

Спиральная компьютерная томография: возможности различных поколений томографов в определении нормальной сосудистой анатомии печени. Часть 2. Анатомия эфферентных сосудов печени

*М.Г. Ефанов, В.А. Вишнеvский, Г.Г. Кармазановский, Р.З. Икрамов,
В.С. Широков, Е.В. Кондратьев, О.Г. Пугачева, И.А. Козырин
ФГУ “Институт хирургии им. А.В. Вишнеvского Росмедтехнологий”
(директор – акад. РАМН В.Д. Федоров)*

Разработка мультиспиральных компьютерных томографов высокого разрешения, позволяющих выполнять трехмерную реконструкцию исследуемого объекта, привела к существенному улучшению качества определения сосудистой анатомии печени. Исследованы особенности нормальной анатомии печеночных вен в области каваьных ворот у 200 пациентов. Основным условием отбора пациентов было отсутствие влияния на сосудистую анатомию печени очаговых образований или отсутствие поражения печени. В 1-й группе 100 больных обследовали на спиральном компьютерном томографе, во 2-й группе, также включавшей 100 пациентов, исследование проводили на мультиспиральном томографе. Изучали аксиальные изображения, полученные в венозную фазу исследования. Во 2-й группе при обнаружении отклонений от типичной анатомии печени по данным двухмерных аксиальных изображений для проверки полученной информации выполняли мультипланарную реконструкцию, позволяющую получить точное представление о синтопии сосудов. Изучена частота наиболее распространенных вариантов нормальной анатомии эфферентных сосудов печени. При определении вариантов нормальной анатомии магистральных печеночных вен различий между аксиальными и мультипланарными изображениями не получено. Изучены особенности строения терминальных отделов средней и левой печеночных вен применительно к возможности их внепеченочной атравматичной изоляции. Аксиальные изображения, полученные на спиральном и мультиспиральном томографе, не уступают по информативности мультипланарной реконструкции.

Ключевые слова: мультиспиральная компьютерная томография, нормальная анатомия, мультипланарная реконструкция, венозное кровоснабжение печени, печеночные вены.

Spiral Computed Tomography: Possibilities of Different Generation Tomographs in Definition of Normal Vascular Anatomy of the Liver. Part 2. Anatomy of Efferent Liver Vessels

*M.G. Efanov, V.A. Vishnevski, G.G. Karmazanovski, R.Z. Ikramov,
V.S. Shirokov, E.V. Kondratjev, O.G. Pugacheva, I.A. Kozyrin
A.V. Vishnevski institute of Surgery (Director – Academician of RAMSci V.D. Fedorov)*

Ефанов М.Г. – к. м. н., ст. н. с. отделения хирургии печени и поджелудочной железы Института хирургии им. А.В. Вишнеvского. *Вишнеvский В.А.* – д. м. н., проф., рук. отделения хирургии печени и поджелудочной железы того же института. *Кармазановский Г.Г.* – д. м. н. проф., рук. отделения лучевой диагностики того же института. *Икрамов Р.З.* – д. м. н., вед. н. с. отделения хирургии печени и поджелудочной железы того же института. *Широков В.С.* – клинический ординатор отделения лучевой диагностики того же института. *Кондратьев Е.В.* – клинический ординатор того же отделения того же института. *Пугачева О.Г.* – м. н. с. того же отделения того же института. *Козырин И.А.* – аспирант отделения хирургии печени и поджелудочной железы того же института.

Переписка: Ефанов Михаил Германович - тел. (495) 236-53-42, e-mail: efanov@ixv.comcor.ru.

Creation of high deficiency multispiral computed tomographs enabling to carry out three-dimension reconstruction of studied object significantly improved variants of vascular anatomy assessment quality. Individual peculiarities of hepatic artery, portal vein and glissonian hepatic porta normal anatomy is studied in 200 patients. Main requirement of patients choice was absence of liver mass influence on the liver vascular anatomy or their absence at all. The I group included 100 patients investigated on the spiral computed tomography and the II – also 100 patients studied on multispiral one. Axial image, received in arterial and venous phases of investigation was assessed. In cases of deviation from normal liver vascular anatomy in the II group was carried our multispiral reconstruction, enabling creation of more precise imagination to confirm received information. The rate of the most widespread variants of the normal anatomy of the hepatic efferent vessels is studied. No difference was noted in assessment of variants of hepatic veins normal anatomy between axial and multispiral imaging. Peculiarities of terminal left and median hepatic veins and and possibilities of their extrahepatic atraumatic isolation is studied. Axial imaging achieved on spiral and multispiral CT does not yield to multispiral computed tomography reconstruction in informativeness.

Key words: *multispiral computed tomography, normal anatomy, venous blood supply of the liver, hepatic veins.*

Значение комплексного УЗИ в диагностике недостаточности кровоснабжения печеночного трансплантата

*Л.В. Донова, О.И. Андрейцева, С.В. Журавель, А.В. Чжао
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (директор – проф. М.Ш. Хубутия), Москва*

Для определения роли УЗИ в диагностике нарушений кровоснабжения печеночного трансплантата ретроспективно проанализированы исходы 87 ортотопических трансплантаций. Различные виды нарушения кровотока в системе воротной и нижней полой вен отмечены у 22,3% реципиентов. Ранний тромбоз печеночной артерии, воротной вены, синдром артериального селезеночного обкрадывания выявляли с одинаковой частотой у 1,1% больных. У 2,3% реципиентов диагностированы поздний тромбоз печеночной артерии и тромбоз воротной вены без ее окклюзии. У 4,6% реципиентов обнаружен стеноз печеночной артерии и развитие постспленэктомического синдрома, а у 7% – стеноз воротной вены. Динамическое комплексное УЗИ способствует правильной интерпретации особенностей нарушений гемодинамики печеночного трансплантата, своевременному выявлению осложнений и прогнозированию исхода ОТП.

Ключевые слова: ортотопическая трансплантация печени, перфузия печеночного трансплантата.

Role of Complex US in the Diagnosis of the Liver Graft Blood Supply Insufficiency

*L.V. Donova, O.I. Andreitseva, S.V. Zhuravel, A.V. Zhao
N.V. Sklifosovski Scientific Research Institute of Emergency (Director – Prof. M. SH. Khubutia) Moscow*

Aiming US role definition in the diagnosis of the liver graft blood supply disturbances 87 orthotopic liver transplantation (OLT) outcomes are retrospectively analyzed. Different types of portal and inferior vena cava blood flow disturbances were registered in 22.3% recipients. Early thrombosis of hepatic artery, portal vein, splenic arterial steal syndrome were revealed with similar frequency in 1.1% patients. 2.3% of recipients displayed delayed hepatic artery and portal vein thrombosis without occlusion. 4.6% recipients had hepatic artery stenosis accompanied with postsplenectomy syndrome and 7% – portal vein stenosis. Dynamic complex US enables perfect interpretation of the liver graft hemodynamic disturbances and timely revealing of complications and OLT outcome prognosis.

Key words: orthotopic liver transplantation, liver graft perfusion.

Наружное желчеистечение при различных способах холецистэктомии: диагностика и лечение

А.Г. Бебуришвили, Е.Н. Зюбина, А.Н. Акинчиц, Ю.И. Веденин

Кафедра факультетской хирургии (зав. – проф. А.Г. Бебуришвили) Волгоградского государственного медицинского университета; ГУ “Волгоградский научный центр (директор – акад. РАМН В.И. Петров) РАМН и администрации Волгоградской области”

Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 9923 больных калькулезным холециститом. Пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа – больные, перенесшие лапароскопическую холецистэктомию (n = 5352); 2-я группа – пациенты, которым выполнена холецистэктомию из мини-доступа (n = 267); III группа, контрольная, – больные, у которых произведена традиционная холецистэктомию (n = 4304). Частота желчеистечения в 1-й группе составила 0,82%, во 2-й – 2,62%, в 3-й – 0,53% ($\chi^2 = 6,95$; $p < 0,05$). Источником желчеистечения I и II степени в 34,7% наблюдений был дополнительный проток ложа желчного пузыря ($r = 0,797$ и $0,861$ соответственно). Желчеистечение III степени обусловлено ятрогенной травмой магистральных желчных протоков. При желчеистечении I степени и отсутствии признаков перитонита и интоксикации проводили динамическое наблюдение. При желчеистечении II и III степени выполняли повторные вмешательства: лапароскопию и лапаротомию. Разработанная тактика позволила улучшить результаты лечения и уменьшить время стационарного пребывания пациентов с развившимся после холецистэктомии желчеистечением.

Ключевые слова: холецистэктомию, желчнокаменная болезнь, желчеистечение, повреждение внепеченочных желчных протоков, aberrантные желчные протоки.

Biliary Leakage after Different Types of Cholecystectomy: Diagnostics and Treatment

A.G. Beburishvili, E.N. Zubina, A.N. Akinchits, Y.I. Vedenin

Chair of faculty surgery (Chief – Prof. A.G. Beburishvili) of Volgograd State medical university; Volgograd scientific center (Director – Academician of RAMSci V.I. Petrov) of RAMSci and Volgograd regional administration

A retrospective analysis of the results surgical treatment of 9923 patients with calculous cholecystitis is presented. The patients were divided into three groups: I - patients who underwent laparoscopic cholecystectomy (n = 5352), II – patients after cholecystectomy through mini access (n = 267), III control group – patients after traditional cholecystectomy (n = 4304). Rate of the biliary leakage after laparoscopic cholecystectomy came to 0.82%, after cholecystectomy through mini access – to 2.62%, after traditional cholecystectomy – to 0.53% ($\chi^2 = 6.95$; $p < 0.5$). Accessory bile ducts caused bile leakage of I and II grade in 34.7% of cases ($r = 0.797, 0.861$ respectively). III grade biliary leakage was caused by magistral bile duct iatrogenic injury. In cases of I grade biliary leakage without signs of peritonitis and intoxication dynamic control of patients was performed. Repeated laparoscopy or laparotomy was carried out in II and III grade biliary leakage patients. Developed strategy enabled to improve outcome and reduce the length of hospital stay of patients with biliary leakage after cholecystectomy.

Key words: cholecystectomy, gallstone disease, bile leakage, bile duct injury, accessory bile ducts, aberrant bile ducts.

Рентгенохирургическое лечение синдрома Миризи у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска

О.И. Охотников, С.Н. Григорьев, М.В. Яковлева

Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГМУ

“Курская областная клиническая больница” (главный врач – к. м. н. М.А. Кожухов)

Проанализированы результаты лечения 10 больных с синдромом Миризи. У 9 пациентов выявлены тяжелые сопутствующие заболевания. Острая форма синдрома Миризи диагностирована у 2 больных, хроническая – у 8. В диагностике решающее значение имело прямое антеградное контрастирование желчных протоков – чрескожная чреспеченочная холангиография и чрескожная чреспеченочная или трансабдоминальная холецистография. Комбинированная антеградная холангио- и холецистография при чрескожном дренировании позволила подтвердить заподозренный при УЗИ синдром Миризи у 4 пациентов и правильно диагностировать его еще у 4. В 9 наблюдениях выполнена этапная механическая или пневматическая литотрипсия и литэкстракция из модифицированной микрохолецисто- и (или) микрохолангиостомы 24–26 Fr. При острой форме синдрома Миризи литотрипсия и литэкстракция были успешно проведены чреспузырно. При хронической форме конкременты общего печеночного и желчного протоков последовательно разрушены и удалены у 3 пациентов через билиблиарный свищ чреспузырно, у 4 пациентов – комбинированным способом через холангио- и холецистостому большого диаметра. Продолжительность дренирования крупным дренажом в среднем составила 19 дней (7–38 сут). Традиционным способом оперирована 1 больная. Рентгенохирургические методы позволяют улучшить результаты лечения пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском и избежать летального исхода.

Ключевые слова: синдром Миризи, холангиолитиаз, механическая желтуха, чрескожная чреспеченочная холангиография, холангиостомия, литотрипсия, литэкстракция, наружное дренирование, рентгенохирургические методы.

Radiosurgical treatment of Mirizzi Syndrome in High Anesthesiological Risk Patients

O.I. Okhotnikov, S.N. Grigoriev, M.V. Yakovleva

Department of the radiosurgery methods of diagnosis and therapy, Kursk regional clinical hospital

(Head – Med. Sci. Cand. M.A. Kozhukhov)

Results of of Mirizzi syndrome management in 10 patients are analyzed. Severe accompanying diseases were found in 9 of them. Acute type of Mirizzi syndrome was discovered in 2 patients, chronic type - in 8. As a main diagnostic tool considered antegrade contrast investigation of biliary system, realized by percutaneous transhepatic cholangiography and percutaneous transhepatic or transabdominal cholecystography. Combined antegrade cholangio- and cholecystography during insertion of percutaneous drainages allowed to confirm Mirizzi syndrome in 4 patients which was proposed on US investigation and confirm diagnosis in another 4 patients. Mechanical or pneumatic lithotripsy during interventional radiology manipulation through 24–26 Fr in diameter approaches modified through microcholecysto- and (or) microcholangiostomy was fulfilled in 9 cases. Lithotripsy and lithoextraction were successfully carried out through transvesical approach in acute type of Mirizzi syndrome patients. In case of chronic type common bile duct stones were

Охотников О.И. – д. м. н., проф. кафедры хирургических болезней № 1 ГОУ ВПО “Курский государственный медицинский университет”, зав. отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГМУ “Курская областная клиническая больница”. Григорьев С.Н. – к. м. н., врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГМУ “Курская областная клиническая больница”. Яковлева М.В. – к. м. н., доцент кафедры хирургических болезней № 1 ГОУ ВПО “Курский государственный медицинский университет”.

Переписка: Охотников Олег Иванович – 305047, г. Курск, ул. Ольшанского д. 26а, кв. 75, тел. 8 (4712) 32-39-70, 8-910-740-20-92, e-mail oh@fitmail.ru.

destroyed and removed through transvesical approach in 3 patients and by means of combined approach through cholangiostomy and large diameter cholecystostomy in 4 patients. Average duration of gall bladder and common bile duct drainage came to 19,4 days. One patient underwent traditional surgery. Minimal invasive methods of interventional radiology enable to improve the results of Mirizzi syndrome management in high anesthesiological risk patients and to avoid mortality.

Key words: *Mirizzi syndrome, cholangiolithiasis, obstructive jaundice, percutaneous transhepatic cholangiography, cholangiostomy, lithotripsy, lithoextraction, external drainage, radiosurgical tools.*

Применение окситоцина при экспериментальном холангите

А.А. Третьяков, А.А. Стадников, А.М. Чумаков

Кафедра хирургии ФППС (зав. — проф. А.А. Третьяков); кафедра гистологии, цитологии, эмбриологии (зав. — проф. А.А. Стадников) Оренбургской государственной медицинской академии (ректор — проф. С.А. Павловичев)

В эксперименте на 48 крысах самцах изучены репаративные процессы в печени, желчевыводящих протоках при остром гнойном холангите в условиях экзогенного введения окситоцина. Методом иммунной цитохимии определяли про- и антиапоптотический белок p53 и Bcl2. Модель острого гнойного холангита создавали на фоне механической желтухи инфицированием желчных протоков *E. coli*. На протяжении 3–10 сут у экспериментальных животных, не получавших лечения, отмечали нарастание атрофических и гнойно-некротических процессов в паренхиме печени, приобретающих генерализованный характер. При изучении объектов из области гнойно-некротического поражения печени и внепеченочных желчных протоков животных, в комплексном лечении которых применялся окситоцин, отмечено уменьшение выраженности некробиотических изменений паренхимы и протоков. Наблюдали усиление васкулогенеза в демаркационных зонах, где интенсивно развивалась малодифференцированная соединительная ткань, постепенно заполнявшая и отграничивавшая некротизированные участки печени. На 7-е сутки в новообразованной грануляционной ткани происходили процессы вторичной функциональной дифференцировки клеток. Установлено, что окситоцин создает необходимые условия для адекватной реализации структурами органа своих гистобластических и регенераторных способностей.

Ключевые слова: механическая желтуха, экспериментальный гнойный холангит, апоптоз, p53, Bcl 2, окситоцин, некроз гепатоцитов, иммуноцитохимическое исследование.

Oxitocin Application in Experimental Cholangitis

A.A. Tretjakov, A.A. Stadnikov, A.M. Chumakov

Chair of surgery of PSF (Chief — Prof. A.A. Tretyakov); chair of histology, cytology, embryology (Chief — Prof. A.A. Stadnikov), Orenburg State Medical Academy (Rector — Prof. S.A. Pavlovichev)

Reparative changes of the liver and bile ducts in cholangitis under influence of exogenous oxitocin introduction is studied. Pro- and antiapoptosis proteins p53 and Bcl2 are assessed by means of immune cytochemical assay. Experimental cholangitis induced injecting *E. coli* into the obstructed bile ducts. Development of generalized atrophic and purulent-necrotic processes in the liver parenchyma were studied during 3–10 days in experimental animals receiving no therapy. In samples of the liver of the animals receiving a complex therapy including oxitocin decreased manifestation of liver and bile duct necrobiotic changes was noted. Increased vasculogenesis in the demarcation zones, were lowdifferentiated connective tissue developed gradually replacing and delimiting necrotizing zones of the liver. On the 7th day in the new formed granulation tissue developed secondary functional differentiation processes. It is stated, that oxitocin creates necessary condition for the organ structure hystoblastic and regenerative capacities adequate realization.

Key words: obstructive jaundice, experimental cholangitis, apoptosis, p53, Bcl2, oxitocin, hepatocyte necrosis, immunocytochemistry assay.

Третьяков А.А. — д. м. н., проф., зав. кафедрой хирургии ФППС Оренбургской государственной медицинской академии. Стадников А.А. — д. м. н., проф., зав. кафедрой гистологии, цитологии, эмбриологии той же академии. Чумаков А.М. — аспирант кафедры хирургии ФППС Оренбургской государственной медицинской академии.

Переписка: Третьяков Анатолий Андреевич — деканат ФППС Оренбургской государственной медицинской академии — г. Оренбург, ул. Советская, д. 6.

Несостоятельность швов билиодигестивного анастомоза

К.М. Курбонов, Н.М. Даминова, Д.А. Абдуллоев

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. — член-корр. АН РТ К.М. Курбонов) ТГМУ, Душанбе, Республика Таджикистан

Проанализированы результаты комплексной диагностики и лечения 64 пациентов с несостоятельностью билиодигестивного анастомоза. Установлено, что ведущим методом ранней диагностики несостоятельности являются динамическое УЗИ и лапароскопия. Для лечения 25 пациентов эффективно использовали консервативные методы. 34 пациента были подвергнуты релапаротомии, 5 пациентов оперировано лапароскопически. На основании анализа причин несостоятельности БДА, а также полученного опыта разработаны и предложены соответствующие методы профилактики и лечения.

Ключевые слова: билиодигестивный анастомоз, несостоятельность, арефлюксная холедоходуоденостомия.

Biliodigestive Anastomosis Suture Insufficiency

K.M. Kurbonov, N.M. Danimova, J.A. Abdulloev

Surgical chair № 1 (Chief – Corresponding member of TASci K.M. Kurbonov) TSMU, Dushanbe, Republic Tajikistan

Results of diagnostics and management of 64 patients with biliodigestive anastomosis insufficiency are analyzed. It is noted, that leading method of the biliodigestive anastomosis insufficiency early diagnostics is a dynamic US and laparoscopy. 34 patients were subject to relaparotomy, 5 laparoscopy interference. On the bases of suture insufficiency reasons analysis and acquired experience corresponding methods of prophylaxis and management are elaborated and offered.

Key words: biliodigestive anastomosis, leakage, clinical picture, peritonitis, laparoscopy.

Курбонов К. М. — д. м. н., член-корр. АН РТ, зав. кафедрой хирургических болезней № 1 Таджикского государственного медицинского университета, Душанбе. Даминова Н. М. — к. м. н., ассистент той же кафедры. Абдуллоев Д. А. — к. м. н., доцент кафедры общей хирургии № 2 того же университета.

Переписка: Курбонов Каримхон Муродович — 735003 Республика Таджикистан, Душанбе, пр. Рудаки, д. 106, кв. 86, тел. (992-37) 227-74-96, e-mail: murod_kurbonov@rambler.ru.

Возможные факторы патогенеза острого калькулезного холецистита

А.В. Бородач, В.А. Бородач

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. С.Г. Штофин) Новосибирского государственного медицинского университета (ректор — проф. И.О. Маринкин); МУЗ “Городская клиническая больница № 1” (главный врач — В.Ф. Коваленко), Новосибирск

Перспективному исследованию подвергли 1232 больных острым калькулезным холециститом. Проведено рандомизированное бактериологическое и биохимическое изучение пузырной желчи, результатов ЭГДС с биопсией у 48 больных острым флегмонозным холециститом, у 17 больных острым гангренозным холециститом и у 12 больных острым катаральным калькулезным холециститом. Установлено, что на момент хирургического вмешательства время заболевания у пациентов острым флегмонозным холециститом составило $54,5 \pm 28,8$ ч, при острым гангренозном холецистите — $48,1 \pm 32,6$ ч ($p > 0,1$); при острым катаральным холецистите — $65,7 \pm 36,2$ ч ($p > 0,1$). Больные острым гангренозным холециститом были достоверно старше по сравнению с больными острым флегмонозным холециститом. При острым гангренозном холецистите достоверно чаще выявляли хронический атрофический гастрит, в том числе с тонкокишечной метаплазией (88,23 и 35,42% соответственно; $p < 0,001$). Различия общей контаминации в группах с катаральным острым флегмонозным и острым гангренозным холециститом строго статистически достоверны ($p < 0,001$). При сопоставлении биохимического состава пузырной желчи установлено, что у больных острым гангренозным холециститом концентрация общего билирубина меньше в 2,8 раза ($p < 0,001$), концентрация желчных кислот — в 1,77 раз ($p < 0,05$) по сравнению с желчью больных острым флегмонозным холециститом. Одновременное изучение биохимического состава и общей контаминации пузырной желчи и состояния слизистой желудка по разработанному методу позволили разработать схему патогенеза, определяющую клинико-морфологическую форму острого холецистита.

Ключевые слова: острый калькулезный холецистит, бактериологическое исследование желчи, биохимическое исследование желчи, уровень контаминации желчи, атрофический гастрит, кишечная метаплазия.

Possible Factors of Pathogenesis of Acute Cholecystitis

A.V. Borodach, V.A. Borodach

General surgery chair (Chief — Prof. S.G. Shtofin) Novosibirsk State Medical University (Rector — Prof. I.O. Marinkin); Municipal clinical hospital №1 (Head — V.F. Kovalenko), Novosibirsk

A prospective study of 1232 acute gallstone cholecystitis patients is carried out. A randomized bacteriological and biochemical investigation of gallbladder bile, gastroduodenoscopy with biopsy in 48 acute phlegmonous cholecystitis patients, 17 acute gangrenous cholecystitis patients, and 12 acute superficial cholecystitis patients is performed. It is shown that the middle duration of the disease in the acute phlegmonous cholecystitis patients was $54,5 \pm 22,8$ h, in the acute gangrenous cholecystitis patients — $48,1 \pm 32,6$ h ($p > 0,1$), and in the acute superficial cholecystitis patients — $65,7 \pm 36,2$ h ($p > 0,1$). The acute gangrenous cholecystitis patients were significantly older than the acute phlegmonous cholecystitis patients ($63,1 \pm 14,6$ years and $57,3 \pm 16,2$ years, respectively; $p < 0,05$). In the acute gangrenous cholecystitis patients the chronic atrophic gastritis including one with the type 1 of the gastric intestinal metaplasia, was determined more frequently (88,23% and 35,42% respectively, $p < 0,001$). Significant difference between the general bacterial contamination level among the acute superficial cholecystitis group, the acute phlegmonous cholecystitis group, and the acute gangrenous cholecystitis group is revealed ($p < 0,001$). Gallbladder bile total bilirubin level was as 2,8 times as lower than in the acute gangrenous cholecystitis patients ($158,1 \pm 97,4$ and $442,5 \pm 127,2$ micromol/L, respectively; $p < 0,001$); the gallbladder bile cholates level was as 1,77 times lower ($26,19 \pm 11,75$ and $46,26 \pm 15,42$ mmol/L; $p < 0,05$). A simultaneous study of the chemical composition and the level of the bacterial growth, stomach mucous condition after the original method let us to concern the data and to make a new concept of the disease for the clinical and morphologic forms development.

Key words: acute calculouse cholecystitis, bile bacteriology, bile biochemistry, bile contamination level, atrophic gastritis, gut metaplasia.

С.Г. Бородач А.В. — д. м. н., рук. хирургической клиники ГКБ № 2, доцент кафедры общей хирургии Новосибирского государственного медицинского университета. Бородач В.А. — д. м. н., рук. хирургической клиники ГКБ № 1, проф. кафедры общей хирургии Новосибирского государственного медицинского университета.

Переписка: Бородач Андрей Вячеславович — 630088 Новосибирск, ул. Петухова, 56–34, тел. +(383) 373-01-15, e-mail: aborodach@gmail.com.



Ультрасруктурные и иммунологические изменения печени при механической желтухе и гнойном холангите. Выбор хирургического лечения

В.В. Паршиков, С.Г. Измайлов, Е.И. Яковлева,

В.В. Немов, В.П. Градусов, А.А. Самсонов, В.В. Петров

Нижегородская государственная медицинская академия (ректор – проф. Б.Е. Шахов); Институт ФСБ России (нач. – генерал-майор С.А. Паршин); МЛПУ “Городская больница № 35” (главный врач – В.Г. Мелехин), Нижний Новгород

Изучены изменения, происходящие в печени человека при механической желтухе, определены основные клинико-морфологические варианты обтурационного холестаза. Анализу подвергли результаты лечения 621 пациента с механической желтухой. Выделено 4 группы больных: в 1-ю группу включили больных с острым билиарным блоком, во 2-ю – больных с длительной интенсивной желтухой без манифестной печеночной недостаточности, в 3-ю – пациентов с манифестной печеночной недостаточностью, в IV – больных с желтухой небольшой интенсивности. Определена роль иммунохимических тестов (ферритин и др.). Морфологически обоснована активная хирургическая тактика при остром билиарном блоке. Показано, что при уровне продуктов деградации фибриногена более 40 мг/л высока вероятность кровотечения. Установлено, что при показателе ферритина 8000 нг/мл морфологически детерминирована высокая вероятность фатальных осложнений. На 1-м этапе лечения выполнение декомпрессии желчных протоков обязательно. Во всех остальных наблюдениях применение этапного хирургического лечения не оказывает позитивного влияния на результаты. Применение ксимедона (мембранопротектор, гепатопротектор, стимулятор регенерации) позволяет расширить возможности хирургического лечения.

Ключевые слова: обтурационный холестаз, механическая желтуха, ферритин, изменения печени, электронная микроскопия, иммунохимические тесты, ксимедон.

Ultrastructural and Immunological Changes of the Liver in Obstructive Jaundice and Purulent Cholangitis. Choice of Surgical Treatment

V.V. Parshikov, S.G. Izmaylov, E.I. Yakovleva,

V.V. Nemov, V.P. Gradusov, A.A. Samsonov, V.V. Petrov

Nizni Novgorod State Medical Academy (Rector – Prof. B.E. Shakhov); Russian FBS institute (Chief – Major-General S.A. Parshin); Municipal Hospital № 35 (Head – V.G. Melekhin), Nizni Novgorod

Changes of the human liver in obstructive jaundice are studied and the basic clinical – morphological variants of cholestasis are revealed. The results of 621 obstructive jaundice patients treatment are analyzed. The patients were divided in four groups. The I group included patients with acute biliary obstruction. The II – the patients with intensive long jaundice without liver insufficiency. The III – the patients with intensive long-lasting jaundice and manifested liver insufficiency. The III – the patients with mild jaundice. The role of the tests, such as: serum ferritin, myoglobin, fibrinogen degradation products essay in choice of surgical treatment was established. By fibrinogen degradation products level of 40 mg/l in serum postoperative bleeding risk is high. Acute biliary block in 48 hours drove to severe changes of mitochondrial membranes. Acute biliary block is indication for immediate operation. By level 8000 ng/ml and over of serum ferritin the operation risk is morphologically determined (karyolysis, mitochondrial destruction, cytoplasmalasis) and extreme high. Preoperative external biliary drainage is mandatory. In other situations decompression on the first stage of treatment is not mandatory. Application of Ximedon (the membrane protector, hepatoprotector and stimulator of reganaration) can increase possibilities of the surgical treatment.

Key words: obstructive jaundice, serum ferritin, liver changes, electronic microscopy, immunechemical tasts, Ximedon.

Паршиков В.В. – д. м. н., проф. кафедры госпитальной хирургии им. Б.А. Королева Нижегородской государственной медицинской академии. *Измайлов С.Г.* – д. м. н., проф., начальник кафедры хирургических болезней Института ФСБ России. *Яковлева Е.И.* – зав. отделом электронной микроскопии Центральной научно-исследовательской лаборатории Нижегородской государственной медицинской академии. *Немов В.В.* – к. б. н., зав. лабораторией иммунохимии Нижегородского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии. *Градусов В.П.* – зав. хирургическим отделением МЛПУ “Городская больница № 35”. *Петров В.В.* – клинический ординатор Нижегородской государственной медицинской академии.

Переписка: Паршиков Владимир Вячеславович – 603136, Нижний Новгород, ул. Рокоссовского, д. 17, кв. 26, тел. (831) 417-69-23, e-mail: pv1610@mail.ru

Выбор способа дренирования желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза

К.Г. Кубачев, А.Е. Борисов, А.С. Изудинов, В.В. Хромов, Д.С. Сагитова

Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского (зав. – проф. А.Е. Борисов) ГОУ ДПО “Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования”; Александровская больница, Санкт-Петербург

Сравнительному анализу подвергли непосредственные результаты лечения 997 больных опухолями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой за период с 2001 по 2008 гг. Рак головки поджелудочной железы диагностирован у 59,3% больных, рак крючковидного отростка – у 7,9%, рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки – у 20,4%, рак желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков – у 11,4%, рак двенадцатиперстной кишки – у 1%. Для диагностики заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны необходимо использовать двухэтапную тактику. На I этапе применяют дренирующие вмешательства, которые в ряде наблюдений могут быть окончательным видом оперативного вмешательства. Радикальные операции или стентирование протоков выполняют после полной нормализации функций печени. Эндоскопические способы показаны при опухолях типа 1 и 2 по Bismuth, раке головки поджелудочной железы и большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Холецистостомию и холангиостомию применяют в тех же случаях, а также при технической невозможности эндоскопического дренирования. При выполнении холецистостомии необходима интраоперационная холангиография.

Ключевые слова: механическая желтуха, рак поджелудочной железы, рак двенадцатиперстной кишки, рак внепеченочных желчных протоков, эндоскопическое дренирование, холангиостомия, стентирование.

Choice of the Bile Duct Decompression in Malignant Obstructive Jaundice

K.G. Kubachov, A.E. Borisov, A.S. Isudinov, V.V. Khromov, D.S. Sagitova

N.D. Monastirski Surgery Chair (Chief – Prof. A.E. Borisov) Sanct-Petersburg Postgraduate Education Medical Academy; Alexander Hospital, Sanct-Petersburg

Comparative analysis of short-term results of treatment 997 hepatopancreatoduodenal zone tumor complicated with obstructive jaundice is presented. Pancreatic head cancer had 59,3 % patients, accessory process cancer – in 7,9 %, cancer of papilla Vatery – in 20,4 %, gall bladder and extrahepatic bile duct cancer – in 11,4 % and duodenal cancer – in 1 % of patients. A two step diagnostic strategy was applied in hepatopancreatoduodenal zone tumor cases. At the first step draining manipulations which, in some cases, became definitive, were carried out. Curative operations or duct stenting was carried out after a liver function full normalization. Endoscopic tools are indicated in Bismuth type 1, 2 Klatskin tumors on, in pancreatic head and the papilla Vatery cancer. Cholecystostomy and cholangiostomy are applied in the same patients, at technical impossibility of an endoscopic drainage. Performing cholecystostomy peroperative cholangiography is necessary.

Key words: obstructive jaundice, pancreatic cancer, extrahepatic bile duct cancer, duodenal cancer, endoscopic drainage, cholangiostomy, stenting.

Кубачев К.Г. – зам. главврача по хирургии Александровской больницы Санкт-Петербурга. *Борисов А.Е.* – зав. кафедрой хирургии им. Н.Д. Монастырского СПбМАПО. *Изудинов А.С.* – врач-хирург Волховской ЦРБ Ленинградской области. *Хромов В.В.* – зав. эндоскопическим отделением Александровской больницы Санкт-Петербурга. *Сагитова Д.С.* – ассистент кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского СПбМАПО.

Переписка: Кубачев Кубач Гаджимагомедович – 193312 Санкт-Петербург, пр. Солидарности, 4, Александровская больница, тел. (8-812) 583-16-24.



Эволюция взглядов на хирургическое лечение острого деструктивного панкреатита

Б.С. Брискин, О.Х. Халидов, Ю.Р. Алиyarov,
А.Э. Шебзухов, Э.А. Добрякова, А.А. Ландышев

Кафедра хирургических болезней и клинической ангиологии (зав. – проф. М.Д. Дибиров) Московского государственного медико-стоматологического университета; ГКБ № 81 (главный врач – Н.В. Верткина)

Проведен анализ лечения 468 больных острым деструктивным панкреатитом. Больные были разделены на 2 группы: 257 (54,9%) пациентов проходили лечение в 1997–2003 гг. при отсутствии в клинической картине определенной лечебно-диагностической доктрины (1-я группа), 211 (46,1%) больных находились в стационаре в период с 2004 по 2007 гг. и получали лечение согласно принятой доктрине (2-я группа). В 1-й группе у 207 человек выполнены различные миниинвазивные вмешательства: у 71,2% больных выполнены лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, при билиарной гипертензии лапароскопически формировали холецистостому. Дренирование скоплений жидкости под контролем УЗИ выполнено у 9,3% больных, 45,8% из них потребовались дополнительные оперативные вмешательства, а в 16,7% наблюдений отмечен летальный исход. Вследствие допущенных диагностических ошибок 5,1% пациентов оперированы в фазе ферментативного перитонита и панкреатогенной токсемии. У 10,1% больных 1-й группы хирургическое лечение выполнено при прогрессировании полиорганной недостаточности, обусловленной обширным некрозом поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. В 11 (4,3%) наблюдениях оперативное лечение произведено с опозданием вследствие недооценки результатов инструментального обследования. Летальность в 1-й группе составила 23,9%. Во 2-й группе миниинвазивные хирургические вмешательства в фазе панкреатогенной токсемии выполнены у 171 (81,5%) пациента. Стандартную консервативную терапию дополняли экстракорпоральной детоксикацией. Для ранней диагностики инфицирования применяли прокальцитонин-овый тест. У 24,2% больных применяли вмешательства из мини-доступа или мини-ретроперитонеостомию с последующими программными санациями. Летальность во 2-й группе составила 6,7%.

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз, прокальцитонин, экстракорпоральная детоксикация, этапное хирургическое лечение из мини-доступа.

View Evolution in Acute Destructive Pancreatitis Surgical Treatment

B.S. Briskin, O.Kh. Khalidov, Yu.R. Aliyarov,
A.E. Shebzukhov, E.A. Dobryakova, A.A. Landishev

Surgical diseases and clinic angiologia chair (Chief – Prof. M.D. Dibirov) Moscow State Medical Stomatologic University; Clinical hospital N 81 (Head – N.V. Vertkina)

An analysis of surgical treatment of 468 acute pancreatitis patients is presented. Patients were divided into two groups: 257 (54.9%) of them underwent treatment in the clinic in 1997–2003 years when any management doctrine was absent (I group), 211 (46.1%) patients underwent established doctrine in 2004–2007 years. In 207 patients of the I group mini invasive procedures, such as: diagnostic laparoscopy with sanitization and drainage of abdominal cavity and laparoscopic cholecystostomy in cases of biliary hypertension were carried out (71.2%). US guided drainage of acute liquid collections were carried out in 9.3% patients and 45.8% patients out of them underwent additional surgery, 16.7% of them died. 5.1% of patients of the I group mistakenly were operated on in pancreatic toxemia and fermentative peritonitis. 10.1% patients were operated on during the multiple organ failure progression caused by the spread necrosis of pancreas and retroperitoneal tissues. Surgery delayed in 11 (4.3%) cases caused by diagnostic data underestimation. Mortality in the first group came to 23.9%.

In II group mini invasive surgery carried out in 171(81.5%) cases. The standard therapy completed by extracorporeal detoxication. Pocalcitonin test was used for early diagnostic of the infectious complications. 24.2% of patients were operated on by means of mini-laparotomy with omentabursotomy and retroperitoneostomy with additional staging surgical sanitization. The mortality in the II group came to 6.7%.

Key words: acute pancreatitis, pancreonecrosis, procalcitonin, extracorporeal detoxication, mini access step-wise surgery.

Брискин Б. С. – д. м. н., проф. кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ, рук. хирургической клиники ГКБ № 81. *Халидов О.Х.* – д. м. н., проф. той же кафедры. *Алияров Ю.Р.* – аспирант той же кафедры. *Шебзухов А.Э.* – врач ГКБ № 81. *Добрякова Э.А.* – врач-реаниматолог отделений общей реанимации и интенсивной терапии той же больницы. *Ландышев А.А.* – врач-реаниматолог того же отделения.

Переписка: Брискин Бенуан Семенович – тел.:(495) 484-67-11.

Лучевые методы диагностики внутрипротоковых папиллярных муцинозных опухолей

Ю.А. Степанова, Г.Г. Кармазановский, В.И. Егоров, А.В. Кочатков,
Е.А. Дубова, И.А. Косова, Е.Н. Солодина
ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий»
(дир. — академик РАМН В.Д. Федоров)

Ретроспективному анализу были подвергнуты истории болезни 16 пациентов, перенесших удаление внутрипротоковой папиллярной муцинозной опухоли. На дооперационном этапе выполняли УЗИ, СКТ и МРТ с болюсным контрастным усилением. Также 10 пациентам выполнили эндо-УЗИ, 5 — интраоперационное УЗИ. Пациентов разделили на 3 группы: опухоль протока поджелудочной железы выявлена у 8 больных, боковых протоков — у 4, смешанный тип — у 4 больных. УЗИ при опухоли протока поджелудочной железы и опухоли смешанного типа имеет самостоятельное диагностическое значение. При СКТ и МРТ папиллярная муцинозная опухоль протока поджелудочной железы имеет веретенообразную форму или выглядит как гроздевидное скопление кистозных структур при долеом и смешанном типе. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография является наиболее информативным методом исследования, позволившим не только определить количество опухолей, но и уточнить границы резекции. Интраоперационное ультразвуковое исследование позволяет корректировать хирургическую тактику. У 1 больного через 6 мес после удаления инвазивной муцинозной опухоли протока поджелудочной железы по данным СКТ диагностирован рецидив заболевания. Неинвазивные лучевые методы исследования позволяют получить наиболее полную диагностическую информацию. Наличие противоречивых результатов диктует необходимость выполнения эндо-УЗИ. Динамическое наблюдение позволяет на ранних сроках выявить рецидив заболевания и провести хирургическое лечение.

Ключевые слова: внутрипротоковая папиллярная муцинозная опухоль, проток поджелудочной железы, спиральная компьютерная томография, эндоскопическое ультразвуковое исследование, интраоперационное УЗИ.

Radiologic Tools in Diagnosis of Intraductal Papillary Mucinous Tumors

Yu.A. Stepanova, G.G. Karmazanovski, V.I. Egorov, A.V. Kochatkov,
E.A. Dubova, I.A. Kosova, E.N. Solodina
A.V. Vishnevski institute of Surgery (Director — Academician of RAMSci V.D. Fedorov)

Cases of 16 patients underwent intraductal papillary mucinous tumor removal are analyzed. Preoperative US, SCT and MRI with bolus contrast enhancement was carried out. 10 patients in addition underwent endoUS and perioperative US investigation. Patients were divided on 3 groups: pancreatic ductal tumor is revealed in 8 patients, side duct tumor — in 4, mixed types of tumor — in 4 patients. US has independent diagnostic importance in pancreatic ductal and mixed type tumors. On the SCT and MRI papillary mucinous tumor of pancreatic duct has fusiform shape and looks like cluster of cystic structure in lobar and mixed forms. MRCP is concerned as most informative tool, enabling not only determine quantity of tumors, but specify resection margins. IOUS enables correct surgical strategy. In 1 patient after 6 months of invasive mucinous pancreatic ductal removal SCT revealed disease relapse. Non invasive radiology give exhaustive diagnostic information. In cases of contradictory results endo US investigation is mandatory. Dynamic observation on early terms makes possible to reveal tumor relapse and provide surgery.

Key words: intraductal papillary mucinous tumor, pancreatic duct, spiral computed tomography, endoscopic ultrasound investigation, preoperative US.

Степанова Ю.А. — к. м. н., ст. н. с. научно-организационного отдела Института хирургии им. А.В. Вишневского. Кармазановский Г.Г. — д. м. н., проф., зав. отделом лучевой диагностики того же института. Егоров В.И. — д. м. н., гл. н. с. отдела абдоминальной хирургии того же института. Кочатков А.В. — к. м. н., ст. н. с. того же отдела. Дубова Е.А. — к. м. н., ст. н. с. отдела патологической анатомии того же института. Косова И.А. — к. м. н., ст. н. с. отделения лучевой диагностики того же института. Солодина Е.Н. — к. м. н., ст. н. с. отделения эндоскопической хирургии того же института.

Переписка: Степанова Юлия Александровна — e-mail: stepanovaau@mail.ru.

Углеводный обмен после дистальной резекции поджелудочной железы у больных муцинозными и серозными цистаденомами

А.Н. Лебедева, В.С. Демидова, Т.В. Шевченко

ФГУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий” (директор – академик РАМН В.Д. Федоров)

Углеводный обмен исследован у 32 больных серозной или муцинозной цистаденомой до и после дистальной резекции 50% паренхимы поджелудочной железы. Ретроспективно проведен статистический анализ роли гликемического профиля, дозы и кратности введения инсулина, гликозурии и ацетонурии в прогнозировании нарушений углеводного обмена в отдаленном послеоперационном периоде. У 37,2% больных после дистальной резекции не выявлено нарушений углеводного обмена. Сахарный диабет специфического типа впервые после операции диагностирован в 23,13% наблюдениях. В 21,8% наблюдений до оперативного лечения был выявлен сахарный диабет, при этом у 3,12% больных после операции произошло усугубление заболевания. Уровень глюкозы крови (гликемический профиль) в раннем послеоперационном периоде не является информативным критерием прогноза сахарного диабета в отдаленном периоде. Для уточнения степени нарушения углеводного обмена всем пациентам с серозной и муцинозной цистаденомой рекомендовано изучение глюкозы крови натощак, гликемического профиля, глюкозы в суточной моче и проведение перорального теста толерантности к 75 г глюкозы.

Ключевые слова: дистальная резекция поджелудочной железы, серозная цистаденома, муцинозная цистаденома, сахарный диабет, глюкоза.

Carbohydrate Metabolism after Pancreatic Distal Resection for Mucinous and Mucous Cystadenomas

A.N. Lebedeva, V.S. Demidova, T.V. Shevchenko

A.V. Vishnevski institute of Surgery (Director – Academician of RAMSci V.D. Fedorov)

Carbohydrate metabolism is studied in 32 serous and mucinous cystadenoma patients before and after 50% pancreatic parenchyma distal resection. Retrospective statistic analysis of the role of glicemic profile, insulin injection dose and repetition, glicosuria and acetonuria in remote postoperative carbohydrate metabolism disturbances prognosis was carried out. No carbohydrate metabolism disturbances were revealed in 37,2% of patients. Specific form diabetes mellitus firstly after operation was diagnosed in 23,13% of cases. In 21,8% cases diabetes was discovered before operation and in 3,12% the disease aggaravated postoperatively. Blood glucose level (glicemic profile) in early postoperative period does not seem to be informative prognostic criterion of remote diabetes mellitus. Fasting glicemia, glicemic profile, daily urea glucose and per oral test of tolerance to 75g glucose are requested for the carbohydrate metabolism disturbance degree specification.

Key words: pancreatic distal resection, serous and mucinous cystadenoma, diabetes mellitus, glucose.

Лебедева А.Н. – врач-эндокринолог общеклинического отделения Института хирургии им. А.В. Вишневского. *Демидова В.С.* – зав. биохимической лабораторией того же института. *Шевченко Т.В.* – ст. н. с. отделения абдоминальной хирургии того же института. *Пашовкин И.Т.* – аспирант того же отделения того же института.

Переписка: Лебедева Анна Николаевна – Москва, ул. Б. Серпуховская, д. 27. Институт хирургии им. А. В. Вишневского Росмедтехнологий, тел. (495) 236-61-44.

Роль цитокинов в развитии острого панкреатита

М.А. Агапов, В.А. Горский, М.В. Хорева, Э.Р. Ованесян, А.С. Варивода, В.А. Индароков
Кафедра хирургии (зав. — проф. Б.К. Шуркалин) и кафедра иммунологии (зав. — проф. Л.В. Ковальчук)
медико-биологического факультета Российского государственного медицинского университета, Москва

Cytokine Role in Acute Pancreatitis Development

M.A. Agapov, V.A. Gorski, M.V. Khoreva, E.R. Ovanesyan, A.S. Varivoda, V.A. Indarokov
Chair of surgery (Chief — Prof. B.K. Shurkalin) and Chair of immunology (Chief — Prof. L.V. Kovalchuk)
medico-biological faculty, Russian State Medical University, Moscow

Горский В.А. — д. м. н., проф. кафедры экспериментальной и клинической хирургии медико-биологического факультета РГМУ. *Агапов М.А.* — к. м. н., ассистент той же кафедры. *Хорева М.В.* — к. м. н., доцент кафедры иммунологии того же университета. *Ованесян Э.Р.* — к. м. н., доцент кафедры экспериментальной и клинической хирургии медико-биологического факультета того же университета. *Варивода А.С.* — к. м. н., ассистент кафедры иммунологии того же университета. *Индароков В.А.* — ассистент кафедры экспериментальной и клинической хирургии того же университета.

Переписка: Агапов Михаил Андреевич — тел. 952-96-77.

Хронический панкреатит

Э.И. Гальперин

Курс хирургической гепатологии (зав. - проф. Э.И. Гальперин) при кафедре хирургии ФППОВ, отдел хирургии печени (зав.—проф. Т.Г. Дюжева) ММА им. И.М. Сеченова

Chronic pancreatitis

E.I. Galperin

Course of Hepatology (Chief – prof. E.I. Galperin) of postgraduate faculty, Liver Surgery Department (Chief – prof. T.G. Dyuzheva) I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

Э.И. Гальперин – проф., заведующий курсом хирургической гепатологии при кафедре хирургии ФППОВ, ММА им. И.М. Сеченова.

Переписка: Гальперин Эдуард Израилевич – Тел 89175793282, e-mail: dlsurgery@mtu-net.ru

Желчный пузырь, расположенный внепеченочно на длинной брыжейке

Ю.С. Винник, С.В. Миллер, С.П. Мухин, Е.В. Серова

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. Ю.С. Винник) Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф. Войно-Ясенецкого (ректор — проф. И.П. Артюхов); 1-е хирургическое отделение (зав. — к. м. н. С.В. Миллер) МУЗ “Городская клиническая больница № 7” (главный врач — Д.Ю. Лопатин), Красноярск

Extrahepatic Location of Gallbladder with Long Mesentery

Yu.S. Vinnik, S.V. Miller, S.P. Mukhin, E.V. Serova

Chair of the general surgery (Chief — Prof. Yu.S. Vinnik) V.F. Voino-Jasinetski Krasnoyarsk State medical university (Rector — Prof. I.P. Artukhov); surgical department № 1 (Chief — Med. Sci. Cand. S.V. Miller) Municipal clinical hospital № 7 (Head — D.Yu. Lopatin), Krasnoyarsk

Винник Ю.С. — д. м. н., проф., зав. кафедрой общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Миллер С.В. — к. м. н., зав. 1-м хирургическим отделением МУЗ “Городская клиническая больница № 7” Красноярска. Серова Е.В. — клинический ординатор кафедрой общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Переписка: Винник Юрий Семенович — тел. (3912)229-30-90, e-mail: yuvinnik@yandex.ru.

Нейролеммома, симулирующая кисту поджелудочной железы

Б.Л. Дуберман, Д.В. Мизгирев, В.Н. Поздеев, А.А. Мочалов, А.П. Петров, Я.В. Василев
*Кафедра хирургии ФПК и ППС, кафедра факультетской хирургии Северного государственного медицин-
ского университета (ректор – академик РАМН, профессор П.И. Сидоров); МУЗ “Первая городская
клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волосевича” (главный врач – С.В. Краси-
льников), Архангельск*

Pancreatic Cyst Simulating Neurolemmoma

B.L. Duberman, D.V. Mizgirev, V.N. Pozdeev, A.A. Mochalov, A.P. Petrov, Ya.V. Vasilev
*Surgical Chair of Postgraduate faculty, Surgical faculty Chair Nord State Medical University (rector-academi-
ciant PAMsci – P.J. Sidorov); The first E.E. Volosevich municipal Hospital (Chief – S.V. Krasilnikov),
Archangelsk*

Дуберман Б.Л. – к. м. н., доцент, зав. кафедрой хирургии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов СГМУ. Мизгирев Д.В. – к. м. н., асс. кафедры факультетской хирургии СГМУ. Поздеев В.Н. – к. м. н., зав. 3-м хирургическим отделением МУЗ “Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волосевича”, Архангельск. Мочалов А.А. – к. м. н., врач-радиолог лаборатории компьютерной томографии и ядерно-магнитного резонанса той же больницы. Петров А.П. – зав. патологоанатомическим отделением той же больницы. Василев Ярослав Василев – врач-ординатор того же отделения.

Переписка: Дуберман Борис Львович – 163061, г. Архангельск, набережная Северной Двины, д. 98, кв. 22, тел. (8-8182) 20-66-32 (дом), e-mail: d1973bold@yahoo.com.

Рефераты иностранных журналов

Г.Г. Ахаладзе, М.В. Кочергин

Г.Г. Ахаладзе – проф. курса хирургической гепатологии при кафедре хирургии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова,
М.В. Кочергин – клинический ординатор того же курса.

Переписка: Ахаладзе Гурам Германович – раб. тел. 8 (499) 782-30-83, e-mail: akhaladze52@gmail.com.

РЕЗОЛЮЦИЯ
III Конгресса московских хирургов
“Неотложная и специализированная
хирургическая помощь”
14–15.05.09 г.

Resolution of the third Congress of Moscow Surgeons
“Emergency and Specialized Surgical Care”.
14–15.05.09.

**Владимир
Иванович
Лупальцев**

**К 70-летию
со дня рождения**

*Vladimir
Ivanovich
Lupalcev
To 70th anniversary*