

Рефераты иностранных журналов

DOI: 10.16931.1995-5464.20172121-125

Рефераты иностранных журналов

Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.

Abstracts of Current Foreign Publications

Akhaladze G.G., Akhaladze D.G.

J. Hepatobiliary Pancreat. Sci. 2010; 17: 380–384.
World J. Gastroenterol. 2014; 20 (43): 16132–16137.
Published online 2014 Nov 21.
DOI: 10.3748/wjg.v20.i43.16132.
PMCID: PMC4239499.
*WJG 20th Anniversary Special Issues (18):
Pancreatitis*

Management of chronic pancreatitis complicated with a bleeding pseudoaneurysm**Лечение хронического панкреатита, осложненного кровотечением из ложной аневризмы**

Chiang K.-C.¹, Chen T.-H.², Hsu J.-T.³
¹ Department of Surgery, Chang Gung Memorial Hospital at Keelung, Chang Gung University College of Medicine, Taoyuan 333, Taiwan
² Department of Gastroenterology, Chang Gung Memorial Hospital at Linkou, Chang Gung University College of Medicine, Taoyuan 333, Taiwan
³ Department of Surgery, Chang Gung Memorial Hospital at Linkou, Chang Gung University College of Medicine, Taoyuan 333, Taiwan

Хронический панкреатит — заболевание, характеризующееся упорным течением и непрерывно возобновляющимся воспалением ткани поджелудочной железы. Наряду с расстройствами экзокринной и эндокринной функций этого органа могут развиваться весьма тяжелые осложнения. Среди них — формирование ложной анев-

ризмы сосуда вблизи поджелудочной железы в результате аррозии панкреатическими ферментами и представляющее собой редкое осложнение, принимающее жизнеугрожающий характер при возникновении кровотечения. В настоящее время отсутствуют данные о проведении проспективных рандомизированных исследований, посвященных лечебной стратегии в подобной критической ситуации. Спорными остаются вопросы о роли артериальной эмболизации, необходимости хирургического вмешательства и оптимальных сроках его выполнения. Предлагается в первую очередь выполнить компьютерную томографию брюшной полости, которая позволит оценить состояние поджелудочной железы и возможное формирование псевдокисты, а также ангиографию для установления источника кровотечения. Следует также произвести артериальную эмболизацию для остановки кровотечения, что позволяет добиться ранней стабилизации состояния пациента. Совершенствование миниинвазивных технологий и инструментария позволяет выполнять лечебные манипуляции при псевдокистах поджелудочной железы более безопасно и эффективно. Открытое хирургическое вмешательство рекомендуется осуществлять пациентам с нестабильной гемодинамикой при кровотечении из псевдоаневризмы, которое не

Сведения об авторах

Ахаладзе Гурам Германович — доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательского отдела хирургии и хирургических технологий в онкологии ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ РФ.

Ахаладзе Дмитрий Гурамович — канд. мед. наук, заведующий хирургическим отделением №2 ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова» МЗ РФ.

Для корреспонденции*: Ахаладзе Гурам Германович — 115446 Москва, Коломенский проезд, д. 4. Тел.: +7-499-782-30-83. E-mail: gur371ax@gmail.com

Akhaladze Guram Germanovich — Professor, Chief Researcher of the Department of Surgery and Surgical Technologies in Oncology of the Russian Scientific Center of Rentgenoradiology.

Akhaladze Dmitriy Guramovich — Cand. of Med. Sci., Chief of the 2-nd Surgical Department of V.I. Shumakov Federal Research Center of Transplantology and Artificial Organs Ministry of Health of the Russian Federation.

For correspondence*: Akhaladze Guram Germanovich — 4, Kolomenskiy proezd, Moscow, 115446, Russia.
Phone: +7-449-782-30-83. E-mail: gur371ax@gmail.com

удалось остановить путем артериальной эмболизации, а также при безуспешной попытке эндоскопического лечения псевдокисты. Резекция поджелудочной железы целесообразна, если кровоточащая псевдоаневризма расположена в ее хвосте. При локализации аневризмы в области головки или тела радикальные хирургические вмешательства не рекомендуются.

*World J. Gastroenterol. 2015; 21 (22): 6850–6860.
Published online 2015 Jun 14. DOI: 10.3748/wjg.
v21.i22.6850. PMCID: PMC4462725*

Minimally invasive treatment of pancreatic pseudocysts

Минимально инвазивное лечение псевдокист поджелудочной железы

Zerem E., Hauser G., Loga-Zec S., Kunosić S., Jovanović P., Crnković D.

Псевдокиста поджелудочной железы (ПК ПЖ) является типичным осложнением острого и хронического панкреатита, травмы или обструкции панкреатического протока. Диагноз ПК ПЖ может быть установлен, если жидкостное скопление сохраняется в течение 4–6 нед и имеет стенку. У большинства пациентов ПК ПЖ подвергаются спонтанной редукции и не требуют лечения, но у некоторых больных они могут прогрессировать с развитием осложнений. Лечение ПК ПЖ сопряжено с решением ряда трудных вопросов: следует ли его проводить вообще, а также когда и какими методами. Существуют различные способы лечения ПК ПЖ: чрескожное дренирование (ЧД), эндоскопическое транспапиллярное или трансмуральное дренирование, лапароскопическая или открытая цистостомия. Современный подход к лечению ПК ПЖ предполагает миниинвазивный характер вмешательства. Наиболее часто это ЧД с эндоскопическим или иным визуальным контролем. Эндоскопическое пособие осуществимо, поскольку в большинстве случаев ПК ПЖ располагаются вблизи желудка. Важным достоинством эндоскопического дренирования является создание герметичного сообщения между псевдокистой и желудком, исключающего подтекание панкреатического сока. Однако в отличие от ЧД при эндоскопическом доступе очень сложно, а в отдельных случаях невозможно осуществлять мониторинг отделяемого и манипулировать катетером.

Восстановление анатомической целостности протока поджелудочной железы, независимо от примененного метода, является основным прогностическим фактором обеспечения успешного лечения ПК ПЖ. В статье рассмотрены и подвергнуты оценке существующие миниинвазивные методы лечения ПК ПЖ.

JOP. 2012; 13 (6): 660–666. doi: 10.6092/1590-8577/1193. PMID: 23183395

The radiological management of pseudoaneurysms complicating pancreatitis Рентгенохирургическое лечение псевдоаневризм, осложняющих течение панкреатита

*De Rosa A.², Gomez D.², Pollock J.G.¹, Bungay P.¹, De Nunzio M.¹, Hall R.I.², Thurley P.¹
Departments of ¹Radiology and ²Hepatobiliary Surgery and Pancreatic Surgery, Royal Derby Hospital, Derby Hospitals NHS Foundation Trust. Derby, United Kingdom*

Развитие псевдоаневризмы при панкреатите происходит редко, но кровотечение при ее разрыве сопровождается высоким риском смерти. Цель исследования — оценка результатов эндоваскулярного и чрескожного лечения псевдоаневризм, вызванных панкреатитом.

Проанализированы результаты ангиографических исследований, выполненных больным в 2005–2011 гг. и выявивших наличие псевдоаневризм, осложнивших течение панкреатита.

Ретроспективно изучены демографические данные пациентов, клинические и рентгенологические проявления осложнения, проведенное лечение и результаты.

У 13 больных панкреатитом выявлено 19 псевдоаневризм. В 7 наблюдениях их наличие установлено с помощью компьютерной томографии (КТ) и ангиографии. Отдаленные результаты оценивали с помощью КТ с контрастным усилением в портальной фазе ($n = 4$), дуплексного УЗИ ($n = 1$) и ангиографии ($n = 1$). Эмболизация микроспиралью при проведении ангиографии выполнена у 11 пациентов и увенчалась достижением гемостаза с первой же попытки в 82% случаев ($n = 9$). У одного больного осуществлена успешная чрескожная эмболизация введением тромбина. Частота возникновения рецидива аневризмы после изначально успешной эмболизации составила 11% ($n = 1$). Эпизодов повторного кровотечения после эмболизации не отмечено, однако рецидив геморрагии развился после введения тромбина. Частота осложнений и летальность среди 12 больных составили 25% ($n = 3$) и 8% ($n = 1$) соответственно. По результатам рентгенологического исследования у них наблюдали ликвидацию псевдоаневризмы и отсутствие ее рецидива в сроки наблюдения до 20 мес. Эндоваскулярная эмболизация является лечебным мероприятием первой линии и отличается невысокой склонностью к рецидивированию. Результативность эмболизации после применения тромбина не установлена.

SCIREA Journal of Clinical Medicine. 2016; 1 (2): 207–219. <http://article.scirea.org/pdf/32017.pdf>

Pseudoaneurysm complicating pancreatitis: what is the best treatment? Case presentation and review of the literature

Псевдоаневризма как осложнение панкреатита: как лучше лечить? Описание клинического наблюдения и обзор литературы

Corvino F.¹, Corvino A.², Centore L.³, Soreca E.³, Bencivenga A.³

¹Department of Advanced Medical Biosciences, University Federico II of Naples (UNINA), Biostructures and Bioimages Institution (IBB), National Research Council (CNR), Italy

²University of Naples "Parthenope", Italy

³Radiology Department, G. Rummo Hospital, Italy

Псевдоаневризмы, осложняющие течение острого или хронического панкреатита, встречаются в 1,3–10% наблюдений и являются жизнеугрожающим осложнением. Своевременная диагностика и раннее вмешательство, открытое хирургическое или минимально инвазивное, имеют прогностически важное значение. Мультиспиральная компьютерная томография является “золотым стандартом” в диагностике осложнения. Лечебным мероприятием первой линии считается эндоваскулярное вмешательство с эмболизацией псевдоаневризмы и последующим лечением острого или хронического панкреатита. Клиническое наблюдение: пациенту 35 лет с хроническим алкогольным панкреатитом, поступившему с желудочно-кишечным кровотечением и тяжелой постгеморрагической анемией, выполнена эндоваскулярная эмболизация спиралями гигантской псевдоаневризмы аномальной панкреатической ветви печеночной артерии.

Wideochir. Inne Tech. Maloinwazyjne. 2015; 10 (2): 141–149.
DOI: 10.5114/wiitm.2015.52705

Minimally invasive pancreatic surgery – a review

Минимально инвазивная хирургия поджелудочной железы – обзор

Damoli I., Butturini G., Ramera M., Paiella S., Marchegiani G., Bassi C.

General Surgery Unit B, the Pancreas Institute, Verona University Hospital Trust, Verona, Italy

За последние 20 лет отмечено увеличение использования минимально инвазивных доступов в хирургии поджелудочной железы. Наиболее часто лапароскопическим путем производится дистальная резекция из-за отсутствия реконструктивного этапа. Однако срединная и панкреатодуоденальная резекции, как следует из публикаций, тоже могут быть выполнены без-

опасно для пациента. Лапароскопическая дистальная резекция считается “золотым стандартом” при маленьких опухолях тела и хвоста поджелудочной железы и имеет некоторые преимущества перед традиционным открытым доступом, оказывая влияние на течение послеоперационного периода. Что же касается лечения опухолей головки поджелудочной железы, то выполнение вмешательств из миниинвазивного доступа ограничено рядом причин: небольшим количеством наиболее опытных хирургов, сложностью только резекционного этапа, а также чрезвычайной трудоемкостью формирования анастомозов. Срединная резекция и энуклеация показаны при небольших и доброкачественных опухолях и позволяют в максимальной степени сохранить паренхиму. Внедрение роботических вмешательств около 10 лет назад увеличило интерес многих хирургов к минимально инвазивному лечению болезней поджелудочной железы. Новая технология позволяет преодолеть ограниченность и недостатки лапароскопического метода, но вопрос о том, имеет ли этот метод преимущества по критерию соблюдения интересов пациента, обсуждается и поныне. Высокая стоимость расходных материалов, используемых в роботической хирургии, также является темой для дискуссий. Статья демонстрирует современное состояние минимально инвазивной хирургии поджелудочной железы.

ISRN Radiology 2013 (2013).
<http://dx.doi.org/10.5402/2013/191794>

Hemosuccus pancreaticus: 15-year experience from a tertiary care GI bleed centre

Hemosuccus pancreaticus: 15-летний опыт специализированного центра по лечению желудочно-кишечных кровотечений

Rammohan A., Palaniappan R., Ramaswami S., Perumal S.K., Lakshmanan A., Srinivasan U.P., Ramasamy R., Sathyanesan J.

Institute of Surgical Gastroenterology & Liver Transplantation, Centre for GI Bleed, Division of HPB Diseases, Stanley Medical College Hospital, Chennai, India

Hemosuccus pancreaticus (HP) является редкой и трудно выявляемой причиной желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК). Диагностическая и лечебная тактика при этом смертельно опасном осложнении не разработана. Цель исследования – выявить трудности диагностики и лечения HP, сформулировать алгоритм проведения эффективных и безопасных лечебных мероприятий.

Проанализированы данные медицинских карт пациентов ($n = 51$), поступивших в наш институт с января 1997 г. по декабрь 2011 г. с диагнозом *hemosuccus pancreaticus*.

Средний возраст составил 32 года. Хронический алкогольный панкреатит выявлен у 19; тропический, острый и идиопатический панкреатит — у 26, 5 и 1 больного соответственно. Консервативным методам лечения подвергли 6 больных. У 40 пациентов из 45 (89,0%) принята селективная артериальная эмболизация, которая позволила добиться гемостаза у 29 (72,5%) из 40. В 16 наблюдениях из 51 (31,4%) потребовалась хирургическая операция. Общая летальность составила 7,8%. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 мес до 15 лет.

У больного с хроническим панкреатитом и развившимся на его фоне ЖКК в качестве причины геморрагии прежде всего должен быть заподозрен НР. При стабильных показателях гемодинамики всем пациентам с НР необходимо выполнить ангиографическое исследование и, если это технически возможно, эмболизацию. Нестабильная гемодинамика, невозможность выполнения или неудачная эмболизация являются показаниями к экстренной операции. Госпитализация больного с ЖКК в специализированный центр, укомплектованный мультидисциплинарной врачебной бригадой, функционирующей в соответствии с разработанным протоколом, является обязательным условием для снижения летальности и частоты осложнений этого тяжелого заболевания.

Gastroenterology Res. 2014; 7 (1): 32–37.

Published online 2014 Mar 14.

DOI: 10.14740/gr596w

***Hemosuccus pancreaticus:* A mysterious cause of gastrointestinal bleeding**

***Hemosuccus pancreaticus:* загадочная причина желудочно-кишечного кровотечения**

*Mandaliya R.^{a,d}, Krevsky B.^b,
Sankineni A.^b, Walp K.^b, Chen O.^c*

^a *Department of Internal Medicine, Abington Memorial Hospital, Abington, PA, USA*

^b *Gastroenterology Section, Department of Medicine, Temple University School of Medicine, Philadelphia, PA, USA*

^c *Department of Radiology, Temple University School of Medicine, Philadelphia, PA, USA*

^d *Corresponding author: Rohan Mandaliya, Department of Internal Medicine, Abington Memorial Hospital, 1200 Old York Road, Abington, PA 19001, USA*

Hemosuccus pancreaticus — кровотечение из протока поджелудочной железы в желудочно-кишечный тракт через большой сосочек двенадцатиперстной кишки (БСДПК) — является редкой, скрытой и потенциально жизнеугрожающей разновидностью желудочно-кишечных геморрагий. Причиной является разрыв ложной аневризмы перипанкреатического сосуда на фоне

панкреатита или опухолей поджелудочной железы с последующим поступлением крови в проток поджелудочной железы или псевдокисту. Сложность диагностики обусловлена анатомическим расположением аневризмы и прерывистым характером поступления крови в двенадцатиперстную кишку, что затрудняет установление причины при эндоскопии. 61-летняя пациентка, страдающая ВИЧ и алкоголизмом, при поступлении предъявила жалобы на боль в животе в течение 3 нед и мелену. При осмотре выявлена гипотензия, бледность и локальное напряжение брюшной стенки в эпигастральной области. В анализах — признаки анемии и выраженной липаземии. КТ с контрастированием установило наличие псевдокисты поджелудочной железы с симптомами продолжающегося кровотечения в ее полость. Неотложная ангиография выявила аррозию панкреатодуоденальной артерии, которую успешно эмболизировали. При последующей эндоскопии отмечено наличие крови в зоне БСДПК, что позволило подтвердить диагноз *hemosuccus pancreaticus* и связь кровоточившего сосуда с псевдокистой и протоком поджелудочной железы. Рецидива геморрагии не отмечено. Таким образом, у пациентов с периодическими приступами абдоминальной боли, признаками желудочно-кишечного кровотечения и высокой липаземией следует предположить *hemosuccus pancreaticus*. Уточнить диагноз поможет КТ с контрастированием. Выполнение ангиографии с одновременной эмболизацией кровоточащей ложной аневризмы позволяет не прибегать к открытому хирургическому вмешательству.

JOP. J. Pancreas (Online) 2015 Nov 09; 16 (6): 533–539.

Causes, management and treatment of delayed arterial hemorrhage after pancreatoduodenectomy. A review study

Причины, диагностика и лечение позднего артериального кровотечения после панкреатодуоденальной резекции

Alexiou K., Ioannidis A., Drikos I., Economou N.

1st Surgical Department, SISMANOGLEIO General Hospital, Sismanogliou str., Marousi — Athens, 15126, Greece

В последнее время, несмотря на определенный прогресс в хирургии поджелудочной железы, летальность после панкреатодуоденальной резекции (ПДР) остается высокой. Одной из причин является развитие позднего кровотечения. Поздним оно считается, если возникает через 5 и более суток после ПДР. К кровотечению могут привести панкреатические свищи и ложная артериальная аневризма. Клиническими проявлениями в таких случаях бывают кровавая рвота и мелена. Исследование верхнего

этажа брюшной полости с помощью КТ и селективной ангиографии чревного ствола и верхней брыжеечной артерии может выявить ложную аневризму культи гастродуоденальной артерии. Позднее кровотечение имеет сложный причинно-следственный механизм и требует мультидисциплинарного подхода для его изучения. В статье приведен обзор исследований, анализирующих кровотечения после сложных операций на поджелудочной железе. Ангиографический контроль с потенциальной возможностью применения трансартериальной эмболизации обязателен. В случаях нестабильной гемодинамики или неудачной эмболизации необходима повторная операция.

Indian. J. Surg. 2013; 75 (Suppl 1): 436–438.

Published online 2012 Oct 10.

DOI: 10.1007/s12262-012-0758-3

Bleeding complication after pancreatic surgery: role of harmonic scalpel

Кровотечение после операций на поджелудочной железе: роль гармонического скальпеля

Lakshmanan A., Ravichandran P., Jeswanth S., Sukumar R.

Institute of Surgical Gastroenterology, Stanley Medical College Hospital, Chennai, India

Несмотря на то что в настоящее время во многих клиниках выполняются сложные хирургические вмешательства на поджелудочной железе с использованием технологических достижений, частота осложнений остается высокой и достигает 30–35%. Послеоперационное кровотечение отличается наибольшей опасностью и требует напряженного сотрудничества всей хирургической команды. Раннее распознавание и своевременное лечение с применением эндоскопических, минимально инвазивных или открытых хирургических вмешательств в сочетании с адекватной готовностью хирурга к релапаротомии при наличии показаний могут способствовать уменьшению летальности. Проанализирован десятилетний опыт 500 операций Whipple и более 300 операций Frey, после которых кровотечения развились почти в 2% наблю-

дений. Возрастание частоты возникновения этого осложнения в последние годы может быть связано с применением гармонического скальпеля, что следует из результатов проведенного нами исследования. Сформулированы меры профилактики применением рутинной хирургической техники и инструментария, которые позволили добиться улучшения результатов.

Gastroenterol. Res. Pract. 2015 (2015),

Article ID 120207, 7 pages.

<http://dx.doi.org/10.1155/2015/120207>

Current state of vascular resections in pancreatic cancer surgery

Современное состояние проблемы сосудистых резекций в хирургии рака поджелудочной железы

Hackert T., Schneider L., Büchler M.W.

Department of Surgery, University of Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 110, 69120 Heidelberg, Germany

Протоковый рак поджелудочной железы (ПРПЖ) занимает четвертое место среди ведущих причин смерти от рака в Западном мире, что даже сейчас, в 2014 г., бросает вызов неудовлетворительными результатами лечения. Лишь радикальная резекция, выполняемая к моменту установления диагноза всего у 20% больных, дополненная адъювантной химиотерапией, дает шанс на длительную выживаемость. За последние годы хирургия поджелудочной железы в специализированных центрах значительно изменилась и обрела тенденцию к увеличению доли расширенных операций, все чаще включающих в себя резекцию сосудов. Границы резектабельности существенно расширились, обеспечивая шанс потенциально радикальным резекциям в комбинации с неoadъювантной и адъювантной химиотерапией проявить свою эффективность. В отличие от адъювантной терапии, считающейся краеугольным камнем в обеспечении длительной выживаемости, роль неoadъювантной терапии в лечении местнораспространенного рака остается спорной. В данном обзоре суммированы возможности и осуществимость сосудистых резекций при хирургическом лечении ПРПЖ.