

АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ



ANNALS OF SURGICAL HEPATOLOGY
ANNALY KHIRURGICHESKOY GERATOLOGII

© МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
“АССОЦИАЦИЯ ХИРУРГОВ-ГЕПАТОЛОГОВ”

2016. Том 21, № 4

Научно-практический журнал
Основан в 1996 г.
Регистр. № ПИ № ФС77-19824

Президент журнала **Э.И. Гальперин** (Москва, Россия)
Главный редактор **Т.Г. Дюжева** (Москва, Россия)
Зам. главного редактора **В.А. Вишневский** (Москва, Россия)
Зам. главного редактора **П.С. Ветшев** (Москва, Россия)
Зам. главного редактора **М.В. Данилов** (Москва, Россия)
Отв. секретарь, научный редактор **С.П. Ветшев** (Москва, Россия)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Ахаладзе Г.Г. (Москва, Россия)
Ахмедов С.М. (Душанбе, Таджикистан)
Баймаханов Б.Б. (Алматы, Казахстан)
Буриев И.М. (Москва, Россия)
Готье С.В. (Москва, Россия)
Емельянов С.И. (Москва, Россия)
Кармазановский Г.Г. (Москва, Россия)
(зам. главного редактора –
распорядительный директор)
Ким Э.Ф. (Москва, Россия)
Котовский А.Е. (Москва, Россия)
Кубышкин В.А. (Москва, Россия)
Мамакеев М.М. (Бишкек, Киргизия)

Манукьян Г.В. (Москва, Россия)
Назыров Ф.Г. (Ташкент, Узбекистан)
Ничитайло М.Е. (Киев, Украина)
Панченков Д.Н. (Москва, Россия)
Патютко Ю.И. (Москва, Россия)
Третьяк С.И. (Минск, Беларусь)
Тулин А.И. (Рига, Латвия)
Хабиб Наги (Лондон, Великобритания)
Цвиркун В.В. (Москва, Россия)
Шаповальянц С.Г. (Москва, Россия)
Шулутко А.М. (Москва, Россия)
Эдвин Бьёрн (Осло, Норвегия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Багненко С.Ф. (Санкт-Петербург, Россия), **Беззозов Б.Х.** (Бишкек, Киргизия), **Бебуришвили А.Г.** (Волгоград, Россия),
Бородач А.В. (Новосибирск, Россия), **Вафин А.З.** (Ставрополь, Россия), **Винник Ю.С.** (Красноярск, Россия),
Власов А.П. (Саранск, Россия), **Гранов А.М.** (Санкт-Петербург, Россия), **Заривчацкий М.Ф.** (Пермь, Россия),
Каримов Ш.И. (Ташкент, Узбекистан), **Красильников Д.М.** (Казань, Россия), **Лупальцев В.И.** (Харьков, Украина),
Полуэктов В.Л. (Омск, Россия), **Прудков М.И.** (Екатеринбург, Россия), **Сейсембаев М.А.** (Алматы, Казахстан),
Совцов С.А. (Челябинск, Россия), **Тимербулатов В.М.** (Уфа, Россия), **Чугунов А.Н.** (Казань, Россия), **Штофин С.Г.**
(Новосибирск, Россия)

Зав. редакцией **Платонова Л.В.**

Журнал включен ВАК РФ в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Журнал включен в Russian Science Citation Index (RSCI) на платформе Web of Science

Адрес для корреспонденции:

115446, Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ им. С.С. Юдина. Проф. Дюжевой Т.Г.

Тел./факс (499) 782-34-68. E-mail: ashred96@mail.ru

<http://www.hepatoassociation.ru/journal>

ООО “Видар” 109028, Москва, а/я 16.

Контакты: (495) 768-04-34, (495) 589-86-60, <http://www.vidar.ru>

Подписной индекс по каталогу “Роспечати” 47434

СОДЕРЖАНИЕ

Требования к публикациям	5
Пленум Правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ 20–21 апреля 2017 г., Новосибирск	8

ПЕЧЕНЬ

Хирургическое лечение альвеококкоза, осложненного механической желтухой <i>Мерзликин Н.В., Альперович Б.И., Цхай В.Ф., Бражникова Н.А., Навасардян В.Г., Зайцев И.С.</i>	9
Виртуальное моделирование операции на печени на основе данных компьютерной томографии <i>Колсанов А.В., Манукян А.А., Зельтер П.М., Чаплыгин С.С., Капишников А.В.</i>	16
Рентгенэндобилиарные вмешательства при внутрипеченочном холангиолитиазе <i>Охотников О.И., Яковлева М.В., Григорьев С.Н.</i>	23

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Хронический панкреатит, осложненный панкреатикоплевральным свищом <i>Красильников Д.М., Матвеев В.Ю., Абдульянов А.В., Малова И.И., Имамова А.М.</i>	30
Микроволновая абляция инсулином <i>Черноусов А.Ф., Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Васильев И.А., Парнова В.А., Юриченко Ю.Ю., Лежгинский Д.В.</i>	35
Внутрибрюшная гипертензия и панкреатогенный перитонит <i>Зубрицкий В.Ф., Забелин М.В., Колтович А.П., Левчук А.Л., Айрапетян А.Т., Голубев И.В., Розберг Е.П., Корнев Д.Н.</i>	41

ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ

Чрескожное чреспеченочное дренирование Y-образной системой катетеров при рецидивирующих рубцовых стриктурах желчных протоков <i>Тулин А.И., Шавловский Я.</i>	47
Выбор способа хирургической декомпрессии желчных путей при нерезектабельных опухолях билиопанкреатодуоденальной зоны <i>Барванян Г.М.</i>	55

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

О некоторых проблемах абдоминальной хирургии при циррозе печени <i>Гадиев С.И., Сариева К.Г., Абдинов Э.А.</i>	63
Есть ли будущее у дренирующих операций при хроническом панкреатите? Систематический критический обзор литературы <i>Воробей А.В., Шулейко А.Ч., Вижинис Е.И., Орловский Ю.Н.</i>	70
Рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки: лечение и прогноз <i>Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Кудашкин Н.Е., Поляков А.Н., Мороз Е.А., Ястребова Е.В.</i>	84
Новообразования печени: диагностика и методы медицинской визуализации <i>Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Меликова С.Г.</i>	93
Хирургическое лечение псевдокист поджелудочной железы <i>Быкова Ю.Ф., Соловьев М.М., Мерзликин Н.В., Дамбаев Г.Ц., Паткачакова К.А.</i>	100

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Лапароскопическое лечение желчнокаменной кишечной непроходимости <i>Фомин В.С., Исаев А.И., Карсотьян Г.С., Цальцаев А.Ш.</i>	108
---	-----

ВОПРОСЫ МЕТОДОЛОГИИ

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения эхинококкоза: методологические аспекты <i>Ахмедов И.Г.</i>	113
---	-----

РЕФЕРАТЫ ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛОВ

Рефераты иностранных журналов <i>Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.</i>	119
--	-----

ХРОНИКА

Резолюция пленума правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ 14–15 апреля 2016 г., Челябинск	124
---	-----

ЮБИЛЕЙ

Юрий Александрович Пархисенко К 70-летию со дня рождения	126
Сергей Григорьевич Штофин К 70-летию со дня рождения	128

Хирургическое лечение альвеококкоза, осложненного механической желтухой

Мерзликин Н.В.¹, Альперович Б.И.¹, Цхай В.Ф.¹,
Бражникова Н.А.¹, Навасардян В.Г.¹, Зайцев И.С.²

¹ Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета Сибирского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения России; 634050, г. Томск, Московский тракт, д. 2, Российская Федерация

² Томская городская клиническая больница №3; 634045, г. Томск, ул. Нахимова, д. 3, Российская Федерация

Цель: анализ особенностей клинической картины и результатов оперативного лечения больных механической желтухой при альвеококкозе печени.

Материал и методы. Оперировано 39 пациентов с механической желтухой на фоне альвеококкоза печени, выполнено 49 различных вмешательств. При обследовании применяли общеклинические и современные инструментальные методы диагностики.

Результаты. Частота развития механической желтухи при альвеококкозе печени составила 14,1%, продолжительность заболевания – более 10 лет, длительность желтухи – от нескольких месяцев до нескольких лет. Клинически отмечено три варианта течения. У 65,5% больных были другие осложнения паразитарного процесса, у 30% – сочетание нескольких. 55,4% пациентов уже были оперированы ранее. У 65% больных при поступлении была выраженная печеночная недостаточность. Основным методом диагностики было УЗИ. Для дооперационной декомпрессии билиарного тракта применяли назобилиарное дренирование, чрескожную чреспеченочную холангиостомию. Всем больным выполнены только желчеотводящие операции, чаще всего в два этапа. Для наружного дренирования протоков, фистулоэнтеростомии у 11 больных с хорошим результатом использовали стенты из никелида титана. Летальность составила 10,2%.

Заключение. Механическая желтуха при альвеококкозе печени протекает в зависимости от локализации процесса в трех вариантах, отличающихся продолжительностью и интенсивностью холестаза. Оперативное вмешательство целесообразно выполнять в два этапа, перспективным является применение стентов из никелида титана. Желчеотводящие операции продляют жизнь неоперабельных больных на $6,5 \pm 1,2$ года.

Ключевые слова: печень, желчные протоки, альвеококкоз, холестаз, механическая желтуха, желчеотведение.

Мерзликин Николай Васильевич – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета ФГБОУ ВО СибГМУ. **Альперович Борис Ильич** – доктор мед. наук, профессор, профессор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета ФГБОУ ВО СибГМУ. **Цхай Валентина Федоровна** – доктор мед. наук, профессор, профессор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета ФГБОУ ВО СибГМУ. **Бражникова Надежда Архиповна** – доктор мед. наук, профессор, профессор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета ФГБОУ ВО СибГМУ. **Навасардян Вреж Грачевич** – ординатор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета ФГБОУ ВО СибГМУ. **Зайцев Иван Сергеевич** – канд. мед. наук, ординатор хирургического отделения ОГАУЗ “Городская клиническая больница №3” г. Томска.

Для корреспонденции: Мерзликин Николай Васильевич – 634061, г. Томск, ул. Тверская, д. 32, кв. 8. Тел.: 8-960-969-99-40. E-mail: nikolai_merzlikin@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 14.03.2016.

Виртуальное моделирование операции на печени на основе данных компьютерной томографии

Колсанов А.В.¹, Манукян А.А.³, Зельтер П.М.², Чаплыгин С.С.¹, Капишников А.В.²

¹ Кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии с курсом инновационных технологий и

² кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии с курсом медицинской информатики

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации; 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89, Российская Федерация

³ ГБУЗ “Самарский областной клинический онкологический диспансер” Министерства здравоохранения Самарской области; 443031, г. Самара, ул. Солнечная, д. 50, Российская Федерация

Цель. Изучить возможности компьютерной системы формирования виртуальных моделей “Автоплан” для предоперационного планирования и оценить ее эффективность при операциях на печени.

Материал и методы. Обследовано 50 пациентов с заболеваниями печени. Всем больным проводили виртуальное моделирование. Компьютерные томограммы загружали в систему “Автоплан”, формирование 3D-моделей проводил рентгенолог при участии хирурга. На этапе планирования операции хирург проводил виртуальную линию резекции и определял анатомические особенности.

Результаты. При обследовании кисту и гемангиому печени выявили у 20 больных, паразитарные кисты печени – у 7, абсцесс печени – у 6, гепатоцеллюлярный рак – у 5, метастазы в печени – у 8, портальный тромбоз – у 4 пациентов. Операция проведена 31 пациенту. Во время хирургического вмешательства на экран в операционную выводили 3D-модель для интерактивного сопоставления с интраоперационной картиной. Применение моделирования позволяло хирургу уверенно идентифицировать анатомические структуры и патологические образования, формировать оптимальную линию разреза, а также избегать повреждения сосудов.

Заключение. Разработанные алгоритмы и математический аппарат системы моделирования “Автоплан” обеспечивают построение и анализ 3D-модели органов брюшной полости. Предоперационное планирование с применением 3D-моделей продемонстрировало информативность в оценке анатомических особенностей пациента и достаточности объема сохраняемой паренхимы при заболеваниях печени.

Ключевые слова: печень, гепатоцеллюлярный рак, метастазы, гемангиома, киста, эхинококкоз, 3D-моделирование, компьютерная томография.

Колсанов Александр Владимирович – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии и клинической анатомии с курсом инновационных технологий ФГБОУ ВО СамГМУ, директор Института инновационного развития СамГМУ, руководитель Центра прорывных исследований “Информационные технологии в медицине”. **Манукян Арман Арутюнович** – врач-рентгенолог отделения КТ и МРТ ГБУЗ СОКОД. **Зельтер Павел Михайлович** – канд. мед. наук, ассистент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии с курсом медицинской информатики ФГБОУ ВО СамГМУ. **Чаплыгин Сергей Сергеевич** – канд. мед. наук, доцент кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии с курсом инновационных технологий ФГБОУ ВО СамГМУ, руководитель отдела маркетинга и выставочной деятельности института инновационного развития СамГМУ. **Капишников Александр Викторович** – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии с курсом медицинской информатики.

Для корреспонденции: Зельтер Павел Михайлович – 443068, г. Самара, ул. Ново-Садовая, 106л-98, Российская Федерация. Тел.: 8-917-942-12-34. E-mail: pzelter@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 09.03.2016.

Рентгенэндобилиарные вмешательства при внутripеченочном холангиолитиазе

Охотников О.И.^{1,2}, Яковлева М.В.^{1,3}, Григорьев С.Н.^{1,3}

¹ БМУ “Курская областная клиническая больница”, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2; 305007, г. Курск, ул. Сумская, д. 45а, Российская Федерация

² Кафедра лучевой диагностики и терапии и ³ кафедра хирургических болезней ФПО ФГБОУ ВО “Курский государственный медицинский университет” Министерства здравоохранения России; 305001, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3, Российская Федерация

Цель. Улучшить результаты миниинвазивного лечения внутripеченочного холангиолитиаза.

Материал и методы. Анализу подвергли 37 наблюдений внутripеченочного холангиолитиаза. В 12 из них внутripеченочный холангиолитиаз был изолированным на фоне стриктуры билиодигестивного анастомоза. В 25 наблюдениях диагностирован множественный холедохохолангиолитиаз. Применяли чрескожную чреспеченочную пневматическую контактную литотрипсию, перемещали камни из внутripеченочных протоков через восстановленный баллонной дилатацией билиодигестивный анастомоз в отводящую кишку или дилатированный большой сосочек в двенадцатиперстную кишку. У 25 пациентов при холедохохолангиолитиазе комбинировали антеградные и ретроградные вмешательства – последовательно или в формате “рандеву”.

Результаты. Из 25 пациентов с холедохохолангиолитиазом 12 были открыто оперированы после устранения механической желтухи – выполнили холедохолитотомию, внутripеченочную литэкстракцию и холедоходуоденостомию. Холангиостому сохраняли после операции для контроля полноты литэкстракции. В 4 наблюдениях через нее удалили резидуальные камни через холедоходуоденостомоз. У 13 пациентов с высокой степенью операционно-анестезиологического риска чрескожная литотрипсия и литэкстракция оказалась единственно допустимым способом устранения холелитиаза. Все случаи внутripеченочного холангиолитиаза на фоне стриктуры билиодигестивного анастомоза были разрешены рентгенохирургически после баллонной дилатации анастомоза. Осложнения отмечены у 5 (13,5%) больных. Летальных исходов не было.

Заключение. Антеградные чрескожные вмешательства при внутripеченочном холангиолитиазе можно рассматривать в качестве метода первой линии. Они позволяют добиться контролируемой и прогнозируемой адекватной билиарной декомпрессии и создать условия для последующего этапного лечения заболевания. Антеградные вмешательства могут быть окончательными методами лечения или интегрированными в индивидуальный алгоритм лечения желчнокаменной болезни совместно с эндоскопическими методами и традиционным хирургическим вмешательством.

Ключевые слова: желчные протоки, желчный пузырь, холангиостомия, внутripеченочный холангиолитиаз, билиодигестивный анастомоз, стриктура, антеградные вмешательства, баллонная дилатация, холангиолитотрипсия.

Охотников Олег Иванович – доктор мед. наук, профессор, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 БМУ “Курская областная клиническая больница”, профессор кафедры лучевой диагностики и терапии ФГБОУ ВО КГМУ. **Яковлева Марина Валерьевна** – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры хирургических болезней ФПО ФГБОУ ВО КГМУ, врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 БМУ “Курская областная клиническая больница”. **Григорьев Сергей Николаевич** – канд. мед. наук, врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 БМУ “Курская областная клиническая больница”, ассистент кафедры хирургических болезней ФПО ФГБОУ ВО КГМУ.

Для корреспонденции: Охотников Олег Иванович – 305047, г. Курск, ул. Ольшанского, д. 26а, кв. 75, Российская Федерация. Тел.: 8-910-740-20-92. E-mail: OLEG_OKHOTNIKOV@MAIL.RU

Статья поступила в редакцию журнала 14.03.2016.

Хронический панкреатит, осложненный панкреатикоплевральным свищом

Красильников Д.М.^{1,2}, Матвеев В.Ю.^{1,2}, Абдульянов А.В.^{1,2},
Малова И.И.^{1,2}, Имамова А.М.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ (кафедра хирургических болезней №1); 420012, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Бултерова, д. 49, Российская Федерация

² ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ; 420064, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Оренбургский тракт, д. 138, Российская Федерация

Цель. Определить тактику хирургического лечения больных хроническим панкреатитом, осложненным панкреатикоплевральным свищом.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 7 больных хроническим панкреатитом, осложненным панкреатикоплевральным свищом. Выбор последовательности и объема оперативных вмешательств зависел от своевременности диагностики, тяжести панкреатита, плевральных и перикардиальных осложнений. Всем больным до операции на поджелудочной железе выполняли плевральную пункцию. В 2 наблюдениях видеоторакоскопию с дренированием плевральной полости выполняли одновременно с операцией на поджелудочной железе. При лапаротомии в 1 наблюдении выполнена дистальная гемипанкреатэктомия со спленэктомией, в остальных – операция Puestow с наружным дренированием ложных кист поджелудочной железы.

Результаты. В послеоперационном периоде 3 больным выполняли повторные плевральные пункции. Пациентам, перенесшим видеоторакоскопические манипуляции, повторные плевральные пункции не выполняли. Дренажи из плевральной полости удаляли на 6-е и 8-е сутки. Летальных исходов не было. У 1 больного через год после дистальной резекции поджелудочной железы развился умеренный сахарный диабет.

Заключение. Ранняя диагностика и своевременно последовательно предпринятые лечебные мероприятия способствуют достижению хороших результатов у больных этой категории.

Ключевые слова: поджелудочная железа, хронический панкреатит, ложная киста, панкреатикоплевральные свищи, панкреатогенный плеврит, торакоскопия, операция Puestow.

Красильников Дмитрий Михайлович – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 КГМУ, руководитель хирургической клиники ГАУЗ РКБ МЗ РТ. **Матвеев Валерий Юрьевич** – канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургических болезней №1 КГМУ, торакальный хирург ГАУЗ РКБ МЗ РТ. **Абдульянов Айдар Васильевич** – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней №1 КГМУ, врач-хирург ГАУЗ РКБ МЗ РТ. **Малова Ирина Ивановна** – ассистент кафедры хирургических болезней №1 КГМУ, врач-хирург ГАУЗ РКБ МЗ РТ. **Имамова Антонина Михайловна** – аспирант кафедры хирургических болезней №1 КГМУ, врач-хирург ГАУЗ РКБ МЗ РТ.

Для корреспонденции: Красильников Дмитрий Михайлович – 420064, Республика Татарстан, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138, Российская Федерация. Тел.: +7-843-231-21-35. E-mail: dmkras131@gmail.com

Статья поступила в редакцию журнала 25.04.2016.

Микроволновая абляция инсулином

Черноусов А.Ф., Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Васильев И.А.,
Парнова В.А., Юриченко Ю.Ю., Лежинский Д.В.

Университетская клиническая больница №1, ФГБОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России; 119991, Москва, ул. Б. Пироговская,
д. 6, стр. 1, Российская Федерация

Цель: представить первый опыт применения микроволновой абляции гормонально активных нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы.

Материал и методы. Рассмотрен опыт лечения 350 пациентов с гормонально активными образованиями поджелудочной железы. Пяти пациентам с инсулинпродуцирующими опухолями и клинической картиной органического гиперинсулинизма была выполнена микроволновая абляция нейроэндокринных опухолей.

Результаты. У всех пациентов с инсулиномами после микроволновой абляции удалось добиться стойкой ремиссии клинических проявлений гиперинсулинизма. В 2 наблюдениях осложнений после манипуляции не было. У 2 больных отмечены осложнения 1–2-й степени по Clavien–Dindo, в 1 наблюдении потребовалась повторная госпитализация (3-я степень по Clavien–Dindo).

Заключение. Роль микроволновой абляции при нейроэндокринных опухолях поджелудочной железы до конца не определена. Применение методов локальной деструкции необходимо в отдельных наблюдениях, по строгим показаниям. Это не позволяет анализировать большие серии пациентов и оценить отдаленные результаты лечения. Вместе с тем микроволновая абляция дает возможность эффективно контролировать симптомы гормональной гиперпродукции у пациентов с высоким и крайне высоким риском послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: поджелудочная железа, нейроэндокринная опухоль, микроволновая абляция, инсулинома, минимально инвазивные вмешательства.

Черноусов Александр Федорович – доктор мед. наук, профессор, академик РАН, директор клиники факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко ПМГМУ им. И.М. Сеченова. **Егоров Алексей Викторович** – доктор мед. наук, профессор, заведующий онкологическим хирургическим отделением УКБ №1 ПМГМУ им. И.М. Сеченова. **Мусаев Газияв Хадисович** – доктор мед. наук, профессор кафедры факультетской хирургии №1 лечебного факультета ПМГМУ им. И.М. Сеченова. **Васильев Иван Алексеевич** – канд. мед. наук, врач онкологического хирургического отделения УКБ №1 ПМГМУ им. И.М. Сеченова. **Парнова Виктория Александровна** – канд. мед. наук, врач эндоскопического отделения УКБ №1 ПМГМУ им. И.М. Сеченова. **Юриченко Юрий Юрьевич** – врач хирургического отделения УКБ №1 ПМГМУ им. И.М. Сеченова. **Лежинский Дмитрий Валерьевич** – клинический ординатор кафедры факультетской хирургии №1 лечебного факультета ПМГМУ им. И.М. Сеченова.

Для корреспонденции: Васильев Иван Алексеевич – 119435, Москва, ул. Большая Пироговская, д. 6, Российская Федерация. Тел.: 8-916-738-08-80. E-mail: Vvc@list.ru

Статья поступила в редакцию журнала 27.05.2016.

Внутрибрюшная гипертензия и панкреатогенный перитонит

Зубрицкий В.Ф.¹, Забелин М.В.¹, Колтович А.П.¹, Левчук А.Л.²,
Айрапетян А.Т.¹, Голубев И.В.², Розберг Е.П.¹, Корнев Д.Н.¹

¹Институт медико-социальных технологий Московского государственного университета
пищевых производств; 125080, Москва, Волоколамское шоссе, д. 11, Российская Федерация

²Национальный медико-хирургический центр им. Н.Н. Пирогова; 105203, Москва,
ул. Нижняя Первомайская, д. 70, Российская Федерация

Цель: определение прогностической ценности мониторинга внутрибрюшного давления при лечении больных панкреонекрозом в асептическую и инфекционную фазу.

Материал и методы. Представлены результаты измерения и динамики внутрибрюшного давления у 78 больных панкреатогенным перитонитом.

Результаты. Установлено, что панкреатогенный перитонит в 97,8% наблюдений осложняется повышением внутрибрюшного давления и развитием внутрибрюшной гипертензии. Выявлена корреляционная зависимость между величиной внутрибрюшного давления и распространенностью воспалительного процесса в брюшной полости и забрюшинной клетчатке ($p < 0,05$), а также между уровнем внутрибрюшного давления и степенью тяжести состояния по шкале APACHE II ($p < 0,05$).

Заключение. Продолжительное сохранение внутрибрюшной гипертензии у больных панкреатогенным перитонитом способствует прогрессированию полиорганной недостаточности и требует выполнения лапаротомии, одной из задач которой является уменьшение внутрибрюшного давления за счет санации брюшной полости и забрюшинной клетчатки.

Ключевые слова: поджелудочная железа, острый панкреатит, панкреонекроз, внутрибрюшное давление, интра-абдоминальная гипертензия, панкреатогенный перитонит, полиорганная недостаточность.

Зубрицкий Владислав Феликсович – доктор мед. наук, профессор, главный хирург МВД России, заведующий кафедрой хирургии с курсом анестезиологии-реаниматологии, травматологии-ортопедии и нейрохирургии Института медико-социальных технологий МГУ ПП, заслуженный врач РФ, заслуженный врач Чеченской Республики, полковник внутренней службы. **Забелин Максим Васильевич** – доктор мед. наук, профессор, профессор кафедры хирургии с курсом анестезиологии-реаниматологии, травматологии-ортопедии и нейрохирургии Института медико-социальных технологий МГУ ПП. **Колтович Алексей Петрович** – доктор мед. наук, главный хирург ФКУЗ “Главный клинический госпиталь МВД России”, профессор кафедры хирургии с курсом анестезиологии-реаниматологии, травматологии-ортопедии и нейрохирургии Института медико-социальных технологий МГУ ПП, полковник внутренней службы. **Левчук Александр Львович** – доктор мед. наук, профессор, профессор кафедры хирургии с курсом травматологии-ортопедии Национального медико-хирургического центра им. Н.Н. Пирогова. **Айрапетян Ара Тельманович** – канд. мед. наук, доцент, профессор кафедры хирургии с курсом анестезиологии-реаниматологии, травматологии-ортопедии и нейрохирургии Института медико-социальных технологий МГУ ПП. **Голубев Игорь Викторович** – аспирант кафедры хирургических инфекций Национального медико-хирургического центра им. Н.Н. Пирогова. **Розберг Елена Павловна** – доктор мед. наук, профессор кафедры хирургии с курсом анестезиологии-реаниматологии, травматологии-ортопедии и нейрохирургии Института медико-социальных технологий МГУ ПП. **Корнев Дмитрий Николаевич** – преподаватель кафедры хирургии с курсом анестезиологии-реаниматологии, травматологии-ортопедии и нейрохирургии Института медико-социальных технологий МГУ ПП.

Для корреспонденции: Зубрицкий Владислав Феликсович – 123060, Москва, ул. Народного Ополчения, д. 35, Российская Федерация. Тел.: 8-985-109-01-80. E-mail: zubvlad2009@yandex.ru

Статья поступила в редакцию журнала 01.06.2015.

Чрескожное чреспеченочное дренирование Y-образной системой катетеров при рецидивирующих рубцовых стриктурах желчных протоков

Тулин А.И.¹, Шавловскис Я.²

¹ Клиника хирургии и ² Институт радиологии Клинической университетской больницы им. Паула Страдыня; Pilsõņu iela 13, Rīga, LV-1002, Latvija

Цель. Оценить возможности усовершенствованного метода чрескожного чреспеченочного билиарного дренирования (ЧЧБД) с помощью Y-образной системы катетеров при рецидивирующих рубцовых стриктурах желчных протоков.

Материал и методы. Анализировали результаты лечения 11 больных с рецидивирующими рубцовыми стриктурами гепатикоюноанастомоза (ГЕА), сформированного в связи с повреждением желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии. Рубцовые стриктуры у 5 больных рецидивировали после одной, у 4 – после двух, у 2 – после трех повторных реконструктивных операций. В I группе, состоявшей из 9 больных, для коррекции стеноза ГЕА была применена общепринятая методика ЧЧБД с помощью одинарного билиарного катетера с постоянным его промыванием. Каждые 3 мес выполняли баллонную дилатацию зоны стриктуры с заменой билиарного дренажа. Во II группе, включавшей 4 больных (в том числе двоих из I группы с ретензом), была применена Y-образная система катетеров, создающая постоянное растяжение зоны стриктуры. Наружную фиксацию и регулярное промывание этих дренажей не выполняли. Их замену проводили также каждые 3 мес.

Результаты. В I группе остаточные явления стеноза, контролируемые по деформации баллонного катетера, сохранялись в среднем 7,3 (6–12) мес. Холангит, обусловленный нарушением проходимости и смещением билиарного дренажа, развился у 4 больных. Общая средняя продолжительность дренирования составила 13,8 (12–17) мес. Время наблюдения после извлечения дренажа варьировало от 4 до 10 лет. Клиническая картина ретенроза развилась у 2 больных через 3 и 4,5 года. Во II группе у всех больных холангиографические признаки стеноза анастомоза отсутствовали уже через 3 мес от начала дренирования с применением Y-образной системы катетеров. Осложнений процедуры не отмечено. Средняя продолжительность дренирования составила 10,5 (9–12) мес. У всех больных отмечено безрецидивное состояние на протяжении 2, 13, 14 и 16 мес соответственно после удаления билиарного дренажа.

Заключение. Применение чрескожного чреспеченочного дренирования с использованием Y-образной системы катетеров у ряда больных с неоднократно рецидивирующими рубцовыми стриктурами гепатикоюноанастомоза может быть эффективной альтернативой хирургическому лечению. По сравнению с традиционным методом дренирования усовершенствованная методика ЧЧБД создает условия для постоянного растяжения рубцовых тканей, сокращает сроки дренирования, уменьшает опасность развития осложнений и характеризуется лучшим качеством жизни больных в процессе лечения.

Ключевые слова: желчные протоки, стриктура, рецидив, чрескожный чреспеченочный билиарный дренаж, Y-образная система катетеров.

Тулин Алексей Иванович – доктор медицины, доцент клиники хирургии Клинической университетской больницы им. Паула Страдыня. Шавловскис Янис – врач-радиолог отделения инвазивной радиологии Института радиологии Клинической университетской больницы им. Паула Страдыня.

Для корреспонденции: Тулин Алексей Иванович – Raunas iela 64a - 21, Rīga, LV-1039, Latvija. E-mail: aleksej.tulin@inbox.lv

Статья поступила в редакцию журнала 23.05.2016.

Выбор способа хирургической декомпрессии желчных путей при нерезектабельных опухолях билиопанкреатодуоденальной зоны

Барванян Г.М.

ГБУЗ РК «Коми республиканская больница»; 167004, г. Сыктывкар, ул. Пушкина, д. 114, Российская Федерация

Цель. Улучшение результатов паллиативного хирургического лечения механической желтухи опухолевого генеза оптимизацией выбора способа желчеотводящей операции при дистальном блоке.

Материал и методы. В основной группе 80 больным преимущественно выполнены холедоходигестивные соустья. Операцией выбора при этом была холедохоеюностомия. Холецистодигестивные соустья выполняли только при невозможности формирования анастомоза с общим желчным протоком. В группе сравнения у 92 больных вид билиодигестивного соустья определялся возможностями хирурга. Холецистодигестивные анастомозы в этой группе применяли в том числе при возможности использования общего желчного протока для внутреннего желчеотведения.

Результаты. В основной группе холедоходигестивные соустья сформированы в 63 (78,8%) наблюдениях, группе сравнения – в 34 (37%; $p < 0,001$). Чаще выполняли холедохоеюностомию: в 48 (60%) и 20 (21,7%) наблюдениях соответственно ($p < 0,001$). Холецистодигестивные анастомозы в основной группе выполнили лишь в 6 (7,5%) наблюдениях при невозможности включения общего желчного протока в билиодигестивное соустье, что значительно меньше, чем в группе сравнения – 44 (47,8%; $p < 0,001$). В основной группе отмечено 19 (23,8%) осложнений, в группе сравнения 22 (23,9%; $p = 0,87$), летальных исходов было 7 (8,8%) и 11 (12%) соответственно ($p = 0,67$). При анализе отдаленных результатов в основной группе значимо реже отмечали рецидив желтухи, потребовавший повторного желчеотведения, – 1 наблюдение по сравнению с 8 в контрольной группе ($p = 0,029$). В группе сравнения 6 наблюдений рецидива желтухи отмечены после формирования холецистодигестивных соустьев. При изучении качества жизни по опроснику EORTC QLQ-C30 в группе сравнения значимо чаще отмечены тошнота и рвота ($30,8 \pm 17,5$ и $40,6 \pm 21,3$ соответственно; $p = 0,012$). Также в группе сравнения чаще отмечали зуд ($9,5 \pm 1$ и $8 \pm 2,6$ соответственно; $p = 0,018$) по визуально-аналоговой шкале.

Заключение. Операцией выбора считаем наложение холедохоеюноанастомоза, который надежно разгружает желчные протоки и обеспечивает лучшее качество жизни. Менее эффективные виды желчеотводящих операций, в том числе холецистодигестивные соустья, следует применять, когда они являются единственным возможным вмешательством.

Ключевые слова: печень, желчные протоки, механическая желтуха, нерезектабельная опухоль, декомпрессия, отдаленные результаты, качество жизни.

Барванян Георгий Михайлович – канд. мед. наук, заведующий хирургическим отделением ГБУЗ РК «Коми республиканская больница».

Для корреспонденции: Барванян Георгий Михайлович – 167004, г. Сыктывкар, ул. Пушкина, д. 118/1, кв. 313. Тел.: 8-8212-42-60-94; 8-912-862-60-94 (моб.). E-mail: bgmee07@yandex.ru

Статья поступила в редакцию журнала 22.02.2016.

О некоторых проблемах абдоминальной хирургии при циррозе печени

Гадиев С.И., Сариева К.Г., Абдинов Э.А.

Кафедра хирургических болезней №2 Азербайджанского медицинского университета;
AZ1022, г. Баку, ул. Бакиханова, д. 23, Азербайджан

Целью обзора является анализ влияния цирроза печени на результаты абдоминальных операций, роли и места предложенных прогностических систем для определения риска послеоперационных осложнений и летальности. Тщательное предоперационное обследование и отбор больных циррозом печени на основе объективной оценки риска операции могут способствовать уменьшению частоты послеоперационных осложнений и летальности.

Ключевые слова: печень, портальная гипертензия, цирроз, абдоминальная хирургия, прогноз, осложнения, летальность, ASA, Child–Pugh, Turcotte, MELD.

Гадиев Сурхай Исмаил оглы – доктор мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней №2 Азербайджанского медицинского университета. **Сариева Кенуль Гасан кызы** – ассистент кафедры хирургических болезней №2 Азербайджанского медицинского университета. **Абдинов Эльчин Ахмед оглы** – канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургических болезней №2 Азербайджанского медицинского университета.

Для корреспонденции: Абдинов Эльчин Ахмед оглы – AZ1022, г. Баку, Азербайджан, ул. Бакиханова, д. 167. Кафедра хирургических болезней №2 Азербайджанского медицинского университета. Тел.: +994-50-210-08-35.
E-mail: dr.abdinov@gmail.com

Статья поступила в редакцию журнала 09.02.2016.

Обзор литературы

Есть ли будущее у дренирующих операций при хроническом панкреатите? Систематический критический обзор литературы

Воробей А.В., Шулейко А.Ч., Вижинис Е.И., Орловский Ю.Н.

*Кафедра хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования;
220013, г. Минск, ул. П. Бровки, д. 3/3, Республика Беларусь*

Проведен критический систематический анализ дренирующих методов лечения осложненного хронического панкреатита. Проведена оценка эффективности дренирующих методов с точки зрения устранения панкреатической протоковой гипертензии. Предложена классификация панкреатической протоковой гипертензии, позволяющая определять подходы к выбору ее коррекции. Определено место дренирующих операций при лечении осложненного хронического панкреатита.

Ключевые слова: поджелудочная железа, хронический панкреатит, хирургическое лечение, дренирующие операции, панкреатоюноанастомоз, панкреатическая гипертензия.

Воробей Александр Владимирович – доктор мед. наук, профессор, член-корр. НАН Беларуси, заведующий кафедрой хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО). **Шулейко Анатолий Чеславович** – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии БелМАПО. **Вижинис Ежи Ионас** – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии БелМАПО. **Орловский Юрий Николаевич** – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии БелМАПО.
Для корреспонденции: Шулейко Анатолий Чеславович – 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, д. 3/3, кафедра хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования. Тел.: +37-517-265-21-56.
E-mail: shuleika1961@gmail.com

Статья поступила в редакцию журнала 22.04.2016.

Рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки: лечение и прогноз

Патютко Ю.И.¹, Котельников А.Г.¹, Кудашкин Н.Е.¹,
Поляков А.Н.¹, Мороз Е.А.¹, Ястребова Е.В.²

¹ ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России;
115478, Москва, Каширское шоссе, д. 23, Российская Федерация

² ФГБОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Минздрава России; 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, Российская Федерация

В обзоре представлены ключевые данные мировой литературы о результатах хирургического и комбинированного лечения больных раком большого сосочка двенадцатиперстной кишки и иммунофенотипическая гетерогенность; это обуславливает различия в прогнозе и необходимость учета при выборе лечения. Указанные данные в определенной мере соотнесены с собственным крупнейшим в мире опытом авторов.

Ключевые слова: двенадцатиперстная кишка, большой сосочек двенадцатиперстной кишки, поджелудочная железа, рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки, хирургическое лечение, прогноз, адъювантное лечение.

Патютко Юрий Иванович – доктор мед. наук, профессор, заведующий хирургическим отделением опухолей печени и поджелудочной железы ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. **Котельников Алексей Геннадьевич** – доктор мед. наук, профессор, ведущий научный сотрудник хирургического отделения опухолей печени и поджелудочной железы ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. **Кудашкин Николай Евгеньевич** – канд. мед. наук, научный сотрудник хирургического отделения опухолей печени и поджелудочной железы ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. **Поляков Александр Николаевич** – канд. мед. наук, научный сотрудник хирургического отделения опухолей печени и поджелудочной железы ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. **Мороз Екатерина Анатольевна** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения патологической анатомии опухолей человека ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. **Ястребова Елена Вячеславовна** – аспирантка кафедры онкологии ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России.

Для корреспонденции: Ястребова Елена Вячеславовна – 115478, Москва, Каширское шоссе, д. 23, комн. 1410, Российская Федерация. Тел.: 8-916-174-83-90. E-mail: alyona20.03@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 10.05.2016.

Обзор литературы

Новообразования печени: диагностика и методы медицинской визуализации

Черкасов М.Ф.¹, Дмитриев А.В.², Меликова С.Г.¹

¹ Кафедра хирургических болезней ФПК и ППС и ² кафедра хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России; 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29, Российская Федерация

Представлен обзор литературы, посвященный возможностям современных методов исследования (УЗИ, КТ, МРТ, позитронно-эмиссионной томографии) в диагностике наиболее распространенных новообразований печени – гепатоцеллюлярного рака, кавернозной гемангиомы, метастазов колоректального рака.

Ключевые слова: печень, лучевая диагностика, гепатоцеллюлярный рак, метастазы, колоректальный рак, гемангиома.

Черкасов Михаил Федорович – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней ФПК и ППС ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. **Дмитриев Андрей Владимирович** – канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. **Меликова Сабина Гаджиевна** – аспирант кафедры хирургических болезней ФПК и ППС ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Для корреспонденции: Меликова Сабина Гаджиевна – 344068, г. Ростов-на-Дону, пр-т М. Нагибина, д. 37а, кв. 154, Российская Федерация. Тел.: +7-918-515-58-32. E-mail: sarbonka@bk.ru

Статья поступила в редакцию журнала 19.03.2016.

Хирургическое лечение псевдокист поджелудочной железы

Быкова Ю.Ф.¹, Соловьев М.М.¹, Мерзликин Н.В.², Дамбаев Г.Ц.¹, Паткачакова К.А.¹

¹ Кафедра госпитальной хирургии и ² кафедра хирургических болезней педиатрического факультета Сибирского государственного медицинского университета; 634055, г. Томск, ул. Московский тракт, д. 2, Российская Федерация

Обзор посвящен хирургическому лечению при псевдокистах поджелудочной железы: истории развития оперативного лечения, проблеме выбора между хирургическим вмешательством и консервативным ведением пациентов, преимуществам и недостаткам открытых и миниинвазивных методов хирургического лечения.

Ключевые слова: поджелудочная железа, киста, псевдокиста, хирургическое лечение, миниинвазивное вмешательство, дренирование, транспилярное стентирование.

Быкова Юлия Федоровна – аспирант кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. **Соловьев Михаил Михайлович** – доктор мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. **Мерзликин Николай Васильевич** – доктор мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. **Дамбаев Георгий Цыренович** – доктор мед. наук, профессор, член-корр. РАН, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. **Паткачакова Ксения Александровна** – аспирант кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России.

Для корреспонденции: Быкова Юлия Федоровна – 634063, г. Томск, ул. Сергея Лазо, д. 16, корп. 1, кв. 57.
Тел.: 8-923-411-80-72. E-mail: yulia.bk.f@gmail.com

Статья поступила в редакцию журнала 22.04.2016.

Лапароскопическое лечение желчнокаменной кишечной непроходимости

Фомин В.С.^{1,2}, Исаев А.И.^{1,2}, Карсотьян Г.С.^{1,2}, Цальцаев А.Ш.¹

¹ Кафедра хирургических болезней и клинической ангиологии ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России; 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20/1, Российская Федерация

² ГБУЗ Городская клиническая больница им. С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения г. Москвы; 127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 21, Российская Федерация

Механическая желчнокаменная кишечная непроходимость – редкое осложнение холелитиаза, возникающее при миграции конкрементов в кишечник, как правило, в результате формирования внутреннего свища между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой. Обструкция конкрементом наиболее часто возникает в терминальном отделе подвздошной кишки. В настоящее время крайне редко удается разрешить подобное осложнение лапароскопически. Клиническое наблюдение демонстрирует успешное лапароскопическое вмешательство при желчнокаменной кишечной непроходимости.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, билиодигестивный свищ, желчнокаменная кишечная непроходимость, лапароскопическая энтеролитотомия.

Фомин Владимир Сергеевич – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, хирург ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого. **Исаев Али Исаевич** – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, хирург ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого. **Карсотьян Григорий Сергеевич** – канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, хирург ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого. **Цальцаев Апти Шахраниевич** – старший лаборант кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Для корреспонденции: Фомин Владимир Сергеевич – 127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 21/5, Российская Федерация. Тел.: +7-926-551-88-37. E-mail: wlfomin83@gmail.com

Статья поступила в редакцию журнала 27.04.2016.

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения эхинококкоза: методологические аспекты

Ахмедов И.Г.

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ; 367000, г. Махачкала, пл. Ленина, д. 1, Российская Федерация

Цель. Обосновать возможности и преимущества единообразного представления материала по рецидиву эхинококкоза после хирургического лечения.

Материал и методы. Статья дискуссионного характера. Представлены смоделированные результаты статистического изучения рецидивирования эхинококкоза. Продемонстрированы особенности показателей частоты и вероятности избежать рецидива эхинококкоза.

Результаты. Частота рецидива и вероятность избежать рецидива эхинококкоза – различные показатели, дополняющие друг друга. Вероятность избежать рецидива в большей мере характеризует отдаленные результаты эхинококкэктомии и позволяет рассчитывать прогностические значения частоты рецидивирования в различные сроки после вмешательства.

Заключение. Единые методологические подходы к представлению материала по рецидивированию эхинококкоза через частоту и вероятность избежать рецидива необходимы для достижения единого понимания эффективности противорецидивных мер и получения возможности обобщения материалов различных публикаций.

Ключевые слова: эхинококк, эхинококкоз, рецидив, анализ Каплана–Мейера.

Ахмедов Ильяс Гаджимурадович – доктор мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.

Для корреспонденции: Ахмедов Ильяс Гаджимурадович – 367000, г. Махачкала, пл. Ленина, д. 1, Российская Федерация. Тел.: 8-928-545-54-44. E-mail: ilyas_akhmedov@mail.ru, ilyas.akhmedov66@gmail.com

Статья поступила в редакцию журнала 13.02.2016.