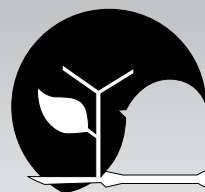


# АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ



ANNALS OF SURGICAL HEPATOLOGY  
ANNALY KHIRURGICHESKOY GERATOLOGII

© МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
“АССОЦИАЦИЯ ХИРУРГОВ-ГЕПАТОЛОГОВ”

2016. Том 21, № 2

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

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

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

Зав. редакцией **Платонова Л.В.**

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

Журнал включен в Russian Science Citation Index (RSCI) на платформе Web of Science

## Адрес для корреспонденции:

115446, Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ им. С.С. Юдина. 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>

Подписной индекс по каталогу “Роспечати” 47434

## СОДЕРЖАНИЕ

Требования к публикациям .....	5
XXIII Международный конгресс Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ ...	8

РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ  
ЦЕНТРА ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Владимир Евгеньевич Загайнов – редактор раздела .....	9
От редактора раздела .....	10

Трансплантации и радикальные резекции печени  
с реконструкциями сосудов при распространенном  
альвеококкозе

<i>Поршенников И.А., Быков А.Ю., Павлик В.Н., Карташов А.С., Шёкина Е.Е., Коробейникова М.А., Юшина Е.Г.</i> .....	11
--	----

Трансплантационные технологии в хирургии  
местнораспространенного альвеококкоза печени  
с инвазией магистральных сосудов

<i>Восканян С.Э., Артемьев А.И., Найденов Е.В., Забезинский Д.А., Чучуев Е.С., Рудаков В.С., Шабалин М.В., Шербин В.В.</i> .....	25
--	----

Применение трупных венозных аллографтов  
в резекционной хирургии печени  
и поджелудочной железы

<i>Шерба А.Е., Ефимов Д.Ю., Харьков Д.П., Руммо О.О.</i> .....	32
--	----

Протокол анестезии при обширных  
резекциях печени: смена парадигмы под влиянием  
опыта трансплантации печени (обзор литературы)

<i>Бельский В.А., Мольков А.М., Уткин И.А., Рабосина И.А., Загайнов В.Е.</i> .....	39
--	----

Комбинированная резекция печени  
и нижней полой вены при гепатоцеллюлярном раке

<i>Пирицхалава Т.Л., Гранов Д.А., Майстренко Д.Н.</i> .....	52
---	----

## ПЕЧЕНЬ

Новый способ рассечения паренхимы печени при резекции <i>Ахаладзе Г.Г., Гребенкин Е.Н.</i> .....	56
--	----

## ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Функциональное состояние желудка и тонкой кишки после оперативных вмешательств у больных раком головки поджелудочной железы <i>Шабунин А.В., Тавобилов М.М., Карпов А.А.</i> .....	62
---	----

Парапанкреатит без КТ-признаков некроза  
поджелудочной железы у больных острым  
панкреатитом

<i>Дюжеева Т.Г., Джус Е.В., Шефер А.В., Семененко И.А., Платонова Л.В., Гальперин Э.И.</i> .....	68
--	----

Оптимизация миниинвазивного лечения при обширном панкреатогенном некрозе <i>Галимзянов Ф.В., Гафуров Б.Б., Прудков М.И.</i> .....	73
---	----

Респираторный дистресс-синдром  
при остром панкреатите  
(экспериментальное исследование)

<i>Власов А.П., Трофимов В.А., Власова Т.И., Анашкин С.Г., Полозова Э.И., Муратова Т.А., Крючков Д.Г.</i> .....	80
---	----

## ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ

Метаболическая коррекция церебральных  
нарушений при обтурационном холестазах  
(экспериментальное исследование)

<i>Беляев А.Н., Хвостунов С.И., Беляев С.А., Костин С.В.</i> .....	86
--	----

## ОБЗОР

Первичная профилактика кровотечений  
из варикозно расширенных вен пищевода  
и желудка у больных портальной гипертензией  
(обзор литературы)

<i>Манукьян Г.В., Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б., Семенова Т.С., Мартиросян Р.А.</i> .....	93
---	----

## КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Редкое сочетание эхинококкоза  
и альвеококкоза печени

<i>Мерзликин Н.В., Марьина М.Е., Ерендеева Л.Э., Хвалобо Ю.В., Петров Л.Ю., Пак В.Н., Толкаева М.В., Бушланов П.С.</i> .....	105
--	-----

Гигантская серозная киста  
поджелудочной железы

<i>Красильников Д.М., Петров С.В., Малова И.И., Миргасимова Д.М.</i> .....	109
--	-----

## РЕФЕРАТЫ ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛОВ

## Рефераты иностранных журналов

<i>Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.</i> .....	113
---	-----

## ЮБИЛЕИ

Нина Николаевна Артемьева К 80-летию со дня рождения .....	118
---	-----

Могели Шалвович Хубутия К 70-летию со дня рождения .....	120
---	-----

Петр Сергеевич Ветшев К 65-летию со дня рождения .....	123
---	-----

## НЕКРОЛОГ

Валентин Андреевич Журавлев .....	125
Тарас Адамович Кадошук .....	127

## Трансплантации и радикальные резекции печени с реконструкциями сосудов при распространенном альвеококкозе

Поршенников И.А.<sup>1,2</sup>, Быков А.Ю.<sup>1</sup>, Павлик В.Н.<sup>1</sup>, Карташов А.С.<sup>1</sup>, Щёкина Е.Е.<sup>1</sup>, Коробейникова М.А.<sup>1</sup>, Юшина Е.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ НСО “Государственная Новосибирская областная клиническая больница”; 630087, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, д. 130, Российская Федерация

<sup>2</sup> Кафедра госпитальной и детской хирургии ГБОУ ВПО “Новосибирский государственный медицинский университет” Минздрава РФ; 630091, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 52, Российская Федерация

**Цель:** изучить результаты трансплантаций и радикальных резекций печени с реконструкцией сосудов при распространенном альвеококкозе.

**Материал и методы.** В ретроспективное исследование включен 21 пациент с альвеококкозом с поражением более 5 сегментов печени и (или) паразитарной инвазией в бифуркацию воротной вены, и (или) в нижнюю полую вену, и (или) в гепатикокавальный конfluence.

**Результаты.** Резекцию печени выполнили 9 (42,9%) пациентам (группа 1) при наличии технической возможности сохранения или реконструкции афферентного и (или) эфферентного венозного русла остающейся части печени. Гипотермическую перфузию *in vivo in situ* применили в 1 наблюдении, реконструкцию воротной вены выполнили в 5 наблюдениях, реконструкцию нижней полую вену – в 8, реконструкцию артерии – в 1. Трансплантацию выполнили 12 (57,1%) пациентам (группа 2): у 6 больных был цирроз печени, у 1 – синдром Бадда–Киари. Целая печень от посмертных доноров трансплантирована 7 реципиентам, 5 больным – правая половина печени от живых родственных доноров. Резекция нижней полую вену выполнена в 10 наблюдениях. Госпитальной летальности не было. При медиане наблюдения 17 мес не отмечено рецидива заболевания. Общая однолетняя и трехлетняя выживаемость составила 100 и 89% соответственно ( $p = 0,617$ ).

**Заключение.** Радикальное лечение при распространенном альвеококкозе печени осуществимо у подавляющего большинства пациентов при отсутствии нерезектабельных отдаленных метастазов и исходно корректном выборе хирургической тактики. Операции необходимо выполнять в специализированных центрах, рутинно выполняющих резекции и трансплантации.

**Ключевые слова:** печень, альвеококкоз, резекция, гипотермическая перфузия, трансплантация печени, реконструкция сосудов.

**Поршенников Иван Анатольевич** – канд. мед. наук, заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ НСО “ГНОКБ”; доцент кафедры госпитальной и детской хирургии ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава РФ. **Быков Александр Юрьевич** – заведующий отделением трансплантации органов ГБУЗ НСО “ГНОКБ”. **Павлик Владимир Николаевич** – врач-хирург отделения трансплантации органов ГБУЗ НСО “ГНОКБ”. **Карташов Алексей Сергеевич** – врач-хирург отделения трансплантации органов ГБУЗ НСО “ГНОКБ”. **Щёкина Елена Евгеньевна** – врач-хирург отделения трансплантации органов ГБУЗ НСО “ГНОКБ”. **Коробейникова Мария Александровна** – врач-хирург отделения трансплантации органов ГБУЗ НСО “ГНОКБ”. **Юшина Екатерина Геннадьевна** – врач-хирург отделения трансплантации органов ГБУЗ НСО “ГНОКБ”.

**Для корреспонденции:** Поршенников Иван Анатольевич – Россия, 630087, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, д. 130, Российская Федерация. Тел.: +7-383-315-96-76. E-mail: porshennikov@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 17.05.2016.

## Трансплантационные технологии в хирургии местнораспространенного альвеококкоза печени с инвазией магистральных сосудов

Восканян С.Э., Артемьев А.И., Найденов Е.В., Забежинский Д.А.,  
Чучуев Е.С., Рудаков В.С., Шабалин М.В., Щербин В.В.

ФГБУ “Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна Федерального медико-биологического агентства”;  
123098, г. Москва, ул. Маршала Новикова, д. 23, Российская Федерация

**Цель.** Изучить возможности, непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных местнораспространенным альвеококкозом печени с инвазией магистральных сосудов.

**Материал и методы.** В исследование включено 63 пациента: 19 пациентам выполнена трансплантация печени, 12 – нормотермическая аутоперитрансплантация печени (*ante situm*), 1 – гипотермическая аутоперитрансплантация печени (*ex situ ex vivo*), 31 – расширенная резекция печени с пластикой магистральных сосудов.

**Результаты.** Общая частота осложнений после трансплантации печени составила 31,6%, после нормотермической аутоперитрансплантации печени – 38,5%, после расширенных операций на печени с резекцией и пластикой магистральных сосудов – 25,8%. После трансплантации печени отмечен 1 (5,3%) летальный исход. Госпитальной летальности после аутоперитрансплантации и после расширенных резекций печени с резекцией и пластикой магистральных сосудов не было. Максимальный период наблюдения после трансплантации печени – 54 мес, после аутоперитрансплантации печени – 38 мес, после расширенных резекций печени с резекцией и пластикой магистральных сосудов – 40 мес. Летальности в отдаленном периоде не было. Медиана выживаемости составила 21 мес.

**Заключение.** Применение трансплантационных технологий в хирургии печени – новая и важная хирургическая стратегия в лечении больных нерезектабельным альвеококкозом печени. Отличные ближайшие и отдаленные результаты радикального хирургического лечения при распространенном альвеококкозе печени с применением трансплантационных технологий оправдывают концентрацию этой категории пациентов в высокоспециализированных гепатологических центрах.

**Ключевые слова:** печень, альвеококкоз, магистральные сосуды, трансплантация, аутоперитрансплантация, расширенная резекция печени.

**Восканян Сергей Эдуардович** – доктор мед. наук, заместитель главного врача по хирургической помощи – руководитель Центра хирургии и трансплантологии, заведующий кафедрой хирургии с курсами онкологии, эндоскопии, хирургической патологии, клинической трансплантологии и органного донорства ИППО ФГБУ “ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России”. **Артемьев Алексей Игоревич** – канд. мед. наук, заведующий хирургическим отделением Центра хирургии и трансплантологии ФГБУ “ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России”. **Найденов Евгений Владимирович** – канд. мед. наук, врач-хирург хирургического отделения, старший научный сотрудник лаборатории новых хирургических технологий Центра хирургии и трансплантологии ФГБУ “ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России”. **Забежинский Дмитрий Александрович** – канд. мед. наук, врач-хирург хирургического отделения Центра хирургии и трансплантологии ФГБУ “ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России”. **Чучуев Евгений Станиславович** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник лаборатории новых хирургических технологий Центра хирургии и трансплантологии ФГБУ “ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России”. **Рудаков Владимир Сергеевич** – врач-хирург центра координации донорских органов и (или) тканей человека Центра хирургии и трансплантологии ФГБУ “ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России”. **Шабалин Максим Вячеславович** – врач-хирург хирургического отделения Центра хирургии и трансплантологии ФГБУ “ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России”. **Щербин Владимир Владимирович** – врач-хирург хирургического отделения Центра хирургии и трансплантологии ФГБУ “ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России”.

**Для корреспонденции:** Найденов Евгений Владимирович – 123098, г. Москва, ул. Маршала Новикова, д. 23, Российская Федерация. Тел.: 8-499-199-95-61. E-mail: e.v.naydenov@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 20.06.2016.

## Применение трупных венозных аллографтов в резекционной хирургии печени и поджелудочной железы

Щерба А.Е., Ефимов Д.Ю., Харьков Д.П., 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.** Оценить ближайшие и отдаленные результаты использования трупных венозных аллотрансплантатов в хирургии печени и поджелудочной железы.

**Материал и методы.** В исследование включили 14 пациентов, которым выполнили вмешательства на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны с использованием трупных венозных аллотрансплантатов. Группу сравнения составили пациенты, перенесшие резекции сосудов без использования трупных аллотрансплантатов: 36 пациентов с обширными резекциями печени, 26 – после панкреатодуоденальной резекции с резекцией воротной вены и (или) ее ветвей.

**Результаты.** Средний возраст пациентов на момент операции составил 52,3 (48;59) года, соотношение мужчин и женщин – 9:5. В 11 (79%) из 14 наблюдений после циркулярной венозной резекции возникала необходимость использования цельного аллотрансплантата, в 3 (21%) наблюдениях выполняли тангенциальную сосудистую резекцию и восстанавливали сосуд венозной заплатой. Госпитальная летальность составила 7,1%, однолетняя выживаемость – 85,7%, срок наблюдения – 13,5 (6;22) мес. Сосудистых осложнений в раннем и отдаленном послеоперационных периодах не было.

**Заключение.** Применение охлажденных трупных венозных аллотрансплантатов в хирургии печени и поджелудочной железы позволяет расширить спектр и объем оперативных вмешательств, уменьшить риск послеоперационных сосудистых осложнений.

**Ключевые слова:** печень, поджелудочная железа, резекция, трупный венозный аллотрансплантат, осложнения, отдаленные результаты.

**Щерба Алексей Евгеньевич** – канд. мед. наук, доцент, заведующий отделом трансплантологии и гепатобилиарной хирургии Республиканского научно-практического центра трансплантации органов и тканей. **Ефимов Денис Юрьевич** – врач-хирург Республиканского научно-практического центра трансплантации органов и тканей. **Харьков Дмитрий Петрович** – врач-хирург Республиканского научно-практического центра трансплантации органов и тканей. **Руммо Олег Олегович** – доктор мед. наук, профессор, руководитель Республиканского научно-практического центра трансплантации органов и тканей.

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

Статья поступила в редакцию журнала 25.04.2016.

## Протокол анестезии при обширных резекциях печени: смена парадигмы под влиянием опыта трансплантации печени (обзор литературы)

Бельский В.А.<sup>1</sup>, Мольков А.М.<sup>1</sup>, Уткин И.А.<sup>1</sup>, Рабосина И.А.<sup>1</sup>, Загайнов В.Е.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России; 603109, г. Нижний Новгород, ул. Ильинская, д. 14, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России; 603005, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1, Российская Федерация

Представлен обзор современной актуальной литературы, включающий доказательные исследования, методические рекомендации, стандарты, руководства, посвященные анестезиологическому обеспечению расширенных резекций печени. На основании собранного материала проведен анализ существующих алгоритмов анестезии. Отмечены существенные различия подходов к анестезиологическому обеспечению, которые преимущественно обусловлены проблемой массивной интраоперационной кровопотери. Расширяющаяся практика трансплантации печени вносит существенные коррективы в проведение анестезии при этих оперативных вмешательствах. С учетом накопленного опыта обширных резекций и трансплантации печени выбран оптимальный алгоритм анестезиологического обеспечения.

**Ключевые слова:** анестезия, печень, обширная резекция, мониторинг, инфузионная терапия, трансплантация.

**Бельский Владислав Александрович** – главный специалист по анестезиологии–реаниматологии ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России. **Мольков Александр Михайлович** – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии – реанимации ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России. **Уткин Иван Александрович** – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии – реанимации ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России. **Рабосина Ирина Анатольевна** – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии – реанимации ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России. **Загайнов Владимир Евгеньевич** – доктор мед. наук, главный специалист по хирургии ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России, заведующий кафедрой хирургических болезней ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России.

**Для корреспонденции:** Бельский Владислав Александрович – 603109, г. Нижний Новгород, ул. Ильинская, д. 14, Российская Федерация. Тел.: +7-903-601-2278. E-mail: vlad.belsky@gmail.com

Статья поступила в редакцию журнала 17.06.2016.



## **Комбинированная резекция печени и нижней полой вены при гепатоцеллюлярном раке**

*Пирицхалава Т.Л., Гранов Д.А., Майстренко Д.Н.*

*ФГБУ “Российский научный центр радиологии и хирургических технологий” МЗ РФ;  
197758, г. Санкт-Петербург, пос. Песочный, Ленинградская ул., д. 70, Российская Федерация*

Представлено клиническое наблюдение пациентки с местнораспространенным гепатоцеллюлярным раком, перенесшей расширенную правостороннюю гемигепатэктомию с резекцией и протезированием нижней полой вены и живущей более 8 лет. Авторы обращают внимание на необходимость предельно агрессивного хирургического подхода как единственного позволяющего добиться отдаленного результата у этой категории больных. Обсуждаются возможности применения трансплантационных технологий, в частности полной сосудистой изоляции печени и временного веновенозного шунтирования.

**Ключевые слова:** *печень, нижняя полая вена, гепатоцеллюлярный рак, обширная резекция, отдаленные результаты.*

**Пирицхалава Теймураз Лушаевич** – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела интервенционной радиологии и оперативной хирургии Российского научного центра радиологии и хирургических технологий МЗ РФ. **Гранов Дмитрий Анатольевич** – доктор мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН, заместитель директора ФГБУ РНЦРХТ МЗ РФ по интервенционной радиологии и оперативной хирургии. **Майстренко Дмитрий Николаевич** – доктор мед. наук, заместитель директора ФГБУ РНЦРХТ МЗ РФ по клинической работе.

**Для корреспонденции:** Пирицхалава Теймураз Лушаевич – 197758, г. Санкт-Петербург, пос. Песочный, Ленинградская ул., д. 70, Российская Федерация. Тел.: 8-960-231-89-58. E-mail: pirtckhalava@aol.com

Статья поступила в редакцию журнала 26.04.2016.

## Новый способ рассечения паренхимы печени при резекции

Ахаладзе Г.Г., Гребенкин Е.Н.

ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 117997, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 86, Российская Федерация

**Цель.** Изучить эффективность разработанного метода, заключающегося в раздавливании паренхимы печени зажимом, подключенным к генератору тока высокой частоты, с одновременной ирригацией линии рассечения физиологическим раствором.

**Материал и методы.** Исследовали результаты 40 резекций печени, разделенных на 3 группы. В основную группу включены 15 резекций, выполненных разработанным методом. Первую контрольную группу составили 18 резекций, выполненных при помощи биполярной коагуляции, вторую группу – 7 резекций, выполненных гармоническим скальпелем.

**Результаты.** Кровопотеря в исследуемой группе составила  $627,01 \pm 161,89$  мл, в группе коагуляции –  $811 \pm 225,09$  мл, в группе гармонического скальпеля –  $1652,29 \pm 624,51$  мл ( $p = 0,008$ ). Продолжительность операции в исследуемой группе составила  $301,67 \pm 26,08$  мин, в группе коагуляции –  $360,15 \pm 29,32$  мин, в группе гармонического скальпеля –  $386,14 \pm 40,41$  мин. Достоверных различий в результатах получено не было ( $p = 0,104$ ).

**Заключение.** Разработанный метод диссекции позволяет достоверно уменьшить величину кровопотери без выполнения портальной окклюзии и несколько сократить время вмешательства. Сокращение кровопотери, даже при пересечении большого объема паренхимы, позволяет более широко применять сегмент-ориентированные резекции печени, особенно мезогепатэктомию, увеличивая контингент операбельных пациентов и приводя к улучшению результатов лечения пациентов с опухолями печени в целом.

**Ключевые слова:** печень, резекция, рассечение паренхимы, диссекция, опухоль печени, метастазы печени, сегмент-ориентированная резекция, мезогепатэктомию.

Ахаладзе Гурам Германович – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательского отдела хирургии и хирургических технологий в онкологии Российского научного центра рентгенорадиологии МЗ РФ.  
Гребенкин Егор Николаевич – канд. мед. наук, научный сотрудник отдела хирургии и хирургических технологий в онкологии Российского научного центра рентгенорадиологии МЗ РФ.

**Для корреспонденции:** Гребенкин Егор Николаевич – 141090, Московская область, г. Королев, ул. Тихомировой, 10-26. Тел.: +7-985-295-01-88. E-mail: genbytu@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 03.11.2015.



## Функциональное состояние желудка и тонкой кишки после оперативных вмешательств у больных раком головки поджелудочной железы

Шабунин А.В.<sup>1,2</sup>, Тавобилов М.М.<sup>1,2</sup>, Карпов А.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Городская клиническая больница им. С.П. Боткина; 125284, Москва, 2-й Боткинский пр-д, д. 5, Российская Федерация

<sup>2</sup> Кафедра хирургии Российской медицинской академии постдипломного образования Министерства здравоохранения Российской Федерации; 125993, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, Российская Федерация

**Цель исследования:** определение наиболее физиологичных способов формирования анастомоза при радикальном и паллиативном оперативном вмешательстве у больных с опухолевым поражением головки поджелудочной железы на основании оценки функционального состояния желудка и тонкой кишки.

**Материал и методы.** Проведено проспективное клиническое исследование функционального состояния желудка и тонкой кишки у больных с опухолевым поражением головки поджелудочной железы, которым по показаниям выполняли радикальное либо паллиативное оперативное вмешательство. Группа больных, оперированных радикально, составила 37 пациентов. Им выполнено 111 исследований. У всех больных диагностирована протоковая аденокарцинома головки поджелудочной железы. В первой подгруппе 19 больным выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция, во второй 18 пациентам – панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника. Паллиативные оперативные вмешательства выполнены 23 пациентам. В первую подгруппу вошли 11 пациентов, перенесших переднеободочную гастроэнтеростомию с межкишечным анастомозом по Брауну, а во вторую – 12 больных, которым выполнена позадиободочная гастроэнтеростомию на короткой петле тощей кишки.

**Результаты.** Наибольшая положительная динамика в нормализации функции желудочно-кишечного тракта отмечена у пациентов, перенесших панкреатодуоденальную резекцию с сохранением привратника (период полувыведения радиофармпрепарата составил 118,8 мин через 15 сут после операции, через месяц – до 46,2 мин). Наибольшая положительная динамика после паллиативных операций в нормализации функционирования желудочно-кишечного тракта отмечена у пациентов, перенесших позадиободочную гастроэнтеростомию. Период полувыведения радиофармпрепарата через 7 сут после операции с 102,5 мин уменьшился до 51,7 мин через месяц после операции. У больных после переднеободочной гастроэнтеростомии – с 114,2 до 64,8 мин.

**Заключение.** Применение радионуклидного метода позволяет проводить не только раннюю и комплексную диагностику моторно-эвакуаторной активности желудка, тонкой кишки, желчных путей, но и более физиологично планировать тот или иной способ оперативного вмешательства.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, аденокарцинома, резекция, радикальное лечение, паллиативное лечение, гастростаз, моторно-эвакуаторная функция, сцинтиграфия.

**Шабунин Алексей Васильевич** – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии РМАПО, главный врач ГКБ им. С.П. Боткина, г. Москва. **Тавобилов Михаил Михайлович** – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии РМАПО, заведующий отделением хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ им. С.П. Боткина, г. Москва. **Карпов Алексей Андреевич** – врач-хирург отделения хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ им. С.П. Боткина, г. Москва.

**Для корреспонденции:** Тавобилов Михаил Михайлович – 125284, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, д. 5, Российская Федерация. Тел.: 8-499-762-62-07, 8-916-821-45-58. E-mail: botkintmm@yandex.ru

Статья поступила в редакцию журнала 14.01.2016.

## Парапанкреатит без КТ-признаков некроза поджелудочной железы у больных острым панкреатитом

Дюжева Т.Г.<sup>1</sup>, Джус Е.В.<sup>2</sup>, Шефер А.В.<sup>1</sup>, Семенов И.А.<sup>1</sup>,  
Платонова Л.В.<sup>1</sup>, Гальперин Э.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Отдел гепатопанкреатобилиарной и регенеративной хирургии НИИ молекулярной медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова; 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, Российская Федерация

<sup>2</sup> Городская клиническая больница им. С.С. Юдина; 115446, Москва, Коломенский проезд, д. 4, Российская Федерация

**Цель.** Изучить характер парапанкреатита и особенности течения заболевания у больных острым панкреатитом при отсутствии признаков некроза поджелудочной железы по данным компьютерной томографии (КТ).

**Материал и методы.** Проведен анализ лечения 38 больных острым панкреатитом. При КТ с болюсным введением контрастного препарата признаков нарушения его накопления тканью поджелудочной железы не отмечено. Перипанкреатические изменения оценивали по неомогенным острым некротическим скоплениям и гомогенным острым перипанкреатическим жидкостным скоплениям. О распространенности парапанкреатита судили по классификациям Balthazar (2002) и К. Ishikawa и соавт. (2006).

**Результаты.** Острые некротические скопления выявлены у 15 больных, индекс по Balthazar составил  $3,7 \pm 0,1$ , по К. Ishikawa –  $2,46 \pm 0,45$  слева и  $0,86 \pm 0,4$  справа ( $p < 0,01$ ). Консервативное лечение применили 7 (47%) больным. В 8 (53%) наблюдениях выполнены вмешательства: 3 больным – только чрескожные пункции, 5 больных после пункций были оперированы. Показанием к операции на 21–34-е сутки считали нарастание объема скоплений и инфицирование. Умер 1 больной. У пациентов, подвергнутых консервативному лечению, отмечена тенденция к меньшей выраженности парапанкреатита по градации японских авторов ( $2,0 \pm 0,8$ ) по сравнению с больными, которым выполняли пункции и операции ( $3,7 \pm 1,5$ ;  $p > 0,5$ ). По индексу Balthazar такой тенденции не было ( $3,4 \pm 0,5$  и  $3,9 \pm 0,4$ ;  $p > 0,05$ ). Больные выписаны через  $34 \pm 5$  дней. Острые перипанкреатические жидкостные скопления отмечены у 23 больных. Индекс по Balthazar составил  $2,5 \pm 0,2$  балла, градация по японской классификации –  $1,3 \pm 0,2$  слева,  $0,8 \pm 0,2$  справа. Консервативное лечение проведено 22 (96%) больным, 1 пациенту выполнена чрескожная пункция. Все больные выписаны через  $16 \pm 1$  день.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о важности выявления острых некротических скоплений при отсутствии некроза в ПЖ в качестве маркера перипанкреатического некроза. В 33% подобных наблюдений требовались операции в связи с инфицированием. Классификация парапанкреатита по К. Ishikawa в большей степени отражает развитие парапанкреатита и его локализацию, чем индекс воспалительных изменений по Balthazar.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, острое перипанкреатическое жидкостное скопление, острое некротическое скопление, компьютерная томография.

Дюжева Татьяна Геннадьевна – доктор мед. наук, профессор, заведующая отделом гепатопанкреатобилиарной и регенеративной хирургии НИИ молекулярной медицины ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”. Джус Евгений Владимирович – врач отделения лучевой диагностики Городской клинической больницы им. С.С. Юдина. Шефер Александр Валерьевич – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела гепатопанкреатобилиарной и регенеративной хирургии НИИ молекулярной медицины ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”. Семенов Иван Альбертович – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела гепатопанкреатобилиарной и регенеративной хирургии НИИ молекулярной медицины ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”. Платонова Любовь Владимировна – канд. биол. наук, ведущий научный сотрудник отдела гепатопанкреатобилиарной и регенеративной хирургии НИИ молекулярной медицины ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”. Гальперин Эдуард Израилевич – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отдела гепатопанкреатобилиарной и регенеративной хирургии НИИ молекулярной медицины ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”.

**Для корреспонденции:** Дюжева Татьяна Геннадьевна – 115432, Москва, ул. Сайкина, д. 21, кв. 42, Российская Федерация. Тел.: 8-499-782-30-83. E-mail: dtg679@gmail.com

Статья поступила в редакцию журнала 19.01.2016.

## Оптимизация миниинвазивного лечения при обширном панкреатогенном некрозе

Галимзянов Ф.В.<sup>2</sup>, Гафуров Б.Б.<sup>1</sup>, Прудков М.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Кафедра хирургических болезней ФПК и ПП ГОУ ВПО “Уральский государственный медицинский университет”; 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3, Российская Федерация

<sup>2</sup> Государственное учреждение здравоохранения “Свердловская областная клиническая больница №1”, 620102, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, д. 185, Российская Федерация

**Цель.** Оценить эффективность этапного и одномоментного дренирования обширных панкреатогенных флегмон.

**Материал и методы.** Изучены результаты лечения 146 пациентов с обширными панкреатогенными флегмонами (2–4 квадранта). Все пациенты были оперированы из малых доступов. В I группе было 46 больных, пораженные отделы забрюшинной клетчатки вскрывали и дренировали одномоментно при первом оперативном вмешательстве. Во II группе 100 больных оперировали этапно: сначала дренировали один, наиболее измененный квадрант, на следующий день или через день после стабилизации состояния и устранения септического шока оперировали на остальных зонах гнойных изменений. Всем больным осуществляли комплексную клиничко-лабораторную и инструментальную диагностику (УЗИ, ЭГДС, КТ). Для интегральной оценки тяжести состояния и оценки сепсис-ассоциированной органной недостаточности применяли шкалу SOFA. Объем дренирования определяли в соответствии с предполагаемой распространенностью поражения забрюшинной клетчатки.

**Результаты.** Средний балл по SOFA составил  $8,8 \pm 0,152$ . В первые дни после оперативного вмешательства у большинства больных I группы отмечали отрицательную динамику тяжести состояния по шкале SOFA до  $9,2 \pm 0,139$  балла. Во II группе этот показатель практически не изменился и составил  $8,4 \pm 0,114$  балла. В последующие дни при одинаковой продолжительности лечения тяжесть состояния составляла в I группе  $8,5 \pm 0,142$  балла, во II группе –  $3,2 \pm 0,069$  балла. Органную недостаточность в I группе устраняли на 9-е сутки, во II – на 7-е сутки лечения. Летальность в I группе также оказалась больше – 26,1% по сравнению с 21% во II группе. Причиной летального исхода в I группе был инфекционно-токсический шок, во II группе – необратимая динамика патологического состояния. Средняя продолжительность лечения в обеих группах была сходной и составила 29,3 дня.

**Заключение.** Оперативное лечение больных панкреатогенной флегмоной заключается в формировании единого пространства, наружном дренировании через разрезы, программных санациях. Предпочтение следует отдавать минидоступам. Применение этапной тактики хирургического лечения при обширном поражении забрюшинной клетчатки позволило осуществлять адекватное дренирование с меньшим риском развития инфекционно-токсического шока и улучшить результаты лечения.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, забрюшинная клетчатка, острый панкреатит, панкреонекроз, панкреатогенная флегмона, этапное хирургическое лечение, минидоступ.

**Галимзянов Фарид Вагизович** – доктор мед. наук, профессор, заведующий отделением гнойной хирургии Свердловской областной клинической больницы №1. **Гафуров Бахромджон Бободжонович** – аспирант кафедры хирургических болезней ФПК и ПП Уральского государственного медицинского университета. **Прудков Михаил Иосифович** – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней ФПК и ПП Уральского государственного медицинского университета.

**Для корреспонденции:** Галимзянов Фарид Вагизович – 620120 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, д. 185, Российская Федерация. Тел.: 8-343-351-15-56. E-mail: isurg@okb1.ru

Статья поступила в редакцию журнала 13.10.2015.

## Респираторный дистресс-синдром при остром панкреатите (экспериментальное исследование)

Власов А.П.<sup>1</sup>, Трофимов В.А.<sup>1</sup>, Власова Т.И.<sup>1</sup>, Анашкин С.Г.<sup>2</sup>, Полозова Э.И.<sup>1</sup>, Муратова Т.А.<sup>1</sup>, Крючков Д.Г.<sup>1</sup>

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

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

**Цель.** Оценка роли нарушений липидного метаболизма и изменений коагуляционно-литической системы тканевых структур легких в патогенезе респираторного дистресс-синдрома при остром панкреатите.

**Материал и методы.** В основу работы положены эксперименты на взрослых беспородных половозрелых собаках. Модель – острый панкреатит по способу В.М. Буянова и соавт. (1989). В контрольные сроки осуществляли забор крови, бронхоальвеолярный смыв, биопсию тканей легких. Исследовали свободнорадикальные процессы, фосфолипазную и протеазную активность, качественный и количественный состав липидов, коагуляционно-литическое состояние тканей, функциональное состояние сурфактанта, транскапиллярный обмен жидкости.

**Результаты.** При остром панкреатите установлено существенное нарушение транскапиллярного обмена жидкости в легких, функции и состава сурфактанта, что приводило к изменению дыхательной функции органа. Одними из ведущих патогенетических механизмов в каскаде реакций респираторного дистресс-синдрома являются нарушения липидного метаболизма и изменения тканевой коагуляционно-литической системы легких. Изменения метаболических процессов в тканевых структурах легких сопряжены с эндогенной интоксикацией, избыточной интенсификацией перекисного окисления липидов, повышением активности фосфолипаз и протеаз.

**Заключение.** При остром панкреатите вследствие эндогенной интоксикации, повышенной фосфолипазной, протеолитической активности, интенсификации перекисного окисления липидов в легких развиваются изменения липидного метаболизма, модификация тканевой коагуляционно-литической системы. Эти изменения ведут к нарушению транскапиллярного обмена жидкости, изменениям функционально-композиционного состояния сурфактанта, что обуславливает развитие респираторного дистресс-синдрома.

**Ключевые слова:** панкреатит, панкреонекроз, эндотоксикоз, легкие, липиды, гемостаз, дистресс-синдром.

**Власов Алексей Петрович** – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии ФГБОУ ВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева». **Трофимов Владимир Александрович** – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой генетики ФГБОУ ВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева». **Власова Татьяна Ивановна** – доктор мед. наук, доцент кафедры патологии ФГБОУ ВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева». **Анашкин Сергей Геннадьевич** – канд. мед. наук, заведующий кафедрой хирургических болезней медицинского факультета Обнинского института атомной энергетики – филиала ФГАОУ ВПО «Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»». **Полозова Элла Ивановна** – доктор мед. наук, профессор кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева». **Муратова Татьяна Александровна** – канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева». **Крючков Дмитрий Геннадьевич** – соискатель кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева».

**Для корреспонденции:** Власов Алексей Петрович – 430005, г. Саранск, ул. Большевикская, д. 68, Российская Федерация. Тел.: 8-8342-32-87-56 (раб.). E-mail: var.61@yandex.ru

Статья поступила в редакцию журнала 22.10.2015.

## Метаболическая коррекция церебральных нарушений при обтурационном холестазах (экспериментальное исследование)

Беляев А.Н., Хвостунов С.И., Беляев С.А., Костин С.В.

Кафедра общей хирургии им. Н.И. Атясова ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»; 430005, Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Большевикская, д. 68, Российская Федерация

**Цель.** Изучить функциональные и структурные нарушения в головном мозге при остром обтурационном холестазах, а также возможности их метаболической коррекции.

**Материал и методы.** На 26 наркотизированных собаках, разделенных на три серии, моделировали острый обтурационный холестаз путем сдавления общего желчного протока. 1-я группа животных – холестаз без лечения. Во 2-й группе на 3-и сутки осуществляли декомпрессию общего желчного протока и в течение 5 сут вводили 0,9% раствор натрия хлорида 20 мл/кг. В 3-й группе после декомпрессии общего желчного протока дополнительно вводили мексидол 6,5 мг/кг и кортексин 10 мг/кг. В плазме и гомогенате мозга определяли содержание малонового диальдегида и каталазы. Проводили гистологическое исследование ткани мозга при  $\times 200$  и  $\times 400$ .

**Результаты.** В 1-й группе на 10-е сутки содержание малонового диальдегида в гомогенате мозга было в 4,1 раза больше, уровень каталазы – в 4,3 раза меньше, чем у интактных животных. Структурные изменения характеризовались периваскулярным и перицеллюлярным отеком, редукцией капиллярного русла, вакуолизацией и атрофией нейронов. Во 2-й группе уровень малонового диальдегида в системном кровотоке и гомогенате головного мозга уменьшался в 2,15 и 1,2 раза, а содержание каталазы увеличивалось в 1,36 и 1,22 раза. Сохранялись структурные нарушения мозга. В 3-й группе уровень малонового диальдегида в системном кровотоке и гомогенате головного мозга на 10-е сутки уменьшался в 2,91 и 3,77 раза, а содержание каталазы увеличивалось в 1,57 и 4,76 раза ( $p < 0,001$ ). Структурная нормализация сопровождалась возрастанием численности микрососудов, устранением вакуолизации и атрофии нейронов, уменьшением отека мозга.

**Заключение.** Применение мексидола и кортексина существенно уменьшает процессы свободнорадикального окисления в головном мозге и способствует нормализации структурных нарушений.

**Ключевые слова:** печень, желчные протоки, обтурационный холестаз, головной мозг, лечение, антиоксиданты.

**Беляев Александр Назарович** – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии им. Н.И. Атясова ФГБОУ ВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева». **Хвостунов Сергей Иванович** – канд. мед. наук, старший преподаватель кафедры общей хирургии им. Н.И. Атясова ФГБОУ ВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева». **Беляев Сергей Александрович** – доктор мед. наук, профессор кафедры общей хирургии им. Н.И. Атясова ФГБОУ ВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева». **Костин Сергей Владимирович** – канд. мед. наук, старший преподаватель кафедры общей хирургии им. Н.И. Атясова ФГБОУ ВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева».

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

Статья поступила в редакцию журнала 07.09.2015.



## **Первичная профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией (обзор литературы)**

*Манукьян Г.В., 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, Москва, ГСП-1, Абрикосовский пер., д. 2, Российская Федерация*

В обзоре литературы проведен анализ состояния проблемы первичной профилактики кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у пациентов с портальной гипертензией. Рассмотрены основные взгляды на механизмы развития кровотечения, изучение которых играет важную роль в разработке патогенетически обоснованных мер первичной профилактики. Продемонстрирована роль точности диагностики состояния варикозно расширенных вен пищевода и желудка для прогнозирования риска кровотечения. Рассмотрены варианты первичной профилактики кровотечения из варикозно расширенных вен с использованием медикаментозных, эндоскопических, хирургических и рентгенэндоваскулярных технологий. Дана характеристика различным медикаментозным средствам для первичной профилактики кровотечения из варикозно расширенных вен в зависимости от характера основного заболевания и степени компенсации. Приведены сравнительные данные миниинвазивных методов первичной профилактики – эндоскопических, рентгенэндоваскулярных и традиционного медикаментозного лечения. Авторы обсуждают некоторые нерешенные проблемы первичной профилактики кровотечения у больных с внутривенечной и внепеченочной портальной гипертензией, а также при преимущественном распространении варикозных вен в желудке.

**Ключевые слова:** *печень, цирроз, портальная гипертензия, кровотечение, первичная профилактика, варикозное расширение вен, эндоскопическое лигирование,  $\beta$ -блокаторы.*

**Манукьян Гарик Ваганович** – доктор мед. наук, руководитель отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ “РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского”. **Шерцингер Александр Георгиевич** – профессор, доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник 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 Семеновна** – канд. мед. наук, научный сотрудник 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 Москва, Жулебинский бульвар, д. 33, корп. 1, кв. 38, Российская Федерация. Тел.: 8-916-217-03-67. E-mail: zhigalova06@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 30.12.2015.



## Редкое сочетание эхинококкоза и альвеококкоза печени

Мерзликин Н.В.<sup>1</sup>, Марьина М.Е.<sup>2</sup>, Ерендеева Л.Э.<sup>2</sup>, Хвалебо Ю.В.<sup>2</sup>,  
Петров Л.Ю.<sup>2</sup>, Пак В.Н.<sup>2</sup>, Толкаева М.В.<sup>2</sup>, Бушланов П.С.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, 634050, г. Томск, Московский тракт, д. 2, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБОУ ОГАУЗ «Городская клиническая больница №3»; 634045, г. Томск, ул. Нахимова, д. 3, Российская Федерация

Эхинококкоз и альвеококкоз являются тяжелыми паразитарными заболеваниями. Единственным способом радикального лечения является раннее хирургическое вмешательство. Описано редкое клиническое наблюдение сочетанного эхинококкоза и альвеококкоза печени. Приведены сведения из литературы, описано комплексное обследование, оперативное лечение пациента, морфологическое исследование.

**Ключевые слова:** печень, альвеококкоз, эхинококкоз, криодеструкция, резекция печени.

**Мерзликин Николай Васильевич** – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета СибГМУ. **Марьина Марина Евгеньевна** – канд. мед. наук, заведующая хирургическим отделением ОГАУЗ «Городская клиническая больница №3», г. Томск. **Ерендеева Лариса Эдуардовна** – заведующая отделением общей патологии №3, г. Томск, патологоанатом, ГБОУ ОГАУЗ «Городская клиническая больница №3», г. Томск. **Хвалебо Юлия Владимировна** – патологоанатом отделения общей патологии №3, г. Томск, ГБОУ ОГАУЗ «Городская клиническая больница №3», г. Томск. **Петров Лев Юрьевич** – канд. мед. наук, врач хирургического отделения ОГАУЗ «Городская клиническая больница №3», г. Томск. **Пак Владимир Николаевич** – заведующий отделением реанимации и анестезиологии ОГАУЗ «Городская клиническая больница №3», г. Томск. **Толкаева Марина Валентиновна** – канд. мед. наук, врач отделения ультразвуковой диагностики ОГАУЗ «Городская клиническая больница №3», г. Томск. **Бушланов Павел Сергеевич** – аспирант кафедры хирургических болезней педиатрического факультета СибГМУ, врач хирургического отделения ОГАУЗ «Городская клиническая больница №3», г. Томск.

**Для корреспонденции:** Мерзликин Николай Васильевич – 634061 Томск, ул. Тверская, д. 32, кв. 8, Российская Федерация. Тел.: 8-3822-42-13-38 (раб.); +7-960-969-99-40 (моб.). E-mail: nikolai\_merzlikin@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 12.01.2016.

## Гигантская серозная киста поджелудочной железы

Красильников Д.М.<sup>1,2</sup>, Петров С.В.<sup>1,3</sup>, Малова И.И.<sup>1,2</sup>, Миргасимова Д.М.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ  
(кафедра хирургических болезней №1 и кафедра общей патологии); 420012, Республика Татарстан,  
г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ; 420064, Республика Татарстан,  
г. Казань, ул. Оренбургский тракт, д. 138, Российская Федерация

<sup>3</sup> ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения  
Республики Татарстан»; 420029, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Сибирский тракт,  
д. 29, Российская Федерация

Представлено клиническое наблюдение пациентки с гигантским новообразованием поджелудочной железы. Дана краткая литературная справка, детально описаны история заболевания, проведенное обследование и оперативное лечение. Адекватный объем обследования и оперативного вмешательства позволил получить хороший результат.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, киста, калькулезный холецистит, оперативное лечение.

**Красильников Дмитрий Михайлович** – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 КГМУ, руководитель хирургической клиники ГАУЗ РКБ МЗ РТ. **Петров Семен Венедиктович** – доктор мед. наук, профессор кафедры общей патологии КГМУ, руководитель лаборатории иммуногистохимической диагностики опухолей Клинического онкологического диспансера Республики Татарстан. **Малова Ирина Ивановна** – врач-хирург ГАУЗ РКБ МЗ РТ. **Миргасимова Джаухария Мирхатимовна** – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней №1 КГМУ, врач-хирург, врач-эндоскопист ГАУЗ РКБ МЗ РТ.

**Для корреспонденции:** Красильников Дмитрий Михайлович – 420064, Республика Татарстан, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138. Тел.: +7-843-231-21-35. E-mail: dmkras131@gmail.com

Статья поступила в редакцию журнала 14.10.2014.

## **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 рентгенорадиологии” МЗ РФ.  
**Ахаладзе Дмитрий Гурамович** – канд. мед. наук, 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