

***Поощрительные премии журнала
"Анналы хирургической гепатологии"
за лучшую публикацию к 15-летнему юбилею***

*Incentive Prizes of the Journal "Annals of Surgical Hepatology"
for the Best Publication to it's 15th Anniversary*

Диагностика и лечение инсулиномы

Н.А. Майстренко, А.А. Курьгин, В.В. Хижа

*Кафедра факультетской хирургии им. С.П.Федорова (зав. – член-корр. РАМН Н.А. Майстренко)
Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург*

Представлены результаты обследования и хирургического лечения 62 больных инсулиномой. Проведен анализ диагностических возможностей различных методов, среди которых наиболее информативными оказались эндоскопическое ультразвуковое исследование (98%) и лапароскопическая биопсия поджелудочной железы с морфологическим исследованием (100%). Оперировано 56 пациентов, при этом использован весь арсенал современных хирургических вмешательств. В структуре осложнений преобладали послеоперационный панкреатит (17,8%) и свищи поджелудочной железы (7,1%). Послеоперационная летальность составила 5,3%. Наилучшие функциональные результаты отмечены у больных, перенесших энуклеацию инсулиномы и дистальную резекцию поджелудочной железы. Анализ собственных отдаленных результатов и данных литературы позволил сформулировать рациональный диагностический и лечебный алгоритм, который может быть положен в основу протоколов обследования и лечения больных инсулиномой поджелудочной железы.

Ключевые слова: *инсулинома, резекция поджелудочной железы, энуклеация, эндоскопическое ультразвуковое исследование.*

Diagnosics and Treatment of Insulinoma

N.A. Maistrenko, A.A. Kurygin, V.V. Hizha

*S.P. Fedorov Faculty Surgery Chair (Chief – Corresponding member RAMSci N.A. Maistrenko)
S.M. Kirov Military Medical Academy*

Results of diagnostics and treatment of 62 patients with insulinoma are presented. Analysis of diagnostic facilities of different methods are realized, among which the most informative were endoscopical US investigation (98%) and laparoscopic biopsy of pancreas followed by morphological study of biopsy material (100%). In 56 operated on patients all modern surgical operations were applied. The postoperative pancreatitis (17.8%) and pancreatic fistulas (7.1%) prevailed in complications structure. Postoperative mortality rate came to 5.3%. The best functional results marked in patients after enucleation of insulinoma and pancreatic distal resection. Analysis of long-term results and modern publications data allow to formulate rational diagnostic and treatment algorithm, which maybe order in basis the protocol of treatment patients with insulinoma of pancreas.

Key words: *insulinoma, pancreatic resection, enucleation, endoscopic US investigation.*

Н.А. Майстренко – доктор мед. наук, проф., член-корр. РАМН, зав. кафедрой факультетской хирургии Военно-медицинской академии. *А.А. Курьгин* – доктор мед. наук, проф., заместитель заведующего той же кафедры. *В.В. Хижа* – кандидат мед. наук, преподаватель той же кафедры.

Для корреспонденции: Майстренко Николай Анатольевич – 194175 Санкт-Петербург, ул. академика Лебедева, д. 6. Кафедра факультетской хирургии Военно-медицинской академии. Тел. (812) 542-47-15, факс (812) 329-71-43. E-mail: nik.m.47@mail.ru

Артериальная химиоэмболизация в лечении больных метастазами злокачественного карциноида в печень

П.Г. Таразов, А.А. Поликарпов, Д.А. Гранов
ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»
(директор – акад. РАМН А.М. Гранов), Санкт-Петербург

Проведен анализ эффективности 190 циклов химиоэмболизации печеночной артерии в лечении 30 больных симптоматическими нерезектабельными метастазами злокачественного карциноида в печень. Первичная карциноидная опухоль была удалена у 17 пациентов, не выявлена или не удалена вследствие местного распространения – у 13. Выполняли “подолевую” химиоэмболизацию суспензией 30–60 мг доxorубина в 5–15 мл липиодола с окклюзией питающих артерий гемостатической губкой или без нее. У 8 больных химиоэмболизация осложнилась гормональным кризом, потребовавшим симптоматической терапии. Абсцесс печени развился у 1 пациента, выполнено чрескожное дренирование под ультразвуковым контролем. Один больной умер через 25 сут после восьмого цикла химиоэмболизации от печеночно-почечной недостаточности. Ремиссия карциноидного синдрома отмечена у 8 из 9 больных. По данным компьютерной томографии частота полного и частичного ответа на лечение составила 50%. Живы 10 пациентов в сроки 18–123 мес (в среднем 66 мес). Средняя продолжительность жизни 20 умерших составила 32 мес. Общая одно-, трех- и пятилетняя выживаемость составила 85, 49 и 27% соответственно. Химиоэмболизация печеночной артерии является относительно безопасным и эффективным методом лечения при нерезектабельных метастазах злокачественного карциноида в печень. Показания к процедуре включают быстрый рост метастазов и карциноидный синдром, резистентный к лекарственной терапии.

Ключевые слова: злокачественный карциноид, метастазы в печень, эндоваскулярные технологии, химиоэмболизация.

Arterial Chemoembolization in the Treatment of Carcinoid Liver Metastases Patients

P.G. Tarazov, A.A. Polikarpov, D.A. Granov
FNE Russian scientific center of radiology and surgical technologies
(Director – Academician of RAMSci, Prof. A.M. Granov) St.-Petersburg

An effectiveness of 190 transcatheter arterial chemoembolization (TACE) cycles in the treatment of 30 symptomatic unresectable carcinoid liver metastases patients is analyzed. Primary carcinoid tumor was resected in 17 and in 13 patients it was not diagnosed or not resected because of advanced stage. TACE was performed separately in each lobe using 30–60 mg doxorubicin-in-iodized oil with or without arterial occlusion with gelatin sponge. It was complicated with hormonal crisis in 8 patients and medical therapy was successful in all cases. One patient developed liver abscess, the latter was treated by percutaneous drainage. One patient died after 8th cycle of TACE from hepatic and renal failure. After TACE, regression of the carcinoid syndrome was noted in 8 of 9 patients. Computed tomography showed complete or partial tumor response in 50% of patients. Ten patients are alive in 18–123 (mean 66) months after the beginning of TACE. The mean survival of 20 patients who died was 32 months; the 1-, 3- and 5-year survival is 85%, 49% and 27%, respectively. TACE is a relatively safe and effective treatment of patients with unresectable carcinoid liver metastases. Both the tumor growth and carcinoid syndrome resistant to medical therapy should be considered indications to TACE.

Key words: malignant carcinoid, liver metastases, interventional radiology, chemoembolization.

П.Г. Таразов – доктор мед. наук, проф., зав. отделением ангиографии ФГУ РНЦРХТ. А.А. Поликарпов – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения ангиографии ФГУ РНЦРХТ. Д.А. Гранов – доктор мед. наук, проф., главный научный сотрудник отделения оперативной хирургии ФГУ РНЦРХТ.

Для корреспонденции: Таразов Павел Гадельгараевич – 197758 С.-Петербург, ул. Ленинградская, 70, ФГУ РНЦРХТ. Тел./факс: +7 (812) 596-87-66. E-mail: tarazovp@mail.ru.

Диагностика и лечение больных с нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы при синдроме множественной эндокринной неоплазии 1-го типа

*А.В. Егоров, Г.Х. Мусаев, С.А. Кондрашин, Л.Е. Гуревич, Е.В. Фомина,
И.А. Васильев, О.В. Анисимова, И.Г. Гузнов, Е.М. Майорова*
Клиника факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко (директор – акад. РАМН А.Ф. Черноусов)
ГОУВПО “ММА им. И.М. Сеченова”, Москва

Аналізу подвергнуты результаты обследования и лечения 43 больных нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы на фоне синдрома множественной эндокринной неоплазии 1-го типа. Чувствительность УЗИ и КТ составила 40%, эндо-УЗИ – 73%, артериально-стимулированного забора крови – 93%. Определен алгоритм диагностического поиска при подозрении опухоли поджелудочной железы у больных множественной эндокринной неоплазией 1-го типа, а также последовательность и характер оперативных вмешательств. Частота осложнений вмешательств на поджелудочной железе составила 23%, послеоперационная летальность – 5%. Рецидив клинических проявлений синдрома множественной эндокринной неоплазии наблюдали у 11,6% больных.

Ключевые слова: нейроэндокринные опухоли, поджелудочная железа, синдром множественной эндокринной неоплазии 1-го типа.

Diagnosis and Management of Patients with Neuroendocrine Tumors of Pancreas in Type 1 Multiple Endocrine Neoplasia

*A.V. Egorov, G.H. Musaev, S.A. Kondrashin, L.E. Gurevich, E.V. Fomina,
I.A. Vasiliev, O.V. Anisimova, I.G. Guznov, E.M. Mayorova*
N.N. Burdenko Faculty surgery chair I.M. Sechenov Moscow Medical Academy
(Chief – Academician RAMSci, Prof. A.F. Chernousov)

Diagnostics and treatment of 43 pancreatic neuroendocrine tumors patients accompanied with type 1 multiple endocrine neoplasia syndrome (MEN-1) are analyzed. Sensitivity of pancreatic tumors detection by US and CT was 40%, EUS – 73% and arterial stimulated blood sampling – 93%. Authors developed diagnostic algorithm for MEN-1 pancreatic lesions, also the order and types of operations were described. Development of complications was associated with operations on pancreas (23% of patients), rate of postoperative mortality came to 5%. Recurrence of clinical symptoms of the MEN-1 syndrome was observed at 11,6% of patients.

Keywords: neuroendocrine tumours, pancreas, multiple endocrine neoplasia type 1, diagnostics, approach.

А.В.Егоров – доктор мед. наук, проф., зав. отделением клиники факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко ММА им. И.М.Сеченова. *Г.Х. Мусаев* – проф. кафедры факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко ММА им. И.М. Сеченова. *С.А. Кондрашин* – проф. кафедры лучевой диагностики ММА им. И.М. Сеченова. *Л.Е. Гуревич* – старший научный сотрудник патологоанатомического отделения МОНИКИ ГУ. *Е.В. Фомина* – доктор мед. наук, зав. межклиническим рентгенологическим отделением ММА им. И.М. Сеченова. *И.А. Васильев* – аспирант кафедры факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко ММА им. И.М. Сеченова. *О.В. Анисимова* – врач-хирург клиники факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко ММА им. И.М. Сеченова. *И.Г. Гузнов* – врач-хирург клиники факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко ММА им. И.М. Сеченова. *Е.М. Майорова* – врач-лаборант лабораторно-диагностической службы ММА им. И.М. Сеченова.

Для корреспонденции: Егоров Алексей Викторович – Москва, ул. Бол. Пироговская, д. 6, стр. 1. Клиника факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко ММА им. И.М. Сеченова. Тел. (8-916) 688-53-00, (8-499) 248-63-04.
E-mail: wc@list.ru

Трудности дифференциальной диагностики нефункционирующих нейроэндокринных опухолей и экзокринного рака поджелудочной железы

Н.Ю. Коханенко, Н.Н. Артемьева, В.М. Черемисин, Ю.Н. Ширяев, Н.Н. Антонов, Т.В. Корякина, М.А. Бернштейн

Кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова (зав. — проф. Н.Ю. Коханенко) Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии; кафедра хирургии (зав. — проф. С.В. Петров) с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии (зав. — проф. В.М. Черемисин) медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета; кафедра патологической анатомии (зав. — проф. М.Г. Рыбакова) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова; СПб ГУЗ “Городская Мариинская больница” (главный врач — проф. О.В. Емельянов), Санкт-Петербург

Аналізу подвергнуты результаты обследования и хирургического лечения 159 больных: 55 пациентов с гормоно-неактивными нейроэндокринными опухолями (основная группа), 104 — с экзокринным раком поджелудочной железы (контрольная группа). Нефункционирующие опухоли составили 87,3% всех нейроэндокринных опухолей. Злокачественные варианты нейроэндокринных опухолей (злокачественный карциноид и нейроэндокринный рак) выявлены в 36 (65,5%) наблюдениях. Среди клинико-лабораторных признаков нейроэндокринных опухолей и экзокринного рака наиболее значимыми считали длительность клинических проявлений (9,3 и 3,4 мес), боль в эпигастрии (40 и 63,5%), желтуху (13,1 и 81,7%), гипербилирубинемия (8,7 и 93,5%), повышение СА 19-9 более 100 ед./л (14,5 и 41,3%). К наиболее важным ультразвуковым и компьютерно-томографическим признакам относим изменение ткани ПЖ в неповрежденных ее отделах (14,5 и 63,5%), расширение внутрипеченочных желчных протоков (30,4 и 80,8%), гиперваскуляризацию опухоли (25,4 и 3,8%). Интраоперационная диагностика (УЗИ, тонкоигольная аспирационная и эксцизионная биопсия) позволяет поставить правильный диагноз лишь в половине наблюдений. Больные нефункционирующими нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы подлежат оперативному лечению, поскольку более чем у половины из них в опухоли выявлены признаки малигнизации. Большие размеры опухолей не являются противопоказанием к операции. В большинстве наблюдений тактика при НЭО должна быть такой же, как при раке ПЖ. Иссечение опухоли допустимо только при размере до 2 см и доброкачественности, подтвержденной гистологически.

Ключевые слова: поджелудочная железа, нейроэндокринная опухоль, экзокринный рак, дифференциальная диагностика.

Difficulties in Differential Diagnosis of Non-functioning Neuroendocrine Tumors and Exocrine Carcinoma of the Pancreas

N.Y. Kokhanenko, N.N. Artemjeva, V.M. Cheremisin, Y.N. Shiryajev, N.N. Antonov, T.V. Koryakina, M.A. Bernstein

A.A. Rusanov Department of Faculty Surgery (Chief — Prof. N.Y. Kokhanenko), Saint-Petersburg SPMA; Department of Surgery (Chief — Prof. S.V. Petrov) with Course of Medical Visualization and Radiation Therapy (Chief — Prof. V.M. Cheremisin), Medical Faculty, Saint-Petersburg SU; Department of Pathological Anatomy (Chief — Prof. M.G. Rybakova), I.P. Pavlov Saint-Petersburg State Medical University; Mariinsky Hospital

The results of instrumental diagnostics and surgical treatment in 159 cases are analyzed, 55 of them suffering non-functioning Non-functioning Neuroendocrine Tumors (PNET's) (research group), and 104 – with exocrine pancreatic cancer (control group). Non-functioning tumors were predominant among all PNET's (87.3%). Malignant types of PNET's (malignant carcinoid and neuroendocrine cancer) were identified in 36 cases (65.5%). Of multiple clinical and laboratory criteria of PNET's and pancreatic cancer mean clinical symptoms duration (9,3 vs 3,4 months), epigastric pain (40% vs 63.5%), jaundice (13.1% vs 81.7%), hyperbilirubinemia (8.7% vs 93.5%), plasma level of CA 19-9 more than 100 U/ml (14.5% vs 41.3%) considered as most valuable. The most significant US and CT signs are: changes of pancreatic tissue outside the tumor (14.5% vs 63.5%), intrahepatic bile ducts dilation (30.4% vs 80.8%), tumor hypervascularization (25.4% vs 3.8%) – $p < 0.05$. Intraoperative US, fine-needle or excision biopsy allowed to make a correct diagnosis in about half of the patients only. Non-functioning PNET's have to be conducted to surgery due to its high malignancy potential. Large size of the mass is not a contraindication to the resection. In general, surgery for PNET's should be the same, as in pancreatic cancer. Limited excision is justified only in small-size tumor (<2 cm) and its histologically confirmed benign nature.

Key words: *pancreas, neuroendocrine tumors, exocrine cancer, differential diagnosis.*

Н.Ю. Коханенко – доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии. *Н.Н. Артемьева* – доктор мед. наук, проф. *В.М. Черемисин* – доктор мед. наук, проф., заведующий курсом лучевой диагностики и лучевой терапии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета. *Ю.Н. Ширяев* – кандидат мед. наук, ассистент кафедры факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии. *Н.Н. Антонов* – кандидат мед. наук, ассистент кафедры патологической анатомии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. *Т.В. Корякина* – врач отделения магнитно-резонансной томографии СПб ГУЗ “Мариинская больница”. *М.А. Бернштейн* – ассистент кафедры факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии.

Для корреспонденции: Коханенко Николай Юрьевич – 191104 Санкт-Петербург, Литейный пр-т, д. 56, Мариинская больница, 6-е хирургическое отделение. Тел. (812) 275-73-01, 955-39-71. E-mail: kohanenko@list.ru

Десятилетняя выживаемость больных злокачественными опухолями печени после хирургического лечения

Ю.И. Патютко, А.Л. Пылев, И.В. Сагайдак, А.Г. Котельников,
Д.В. Подлужный, А.Н. Поляков, М.Г. Абгарян, Е.С. Чучуев,
А.Д. Гахраманов, Н.А. Шишкина, М.Г. Агафонова

Хирургическое отделение опухолей печени и поджелудочной железы (зав. – проф. Ю.И. Патютко)
РОНЦ им. Н.Н. Блохина (директор – академик РАН и РАМН М.И. Давыдов) РАМН, Москва

Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 729 больных опухолями печени: 202 пациентов с гепатоцеллюлярным раком и 527 – с метастазами колоректального рака. Отдаленные результаты у пациентов с колоректальным метастатическим поражением печени составили: 5-летняя выживаемость – $37,1 \pm 4,3\%$, 10-летняя – $24,6 \pm 5,2\%$ и 15-летняя – $16,4 \pm 7,5\%$. Медиана – 47 мес. У пациентов с первичным гепатоцеллюлярным раком 5-летняя выживаемость составила $53,9 \pm 5,8\%$, 10-летняя – $37,4 \pm 6,8\%$ и 20-летняя – $28,5 \pm 7,6\%$. Медиана – 65 мес. Пол и возраст, локализация и распространенность первичной опухоли, уровень РЭА не являются признаками, существенно влияющими на продолжительность жизни больных с метастатическим поражением печени. Прямая 10-летняя выживаемость больных этой группы составляет 15,3%. Пол и возраст не влияли на отдаленные результаты лечения больных гепатоцеллюлярным раком. Наличие цирроза и гепатита у этих больных ухудшает непосредственные и отдаленные результаты лечения, но не является противопоказанием для хирургического лечения. Повышенный уровень АФП влияет на долгосрочный прогноз, но не ставит показатель в ряд факторов, на основании которых пациенту может быть отказано в хирургическом лечении. Количество и размеры опухолевых очагов являются факторами, ухудшающими прогноз. Прямая 10-летняя выживаемость больных гепатоцеллюлярным раком составила 20,4%.

Ключевые слова: гепатоцеллюлярный рак, метастазы колоректального рака, отдаленные результаты, продолжительность жизни.

Ten-years Survival after Surgical Management of the Liver Malignancies

Yu.I. Patyutko, A.L. Piljov, I.V. Sagaidak, A.G. Kotelnikov,
D.V. Podluzhniy, A.N. Poljakov, M.G. Abgarjan, E.S. Chuchuev,
A.D. Gakhramanov, N.A. Shishkina, M.G. Agafonova

Surgical Department of the liver and pancreatic tumors (Chief – Prof. Yu.I. Patyutko)
N.N. Blokhin ROSciC (Director – Academician RASci and RAMSci M.I. Davidov)

The study is based on analyzes of the results of surgery in 729 primary and metastatic liver cancer patients: 527 of them had colorectal liver metastases and 202 – HCC. The long-term results of the liver resections for colorectal metastases: 5-years survival – $37.1 \pm 4.3\%$, 10-years – $24.6 \pm 5.2\%$ and 15-years – $16.4 \pm 7.5\%$. The median survival was 47 months. For HCC patients the median survival was 65 months and 5-years survival – $53.9 \pm 5.8\%$, 10-years – $37.4 \pm 6.8\%$ and 15-years survival $28.5 \pm 7.6\%$. Survival was not affected by the patient's age or sex, localization and primary tumor spread and CEA level. Direct survival rate is 15.3%. Survival was not affected by the patient's age or sex in HCC patients also. HCC accompanied with cirrhosis and hepatitis affects direct and long-term results, but is not a contradiction for the surgery. Elevated HAFP level is associated worse long-term results, but it can't be the factor for the surgery deny. Tumor number and size of focuses are connected with worse long-term results. Direct-10 years survival rate for HCC patients is 20.4%.

Key words: hepatocellular carcinoma, colorectal cancer metastasis, remote results, survival.

Ю.И. Патютко – доктор мед. наук, проф., зав. хирургическим отделением опухолей печени и поджелудочной железы РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. *А.Л. Пылев* – канд. мед. наук, врач того же отделения. *И.В. Сагайдак* – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник того же отделения. *А.Г. Котельников* – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник того же отделения. *Д.В. Подлужный* – канд. мед. наук, старший научный сотрудник того же отделения. *А.Н. Поляков* – канд. мед. наук, научный сотрудник того же отделения. *М.Г. Абгарян* – канд. мед. наук, врач того же отделения. *Е.С. Чучуев* – канд. мед. наук, врач того же отделения. *А.Д. Гахраманов* – канд. мед. наук, врач того же отделения. *Н.А. Шишкина* – аспирант отделения лучевой диагностики и рентгенохирургических методов диагностики и лечения РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. *М.Г. Агафонова* – врач хирургического отделения опухолей печени и поджелудочной железы РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН.

Для корреспонденции: Поляков Александр Николаевич – Москва, Каширское ш., 23, РОНЦ им. Н.Н. Блохина.
Тел. (8-903) 588-24-64, факс (495) 324-91-04.

Анатомические сегментарные резекции при метастазах колоректального рака в печень

В.А. Вишнеvский, М.Г. Ефанов, О.В. Паклина, В.В. Филатов, Р.З. Икрамов, Н.А. Назаренко, Т.В. Шевченко, Д.А. Ионкин, И.А. Козырин, И.В. Казаков
Институт хирургии им. А.В. Вишнеvского (директор – акад. РАМН, проф. В.Д. Федоров)
Минздравсоцразвития России, Москва;
кафедра патологической анатомии (зав. кафедрой – проф. Е.Л. Туманова) ГОУ ВПО РГМУ

Цель исследования – выяснение роли и места сегментарных анатомических и сегментоориентированных резекций в лечении больных метастазами колоректального рака в печень. Сегментарные резекции выполнены 66 больным метастазами колоректального рака в печень. Прослежены отдаленные результаты у 61 (92%) больного. Анатомические резекции выполнены 28 больным, сегментоориентированные – 33 из прослеженных в отдаленные сроки больных. В основу разделения сегментарных резекций на анатомические и сегментоориентированные был положен принцип соблюдения истинных анатомических границ резецируемых сегментов печени. Анатомические сегментарные резекции выполняли воротным доступом. Широкий (1 см и более) отступ от края опухоли, а также выполнение сегментарных резекций в анатомическом варианте обеспечивают лучшую выживаемость больных метастазами колоректального рака в печень по сравнению с узким отступом (менее 1 см) и атипичными резекциями, несмотря на отсутствие микрометастазов на расстоянии 1,0–1,5 см от края макроскопических очагов опухоли у большинства пациентов. Поверхностно-расположенные небольших размеров метастазы могут быть удалены атипичной резекцией. Метастазы колоректального рака более 0,5 см и их глубокое расположение являются показанием к анатомической сегментарной или большой резекции печени.

Ключевые слова: метастазы колоректального рака в печень, анатомическая резекция печени, отдаленные результаты, атипичная резекция печени.

Anatomical Segmental Liver Resections for Colorectal Liver Metastases

V.A. Vishnevsky, M.G. Efanov, O.V. Paklina, V.V. Filatov, R.Z. Ikramov, N.A. Nazarenko, T.V. Shevchenko, D.A. Ionkin, I.A. Kozyrin, I.V. Kazakov
A.V. Vishnevsky Institute of surgery (Director – Academician RAMC V.D. Fedorov);
RSMU, Chair of pathological anatomy of Moscow faculty (Chief – Prof. E.L. Tumanova)

The aim of the study is to clarify advantages of anatomical segmental liver resections (ASR) in patients with colorectal liver metastases (CRLM). Sixty one (92%) patients were followed up after segmental liver resections for CRLM. ASR were performed in 28 patients. Segmentoriented liver resections (SOR) – in 33 patients. Impact of 31 factors on survival were investigated, including variant of segmental liver resection and width of free surgical margin. A principle of real anatomical borders maintenance underlied in the background of distribution segmental liver resections on ASR and SOR. ASR was provided from the portal access. ASR and wide free surgical margin (> 1 cm) provide better survival in patients with CRLM in comparison with narrow free surgical margin (< 1 cm) and SOR. Large and deep tumors are indications for ASR or major liver resection. If wide free surgical margin can be achieved SOR are available for removal of superficial CRLM.

Key words: anatomical segmental liver resections, colorectal liver metastases, survival, multivariate regression analysis, prognostic factors, surgical margin.

В.А. Вишнеvский – доктор мед. наук, проф., руководитель отделения хирургии печени и поджелудочной железы Института хирургии им. А.В. Вишнеvского. *М.Г. Ефанов* – канд. мед. наук, старший научный сотрудник того же отделения. *О.В. Паклина* – доктор мед. наук, доцент кафедры патологической анатомии ГОУ ВПО РГМУ. *В.В. Филатов* – доктор мед. наук, зав. отделением патоморфологии Института хирургии им. А.В. Вишнеvского. *Р.З. Икрамов* – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения хирургии печени и поджелудочной железы Института хирургии им. А.В. Вишнеvского. *Н.А. Назаренко* – доктор мед. наук, старший научный сотрудник того же отделения. *Т.В. Шевченко* – научный сотрудник того же отделения. *Д.А. Ионкин* – старший научный сотрудник того же отделения. *И.А. Козырин* – аспирант того же отделения. *И.В. Казаков* – аспирант того же отделения.

Для корреспонденции: Ефанов Михаил Германович – Тел. (495) 236-53-42. E-mail: efanov@ixv.comcor.ru

Хирургическое лечение гепатоцеллюлярной карциномы с инвазией воротной вены

*О.Г. Котенко, А.В. Гриненко, А.О. Попов, А.А. Коршак,
М.С. Григорян, А.В. Гусев, Д.А. Федоров, И.И. Петрище*
Отдел трансплантологии и хирургии печени (руководитель – проф. О.Г. Котенко)
Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова
(директор – проф. Ю.В. Поляченко), АМН Украины, Киев.

Освещены современные вопросы резекции воротной вены при гепатэктомии. Приведены показания к резекции конfluence воротной вены и описаны различные способы портопластики. Предложены новые способы восстановления проходимости портального тракта при несоответствии диаметров сшиваемых участков воротной вены. Изучены результаты гепатэктомии с резекцией воротной вены.

Ключевые слова: резекция печени, тромбоз воротной вены, пластика воротной вены.

Surgical Treatment of Hepatocellular Carcinoma with Portal Vein Invasion

*O.G. Kotenko, A.V. Grinenko, A.O. Popov, A.A. Korshak,
M.S. Grigoryan, A.V. Gusev, D.A. Fedorov, I.I. Petrishche*
A.A. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantation (Kiev, Ukraine)

Article deals with modern issues of the portal vein resection during hepatectomy. Indications for resection of portal vein confluents and describes various methods portoplastic. We propose new ways of restoring patency of the portal tract by the non-diameter sewed sections portal vein. The outcomes of hepatectomy with resection of the portal vein studied.

Key words: liver resection, portal vein thrombosis, portal vein plastic.

О.Г. Котенко – доктор мед. наук, проф., руководитель отдела трансплантологии и хирургии печени Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова, Киев. *А.В. Гриненко* – научный сотрудник того же отдела. *Д.А. Федоров* – научный сотрудник того же отдела. *М.С. Григорян* – научный сотрудник того же отдела. *А.В. Гусев* – научный сотрудник того же отдела. *А.А. Коршак* – врач-хирург того же отдела. *А.О. Попов* – научный сотрудник того же отдела. *И.И. Петрище* – врач-гепатолог того же отдела.

Для корреспонденции: Котенко Олег Геннадьевич – kog1999@gmail.com

Портосистемное шунтирование в профилактике пищеводно-желудочного кровотечения у больных циррозом печени

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

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова (директор – проф. Ф.Г. Назыров), Ташкент, Республика Узбекистан

Анализу подвергнут более чем 30-летний опыт портосистемного шунтирования у 700 больных портальной гипертензией. Представлены результаты вмешательств не только в зависимости от этапа развития хирургии портальной гипертензии в Республике Узбекистан, но и от способа декомпрессии системы воротной вены. В настоящее время применяется индивидуальный подход с выбором оптимальной степени декомпрессии портальной системы, позволяющей, с одной стороны, уменьшить риск кровотечения, а с другой – создать наилучшие условия для сохранения остаточного гепатопетального кровотока и уменьшить частоту печеночной недостаточности. Внедренные технологии позволили сократить летальность в ближайшем послеоперационном периоде у этой категории больных до 3,2% при центральных вариантах шунтирования и до 5,2% при селективных типах декомпрессии.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, портосистемное шунтирование.

Portosystemic Shunting in Prevention of Oesophageal-Gastric Bleeding in the Liver Cirrhosis Patients

F.G. Nazirov, A.V. Devyatov, A.Kh. Babadjanov

V.Vahidov Republican Specialized Center of Surgery (Director – Prof. F.G. Nazirov) Tashkent, Uzbekistan

Results of 30 years surgery in 700 portal hypertension patients were analyzed. The results are presented depending not only on the development of portal hypertension surgery in Uzbekistan, but on the way of the portal vein decompression. Recent approach is considered as an individual choice of portal system decompression, which allows to reduce bleeding risk on the one hand, and on the other - to create the best conditions to save residual hepatopetal blood flow and to reduce hepatic insufficiency rate. Our technologies have allowed us to reduce the early postoperative mortality rate in this category of patients to 3,2% at central types of shunting and to 5,2% at selective types of decompression.

Key words: liver cirrhosis, portal hypertension, oesophageal-gastric variceal vein bleeding, portosystemic shunting.

Ф.Г. Назыров – доктор мед. наук, проф., директор Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В. Вахидова. А.В. Девятов – доктор мед. наук, главный научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны того же центра. А.Х. Бабаджанов – канд. мед. наук, старший научный сотрудник того же центра.

Для корреспонденции: Бабаджанов Азам Хасанович – Республика Узбекистан, 100115 г. Ташкент, ул. Фархадская, 10. Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова. Тел. (8-10-99897) 277-25-22. E-mail: azam746@mail.ru

Факторы риска развития билиарных осложнений после резекции печени

Н.К. Чардаров, Н.Н. Багмет, Л.О. Полищук,

Г.А. Шатверян, О.Г. Скипенко

Отделение хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы

(руководитель – проф. О.Г. Скипенко) Российского научного центра хирургии

им. акад. Б.В. Петровского (директор – проф. С.Л. Дземешкевич) РАМН

Цель работы – выявление факторов риска развития желчеистечения. Проведенное ретроспективное исследование включало 279 резекций печени. Анализу подвергли 26 предоперационных и интраоперационных факторов. Послеоперационная летальность и частота послеоперационных осложнений составили 1 и 35,8%. Билиарные осложнения развились у 18,6% пациентов. Желчеистечение не сопровождалось увеличением летальности и частоты печеночной недостаточности. Консервативная тактика и минимально инвазивные мероприятия оказались эффективны в большинстве наблюдений (90,5%). Выявлен фактор риска развития желчных осложнений: внепеченочное пересечение долевого протока при правосторонней гемигепатэктомии.

Ключевые слова: резекция печени, желчеистечение, билиарные осложнения.

Bile Leakage Risk Factors after the Liver Resection

N.K. Chardarov, N.N. Bagmet, L.O. Polishchuk, G.A. Shatverjan, O.G. Skipenko

Department of the liver, biliary and pancreatic surgery (Chief – Prof. O.G. Skipenko)

B.V. Petrovski Russian scientific centre of surgery (Director – Prof. S.I. Dzemishkevitch)

The aim of this study was to identify risk factors of bile leakage. This retrospective study includes 279 consecutive cases of the patients that underwent hepatectomy. 26 preoperative and intraoperative factors were analyzed. Postoperative mortality and morbidity rates came to 1% and 35.8% respectively. Bile leakage developed in 18.6%. It was associated with higher mortality and liver failure rates. Conservative and minimally invasive management appeared successful in most of cases (90.5%). Extrahepatic transection of lobar duct during right hemihepatectomy is revealed as a risk factor of biliary leakage.

Key words: liver resection, bile leakage, biliary complications.

Н.К. Чардаров – аспирант отделения хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы РНЦХ РАМН. *Н.Н. Багмет* – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник того же отделения. *Л.О. Полищук* – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник того же отделения. *Г.А. Шатверян* – доктор мед. наук, главный научный сотрудник того же отделения. *О.Г. Скипенко* – доктор мед. наук, проф., зав. отделением хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы РНЦХ РАМН.

Для корреспонденции: Чардаров Никита Карпович – тел. (8-910) 412 75 90. E-mail: nikita.chardarov@gmail.com

Варикозное расширение вен желудка у больных портальной гипертензией: диагностика и лечение

С.Б. Жигалова, А.Б. Мелкумов, В.Г. Манукьян, А.Г. Шерцингер
Отделение экстренной хирургии и портальной гипертензии (зав. – проф. А.Г. Шерцингер)
Российского научного центра хирургии им. акад. Б.В. Петровского
(директор – проф. С.Л. Дземешкевич) РАМН, Москва

В работе приведен анализ результатов лечения 129 больных варикозным расширением вен желудка. У 90 больных портальная гипертензия была обусловлена циррозом печени и у 39 – внепеченочным портальным блоком. Эндоскопическое склерозирование вен желудка выполнено 44 больным (1-я группа), эндоскопическое лигирование – 62 (2-я группа), спленэктомия – 23 пациентам с изолированным варикозным расширением вен дна желудка (3-я группа). Отдаленные результаты прослежены у 113 больных. В 1-й группе выживаемость до 6 мес составила 100%, до 12 мес – 94,3%, до 2 лет – 85,7%, до 3 лет – 65,7%. Во 2-й группе выживаемость до 6 мес составила – 96,2%, до 12 мес – 88,5%, до 2 лет – 84,6%, до 3 лет – 84,6%. В 3-й группе выживаемость больных до 3 лет после спленэктомии составила 100%.

Ключевые слова: варикозное расширение вен пищевода и желудка, портальная гипертензия, цирроз печени, выживаемость.

Gastric Varices in Portal Hypertension Patients: Diagnostics and Management

S.B. Zhigalova, A.B. Melkumov, V.G. Manukyan, A.G. Shertcinger
Department of Urgent Surgery and Portal Hypertension (Chief – Prof. A.G. Shertcinger) B.V. Petrovsky
Russian Scientific Centre of Surgery (Director – Prof. S.L. Dzemeshevich), Moscow

The results of treatment of gastric varicose veins in 129 patients are followed-up and analyzed. In 90 patients portal hypertension was caused by liver cirrhosis and in 39 patients by extra hepatic portal block. Endoscopic sclerotherapy (ES) was performed in 44 patients (Group 1). Endoscopic ligation (EL) was carried out in 62 patients (Group 2). Splenectomy was performed in 23 patients (Group 3) with isolation varices of gastric fundus. Long-term results were followed-up in 113 patients. In the Group1 the survival rates were as follows: up to 6 months – 100%, up to 12 months – 94.3%, up to 2 years – 85.7%, up to 3 years – 65.7%. In Group2 the survival rates were as follows: up to 6 months – 96.2%, up to 12 months – 88.5%, up to 2 years – 84.6%, up to 3 years – 84.6%. In Group3 patients with isolation varices of gastric fundus the survival rates and the haemostatic effect within 3 years amounted to 100%.

Key words: oesophageal and gastric varices, portal hypertension, liver cirrhosis, survival.

С.Б. Жигалова – старший научный сотрудник отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН. *А.Б. Мелкумов* – аспирант того же отделения. *В.Г. Манукьян* – аспирант того же отделения. *А.Г. Шерцингер* – доктор мед. наук, проф., руководитель отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН.

Для корреспонденции: Жигалова Светлана Борисовна – 109431 Москва, Жулебинский бул., д. 33, корп. 1, кв. 38.
Тел. (8-495) 706-54-66 (дом.), (8-916) 217-03-67 (моб.), (8-495) 471-08-98 раб. E-mail: zhigalova06@mail.ru

Вмешательства на печени в сочетании с нефрэктомией у больных злокачественными опухолями печени и почек

Р.Б. Алиханов, Д.Н. Панченков, А.А. Быстров, А.А. Нечунаев
 Кафедра общей хирургии МГМСУ (зав. – член-корр. РАМН В.А. Кубышкин);
 лаборатория минимально инвазивной хирургии (зав. – проф. Д.Н. Панченков) НИМСИ МГМСУ;
 онкологический клинический диспансер №1 Москвы (главный врач – проф. А.М. Сдвижков)

В ходе исследования предстояло оценить ближайшие результаты симультанной нефрэктомии и резекции печени различного объема у пациентов со злокачественными опухолями почек и печени. В 2008–2009 гг. оперировано 5 пациентов (средний возраст – 54 года). Объем операции во всех наблюдениях включал нефрэктомию, вмешательство на печени (гемигепатэктомия, атипичная или анатомическая сегментарная резекция), в одном наблюдении также выполнили резекцию сигмовидной кишки, еще в одном – спленэктомию, резекцию тела и хвоста поджелудочной железы. Комбинированные и симультанные вмешательства на печени и почках при злокачественном поражении допустимо выполнять при тщательном отборе пациентов с оценкой их общего соматического состояния и распространенности опухолевого процесса.

Ключевые слова: нефрэктомия, резекция печени, гемигепатэктомия, симультанные операции, комбинированные операции, рак почки, метастазы в печень.

Concomitant Surgical Interventions on the Liver and Kidneys in Malignant Tumors of the Liver and Kidneys

R.B. Alikhanov, D.N. Panchenkov, A.A. Bistroy, A.A. Nechunaev
 General surgery chair (Chief – Corresponding member of RAMSci V.A. Kubishkin),
 Minimally invasive surgery laboratory (Chief – Prof. D.N. Panchenkov) of MSMSU;
 Moscow oncologic clinical dispensary №1 (Head – Prof. A.M. Sdvizhkov)

Aim of the investigation is evaluation of immediate results of simultaneous nephrectomy and different volume liver resection in the liver and kidney malignant tumor patients. 5 patients (mean age 54 years) are operated on during 2009–2009 years. An operation in all cases included nephrectomy, liver resection (hemihepatectomy, atypical and anatomical segmentectomy), sigmoid colon resection in one case, splenectomy – in another and distal pancreatectomy – in the third. After peculiar selection of the patients and evaluation of their general condition and the tumor spreading the combined and simultaneous operations on the liver and kidneys are bearable.

Key words: simultaneous operations, liver resection, nephrectomy.

Р.Б. Алиханов – канд. мед. наук, доцент кафедры общей хирургии МГМСУ. *Д.Н. Панченков* – доктор мед. наук, зав. лабораторией минимально инвазивной хирургии НИМСИ МГМСУ, профессор кафедры факультетской хирургии №2 МГМСУ. *А.А. Быстров* – канд. мед. наук, онкоуролог онкологического клинического диспансера №1 Москвы. *А.А. Нечунаев* – научный сотрудник лаборатории минимально инвазивной хирургии НИМСИ МГМСУ.

Для корреспонденции: Алиханов Руслан Богданович – тел. (8-903) 766-33-17, e-mail: rusdoc1@mail.ru

Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени

*Р.М. Ахмедов, И.А. Мирходжаев, У.Б. Шарипов,
Б.З. Хамдамов, Б.Б. Муаззамов*

*Кафедра факультетской и госпитальной хирургии (зав. — проф. Р.М. Ахмедов)
Бухарского Государственного медицинского института, Республика Узбекистан*

В работе проведен анализ результатов чрескожных пункционных и дренирующих методов лечения при эхинококкозе печени у 78 больных. При отборе больных учитывали локализацию и размеры эхинококковой кисты. У 70,5% пациентов были клинически значимые сопутствующие заболевания. Рецидивная форма эхинококкоза печени диагностирована у 53,8% больных. На основании проведенного анализа выработаны относительные показания и противопоказания к пункционным вмешательствам. Чрескожная аспирационная эхинококкэктомия под ультразвуковым контролем по сравнению с традиционной лапаротомией обладает малой травматичностью, может быть выполнена под местной анестезией, способствует сокращению сроков пребывания пациента в стационаре, отличается экономичностью и низкой частотой осложнений. Метод позволяет уменьшить риск хирургического лечения у лиц старшей возрастной группы с сопутствующими заболеваниями.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, рецидивный эхинококкоз, пункционно-дренирующие вмешательства, послеоперационные осложнения.

Smallinvisives Interventions at Echinococcosis Liver

*R.M. Ahmedov, I.A. Mirhodzhaev, U.B. Sharipov,
B.Z. Hamdamov, B.B. Muazzamov*

*Chair of faculty and hospital surgery (The manager of chair — Prof. R.M. Ahmedov)
Bukhara State medical institute of Republic Uzbekistan*

In work the analysis of results punktsional — PAIR and puncture-draining treatments — PEVAC methods of throughskin treatments echinococcosis a liver at 78 patients is carried out. At selection sick of us it was considered localisation and the sizes of echinococcus brushes on H. Gharbi. 70.5 % of patients suffered clinically significant accompanying pathologies, the recurrent form echinococcosis a liver is established at 53.8 % of patients. On the basis of the spent analysis relative indications and contra-indications to performance punktsional interventions are developed. Use throughskin puncture-draining echinocoectomy under the control ultrasonography has a number of advantages before traditional of laparotomy, caused small traumatical, possibility of performance of procedure under local anesthesia, reduction of terms of stay of the patient in a hospital, profitability and the low interest of postoperative complications allows to reduce risk of surgical aggression at persons of the senior age group with accompanying diseases.

Key words: liver echinococcosis, recurrent echinococcosis, punktsional-dreining interventions, postoperative morbidity.

*Р.М. Ахмедов — доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой факультетской и госпитальной хирургии БухМИ.
И.А. Мирходжаев — канд. мед. наук, доцент той же кафедры. У.Б. Шарипов — ассистент той же кафедры.
Б.З. Хамдамов — канд. мед. наук, доцент той же кафедры. Б.Б. Муаззамов — ассистент той же кафедры.*

Для корреспонденции: Шарипов Улугбек Бафоевич — Республика Узбекистан, 200100 Бухара, ул. М. Икбол, 65.
Тел. (8-365) 228-20-65, (8-365)274-01-07. E-mail: ulaz1708@rambler.ru

Регионарная химиотерапия в лечении нерезектабельных опухолей поджелудочной железы

*Ш.И. Каримов, С.П. Боровский,
М.Ш. Хакимов, А.А. Адылходжаев*

*Кафедра факультетской и госпитальной хирургии (зав. – академик АН РУз и РАМН Ш.И. Каримов)
лечебного факультета Ташкентской медицинской академии*

Проанализированы результаты лечения 18 больных опухолями головки поджелудочной железы, подвергнутых химиоинфузии и химиоэмболизации. Эффективность метода обусловлена тщательным изучением ангиоархитектоники при опухолевом поражении головки поджелудочной железы. Применение химиотерапии в качестве самостоятельного метода при местно-распространенном раке головки поджелудочной железы является эффективным методом паллиативного лечения, позволяющим увеличить медиану выживаемости и качество жизни этой категории больных.

Ключевые слова: рак головки поджелудочной железы, гемзар, химиоэмболизация, химиоинфузия.

Regional Chemotherapy in Management of Unresectable Tumors of Pancreas

Sh.I. Karimov, S.P. Borovsky, M.Sh. Khakimov, A.A. Adilhodjaev

*Chair of the faculty and hospital surgery (Chief – Academician of UzASci and RAMSci Sh.I. Karimov)
Tashkent Medical Academy*

The results of treatment of 18 pancreatic head tumor patients using chemoinfusion and chemoembolisation of pancreatic branches are analyzed. Efficacy of this technique depends on precise study of pancreatic head tumor angioarchitectonics. Application of chemotherapy as a single palliative treatment modality of locally spread pancreatic head tumors is very effective and increases survival median and life quality.

Key words: pancreatic head tumor, gemzar, chemoinfusion, chemoembolisation

Ш.И. Каримов – доктор мед. наук, проф., акад. АН РУз и РАМН, зав. кафедрой факультетской и госпитальной хирургии лечебного факультета Ташкентской медицинской академии. С.П. Боровский – доктор мед. наук, проф. той же кафедры. М.Ш. Хакимов – доктор мед. наук, проф. той же кафедры. А.А. Адылходжаев – аспирант той же кафедры.

Для корреспонденции: Хакимов Мурод Шавкатович – Тел. (+99-897) 400-03-28, факс (+99-89-71) 150-78-08.
E-mail: murad_72@mail.ru

Рефераты иностранных журналов

Рефераты иностранных журналов

Г.Г. Ахаладзе, Д.Г. Ахаладзе

Abstracts of Current Foreign Publications

G.G. Akhaladze, D.G. Akhaladze

Юбилеи

**Величие Пирогова
К 200-летию со дня рождения**

В.Д. Федоров

**Grandeur of Pirogov
To 200th anniversary**

V.D. Fedorov

Юбилеи

**Иванов Петр Алексеевич
К 75-летию со дня рождения**

**Ivanov Piotr Alekseevitch
To 75th anniversary**

**Нартайлаков Мажит Ахметович
К 50-летию со дня рождения**

**Nartailakov Majit Akhmetovithch
To 50th anniversary**

Некролог

Александр Алексеевич Чумаков

Chumakov Aleksandr Alekseevitch