

# АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ



# ANNALS OF SURGICAL HEPATOLOGY ANNALY KHIRURGICHESKOY GEPATOLOGII

© МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
“АССОЦИАЦИЯ ХИРУРГОВ-ГЕПАТОЛОГОВ”

© INTERNATIONAL PUBLIC ORGANIZATION  
“ASSOCIATION OF SURGICAL HEPATOLOGISTS”

2015. Том 20, № 3

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

Главный редактор **Э.И. Гальперин** (Москва, Россия)  
Зам. главного редактора **В.А. Вишнеvский**  
(Москва, Россия)

Зам. главного редактора **М.В. Данилов** (Москва, Россия)  
Отв. секретарь **Т.Г. Дюжева** (Москва, Россия)

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

**Ахаладзе Г.Г.** (Москва, Россия)  
**Ахмедов С.М.** (Душанбе, Таджикистан)  
**Баймаханов Б.Б.** (Алматы, Казахстан)  
**Буриев И.М.** (Москва, Россия)  
**Ветшев П.С.** (Москва, Россия)  
**Ветшев С.П.** (Москва, Россия) (**научный редактор**)  
**Готье С.В.** (Москва, Россия)  
**Емельянов С.И.** (Москва, Россия)  
**Журавлев В.А.** (Киров, Россия)  
**Кармазановский Г.Г.** (Москва, Россия)  
(зам. главного редактора –  
распорядительный директор)  
**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:

**Альперович Б.И.** (Томск, Россия), **Багненко С.Ф.**  
(Санкт-Петербург, Россия), **Беззев Б.Х.** (Бишкек, Киргизия), **Бебуришвили А.Г.** (Волгоград, Россия), **Вафин А.З.**  
(Ставрополь, Россия), **Винник Ю.С.** (Красноярск, Россия), **Власов А.П.** (Саранск, Россия), **Гранов А.М.**  
(Санкт-Петербург, Россия), **Заривчакский 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.

### Адрес для корреспонденции:

115446, Москва, Коломенский проезд, 4,  
Клиническая больница № 7. Проф. Гальперину Э.И.  
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>

2015. V. 20. N 3

Scientific and Practical JOURNAL  
Est. 1996  
Reg. № ПИ № ФС77-19824

Editor-in-Chief **E.I. Galperin** (Moscow, Russia)  
Associate Editor **V.A. Vishnevsky** (Moscow, Russia)  
Associate Editor **M.V. Danilov** (Moscow, Russia)  
Secretary Editor **T.G. Dyuzheva** (Moscow, Russia)

## EDITORIAL BOARD:

**Akhladze G.G.** (Moscow, Russia)  
**Akhmedov S.M.** (Dushanbe, Tajikistan)  
**Baymakhano B.B.** (Almaty, Kazakhstan)  
**Buriev I.M.** (Moscow, Russia)  
**Vetshev P.S.** (Moscow, Russia)  
**Vetshev S.P.** (Moscow, Russia) (**Scientific Editor**)  
**Gautier S.V.** (Moscow, Russia)  
**Emelianov S.I.** (Moscow, Russia)  
**Zhuravlev V.A.** (Kirov, Russia)  
**Karmazanovsky G.G.** (Moscow, Russia)  
(Associate Editor – Chief Executive)  
**Kotovskiy A.E.** (Moscow, Russia)  
**Kubishkin V.A.** (Moscow, Russia)  
**Mamakeev M.M.** (Bishkek, Kirgizia)  
**Manukyan G.V.** (Moscow, Russia)  
**Nazirov F.G.** (Tashkent, Uzbekistan)  
**Nichitaylo M.E.** (Kiev, Ukraine)  
**Panchenkov D.N.** (Moscow, Russia)  
**Patyutko Yu.I.** (Moscow, Russia)  
**Tretyak S.I.** (Minsk, Belarus)  
**Tulin A.I.** (Riga, Latvia)  
**Habib Nagy** (London, Great Britain)  
**Tsvirkoun V.V.** (Moscow, Russia)  
**Shapovalyants S.G.** (Moscow, Russia)  
**Shulutko A.M.** (Moscow, Russia)  
**Edwin Bjørn** (Oslo, Norway)

## BOARD OF CONSULTANTS:

**Al'perovich B.I.** (Tomsk, Russia), **Bagnenko S.F.**  
(St.-Petersburg, Russia), **Bebezov B.Kh.** (Bishkek, Kirgizia),  
**Beburishvili A.G.** (Volgograd, Russia), **Vafin A.Z.** (Stavropol,  
Russia), **Vinnik Yu.S.** (Krasnoyarsk, Russia), **Vlasov A.P.**  
(Saransk, Russia), **Granov A.M.** (St.-Petersburg, Russia),  
**Zarivchatski M.F.** (Perm, Russia), **Karimov Sh.I.** (Tashkent,  
Uzbekistan), **Krasilnikov D.M.** (Kazan, Russia), **Lupaltcev  
V.I.** (Kharkov, Ukraine), **Poluectov V.L.** (Omsk, Russia),  
**Prudkov M.I.** (Ekaterinburg, Russia), **Seysembayev M.A.**  
(Almaty, Kazakhstan), **Sovtsov S.A.** (Chelyabinsk, Russia),  
**Timberbulatov V.M.** (Ufa, Russia), **Chugunov A.N.** (Kazan,  
Russia), **Shtofin S.G.** (Novosibirsk, Russia)

Chief of office **Platonova L.V.**

The Journal is included in the “List of leading peer-reviewed editions, recommended for publication of Candidate’s and Doctor’s degree theses main results” approved by Higher Attestation Commission (VAK) RF.

### Address for Correspondence:

Prof. Galperin E.I.,  
Hospital #7, Kolomensky pr. 4, Moscow, 115446 Russia.  
Tel/Fax + 7 (499) 782-34-68. E-mail: ashred96@mail.ru  
<http://www.hepatoassociation.ru/journal>

**Vidar Ltd.** 109028 Moscow, p/b 16.  
Contacts + 7 (495) 768-04-34, + 7 (495) 589-86-60,  
<http://www.vidar.ru>

## СОДЕРЖАНИЕ

Требования к публикациям .....	4
Премии за лучшую публикацию к 20-летию юбилею журнала “Анналы хирургической гепатологии” .....	7

### МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

Петр Сергеевич Ветшев – редактор выпуска .....	8
От редактора выпуска .....	9

### ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ

Микроволновая абляция в лечении гемангиом печени <i>Черноусов А.Ф., Мусаев Г.Х., Жемерикин Г.А., Юриченко Ю.Ю., Некрасова Т.П.</i> .....	10
Ультразвуковая абляция (HIFU) в лечении нерезектабельных опухолей поджелудочной железы <i>Карпов О.Э., Ветшев П.С., Бруслик С.В., Свиридова Т.И., Левчук А.Л., Саржевский В.О., Судилова В.В.</i> .....	17
Внутриартериальная химиоэмболизация в лечении неоперабельных больших узловых формой холангиокарциномы <i>Долгушин Б.И., Вирике Э.Р., Косырев В.Ю., Трофимов И.А., Кукушкин А.В., Черкасов В.А., Сергеева О.Н.</i> .....	24
Антеградная чреспеченочная папиллодилатация и дислокация желчных конкрементов в двенадцатиперстную кишку при холангиолитиазе <i>Охотников О.И., Григорьев С.Н., Яковлева М.В., Пахомов В.И.</i> .....	31
Роль и место миниинвазивных дренирующих вмешательств в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны у больных пожилого и старческого возраста <i>Кабанов М.Ю., Яковлева Д.М., Семенов К.В., Горшенин Т.Л., Рыбаков С.М., Аксенова Т.Е., Яковлева И.А., Краденов А.В.</i> .....	37
Эхинококкоз: основы диагностики и роль миниинвазивных технологий (обзор литературы) <i>Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., Фатьянова А.С.</i> .....	47
Билиарная декомпрессия при механической желтухе опухолевого генеза <i>Тарабукин А.В., Мизгирёв Д.В., Эшштейн А.М., Поздеев В.Н., Поздеев С.С., Дуберман Б.Л.</i> .....	54
Эндоскопическое билиарное стентирование при опухолевой механической желтухе <i>Маады А.С., Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Ветшев П.С., Бруслик С.В., Левчук А.Л.</i> .....	59
Лечение осложнений чреспеченочных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периапулярными опухолями <i>Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Рахманов С.У., Хасанов В.Р.</i> .....	68

### ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Гнойно-некротический парапанкреатит: эволюция взглядов на тактику лечения <i>Гольцов В.Р., Савелло В.Е., Бакунов А.М., Дымников Д.А., Курочкин Д.М., Батиг Е.В.</i> .....	75
Результаты лечения осложнений эндоскопических транспапиллярных вмешательств <i>Будзинский С.А., Федоров Е.Д., Конюхов Г.В., Котиева А.Ю., Шаповальянц С.Г.</i> .....	84
Технические аспекты и результаты робот-ассистированных операций на поджелудочной железе <i>Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Калдаров А.Р., Карельская Н.А., Ветшева Н.Н., Смирнов А.В.</i> .....	94
Миниинвазивная хирургия доброкачественных заболеваний и повреждений панкреатических протоков <i>Королев М.П., Федотов Л.Е., Аванесян Р.Г., Лепехин Г.М., Федотов Б.Л.</i> .....	102
Лечение инфицированного панкреонекроза с помощью миниинвазивных вмешательств <i>Андреев А.В., Ившин В.Г., Гольцов В.Р.</i> .....	110
Псевдокисты поджелудочной железы: эффективность чрескожной миниинвазивной технологии формирования панкреатоцистогастроанастомоза на стенке <i>Харьков Д.П., Федорук А.М., Савченко А.В., Руммо О.О.</i> .....	117
Возможности применения миниинвазивных вмешательств при лечении кист поджелудочной железы, осложненных перфорацией и разлитым ферментативным перитонитом <i>Курочкин Д.М., Гольцов В.Р., Савелло В.Е., Бакунов А.М.</i> .....	124

### КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Лечение рецидивного эхинококкоза брюшной полости, забрюшинного пространства и средостения с применением чрескожных миниинвазивных технологий <i>Дурлеитер В.М., Андреев А.В., Кулаков А.А., Токаренко Е.В.</i> .....	129
--	-----

### РЕФЕРАТЫ ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛОВ

Рефераты иностранных журналов <i>Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.</i> .....	133
--	-----

### ХРОНИКА

Резолюция XXI Международного конгресса Ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ 9–12 сентября 2014 года, Пермь, Россия .....	139
---	-----

### ЮБИЛЕЙ

Манас Ахметжарович Сейсембаев К 65-летию со дня рождения .....	142
---	-----

### НЕКРОЛОГ

Борис Ильич Альперович .....	143
------------------------------	-----

## Микроволновая абляция в лечении гемангиом печени

Черноусов А.Ф.<sup>1</sup>, Мусаев Г.Х.<sup>1</sup>, Жемерикин Г.А.<sup>1</sup>, Юриченко Ю.Ю.<sup>1</sup>, Некрасова Т.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кафедра факультетской хирургии №1 и <sup>2</sup> Кафедра патологической анатомии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»; 119992, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, Российская Федерация

**Цель.** Уточнить тактику ведения больных гемангиомами печени с учетом нового миниинвазивного метода хирургического лечения – микроволновой абляции.

**Материал и методы.** Всего под наблюдением находилось 64 больных гемангиомами печени до 5 см. У 23 (35,9%) больных гемангиомы увеличились в размерах в 2–2,5 раза в течение 1,5–4 лет. У всех больных диагноз был установлен при компьютерной томографии (КТ). Оперативное вмешательство проводили в условиях рентгенооперационной под внутривенным наркозом. В зависимости от расположения гемангиом в печени выбирали доступ через межреберье или подреберье. Термозонд проводили чрескожно чреспеченочно по длиннику гемангиомы под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) так, чтобы кончик термозонда достиг противоположного края опухоли. Проводили микроволновую абляцию в течение 15–20 мин при температуре 80–120 °С. В послеоперационном периоде в течение 2–3 дней пациенты получали превентивную антибактериальную терапию, а также гепатопротекторы. Эффективность метода оценивали через 3 мес (УЗИ), 6 мес (КТ).

**Результаты.** Всего с использованием чрескожной микроволновой абляции гемангиом печени излечены 23 пациента. Осложнений вмешательства не было. В 21 (91,3%) наблюдении проведено по одному сеансу абляции, в 2 (8,7%) наблюдениях предпринята повторная абляция в связи с рецидивом опухоли при контрольной КТ. У пациента с множественными гемангиомами выполнена одномоментная абляция двух наибольших гемангиом. Пациентов выписывали на 3–5-й день после операции. Срок наблюдения составил 7–35 мес (в среднем 24 мес). При УЗИ установлено, что в течение 2–3 мес у больных могли сформироваться небольшие жидкостные очаги в зоне абляции (7 пациентов), которые самостоятельно к концу 6-го месяца регрессировали с формированием фиброза. Формирование фиброзированных очагов подтверждено при КТ через 6 мес.

**Заключение.** В силу минимальной инвазивности, эффективности, простоты, безопасности и легкой повторяемости микроволновая абляция может быть выбрана методом лечения гемангиом печени для отдельных пациентов.

**Ключевые слова:** печень, гемангиома, микроволновая абляция, миниинвазивные методы лечения, доброкачественные образования печени.

**Черноусов Александр Федорович** – доктор мед. наук, профессор, академик РАН, заведующий кафедрой факультетской хирургии №1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. **Мусаев Газияв Хадисович** – доктор мед. наук, профессор кафедры факультетской хирургии №1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. **Жемерикин Глеб Александрович** – аспирант кафедры факультетской хирургии №1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. **Юриченко Юрий Юрьевич** – врач-хирург Университетской клинической больницы №1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. **Некрасова Татьяна Петровна** – канд. мед. наук, доцент кафедры патологической анатомии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

**Для корреспонденции:** Жемерикин Глеб Александрович – 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, д. 6, стр. 1, каб. 855, Университетская клиническая больница №1; Российская Федерация. Тел.: 8-926-601-76-49, 8-499-248-58-69. E-mail: dr.zhemerikin@gmail.com

Статья поступила в редакцию журнала 03.02.2015.

## Ультразвуковая абляция (HIFU) в лечении нерезектабельных опухолей поджелудочной железы

Карпов О.Э., Ветшев П.С., Бруслик С.В., Свиридова Т.И.,  
Левчук А.Л., Саржевский В.О., Судиловская В.В.

ФГБУ “Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова” Минздрава России;  
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 70, Российская Федерация

**Цель.** Изучение возможности сочетанных миниинвазивных и неинвазивных методов в лечении пациентов с нерезектабельными новообразованиями поджелудочной железы.

**Материал и методы.** Анализировали результаты 18 ультразвуковых абляций у 16 пациентов. Мужчин было 5 (31%), женщин – 11 (69%). Средний размер опухоли составил  $3,5 \pm 1,5$  см. В 50% наблюдений нерезектабельную опухоль поджелудочной железы осложняла механическая желтуха, у всех пациентов отмечен болевой синдром.

**Результаты.** В 72% наблюдений после вмешательства пациенты отметили уменьшение или исчезновение болевого синдрома. Во всех наблюдениях инструментально доказано уменьшение размеров опухоли. При наблюдении в течение 48 мес у 7 пациентов из 11, у которых исчез болевой синдром, отмечено увеличение массы тела.

**Заключение.** Сочетанное этапное применение миниинвазивных вмешательств, включающих наружное желчеотведение, стентирование общего желчного протока, и неинвазивной HIFU-абляции значительно расширяет возможности комплексного лечения пациентов с нерезектабельными опухолями поджелудочной железы. Это сопровождается благоприятным непосредственным прогнозом и в конечном итоге приводит к улучшению качества жизни пациентов.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, рак поджелудочной железы, механическая желтуха, миниинвазивные технологии, ультразвуковая абляция.

**Карпов Олег Эдуардович** – доктор мед. наук, профессор, генеральный директор ФГБУ “НМХЦ им. Н.И. Пирогова”, заслуженный врач РФ. **Ветшев Петр Сергеевич** – доктор мед. наук, профессор, заместитель генерального директора по лечебной и научно-образовательной работе ФГБУ “НМХЦ им. Н.И. Пирогова”, заслуженный врач РФ. **Бруслик Сергей Владимирович** – канд. мед. наук, доцент, заведующий отделением УЗ- и РХМ-диагностики и лечения ФГБУ “НМХЦ им. Н.И. Пирогова”. **Свиридова Татьяна Ивановна** – канд. мед. наук, врач ультразвуковой диагностики отделения УЗ- и РХМ-диагностики и лечения ФГБУ “НМХЦ им. Н.И. Пирогова”. **Левчук Александр Львович** – доктор мед. наук, профессор, заведующий 2-м хирургическим отделением ФГБУ “НМХЦ им. Н.И. Пирогова”. **Саржевский Владислав Олегович** – канд. мед. наук, доцент, врач-онколог Клиники гематологии и клеточной терапии им. А.А. Максимова ФГБУ “НМХЦ им. Н.И. Пирогова”. **Судиловская Варвара Владимировна** – канд. мед. наук, патоморфолог, ФГБУ “НМХЦ им. Н.И. Пирогова”.

**Для корреспонденции:** Свиридова Татьяна Ивановна – 105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 70, Российская Федерация. Тел.: 8-499-464-30-43, 8-915-436-29-22. E-mail: drsviridova@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 28.01.2015.

## Внутриартериальная химиоэмболизация в лечении неоперабельных больных узловой формой холангиокарциномы

Долгушин Б.И., Вишке Э.Р., Косырев В.Ю., Трофимов И.А.,  
Кукушкин А.В., Черкасов В.А., Сергеева О.Н.

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина»;  
115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24, Российская Федерация

**Цель.** Оценить эффективность артериальной химиоэмболизации у неоперабельных больных узловой формой холангиоцеллюлярного рака (ХЦР).

**Материал и методы.** Артериальная химиоэмболизация выполнена 33 неоперабельным пациентам с ХЦР. Селективная катетеризация собственной печеночной или долевыми артериями печени применялась у 27 (81,8%) пациентов, у остальных 6 больных выполнялась микрокатетерная катетеризация долевыми или сегментарными печеночными артериями. Всего 33 больным были выполнены 82 артериальные химиоэмболизации.

**Результаты.** Тяжелых осложнений и летальных исходов после эндоваскулярного лечения не было. Отдаленные результаты проводимого регионарного лечения изучены у 28 из 33 неоперабельных больных ХЦР. Частичная регрессия опухоли отмечена у 8 (28,6%) больных. Стабилизация опухолевого поражения наступила у 13 (46,4%) пациентов, прогрессирование болезни – у 7 (25%) больных. Один год прожили 34,7% больных, 2 года – 15,2%, 3 года – 11,6%. Двое больных живы до настоящего времени и находятся под наблюдением в течение 10 и 71 мес. Медиана выживаемости больных узловой формой неоперабельного ХЦР от начала эндоваскулярного лечения составила 9 мес. В группе артериальной химиоэмболизации комбинацией гемзара и митомицина С медиана выживаемости составила 12 мес.

**Заключение.** Артериальная химиоэмболизация является безопасным, выполнимым в большинстве наблюдений и эффективным методом лечения неоперабельных больных узловой формой ХЦР.

**Ключевые слова:** печень, холангиоцеллюлярный рак, химиоэмболизация, эндоваскулярное лечение, метастазы, химиотерапия, эмболизация.

Долгушин Борис Иванович – доктор мед. наук, профессор, член-корр. РАН, заведующий отделом лучевой диагностики и интервенционной радиологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина». Вишке Эдуард Рейнгольдович – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник лаборатории интервенционной радиологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина». Косырев Владислав Юрьевич – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник лаборатории интервенционной радиологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина». Трофимов Игорь Александрович – врач лаборатории интервенционной радиологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина». Кукушкин Андрей Всеволодович – канд. мед. наук, врач лаборатории интервенционной радиологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина». Черкасов Валерий Андреевич – канд. мед. наук, старший научный сотрудник лаборатории интервенционной радиологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина». Сергеева Ольга Николаевна – канд. мед. наук, научный сотрудник лаборатории интервенционной радиологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина».

**Для корреспонденции:** Долгушин Борис Иванович – 115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24. Тел.: 8-499-324-44-96, 8-903-720-47-33. E-mail: dolgushinb@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 08.04.2014.

## Антеградная чреспеченочная папиллодилатация и дислокация желчных конкрементов в двенадцатиперстную кишку при холангиолитиазе

Охотников О.И.<sup>1,2</sup>, Григорьев С.Н.<sup>2</sup>, Яковлева М.В.<sup>1,2</sup>, Пахомов В.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кафедра хирургических болезней ФПО, ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России; 305001, Курск, ул. К. Маркса, д. 3, Российская Федерация

<sup>2</sup> БМУ «Курская областная клиническая больница»; 305007, Курск, ул. Сумская, д. 45а, Российская Федерация

**Цель.** Повышение эффективности миниинвазивного лечения холедохолитиаза.

**Материал и методы.** Холангиолитэкстракция в двенадцатиперстную кишку после антеградной дилатации большого сосочка выполнена 22 пациентам с холедохолитиазом чрескожным чреспеченочным или чреспузырным доступом при размере конкрементов не более 10–12 мм. Чрескожный чреспеченочный доступ использовали в том числе и при интраоперационно установленном дренаже Кера. Дилатацию большого сосочка выполняли баллонными катетерами 8–14 мм длиной 4–6 см с рабочим давлением 2–6 атм и интрапапиллярной экспозицией в течение 5 мин. Конкременты перемещали перед раздутым эндобилиарным баллоном, скользящим по транспапиллярно установленному в двенадцатиперстную кишку гибкому проводнику 0,035", или между частично раздутым баллоном и стенкой желчного протока.

**Результаты.** В 22 наблюдениях антеградная дилатация и последующая литэкстракция в двенадцатиперстную кишку были успешно реализованы, в том числе из долевых протоков. Госпитальная летальность отсутствовала. У 9 из 22 пациентов регистрировали транзиторную амилаземию. Тяжелых осложнений не было.

**Заключение.** Антеградная баллонная дилатация большого сосочка двенадцатиперстной кишки с литэкстракцией в двенадцатиперстную кишку является эффективным и безопасным вмешательством при осложненной желчнокаменной болезни в условиях неэффективности или невозможности традиционного ретроградного эндоскопического вмешательства.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, холангиолитиаз, холедохолитиаз, баллонная дилатация, литэкстракция.

**Охотников Олег Иванович** – доктор мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней ФПО ГБОУ ВПО КГМУ, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 БМУ «Курская областная клиническая больница». **Григорьев Сергей Николаевич** – канд. мед. наук, заведующий отделением гнойной хирургии, врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 БМУ «Курская областная клиническая больница». **Яковлева Марина Валерьевна** – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней ФПО ГБОУ ВПО КГМУ, врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 БМУ «Курская областная клиническая больница». **Пахомов Вадим Игоревич** – врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 БМУ «Курская областная клиническая больница».

**Для корреспонденции:** Охотников Олег Иванович – 305047, 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 11.12.2014.

## Роль и место миниинвазивных дренирующих вмешательств в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны у больных пожилого и старческого возраста

Кабанов М.Ю.<sup>1,2</sup>, Яковлева Д.М.<sup>1,2</sup>, Семенцов К.В.<sup>1,3</sup>, Горшенин Т.Л.<sup>1,3</sup>,  
Рыбаков С.М.<sup>1</sup>, Аксенова Т.Е.<sup>1</sup>, Яковлева И.А.<sup>1</sup>, Краденов А.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> СПбГБУЗ “Госпиталь для ветеранов войн”; 193079, Санкт-Петербург, ул. Народная, д. 21, корп. 2, Российская Федерация

<sup>2</sup> Кафедра факультетской хирургии им. А.А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета; 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

<sup>3</sup> Кафедра общей хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова; 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, Российская Федерация

**Цель.** Оценка и улучшение результатов лечения пациентов пожилого и старческого возраста с заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

**Материал и методы.** Первым этапом по поводу механической желтухи 193 больным выполнено 221 миниинвазивное дренирующее вмешательство. На втором этапе гастропанкреатодуоденальную резекцию выполнили 4 больным, билиодигестивный анастомоз – 27, чрескожное чреспеченочное эндопротезирование – 28, антеградное стентирование нитиноловыми стентами – 12, эндоскопическое стентирование – 6. После эндоскопической литэкстракции холецистэктомия, холедохолитотомия из минидоступа выполнены 7 пациентам, традиционное вмешательство – 3.

**Результаты.** Осложнений на первом этапе лечения было 72: 44 при чрескожных и 28 при эндоскопических вмешательствах. Наиболее частым в группе онкологических больных был холангит, при доброкачественных заболеваниях – кровотечение из большого сосочка двенадцатиперстной кишки после папиллотомии. Летальных исходов после миниинвазивных вмешательств было 10 (4,8%). Общее число летальных исходов – 42 (20,3%). Общая частота послеоперационных осложнений 1-го и 2-го этапов лечения у онкологических больных составила 34,3% ( $n = 32$ ).

**Заключение.** Чрескожные и эндоскопические методы декомпрессии билиарного тракта являются эффективными методами при механической желтухе у пациентов пожилого и старческого возраста. При отсутствии внутривисцеральной гипертензии необходимо отдавать предпочтение чрескожной чреспеченочной холецистостомии. У пациентов с высоким анестезиологическим риском в качестве окончательного метода следует рекомендовать стентирование или эндопротезирование внепеченочных желчных протоков. Для профилактики послеоперационного панкреатита при опухолевых поражениях внепеченочных желчных протоков и интактной зоне большого сосочка двенадцатиперстной кишки показана чрескожная чреспеченочная наружная холангиостомия с реканализацией зоны стриктуры и установкой дистального сегмента дренажа проксимальнее большого сосочка. Применение нитиноловых стентов показано пациентам с опухолевым поражением средней и проксимальной трети общего желчного протока.

**Ключевые слова:** механическая желтуха, желчные протоки, миниинвазивные технологии, дренирование, чрескожная холангиостомия, эндоскопическое стентирование, эндопротезирование.

**Кабанов Максим Юрьевич** – доктор мед. наук, профессор, начальник СПбГБУЗ “Госпиталь для ветеранов войн”, профессор кафедры факультетской хирургии им. А.А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. **Яковлева Диана Михайловна** – канд. мед. наук, врач-хирург СПбГБУЗ “Госпиталь для ветеранов войн”, доцент кафедры факультетской хирургии им. А.А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. **Семенцов Константин Валерьевич** – канд. мед. наук, заведующий 21-м хирургическим отделением СПбГБУЗ “Госпиталь для ветеранов войн”, ассистент кафедры общей хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. **Горшенин Тимофей Леонидович** – канд. мед. наук, заведующий хирургическим отделением СПбГБУЗ “Госпиталь для ветеранов войн”, доцент кафедры общей хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. **Рыбаков Сергей Михайлович** – заслуженный врач РФ, заместитель начальника госпиталя по хирургии СПбГБУЗ “Госпиталь для ветеранов войн”. **Аксенова Татьяна Евгеньевна** – врач-эндоскопист СПбГБУЗ “Госпиталь для ветеранов войн”. **Яковлева Инна Анатольевна** – заведующая эндоскопическим отделением СПбГБУЗ “Госпиталь для ветеранов войн”. **Краденов Алексей Владимирович** – ассистент кафедры факультетской хирургии им. А.А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

**Для корреспонденции:** Яковлева Диана Михайловна – 192238, Санкт-Петербург, ул. Бухарестская, д. 92, кв. 73. Тел.: 8-911-197-76-30. E-mail: yakovleva\_d@mail.ru

## **Эхинококкоз: основы диагностики и роль миниинвазивных технологий (обзор литературы)**

*Ветшев П.С.<sup>2</sup>, Мусаев Г.Х.<sup>1</sup>, Фатьянова А.С.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> *Кафедра факультетской хирургии №1 лечебного факультета ГБОУ ВПО “Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова”; 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *ФГБУ “Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова”; 105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 70, Российская Федерация*

В работе представлен обзор современных взглядов на патогенез, диагностику и лечение ларвального эхинококкоза, одной из актуальных проблем медицинской паразитологии и хирургии. Приведено мнение авторов по вопросам диагностики и лечения в современных условиях. Особое внимание уделено основному методу лечения – хирургическому – с учетом возможностей миниинвазивных технологий.

**Ключевые слова:** паразитология, печень, эхинококкоз, миниинвазивные технологии, эхинококкэктомия, химиотерапия.

**Ветшев Петр Сергеевич** – доктор мед. наук, профессор, заместитель директора ФГБУ “НМХЦ им. Н.И. Пирогова”.  
**Мусаев Газияв Хадисович** – доктор мед. наук, профессор кафедры факультетской хирургии №1 лечебного факультета ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”.  
**Фатьянова Анастасия Сергеевна** – канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской хирургии №1 лечебного факультета ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”.

**Для корреспонденции:** Фатьянова Анастасия Сергеевна – 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, Российская Федерация. Тел.: 8-910-408-20-16. E-mail: fatyanova@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 03.02.2015.

## Билиарная декомпрессия при механической желтухе опухолевого генеза

Тарабукин А.В.<sup>1,2</sup>, Мизгирёв Д.В.<sup>1,2</sup>, Эпштейн А.М.<sup>1,2</sup>,  
Поздеев В.Н.<sup>1,2</sup>, Поздеев С.С.<sup>2</sup>, Дуберман Б.Л.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Кафедра хирургии ГБОУ ВПО “Северный государственный медицинский университет” МЗ РФ; 163061, Архангельск, Троицкий просп., д. 51, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ Архангельской области “Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич”; 163045, Архангельск, ул. Суворова, д. 1, Российская Федерация

**Цель.** Определение оптимального способа и изучение результатов миниинвазивной билиарной декомпрессии при механической желтухе опухолевого генеза.

**Материал и методы.** Билиарная декомпрессия выполнена 59 больным, рандомизированым на группы чрескожного дренирования ( $n = 33$ ) и транспапиллярного стентирования ( $n = 26$ ). Вторым этапом в проспективной группе больных ( $n = 159$ ) применена приоритетная тактика транспапиллярной билиарной декомпрессии.

**Результаты.** Транспапиллярное и (или) чрескожное дренирование желчных путей успешно осуществлено всем больным. Отмечена высокая эффективность купирования синдрома холестаза: уровень билирубина сыворотки крови снижался на 39,2, 53,9 и 77,0% на 3-и, 7-е и 14-е сутки после дренирования соответственно. Выявлена более низкая частота осложнений у больных с транспапиллярной декомпрессией желчных путей (7,7%) по сравнению с чрескожной (30,3%,  $p = 0,032$ ), при равной клинической эффективности и летальности ( $p = 0,316$ ). В проспективной группе из 159 больных транспапиллярное стентирование (63%) было неэффективным в 31 (29,9%) наблюдении, что потребовало дополнительного эндоскопического лечения либо чрескожной холангиостомии. Летальность составила 13,8% ( $n = 22$ ).

**Заключение.** Учитывая более низкую частоту осложнений при равной эффективности и летальности при механической желтухе опухолевого генеза, может быть рекомендовано эндоскопическое транспапиллярное стентирование. При невозможности его выполнения по техническим или анатомическим причинам следует выполнять чрескожное дренирование желчных путей с первичной или отсроченной реканализацией опухолевой стриктуры. Используемый алгоритм позволяет дифференцированно подходить к выбору метода билиарной декомпрессии и улучшить результаты лечения.

**Ключевые слова:** механическая желтуха, декомпрессия, транспапиллярное стентирование, чрескожная чреспеченочная холангиостомия.

**Тарабукин Андрей Валентинович** – заведующий 3-м хирургическим отделением ГБУЗ АО “Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич”. **Мизгирёв Денис Владимирович** – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии ГБОУ ВПО СГМУ МЗ РФ, врач-хирург кабинета №2 отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ АО “Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич”. **Эпштейн Алексей Михайлович** – канд. мед. наук, врач-эндоскопист кабинета №2 отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ АО “Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич”, ассистент кафедры хирургии ГБОУ ВПО СГМУ МЗ РФ. **Поздеев Виктор Николаевич** – канд. мед. наук, заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ АО “Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич”, ассистент кафедры хирургии ГБОУ ВПО СГМУ МЗ РФ. **Поздеев Сергей Сергеевич** – врач-эндоскопист кабинета №2 отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ АО “Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич”. **Дуберман Борис Львович** – доктор мед. наук, заведующий кафедрой хирургии ГБОУ ВПО СГМУ МЗ РФ; заведующий кабинетом №2 отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ АО “Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич”.

**Для корреспонденции:** Дуберман Борис Львович – 163061 Архангельск, ул. Набережная Северной Двины, д. 98, кв. 22. Тел.: 8-8182-20-66-32, +7-921-240-37-66 (моб.). E-mail: d1973bold@yahoo.com

Статья поступила в редакцию журнала 04.02.2015.

## Эндоскопическое билиарное стентирование при опухолевой механической желтухе

Маады А.С., Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Ветшев П.С., Бруслик С.В., Левчук А.Л.

ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России; 105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 70, Российская Федерация

**Цель работы** – определение возможностей эндоскопического ретроградного билиарного стентирования при опухолевой механической желтухе, сравнение отдаленных результатов дренирования пластиковыми и саморасширяющимися металлическими стентами.

**Материал и методы.** Анализировали результаты эндоскопических методов диагностики и лечения неоперабельных пациентов с опухолевой механической желтухой, а также частоту ранних и отдаленных осложнений билиарного стентирования как окончательного метода лечения. Общее число пациентов составило 160 человек. В 1-й группе ( $n = 80$ ) для дренирования желчных протоков использовали пластиковые билиарные стенты 3–3,5 мм (10–11,5 Fr), во 2-й группе ( $n = 80$ ) – покрытые металлические саморасширяющиеся стенты 8–10 мм (28–30 Fr). В диагностике применяли ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию, эндоУЗИ и эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию.

**Результаты.** Ранние послеоперационные осложнения в 1-й группе имели место у 7 (8,7%) больных, во 2-й группе – у 5 (6,7%). Отдаленные осложнения в виде рецидива механической желтухи и (или) холангита в разные сроки после выписки отмечены в 1-й группе в 2 раза чаще (у 28 из 80 пациентов), чем во 2-й группе (у 12 из 80 пациентов), что потребовало повторной госпитализации и рестентирования. Опухолевый дуоденальный стеноз развился у 20 (12,5%) больных, средний срок – 8,2 мес.

**Заключение.** Эндоскопическое ретроградное стентирование может применяться в качестве эффективного окончательного метода дренирования желчных протоков у неоперабельных больных с опухолями панкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой. Срок функционирования пластиковых билиарных стентов составлял  $119,9 \pm 131,4$  дня (4 мес). Срок функционирования саморасширяющихся металлических стентов у 71 больного составил  $257,5 \pm 91,3$  дня (8,6 мес). Совершенствование аппаратуры и инструментария, применение сочетанных антеградных методов и вмешательств под контролем эндоУЗИ, предварительная установка пилородуоденальных саморасширяющихся стентов при дуоденальном стенозе позволяют обойти ранее существовавшее ограничение в виде опухолевого сужения двенадцатиперстной кишки.

**Ключевые слова:** эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), опухолевая механическая желтуха, билиарное стентирование.

**Маады Аяс Сергеевич** – канд. мед. наук, доцент, главный специалист по эндоскопии НМХЦ им. Н.И. Пирогова. **Карпов Олег Эдуардович** – доктор мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, генеральный директор НМХЦ им. Н.И. Пирогова. **Стойко Юрий Михайлович** – доктор мед. наук, профессор, главный хирург НМХЦ им. Н.И. Пирогова. **Ветшев Петр Сергеевич** – доктор мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, заместитель генерального директора НМХЦ им. Н.И. Пирогова. **Бруслик Сергей Владимирович** – канд. мед. наук, главный специалист по ультразвуковым и рентгенхирургическим методам диагностики и лечения НМХЦ им. Н.И. Пирогова. **Левчук Александр Львович** – доктор мед. наук, профессор, заведующий хирургическим отделением НМХЦ им. Н.И. Пирогова.

**Для корреспонденции:** Маады Аяс Сергеевич – 105203 Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 70. Тел.: +7-926-931-66-28. E-mail: mayas72@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 18.02.2015.

## Лечение осложнений чреспеченочных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периампулярными опухолями

Каримов Ш.И.<sup>1</sup>, Хакимов М.Ш.<sup>1</sup>, Адылходжаев А.А.<sup>1</sup>,  
Рахманов С.У.<sup>2</sup>, Хасанов В.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кафедра факультетской и госпитальной хирургии и <sup>2</sup> Вторая клиника Ташкентской медицинской академии; 100109, Ташкент, ул. Фароби, д. 2, Узбекистан

**Цель:** коррекция осложнений чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств у больных периампулярными опухолями с механической желтухой применением минимально инвазивных методов.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения 453 больных периампулярными опухолями, осложненными механической желтухой. Пациентов дифференцировали в зависимости от стадии печеночной недостаточности. Всем больным для устранения механической желтухи применена чрескожная чреспеченочная холангиостомия.

**Результаты.** Наилучшие результаты получены у больных компенсированной печеночной недостаточностью. Летальных исходов в этой группе больных не было, у 2 (0,44%) больных была гемобилия, купированная консервативно. При суб- и декомпенсированной печеночной недостаточности было наибольшее число осложнений: гемобилия в 4 (0,88%) наблюдениях, миграция холангиостомы – в 5 (1,1%), прогрессирующая печеночная недостаточность – в 12 (2,6%). Комплекс разработанных мероприятий позволил улучшить результаты лечения, сократить общее число осложнений до 12,6%, а летальность – до 0,4%.

**Заключение.** Применение консервативной терапии в комплексе с миниинвазивными вмешательствами, направленными на коррекцию осложнений, позволяет улучшить отдаленные результаты чреспеченочных вмешательств.

**Ключевые слова:** механическая желтуха, чрескожная чреспеченочная холангиостомия, печеночная недостаточность, чреспеченочные эндобилиарные вмешательства.

**Каримов Шавкат Ибрагимович** – доктор мед. наук, профессор, академик АН РУз и РАН, ректор Ташкентской медицинской академии, профессор кафедры факультетской и госпитальной хирургии. **Хакимов Мурад Шавкатович** – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии Ташкентской медицинской академии. **Адылходжаев Аскар Анварович** – канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской и госпитальной хирургии Ташкентской медицинской академии. **Рахманов Сабур Урипбаевич** – канд. мед. наук, заведующий отделением рентгеноэндоваскулярной хирургии второй клиники Ташкентской медицинской академии. **Хасанов Вали Рахматуллаевич** – врач-ординатор отделения рентгеноэндоваскулярной хирургии второй клиники Ташкентской медицинской академии.

**Для корреспонденции:** Адылходжаев Аскар Анварович – 100109, Ташкент, ул. Фароби, д. 2, Узбекистан.  
Тел.: 8-371-150-78-25. E-mail: askar1981@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 18.02.2015.

## Гнойно-некротический парапанкреатит: эволюция взглядов на тактику лечения

Гольцов В.Р.<sup>1</sup>, Савелло В.Е.<sup>1</sup>, Бакунов А.М.<sup>1</sup>, Дымников Д.А.<sup>2</sup>, Курочкин Д.М.<sup>1</sup>, Батиг Е.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Отделение панкреатологии, городской панкреатологический центр ГБУ “Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе”; 192242, Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3, Российская Федерация

<sup>2</sup> Кафедра военно-морской и госпитальной хирургии ФГБВОУ ВПО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” МО РФ; 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, Российская Федерация

**Цель.** Разработка более эффективных методов хирургического лечения больных гнойно-некротическим парапанкреатитом.

**Материал и методы.** Были проанализированы результаты лечения 819 больных гнойно-некротическим парапанкреатитом. Объем панкреонекроза и степень распространенности гнойно-некротического парапанкреатита определяли при КТ-ангиографии или МРТ, а также во время хирургических вмешательств или при аутопсии. Проведено сравнение различных методов хирургического лечения в зависимости от сроков и вида оперативного лечения. Эффективность оценивали по частоте развития осложнений, тяжелого сепсиса и летальности.

**Заключение.** Методом выбора в лечении гнойно-некротического парапанкреатита является минимально инвазивное дренирование под лучевым наведением с поэтапной заменой дренажей на больший диаметр с последующей аспирационной и (или) инструментальной некрсеквестрэктомией. При неэффективности миниинвазивных вмешательств необходимо выполнять лапаротомию с некрсеквестрэктомией.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, панкреатит, панкреонекроз, парапанкреатит, минимально инвазивные технологии, дренирование.

**Гольцов Валерий Ремирович** – доктор мед. наук, руководитель отделения панкреатологии городского панкреатологического центра ГБУ “СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе”. **Савелло Виктор Евгеньевич** – доктор мед. наук, профессор, руководитель отдела лучевой диагностики ГБУ “СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе”. **Бакунов Александр Михайлович** – младший научный сотрудник отделения панкреатологии городского панкреатологического центра ГБУ “СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе”. **Дымников Денис Александрович** – канд. мед. наук, преподаватель кафедры военно-морской и госпитальной хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург. **Курочкин Дмитрий Михайлович** – врач-хирург отделения панкреатологии городского панкреатологического центра ГБУ “СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе”. **Батиг Евгений Витальевич** – врач-хирург отделения панкреатологии городского панкреатологического центра ГБУ “СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе”.

**Для корреспонденции:** Бакунов Александр Михайлович – Санкт-Петербург, ул. Будапештская, 3/5. Тел.: 8-981-686-76-77; 8-812-709-60-92. E-mail: sanka-86@bk.ru

Статья поступила в редакцию журнала 30.01.2015.

## Результаты лечения осложнений эндоскопических транспапиллярных вмешательств

Будзинский С.А.<sup>1,2</sup>, Федоров Е.Д.<sup>1</sup>, Колюхов Г.В.<sup>2</sup>, Котиева А.Ю.<sup>1</sup>, Шаповальянц С.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Кафедра госпитальной хирургии №2 с научно-исследовательской лабораторией хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»; 117513, Москва, ул. Островитянова, д. 1, Российская Федерация

<sup>2</sup> Городская клиническая больница №31 Департамента здравоохранения г. Москвы; 119414, Москва, ул. Лобачевского, д. 42, Российская Федерация

**Цель:** ретроспективно оценить результаты лечения осложнений эндоскопических ретроградных транспапиллярных вмешательств.

**Материал и методы.** С 2008 по 2014 г. выполнено 2688 ретроградных эндоскопических вмешательств. Кровотечение после эндоскопической папиллосфинктеротомии развилось в 5 (0,2%) наблюдениях, острый панкреатит осложнил течение послеоперационного периода в 34 (1,26%) наблюдениях, а ретроуденальная перфорация произошла у 12 (0,45%) больных.

**Результаты.** Во всех наблюдениях отсроченных постпапиллотомических кровотечений адекватный гемостаз был достигнут комбинированным способом — инфильтрацией краев рассеченной ампулы большого сосочка двенадцатиперстной кишки раствором адреналина и точечной коагуляцией. Рецидива кровотечения и летальных исходов не было. Эндоскопическое лечение ретроуденальной перфорации было предпринято в 6 наблюдениях и оказалось эффективным в 83,3% (5/6). Общая летальность среди этих пациентов составила 25% (3 из 12 пациентов), из них 2 — после хирургического вмешательства и 1 — после неэффективного эндоскопического пособия. Попытка лечебного стентирования протока поджелудочной железы при развившемся постманипуляционном панкреатите была предпринята в 24 (70,6%) и оказалась технически осуществимой в 22 (91,7%) наблюдениях, что привело к выздоровлению пациентов. Осложнений стентирования не было. В остальных 12 наблюдениях проводили консервативную терапию и (или) хирургические вмешательства. При этом летальность в данной группе составила 16,7%.

**Заключение.** Лечение пациентов с осложнениями после эндоскопической ретроградной панкреатикохолангиографии (ЭРПХГ) является длительным, трудоемким, а также дорогостоящим процессом. Крайне важны своевременная диагностика осложнения, оценка его тяжести, выбор адекватного метода пособия для его ликвидации. Для сокращения числа осложнений необходимо тщательно учитывать возможные факторы риска, четко определять показания к ЭРПХГ, строго соблюдать технику вмешательства. Необходимо стремиться ликвидировать осложнения миниинвазивным эндоскопическим методом, поскольку хирургическое лечение сопровождается более высокой послеоперационной летальностью, увеличением продолжительности и стоимости лечения.

**Ключевые слова:** осложнения, кровотечение, панкреатит, перфорация, гемостаз, стентирование, клипирование.

**Будзинский Станислав Александрович** — канд. мед. наук, старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии кафедры госпитальной хирургии №2 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, старший ординатор отделения эндоскопии №1 ГКБ №1. **Федоров Евгений Дмитриевич** — доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии РНИМУ им. Н.И. Пирогова. **Колюхов Григорий Владимирович** — канд. мед. наук, врач отделения эндоскопии №1 ГКБ №31. **Котиева Аза Юсуповна** — аспирант кафедры госпитальной хирургии №2 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова. **Шаповальянц Сергей Георгиевич** — доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии №2 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

**Для корреспонденции:** Колюхов Григорий Владимирович — 129515, Москва, ул. Акад. Королева, д. 3, кв. 96. Тел.: 8-926-335-30-97. E-mail: konuhov\_gv@rambler.ru

Статья поступила в редакцию журнала 27.01.2015.

## Технические аспекты и результаты робот-ассистированных операций на поджелудочной железе

Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Калдаров А.Р., Карельская Н.А., Ветшева Н.Н., Смирнов А.В.

ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского" Минздрава России; 1177997, Москва, ул. Б. Серпуховская, д. 27, Российская Федерация

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения больных с заболеваниями поджелудочной железы.

**Материал и методы.** С 2010 по 2014 г. выполнено 59 робот-ассистированных операций на поджелудочной железе: 30 дистальных резекций, 12 панкреатодуоденальных резекций, в том числе одна панкреатодуоденэктомия, 5 срединных резекций, 12 энуклеаций опухолей. Женщин было 48 (81,4%), мужчин – 11 (19,6%). Средний возраст больных составил  $48,4 \pm 14,5$  года.

**Результаты.** Продолжительность панкреатодуоденальных резекций составила  $463,1 \pm 111,1$  мин, дистальных резекций –  $218,0 \pm 68,2$  мин, срединных резекций –  $253,0 \pm 37,7$  мин, энуклеаций опухоли –  $150,0 \pm 49,0$  мин. Послеоперационные осложнения развились у 24 (40,7%) больных: у 19 – наружный панкреатический свищ, у 3 – гастростаз, у 2 – кровотечение. Отмечен 1 летальный исход после панкреатодуоденальной резекции.

**Заключение.** Показаниями к робот-ассистированным операциям на поджелудочной железе являются злокачественные опухоли T1–T2, нейроэндокринные опухоли, доброкачественные опухоли размерами не более 5–6 см. Использование роботического комплекса не позволяет избежать специфических послеоперационных осложнений, характерных для операций на поджелудочной железе.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, миниинвазивная хирургия, робот-ассистированные операции, резекция поджелудочной железы, дистальная резекция, панкреатодуоденальная резекция.

**Кригер Андрей Германович** – доктор мед. наук, профессор, руководитель отделения абдоминальной хирургии №1 ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского" Минздрава России. **Берелавичус Станислав Валерьевич** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии №1 ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского" Минздрава России. **Горин Давид Семенович** – канд. мед. наук, научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии №1 ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского" Минздрава России. **Калдаров Айрат Радикович** – аспирант отделения абдоминальной хирургии №1 ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского" Минздрава России. **Карельская Наталья Александровна** – канд. мед. наук, научный сотрудник отделения рентгенологии ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского" Минздрава России. **Ветшева Наталья Николаевна** – канд. мед. наук, научный сотрудник отделения ультразвуковой диагностики ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского" Минздрава России. **Смирнов Александр Вячеславович** – аспирант отделения абдоминальной хирургии №1 ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского" Минздрава России.

**Для корреспонденции:** Кригер Андрей Германович – 1177997, Москва, ул. Б. Серпуховская, д. 27. Тел.: +7-499-236-63-03. E-mail: kriger@ixv.ru

Статья поступила в редакцию журнала 14.10.2014.

## Миниинвазивная хирургия доброкачественных заболеваний и повреждений панкреатических протоков

Королев М.П., Федотов Л.Е., Аванесян Р.Г., Лепехин Г.М., Федотов Б.Л.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения РФ; 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2,  
Российская Федерация

**Цель.** Улучшение результатов лечения больных доброкачественными заболеваниями и повреждениями протоков поджелудочной железы.

**Материал и методы.** Выполнены комбинированные операции под ультразвуковым, эндоскопическим и рентгенологическим контролем 71 пациенту с доброкачественными заболеваниями и повреждением протоков поджелудочной железы. В исследуемой группе было 49 мужчин, 22 женщины. Средний возраст больных — 41,8 года. У 32 пациентов миниинвазивные операции выполнены в связи с панкреатиколитиазом, у 18 — по поводу повреждения того или иного участка протока поджелудочной железы в результате деструктивного панкреатита, у 21 — по поводу стриктур протоков.

**Результаты и обсуждение.** При панкреатиколитиазе использованы следующие виды миниинвазивных операций: антеградная литэкстракция с применением баллонного катетера; антеградная литэкстракция с применением бужей, сопоставимых с просветом протока поджелудочной железы; ретроградная литэкстракция с помощью эндоскопической техники; комбинированная литэкстракция. При стриктурах протока поджелудочной железы, а также при повреждении протока в результате постнекротических изменений панкреатической ткани выполнены следующие операции: эндоскопическое ретроградное стентирование патологически измененного участка протока поджелудочной железы; комбинированное восстановление проходимости поврежденного протока; антеградное чрескожное наружновнутреннее каркасное дренирование или стентирование протока поджелудочной железы; антеградное восстановление проходимости протока через полость постнекротической кисты. Летальность составила 2,04%.

**Заключение.** Разработанные миниинвазивные операции позволяют выполнить литэкстракцию из протока поджелудочной железы, восстановить проходимость протока при стриктурах и повреждениях, выполнить декомпрессию протока при панкреатической гипертензии. В современных условиях это приоритетное направление лечения больных доброкачественными заболеваниями протоков поджелудочной железы является альтернативой традиционным операциям.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, панкреатиколитиаз, стриктура, повреждение, проток поджелудочной железы, миниинвазивные технологии, панкреатическая гипертензия.

**Королев Михаил Павлович** — доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии с курсами эндоскопии и ухода за хирургическим больным ГБОУ ВПО СПбГПМУ, председатель Российского эндоскопического общества. **Федотов Леонид Евгеньевич** — доктор мед. наук, профессор кафедры общей хирургии с курсами эндоскопии и ухода за хирургическим больным ГБОУ ВПО СПбГПМУ, заведующий 5-м хирургическим отделением СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница». **Аванесян Рубен Гарриевич** — канд. мед. наук, доцент кафедры общей хирургии с курсами эндоскопии и ухода за хирургическим больным ГБОУ ВПО СПбГПМУ, врач 5-го хирургического отделения СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница». **Лепехин Георгий Михайлович** — врач ультразвуковой диагностики диагностического отделения СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница». **Федотов Борис Леонидович** — аспирант кафедры общей хирургии с курсами эндоскопии и ухода за хирургическим больным ГБОУ ВПО СПбГПМУ.

**Для корреспонденции:** Аванесян Рубен Гарриевич — 198096, Санкт-Петербург, проспект Стачек, д. 82, кв. 15.  
Тел.: 8-812-985-35-25, 8-962-685-35-25, 8-911-943-93-22. E-mail: av-ruben@yandex.ru

Статья поступила в редакцию журнала 03.02.2015.

## Лечение инфицированного панкреонекроза с помощью миниинвазивных вмешательств

Андреев А.В.<sup>1</sup>, Ившин В.Г.<sup>2</sup>, Гольцов В.Р.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Отделение рентгенохирургических и ультразвуковых методов диагностики и лечения ГБУЗ “Краевая клиническая больница №2” г. Краснодара; 350012, Краснодар, ул. Красных партизан, д. 6/2, Российская Федерация

<sup>2</sup> Кафедра хирургических болезней №1 медицинского института Тульского государственного университета; 300004, Тула, Новомедведковский проезд, д. 2, Российская Федерация

<sup>3</sup> Отделение панкреатологии, городской панкреатологический центр ГБУ “Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе”; 192242, Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3/5, Российская Федерация

**Цель.** Изучить эффективность применения миниинвазивных вмешательств при инфицированном панкреонекрозе (гнойно-некротическом парапанкреатите).

**Материал и методы.** В период с 2004 по 2013 г. проведено простое сравнительное многоцентровое исследование результатов лечения 270 пациентов с инфицированным панкреонекрозом, которых распределили на 3 группы: 1-я группа – 90 пациентов, которым применялась только санационная лапаротомия, 2-я группа – 90 пациентов, которым первым этапом санации при развитии инфицированного панкреонекроза выполнялось миниинвазивное дренирование, а в дальнейшем – санационная лапаротомия, 3-я группа – 90 пациентов, которым санация инфицированного панкреонекроза выполнялась только миниинвазивными вмешательствами. Распределение больных в группах по возрасту, преморбидному фону, распространенности гнойно-некротического парапанкреатита, терапевтическому лечебному комплексу было однородным.

**Результаты.** В 1-й группе отмечена максимальная частота осложнений (дигестивный свищ, кровотечение, респираторный дистресс-синдром взрослых, тяжелый сепсис) и летальности у больных инфицированным панкреонекрозом. Во 2-й группе отмечена тенденция к уменьшению частоты осложнений и смертности, хотя их уровень оставался достаточно высоким. Применение миниинвазивных вмешательств (3-я группа) при инфицированном панкреонекрозе приводило к достоверному уменьшению частоты осложнений и летальности.

**Заключение.** При уточнении показаний к первичному дренированию инфицированного панкреонекроза (гнойно-некротического парапанкреатита) следует отдавать предпочтение миниинвазивным вмешательствам. При неэффективности миниинвазивного дренирования или развитии осложнений, которые невозможно купировать миниинвазивными вмешательствами, необходима лапаротомия с некрэксвестрэктомией.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, панкреонекроз, парапанкреатит, миниинвазивные вмешательства.

**Андреев Андрей Викторович** – доктор мед. наук, заведующий отделением рентгенохирургических и ультразвуковых методов диагностики и лечения ГБУЗ “Краевая клиническая больница № 2”, г. Краснодар. **Ившин Владислав Геннадьевич** – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 медицинского института Тульского государственного уни-верситета, генеральный директор ООО “Центр новых медицинских технологий”. **Гольцов Валерий Ремирович** – доктор мед. наук, руководитель отделения панкреатологии, городского панкреатологического центра ГБУ “Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе”.

**Для корреспонденции:** Гольцов Валерий Ремирович – 192242, Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3/5. Тел.: (911)-240-13-54. E-mail: govare@yandex.ru

Статья поступила в редакцию журнала 30.01.2015.  
Received 30 January 2015.

## Псевдокисты поджелудочной железы: эффективность чрескожной миниинвазивной технологии формирования панкреатоцистогастроанастомоза на стенте

Харьков Д.П., Федорук А.М., Савченко А.В., Руммо О.О.

Республиканский научно-практический центр трансплантации органов и тканей, г. Минск; 220116, Минск, ул. Семашко, д. 8, Республика Беларусь

**Цель.** Анализ эффективности чрескожной миниинвазивной технологии формирования панкреатоцистогастроанастомоза на стенте.

**Материал и методы.** В исследуемую группу были включены 37 пациентов с одиночными симптоматическими псевдокистами поджелудочной железы 2-го типа по классификации D'Egidio–Schein более 5 см. Применяли модифицированный миниинвазивный способ – чрескожную трансгастральную панкреатоцистогастростомию со стентированием зоны анастомоза под контролем УЗИ и эндоскопии. В группе контроля было 55 пациентов, которым выполнили внутреннее дренирование – панкреатоцистогастростомию, панкреатоцистоеюностомию. Анализировали время оперативного вмешательства, продолжительность пребывания в стационаре после операции, осложнения. Контрольное обследование проводили через 6, 12 и 24 мес.

**Результаты.** Применение метода позволило уменьшить время хирургического вмешательства со 135 (110; 170) мин в контрольной группе до 15 (12; 22) мин в основной ( $p < 0,0001$ ). Также в исследуемой группе удалось уменьшить продолжительность пребывания в стационаре до 4 (3; 5) дней (контрольная группа – 14 (11; 18) дней,  $p < 0,0001$ ). Осложнения в послеоперационном периоде развились у 2 (5,4%) пациентов основной группы и у 12 (21,8%) пациентов контрольной группы ( $p = 0,048$ ). Рецидив псевдокисты развился у 7 (12,7%) пациентов контрольной группы, в основной группе рецидивов не было ( $p = 0,039$ ). Летальных исходов не отмечено.

**Заключение.** Чрескожная трансгастральная панкреатоцистогастростомия является эффективным методом лечения пациентов с псевдокистами поджелудочной железы 2-го типа по классификации D'Egidio–Schein.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, псевдокиста, миниинвазивные технологии, панкреатоцистогастростомия.

**Харьков Дмитрий Петрович** – врач-хирург отделения трансплантации, РНПЦ трансплантации органов и тканей. **Федорук Алексей Михайлович** – доктор мед. наук, профессор кафедры трансплантологии ГУО “Белорусская медицинская академия последипломного образования”, заведующий отделом гепатологии и малоинвазивной хирургии, РНПЦ трансплантации органов и тканей. **Савченко Андрей Васильевич** – заведующий отделением эндоскопии, РНПЦ трансплантации органов и тканей. **Руммо Олег Олегович** – доктор мед. наук, профессор кафедры трансплантологии ГУО “Белорусская медицинская академия последипломного образования”, руководитель РНПЦ трансплантации органов и тканей.

**Для корреспонденции:** Харьков Дмитрий Петрович – 220116, ул. Семашко, д. 8, РНПЦ трансплантации органов и тканей, Минск, Республика Беларусь. Тел.: +375-29-163-00-93. E-mail: dharkov@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 04.02.2015.

## Возможности применения миниинвазивных вмешательств при лечении кист поджелудочной железы, осложненных перфорацией и разлитым ферментативным перитонитом

Курочкин Д.М., Гольцов В.Р., Савелло В.Е., Бакунов А.М.

Отделение панкреатологии, городской панкреатологический центр ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»; 192242, Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3/5, Российская Федерация

**Цель.** Изучить возможность применения минимально инвазивных вмешательств при лечении псевдокист поджелудочной железы, осложненных перфорацией и распространенным ферментативным перитонитом.

**Материал и методы.** Анализировали результаты лечения 298 больных с псевдокистами поджелудочной железы, 119 из которых – с псевдокистами поджелудочной железы, осложненными перфорацией и распространенным ферментативным перитонитом. Для определения наиболее эффективного метода хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы, осложненных перфорацией и разлитым ферментативным перитонитом, проведено сравнение различных методов хирургического лечения: сочетания минимально инвазивных методов (лапароцентез, лапароскопия) для купирования ферментативного перитонита с последующим дренированием псевдокисты поджелудочной железы под контролем УЗИ и традиционной лапаротомии с наружным дренированием псевдокисты поджелудочной железы.

**Результаты.** С целью оптимизации диагностического поиска было отобрано 57 диагностических признаков (клинических, лабораторных, инструментальных), которые зарегистрированы у 119 указанных пациентов. После корреляционного анализа отобраны признаки, имеющие умеренную или сильную значимую связь с развитием псевдокисты поджелудочной железы, осложненной перфорацией. На основании этих признаков разработана диагностическая шкала. Оценку эффективности различных методов хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы, осложненных перфорацией и перитонитом, проводили по частоте развития сепсиса и летальности. Применение минимально инвазивных методов позволило уменьшить частоту сепсиса с 18,8 до 5,9%, летальность – с 9,4 до 2,9%.

**Заключение.** Разработана диагностическая шкала, состоящая из 5 признаков, которая с вероятностью 95,8% позволяет верифицировать перфорацию псевдокисты поджелудочной железы. Методом выбора при ферментативном перитоните является санационная лапароскопия (санационный лапароцентез). Наружное дренирование псевдокист ПЖ целесообразно выполнять под контролем УЗИ, при его неэффективности показана санационная лапаротомия.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, панкреатит, панкреонекроз, псевдокиста, перфорация, перитонит, миниинвазивные технологии.

**Курочкин Дмитрий Михайлович** – врач-хирург отделения панкреатологии городского панкреатологического центра ГБУ «СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе». **Гольцов Валерий Ремирович** – доктор мед. наук, руководитель отделения панкреатологии, руководитель городского панкреатологического центра ГБУ «СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе». **Савелло Виктор Евгеньевич** – доктор мед. наук, профессор, руководитель отдела лучевой диагностики СПбГБУ «НИИ СП им. И.И. Джанелидзе». **Бакунов Александр Михайлович** – младший научный сотрудник отделения панкреатологии городского панкреатологического центра ГБУ «СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе».

**Для корреспонденции:** Гольцов Валерий Ремирович – Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3/5. Тел.: 8-911-240-13-54; 8-812-709-60-92. E-mail: govare@yandex.ru

Статья поступила в редакцию журнала 30.01.2015.

## Лечение рецидивного эхинококкоза брюшной полости, забрюшинного пространства и средостения с применением чрескожных миниинвазивных технологий

Дурлештер В.М.<sup>1,3</sup>, Андреев А.В.<sup>1,3</sup>, Кулаков А.А.<sup>2</sup>, Токаренко Е.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ “Краевая клиническая больница №2”; 350012, Краснодар, ул. Красных партизан, д. 6/2, Российская Федерация

<sup>2</sup> МБУЗ г. Сочи “Городская больница №3”; 354037, Сочи, ул. Самшитовая, д. 4, Российская Федерация

<sup>3</sup> ГБУ ВПО “Кубанский государственный медицинский университет” МЗ РФ г. Краснодара; 350063, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Седина, д. 4, Российская Федерация

Представлено клиническое наблюдение эхинококкового поражения печени с распространением в забрюшинное пространство и средостение у пациентки с рецидивным эхинококкозом. Приведен обзор литературы, показаны трудности своевременной диагностики, обследования и миниинвазивного лечения этой сложной категории больных.

**Ключевые слова:** эхинококкоз, рецидивный процесс, миниинвазивная хирургия, осложнения.

**Дурлештер Владимир Моисеевич** – профессор, доктор мед. наук, заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ “Краевая клиническая больница №2” г. Краснодара, профессор кафедры хирургии №1 ФПК и ППС ГБУ ВПО “Кубанский государственный медицинский университет” МЗ РФ. **Андреев Андрей Викторович** – доктор мед. наук, заведующий отделением рентгенохирургических и ультразвуковых методов диагностики и лечения №1 ГБУЗ “Краевая клиническая больница №2” г. Краснодара, профессор кафедры хирургии №2 ФПК и ППС ГБУ ВПО “Кубанский государственный медицинский университет” МЗ РФ. **Кулаков Андрей Анатольевич** – канд. мед. наук, доцент, заведующий приемным отделением МБУЗ г. Сочи “Городская больница №3”. **Токаренко Евгений Владимирович** – врач-хирург хирургического отделения №1 ГБУЗ “Краевая клиническая больница №2” г. Краснодара.  
**Для корреспонденции:** Кулаков Андрей Анатольевич – 354053, Краснодарский край, г. Сочи, ул. Крымская, 20-7. Тел.: 8-989-756-56-96. E-mail: kulakov111@gmail.com

Статья поступила в редакцию журнала 03.02.2015.