



2014. Том 19, № 2

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

Главный редактор **Э.И. Гальперин** (Москва, Россия)
Зам. главного редактора **В.А. Вишнеvский**
(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)
Бьёрн Эдвин (Осло, Норвегия)
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)
Манукян Г.В. (Москва, Россия)
Наги Хабиб (Лондон, Великобритания)
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)
Цвиркун В.В. (Москва, Россия)
Шаповальянц С.Г. (Москва, Россия)
Шулутко А.М. (Москва, Россия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

2014. V. 19. N 2

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)
Bjorn Edwin (Oslo, Norway)
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)
Nagy Habib (London, Great Britain)
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)
Tsvirkoun V.V. (Moscow, Russia)
Shapovalyants S.G. (Moscow, Russia)
Shulutko A.M. (Moscow, Russia)

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), **Grishin I.N.** (Minsk, Belarus), **Zarivchatski M.F.** (Perm, Russia), **Karimov Sh.I.** (Tashkent, Uzbekistan), **Krasilnikov D.M.** (Kazan, Russia), **Lupaltcev V.I.** (Kharkov, Ukraine), **Poluectov V.L.** (Omsk, Russia), **Prudkov M.I.** (Ekaterinburg, Russia), **Seysembayev M.A.** (Almaty, Kazakhstan), **Sovtsov S.A.** (Chelyabinsk, Russia), **Timerbulatov V.M.** (Ufa, Russia), **Chugunov A.N.** (Kazan, Russia), **Shtofin S.G.** (Novosibirsk, Russia)
Chief of office **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

ИНФОРМАЦИЯ

XXI Международный Конгресс
Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ,
10–12 сентября 2014 г., г. Пермь 7

"ТРУДНАЯ" КУЛЬТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – ОСНОВНАЯ ПРОБЛЕМА ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ, НАЧАЛО 2013, Т.18, №3)

Экстирпация культуры поджелудочной железы
и тотальная дуоденопанкреатэктомия
в профилактике и лечении осложнений
резекции поджелудочной железы
Егоров В.И. 9

Концептлевой панкреатоэнтероанастомоз
при панкреатодуоденальной резекции
Рогаль М.Л., Ярицев П.А., Водясов А.В. 14

Ургентная экстирпация культуры
поджелудочной железы
*Лядов К.В., Егиев В.Н., Лядов В.К.,
Коваленко Э.А., Козырин И.А.* 19

Заключение по разделу 23

ПЕЧЕНЬ

Классификация вариантов артериального
кровоснабжения печени
для рентгенэндоваскулярных вмешательств:
анализ результатов 3756 ангиографий
Балахнин П.В., Таразов П.Г. 24

Оценка морфологических изменений
и функции гепатобилиарной системы
с помощью гадокетовой кислоты (Примовиста)
Шимановский Н.Л. 42

Резекция печени при эхинококкозе
*Ахмедов С.М., Иброхимов Н.К.,
Сафаров Б.Дж., Расулов Н.А., Табаров З.В.* ... 49

ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ

Критерии выбора конструкции эндопротеза
для эндоскопического стентирования
желчных протоков
Глебов К.Г., Котовский А.Е., Дюжева Т.Г. ... 55

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Осложнения и летальность при миниинвазивном
лечении острого некротического панкреатита
*Мизгирёв Д.В., Дуберман Б.Л., Эпштейн А.М.,
Кремлёв В.В., Бобовник С.В., Поздеев В.Н.,
Прудийёва Е.В.* 66

Миниинвазивные вмешательства
под контролем УЗИ при панкреонекрозе
*Михайлуков С.В., Моисеев Е.В.,
Тронин Р.Ю.* 72

Связь экспрессии рецепторов мелатонина
с тяжестью острого панкреатита
Шапкина Л.Г., Семенов Д.Ю., Османов З.Х. ... 79

Возможности метода структурно-резонансной
терапии в комплексном лечении
острого панкреатита
*Дятчина Г.В., Иванов Ю.В.,
Панченков Д.Н., Алехнович А.В.* 83

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Хронический калькулезный панкреатит:
обзор подходов к хирургическому лечению
*Пархисенко Ю.А., Жданов А.И.,
Пархисенко В.Ю., Калашник Р.С.* 91

Агенезия желчного пузыря и нормальный
холецистогенез (обзор литературы)
Бородач А.В. 99

Фосфорная магнитно-резонансная
спектроскопия печени (обзор литературы)
Багненко С.С. 111

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Тугое ушивание (капитонаж)
постнекротической нагноившейся
псевдокисты поджелудочной железы
*Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю.,
Игнатюк В.Г., Семенов И.А.* 117

Двухэтапная расширенная
гемигепатэктомия по методике "in situ split"
при холангиоцеллюлярном раке
*Новрузбеков М.С., Олисов О.Д.,
Луцык К.Н., Донова Л.В., Дриаев В.Т.,
Магомедов К.М., Муслимов Р.Ш.,
Джиоев С.Х.* 120

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Рекомендации по лечению больных
нерезектабельным гепатоцеллюлярным раком
(по материалам "Рекомендаций РОНЦ
по диагностике и лечению гепатоцеллюлярного
рака. Версия 1. 2012.")
*Долгушин Б.И., Патютко Ю.И.,
Горбунова В.А., Бредер В.В.,
Косырев В.Ю., Вишке Э.Р., Чучуев Е.С.* ... 127

РЕФЕРАТЫ ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛОВ

Рефераты иностранных журналов
Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г. 132

ЮБИЛЕЙ

Александр Сергеевич Ермолов
К 80-летию со дня рождения 137

Валерий Алексеевич Кубышкин
К 70-летию со дня рождения 139

Виктор Викторович Цвиркун
К 65-летию со дня рождения 141

Илья Михайлович Буриев
К 60-летию со дня рождения 143

*“Трудная” культя поджелудочной железы –
основная проблема панкреатодуоденальной резекции*

Экстирпация культи поджелудочной железы и тотальная дуоденопанкреатэктомия в профилактике и лечении осложнений резекции поджелудочной железы

Егоров В.И.^{1,2}

1 Городская клиническая больница №14 им. В.Г. Короленко Департамента здравоохранения г. Москвы; 107014, Москва, ул. Стромынка, 7, Российская Федерация

2 ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова” Минздрава России; 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, Российская Федерация

Профилактика развития и лечение панкреатической послеоперационной фистулы, или несостоятельности панкреатодигестивного анастомоза, являются серьезной и до сих пор актуальной проблемой. Дискуссия о том, какой метод выбрать для этого, продолжается. В обзоре обсуждается эффективность и целесообразность экстирпации культи поджелудочной железы и тотальной дуоденопанкреатэктомии в лечении и профилактике осложнений после резекций поджелудочной железы.

Ключевые слова: *резекция поджелудочной железы, панкреатодуоденальная резекция, тотальная дуоденопанкреатэктомия, экстирпация культи поджелудочной железы, панкреатическая фистула, недостаточность панкреатодигестивного анастомоза.*

Егоров Вячеслав Иванович – доктор мед. наук, зам. главного врача по онкологии Городской клинической больницы №14 им. В.Г. Короленко, профессор кафедры хирургии Института профессионального образования Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Для корреспонденции: Егоров Вячеслав Иванович – 107014 Москва, ул. Стромынка, д. 7. Тел.: +7-926-735-95-11.
E-mail: v.egorov61@gmail.com

Концептлевой панкреатоэнтероанастомоз при панкреатодуоденальной резекции

Рогаль М.Л., Ярцев П.А., Водясов А.В.

*Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского; 129090,
Москва, Б.Сухаревская пл., д. 3, Российская Федерация*

Цель. Анализ непосредственных результатов панкреатодуоденальной резекции с применением концептлевого панкреатоэнтероанастомоза.

Материал и методы. Анализу подвергли 29 наблюдений. По поводу рака головки поджелудочной железы операция выполнена 6 (20,7%) больным, при хроническом панкреатите – 14 (48,3%), по поводу карцинома железы – 2 (6,8%), гастроинтестинальной стромальной опухоли – 1 (3,4%) больному, опухоли общего желчного протока – 3 (10,4%), рака большого сосочка двенадцатиперстной кишки – 3 (10,4%) пациентам.

Результаты. Несостоятельность панкреатоэнтероанастомоза отмечена в 2 (6,8%) наблюдениях, несостоятельность гепатикоэнтероанастомоза – в 1 (3,4%). Летальных исходов не было, повторные оперативные вмешательства не проводились. Абсцессы брюшной полости дренированы под контролем УЗИ, свищи закрылись в ходе консервативного лечения.

Заключение. Применение концептлевого панкреатоэнтероанастомоза позволяет улучшить непосредственные результаты панкреатодуоденальной резекции за счет профилактики несостоятельности соустья, уменьшения числа инфекционно-воспалительных и деструктивных осложнений, а также госпитальной летальности.

Ключевые слова: *концептлевой панкреатоэнтероанастомоз, панкреатодуоденальная резекция, несостоятельность, рак головки поджелудочной железы, хронический панкреатит, рак общего желчного протока.*

Рогаль Михаил Леонидович – доктор мед. наук, профессор, зав. научным отделением острых заболеваний печени и поджелудочной железы Научно-исследовательского института скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. **Ярцев Петр Андреевич** – доктор мед. наук, зав. научным отделением неотложной хирургической гастроэнтерологии того же института. **Водясов Антон Вячеславович** – научный сотрудник лаборатории трансфузиологии, консервирования тканей и искусственного питания того же института.

Для корреспонденции: Рогаль Михаил Леонидович – 129110 Москва, ул. Большая Переяславская, д. 15, кв. 76.
Тел.: 8-903-617-74-13. E-mail: rogal1961@mail.ru

*“Трудная” культя поджелудочной железы –
основная проблема панкреатодуоденальной резекции*

Ургентная экстирпация культы поджелудочной железы

*Лядов К.В., Егиев В.Н., Лядов В.К., Коваленко З.А., Козырин И.А.
ФГБУ “Лечебно-реабилитационный центр” Министерства здравоохранения РФ; 125367, Москва,
Иваньковское ш., д. 3, Российская Федерация*

Цель. Выработка оптимальной хирургической тактики при осложненном послеоперационном панкреатическом свище.

Материал и методы. С 2008 по 2013 г. неотложная экстирпация культы поджелудочной железы выполнена 8 больным. Первичную операцию выполняли по поводу злокачественных и доброкачественных опухолей головки поджелудочной железы и периампулярной зоны, а также пенетрирующей язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Показанием к экстирпации культы поджелудочной железы в 5 наблюдениях было массивное внутрибрюшное аррозивное кровотечение, у 2 пациентов – гнойно-септические осложнения несостоятельности панкреатоэнтероанастомоза, в 1 наблюдении – некроз культы железы.

Результаты. Продолжительность операции составила 167 ± 53 мин, кровопотеря – 657 ± 700 мл. Умерло 4 (50%) больных, причиной смерти во всех наблюдениях была прогрессирующая полиорганная недостаточность на фоне абдоминального сепсиса. При сроке наблюдения от 7 до 64 мес у выживших пациентов на фоне инсулинотерапии отмечена компенсация углеводного обмена со средней потребностью в инсулине 28 ± 10 ЕД в сутки. Внешнесекреторную недостаточность функции поджелудочной железы компенсировали Креоном (240 ± 60 Т.Е. в сутки).

Заключение. Экстирпация культы поджелудочной железы – радикальное хирургическое пособие при несостоятельности панкреатодигестивного анастомоза, осложненного внутрибрюшной аррозией сосудов или абдоминальным сепсисом. Основными преимуществами вмешательства являются полное удаление очага абдоминальной инфекции и уменьшение риска повторного аррозивного кровотечения.

Ключевые слова: панкреатодуоденальная резекция, экстирпация культы поджелудочной железы, панкреатический свищ, аррозивное кровотечение, абдоминальный сепсис.

Лядов Константин Викторович – доктор мед. наук, профессор, член-корр. РАМН, директор ФГБУ “Лечебно-реабилитационный центр” МЗ РФ. **Егиев Валерий Николаевич** – доктор мед. наук, профессор, главный хирург того же центра. **Лядов Владимир Константинович** – канд. мед. наук, зав. отделением онкохирургии того же центра. **Коваленко Захар Андреевич** – врач-хирург отделения онкохирургии того же центра. **Козырин Иван Александрович** – канд. мед. наук, врач-хирург того же отделения.

Для корреспонденции: Коваленко Захар Андреевич – 125367 Москва, Иваньковское шоссе, д. 3. Тел.: 8-495-942-52-00. E-mail: zahar_kovalenko_@mail.ru

Классификация вариантов артериального кровоснабжения печени для рентгенэндоваскулярных вмешательств: анализ результатов 3756 ангиографий

Балахнин П.В.¹, Таразов П.Г.²

¹ Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ “Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)”; 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 68а, Российская Федерация

² Отделение ангиографии и интервенционной радиологии ФГБУ “Российский научный центр радиологии и хирургических технологий” Минздрава России; 197758, г. Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 70, Российская Федерация

Цель. Изучить варианты артериального кровоснабжения печени по данным ангиографии и систематизировать их для выполнения рентгенэндоваскулярных вмешательств.

Материал и методы. Анализу подвергли ангиограммы 3756 пациентов. Выделено 5 типов кровоснабжения в зависимости от “уровня централизации” печеночного кровотока. В каждом типе варианты разделены на группы по числу артерий, кровоснабжающих по отдельности правую (V–VIII сегменты) и левую (I–IV сегменты) функциональные доли печени (Rх/Lх).

Результаты. Выявлено 114 вариантов кровоснабжения. Центральный (общепеченочный) тип наблюдали у 68% пациентов, он включал 6 групп: 1-я группа (50,8%) насчитывала 10 вариантов кровоснабжения, 2-я группа (16,5%) – 5 вариантов, 3-я группа (0,6%) – 7 вариантов, 4-я группа (<0,1%) – 2 варианта, 5-я группа (<0,1%) – 2 варианта, 6-я группа (<0,1%) включала 1 вариант кровоснабжения. Чревной тип выявлен в 14,3% наблюдений, вошедших в 7 групп: 1-я группа (7,5%) – 10 вариантов кровоснабжения, 2-я группа (4,3%) – 7 вариантов, 3-я группа (1,3%) – 3 варианта, 4-я группа (0,9%) – 5 вариантов, 5-я группа (0,2%) – 6 вариантов, 6-я группа (<0,1%) – 1 вариант, 7-я группа (<0,1%) – также 1 вариант. Чревно-мезентериальный тип установлен в 14,6% наблюдений, в нем выделено 5 групп: 1-я группа (8%) – 5 вариантов артериального кровоснабжения, 2-я группа (3,6%) – 8 вариантов, 3-я группа (1,8%) – 4 варианта, 4-я группа (1,1%) – 7 вариантов, 5-я группа (<0,1%) – 2 варианта кровоснабжения. Мезентериальный тип выявлен в 2,1% наблюдений, разделен на 3 группы: 1-я группа (1,4%) – 5 вариантов артериального кровоснабжения, 2-я группа (0,7%) – 3 варианта, 3-я группа (<0,1%) – 1 вариант кровоснабжения. Аортальный тип отмечен в 1% наблюдений, в нем выделено 4 группы: 1-я группа (0,6%) – 5 вариантов кровоснабжения, 2-я группа (0,3%) – 9 вариантов, 3-я группа (<0,1%) – 3 варианта, 4-я группа (<0,1%) – 2 варианта.

Заключение. У $\frac{2}{3}$ пациентов артериальное кровоснабжение печени полностью осуществляется из бассейна общей печеночной артерии, у $\frac{4}{5}$ – ограничено бассейном чревного ствола. Степень децентрализации артериального кровоснабжения прямо пропорциональна числу потенциально возможных вариантов и обратно пропорциональна вероятности их обнаружения.

Ключевые слова: артериальное кровоснабжение печени, эндоваскулярные технологии, химиоэмболизация, внутриартериальные системы, хирургия печени, ангиография.

Балахнин Павел Васильевич – канд. мед. наук, зав. отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения СПбГБУЗ “СПбКНПЦСВМП(о)”. Таразов Павел Гадельгараевич – доктор мед. наук, профессор, зав. отделением ангиографии и интервенционной радиологии ФГБУ “РНЦРХТ” МЗ РФ.

Для корреспонденции: Балахнин Павел Васильевич – 197758, г. Санкт-Петербург, п. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68А. Тел.: 8-911-933-79-53. E-mail: balahnin_p@mail.ru

Оценка морфологических изменений и функции гепатобилиарной системы с помощью гадоксетовой кислоты (Примовиста)

Шимановский Н.Л.

Кафедра молекулярной фармакологии и радиобиологии им. акад. П.В. Сергеева
ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова»; 119071, г. Москва, Б. Пироговская, 9а, Российская Федерация

Рассмотрены данные об улучшении магнитно-резонансной диагностики очаговых заболеваний печени и ее функции с помощью гадоксетовой кислоты (Примовиста), имеющие клиническое значение при планировании хирургического вмешательства. Приведены результаты клинических исследований, доказывающих преимущества МРТ с Примовистом по сравнению с внеклеточными контрастными средствами и рентгеновской КТ с контрастным усилением при лучевой диагностике очаговых заболеваний печени.

Ключевые слова: гадоксетовая кислота (Примовист), очаговые заболевания печени, функция печени, хирургия печени.

Шимановский Николай Львович — доктор мед. наук, профессор, член-корр. РАМН, зав. кафедрой молекулярной фармакологии и радиобиологии им. акад. П.В. Сергеева ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова».

Для корреспонденции: Шимановский Николай Львович — 119071, г. Москва, Б. Пироговская, 9а. Тел.: 8-916-650-31-49. E-mail: shimannn@yandex.ru

Резекция печени при эхинококкозе

Ахмедов С.М.¹, Иброхимов Н.К.², Сафаров Б.Дж.¹, Расулов Н.А.³, Табаров З.В.¹

¹ Институт гастроэнтерологии АМН МЗ Республики Таджикистан; 734064, г. Душанбе, ул. Маяковского, 2, Таджикистан

² Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Душанбе; 734020, г. Душанбе, ул. Дехлави, 52, Таджикистан

³ Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров Республики Таджикистан; 734026, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59, Таджикистан

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза печени.

Материал и методы. Проведен анализ результатов 130 резекций печени (РП), выполненных по поводу эхинококкоза. Большие по объему РП выполнены 59 (45,3%) больным. В 12 наблюдениях правостороннюю и в 6 наблюдениях левостороннюю гемигепатэктомию осуществляли анатомическим способом. Малые РП выполнены 71 (54,6%) больному; их осуществляли преимущественно атипичным способом с отступом от края кисты на 1,5–2 см.

Результаты. Специфические послеоперационные осложнения выявлены у 23 (17,6%) больных. У 6 больных отмечено формирование наружного желчного свища, у 7 – жидкостные скопления над и под печенью. В 7 наблюдениях выполнена релапаротомия по поводу кровотечения из культи печени ($n = 4$) и формирования поддиафрагмального абсцесса ($n = 3$). Летальный исход отмечен в 2 (1,5%) наблюдениях.

Заключение. Полученные результаты позволили детализировать показания и противопоказания к резекции печени при эхинококкозе и рекомендовать ее к применению в хирургической практике специализированных отделений.

Ключевые слова: эхинококкоз, эхинококкэктомия, резекция печени, гемигепатэктомию, показания, послеоперационные осложнения.

Ахмедов Саидилхом Мухторович – доктор мед. наук, профессор, зав. отделением хирургии печени и поджелудочной железы Института гастроэнтерологии АМН МЗ РТ. Иброхимов Нуридин Кенджаевич – канд. мед. наук, врач-хирург отделения хирургии печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы Городской клинической больницы скорой медицинской помощи. Сафаров Бахром Джумаевич – канд. мед. наук, врач-хирург отделения хирургии печени и поджелудочной железы Института гастроэнтерологии АМН МЗ РТ. Расулов Назир Аминович – канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой хирургии Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров. Табаров Зафар Валиевич – врач-хирург отделения хирургии печени и поджелудочной железы Института гастроэнтерологии АМН МЗ РТ.

Для корреспонденции: Ахмедов Саидилхом Мухторович – 734064, г. Душанбе, ул. Маяковского, 2. Республика Таджикистан. Тел.: (992) 236-01-83. E-mail: gkbsmp2004@mail.ru

Критерии выбора конструкции эндопротеза для эндоскопического стентирования желчных протоков

Глебов К.Г.^{1,4}, Котовский А.Е.^{2,3}, Дюжева Т.Г.¹

¹ Отдел гепатопанкреатобилиарной и регенеративной хирургии НИИ молекулярной медицины и

² Кафедра госпитальной хирургии №2 ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России; 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, Российская Федерация

³ Городская клиническая больница №7 Департамента здравоохранения г. Москвы; 115446, Москва, Коломенский проезд, д. 4, Российская Федерация

⁴ Городская клиническая больница №15 Департамента здравоохранения г. Москвы; 111539, Москва,

Цель. Определить и обосновать критерии выбора конструкции билиарного стента для эндоскопического транспапиллярного стентирования желчных протоков.

Материал и методы. Эндоскопическое транспапиллярное стентирование выполнено 374 больным с синдромом механической желтухи. У 195 больных она была обусловлена злокачественными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, у 179 – доброкачественными. Различные пластиковые стенты использованы у 298 больных: у 134 – по поводу злокачественных заболеваний, у 164 – по поводу доброкачественных. Нитиноловые самораскрывающиеся эндопротезы установлены 76 больным, из них 61 по поводу механической желтухи опухолевой этиологии.

Результаты. Ранние осложнения при использовании пластикового стента наблюдались у 13 из 298 больных: у 12 – миграция стента в тонкую кишку через 1–3 дня после установки (выполнено репротезирование), у 1 – перфорация двенадцатиперстной кишки дистальным сегментом протеза (ушивание стенки кишки). Средний срок функционирования пластикового стента составил 6 ± 2 мес, в более поздние сроки у 25 больных отмечено нарушение проходимости протеза, у 6 – его миграция в просвет общего желчного (печеночного) протока или кишки. Неэффективность применения нитиноловых стентов отмечена у 3 больных с рубцовыми стриктурами желчного протока (сформирован гепатикоюноанастомоз). У 9 из 61 больного со злокачественными заболеваниями в сроки 12–14 мес после установки отмечена обтурация протеза опухолью или сладжем, выполнена механическая очистка просвета стента.

Заключение. Доказана высокая эффективность эндопротезирования у больных механической желтухой при минимальном числе послеоперационных осложнений. Определены показания к стентированию протоков протезами различной конструкции. Предложены критерии выбора билиарных протезов с учетом характера заболевания и его прогноза.

Ключевые слова: механическая желтуха, транспапиллярное стентирование, желчные протоки, поджелудочная железа.

Глебов Константин Глебович – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела гепатопанкреатобилиарной и регенеративной хирургии НИИ молекулярной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, зав. эндоскопическим отделением ГКБ №15. **Котовский Андрей Евгеньевич** – доктор мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии №2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. **Дюжева Татьяна Геннадьевна** – доктор мед. наук, профессор, зав. отделом гепатопанкреатобилиарной и регенеративной хирургии НИИ молекулярной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Для корреспонденции: Глебов Константин Глебович – 111539, Москва, Вешняковская ул., д. 23, Российская Федерация. Тел.: 8-926-498-44-09. E-mail: gl8kg@rambler.ru

Осложнения и летальность при миниинвазивном лечении острого некротического панкреатита

Мизгирёв Д.В.¹, Дуберман Б.Л.¹, Эпштейн А.М.²,
Кремлёв В.В.², Бобовник С.В.¹, Поздеев В.Н.², Прудийёва Е.В.¹

¹ Кафедра хирургии ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»; 163000, г. Архангельск, Троицкий проспект, 51, Российская Федерация

² ГБУЗ Архангельской области «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич»; 163001, г. Архангельск, ул. Суворова, 1, Российская Федерация

Цель. Оценить осложнения и летальность при миниинвазивном лечении острого некротического панкреатита с использованием классификации осложнений хирургических вмешательств Dindo–Clavien.

Материал и методы. Проведено одноцентровое ретроспективное исследование группы больных. Критерий включения: использование миниинвазивных технологий при осложнениях панкреонекроза за 2008–2012 гг. Все осложнения и исходы панкреонекроза, требующие миниинвазивного хирургического лечения, классифицированы на 3 группы: панкреатогенный абсцесс ($n = 32$), псевдокиста поджелудочной железы ($n = 73$), флегмона забрюшинной клетчатки ($n = 62$).

Результаты. За 5 лет выполнено 1124 миниинвазивных вмешательства. При чрескожном дренировании панкреатогенного абсцесса число осложнений составило 7 (21,9%), осложнения I степени согласно классификации выявлены у 1 больного, IIIa – у 2, IIIb – у 4. В группе больных с постнекротическими псевдокистами число осложнений составило 19 (26%). Осложнения I степени выявлены у 2 пациентов, IIIa – у 3, IIIb – у 11, IVb – у 2, V – у 1. При флегмонах забрюшинной клетчатки число осложнений оставило 18 (32,3%): I степени – у 6 больных, II степени – у 2, IIIa – у 1, IIIb – у 9, IVb – у 1, V степени – у 12 больных.

Заключение. Классификация хирургических осложнений по Dindo–Clavien позволяет объективно оценивать тяжесть послеоперационных осложнений миниинвазивной хирургии панкреонекроза. Миниинвазивные методы лечения демонстрируют низкую летальность (8,4%). Основными причинами осложнений и летальности при миниинвазивном лечении панкреонекроза являются прогрессирование гнойно-некротического процесса, неэффективность дренирования и аррозивное кровотечение.

Ключевые слова: поджелудочная железа, панкреатит, скопление жидкости, миниинвазивное лечение, чрескожное дренирование, осложнение.

Мизгирёв Денис Владимирович – канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии СГМУ. **Дуберман Борис Львович** – доктор мед. наук, зав. кафедрой хирургии того же университета. **Эпштейн Алексей Михайлович** – канд. мед. наук, врач-эндоскопист кабинета №2 отделения рентгенхирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич». **Кремлёв Валерий Владимирович** – зав. вторым хирургическим отделением той же больницы. **Бобовник Сергей Викторович** – канд. мед. наук, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии СГМУ. **Поздеев Виктор Николаевич** – канд. мед. наук, заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич». **Прудийёва Елена Викторовна** – клинический интерн кафедры хирургии СГМУ.

Для корреспонденции: Дуберман Борис Львович – 163060, г. Архангельск, ул. Набережная Северной Двины, д. 98, кв. 1. Тел.: +7-921-240-37-66. E-mail: d1973bold@yahoo.com

Миниинвазивные вмешательства под контролем УЗИ при панкреонекрозе

Михайлузов С.В.¹, Моисеев Е.В.², Тронин Р.Ю.²

¹ ГОУ ВПО “Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова” Министерства здравоохранения России; 117513, Москва, ул. Островитянова, д. 1, Российская Федерация

² Городская клиническая больница №15 им. О.М. Филатова; 111539, Москва, ул. Вешняковская, д. 23, Российская Федерация

Цель – определение места миниинвазивных вмешательств под контролем УЗИ при панкреонекрозе.

Материал и методы. За 2001–2012 гг. наблюдали 860 больных панкреонекрозом различной этиологии, в том числе 332 (38,6%) пациентов – с инфицированным. УЗИ выполняли в режиме реального времени и серой шкалы. Для лечебно-диагностической чрескожной тонкоигольной пункции применяли специальный линейный датчик и иглы Chiba 16–22 G, для пункционного дренирования – зонтичные стилет-катетеры 3–5 мм. Объем поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, а также полости после дренирования определяли с помощью рентгенологической фистулографии, УЗИ и КТ. В полученном при пункции материале определяли активность α -амилазы, проводили микроскопию и бактериологическое исследование.

Результаты. Пункционное вмешательство стало окончательным методом лечения в 51,8% наблюдений при инфицированном панкреонекрозе, в 25,6% – этапом лечения перед операцией. Диагностическую тонкоигольную пункцию необходимо выполнять незамедлительно после выявления жидкостных структур вне зависимости от локализации. С лечебной целью можно рассчитывать на санационный эффект лишь при однородных жидкостных очагах объемом менее 100 мл. Успешное пункционное дренирование возможно при акустической доступности скоплений жидкости, если секвестры занимают менее 1/3 объема очага. В качестве альтернативы открытой секвестрэктомии после пункционного дренирования оправдано применение чресфистульного эндоскопического метода.

Заключение. Применение миниинвазивных вмешательств под контролем УЗИ в многоэтапном лечении больных панкреонекрозом позволило уменьшить частоту фатальных осложнений (аррозивного кровотечения, кишечных и панкреатических свищей) и уменьшить общую летальность.

Ключевые слова: поджелудочная железа, панкреонекроз, минимально инвазивное вмешательство, ультразвуковое исследование, пункция, дренирование.

Михайлузов Сергей Владимирович – доктор мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии №1 лечебного факультета ГОУ ВПО “РНИМУ им. Н.И. Пирогова” Министерства здравоохранения РФ. **Моисеев Елена Валерьевна** – канд. мед. наук, врач-хирург Городской клинической больницы №15 им. О.М. Филатова. **Тронин Ростислав Юрьевич** – канд. мед. наук, врач эндоскопического отделения той же больницы.

Для корреспонденции: Михайлузов Сергей Владимирович – 111539 Москва, ул. Вешняковская, д. 23. Тел.: 8-495-375-23-91. E-mail: michailusov@hospital15.ru

Связь экспрессии рецепторов мелатонина с тяжестью острого панкреатита

Шапкина Л.Г., Семенов Д.Ю., Османов З.Х.

Кафедра общей хирургии ГОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»; 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 68, Российская Федерация

Цель. Выявить связь экспрессии рецепторов мелатонина с тяжестью поражения поджелудочной железы у пациентов, перенесших острый панкреатит.

Материал и методы. Выполнен ретроспективный анализ историй болезни и результатов обследования 41 мужчины с острым панкреатитом различной степени тяжести в анамнезе. Всем пациентам выполнен анализ крови на содержание мембранных рецепторов мелатонина в лимфоцитах. Для отображения тяжести деструкции ткани поджелудочной железы использовали шкалу В.С. Савельева.

Результаты. Уменьшение экспрессии мелатониновых рецепторов характерно для всех пациентов, перенесших острый панкреатит. Снижение экспрессии МТ2-рецепторов является прогностически неблагоприятным признаком. У пациентов с деструктивным острым панкреатитом, отнесенных к стадии Е по шкале В.С. Савельева, наблюдали уменьшение показателя МТ2/МТ1 на 38% по сравнению с группой пациентов, отнесенных к стадии В. Обращает внимание тенденция к уменьшению уровня экспрессии МТ2-рецепторов в лимфоцитах крови при большей тяжести перенесенного острого панкреатита ($r_s = -0,37$; $p < 0,05$).

Заключение. Соотношение определяемых клеточных маркеров МТ2/МТ1 в лимфоцитах ($r_s = -0,64$; $p < 0,001$) находится в статистически достоверной обратной корреляционной зависимости с баллами по шкале В.С. Савельева. Учитывая корреляцию индекса МТ2/МТ1 с течением острого панкреатита, можно использовать показатель для оценки риска развития деструктивных форм при возможном рецидиве заболевания.

Ключевые слова: поджелудочная железа, острый панкреатит, мелатонин, экспрессия рецепторов мелатонина.

Шапкина Любовь Геннадьевна – аспирантка кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.
Семенов Дмитрий Юрьевич – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей хирургии того же университета.
Османов Зейнур Худусович – канд. мед. наук, доцент той же кафедры.

Для корреспонденции: Шапкина Любовь Геннадьевна – 197706, Санкт-Петербург, г. Сестрорецк, ул. Володарского, д. 52, кв. 5. Тел.: 8-905-225-81-92. E-mail: lyuba-sh@yandex.ru

Возможности метода структурно-резонансной терапии в комплексном лечении острого панкреатита

Дятчина Г.В.¹, Иванов Ю.В.^{1,2}, Панченков Д.Н.², Алехнович А.В.^{1,2}

¹ ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России»; 115682, Москва, Ореховый бульвар, д. 28, Российская Федерация

² ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения России; 127473, Москва, Делегатская ул., д. 20, стр. 1, Российская Федерация

Цель. Оценка возможности и эффективности применения нового метода структурно-резонансной терапии в комплексном лечении больных острым панкреатитом.

Материал и методы. В рандомизированное сравнительное проспективное плацебо-контролируемое исследование включено 144 пациента с острым панкреатитом. Из них 84 больным (основная группа) впервые в комплексном лечении заболевания применили структурно-резонансную терапию.

Результаты. В основной группе больных наблюдали более быстрое устранение болевого синдрома, тошноты, рвоты, переза желудочно-кишечного тракта, гипертермии, напряжения мышц передней брюшной стенки. Также отмечено более быстрое уменьшение уровня панкреатической амилазы и С-реактивного белка ($p < 0,05$). Побочных эффектов структурно-резонансной терапии не наблюдали. Улучшение результатов лечения с помощью структурно-резонансной терапии можно объяснить нормализацией биоритмов и восстановлением функции сфинктера Одди, противовоспалительным, противоотечным эффектом и улучшением микроциркуляции, синхронизацией работы симпатической и парасимпатической систем.

Заключение. Применение структурно-резонансной терапии в комплексном лечении больных острым панкреатитом позволяет добиться повышения эффективности консервативной терапии – быстрее ликвидировать основные клинические и лабораторные проявления заболевания, что дает возможность завершить лечение в более ранние сроки.

Ключевые слова: острый панкреатит, структурно-резонансная терапия, поджелудочная железа, спонтанная биопотенциальная активность, болевой синдром.

Дятчина Галина Владимировна – канд. мед. наук, зав. физиотерапевтическим отделением ФГБУ ФНКЦ ФМБА России. Иванов Юрий Викторович – доктор мед. наук, профессор, зав. отделением хирургии ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, профессор кафедры хирургии ФПДО ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Панченков Дмитрий Николаевич – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургии того же университета. Алехнович Алексей Владимирович – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. НИИ клинической хирургии ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, докторант кафедры хирургии того же университета.

Для корреспонденции: Иванов Юрий Викторович – 115682, Москва, Ореховый бульвар, д. 28. Тел.: 8-916-162-05-21. E-mail: ivanovkb83@yandex.ru

Обзор литературы

Хронический калькулезный панкреатит: обзор подходов к хирургическому лечению

Пархисенко Ю.А., Жданов А.И., Пархисенко В.Ю., Калашник Р.С.

Кафедра госпитальной хирургии Воронежской государственной медицинской академии
им. Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения РФ; 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10,
Российская Федерация

Хирургическое лечение калькулеза поджелудочной железы остается одним из неразрешенных вопросов панкреатологии, поскольку отсутствует единое мнение о способе и характере оперативного вмешательства. Статья подчеркивает актуальность этой проблемы и содержит обзор методов хирургического лечения калькулеза поджелудочной железы.

Ключевые слова: калькулез поджелудочной железы, резекция поджелудочной железы, панкреатоэнтероанастомоз.

Пархисенко Юрий Александрович – доктор мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ВГМА им. Н.Н. Бурденко. **Жданов Александр Иванович** – доктор мед. наук, профессор, зав кафедрой госпитальной хирургии той же академии. **Пархисенко Вадим Юрьевич** – ассистент кафедры госпитальной хирургии той же академии. **Калашник Роман Сергеевич** – студент 6-го курса лечебного факультета той же академии.

Для корреспонденции: Калашник Роман Сергеевич – 394014, г. Воронеж, ул. Менделеева, д. 4А, кв. 53. Тел.: 8-951-541-97-90. E-mail: rsk3589@mail.ru

Обзор литературы

Агенезия желчного пузыря и нормальный холецистогенез (обзор литературы)

Бородач А.В.

ГБОУ ВПО “Новосибирский государственный медицинский университет”; 630091, г. Новосибирск,
Красный проспект, 52, Российская Федерация

Агенезия желчного пузыря – редкая аномалия развития, частота которой составляет 4–6 на 10 000 новорожденных и 1 : 190–250 холецистэктомий. Из 126 наблюдений, опубликованных за 1967–2012 гг., холедохолитиаз обнаружен у 20% пациентов, сочетанные аномалии развития – у 8%, злокачественные новообразования – у 2,4%, панкреонекроз – у 2%. Холато-холестериновый индекс желчи был снижен у всех обследованных. Описаны наблюдения агенезии на фоне пороков развития, обусловленных нарушением обмена холестерина и его производных. Агенезия может симулировать хронический холецистит, проявиться желчной коликой, хроническим панкреатитом, холангитом, желчным рефлюкс-эзофагитом. В эксперименте на мышах изолированная агенезия развивается при гипоморфии гена *Lgr4*. Пренатальное УЗИ позволяет проводить диспансерное наблюдение, упрощает диагностику и медикаментозное лечение. Для уточнения патогенеза симптоматической агенезии необходимы дальнейшие исследования.

Ключевые слова: желчный пузырь, агенезия, аплазия, пороки развития, холедохолитиаз, осложнения холецистэктомии, эмбриогенез, *Lgr4*.

Бородач Андрей Вячеславович – доктор мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета НГМУ, директор хирургической клиники городской клинической больницы №2, г. Новосибирск.

Для корреспонденции: Бородач Андрей Вячеславович – 630051, г. Новосибирск, ул. Ползунова, 21. Тел.: 8-913-941-79-65. E-mail: aborodach@gmail.com, borodach@ngmu.ru

Обзор литературы

Фосфорная магнитно-резонансная спектроскопия печени (обзор литературы)

Багненко С.С.

Кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики Федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего профессионального образования “Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова” Министерства обороны РФ; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, Российская Федерация

На основе данных литературы представлена информация о разработке фосфорной магнитно-резонансной спектроскопии. Проанализированы современные возможности метода в диагностике как очаговых, так и диффузных заболеваний печени. Показана высокая информативность спектроскопии в изучении метаболизма печени на клеточном уровне. Вместе с тем отмечены определенные трудности и технические ограничения, стоящие на пути широкого внедрения метода в клиническую практику.

Ключевые слова: *печень, магнитный резонанс, магнитно-резонансная спектроскопия, гепатоцеллюлярный рак, метастазы.*

Багненко Сергей Сергеевич – канд. мед. наук, преподаватель, начальник отделения МРТ.

Для корреспонденции: Багненко Сергей Сергеевич – 196128, Санкт-Петербург, ул. Варшавская 19-2-264.

Тел.: +7-905-217-79-47. E-mail: bagnenko_ss@mail.ru

Тугое ушивание (капитонаж) постнекротической нагноившейся псевдокисты поджелудочной железы

Гальперин Э.И.^{1,2}, Чевокин А.Ю.^{1,2}, Игнатюк В.Г.², Семенов И.А.^{1,2}

¹ Отдел гепатопанкреатобилиарной и регенеративной хирургии Научно-исследовательского института молекулярной медицины, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова; 119992, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, Российская Федерация

² Городская клиническая больница №7 Департамента здравоохранения г. Москвы; 115446, Москва, Коломенский проезд, д. 4, Российская Федерация

Приведено наблюдение над больным 42 лет, которому 1,5 года назад были произведены лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства по поводу некротического панкреатита. Поступил 05.05.2014 с болями в животе, при КТ выявлены два жидкостных образования в области головки поджелудочной железы и левее мезогастрии размером 4,4 × 10 см и 3,8 × 4,8 см. Оперирован 08.05.2014 – иссечена нагноившаяся псевдокиста, расположенная в левом мезогастрии. Псевдокиста головки вскрыта, удалено 100 мл жидкого гноя с секвестрами, санация, прошивание и тугое ушивание (капитонаж) кисты викриловыми швами. Послеоперационный период без осложнений, 16.05.2014 больной выписан из стационара.

Ключевые слова: псевдокиста поджелудочной железы, некротический панкреатит, ушивание нагноившейся псевдокисты, капитонаж.

Гальперин Эдуард Израилевич – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отдела гепатопанкреатобилиарной и регенеративной хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. **Чевокин Александр Юрьевич** – канд. мед. наук, доцент, зав. 13-м хирургическим отделением Городской клинической больницы №7. **Игнатюк Вячеслав Григорьевич** – канд. мед. наук, врач-хирург того же отделения. **Семенов Иван Альбертович** – канд. мед. наук, ст. науч. сотрудник отдела гепатопанкреатобилиарной и регенеративной хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Для корреспонденции: Семенов Иван Альбертович – 109518, г. Москва, ул. Грайвороновская, д. 12, корп. 1, кв. 23. Тел.: 8-926-546-98-76. E-mail: semenenko1979@mail.ru

Двухэтапная расширенная гемигепатэктомия по методике *in situ split* при холангиоцеллюлярном раке

Новрузбеков М.С., Олисов О.Д., Луцык К.Н., Донова Л.В.,
Дриаев В.Т., Магомедов К.М., Муслимов Р.Ш., Джиев С.Х.

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского;
129010, Москва, Большая Сухаревская площадь, д. 3, Российская Федерация

Риск послеоперационной печеночной недостаточности является одной из основных причин отказа от операции при опухолях печени больших размеров. Описан первый успешный опыт двухэтапной расширенной гемигепатэктомии по методике *in situ split* в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, выполненной молодому пациенту с нерезектабельным холангиоцеллюлярным раком. Первым этапом выполнено лигирование правой воротной вены и полное разделение паренхимы печени. Через 10 дней вторым этапом выполнена расширенная правосторонняя гемигепатэктомия. Развившиеся в послеоперационном периоде билиарные осложнения были ликвидированы миниинвазивными методами. Резекция печени по методике *in situ split* – перспективный метод лечения пациентов с первично нерезектабельными опухолями.

Ключевые слова: печень, резекция печени, *in situ split*, окклюзия, эндоваскулярные технологии, гипертрофия.

Новрузбеков Мурад Сафтарович – канд. мед. наук, и.о. научного руководителя отделения трансплантации печени НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. **Олисов Олег Даниелович** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник того же отделения. **Луцык Константин Николаевич** – канд. мед. наук, зав. отделением трансплантации печени. **Доновна Любовь Викторовна** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник того же отделения. **Дриаев Владимир Таймуразович** – врач-хирург того же отделения. **Магомедов Кубай Магомедович** – врач-хирург того же отделения. **Муслимов Рустам Шахисмаилович** – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения компьютерной томографии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. **Джиев Сослан Хаджимарович** – аспирант кафедры трансплантологии и искусственных органов МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Для корреспонденции: Олисов Олег Даниелович – 129010, Москва, Большая Сухаревская, д. 3/5. Тел.: 8-495-628-35-02. E-mail: Dr.Olisov@gmail.com

Практические рекомендации

**Рекомендации по лечению больных
нерезектабельным гепатоцеллюлярным раком
(по материалам "Рекомендаций РОНЦ
по диагностике и лечению
гепатоцеллюлярного рака.
Версия 1. 2012.")**

*Долгушин Б.И., Патютко Ю.И., Горбунова В.А.,
Бредер В.В., Косырев В.Ю., Вишке Э.Р., Чучуев Е.С.
ФГБУ "Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина" РАМН;
115478, Москва, Каширское шоссе, 24, Российская Федерация*

Долгушин Борис Иванович – член-корр. РАМН, зам. директора НИИ КО РОНЦ, заведующий отделом лучевой диагностики и рентгенохирургических методов лечения РОНЦ. **Патютко Юрий Иванович** – доктор мед. наук, профессор, заведующий отделением хирургического лечения опухолей печени и поджелудочной железы того же центра. **Горбунова Вера Андреевна** – доктор мед. наук, профессор, заведующая отделением химиотерапии того же центра. **Бредер Валерий Владимирович** – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения клинических биотехнологий того же центра. **Косырев Владислав Юрьевич** – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник лаборатории интервенционной радиологии того же центра. **Вишке Эдуард Ренгольдович** – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник той же лаборатории. **Чучуев Евгений Станиславович** – научный сотрудник отделения хирургического лечения опухолей печени и поджелудочной железы РОНЦ.

Для корреспонденции: Долгушин Борис Иванович – 115478, Москва, Каширское шоссе, 24. Тел.: 8-495-324-63-60.
E-mail: dolgushinb@mail.ru

Рефераты иностранных журналов

Рефераты иностранных журналов

Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.

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

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