова  
(директор – Ю.В. Поляченко)

Проведен анализ результатов лечения 751 больного осложненным хроническим панкреатитом. Контрольную группу составили 311 больных, основную – 440. Изменение хирургической тактики лечения, применение новых патогенетических принципов привело к увеличению доли оперативных методов лечения в основной группе на 12,39%. Оценку качества жизни в до- и послеоперационном периоде проводили с помощью метода подсчета модулей EORTC QLQ-C30 и EORTC QLQ-PAN26. Качество жизни улучшилось на 19,7% при выполнении операций, сохраняющих дуоденальный отток панкреатического сока. Изменение хирургической тактики привело к уменьшению частоты послеоперационных осложнений на 14,59%, а также к снижению риска осложнений в отдаленном периоде.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, качество жизни, псевдокиста, панкреатический свищ, резекция поджелудочной железы.

## Surgical Treatment of Chronic Pancreatitis Patients

*V.M. Kopychak, I.V. Khomyak, D.A. Cheverdiuk, K.V. Kopychak, A.I. Zelinskij*  
A.A. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology of Ukrain AMSci  
(Director – Yu.V. Polyachenko)

An analysis of 751 chronic complicated pancreatitis patients treatment operated on during last 18 years is presented. A control group consisted of 311 patients and a basic group – of 440 patients. Changes of treatment strategy, application of new pathogenetic principles increased resection surgery rate on 12,39% in the basic group. Estimation of quality of a life in before and postoperative periods provided according to calculations of EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-PAN26 modules. Quality of a life improved on 19.7% in the group of patients, who underwent procedures, preserving duodenal outflow of pancreatic juice. Changes of surgical strategy decreased postoperative morbidity rate on 14,59% and probability of the remote complications.

**Key words:** chronic pancreatitis, quality of life, pseudocyst, pancreatic fistula, pancreatic resection.

---

*В.М. Копчак* – д. м. н., зав. отделом хирургии поджелудочной железы и реконструктивной хирургии желчных протоков Национального института хирургии и трансплантологии АМН Украины им А.А. Шалимова. *К.В. Копчак* – н.с. того же отдела. *Д.А. Чевердюк* – врач-хирург того же отдела. *А.И. Зелинский* – врач-интерн того же отдела.

**Переписка:** Чевердюк Дмитрий Александрович – 03087 Украина, Киев, ул. Ереванская, 8а, кв. 26; тел. (+38-050) 331-28-00; chiver@voliacable.com.

Поджелудочная железа

## Аналоги соматостатина в диагностике и лечении нейроэндокринных опухолей

*А.В. Егоров, С.А. Кондрашин, Е.В. Фоминых, Г.Х. Мусаев, Е.П. Гитель, Л.Е. Гуревич, В.А. Парнова, И.А. Васильев, Э.З. Рабинович, Р.Ю. Волков*  
*Клиника факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко (директор – академик РАМН А.Ф. Черноусов)*  
*ГБОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова, Москва*

Проанализирован первый в России опыт применения аналогов соматостатина в диагностике и лечении нейроэндокринных опухолей органов брюшной полости и забрюшинной клетчатки. Сцинтиграфию рецепторов соматостатина с октреотидом, меченым  $^{111}\text{In}$ , выполнили 15 пациентам, чувствительность его в обнаружении первичной опухоли составила 83,3%, а ее метастазов – 100%. Соответствующие показатели УЗИ, КТ и эндо-УЗИ составили соответственно 42, 50 и 75%. В 18 наблюдениях провели биотерапию аналогом соматостатина – октреотид-депо 20 или 30 мг 1 раз в 28 дней. В 12 наблюдениях была выявлена опухоль, в 6 – только карциноидный или гипогликемический синдром. Эффект лечения оценивали по клиническим критериям, изменению гормональных лабораторных показателей и результатам УЗИ, КТ и сцинтиграфии. Клинический эффект был отмечен в 83% наблюдений, положительная динамика гормональных показателей – в 66,8%. По данным инструментальных методов исследования, положительная динамика отмечена у 33% больных, стабилизация роста опухоли – у 50%. Сцинтиграфия рецепторов соматостатина с октреотидом, меченым  $^{111}\text{In}$ , является крайне перспективной в топической диагностике нейроэндокринных опухолей, а также для контроля эффективности проводимой терапии. Также необходимо более широкое применение синтетических аналогов соматостатина как компонента комплексной терапии злокачественных нейроэндокринных опухолей, а также как самостоятельного метода лечения.

**Ключевые слова:** нейроэндокринная опухоль, соматостатин, сцинтиграфия соматостатиновых рецепторов, карциноидный синдром.

## Analogs of Somatostatin in Diagnostics and Managements of Neuroendocrine Tumors

*A.V. Egorov, S.A. Kondrashin, E.V. Fominikh, G.Kh. Musaev, E.P. Gitel, L.E. Gurevich, V.A. Parnova, I.A. Vasiljev, E.Z. Rabinovich, R. Yu. Volkov*  
*N.N. Burdenko faculty surgery clinic (Chief – Academician RAMSci A.F. Chernousov)*  
*I.M. Sechenov Moscow medical academy*

The first experience in Russia of synthetic analogs of somatostatin (SAS) application in diagnostics and treatment of gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors (NET) is presented. Somatostatin receptor scintigraphy (SRS) by means of "Octreotide  $^{111}\text{In}$ " was carried out in 15 patients for topic diagnosis. Sensitivity of the SRS in primary tumor detecting came to 83%, and 100% for metastasizes. As screening methods applicated ultrasonography, CT and endoUS with respective sensitivity – 42, 50 and 75%. 18 patients with NETs underwent bioterapy by means of SAS Octreotide-Depo 20 or 30 mg once in 28 days. Tumor was revealed in 12 cases and in 6 cases – only carcinoid or hypoglycemic syndrome. Therapeutic effect was estimated by clinical criteria, changes of hormone levels and imaging data (US, CT and SRS). Clinical effect has been noted in 83 % of patients, positive dynamics of hormonal indices – in 66,8 %. Imaging data positive dynamics noted at 33 % of patients, and stabilization of tumor growth – in 50%. SRS with Octreotide  $^{111}\text{In}$  is extremely perspective procedure in NETs diagnostic of various localization and for treatment efficacy control. SAS should be used widely as a component malignant NETs complex therapy and as symptomatic therapy in patients with hormonal syndromes.

**Key words:** neuroendocrine tumor, somatostatin, somatostatin receptors, carcinoid syndrome.

*А.В. Егоров – д. м. н., проф., зав. отделением клиники факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко ММА им. И.М. Сеченова. С.А. Кондрашин – проф. кафедры лучевой диагностики той же академии. Е.В. Фоминых – зав. отделением лучевой диагностики той же академии. Г.Х. Мусаев – проф. кафедры факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко той же академии. Е.П. Гитель – рук. лабораторно-диагностической службы той же академии. В.А. Парнова – врач клиники факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко той же академии. И.А. Васильев – аспирант кафедры лучевой диагностики той же академии. Л.Е. Гуревич – с. н. с. патологоанатомического отделения ГУ МОНИКИ. Э.З. Рабинович – ст. мед. советник ЗАО "Фарм-Синтез". Р.Ю. Волков – рук. медицинского отдела того же ЗАО.*

**Переписка:** Егоров Алексей Викторович – 125252 Москва, Песчаный пер., д. 4, кв. 43. Тел. (8-499) 248-56-29.

Обзор литературы

## **Выбор объема оперативного вмешательства при очаговых заболеваниях печени**

*Ю.А. Коваленко, А.В. Чжао, А.О. Чугунов*

*НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (дир. — проф. М.Ш. Хубутия), Москва*

### **Choice of Surgical Extent in the Local Liver Lesions**

*Yu.A. Kovalenko, A.V. Zhao, A.O. Chuginov*

*N.V. Sklifosovski Scientific Research Institute of Imergency (Director — Prof. M. SH. Khubutia), Moscow*

---

*А.В.Чжао* — д. м. н., проф., руковод. отделений трансплантации печени, острых хирургических заболеваний печени и поджелудочной железы НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. *А.О.Чугунов* — к. м. н., с. н. с. отделения трансплантации печени того же НИИ. *Ю.А.Коваленко* — аспирант отделений трансплантации печени, острых хирургических заболеваний печени и поджелудочной железы того же НИИ.

**Переписка:** Коваленко Юрий Алексеевич — 111673 г. Москва, ул. Новокосинская, д. 13, корп. 2, кв. 197;  
e-mail: kovalenkoya@rambler.ru.

Обзор литературы

## **Паллиативное хирургическое лечение больных раком головки поджелудочной железы**

*И.А. Файнштейн, Т.Г. Геворкян*

*Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН  
(директор — академик РАН и РАМН М.И. Давыдов)*

### **Palliative Surgery of Pancreatic Cancer**

*I.A. Fainstein, T.G. Gevorkjan*

*N.N. Blokhin Russian Oncological Centre*

*(Director — Academician of RASci and RAMSci M.I. Davidiv) RAMSci, Moscow*

---

*И.А. Файнштейн* — к. м. н., вед. н. с. Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН.  
*Т.Г. Геворкян* — аспирант кафедры онкологии РГМУ.

**Переписка:** Файнштейн Игорь Александрович — 115478 Москва, Каширское ш., д. 24; тел.: (495) 324-10-74;  
e-mail: ANAPAR1@yandex.ru.

Организационные рекомендации и стандарты

## **Основные принципы организации оказания помощи пострадавшим с ранениями и повреждениями печени и поджелудочной железы**

*С.Ф. Багненко, А.Е. Чикин*

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (директор – член-корреспондент РАМН С.Ф. Багненко)*

### **Main Principles of Pancreatic and Liver Injuries Medical Care Organization**

*S.F. Bagnenko, A.E. Chikin*

*J.J. Janelidze Scientific Research Institute of Emergency*

*(Director – RAMSci corresponding member S.F. Bagnenko), Sanct-Petersburg*

Случай из практики

## **Дистальный спленоренальный анастомоз у больных циррозом печени и сахарным диабетом**

*Ф.Г. Назыров, А.В. Девятков, А.Х. Бабаджанов, Ш.Х. Хашимов*

*Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова (директор – проф. Ф.Г. Назыров), Ташкент, Республика Узбекистан*

### **Distal Splenorenal Anastomosis in Liver Cirrhosis and Diabetes Mellitus Patients**

*F.G. Nasirov, A.V. Deviatov, A.Kh. Babajanov, Sh. Kh. Khashimov*

*V. Vakhidiv Republican Specialized Center of Surgery (Director – Prof. F.G.Nasirov) Uzbekistan*

---

*Ф.Г. Назыров – д. м. н., проф., директор Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В. Вахидова. А.В. Девятков – д. м. н., гл. н. с. отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны того же центра. А.Х. Бабаджанов – к. м. н., ст.н.с. того же отделения. Ш.Х. Хашимов – к. м. н., главврач того же центра.*

**Переписка:** Назыров Феруз Гафурович – Республика Узбекистан, 100115 Ташкент, ул. Фархадская, 10; тел. 227-26-22.

*Рефераты иностранных журналов*

## **Рефераты иностранных журналов**

*Г.Г. Ахаладзе, М.В. Кочергин*

---

*Г.Г. Ахаладзе* – проф. курса хирургической гепатологии при кафедре хирургии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова,  
*М.В. Кочергин* – клинический ординатор того же курса.

**Переписка:** Ахаладзе Гурам Германович – раб. тел. 8 (499) 782-30-83, e-mail: akhaladze52@gmail.com.

*Хроника*

**РЕЗОЛЮЦИЯ  
XVI Международного конгресса  
хирургов-гепатологов России и стран СНГ  
Екатеринбург, Россия,  
16–18 сентября 2009 г.**

**Инфицированный панкреонекроз –  
диагностика, хирургическая тактика**

***The Resolution of the XVI International Conference  
of Surgeon-Hepatologists of SIS Countries,  
Ekaterinburg, 2009***

**Юбилеи**

**Гурам Георгиевич Татишвили**  
**К 80-летию со дня рождения**  
*Guram Georgievitch Tatishvili (to 80-th anniversary)*

**Некролог**

**Геннадий Николаевич Андреев**  
*Gennadi Nikolaevich Andreev*

**Информация**

**XVII Международный конгресс**  
**хирургов-гепатологов**  
**стран СНГ**

*состоится 15–17 сентября 2010 г. в г. Уфе*

**Информация**

**Пленум правления МОО**  
**"Ассоциация хирургов-гепатологов"**  
**стран СНГ**

*19 марта 2010 г., г. Сургут*