

# АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ



ANNALS OF SURGICAL HEPATOLOGY  
ANNALY KHIRURGICHESKOY GERATOLOGII

© МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
“АССОЦИАЦИЯ ХИРУРГОВ-ГЕПАТОЛОГОВ”

2017. Том 22, № 2

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

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

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

**Ахаладзе Г.Г.** (Москва, Россия)  
**Ахмедов С.М.** (Душанбе, Таджикистан)  
**Баймаханов Б.Б.** (Алматы, Казахстан)  
**Буриев И.М.** (Москва, Россия)  
**Восканян С.Э.** (Москва, Россия)  
**Готье С.В.** (Москва, Россия)  
**Гупта Субаш** (Нью-Дели, Индия)  
**Емельянов С.И.** (Москва, Россия)  
**Йенгпруксаван Анусак** (Нью-Джерси, США)  
**Кармазановский Г.Г.** (Москва, Россия)  
(зам. главного редактора –  
распорядительный директор)  
**Ким Э.Ф.** (Москва, Россия)  
**Котовский А.Е.** (Москва, Россия)  
**Кубышкин В.А.** (Москва, Россия)  
**Ли Кванг Вунг** (Сеул, Корея)

**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)  
**Хоронько Ю.В.** (Ростов-на-Дону, Россия)  
(научный редактор)  
**Цвиркун В.В.** (Москва, Россия)  
**Шаповальянц С.Г.** (Москва, Россия)  
**Шулутко А.М.** (Москва, Россия)  
**Эдвин Бьёрн** (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. Дюжевой Т.Г.  
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
XXIV конгресс Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ 19–22 сентября 2017 г., Санкт-Петербург .....	8

### РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Андрей Германович Кригер – редактор раздела .....	10
От редактора раздела .....	11
Лечение больных с геморрагическими осложнениями псевдокист поджелудочной железы <i>Гольцов В.Р., Савелло В.Е., Демко А.Е., Кулагин В.И., Платонов С.А., Киселев М.А.</i> .....	12
Лечение хронического панкреатита, осложненного кровотечением <i>Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н., Зеленин В.В., Кашинцев А.А., Петрик С.В., Глебова А.В., Иванов А.Л., Вавилова О.Г., Алетдинов Ю.В.</i> .....	20
Рентгенэндоваскулярные вмешательства при панкреатогенном кровотечении <i>Кочмашев И.В., Прудков М.И., Мансуров Ю.В., Шерстобитов В.Е., Шушанов А.П., Чернышев С.Д., Галимзянов Ф.В.</i> .....	30
Послеоперационное кровотечение в хирургии поджелудочной железы <i>Кригер А.Г., Горин Д.С., Гоев А.А., Варава А.Б., Берелавичус С.В., Ахтанин Е.А.</i> .....	36

### ПЕЧЕНЬ

Эффективность эндоскопических вмешательств у больных циррозом печени <i>Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Байбеков Р.Р.</i> .....	45
--	----

### ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Оценка безопасности внутриартериальной химиотерапии гемцитабином и оксалиплатином в комбинированном лечении аденокарциномы головки поджелудочной железы <i>Гранов Д.А., Поликарпов А.А., Павловский А.В., Моисеенко В.Е., Попов С.А.</i> ...	54
--	----

Хирургическая тактика при хроническом калькулезном панкреатите <i>Пархисенко Ю.А., Калашник Р.С.</i> .....	60
Диагностика и лечение внутреннего панкреатического свища при остром панкреатите <i>Рахимов Р.Р.</i> .....	73
Профилактика острого панкреатита при транспилярных эндоскопических вмешательствах <i>Панченков Д.Н., Иванов Ю.В., Сазонов Д.В., Шабловский О.Р., Истомин Н.П.</i> .....	80

### ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ

Антеградные операции желчеотведения при механической желтухе <i>Кит О.И., Колесников Е.Н., Мезенцев С.С., Снежко А.В.</i> .....	89
Кистозная трансформация желчных протоков: дифференциальная диагностика на этапах хирургического лечения <i>Степанова Ю.А., Королева А.А., Ионкин Д.А., Шуракова А.Б., Солодинина Е.Н., Вишневецкий В.А.</i> .....	94

### КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Кистозная трансформация поджелудочной железы на фоне синдрома фон Хиппеля–Линдау <i>Шикеева А.А., Лядов В.К., Кееева Т.В., Михайленко Д.С.</i> .....	104
Правосторонняя гемигепатэктомия с циркулярной резекцией и протезированием нижней полой вены при местнораспространенном альвеококкозе печени <i>Ворончихин В.В., Краснов Г.Н.</i> .....	109
Хронический панкреатит, обусловленный первичным гиперпаратиреозом <i>Игнатюк В.Г., Бритвин Т.А., Воронкова И.А.</i> .....	114
Комментарий проф. М.В. Данилова .....	119
Комментарий проф. П.С. Ветшева .....	120

### РЕФЕРАТЫ ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛОВ

Рефераты иностранных журналов <i>Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.</i> .....	121
--	-----

### НЕКРОЛОГ

Анатолий Михайлович Гранов (21.04.1932–12.05.2017) .....	126
---	-----

DOI: 10.16931.1995-5464.2017212-19

## **Лечение больных с геморрагическими осложнениями псевдокист поджелудочной железы**

*Гольцов В.Р.\*, Савелло В.Е., Демко А.Е., Кулагин В.И., Платонов С.А., Киселев М.А.*

*Городской панкреатологический центр, ГБУ “Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе”; 192242, Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3/5, Российская Федерация*

**Цель.** Оценить эффективность различных методов хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы, осложненных кровотечением.

**Материал и методы.** Представлены результаты хирургического лечения 31 больного с псевдокистами поджелудочной железы, осложненными кровотечением (ложными аневризмами I типа). В зависимости от вида оперативного лечения выделены две группы: 15 пациентам 1-й группы выполнили лапаротомию, интраоперационный гемостаз и наружное дренирование псевдокисты поджелудочной железы, 16 пациентам 2-й группы первым этапом выполняли селективную ангиографию с эмболизацией кровоточащего сосуда, вторым этапом – наружное чрескожное дренирование псевдокисты поджелудочной железы под лучевым наведением.

**Результаты.** Оценку эффективности различных видов хирургического лечения проводили по частоте развития тяжелого сепсиса и летальности. При использовании минимально инвазивных методов не было отмечено тяжелого сепсиса и летальных исходов, в 1-й группе тяжелый сепсис развился у 5 (33%) больных, умерло 3 (20%) пациента.

**Заключение.** Миниинвазивный комплекс лечебных мероприятий при кровотечении в просвет ложной аневризмы поджелудочной железы является оптимальным тактическим решением. При невозможности по различным причинам применить минимально инвазивные вмешательства необходимо выполнять лапаротомию.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, псевдокиста, кровотечение, лапаротомия, рентгенэндоваскулярные технологии, эмболизация.

### ● Сведения об авторах

**Гольцов Валерий Ремирович** – доктор мед. наук, руководитель Городского панкреатологического центра, ведущий научный сотрудник отдела неотложной хирургии ГБУ “СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе”.

**Савелло Виктор Евгеньевич** – доктор мед. наук, профессор, руководитель отдела лучевой диагностики ГБУ “СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе”.

**Демко Андрей Евгеньевич** – доктор мед. наук, профессор, заместитель главного врача ГБУ “СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе” по хирургии.

**Кулагин Владимир Иванович** – канд. мед. наук, заведующий 5-м хирургическим отделением (отделение хирургии печени и поджелудочной железы) ГБУ “СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе”.

**Платонов Сергей Александрович** – канд. мед. наук, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУ “СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе”.

**Киселев Максим Анатольевич** – врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУ “СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе”.

**Для корреспонденции** \*: Гольцов Валерий Ремирович – 192242, Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3/5, отделение панкреатологии Городского панкреатологического центра, Российская Федерация. Тел.: 8-911-240-13-54, 8-812-384-46-02. E-mail: govare@yandex.ru

Статья поступила в редакцию журнала 20.03.2017.

DOI: 10.16931.1995-5464.2017220-29

## Лечение хронического панкреатита, осложненного кровотечением

Коханенко Н.Ю.<sup>1\*</sup>, Артемьева Н.Н.<sup>1</sup>, Зеленин В.В.<sup>2</sup>, Кашинцев А.А.<sup>1</sup>,  
Петрик С.В.<sup>3</sup>, Глебова А.В.<sup>1</sup>, Иванов А.Л.<sup>1</sup>, Вавилова О.Г.<sup>1</sup>, Алетдинов Ю.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет МЗ РФ; 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ “Городская Мариинская больница” г. Санкт-Петербурга; 194104, Санкт-Петербург, пр. Литейный, д. 56, Российская Федерация

<sup>3</sup> ФГБУ НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, г. Санкт-Петербург; 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68, Российская Федерация

**Цель.** Анализ причин кровотечения у больных хроническим панкреатитом и оценка эффективности различных способов его остановки.

**Материал и методы.** За 1990–2016 гг. оперировано 632 больных хроническим панкреатитом. Псевдокисты поджелудочной железы были у 404 (63,9%) больных, кровотечение развилось у 70 (17,3%) пациентов. Хирургическому лечению подвергли 49 больных (1-я группа); рентгенэндоваскулярное лечение выполнено 21 пациенту, в 10 наблюдениях в дальнейшем выполнены операции на поджелудочной железе (2-я группа). Кровотечение в псевдокисту было у 22 (31,4%) больных, разрыв стенки псевдокисты с кровотечением в полый орган – у 30 (42,8%), кровотечение в брюшную полость – у 10 (14,3%), в забрюшинную клетчатку – у 6 (8,6%), в плевральную полость – у 2 (2,8%).

**Результаты.** В 1-й группе 18 (36,8%) больным выполнено прошивание кровоточащего сосуда, наружное дренирование и тампонирование псевдокисты. Наружное дренирование протока поджелудочной железы выполнено 8 (17,0%) больным, прошивание кровоточащего сосуда и продольная панкреатикоэуностомия – 7 (14,5%), левосторонняя резекция поджелудочной железы – 8 (15,5%), панкреатодуоденальная резекция – 2 (4,1%), срединная резекция – 2 (4,1%), прошивание селезеночной артерии, спленэктомия и наружное дренирование псевдокисты – 4 (8,1%). Умерло 4 (8,1%) больных с тяжелым кровотечением. Рентгенэндоваскулярное лечение осуществили 21 пациенту 2-й группы: в 11 (52,4%) наблюдениях выполнена эмболизация селезеночной артерии, в 7 (33,3%) – желудочно-двенадцатиперстной артерии, в 3 (14,3%) – желудочно-двенадцатиперстной дуги. У 11 (52,4%) больных эмболизация ложной аневризмы была единственным видом вмешательства, в 10 (47,6%) наблюдениях рентгенэндоваскулярное лечение использовали в комплексе с хирургическим лечением. Умер 1 (4,7%) больной вследствие запоздалого рентгенэндоваскулярного лечения при тяжелых постгеморрагических осложнениях. Общая летальность при геморрагических осложнениях хронического панкреатита составила 7,1%.

**Заключение.** Геморрагические осложнения развились на фоне обострения хронического панкреатита. Хирургическая тактика была направлена на окончательную остановку кровотечения, устранение протоковой гипертензии и дренирование псевдокисты. Наиболее надежным способом в достижении цели является рентгенэндоваскулярное лечение, которое не исключает в последующем и открытой операции на поджелудочной железе. Использовали также миниинвазивные способы дренирования протоков и псевдокист.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, проток поджелудочной железы, панкреатит, кровотечение, псевдокиста, аневризма, рентгенэндоваскулярное лечение.

### ● Сведения об авторах

**Коханенко Николай Юрьевич** – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

**Артемьева Нина Николаевна** – доктор мед. наук, профессор кафедры факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

**Зеленин Вячеслав Викторович** – заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения СПбГБУЗ “Городская Мариинская больница”.

**Кашинцев Алексей Ариевич** – канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

**Петрик Сергей Владимирович** – канд. мед. наук, врач-хирург отделения малой хирургии НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова.

**Глебова Анна Валерьевна** – канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

**Иванов Артем Леонидович** – канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

**Вавилова Ольга Григорьевна** – канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

**Алетдинов Юрий Викторович** – аспирант, ассистент кафедры факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

*Для корреспонденции*\*: Коханенко Николай Юрьевич – 197372, Санкт-Петербург, Богатырский пр., д. 32, корп. 1, кв. 18, Российская Федерация. Тел.: 8-921-955-39-71. E-mail: kohanenko@list.ru

Статья поступила в редакцию журнала 09.03.2017.

DOI: 10.16931.1995-5464.2017230-35

## **Рентгенэндоваскулярные вмешательства при панкреатогенном кровотечении**

*Кочмашев И.В.<sup>1\*</sup>, Прудков М.И.<sup>1,2</sup>, Мансуров Ю.В.<sup>1,2</sup>, Шерстобитов В.Е.<sup>1</sup>, Шушанов А.П.<sup>1</sup>, Чернышев С.Д.<sup>1</sup>, Галимзянов Ф.В.<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> ГБУЗ СО “Областная клиническая больница №1”; 620102, Екатеринбург, ул. Волгоградская, д. 185, Российская Федерация

<sup>2</sup> Кафедра хирургических болезней факультета повышения квалификации и постдипломной подготовки ФГБОУ ВО “Уральский государственный медицинский университет”; 620028, Екатеринбург, ул. Репина, д. 3, Российская Федерация

**Цель.** Улучшение результатов лечения при панкреатогенном кровотечении.

**Материал и методы.** Представлены результаты рентгенэндоваскулярного гемостаза у 42 пациентов с кровотечением, источником которого была поджелудочная железа. Причинами кровотечения были осложнения операций на поджелудочной железе у 8 больных, острого панкреатита — у 6, хронического панкреатита — у 27, опухоль поджелудочной железы — у 1 пациента. Желудочно-кишечное кровотечение отмечено у 19 пациентов, в полость постнекротической кисты — у 7, в забрюшинную клетчатку — у 2, в брюшную полость — у 6, в послеоперационную рану — у 2. Комбинированные варианты кровотечения развились у 6 больных.

**Результаты.** Источник кровотечения обнаружен при КТ-ангиографии и прямой селективной ангиографии у всех больных. Эндоваскулярный гемостаз обеспечен также всем больным. Поздний рецидив кровотечения развился у 2 больных, причиной была аррозия сосуда дистальнее установленного армированного стента при сохранившемся кровотоке через коллатерали. Повторным рентгенэндоваскулярным вмешательством в обоих наблюдениях кровотечение остановлено.

**Заключение.** Рентгенэндоваскулярные вмешательства являются эффективным способом остановки панкреатогенного кровотечения. Организация помощи таким пациентам требует их госпитализации в специализированные хирургические центры.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, кровотечение, рентгенэндоваскулярное лечение, рецидив, стент.

### ● Сведения об авторах

**Кочмашев Игорь Владимирович** — врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ СО “Свердловская областная клиническая больница №1”.

**Прудков Михаил Иосифович** — доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней факультета повышения квалификации и последипломной подготовки ФГБОУ ВО “Уральский государственный медицинский университет”.

**Мансуров Юрий Владимирович** — канд. мед. наук, заведующий отделением хирургии брюшной полости ГБУЗ СО “Свердловская областная клиническая больница №1”, ассистент кафедры хирургических болезней факультета повышения квалификации и последипломной подготовки ФГБОУ ВО “Уральский государственный медицинский университет”.

**Шерстобитов Василий Евгеньевич** — врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ СО “Свердловская областная клиническая больница №1”.

**Шушанов Антон Павлович** — врач отделения хирургии брюшной полости ГБУЗ СО “Свердловская областная клиническая больница №1”.

**Чернышев Сергей Дмитриевич** — заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ СО “Свердловская областная клиническая больница №1”.

**Галимзянов Фарид Вагизович** — доктор мед. наук, заведующий отделением гнойной хирургии ГБУЗ СО “Свердловская областная клиническая больница №1”, профессор кафедры хирургических болезней факультета повышения квалификации и последипломной подготовки ФГБОУ ВО “Уральский государственный медицинский университет”.

**Для корреспонденции** \*: Кочмашев Игорь Владимирович — 620102, Екатеринбург, ул. Волгоградская, д. 185, Российская Федерация. Тел.: 8-343-351-15-19. E-mail: kochmashev@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 17.03.2017.

DOI: 10.16931.1995-5464.2017236-44

## **Послеоперационное кровотечение в хирургии поджелудочной железы**

*Кригер А.Г., Горин Д.С. \*, Гоев А.А., Варава А.Б., Берелавичус С.В., Ахтанин Е.А.*

*ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ; 115093, Москва, ул. Б. Серпуховская, д. 27, Российская Федерация*

**Цель.** Изучить частоту возникновения, методы диагностики и результаты лечения послеоперационного кровотечения (ПКР) при резекционных операциях на поджелудочной железе.

**Материал и методы.** В исследование включено 318 больных, перенесших резекционные операции на поджелудочной железе. По поводу различных опухолей оперировали 223 больных, хронического панкреатита – 95. Периоперационное ведение больных осуществляли в рамках протокола ERAS. Послеоперационное кровотечение развилось у 32 (10,1%) больных: после вмешательств по поводу опухолей поджелудочной железы – у 24, хронического панкреатита – у 8. По времени возникновения кровотечения было ранним у 5 больных, поздним – у 27. Внутривнутрибрюшное кровотечение было у 19 больных, кишечное – у 11, сочетанное – у 2. Помимо клинической диагностики послеоперационного кровотечения использовали УЗИ и МСКТ органов брюшной полости, эндоскопическое исследование.

**Результаты.** Консервативная терапия с динамическим наблюдением проведена 6 больным. Релапаротомия выполнена 17 больным, при этом рецидив ПКР отмечен у 3 пациентов. Эндоваскулярный гемостаз был обеспечен 11 больным, в том числе двум после предшествовавшей релапаротомии. Рецидив после эндоваскулярной остановки кровотечения развился у 2 больных. Умерло 5 (15,6%) больных.

**Заключение.** Резекция поджелудочной железы всегда несет угрозу ПКР. Очередность инструментальных диагностических исследований и тактику лечения следует основывать на оценке клинической симптоматики и интенсивности кровотечения. Предпочтение следует отдавать эндоваскулярному методу гемостаза. К релапаротомии прибегают при профузном ПКР с нестабильными показателями гемодинамики, а также с целью санации брюшной полости после эндоваскулярного гемостаза.

*Ключевые слова:* поджелудочная железа, опухоль, панкреатит, кровотечение, резекция, эндоваскулярный гемостаз, релапаротомия.

### ● Сведения об авторах

**Кригер Андрей Германович** – доктор мед. наук, профессор, заведующий отделением абдоминальной хирургии №1 ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ.

**Горин Давид Семенович** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии №1 ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ.

**Гоев Александр Александрович** – клинический ординатор ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ.

**Варава Алексей Борисович** – младший научный сотрудник отделения рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ.

**Берелавичус Станислав Валерьевич** – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии №1 ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ.

**Ахтанин Евгений Александрович** – канд. мед. наук, младший научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии №1 ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ.

*Для корреспонденции* \*: Горин Давид Семенович – 115093, Москва, ул. Б. Серпуховская, д. 27, Российская Федерация. Тел.: +7-905-579-99-83. E-mail: davidc83@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 10.04.2017.

DOI: 10.16931.1995-5464.2017245-53

## Эффективность эндоскопических вмешательств у больных циррозом печени

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х. \*, Джуманиязов Д.А., Байбеков Р.Р.

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

**Цель.** Проанализировать выживаемость больных циррозом печени и оценить эффективность эндоскопических вмешательств в профилактике кровотечений портальной гипертензии.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 449 больных с варикозным пищеводно-желудочным кровотечением, вызванным портальной гипертензией цирротического генеза, которые распределены на две группы. Основную группу составили 239 больных, пролеченных в 2010–2015 гг., контрольную – 210 пациентов (1996–2010 гг.).

**Результаты.** Доля больных без рецидивов кровотечения из пищеводно-желудочных вариксов после эндоскопического гемостаза составила 27% (33 пациента) в контрольной группе и 54,2% (64) – в основной. При этапной тактике, включающей проведение портосистемного шунтирования после эндоскопического вмешательства, этот показатель оказался равным 32,4% (45) и 61,6% (109) соответственно группам. В отдаленном периоде после эндоскопических процедур рецидива кровотечения не отмечено в 40,7% (33 из 81) наблюдений в контрольной группе и в 68,1% (64 из 94) – в основной. При применении эндоскопического гемостаза вместе с шунтирующей операцией доля пациентов без рецидива составила 45,9% (45 из 98 больных) и 71,2% (102 из 153). В группе больных, получавших только медикаментозную терапию, лишь в 3 (10,7%) случаях удалось избежать рецидива кровотечения, что свидетельствует о ее низкой эффективности.

**Заключение.** Современные возможности эндоскопических технологий позволили улучшить результаты лечения варикозных пищеводно-желудочных кровотечений. Этапное применение эндоскопических методов и портосистемных шунтирующих вмешательств позволяет улучшить показатели годовой выживаемости больных с 80 до 88% и трехгодичной – с 42 до 64%.

**Ключевые слова:** цирроз печени, портальная гипертензия, варикозное пищеводно-желудочное кровотечение, портосистемное шунтирование, эндоскопическое лигирование, эндоскопическая склеротерапия.

### ● Сведения об авторах

**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”.

**Джуманиязов Джавохир Азатбаевич** – врач-эндоскопист отделения хирургической эндоскопии АО “Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова”.

**Байбеков Ренат Равильевич** – врач-хирург отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны АО “Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова”.

**Для корреспонденции** \*: Бабаджанов Азам Хасанович – 100115, Ташкент, ул. Малая кольцевая (Фархадская), д. 10, АО “РСЦХ им. акад. В. Вахидова”, Узбекистан. Тел.: 998-90-175-17-03. E-mail: azam746@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 21.09.2016.



DOI: 10.16931.1995-5464.2017254-59

## Оценка безопасности внутриартериальной химиотерапии гемцитабином и оксалиплатином в комбинированном лечении аденокарциномы головки поджелудочной железы

Гранов Д.А.<sup>1</sup>, Поликарпов А.А.<sup>2</sup>, Павловский А.В.<sup>2</sup>, Моисеенко В.Е.<sup>1\*</sup>, Попов С.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кафедра радиологии и хирургических технологий ФПО ГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ; 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий МЗ РФ; 197758, Санкт-Петербург, п. Песочный, ул. Ленинградская, д. 70, Российская Федерация

**Цель.** Оценка безопасности периоперационной регионарной полихимиотерапии в комбинированном лечении больных протоковой аденокарциномой головки поджелудочной железы.

**Материал и методы.** Неоадьювантная регионарная химиотерапия, радикальная операция R0 и курсы адьювантной регионарной химиотерапии проведены 53 пациентам. Регионарную химиотерапию проводили введением гемцитабина в суспензии липиодола в желудочно-двенадцатиперстную артерию, дополняли инфузией оксалиплатина. После процедуры выполняли клинический и биохимический анализы крови, коагулограмму. Токсичность оценивали согласно Common Toxicity Criteria. Сравнивали послеоперационные осложнения, сроки пребывания в стационаре больных, перенесших комбинированное лечение (группа А), и пациентов, подвергнутых только оперативному вмешательству (группа Б).

**Результаты.** Осложнений лечебно-диагностической ангиографии и катетеризаций не было. Постэмболизационный синдром развился у 10 (18,8%) пациентов, гематологическая токсичность отмечена у 13 (24,5%) больных и составила 1–2 балла по Common Toxicity Criteria. Анемия выявлена у 5 (9%) больных, нейтропения – у 2 (4%), тромбоцитопения – у 1. Тошнота отмечена у 11 (20,7%) пациентов, рвота – у 10 (18,8%). Послеоперационные осложнения в группе А развились у 20 (38%) пациентов, в группе Б – у 20 (37%). Число послеоперационных осложнений в группе А не превысило число таковых в группе Б. Средняя продолжительность пребывания в стационаре больных группы А составила 18 сут, группы Б – 16 сут. На этапе адьювантной химиоинфузии токсические проявления отмечались редко и не требовали уменьшения дозы или отмены препарата.

**Заключение.** Регионарную химиотерапию гемцитабином и оксалиплатином можно считать безопасным этапом комбинированного лечения больных аденокарциномой головки поджелудочной железы. Для оценки эффективности лечения необходимы дальнейшие исследования.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, протоковая аденокарцинома, панкреатодуоденальная резекция, регионарная химиотерапия, токсичность, комбинированное лечение.

### ● Сведения об авторах

**Гранов Дмитрий Анатольевич** – доктор мед. наук, профессор, член-корр. РАН, заведующий кафедрой радиологии и хирургических технологий ФПО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

**Поликарпов Алексей Александрович** – доктор мед. наук, врач отделения ангиографии и интервенционной радиологии ФГБУ РНЦРХТ МЗ РФ.

**Павловский Александр Васильевич** – доктор мед. наук, научный руководитель отдела интервенционной радиологии и оперативной хирургии ФГБУ РНЦРХТ МЗ РФ.

**Моисеенко Владислав Евгеньевич** – старший лаборант кафедры радиологии и хирургических технологий ФПО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

**Попов Сергей Александрович** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела интервенционной радиологии и оперативной хирургии ФГБУ РНЦРХТ МЗ РФ.

**Для корреспонденции\*:** Моисеенко Владислав Евгеньевич – 191186, Санкт-Петербург, ул. Миллионная, д. 23, кв. 40, Российская Федерация. Тел.: 8-911-243-94-95. E-mail: tmpgr@inbox.ru

Статья поступила в редакцию журнала 04.08.2016.

DOI: 10.16931.1995-5464.2017260-72

## Хирургическая тактика при хроническом калькулезном панкреатите

Пархисенко Ю.А., Калашник Р.С.\*

Кафедра госпитальной хирургии Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения РФ; 394036, Воронеж, ул. Студенческая, д. 10, Российская Федерация

**Цель.** Выработка хирургической тактики и принципов выполнения предпочтительного оперативного вмешательства при хроническом калькулезном панкреатите на основании оценки результатов различных подходов и способов хирургической коррекции данного заболевания.

**Материал и методы.** С 1989 по 2016 г. проведено лечение 475 пациентам. Выполнено 234 дренирующих, 15 резекционно-дренирующих и 14 резекционных оперативных вмешательств. В 174 (36,6%) наблюдениях выполнили 2 и более операций ввиду неэффективности первого вмешательства.

**Результаты.** Летальных исходов после дренирующих операций было 2. После дренирующих операций частота осложнений в раннем послеоперационном периоде составила 10,3%, в отдаленном – 23,9%. После резекционно-дренирующих операций в раннем послеоперационном периоде осложнений было 6,7%, в отдаленном – 13,3%. После резекций в раннем послеоперационном периоде осложнений было 21,4%, в отдаленном – 78,6%. После резекционно-дренирующих операций не наблюдали эпизодов механической желтухи. У 1 пациента развился панкреатогенный сахарный диабет и отмечен рецидив абдоминального болевого синдрома. Установлены топографо-анатомические особенности калькулезных изменений поджелудочной железы и ее протоков.

Гипертензия в протоке железы сопровождается его расширением у 75,9% пациентов. Панкреатолиты преимущественно локализируются в головке железы по передней поверхности. Вирсунголитиаз отмечен у 20–25% больных.

**Заключение.** Эффективность операций с сохранением паренхимы железы превосходила эффективность резекционных вмешательств. Наиболее рациональным хирургическим вмешательством при хроническом калькулезном панкреатите считаем резекционно-дренирующие операции – продольную панкреатоцистоеюностомию типа операции Frey, дополненную контактной ультразвуковой литотрипсией. Предложена клиническая классификация хронического калькулезного панкреатита, которую целесообразно учитывать при выборе хирургической тактики.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, проток поджелудочной железы, хронический калькулезный панкреатит, продольная панкреатоцистоеюностомия, операция Frey, операция Izbicky, литотрипсия, резекция.

### ● Сведения об авторах

**Пархисенко Юрий Александрович** – доктор мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.

**Калашник Роман Сергеевич** – аспирант кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.

**Для корреспонденции\*:** Калашник Роман Сергеевич – 394014, Воронеж, ул. Менделеева, д. 4а, кв. 53, Российская Федерация. Тел.: 8-951-541-9790. E-mail: rsk3589@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 28.09.2016.

DOI: 10.16931.1995-5464.2017273-79

## Диагностика и лечение внутреннего панкреатического свища при остром панкреатите

Рахимов Р.Р.

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ; 450000, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3, Российская Федерация

**Цель:** изучить изменения поджелудочной железы при остром панкреатите с внутренним панкреатическим свищом и оценить результаты ретроперитонеоскопических санаций при этом состоянии.

**Материал и методы.** КТ брюшной полости с болюсным введением контрастного препарата выполнена 30 больным. Локализацию, глубину некроза оценивали в сагиттальных, аксиальных и коронарных срезах. Критериями оценки степени поражения забрюшинной клетчатки считали степень отека и инфильтрации забрюшинной клетчатки до апертуры тазового дна. Все пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 15 пациентов с некрозом головки или перешейка поджелудочной железы с жизнеспособной паренхимой тела и хвоста, которым выполнено ретроперитонеоскопическое дренирование забрюшинной клетчатки на 4–5-е сутки от начала заболевания. Вторая группа представлена 15 больными с различными формами некроза поджелудочной железы, оперированных только в стадии инфицированного панкреонекроза.

**Результаты.** В первой группе продолжительность пребывания в стационаре составила  $45 \pm 5,3$  дня. Наружный панкреатический свищ выявлен у всех больных, он закрывался на  $4,8 \pm 1,1$  мес после операции. Летальных исходов не было. Послеоперационная вентральная грыжа не образовалась. Псевдокисты поджелудочной железы сформировались у 3 (20%) пациентов. Средний срок госпитализации во второй группе составил  $80 \pm 5$  дня, летальность составила 33,3% ( $n = 5$ ). Наружный панкреатический свищ сформировался у 2 (13,3%) больных, послеоперационная вентральная грыжа – у 3 (20%), псевдокисты поджелудочной железы – у 3 (20%).

**Заключение.** КТ органов брюшной полости с болюсным введением контрастного препарата позволяет выявлять внутренний панкреатический свищ, дает информацию для дифференцированного подхода к хирургическому лечению больных острым панкреатитом. Наружное дренирование забрюшинной клетчатки является патогенетически обоснованным методом лечения больных с внутренним панкреатическим свищом при тяжелом остром панкреатите.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, острый панкреатит, панкреонекроз, внутренний панкреатический свищ, ретроперитонеоскопическое дренирование, компьютерная томография.

### ● Сведения об авторах

Рахимов Радмир Радимович – аспирант кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.

Для корреспонденции\*: Рахимов Радмир Радимович – 450000, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3, Российская Федерация. Тел.: +7-917-731-33-75. E-mail: radmir-rr@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 10.12.2016.

DOI: 10.16931.1995-5464.2017280-88

## Профилактика острого панкреатита при транспапиллярных эндоскопических вмешательствах

Панченков Д.Н.<sup>1,2</sup>, Иванов Ю.В.<sup>2,3\*</sup>, Сазонов Д.В.<sup>2</sup>, Шабловский О.Р.<sup>1,2</sup>, Истомин Н.П.<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> ФГБУ “Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий” ФМБА России; 115682, Москва, Ореховый бульвар, д. 28, Российская Федерация

<sup>3</sup> ФГБОУ ДПО “Институт повышения квалификации” ФМБА России; 125371, Москва, Волоколамское шоссе, д. 91, Российская Федерация

**Цель:** выявить основные факторы риска острого постманипуляционного панкреатита, определить оптимальный объем его медикаментозной профилактики, изучить возможности внутривенного капельного введения октреотида 600 мкг/мл при транспапиллярных эндоскопических вмешательствах.

**Материал и методы.** В 1-й группе 72 больным в качестве медикаментозной профилактики острого постманипуляционного панкреатита накануне транспапиллярных эндоскопических вмешательств вводили внутривенно капельно 600 мкг октреотида в 60 мл 0,9% физиологического раствора. В день эндоскопического вмешательства октреотид вводили дробно по 200 мкг 3 раза. Во 2-й группе 78 пациентам профилактику острого постманипуляционного панкреатита проводили подкожным введением 100 мкг октреотида накануне эндоскопического вмешательства и последующей трехкратной подкожной инъекцией 100 мкг октреотида в день исследования.

**Результаты.** Факторами риска развития острого постманипуляционного панкреатита являются молодой возраст, трудности при канюляции большого сосочка двенадцатиперстной кишки, атипичная папиллосфинктеротомия, введение контрастного препарата в проток поджелудочной железы. Доказано, что по сравнению с традиционной схемой применения внутривенное капельное введение октреотида 600 мкг/мл уменьшает риск развития острого постманипуляционного панкреатита и транзиторной гиперамилаземии с 16,7 и 19,2% до 11,1 и 16,7% соответственно. При этом достоверно уменьшается продолжительность ( $p < 0,016$ ) и уровень гиперамилаземии ( $p < 0,005$ ).

**Заключение.** Внутривенное капельное введение октреотида 600 мкг/сут с целью профилактики острого постманипуляционного панкреатита при транспапиллярных эндоскопических вмешательствах эффективнее и удобнее, чем традиционная форма его применения.

**Ключевые слова:** эндоскопические вмешательства, острый постманипуляционный панкреатит, октреотид.

### ● Сведения об авторах

**Панченков Дмитрий Николаевич** — доктор мед. наук, профессор, заведующий лабораторией минимально инвазивной хирургии ФГБОУ ВО “Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова” Минздрава России.

**Иванов Юрий Викторович** — доктор мед. наук, профессор, заведующий отделением хирургии ФГБУ “Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий” ФМБА России.

**Сазонов Дмитрий Валерьевич** — канд. мед. наук, заведующий эндоскопическим отделением ФГБУ “Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий” ФМБА России.

**Шабловский Олег Радомирович** — доктор мед. наук, профессор, заместитель главного врача по хирургической помощи ФГБУ “Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий” ФМБА России.

**Истомин Николай Петрович** — доктор мед. наук, профессор, проректор по научной работе, заведующий кафедрой хирургии, анестезиологии и эндоскопии ФГБОУ ДПО “Институт повышения квалификации” ФМБА России.

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

Статья поступила в редакцию журнала 16.01.2017.

DOI: 10.16931.1995-5464.2017289-93

## Антеградные операции желчеотведения при механической желтухе

Кит О.И., Колесников Е.Н., Мезенцев С.С. \*, Снежко А.В.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 344037, Ростов-на-Дону, ул. 14-я линия, д. 63, Российская Федерация

**Цель.** Систематизация опыта и улучшение результатов миниинвазивных операций желчеотведения при механической желтухе.

**Материал и методы.** Антеградная операция желчеотведения выполнена 1271 больному: 977 – наружная чрескожная чреспеченочная холангиостомия и 294 – стентирование желчных протоков. У 284 (96,6%) пациентов стентирование выполнили вторым этапом вмешательства, еще у 10 обе процедуры осуществлены одновременно. В 94,6% наблюдений (924 больных) чрескожную холангиостомию выполняли по поводу злокачественных опухолей. Из них у 667 (72,2%) диагностирована опухоль периапулярной зоны, у 112 (12,1%) – рак печени и проксимальных желчных протоков, у 135 (14,6%) – прогрессирование злокачественных новообразований других локализаций. У 745 (76,3%) больных чрескожная холангиостомия являлась первым этапом лечения. В последующем у 216 больных выполнены гастропанкреатодуоденальные резекции, у 235 – обходные анастомозы. Показаниями для стентирования желчных протоков у 171 (58,2%) пациента были опухоли периапулярной зоны, у 17 (5,8%) – рак печени и проксимальных желчных протоков, у 34 (11,6%) – рак других локализаций.

**Результаты.** Осложнения развились у 7 (0,7%) пациентов, из них связанные непосредственно с манипуляцией – у 4. Лапаротомия потребовалась 2 пациентам. У 3 больных развилось желудочно-кишечное кровотечение, которое у двоих из них остановлено консервативно. Умер 1 пациент. Осложнения при стентировании желчных протоков отмечены у 26 (8,8%) больных: острый панкреатит – у 15, печеночная недостаточность – у 10. Умер 1 пациент от желудочно-кишечного кровотечения. Общая летальность после чрескожных операций желчеотведения составила 0,16%.

**Заключение.** Использование чрескожных чреспеченочных способов билиарной декомпрессии сопровождается сравнительно невысоким уровнем осложнений и летальности. Это связано в том числе с совершенствованием специального инструментария и применением новых материалов для эндобилиарных катетеров и стентов. Повышение эффективности их использования требует коррекции лечебной тактики.

**Ключевые слова:** рак поджелудочной железы, механическая желтуха, чрескожное наружное дренирование желчных протоков, антеградное стентирование желчных протоков, билиарная гипертензия.

### ● Сведения об авторах

**Кит Олег Иванович** – доктор мед. наук, профессор, директор ФГБУ РНИОИ Минздрава России.

**Колесников Евгений Николаевич** – канд. мед. наук, заведующий отделением абдоминальной онкологии №1 ФГБУ РНИОИ Минздрава России.

**Мезенцев Станислав Станиславович** – канд. мед. наук, врач-хирург отделения абдоминальной онкологии №1 ФГБУ РНИОИ Минздрава России.

**Снежко Александр Владимирович** – канд. мед. наук, врач-хирург отделения абдоминальной онкологии №1 ФГБУ РНИОИ Минздрава России.

**Для корреспонденции** \*: Мезенцев Станислав Станиславович – 344037, Ростов-на-Дону, ул. 14-я линия, д. 63, Российская Федерация. Тел.: 8-918-502-81-18. E-mail: stas@mezentsev.me

Статья поступила в редакцию журнала 21.10.2016.

DOI: 10.16931.1995-5464.2017294-103

## Кистозная трансформация желчных протоков: дифференциальная диагностика на этапах хирургического лечения

Степанова Ю.А. \*, Королева А.А., Ионкин Д.А.,  
Шуракова А.Б., Солоднина Е.Н., Вишневский В.А.

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

**Цель исследования:** оценить возможности лучевых методов исследования в диагностике, дифференциальной диагностике кистозной трансформации желчных протоков и наблюдении оперированных пациентов.

**Материал и методы.** В исследование включено 38 больных кистозной трансформацией желчных протоков 25–75 лет (средний возраст  $41,1 \pm 13,5$  года). Мужчин было 6 (16%), женщин – 32 (84%). Объем обследования пациентов на дооперационном этапе: УЗИ, КТ, МРТ, ЭРХПГ. Все пациенты были оперированы.

**Результаты.** Первую группу составили 17 (44,7%) пациентов, у которых заболевание было выявлено впервые, во вторую группу включили 21 (55,3%) пациента, перенесшего ранее различные вмешательства по поводу кист желчных протоков. Практически во всех наблюдениях кистозная трансформация не была ликвидирована, что в дальнейшем вновь привело к появлению жалоб. Полученные результаты позволили исключить из алгоритма КТ, тем самым сократить время обследования и уменьшить его стоимость. Наиболее эффективный алгоритм выявления кистозной трансформации желчных протоков включает УЗИ, МРТ и МРХПГ с гепатоспецифичным препаратом. Указанные методы удовлетворяют все потребности в диагностике кист желчных протоков и позволяют установить диагноз практически в 98–100% наблюдений.

**Заключение.** Оценка кистозной трансформации желчных протоков должна включать тип кисты по Т. Todani, состояние ее стенок и содержимого, синтопию с окружающими структурами и изменения в них. Это имеет значение в том числе и для выбора правильного способа оперативной коррекции. Указанные данные необходимо получить на дооперационном этапе. Принципиально важно начинать обследование с неинвазивных методов. Высокий риск развития осложнений в отдаленном послеоперационном периоде, а также малигнизация кист свидетельствуют о необходимости наблюдения за пациентами, перенесшими оперативные вмешательства.

**Ключевые слова:** печень, желчные протоки, кистозная трансформация, УЗИ, МСКТ, МРТ, ЭРХПГ.

### ● Сведения об авторах

**Степанова Юлия Александровна** – доктор мед. наук, старший научный сотрудник отдела лучевых методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского”.

**Королева Анна Александровна** – аспирант отделения абдоминальной хирургии №2 ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского”.

**Ионкин Дмитрий Анатольевич** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения хирургии печени и поджелудочной железы ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского”.

**Шуракова Анна Борисовна** – канд. мед. наук, научный сотрудник отделения лучевой диагностики ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского”.

**Солоднина Елена Николаевна** – доктор мед. наук, старший научный сотрудник отделения хирургической эндоскопии ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского”.

**Вишневский Владимир Александрович** – доктор мед. наук, профессор, заведующий отделением абдоминальной хирургии №2 ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского”.

**Для корреспонденции\*:** Степанова Юлия Александровна – 117997, Москва, ул. Б. Серпуховская, д. 27. Отдел лучевых методов диагностики и лечения Института хирургии им. А.В. Вишневского, Российская Федерация. Тел.: +7-499-236-44-14. E-mail: stepanovau@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 06.12.2016.

DOI: 10.16931.1995-5464.20172104-108

## Кистозная трансформация поджелудочной железы на фоне синдрома фон Хиппеля–Линдау

Шикеева А.А.<sup>1,2,3</sup>, Лядов В.К.<sup>1,3\*</sup>, Кекеева Т.В.<sup>1,2,3</sup>, Михайленко Д.С.<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup> ФГАУ “Лечебно-реабилитационный центр” Минздрава России; 125367, Москва, Ивановское шоссе, д. 3, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБНУ “Медико-генетический научный центр”; 115478, Москва, ул. Москворечье, д. 1, Российская Федерация

<sup>3</sup> ГБОУ ДПО “Российская медицинская академия последипломного образования” Минздрава России; 125993, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, Российская Федерация

<sup>4</sup> НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский радиологический центр” Минздрава России; 105425, Москва, ул. 3-я Парковая, д. 51, стр. 4, Российская Федерация

В работе представлено клиническое наблюдение пациентки с кистозной трансформацией поджелудочной железы и синдромом фон Хиппеля–Линдау. Показаны возможности молекулярно-генетического тестирования при этом заболевании. Наблюдение иллюстрирует необходимость детального клинического обследования и молекулярно-генетического тестирования при кистозной трансформации поджелудочной железы у молодых пациентов без признаков хронического панкреатита.

**Ключевые слова:** синдром фон Хиппеля–Линдау, поджелудочная железа, киста, мозжечок, гемангиобластома.

### ● Сведения об авторах

**Шикеева Амуланг Алексеевна** – канд. мед. наук, врач-генетик, ФГАУ “Лечебно-реабилитационный центр” Минздрава России, старший научный сотрудник лаборатории эпигенетики ФГБНУ “Медико-генетический научный центр”, старший научный сотрудник отдела фундаментальных исследований НИЦ ГБОУ ДПО “Российская медицинская академия последипломного образования” Минздрава России.

**Лядов Владимир Константинович** – канд. мед. наук, заведующий отделением хирургической онкологии ФГАУ “Лечебно-реабилитационный центр” Минздрава России, ассистент кафедры онкологии ГБОУ ДПО “Российская медицинская академия последипломного образования” Минздрава России.

**Кекеева Татьяна Владимировна** – канд. мед. наук, заведующая лабораторией молекулярной генетики ФГАУ “Лечебно-реабилитационный центр” Минздрава России, ведущий научный сотрудник лаборатории эпигенетики ФГБНУ “Медико-генетический научный центр”, доцент кафедры патологической анатомии ГБОУ ДПО “Российская медицинская академия последипломного образования” Минздрава России.

**Михайленко Дмитрий Сергеевич** – канд. мед. наук, доцент, ведущий научный сотрудник отдела патологической анатомии с группой молекулярной генетики НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский радиологический центр” Минздрава России, врач лабораторной генетики ВПО ФГБНУ “Медико-генетический научный центр”.

**Для корреспонденции** \*: Лядов Владимир Константинович – 125367, Москва, Ивановское шоссе, д. 3, ФГАУ “Лечебно-реабилитационный центр” Минздрава России. Тел.: +7-916-195-68-27. E-mail: vlyadov@gmail.com

Статья поступила в редакцию журнала 05.10.2016.

DOI: 10.16931.1995-5464.20172109-113

## Правосторонняя гемигепатэктомия с циркулярной резекцией и протезированием нижней полой вены при местнораспространенном альвеококкозе печени

Ворончихин В.В.<sup>1,2\*</sup>, Краснов Г.Н.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> АУ “Институт усовершенствования врачей” Минздрава Чувашии; 428032, Чебоксары, Красная пл., д. 3, Российская Федерация

<sup>2</sup> БУ “Республиканская клиническая больница”; 428000, Чебоксары, пр. Московский, д. 9, Российская Федерация

<sup>3</sup> Кафедра хирургических болезней ФГБОУ ВПО “Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова”; 428000, Чебоксары, пр. Московский, д. 15, Российская Федерация

Представлено клиническое наблюдение альвеококкоза печени с инвазией в нижнюю полую вену. Выполнена правосторонняя гемигепатэктомия с циркулярной резекцией и протезированием супраренального сегмента нижней полой вены. Для реконструкции нижней полой вены использован синтетический протез из политетрафторэтилена, усиленный кольцами для улучшения каркасной функции и уменьшения риска тромбоза. Проводили тотальную сосудистую изоляцию печени, для возврата аутологичной крови применяли аппарат Cell Saver. Тяжесть пострезекционной печеночной недостаточности, билиарных осложнений, послеоперационного кровотечения оценивали по критериям ISGLS. При динамическом наблюдении признаков рецидива нет.

**Ключевые слова:** печень, нижняя полая вена, альвеококкоз, сосудистая изоляция, протезирование, гемигепатэктомия.

### ● Сведения об авторах

**Ворончихин Валентин Владимирович** – канд. мед. наук, доцент, заведующий кафедрой хирургии АУ “Институт усовершенствования врачей”, заведующий хирургическим отделением БУ “Республиканская клиническая больница” Минздрава Чувашии.

**Краснов Герасим Николаевич** – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней Чувашского госуниверситета им. И.Н. Ульянова, врач-трансфузиолог, анестезиолог-реаниматолог, хирург отделения анестезиологии и реанимации БУ “Республиканская клиническая больница” Минздрава Чувашии.

**Для корреспонденции\*:** Ворончихин Валентин Владимирович – 428000, г. Чебоксары, бульвар Миттова, д. 33, кв. 124, Российская Федерация. Тел.: 8-937-396-25-18. E-mail: vorondactor@yandex.ru

Статья поступила в редакцию журнала 15.10.2016.



DOI: 10.16931.1995-5464.20172114-120

## Хронический панкреатит, обусловленный первичным гиперпаратиреозом

Игнатюк В.Г. \*, Бритвин Т.А., Воронкова И.А.

ГБУЗ Московской области “Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского”; 129110, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, Российская Федерация

Представлено клиническое наблюдение хронического кальцифицирующего панкреатита тяжелого течения, обусловленного первичным гиперпаратиреозом с гиперкальциемией. Состояние пациентки осложняли хроническая почечная недостаточность, поражение костной ткани и нервной системы. Несмотря на редкое сочетание, в два этапа удалось выполнить комплексное консервативное и хирургическое лечение, что позволило значительно улучшить состояние больной. Наблюдение демонстрирует возможности современных методов диагностики и комбинированного лечения тяжелого контингента больных с редким сочетанием заболеваний.

**Ключевые слова:** околщитовидная железа, паращитовидная железа, поджелудочная железа, гиперпаратиреоз, гиперкальциемия, хронический панкреатит, рак, лучевая диагностика, хирургическое лечение.

### ● Сведения об авторах

**Игнатюк Вячеслав Григорьевич** — канд. мед. наук, научный сотрудник отделения хирургической эндокринологии ГБУЗ Московской области “Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского”.

**Бритвин Тимур Альбертович** — доктор мед. наук, заведующий отделением хирургической эндокринологии ГБУЗ Московской области “Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского”.

**Воронкова Ия Александровна** — канд. мед. наук, врач отделения патоморфологии ФГБУ “Эндокринологический научный центр” Минздрава России.

*Для корреспонденции* \*: Игнатюк Вячеслав Григорьевич — 142000, Московская область, г. Домодедово, м-н Востряково, ул. Лесная, д. 5а. Тел.: 8-903-597-71-97 E-mail: slava864@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 16.01.2017.

Received 16 January 2017.

**Комментарий проф. М.В. Данилова**  
**Комментарий проф. П.С. Ветшева**

DOI: 10.16931.1995-5464.20172121-125

## **Рефераты иностранных журналов**

*Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.*

### ● **Сведения об авторах**

**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** – 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