

**Заключение.** Независимо от формы, размеров, характера поверхности имплантатов их внутренний интерфейс имеет пространство, в котором скапливаются микроорганизмы, способные к миграции в периимплантатные ткани. Неудовлетворительную точность прилегания абатмента к текстуре можно

считать фактором риска негативных изменений в периимплантатных тканях. Микроорганизмы способны к проникновению через зазор между имплантатом и абатментом, поддерживая процессы воспаления в тканях периимплантатной зоны. Исследования в этом направлении должны быть продолжены.

#### Литература

1. Колесова, Т. В. Анализ осложнений ортопедического лечения зубными протезами, крепящимися на имплантатах / Т. В. Колесова, О. Ю. Колесов, Д. В. Михальченко, Л. Н. Денисенко // *Фундаментальные исследования*. – 2013. – № 5–2. – С. 296–299.
2. Сирак, С. В. Непосредственная дентальная имплантация у пациентов с включенными дефектами зубных рядов / С. В. Сирак, А. А. Слетов, К. С. Гандылян, Д. В. Дагуева // *Медицинский вестник Северного Кавказа*. – 2011. – Т. 21, № 1. – С. 51–54.
3. Сирак, С. В. Оценка риска осложнений эндодонтических манипуляций на основе показателей анатомо-топографического строения нижней челюсти /

- С. В. Сирак, А. А. Коробкеев, И. А. Шаповалова, А. А. Михайленко // *Эндодонтия Today*. – 2008. – № 2. – С. 55–60.
4. Шемонаев, В. И. Способ временного протезирования на период остеоинтеграции дентального имплантата / В. И. Шемонаев, Д. В. Михальченко, А. В. Порошин и др. // *Современные наукоемкие технологии*. – 2013. – № 1. – С. 55–58.
5. Яковлев, А. Т. Микрофлора внутреннего интерфейса остеоинтегрированного дентального имплантата / А. Т. Яковлев, Е. Ю. Бадрак, Д. В. Михальченко и др. // *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – № 2. – С. 54.

#### References

1. Kolesova T. V., Kolesov O. Yu., Mihalchenko D. V., Denisenko L. N. *Fundamentalnie issledovaniya. – Fundamental research*. 2013;5-2:296-299.
2. Sirak S. V., Sletov A. A., Gandilyan K. S., Dagueva D. V. *Meditinsky vestnik Severnogo Kavkaza. – Medical News of North Caucasus*. 2011;1;51-54.
3. Sirak S. V., Korobkeev A. A., Shapovalova I. A., Michailenko A. A. *Endodontiya Today. – Endodontics Today*. 2008;http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=525324&selid=11586772 2:55-60.

4. Shemonaev V. I., Mihalchenko D. V., Poroshin A. V., Zhidovinov A. V., Velichko A.S., Maiboroda A.Yu. *Sovremennye naukoemkie technologii. – Modern high technologies*. 2013;1:55-58.
5. Yakovlev A. T., Badrak E. Yu., Mihalchenko D. V., Grishina M. A., Demyanova O. B. *Sovremennye problemi nauki i obrazovaniya. – Modern problems of science and education*. 2015;2:54.

#### Сведения об авторах:

Михальченко Дмитрий Валерьевич, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний Волгоградского государственного медицинского университета; тел.: (8442)732161; e-mail: karta007@rambler.ru

Бадрак Евгений Юрьевич, ассистент кафедры ортопедической стоматологии Волгоградского государственного медицинского университета; тел.: (8442)732161; e-mail: evgenik99@gmail.com

Михальченко Алексей Валерьевич, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапевтической стоматологии Волгоградского государственного медицинского университета; тел.: (8442)730346; e-mail: alekseymiha@yandex.ru

Ярыгина Елена Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Волгоградского государственного медицинского университета; тел.: (8442)730346; e-mail: elyarygina@yandex.ru

© Коллектив авторов, 2015

УДК 616.361-089.844-053.1/.2

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2015.10074>

ISSN – 2073-8137

## БИЛИОДЕГИСТИВНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ПРИ СТРИКТУРЕ ХОЛЕДОХА У РЕБЕНКА

М. Г. ЧЕПУРНОЙ, Г. И. ЧЕПУРНОЙ, В. Б. КАЦУПЕЕВ, Б. Г. РОЗИН, А. В. ЛЕЙГА, Ю. В. ЛУКАШ, А. П. САЛАМАХА, М. В. КОВАЛЕВ

Ростовский государственный медицинский университет, Россия

## BILIODIGESTIVE SHUNTING BY A STRICTURE OF CHOLEDOCHUS DUCT

CHEPURNOY M. G., CHEPURNOY G. I., KATSUPEYEV V. B., ROZIN B. G., LEIGA A. V., LUKASH Yu. V., SALAMAKHA A. P., KOVALYOV M. V.

Rostov State Medical University, Russia

Описан случай наличия у мальчика 5 лет суженного холедоха врожденного генеза, осложнившегося острым холецистопанкреатитом, купированного с помощью холецистостомии и дренирования брюшинной полости. Через 11 месяцев стенки оставшегося желчного пузыря использованы

для наложения холецистоеюноанастомоза с межкишечным соустьем по Roux и сформированным антирефлюксным затвором. Использован отрезок тощей кишки в качестве шунта для сброса желчи в кишечник параллельно с функционирующим суженным холедохом.

*Ключевые слова:* врожденная аномалия внепеченочных желчных протоков, холецистоеюноанастомоз, дети

A clinical case of congenital stenosis of choledochus duct, complicated by acute cholecystopancreatitis treated with cholecystostomy and peritoneal drainage in a 5-year old boy was described. In 11 months the walls of remained intact gall-bladder were used to form cholecysto-jejenum anastomosis with inter-jejunal fistula according to Roux and with antireflux mechanism. A part of jejunum was used as a shunt to provide a bile bypass to the intestine in a parallel with functioning narrowed choledochus duct.

*Key words:* congenital anomaly of extra-hepatic bile ducts, cholecysto-jejunoanastomosis, children

**В** практической хирургии нередко случается, когда вопросы оказания рациональной хирургической помощи приходится решать исключительно индивидуально. Что касается желчевыделительной системы, то оригинальность решения базируется на учете многих особенностей конкретного случая: характера патологии [1, 3], техники выполнения предыдущих хирургических вмешательств, связанных с гнойно-воспалительными осложнениями, возникающими в результате приобретения патогенных свойств эндогенной микрофлорой или привнесения в организм ребенка патогенных микроорганизмов извне [2, 4], состояния внепеченочной желчной системы в данный период, перспективного функционирования этой системы после реконструктивно-восстановительных операций. Сложность подобных ситуаций мы хотели продемонстрировать следующим нашим наблюдением.

Мальчик Б., 5 лет (истор. бол. № 6425/1775), поступил в клинику детской хирургии РостГМУ из г. Луганска (Украина). Из анамнеза стало известно, что он 11 мес. назад был прооперирован в детском хирургическом учреждении г. Луганска по поводу острого калькулезного холецистопанкреатита, развившегося после перенесенной ОРВИ. Ввиду тяжелого общего состояния ребенка, а также оценивая функциональное состояние внепеченочных желчных протоков, была выполнена холецистостомия и дренирование парапанкреатического пространства и брюшинной полости резиновыми полосками и трубками. Выполнения минимального хирургического вмешательства оказалось вполне достаточно для купирования воспалительного процесса в желчно-панкреатической системе и стабилизации показателей всех жизненно важных систем организма.

При поступлении: кожа – розового цвета без иктеричности, зуда у ребенка нет. В правой эпигастральной области имелся поперечный линейный послеоперационный рубец. Несколько ниже него определялся холецистостомический желчный свищ с трубкой, через которую поступало до 50–70 мл желчи в сутки. Нижний край печени находился на уровне правой реберной дуги. Каловые массы имели обычный цвет без патологических примесей. Моча – обычного желтого цвета. Показатели

билирубина крови: общего – 14,2 мкмоль/л и прямого – 2,2 мкмоль/л. Биохимические показатели без патологических изменений (АЛТ – 17,8; АСТ – 35,1; амилаза – 26 Ед/л; сахар – 4,8 ‰). Питался ребенок разнообразной пищей и имел регулярный (1 раз в сутки) оформленный стул.

У ребенка изучена внепеченочная желчная система с помощью ее контрастирования иодолиполом через трубку холецистостомы (рис. 1). Обнаружено сужение холедоха и поступление контраста тонкой струйкой в 12-перстную кишку. Остальные желчные протоки не имели значительных изменений в диаметрах просветов и теней конкрементов. Перекрытие холецистостомической трубки приводило к появлению болей в правой половине живота, а также вызывало тошноту и беспокойство у ребенка.

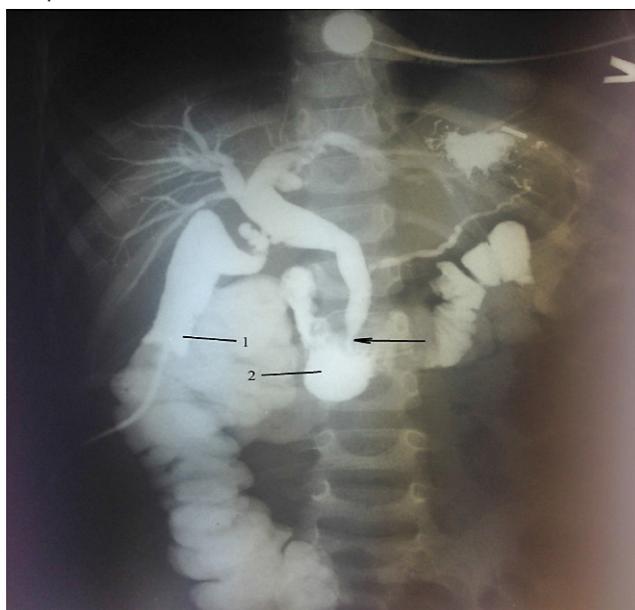


Рис. 1. Рентгенограмма внепеченочных желчных протоков больного Б.: 1 – желчный пузырь; 2 – 12-перстная кишка; стрелкой отмечено суженное место холедоха

Имея такую клинко-рентгенологическую картину, а также принимая во внимание ежедневную потерю желчи в количестве 50–70 мл через холецистостому, было решено создать шунт для отведения желчи в кишечник с помощью тощей кишки и межкишечного соустья по Roux. Это было осуществлено путем наложения холецистоеюноанастомоза (рис. 2).

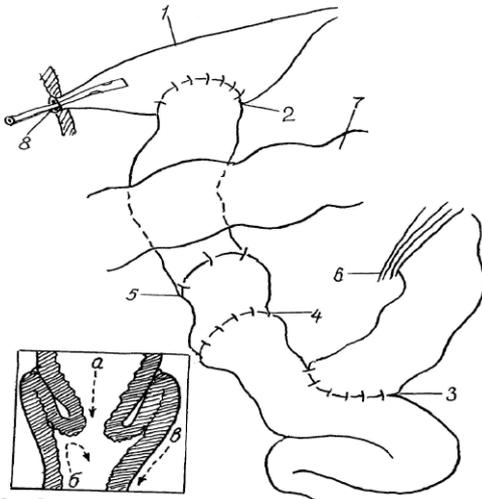


Рис. 2. Схема реконструктивно-восстановительной операции, выполненной у больного Б.: 1 – желчный пузырь; 2 – холецистоюноанастомоз; 3 – межкишечный анастомоз по Roux; 4 – антирефлюксный затвор; 5 – фиксированный в «окне» mesocolon отводящий отрезок тощей кишки; 6 – связка Трейца; 7 – толстая кишка; 8 – холецистостома с трубкой. В квадрате: а – движение желчи; б – движение пищевых масс в момент антиперистальтического их перемещения; в – изо-перистальтическое движение кишечной стенки в сторону анастомоза по Roux

Произведен разрез по Рио – Бранко справа с выделением из сращений части стенок желчного пузыря. На расстоянии 13 см от связки Трейца электроножом пересечена тощая кишка после лигирования и рассечения маргинальных сосудов. На расстоянии 16 см от дистального кишечного конца рассекли электроножом в поперечном направлении (по противобрыжеечному краю) отводящий отрезок кишечной трубки и вшили в образованное отверстие проксимальный конец кишки, образуя межкишечное соустье по Roux. При этом использовали однорядный, непрерывный, инвагинационный шов в нашей разработке [5] атравматическим шовным материалом (Prolen 5/0). В средней части отводящего кишечного сегмента был сформирован антирефлюксный затвор с помощью наложения по всей окружности кишки серозо-мышечных погружных узловых швов атравматическим шовным материалом (Prolen 5/0). Погруженный инвагинационный венчик из дубликационных кишечных стенок был размещен в кишечном просвете в изоперистальтической позиции таким образом, чтобы создать свободный путь для желчи и препятствие в виде клапана – для пищевых масс в моменты их антиперистальтического движения. Затем было создано «окно» в mesocolon (между a. et v. colica

media и a. et v. ileocolica) и через него к желчному пузырю проведен дистальный отрезок тощей кишки со сформированным антирефлюксным затвором. Наложено 4 узловых шва между краями mesocolon и серозо-мышечной оболочкой отводящего сегмента тощей кишки.

Операция была завершена наложением холецистоюноанастомоза. Для этого после продольного рассечения стенок желчного пузыря произведено вшивание конца тощей кишки в образованное отверстие в пузыре с помощью однорядного, непрерывного, инвагинационного шва в нашей разработке. Холецистостомическое отверстие с трубкой в просвете желчного пузыря оставлено интактным для послеоперационной декомпрессии желчевыделительной системы. После удаления трубки холецистостомическое отверстие самостоятельно зарубцевалось.

Ретроспективно оценивая оригинальность представленного случая, следует отметить то, что первично ребенок был оперирован весьма опытными хирургами, которые добились с помощью минимального хирургического вмешательства (простой холецистостомии) максимальных результатов – полного купирования воспалительного процесса в желчном пузыре и поджелудочной железе.

Выбор метода реконструктивно-восстановительной операции был связан, во-первых, с необходимостью сохранения системы внепеченочных желчных протоков, пусть даже со стриктурой холедоха; во-вторых, с возможностью использования оставленного желчного пузыря как пластического материала для дополнительного шунтирования этой системы; в-третьих, с учетом нестабильной эффективности трансдуоденальной папиллосфинктеротомии в отдаленные сроки послеоперационного периода; в-четвертых, с необходимостью применения антирефлюксных приемов на кишечном сегменте, которые уменьшали возможность поступления пищевых масс во внепеченочные желчные протоки, тем самым снижая риск развития послеоперационного холангита.

В заключение следует отметить, что в представленном клиническом наблюдении, с нашей точки зрения, была предпринята наиболее рациональная хирургическая тактика по декомпрессии внепеченочной желчевыделительной системы при врожденной стриктуре холедоха с помощью холецистоюноанастомоза с межкишечным соустьем по Roux и дополнительным антирефлюксным затвором.

#### Литература

1. Акоюн, В. Г. Хирургическая гепатология детского возраста / В. Г. Акоюн. – М., 1982. – 384 с.
2. Гарипов, Р. М. Дисбиотические состояния кишечника как факторы риска возникновения гнойно-септических осложнений при оперативных вмешательствах на желчных путях у детей / Р. М. Гарипов, Д. Ш. Сабирзянова // Детская хирургия. – 2001. – № 6. – С. 55.
3. Исаков, Ю. Ф. Абдоминальная хирургия у детей / Ю. Ф. Исаков, Э. А. Степанов, Т. В. Красовская. – М., 1988. – 416 с.

4. Минаев, С. В. Мониторинг развития воспалительных осложнений у новорожденных с врожденной патологией желудочно-кишечного тракта / С. В. Минаев, И. В. Киргизов, А. Н. Обедин и др. // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2013. – № 2. – С. 30–33.
5. Чепурной, Г. И. Однорядный шов в брюшных анастомозах у детей / Г. И. Чепурной, В. Б. Кацупеев. – Ростов н/Д, 2014. – 216 с.

**References**

1. Акopyan V. G. Surgical Hepatology in Children. M.; 1982. 384 p.
2. Garipov R. M., Sabirzyanova D.Sh. *Detskaya khirurgiya. – Pediatric Surgery.* 2001;6:55.
3. Isakov Yu. F., Stepanov E. A., Krasovskaya T. V. Abdominal Surgery in Children. M.; 1988. 416 p.
4. Minaev S. V., Kirgizov I. V., Obedin A. N., Isaeva A. V. *Medicinskij Vestnik Severnogo Kavkaza. – Medical News of North Caucasus.* 2013;8 (2):30-33.
5. Chepurnoy G. I., Katsupeev V. B. A Single-Row Suture in the Abdominal Anastomoses in Children. Rostov on Don; 2014. 216 p.

**Сведения об авторах:**

Чепурной Михаил Геннадьевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии и ортопедии Ростовского государственного медицинского университета; тел.: (863)2719748; e-mail: chepur@rambler.ru

Чепурной Геннадий Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии и ортопедии Ростовского государственного медицинского университета; тел.: (863)2719750; e-mail: chepur@rambler.ru

Кацупеев Валерий Борисович, доктор медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии и ортопедии Ростовского государственного медицинского университета; тел.: (863)2719744; e-mail: katsoupeev@yandex.ru

Розин Борис Григорьевич, кандидат медицинских наук, зав. детским анестезиолого-реанимационным отделением больницы № 20 г. Ростова-на-Дону; тел.: (863)2961901

Лейга Александр Владимирович, ординатор детского хирургического отделения больницы № 20 г. Ростова-на-Дону; тел.: (863)2719748

© Коллектив авторов, 2015

УДК 616.36:612.352.2

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2015.10075>

ISSN – 2073-8137

## ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

П. В. КОРОЙ, С. А. СЛЯДНЕВ, А. В. ЯГОДА

Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

## PERSPECTIVES FOR MANAGING OF NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

Koroy P. V., Slyadnev S. A., Yagoda A. V.

Stavropol State Medical University, Russia

В обзоре представлен анализ данных литературы по проблеме терапии неалкогольной жировой болезни печени. Рассмотрено позитивное влияние модификации образа жизни, бариатрической хирургии, коррекции нарушений углеводного, липидного обмена, применения витаминов, антиоксидантов и гепатопротекторов на клинические, биохимические и гистологические проявления заболевания.

*Ключевые слова:* неалкогольная жировая болезнь печени, неалкогольный стеатогепатит, терапия

The review presents current data on the treatment of nonalcoholic fatty liver disease. Considered issues include influence of lifestyle modification, bariatric surgery, correction of carbohydrate, lipid metabolism disorders, administration of vitamins, antioxidants and hepatoprotective agents on clinical, biochemical and histological signs of the disease.

*Key words:* nonalcoholic fatty liver disease, nonalcoholic steatohepatitis, treatment

**Н**еалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) – заболевание, характеризующееся избыточной аккумуляцией жира в печени в отсутствии употребления гепатотоксичных доз алкоголя и других возможных причин жировой инфильтрации печени.

Гистологические проявления заболевания варьируют от стеатоза до неалкогольного стеатогепатита, цирроза печени и реже – гепатоцеллюлярной карциномы [15].

НАЖБП является наиболее частой причиной хронической патологии печени в развитых стра-