

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, № 4

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Альперович Б.И. (Томск, Россия), **Багненко С.Ф.**
(Санкт-Петербург, Россия), **Безезов Б.Х.** (Бишкек,
Киргизия), **Бebuришвили 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 4

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

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

EDITORIAL BOARD:

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

BOARD OF CONSULTANTS:

Al'perovich B.I. (Toms, 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), **Poluetov 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	Острый деструктивный панкреатит: современное хирургическое лечение <i>Дарвин В.В., Онищенко С.В., Краснов Е.А., Васильев В.В., Лысак М.М., Климова Н.В.</i>	76
Пленум Правления Ассоциации хирургов-гепатологов	7	Роль микроциркуляторных расстройств в прогрессировании острого панкреатита <i>Власов А.П., Анашкин С.Г., Власова Т.И., Суслов А.В., Турыгина С.А., Потянова И.В.</i>	83
XXII конгресс Ассоциации хирургов-гепатологов	8	Факторы риска послеоперационных панкреатических свищей при травматических повреждениях поджелудочной железы <i>Шнейдер В.Э., Махнев А.В.</i>	89
ПЕЧЕНЬ		Бесконтактная мобилизация поджелудочной железы: как я делаю это Часть 2. Дистальная резекция железы <i>Егиев В.Н.</i>	97
Лечебная тактика при метастазах колоректального рака в печени с неблагоприятным прогнозом <i>Мамонтов К.Г., Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Пономаренко А.А., Лазарев А.Ф.</i>	11	Диагностика и выбор способа оперативного лечения при повреждениях двенадцатиперстной кишки <i>Татаршаов М.Х., Борлаков В.Р., Махожьев А.М.</i>	103
Эмболизация ветвей воротной вены в подготовке больных к обширной резекции печени <i>Котенко О.Г., Кондратюк В.А., Федоров Д.А., Гриненко А.В., Коршак А.А., Гусев А.В., Попов А.О., Григорян М.С.</i>	21	ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	
Обширные резекции печени при осложнениях местнораспространенного рака печени <i>Ахмедов С.М., Сафаров Б.Дж., Расулов Н.А., Табаров З.В.</i>	26	Применение роботизированного хирургического комплекса da Vinci в хирургии печени <i>Берелавичус С.В., Поляков И.С., Кригер А.Г., Горин Д.С.</i>	110
Миниинвазивные методы диагностики и лечения при посттравматических образованиях печени <i>Владимирова Е.С., Дубров Э.Я., Черная Н.Р.</i>	32	КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ	
Панкреатогенные псевдокисты печени и селезенки: патогенез, диагностика и тактика лечения <i>Мелёхина О.В., Жаворонкова О.И., Степанова Ю.А., Ионкин Д.А.</i>	39	Тератома печени <i>Икрамов Р.З., Ионкин Д.А., Усякий П.В., Степанова Ю.А., Макеева-Малиновская Н.Ю., Филиппова Е.М., Гусейнов Э.К.</i>	115
ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ		РЕФЕРАТЫ ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛОВ	
Внутрипротоковая лучевая терапия неоперабельных больных холангиоцеллюлярным раком: технические аспекты и отдаленные результаты <i>Макаров Е.С., Нечушкин М.И., Долгушин Б.И., Кукушкин А.В., Молодикова Н.Р., Козлов О.В.</i>	48	Рефераты иностранных журналов <i>Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.</i>	121
Кистозная трансформация желчных протоков <i>Воробей А.В., Орловский Ю.Н., Вижинис Е.И., Шулейко А.Ч.</i>	56	ИЗ ИСТОРИИ	
Функциональные и морфологические нарушения печени при остром обтурационном холестазе и их коррекция (экспериментальное исследование) <i>Беляев А.Н., Козлов С.А., Беляев С.А., Костин С.В., Дербеденева О.А.</i>	64	Хирургические операции на печени, желчных путях и поджелудочной железе Введение • Часть I. Хирургия печени <i>Пархисенко Ю.А., Жданов А.И., Пархисенко В.Ю., Калашник Р.С.</i>	126
ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА			
Протокол fast-track при лапароскопической панкреатодуоденальной резекции: первый опыт <i>Хатьков И.Е., Хисамов А.А., Израилов Р.Е., Цвирикун В.В.</i>	71		

Лечебная тактика при метастазах колоректального рака в печени с неблагоприятным прогнозом

Мамонтов К.Г.¹, Патютко Ю.И.², Котельников А.Г.²,
Пономаренко А.А.³, Лазарев А.Ф.¹

¹ Алтайский филиал ФГБУ “Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина” РАМН; 656049, г. Барнаул, ул. Никитина, д. 77, Российская Федерация

² ФГБУ “Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина” РАМН; 115478, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, Российская Федерация

³ ФГБУ “Государственный научный центр колопроктологии” Министерства здравоохранения России; 123154, г. Москва, ул. Саяма Адиля, д. 2, Российская Федерация

Цель. Улучшение результатов лечения больных с резектабельными метастазами колоректального рака в печени при неблагоприятном прогнозе.

Материал и методы. В исследование включили 437 больных с метастазами колоректального рака в печени, имеющих не менее одного неблагоприятного фактора отдаленного прогноза: множественные, билобарные метастазы в печени, большие размеры метастазов, внепеченочные метастазы. Комбинированное лечение проведено 339 (78%) больным: с адьювантной системной химиотерапией — 163 больным, с периоперационной системной химиотерапией — 54, с периоперационной регионарной химиотерапией — 122. Хирургическое лечение выполнено 66 (15%) больным. Отдельно рассмотрена группа из 32 (7%) больных с резектабельными метастазами, которым проводилась только системная химиотерапия. Все резекции в силу значительного поражения печени носили исключительно обширный характер.

Результаты. Летальность среди оперированных больных составила 4%, частота осложнений — 56%. Послеоперационная летальность, осложнения, объем интраоперационной кровопотери в сравниваемых группах статистически не различались. Добавление бевацизумаба к дооперационной химиотерапии не увеличило интраоперационную кровопотерю. Пятилетняя выживаемость после комбинированного лечения с адьювантной химиотерапией — $26 \pm 4\%$, что достоверно превосходит показатели хирургического лечения ($17 \pm 5\%$), лекарственного лечения (пятилетней выживаемости нет), комбинированного лечения с периоперационной системной химиотерапией ($13 \pm 5\%$) и статистически недостоверно превосходит пятилетнюю выживаемость после комбинированного лечения с периоперационной регионарной химиотерапией ($20 \pm 5\%$).

Заключение. При резектабельных метастазах колоректального рака в печени с неблагоприятным прогнозом показано комбинированное лечение с адьювантной системной химиотерапией. При исходно нерезектабельных метастазах в печени в отсутствие внепеченочных проявлений заболевания лечение следует начинать с регионарной химио- и биотерапии. При исходно нерезектабельных метастазах с внепеченочными проявлениями заболевания лечение должно начинаться с системной химиотерапии.

Ключевые слова: колоректальный рак, метастазы, печень, неблагоприятный прогноз, гемигепатэктомия, адьювантная химиотерапия, периоперационная химиотерапия.

Мамонтов Константин Григорьевич — канд. мед. наук, заведующий отделом рентгенхирургических методов диагностики и лечения Алтайского филиала ФГБУ “РОНЦ им. Н.Н. Блохина” РАМН. **Патютко Юрий Иванович** — доктор мед. наук, профессор, заведующий отделением опухолей печени и поджелудочной железы ФГБУ “РОНЦ им. Н.Н. Блохина” РАМН. **Котельников Алексей Геннадьевич** — доктор мед. наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения опухолей печени и поджелудочной железы ФГБУ “РОНЦ им. Н.Н. Блохина” РАМН. **Пономаренко Алексей Алексеевич** — канд. мед. наук, научный сотрудник отделения онкопроктологии ФГБУ “ГНЦ колопроктологии” МЗ РФ. **Лазарев Александр Федорович** — доктор мед. наук, профессор, директор Алтайского филиала ФГБУ “РОНЦ им. Н.Н. Блохина” РАМН.

Для корреспонденции: Мамонтов Константин Григорьевич — 656048, г. Барнаул, ул. Балтийская, д. 42-А, кв. 47. Тел.: 8-905-982-12-10. E-mail: mamontovkg@mail.ru

Эмболизация ветвей воротной вены в подготовке больных к обширной резекции печени

Котенко О.Г.¹, Кондратюк В.А.², Федоров Д.А.¹, Гриненко А.В.¹,
Коршак А.А.¹, Гусев А.В.¹, Попов А.О.¹, Григорян М.С.¹

¹ Отдел трансплантации и хирургии печени и ² отдел эндоваскулярной хирургии и ангиографии Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова Академии медицинских наук Украины; 03680, г. Киев, ул. Героев Севастополя, 30, Украина

Цель. Изучение результатов хирургического лечения пациентов с очаговыми заболеваниями печени, которым в качестве предоперационной подготовки выполнена эмболизация воротной вены.

Материал и методы. Эмболизация воротной вены выполнена 236 пациентам с очаговыми заболеваниями печени и малым планируемым пострезекционным объемом печени: менее 20% у больных с неизменной паренхимой печени, менее 30% у больных после химиотерапии, менее 40% у больных с холестазом (опухоль Клацкина).

Результаты. В течение 22 ± 7 дней после процедуры наблюдали гипертрофию планируемого пострезекционного объема печени на 58,6%. При этом степень гипертрофии зависела от объема выполненной эмболизации – 57,3% у пациентов после эмболизации воротных ветвей S_{V-VIII} и 66% у пациентов после эмболизации воротных ветвей S_{V-VIII} и S_{IV} . Обширная резекция печени выполнена 210 (89%) пациентам. Фатальной послеоперационной печеночной недостаточности не отмечено. Трех- и пятилетняя безрецидивная выживаемость составила 43,8 и 16,4%. Трех- и пятилетняя безрецидивная выживаемость пациентов без эндоваскулярных вмешательств достоверно не отличалась (63 и 45,9%).

Заключение. Эмболизация воротной вены является миниинвазивным, безопасным вмешательством, позволяющим достигнуть увеличения планируемого остаточного объема печени, что позволяет расширить диапазон применения радикальных обширных резекций печени у больных с очаговыми заболеваниями печени за счет пациентов с малым планируемым остаточным объемом печени.

Ключевые слова: эндоваскулярные вмешательства, эмболизация, воротная вена, резекция печени, печеночная недостаточность.

Котенко Олег Геннадьевич – доктор мед. наук, профессор, заведующий отделом трансплантации и хирургии печени НИХиТ им. А.А. Шалимова. **Кондратюк Вадим Анатольевич** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела эндоваскулярной хирургии и ангиографии НИХиТ им. А.А. Шалимова. **Федоров Денис Александрович** – канд. мед. наук, научный сотрудник отдела трансплантации и хирургии печени НИХиТ им. А.А. Шалимова. **Гриненко Александр Викторович** – врач отдела трансплантации и хирургии печени НИХиТ им. А.А. Шалимова. **Коршак Александр Александрович** – врач отдела трансплантации и хирургии печени НИХиТ им. А.А. Шалимова. **Гусев Андрей Витальевич** – научный сотрудник отдела трансплантации и хирургии печени НИХиТ им. А.А. Шалимова. **Попов Алексей Олегович** – научный сотрудник отдела трансплантации и хирургии печени НИХиТ им. А.А. Шалимова. **Григорян Марат Славович** – научный сотрудник отдела трансплантации и хирургии печени НИХиТ им. А.А. Шалимова.

Для корреспонденции: Кондратюк Вадим Анатольевич – 03680, Украина, Киев, ул. Героев Севастополя, 30. Тел.: +38-067-959-43-62. E-mail: admin@evsu.org

Обширные резекции печени при осложнениях местнораспространенного рака печени

Ахмедов С.М.¹, Сафаров Б.Дж.¹, Расулов Н.А.^{2,3}, Табаров З.В.¹

¹ Институт гастроэнтерологии АМН МЗ и СЗН Республики Таджикистан; 734025, Душанбе, ул. Маяковского, 2, Таджикистан

² Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Душанбе; 734024, Душанбе, пр. Айни, 46, Таджикистан

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

Цель. Обоснование показаний и оценка результатов обширных резекций печени при жизнеопасных осложнениях местнораспространенного рака печени.

Материал и методы. Анализирован опыт обширных резекций печени у 31 больного местнораспространенным раком печени, осложненным разрывом опухоли в сочетании с перитонитом или внутренним кровотечением (17 пациентов) и угрозой разрыва опухоли (14 больных).

Больные с диагностированными разрывами опухоли печени оперированы экстренно, а пациенты с угрозой разрыва опухоли – в ближайшие 1–3 дня после уточнения диагноза и, при необходимости, предоперационной подготовки в условиях реанимационного отделения.

Результаты. Пять больных умерли во время операции вследствие массивной интраоперационной кровопотери, геморрагического шока и развития ДВС-синдрома. После операций в ближайшем послеоперационном периоде умерли 4 больных в результате острой печеночной недостаточности и полиорганной недостаточности. Послеоперационная летальность составила 29%.

Заключение. Выполнение обширных резекций печени при жизнеопасных осложнениях местнораспространенного рака печени в экстренном или срочном порядке позволяет избежать летального исхода у 70% больных и добиться двухлетней выживаемости не менее чем в 50% наблюдений.

Ключевые слова: резекция печени, первичный рак печени, вирусные гепатиты В и С, цирроз печени.

Ахмедов Саидилхом Мухторович – доктор мед. наук, профессор, руководитель отделения хирургии печени и поджелудочной железы Института гастроэнтерологии АМН МЗ и СЗН РТ. Сафаров Бахром Джумаевич – канд. мед. наук, хирург отделения хирургии печени и поджелудочной железы Института гастроэнтерологии АМН МЗ и СЗН РТ. Расулов Назир Аминович – канд. мед. наук, доцент, заведующий кафедрой хирургии Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров. Табаров Зафар Валиевич – врач-хирург отделения хирургии печени и поджелудочной железы Института гастроэнтерологии АМН МЗ и СЗН РТ.

Для корреспонденции: Ахмедов Саидилхом Мухторович – 734025, г. Душанбе, ул. Маяковского, 2. Тел.: (992) 236-01-83. E-mail: gkbsmp2004@mail.ru

Миниинвазивные методы диагностики и лечения при посттравматических образованиях печени

Владимирова Е.С., Дубров Э.Я., Черная Н.Р.

ГБУ здравоохранения города Москвы “Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы”;
129090, Москва, Большая Сухаревская пл., 3 Б, Российская Федерация

Цель. Оценка результатов применения миниинвазивных вмешательств в лечении посттравматических осложнений печени.

Материал и методы. Анализировали данные 525 пострадавших с травмой и посттравматическими изменениями в печени, находившихся на лечении в Институте скорой помощи им. Н.В. Склифосовского с 1994 по 2012 г. Тяжесть травмы печени определяли по международной классификации Е. Мооре: II степень тяжести определена у 136 больных, III–V степень – у 389.

Результаты. Больные были разделены на 4 группы. Первую группу составили 400 пострадавших с благоприятным течением процесса, они представлены двумя подгруппами. Подгруппа А включала 394 пациента со стабильными очаговыми образованиями и положительной динамикой. Подгруппа В состояла из 6 больных со стабильными гематомами, в которых появились признаки инфицирования, потребовавшие дренирования под контролем УЗИ. Исход был благоприятным. Во вторую группу включены 42 больных с нестабильными образованиями. У 30 диагностирована ложная артериальная аневризма, у 12 – гемобилия. При ложных аневризмах и артериовенозных соустьях выполняли эндоваскулярную эмболизацию. У 2 больных с повреждениями V степени тяжести рентгенэндоваскулярный гемостаз был неэффективен. Оба больных погибли на фоне рецидива кровотечения. Третья группа представлена 72 больными с нестабильными очаговыми образованиями (скопление желчи, билиогематома). Пункцию и дренирование жидкостного объемного образования в печени осуществляли под контролем УЗИ. В четвертой группе было 11 больных со стабильными инфицированными образованиями печени. Во всех наблюдениях для санации под контролем УЗИ устанавливали 2–3 катетера типа pig-tail 9F. В 10 наблюдениях наступило выздоровление, одна больная погибла от сепсиса.

Заключение. Современные инструментальные методы диагностики позволяют оценить характер посттравматических осложнений в печени, оказать своевременное лечебное пособие при минимальном повреждении окружающих тканей, обеспечивают адекватную санацию посттравматических объемных образований, а при травматических ложных аневризмах – их эмболизацию, сокращая сроки лечения и снижая экономические затраты.

Ключевые слова: печень, повреждение, посттравматические изменения, гематома, скопление желчи, гемобилия, аневризма, очаговый некроз печени, миниинвазивные вмешательства.

Владимирова Елизавета Семеновна – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. **Дубров Эрик Яковлевич** – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. **Черная Наталья Резовна** – канд. мед. наук, профессор, старший научный сотрудник НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского.

Для корреспонденции: Владимирова Елизавета Семеновна – 129090, Москва, Большая Сухаревская пл., 3 Б, Российская Федерация. Тел.: 8-495-680-49-64. E-mail: prizma06@yandex.ru

Панкреатогенные псевдокисты печени и селезенки: патогенез, диагностика и тактика лечения

Мелёхина О.В., Жаворонкова О.И., Степанова Ю.А., Ионкин Д.А.

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

Введение. Псевдокисты в паренхиме селезенки и печени встречаются крайне редко, однако внутриселезеночная локализация опасна в связи с риском массивного кровоизлияния и разрыва органа, а в паренхиме печени может быть причиной септических состояний при их нагноении.

Цель. Проанализировать опыт диагностики и лечения панкреатогенных псевдокист печени и селезенки.

Материал и методы. За 1985–2013 гг. обследовано 37 пациентов с панкреатогенными псевдокистами органной локализации: в селезенке у 33 (89,2%) пациентов, в печени – у 4 (10,8%).

Результаты. Нагноение псевдокист в селезенке отмечено в 84,8% наблюдений. Чрескожное дренирование как единственное лечебное пособие выполнено 10 (30,3%) пациентам, дистальная резекция со спленэктомией на фоне калькулезного панкреатита с поражением хвоста поджелудочной железы – 23 (69,7%) больным. Псевдокисты печени осложнились нагноением во всех наблюдениях. Выполняли чрескожное дренирование под контролем УЗИ, эвакуацию и фракционную или проточную санацию, что стало окончательным видом лечения. В полученном содержимом псевдокист во всех наблюдениях выявлена высокая активность амилазы. Бактериологическое подтверждение роста микрофлоры в содержимом не являлось облигатным.

Заключение. Панкреатогенные псевдокисты печени и селезенки могут нагнаиваться и усугублять течение основного заболевания, являясь причиной развития сепсиса и перитонита вследствие разрыва капсулы органа и кровотечения в брюшную полость. Применение чрескожных миниинвазивных технологий позволяет улучшить результаты лечения этой категории больных и может быть окончательным этапом лечения.

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз, псевдокиста, селезенка, печень, миниинвазивные технологии.

Мелёхина Ольга Вячеславовна – канд. мед. наук, научный сотрудник отдела лучевых методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Министерства здравоохранения России. Жаворонкова Ольга Ивановна – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела лучевых методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Министерства здравоохранения России. Степанова Юлия Александровна – доктор мед. наук, старший научный сотрудник отдела лучевых методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Министерства здравоохранения России. Ионкин Дмитрий Анатольевич – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения хирургии печени и поджелудочной железы ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Министерства здравоохранения России.

Для корреспонденции: Мелёхина Ольга Вячеславовна – 117997, Москва, ул. Б. Серпуховская, 27, Институт хирургии им. А.В. Вишневского. Тел.: +7-499-236-44-14. E-mail: melekhina@ixv.ru

Внутрипротоковая лучевая терапия неоперабельных больных холангиоцеллюлярным раком: технические аспекты и отдаленные результаты

Макаров Е.С., Нечушкин М.И., Долгушин Б.И.,
Кукушкин А.В., Молодикова Н.Р., Козлов О.В.

ФГБУ “Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина” РАМН; 115478, Москва,
Каширское шоссе, 24, Российская Федерация

Цель. Оценить эффективность внутрипросветной лучевой терапии (ВЛТ) у больных местнораспространенным холангиоцеллюлярным раком.

Материал и методы. 73 пациентам с морфологически установленным диагнозом холангиокарциномы желчных протоков, осложненной механической желтухой, проведено комбинированное лечение: чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков, ВЛТ с последующей реконструкцией билиарной системы. Внутрипросветную лучевую терапию проводили с использованием аппарата “Микроселектрон HDR” на расстоянии 10 мм от центра источника. Суммарная очаговая доза (СОД) составила 60 иГр. Последующую реконструкцию желчных протоков осуществляли стентированием, установкой постоянного чреспеченочного дренажа, формированием холангиогастростомы.

Результаты. Метод комбинированного лечения при местнораспространенном нерезектабельном раке внепеченочных желчных протоков применен 73 пациентам. Проведена ВЛТ в СОД 60 иГр. В 4 наблюдениях ВЛТ дополнена дистанционной гамма-терапией (СОД 30–35 Гр). В 56 наблюдениях оставлен постоянный чреспеченочный катетер, 16 больным установлены эндопротезы wallstent. В одном наблюдении выполнена пункционная холангиогастростомия. В группу контроля включили 55 больных, которым выполнено только паллиативное дренирование желчных протоков. Выживаемость в группе анализа за 3, 6, 9, 12 и 24 мес составила 100, 91,4, 72,8, 47,2 и 36,3% соответственно. Выживаемость в группе контроля составила соответственно 94,5, 56,4, 47,3, 7,3, 0%.

Заключение. Разработанный метод комбинированного лечения при раке внепеченочных желчных протоков позволил достоверно увеличить продолжительность жизни больных местнораспространенными формами холангиокарциномы.

Ключевые слова: внутрипросветная лучевая терапия, опухоль Клацкина, холангиокарцинома, чрескожная чреспеченочная холангиостомия.

Макаров Евгений Сергеевич – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения радиохирургии ФГБУ “РОНЦ им. Н.Н. Блохина” РАМН. **Нечушкин Михаил Иванович** – доктор мед. наук, профессор, заведующий отделением радиохирургии ФГБУ “РОНЦ им. Н.Н. Блохина” РАМН. **Долгушин Борис Иванович** – доктор мед. наук, член-корр. РАМН, заведующий отделом лучевой диагностики и интервенционной радиологии ФГБУ “РОНЦ им. Н.Н. Блохина” РАМН. **Кукушкин Андрей Всеволодович** – канд. мед. наук, врач-рентгенолог лаборатории интервенционной радиологии ФГБУ “РОНЦ им. Н.Н. Блохина” РАМН. **Молодикова Наталья Робертовна** – канд. мед. наук, врач-хирург отделения радиохирургии ФГБУ “РОНЦ им. Н.Н. Блохина” РАМН. **Козлов Олег Владимирович** – медицинский физик отделения радиохирургии ФГБУ “РОНЦ им. Н.Н. Блохина” РАМН.

Для корреспонденции: Макаров Евгений Сергеевич – 115478, Москва, Каширское шоссе, 23, ФГБУ “РОНЦ им. Н.Н. Блохина” РАМН. Тел.: 8-903-148-79-04. E-mail: evgenimakarov@yandex.ru

Кистозная трансформация желчных протоков

Воробей А.В.^{1,2}, Орловский Ю.Н.¹, Вижинис Е.И.¹, Шулейко А.Ч.¹

¹ Белорусская медицинская академия последипломного образования; 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, д. 3, корп. 3, Республика Беларусь

² Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии; 223041, Минская обл. и р-н, п. Лесной, д. 1, Республика Беларусь

Цель. Представить современные данные о диагностике и лечении кистозной трансформации желчных протоков, а также собственный опыт лечения таких больных.

Материал и методы. Наблюдали 4 больных: у 3 было диагностировано кистозное поражение внепеченочных желчных протоков, у 1 – болезнь Кароли. У всех больных отмечены холангит и механическая желтуха. Для диагностики использовали УЗИ, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, эндоскопические методы.

Результаты. Характер операции зависел от локализации повреждения: при поражении внепеченочных желчных протоков выполняли резекцию гепатикохоледоха с последующим наложением гепатикоюноанастомоза, при болезни Кароли – гемигепатэктомии и гепатикоюностомии. Осложнений после операции не было.

Заключение. Больных с кистозным поражением желчных протоков необходимо обследовать в специализированных отделениях, имеющих современное диагностическое оборудование и опыт операций, включающих резекцию печени и реконструктивные вмешательства на желчных протоках.

Ключевые слова: кистозная трансформация желчных протоков, болезнь Кароли, гепатикоюностомия.

Воробей Александр Владимирович – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования, руководитель Республиканского центра реконструктивной хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии. **Орловский Юрий Николаевич** – ассистент кафедры хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования. **Вижинис Ежи Ионас** – ассистент кафедры хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования. **Шулейко Анатолий Чеславович** – доцент кафедры хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования.

Для корреспонденции: Воробей Александр Владимирович – 223052, Беларусь, Минская обл. и р-н, д. Боровляны, ул. 40 лет Победы, 18-8. Тел./факс: +3-7517-265-22-13. E-mail: varabeiproct@tut.by

Функциональные и морфологические нарушения печени при остром обтурационном холестазе и их коррекция (экспериментальное исследование)

Беляев А.Н., Козлов С.А., Беляев С.А., Костин С.В., Дербеденева О.А.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева» Министерства образования и науки РФ; 430005, Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Большевикская, д. 68, Российская Федерация

Цель. Изучить морфофункциональные изменения печени при обтурационном холестазе и возможности их патогенетической коррекции.

Материал и методы. В эксперименте на 24 наркотизированных собаках моделировали обтурационный холестаз перевязкой общего желчного протока. После 3-х суток проводили декомпрессию желчного протока и инфузионную терапию с применением мексидола 6,5 мг/кг. Определяли концентрацию билирубина, активность аминотрансфераз, каталазы, малонового диальдегида в плазме. Проводили световую микроскопию печени.

Результаты. К 3-м суткам обтурации желчного протока общий билирубин возрос с 7,08 до 288,3 мкмоль/л, активность АлАТ — с 0,18 до 4,19 ммоль·ч/л, малоновый диальдегид — с 3,72 до 15,57 мкмоль/л. Активность каталазы уменьшилась с $3,57 \pm 0,56$ до $2,38 \pm 0,37$ мккат/л. Морфологические изменения печени характеризовались выраженным билирубиностазом в гепатоцитах, расширением междольковых желчных протоков и образованием желчных тромбов. Декомпрессия желчного протока способствовала уменьшению концентрации прямого билирубина до 94 мкмоль/л, АлАТ — до 2,18 ммоль·ч/л. Однако отмечено дальнейшее увеличение содержания малонового диальдегида до $21,01 \pm 1,17$ мкмоль/л и уменьшение активности каталазы до $2,19 \pm 0,03$ мккат/л на фоне сохраняющихся морфологических нарушений печени. Декомпрессия желчного протока и введение мексидола способствовали уменьшению уровня прямого билирубина до 10,01 мкмоль/л ($p < 0,001$), активности АлАТ — до 0,45 мкмоль/мл·ч ($p < 0,001$), малонового диальдегида — до 7,98 мкмоль/л ($p < 0,05$). Активность каталазы при этом возрастала до $3,81 \pm 0,67$ мкмоль/л ($p < 0,05$). На гистологических микропрепаратах отмечали нормализацию размеров междольковых желчных протоков. Лишь в отдельных гепатоцитах обнаруживали изменения, преимущественно в виде зернистой паренхиматозной дистрофии.

Заключение. Морфологические изменения в печени происходят с первых суток обтурационного холестаза, а через 7 сут появляются участки деструкции. Декомпрессия желчного протока уменьшает уровень билирубина, но не предупреждает цитолитический гепатит. Введение мексидола на фоне билиарной декомпрессии существенно уменьшает как холестатические, так и цитолитические изменения в печени.

Ключевые слова: обтурационный холестаз, печень, морфология, мексидол.

Беляев Александр Назарович — доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии им. Н.И. Атясова ВГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева». **Козлов Сергей Александрович** — доктор мед. наук, профессор кафедры общей хирургии им. Н.И. Атясова ВГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева». **Беляев Сергей Александрович** — доктор мед. наук, доцент кафедры общей хирургии им. Н.И. Атясова ВГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева». **Костин Сергей Владимирович** — канд. мед. наук, ассистент кафедры общей хирургии им. Н.И. Атясова ВГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева». **Дербеденева Оксана Александровна** — студентка 6-го курса ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева».

Для корреспонденции: Беляев Александр Назарович — 430013, г. Саранск, ул. Победы, д. 14/5, Республиканская клиническая больница. Тел.: 8-987-693-32-17. E mail: belyaevan@mail.ru

Протокол *fast-track* при лапароскопической панкреатодуоденальной резекции: первый опыт

Хатьков И.Е.^{1,2}, Хисамов А.А.¹, Израилов Р.Е.^{1,2}, Цвиркун В.В.¹

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

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

Цель. Оценка первого опыта внедрения протокола *fast-track* при лапароскопической панкреатодуоденальной резекции (ЛПДР).

Материал и методы. У 15 пациентов, перенесших ЛПДР, был применен протокол *fast-track*, включавший раннее естественное послеоперационное питание, активизацию и удаление назогастрального зонда, дренажей из брюшной полости и катетеров. Проведено сравнение с группой из 52 пациентов, которые также перенесли ЛПДР, но тактика лечения была традиционной. Оценивали сроки лечения в стационаре после операции, послеоперационные осложнения и летальность.

Результаты. Среднее время пребывания в стационаре после операции при *fast-track* протоколе достоверно сократилось более чем в 2 раза ($10,4 \pm 6,3$ и $22,15 \pm 10,6$ дня соответственно, $p = 0,001$). Различий между группами по числу послеоперационных осложнений (40 и 46,1%; $p = 0,67$) и летальности (6,7 и 5,8%; $p = 0,89$) не было.

Заключение. Опыт первого применения протокола *fast-track* после ЛПДР показал, что достоверно сокращаются сроки нахождения больных в стационаре после операций без увеличения количества послеоперационных осложнений и летальности. Однако нельзя исключить, что улучшение результатов может быть связано не только с внедрением протокола, но также с положительной динамикой кривой обучения ЛПДР. Необходимо дальнейшее изучение применения протокола *fast-track*, чтобы оценить его влияние на результаты лечения и возможность его применения в хирургии поджелудочной железы.

Ключевые слова: панкреатодуоденальная резекция, поджелудочная железа, послеоперационные осложнения, реабилитация, *fast-track*, осложнения.

Хатьков Игорь Евгеньевич – доктор мед. наук, профессор, директор Московского клинического научно-практического центра, заведующий кафедрой факультетской хирургии №2 лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета. **Хисамов Артур Альбертович** – врач-хирург Московского клинического научно-практического центра. **Израилов Роман Евгеньевич** – доктор мед. наук, профессор, заведующий хирургическим отделом Московского клинического научно-практического центра. **Цвиркун Виктор Викторович** – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник Московского клинического научно-практического центра.

Для корреспонденции: Хисамов Артур Альбертович – 111123, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86. Тел.: 8-926-791-22-91, 8-495-303-17-73. E-mail: arthisamov@mail.ru

Острый деструктивный панкреатит: современное хирургическое лечение

Дарвин В.В.¹, Онищенко С.В.¹, Краснов Е.А.²,
Васильев В.В.², Лысак М.М.¹, Климова Н.В.¹

¹ ГОУ ВПО Медицинский институт Сургутского государственного университета ХМАО-Югры; 628400, г. Сургут, ул. Ленина, д. 1, Российская Федерация

² БУ ХМАО-Югры “Сургутская окружная клиническая больница”; 628400, г. Сургут, ул. Энергетиков, д. 14, Российская Федерация

Цель. Анализ результатов лечения больных острым деструктивным панкреатитом путем оценки эффективности применения традиционных и миниинвазивных вмешательств и разработка оптимальной лечебной тактики.

Материал и методы. Анализовали результаты хирургического лечения 377 больных некротическим панкреатитом. Больных тяжелым панкреонекрозом было 180 (47,7%). Хирургическую деятельность анализировали за 1995–1999 гг. и с 2000 г. по настоящее время. В первом периоде оперировано 164 больных традиционным лапаротомным способом. Во втором периоде из 213 больных (II группа) 188 (88,3%) применены миниинвазивные технологии, 98 – лапароскопический доступ, 71 – минилапаротомия и минилумботомия, 19 – пункция под контролем УЗИ, 25 (11,7%) – традиционные вмешательства. В зависимости от стадии заболевания больные были разделены на группу А – оперированные в стадии асептического некроза – 205 (54,4%) человек и группу Б – оперированные по поводу инфицированного панкреонекроза – 172 (45,6%) пациента.

Результаты. Наибольшее число системных осложнений в виде органной недостаточности в раннем послеоперационном периоде отмечено у пациентов IA группы ($p < 0,05$). Развитие гнойно-септических осложнений в более поздние сроки заболевания достоверно чаще отмечено также в I группе. У больных IA группы ранняя летальность составила 12,5%, поздняя – 18,7%, среди пациентов IB группы – 7,3% и 8,8% соответственно, в группе ПА – 7,3 и 4,5%, ПБ – 4,8 и 6,7%. Сепсис и иные инфекционные осложнения были основной причиной поздней летальности в обеих группах. Общая летальность в I группе оставила 25%, во II – 11,7% ($p < 0,05$).

Заключение. Разработка и внедрение в клиническую практику стандартизованного подхода к выбору лечебного алгоритма, сочетающего комплексную консервативную терапию и рациональный выбор сроков и способа операции, позволяют уменьшить частоту послеоперационных осложнений с 16,7 до 4,95%, послеоперационной летальности – с 25 до 11,7%.

Ключевые слова: острый панкреатит, описторхозный папиллит, стенозирующий папиллит, панкреонекроз, асептический некроз, минилумботомия.

Дарвин Владимир Васильевич – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии медицинского института Сургутского государственного университета ХМАО-Югры. **Онищенко Сергей Вальдемарович** – канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии медицинского института Сургутского государственного университета ХМАО-Югры. **Краснов Евгений Анатольевич** – канд. мед. наук, заместитель главного врача по хирургической помощи БУ ХМАО-Югры “Сургутская окружная клиническая больница”. **Васильев Василий Васильевич** – канд. мед. наук, заведующий хирургическим отделением БУ ХМАО-Югры “Сургутская окружная клиническая больница”. **Лысак Михаил Михайлович** – канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии медицинского института Сургутского государственного университета ХМАО-Югры. **Климова Наталья Валерьевна** – доктор мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии медицинского института Сургутского государственного университета ХМАО-Югры.

Для корреспонденции: Онищенко Сергей Вальдемарович – 628402, Тюменская обл., г. Сургут, ул. Мелик-Карамова, д. 25, кв. 116, Российская Федерация. Тел.: +7-912-817-00-40. E-mail: sergej-on@mail.ru

Роль микроциркуляторных расстройств в прогрессировании острого панкреатита

Власов А.П.¹, Анаскин С.Г.², Власова Т.И.¹, Суслов А.В.¹, Турыгина С.А.³, Потянова И.В.³

¹ ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»; 430005, г. Саранск, ул. Большевикская, 68, Российская Федерация

² Обнинский институт атомной энергетики – филиал ФГАОУ ВПО «Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»»; 249040, г. Обнинск Калужской обл., Студгородок, 1, Российская Федерация

³ ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»; 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1, Российская Федерация

Цель. Установить роль микроциркуляторных расстройств в триггерных механизмах прогрессирования острого панкреатита.

Материал и методы. Работа проводилась на 36 взрослых беспородных собаках обоего пола, разделенных на две группы. В первой группе ($n = 18$) моделировали отечную форму острого панкреатита, во второй группе ($n = 18$) моделировали деструктивную форму острого панкреатита. В контрольные сроки исследования (1-е, 3-и и 5-е сутки) выполняли релапаротомию, в ткани поджелудочной железы интраоперационно исследовали микроциркуляцию и показатели тканевого дыхания. Выполняли биопсию органа для исследования свободнорадикальных процессов, определения качественного и количественного состава липидов.

Результаты. Одним из значимых патогенетических механизмов, лежащих в основе прогрессирования острого панкреатита, является циркуляторная гипоксия, что подтверждается уменьшением показателя микроциркуляции во второй группе по сравнению с первой более чем на 25% ($p < 0,05$). На фоне циркуляторной гипоксии тканевая гипоксия развивается не столь быстро. Разница редокс-потенциала, коэффициента диффузии кислорода и гипоксии в первой и второй группах в первые 3 сут заболевания составляла не более 17%. При деструктивном панкреатите отмечаются более глубокие нарушения в системе перекисного окисления липидов. Уровень диеновых конъюгатов в тканях органа на 1-е сутки увеличился на 131,3% ($p < 0,05$), на 3-и – на 178,4% ($p < 0,05$). Активность фосфолипазы А2 в тканевых структурах поджелудочной железы в ходе эксперимента достоверно повышалась относительно нормы на 755,6 и 874,9% соответственно.

Заключение. Одним из важнейших факторов прогрессирования острого панкреатита является циркуляторная гипоксия поджелудочной железы. Тканевая гипоксия развивается вторично. Циркуляторная гипоксия при остром панкреатите является базисом оксидативного и фосфолипазного дистресс-синдрома тканевых структур органа – основных цитодеструктивных факторов, обуславливающих развитие и прогрессирование панкреонекроза.

Ключевые слова: острый панкреатит, микроциркуляция, тканевое дыхание, оксидативный стресс, фосфолипазный стресс, мембранодеструкция.

Власов Алексей Петрович – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии ФГБОУ ВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева». **Анаскин Сергей Геннадьевич** – канд. мед. наук, заведующий кафедрой хирургических болезней медицинского факультета Обнинского института атомной энергетики – филиала ФГАОУ ВПО «Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»». **Власова Татьяна Ивановна** – канд. мед. наук, ассистент кафедры патологии ФГБОУ ВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева». **Суслов Андрей Владимирович** – аспирант кафедры факультетской хирургии медицинского института ФГБОУ ВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева». **Турыгина Светлана Анатольевна** – канд. биол. наук, доцент кафедры гистологии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова». **Потянова Ирина Владимировна** – канд. мед. наук, ассистент кафедры госпитальной терапии №1 ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова».

Для корреспонденции: Власов Алексей Петрович – 430005, г. Саранск, ул. Большевикская, 68. Тел.: 8-834-232-87-56. E-mail: vap.61@yandex.ru

Факторы риска послеоперационных панкреатических свищей при травматических повреждениях поджелудочной железы

Шнейдер В.Э., Махнев А.В.

Кафедра госпитальной хирургии Тюменской государственной медицинской академии Министерства здравоохранения РФ; 625023 г. Тюмень, ул. Одесская, 54, Российская Федерация

Цель. Установить факторы риска развития панкреатических свищей после хирургического лечения травм поджелудочной железы.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 202 наблюдений хирургического лечения травм поджелудочной железы. Изучено 144 фактора риска развития послеоперационных панкреатических свищей. Кроме проведения сравнительного анализа каждого фактора отдельно с риском возникновения свищей выполнен многомерный анализ на основе логистической регрессии. Все пациенты были разделены на 4 группы. В группу 0 включили 126 пациентов без свищей, а в группы А, В и С – 76 (37,6%) больных в соответствии со степенью свища по классификации ISGPF.

Результаты. Послеоперационные панкреатические свищи степени А образовались у 13 пациентов, степени В – у 28 оперированных, свищи С – у 35 больных. Специфическая летальность составила 8,9%. Средняя продолжительность стационарного лечения пациентов со свищами составила $34,5 \pm 3,0$ дня, а без этого осложнения – $16,7 \pm 0,9$ дня ($p < 0,001$). Кроме того, 23 пациента из групп В и С выписаны на амбулаторное лечение с функционирующими свищами, троим из них в дальнейшем потребовалось оперативное лечение. При одномерном анализе 46 факторов имели значимое влияние на формирование послеоперационных панкреатических свищей. При многомерном анализе выявлена комбинация 7 предикторов, позволяющая прогнозировать развитие свищей после операции по поводу травмы поджелудочной железы с диагностической эффективностью 93,6%.

Заключение. Предикторами послеоперационных панкреатических свищей оказались развитие панкреонекроза или других специфических послеоперационных осложнений 3–5-й степени тяжести по D. Dindo и соавт. (2004), синдрома полиорганной недостаточности, степень тяжести повреждения и пропущенная травма поджелудочной железы, а также лейкоцитарный индекс интоксикации на 3-и сутки после операции и количество отделяемого по дренажам из сальниковой сумки.

Ключевые слова: панкреатический свищ, повреждение поджелудочной железы, хирургическое лечение, факторы риска, прогноз.

Шнейдер Владимир Эдуардович – доцент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО ТюмГМА. Махнев Андрей Владимирович – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО ТюмГМА.

Для корреспонденции: Шнейдер Владимир Эдуардович – 625023 г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. Тел.: 8-922-268-36-52. E-mail: w_schneider@mail.ru

Бесконтактная мобилизация поджелудочной железы: как я делаю это Часть 2. Дистальная резекция железы

Егиев В.Н.

*ФГБУ “Лечебно-реабилитационный центр” Министерства здравоохранения России;
125367, Москва, Ивановское шоссе, д. 3, Российская Федерация*

В работе представлен вариант радикальной антеградной модульной мобилизации опухоли дистальной части поджелудочной железы, который относится к изоляции “no-touch”. Проведен анализ современной литературы, посвященной этому варианту мобилизации. Необходимо проведение дополнительного исследования для уточнения целесообразности такой мобилизации.

Ключевые слова: поджелудочная железа, рак, панкреатодуоденальная резекция, no-touch.

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

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

Диагностика и выбор способа оперативного лечения при повреждениях двенадцатиперстной кишки

Татаршаов М.Х.^{1,2}, Борлаков В.Р.², Махожов А.М.²

¹ Медицинский институт ГБОУ ВПО «Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия»; 369000, Карачаево-Черкесская Республика, г. Черкесск, ул. Космонавтов, д. 100, корп. 13, Российская Федерация

² РГБ ЛПУ «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница»; 369000, Карачаево-Черкесская республика, г. Черкесск, ул. Гвардейская, д. 1, Российская Федерация

Цель. Выработать диагностический алгоритм при повреждениях двенадцатиперстной кишки и обосновать показания к различным способам оперативного лечения.

Материал и методы. С 1998 по 2013 г. хирургическое лечение проведено 32 больным с различными повреждениями двенадцатиперстной кишки. Открытые повреждения выявлены у 20 (62,5%) больных, закрытые – у 12 (37,5%). В 28 (87,5%) наблюдениях были сочетанные повреждения.

Результаты. Комплексное обследование позволило выявить повреждение двенадцатиперстной кишки у 29 (90,6%) пациентов. Послеоперационные осложнения отмечены у 14 (43,7%) пострадавших: после закрытых повреждений – у 58,3%, при открытых – у 35,0%. Релапаротомия потребовалась в 9 (28,1%) наблюдениях. Послеоперационная летальность составила 21,8%, при закрытых травмах – 25%, при колото-резаных ранениях – 16,7%, при огнестрельных – 50%.

Заключение. Комплексное обследование до и во время операции, широкая мобилизация двенадцатиперстной кишки являются обязательными условиями в диагностике повреждений двенадцатиперстной кишки. При оперативных вмешательствах, выполненных позднее 12 ч после травмы, при обширных повреждениях брюшинного отдела двенадцатиперстной кишки показано выключение ее из пассажа. В условиях выраженного брюшинного гнойно-некротического процесса операцией выбора является формирование дуоденостомы с выключением двенадцатиперстной кишки из пассажа.

Ключевые слова: повреждение, ранение, двенадцатиперстная кишка, брюшинная флегмона.

Татаршаов Мухарби Хаджибикирович – доктор мед. наук, профессор, заведующий хирургическим отделением №1 РГБ ЛПУ «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница», Медицинский институт ГБОУ ВПО «Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия». Борлаков Владимир Рамазанович – канд. мед. наук, врач-хирург хирургического отделения №1 РГБ ЛПУ «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница». Махожов Артур Мухадинович – врач-рентгенэндоваскулярный хирург отделения рентгенхирургических методов диагностики и лечения РГБ ЛПУ «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница».

Для корреспонденции: Татаршаов Мухарби Хаджибикирович – 369000, Карачаево-Черкесская республика, г. Черкесск, ул. Гвардейская, д. 1, Российская Федерация. Тел.: 8-928-389-31-99. E-mail: m.tatarshaov@mail.ru

Применение роботизированного хирургического комплекса da Vinci в хирургии печени

Берелавичус С.В., Поляков И.С., Кригер А.Г., Горин Д.С.

ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Министерства здравоохранения России; 117998, г. Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27, Российская Федерация

Вмешательства на печени позиционируют как одни из наиболее сложных в абдоминальной хирургии. Постоянное совершенствование миниинвазивных технологий позволяет значительно уменьшить интраоперационную травму и число послеоперационных осложнений при операциях на печени. В настоящее время в руках хирургов появился принципиально новый инструмент – роботический комплекс da Vinci, являющийся логическим продолжением и развитием лапароскопической технологии. В обзоре проанализированы данные мировой литературы о применении комплекса da Vinci в хирургии печени.

Ключевые слова: *роботические операции, da Vinci, роботический комплекс, резекция печени, робот-ассистированные вмешательства.*

Берелавичус Станислав Валерьевич – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии №1, ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ. **Поляков Игорь Сергеевич** – аспирант отделения абдоминальной хирургии №1, ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ. **Кригер Андрей Германович** – доктор мед. наук, профессор, заведующий отделением абдоминальной хирургии №1, ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ. **Горин Давид Семенович** – канд. мед. наук, научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии №1, ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ.

Для корреспонденции: Берелавичус Станислав Валерьевич – 117997, г. Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27. Тел.: 8-903-963-10-90. E-mail: berelav@mail.ru

Тератома печени

Икрамов Р.З.¹, Ионкин Д.А.¹, Усякий П.В.¹, Степанова Ю.А.¹,
Макеева-Малиновская Н.Ю.¹, Филиппова Е.М.¹, Гусейнов Э.К.²

¹ ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Министерства здравоохранения России,
117997, Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27, Российская Федерация

² ГБОУ ВПО “Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова”;
119992, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, Российская Федерация

Тератома – это редкое врожденное новообразование, характеризующееся аномальным ростом и образующееся из трех зародышевых листков, которые могут локализоваться в различных анатомических областях. Тератомы печени составляют менее 1% от всех тератом. Несмотря на достаточно типичную картину тератомы по данным лучевых методов исследования, большинство авторов отмечают трудности диагностики вследствие редкости заболевания. Клиническое наблюдение пациентки с тератомой печени демонстрирует возможности современных методов диагностики и лечения.

Ключевые слова: тератома печени, лучевая диагностика, лечение.

Икрамов Равшан Зияевич – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения хирургии печени и поджелудочной железы ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Министерства здравоохранения России. **Ионкин Дмитрий Анатольевич** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения хирургии печени и поджелудочной железы ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Министерства здравоохранения России. **Усякий Павел Валерьевич** – аспирант отделения хирургии печени и поджелудочной железы ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Министерства здравоохранения России. **Степанова Юлия Александровна** – доктор мед. наук, старший научный сотрудник отдела лучевых методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского”. **Макеева-Малиновская Наталья Юрьевна** – научный сотрудник отделения лучевой диагностики ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Министерства здравоохранения России. **Филиппова Екатерина Михайловна** – научный сотрудник патологоанатомического отделения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Министерства здравоохранения России. **Гусейнов Эльдар Камранович** – научный сотрудник отдела гепатопанкреатобилиарной и регенеративной хирургии Научно-исследовательского института молекулярной медицины, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова.

Для корреспонденции: Икрамов Равшан Зияевич – 117997 Москва, ул. Б. Серпуховская, 27, Институт хирургии им. А.В. Вишневского. Тел.: +7-499-237-92-26. E-mail: ikramov@ixv.ru

Рефераты иностранных журналов

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

Ахаладзе Гурам Германович – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательского отдела хирургии и хирургических технологий в онкологии ФГБУ “Российский научный центр 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

Из истории

**Хирургические операции на печени,
желчных путях и поджелудочной железе
Введение • Часть I. Хирургия печени***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

В статье приведен хронологический обзор развития хирургии печени с указанием авторов, их подходов к проблеме лечения, разработки и внедрения хирургических вмешательств, которые отображают исторические этапы развития гепатопанкреатобилиарной хирургии.

Ключевые слова: печень, желчные протоки, поджелудочная железа, хирургия, история.

Пархисенко Юрий Александрович – доктор мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО “ВГМА им. Н.Н. Бурденко”. **Жданов Александр Иванович** – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО “ВГМА им. Н.Н. Бурденко”. **Пархисенко Вадим Юрьевич** – ассистент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО “ВГМА им. Н.Н. Бурденко”. **Калашник Роман Сергеевич** – студент 6-го курса лечебного факультета ГБОУ ВПО “ВГМА им. Н.Н. Бурденко”.

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