

АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ



ANNALS OF SURGICAL HEPATOLOGY

© МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
“АССОЦИАЦИЯ ХИРУРГОВ-ГЕПАТОЛОГОВ”

© INTERNATIONAL PUBLIC ORGANIZATION
“ASSOCIATION OF SURGICAL HEPATOLOGISTS”

2012. Том 17, № 4

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), Багненко С.Ф. (г. Санкт-
Петербург, Россия), Баймаханов Б.Б. (г. Алматы, Казах-
стан), Бебезов Б.Х. (г. Бишкек, Киргизия), Бебуриш-
вили А.Г. (г. Волгоград, Россия), Вафин А.З. (г. Ставро-
поль, 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), Мамаке-
ев М.М. (г. Бишкек, Киргизия), Назыров Ф.Г. (г. Ташкент,
Узбекистан), Ничитайло М.Е. (Киев, Украина), Оноп-
риев 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, Рос-
сия), Третьяк С.И. (г. Минск, Беларусь), Тулин А.И.
(г. Рига, Латвия), Чугунов А.Н. (г. Казань, Россия), Што-
фин С.Г. (г. Новосибирск, Россия)
Зав. редакцией Шоно Н.И.

Журнал включен ВАК РФ в перечень ведущих рецензиру-
емых 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 4

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

EDITORIAL BOARD:

Editor-in-Chief Galperin E.I.
Akhladze G.G.
Buriyev 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.
Tsvizkoun V.V.
Shapovalyanc S.G.
Shulutko A.M.

BOARD OF CONSULTANTS:

Alperovich B.I. (Toms, Russia), Akhmedov S.M.
(Dushanbe, Tadzhikistan), 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), Krasil-
nikov D.M. (Kazan', Russia), Lupaltcev V.I. (Kharkov,
Ukraine), Mamakeev M.M. (Bishkek, Kirgizia),
Nazyrov F.G. (Tashkent, Uzbekistan), Nychitaylo M.E.
(Kiev, Ukraine), Onopriev V.I. (Krasnodar, Russia),
Poluektov V.L. (Omsk, Russia), Prudkov M.I. (Ekaterin-
burg, 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 edi-
tions, recommended for publication of Candidate’s and Doctor’s
degree theses main results” approved by Higher Attestation
Commission (VAK) RF.

СОДЕРЖАНИЕ

Том 17, №4, 2012

Требования к публикациям	5
XX Международный конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ	8
Пленум Правления Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ	10

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Татьяна Геннадьевна Дюжева – редактор раздела	12
От редактора раздела	13
Результаты лечения хронического панкреатита <i>Т.Г. Дюжева, И.А. Семененко, Г.Г. Ахаладзе, А.Ю. Чевочкин, Э.К. Гусейнов, А.А. Иванов, Т.И. Данилова, О.П. Попова, Е.С. Контрощикова, Э.И. Гальперин</i>	15
Хирургическое лечение хронического панкреатита и его осложнений <i>В.А. Кубышкин, А.Г. Кригер, И.А. Козлов, А.В. Чжао</i>	24
Желчная гипертензия у больных хроническим панкреатитом <i>С.Д. Добров, А.С. Полякевич, Е.М. Блажитко, Г.Н. Толстых</i>	35
Геморрагические осложнения хронического панкреатита <i>Н.Н. Артемьева, Н.Ю. Коханенко, С.В. Петрик, В.В. Зеленин, К.М. Левинский</i>	41
Чрескожное внутреннее дренирование постнекротических кист поджелудочной железы <i>Ю.В. Кулезнева, О.И. Охотников, Г.Х. Мусаев, Р.Е. Израиллов, С.В. Бруслик, С.Н. Григорьев, О.В. Мороз</i>	49
Комбинированные малоинвазивные технологии в лечении постнекротических кист поджелудочной железы и их осложнений <i>М.П. Королев, Л.Е. Федотов, Р.Г. Аванесян, М.М. Турянчик, Ю.В. Фадеева</i>	57
ПЕЧЕНЬ	
Влияние экстракта из растущей печени на пролиферацию гепатоцитов (экспериментальное исследование) <i>А.Н. Куимов, А.С. Жожикашвили, А.И. Никифорова, В.Н. Манских, Л.В. Платонова, Н.И. Шоно, Е.Е. Савицкая, М.А. Батин, Т.Г. Дюжева</i>	66
Возможно ли улучшение результатов лечения больных, перенесших тромбоз внутрипеченочного стента (TIPS)? <i>Д.В. Монахов, В.Н. Шиповский, М.Ш. Цициашвили, А.М. Саакян, З.Б. Харсиева, А.В. Пан, А.В. Юдин</i>	76

ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ

Результаты одномоментного лапароскопического лечения больных холестиохолеолитиазом <i>Б.Д. Бобоев</i>	80
Фистулография при контрастной мультидетекторной компьютерной томографии <i>О.И. Беленькая, А.Л. Юдин</i>	85

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Профилактика послеоперационных осложнений гастропанкреатодуоденальной резекции <i>Р.Т. Меджидов, А.Г. Гасанов, А.И. Гаджакаева, А.З. Абдуллаева</i>	92
Формирование тканевого отграничительного барьера в забрюшинной клетчатке при панкреонекрозе <i>В.Г. Лубянский, В.М. Быков, А.М. Яцын, Д.Н. Устинов, А.Н. Жариков, А.Р. Алиев, Г.А. Арутюнян</i>	99

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Рак поджелудочной железы – современные взгляды на проблему <i>М.Ю. Кабанов, И.А. Соловьев, К.В. Семенов, С.В. Амбарцумян, Д.М. Яковлева</i>	106
---	-----

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Расширенная резекция печени с предварительной эмболизацией левой ветви воротной вены при альвеококкозе <i>Б.Н. Котив, И.И. Дзидзава, С.А. Алентьев, Д.П. Кашкин, А.А. Кочаткова, А.В. Слободяник</i>	111
---	-----

РЕФЕРАТЫ ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛОВ

Рефераты иностранных журналов <i>Г.Г. Ахаладзе, Д.Г. Ахаладзе</i>	115
--	-----

ЮБИЛЕЙ

Александр Георгиевич Шерцингер – к 70-летию со дня рождения	120
Хотам Турсунович Нишанов – к 60-летию со дня рождения	122

НЕКРОЛОГ

Александр Евгеньевич Борисов	123
--	-----

ХРОНИКА

Резолюция XIX Международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ Иркутск 19–21 сентября 2012 г. <i>Составители: И.М. Буриев, В.П. Глабай, В.В. Цвиркун</i>	125
--	-----

CONTENTS

V. 17. N 4. 2012

Publication Requirements	5
XX International Conference of Surgeon-Hepatologists of SIS Countries	8
IO "Association of Surgical Hepatologists" Executive Board Plenary Session	10

CHRONIC PANCREATITIS

Tatyana Gennadievna Dyuzheva – Editor of the Issue	12
Editorial	13
Results of Chronic Pancreatitis Management <i>T.G. Dyuzheva, I.A. Semenenko, G.G. Akhaladze, A.Yu. Chevokhin, E.K. Guseinov, A.A. Ivanov, T.I. Danilova, O.P. Popova, E.S. Kontorshikova, E.I. Galperin</i>	15
Surgical Management of Chronic Pancreatitis and its Complications <i>V.A. Kubyshkin, I.A. Kozlov, A.G. Krieger, A.V. Zhao</i>	24
Biliary Hypertension in Chronic Pancreatitis Patients <i>S.D. Dobrov, A.S. Polyakevich, E.M. Blagitko, G.N. Tolstikh</i>	35
Hemorrhagic Complications of Chronic Pancreatitis <i>N.N. Artemjeva, N.Yu. Kokhanenko, S.V. Petrik, V.V. Zelenin, K.M. Levinsky</i>	41
Percutaneous Internal Drainage of the Postnecrotic Pancreatic Cysts <i>Yu.V. Kuleznyova, O.I. Okhotnikov, G.Kh. Musaev, R.E. Izrailov, S.V. Bruslik, S.N. Grigoryev, O.V. Moroz</i>	49
Combined Minimally Invasive Technologies in the Treatment of Postnecrotic Pancreatic Cysts and Their Complications <i>M.P. Korolyov, L.E. Fedotov, R.G. Avanesjan, M.M. Turyanchik, Yu.V. Fadeeva</i>	57

LIVER

Influence of the Growing Liver Extract on the Hepatocyte Proliferation (experimental investigation) <i>A.N. Kuimov, A.S. Zhozhikashvili, A.I. Nikiforova, V.N. Manskikh, L.V. Platonova, N.I. Shono, E.E. Savitskaya, M.A. Batin, T.G. Dyuzheva</i>	66
Is it Possible to Improve Results of Management in Intrahepatic Stent (TIPS) Thrombosis Patients? <i>D.V. Monakhov, V.N. Shipovski, M.Sh. Tsitsiashvili, A.M. Saakjan, Z.B. Khasieva, A.V. Pan A.V. Yudin</i>	76

BILE DUCTS

Results of One-Step Laparoscopic Management of the Cholecystocholedocholithiasis Patients <i>B.D. Boboev</i>	80
Fistulography in Enhanced Multidetector Computed Tomography <i>O.I. Belenkaya, A.L. Yudin</i>	85

PANCREAS

Prophylaxis of the Pancreatoduodenectomy Postoperative Complications <i>R.T. Mejidov, A.G. Hasanov, A.I. Gajakaeva, A.Z. Abdullaeva</i>	92
The Tissue Barrier Formation in the Retroperitoneal Tissue in Necrotizing Pancreatitis <i>V.G. Lubyanski, V.M. Bikov, A.M. Yatsin, D.N. Ustinov, A.N. Zharikov, A.R. Aliev, G.A. Arutunjan</i>	99

REVUES

Pancreatic Cancer – Modern Point of View <i>M.Yu. Kabanov, I.A. Solovjov, K.V. Sementsov, S.V. Ambartsumjan, D.M. Yakovleva</i>	106
--	-----

CASE REPORTS

Extended Liver Resection with the Left Portal Branch Preliminary Embolization in Alveococcosis <i>B.N. Kotiv, I.I. Dzidzava, S.A. Alentjev, D.P. Kashkin, A.A. Kochatkova, A.V. Slobodjanik</i>	111
--	-----

ABSTRACTS

Abstracts of Current Foreign Publications <i>G.G. Akhaladze, D.G. Akhaladze</i>	115
--	-----

JUBILEES

Alexander Georgievich Shertsinger to 70th Anniversary	120
Khotam Tursunovich Nishanov – to 60th Anniversary	122

OBITUARY

Aleksandr Evgenjevich Borisov	123
---	-----

CHRONICLE

Resolution of the XIX International Conference of Surgeon-Hepatologists of SIS Countries "Modern Problems of the Surgical Hepatology" <i>I.M. Buriev, V.P. Glabay, V.V. Tsvirkun</i>	125
---	-----

**XX Международный конгресс
хирургов-гепатологов стран СНГ
"Актуальные проблемы
хирургической гепатологии"**

18–20 сентября 2013 г., Донецк

***XX International Congress of Surgeon-Hepatologists
of SIS Countries "Actual Problems of Surgical Hepatology"***

September, 18–20, 2013, Donetsk

**Пленум правления Ассоциации
хирургов-гепатологов стран СНГ**

23–24 мая 2013 г., Нижний Новгород

***IO "Association of Surgeon-Hepatologists of SIS Countries"
Executive Board Plenary Session***

May, 23–24, 2013, Nizhniy Novgorod

Хронический панкреатит

**Татьяна Геннадьевна Дюжева –
редактор раздела**

Tatiana Gennadievna Dyuzheva – Editor of the Issue

От редактора раздела

Editorial

**Результаты лечения больных
хроническим панкреатитом**

*Т.Г. Дюжева¹, И.А. Семененко¹, Г.Г. Ахаладзе¹, А.Ю. Чевокин³, Э.К. Гусейнов¹,
А.А. Иванов², Т.И. Данилова², О.П. Попова², Е.С. Конторщикова¹, Э.И. Гальперин¹*

¹Отдел хирургии печени (зав. – проф. Т.Г. Дюжева)

НИЦ ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”

²Отдел клеточной и молекулярной патологии (зав. – проф. А.А. Иванов)

НИИ молекулярной медицины ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”

³ГБУЗ “Городская клиническая больница №7” (главный врач – канд. мед. наук М.С. Бадма-Гаряев), Москва

Цель – повышение эффективности хирургического лечения больных хроническим панкреатитом.

Материал и методы. Дуоденумсохраняющая резекция головки поджелудочной железы выполнена 107 больным. Острый панкреатит в анамнезе был у 78 больных, 46 ранее перенесли однократные, 16 – повторные вмешательства по поводу рецидивирующих псевдокисты и их осложнений. Псевдокисты отмечены у 68 больных, панкреатические свищи – у 14 больных, желчная гипертензия – у 37 больных, из них у 22 выявлена механическая желтуха.

Результаты. Послеоперационной летальности не было. Осложнения возникли у 27 (25%) больных, оперированы 9 (8,4%): по поводу кровотечений – 4, несостоятельности панкреатодигестивного или гепатикоюноанастомоза – 3, кишечной непроходимости – 1, эвентрации вследствие нагноения раны – 1. Отдаленные результаты изучены у 76 (71%) в сроки от 6 месяцев до 8 лет ($3 \pm 0,5$ года). Исчезновение болевого синдрома отметили 56 (73,7%) больных, профессиональная реабилитация достигнута у 44 (57,9%). 7 больных повторно оперированы по поводу механической желтухи и 2 – по поводу кровотечений, связанных с разрывом псевдоаневризмы сосудов.

Заключение. Дуоденумсохраняющая резекция фиброноизмененной головки железы с/или без наложения панкреатикоюноанастомоза приводит к устранению болевого синдрома и большинства осложнений хронического панкреатита. Наличие желчной гипертензии и механической желтухи требует наложения гепатикоюно- или билиопанкреатодигестивного анастомоза.

Ключевые слова: *хронический панкреатит, дуоденумсохраняющая резекция, псевдокисты поджелудочной железы, фиброз поджелудочной железы, изменения главного панкреатического протока, желчная гипертензия.*

Results of Chronic Pancreatitis Patients Management

T.G. Dyuzheva, I.A. Semenenko, G.G. Akhaladze, A.Yu. Chevokin, E.K. Guseinov, A.A. Ivanov, T.I. Danilova, O.P. Popova, E.S. Kontorshikova, E.I. Galperin

Liver surgery department (Chief – Prof. T.G. Dyuzheva) SRC,

Department of cell and molecular pathology (Chief – Prof. A.A. Ivanov) SciRI of Molecular medicine, I.M. Sechenov the First MSMU

MCH 7 (Head – med. sci. cand. M.S. Badma-Garyaev)

Aim: Improvement of chronic pancreatitis surgical management effectiveness.

Material and Methods. Pancreatic head duodenum sparing resection is carried out in 107 patients. 78 of them previously had acute pancreatitis, 46 – underwent single open surgery for recurrent pancreatitis pseudocysts and its complications. Persisting pseudocysts developed in 68 patients, pancreatic fistula – in 14, biliary hypertension – in 37 with obstructive jaundice in 22 of them.

Results. No postoperative death was noticed. Complications appeared in 27 (25%) cases. Operated on 9 (8,4%): 4 for bleeding, pancreaticoduodenal or hepaticojejunal anastomosis – 3, bowel obstruction – 1, septic wound eventration – 1. Remote results studied in 76 (71%) patients in terms from 6 months to 8 years ($3 \pm 0,5$ years). Complete pain syndrome disappearance noticed in 56 (73.7%) cases, professional rehabilitation achieved 44 (57.9%). 7 patients underwent repeated surgery for obstructive jaundice and 2 – for bleeding, caused by blood vessel pseudoaneurism rupture.

Conclusions. Duodenum-sparing resection of the pancreatic fibrotic head with or without pancreaticojejunal anastomosis leads disappearance of pain syndrome and most of chronic pancreatitis complications. Accompanying biliary hypertension and obstructive jaundice requires additional hepaticojejunal or biliopancreatoduodenal anastomosis.

Key words: chronic pancreatitis, duodenum-sparing resection, pancreatic pseudocysts, pancreatic fibrosis, pancreatic duct lesions, biliary hypertension.

Т.Г. Дюжева – доктор мед. наук, проф., зав. отделом хирургии печени НИЦ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. И.А. Семененко – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. того же отдела. Г.Г. Ахаладзе – доктор мед. наук, проф., гл. науч. сотр. того же отдела. А.Ю. Чевочкин – канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением ГКБ №7 г. Москвы. Э.К. Гусейнов – науч. сотр. отдела хирургии печени НИЦ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. А.А. Иванов – доктор мед. наук, проф., зав. отделом клеточной и молекулярной патологии НИИ молекулярной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Т.И. Данилова – науч. сотр. отдела клеточной и молекулярной патологии НИИ молекулярной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. О.П. Попова – канд. биол. наук, вед. науч. сотр. отдела клеточной и молекулярной патологии НИИ молекулярной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Е.С. Конторщикова – мл. науч. сотр. отдела хирургии печени НИЦ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Э.И. Гальперин – доктор мед. наук, проф., гл. науч. сотр. отдела хирургии печени НИЦ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Для корреспонденции: Дюжева Татьяна Геннадьевна – Email: dlsurgery@mtu-net.ru

Хронический панкреатит

Хирургическое лечение хронического панкреатита и его осложнений*В.А. Кубышкин, И.А. Козлов, А.Г. Кригер, А.В. Чжао**ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” (директор – акад. РАМН В.А. Кубышкин)**Минздрава РФ*

Представлен опыт хирургического лечения 646 больных хроническим панкреатитом за период с 2000 по 2012 г. Дренирование протоков поджелудочной железы выполнено 260 (40%) больным: цисто-, панкреатостоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле тонкой кишки – 101 больному, продольный панкреатоеюноанастомоз – 89, наружное дренирование постнекротических кист – 54, эндоскопическое внутреннее дренирование – 16 пациентам. Резекционные хирургические вмешательства выполнены 344 (53,3%) больным; применяли операцию Фрея, бернский способ субтотальной резекции головки железы, субтотальную резекцию (операция Бегера), резекцию головки железы с циркулярной резекцией нисходящей части двенадцатиперстной кишки (ДПК), панкреатодуоденальную резекцию, дистальную резекцию, срединную резекцию. При ложных аневризмах 23 больным выполнено комбинированное лечение (эндоваскулярное и хирургическое), эндоваскулярное – 13 больным. После операции осложнения развились у 179 (27,7%) человек, умерло 10 (1,5%) больных. Обследование через 1–13 лет выполнено 197 больным. Установлено, что проксимальная резекция ПЖ позволяет надежно устранить очаг патологических изменений и подавить болевой синдром. Резекция головки железы с сохранением ДПК при абсолютной радикальности вмешательства в большинстве наблюдений характеризуется более благоприятными функциональными результатами в отдаленные сроки, чем панкреатодуоденальная резекция и панкреатоеюноанастомоз.

Ключевые слова: хронический панкреатит, миниинвазивное лечение, оперативное лечение, резекция поджелудочной железы.

Surgical Management of Chronic Pancreatitis and its Complications*V.A. Kubyshkin, I.A. Kozlov, A.G. Krieger, A.V. Zhao**A.V. Vishnevski Institute of Surgery (Director – Academician of RAMSci V.A. Kubyshkin)*

An experience of surgical management in 646 chronic pancreatitis patients during 2000–2012 is presented. The pancreatic duct drainage carried out in 260 (40%) patients, pancreatocystojejunostomy with Roux type isolated jejunal loop – in 101, longitudinal pancreatojejunal anastomosis – in 89, external drainage of the postnecrotic cysts – in 54, endoscopic internal drainage – 16 cases. Resectional surgery provided in 344 (53.3%) patients. Among them: Frey procedure, Bern modification of pancreatic head subtotal resection, pancreatic head subtotal resection (Beger procedure), pancreatic head subtotal resection with duodenal circular resection, pancreatoduodenectomy, distal and medial pancreatectomy. In cases of pseudoaneurysms in 23 cases provided combined endovascular and surgical management and endovascular only – in 13 patients. Postoperative morbidity noticed in 179 (27.7%) patients and mortality in 10 (1.5%). Long-term examination after 1–13 years carried out in 197 patients. It displayed ability of proximal resection to steadfastly resolve pathologic locus and stop pain syndrome. Duodenum-preserving pancreatic head resection is considered as absolutely curable procedure and in most of cases is followed with relatively more satisfactory functional follow up results, than pancreatoduodenectomy and Puestow procedure.

Key words: chronic pancreatitis, minimally invasive management, surgical management, pancreatic resection.

Кубышкин В.А. – академик РАМН, проф., директор Института хирургии им. А.В. Вишневского. *Козлов И.А.* – доктор мед. наук, вед. науч. сотр. отдела абдоминальной хирургии, отделения абдоминальной хирургии №1. *Кригер А.Г.* – проф., зав. отделением абдоминальной хирургии №1. *Чжао А.В.* – проф., зам. директора Института хирургии им. А.В. Вишневского, руководитель отдела абдоминальной хирургии.

Для корреспонденции: Козлов Илья Анатольевич – Москва, Б. Серпуховская, 27. ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ. E-mail: kozlov@ixv.ru

Хронический панкреатит

Желчная гипертензия у больных хроническим панкреатитом

С.Д. Добров², А.С. Полякевич¹, Е.М. Блажитко¹, Г.Н. Толстых²

¹Кафедра госпитальной и детской хирургии (зав. — проф. Ю.В. Чикинев) ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» (ректор — проф. И.О. Маринкин)

²ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (главный врач — Е.А. Комаровский)

Рассмотрены результаты лечения 167 больных хроническим панкреатитом с поражением головки поджелудочной железы (ПЖ), которым была выполнена проксимальная резекция ПЖ. Больных хроническим панкреатитом с преимущественным поражением головки ПЖ было 120, пациентов с хроническим панкреатитом и изолированным поражением головки ПЖ — 47. Нарушение проходимости общего желчного протока (ОЖП) было у 94 (56,3%) человек, желтуха — у 37 (22,2%), желтуха в сочетании с холангитом — у 10 (6%). Субтотальная резекция головки ПЖ с продольным панкреатоеюноанастомозом выполнена 73 (43,7%) пациентам, операция Фрея — 23 (13,8%), панкреатодуоденальная резекция — 27 (16,2%), панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника — 21 (12,6%), субтотальная резекция головки ПЖ с проксимальным панкреатоеюноанастомозом — 13 (7,8%), операция Бегера — 10 (6%). Перидуктальное иссечение с восстановлением проходимости ОЖП при резекции головки ПЖ с сохранением двенадцатиперстной кишки было выполнено у 35 (21%) пациентов. Операции внутреннего дренирования с нарушением автономности ОЖП проводились при невозможности перидуктального иссечения с восстановлением проходимости ОЖП. Резекция головки ПЖ с сохранением двенадцатиперстной кишки и перидуктальным иссечением в сравнении с такой же резекцией головки ПЖ и билиодигестивным анастомозом не выявила достоверной разницы в нарушении проходимости ОЖП в отдаленном периоде. Таким образом, при сдавлении терминального отдела ОЖП рубцово-воспалительными массами головки ПЖ их перидуктальное иссечение позволяет сохранить автономность желчевыводящих путей. Частота осложнений этого вмешательства достоверно не отличается от частоты осложнений при билиодигестивном анастомозе.

Ключевые слова: хронический панкреатит, проксимальная резекция, желчная гипертензия, панкреатодуоденальная резекция.

Biliary Hypertension in Chronic Pancreatitis Patients

S.D. Dobrov², A.S. Polyakevich¹, E.M. Blagitzko¹, G.N. Tolstykh²

¹Hospital and pediatric surgery chair (Chief — Prof. Yu.V. Chikinev) Novosibirsk State medical university (Rector — Prof. I.O. Marinkin)

²Novosibirsk State regional clinical hospital (Head — E.A. Komarovsky)

Results of outcomes in 167 chronic pancreatitis patients with pancreatic head lesions, who underwent pancreatic proximal resection are analyzed. 120 patients presented predominant lesion of the pancreatic head and 47 — an isolated lesion of the pancreatic head. Obstruction of the common bile duct occurred in 94 (56.3%) patients, jaundice — in 37 (22.2%), jaundice associated with cholangitis — 10 (6%). Subtotal pancreatic head resection with longitudinal pancreaticojejunostomy performed in 73 (43.7%) patients, Frey procedure — in 23 (13.8%), pancreatoduodenectomy — in 27 (16.2%), pylorus-preserving pancreatoduodenectomy — in 21 (12.6%), subtotal resection of the pancreatic head with proximal pancreaticojejunostomy — in 13 (7.8%), Beger procedure — in 10 (6%). Periductal excision with common bile duct patency restoration during duodenum-preserving pancreatic head resection performed in 35 (21%) patients. Procedures of internal drainage with common bile duct autonomy violation performed in cases of periductal excision inability. Duodenum-preserving pancreatic head resection with periductal excision and common bile duct patency restoration did not reveal significant difference in violation of the common bile duct patency in the long-term follow-up in comparison with duodenum-preserving pancreatic head resection accompanied with biliodigestive anastomosis. Thus, in cases of the common bile duct terminal part compression by inflammatory — scarring and pancreatic head mass periductal excision preserves the autonomy of the biliary tract, and the complication rate of this procedure does not significantly differ from the complications of the biliodigestive anastomosis.

Key words: chronic pancreatitis, proximal resection, biliary hypertension, pancreatoduodenectomy.

С.Д. Добров — доктор мед. наук, врач-хирург отделения хирургии Государственной Новосибирской областной клинической больницы. А.С. Полякевич — канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной и детской хирургии Новосибирского государственного медицинского университета. Е.М. Блажитко — доктор мед. наук, профессор той же кафедры. Г.Н. Толстых — канд. мед. наук, зав. отделением хирургии Государственной Новосибирской областной клинической больницы.

Для корреспонденции: Полякевич Алексей Станиславович — 630089 Новосибирск, ул. Б. Богаткова, 230-42. Тел./факс (8-383) 346-30-66. E-mail: randorier@mail.ru

Хронический панкреатит

Геморрагические осложнения хронического панкреатита

Н.Н. Артемьева, Н.Ю. Коханенко, С.В. Петрик, В.В. Зеленин, К.М. Левинский
 Кафедра факультетской хирургии им. А.А. Русанова (зав. – проф. Н.Ю. Коханенко)
 Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета
 (ректор – проф. В.В. Леванович)
 СПб ГБУЗ “Городская Мариинская больница” (главный врач – проф. О.В. Емельянов)

С 1981 по 2012 г. оперировано 657 больных хроническим панкреатитом. У 416 (63,3%) пациентов выявлены псевдокисты поджелудочной железы, у 72 (17,3%) из них были геморрагические осложнения. У 47 из них отсутствовали ложные аневризмы артерий бассейна чревного ствола (1-я группа). В 25 наблюдениях (2-я группа) кровотечение было обусловлено ложной аневризмой. Геморрагические осложнения имели различные проявления. В 1-й группе 19 (40,4%) больным выполнили прошивание кровотока сосуда, наружное дренирование и тампонирование псевдокисты либо наружное дренирование протока поджелудочной железы – у 8 (17,0%) больных. 6 (12,8%) пациентам выполнили прошивание кровотока сосуда и продольную панкреатикоэюностомию, еще 6 (12,8%) – левостороннюю резекцию поджелудочной железы, 3 (6,4%) – панкреатодуоденальную резекцию, 5 (10,6%) – спленэктомию и наружное дренирование псевдокисты. Умер 1 (2,1%) больной. У 13 пациентов 2-й группы применили рентгеноэндоваскулярное лечение: у 6 (46,1%) – эмболизацию селезеночной артерии, у 5 (38,5%) – желудочно-двенадцатиперстной артерии, у 2 (15,4%) – желудочно-двенадцатиперстной дуги. У всех больных достигнут стойкий гемостаз. Остальные 12 из 25 пациентов были оперированы. Умерло 6 больных, что объясняется поздним хирургическим вмешательством. Хирургическая тактика при геморрагических осложнениях хронического панкреатита была направлена в первую очередь на остановку кровотечения. Наиболее надежным способом гемостаза является рентгеноэндоваскулярное лечение, которое не исключает в последующем операции на поджелудочной железе.

Ключевые слова: хронический панкреатит, псевдокиста, псевдоаневризма, кровотечение.

Hemorrhagic Complications of Chronic Pancreatitis

N.N. Artemjeva, N.Y. Kokhanenko, S.V. Petrik, V.V. Zelenin, K.M. Levinsky
 Prof. A.A. Rusanov Chair of Faculty Surgery (Head – Prof. N.Y. Kokhanenko) of Saint-Petersburg
 State Pediatric Medical University
 Mariinsky Hospital (Head – Prof. O.V. Emelyanov), Saint-Petersburg

During the 32 years (1981–2012), 657 chronic pancreatitis (CP) patients were operated on. Pancreatic pseudocysts appeared in 416 patients (63.3%). Hemorrhagic complications developed in 72 cases. 41 patients had no pseudoaneurysms of the celiac trunk branches (group 1). Bleeding as a complication of pseudoaneurysm (group 2) developed in 25 patients and it displayed different manifestations. In the group 1 19 (40.4%) patients underwent bleeding vessel tailoring, external drainage and pseudocyst packing or external drainage of the pseudocyst and the main pancreatic duct – in 8 (17.0%). In 6 (12.8%) cases bleeding vessel tailoring followed by longitudinal pancreaticojejunostomy, in 6 (12.8%) – distal pancreatic resection with splenectomy, in 3 (6.4%) – pancreatoduodenectomy, and in 5 (10.6%) – splenectomy combined with pseudocyst external drainage was carried out. One (2.1%) patient died. Thirteen patients of group 2 underwent endovascular radiologic treatment: embolization of the splenic artery in 6 (46.1%) patients, gastroduodenal artery in 5 (38.5%), gastroduodenal arch in 2 (15.4%). Stable hemostasis was achieved in all cases. The remaining 12 patients were operated on: in 3 (12.0%) cases – resection of pancreas, in 8 (32.0%) – tailoring of the bleeding source around pseudoaneurysm, and 1 (4.0%) – managed to do only laparotomy. Six of them died, due to substantial delay of surgery. Thus, the main goal of surgery for hemorrhagic complications of CP was to stop the bleeding. In our series, the most reliable method of surgical hemostasis was the endovascular embolization.

Key words: chronic pancreatitis, pseudoaneurysm, bleeding, pseudocyst.

Н.Н. Артемьева – доктор мед. наук, проф., *Н.Ю. Коханенко* – доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова СПбГПМУ. *С.В. Петрик* – ассистент той же кафедры. *В.В. Зеленин* – зав. отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения СПб ГБУЗ “Городская Мариинская больница”. *К.М. Левинский* – врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения той же больницы.

Для корреспонденции: Петрик Сергей Владимирович – Тел. (+7-904) 634-66-04. E-mail: Loutu65@gmail.com

Хронический панкреатит

Чрескожное внутреннее дренирование постнекротических кист поджелудочной железы

Ю.В. Кулезнева^{1,4}, О.И. Охотников³, Г.Х. Мусаев², Р.Е. Израилов¹,
С.В. Бруслик⁵, С.Н. Григорьев³, О.В. Мороз¹

¹ Кафедра факультетской хирургии №2 (зав. – проф. И.Е. Хатьков) МГМСУ им. А.И. Евдокимова

² Кафедра факультетской хирургии (зав. – акад. РАМН А.Ф. Черноусов)
ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”

³ Кафедра хирургических болезней ФПО (зав. – проф. В.А. Лазаренко) Курского ГМУ
БМУ “Курская областная клиническая больница”

⁴ Городская клиническая больница №68 Москвы (гл. врач – проф. И.Г. Галь)

⁵ Отдел ультразвуковых технологий (руководитель – С.В. Бруслик) НИХЦ им. Н.И. Пирогова

Представлен опыт чрескожного дренирования псевдокист поджелудочной железы в желудок под контролем УЗИ, рентгеноскопии и эндоскопии, накопленный тремя независимыми кафедральными коллективами с 1995 по 2011 г. Материал объединяет результаты лечения 411 больных. Детально описаны метод и технические особенности, характерные для отдельных его этапов. Частота ранних осложнений составила 9,3% и связана в основном с инфицированием остаточной полости. Продолжительность пребывания пациентов в стационаре при неосложненном течении кист составила $12 \pm 1,5$ суток, при осложненном – $21 \pm 0,5$ суток. Летальных исходов не было. Анализ отдаленных результатов показал, что общее число отличных и хороших исходов составило 77,4%. Плохие и удовлетворительные результаты отмечены в 22,6% наблюдений и были связаны преимущественно с кальцинозом паренхимы железы. В целом метод оказался безопасным и эффективным в лечении панкреатических псевдокист.

Ключевые слова: постнекротическая киста, чрескожное дренирование, цистогастроанастомоз, хронический панкреатит.

Percutaneous Internal Drainage of the Postnecrotic Pancreatic Cysts

Yu.V. Kuleznyova^{1,4}, O.I. Okhotnikov³, G.Kh. Musaev², R.E. Izrailov¹,
S.V. Bruslik⁵, S.N. Grigoryev³, O.V. Moroz¹

¹ Faculty surgery chair №2 (Chief – Prof. I.E. Khotkov) A.I. Evdokimov MSMSU

² Faculty surgery chair (Chief – Academician of RAMSci A.F. Chernousov) I.M. Sechenov the First MSMU

³ Chair of surgery (Chief – Prof. V.A. Lazarenko) Kursk SMU

⁴ Municipal clinical Hospital №68 (Head – Prof. I.G. Gal)

⁵ Department of US Technologies (Chief – med. sci. cand. S.V. Bruslik) N.J. Pirogov NMSC

An experience of three independent scientific teams in the percutaneous US, CT- and gastroscopy-guided pancreatic cysto-gastrostomy carried out during 1995–2011 years is presented. Overall results of 411 patients management is analyzed. The method and its stepwise technical peculiarities are described in detail. Early complications appeared in 9,3% usually is caused by infection of the remnant cavity. The hospital stay in uncomplicated cases came to 12 ± 1.5 days, in complicated cases – 21 ± 0.5 days without any mortality. An analyses of long-term results showed, that overall percent excellent and good results came to 77.4% poor and unsatisfactory results – to 22.6% and were influenced by pancreatic calcinosis. Altogether the modality appeared to be safe and effective in the treatment of pancreatic pseudocysts.

Key words: postnecrotic cyst, percutaneous drainage, cystogastroanastomoses, chronic pancreatitis.

Ю.В. Кулезнева – доктор мед. наук, зав. отделом лучевой диагностики ГКБ №68 Москвы, проф. кафедры факультетской хирургии №2 МГМСУ им. А.И. Евдокимова. О.И. Охотников – доктор мед. наук, проф. кафедры хирургических болезней ФПО КГМУ, зав. отделением РХМДЛ №2 БМУ “Курская областная клиническая больница”. Г.Х. Мусаев – доктор мед. наук, проф. кафедры факультетской хирургии 1-го МГМУ им. И.М. Сеченова. Р.Е. Израилов – доктор мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии №2 им. А.И. Евдокимова МГМСУ. С.Н. Григорьев – канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургических болезней ФПО КГМУ, зав. отделением гнойной хирургии БМУ “Курская областная клиническая больница”. О.В. Мороз – аспирант кафедры общей хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Для корреспонденции: Кулезнева Юлия Валерьевна – Тел. (8-903) 791-62-55. E-mail: kulezniova@yandex.ru

Хронический панкреатит

Комбинированные малоинвазивные технологии в лечении постнекротических кист поджелудочной железы и их осложнений

М.П. Королев, Л.Е. Федотов, Р.Г. Аванесян, М.М. Турянчик, Ю.В. Фадеева
 Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии и ухода за хирургическим больным
 (зав. – проф. М.П. Королев) Санкт-Петербургского государственного педиатрического
 медицинского университета

В статье отражен опыт лечения 130 больных постнекротическими кистами поджелудочной железы. В лечении применяли миниинвазивные технологии под контролем УЗИ, рентгенологической и эндоскопической техники. Диагностический алгоритм включал УЗИ, доплерографию. По показаниям применяли КТ, МРТ, ангиографию, ЭГДС. Определены показания к применению различных способов проведения инструментов и дренажей в полость кисты. У 18 больных отмечено кровотечение в полость кисты, у 2 из них применили диагностическую и лечебную ангиографию. Механическая желтуха осложнила течение кисты головки поджелудочной железы в 16 наблюдениях, в одном из них выполнено каркасное наружно-внутреннее дренирование желчных протоков под контролем УЗИ и рентгенотелевидения. Для внутреннего дренирования кист, связанных с протоком поджелудочной железы, применяли ретроградное эндоскопическое транспапиллярное дренирование, антеградное наружно-внутреннее или ретроградное дренирование протока поджелудочной железы для декомпрессии при панкреатической гипертензии, антеградное наружно-внутреннее дренирование протока поджелудочной железы через полость кисты, чрескожное формирование цистогастроанастомоза. Летальность составила 3,87%, конверсия доступа выполнена в 6 (4,41%) наблюдениях.

Ключевые слова: хронический панкреатит, постнекротическая киста, поджелудочная железа, миниинвазивные технологии, дренирование.

Combined Miniinvasive Technologies in the Treatment of Postnecrotic Pancreatic Cysts and Their Complications

M.P. Korolev, L.E. Fedotov, R.G. Avanesjan, M.M. Turyanchik, Yu.V. Fadeeva
 Chair of the General Surgery with the Course of endoscopy and Surgical Care (Chief – Prof. M.P. Korolev)
 Saint-Petersburg State Pediatric Medical University

The article presents an experience in the treatment of 130 patients with postnecrotic pancreatic cysts. Combined minimally invasive technologies under ultrasonic, radiographic and endoscopic guidance were applied. The main diagnostic algorithm included B-mode and doppler sonography. Computed and magnetic resonance tomography, angiography and endoscopy were used as indicated. Indications of different ways and tools of the cyst cavity conduction and drainage were identified. 18 cases were complicated with bleeding into the cyst cavity requiring application of angiographic management in 2 patients. Obstructive jaundice complicated pancreatic head cyst course in 16 cases. An internal-external in one of them and antegrade stenting of the bile ducts in other cases were made under combined ultrasonic and radiologic control. Internal drainage of the pancreas cysts connected with the main pancreatic duct provided by means of endoscopic retrograde transpapillary drainage of the cyst cavity, antegrade internal-external or retrograde drainage of the main pancreatic duct decompressing pancreatic hypertension, antegrade internal-external drainage of the main pancreatic duct via cyst cavity, percutaneous cysto-gastroanastomosis. Mortality rate came to 3.87%, and conversion rate – 4.41%.

Key words: chronic pancreatitis, postnecrotic cyst, pancreas, minimally invasive technologies, drainage.

М.П. Королев – доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой общей хирургии с курсом эндоскопии и ухода за хирургическим больным СПбГПМУ. *Л.Е. Федотов* – доктор мед. наук, проф. той же кафедры, зав. 5-м хирургическим отделением СПб ГБУЗ “Городская Мариинская больница”. *Р.Г. Аванесян* – канд. мед. наук, доцент кафедры общей хирургии с курсом эндоскопии и ухода за хирургическим больным СПбГПМУ. *М.М. Турянчик* – аспирант той же кафедры. *Ю.В. Фадеева* – аспирант той же кафедры.

Для корреспонденции: Аванесян Рубен Гарриевич – Тел. (8-812) 985-35-25, (8-962) 685-35-25, (8-911) 943-93-22.

Влияние экстракта из растущей печени на пролиферацию гепатоцитов (экспериментальное исследование)

А.Н. Куимов¹, А.С. Жожикашвили¹, А.И. Никифорова², В.Н. Манских²,
Л.В. Платонова⁴, Н.И. Шоно⁴, Е.Е. Савицкая³, М.А. Батин³, Т.Г. Дюжева⁴

¹ Отдел химии и биохимии нуклеопротеидов (зав. – проф. А.Б. Вартапетян)

НИИ ФХБ им. А.Н. Белозерского

² Лаборатория патоморфологии (зав. – канд. мед. наук В.Н. Манских) НИИ митоинженерии МГУ им. М.В. Ломоносова

³ Лаборатория регенеративной медицины (зав. – М.А. Батин) Московского физико-технического института

⁴ Отдел хирургии печени (зав. – проф. Т.Г. Дюжева) ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”

Исследованы механизмы репаративной регенерации печени в эксперименте. Показано, что внутрибрюшинное введение мышам тиаоацетамида в дозе 250 мг/кг сопровождается развитием апоптоза в гепатоцитах, расположенных в центре печеночной долики, с последующим восстановлением структуры за счет реактивных гепатоцитов. Реактивные гепатоциты отличаются от дифференцированных способностью к пролиферации, фагоцитозу апоптотных телец и отсутствием гликогена. Показано, что экстракт из растущей печени неонатального поросенка количественно усиливает активность фермента танкиразы, качественно не влияет на характер морфологических изменений и способствует снижению активности аминотрансфераз. При отсутствии сыворотки крови (FBS) экстракт способствует росту клеточных культур гепатоцитов (линия Huh7, первичная культура), эффект является дозозависимым. На рост культуры фибробластов мыши линии NIH 3T3, клеток эмбриональной почки человека линии 293 и клеток HeLa экстракт не влияет. В условиях эксперимента под влиянием экстракта в гепатоцитах наблюдается активация сигнального пути Ras/MARK, что стимулирует пролиферацию клеток этого типа.

Ключевые слова: регенерация печени, культура клеток, экстракт растущей печени.

Influence of the Growing Liver Extract on the Hepatocyte Proliferation (experimental investigation)

A.N. Kuimov¹, A.S. Zhzhikashvili¹, A.I. Nikiforova², V.N. Manskikh²,
L.V. Platonova⁴, N.I. Shono⁴, E.E. Savitskaya³, M.A. Batin³, T.G. Dyuzheva⁴

¹ Department of Chemistry and Biochemistry of Nucleoproteins (Chief – Prof. A.B. Vartapetyan),
A.N. Belozersky Institute of Phisico-Chemical Biology

² Laboratory of Patomorphology (Head – V. Manskikh, MD), Institute of Mitoengineering M.V. Lomonosov
Moscow State University

³ Laboratory of Regenerative Medicine (Chief – M.A. Batin) of Moscow Physico-Technical Institute

⁴ Liver Surgery Department (Chief – Prof T.G. Dyuzheva), I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

А.Н. Куимов – канд. биол. наук, ст. науч. сотр. отдела химии и биохимии нуклеопротеидов НИИ ФХБ им. А.Н. Белозерского. А.С. Жожикашвили – студент биологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова. А.И. Никифорова – лаборант лаборатории патоморфологии НИИ митоинженерии МГУ им. М.В. Ломоносова. В.Н. Манских – канд. мед. наук, зав. лабораторией патоморфологии НИИ митоинженерии МГУ им. М.В. Ломоносова. Л.В. Платонова – канд. биол. наук, вед. науч. сотр. отдела хирургии печени Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Н.И. Шоно – канд. биол. наук, ст. науч. сотр. того же отдела. Е.Е. Савицкая – канд. биол. наук, ст. науч. сотр. лаборатории регенеративной медицины Московского физико-технического института. Батин М.А. – зав. лабораторией регенеративной медицины того же института. Дюжева Т.Г. – доктор мед. наук, проф., зав. отделом хирургии печени Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Для корреспонденции: Куимов Александр Николаевич – E-mail: aku60@mail.ru

Mechanisms of reparative regeneration of liver are studied in experiment. Intraperitoneal injection of thioacetamide, 250 mg/kg, is shown to initiate apoptosis of centrolobular hepatocytes. The following recovery of tissue structure is completed by reactive hepatocytes. Contrary to differentiated hepatocytes, the reactive hepatocytes are able to proliferate, to engulf the apoptotic bodies, and they had no glycogen deposits. An extract of growing liver of neonatal pig is shown to stimulate quantitatively an enzymatic activity of tankyrase, decrease an activity of aminotransferases, but it did not significantly affect development of toxic injury and regeneration in terms of morphology of tissue. After serum deprivation the extract stimulated growth of hepatocytes in culture (Huh7 cell line, primary culture), this effect was dose-dependent. There was no effect of the extract on murine fibroblasts of NIH 3T3 line, human embryonic kidney cell line 293, and HeLa cells. Under experimental conditions the extract activated Ras/MAPK signaling pathway in hepatocytes, what led to stimulation of proliferation of cells of this type.

Key words: *liver regeneration, cell culture, growing liver extract.*

Возможно ли улучшение результатов лечения больных, перенесших тромбоз внутрипеченочного стента (TIPS)?

Д.В. Монахов, В.Н. Шиповский, М.Ш. Цициашвили, А.М. Саакян,
З.Б. Харсиева, 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” Минздрава РФ
ГБУЗ “Городская клиническая больница №57” (главный врач – И.А. Назарова), Москва

С момента внедрения в практику трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS) при осложнениях портальной гипертензии число работ, посвященных этой теме, постоянно увеличивается. TIPS – метод выбора при лечении кровотечения портального генеза, резистентного асцита, печеночного гидроторакса и гепатопульмонального синдрома. Наиболее частые осложнения операции TIPS – усиление печеночной энцефалопатии и дисфункция стента. При тромбозе внутрипеченочного стента возможно применение различных методов (баллонная дилатация, стентирование “стент в стент”, параллельный шунт), которым и посвящена работа.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода, портосистемное шунтирование, TIPS.

Is it Possible to Improve Results of Management in Intrahepatic Stent (TIPS) Thrombosis Patients?

D.V. Monakhov, V.N. Shipovski, M.Sh. Tsitsiashvili, A.M. Saakjan,
Z.B. Kharsieva, A.V. Pan, A.V. Yudin

Surgical diseases chair №1 (Chief – Academician of RAMSci I.I. Zatevakhin) N.I. Pirogov Russian national research medical university of RF ministry of healthcare; Municipal clinical hospital №57 (Head – I.A. Nazarova)

Since practical implementation of transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) in the management of portal hypertension and its complications the number of studies on this issue permanently increased. It has been used increasingly. TIPS is now considered the procedure of choice for management of refractory variceal bleeding, refractory ascites, hepatic hydrothorax, hepatorenal syndrome, and hepatopulmonary syndrome. The two main complications of TIPS are hepatic encephalopathy and shunt malfunction. Different modalities of the stent thrombosis management (balloon dilation, or placement of serial or parallel stents) may be required and this is the main subject of the study.

Key words: liver cirrhosis, portal hypertension, esophageal varices, portosystemic shunt, TIPS.

Д.В. Монахов – врач-хирург ГКБ №57. В.Н. Шиповский – проф. кафедры хирургических болезней №1 РНИМУ им. Н.И. Пирогова. М.Ш. Цициашвили – проф. той же кафедры. А.М. Саакян – интервенционный радиолог ГКБ №57. З.Б. Харсиева – врач УЗИ той же больницы. А.В. Пан – аспирант кафедры хирургических болезней №1 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

Результаты одномоментного лапароскопического лечения больных холецистохоледохолитиазом

Б.Д. Бобоев

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В.М. Седов) ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова» Минздрава России

Проведена сравнительная оценка результатов двухэтапного эндохирургического (1-я группа) и одноэтапного лапароскопического (2-я группа) способов лечения больных холецистохоледохолитиазом. В 1-й группе было 115 больных, во 2-й — 94. Установлено, что применение одноэтапных лапароскопических операций в лечении холецистохоледохолитиаза позволяет уменьшить частоту осложнений в среднем в 2,5 раза по сравнению с двухэтапной тактикой, а послеоперационную летальность — в 1,5 раза.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистохоледохолитиаз, лапароскопическое вмешательство, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Results of One-Step Laparoscopic Management of the Cholecystocholedocholithiasis Patients

B.J. Boboev

Chair of faculty surgery (Chief — Prof. V.M. Sedov) I.P. Pavlov Sankt-Petersburg State medical University of RF Ministry of Healthcare

A comparative evaluation of the results of two-step endosurgical (I group) and single-step laparoscopic (II group) management of common bile duct stones is carried out. 115 patients were in the I group and 94 0 in the II. It is stated, that single-step laparoscopic management of the cholecystocholedocholithiasis enables 2,5 folds decrease of postoperative morbidity and 1,5 folds mortality in comparison with two-step approach.

Key words: cholecystocholedocholithiasis, laparoscopic common bile exploration, endoscopic sphincterotomy.

Б.Д. Бобоев — канд. мед. наук, докторант кафедры факультетской хирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Для корреспонденции: Бобоев Баходур Джамшедович — 197101 Санкт-Петербург, ул. Рентгена 10, общежитие №4, комн. 329. Тел. (8965) 799-06-88. E-mail: boda75@mail.ru

Фистулография при контрастной мультidetекторной компьютерной томографии

О.И. Беленькая, А.Л. Юдин

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет»

Минздрава России

Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, Москва

Операции на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны и резекция кишки являются одними из наиболее распространенных типов хирургических операций. Частота послеоперационных осложнений и летальность достигают 24%. Мультidetекторная компьютерная фистулография – эффективный мининвазивный метод, который может служить одним из способов диагностики свищей различной этиологии и несостоятельности анастомозов в послеоперационном периоде. В ряде ситуаций метод можно использовать для первичной диагностики заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Ключевые слова: компьютерная томография, фистулография, панкреатический свищ, кишечный свищ, послеоперационные осложнения.

Fistulography in Enhanced Multidetector Computed Tomography

O.I. Belenkaya, A.L. Yudin

N.I. Pirogov Russian national research medical university, Moscow

N.I. Pirogov City clinical hospital №1, Moscow

Surgical procedures of pancreaticobiliary zone and bowel bypasses are very common operations. The rate of postoperative complications with mortality rate come to 24%. Multidetector computed fistulography is an effective and low invasive method, that can be used as one of method in diagnostics of different etiology fistulas and bowel anastomotic leaks in postoperative period. In some cases it can be used as a primary method in diagnosis of pancreaticobiliary zone diseases.

Key words: computed tomography, fistulography, biliary duct, pancreatic fistula, bowel fistula, postoperative complications.

О.И. Беленькая – врач-рентгенолог рентгеновского отделения ГКБ №1 г. Москвы, ассистент кафедры лучевой диагностики РНИМУ. А.Л. Юдин – доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой лучевой диагностики того же университета.

Для корреспонденции: Беленькая Ольга Игоревна – 109451 Москва, ул. Перерва, 62-2-262. Тел. (8-903) 732-42-91 (моб.), (499) 143-99-36 (раб.). E-mail: Olga-belenkaya@mail.ru

Профилактика послеоперационных осложнений гастропанкреатодуоденальной резекции

Р.Т. Меджидов¹, А.Г. Гасанов², А.И. Гаджакаева¹, А.З. Абдуллаева¹

¹ Клиника общей хирургии (зав. – проф. Р.Т. Меджидов) ГБОУ ВПО “Дагестанская государственная медицинская академия” Минздрава России, Махачкала

² ГБУ “Республиканский медицинский центр Госпиталь ветеранов”
(руководитель – канд. мед. наук И.М. Ибрагимов)

Представлены результаты радикального хирургического лечения 121 пациента с периапулярными опухолями. В 48 наблюдениях билио- и панкреатодигестивные анастомозы формировали на каркасных дренажах с наружным отведением желчи и панкреатического сока через микроэнтеростому на период заживления анастомозов (основная группа). В 45 наблюдениях для защиты анастомозов использовали микрохолецистостомию, назопанкреатическое дренирование, панкреатодигестивный анастомоз на “потерянном” дренаже (контрольная группа). Кроме того, в основной группе больных ушивали культю железы кисетным швом. В контрольной группе послеоперационный панкреатит выявлен в 5 (11,1%) наблюдениях, несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза – в 4 (9%), парапанкреатический абсцесс – в 3 (6,6%), несостоятельность билиодигестивного анастомоза – в 2 (4,4%), аррозивное кровотечение – в 3 (6,6%). Послеоперационная летальность составила 8,9%. В основной группе послеоперационный панкреатит развился в 1 (2%) наблюдении, других осложнений и летальных исходов не было. Продолжительность пребывания в стационаре пациентов контрольной группы составила $16,3 \pm 2,1$ дня, больных основной группы – $12,4 \pm 1,7$ дня. Формирование билио- и панкреатодигестивных анастомозов на каркасных дренажах и наружное отведение желчи и панкреатического сока, ушивание культи железы кисетным швом после установки катетера в проток поджелудочной железы предупреждают развитие осложнений и летальных исходов.

Ключевые слова: периапулярная опухоль, гастропанкреатодуоденальная резекция, несостоятельность анастомоза, послеоперационный панкреатит, каркасное дренирование.

Prophylaxis of the Pancreatoduodenectomy Postoperative Complications

R.T. Mejidov¹, A.G. Hasanov², A.I. Gajakaeva¹, A.Z. Abdullaeva¹

¹ Department of general surgery (Chief – Prof. R.T. Mejidov) Daggosmedacademia of RF Ministry of healthcare, Makhachkala

² Republican medical center Veteran Hospital (Chief – med. sci. cand. J.M. Ibragimov)

The results of curative surgery in 121 peryampullary tumor patients are presented. In 48 cases bilio- and pancreatodigestive anastomoses formed on external stents providing the bile and pancreatic juice temporary external drainage through the microenterostomy (the basic group). In 45 cases for anastomoses protection used microcholecystostomy, nazopancreatic drainage, and pancreatodigestive anastomoses on the “lost” drainage (control group). Besides in the basic group of patients pancreatic stamp closed by means of purse-string suture. In control group of patients the postoperative pancreatitis revealed in 5 (11.1%) cases; an insufficiency of pancreatodigestive anastomoses – in 4 (9.0 %); parapancratic abscess in – 3 (6.6 %) cases; insufficiency of biliodigestive anastomoses – in 2 (4.4 %); arrozive bleeding in 3 (6.6 %). The postoperative mortality came to 8.9%. In the basic group pancreatitis appeared in 1 (2%) case without any other complications and mortality. The median hospital stay in control group came to 16.3 ± 2.1 days, and in basic – 12.4 ± 1.7 days. Application of bilio- and pancreatodigestive anastomoses on external stents providing the bile and pancreatic juice temporary external drainage, pancreatic stamp closure by means of purse-string suture after pancreatic duct stenting protects from complications and fatal outcomes.

Key words: peryampullary tumor, pancreatoduodenectomy, insufficiency of anastomoses, postoperative pancreatitis, stenting.

Р.Т. Меджидов – доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой общей хирургии, проректор по лечебной работе Дагестанской государственной медицинской академии. *А.Г. Гасанов* – ординатор хирургического отделения РМЦ ГВ. *А.И. Гаджакаева* – канд. мед. наук, ассистент кафедры общей хирургии Дагестанской государственной медицинской академии. *А.З. Абдуллаева* – канд. мед. наук, докторант той же кафедры.

Для корреспонденции: Гасанов Ахмед Гаджиевич – 367000 Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Магомеда Гаджиева, 31, ГБУ РМЦ ГВ. Тел. (8722) 68-31-65, (8-903) 498-00-50 (моб.). E-mail: rmcgv@mail.ru

Формирование тканевого отграничительного барьера в забрюшинной клетчатке при панкреонекрозе

*В.Г. Лубянский¹, В.М. Быков¹, А.М. Яцын², Д.Н. Устинов²,
А.Н. Жариков¹, А.Р. Алиев¹, Г.А. Арутюнян¹*

¹ ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» (ректор – проф. В.М. Брюханов)
Минздрава России

² КГБУЗ «Городская больница №1» (главный врач – канд. мед. наук В.А. Бомбизо), Барнаул

На основании анализа результатов хирургического лечения, динамического обследования и изучения больных панкреонекрозом (более 500 пациентов) разработана концепция ведущей роли физиологических механизмов тканевого отграничения в сохранении асептичности (инкапсуляции) очагов некроза в поджелудочной железе и эффективном отграничении, локализации гнойного процесса при инфицированных формах. Экспериментами (in vitro и in vivo) доказана возможность создания стойкого фибринового барьера в парапанкреатической клетчатке в условиях ферментативного инфильтрата, обоснована и разработана технология его формирования с применением криопреципитата плазмы. Применение в хирургии панкреонекроза разработанного метода искусственного формирования отграничительного фибринового барьера объективно сопровождалось локализацией гнойно-воспалительного процесса в забрюшинной клетчатке с хорошими клиническими результатами.

Ключевые слова: панкреонекроз, тканевой фибриновый барьер, криопреципитат плазмы.

The Tissue Barrier Formation in the Retroperitoneal Tissue in Necrotizing Pancreatitis

*V.G. Lubyanski¹, V. M. Bikov¹, A.M. Yatsin², D.N. Ustinov²,
A.N. Zharikov¹, A.R. Aliev¹, G.A. Arutyunyan¹*

¹ Altai State Medical University (Rector – Prof. V.M. Bryukhanov) Ministry of healthcare RF

² Municipal Clinical Hospital №1 (Head – V.A. Bombizo, Barnaul

Based on the analysis of the results of surgical treatment, dynamic observations and studies in (more than 500) necrotizing pancreatitis patients a concept is developed about the leading role of the tissue demarcation physiological mechanisms in maintaining aseptic (encapsulation) of foci of necrosis in the pancreas and an effective delimitation, suppurative processes in the infected forms. Experiments (in vitro and in vivo) demonstrated the possibility of a stable fibrin barrier parapancreatic tissue in enzymatic infiltration, validated and developed the technology of its formation by means of cryoprecipitate plasma. Application of the developed method artificial fibrin barrier objectively accompanied by localization of purulent-inflammatory process in the retroperitoneal fat tissue and good clinical results.

Key words: necrotizing pancreatitis, tissue fibrin barrier, plasma cryoprecipitate.

В.Г. Лубянский – доктор мед. наук, зав. кафедрой госпитальной хирургии Алтайского государственного медицинского университета Минздрава России. *В.М. Быков* – ассистент кафедры госпитальной хирургии того же университета. *А.М. Яцын* – канд. мед. наук, зав. 1-м хирургическим отделением городской больницы №1, Барнаул. *А.Н. Жариков* – ассистент кафедры госпитальной хирургии Алтайского государственного медицинского университета Минздрава России. *Д.Н. Устинов* – врач-ординатор 1-го хирургического отделения городской больницы №1, Барнаул. *А.Р. Алиев* – доцент кафедры госпитальной хирургии Алтайского государственного медицинского университета Минздрава России. *Г.А. Арутюнян* – аспирант той же кафедры.

Для корреспонденции: Жариков Андрей Николаевич – (8-3852) 68-95-74. E-mail: zhar67@mail.ru

Обзор литературы

Рак поджелудочной железы – современные взгляды на проблему

М.Ю. Кабанов, И.А. Соловьев, К.В. Семенов, С.В. Амбарцумян, Д.М. Яковлева
Кафедра военно-морской и госпитальной хирургии (начальник – доктор мед. наук М.Ю. Кабанов)
Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Минобороны РФ, Санкт-Петербург

Pancreatic Cancer – Modern Point of View

M.Yu. Kabanov, I.A. Solovjov, K.V. Sementsov, S.V. Ambartsumjan, D.M. Yakovleva
Chair of naval and hospital surgery (Head – doc. med. sci. M.Yu. Kabanov) S.M. Kirov military medicine
academy, Sankt-Petersburg

М.Ю. Кабанов – доктор мед. наук, начальник кафедры военно-морской и госпитальной хирургии ВМА им. С.М. Кирова. *И.А. Соловьев* – доктор мед. наук, заместитель начальника кафедры военно-морской и госпитальной хирургии той же академии. *К.В. Семенов* – канд. мед. наук, начальник отделения клиники кафедры военно-морской и госпитальной хирургии той же академии. *С.В. Амбарцумян* – старший ординатор клиники кафедры военно-морской и госпитальной хирургии той же академии. *Д.М. Яковлева* – канд. мед. наук, ассистент кафедры военно-морской и госпитальной хирургии той же академии.

Для корреспонденции: Семенов Константин Валерьевич – Тел. (+7-911) 825-47-62.
E-mail: konstantinsementsov@gmail.com

Клинические наблюдения

Расширенная резекция печени с предварительной эмболизацией левой ветви воротной вены при альвеококкозе

Б.Н. Котив, И.И. Дзидзава, С.А. Алентьев, Д.П. Кашкин, А.А. Кочаткова, А.В. Слободяник

Кафедра и клиника госпитальной хирургии (начальник – проф. Б.Н. Котив)

ФГБВОУ ВПО “Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова” Минобороны РФ, Санкт-Петербург

Extended Liver Resection with the Left Portal Branch Preliminary Embolization in Alveococcosis

B.N. Kotiv, I.I. Dzidzava, S.A. Alentjev, D.P. Kashkin, A.A. Kochatkova, A.V. Slobodjanik

Chair and Clinic of Hospital Surgery (Chief – Prof. B.N. Kotiv)

S.M. Kirov military medical academy MA RF, Sankt-Petersburg

Б.Н. Котив – доктор мед. наук, проф., полковник медицинской службы, нач. кафедры и клиники госпитальной хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. *И.И. Дзидзава* – доктор мед. наук, полковник медицинской службы, зам. начальника кафедры госпитальной хирургии той же академии. *С.А. Алентьев* – доктор мед. наук, подполковник медицинской службы, доцент кафедры общей хирургии той же академии. *Д.П. Кашкин* – канд. мед. наук, подполковник медицинской службы, начальник хирургического отделения кафедры госпитальной хирургии той же академии. *А.А. Кочаткова* – канд. мед. наук, ассистент той же кафедры. *А.В. Слободяник* – капитан медицинской службы, адъюнкт той же кафедры.

Для корреспонденции: Слободяник Александр Валерьевич – 194044 г. Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 23а, кафедра и клиника госпитальной хирургии ВМА им. С.М. Кирова. Тел. (+7-812) 292-33-27 (раб.), (+7-963) 318-12-13 (моб.). E-mail: bodya2@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

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” Минздрава РФ.

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

Юбилей

**Александр Георгиевич Шерцингер
К 70-летию со дня рождения**

*Alexabdr Georgievich Shertsinger
To 70th Anniversary*

**Хотам Турсунович Нишанов
К 60-летию со дня рождения**

*Khotam Tursunovich Nishanov
To 60th Anniversary*

Некролог

**Памяти профессора
Александра Евгеньевича Борисова**

Aleksandr Evgenjevich Borisov

Хроника

**Резолюция XIX Международного конгресса
хирургов-гепатологов стран СНГ,
19–21 сентября 2012 г., Иркутск**

*Resolution of XIX International Congress
of Surgeon-Hepatologists of SIS Countries
19–21 September 2012, Irkutsk*