

АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ



ANNALS OF SURGICAL HEPATOLOGY ANNALY KHIRURGICHESKOY GEPATOLOGII

© МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
"АССОЦИАЦИЯ ХИРУРГОВ-ГЕПАТОЛОГОВ"

© INTERNATIONAL PUBLIC ORGANIZATION
"ASSOCIATION OF SURGICAL HEPATOLOGISTS"

2015. Том 20, № 1

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), **Бебезов 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), **Заривчачкий М.Ф.** (Пермь, Россия), **Каримов**
Ш.И. (Ташкент, Узбекистан), **Красильников Д.М.** (Казань,
Россия), **Лупальцев В.И.** (Харьков, Украина), **Полуэктов**
В.Л. (Омск, Россия), **Прудков М.И.** (Екатеринбург,
Россия), **Сейсембаев М.А.** (Алматы, Казахстан), **Совцов**
С.А. (Челябинск, Россия), **Тимербулатов В.М.** (Уфа,
Россия), **Чугунов А.Н.** (Казань, Россия), **Штофин С.Г.**
(Новосибирск, Россия)

Зав. редакцией **Платонова Л.В.**

Журнал включен ВАК РФ в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Адрес для корреспонденции:

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

ООО "Видар" 109028, Москва, а/я 16.

Контакты (495) 768-04-34, (495) 589-86-60,
<http://www.vidar.ru>

2015. V. 20. N 1

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

BOARD OF CONSULTANTS:

Al'perovich B.I. (Tomsk, Russia), **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	Камень большого сосочка двенадцатиперстной кишки и острый панкреатит <i>Михайлуков С.В., Моисеев Е.В., Мисроков М.М.</i>	90
Пленум Правления Ассоциации хирургов-гепатологов	7	Использование катетера направленной атерэктомии TurboHawk для биопсии при чрескожной чреспеченочной холангиостомии <i>Цыганков В.Н., Ховалкин Р.Г., Варва А.Б.</i>	96
XXII конгресс Ассоциации хирургов-гепатологов	8		
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ			
Гарик Ваганович Манукьян – редактор раздела	10		
От редактора раздела	11		
Дифференцированное хирургическое лечение портальной гипертензии и ее осложнений у больных циррозом печени. Часть I. Оценка тяжести течения заболевания и выбор метода хирургического вмешательства <i>Манукьян Г.В., Шерцингер А.Г.</i>	14		
Дистальный спленоренальный анастомоз у больных разных возрастных групп <i>Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А.</i>	24		
Влияние операции TIPS на портосистемную гемодинамику у больных с портальной гипертензией <i>Хоронько Ю.В., Дмитриев А.В.</i>	29		
Выбор метода хирургического лечения больных с портальной гипертензией <i>Лебезев В.М., Камалов Ю.Р., Любимый Е.Д., Крюкова И.Е., Кобелев И.А., Шерцингер А.Г.</i>	37		
Внепеченочная портальная гипертензия и тромбоз воротной вены (обзор литературы) <i>Фандеев Е.Е., Любимый Е.Д., Гонсалес Гонсалес Д., Сысоева Е.П., Киценко Е.Е.</i>	45		
Трансплантация печени при синдроме портальной гипертензии <i>Руммо О.О.</i>	59		
ПЕЧЕНЬ			
Сравнительный анализ описторхозных и непаразитарных абсцессов печени <i>Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Цхай В.Ф., Саипов М.Б., Подгорнов В.Ф., Толкаева М.В., Саенко Д.С.</i>	66		
Морфофункциональные изменения печени крыс в ранние сроки после резекции левой доли с применением холодноплазменного коагулятора (экспериментальное исследование) <i>Семичев Е.В., Байков А.Н., Дамбаев Г.Ц., Бушланов П.С.</i>	76		
ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ			
Чреспеченочная холангиостомия при нерасширенных желчных протоках <i>Охотников О.И., Яковлева М.В., Григорьев С.Н.</i>	84		
		ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА	
		Опыт 200 панкреатодуоденэктомий – оценка различных вариантов анастомозов <i>Велигоцкий Н.Н., Велигоцкий А.Н., Арутюнов С.Э.</i>	100
		ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	
		Солидно-псевдопапиллярная опухоль поджелудочной железы, проблемы диагностики и лечения <i>Чхиквадзе В.Д., Зеленина И.А., Ахаладзе Г.Г.</i> ..	106
		КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ	
		Билиарный папилломатоз как причина стриктуры конfluence желчных протоков <i>Погребняков И.В., Сергеева О.Н., Черкасов В.А., Панов В.О., Чистякова О.В., Долгушин Б.И.</i>	116
		Микробиологическая диагностика и выбор антимикробной терапии инфекции желчевыводящих путей <i>Фирсова В.Г., Паршиков В.В., Чеботарь И.В., Лазарева А.В., Погорелов А.Г.</i>	124
		РЕФЕРАТЫ ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛОВ	
		Рефераты иностранных журналов <i>Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.</i>	132
		ИЗ ИСТОРИИ	
		Хирургические операции на печени, желчных путях и поджелудочной железе Часть II. Хирургия желчных путей <i>Пархисенко Ю.А., Жданов А.И., Пархисенко В.Ю., Калашник Р.С.</i>	137
		ЮБИЛЕЙ	
		Владимир Петрович Глабай – к 70-летию со дня рождения	150
		НЕКРОЛОГ	
		Памяти академика Мухтара Алиева	151

Дифференцированное хирургическое лечение портальной гипертензии и ее осложнений у больных циррозом печени

Часть I. Оценка тяжести течения заболевания и выбор метода хирургического вмешательства

Манукьян Г.В., Шерцингер А.Г.

Отделение экстренной хирургии и портальной гипертензии, ФГБНУ “Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского”; 119435, г. Москва, Абрикосовский пер., д. 2, Российская Федерация

Цель. Разработать систему оценки степени компенсации заболевания и алгоритм выбора метода хирургического лечения больных циррозом печени и портальной гипертензией.

Материал и методы. У 166 больных циррозом печени и портальной гипертензией изучены основные параметры нутритивно-метаболического статуса, центральной гемодинамики, портопеченочного кровообращения, кислородного режима тканей и важнейших клинических синдромов (асцит, желтуха, печеночная энцефалопатия) в зависимости от тяжести течения и степени компенсации заболевания.

Результаты. С нарастанием тяжести течения заболевания в группах А, В и С по Child происходит усиление интенсивности катаболизма и дезорганизация аминокислотного обмена. Это сопровождается увеличением белкового дефицита в соматическом и висцеральном белковых отделах организма, формированием средне-тяжелых и тяжелых форм недостаточности питания. Параллельно происходят компенсаторные изменения в центральной гемодинамике: переход с нормокинетического типа кровообращения в группе А на гиперкинетический в группе В, “поломка” компенсации с формированием гипокинетического типа кровообращения в группе С. Это сопровождается изменениями в портопеченочном кровообращении и отражается на функциональном состоянии печени. Предложена гипотеза прогрессирования печеночной недостаточности с формированием пяти функциональных классов. В патогенезе печеночной недостаточности важную роль играют нарушения трофического гомеостатического поддерживающего формирование порочного круга. На основе полученных данных выделены дополнительные группы, характеризующие переход из одного функционального класса в другой. Дана количественная объективизация изменений основных параметров, характеризующих тяжесть течения заболевания, что позволило модифицировать систему оценки резервного потенциала больных циррозом печени и портальной гипертензией. На основе этой классификации предложен алгоритм выбора метода хирургического лечения этих пациентов.

Заключение. Предлагаемая классификация степени компенсации заболевания у больных циррозом печени и портальной гипертензией не является альтернативой популярным прогностическим системам, но дополняет их в трудных для оценки резервного потенциала и для выбора хирургического лечения клинических ситуациях. Классификация позволит сравнивать полученные результаты при оценке эффективности тех или иных методов лечения.

Ключевые слова: цирроз печени, печеночная недостаточность, портальная гипертензия, классификация, хирургическое лечение.

Манукьян Гарик Ваганович – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ “Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского”. **Шерцингер Александр Георгиевич** – доктор мед. наук, профессор, руководитель отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ “Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского”.

Для корреспонденции: Манукьян Гарик Ваганович – Московская область, г. Мытищи, ул. Рождественская, д. 7, кв. 443. Тел.: +7-929-509-03-03. E-mail: drmanukyan@mail.ru

Дистальный спленоренальный анастомоз у больных разных возрастных групп

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова, 100115, г. Ташкент, ул. Фархадская, д. 10, Узбекистан

Цель. Оценить результаты применения дистального спленоренального анастомоза (ДСРА) у больных циррозом печени старшей возрастной группы.

Материал и методы. В исследование включили 285 больных циррозом печени с портальной гипертензией трех возрастных групп: до 30 лет, 31–49 лет и старше 50 лет. Всем больным выполнено селективное портосистемное шунтирование.

Результаты. При соблюдении показаний к шунтированию для больных циррозом печени возраст пациентов старше 50 лет не сопровождается большим риском развития специфических постшунтовых осложнений. Частота умеренной и тяжелой печеночной недостаточности составила 7,6% в группе до 50 лет и 13,6% в группе старше 50 лет. Латентная и клиническая формы печеночной энцефалопатии выявлены у 57,1 и 66,7% больных соответственно. Частота нарастания асцита отличалась незначительно – 14,1 и 13,6%. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка в раннем периоде после ДСРА развилось у 5,7% пациентов до 50 лет и у 4,5% больных старше 50 лет.

Заключение. ДСРА в настоящее время является доминирующим и выполняется более чем в 50% наблюдений. Для старшей возрастной группы или в условиях низкого компенсаторного резерва гепатоцитов на фоне цирроза печени этот тип шунтирования остается приоритетным, а порой и единственным способом декомпрессии системы воротной вены.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, портосистемное шунтирование, дистальный спленоренальный анастомоз.

Назыров Феруз Гафурович – доктор мед. наук, профессор, директор Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В. Вахидова. **Девятов Андрей Васильевич** – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В. Вахидова. **Бабаджанов Азам Хасанович** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В. Вахидова. **Раимов Салахиддин Абдулаевич** – врач-ординатор отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В. Вахидова.

Для корреспонденции: Бабаджанов Азам Хасанович – 100115, г. Ташкент, ул. Фархадская, 10, РСЦХ им. акад. В. Вахидова. Тел.: 998-90-175-17-03. E-mail: azam746@mail.ru

Влияние операции TIPS на портосистемную гемодинамику у больных с портальной гипертензией

Хоронько Ю.В.¹, Дмитриев А.В.²

¹ Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, хирургическое отделение,

² Кафедра хирургических болезней №2 ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России; 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29, Российская Федерация

Цель. Изучить особенности портосистемной гемодинамики (ПСГ) до и после трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования у больных портальной гипертензией (ПГ) цирротического генеза, а также влияние ПСГ на развитие осложнений, свойственных ПГ, а именно кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, асцита, гепаторенального синдрома.

Материал и методы. Операция выполнена 136 пациентам с осложненной портальной гипертензией, обусловленной циррозом печени. Хирургическую анатомию сосудистой системы печени и воротную гемодинамику изучали при КТ-спленопортографии, ангиографии воротной и печеночных вен, УЗИ с ЦДК системы воротной вены. Результаты операции оценивали с периодичностью в 3–6 мес.

Результаты. Изучена ангиоархитектоника воротной вены и печеночных вен в контексте предстоящей операции. Разработан алгоритм создания внутрипеченочного портосистемного канала, имеющего заданное хирургом направление, что позволяет добиться оптимальных параметров гемодинамики в шунте. Установлено достоверное снижение давления в воротной вене и портосистемного венозного градиента после оперативного вмешательства. Учет анатомических особенностей сосудов печени при формировании внутрипеченочного шунта позволяет добиться стойкой и длительной портальной декомпрессии даже в условиях выраженного цирротического процесса.

Заключение. Трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование позволяет эффективно уменьшить давление в системе воротной вены, нормализовать показатели портосистемной гемодинамики и в значительной мере способствовать предотвращению осложнений, обусловленных портальной гипертензией.

Ключевые слова: портальная гипертензия, пищеводно-желудочные кровотечения, TIPS, эмболизация левой желудочной вены.

Хоронько Юрий Владиленович – доктор мед. наук, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. Дмитриев Андрей Владимирович – канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургических болезней №2 ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России.

Для корреспонденции: Дмитриев Андрей Владимирович – 344015, г. Ростов-на-Дону, ул. Еременко, д. 58/5, кв. 62, Российская Федерация. Тел.: 8-918-557-63-67. E-mail: Dr.dmitriev@inbox.ru

Выбор метода хирургического лечения больных портальной гипертензией

Лебезев В.М., Камалов Ю.Р., Любивый Е.Д., Крюкова И.Е., Кобелев И.А., Шерцингер А.Г.

ФГБНУ “Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского”; 119991, Москва, Абрикосовский пер., д. 2, Российская Федерация

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных с синдромом портальной гипертензии.

Материал и методы. Обследовано 169 больных с синдромом портальной гипертензии, оперированных в плановом порядке. У 100 больных был цирроз печени, у 69 – внепеченочная портальная гипертензия. Всем больным планировали портокавальное шунтирование. Больным циррозом печени выполняли только селективное портокавальное шунтирование, при внепеченочной портальной гипертензии – максимальное шунтирование мезентерикокавальным или спленоренальным анастомозом “бок в бок” или Н-типа.

Результаты. Селективное портокавальное шунтирование выполнено 24 больным, 76 – гастротомия с прошиванием варикозно расширенных вен пищевода и желудка. При внепеченочной портальной гипертензии 43 пациентам сформирован портокавальный анастомоз, 26 – прошиты варикозно расширенные вены пищевода и желудка. От шунтирующих операций отказались ввиду высокой степени активности процесса в печени, наличия энцефалопатии, признаков сердечной недостаточности, а также с учетом данных УЗИ и КТ сосудов воротной системы. Удовлетворительные непосредственные результаты получены у 97% больных, летальность составила 0,8%.

Закключение. Для оптимизации выбора метода хирургического лечения больных портальной гипертензией необходим поэтапный протокол дооперационного обследования: отбор пациентов на основании клинко-лабораторных данных, изучения центральной гемодинамики и неврологического статуса. Необходимо определить гемодинамические и топографические особенности для прогнозирования возможности выполнения различных видов портокавального анастомоза с помощью УЗИ и КТ с 3D-реконструкцией сосудов воротной и каваальной системы, уточнить тип и объем хирургического вмешательства в зависимости от интраоперационных данных.

Ключевые слова: портальная гипертензия, портокавальное шунтирование, цирроз печени, внепеченочная портальная гипертензия, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, трехмерная реконструкция.

Лебезев Виктор Михайлович – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ “РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского”. **Камалов Юлий Рафаэлевич** – доктор мед. наук, профессор, заведующий лабораторией УЗД ФГБНУ “РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского”. **Любивый Евгений Дмитриевич** – канд. мед. наук, заместитель главного врача по лечебной работе ФГБНУ “РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского”; старший научный сотрудник отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ “РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского”. **Крюкова Ирина Евгеньевна** – канд. мед. наук, научный сотрудник Центра медицинской инспекции Департамента здравоохранения города Москвы. **Кобелев Иван Александрович** – аспирант отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ “РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского”. **Шерцингер Александр Георгиевич** – доктор мед. наук, профессор, руководитель отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ “РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского”.

Для корреспонденции: Лебезев Виктор Михайлович – Москва, ул. Дубнинская, 20-3-179.
Тел.: +7-495-471-01-13; 8-916-580-02-09. E-mail: viktorlebezev@yandex.ru

Внепеченочная портальная гипертензия и тромбоз воротной вены (обзор литературы)

Фандеев Е.Е.¹, Любимый Е.Д.¹, Гонсалвес Гонсалез Д.², Сысоева Е.П.³, Киценко Е.А.¹

¹ Отделение экстренной хирургии и портальной гипертензии Российского научного центра хирургии им. акад. Б.В. Петровского; 119991, Москва, Абрикосовский пер., д. 2, Российская Федерация

² Кафедра анестезиологии и реаниматологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России; 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, Российская Федерация

³ Отделение орфанных заболеваний Гематологического научного центра Министерства здравоохранения РФ; 125167, Москва, Новый Зыковский проезд, д. 4, Российская Федерация

Внепеченочный тромбоз воротной вены – вторая по частоте причина портальной гипертензии после цирроза печени. Факторы риска тромбоза разделяют на системные: наследственные и приобретенные тромбофилии (60–70%); и локальные: воспалительные заболевания брюшной полости, травмы, операции и пр. (20–40%). Проявления острого тромбоза, как правило, малосимптомны, и он остается недиагностированным до развития осложнений портальной гипертензии: варикозных кровотечений, портальной билиопатии и пр. Рекомендовано как можно более раннее начало антикоагулянтной терапии, по меньшей мере в течение 3 мес. У больных с портальной каверновой длительная (вплоть до пожизненной) антикоагулянтная терапия направлена на предупреждение рецидива и распространения тромбоза, особенно при тромбофилии. Портокавальное шунтирование является наиболее радикальным методом лечения, избавляя больного от варикозных кровотечений и других осложнений. Проявления печеночной энцефалопатии являются редким явлением и носят субклинический характер. Эндоскопическое лигирование и склеротерапия являются эффективным методом первичной и вторичной профилактики варикозных кровотечений и должны быть дополнены назначением неселективных β-адреноблокаторов. Высокая толерантность к кровотечениям и высокий уровень выживаемости больных объясняются сохранной функцией печени. Летальность среди пациентов (уровень 5-летней летальности – ниже 10%) связана большей частью с сопутствующей патологией, а не с осложнениями портальной гипертензии.

Ключевые слова: тромбоз воротной вены, портальная кавернома, внепеченочная портальная гипертензия, тромбофилия, миелопролиферативные заболевания, варикозное расширение вен, антикоагулянтная терапия, портокавальное шунтирование, эндоскопическое лигирование, склеротерапия, портальная билиопатия.

Фандеев Евгений Евгеньевич – канд. мед. наук, младший научный сотрудник отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии, ФГБНУ “Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского”. **Любимый Евгений Дмитриевич** – канд. мед. наук, заместитель главного врача по лечебной работе ФГБНУ “Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского”; старший научный сотрудник отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии, ФГБНУ “Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского”. **Гонсалвес Диего** – клинический ординатор кафедры анестезиологии и реаниматологии, ГБОУ ВПО “Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова” Минздрава России. **Сысоева Елена Павловна** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения орфанных заболеваний, ФГБУ “Гематологический научный центр” Министерства здравоохранения РФ. **Киценко Евгений Александрович** – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии, ФГБНУ “Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского”.

Для корреспонденции: Фандеев Евгений Евгеньевич – Московская область, Ленинский район, пос. Совхоза им. Ленина, д. 13, кв. 38, Российская Федерация. Тел.: +7-916-726-19-83. E-mail: dr.fan@inbox.ru

Трансплантация печени при синдроме портальной гипертензии

Руммо О.О.

Республиканский научно-практический центр трансплантации органов и тканей, учреждение здравоохранения “9-я городская клиническая больница” г. Минска; 220045, г. Минск, ул. Семашко, д. 8, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценка ближайших и отдаленных результатов трансплантации печени при синдроме портальной гипертензии в Республике Беларусь.

Материал и методы. В ретроспективное исследование включены результаты 256 первичных трансплантаций, выполненных по поводу портальной гипертензии. Группу сравнения составили 30 трансплантаций печени, проведенных по поводу фульминантной печеночной недостаточности ($n = 14$), нерезектабельного альвеококкоза печени ($n = 6$) и новообразований ($n = 10$).

Результаты. Основная и контрольная группы не различались по частоте сосудистых, билиарных и инфекционных осложнений. Частота острого отторжения в сравниваемых группах отличалась: после трансплантации печени по поводу цирротической и надпеченочной портальной гипертензии она составила 8,6% (22 из 256) и ассоциировалась преимущественно с трансплантацией по поводу цирроза печени вирусного генеза, а в группе сравнения – 20% (6 из 30) ($p = 0,05$). Расчетный показатель трехгодичной выживаемости пациентов после трансплантации по поводу портальной гипертензии составил 88,4%, в группе сравнения – 90% ($p = 0,9$).

Заключение. Трансплантация печени является радикальным и высокоэффективным методом лечения пациентов с синдромом портальной гипертензии. Наличие тромбоза воротной вены у этой группы пациентов не является противопоказанием к трансплантации печени.

Ключевые слова: синдром Бадда–Киари, портальная гипертензия, трансплантация печени, тромбоз воротной вены.

Руммо Олег Олегович – доктор мед. наук, руководитель Республиканского научно-практического центра трансплантации органов и тканей.

Для корреспонденции: Руммо Олег Олегович – 220045, Минск, Семашко, д. 8, Беларусь. Тел.: +375-29-198-28-33.
E-mail: olegrumm@tut.by

Rummo Oleg Olegovich – Doct. of Med. Sci., Head of Republican Scientific and Practical Center for Organs and Tissues Transplantation, Minsk.

For correspondence: Rummo Oleg Olegovich – 8, Semashko str., Minsk, 220045, Belarus. Phone: +375-29-198-28-33.
E-mail: olegrumm@tut.by

Сравнительный анализ описторхозных и непаразитарных абсцессов печени

Мерзликін Н.В.¹, Бражникова Н.А.¹, Цхай В.Ф.¹,
Саипов М.Б.¹, Подгорнов В.Ф.², Толкаева М.В.², Саенко Д.С.¹

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

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

Цель: провести сравнительный анализ описторхозных и непаразитарных абсцессов печени.

Материал и методы. Анализировали 46 больных описторхозными и 43 – непаразитарными абсцессами печени.

Результаты. В Томской области, гиперэндемичной по описторхозу, описторхозные гнойники печени встречаются в 3 раза чаще непаразитарных (2,65 и 0,85% соответственно), развиваются при длительной ($13,2 \pm 2,4$ года) и массивной инвазии вследствие нагноения холангиоэктазов и кист печени. В 58,1% наблюдений их выявляют на фоне внепеченочного холестаза, в 93,5% наблюдений они носят холангиогенный характер. Они преимущественно множественные – 58,1% (в том числе милиарные в 7%), небольших размеров (65,1%), локализуются в S_{VII} и S_{VI}. У больных чаще ($p < 0,05$) наблюдаются желтуха (53,5%), гепатомегалия (88,4%), острая печеночно-почечная недостаточность (30,2%), кожные высыпания (86,0%), эозинофилия. В 15,2% наблюдений гнойники были рецидивными. Основной метод диагностики – УЗИ, позволяющее с точностью до 96–100% верифицировать патогномичные для описторхоза признаки, число, размеры, локализацию гнойников, типы их в зависимости от преобладания инфильтративных или деструктивных процессов, отсутствие капсулы. При инфильтративных и милиарных абсцессах применяли внутриворотные инфузии лекарственных и других препаратов, назобилиарную или транспапиллярную санацию билиарной системы. При сформировавшихся гнойниках пункционные методы неэффективны, показаны открытое вскрытие и дренирование, а также резекция печени. Две трети больных нуждались в холецистэктомии, восстановлении пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку холедоходуоденостомией ввиду характерных протяженных стриктур большого сосочка двенадцатиперстной кишки и общего желчного протока, наружном дренировании протоков для санации их от инфекции и гельминтов.

Заключение. Описторхозные абсцессы печени холангиогенного происхождения, чаще множественные. Клиническая картина характеризуется большей тяжестью. В лечении преимущественно показаны открытые методы, в том числе резекция печени.

Ключевые слова: описторхоз, абсцесс печени, непаразитарная киста, резекция печени, желчные протоки, дренирование.

Мерзликін Николай Васильевич – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО СибГМУ. **Бражникова Надежда Архиповна** – доктор мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО СибГМУ. **Цхай Валентина Федоровна** – доктор мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО СибГМУ. **Саипов Мансур Баходирович** – канд. мед. наук, старший лаборант кафедры хирургических болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО СибГМУ. **Подгорнов Виктор Федорович** – врач-эндоскопист городской клинической больницы №3, г. Томск. **Толкаева Марина Валентиновна** – канд. мед. наук, врач ультразвуковой диагностики городской клинической больницы №3, г. Томск. **Саенко Дарья Сергеевна** – клинический ординатор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО СибГМУ.

Для корреспонденции: Мерзликін Николай Васильевич – г. Томск, ул. Тверская, д. 32, кв. 8. Российская Федерация. Тел.: 8-960-969-99-40. E-mail: nikolai_merzlikin@mail.ru

Морфофункциональные изменения печени крыс в ранние сроки после резекции левой доли с применением холодноплазменного коагулятора (экспериментальное исследование)

Семичев Е.В.², Байков А.Н.¹, Дамбаев Г.Ц.², Бушланов П.С.³

¹ Центральная научно-исследовательская лаборатория, ² Кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета, ³ Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета Сибирского государственного медицинского университета, Министерства здравоохранения России; 634050, г. Томск, Московский тракт, д. 2, Российская Федерация

Цель: оценить морфофункциональные изменения печени крыс после резекции левой доли с использованием гемостаза холодной (неравновесной) плазмой.

Материал и методы. Эксперимент проводили на 30 лабораторных крысах-самцах, 6 групп исследования: 5 интактных животных, по 5 животных в группах, на 3, 5, 7, 14, 30-е сутки после резекции левой доли печени и коагуляции холодной плазмой. Контролировали биохимические показатели крови, коагулограмму, выполняли гистологическое исследование печени животных.

Результаты. В ранние сроки увеличиваются активность АсАТ, α -амилазы, ЩФ, уровень глюкозы, мочевины, что свидетельствует о повреждении печени. К 30-м суткам активность АсАТ уменьшается – свидетельство восстановления клеток паренхимы печени. Незначительное повышение активности α -амилазы и ЩФ на 30-е сутки связано с сохраняющейся общей реакцией организма на оперативное вмешательство. Удельный объем гепатоцитов с признаками дистрофии, число гепатоцитов с некротическими изменениями в 1 мм², плотность инфильтрата в 1 мм² и удельный объем соединительной ткани увеличиваются, а затем постепенно уменьшаются к 30-м суткам. Это свидетельствует о развитии деструктивного процесса и постепенном его стихании к 30-м суткам. Удельный объем двуядерных гепатоцитов в ранние сроки уменьшается, а к 30-м суткам увеличивается – свидетельство снижения и дальнейшего увеличения к 30-м суткам регенераторного процесса.

Заключение. Холодноплазменная коагуляция при резекции печени приводит к быстрой и эффективной остановке кровотечения. Воздействие холодной плазмы не приводит к каким-либо клинически значимым изменениям в работе органа.

Ключевые слова: печень, резекция, кровотечение, гемостаз, холодная плазма, неравновесная плазма, коагуляция.

Семичев Евгений Васильевич – канд. мед. наук, научный сотрудник Центральной научно-исследовательской лаборатории, докторант кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ. **Байков Александр Николаевич** – доктор мед. наук, профессор, заведующий Центральной научно-исследовательской лабораторией ГБОУ ВПО СибГМУ. **Дамбаев Георгий Цыренович** – доктор мед. наук, профессор, член-корр. РАМН, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ. **Бушланов Павел Сергеевич** – клинический ординатор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО СибГМУ.

Для корреспонденции: Бушланов Павел Сергеевич – 634029, г. Томск, ул. Белинского, д. 20а, кв. 24. Тел.: 8-923-424-25-94. E-mail: pavel.vivian@gmail.com

Чреспеченочная холангиостомия при нерасширенных желчных протоках

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

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

² БМУ «Курская областная клиническая больница», отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2; 305047, г. Курск, ул. Сумская, д. 45а, Российская Федерация

Цель. Повышение эффективности рентгенхирургического лечения послеоперационных осложнений (наружные желчные и дуоденальные свищи, абдоминальные скопления желчи).

Материал и методы. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия при нерасширенных желчных протоках выполнена 11 пациентам. Необходимость наружного желчеотведения была обусловлена несостоятельностью культи двенадцатиперстной кишки у 5 пациентов после резекционных вмешательств на желудке, наличием наружного желчного свища после хирургического вмешательства на желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках у 3 пациентов и тяжелым панкреонекрозом в 3 наблюдениях.

Результаты. Наружное желчеотведение позволило устранить дуоденальные свищи консервативно у 5 пациентов, желчные свищи у 3 пациентов с ятрогенным повреждением общего желчного протока. В 3 наблюдениях холангиостомический дренаж осуществлял наружное желчеотведение у пациентов с тяжелым панкреонекрозом. Два осложнения антеградной холангиостомии – подкапсульная гематома печени и портобилиарная фистула были эффективно ликвидированы миниинвазивными методами: выполнено чрескожное дренирование гематомы и разобщение портобилиарной фистулы пломбировкой внутрипеченочного канала.

Заключение. Антеградная холангиостомия в условиях нерасширенных желчных протоков отличается от традиционной, зачастую предполагает предварительное контрастирование желчных протоков любым доступным способом и требует строгого соблюдения технологии.

Ключевые слова: чрескожная чреспеченочная холангиостомия, желчные протоки, скопление желчи, желчный свищ, дуоденальный свищ, панкреонекроз.

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

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

Камень большого сосочка двенадцатиперстной кишки и острый панкреатит

Михайлузов С.В.¹, Моисеевкова Е.В.², Мисроков М.М.³

¹ ГОУ ВПО “Российский национальный исследовательский университет им. Н.И. Пирогова” Министерства здравоохранения РФ, Москва; 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1, Российская Федерация

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

³ Городская клиническая больница № 2 г. Нальчика; 360933, г. Нальчик, С. Хасанья, ул. Аттоева, д. 1а, Российская Федерация

Цель – изучение частоты острого панкреатита на фоне камня большого сосочка двенадцатиперстной кишки и оценка особенностей клинического течения патологического процесса.

Материал и методы. Признаки камня большого сосочка двенадцатиперстной кишки верифицированы у 189 больных 22–94 лет. У 121 пациента подтвержден ущемленный конкремент. В 14 наблюдениях в анамнезе была желтуха, также 14 пациентов ранее лечились в стационаре по поводу острого панкреатита (2 – с панкреонекрозом). Во всех наблюдениях отмечен болевой синдром. При обследовании применяли УЗИ и ЭГДС.

Результаты. Камень большого сосочка двенадцатиперстной кишки удалось увидеть при УЗИ лишь в 58,4% наблюдений, в 92,6% эндоскопически подтверждены два и более патологических признака в области сосочка и парапапиллярно. Течение заболевания в 112 (59,3%) наблюдениях осложнилось острым панкреатитом, в 33 – панкреонекрозом, в 133 (70,4%) наблюдениях – клинико-инструментальными признаками билиарного стаза, в 62 (32,8%) – холангитом. У 79 пациентов острый панкреатит развился на фоне ущемленного конкремента. В 21 (63,6%) наблюдении из 33 при панкреонекрозе выявлено субтотальное и тотальное поражение поджелудочной железы. У 13 (39,4%) больных панкреонекрозом верифицированы гнойные осложнения, у 21 (63,6%) из 33 – признаки полиорганной недостаточности. Общая летальность при панкреонекрозе на фоне камня большого сосочка двенадцатиперстной кишки составила 36,4%.

Заключение. Камень большого сосочка двенадцатиперстной кишки более чем в половине наблюдений осложнился острым панкреатитом, а почти у каждого пятого пациента – панкреонекрозом. Более чем у половины больных отмечается тяжелое течение заболевания. В связи с этим необходимо стремиться к улучшению качества диагностики и незамедлительному разрешению острой блокады большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: поджелудочная железа, большой сосочек двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь, острый панкреатит, панкреонекроз, холангит.

Михайлузов Сергей Владимирович – доктор мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета ГОУ ВПО “РНИМУ им. Н.И. Пирогова” МЗ РФ. Моисеевкова Елена Валерьевна – канд. мед. наук, врач-хирург Городской клинической больницы № 15 им. О.М. Филатова, г. Москва. Мисроков Мурат Мухамедович – врач-хирург Городской клинической больницы № 2, г. Нальчик.

Для корреспонденции: Михайлузов Сергей Владимирович – 111539, г. Москва, ул. Вешняковская, 23. Тел.: 8-495-375-23-91. E-mail: s.mikhailusov@yandex.ru

Использование катетера направленной атерэктомии TurboHawk для биопсии при чрескожной чреспеченочной холангиостомии

Цыганков В.Н., Ховалкин Р.Г., Варава А.Б.

Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения

ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Минздрава России, Российская Федерация

Цель. Оценить возможности устройства TurboHawk в получении материала для гистологического исследования и восстановлении проходимости стентов желчных протоков.

Материал и методы. Биопсия из желчных протоков при помощи устройства TurboHawk была выполнена 5 пациентам. Двум пациентам, перенесшим стентирование, предпринята попытка восстановить проходимость обтурированных стентов желчных протоков. Двое больных ранее перенесли гемигепатэктомия. В двух наблюдениях ранее выполненная биопсия была неинформативна.

Результаты. Во всех наблюдениях удалось получить достаточное количество материала для гистологического и иммуногистохимического исследования. Трём пациентам был установлен диагноз протоковой аденокарциномы. Восстановить адекватный пассаж желчи пациентам с обтурированными стентами не удалось вследствие конструктивных особенностей устройства.

Заключение. Устройство TurboHawk позволяет забирать достаточное количество материала для гистологического исследования и может стать альтернативой эндоскопической петлевой биопсии при невозможности ее выполнения.

Ключевые слова: печень, желчные протоки, аденокарцинома, холангиостомия, стентирование, TurboHawk.

Цыганков Владимир Николаевич – канд. мед. наук, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Минздрава России, доцент кафедры лучевой диагностики Института профессионального образования ГБОУ ВПО “Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова” Минздрава России. **Ховалкин Руслан Геннадьевич** – младший научный сотрудник отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Минздрава России. **Варава Алексей Борисович** – младший научный сотрудник отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Минздрава России.

Для корреспонденции: Цыганков Владимир Николаевич – 117997, Москва, ул. Б. Серпуховская, 27. Тел.: 8-903-149-88-00. E-mail: varava@ixv.ru

Опыт 200 панкреатодуоденэктомий – оценка различных вариантов анастомозов

Велигоцкий Н.Н.¹, Велигоцкий А.Н.², Арутюнов С.Э.¹

¹ Кафедра торакоабдоминальной хирургии и ² кафедра эндоскопии и хирургии Харьковской медицинской академии последипломного образования; 61176, Харьков, ул. Корчагинцев, д. 58, Украина

Цель. Сравнительная оценка непосредственных результатов панкреатодуоденальной резекции с учетом выбранного способа реконструктивного этапа и варианта панкреатоеюноанастомоза.

Материал и методы. В работе представлен анализ хирургического лечения 206 больных с обструктивными заболеваниями структур панкреатодуоденальной зоны, которым выполнена панкреатодуоденальная резекция с 1991 по 2014 г. Выполняли два способа реконструктивного этапа: с формированием панкреатоеюноанастомоза, билиодигестивного анастомоза, гастроэнтероанастомоза на одной петле тощей кишки и с формированием анастомозов на изолированных петлях тощей кишки. Выбор варианта панкреатоеюноанастомоза при панкреатодуоденальной резекции зависел от размеров поперечника культи поджелудочной железы и диаметра тощей кишки, а также состояния паренхимы поджелудочной железы и протока поджелудочной железы.

Результаты. В 198 (96,1%) наблюдениях выполнен реконструктивный этап панкреатодуоденальной резекции с формированием анастомозов на одной петле тощей кишки, в 8 (3,9%) наблюдениях применен разработанный способ реконструктивного этапа с формированием анастомозов на изолированных петлях тощей кишки. Панкреатоеюноанастомоз “конец в конец” выполнен 183 (88,8%) больным, панкреатоеюноанастомоз “конец в бок” – 19 (9,2%), панкреатохолестоанастомоз – 4 (1,9%). Панкреатоеюноанастомоз с обворачивающей пластикой линии анастомоза серповидной связкой печени применен 4 (1,9%) пациентам.

Закключение. Дифференцированный подход к выбору варианта панкреатоеюноанастомоза позволил уменьшить число осложнений, связанных с несостоятельностью панкреатоеюноанастомоза. При мягкой, “сочной” поджелудочной железе и высоком риске несостоятельности панкреатоеюноанастомоза предпочтительнее применять бандажный способ укрытия панкреатоеюноанастомоза.

Ключевые слова: поджелудочная железа, панкреатодуоденальная резекция, реконструкция, панкреатоеюноанастомоз.

Велигоцкий Николай Николаевич – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой торакоабдоминальной хирургии Харьковской медицинской академии последипломного образования. **Велигоцкий Алексей Николаевич** – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой эндоскопии и хирургии Харьковской медицинской академии последипломного образования. **Арутюнов Сергей Эдуардович** – канд. мед. наук, доцент кафедры торакоабдоминальной хирургии Харьковской медицинской академии последипломного образования.

Для корреспонденции: Арутюнов Сергей Эдуардович – 61072 г. Харьков, ул. Тобольская, 46 Б, кв. 137.
Тел.: + 38050-781-91-69. E-mail: adnor@rambler.ru

Солидно-псевдопапиллярная опухоль поджелудочной железы: проблемы диагностики и лечения

Чхиквадзе В.Д., Зеленина И.А., Ахаладзе Г.Г.

ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России; 117997, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 86, Российская Федерация

Солидно-псевдопапиллярная опухоль поджелудочной железы является редким высокодифференцированным злокачественным новообразованием, характеризующимся относительно благоприятным клиническим течением. Наиболее часто она встречается у женщин 20–30 лет. Солидно-псевдопапиллярная опухоль поджелудочной железы не имеет специфических клинических проявлений. Лучевая диагностика (УЗИ, КТ, МРТ) определяет характерные для этой опухоли изменения, такие как гетерогенность и гиповаскуляризованность, отражает солидные и кистозные компоненты новообразования. Отдельные доклады описывают экстраорганные расположения солидно-псевдопапиллярной опухоли поджелудочной железы. Основным методом лечения является операция. Протяженность резекции поджелудочной железы зависит от расположения и размера опухоли. В случае злокачественного течения заболевания химиотерапия и лучевая терапия должны быть обсуждены.

Ключевые слова: солидно-псевдопапиллярная опухоль, поджелудочная железа, лучевая диагностика, резекции поджелудочной железы, химиотерапия, лучевая терапия.

Чхиквадзе Владимир Давидович – доктор мед. наук, профессор, заведующий отделением научно-исследовательского отдела хирургии и хирургических технологий в онкологии ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ РФ. **Зеленина Ирина Александровна** – врач-онколог ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ РФ. **Ахаладзе Гурам Германович** – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательского отдела хирургии и хирургических технологий в онкологии ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ РФ.

Для корреспонденции: Чхиквадзе Владимир Давидович – 117997, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 86, Российская Федерация. Тел.: +7-495-333-32-30, 8-916-122-94-92. E-mail: VDC@mail.ru

Билиарный папилломатоз как причина стриктуры конfluence желчных протоков

Погребняков И.В., Сергеева О.Н., Черкасов В.А.,
Панов В.О., Чистякова О.В., Долгушин Б.И.

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина»; 115478, г. Москва,
Каширское шоссе, д. 23, Российская Федерация

В работе представлено редкое клиническое наблюдение билиарного папилломатоза, ставшего причиной стриктуры внепеченочных желчных протоков и механической желтухи. Подробно освещены дифференциальная диагностика заболевания, особенности рентгенэндобилиарных вмешательств, предложен не описанный ранее способ лечения, состоящий в сочетанном системном и внутривнутрипротоковом применении отечественного противоопухолевого препарата из группы алкилирующих средств – проспидина. Благодаря такому лечебному подходу удалось избавить пациента от стриктуры, удалить холангиостомические дренажи, получить благоприятные отдаленные результаты.

Ключевые слова: билиарный папилломатоз, стриктура внепеченочных желчных протоков, механическая желтуха, Клацкин-мимикрирующие заболевания, ЧЧХС, проспидин.

Погребняков Игорь Владимирович – ординатор отдела лучевой диагностики и интервенционной радиологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. **Сергеева Ольга Николаевна** – канд. мед. наук, научный сотрудник отдела лучевой диагностики и интервенционной радиологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. **Черкасов Валерий Андреевич** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела лучевой диагностики и интервенционной радиологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. **Панов Вадим Олегович** – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела лучевой диагностики и интервенционной радиологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. **Чистякова Ольга Васильевна** – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник лаборатории клинической цитологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. **Долгушин Борис Иванович** – доктор мед. наук, профессор, член-корр. РАМН, заведующий отделом лучевой диагностики и интервенционной радиологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН.

Для корреспонденции: Погребняков Игорь Владимирович – 117630, г. Москва, ул. Воронцовские пруды, д. 7, кв. 187. Тел.: +7-915-078-28-56. E-mail: i.pogr@mail.ru

Микробиологическая диагностика и выбор антимикробной терапии инфекции желчевыводящих путей

Фирсова В.Г.¹, Паршиков В.В.², Чеботарь И.В.³, Лазарева А.В.³, Погорелов А.Г.⁴

¹ Городская больница № 35 г. Н. Новгорода; 603089, г. Нижний Новгород, ул. Республиканская, д. 47, Российская Федерация

² Кафедра госпитальной хирургии им. Б.А. Королева Нижегородской государственной медицинской академии; 603005, г. Нижний Новгород, площадь Минина и Пожарского, д. 10/1, Российская Федерация

³ ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН; 119991, г. Москва, проспект Ломоносова, д. 2, Российская Федерация

⁴ Институт теоретической и экспериментальной биофизики РАН; 142290, Московская обл., г. Пущино, ул. Институтская, д. 3, Российская Федерация

Цель. Проиллюстрировать сложность идентификации микробов-возбудителей катетер-ассоциированной инфекции желчевыводящих путей, показать различия в чувствительности к антибиотикам микроорганизмов, находящихся в биопленочной и планктонной формах.

Материал и методы. Пациент с псевдокистой головки поджелудочной железы, осложненной механической желтухой, оперирован двухэтапно. Выполнена холецистостомия под контролем УЗИ, в дальнейшем – холецистэктомия, резекция головки поджелудочной железы с формированием цистопанкреато- и гепатикоюноанастомоза на выключенной петле тощей кишки, дренирование общего желчного протока через культю пузырного протока. Течение послеоперационного периода осложнилось рецидивирующим холангитом. Проведен микробиологический анализ отделяемого по дренажу с определением чувствительности к антимикробным препаратам традиционным способом. Поверхность дренажа исследована с помощью сканирующей электронной микроскопии. Для идентификации возбудителей использована масс-спектрометрия. Осуществлено моделирование биопленок на основе изолятов, выделенных с катетера, определена чувствительность микроорганизмов в составе биопленки.

Результаты. При исследовании отделяемого по дренажу выделены *Pseudomonas aeruginosa* и *Candida albicans*. На поверхности дренажа выявлена биопленка, образованная не только двумя перечисленными возбудителями, но и микроорганизмами семейства *Streptococcaceae*. Штамм *P. aeruginosa* был не способен образовывать биопленку, но мог «встраиваться» в биопленку, сформированную *C. albicans*. В составе биопленки синегнойные палочки и кандиды утратили чувствительность к антимикробным препаратам, имевшуюся при существовании их в планктонной форме.

Заключение. Установка катетера в желчные протоки связана с формированием на его поверхности биопленки. Рутинное микробиологическое исследование не всегда позволяет оценить спектр микробов-возбудителей. Традиционно определяемая чувствительность к антибиотикам планктонных форм не соответствует таковой при нахождении микроорганизмов в биопленке. Наружное желчеотведение ликвидирует холестаз, но не бактериохолию. Адекватное лечение инфекции желчевыводящих путей возможно при учете всех перечисленных факторов, важнейшим условием является восстановление оттока желчи в тонкую кишку.

Ключевые слова: механическая желтуха, холангит, катетер-ассоциированная инфекция, биопленки, антибиотикорезистентность.

Фирсова Виктория Глебовна – канд. мед. наук, врач-хирург, анестезиолог-реаниматолог, городская больница № 35 г. Н. Новгорода. **Паршиков Владимир Вячеславович** – доктор мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии им. Б.А. Королева Нижегородской государственной медицинской академии, врач-хирург, анестезиолог-реаниматолог, городская больница № 35 г. Н. Новгорода. **Чеботарь Игорь Викторович** – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник лаборатории микробиологии ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН. **Лазарева Анна Валерьевна** – канд. мед. наук, заведующая лабораторией микробиологии ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН. **Погорелов Александр Григорьевич** – доктор биол. наук, профессор, ведущий научный сотрудник Института теоретической и экспериментальной биофизики РАН.

Для корреспонденции: Фирсова Виктория Глебовна – 603163, г. Нижний Новгород, ул. Г. Лопатина, д. 12, корп. 2, кв. 31. Тел.: 8-904-922-51-95. E-mail: victoria.firsova@mail.ru

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

Хирургические операции на печени, желчных путях и поджелудочной железе Часть II. Хирургия желчных путей

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 желчных путей 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