

**XVII Международный конгресс  
хирургов-гепатологов  
стран СНГ**

*состоится 15–17 сентября 2010 г. в г. Уфе*

**XVII International Congress of Surgeon-  
Hepatologists of SIS Countries**

*will be held on September 15–17 in Ufa*

**Андрей  
Евгеньевич Котовский –  
редактор раздела**

## Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны

*А.Е. Котовский, К.Г. Глебов, Г.А. Уржумцева, Н.А. Петрова*

*Курс хирургической гепатологии (зав. – профессор Э.И. Гальперин) кафедры хирургии ФППОВ,  
Отдел хирургии печени НИЦ (зав. – профессор Т.Г. Дюжева) ГОУВПО ММА им. И.М. Сеченова,  
Городская клиническая больница №7 (главный врач – заслуженный врач РФ В.А. Афанасьев)*

Проанализированы 1298 лечебных эндоскопических вмешательств у 660 пациентов с заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Детально рассмотрены лечебные эндоскопические манипуляции на желчных протоках и большом сосочке двенадцатиперстной кишки при злокачественных и доброкачественных заболеваниях. Доказано, что только комплексный подход к эндоскопическим лечебно-диагностическим вмешательствам позволяет адекватно восстановить отток желчи, ликвидировать желтуху и холангит. Положительный лечебный эффект был достигнут у 94% больных холедохолитиазом, механической желтухой. Показано, что баллонная дилатация большого сосочка двенадцатиперстной кишки при его рестенозе после папиллотомии является эффективным методом лечения. При нерезектабельном раке поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков наиболее оптимальным вариантом желчеотведения является эндопротезирование металлическим нитиновым самораскрывающимся стентом. Тяжелых осложнений сочетанных рентгеноэндоскопических вмешательств не отмечено.

**Ключевые слова:** *стеноз, рестеноз, большой сосочек двенадцатиперстной кишки, рак поджелудочной железы, эндоскопическая папиллотомия, баллонная дилатация, эндопротезирование.*

## Endoscopic Technologies in Hepatopancreatobiliary Zone Diseases

*A.E. Kotovski, K.G. Glebov, G.A. Urzhumtseva, N.A. Petrova*

*Course of Surgical Hepatology (Chief – Prof. E.I. Galperin) of postgraduate education faculty surgical chair  
and Liver Surgery Department (Chief – Prof. T.G. Dyuzheva) I.M. Sechenov Moscow medical academy,  
Municipal clinical hospital N7 (Head – Honored MD of RF V.A. Afanasiev)*

1298 endoscopic interventions in 660 hepatopancreatobiliary zone diseases are analyzed. Particularly are discussed endoscopic therapeutic procedures on bile ducts and papilla Vateri. It is proved, that only complex approach to endoscopic diagnostic and therapeutic management interventions enables to manage adequate bile flow recovery, eliminate jaundice and cholangitis. Positive effect was achieved in 94% of common bile duct stone and jaundice patients. It is approved, that balloon dilation of papilla Vateri restenosis after papillotomy is effective therapeutic tool. In unresectable pancreatic and bile duct cancer most optimal variant of bile flow restoration is stenting by means of self expanding nitinol stent. Severe complications of combined radiologic and endoscopic interventions was not specified.

**Key words:** *stenosis, restenosis, papilla Vateri, endoscopic papillotomy, balloon dilation, stenting.*

---

*А.Е. Котовский* – доктор мед. наук, профессор курса хирургической гепатологии ММА им. И.М. Сеченова.  
*К.Г. Глебов* – канд. мед. наук, врач эндоскопического отделения ГКБ №7, старший научный сотрудник отдела хирургии печени НИЦ ММА им. И.М. Сеченова. *Г.А. Уржумцева* – зав. эндоскопическим отделением ГКБ №7, научный сотрудник отдела хирургии печени НИЦ ММА им. И.М. Сеченова. *Н.А. Петрова* – врач эндоскопического отделения ГКБ №7.

Для корреспонденции: Котовский Андрей Евгеньевич – 8 (499) 782-31-96.

## Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных доброкачественными заболеваниями желчных протоков

*С.В. Тарасенко, Е.М. Брянцев, С.Л. Мараховский, А.А. Копейкин*  
Кафедра госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета  
им. академика И.П. Павлова (ректор – профессор Д.Р. Ракита)  
МУЗ “ГК БСМП” (главный врач – профессор С.В. Тарасенко), Рязань

Проведен ретроспективный анализ результатов эндоскопических вмешательств у 618 пациентов с холедохолитиазом и стенозом большого сосочка двенадцатиперстной кишки в зависимости от различных факторов: пола, возраста пациентов, показаний к выполнению вмешательств, анатомических особенностей перипапиллярной области, техники выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии. Установлено, что риск развития осложнений после эндоскопических транспапиллярных вмешательств достоверно снижается с 11,8 до 3,5% при выполнении их до холецистэктомии ( $p = 0,03$ ), при уменьшении количества атипичных ЭПСТ с 11,8 до 4,3% ( $p = 0,001$ ), а также при проведении интенсивной медикаментозной терапии после вмешательства с 28,6 до 7% ( $p = 0,01$ ).

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, транспапиллярные вмешательства.

## Complications of Endoscopic Transpapillary Interventions in Bile Duct Benign Disease Patients

*S.V. Tarasenko, E.M. Briantsev, S.L. Marakhovtsev, A.A. Kopeikin*  
Chair of hospital surgery of Acad. I.P. Pavlov's Ryazan State Medical University (Director – Prof. D.R. Rakita)  
Ryazan First Aid Hospital (Director – Prof. S.V. Tarasenko), Ryazan

Results of endoscopic transpapillary treatment of 618 patients with choledocholithiasis and papillary stenosis were analyzed depending on various factors including sex and age, indications for manipulations, periampullary anatomy, sphincterotomy technique. The risk of complications of endoscopic transpapillary interventions decreases when endoscopic procedures were performed prior to cholecystectomy (11.8 vs 3.5%;  $p = 0.03$ ). Reduction of number of needle-knife sphincterotomies may also decrease the complications of transpapillary procedures (11.8 vs 4.3%;  $p = 0.001$ ), as well as postoperative conservative therapy (28.6 vs 17%;  $p = 0.03$ ).

**Key words:** gallstone disease, choledocholithiasis, stenosis of greater duodenal papilla, endoscopic papillosphincterotomy, transpapillary procedures.

---

*С.В. Тарасенко* – доктор мед. наук, профессор, главный врач МУЗ ГК “Больница скорой медицинской помощи г. Рязани”; руководитель Рязанского городского центра хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы; зав. кафедрой госпитальной хирургии РязГМУ им. академика И.П. Павлова. *Е.М. Брянцев* – зав. эндоскопического отделением №1 МУЗ ГК “Больница скорой медицинской помощи г. Рязани”; главный внештатный эндоскопист Управления здравоохранения администрации г. Рязани. *С.Л. Мараховский* – зав. рентгенологическим отделением МУЗ ГК “Больница скорой медицинской помощи г. Рязани”. *А.А. Копейкин* – канд. мед. наук, первый заместитель главного врача МУЗ ГК “Больница скорой медицинской помощи г. Рязани”; ассистент кафедры госпитальной хирургии РязГМУ им. академика И.П. Павлова.

**Для корреспонденции:** Копейкин Александр Анатольевич – 390013 Рязань, ул. Дзержинского, д. 11, МУЗ ГК “Больница скорой медицинской помощи”. Тел. (8-4912) 76-27-12 (раб.), (8-960) 569-12-29. E-mail: akopeykin@yandex.ru.

## Эндоскопические вмешательства при псевдокистах поджелудочной железы

*И.П. Парфенов, А.А. Карпачев, С.П. Францев, М.В. Судаков,  
О.М. Ждановский, А.Л. Ярош, А.В. Солошенко, О.С. Сергеев*  
Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа  
(главный врач – заслуженный врач РФ, профессор В.Ф. Куликовский)  
Межтерриториальный центр хирургии печени и поджелудочной железы Черноземья  
(руководитель – доктор мед. наук И.П. Парфенов)  
Кафедра хирургических болезней №2 (зав. – заслуженный врач РФ, профессор М.В. Судаков)  
Белгородского государственного университета

Проведен анализ результатов применения различных эндоскопических вмешательств при постнекротических кистах поджелудочной железы у 56 больных. Ранее эндоскопический цистогastro- и цистодуоденоанастомоз шириной 1,5–2,0 см формировали с помощью папиллотома. В модифицированном варианте соустье создавали точечным прожиганием задней стенки желудка или двенадцатиперстной кишки с введением в полость кисты эндопротеза (стента) на 3 мес. Метод отличается простотой и большей безопасностью. Модифицированное вмешательство возможно независимо от толщины и плотности стенки псевдокисты, выраженности сосудистых коллатералей в проекции кистозного образования. Способ обеспечивает адекватное внутреннее дренирование, а при наличии показаний может быть дополнен наружным дренированием для санации кистозной полости. Технология позволяет выполнить “двойное” наружно-внутреннее дренирование при нагноении псевдокист. Предложена эндоскопическая топографическая классификация псевдокист, позволяющая выбрать оптимальный способ лечения, прогнозировать осложнения и проводить их профилактику.

**Ключевые слова:** псевдокиста поджелудочной железы, эндоскопическое лечение, классификация.

## Endoscopic Interventions in Pancreatic Pseudocysts

*I.P. Parfenov, A.A. Karpachev, S.P. Franrsev, M.V. Sudakov,  
O.M. Zhdanovskiy, A.L. Yarosh, A.V. Soloshenko, O.S. Sergeev*  
Belgorod region hospital Syvatitelya Ioasafa (Head – Prof. V.F. Kulikovskiy)  
Liver and Pancreatic Surgery Centre (Chief – PhD I.P. Parfenov)  
Surgical chair №2 (Chief – Honored MD of RF Prof. M.V. Sudakov) of Belgorod State University

Results of the postnecrotic pancreatic cysts endoscopic treatment in 56 patients is analyzed. Previously endoscopic 1.5 to 2.0 cm cystogastro- and cystoduodenoanastomosis was performed by means of papillotome. Modified anastomoses modality imply the stomach or the duodenum posterior wall electro-cautery puncture, followed by cyst cavity stenting for three months. The modality is simple for realization and rather safe in use. It can be applied independently of the thickness and solidity of the pseudocyst wall and local vascular collaterals. This modification proves the adequate internal drainage and it can be supplemented with external drainage to make cavity lavage in cases of purulent cysts. In order to choose optimal site of drainage, predict the complications and to prevent them endoscopic topographical classification of the pancreatic pseudocysts is offered.

**Key words:** pancreatic pseudocyst, endoscopic treatment, classification.

*И.П. Парфенов* – доктор мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней №2 Белгородского государственного университета, руководитель Центра хирургии печени и поджелудочной железы Черноземья. *А.А. Карпачев* – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней №2 Белгородского государственного университета. *С.П. Францев* – канд. мед. наук, врач-хирург Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа. *М.В. Судаков* – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней №2 того же университета. *О.М. Ждановский* – канд. мед. наук, доцент той же кафедры того же университета. *А.Л. Ярош* – канд. мед. наук, доцент той же кафедры того же университета. *А.В. Солошенко* – врач-хирург Центра хирургии печени и поджелудочной железы Черноземья. *О.С. Сергеев* – врач-хирург того же центра.

**Для корреспонденции:** Парфенов Игорь Павлович – 308010 Белгород, 5-й Новый пер., д. 5. Тел. (8-910) 322-33-39.  
E-mail: parfenovbkb@mail.ru.

## Эндоскопическое лечение папиллостеноза

*К.Г. Глебов, А.Е. Котовский*

*Курс хирургической гепатологии (зав. – профессор Э.И. Гальперин) кафедры хирургии ФППОВ  
Отдел хирургии печени НИЦ (зав. – профессор Т.Г. Дюжева) ГОУВПО ММА им. И.М. Сеченова  
Городская клиническая больница №7 (главный врач – заслуженный врач РФ В.А. Афанасьев)*

Анализу подвергнуты результаты различных вариантов эндоскопического лечения 83 больных со стенозом и рестенозом большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Разработан метод эндоскопической папиллотомии при установленном в проток поджелудочной железы проволочном проводнике. Метод может быть использован при невозможности канюляции большого сосочка, отсутствии продольной складки двенадцатиперстной кишки, папиллите, а также позволяет исключить повреждение протока поджелудочной железы и уменьшить вероятность развития послеоперационного панкреатита. При рестенозе следует шире использовать технику баллонной дилатации в сочетании с эндопротезированием желчных протоков, что позволяет получить хороший клинический эффект.

**Ключевые слова:** *стеноз, рестеноз, большой сосочек двенадцатиперстной кишки, эндоскопическая папиллотомия, баллонная дилатация, эндопротезирование.*

## *Endoscopic Management of the Papillary stenosis*

*K.G. Glebov, A.E. Kotovski*

*Course of Surgical Hepatology (Chief – Prof. E.I. Galperin) of postgraduate education faculty surgical chair,  
Liver Surgery Department (Chief – Prof. T.G. Dyuzheva) I.M. Sechenov Moscow medical academy  
Municipal clinical hospital №7 (Head – Honored MD of RF V.A. Afanasiev)*

Results of different variant 83 endoscopic management in 83 papillary stenosis and restenosis patients are analyzed. A tool of endoscopic papillotomy applying a pancreatic duct guide wire is elaborated. The tool is offered to be used in complicated cases of papillary canulation, absence of the duodenal plica longitudinalis, papillitis. It excludes pancreatic duct damage and decreases probability of postoperative pancreatitis development. Wider application of the balloon dilation in restenosis enables to achieve good clinical effect.

**Key words:** *stenosis, restenosis, papilla Vateri, endoscopic papillotomy, balloon dilation, stenting.*

---

*К.Г. Глебов* – канд. мед. наук, врач эндоскопического отделения ГКБ №7, старший научный сотрудник отдела хирургии печени НИЦ ММА им. И.М. Сеченова. *А.Е. Котовский* – доктор мед. наук, профессор курса хирургической гепатологии ММА им. И.М. Сеченова.

**Для корреспонденции:** Котовский Андрей Евгеньевич – 8 (499) 782-31-96.

## Диагностика и лечение посттравматических объемных образований печени

*Е.С. Владимирова, М.М. Абакумов, Н.Р. Черная,  
Т.Г. Бармина, Е.П. Соколова  
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского (директор – профессор. А.Ш. Хубутия), Москва*

Проанализированы результаты лечения 435 пострадавших с открытой и закрытой травмой и очаговыми повреждениями печени за период с 1994 по 2008 гг. Лечебную тактику основывали на результатах применения УЗИ, УЗДГ, КТ и ангиографии. Использование динамической комплексной инструментальной оценки в определении тактики ведения пострадавших с нестабильными очаговыми посттравматическими образованиями печени позволяет рационально избирать тактику лечения с использованием миниинвазивных вмешательств под ультразвуковым наведением и, в редких ситуациях, подвергать пострадавших оперативному вмешательству.

**Ключевые слова:** открытая травма живота, закрытая травма живота, повреждение печени, миниинвазивные вмешательства.

## Diagnosis and Management of Posttraumatic Liver Masses

*E.S. Vladimirova, M.M. Abakumov, N.R. Chiornaya, T.G. Barmina, E.P. Sokolova  
N.V. Sklifosovski Institute of Emergency (Director – Prof. A.Sh. Khubutia), Moscow*

Results of management of liver masses in 435 injured suffering open and blunt abdominal trauma during 1994–2008 is presented. Treatment strategy was based on the results of US, US Doppler and CT and angiography. Application of complex instrumental monitoring in the assessment of instable posttraumatic liver masses enabled to elaborate rational management strategy based on US guided minimally invasive interventions and in rare circumstances subject patient to surgery.

**Key words:** open abdominal trauma, blunt abdominal trauma, liver injury, minimally invasive interventions.

---

*Е.С. Владимирова* – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения торакоабдоминальной хирургии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. *Т.Г. Бармина* – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения компьютерной и магнитно-резонансной томографии того же института. *Н.Р. Черная* – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения того же института. *Е.П. Соколова* – научный сотрудник отделения ультразвуковых методов исследований и миниинвазивных вмешательств под контролем ультразвука того же института.

**Для корреспонденции:** Владимирова Елизавета Семеновна – Москва, Сухаревская площадь, д. 3, НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Тел. 680-49-64. E-mail: prizma06@yandex.ru.

## Отдаленные результаты резекций печени у больных с метастазами колоректального рака и первичным раком печени

*В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов, В.И. Егоров, Н.А. Назаренко, Т.В. Шевченко, Д.А. Ионкин, И.А. Козырин, И.В. Казаков*  
ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» (директор – академик РАМН В.Д. Федоров), Москва

Проведена сравнительная оценка радикальности сегментарной и обширной резекции при метастазах колоректального рака (МКРР) и первичном раке печени (ПРП). Отдаленные результаты прослежены у 102 больных (95%) с МКРР и 51 больного (77%) ПРП. Изучены результаты сегментарных резекций у 54 пациентов с МКРР и 16 пациентов с ПРП. Результаты обширных резекций анализированы у 48 больных МКРР и у 35 – ПРП. Общая трехлетняя выживаемость больных ПРП составила 50%, пятилетняя – 39%, десятилетняя – 25%; медиана – 36 мес. При МКРР трехлетняя выживаемость больных составила 35%, пятилетняя – 23%, десятилетняя – 15%; медиана – 22 мес. Применение современных цитостатиков у больных МКРР привело к увеличению пятилетней выживаемости до 42%. При МКРР пятилетняя выживаемость после сегментарной резекции составила 27%, после обширной резекции – 19% ( $p < 0,05$ ). При ПРП пятилетняя выживаемость после сегментарной резекции составила 53%, после обширной резекции – 37% ( $p > 0,05$ ). При однофакторном регрессионном анализе группы больных МКРР отмечено достоверное влияние на выживаемость семи прогностических факторов, из которых при многофакторном регрессионном анализе подтверждено влияние на выживаемость только четырех: стадии поражения печени по Gennari (III, IV), уровня РЭА в плазме (более 200 нг/мл), отступа от края опухоли (1 см и более) и терапии современными цитостатиками. При однофакторном регрессионном анализе группы больных ПРП установлено достоверное влияние на выживаемость пяти прогностических факторов, при многофакторном регрессионном – четырех из них: стадии заболевания по TNM UICC-6 (II–III/IV), метастатического поражения лимфоузлов, количества опухолей в печени, отступа от края опухоли (1 см и более). Выявлены достоверные отличия по III, IV стадиям по Gennari для больных МКРР между группами обширных и сегментарных резекций. Тем не менее объем резекции печени не влиял на выживаемость больных с одинаковой стадией по Gennari при МКРР. Таким образом, при МКРР и ПРП сегментарная резекция не уступает по радикальности обширной резекции и может являться ее альтернативой, тем более при снижении функционального резерва печени, исключая обширную резекцию.

**Ключевые слова:** сегментарная резекция печени, обширная резекция печени, метастазы колоректального рака, первичный рак печени.

## Remote Results Influence of the Resections in the Colorectal Cancer Metastasis and Primary Liver Cancer Patients

*V.A. Vishnevsky, M.G. Efanov, R.Z. Ikramov, V.I. Egorov, N. A. Nazarenko, T.V. Shevchenko, D.A. Ionkin, I.A. Kozirin, I. V. Kazakov*  
A.V. Vishnevski institute of Surgery (Director – Academician of RAMSci V.D. Fedorov)

Segmental and major liver resections were compared on their curativeness in patients with colorectal liver metastases (CRLM) and primary liver cancer (PLC). Long term results were analyzed in 102 (95%) patients with CRLM and in 51 (77%) PLC patients. Fifty four (100%) patients with CRLM and 16 (84%) patients with PLC were followed up after segmental liver resections. Long term results after major liver resections were analyzed in 48 (89%) and 35 (75%) patients

*В.А. Вишневский* – доктор мед. наук, профессор, руководитель отделения хирургии печени и поджелудочной железы Института хирургии им. А.В. Вишневского. *М.Г. Ефанов* – канд. мед. наук, старший научный сотрудник того же отделения. *Р.З. Икрамов* – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник того же отделения. *В.И. Егоров* – доктор мед. наук, главный научный сотрудник того же отделения. *Н.А. Назаренко* – доктор мед. наук, старший научный сотрудник того же отделения. *Т.В. Шевченко* – научный сотрудник того же отделения. *Д.А. Ионкин* – старший научный сотрудник того же отделения. *И.А. Козырин* – аспирант того же отделения. *И.В. Казаков* – аспирант того же отделения.

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

with CRLM and PLC respectively. Overall 3-year survival in PLC patients came to 50%, 5-year survival – 39%, 10-year survival – 25% and median of survival – 36 months. In patients with CPLM 3-year survival came to 35%, 5-year survival – 23%, 5-year survival – 15% and median of survival – 22 months. Five-year survival dramatically increased up to 42% in patients with CRLM after irinotecan and oxaliplatin perioperative administration. In patients with CRLM 5-year survival after segmental liver resections came to 27%, after major resections – to 19% ( $p < 0,05$ ). In PLC patients 5-year survival after segmentectomies came to 53% and after major resections – to 37% ( $p > 0,05$ ). Monofactorial regressive analysis in CRLM patients group revealed significant dependence of survival on 7 prognostic factors, only 4 of them (III, IV grades according to Gennari, the plasma level of CEA ( $>200$  ng/ml) and resection free margin  $\geq 1$ cm) proved to influence on survival after multifactorial regressive analysis. Monofactorial regressive analysis in PLC patients group revealed significant dependence of survival on 5 prognostic factors. Four of them (TNM UICC-6 (II-III/IV) tumor stage, lymph node involvement, number of the liver tumors and resection free margin  $\geq 1$ cm) proved to influence on survival after multifactorial regressive analysis. There was significant difference in III, IV stages according to Gennari between patients with CRLM after segmental and major liver resections. But patients in both groups with the same stages according to Gennari did not revealed difference in survival. So, segmental liver resections for CRLM and PLC discovered similar curative potency as major resections and could alternate the latter especially in cases of liver function deterioration.

**Key words:** *segmental liver resection, major liver resection, colorectal cancer liver metastases, primary liver cancer.*

## **Чрескожная чреспеченочная холецистостомия в лечении острого холецистита у больных с высоким операционным риском**

*Ш.И. Каримов, С.П. Боровский, М.Ш. Хакимов, А.Ш. Чилгашов*  
*Ташкентская медицинская академия (ректор – академик АНРУз и РАМН Ш.И. Каримов)*

Аналізу подвергнуты результаты обследования и лечения 106 больных острым холециститом и высоким операционно-анестезиологическим риском. Всем больным выполнены этапные вмешательства: на 1-м этапе выполняли чрескожную чреспеченочную холецистостомию с последующей санацией полости желчного пузыря антисептиками. В 36 (33,9%) наблюдениях добились мукоклазии желчного пузыря, что позволило обойтись без холецистэктомии. На 2-м этапе оперированы 62 (58,5%) пациента. У 8 больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска ограничили холецистостомией. Дифференцированный подход к выбору лечебного вмешательства позволил ликвидировать послеоперационную летальность, при относительно невысокой частоте осложнений вмешательства (11,2%). В качестве антисептика высокоэффективным является электролизный водный раствор гипохлорита натрия, применение которого в ряде наблюдений способствовало облитерации желчного пузыря, что позволило в дальнейшем отказаться от оперативного вмешательства у пациентов с декомпенсацией сопутствующих заболеваний.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, острый холецистит, чрескожная чреспеченочная холецистостомия, микробная контаминация.

## ***Percutaneous Transhepatic Cholecystostomy in the Treatment of the High Surgical Risk Acute Cholecystitis Patients***

*Sh.I. Karimov, S.P. Borovski, M.Sh. Shakhimov, A.Sh. Chilgashov*  
*Tashkent Medical Academy (Rector – Akademican of ASci RUz and RAMSci Sh.J. Karimov)*

The results of 106 high surgical risk acute cholecystitis patients inspection and treatment is analyzed. All of them were subjected to stepwise management: at the first stage percutaneous transhepatic cholecystostomy (PTC) was carried out followed by cavity washing out by means of various antiseptics. In 36 (33,9%) cases achieved gall bladder obliteration, that allowed to avoid cholecystectomy. 62 (58.5%) patients were operated on. In 8 high surgical risk patients management was limited to PTC. Differentiated approach to the intervention choice allowed us have zero mortality rate, with rather low (11.2%) morbidity. As an antiseptic solution highly effective proved to be sodium hypochlorite which in enabled to achieve a gall bladder obliteration and avoid surgery in high operative risk patients.

**Key words:** cholelithiasis, acute cholecystitis, percutaneous transhepatic cholecystostomy, bacteriam contamination.

---

*Ш.И. Каримов* – академик АН РУз и РАМН, ректор, зав. кафедрой факультетской и госпитальной хирургии лечебного факультета Ташкентской медицинской академии. *С.П. Боровский* – доктор мед. наук, доцент той же кафедры. *М.Ш. Хакимов* – доктор мед. наук, профессор той же кафедры. *А.Ш. Чилгашов* – ординатор отделения абдоминальной хирургии 2-й клиники Ташкентской медицинской академии.

**Для корреспонденции:** Хакимов Мурод Шавкатович – Республика Узбекистан, 100109 г. Ташкент, ул. Фароби, 2.  
Тел. (+99871) 400-03-28, факс (+99871) 150-78-28. E-mail: murad\_72@mail.ru

## Профилактика и лечение острого травматического панкреатита

*С.Ф. Багненко, В.Р. Гольцов*

*Отделение панкреатологии (руководитель — доктор мед. наук В.Р. Гольцов) Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе (директор — член-корреспондент РАМН С.Ф. Багненко)*

Аналізу подвергнуты результаты обследования и лечения 319 пострадавших с травмой поджелудочной железы и ее осложнений. Среди обследованных мужчин было 253 (79,3%). Диагностический комплекс включал клинико-лабораторные методы исследования, УЗИ, КТ, ЭГДС, ЭКГ. Также использовали патоморфологические методы исследования операционного и секционного материала с использованием гистотопограмм и морфометрии, интраоперационные диагностические методы. Установлено, что применение разработанного алгоритма медикаментозной и хирургической профилактики острого травматического панкреатита при травме поджелудочной железы позволяет уменьшить летальность более чем в 4 раза — до 15,3% и частоту развития травматического панкреонекроза с 72,8% до 9,7%. Хирургическая и медикаментозная профилактика острого травматического панкреатита является основным путем уменьшения летальности среди пострадавших с механическими повреждениями поджелудочной железы.

**Ключевые слова:** травма поджелудочной железы, острый травматический панкреатит.

## *Prophylaxis and Management of the Acute Traumatic Pancreatitis*

*S.F. Bagnenko, V.P. Goltsov*

*The Department of Pancreatology (Head — Dr. med. V.R. Goltsov) of I.I. Dzhanelidze Intensive Care Research Center (Director — RAMSci corresponding member S.F. Bagnenko), Saint-Petersburg*

The results of management of 319 patients with pancreatic injury and complications were analyzed, 253 (79,3%) men and 66 (20,7%) women. The evaluation program included ultrasonography, CT, endoscopy, cardiography, different morphological tests and intraoperative diagnostic procedures. The developed algorithm of conservative and surgical treatment and prophylaxis of acute traumatic pancreatitis in patients with pancreatic injury significantly decreases mortality rate from 67,4% to 15,3%, and the rate of traumatic pancreonecrosis from 72,8% to 9,7%. Consequently surgical and medicinal prophylaxis of acute traumatic pancreatitis appears to be the main way in minimization of morbidity and mortality in patients with pancreatic trauma.

**Key words:** pancreatic trauma, pancreatic injury, acute traumatic pancreatitis.

---

*С.Ф. Багненко — доктор мед. наук, профессор, директор Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, член-корреспондент РАМН. В.Р. Гольцов — доктор мед. наук, руководитель отделения панкреатологии того же института.*

**Для корреспонденции:** Гольцов Валерий Ремирович — Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3/5, отделение панкреатологии. Тел.: 8-812-709-60-92 (раб.), 8-911-240-13-54 (моб.). E-mail: govare@yandex.ru.

## Отдаленные результаты и прогноз протоковой аденокарциномы головки поджелудочной железы после стандартной и расширенной панкреатодуоденальной резекции

*В.И. Егоров, О.В. Мелехина, В.А. Вишневецкий, Т.В. Шевченко*  
ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневецкого» (директор – академик РАМН В.Д. Федоров), Москва

Цель проспективного контролируемого исследования – оценить выживаемость, факторы прогноза и установить стадию протоковой аденокарциномы головки поджелудочной железы после стандартной и расширенной панкреатодуоденальной резекций. Всего выполнено по 30 стандартных и расширенных вмешательств. Анализируемые группы были сопоставимы по полу, возрасту, дооперационной стадии заболевания, степени дифференцировки аденокарциномы, частоте поражения лимфоузлов и экстрапанкреатической периневральной инвазии. Значимо не отличались также средний размер опухоли, среднее время операции, объем кровопотери и гемотрансфузии, частота послеоперационных осложнений и летальность. После расширенной панкреатодуоденальной резекции достоверно реже отмечали уровень резекции R1 (40,0 и 17,7% соответственно;  $p = 0,04$ ) и местный рецидив (59 и 15,3%). Медиана выживаемости после расширенной операции составила 12 мес, после стандартной – 10 мес. Трех- и пятилетняя выживаемость отмечена только после расширенной ПДР (25 и 17%). Показана достоверно большая продолжительность жизни после расширенной ПДР при локализации опухоли в крючковидном отростке и при ее размере от 2 до 4 см. Расширение объема лимфаденэктомии при протоковой аденокарциноме головки поджелудочной железы не привело к увеличению частоты послеоперационных осложнений, летальности и общей выживаемости. В то же время расширенная ПДР позволяет более точно определить стадию заболевания, значимо уменьшить частоту резекций R1 и местного рецидива, а также увеличить продолжительность жизни у определенной категории больных.

*Ключевые слова:* протоковая аденокарцинома, панкреатодуоденальная резекция, факторы прогноза, выживаемость.

## Remote Results and Prognosis in Pancreatic Head Ductal Cancer Patients after Standard and Extended Pancreatectomy

*V.I. Egorov, O.V. Melekhina, V.A. Vishnevsky, T.V. Shevchenko*  
*A.V. Vishnevski institute of Surgery (Director – Academician of RAMSci V.D. Fedorov)*

The aim of the prospective controlled study was to estimate prognostic factors and grading preciseness of the pancreatic head ductal adenocarcinoma after standard and extended pancreatectomy. Overall 30 standard and extended pancreatectomies were carried out. Gender, age preoperative tumor grade, grade of adenocarcinoma differentiation, lymph node lesion and extrapancreatic invasion rate in analyzed groups were comparable. No significant difference was in mean tumor size, surgery mean duration, bloodloss and haemotransfussion, morbidity and mortality rate. R1 level of resection (40.0 and 17.7%, correspondingly;  $p = 0.04$ ) and local relapse rate (59.0 and 15.3%) was significantly lower after extended pancreatectomy. Survival median after extended procedure came to 12 months and after standard – 10 months. 3-year and 5-year survival (25.0 and 17%) was noted only after extended pancreatectomy. Significantly longer life duration was displayed after extended pancreatectomy in cases of tumor location in uncinatus process and its size of 2-4 cm. Lymphadenectomy volume extension in cases of pancreatic head ductal adenocarcinoma did not lead to growing morbidity, mortality or life duration. At the same time extended pancreatectomy enables more precise determination of the disease grade, significantly lowers R1 level resection level and rate of relapse and increases life duration in certain category of patients.

*Key word:* ductal adenocarcinoma, pancreatectomy, prognostic factors, survival.

*В.И. Егоров* – доктор мед. наук, главный научный сотрудник отделения хирургии печени и поджелудочной железы Института хирургии им. А.В. Вишневецкого. *О.В. Мелехина* – канд. мед. наук, младший научный сотрудник отделения лучевой диагностики того же института. *В.А. Вишневецкий* – доктор мед. наук, профессор, руководитель отделения хирургии печени и поджелудочной железы того же института. *Т.В. Шевченко* – канд. мед. наук, старший научный сотрудник того же отделения того же института.

Для корреспонденции: Егоров Вячеслав Иванович – (495) 237-92-26.

## Хирургическое лечение доброкачественных кист поджелудочной железы

*А.Р. Пропп, В.Л. Полуэктов*

*Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии (зав. – профессор В.Л. Полуэктов)*

*Омской государственной медицинской академии*

*Областная клиническая больница (главный врач – К.Л. Полежаев)*

Анализу подвергнуты результаты диагностики и оперативного лечения 202 больных хроническим панкреатитом. Наружное дренирование кисты выполнено 127 больным, внутреннее дренирование протоков поджелудочной железы в изолированном варианте – 31 больному, с резекцией поджелудочной железы – 18, изолированная резекция железы – 19 больным, цистэктомия – 7. Пациенты, в зависимости от времени, прошедшего после острого панкреатита и степени воспалительных изменений в поджелудочной железе, были разделены на 3 группы. Наиболее сложной в диагностическом и прогностическом плане была группа из 80 пациентов с кистами и рецидивом острого панкреатита на фоне хронической формы, у которых частота послеоперационных осложнений и летальность (17,5 и 2,5% соответственно) были в 2 раза больше, чем у 73 пациентов с хроническим панкреатитом вне обострения (6,8 и 1,4% соответственно). Благодаря индивидуальному подходу с тщательной оценкой факторов, влияющих на выбор метода оперативного вмешательства, при лечении пациентов с рецидивом острого панкреатита на фоне хронической формы удалось выполнить продольную панкреатоюностомию в сочетании с резекцией различных отделов ПЖ в 25% наблюдений, несмотря на осложнения хронического панкреатита.

**Ключевые слова:** панкреатит, проток поджелудочной железы, продольная панкреатоюностомия.

## Surgical Management of the Benign Pancreatic Cysts

*A.R. Propp, V.L. Poluectov*

*Faculty Surgery Chair with Urology Course (Chief – Prof. V.L. Poluectov) of Omsk State Medical academy*

*Regional Clinical Hospital (Head – K.L. Polezhaev)*

Results of surgical management of 202 chronic pancreatitis patients are analyzed. External draining of the cyst was carried out in 127 patients, internal draining of pancreatic duct system in its isolated variant – in 31, accompanied with pancreas section resection – in 18, pancreatic isolated resection – in 19 and cystectomy – in 7 patients. The patients were divided into 3 groups according to the term after acute pancreatitis attack and degree of inflammatory changes of pancreas. From the point of view of diagnosis and prognosis the greatest difficulty presents the group of 80 chronic pancreatitis patients with cysts in time of acute pancreatitis relapse. In this group per cent of complications after operation and lethality (17.5 and 2.5%) is 2 times as much than in the group of patients with chronic pancreatitis without acute condition (n = 73; 6.8 and 1.4%). Thanks to the individual approach, which took into account the factors determining the choice of surgery treatment method, while treating patients in time of acute pancreatitis relaps accompanied by chronic pancreatitis, lateral pancreaticojejunostomy combined with resection of pancreas different sections took place in 25% in spite of the chronic pancreatitis complications.

**Key words:** pancreatitis, pancreatic duct system, lateral pancreaticojejunostomy.

---

*Полуэктов В.Л.* – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедры факультетской хирургии с курсом урологии Омской государственной медицинской академии. *Пропп А.Р.* – ординатор областной клинической больницы.

**Для корреспонденции:** Пропп Александр Робертович – 644033 Омск, ул. Волховстроя, д. 94, кв. 84.  
Тел. (8-3812) 21-14-47. E-mail: par1108@mail.ru.

## **Сравнительная оценка функциональных результатов панкреатодуоденальной резекции с сохранением привратника и операции Уиппла**

*Н.Ю. Коханенко, К.В. Павелец, Н.В. Ананьев, М.А. Бернштейн*

*Кафедра факультетской хирургии имени профессора А.А. Русанова (зав. — профессор Н.Ю. Коханенко) Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии*

В работе представлен анализ 52 панкреатодуоденальных резекций, из которых 36 выполнены в классическом варианте, описанном Уипплом, и 16 — с сохранением привратника. Изучены функциональные результаты операций в сроки от 1 мес до 16 лет и предложена схема реабилитации больных в зависимости от выявленных расстройств. При изучении экзо- и эндокринной функций поджелудочной железы установлено, что функциональные нарушения отмечали с равной частотой после обоих вариантов операции. На фоне соответствующего лечения у большинства больных, перенесших панкреатодуоденальную резекцию, выявлена удовлетворительная функция желудочно-кишечного тракта.

**Ключевые слова:** панкреатодуоденальная резекция, поджелудочная железа, функциональные результаты, рак поджелудочной железы, рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки, рак общего желчного протока, рак двенадцатиперстной кишки, карциноид поджелудочной железы.

## **Comparative Analysis of Functional Results after Pylorus Preserving Pancreatectomy and Whipple Procedure**

*N. Yu. Kochanenko, K. V. Pavelets, N. V. Ananjev, M. A. Bernstein*

*Professor A. A. Rusanov chair of surgery (Chief — Prof. N. Yu. Kokhanenko) Sanct-Petersburg State Pediatric Medical Academy*

Outcomes of 52 pancreatectomies (36 — standard Whipple procedures, 16 pylorus-preserving pancreatectomies) are analyzed. Functional results of surgery was followed up from 1 month till 16 years and postoperative pancreatic function in patients undergoing pancreatectomy. The exocrine and endocrine functions of pancreas after both types of surgery were evaluated. We revealed that the frequency of pancreatic functional disorders after standard and pylorus-preserving pancreatectomy were similar. Receiving appropriate replacement therapy by means of pancreatic enzymes most of patients have an adequate gastrointestinal functions.

**Key words:** pancreatectomy, functional results, pancreatic cancer, papilla Vategy cancer, common bile duct cancer, duodenal cancer, pancreatic carcinoid.

---

*Н.Ю. Коханенко* — доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии. *К.В. Павелец* — доктор мед. наук, профессор той же кафедры. *Н.В. Ананьев* — канд. мед. наук, доцент той же кафедры. *М.А. Бернштейн* — аспирант, ассистент той же кафедры.

**Для корреспонденции:** Бернштейн Мария Александровна — 193232 г. Санкт-Петербург, пр. Большевиков, д. 30, к. 1, кв. 87. Тел. (812) 442-50-93, (8-921) 914-21-60. E-mail: mariabern79@mail.ru.

## **Тотальная панкреатэктомия в лечении больных раком поджелудочной железы**

*М.П. Захараш, Ю.М. Захараш, Е.В. Усова*  
*Кафедра хирургии №1 (зав. – член-корр. АМН Украины М.П. Захараш)*  
*Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца*  
*Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова*  
*(директор – профессор Ю.В. Поляченко) АМН Украины, Киев*

## **Total Pancreatectomy in the Treatment of Pancreatic Cancer Patients**

*M.P. Zakharash, Yu.M. Zakharash, E.V. Usova*  
*Chair of Surgery №1 (Chief – UAMSci corresponding member M.P. Zakharash) of A.A. Bogomolts*  
*National Medaical University*  
*F.F. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology (Director – Prof. Yu.V. Polyachenco)*  
*AMN of Ukraine, Kiev*

---

*М.П. Захараш* – доктор мед. наук, профессор, член-корреспондент АМН Украины, заведующий кафедрой хирургии №1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца. *Ю.М. Захараш* – доктор мед. наук, профессор той же кафедры. *Е.В. Усова* – врач-хирург отделения лапароскопической хирургии и холелитиаза Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова.

**Для корреспонденции:** Захараш Михаил Петрович – (8-10-380-44) 235-31-16 (до. 3-12).

## Ранения и разрывы диафрагмы при открытых и закрытых повреждениях груди и живота

*К.Г. Кубачев, А.Е. Борисов, А.В. Кукушкин, 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 378 пострадавших – 186 с разрывом диафрагмы при закрытой травме и 192 пациентов с торакоабдоминальными ранениями за период с 1996 по 2008 гг. Колото-резаное ранение было у 165 пострадавших, огнестрельное – у 27. Были определены показания к видеоторакоскопии при травме груди: пневмоторакс, малый и средний гемоторакс или гемопневмоторакс, независимо от степени коллапса легкого, в том числе и при множественных и двойных переломах ребер с образованием реберного клапана; свернувшийся гемоторакс малого и среднего объема; гемоторакс с признаками продолжающегося внутриплеврального кровотечения; пневмоторакс с массивным сбросом воздуха по дренажным трубкам в ранний период после травмы; пневмоторакс с нарастающей эмфиземой мягких тканей средостения и подозрение на гемоперикард при стабильной гемодинамике. Видеоторакоскопия не показана при тяжелом ушибе сердца, остром нарушении ритма сердца, повреждении магистральных сосудов средостения, пищевода, расстройстве дыхания и гемодинамики центрального генеза, продолжающемся массивном внутрибрюшном кровотечении и обширном спаечном процессе в плевральной полости. К лечебным мероприятиям, выполняемым в ходе видеоторакоскопического вмешательства при ранениях груди, относят остановку кровотечения из сосудов грудной стенки, легкого, средостения, ушивание ран диафрагмы, легкого, краевую резекцию легкого, удаление инородных тел, санацию и дренирование плевральной полости.

**Ключевые слова:** ранение диафрагмы, разрыв диафрагмы, открытое повреждение живота, закрытое повреждение живота, открытое повреждение груди, закрытое повреждение груди, видеоторакоскопия, эндовидеохирургия.

## *Diaphragm Injuries and Ruptures in the Open and Blunt Abdominal and Thoracic Trauma*

*K.G. Kubathiov, E.V. Borisov, A.V. Kukushkin, D.S. Sagitova*  
*N.D. Monastirski chair of Surgery (Chief – Prof. A.E. Borisov) Sanct-Petersburg Medical Academy*  
*of Postgraduate Education; Alexander hospital, Sanct-Petersburg*

A comparative analysis of follow up results of 378 injured was carried out in 186 diaphragm rupture in cases of blunt trauma and 192 thoracoabdominal wound patients during 1996–2008. Incised wounds had 165 patients and firearm wounds – 27. Indications of the videothoracoscopy in cases of thoracic trauma were defined such as: pneumothorax, mild and moderate haemothorax and haemopneumothorax independent from collapse degree, including multiple and double-side costal fractures forming the rib valve; mild and moderate volume clotted haemothorax; bleeding haemothorax, pneumothorax associated with early massive air discharge from drainage tubes; pneumothorax with rising soft tissue emphysema of mediastinum and suspicion of haemopericard in cases of stabile haemodynamics. Videothoracoscopy is not indicated in cases of severe heart concussion, acute rhythm disturbances, injuries of mediastinal large vessels, esophagus, central genesis disturbances of breath and haemodynamics, unarrested massive abdominal bleeding and massive adhesive process in pleural cavities. During thoracoscopy in the injured bleeding arrest from thoracic wall, lung, mediastinum, diaphragm, lung wound tailoring, lung wedge resection, foreign matter debridement, pleural cavity wash out and drainage should be provided.

**Key words:** diaphragm wounds, diaphragm ruptures, abdominal open injury, abdominal blunt trauma, open thoracic injury, blunt thoracic trauma, videothoracoscopy, endovideosurgery.

*К.Г. Кубачев* – доктор мед. наук, профессор, заместитель главного врача по хирургии Александровской больницы Санкт-Петербурга. *А.Е. Борисов* – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургии им. Н.Д. Монастырского Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. *А.В. Кукушкин* – заместитель главного врача по хирургии Ивановской областной больницы. *Д.С. Сагитова* – ассистент кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.

**Для корреспонденции:** Кубачев Кубач Гаджимагомедович – 193312 Санкт-Петербург, пр-т Солидарности, д. 4, Александровская больница. Тел. (8-812) 583-16-24 (раб.), (8-911) 927-06-05 (моб.).

## Локализация внематочной беременности в печени

*В.Е. Загайнов, Г.Г. Горохов, М.Е. Мамаева, П.И. Рыхтик*  
ФГУ «Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России (директор – С.В. Романов)»  
ГОУ ВПО «Нижегородская медицинская академия» (ректор – Б.Е. Шахов), г. Нижний Новгород

### *Ectopic Pregnancy in the Liver*

*V.E. Zagainov, G.G. Gorokhov, M.E. Mamaeva, P.I. Rikhtik*  
*Privolzhski regional medical centre of Russian FMBA (Chief – S.V. Romanov)*  
*Nizni Novgorod medical academy (Rector – B.E. Shakhov)*

---

*В.Е. Загайнов* – главный специалист по хирургии Приволжского окружного медицинского центра ФМБА России, заведующий кафедрой хирургии ФОИС Нижегородской медицинской академии. *Г.Г. Горохов* – зав. 2-м хирургическим отделением Приволжского окружного медицинского центра ФМБА России. *М.Е. Мамаева* – зав. гинекологическим отделением того же центра. *П.И. Рыхтик* – зав. отделом лучевой диагностики того же центра.

**Для корреспонденции:** Загайнов Владимир Евгеньевич – 603005 г. Нижний Новгород, ул. Ильинская, д. 14, Приволжский окружной медицинский центр. Тел (+7-951) 906-6543. E-mail: Zagainov@gmail.com

## Хирургическое лечение детей с хроническим панкреатитом

*С.Д. Добров, А.С. Полякевич, П.И. Коломейцев,*  
*В.Ф. Миронов, Е.М. Блажитко*  
*Кафедра госпитальной хирургии (зав. – профессор Ю.В. Чикинев) ГОУ ВПО «Новосибирский Государственный медицинский университет» (ректор – профессор И.О. Маринкин)*  
*ГБУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (главный врач – С.С. Павленко)*

### *Surgical Management of Chronic Pancreatitis in the Children*

*S.D. Dobrov, A. S. Poljakevitch, P.I. Kolomeitsev,*  
*V.F. Mironov, E.M. Blagitko*  
*Hospital surgery chair (Chief – Prof. Yu.V. Chikiniov) Novosibirsk State medical university*  
*(Rector – Prof. I.O. Marinkin)*  
*Novosibirsk State regional clinical hospital (Head – S.S. Pavlenko)*

---

*С.Д. Добров* – доктор мед. наук, врач-хирург отделения хирургии Государственной Новосибирской областной клинической больницы. *Полякевич А.С.* – канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии Новосибирского государственного медицинского университета. *Коломейцев П.И.* – доктор мед. наук, профессор кафедры ФПК и ППВ того же университета. *Миронов В.Ф.* – врач-хирург отделения детской хирургии Государственной Новосибирской областной клинической больницы. *Блажитко Е.М.* – д. м. н., профессор кафедры госпитальной хирургии Новосибирского государственного медицинского университета.

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

## **Эндоваскулярные вмешательства в комбинированном лечении больного раком поджелудочной железы**

*П.Г. Таразов, А.А. Поликарпов, А.В. Павловский, С.В. Шаповал, В.А. Цуркан*  
ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Минздрава России»  
(директор – акад. РАМН А.М. Гранов), Санкт-Петербург

## **Endovascular Interventions in Complex Management of Pancreatic Cancer Patients**

*P.G. Tarazov, A.A. Policarpov, A.V. Pavlovski, S.V. Shapoval, V.A. Tsurkan*  
Russian scientific centre of radiology and surgical technologies  
(Director – Academician RAMSci A.M. Granov), Sanct-Petersburg

---

*П.Г. Таразов* – доктор мед. наук, профессор, зав. отделением ангиографии ФГУ РНЦРХТ. *А.А. Поликарпов* – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник того же отделения. *А.В. Павловский* – доктор мед. наук, главный научный сотрудник отделения оперативной хирургии того же центра. *С.В. Шаповал* – врач того же отделения того же центра. *В.А. Цуркан* – врач отделения ангиографии того же центра.

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

## **Рефераты иностранных журналов**

*Г.Г. Ахаладзе, Д.Г. Ахаладзе*

---

*Г.Г. Ахаладзе* – профессор курса хирургической гепатологии при кафедре хирургии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова. *Д.Г. Ахаладзе* – клинический ординатор ФГУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова».

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

## **Воспоминания об учителе. К 80-летию Иосифа Давидовича Прудкова**

*Recollections about the Master.  
To 80<sup>th</sup> Eniversary of Josif Davidovitch Prudkov*

## **Алексей Степанович Балалыкин К 70-летию со дня рождения**

*Aleksei Stepanovitch Balalikin  
To 70<sup>th</sup> eniversary*