

АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ



ANNALS OF SURGICAL HEPATOLOGY ANNALY KHIRURGICHESKOY GEPATOLOGII

© МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
“АССОЦИАЦИЯ ХИРУРГОВ-ГЕПАТОЛОГОВ”

© INTERNATIONAL PUBLIC ORGANIZATION
“ASSOCIATION OF SURGICAL HEPATOLOGISTS”

2014. Том 19, № 3

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

Главный редактор **Э.И. Гальперин** (Москва, Россия)
Зам. главного редактора **В.А. Вишневский**
(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), **Заривчацкий 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>

2014. V. 19. N 3

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), **Bagnenko S.F.** (St.-Petersburg, Russia), **Bebezov B.Kh.** (Bishkek, Kirgizia), **Beburishvili A.G.** (Volgograd, Russia), **Vafin A.Z.** (Stavropol, Russia), **Vinnik Yu.S.** (Krasnoyarsk, Russia), **Vlasov A.P.** (Saransk, Russia), **Granov A.M.** (St.-Petersburg, Russia), **Grishin I.N.** (Minsk, Belarus), **Zarivchatski M.F.** (Perm, Russia), **Karimov Sh.I.** (Tashkent, Uzbekistan), **Krasilnikov D.M.** (Kazan, Russia), **Lupaltcev V.I.** (Kharkov, Ukraine), **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

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Виктор Викторович Цвиркун –
редактор раздела 7

От редактора раздела 8

Первый опыт лапароскопических операций
при хроническом панкреатите
*Хатьков И.Е., Цвиркун В.В., Израилов Р.Е.,
Алиханов Р.Б., Андрианов А.В.* 10

Лапароскопически ассистированная резекция печени
при выраженном спаечном процессе
*Панченков Д.Н., Алиханов Р.Б., Иванов Ю.В.,
Шабловский О.Р., Баранов А.В.,
Соловьев Н.А., Нечунаев А.А., Алексанян Г.Б.* 17

Лапароскопические анатомические
резекции печени: анализ результатов
и перспективы
*Алиханов Р.Б., Израилов Р.Е.,
Цвиркун В.В., Хатьков И.Е.* 21

ПЕЧЕНЬ

Печеночная недостаточность
после операций на печени
*Хубутия М.Ш., Журавель С.В.,
Кузнецова Н.К., Верещагин А.С.* 27

Эмболизация правой ветви воротной вены
в лечении пациентов с метастазами в печени
Шабунин А.В., Греков Д.Н., Дроздов П.А. 33

Эластометрия и эластография
в дифференциальной диагностике
гиперэхогенных образований печени
*Бердников С.Н., Шолохов В.Н.,
Патютко Ю.И., Махотина М.С.,
Чучуев Е.С., Абиоров К.Э.* 40

Симультанные операции при синхронных
метастазах колоректального рака в печени
*Шельгин Ю.А., Пономаренко А.А.,
Панина М.В., Ачкасов С.И.,
Кашников В.Н., Рыбаков Е.Г.* 46

Низкодозовая компьютерная томография
с болюсным контрастным усилением
в оценке артериальной химиоэмболизации
печени и поджелудочной железы
*Цыганков В.Н., Францевич А.М., Варава А.Б.,
Кармазановский Г.Г., Тарбаева Н.В.,
Хачатуров А.А., Ховалкин Р.Г.* 55

Профилактика рецидива абдоминального
эхинококкоза
*Меджидов Р.Т., Султанова Р.С.,
Меджидов Ш.Р.* 63

ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ

Наружный металлический каркас
в реконструктивной билиарной хирургии
*Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш.,
Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.А.* 68

Диагностика дисфункции сфинктера Одди
и дискинезии двенадцатиперстной кишки
у больных с постхолецистэктомическим синдромом
*Репин М.В., Попов А.В.,
Микрюков В.Ю., Репин В.Н.* 74

Лекарственная коррекция оттока желчи
у больных злокачественными новообразованиями
желчевыводящих протоков
*Яковлев А.Ю., Зайцев Р.Р., Семенов В.Б.,
Ниязматов А.А., Захаров А.Г., Чичканова А.С.,
Акуленко С.В., Воронцов А.Ю., Улитин Д.Н.* 81

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Коррекция регионарного кровообращения
в комплексном лечении больных острым панкреатитом
*Лубянский В.Г., Арутюнян Г.А.,
Алиев А.Р., Жариков А.Н.* 86

Бесконтактная мобилизация
поджелудочной железы: как я делаю это
Часть 1. Проксимальная резекция железы
Егиев В.Н. 92

Антибиотикопрофилактика и терапия
инфицированного панкреонекроза
с учетом микробиологических показателей
желудочного содержимого
Фомин А.В., Окулич В.К., Овсяник Д.М. 99

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Первый опыт двухэтапной резекции печени
по типу “*in situ split*” у пациентки с билобарными
метастазами колоректального рака на фоне
периоперационной полихимиотерапии
*Сидоров Д.В., Болотина Л.В., Ложкин М.В.,
Гришин Н.А., Петров Л.О., Троицкий А.А.,
Пайчадзе А.А.* 107

Артериальная реконструкция при аневризме
собственной печеночной артерии
*Новрузбеков М.С., Гуляев В.А., Олисов О.Д.,
Луцык К.Н., Муслимов Р.Ш.,
Магомедов К.М., Дриаев В.Т., Черная Н.Р.* 113

Редкое сочетанное осложнение
желчнокаменной болезни
*Кульчиев А.А., Морозов А.А.,
Тигиев С.В., Караев Т.Р.* 118

Девятилетняя выживаемость при локорегионарном
лечении пациента с гепатоцеллюлярным раком
Долгушин Б.И., Косырев В.Ю., Шишкина Н.А. . . 123

Двойное билиарное и дуоденальное
протезирование при стенозирующей опухоли
поджелудочной железы
Маринова Л.А., Бачурин А.Н., Чевокин А.Ю. . . 127

РЕФЕРАТЫ ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛОВ

Рефераты иностранных журналов
Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г. 133

ХРОНИКА

Резолюция пленума правления международной
общественной организации “Ассоциация
хирургов-гепатологов”, 15–16 мая 2014 г.,
г. Тюмень, Российская Федерация 138

ЮБИЛЕЙ

Вячеслав Петрович Земляной
К 65-летию со дня рождения 141

НЕКРОЛОГ

Махмут Ахмет-Валеевич Галеев 143

Первый опыт лапароскопических операций при хроническом панкреатите

Хатьков И.Е.^{1,2}, Цвиркун В.В.¹, Израилов Р.Е.^{1,2}, Алиханов Р.Б.^{1,3}, Андрианов А.В.¹

¹ Московский клинический научно-практический центр Департамента здравоохранения Москвы; 111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86, Российская Федерация

² Кафедра факультетской хирургии №2 лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова; 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20, Российская Федерация

³ Кафедра хирургии факультета фундаментальной медицины Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова; 119192, Москва, Ломоносовский проспект, д. 31, корп. 5, Российская Федерация

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных хроническим панкреатитом путем применения лапароскопических технологий.

Материал и методы. С декабря 2012 г. по январь 2014 г. в Московском клиническом научно-практическом центре Департамента здравоохранения Москвы 13 пациентам с хроническим калькулезным панкреатитом были выполнены следующие лапароскопические операции: две цистоеюностомии, три продольные панкреатоеюностомии, четыре операции Фрея, продольная панкреатоеюностомия с цистозентеростомией и три панкреатодуоденальные резекции. Из них пять операций были симультанными: две холецистэктомии, фундопликация по Ниссену, внутрибрюшная пластика послеоперационной вентральной грыжи, холецистэктомия с холедохоеюностомией и правосторонней адреналэктомией. Средний размер головки поджелудочной железы составил 39,3 мм. Размер постнекротических кист составил 74 и 130 мм. Средний диаметр протока поджелудочной железы — 7,5 мм.

Результаты. Продолжительность операции варьировала от 215 до 500 мин. Объем кровопотери не превышал 200 мл. В 11 наблюдениях операции были выполнены полностью лапароскопическим способом. У двух пациентов в послеоперационном периоде развились осложнения. После продольной панкреатоеюностомии отмечена панкреатическая фистула, которая закрылась к 19-м суткам. После панкреатодуоденальной резекции возникло кровотечение из эрозии стенки тонкой кишки, также купированное консервативно. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила 9 дней после цистоеюностомии, продольной панкреатоеюностомии и операции Фрея и 12 дней после панкреатодуоденальной резекции. Летальных исходов не было.

Заключение. Первый опыт показывает, что лапароскопические операции являются доступным, безопасным и малоизученным направлением в лечении больных хроническим панкреатитом.

Ключевые слова: хронический панкреатит, лапароскопическая хирургия, операция Фрея, панкреатоеюностомия, цистозентеростомия, цистоеюностомия.

Хатьков Игорь Евгеньевич — доктор мед. наук, профессор, директор Московского клинического научного центра, заведующий кафедрой факультетской хирургии №2 лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова. **Цвиркун Виктор Викторович** — доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник Московского клинического научно-практического центра. **Израилов Роман Евгеньевич** — доктор мед. наук, руководитель отдела хирургии Московского клинического научно-практического центра, профессор кафедры факультетской хирургии №2 МГМСУ им. А.И. Евдокимова. **Алиханов Руслан Богданович** — канд. мед. наук, доцент, заведующий отделением хирургии печени и поджелудочной железы Московского клинического научно-практического центра, зав. учебной частью кафедры хирургии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова. **Андрианов Алексей Владимирович** — аспирант Московского клинического научно-практического центра.

Для корреспонденции: Андрианов Алексей Владимирович — 117465, Москва, ул. Теплый Стан, д. 9, корп. 7, кв. 209. Тел.: +7-903-140-1682. E-mail: andnov2@gmail.com

Лапароскопически ассистированная резекция печени при выраженном спаечном процессе

Панченков Д.Н.^{1,3}, Алиханов Р.Б.², Иванов Ю.В.^{1,3}, Шабловский О.Р.^{1,3},
Баранов А.В.^{1,3}, Соловьев Н.А.^{1,3}, Нечунаев А.А.^{1,3}, Алексанян Г.Б.¹

¹ Кафедра хирургии ФПДО с лабораторией минимально инвазивной хирургии Научно-исследовательского медико-стоматологического института Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова; 127423, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1, Российская Федерация

² Кафедра хирургии факультета фундаментальной медицины Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова; 119991, Москва, Ленинские горы, д. 1, Российская Федерация

³ НИИ клинической хирургии Федерального научно-клинического центра специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России; 115682, Москва, Ореховый бульвар, д. 28, Российская Федерация

Представлено клиническое наблюдение лапароскопически ассистированной резекции печени у пациентки с метастазом рака желудка в III сегменте печени. В анамнезе – резекция желудка по поводу высокодифференцированной аденокарциномы. Применение лапароскопической техники для резекции печени позволило воспользоваться всеми известными преимуществами технологии, сократить время пребывания в стационаре и сроки реабилитации при соблюдении принципов абластики.

Ключевые слова: лапароскопическая резекция, печень, рак желудка, метастазы, спаечный процесс, конверсия.

Панченков Дмитрий Николаевич – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургии ФПДО с лабораторией минимально инвазивной хирургии НИМСИ ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. **Алиханов Руслан Богданович** – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии ФФМ ФГОУ ВПО МГУ им. М.В. Ломоносова. **Иванов Юрий Викторович** – доктор мед. наук, профессор, зав. хирургическим отделением, заместитель директора НИИ клинической хирургии ФНКЦ ФМБА России, профессор кафедры хирургии ФПДО ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. **Шабловский Олег Радомирович** – доктор мед. наук, заместитель главного врача по хирургии, директор НИИ клинической хирургии ФНКЦ ФМБА России, профессор кафедры хирургии ФПДО ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. **Баранов Алексей Викторович** – канд. мед. наук, зав. лабораторией минимально инвазивных хирургических технологий ФНКЦ ФМБА России, старший научный сотрудник лаборатории минимально инвазивной хирургии НИМСИ ФПДО ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. **Соловьев Николай Алексеевич** – доктор мед. наук, врач-хирург хирургического отделения ФНКЦ ФМБА России, доцент кафедры хирургии ФПДО ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. **Нечунаев Алексей Александрович** – канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургии ФПДО ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. **Алексанян Гаяне Бабкеновна** – аспирант кафедры хирургии ФПДО ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России.

Для корреспонденции: Панченков Дмитрий Николаевич – 127423, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1. Тел.: +7-916-589-66-46. E-mail: dnpanchenkov@mail.ru

Лапароскопические анатомические резекции печени: анализ результатов и перспективы

Алиханов Р.Б., Израйлов Р.Е., Цвиркун В.В., Хатьков И.Е.

Московский клинический научно-практический центр Департамента здравоохранения Москвы;
111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86, Российская Федерация

Цель: анализ собственного опыта анатомических лапароскопических резекций печени (ЛРП) и оценка перспектив резекционной хирургии печени из минимально травматичных доступов.

Материал и методы. С 2010 по 2013 г. выполнено 35 ЛРП, среди которых 25 были анатомическими. Мужчин было 12, женщин – 13, средний возраст пациентов – 52,7 года. Лапароскопическая гемигепатэктомия выполнена 4 больным, бисегментэктомия – 15, изолированная сегментэктомия – 6 пациентам. Техника анатомической ЛРП отличалась в зависимости от объема вмешательства, характера и локализации патологического процесса. В 4 наблюдениях при гепатоцеллюлярном раке вмешательства выполняли на фоне цирроза печени класса А по Child–Pugh.

Результаты. Среднее время операции составило 180 (70–470) мин, средняя кровопотеря – 290 (100–600) мл. Максимальная кровопотеря была отмечена у пациентки с циррозом в момент разделения паренхимы печени. У больных злокачественными новообразованиями ни в одном наблюдении не было выявлено опухолевого роста в крае резекции. Конверсия выполнена в одном наблюдении при гигантской гемангиоме печени во время правосторонней гемигепатэктомии на последнем этапе операции для адекватного гемостаза на поверхности среза печени из субсегментарных ветвей печеночных вен. У одной пациентки с гепатоцеллюлярным раком на фоне цирроза печени после резекции 6-го сегмента печени сохранялся длительный асцит (3 нед), разрешившийся после введения диуретиков и инфузий альбумина. В одном наблюдении развился подпеченочный абсцесс, который был ликвидирован дренированием и промыванием антисептическими растворами к 12-м суткам после операции. Летальных исходов не было.

Вывод. Анатомические ЛРП – эффективное и перспективное вмешательство в руках хирургов, имеющих исчерпывающие до- и интраоперационные диагностические данные, соответствующее оборудование, владеющих опытом в хирургической гепатологии и лапароскопических технологиях. Применение лапароскопического доступа в лечении практически всех видов очаговых образований печени может и должно быть расширено в специализированных клиниках России.

Ключевые слова: лапароскопия, резекции печени, лапароскопические резекции печени.

Алиханов Руслан Богданович – канд. мед. наук, доцент, зав. отделением гепатопанкреатобилиарной хирургии Московского клинического научно-практического центра. Израйлов Роман Евгеньевич – доктор мед. наук, профессор, зав. отделом хирургии Московского клинического научно-практического центра. Цвиркун Виктор Викторович – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник Московского клинического научно-практического центра. Хатьков Игорь Евгеньевич – доктор мед. наук, профессор, директор Московского клинического научно-практического центра.

Для корреспонденции: Алиханов Руслан Богданович – 111672, Москва, ул. Новокосинская, д. 45, кв. 149.
Тел.: 8-903-766-33-17. E-mail: r.alikhanov@mknc.ru

Печеночная недостаточность после операций на печени

Хубутия М.Ш., Журавель С.В., Кузнецова Н.К., Верещагин А.С.

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

Цель: анализ развития печеночной недостаточности и эффективности различных методов ее устранения после резекции и трансплантации печени.

Материал и методы. Проведен анализ частоты развития печеночной недостаточности, эффективности методов лечения и исхода заболевания у пациентов после 150 резекций печени и 233 трансплантаций трупной печени.

Результаты. Пострезекционная острая печеночная недостаточность развилась у 1 (0,7%) пациента после расширенной правосторонней гемигепатэктомии вследствие функциональной недостаточности оставшейся паренхимы печени (сегменты I, II, III). Пациенту была выполнена трансплантация печени. Синдром печеночной недостаточности развился у 20 (8,6%) пациентов после трансплантации печени ввиду отсутствия функции или плохой функции трансплантата. Двенадцати пациентам с развившейся после трансплантации острой печеночной недостаточностью проводился экстракорпоральный альбуминовый и адсорбционный диализ, двум пациентам с нефункционирующим трансплантатом была выполнена ретрансплантация печени. Восемью пациентам проводилась заместительная почечная терапия в режиме продленной гемодиализации. Летальность от острой печеночной недостаточности у пациентов после трансплантации печени составила 70% (14 пациентов из 20).

Заключение. Экстракорпоральный адсорбционный диализ позволяет добиться полного восстановления функции трансплантата или подготовить пациента к повторной трансплантации печени. Трансплантация или ретрансплантация является радикальным методом лечения печеночной недостаточности после резекции или трансплантации печени.

Ключевые слова: печеночная недостаточность, трансплантация печени, экстракорпоральный адсорбционный диализ.

Хубутия Могели Шалвович – доктор мед. наук, профессор, член-корр. РАМН, директор НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, главный трансплантолог Департамента здравоохранения г. Москвы. Журавель Сергей Владимирович – доктор мед. наук, зав. научным отделением анестезиологии и реанимации при трансплантации органов НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Кузнецова Наталия Константиновна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. научного отделения анестезиологии и реанимации при трансплантации органов НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Верещагин Алексей Сергеевич – врач отделения анестезиологии и реанимации при трансплантации органов НИИ СП им. Н.В. Склифосовского.

Для корреспонденции: Кузнецова Наталия Константиновна – 129090, Москва, Б. Сухаревская пл., д. 3, корп. 5. Тел.: 8-495-628-35-02. E-mail: natalikuz@inbox.ru

Эмболизация правой ветви воротной вены в лечении пациентов с метастазами в печени

Шабунин А.В.¹, Греков Д.Н.¹, Дроздов П.А.²

¹ Российская медицинская академия постдипломного образования; 123995, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, Российская Федерация

² Городская клиническая больница им. С.П. Боткина; 125284, Москва, 2-й Боткинский пр., д. 5, Российская Федерация

Цель: увеличить резектабельность у пациентов с метастазами в печени.

Материал и методы. Эмболизация правой ветви воротной вены выполнена 15 больным. Метастазы колоректального рака в печени были у 13 (86,8%) больных, метастазы рака почки – у 1 (6,66%), метастазы рака шейки матки – у 1 (6,66%). У всех пациентов по данным КТ объем остающейся культи печени составил <30% (17–27%). В среднем объем печени составил $1256 \pm 102,32 \text{ см}^3$, объем левой доли печени – $289 \pm 31,08 \text{ см}^3$. В среднем объем левой доли составлял 19,78%.

Результаты. Объем печени после эмболизации в среднем увеличился на 12,5%, а объем левой доли печени – в среднем на 41,7%. Ожидаемой гипертрофии левой доли печени не получено в 1 (6,66%) наблюдении. У остальных 14 (93,3%) пациентов объем левой доли печени увеличился и составил >30%. Средний объем печени после эмболизации составил $1413 \pm 105,51 \text{ см}^3$, средний объем левой доли печени – $487 \pm 56,81 \text{ см}^3$. Радикальное хирургическое лечение выполнено 9 (60%) больным: расширенная правосторонняя гемигепатэктомия – 5 (33,3%) больным, правосторонняя гемигепатэктомия – 4 (26,6%). Специфические осложнения отмечены у 2 (20%) больных. В одном наблюдении развился неполный наружный желчный свищ, закрывшийся на фоне консервативной терапии, в другом – острая печеночная недостаточность, также ликвидированная консервативно. Умерла одна пациентка от острого нарушения мозгового кровообращения. Послеоперационная летальность составила 10%. Медиана выживаемости составила 32 мес.

Заключение. Эмболизация правой ветви воротной вены в большинстве наблюдений позволяет добиться викарной гипертрофии левой доли печени, достаточной для дальнейшего оперативного вмешательства.

Ключевые слова: печень, метастазы, эмболизация воротной вены, резекция печени, гемигепатэктомия.

Шабунин Алексей Васильевич – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии РМАПО, главный врач ГКБ им. С.П. Боткина. **Греков Дмитрий Николаевич** – канд. мед. наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии РМАПО, врач-хирург отделения хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ им. С.П. Боткина. **Дроздов Павел Алексеевич** – врач-хирург отделения хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ им. С.П. Боткина.

Для корреспонденции: Дроздов Павел Алексеевич – 117148, Москва, ул. Брусилова, д. 15, кв. 8. Тел.: 8-962-985-04-41. E-mail: dc.drozhdov@gmail.com

Эластометрия и эластография в дифференциальной диагностике гиперэхогенных образований печени

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

¹ Отделение ультразвуковой диагностики отдела лучевой диагностики и рентгено-хирургических методов лечения и ² хирургическое отделение опухолей печени и поджелудочной железы, ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН»; 115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24, Российская Федерация

Цель: совершенствование эластометрии и эластографии в дифференциальной диагностике гиперэхогенных (гемангиомы и метастазы колоректального рака) образований печени.

Материал и методы. Проанализированы результаты 78 пациентов в возрасте 32–62 лет с гиперэхогенными новообразованиями печени. Всем больным выполняли эластографию в режиме ручной компрессии, акустическую импульсно-волновую эластографию (ARFI) и акустическую импульсно-волновую эластометрию (SWV).

Результаты. При эластографии в режиме ручной компрессии метастазов колоректального рака в 71,1% наблюдений очаги были жесткими. Гемангиомы печени в 87,9% наблюдений были мягкой консистенции. При эластографии в режиме ARFI метастазов колоректального рака в 71,1% наблюдений очаги были жесткими. Гемангиомы печени в 87,9% наблюдений были мягкими. При эластометрии метастазов колоректального рака показатель скорости распространения поперечной волны (СРПВ) был высоким: 3,24 м/с (1,4–4,22 м/с), медиана среднего скоростного показателя – 3,38 м/с. При гемангиомах печени показатель СРПВ был самым низким: 1,07 м/с (0,75–3,86 м/с), медиана – 0,93 м/с. Чувствительность эластографии с ручной компрессией при метастазах колоректального рака в печени составила 97,78%, точность – 97,78%, прогностическая ценность положительного результата – 100%. Специфичность эластографии с ручной компрессией для гемангиом печени составила 93,94%, точность – 93,94%, прогностическая ценность отрицательного результата – 100%. Чувствительность эластографии с технологией ARFI при метастазах колоректального рака в печени составила 100%, точность – 100%, прогностическая ценность положительного результата – 100%. Специфичность эластографии с технологией ARFI для гемангиом печени составила 93,94%, точность – 100%, прогностическая ценность отрицательного результата – 100%. Показатели эластометрии для выявления злокачественных образований печени были более информативными при пороговом значении СРПВ 2,0 м/с (более 2,0 м/с – злокачественные опухоли, менее 2,0 м/с – доброкачественные опухоли): точность – 94%, чувствительность – 91%, специфичность – 97%, прогностическая ценность положительного результата – 96,8%, прогностическая ценность отрицательного результата – 91,6%.

Заключение. Эластометрия и эластография являются информативными методами исследований в дифференциальной диагностике гиперэхогенных образований печени.

Ключевые слова: печень, гемангиома, метастаз, колоректальный рак, эластография, эластометрия, acoustic radiation force impulse, ARFI, shear wave velocity, SWV, скорость распространения поперечной волны, СРПВ.

Бердников Сергей Николаевич – аспирант отделения ультразвуковой диагностики отдела лучевой диагностики и рентгено-хирургических методов лечения РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. **Шолохов Владимир Николаевич** – доктор мед. наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения ультразвуковой диагностики отдела лучевой диагностики и рентгено-хирургических методов лечения РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. **Патютко Юрий Иванович** – доктор мед. наук, профессор, зав. отделением опухолей печени и поджелудочной железы РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. **Махотина Мария Сергеевна** – канд. мед. наук, отделение ультразвуковой диагностики отдела лучевой диагностики и рентгено-хирургических методов лечения РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. **Чучуев Евгений Станиславович** – науч. сотр. отделения опухолей печени и поджелудочной железы РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. **Абиров Кубаньбек Эсеналиевич** – аспирант отделения опухолей печени и поджелудочной железы РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН.

Для корреспонденции: Бердников Сергей Николаевич – 115409, Москва, ул. Москворечье, д. 31/1, кв. 143.

Тел.: 8-916-990-7907. E-mail: berdnikov_sn@mail.ru

Симультанные операции при синхронных метастазах колоректального рака в печени

Шельгин Ю.А.^{1,2}, Пономаренко А.А.¹, Панина М.В.¹,
Ачкасов С.И.¹, Кашников В.Н.¹, Рыбаков Е.Г.¹

¹ ФГБУ “Государственный научный центр колопроктологии” Минздрава России; 123423, Москва, ул. Саяма Адиля, д. 2, Российская Федерация

² Кафедра колопроктологии Российской медицинской академии последипломного образования; 123995, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, Российская Федерация

Цель: оценить результаты симультанных и этапных операций у больных распространенным колоректальным раком.

Материал и методы. Выполнено 54 резекции печени по поводу метастазов колоректального рака. Первая группа – 25 больных с синхронными метастазами в печени, оперированных в один этап на кишке и на печени. Вторая группа – 15 больных с синхронными метастазами в печени, оперированных в два этапа. Первым этапом удаляли опухоль толстой кишки, вторым этапом выполняли резекцию печени. Третья группа – 14 больных с метахронными метастазами в печени.

Результаты. Медиана кровопотери в I и II группах больных с синхронными метастазами составила 300 мл, при операциях по поводу метахронных метастазов – 150 мл ($p = 0,008$). Осложнения развились в I группе у 11 больных, во II – у семи, в III – у пяти ($p = 0,8$). Медиана послеоперационного койко-дня в группе I составила 16 (13–27) дней, в группе II – 18,5 (12–22) и в группе III – 9 (8–14). Продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре в группах с синхронными метастазами ($p = 0,8$) больше по сравнению с III группой ($p = 0,01$). Летальность составила 2%.

Заключение. Выполнение симультанной операции в объеме резекции толстой кишки с экономной резекцией печени или гемигепатэктомией связано с приемлемой частотой осложнений. Этапные операции у больных с множественными билобарными метастазами могут уменьшать риск неблагоприятного исхода.

Ключевые слова: колоректальный рак, метастазы в печени, симультанные операции, послеоперационные осложнения.

Шельгин Юрий Анатольевич – доктор мед. наук, профессор, директор ФГБУ “Государственный научный центр колопроктологии”, зав. кафедрой колопроктологии ГБОУ ДПО РМАПО. **Пономаренко Алексей Алексеевич** – канд. мед. наук, научный сотрудник отделения онкопроктологии ФГБУ “Государственный научный центр колопроктологии”. **Панина Мария Викторовна** – канд. мед. наук, онколог отделения онкопроктологии ФГБУ “Государственный научный центр колопроктологии”. **Ачкасов Сергей Иванович** – доктор мед. наук, профессор, руководитель отдела онкологии и хирургии ободочной кишки ФГБУ “Государственный научный центр колопроктологии”. **Кашников Владимир Николаевич** – канд. мед. наук, заместитель директора по научной работе ФГБУ “Государственный научный центр колопроктологии”. **Рыбаков Евгений Геннадьевич** – доктор мед. наук, руководитель отдела онкопроктологии ФГБУ “Государственный научный центр колопроктологии”.

Для корреспонденции: Пономаренко Алексей Алексеевич – 109507, Москва, Самаркандский бульвар, д. 13, к. 5, кв. 28. Тел.: +7-926-462-37-11. E-mail: dr.ponomarenkoaa@gmail.com

Низкодозовая компьютерная томография с болюсным контрастным усилением в оценке артериальной химиоэмболизации печени и поджелудочной железы

Цыганков В.Н., Францевич А.М., Варава А.Б., Кармазановский Г.Г.,
Тарбаева Н.В., Хачатуров А.А., Ховалкин Р.Г.

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

Цель: оценить значение низкодозовой КТ с болюсным контрастным усилением (КТ-ангиографии) в планировании трансартериальной химиоэмболизации при злокачественных новообразованиях печени и поджелудочной железы.

Материал и методы. В период с 2011 по 2013 г. в ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ химиоэмболизация была выполнена 33 пациентам. Всего проведено 48 вмешательств. У 30 (90,9%) пациентов при опухолях печени было проведено 45 (93,75%) операций. У 3 (9,1%) больных раком поджелудочной железы после криодеструкции – 3 (6,25%) операции по методу Центрального научно-исследовательского рентгенорадиологического института. Однократно вмешательство было проведено у 21 (63,6%) больного, повторно – у 10 (30,4%), 3 раза – у 1 (3,0%), 4 раза – у 1 (3,0%). Всем пациентам перед проведением химиоэмболизации выполняли КТ-ангиографию с применением низкодозовых протоколов сканирования и использованием алгоритмов интерактивной реконструкции.

Результаты. Во всех наблюдениях химиоэмболизация выполнена в полном объеме, достигнут хороший ангиографический результат. КТ-ангиография позволяет достоверно отобразить коллатеральное кровообращение в бассейне верхней брыжеечной артерии и чревного ствола, их окклюзионно-стенотические поражения, рассчитать угол отхождения чревного ствола от аорты. Вариант анатомии целиако-мезентериального бассейна, считающийся нормой по классификации N. Michels, обнаружен у 16 (48,5%) пациентов. “Стандартная” химиоэмболизация ввиду анатомических особенностей и сопутствующих окклюзионно-стенотических поражений чревных артерий была выполнена лишь в 16 (33,3%) наблюдениях.

Заключение. Применение низкодозовой КТ-ангиографии позволяет обследовать все артерии целиако-мезентериального бассейна при минимальной лучевой нагрузке для пациента. Полученные изображения позволяют точно представить особенности и выбрать оптимальный вариант хирургического вмешательства, тем самым сократив время хирургического вмешательства, снизить лучевую нагрузку на медицинский персонал.

Ключевые слова: компьютерная томография, ангиография, химиоэмболизация, анатомия, печень, поджелудочная железа.

Цыганков Владимир Николаевич – канд. мед. наук, зав. отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского”. **Францевич Алексей Михайлович** – младший научный сотрудник отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского”. **Варава Алексей Борисович** – младший научный сотрудник отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского”. **Кармазановский Григорий Григорьевич** – доктор мед. наук, профессор, зав. отделением лучевых методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского”. **Тарбаева Наталья Викторовна** – канд. мед. наук, научный сотрудник отделения лучевых методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского”. **Хачатуров Александр Александрович** – канд. мед. наук, научный сотрудник отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского”. **Ховалкин Руслан Геннадьевич** – младший научный сотрудник отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского”.

Для корреспонденции: Цыганков Владимир Николаевич – 117997, Москва, ул. Б. Серпуховская, д. 27, Институт хирургии им. А.В. Вишневского. Тел.: 8-903-149-88-00. E-mail: frantsevich@ixv.ru

Профилактика рецидива абдоминального эхинококкоза

Меджидов Р.Т.¹, Султанова Р.С.¹, Меджидов Ш.Р.²

¹ ГБОУ ВПО "Дагестанская государственная медицинская академия" Министерства здравоохранения РФ; 367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, проспект Р. Гамзатова, д. 1, Российская Федерация

² ГБУ Республиканская клиническая больница, Республика Дагестан, г. Махачкала; 367026, ул. Ляхова, д. 47, Российская Федерация

Цель: изучить хирургические аспекты профилактики рецидива абдоминального эхинококкоза путем совершенствования принципов апаразитарности и антипаразитарности, а также использования новых резекционных технологий.

Материал и методы. Эхинококкэктомия из органов брюшной полости проведена 720 пациентам с 947 кистами. Закрытая эхинококкэктомия выполнена 190 (26,3%) пациентам, открытая – 378 (52,8%), сочетанная – 152 (20,9%). В 47 наблюдениях были использованы современные резекционные технологии.

Результаты. Интраоперационные осложнения отмечены у 4,2% больных, послеоперационные – 14,8%. Специфические осложнения в отдаленном послеоперационном периоде развились у 22,3% пациентов. Рецидив после закрытой эхинококкэктомии отмечен в 3,1% наблюдений, после открытой – в 18,6%. Общая послеоперационная летальность составила 2,7%.

Заключение. При абдоминальном эхинококкозе предпочтение следует отдавать закрытой эхинококкэктомии, после которой вероятность рецидива заболевания минимальна. Закрытую эхинококкэктомию желательнее выполнять с использованием современных технологий, в частности ультразвуковых диссекторов и деструкторов-аспираторов.

Ключевые слова: эхинококкоз, рецидив, профилактика, закрытая эхинококкэктомия, резекционные технологии.

Меджидов Расул Тенчаевич – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии и проректор по лечебной работе ГБОУ ВПО ДГМА. **Султанова Роза Султановна** – аспирантка кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО ДГМА. **Меджидов Шамиль Расулович** – врач-хирург гепатохирургического отделения ГБУ РКБ, г. Махачкала.

Для корреспонденции: Меджидов Расул Тенчаевич – 367012, Россия, Республика Дагестан, г. Махачкала, проспект Р. Гамзатова 1, Дагестанская государственная медицинская академия. Тел.: 8-928-507-57-58. E-mail: dgma@list.ru

Наружный металлический каркас в реконструктивной билиарной хирургии

Каримов Ш.И.¹, Хакимов М.Ш.¹, Хаджибаев Ф.А.¹, Тилемисов С.А.²

¹ Ташкентская медицинская академия; 100193, Ташкент, ул. Фаробий, д. 2, Узбекистан

² Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи; 100115, Ташкент, ул. Фархадская, д. 2, Узбекистан

Цель: оценка клинической эффективности формирования билиодигестивных и билиобилиарных анастомозов с применением наружного каркаса у больных с заболеваниями внепеченочных желчных протоков.

Материал и методы. Анализ подвергнуты результаты обследования и лечения 102 пациентов. В контрольной группе 60 пациентам сформирован билиодигестивный и билиобилиарный анастомоз традиционным способом, в основной группе 42 больным сформировали анастомоз с использованием каркасного металлического кольца.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде в контрольной группе различные осложнения наблюдали у 15 (25%) пациентов, в основной группе – у 6 (14,3%). В отдаленном послеоперационном периоде различные осложнения отмечены у 12 (20%) пациентов контрольной группы, в основной группе – у 4 (9,5%). Рецидив стриктуры в отдаленные сроки после операций отмечен у 4 (6,7%) пациентов контрольной группы. В основной группе сужения анастомозов в отдаленном послеоперационном периоде не наблюдали.

Заключение. Формирование билиодигестивного анастомоза на наружном металлическом каркасе, обладая всеми преимуществами сменных транспеченочных дренажей, в то же время исключает основные их недостатки – гемобилию, желчеистечение в свободную брюшную полость, высокий риск холангита, развитие рубцовой ткани в зоне анастомоза и рецидив стриктуры после извлечения дренажной трубки, причинение больным физических и моральных страданий. Применение наружного металлического каркаса технически не усложняет процедуру формирования билиодигестивного анастомоза, способствует уменьшению частоты ранних и поздних специфических послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: внепеченочные желчные протоки, билиодигестивный анастомоз, билиобилиарный анастомоз, стриктура.

Каримов Шавкат Ибрагимович – доктор мед. наук, профессор, ректор Ташкентской медицинской академии, академик Академии наук Республики Узбекистан. **Хакимов Мурад Шавкатович** – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии лечебного факультета Ташкентской медицинской академии. **Хаджибаев Фарход Абдухакимович** – канд. мед. наук, докторант кафедры факультетской и госпитальной хирургии лечебного факультета Ташкентской Медицинской Академии. **Тилемисов Султан Ангарбаевич** – врач-хирург отделения экстренной хирургии №1 Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Для корреспонденции: Хаджибаев Фарход Абдухакимович – 100015, Узбекистан, Ташкент, ул. Фархадская, д. 2. Тел.: 8-371-150-46-19, 998-90-185-03-64. E-mail: uzmedicine@mail.ru

Диагностика дисфункции сфинктера Одди и дискинезии двенадцатиперстной кишки у больных с постхолецистэктомическим синдромом

Репин М.В., Попов А.В., Микрюков В.Ю., Репин В.Н.

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера»;
614990, Пермь, ул. Петропавловская, д. 26, Российская Федерация

Цель: оценить функциональное состояние сфинктера Одди и двенадцатиперстной кишки у больных в отдаленные сроки после холецистэктомии для обоснования лечебной тактики.

Материал и методы. Обследовано 109 больных постхолецистэктомическим синдромом, исключены пациенты с желтухой и лабораторными признаками холестаза. В диагностике использовали эзофагогастродуоденоскопию, рентгеноскопию желудка и двенадцатиперстной кишки, УЗИ печени и желчевыводящих путей. В программу обследования была включена динамическая гепатобилисцинтиграфия с ^{99m}Tc и желчегонным тестом. Оценивали функциональное состояние печени, внепеченочных желчных протоков и сфинктера Одди, двенадцатиперстной кишки и степень дуоденогастрального рефлюкса.

Результаты. Своевременное опорожнение общего желчного протока, начало которого совпадало с желчегонным тестом, установлено у 21 (19,2%) больного. Признаки затруднения опорожнения общего желчного протока установлены у 8 (7,3%) пациентов. У них диагностированы органические причины нарушения оттока желчи в виде рубцового стеноза большого сосочка двенадцатиперстной кишки и холедохолитиаза, послужившие показанием к оперативному лечению. Недостаточность сфинктера Одди выявлена у 80 (72%) больных. Для них было характерно ускоренное поступление изотопа в двенадцатиперстную кишку до желчегонного теста. В этой группе пациентов преобладали нарушения моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки, которые проявлялись антиперистальтикой, дуоденогастральным и гастроэзофагеальным рефлюксом. Дилатация общего желчного протока у половины больных этой группы зависела от выраженности дуоденальной дискинезии и степени дуоденогастрального рефлюкса.

Заключение. Динамическая гепатобилисцинтиграфия позволяет получить объективную оценку оттока желчи и дуоденального ее пассажа. Среди больных постхолецистэктомическим синдромом, не имеющих отчетливых признаков холестаза, преобладают пациенты с несостоятельностью сфинктера Одди. Наиболее выраженное клиническое значение такой тип дисфункции приобретает у больных с моторно-эвакуаторными нарушениями двенадцатиперстной кишки, которые следует учитывать при выборе метода лечения.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, постхолецистэктомический синдром, сфинктер Одди, гепатобилисцинтиграфия, двенадцатиперстная кишка, дискинезия, дуоденогастральный рефлюкс.

Репин Максим Васильевич – доктор мед. наук, профессор кафедры хирургии факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов ПГМА. **Попов Александр Владимирович** – доктор мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ПГМА. **Микрюков Вячеслав Юрьевич** – аспирант кафедры хирургии факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов ПГМА. **Репин Василий Николаевич** – доктор мед. наук, профессор кафедры факультетской хирургии №2 с курсом гематологии и трансфузиологии факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов ПГМА.

Для корреспонденции: Репин Максим Васильевич – 614012, Пермь, ул. Архитектора Свйазева, д. 4, кв. 46, Российская Федерация. Тел.: 8-902-808-43-97. E-mail: max_repin@inbox.ru

Лекарственная коррекция оттока желчи у больных злокачественными новообразованиями желчевыводящих протоков

Яковлев А.Ю.¹, Зайцев Р.Р.¹, Семенов В.Б.¹, Ниязатов А.А.¹, Захаров А.Г.¹,
Чичканова А.С.², Акуленко С.В.¹, Воронцов А.Ю.², Улитин Д.Н.²

¹ ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко»;
603126, Нижний Новгород, ул. Родионова, д. 190, Российская Федерация

² ГБУЗ НО «Нижегородский областной онкологический диспансер»; 603126, Нижний Новгород,
ул. Родионова, д. 190, Российская Федерация

Цель: определить роль фармакологической коррекции печеночной дисфункции гептралом после наружного дренирования желчных протоков под контролем УЗИ у пациентов со злокачественными новообразованиями. **Материал и методы.** Исследование проведено у 43 больных: 23 больных 1-й группы дополнительно к инфузионной терапии в течение 10 сут после наружного дренирования желчевыводящих путей принимали гептрал в дозе 800 мг/сут, во 2-й группе 20 пациентам проводили плановую инфузионную терапию. Средний объем инфузионной терапии в обеих группах больных составлял 20 мл/кг/сут. Определяли билирубинемия, активность АлАТ, ЩФ, γ -ГТП.

Результаты. Под влиянием гептрала отмечено сокращение сроков послеоперационной компенсации печеночной недостаточности. У больных 1-й группы на 4-е сутки количество наружно дренируемой желчи было достоверно больше, чем у больных 2-й группы. На 10-е сутки у больных 1-й группы общий и прямой билирубин уменьшились до уровня, при котором возможно начать лекарственную терапию онкологического заболевания. Снижение активности АлАТ у больных 1-й группы обеспечило достоверные межгрупповые различия на 8-е сутки послеоперационной терапии. Восстановление оттока желчи позволило уменьшить активность холестатического повреждения гепатоцитов, что отразилось в уменьшении активности ЩФ, γ -ГТП и липополисахаридемии. Достоверные межгрупповые отличия получены соответственно на 6-е сутки терапии гептралом.

Заключение. Применение гептрала после наружного дренирования желчных протоков под контролем УЗИ у больных злокачественными опухолями гепатобилиарной системы позволяет значительно сократить сроки восстановления желчеобразующей, детоксицирующей функций печени на фоне коррекции холестатического и цитолитического синдромов острой печеночной недостаточности.

Ключевые слова: механическая желтуха, билирубин, холедохостомия, гептрал.

Яковлев Алексей Юрьевич – доктор мед. наук, доцент, куратор отделений реанимации ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко». **Зайцев Роман Романович** – врач-хирург центра эндоскопической хирургии ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко». **Семенов Владимир Борисович** – канд. мед. наук, зав. отделением реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко». **Ниязатов Агзам Ахтамович** – врач отделения клиничко-лабораторной диагностики ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко». **Захаров Алексей Геннадиевич** – зав. отделением хирургии печени и поджелудочной железы ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко». **Чичканова Ангелина Семеновна** – врач-химиотерапевт ГБУЗ НО «Нижегородский областной онкологический диспансер». **Акуленко Сергей Владимирович** – канд. мед. наук, врач-хирург отделения хирургии печени и поджелудочной железы ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко». **Воронцов Алексей Юрьевич** – канд. мед. наук, зав. 1-м хирургическим отделением ГБУЗ НО «Нижегородский областной онкологический диспансер». **Улитин Дмитрий Николаевич** – врач-хирург 1-го хирургического отделения ГБУЗ НО «Нижегородский областной онкологический диспансер».

Для корреспонденции: Яковлев Алексей Юрьевич – 603043, Нижний Новгород, ул. Комсомольская, д. 3, кв. 26А.
Тел.: 8-831-438-93-33, 8-903-608-57-37. E-mail: aritnru@list.ru

Коррекция регионарного кровообращения в комплексном лечении больных острым панкреатитом

Лубянский В.Г., Арутюнян Г.А., Алиев А.Р., Жариков А.Н.

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ; 656038, Алтайский край, г. Барнаул, просп. Ленина, д. 40, Российская Федерация

Цель. Изучить возможность применения у больных панкреонекрозом регионарной внутрисосудистой терапии препаратами, «деблокирующими» микроциркуляцию при панкреонекрозе.

Материал и методы. Обследовано 106 больных панкреонекрозом. В 1-ю группу включили 71 больного: у 20 (28%) был стерильный панкреонекроз, у 51 (72%) – инфицированный. 2-я группа представлена 23 больными, которым в целях улучшения кровообращения в поджелудочной железе и раскрытия микроциркуляторного русла в комплексном лечении применяли длительную артериальную инфузию (ДАИ) в чревный ствол дезагрегантов и антибиотиков. Стерильный панкреонекроз выявлен у 9 (39%), инфицированный – у 14 (61%) больных. В 3-ю группу вошли 12 больных панкреонекрозом, которым в более ранние сроки проводили ДАИ с использованием препарата алпростадил в сочетании с антибиотиками. Из них у 9 (75%) больных был стерильный панкреонекроз, у 3 (25%) – инфицированный. ДАИ проводили селективно в артерии поджелудочной железы.

Результаты. В 1-й группе оперировано 47 (67%) больных. Длительность лечения составила $35,8 \pm 2,3$ дня, летальность – 16,9%. Во 2-й группе оперировано 10 (43%) больных, продолжительность лечения составила $24,8 \pm 3,6$ дня. Летальных исходов не было. В 3-й группе открытые операции потребовались только 2 (16,7%) больным. Длительность госпитализации составила $23,6 \pm 2,1$ дня. Летальных исходов не было.

Заключение. Применение регионарного введения алпростадила приводит к улучшению кровообращения в паренхиме поджелудочной железы со стимуляцией процессов отграничения в виде формирования ранних жидкостных скоплений с уменьшением инфильтрации забрюшинной клетчатки и ее инфицирования.

Ключевые слова: поджелудочная железа, панкреонекроз, микроциркуляция, длительная артериальная инфузия, алпростадил.

Лубянский Владимир Григорьевич – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО АГМУ. Арутюнян Генри Александрович – аспирант той же кафедры. Алиев Александр Руштиевиц – канд. мед. наук, доцент той же кафедры. Жариков Андрей Николаевич – канд. мед. наук, доцент той же кафедры.

Для корреспонденции: Арутюнян Генри Александрович – 656038, г. Барнаул, пер. Трудовой, д. 37, кв. 36. Тел.: 8-923-645-47-77. E-mail: genriaurum@yandex.ru

Бесконтактная мобилизация поджелудочной железы: как я делаю это Часть 1. Проксимальная резекция железы

Егиев В.Н.

*ФГБУ “Лечебно-реабилитационный центр” Минздрава РФ; 125367, Москва, Ивановское шоссе, д. 3,
Российская Федерация*

Представлен вариант мобилизации панкреатодуоденального комплекса при панкреатодуоденальной резекции, который относится к изоляции “no-touch”. Приведен анализ появившихся в литературе вариантов мобилизации, связанных с ранним выделением и пересечением артерий, питающих проксимальную часть поджелудочной железы. Анализ литературы показывает перспективность изоляции “no-touch” для повышения радикальности операции.

Ключевые слова: поджелудочная железа, рак, панкреатодуоденальная резекция, no-touch, artery first, отдаленные результаты.

Егиев Валерий Николаевич – доктор мед. наук, профессор, руководитель клиники хирургии и онкологии ФГБУ “Лечебно-реабилитационный центр” Минздрава РФ.

Для корреспонденции: Егиев Валерий Николаевич – 125367, Москва, Ивановское шоссе, д. 3. Тел.: 8-925-506-66-90. E-mail: egiev50@gmail.com

Антибиотикопрофилактика и терапия инфицированного панкреонекроза с учетом микробиологических показателей желудочного содержимого

Фомин А.В.¹, Окулич В.К.², Овсяник Д.М.¹

¹ Кафедра факультетской хирургии и ²кафедра клинической микробиологии

УО «Витебский государственный ордена Дружбы Народов медицинский университет»

Министерства здравоохранения РБ; 210023, Витебск, проспект Фрунзе, д. 27, Республика Беларусь

Цель: изучить изменения микробиологических показателей желудка при панкреатите и оценить возможности использования результатов бактериологического исследования желудочного содержимого для ранней диагностики, профилактики и лечения инфицированного панкреонекроза.

Материал и методы. Обследовано 66 пациентов с различными формами острого панкреатита. Уровень микробной контаминации желудочного содержимого определяли методом Gould. Видовой состав микрофлоры желудка, перитонеального экссудата, пунктатов жидкостных образований устанавливали с помощью тест-систем на автоматизированном биохимическом анализаторе, чувствительность к антибиотикам – диско-диффузионным методом.

Результаты. Инфицирование панкреонекроза сопровождалось нарушением видового состава микрофлоры желудочного содержимого и выраженным ростом уровня его обсемененности, достигающим $\geq 1 \times 10^6$ КОЕ/мл. Микрофлора желудочного содержимого в 72,2% наблюдений сходна с флорой, идентифицируемой в зонах некроза поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Чувствительность метода определения патогенной микрофлоры при инфицированном панкреонекрозе путем микробиологического исследования желудочного содержимого составила 70,3%, специфичность – 93,2%, точность – 89,2%. Антибиотикопрофилактика и терапия инфицированного панкреонекроза с учетом микробиологии желудочного содержимого способствовали уменьшению степени тяжести состояния у 75% пациентов. Летальность в сравнении с группой пациентов, получавших стандартную терапию, уменьшилась в 1,4 раза, составив 12,5%.

Заключение. Проведение микробиологического исследования желудочного содержимого у пациентов с панкреонекрозом позволяет повысить уровень ранней диагностики гнойно-септических осложнений, расширить возможности рациональной антибиотикопрофилактики и терапии инфицированного панкреонекроза, улучшить результаты лечения.

Ключевые слова: острый панкреатит, инфицированный панкреонекроз, ранняя диагностика, антибиотикопрофилактика, антибиотикотерапия, микробиологическое исследование.

Фомин Анатолий Викторович – доктор мед. наук, профессор кафедры факультетской хирургии УО «ВГМУ». Окулич Виталий Константинович – канд. мед. наук, доцент кафедры клинической микробиологии УО «ВГМУ». Овсяник Дмитрий Мечиславович – аспирант кафедры факультетской хирургии УО «ВГМУ».

Для корреспонденции: Овсяник Дмитрий Мечиславович – 210032, Республика Беларусь, Витебск, ул. Чкалова, д. 25, корп. 2, кв. 64. Тел.: +37529-216-91-65. E-mail: ovsyanik.dmitriy@yandex.ru

Первый опыт двухэтапной резекции печени по типу “in situ split” у пациентки с билобарными метастазами колоректального рака на фоне периоперационной полихимиотерапии

Сидоров Д.В., Болотина Л.В., Ложкин М.В., Гришин Н.А., Петров Л.О., Троицкий А.А., Пайчадзе А.А.

Отделение абдоминальной онкологии ФГБУ “Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена” Минздрава России; 125284, Москва, 2-й Боткинский пр., д. 3, Российская Федерация

Одним из вариантов хирургического решения проблемы билобарного метастатического поражения печени является двухэтапная анатомическая резекция с эмболизацией или лигированием одной из ветвей воротной вены. При этом по меньшей мере у 25% больных после лигирования или эмболизации правой ветви воротной вены ожидаемой гипертрофии не наступает, радикальное оперативное вмешательство становится невозможным. Наиболее современным и перспективным путем преодоления этого препятствия является выполнение так называемых резекций печени “in situ split”. В работе приведен первый опыт двухэтапной резекции печени in situ split при билобарных метастазах колоректального рака.

Ключевые слова: билобарное метастатическое поражение печени, резекция печени по типу in situ split.

Сидоров Дмитрий Владимирович – доктор мед. наук, руководитель отделения абдоминальной онкологии ФГБУ “МНИОИ им. П.А. Герцена” Минздрава России. **Болотина Лариса Владимировна** – доктор мед. наук, руководитель отделения химиотерапии ФГБУ “МНИОИ им. П.А. Герцена” Минздрава России. **Ложкин Михаил Владимирович** – канд. мед. наук, ст. науч. сотрудник того же отделения. **Гришин Николай Александрович** – канд. мед. наук, вед. науч. сотрудник того же отделения. **Петров Леонид Олегович** – канд. мед. наук, научный сотрудник того же отделения. **Троицкий Алексей Александрович** – канд. мед. наук, науч. сотрудник того же отделения. **Пайчадзе Анна Александровна** – мл. науч. сотрудник того же отделения.

Для корреспонденции: Сидоров Дмитрий Владимирович – 125284, г. Москва, 2-й Боткинский пр., д. 3. Тел.: 8-495-945-29-09. E-mail: dvsidorov_65@mail.ru

Артериальная реконструкция при аневризме собственной печеночной артерии

Новрузбеков М.С., Гуляев В.А., Олисов О.Д., Луцык К.Н.,
Муслимов Р.Ш., Магомедов К.М., Дриаев В.Т., Черная Н.Р.

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

Аневризмы печеночной артерии составляют около 20% всех аневризм непарных сосудов брюшной полости. Лидирующие позиции в диагностике принадлежат инвазивной целиакографии и спиральной компьютерной томографии. При небольших размерах аневризмы, а также при их внутривисцеральной локализации показано эндоваскулярное лечение. При аневризмах собственной печеночной артерии, а также аневризмах больших размеров показано хирургическое лечение.

Ключевые слова: аневризма печеночной артерии, артериальная реконструкция.

Новрузбеков Мурад Сафтарович – канд. мед. наук, научный руководитель отделения трансплантации печени НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. **Гуляев Владимир Алексеевич** – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения трансплантации почки и поджелудочной железы НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. **Олисов Олег Даниелович** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения трансплантации печени НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. **Луцык Константин Николаевич** – канд. мед. наук, зав. отделением трансплантации печени НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. **Муслимов Рустам Шахисмаилович** – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения компьютерной томографии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. **Магомедов Кубай Магомедович** – врач-хирург отделения трансплантации печени НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. **Дриаев Владимир Таймуразович** – врач-хирург отделения трансплантации печени НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. **Черная Наталья Рэсовна** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения рентгенхирургических методов лечения НИИ СП им. Н.В. Склифосовского.

Для корреспонденции: Олисов Олег Даниелович – 129090, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 3/5.
Тел.: 8-495-628-35-02. E-mail: Dr.Olisov@gmail.com

Клинические наблюдения

Редкое сочетанное осложнение желчнокаменной болезни

Кульчиев А.А.¹, Морозов А.А.¹, Тигиев С.В.^{1,2}, Караев Т.Р.¹

¹ ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ; 362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, д. 40, Российская Федерация

² НУЗ «Узловая больница на станции Владикавказ ОАО РЖД»; 362002, г. Владикавказ, ул. Чкалова, д. 16, Российская Федерация

Представлено клиническое наблюдение гемобилии, осложнившей желчнокаменную болезнь. Приведен обзор литературы, показаны трудности своевременной диагностики и предоперационного обследования.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холелитиаз, кровотечение, гемобилия.

Кульчиев Ахсарбек Агубеевич – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней №3 СОГМА. Морозов Алексей Анатольевич – канд. мед. наук, доцент, ассистент кафедры хирургических болезней №3 СОГМА. Тигиев Северян Владимирович – канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением НУЗ «Узловая больница на станции Владикавказ», ассистент кафедры хирургических болезней №3 СОГМА. Караев Таймураз Русланович – старший лаборант, клинический ординатор кафедры хирургических болезней №3 СОГМА.

Для корреспонденции: Кульчиев Ахсарбек Агубеевич – 362002, г. Владикавказ, ул. Титова, 26. Тел.: 8-867-254-62-51. E-mail: kulchiev.ahsarbek@yandex.ru

Клинические наблюдения

Девятилетняя выживаемость при локорегионарном лечении пациента с гепатоцеллюлярным раком

Долгушин Б.И., Косырев В.Ю., Шишкина Н.А.

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина»; 115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24, Российская Федерация

Клиническое наблюдение демонстрирует лечебные возможности сочетания различных миниинвазивных радиологических технологий (трансартериальной химиоэмболизации, чрескожной радиочастотной абляции и инъекций этанола) у неоперабельного больного гепатоцеллюлярным раком.

Ключевые слова: гепатоцеллюлярный рак, радиочастотная абляция, инъекция этанола, артериальная химиоэмболизация.

Долгушин Борис Иванович – доктор мед. наук, профессор, член-корр. РАМН, зам. директора НИИ КО РОНЦ, заведующий отделом лучевой диагностики и рентгенохирургических методов лечения РОНЦ. Косырев Владислав Юрьевич – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник лаборатории интервенционной радиологии РОНЦ. Шишкина Нина Анатольевна – врач лаборатории интервенционной радиологии РОНЦ.

Для корреспонденции: Долгушин Борис Иванович – 115478, Москва, Каширское шоссе, 24. Тел.: 8-499-324-44-96, 8-903-720-47-33. E-mail: dolgushinb@mail.ru

Двойное билиарное и дуоденальное протезирование при стенозирующей опухоли поджелудочной железы

Маринова Л.А., Бачурин А.Н., Чевокин А.Ю.

*ГБУЗ “Городская клиническая больница №7”; 115446, Москва, Коломенский проезд, д. 4,
Российская Федерация*

Миниинвазивные технологии устранения стеноза различных структур желудочно-кишечного тракта находят все более широкое применение. Клиническое наблюдение демонстрирует успешное восстановление билиарной и дуоденальной проходимости в качестве окончательного этапа паллиативного лечения у больного раком головки поджелудочной железы, осложненным окклюзией двенадцатиперстной кишки и общего желчного протока.

Ключевые слова: *рак поджелудочной железы, механическая желтуха, дуоденальный стеноз, стентирование двенадцатиперстной кишки, стентирование желчных протоков саморасширяющимся стентом, двойное стентирование.*

Маринова Людмила Анатольевна – канд. мед. наук, заведующая эндоскопическим отделением ГКБ №7 г. Москвы.
Бачурин Алексей Николаевич – врач-эндоскопист ГКБ №7 г. Москвы. **Чевокин Александр Юрьевич** – канд. мед. наук, заведующий хирургическим отделением ГКБ №7 г. Москвы.

Для корреспонденции: Маринова Людмила Анатольевна – 115446, Москва, Коломенский проезд., д. 4.
Тел.: 8-495-790-45-47. E-mail: Lmarinova@bk.ru

Рефераты иностранных журналов

Рефераты иностранных журналов

Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.

Abstracts of Current Foreign Publications

Akhaladze G.G., Akhaladze D.G.

Ахаладзе Гурам Германович – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательского отдела хирургии и хирургических технологий в онкологии ФГБУ “Российский Научный Центр Рентгенодиагностики” МЗ РФ. Ахаладзе Дмитрий Гурамович – 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 пленума правления
международной общественной организации
“Ассоциация хирургов-гепатологов”,
15–16 мая 2014 г., г. Тюмень,
Российская Федерация**

Юбилей

**Вячеслав Петрович Земляной
К 65-летию со дня рождения**

*Vyacheslav Petrovich Zemlyanoi
To 65th Anniversary*

Некролог

Махмут Ахмет-Валеевич Галеев

Mahmut Ahmet-Valeevich Galeev