

# 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, № 2

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

Главный редактор **Э.И. Гальперин** (Москва, Россия)  
Зам. главного редактора **В.А. Вишнеvский**  
(Москва, Россия)  
Зам. главного редактора **М.В. Данилов** (Москва, Россия)  
Отв. секретарь **Т.Г. Дюжева** (Москва, Россия)

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

Зав. редакцией **Платонова Л.В.**

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

### Адрес для корреспонденции:

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

ООО “Видар” 109028, Москва, а/я 16.  
Контакты (495) 768-04-34, (495) 589-86-60,  
<http://www.vidar.ru>

2015. V. 20. N 2

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

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

## EDITORIAL BOARD:

**Akhaladze G.G.** (Moscow, Russia)  
**Akhmedov S.M.** (Dushanbe, Tajikistan)  
**Baymakhanov B.B.** (Almaty, Kazakhstan)  
**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
XXII конгресс Ассоциации хирургов-гепатологов .....	7

### ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Дифференцированное хирургическое лечение больных циррозом печени с портальной гипертензией. Часть II. Хирургическая агрессия и патогенез послеоперационных осложнений <i>Манукьян Г.В., Мусин Р.А., Манукьян В.Г.</i> .....	8
Роль эндоскопии в выборе лечения больных портальной гипертензией <i>Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б., Семенова Т.С., Мартиросян Р.А.</i> .....	20
Результаты и перспективы портосистемного шунтирования у больных циррозом печени <i>Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х.</i> .....	31
Печеночная энцефалопатия у больных циррозом печени до и после TIPS <i>Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Шиповский В.Н., Монахов Д.В., Пан А.В.</i> .....	40
Результаты селективного и парциального портокавального шунтирования и прогностические факторы долгосрочной выживаемости больных циррозом печени <i>Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Солдатов С.А., Кашкин Д.П., Алентьев С.А., Смородский А.В., Слободяник А.В., Онинцев И.Е.</i> .....	46
Совершенствование диагностики и хирургического лечения больных портальной гипертензией <i>Анисимов А.Ю.</i> .....	59

### ПЕЧЕНЬ

Одномоментные комбинированные операции у больных колоректальным раком с синхронными метастазами в печени <i>Майстренко Н.А., Хватов А.А., Сазонов А.А., Оточкин В.В.</i> .....	66
---	----

### ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Доброкачественные опухоли поджелудочной железы – ограниченные хирургические операции при кистозных и нейроэндокринных новообразованиях – пересмотр хирургических вмешательств <i>Бегер Ханс Г., Прокопчук Ольга</i> .....	73
Чрескожные вмешательства при гнойно-некротических осложнениях панкреонекроза <i>Кулезнёва Ю.В., Мороз О.В., Израйлов Р.Е., Смирнов Е.А., Егоров В.П.</i> .....	90

### РАЗНОЕ

Медикаментозная редукция кровопотери терлипрессином при операциях на органах брюшной полости <i>Хоронько Ю.В.</i> .....	99
--	----

### КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Аневризма селезеночной артерии – диагностика и лечение <i>Буткевич А.Ц., Бровкин А.Е., Кошелев М.Н., Гордеев С.Н., Силина Т.Л., Панько В.Я., Баранова Ю.В.</i> .....	104
Зондовая конфокальная лазерная эндомикроскопия в диагностике заболеваний желчных протоков <i>Сазонов Д.В., Панченков Д.Н., Иванов Ю.В., Шабловский О.Р., Данилевская О.В., Лебедев Д.П., Алехнович А.В., Забозлаев Ф.Г.</i> .....	111
Рентгеноэндоваскулярная эмболизация посттравматической внепеченочной артериопортальной фистулы <i>Таразов П.Г., Поликарпов А.А.</i> .....	119

### РЕФЕРАТЫ ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛОВ

Рефераты иностранных журналов <i>Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.</i> .....	123
--	-----

### ИЗ ИСТОРИИ

Хирургические операции на печени, желчных путях и поджелудочной железе Часть III. Хирургия поджелудочной железы <i>Пархисенко Ю.А., Жданов А.И., Пархисенко В.Ю., Калашник Р.С.</i> .....	128
---	-----

### РЕЦЕНЗИЯ

Рецензия на книгу: М.В. Данилов, В.Г. Зурабиани, Н.Б. Карпова “Осложнения минимально инвазивной хирургии. Хирургическое лечение осложнений минимально инвазивных вмешательств на желчных путях и поджелудочной железе. Руководство для врачей” <i>Ермолов А.С.</i> .....	135
---	-----

### ЮБИЛЕЙ

Профессор Феруз Гафурович Назыров К 65-летию со дня рождения. ....	139
Николай Николаевич Велигоцкий К 75-летию со дня рождения. ....	141

### НЕКРОЛОГ

Игорь Николаевич Гришин .....	143
-------------------------------	-----

## **Дифференцированное хирургическое лечение больных циррозом печени с портальной гипертензией. Часть II. Хирургическая агрессия и патогенез послеоперационных осложнений**

*Манукьян Г.В., Мусин Р.А., Манукьян В.Г.*

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

**Цель.** Изучить основные факторы риска и влияние хирургической агрессии на развитие осложнений в послеоперационном периоде при хирургическом лечении больных циррозом печени и портальной гипертензией.

**Материал и методы.** Анализировали особенности раннего послеоперационного периода у 300 пациентов с циррозом печени и портальной гипертензией. Выделены группы больных, в которых изучали влияние различных технических аспектов операций на результаты вмешательств. Также исследовали влияние изменений основных параметров нутритивно-метаболического статуса, центральной и портопеченочной гемодинамики, а также кислородного режима тканей на развитие послеоперационных осложнений.

**Результаты.** Важную роль в развитии послеоперационных осложнений следует отнести технике оперирования, выбору оптимальной конструкции сосудистого анастомоза и композиции операций на желудке. Переносимость хирургического вмешательства обусловлена исходным уровнем компенсации заболевания. Хирургическая агрессия способствует уменьшению дефицита резервного потенциала и емкости компенсации в среднем на 10–15%. Под влиянием хирургической агрессии в зависимости от вида хирургического вмешательства и исходной тяжести хронической печеночной недостаточности могут развиваться нарушения нутритивно-метаболического статуса, центральной гемодинамики, портопеченочного кровообращения и некоторых параметров кислородного режима тканей. Выявлено сопряжение и взаимное влияние выявленных нарушений основных направлений трофического гомеостатического, несущего большую ответственность в развитии послеоперационных осложнений. Дезорганизация трофического гомеостатического – важнейший инструмент, реализующий патологическое течение послеоперационного периода. Представлена гипотеза и универсальная схема общих путей патогенеза осложнений в раннем послеоперационном периоде.

**Заключение.** Помимо техники операций послеоперационные осложнения у больных циррозом печени и портальной гипертензией являются результатом несоответствия, с одной стороны, между исходной тяжестью течения заболевания, степенью компенсации печеночной недостаточности и уровнем резервного потенциала организма, а с другой – требованиями, предъявляемыми организму хирургическим вмешательством.

**Ключевые слова:** цирроз печени, портальная гипертензия, осложнения, печеночная недостаточность, трофический гомеостаз.

---

**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”. **Мусин Рустам Абузарович** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ “Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского”. **Манукьян Ваган Гарикович** – канд. мед. наук, главный врач городского медицинского центра г. Мытищи, Московской области.

**Для корреспонденции:** Манукьян Гарик Ваганович – Московская область, г. Мытищи, ул. Рождественская, дом 7, кв. 443. Тел.: +7-929-509-0303. E-mail: drmanukyuan@mail.ru

## Роль эндоскопии в выборе лечения больных портальной гипертензией

Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б., Семенова Т.С., Мартиросян Р.А.

Отделение экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского», 119991, г. Москва, ГСП-1, Абрикосовский пер., д. 2, Российская Федерация

**Цель:** улучшить результаты лечения больных с портальной гипертензией и кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка совершенствованием лечебно-диагностической тактики.

**Материал и методы.** Анализировали результаты лечения 440 пациентов с варикозно расширенными венами пищевода и желудка. У 367 больных портальная гипертензия была обусловлена циррозом печени и у 73 – внепеченочным портальным блоком. Эндоскопическое лигирование вен пищевода выполнено 114 пациентам, склерозирование вен пищевода – 196 больным, эндоскопическое лигирование вен желудка I типа – 62, склерозирование вен желудка II типа – 44. Спленэктомия выполнена 23 пациентам с изолированным варикозным расширением вен дна желудка.

**Результаты.** Для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка из эндоскопических вмешательств наиболее эффективной является склеротерапия. Применение отсроченного эндоскопического лигирования и склерозирования после первичного гемостаза зондом-обтуратором позволяет улучшить показатели применения методов и увеличить стойкий гемостатический эффект склеротерапии в пищеводе с 58,3 до 72,1%, в желудке – с 30 до 77,8%, лигирования в пищеводе – с 60 до 91,7%; в желудке – 92,9%. В профилактике рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка в плановом порядке гемостатический эффект склеротерапии в пищеводе составил 93,9%, в желудке – 100%; лигирования в пищеводе – 84,5%, в желудке – 91,7%. Эндоскопическое лигирование имеет преимущества в профилактике первого кровотечения как в пищеводе, так и в желудке. У больных с изолированным варикозным расширением вен дна желудка преимуществом обладает спленэктомия. Выживаемость и гемостатический эффект в течение 3 лет составили 100%.

**Заключение.** Результаты работы свидетельствуют о необходимости расширенной диагностики для принятия решения о возможности эндоскопических вмешательств при выявлении различных типов варикозно расширенных вен.

**Ключевые слова:** портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода и желудка, эндоскопическое лигирование, эндоскопическое склерозирование.

**Шерцингер Александр Георгиевич** – доктор мед. наук, профессор, руководитель отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского». **Жигалова Светлана Борисовна** – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского». **Семенова Татьяна Сергеевна** – аспирант отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского». **Мартиросян Роза Арменовна** – аспирант отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского».

**Для корреспонденции:** Жигалова Светлана Борисовна – 109431, г. Москва, Жулебинский б-р, д. 33, корп. 1, кв. 38. Тел.: 8-916-217-03-67. E-mail: zhigalova06@mail.ru

## Результаты и перспективы портосистемного шунтирования у больных циррозом печени

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х.

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

**Цель.** Провести сравнительный анализ результатов портосистемного шунтирования (ПСШ) с другими конкурирующими методами у больных циррозом печени.

**Материал и методы.** С 1976 по 2015 г. в отделении хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны ПСШ в традиционном варианте выполнено 925 больным портальной гипертензией. Этиологическим фактором портальной гипертензии в 867 (94,3%) наблюдениях был цирроз печени, у 58 (5,7%) пациентов – внепеченочная форма портальной гипертензии.

**Результаты.** Анализ проведен в 3 группах исследования: 1-я группа – этап внедрения ПСШ (1976–1992); 2-я группа – этап внедрения парциальных анастомозов (1992–1998); 3-я группа – современный этап с внедрением ограничения портокавального сброса оригинальным способом и внедрение TIPS (1998–2015). Основным фатальным осложнением была печеночная недостаточность (>70% наблюдений). За последний период наблюдения на фоне профилактического шунтирования с сохранением гепатопетального кровотока летальность в ближайшем послеоперационном периоде уменьшилась до 2,7% при центральном шунтировании и до 3,9% при селективной декомпрессии.

**Заключение.** Для больных функциональных классов А и В в отсутствие ближайшей перспективы трансплантации выполнение традиционных операций селективного или центрального парциального ПСШ следует рассматривать в качестве актуальной альтернативы.

**Ключевые слова:** печень, цирроз, портальная гипертензия, кровотечение, варикозное расширение вен, пищевод, желудок, портосистемное шунтирование.

**Назыров Феруз Гафурович** – доктор мед. наук, профессор, руководитель отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны, директор АО “Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова”. **Девятков Андрей Васильевич** – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны АО “Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова”. **Бабаджанов Азам Хасанович** – доктор мед. наук, старший научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны АО “Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова”.

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

## Печеночная энцефалопатия у больных циррозом печени до и после TIPS

Затевахин И.И.<sup>1</sup>, Цициашвили М.Ш.<sup>1</sup>, Шиповский В.Н.<sup>1</sup>, Монахов Д.В.<sup>1,2</sup>, Пан А.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета ГБУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»; 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1, Российская Федерация

<sup>2</sup> Городская клиническая больница № 57, 105077, Москва, ул. 9-я Парковая, д. 32, Российская Федерация

**Цель исследования** – изучение динамики печеночной энцефалопатии после трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования.

**Материал и методы.** Анализировали результаты комплексного обследования 52 больных, перенесших TIPS. Для создания портосистемного шунта использовали самораскрывающиеся стенты 8–10 см, диаметром 8–10 мм и стент с покрытием PTFE.

**Результаты.** Наиболее частые осложнения TIPS – усиление печеночной энцефалопатии и дисфункция стента. Увеличение степени печеночной энцефалопатии после TIPS через 18 мес выявлено у 3 (10%) пациентов, проявления энцефалопатии были устранены и не оказывали влияния на качество жизни пациентов после выписки из стационара.

**Заключение.** Оценка степени энцефалопатии и соответствующий индивидуализированный подход к каждому пациенту в плане подбора терапии позволяют значительно уменьшить степень энцефалопатии в послеоперационном периоде, что также позволяет улучшить качество жизни пациентов.

**Ключевые слова:** трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование, печеночная энцефалопатия, цирроз печени, портальная гипертензия.

**Затевахин Игорь Иванович** – доктор мед. наук, профессор, академик РАН, заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова. **Цициашвили Михаил Шалвович** – доктор мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова. **Шиповский Владимир Николаевич** – доктор мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова. **Монахов Дмитрий Владимирович** – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова. **Пан Александр Владимирович** – канд. мед. наук, врач-ординатор городской клинической больницы № 57.

**Для корреспонденции:** Цициашвили Михаил Шалвович – 105077, Москва, ул. 9-я Парковая, д. 32. Тел.: 8-903-792-76-69. E-mail: mshc57@mail.ru

## Результаты селективного и парциального портокавального шунтирования и прогностические факторы долгосрочной выживаемости больных циррозом печени

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Солдатов С.А., Кашкин Д.П.,  
Алентьев С.А., Смородский А.В., Слободяник А.В., Онинцев И.Е.

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д.6, Российская Федерация

**Цель.** Установить факторы долгосрочной выживаемости больных циррозом печени после селективных и парциальных портокавальных анастомозов.

**Материал и методы.** Различные виды портокавальных анастомозов выполнены 221 больному циррозом печени: дистальный спленоренальный анастомоз – 131 (59,3%) пациенту, парциальные анастомозы – 83 (37,6%), TIPS – 7. По шкале Child–Pugh больных класса А было 28,9%, класса В – 56,1%, класса С – 14,9%.

**Результаты.** В послеоперационном периоде пищеводные кровотечения развились у 13 (8,3%) больных. Тромбоз мезентерикокавального Н-анастомоза диагностирован в 6 наблюдениях. Тромбоза других портокавальных анастомозов более чем за 10 лет не было. Послеоперационная летальность составила 4,1% (класс С по Child–Pugh). Продолжительность жизни определялась степенью печеночной дисфункции. Однолетняя выживаемость пациентов класса А составила 98,7 ± 1,3%, трехлетняя – 87,1 ± 3,2%, пятилетняя – 66 ± 6,8%, десятилетняя – 34,1 ± 6,7%, медиана – 87 мес. Показатели выживаемости в классе В: 1 год – 86,5 ± 3,5%, 3 года – 67,4 ± 3,7%, 5 лет – 46,6 ± 4,4%, 10 лет – 23,2 ± 5,6%, медиана – 64 мес ( $p = 0,01$ ). Больные класса С демонстрировали наихудшие показатели ( $p = 0,001$ ). Шкала Child–Pugh характеризовалась низкой прогностической точностью ( $c$ -statistic = 0,70). Ведущие прогностические факторы долгосрочной выживаемости – отсутствие асцита, скорость кровотока по воротной вене >600 мл/мин ( $c$ -statistic = 0,81), объем печени >1200 см<sup>3</sup> ( $c$ -statistic = 0,80), скорость плазменной элиминации индоцианового зеленого >8 %/мин ( $c$ -statistic = 0,82).

**Заключение.** Селективные и парциальные портокавальные анастомозы обеспечивают эффективную декомпрессию воротной системы и надежную профилактику пищеводно-желудочных кровотечений. Выполнение оперативной декомпрессии воротной системы с учетом предикторов выживаемости способствует улучшению результатов лечения больных циррозом печени.

**Ключевые слова:** цирроз печени, портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода, кровотечение, портокавальный анастомоз, выживаемость.

**Котив Богдан Николаевич** – доктор мед. наук, профессор, заместитель начальника академии по учебной и научной работе ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ. **Дзидзава Илья Игоревич** – доктор мед. наук, доцент, начальник кафедры госпитальной хирургии ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ. **Солдатов Сергей Анатольевич** – адъюнкт кафедры госпитальной хирургии ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ. **Кашкин Денис Петрович** – канд. мед. наук, докторант кафедры госпитальной хирургии ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ. **Алентьев Сергей Александрович** – доктор мед. наук, доцент кафедры общей хирургии ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ. **Смородский Александр Валентинович** – канд. мед. наук, преподаватель кафедры госпитальной хирургии ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ. **Слободяник Александр Валерьевич** – канд. мед. наук, начальник хирургического отделения клиники кафедры госпитальной хирургии ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ. **Онинцев Игорь Евгеньевич** – канд. мед. наук, начальник хирургического отделения клиники кафедры общей хирургии ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ.

**Для корреспонденции:** Дзидзава Илья Игоревич – 195279, г. Санкт-Петербург, пр. Энтузиастов, д. 30, к. 1, кв. 43. Тел.: 8-911-247-39-23. E-mail: dzidzava@mail.ru

## Совершенствование диагностики и хирургического лечения больных портальной гипертензией

Анисимов А. Ю.

ГАУЗ “Городская клиническая больница № 7” г. Казани; 420103, г. Казань, ул. Чуйкова, д. 54, Российская Федерация

**Цель.** Улучшить результаты лечения больных с различными вариантами синдрома портальной гипертензии на основании внедрения в клиническую практику новых диагностических технологий и дифференцированного подхода к выбору методов хирургического лечения.

**Материал и методы.** Анализировали результаты лечения 65 больных портальной гипертензией с 2006 по 2013 г. У 57 (87,7%) больных был цирроз печени, у 8 (12,3%) выявлена внепеченочная портальная гипертензия. В плановом порядке оперировано 37 больных, экстренно – 28. У 28 больных циррозом печени при ангиографии изучены особенности архитектоники сосудистого русла при диффузных поражениях паренхимы органа. В 23 наблюдениях выполнено УЗИ вен пищевода и желудка в режиме 3D, в 30 – термография передней брюшной стенки.

**Результаты.** Характер ангиоархитектоники печени позволяет с определенной долей объективности оценить степень сосудистой компенсации и прогнозировать вероятность гастроэзофагеальных кровотечений. УЗИ в режиме 3D позволяет проводить неинвазивный мониторинг состояния пациента в послеоперационном периоде, а термография дает дополнительную объективную информацию о степени развития коллатерального кровотока по сосудам передней брюшной стенки.

**Заключение.** После плановых операций портокавального шунтирования осложнения развиваются в 27,3% наблюдений, послеоперационная летальность составляет 4,5%. После планового прошивания варикозно расширенных вен пищевода и желудка осложнения отмечали в 33,3% наблюдений, летальных исходов не было. Среди экстренно оперированных частота осложнений составила 57,1%, послеоперационная летальность – 35,7%.

**Ключевые слова:** цирроз печени, портальная гипертензия, кровотечение, диагностика, хирургическое лечение.

**Анисимов Андрей Юрьевич** – доктор мед. наук, профессор, главный внештатный специалист хирург Министерства здравоохранения Республики Татарстан, заместитель главного врача по хирургии ГАУЗ “Городская клиническая больница № 7” г. Казани, профессор кафедры скорой медицинской помощи ГБОУ ДПО “Казанская государственная медицинская академия” Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Для корреспонденции:** Анисимов Андрей Юрьевич – 420021, г. Казань, ул. Татарстан, д. 7, кв. 93, Российская Федерация. Тел.: +7-987-297-1654. E-mail: aanisimovbsmp@yandex.ru



## Одномоментные комбинированные операции у больных колоректальным раком с синхронными метастазами в печени

Майстренко Н.А.<sup>1</sup>, Хватов А.А.<sup>2</sup>, Сазонов А.А.<sup>1</sup>, Оточкин В.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кафедра факультетской хирургии им. С.П. Федорова Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, Российская Федерация

<sup>2</sup> Ленинградская областная клиническая больница; 194291, г. Санкт-Петербург, пр. Луначарского, 45-49, Российская Федерация

**Цель:** оценить эффективность одномоментных комбинированных операций у пациентов с синхронными метастазами колоректального рака в печени.

**Материал и методы.** Резекции печени выполнены 35 пациентам. 17 больным с синхронными метастазами (основная группа) выполнили одномоментные комбинированные операции: удаление первичной опухоли и метастазов печени во время одного хирургического вмешательства. 18 пациентам контрольной группы с метастазами выполнены изолированные резекции печени. Как в основной, так и в контрольной группе преобладали обширные резекции печени.

**Результаты.** Послеоперационной летальности не было в обеих группах. Средняя продолжительность операции в основной группе составила 230 мин, превысив аналогичный показатель в контрольной группе на 75 мин. Частота осложнений в основной группе больных оказалась незначительно выше за счет общехирургических осложнений. Преобладали нагноение послеоперационной раны и лимфорейя. Средняя продолжительность послеоперационного периода в основной группе на 2 койко-дня превысила показатель контрольной группы. Медиана продолжительности жизни больных основной группы составила 37 мес, контрольной – 32 мес.

**Заключение.** Применение одномоментных комбинированных операций у пациентов с синхронными метастазами колоректального рака в печени сопровождается приемлемой частотой послеоперационных осложнений и обнадеживающими отдаленными результатами и поэтому выглядит весьма обоснованным и перспективным.

**Ключевые слова:** печень, колоректальный рак, метастазы, одномоментные операции, комбинированные операции, резекция печени.

**Майстренко Николай Анатольевич** – доктор мед. наук, профессор, академик РАН, заведующий кафедрой факультетской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. **Хватов Андрей Анатольевич** – заведующий отделением онкологии №2 Ленинградской областной клинической больницы. **Сазонов Алексей Андреевич** – канд. мед. наук, начальник отделения клиники факультетской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. **Оточкин Владимир Вячеславович** – врач-рентгенолог отделения МРТИ Ленинградской областной клинической больницы.

**Для корреспонденции:** Сазонов Алексей Андреевич – 198035 г. Санкт-Петербург, ул. Двинская, д. 16, корп. 1, кв. 373. Тел.: +7-911-122-40-71. E-mail: sazonov\_alex\_doc@mail.ru

**Maystrenko Nikolay Anatolyevich** – Doct. of Med. Sci., Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, Head of the Chair of Faculty Surgery, S.M. Kirov Russian Military Medical Academy. **Khvatov Andrey Anatolyevich** – Head of the Department of Oncology №2 of the Leningrad Regional Clinical Hospital. **Sazonov Alexey Andreevich** – Cand. of Med. Sci., Head of the Department of Faculty Surgery Clinic of the S.M. Kirov Russian Military Medical Academy. **Otochkin Vladimir Vyacheslavovich** – Radiologist of the MRTI Department of Leningrad Regional Clinical Hospital.

**For correspondence:** Sazonov Alexey Andreevich – Apt. 373, 16-1 Dvinskaya str., St. Petersburg, 198035, Russian Federation. Phone: +7-911-122-40-71. E-mail: sazonov\_alex\_doc@mail.ru

## Доброкачественные опухоли поджелудочной железы – ограниченные хирургические операции при кистозных и нейроэндокринных новообразованиях – пересмотр хирургических вмешательств

Бегер Ханс Г.<sup>1</sup>, Прокопчук Ольга<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Центр онкологической, эндокринной и малоинвазивной хирургии, Donauklinikum, Нойе-Ульм, Германия

<sup>2</sup> Хирургическое отделение Klinikum rechts der Isar, Технический университет Мюнхена, Германия

Перевод на русский язык – Егоров В.И.

**Введение.** К доброкачественным опухолям поджелудочной железы (ПЖ) могут быть отнесены внутрипротоковые папиллярно-муцинозные опухоли, муцинозные кистозные опухоли, серозная цистаденома, солидно-псевдопапиллярная опухоль и нейроэндокринные опухоли (НЭО), чаще всего инсулиномы. Эволюция таких органосохраняющих вмешательств, как энуклеация, центральная резекция (ЦР) ПЖ и дуоденумсохраняющая тотальная или частичная резекция головки ПЖ (ДСРГПЖ), демонстрирует их эффективность при доброкачественных опухолях ПЖ.

**Цель.** Оценить возможность хирургического лечения доброкачественных опухолей ПЖ локальной резекцией, базируясь на существующих показаниях к оперативному лечению, анализе ранних послеоперационных осложнений и отдаленных результатов.

**Результаты.** Энуклеация опухоли рекомендуется для всех манифестных нейроэндокринных новообразований размером до 3 см при отсутствии контакта с протоком поджелудочной железы. Этот метод применялся в основном при НЭО и реже при кистозных опухолях. Порядка 20% энуклеаций выполнены минимально инвазивным доступом. Тяжелые хирургические послеоперационные осложнения, потребовавшие повторных вмешательств, отмечены в 11% наблюдений, панкреатическая фистула – в 33% наблюдений, госпитальная летальность составила менее 1%. Основными преимуществами энуклеаций являются низкий уровень послеоперационных осложнений и очень низкая госпитальная летальность. Две трети ЦР выполнены пациентам с манифестными кистозными опухолями и 1/3 – при НЭО. Высокая частота панкреатических фистул и тяжелых послеоперационных осложнений связана с обработкой проксимальной культи ПЖ. Госпитальная летальность 0,8% является преимуществом этой операции. ДСРГПЖ в 50% наблюдений применена в виде тотальной резекции головки с сегментарной резекцией перипапиллярной зоны двенадцатиперстной кишки и интрапанкреатической части общего желчного протока. У 2/3 этих больных были манифестные или бессимптомные кистозные опухоли и у 10% – НЭО. Основным преимуществом этих операций по сравнению с панкреатодуоденальной резекцией (ПДР) является сохранение в большей степени экзо- и эндокринной функций и госпитальная летальность менее 0,5%. Уровень доказательности для энуклеаций и ЦР низкий в связи с ретроспективной оценкой данных и отсутствием результатов контрольных исследований. Преимущества ДСРГПЖ перед ПДР были показаны результатами 9 проспективных контролируемых исследований, 3 исследований “случай–контроль” и двумя ретроспективными контролируемые исследованиями.

**Заключение.** При использовании энуклеаций, ЦР, тотальных и частичных ДСРГПЖ отмечаются низкий уровень послеоперационных осложнений и очень низкая госпитальная летальность. Основным преимуществом ограниченных резекций является сохранение экзо- и эндокринной функций ПЖ и перипанкреатических тканей.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, кистозная опухоль, нейроэндокринная опухоль, энуклеация, резекция, осложнения, летальность.

Бегер Ханс Г. – MD, FACS (hon.), JSS (hon.), Центр онкологической, эндокринной и малоинвазивной хирургии, Donauklinikum, Нойе-Ульм, Германия. Прокопчук Ольга – MD, хирургическое отделение Klinikum rechts der Isar, Технический университет Мюнхена, Германия.

Для корреспонденции: Hans G. Beger – c/o Universitätsklinikum Ulm, Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm, Germany. Phone: +49-731-71576-101. Fax: +49-731-71576-255. Email: hans@beger-ulm.de

## Чрескожные вмешательства при гнойно-некротических осложнениях панкреонекроза

Кулезнёва Ю.В.<sup>2,3</sup>, Мороз О.В.<sup>4,5</sup>, Израйлов Р.Е.<sup>1,2</sup>, Смирнов Е.А.<sup>3</sup>, Егоров В.П.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ “Московский клинический научный центр Департамента здравоохранения Москвы”; 111123, г. Москва, ш. Энтузиастов, д. 86, Российская Федерация

<sup>2</sup> Кафедра факультетской хирургии №2 ГБОУ ВПО “Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова” Министерства здравоохранения России; 127473, г. Москва, ул. Десятская, д. 20, стр. 1, Российская Федерация

<sup>3</sup> ГБУЗ “Городская клиническая больница № 68 Департамента здравоохранения города Москвы”; 109263, г. Москва, ул. Шкулева, д. 4, Российская Федерация

<sup>4</sup> ФГОУ ВПО “Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова”, кафедра хирургии ФФМ; 119192, г. Москва, Ломоносовский пр., д. 31, корп. 5, Российская Федерация

<sup>5</sup> ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского”; 117997, г. Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27, Российская Федерация

**Цель:** определить критерии эффективности, продолжительности и целесообразности применения только миниинвазивного лечения деструктивного панкреатита в фазе гнойно-некротических осложнений.

**Материал и методы.** Исследование основано на результатах лечения 115 больных с гнойно-некротическими осложнениями деструктивного панкреатита. Пациенты были разделены на две группы. В 1-й группе 33 (28,7%) пациентам первым этапом выполняли традиционное вмешательство. Во 2-й группе 82 (71,3%) больным хирургическое лечение начинали с миниинвазивных чрескожных вмешательств.

**Результаты.** В 1-й группе осложнения в послеоперационном периоде выявили у 6 (18%) больных: в 5 наблюдениях – аррозивное кровотечение, в 1 – толстокишечный свищ. Летальность среди пациентов средней тяжести составила 39,3%. Среди больных с тяжелым состоянием летальность составила 36,3%. Во 2-й группе осложнения выявили в 19 (23%) наблюдениях: аррозивное кровотечение – у 5 больных, толстокишечный свищ – у 11, панкреатический свищ – у 3. Общая летальность составила 23%. Летальность во 2-й группе была в 2 раза меньше, а продолжительность стационарного лечения практически в 1,5 раза больше.

**Заключение.** У больных с гнойно-некротическими осложнениями деструктивного панкреатита первым этапом всегда возможно выполнить миниинвазивные вмешательства под контролем ультразвукового исследования и рентгенотелевидения. Однако при сохраняющейся интоксикации необходимо уточнить показания к адекватной некрэксеквестрации открытым или эндовидеохирургическим доступом.

**Ключевые слова:** панкреонекроз, гнойно-некротические осложнения, деструктивный панкреатит, миниинвазивные вмешательства.

**Кулезнёва Юлия Валерьевна** – доктор мед. наук, профессор кафедры факультетской хирургии №2 ГБОУ ВПО “Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова” Министерства здравоохранения России. **Мороз Ольга Владимировна** – ассистент кафедры хирургии ФФМ ФГОУ ВПО “Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова”. **Израйлов Роман Евгеньевич** – доктор мед. наук, заведующий отделом инновационной хирургии Московского научного центра Департамента здравоохранения г. Москвы. **Смирнов Евгений Александрович** – врач ультразвуковой диагностики ГБУЗ “Городская клиническая больница № 68” Департамента здравоохранения г. Москвы. **Егоров Владимир Павлович** – аспирант кафедры факультетской хирургии №2 ГБОУ ВПО “Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова” Министерства здравоохранения России.

**Для корреспонденции:** Кулезнёва Юлия Валерьевна – 119571, Москва, ул. Академика Анохина, д. 9, корп. 1, кв. 517. Российская Федерация. Тел.: 8-903-791-62-55. E-mail: kulezniova@yandex.ru

## Медикаментозная редукция кровопотери терлипрессином при операциях на органах брюшной полости

Хоронько Ю.В.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29, Российская Федерация

**Цель.** Установить эффективность селективного вазоконстриктора терлипрессина в уменьшении операционной кровопотери при обширных абдоминальных вмешательствах.

**Материал и методы.** Сформированы 2 группы больных, сопоставимых по основным клинико-диагностическим параметрам. В I (контрольную) группу включили 30 пациентов, во II – 38 больных, которым выполнены различные вмешательства – резекция печени, резекция поджелудочной железы, билиодигестивные реконструктивные вмешательства, спленэктомия при «большой» селезенке. Изучали величину интраоперационной кровопотери и ряд параметров, характеризующих течение послеоперационного периода. Для уменьшения кровопотери пациенты II группы наряду с общепринятыми мерами получали терлипрессин (Реместип®) 1000–3000 мкг внутривенно болюсно по разработанному алгоритму.

**Результаты.** На основании анализа полученных данных установлен оптимальный алгоритм применения терлипрессина (Реместип®), позволяющий уменьшить интраоперационную кровопотерю. За 30 мин до операции вводят 1000 мкг Реместипа, повторяют введение препарата в дозе 500–1000 мкг при установлении резектабельности. При продолжительности операции более 4 ч дополнительно вводят 1000 мкг терлипрессина. Наиболее показательно уменьшение кровопотери при повторных билиодигестивных реконструктивных вмешательствах –  $484,2 \pm 36,1$  мл и  $352,8 \pm 22,5$  мл ( $p < 0,01$ ) соответственно, а также при удалении так называемой большой селезенки, осложняющей течение гематологических заболеваний и портальной гипертензии, –  $560,4 \pm 76,2$  мл и  $314,2 \pm 38,8$  мл в сравниваемых группах ( $p < 0,01$ ).

**Заключение.** Определяющим фактором уменьшения кровопотери при абдоминальных вмешательствах является хирургическая техника. Однако при некоторых вмешательствах медикаментозная редукция кровопотери препаратами терлипрессина (Реместип®) весьма эффективна. Периоперационное сопровождение операций на органах верхнего этажа брюшной полости селективными вазоконстрикторами группы терлипрессина у пациентов с портальной гипертензией следует считать обязательным.

**Ключевые слова:** абдоминальные вмешательства, редукция операционной кровопотери, терлипрессин.

**Хоронько Юрий Владиленович** – доктор мед. наук, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, врач-хирург хирургического отделения клиники ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России.

**Для корреспонденции:** Хоронько Юрий Владиленович – 344022, г. Ростов-на-Дону, ул. Журавлева, д. 102, кв. 56.  
Тел.: 8-918-554-49-40. E-mail: khoronko507@gmail.com

## Аневризма селезеночной артерии – диагностика и лечение

Буткевич А.Ц.<sup>1,2</sup>, Бровкин А.Е.<sup>1</sup>, Кошелев М.Н.<sup>1</sup>, Гордеев С.Н.<sup>1</sup>,  
Силина Т.Л.<sup>3</sup>, Панько В.Я.<sup>2</sup>, Баранова Ю.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГКУ «Центральный клинический военный госпиталь» воинской части 93998, Москва; 123182, Москва, 1-й Пехотный пер., 9/27, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГКУ «Главный клинический военный госпиталь» воинской части 93998, Голицыно; 143040, Московская обл., г. Голицыно, Петровское шоссе, 48, Российская Федерация

<sup>3</sup> ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России; 125367 Москва, Ивановское шоссе, 3, Российская Федерация

Представлены редкие клинические наблюдения диагностики и успешного хирургического излечения аневризмы селезеночной артерии (АСА). На основании результатов комплексного обследования в трех наблюдениях диагностирована истинная АСА атеросклеротического генеза без клинических проявлений. В одном наблюдении обнаружена ложная аневризма, в анамнезе у пациента был острый панкреатит. В диагностике АСА наиболее информативны КТ, целиакография, эндо-УЗИ. Сопоставление результатов этих методов позволяет наиболее точно поставить диагноз и определить тактику лечения. Своевременная операция позволяет предотвратить фатальные осложнения АСА.

**Ключевые слова:** аневризма, селезеночная артерия, компьютерная томография, эндоскопическое УЗИ, целиакография, острый панкреатит, атеросклероз.

**Буткевич Александр Цезаревич** – доктор мед. наук, профессор, главный хирург Военно-медицинского управления войсковой части 93998. **Бровкин Алексей Евгеньевич** – канд. мед. наук, главный хирург Центрального клинического военного госпиталя войсковой части 93998. **Кошелев Михаил Николаевич** – начальник онкологического отделения Центрального клинического военного госпиталя войсковой части 93998. **Гордеев Сергей Николаевич** – врач-хирург онкологического отделения Центрального клинического военного госпиталя войсковой части 93998. **Силина Татьяна Леонидовна** – врач эндоскопического отделения ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России. **Панько Вячеслав Яковлевич** – начальник сосудистого отделения Главного клинического военного госпиталя войсковой части 93998. **Баранова Юлия Викторовна** – врач-хирург хирургического отделения Центрального клинического военного госпиталя войсковой части 93998.

**Для корреспонденции:** Буткевич Александр Цезаревич – 109129, Москва, 8-я ул. Текстильщиков, д. 13, корп. 2, кв. 268. Тел.: 8-916-533-12-50. E-mail: leg\_o@mail.ru

## Зондовая конфокальная лазерная эндомикроскопия в диагностике заболеваний желчных протоков

Сазонов Д.В.<sup>1</sup>, Панченков Д.Н.<sup>2</sup>, Иванов Ю.В.<sup>1</sup>, Шабловский О.Р.<sup>1</sup>,  
Данилевская О.В.<sup>1</sup>, Лебедев Д.П.<sup>1</sup>, Алехнович А.В.<sup>2</sup>, Забозлаев Ф.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт клинической хирургии ФГБУ “Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства России”; 115682, Москва, Ореховый бульвар, д. 28, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО “Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова” Минздрава России; 127473, г. Москва, ул. Десятская, д. 20, стр. 1, Российская Федерация

Приведены клинические наблюдения различных заболеваний желчных протоков, в том числе холангиокарциномы, развившихся на фоне хронических заболеваний и стриктур гепатопанкреатодуоденальной зоны. Отражены сложности инструментальной диагностики на ранней стадии заболевания. Впервые при этом заболевании с диагностической целью применен метод зондовой конфокальной лазерной эндомикроскопии, позволивший во всех наблюдениях уточнить и верифицировать диагноз. Описан метод исследования, его результаты сопоставлены с другими методами диагностики. Авторы предполагают, что при диагностике заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны метод зондовой конфокальной лазерной эндомикроскопии может иметь решающее значение при неэффективности или малой информативности других методов.

**Ключевые слова:** холангиокарцинома, конфокальная лазерная эндомикроскопия, хронический панкреатит, стент.

**Сазонов Дмитрий Валерьевич** – канд. мед. наук, руководитель отдела эндоскопии НИИ клинической хирургии ФГБУ ФНКЦ ФМБА России. **Панченков Дмитрий Николаевич** – доктор мед. наук, профессор, заведующий лабораторией минимально инвазивной хирургии ГБОУ ВПО “МГМСУ им. А.И. Евдокимова” Минздрава России. **Иванов Юрий Викторович** – доктор мед. наук, профессор, руководитель отдела абдоминальной и эндокринной хирургии, заместитель директора НИИ клинической хирургии ФГБУ ФНКЦ ФМБА России. **Шабловский Олег Радимирович** – доктор мед. наук, профессор, директор НИИ клинической хирургии ФГБУ ФНКЦ ФМБА России. **Данилевская Олеся Васильевна** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела эндоскопии НИИ клинической хирургии ФГБУ ФНКЦ ФМБА России. **Лебедев Дмитрий Петрович** – врач-хирург отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГБУ ФНКЦ ФМБА России. **Алехнович Алексей Владимирович** – канд. мед. наук, докторант кафедры хирургии ФПДО ГБОУ ВПО “МГМСУ им. А.И. Евдокимова” Минздрава России. **Забозлаев Федор Георгиевич** – доктор мед. наук, профессор, руководитель отдела современных морфологических методов исследования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России.

**Для корреспонденции:** Иванов Юрий Викторович – 115682, Москва, Ореховый бульвар, д. 28, отделение хирургии ФНКЦ ФМБА России. Тел.: 8-495-395-04-00; 8-916-162-05-21. Факс: 8-495-395-64-30. E-mail: ivanovkb83@yandex.ru

## Рентгеноэндоваскулярная эмболизация посттравматической внепеченочной артериопортальной фистулы

Таразов П.Г., Поликарпов А.А.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий», Санкт-Петербург; 197758, С.-Петербург, п. Песочный, ул. Ленинградская, д. 70, Российская Федерация

Представлено необычное наблюдение успешной рентгеноэндоваскулярной окклюзии внепеченочной артериопортальной фистулы у пациента с циррозом печени, портальной гипертензией, рецидивирующим кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода, несмотря на лигирование и перенесенную спленэктомию. Через 6 мес после эндоваскулярной процедуры отмечено отсутствие соустья и признаков портальной гипертензии. В течение 5 лет наблюдения пациент остается практически здоровым. Приведены сведения об этиологии, патогенезе заболевания, краткий обзор литературы.

**Ключевые слова:** цирроз печени, портальная гипертензия, варикозное расширение вен, артериопортальная фистула, ангиография, эмболизация.

**Таразов Павел Гадельгараевич** – доктор мед. наук, профессор, заведующий отделением ангиографии ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий». **Поликарпов Алексей Александрович** – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения ангиографии ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий».

**Для корреспонденции:** Таразов Павел Гадельгараевич – 197758, С.-Петербург, п. Песочный, ул. Ленинградская, д. 70, ФГБУ РНЦРТ. Тел./факс: +7-812-596-67-05. Тел. моб.: +7-921-955-67-56. E-mail: tarazov@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

### Из истории

## Хирургические операции на печени, желчных путях и поджелудочной железе Часть III. Хирургия поджелудочной железы

*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 поджелудочной железы 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



**Рецензия**

**Рецензия на книгу:**

**М.В. Данилов, В.Г. Зурабиани, Н.Б. Карпова**

**“Осложнения минимально инвазивной хирургии.**

**Хирургическое лечение осложнений минимально**

**инвазивных вмешательств на желчных путях**

**и поджелудочной железе. Руководство для врачей”**

*Ermolov A.S.*

---

**Ермолов Александр Сергеевич** – доктор мед. наук, профессор, член-корр. РАН, Почетный директор НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского.

**Для корреспонденции:** Ермолов Александр Сергеевич – E-mail: sklifos@inbox.ru