



**Эдуард Израилевич
Гальперин –
редактор раздела**

***Eduard Izrailevich Galperin –
Editor of the Issue***

Эдуард Израилевич Гальперин – один из основоположников отечественной гепатопанкреато-билиарной хирургии, лауреат Государственных премий СССР и РФ, дважды лауреат премии Правительства РФ.

Окончил с отличием 1-й ММИ им. И.М. Сеченова. Работал в Институте скорой медицинской помощи им. Н.В. Склифосовского, Институте трансплантологии и искусственных органов и Первом МГМУ им. И.М. Сеченова. В настоящее время является Почетным профессором Сеченовского Университета.

Основные направления научной и хирургической деятельности связаны с решением проблем печеночной недостаточности, регенерации печени, рубцовых стриктур желчных протоков, гнойного холангита, абсцессов печени, острого и хронического панкреатита. Э.И. Гальперин вместе с В.И. Шумаковым впервые в мире осуще-

ствил гетеротопическую трансплантацию левой доли печени. Исследования по методу забора левого латерального сектора печени положили начало развитию родственной трансплантации печени от живого донора и имели большое значение для развития пересадки печени в педиатрии. Под его руководством проводились и продолжают исследования по инициации регенерации и повышения функциональных резервов печени с помощью веществ, полученных из активно регенерирующей печени. Эдуард Израилевич разработал хирургическую классификацию стриктур желчных протоков, а также классификацию “свежих” повреждений протоков. Э.И. Гальперин является Почетным президентом созданной по его инициативе Ассоциации хирургов-гепатологов, более 20 лет был главным редактором журнала “Анналы хирургической гепатологии”, являясь сейчас его Президентом.

От редактора раздела

From Editor of the Issue

Мы живем в эпоху смены многих установившихся понятий и принципов. Она охватывает все области нашей жизни, в том числе и хирургию. Изменяются и методы лечения рубцовых стриктур желчных протоков (ЖП), которые прошли путь от восстановительной операции к реконструктивной, от отказа от применения дренажей к каркасному дренированию желчных протоков, от каркасного дренирования к бескаркасному прецизионному анастомозу. А в настоящее время – от большой и сложной операции к миниинвазивным вмешательствам. Как же следует характеризовать современный период в лечении рубцовых стриктур ЖП? Подходам к решению этого вопроса посвящен специальный раздел в нашем журнале.

Прежде всего, следует иметь в виду, что рубцовые стриктуры могут быть разного вида: внепеченочные и внутripеченочные, а внутripеченочные могут поражать долевые протоки (стриктура «–2») или сегментарные (стриктура «–3»). Стриктуры могут быть неполными и полными, наконец, стриктура может быть концевой при полном пересечении или иссечении магистральных ЖП. Уже это одно перечисление показывает, что не может быть одного метода их лечения.

Миниинвазивные вмешательства предполагают эндоскопический транспапиллярный или рентгенохирургический транспеченочный подход к лечению стриктур. Имеются сторонники как того, так и другого метода, причем, к сожалению, в основе выбора нередко лежит наличие определенного специалиста в лечебном учреждении, а не показания, зависящие от вида стриктуры. Например, ясно, что к стриктурам типов «–2» и «–3» так же, как и к стриктурам билиодигестивных анастомозов, в большинстве случаев легче подойти транспеченочно, однако в некоторых клиниках их стараются сделать эндоскопически, так как отсутствует опытный специалист-рентгенохирург.

Очень важен вопрос о месте традиционных хирургических операций в настоящее время. Вероятно, их следует применять при плохих результатах миниинвазивных вмешательств, при невозможности проведения последних из-за особенностей анатомического строения желчевыделительной системы, а также при концевой

стриктуре и при полной стриктуре, когда через нее не удастся провести даже тонкую струну.

Особый интерес представляет ранняя диагностика повреждений сосудов при ранении магистральных желчных протоков (правая или общая печеночная артерия и реже воротная вена). Нередко о ранении артерии начинают думать, когда в некротической доле печени появляются абсцессы и у больного манифестирует холангит. Резекция печени (чаще правой доли) нередко является единственным правильным решением в такой ситуации. Резекция печени также становится необходимой при стриктурах «–2» или «–3» при обширном рубцовом процессе в протоках одной из долей и невозможности наложения даже каркасного анастомоза. В таких случаях показана резекция печени как единственный метод предотвращения дальнейшего развития холангита и абсцессов печени. В нашей стране наибольшим опытом таких резекций обладает клиника, возглавляемая проф. В.А. Вишневым.

Очень интересен теоретический вопрос о механизме реканализации рубцовой ткани при длительном дренировании. Введение и смена дренажа и особенно баллонная дилатация рубцовой стриктуры до исчезновения “тали” баллона, несомненно, сопровождаются надрывами рубца и его сдавлением, которое приводит к ишемии рубцовой ткани. Казалось бы, что эти факторы должны дать новый толчок развитию фиброза, так как в места ранения и ишемии устремляются миофибробласты, продуцирующие коллаген. Эту ситуацию отдаленно можно сравнить с наложением каркасного анастомоза, когда рубцовые ткани не удается полностью удалить и невозможно прецизионно адаптировать слизистые оболочки протока и кишки. Действительно, за 1,5–2 года, в течение которых в просвете анастомоза находится каркас, образуется стабильное соустье, обуславливающее хороший отдаленный результат у 80% больных. Однако у этих больных изначально, в отличие от миниинвазивных вмешательств, наложен широкий анастомоз, что исключает компрессию ткани и ее травмирование при сменах каркаса. Конечно, процессы развития соединительной ткани остаются недостаточно ясными: в нашу клинику в течение одной недели обратились

трое больных с холангитом, которым каркасный анастомоз был наложен 18, 20 и 22 года назад. Дренаж у них находился в просвете анастомоза первые 1,5 года, после его удаления в течение длительного периода жалоб не было. Вероятно, в соединительной ткани происходят процессы, которых мы еще не знаем, обуславливающие по каким-то причинам активацию ее роста. Подобный феномен мы наблюдаем и в опухолях,

когда после многих лет благополучия внезапно наступает рецидив заболевания. Ответы на эти вопросы должны дать фундаментальные исследования.

В лечении рубцовых стриктур ЖП, несомненно, мы находимся на новом витке развития, однако, как всегда, для решения практических задач на этом этапе требуется дальнейшее накопление опыта и его объективное осмысление.