

# АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ



# ANNALS OF SURGICAL HEPATOLOGY

© МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
“АССОЦИАЦИЯ ХИРУРГОВ-ГЕПАТОЛОГОВ”

© INTERNATIONAL PUBLIC ORGANIZATION  
“ASSOCIATION OF SURGICAL HEPATOLOGISTS”

2012. Том 17, № 2

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

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор Гальперин Э.И.  
Ахаладзе Г.Г.  
Буриев И.М.  
Ветшев П.С.  
Ветшев С.П. (научный редактор)  
Вишневский В.А. (зам. гл. редактора)  
Готье С.В.  
Данилов М.В. (зам. гл. редактора)  
Дюжева Т.Г. (отв. секретарь)  
Емельянов С.И.  
Журавлев В.А.  
Кармазановский Г.Г. (зам. гл. редактора –  
распорядительный директор)  
Котовский А.Е.  
Кубышкин В.А.  
Манукян Г.В.  
Патютко Ю.И.  
Цвиркун В.В.  
Шаповальянц С.Г.  
Шулутко А.М.

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Альперович Б.И. (г. Томск, Россия), Ахмедов С.М.  
(г. Душанбе, Таджикистан), Бagnенко С.Ф. (г. Санкт-Петербург, Россия), Баймаханов Б.Б. (г. Алматы, Казахстан), Бебезов Б.Х. (г. Бишкек, Киргизия), Бебуришвили А.Г. (г. Волгоград, Россия), Вафин А.З. (г. Ставрополь, Россия), Винник Ю.С. (Красноярск, Россия), Власов А.П. (г. Саранск, Россия), Гранов А.М. (г. Санкт-Петербург, Россия), Гришин И.Н. (г. Минск, Беларусь), Заривчатский М.Ф. (г. Пермь, Россия), Каримов Ш.И. (г. Ташкент, Узбекистан), Красильников Д.М. (г. Казань, Россия), Лупальцев В.И. (г. Харьков, Украина), Мамакеев М.М. (г. Бишкек, Киргизия), Назыров Ф.Г. (г. Ташкент, Узбекистан), Ничитайло М.Е. (Киев, Украина), Оноприев В.И. (г. Краснодар, Россия), Полуэктов В.Л. (г. Омск, Россия), Прудков М.И. (г. Екатеринбург, Россия), Сейсембаев М.А. (г. Алматы, Казахстан), Совцов С.А. (г. Челябинск, Россия), Тимербулатов В.М. (г. Уфа, Россия), Третьяк С.И. (г. Минск, Беларусь), Тулин А.И. (г. Рига, Латвия), Чугунов А.Н. (г. Казань, Россия), Штофин С.Г. (г. Новосибирск, Россия)  
Зав. редакцией Шono Н.И.

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.

ISSN 1995-5464

Адрес для корреспонденции:  
115446, Москва, Коломенский проезд, 4,  
Клиническая больница № 7.  
Тел./факс (499) 782-34-68, проф. Гальперину Э.И.  
ООО “Видар” 109028, Москва, а/я 16.  
Контакты (495) 768-04-34, (495) 589-86-60,  
<http://www.vidar.ru>

2012. V. 17. N 2

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

## EDITORIAL BOARD:

Editor-in-Chief Galperin E.I.  
Akhaldadze G.G.  
Buriev I.M.  
Vetshev P.S.  
Vetshev S.P. (scientific editor)  
Vishnevsky V.A. (Deputy Editor-in-Chief)  
Gautier S.V.  
Danilov M.V. (Deputy Editor-in-Chief)  
Dyuzheva T.G. (Secretary Editor)  
Emelianov S.I.  
Zhuravlev V.A.  
Karmazanovsky G.G. (Associate Editor – Chief Executive)  
Kotovskiy A.E.  
Kubyshekin V.A.  
Manukyan G.V.  
Patyutko Yu.I.  
Tsvirkoun V.V.  
Shapovalyanc S.G.  
Shulutko A.M.

## BOARD OF CONSULTANTS:

Alperovich B.I. (Tomsk, Russia), Akhmedov S.M.  
(Dushanbe, Tadjikistan), Bagnenko S.F. (St. Petersburg, Russia), Baymakhanov B.B. (Almaty, Kazakhstan), Bebezov B.Kh. (Bishkek, Kirgizia), Beburishvili A.G. (Volgograd, Russia), Vafin A.Z. (Stavropol, Russia), Vinnik Yu.S. (Krasnoyarsk, Russia), Vlasov A.P. (Saransk, Russia), Granov A.M. (St. Petersburg, Russia), Grishin I.N. (Minsk, Belorussia), Zarivchatski M.F. (Perm, Russia), Karimov Sh.I. (Tashkent, Uzbekistan), Krasilnikov D.M. (Kazan', Russia), Lupaltcev V.I. (Kharkov, Ukraine), Mamakeev M.M. (Bishkek, Kirgizia), Nazyrov F.G. (Tashkent, Uzbekistan), Nichitaylo M.E. (Kiev, Ukraine), Onopriev V.I. (Krasnodar, Russia), Poluektov V.L. (Omsk, Russia), Prudkov M.I. (Ekaterinburg, Russia), Seymsembayev M.A. (Almaty, Kazakhstan), Sovtsov S.A. (Chelyabinsk, Russia), Temirbulatov V.M. (Ufa, Russia), Tretyak S.I. (Minsk, Belorussia), Tulin A.I. (Riga, Latvia), Chugunov A.N. (Kazan', Russia), Shtofin S.G. (Novosibirsk, Russia)  
Chief of office Shono N.I.

The Journal is included in the “List of leading peer-reviewed editions, recommended for publication of Candidate's and Doctor's degree theses main results” approved by Higher Attestation Commission (VAK) RF.

Подписной индекс по каталогу “Роспечати” 47434

# СОДЕРЖАНИЕ

Том 17, №2, 2012

Требования к публикациям . . . . . 4

XIX Международный конгресс  
хирургов-гепатологов стран СНГ . . . . . 6

## ПЕЧЕНЬ

Малоинвазивные способы коррекции осложнений  
синдрома портальной гипертензии

*И.И. Затевахин, М.Ш. Цициашвили,  
В.Н. Шиповский, Д.В. Монахов,  
А.В. Пан, А.В. Юдин . . . . . 8*

Интраоперационное нормоволемическое  
инфузионно-трансфузионное обеспечение  
резекций печени большого объема

*В.П. Сухоруков, Н.В. Тоголев,  
В.Б. Южанин, В.М. Русинов . . . . . 15*

Заживление раневой поверхности печени  
после ее резекции

*В.В. Бойко, А.В. Малоштан, А.М. Тищенко,  
Д.И. Скорый, Т.В. Козлова, А.А. Малоштан,  
И.В. Гусак . . . . . 20*

## ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ

Классификация тяжести  
механической желтухи

*Э.И. Гальперин . . . . . 26*

Минилапаротомные технологии  
при желчекаменной болезни: системный подход  
или хирургическая эквilibристика?

*А.М. Шулуток, М.И. Прудков,  
В.М. Тимербулатов, П.С. Ветшев,  
А.Г. Бебуришвили, Р.М. Гарипов,  
В.Г. Агаджанов, М.О. Чантурия,  
А.Г. Натрошвили, Е.В. Нишневич,  
А.В. Столин, И.Г. Натрошвили,  
Н.Х. Кяров . . . . . 34*

## ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Эволюция инфицированного панкреонекроза,  
топическая диагностика и лечение гнойных  
осложнений

*М.И. Прудков, Ф.В. Галимзянов . . . . . 42*

Эндоскопическое протезирование протока  
поджелудочной железы в лечении  
панкреатических свищей

*С.Г. Шаповальянц, А.Г. Мьльников,  
С.А. Будзинский, А.В. Шабрин . . . . . 51*

Малоинвазивные технологии в диагностике  
и лечении хронического панкреатита

*А.С. Прядко, Н.А. Майстренко,  
П.Н. Ромащенко, И.Ю. Бойко . . . . . 55*

Варианты повторных и реконструктивных  
операций у больных хроническим  
панкреатитом

*С.И. Третьяк, С.М. Ращинский,  
Н.Т. Ращинская . . . . . 65*

Описторхозный панкреатит

*Н.А. Бражникова, В.Ф. Цхай,  
Н.В. Мерзликин, И.А. Лызко,  
М.В. Толкаева . . . . . 72*

Цистогастроанастомоз в лечении больных  
псевдокистой поджелудочной железы

*В.Н. Силаев, Е.Ю. Бозова,  
С.И. Ситкин, М.А. Петрушин . . . . . 80*

## ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Вопросы классификации острого панкреатита

*В.А. Кубышкин, О.В. Мороз,  
Ю.А. Степанова, Г.Г. Кармазановский,  
Ю.В. Кулезнева . . . . . 86*

Холецистолитиаз:

современное состояние проблемы

*В.Г. Фирсова, В.В. Паршиков . . . . . 95*

## ДИСКУССИИ

Малоинвазивная видеоассистированная  
холецистолитотомия

*А.Г. Бебуришвили, С.С. Нестеров,  
Н.Ш. Бурчуладзе, Р.Н. Аглиулов . . . . . 102*

## КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Желчный проток Люшка в дренировании  
правой половины печени при альвеококкозе

*Н.В. Мерзликин, М.Е. Марьяна,  
Н.А. Бражникова, В.Ф. Подгорнов,  
В.Н. Пак, С.В. Шелепов, Н.А. Курачева . . . . . 110*

Киста общего желчного протока

*А.Н. Айдемиров, А.З. Вафин,  
Э.Г. Мнацаканян, Г.А. Погосян,  
К.И. Делибалтов . . . . . 113*

## РЕФЕРАТЫ ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛОВ

Рефераты иностранных журналов

*Г.Г. Ахаладзе, Д.Г. Ахаладзе . . . . . 116*

# CONTENTS

V. 17. N 2. 2012

Publication Requirements ..... 4

XIX International Congress  
of Surgeon-Hepatologists of SIS Countries ..... 6

## LIVER

Minimally Invasive Correction of the Portal  
Hypertension Syndrome Complications  
*I.I. Zatevakhin, M.Sh. Tsitsiashvili,  
V.N. Shipovskiy, D.V. Monakhov,  
A.V. Pan, A.V. Judin* ..... 8

Intraoperative Normovolemic Infusion-Transfusion  
Support of Extended Liver Resections  
*V.P. Sukhorukov, N.V. Gogolev,  
V.B. Yuzhanin, V.M. Rusinov* ..... 15

Reparation of Liver Wound Surface  
After its Resection  
*V.V. Boyko, A.V. Maloshtan, A.M. Tishchenko,  
D.I. Skoriy, T.V. Kozlova, A.A. Maloshtan,  
I.V. Gusak* ..... 20

## BILE DUCTS

Classification of the Obstructive  
Jaundice Severity  
*E.I. Galperin* ..... 26

Minimally Access Laparotomy Technologies  
in Cholelithiasis: Comprehensive Approach  
or Surgical “Rope-Walking”?  
*A.M. Shulutko, M.I. Prudkov,  
V.M. Timerbulatov, P.S. Vetshev,  
A.G. Beburishvili, R.M. Garipov,  
V.G. Agajanov, M.O. Chanturia,  
A.G. Natroshvili, E.V. Nishnevich,  
A.V. Stolin, I.G. Natroshvili, N.Kh. Kjarov* ..... 34

## PANCREAS

Infected Necrotizing Pancreatitis Evolution,  
Local Diagnosis and Management  
of Purulent Complications  
*M.I. Prudkov, F.V. Galimzyanov* ..... 42

Endoscopic Stenting of the Main Pancreatic Duct  
in Pancreatic Fistula Patients  
*S.G. Shapovalyants, A.G. Mylnikov,  
S.A. Budzinskiy, A.V. Shabrin* ..... 51

Minimally Invasive Technologies in Diagnostics  
and Treatment of Chronic Pancreatitis  
*A.S. Pryadko, N.A. Maystrenko,  
P.N. Romashchenko, I.Yu. Boyko* ..... 55

Variants of Reoperative and Reconstructive  
Surgery in the Chronic Pancreatitis Patients  
*S.I. Tretjak, S.M. Rashchinskiy,  
N.T. Rashchinskaya* ..... 65

Opistorchotic Pancreatitis  
*N.A. Brazhnikova, V.F. Tskhay,  
N.V. Merzlikin, I.A. Lyizko,  
M.V. Tolkaeva* ..... 72

Cystogastrostomy in the Treatment  
of Pancreatic Pseudocyst Patients  
*V.N. Silaev, E.U. Bozova,  
S.I. Sitkin, M.A. Petrushin* ..... 80

## REVUES

Issues on the Acute Pancreatitis Classification  
*V.A. Kubyshkin, O.V. Moroz, Yu.A. Stepanova,  
G.G. Karmazanovsky, Yu.V. Kuleznyova* ..... 86

Gallbladder Stones: Modern Condition  
of the Problem  
*V.G. Firsova, V.V. Parshikov* ..... 95

## DISCUSSION

Minimally Invasive Videoassisted  
Cholecystolithotomy  
*A.G. Beburishvili, S.S. Nesterov,  
N.Sh. Burchuladze, R.N. Agliulov* ..... 102

## CASE REPORT

Lushka Bile Duct Draining  
the Right Liver in Alveococcosis  
*N.V. Merzlikin, M.E. Maryina,  
N.A. Brazhnikova, V.F. Podgornov,  
V.N. Pak, S.V. Shelepov, N.A. Kuracheva* ..... 110

A Case of the Common Bile Duct Cyst  
*A.N. Aidemirov, A.Z. Vafin,  
E.G. Mnatsakanjan, G.A. Pogosjan,  
K.I. Delibaltov* ..... 113

## ABSTRACTS

Abstracts from Current Foreign Publications  
*G.G. Akhaladze, D.G. Akhaladze* ..... 116

***XIX Международный конгресс  
хирургов-гепатологов стран СНГ  
“Актуальные проблемы  
хирургической гепатологии”,  
посвященный 100-летию со дня рождения  
Марии Демьяновны Пациоры***

*19–21 сентября 2012 г., Иркутск*

***XIX International Congress of Surgeon-Hepatologists  
of SIS Countries “Actual Problems of Surgical Hepatology”  
Dedicated to Maria Demyanovna Patsiora’s 100 year’s Anniversary***

## Малоинвазивные способы коррекции осложнений синдрома портальной гипертензии

*И.И. Затевахин, М.Ш. Цициашвили, В.Н. Шиповский,  
Д.В. Монахов, А.В. Пан, А.В. Юдин*

*Кафедра хирургических болезней №1 (зав. — акад. РАМН И.И.Затевахин) ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздравсоцразвития РФ  
Городская клиническая больница №57 (главный врач — И.А.Назарова), Москва*

В основу работы положен анализ комплексного клинического обследования 1989 больных с 2000 по 2010 гг., 111 из которых выполнено трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt—TIPS).

Через 18 мес результаты TIPS прослежены у 83 больных. В 1-й группе пациентов на завершающем этапе TIPS мы использовали самораскрывающиеся голометаллические стенты (n = 66), во 2-ю группу вошли больные после стентирования стент-графтом Viatorr TIPS Endoprosthesis (n = 17). Среди показаний для выполнения TIPS у больных 1-й группы были: кровотечения из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода у 59 пациентов и асцит, резистентный к диуретической терапии, у 7 больных. Во 2-й группе больных показаниями для TIPS служили кровотечения из вен пищевода у 14 больных и резистентный асцит у 3 пациентов.

Через 18 мес после операции были получены следующие результаты у больных 1-й (голометаллический стент) и 2-й (стент-графт) групп: кровотечение из ВРВ пищевода рецидивировало у 13 (19,7%) и 2 (11,8%) больных, увеличение степени печеночной энцефалопатии мы зафиксировали у 8 (12,1%) и 1 (5,9%) пациента соответственно. Следует отметить, что тромбоз внутривенного стента мы диагностировали только у 16 больных 1-й группы. У пациентов с имплантированным стент-графтом случаев тромбоза стента не выявили. Летальность в группах была следующая: 12 (18,9%) больных в 1-й группе и 2 (11,8%) во 2-й.

TIPS с использованием стент-графта Gore Viatorr TIPS Endoprosthesis значительно улучшает проходимость внутривенного шунта в ближайшем и отдаленном периоде, что снижает вероятность повторных кровотечений из ВРВ пищевода, уменьшает количество асцитической жидкости по сравнению с использованием голометаллических стентов.

**Ключевые слова:** : цирроз печени, портальная гипертензия, варикозно-расширенные вены пищевода, асцит, TIPS.

### Minimally Invasive Correction of the Portal Hypertension Syndrome Complications

*I.I. Zatevakhin, M.Sh. Tsitsiashvili, V.N. Shipovskiy,  
D.V. Monakhov, A.V. Pan, A.V. Judin*

*Surgical diseases chair №1 (Chief—Academician of RAMSci I.I. Zatevakhin) N.I. Pirogov Russian national research medical university of the ministry of healthcare and social development  
Municipal clinical hospital №57 (Head — I.A. Nazarova)*

The study is based on the experience of 1989 liver cirrhosis patients, complicated with portal hypertension syndrome, gastroesophageal variceal bleeding and ascites management from 2000 to 2010 yy. 111 underwent transjugular portosystemic intrahepatic shunt (TIPS). 24 of them survived after undergoing orthotopic liver transplantation in Russia and Germany. Three types of stents were used: matrix, self-expandable and stent-grafts. All the patients are divided into two groups. In the first group 79 patients carried out TIPS applying two types of bare stents: matrix and self-expandable. In the second group patients TIPS was performed using stent-grafts. The clinical follow-up of 18 months (83 patients) revealed no cases of thrombosis or hemodynamic significant stenosis in the second group (Viatorr), thus, primary patency came to 100%. Recurrence of gastroesophageal variceal bleeding was noted in 19.7% and 11.8% patients correspondingly. The hepatic encephalopathy increased in 12.1 % and 5.9% patients and the mortality rate came to 18.9% and 11.8% correspondingly. Hence, the use of stent-grafts "Viatorr" in the performance of TIPS in hepatic cirrhosis patients fundamentally improves patency of intrahepatic shunts. This significantly reduces the chances of gastroesophageal variceal re-bleeding and reduces the amount of ascites. Increasing hepatic encephalopathy is usually related to violation of patients' diet and can be stopped by medication. Thus, the use of stent-grafts is an important step to improve TIPS.

**Key words:** liver cirrhosis, portal hypertension, gastroesophageal bleeding, ascites, TIPS.

*И.И. Затевахин — акад. РАМН, зав. кафедрой хирургических болезней №1 ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова.  
М.Ш. Цициашвили — проф. той же кафедры. В.Н. Шиповский — проф. той же кафедры. Д.В. Монахов — врач-хирург  
ГКБ №57, Москва. А.В. Пан — аспирант кафедры хирургических болезней №1 ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова.  
А.В. Юдин — аспирант той же кафедры.*

**Для корреспонденции:** Монахов Дмитрий Владимирович — 119571 Москва, Ленинский проспект, 150—32.  
Тел. 8 (963) 604-88-03. E-mail: tytys@yandex.ru

## **Интраоперационное нормоволемическое инфузионно-трансфузионное обеспечение резекций печени большого объема**

*В.П. Сухоруков, Н.В. Гоголев, В.Б. Южанин, В.М. Русинов*  
ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» (ректор – проф. И.В. Шешунов)  
Минздравсоцразвития РФ  
Кировская областная клиническая больница (главный врач – В.И. Троегубов)

В настоящее время интраоперационное трансфузиологическое обеспечение резекций печени большого объема в режиме нормоволемии с поддержанием ее параметров на нижних величинах диапазона нормы считают целесообразным. Переливание свежзамороженной плазмы, упреждающее наиболее кровоточивый этап операции, повышает эффективность нормоволемической гемодилюции. Положительный эффект упреждающих кровопотерю трансфузий свежзамороженной плазмы потенцируется сочетанным их проведением с аутогемотрансфузией.

**Ключевые слова:** резекция печени, гемодилюция, гиперволемия, нормоволемия, центральное венозное давление, свежзамороженная плазма, аутогемотрансфузия.

## **Intraoperative Normovolemic Infusion-Transfusion Support of Extended Liver Resections**

*V.P. Sukhorukov, N.V. Gogolev, V.B. Yuzhanin, V.M. Rusinov*  
Kirov State Medical Academy of the Health Care and Social Development Ministry (Rector – Prof. I.V. Sheshunov)  
Kirov Regional clinical hospital (Head – V.I. Troegubov)

Currently, peroperative transfusion support of extended liver resections in normovolemic regime upholding lower values of norm is considered as worthwhile. Transfusion of fresh frozen plasma preventing the most bleeding stage of the operation increases effectiveness of normovolemic hemodilution. The positive effect of preventive transfusion of fresh frozen plasma is potentially combined with autohemotransfusion.

**Key words:** liver resections, hemodilution, hypovolemia, normovolemia, fresh frozen plasma, autohemotransfusion.

## Заживление раневой поверхности печени после ее резекции

*В.В. Бойко, А.В. Малоштан, А.М. Тищенко, Д.И. Скорый,  
Т.В. Козлова, А.А. Малоштан, И.В. Гусак*

*ГУ “Институт общей и неотложной хирургии” (директор – проф. В.В. Бойко) АМН Украины, Харьков*

В эксперименте и клинической практике у больных очаговыми заболеваниями печени изучена степень повреждения органа при рассечении его паренхимы ультразвуковой и электрической коагуляцией, струей сжатого газа или жидкостным потоком, скальпелем, методом раздавливания (clamp crushing). Доказано, что независимо от технологии резекции печени степень повреждения паренхимы больше при дигитоклазии или раздавливании зажимом. Рассечение с помощью термических факторов (электрический ток или ультразвук) также является достаточно агрессивным. Более щадящими и поэтому перспективными являются технологии рассечения струей воды или сжатого газа. Воспалительно-репаративные процессы протекают по классической схеме: очищение от некроза, сосудистая реакция, пролиферативные процессы с формированием соединительной ткани, закрывающей в дальнейшем раневую поверхность. При этом выявлены 4 зоны по степени повреждения: некроза, некробиоза, пролиферации и временно утраченной дифференцировки.

**Ключевые слова:** резекция печени, новообразования печени, воспаление, рассечение паренхимы.

## Reparation of Liver Wound Surface After its Resection

*V.V. Boyko, A.V. Maloshtan, A.M. Tichenko, D.I. Skoriy,  
T.V. Kozlova, A.A. Maloshtan, I.V. Gusak*

*Institute of General and Urgent Surgery of AMSci of Ukraine (Director – Prof. V.V. Boyko), Charkov*

The liver tissue damage degree during its resection influences by physical factors such as: ultrasound and electric coagulation, compressed gas or fluid jet, scalpel, digital and clamp crushing were studied in experiments and clinical practice in liver focal lesion patients. It is proved, that the liver parenchyma damage is more manifested after application of the digital and clamp crushing tools, regardless of the section technology. Thermal factors (electricity or ultrasound) was aggressive too. Assessing the degree of liver destruction during compressed gas jet dissection technology was appeared more accurate and therefore perspective one. Further inflammatory-reparative processes in the liver wound surface occurred in the classical scheme – necrosis cleaning, vascular reaction and proliferative processes forming connective tissue covering the liver wound surface. Four zones is observed according on the damage degree: necrosis, necrobiosis, proliferation and temporary loss of differentiation.

**Key words:** liver resection, liver neoplasia, inflammation, parenchyma dissection.

*В.В. Бойко* – доктор мед. наук, проф., директор ГУ “Институт общей и неотложной хирургии Академии медицинских наук Украины”. *А.В. Малоштан* – доктор мед. наук, главный научный сотрудник отдела хирургии печени того же института. *А.М. Тищенко* – доктор мед. наук, проф., зав. отделом хирургии печени того же института. *Д.И. Скорый* – канд. мед. наук, научный сотрудник отдела хирургии печени того же института. *Т.В. Козлова* – врач-анестезиолог того же института. *И.В. Гусак* – доктор мед. наук, зав. отделом хирургических инфекций того же института.

**Для корреспонденции:** Козлова Татьяна Владиславовна – Украина, 61166 Харьков, ул. Ленина, 1, кв. 8.  
Тел: (+38067) 843-41-67. Email: naiad@ukrpost.ua

## Классификация тяжести механической желтухи

Э.И. Гальперин

Отдел хирургии печени и метаболической хирургии (зав. – проф. Т.Г. Дюжева)

ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова” (ректор – член-корр. РАМН П.В. Глыбочко)

Разработка классификации тяжести механической желтухи (МЖ) имеет большое значение, так как тяжесть МЖ во много определяет прогноз предстоящей операции и лечебные действия. Произведен анализ 422 больных с доброкачественной МЖ и 215 больных опухолевой МЖ. 332 больным с холедохолитиазом выполнены малоинвазивные и традиционные вмешательства. При опухолевой МЖ 54 больным произведены ПДР, резекция желчных протоков (ЖП) и печени при опухоли Клацкина, 85 наложен билиодигестивный анастомоз (БДА) и 75 выполнено стентирование ЖП. Определены лабораторные признаки (общий билирубин и общий белок сыворотки крови), осложнения МЖ (холангит, почечная недостаточность, энцефалопатия, желудочно-кишечное кровотечение, сепсис), указывающие на тяжесть МЖ, а также учтена злокачественность опухоли – “этиологический фактор”. Выбранным признакам присвоены балльные оценки: общий билирубин сыворотки крови (мкмоль/л): <60 – 1 балл, 60–200 – 2 балла, >200 – 3 балла. Общий белок сыворотки крови (мкмоль/л): >65 – 1 балл, 65–55 – 2 балла, <55 – 3 балла. Каждое осложнение МЖ и “опухолевый фактор” оцениваются в 2 раза выше балла билирубина и зависят от уровня билирубинемии, т.е. билирубин 1 балл – осложнение 2 балла, билирубин 2 балла – осложнение 4 балла и билирубин 3 балла – осложнение 6 баллов. Определены классы тяжести МЖ (А, В, С) путем сочетания балльных оценок выявленных признаков: класс А – ≤5 баллов, класс В – 6–12 баллов, класс С – ≥16 баллов. Классификация позволяет определить прогноз предстоящей операции и лечебные действия, зависящие от тяжести МЖ.

**Ключевые слова:** механическая желтуха, классификация, прогноз.

## Classification of the Obstructive Jaundice Severity

E.I. Galperin

Liver and metabolic surgery department (Chief – Prof. T.G. Dyuzheva)

of I.M. Sechenov the First MG MU (Rector – Corresponding member of RAMSci P.V. Glybochko)

Elaboration of an obstructive jaundice severity (OJ) classification is important while the severity significantly defines forthcoming surgery prognosis and management strategy. An analysis of 422 benign and 215 malignant origin OJ patients is carried out. In 322 common bile duct stone patients minimally invasive and traditional surgical procedures are performed. 54 malignant OJ patients underwent pancreatoduodenectomy, bile duct (BD) and liver resection (in klatskin tumor), 85 – bilio-digestive anastomosis (BDA) and in 75 – BD stenting. Laboratory signs (serum total bilirubin and serum total protein), OJ complications (cholangitis, renal failure, encephalopathy, gastroduodenal bleeding and sepsis) indicating OJ severity additionally concerning malignancy as – “etiologic factor”. Chosen signs are weighed as points: serum total bilirubin (mmol/l): <60 – 1 point, 60–200 – 2 points, >200 – 3 points. Serum total protein >65 – 1 point, 65–55 – 2 points, <55 – 3 points. Each complication and “malignancy factor” weigh 2 folds higher then bilirubin and depend from the level of serum bilirubin concentration, in other words bilirubin 1 point – complication – 2, bilirubin 2 points – complication – 4, bilirubin 3 points – complication – 6. Grades of OJ severity (A,B,C) are distinguished by means of combination of weighed signs: grade A – ≤5points, grade B 6–12 points, grade C ≥16 points. The classification enables to evaluate forthcoming surgery prognosis and management, depending from the OJ severity.

**Key words:** obstructive jaundice, classification, prognosis.

Э.И. Гальперин – доктор мед. наук, проф., главный научный сотрудник отдела хирургии печени и метаболической хирургии, проф. кафедры хирургии ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Для корреспонденции: Гальперин Эдуард Израилевич –115446 Москва, Коломенский проезд, д. 4, ГКБ №7, 13-е хирургическое отделение. Тел. (499) 782-34-68. E-mail: edgalp@mail.ru



## Минилапаротомные технологии при желчнокаменной болезни: системный подход или хирургическая эквилибристика?

*А.М. Шулутко<sup>1</sup>, М.И. Прудков<sup>2</sup>, В.М. Тимербулатов<sup>3</sup>, П.С. Ветшев<sup>4</sup>,  
А.Г. Бебуришвили<sup>5</sup>, Р.М. Гарипов<sup>3</sup>, В.Г. Агаджанов<sup>1</sup>, М.О. Чантурия<sup>1</sup>,  
А.Г. Натрошвили<sup>1</sup>, Е.В. Нишневич<sup>2</sup>, А.В. Столин<sup>2</sup>, И.Г. Натрошвили<sup>6</sup>, Н.Х. Кяров<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Кафедра факультетской хирургии №2 лечебного факультета (зав. – проф. А.М. Шулутко) ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова” (ректор – член-корр. РАМН П.В. Глыбочко), Москва

<sup>2</sup> Кафедра хирургических болезней ФПК и ПП (зав. – проф. М.И. Прудков) и кафедра хирургии стоматологического факультета (зав. – доцент А.В. Столин) Уральской государственной медицинской академии (ректор – проф. С.М. Кутепов), Екатеринбург

<sup>3</sup> Кафедра хирургии с курсом эндоскопии (зав. – член-корр. РАМН В.М. Тимербулатов) Башкирского государственного медицинского университета (ректор – проф. В.Н. Павлов), Уфа

<sup>4</sup> Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова (президент – акад. РАМН Ю.Л. Шевченко) Минздравсоцразвития России, Москва

<sup>5</sup> Кафедра факультетской хирургии лечебного факультета (зав. – проф. А.Г. Бебуришвили) Волгоградского государственного медицинского университета (ректор – акад. РАМН В.И. Петров)

<sup>6</sup> Городская больница (главный врач – С.Г. Егоров), г. Кисловодск

Анализу подвергли ближайшие и отдаленные результаты 22 613 операций из минилапаротомного доступа при различных клинических формах желчнокаменной болезни, выполненных в 6 российских клиниках за период с 1995 по 2008 гг. Продемонстрированы высокая технологичность, безопасность и доступность минилапаротомии с использованием комплекта инструментов “Мини-Ассистент” в системном хирургическом лечении при всех формах желчнокаменной болезни.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, мини-лапаротомия, мини-доступ, “Мини-Ассистент”, непосредственные результаты, отдаленные результаты.

## Minimally Access Laparotomy Technologies in Cholelithiasis: Comprehensive Approach or Surgical “Rope-Walking”?

*A.M. Shulutko<sup>1</sup>, M.I. Prudkov<sup>2</sup>, V.M. Timerbulatov<sup>3</sup>, P.S. Vetshev<sup>4</sup>,  
A.G. Beburishvili<sup>5</sup>, R.M. Garipov<sup>3</sup>, V.G. Agajanov<sup>1</sup>, M.O. Chanturia<sup>1</sup>,  
A.G. Natroshvili<sup>1</sup>, E.V. Nishnevich<sup>2</sup>, A.V. Stolin<sup>2</sup>, I.G. Natroshvili<sup>6</sup>, N.Kh. Kjarov<sup>1</sup>*

*А.М. Шулутко* – зав. кафедрой факультетской хирургии №2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. *П.С. Ветшев* – зам. генерального директора Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. *М.И. Прудков* – зав. кафедрой хирургии ФУВ Уральской государственной медицинской академии. *В.М. Тимербулатов* – зав. кафедрой хирургии с курсом эндоскопии Башкирского государственного медицинского университета. *А.Г. Бебуришвили* – зав. кафедрой факультетской хирургии Волгоградского государственного медицинского университета. *Р.М. Гарипов* – главный врач клиники Башкирского государственного медицинского университета. *В.Г. Агаджанов* – доцент кафедры факультетской хирургии №2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. *М.О. Чантурия* – зав. хирургическим отделением ГКБ №61 г. Москвы. *А.Г. Натрошвили* – доцент кафедры факультетской хирургии №2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. *Е.В. Нишневич* – зам. главного врача по хирургии МБУ “ГКБ №14” г. Екатеринбурга. *А.В. Столин* – зав. кафедрой хирургических болезней стоматологического факультета Уральской государственной медицинской академии. *И.Г. Натрошвили* – зав. хирургическим отделением Городской больницы г. Кисловодска. *Н.Х. Кяров* – аспирант кафедры факультетской хирургии №2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

**Для корреспонденции:** Шулутко Александр Михайлович – 119048 Москва ул. Доватора 15. Тел. +7(499)2453735. E-mail shulutko@mail.ru

- <sup>1</sup> Faculty surgery chair №2 of therapeutic faculty (Chief – Prof. A.M. Shulutko) I.M. Sechenov the First MSMU (Rector – corresponding-member of RAMSci P.V. Glibochko), Moscow
- <sup>2</sup> Chair of the Surgical Diseases of PAF and PP (Chief – Prof. M.I. Prudkov) and chair of surgery of stomatology faculty (Chief – Prof. A.V. Stolin) of Ural State Medical academy (Rector – Prof. S.M. Kutepov) of Ministry of Healthcare and social Development RF, Ekaterinsburg
- <sup>3</sup> Chair of surgery with endoscopy course (Chief – Corresponding member of RAMSci V.M. Timerbulatov) Bashkir State medical university (rector – Prof. V.N. Pavlov), Ufa
- <sup>4</sup> N.I. Pirogov National Medical-Surgical Centre (President – Academician of RAMSci Yu.L. Shevchenko) Ministry of Healthcare and Social Development of RF, Moscow
- <sup>5</sup> Department of faculty surgery with a course of endoscopy and endoscopic surgery of PEF with a course of cardio-vascular surgery (Chief – Prof. A.G. Beburishvili) of Volgograd state medical university (Rector – Academician of RAMSci V.I. Petrov), Volgograd
- <sup>6</sup> Municipal hospital of Kislovodsk (Head – S.G. Egorov)

In the analysis of the immediate and remote results 22613 minimally access laparotomy operations in various clinical forms of cholelithiasis, performed in 6 Russian clinics, during the period 1995 to 2008 years are included. The article demonstrates a high maintainability, security and affordability of minimally access laparotomy applying an instruments set “Mini-Assistant” in the systemic the surgical treatment of all forms of cholelithiasis.

**Key words:** cholelithiasis, minimally access laparotomy, “Mini-Assistant”, immediate and remote results.

## Эволюция инфицированного панкреонекроза, топическая диагностика и лечение гнойных осложнений

*М.И. Прудков, Ф.В. Галимзянов*

*Кафедра хирургических болезней ФПК и ПП (зав. – проф. М.И. Прудков)*

*ГБОУ ВПО “Уральская государственная медицинская академия” Минздравсоцразвития РФ*

*ГБУЗ СО “Свердловская областная клиническая больница №1”*

*(главный врач – доктор мед. наук Ф.И. Бадаев), Екатеринбург*

Изучен патогенез инфицированного панкреонекроза: инфицированный панкреатогенный инфильтрат, панкреатогенный абсцесс и панкреатогенная флегмона. Сформирована дифференцированная хирургическая тактика при гнойных осложнениях. При инфицированном панкреатогенном инфильтрате применяли консервативное лечение. При небольших панкреатогенных абсцессах 3–5 см использовали пункцию, при абсцессах 5–7 см – пункционное дренирование. Более крупные абсцессы, в том числе содержащие секвестры, дренировали из небольших разрезов. Панкреатогенные флегмоны после топической диагностики ретроперитонеально объединяли в одну полость и дренировали из отдельных мини-доступов. Последующие санации выполняли ретроперитонеоскопически. Изучены результаты лечения 1159 больных инфицированным панкреонекрозом, преимущественно после формирования гнойных осложнений. Из 162 больных инфицированным панкреатогенным инфильтратом 23 оперированы (летальность 52,2%). В 139 наблюдениях операцию не выполняли (летальность 5,8%). 208 пациентов оперированы по поводу панкреатогенных абсцессов, летальных исходов не было. 789 пациентов оперированы по поводу панкреатогенных флегмон, летальность составила 16%.

**Ключевые слова:** *инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный инфильтрат, панкреатогенный абсцесс, панкреатогенная флегмона, пункционное дренирование, мини-доступ, ретроперитонеоскопическая некрэктомия.*

## Infected Necrotizing Pancreatitis Evolution, Local Diagnosis and Management of Purulent Complications

*M.I. Prudkov, F.V. Galimzyanov*

*Chair of the Surgical Diseases of PAF and PP (Chief – Prof. M.I. Prudkov) of Ural State Medical academy of Ministry of Healthcare and social Development RF*

*Sverdlovsk Regional clinical hospital №1 (Head – F.I. Badaev MD, PhD), Ekaterinsburg*

The pathogenesis of infected necrotizing pancreatitis is studied: infected pancreatic infiltrate, pancreatic abscess and phlegmona. Differentiated tactics of the septic complications surgical management are formed. Conservative treatment is used in cases of infected pancreatic infiltrate. Fine needle punctures is used for small pancreatic abscesses (3–5 cm), and for middle abscesses (5–7cm) – percutaneous drainage. Bigger one and abscesses containing sequester were drained by small open incisions. After the topical diagnostic of pancreatic phlegmona is transformed into the united cavity and drained from several separate mini-accesses. Further debridements are done applying retroperitoneoscopic assistance. 1159 infected necrotizing pancreatitis patients were mainly treated after the septic complications developed. Among 162 (14%) patients with infected pancreatic infiltrate 23 were operated (mortality – 52.2%) and 139 after conservative treatment (mortality – 5,8%). 208 patients were operated on for pancreatic abscesses (mortality – 0%). 789 (68%) patients were operated for pancreatic phlegmona (mortality – 16%).

**Key words:** *infected necrotizing pancreatitis, infected pancreatic infiltrate, pancreatic abscess, pancreatic phlegmona, needle punctures, percutaneous drainage, mini-access, retroperitoneoscopic debridement.*

*М.И. Прудков – доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой хирургических болезней ФПК и ПП ГБОУ ВПО УГМА, заслуженный врач РФ, главный хирург Уральского федерального округа. Ф.В. Галимзянов – доктор мед. наук, зав. отделением гнойной хирургии СОКБ №1, доцент, проф. кафедры хирургических болезней ФПК и ПП УГМА.*

**Для корреспонденции:** Прудков Михаил Иосифович – 620144 Екатеринбург, ул. Шейкмана, д. 111, кв. 275.  
Тел. (8 343) 286-37-58, (8 922) 224-31-43. E-mail: miprudkov@gmail.com

## Эндоскопическое протезирование протока поджелудочной железы в лечении панкреатических свищей

С.Г. Шаповальянц, А.Г. Мыльников, С.А. Будзинский, А.В. Шабрин

Научно-образовательный центр абдоминальной хирургии и эндоскопии

(зав. — проф. С.Г. Шаповальянц) РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Городская клиническая больница №31 (главный врач — член-корреспондент РАМН Г.Н. Голухов), Москва

Представлен 12-летний опыт эндоскопического протезирования протока поджелудочной железы у пациентов с панкреатическими свищами. В исследование включено 44 больных со стойкими фистулами поджелудочной железы, не поддающимися консервативной ликвидации. У 6 пациентов выявлен полный перерыв протока, что предопределило невозможность эндоскопического пособия. В 38 (86,4%) наблюдениях предприняли попытку эндоскопического лечения. У 24 (63,2%) удалось выполнить панкреатодуоденальное протезирование, у остальных 14 (36,8%) установить стент в проток не удалось. У 22 (94,7%) из 24 пациентов процедура была окончательным этапом лечения, у 2 (8,3%) — предварило плановое хирургическое пособие. Частота осложнений после эндоскопического вмешательства составила 8,3%. Из 44 больных со свищами поджелудочной железы к хирургическому вмешательству прибегли у 19 (43,2%) человек. Осложнения отмечены в 2 (10,5%) наблюдениях, летальный исход наступил в 1 (5,3%). Накопленный положительный опыт позволяет рекомендовать эндоскопическое протезирование протока поджелудочной железы к более широкому применению как разумную альтернативу традиционному хирургическому вмешательству либо как этап подготовки к таковой, значительно улучшающий состояние пациентов.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, панкреатический свищ, эндоскопическое протезирование.

## Endoscopic Stenting of the Main Pancreatic Duct in Pancreatic Fistula Patients

S.G. Shapovalyants, A.G. Mylnikov, S.A. Budzinskiy, A.V. Shabrin

Scientific-educational center of abdominal surgery and endoscopy (Chief — Prof. S.G. Shapovaljants)

N.I. Pirogov RSMU

Municipal clinical hospital №31(Head — Corresponding member of RAMSci — G.N. Golukhov), Moscow

A 12-years experience of the endoscopic stenting in pancreatic fistula patients is presented. 44 cases of resistant to conservative management pancreatic fistula are included into the study. In 6 patients had full disconnection of the main pancreatic duct which made endoscopic procedure impossible. In 38 (86.4%) patients we carried out endoscopic modalities. It was successful in 24 (63.2%) patients (pancreatoduodenal stenting) and failed in 14 (36.8%) cases. In 22 (94.7%) of 24 patients stenting appeared as the final stage of pancreatic fistula treatment. In 2(8.3%) patients endoscopic procedures proceeded to further surgical management. Complications after endoscopic treatment appeared in 8.3%. Out of 44 patients with pancreatic fistulas 19(43.2%) patients underwent surgical procedures. Complications appeared in 2 (10.5%) cases, postoperative mortality came to 5.3% (1 death). Accumulated experience allows us to recommend endoscopic stenting of pancreatic duct system for wider application as a reasonable alternative of traditional interventional surgery. Also it can improve patients' condition and can be recommended as the first stage of complex surgical treatment.

**Key words:** pancreas, pancreatic fistula, endoscopic stenting.

С.Г. Шаповальянц — доктор мед. наук, проф., зав. Научно-образовательным центром абдоминальной хирургии и эндоскопии РНИМУ им Н.И. Пирогова. А.Г. Мыльников — канд. мед. наук, доцент того же центра. С.А. Будзинский — канд. мед. наук, врач эндоскопического отделения ГКБ №31, старший научный сотрудник того же центра. А.В. Шабрин — аспирант того же центра.

Для корреспонденции: Шабрин Алексей Валерьевич — 117415 Москва, ул. Лобачевского, д. 42, ГКБ №31. Тел.: (8 926) 720-03-94. E-mail: shabrin@rambler.ru

## Малоинвазивные технологии в диагностике и лечении хронического панкреатита

*А.С. Прядко, Н.А. Майстренко, П.Н. Ромащенко, И.Ю. Бойко*

*Ленинградская областная клиническая больница (главный врач – проф. В.М. Тришин)*

*Кафедра факультетской хирургии им. С.П. Федорова (зав. – акад. РАМН Н.А. Майстренко)*

*Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург*

Проанализированы результаты обследования и лечения 415 больных хроническим панкреатитом. Показания к лечению в условиях хирургического стационара установлены у 298 (71,8%) пациентов, которые в соответствии с Международной Марсельско-Римской классификацией хронического панкреатита (1988) были распределены на три формы: кальцифицирующий (n = 72), обструктивный (n = 78), воспалительный (n = 148). Применение современных методов диагностики и лечения хронического панкреатита позволило модифицировать классификацию с выделением подгрупп для каждой формы заболевания. Установлено, что применение современных малоинвазивных технологий расширяет возможности оказания медицинской помощи с минимумом осложнений. Вместе с тем необходимо изучение отдаленных результатов, которые позволят рассматривать миниинвазивные вмешательства при хроническом панкреатите в качестве альтернативы традиционным операциям.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, проток поджелудочной железы, киста поджелудочной железы.

## Minimally Invasive Technologies in Diagnostics and Treatment of Chronic Pancreatitis

*A.S. Pryadko, N.A. Maystrenko, P.N. Romashchenko, I.Yu. Boyko*

*Leningrad regional clinical hospital (Head – Prof. V.M. Trishin)*

*S.P. Fedorov chair of faculty surgery (Chief – Academician of RAMSci N.A. Maystrenko)*

*S.M. Kirov Military-medical academy*

The results of diagnostics and treatment 415 chronic pancreatitis patients are analyzed. Indications to surgery in 298 (71,8%) of patients were divided following international Marcel-Rome classification of chronic pancreatitis (1988) into 3 forms: calcified (n = 72), obstructive (n = 78), inflammatory (n = 148). Application of modern of diagnostic and treatment facilities in chronic pancreatitis allowed to modify classification with dividing sub-groups for each form of the disease. It is established that modern diagnostics and treatment minimal invasive technologies enlarge possibilities medical aid in of chronic pancreatitis patients, accompanied with minimal rate of morbidity and good quality of life. At the same time it is necessary to study remote results, which allow to recommend minimally invasive procedures in chronic pancreatitis as alternative to traditional surgery.

**Key words:** chronic pancreatitis, pancreatic duct, pancreatic cysts.

*А.С. Прядко* – канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением Ленинградской областной клинической больницы, ассистент кафедры факультетской хирургии им. С.П. Федорова Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. *Н.А. Майстренко* – акад. РАМН, проф., зав. кафедрой факультетской хирургии им. С.П. Федорова Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. *П.Н. Ромащенко* – доктор мед. наук, доцент, заместитель начальника той же кафедры. *И.Ю. Бойко* – врач-хирург хирургического отделения Ленинградской областной клинической больницы.

**Для корреспонденции:** Ромащенко Павел Николаевич – тел. (8-911) 210-89-90. E-mail: Romashchenko@rambler.ru

## Варианты повторных и реконструктивных операций у больных хроническим панкреатитом

*С.И. Третьяк, С.М. Ращинский, Н.Т. Ращинская*

*Кафедра хирургических болезней №2 (зав. – проф. С.И. Третьяк) УО “Белорусский государственный медицинский университет” (ректор – доцент А.В. Сикорский)*

*УЗ “Городская клиническая больница скорой медицинской помощи” (главный врач – В.Д. Шило), Минск, Республика Беларусь*

Проведен анализ результатов повторных хирургических вмешательств у 59 пациентов, страдающих осложненным хроническим панкреатитом. В 5 наблюдениях выполнили дистальную резекцию поджелудочной железы, в 5 – пилоросохраняющую ПДР, в 12 – операцию Фрея, в 21 – панкреатостомию, в 2 – продольную панкреатикоеюностомию. В 2 наблюдениях сформирован билиодigestивный анастомоз. Под контролем УЗИ выполнена санация или дренирование у 12 больных. Различные виды послеоперационных осложнений отмечены у 11,7% пациентов, летальный исход наступил в 1,7%. У 4 (18,2%) больных морфологически подтверждена протоковая аденокарцинома. При сравнении показателей опросника SF-36 v.2™ у оперированных пациентов выявлено улучшение качества жизни по всем сравниваемым показателям ( $p < 0,01$ ). Стойкое купирование болевого синдрома было отмечено у 88,6% больных. Повторные операции, проводимые в специализированных центрах, могут быть выполнены с небольшим уровнем послеоперационных осложнений и летальных исходов.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, осложнения, повторные операции, качество жизни.

## Variants of Reoperative and Reconstructive Surgery in the Chronic Pancreatitis Patients

*S.I. Tretjak, S.M. Rashchinskiy, N.T. Rashchinskaya*

*Chair of Surgical Diseases №2 (Chief – Prof. S.I. Tretjak) of the Belarus State medical university (Rector – Docent A.V. Sikorskiy)*

*Municipal clinical hospital of emergency (Head – V.D. Shilo), Minsk, Republic Belarus*

An analysis of reoperations in 59 complicated chronic pancreatitis is presented. Provided 5 distal pancreatectomies; 5 – pylorus-preserving pancreatoduodenectomies; 12 – Frey procedures; 21 pancreaticostomies and 2 Puestow procedures. In 2 cases biliary bypass was carried out. US guided percutaneous aspiration or external drainage performed in 12 patients. Postoperative morbidity rate came to 11.7%, and mortality – 1.7%. Histology revealed adenocarcinoma at 4 (18.2%) cases. At comparison of indices of SF-36 v.2™ questionnaire in operated patients improvement of quality of a life on all compared indices ( $p < 0.01$ ) were revealed. Long-term pain relief has been noted at 88.6% patients. Such results of reoperations can be received if their procedures are performed in highly experience pancreatic surgery centers.

**Key words:** chronic pancreatitis, complications, reoperations, quality of a life.

*С.И. Третьяк – доктор мед. наук, проф., зав. 2-й кафедры хирургических болезней БГМУ. С.М. Ращинский – канд. мед. наук, зав. 3-м хирургическим (гепатологическим) отделением УЗ “ГК БСМП”, ассистент 2-й кафедры хирургических болезней БГМУ. Н.Т. Ращинская – врач-хирург 3-го хирургического (гепатологического) отделения УЗ “ГК БСМП” г. Минска.*

**Для корреспонденции:** Ращинский Сергей Маркович – Республика Беларусь, 220007 Минск, ул. Жуковского, 23–7. Тел.: (375-172) 87-00-73 (раб.), (375-29) 631-96-94 (моб.). E-mail: rashchyn@mail.ru

## Описторхозный панкреатит

*Н.А. Бражникова, В.Ф. Цхай, Н.В. Мерзликин, И.А. Лызко, М.В. Толкаева*  
 ГБОУ ВПО “Сибирский государственный медицинский университет” (ректор – В.В. Новицкий)  
 Минздравсоцразвития РФ  
 МБЛПУ “Городская больница №3” (главный врач – М.А. Лукашов), Томск

Патоморфология поджелудочной железы и органов-мишеней изучены на 343 трупах пациентов с сопутствующим описторхозом. В 18 наблюдениях выявлены осложнения, явившиеся причиной смерти. Установлена прямая зависимость выраженности патоморфологических изменений от интенсивности и длительности инвазии. Представлена классификация описторхозного панкреатита, особенности клинических проявлений, алгоритм диагностики и хирургической коррекции с применением криодеструкции (три патента РФ). Криодеструкция, адекватная коррекция оттока желчи с наружным дренированием, а также санация способствуют хорошим непосредственным и отдаленным результатам лечения этой категории больных.

**Ключевые слова:** описторхоз, поджелудочная железа, криодеструкция, алгоритм диагностики, патоморфология.

## Opisthorchotic Pancreatitis

*N.A. Brazhnikova, V.F. Tskhay, N.V. Merzlikin, I.A. Lyizko, M.V. Tolkaeva*  
 Siberian State Medical University (Rector – V.V. Novitskiy) of Ministry of Healthcare and Social Development;  
 Municipal Hospital №3 (Head – M.A. Lukashev), Tomsk

Pathomorphology of pancreas is studied in 343 in cadavers of concomitant opisthorchosis patients. In 18 cases of them complications of opisthorchosis seemed to be the cause of death. The direct dependence of the intensity of pathomorphology changes on the intensity and duration of the invasion is revealed. A classification of opisthorchosis pancreatitis, peculiarities of clinical manifestations, algorithm of diagnostics and surgical correction with the use of cryodestruction (three patents of RF) is presented. Cryodestruction, adequate correction of bile passage with external drainage, to decrease biliary and pancreatic hypertension, elimination of the infection promotes good immediate and remote results of treatment of patients.

**Key words:** opisthorchosis, pancreas, cryodestruction, diagnostic algorithm, pathomorphology.

*Н.А. Бражникова* – проф. кафедры хирургических болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО “Сибирский государственный медицинский университет” Минздравсоцразвития РФ. *В.Ф. Цхай* – профессор той же кафедры. *Н.В. Мерзликин* – зав. кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО “Сибирский государственный медицинский университет” Минздравсоцразвития РФ. *И.А. Лызко* – ассистент той же кафедры. *М.В. Толкаева* – врач-УЗИ МБЛПУ “Городская больница №3” г. Томск.

**Для корреспонденции:** Лызко Илья Анатольевич – 634034 Томск, ул. Котовского, 14–35. Тел. (3822) 55-73-96.  
 E-mail: ilya50@yandex.ru

## Цистогастроанастомоз в лечении больных псевдокистой поджелудочной железы

*В.Н. Силаев\**, *Е.Ю. Бозова\*\*\**, *С.И. Ситкин\*\**, *М.А. Петрушин\*\**

\* Кафедра хирургических болезней ФПДО (зав. – доц. Д.В. Федерякин);

\*\* Кафедра анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии (зав. – доц. С.И. Ситкин)  
ГБОУ ВПО “Тверская государственная медицинская академия” (ректор – проф. М.Н. Калинин)  
Минздравсоцразвития России

\*\*\* ГБУЗ “Областная клиническая больница” (главный врач – С.Е. Козлов), Тверь

Проанализирован опыт лечения 92 больных ложной кистой поджелудочной железы, для лечения которой наложено открытый цистогастроанастомоз. Послеоперационная летальность составила 1,1%, осложнения возникли в 17,2% наблюдений, релапаротомия выполнена в 6,5% случаев. Отдаленные результаты изучены у 71% больных. Рецидив панкреатической псевдокисты выявлен в 16,7% наблюдениях, из них у 63,6% больных повторные операции привели к окончательной ликвидации жидкостного образования. Улучшение в отдаленном периоде отметили 91,5% больных, полное исчезновение болевого синдрома наблюдалось у 57% пациентов. В отдаленном периоде средняя степень нарушения питания сохранилась у 54,8% обследованных. Качество жизни пациентов после хирургического вмешательства по всем критериям опросника SF-36 существенно повысилось.

**Ключевые слова:** псевдокиста поджелудочной железы, цистогастроанастомоз, осложнения, рецидив кисты, боль, отдаленный результат, качество жизни.

## Cystogastrostomy in the Treatment of Pancreatic Pseudocyst Patients

*V.N. Silaev, E.U. Bozova, S.I. Sitkin, M.A. Petrushin*

*Chair of surgical diseases PAF (Chief – Docent D.V. Federjakin);*

*Chair of anesthesiology, reanimatology and intensive care (Chief – Docent S.I. Sitkin) Tver State medical academy (Rector – Prof. M.N. Kalinkin) Ministry of healthcare and social development RF*

*Regional clinical hospital (Head – S.A. Kozlov), Tver*

Experience of open cystogastrostomy in 92 pancreatic pseudocyst patient has been analyzed. Postoperative mortality rate came to 1.1%, morbidity rate – 17.2%, relaparotomy was performed in 6.5% cases. Long term results were studied in 71% patients. Recurrence of pancreatic pseudocyst noted in 16.7% cases, 63.6% of them reoperation was carried out and followed by fluid collection complete elimination. There was marked improvement in 91.5% patients in long term follow up period. In 57% observed patients pain disappeared completely. The long term average degree malnutrition persisted in 54.8% surveyed. Patients' quality of life concerning SF36questionnary all criteria was increased significantly after surgical operations.

**Key words:** pancreas pseudocyst, cystogastrostomy, complication, recurrence cyst, pain, long term results, patients' quality of life.

*В.Н. Силаев* – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней ФПДО, ГБОУ ВПО “Тверская государственная медицинская академия”, зав. отделением гнойной хирургии ГУЗ “Областная клиническая больница”, Тверь. *Е.Ю. Бозова* – врач-хирург отделения гнойной хирургии ГБУЗ “Областная клиническая больница” Тверь. *С.И. Ситкин* – доктор мед. наук, доцент, зав. кафедрой анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии ГБОУ ВПО “Тверская государственная медицинская академия”. *М.А. Петрушин* – аспирант кафедры анестезиологии, реаниматологии той же академии.

**Для корреспонденции:** Силаев Валерий Николаевич – 170000 г. Тверь, Петербургское шоссе, 105, ГУЗ “Областная клиническая больница”, отделение гнойной хирургии. Тел. (4822) 77-53-48. E-mail: evgeniaboza@yandex.ru



Обзор литературы

## Вопросы классификации острого панкреатита

*В.А. Кубышкин, О.В. Мороз, Ю.А. Степанова,  
Г.Г. Кармазановский, Ю.В. Кулезнева*

*ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” (директор – акад. РАМН В.А. Кубышкин)  
Минздравсоцразвития РФ  
ГБОУ ВПО “Московский государственный медико-стоматологический институт”  
(ректор – проф. О.О. Янушевич) Минздравсоцразвития РФ  
ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова” (ректор – член-корр. РАМН П.В. Глыбочко)  
Минздравсоцразвития РФ, Москва*

### *Issues on the Acute Pancreatitis Classification*

*V.A. Kubyshkin, O.V. Moroz, Yu.A. Stepanova, G.G. Karmazanovsky, Yu.V. Kuleznyova  
A.V. Vishnevsky Institute of Surgery (Director – Academician of RAMSci V.A. Kubishkin)  
Moscow State Medical-Stomatological Institute (Rector – Prof. O.O. Yanushevich)  
Ministry of Healthcare and Social Development RF  
I.M. Sechenov the First MG MU (Rector – Corresponding member of RAMSci P.V. Glybochko)*

---

*В.А. Кубышкин – акад. РАМН, директор ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Минздравсоцразвития РФ. О.В. Мороз – аспирант кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО “Московский государственный медико-стоматологический университет”. Ю.А. Степанова – доктор мед. наук, проф. кафедры лучевой диагностики ФППОВ ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”. Г.Г. Кармазановский – доктор мед. наук, проф., руководитель отдела лучевых методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Минздравсоцразвития РФ; профессор кафедры лучевой диагностики ФППОВ ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”. Ю.В. Кулезнева – доктор мед. наук, проф. кафедры факультетской хирургии №2 Московского государственного медико-стоматологического университета.*

*Для корреспонденции: Мороз Ольга Владимировна – E-mail: olgamoroz@mail.ru*

Обзор литературы

## Холецистолитиаз: современное состояние проблемы

*В.Г. Фирсова, В.В. Паршиков  
Кафедра госпитальной хирургии им. Б.А. Королева (зав. – проф. А.П. Медведев)  
ГБОУ ВПО “Нижегородская государственная медицинская академия” Минздравсоцразвития РФ*

### *Gallbladder Stones: Modern Condition of the Problem*

*V.G. Firsova, V.V. Parshikov  
B.A. Korolev chair of hospital surgery (chief - Prof. A.P. Medvedev) State medical academy, Nizhni Novgorod*

---

*В.Г. Фирсова – канд. мед. наук, врач-хирург отделения хирургии ГБУЗ НО “Городская больница №35”, Нижний Новгород. В.В. Паршиков – доктор мед. наук, проф. кафедры госпитальной хирургии им. Б.А. Королева ГБОУ ВПО “Нижегородская государственная медицинская академия” Минздравсоцразвития РФ.*

*Для корреспонденции: Паршиков Владимир Вячеславович – 603136 г. Нижний Новгород, Рокоссовского, 17-26. Тел. (8-901) 800-14-26, (831) 417-69-23. E-mail: pv1610@mail.ru*

## Малоинвазивная видеоассистированная холецистолитотомия

*А.Г. Бебуришвили, С.С. Нестеров, Н.Ш. Бурчуладзе, Р.Н. Аглиулов*

*Кафедра факультетской хирургии с курсом эндоскопии и эндоскопической хирургии ФУВ и с курсом сердечно-сосудистой хирургии (зав. — проф. А.Г. Бебуришвили) ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»*

*Центр хирургической гепатологии (директор — акад. РАМН В.И. Петров; зав. — проф. А.Г. Бебуришвили) ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр»*

Аналізу подвергнуты результаты хирургического лечения 81 пациента с бессимптомным холецистолитиазом. В 50 наблюдениях выполнена лапароскопическая холецистэктомия, в 31 — холецистолитотомия. Отдаленные результаты оценивали в сроки от 1 до 3 лет. В группе перенесших холецистэктомию отдаленные результаты были хорошими у 88% больных, удовлетворительными — у 8%, неудовлетворительными — у 4%. В группе с сохраненным желчным пузырем у всех пациентов отмечен хороший результат лечения. Практически все показатели качества жизни у пациентов с удовлетворительными и неудовлетворительными результатами после лапароскопической холецистэктомии статистически отличались ( $p < 0,05-0,001$ ) от здоровых лиц. Рост числа больных с постхолецистэктомическим синдромом, улучшение диагностики желчнокаменной болезни и совершенствование хирургической техники позволяют возрождать применение органосохраняющих операций. Выполнение холецистолитотомии направлено на сохранение функционирующего желчного пузыря, полноценно участвующего в пищеварении, у больных с любым типом солитарных камней. Обязательно назначение в послеоперационном периоде препаратов с литолитическим эффектом.

**Ключевые слова:** бессимптомный холецистолитиаз, желчный пузырь, холецистолитотомия, литолитическая терапия.

## Minimally Invasive Videoassisted Cholecystolithotomy

*A.G. Beburishvili, S.S. Nesterov, N.Sh. Burchuladze, R.N. Agliulov*

*Department of faculty surgery with a course of endoscopy and endoscopic surgery of PEF with a course of cardio-vascular surgery (Chief — Prof. A.G. Beburishvili) of Volgograd state medical university*

*Center of surgical hepatology (Director — Academician of R AMSci V.I. Petrov) (Head — Prof. A.G. Beburishvili) of Volgograd medical scientific center.*

The outcomes of surgery in 81 asymptomatic cholecystolithiasis patients, of which 50 patients underwent laparoscopic cholecystectomy and 31 had an organ-preserving cholecystolithotomy, are analyzed. The long-term results of surgery in asymptomatic cholecystolithiasis are monitored for 1–3 years. Good results of cholecystectomy are achieved in 88% of patients, satisfactory — in 8% and unsatisfactory — in 4%. In group of spared gall bladder following all patients displayed good remote results. All parameters of quality of the life of satisfactory and unsatisfactory patients after laparoscopic cholecystectomy were statistically different (from  $p < 0.05$  to  $p < 0.001$ ) versus those in the healthy persons. An increase in the number of cases of post-cholecystectomy syndrome, improved diagnostics of gallstone disease as well as improved surgical techniques enable us to use an organ-sparing approach. The use of cholecystolithotomy aims to preserve the gallbladder function which plays a crucial role in digestion in patients with any type of solitary stone. Moreover, the use of post-operative litholytic agents is mandatory.

**Key words:** asymptomatic cholecystolithiasis, gallbladder, cholecystolithotomy.

*А.Г. Бебуришвили* — доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой факультетской хирургии с курсом эндоскопии и эндоскопической хирургии ФУВ и с курсом сердечно-сосудистой хирургии; зав. Центром хирургической гепатологии Волгоградского государственного медицинского университета. *С.С. Нестеров* — канд. мед. наук, ассистент той же кафедры. *Н.Ш. Бурчуладзе* — канд. мед. наук, доцент той же кафедры. *Р.Н. Аглиулов* — врач-хирург 1-го хирургического отделения Волгоградской клинической больницы скорой медицинской помощи №7.

**Для корреспонденции:** Бебуришвили Андрей Георгиевич — 400131 Волгоград, пл. Павших Борцов, 1. Тел.: (+7-8442) 38-50-05.

Клинические наблюдения

## Желчный проток Люшка в дренировании правой половины печени при альвеококкозе

*Н.В. Мерзликин, М.Е. Марьина, Н.А. Бражникова, В.Ф. Подгорнов,  
В.Н. Пак, С.В. Шелепов, Н.А. Курачева*

*Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета (зав. — проф. Н.В. Мерзликин)  
ГБОУ ВПО “Сибирский государственный медицинский университет” Минздрава РФ, Томск  
МБЛПУ “Городская клиническая больница №3”, Томск*

### *Lushka Bile Duct in Draining of the Right Liver in Alveococcosis*

*N.V. Merzlikin, M.E. Maryina, N.A. Brazhnikova,  
V.F. Podgornov, V.N. Pak, S.V. Shelepov, N.A. Kuracheva*

*Chair of surgical diseases of the pediatric faculty (Chief — Prof. N.V. Merzlikin) SibSMU  
Ministry of healthcare and social development RF; municipal clinical hospital №3, Tomsk*

---

*Н.В. Мерзликин* — доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета СибГМУ, Томск. *М.Е. Марьина* — канд. мед. наук, врач хирургического отделения МБЛПУ “Городская клиническая больница №3”, Томск. *Н.А. Бражникова* — доктор мед. наук, проф. кафедры хирургических болезней педиатрического факультета СибГМУ, Томск. *В.Ф. Подгорнов* — врач эндоскопического отделения МБЛПУ “Городская клиническая больница №3”, Томск. *В.Н. Пак* — зав. отделением реанимации и анестезиологии той же больницы. *С.В. Шелепов* — ординатор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО СибГМУ, Томск. *Н.А. Курачева* — врач отделения ультразвуковой диагностики МБЛПУ “Городская клиническая больница №3”, Томск.

Для корреспонденции: Н.В. Мерзликин — тел. (+7-3822) 42-13-38 (раб.). E-mail: MERZLIKIN@mail.ru

Клинические наблюдения

## Киста общего желчного протока

*А.Н. Айдемиров, А.З. Вафин, Э.Г. Мнацаканян, Г.А. Погосян, К.И. Делибалтов*

*Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. А.Н. Айдемиров)*

*ГОУ ВПО “Ставропольская государственная медицинская академия” (ректор — проф. В.Н. Муравьева)  
Минздрава РФ*

### *A Case of the Common Bile Duct Cyst*

*A.N. Aidemirov, A.Z. Vafin, E.G. Mnatsakanjan, G.A. Pogosjan, K.I. Delibaltov*

*Chair of hospital surgery (Chief — Prof. A. Aidemirov)*

*Stavropol State medical academy (Rector — Prof. V.N. Muravjeva) Ministry of healthcare and social development RF*

---

*А.Н. Айдемиров* — доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой госпитальной хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, зав. хирургическим торакоабдоминальным отделением СККЦ СВМП. *А.З. Вафин* — доктор мед. наук, заслуженный врач РФ, проф. кафедры госпитальной хирургии Ставропольской государственной медицинской академии. *Э.Г. Мнацаканян* — канд. мед. наук, доцент той же кафедры, врач-хирург хирургического торакального отделения. *Г.А. Погосян* — аспирант той же кафедры. *К.И. Делибалтов* — аспирант той же кафедры.

Для корреспонденции: Айдемиров Артур Насирович — 355030 г. Ставрополь, ул. Семашко 1, кафедра госпитальной хирургии. Тел.: (8-652) 35-27-33.

Погосян Георгий Арменакович (отделение торакальной хирургии):— тел.: 8928-811-06-12. E-mail: Galiccia@yandex.ru

*Рефераты иностранных журналов*

## **Рефераты иностранных журналов**

*Г.Г. Ахаладзе, Д.Г. Ахаладзе*

### **Abstracts of Current Foreign Publications**

*G.G. Akhaladze, D.G. Akhaladze*

---

*Г.Г. Ахаладзе* – проф. курса хирургической гепатологии при кафедре хирургии ФППОВ ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”. *Д.Г. Ахаладзе* – врач-хирург отделения трансплантации печени ФГБУ “ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова” Минздравсоцразвития РФ.

**Для корреспонденции:** Ахаладзе Гурам Германович – тел. (8 499) 782-30-83. E-mail: akhaladze52@gmail.com