

# АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ



# ANNALS OF SURGICAL HEPATOLOGY

© МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
“АССОЦИАЦИЯ ХИРУРГОВ-ГЕПАТОЛОГОВ”

© INTERNATIONAL PUBLIC ORGANIZATION  
“ASSOCIATION OF SURGICAL HEPATOLOGISTS”

2011. Том 16, № 4

2011. V. 16. N 4

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

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

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

**Главный редактор Гальперин Э.И.**  
**Ахаладзе Г.Г.**  
**Буриев И.М.**  
**Ветшев П.С.**  
**Ветшев С.П. (научный редактор)**  
**Вишневский В.А. (зам. гл. редактора)**  
**Готье С.В.**  
**Данилов М.В. (зам. гл. редактора)**  
**Дюжева Т.Г. (отв. секретарь)**  
**Емельянов С.И.**  
**Журавлев В.А.**  
**Кармазановский Г.Г. (зам. гл. редактора –  
распорядительный директор)**  
**Котовский А.Е.**  
**Кубышкин В.А.**  
**Манукян Г.В.**  
**Патютко Ю.И.**  
**Цвиркун В.В.**  
**Шаповальянц С.Г.**  
**Шулутко А.М.**

## EDITORIAL BOARD:

**Editor-in-Chief Galperin E.I.**  
**Akhaladze G.G.**  
**Buriev I.M.**  
**Vetshev P.S.**  
**Vetshev S.P. (scientific editor)**  
**Vishnevsky V.A. (Deputy Editor-in-Chief)**  
**Gautier S.V.**  
**Danilov M.V. (Deputy Editor-in-Chief)**  
**Dyuzheva T.G. (Secretary Editor)**  
**Emelianov S.I.**  
**Zhuravlev V.A.**  
**Karmazanovsky G.G. (Associate Editor – Chief  
Executive)**  
**Kotovskiy A.E.**  
**Kubyskhin V.A.**  
**Manukyan G.V.**  
**Patyutko Yu.I.**  
**Tsvizkoun V.V.**  
**Shapovalyanc S.G.**  
**Shulutko A.M.**

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

**Альперович Б.И.** (г. Томск, Россия), **Ахмедов С.М.**  
(г. Душанбе, Таджикистан), **Багненко С.Ф.** (г. Санкт-  
Петербург, Россия), **Баймаханов Б.Б.** (г. Алматы, Казах-  
стан), **Безезов Б.Х.** (г. Бишкек, Киргизия), **Бебуришвили**  
**А.Г.** (г. Волгоград, Россия), **Вафин А.З.** (г. Ставрополь,  
Россия), **Винник Ю.С.** (Красноярск, Россия), **Власов**  
**А.П.** (г. Саранск, Россия), **Гранов А.М.** (г. Санкт-Петер-  
бург, Россия), **Гришин И.Н.** (г. Минск, Беларусь), **Зарив-  
чатский М.Ф.** (г. Пермь, Россия), **Каримов Ш.И.** (г. Таш-  
кент, Узбекистан), **Красильников Д.М.** (г. Казань, Рос-  
сия), **Лупальцев В.И.** (г. Харьков, Украина), **Мамакеев**  
**М.М.** (г. Бишкек, Киргизия), **Назыров Ф.Г.** (г. Ташкент,  
Узбекистан), **Ничитайло М.Е.** (Киев, Украина), **Оноп-  
риев В.И.** (г. Краснодар, Россия), **Полуэктов В.Л.**  
(г. Омск, Россия), **Прудков М.И.** (г. Екатеринбург, Рос-  
сия), **Сейсембаев М.А.** (г. Алматы, Казахстан), **Совцов**  
**С.А.** (г. Челябинск, Россия), **Тимербулатов В.М.** (г. Уфа,  
Россия), **Третьяк С.И.** (г. Минск, Беларусь), **Тулин А.И.**  
(г. Рига, Латвия), **Чугунов А.Н.** (г. Казань, Россия), **Што-  
фин С.Г.** (г. Новосибирск, Россия)  
Зав. редакцией **Шоно Н.И.**

## BOARD OF CONSULTANTS:

**Alperovich B.I.** (Tomsk, Russia), **Akhmedov S.M.**  
(Dushanbe, Tadjikistan), **Bagnenko S.F.** (St. Petersburg,  
Russia), **Baymakhanov B.B.** (Almaty, Kazakhstan),  
**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),  
**Grishin I.N.** (Minsk, Belorussia), **Zarivchatski M.F.** (Perm,  
Russia), **Karimov Sh.I.** (Tashkent, Uzbekistan), **Krasil-  
nikov D.M.** (Kazan', Russia), **Lupaltcev V.I.** (Kharkov,  
Ukraine), **Mamakeev M.M.** (Bishkek, Kirgizia),  
**Nazyrov F.G.** (Tashkent, Uzbekistan), **Nichitaylo M.E.**  
(Kiev, Ukraine), **Onopriev V.I.** (Krasnodar, Russia),  
**Poluektov V.L.** (Omsk, Russia), **Prudkov M.I.** (Ekaterin-  
burg, Russia), **Seymsembayev M.A.** (Almaty, Kazakhstan),  
**Sovtsov S.A.** (Chelyabinsk, Russia), **Temirbulatov V.M.**  
(Ufa, Russia), **Tretyak S.I.** (Minsk, Belorussia), **Tulin A.I.**  
(Riga, Latvia), **Chugunov A.N.** (Kazan', Russia), **Shtofin S.G.**  
(Novosibirsk, Russia)  
Chief of office **Shono N.I.**

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

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

ISSN 1995-5464

**Адрес для корреспонденции:**  
115446, Москва, Коломенский проезд, 4,  
Клиническая больница № 7.  
Тел./факс (499) 782-34-68, проф. Гальперину Э.И.  
**ООО “Видар”** 109028, Москва, а/я 16.  
Контакты (495) 768-04-34, (495) 589-86-60,  
<http://www.vidar.ru>

**Address for Correspondence:**  
Prof. Galperin E.I.,  
Hospital #7, Kolomensky pr. 4, Moscow, 115446 Russia.  
Tel/Fax + 7 (499) 782-34-68  
**Vidar Ltd.** 109028 Moscow, p/b 16.  
Contacts + 7 (495) 768-04-34, + 7 (495) 589-86-60,  
<http://www.vidar.ru>

Подписной индекс по каталогу “Роспечати” 47434

# СОДЕРЖАНИЕ

Том 16, № 4, 2011

Требования к публикациям . . . . .	4
XIX Международный конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ . . . . .	6

Пленум правления Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ . . . . .	8
---	---

## ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ

Алексей Николаевич Лотов – редактор раздела . . . . .	10
--	----

Сберегающая хирургия при эхинококкозе печени <i>А.Н. Лотов, Н.Р. Черная, С.А. Бугаев, К.Н. Луцык В.М. Розинов, О.А. Беляева, В.И. Петлах, А.В. Чжао, О.И. Жаворонкова, С.А. Кондрашин, И.В. Горемыкин, Ю.В. Филлипов . . . . .</i>	11
---	----

Химиотерапия и проблемы рецидивного эхинококкоза печени <i>Ф.Г. Назыров, А.В. Девятов, М.М. Акбаров, У.М. Махмудов, А.Х. Бабаджанов . . . . .</i>	19
---	----

Радикальные операции при первичном и резидуальном эхинококкозе печени <i>В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов, Н.А. Назаренко . . . . .</i>	25
---	----

Эхинококкоз печени: современные тенденции в хирургической тактике <i>О.Г. Скипенко, В.Д. Паршин, Г.А. Шатверян, А.Л. Беджанян, Н.П. Ратникова, Ф.А. Ганиев, В.Д. Завойкин, И.А. Боева . . . . .</i>	34
---	----

Операции из мини-доступа в хирургическом лечении эхинококкоза печени <i>М.И. Прудков, Ш.Ш. Амонов, О.Г. Орлов . . . . .</i>	40
---	----

## ПЕЧЕНЬ

Билиарные реконструкции при резекции печени <i>В.А. Журавлев, В.М. Русинов, В.В. Булдаков . . . . .</i>	46
--	----

Эмболизация селезеночной артерии в сочетании с миниинвазивными вмешательствами в лечении диуретикорезистентного асцита у больных циррозом печени <i>Б.А. Абдурахманов, Ш.Х. Ганцев, О.К. Кулакеев . . . . .</i>	51
---	----

## ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ

Выбор метода хирургического лечения холецистохоледохолитиаза <i>Н.Ю. Коханенко, Э.Л. Латария, С.А. Данилов, А.Л. Луговой, А.Л. Иванов, Н.К. Беседина . . . . .</i>	56
--	----

Билиарный сепсис при послеоперационном желчном перитоните <i>Н.М. Даминова, К.М. Курбонов, Ф.И. Махмадов . . . . .</i>	61
--	----

Особенности диагностики остро деструктивного калькулезного холецистита <i>Е.В. Беловолова, Е.И. Возлюбленный, Р.В. Рыжик, Д.Е. Возлюбленный, Р.А. Беловолова . . . . .</i>	66
--	----

## ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Хирургическая тактика при остром билиарном панкреатите <i>П.М. Назаренко, Д.П. Назаренко, Ю.В. Канищев, О.Н. Тарасов, А.Л. Локтионов, С.А. Алехин . . . . .</i>	71
---	----

Бесконтактная ("no-touch") мобилизация опухоли при панкреато-дуоденальной резекции: технические аспекты <i>К.В. Лядов, В.Н. Егиев, В.К. Лядов, Е.А. Буланова . . . . .</i>	77
---	----

Зависимость болевого синдрома и качества жизни больных хроническим панкреатитом от патоморфологических изменений поджелудочной железы <i>А.Т. Щастный . . . . .</i>	83
---	----

## ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Гемангиомы печени: взгляд хирурга <i>Н.К. Чардаров, Ф.А. Ганиев, Н.Н. Багмет, О.Г. Скипенко . . . . .</i>	91
--	----

## КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Инсулинома поджелудочной железы <i>Н.А. Карельская, А.В. Кочатков, Г.Г. Кармазановский, А.Г. Кригер . . . . .</i>	99
--	----

Лейомиосаркома нижней полой вены, симулирующая опухоль печени <i>С.А. Пышкин, С.П. Зотов, О.С. Терешин, М.Ю. Малышев, А.Х. Сафуанов, Д.А. Боровиков, Д.М. Синюков . . . . .</i>	104
---	-----

Резекция селезенки с применением радиочастотной абляции <i>Д.А. Ионкин, Р.З. Икрамов, С.С. Андреенков, Ю.А. Степанова, О.И. Жаворонкова, А.Б. Шуракова . . . . .</i>	108
--	-----

## РАЗНОЕ

Каково должно быть специализированное обучение по гепатобилиарной хирургии и трансплантации печени? Размышления на основе опыта учебы в зарубежных клиниках <i>Р.Б. Алиханов, К.Н. Луцык . . . . .</i>	114
--	-----

## РЕФЕРАТЫ ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛОВ

Рефераты иностранных журналов <i>Г.Г. Ахаладзе, Д.Г. Ахаладзе . . . . .</i>	118
--	-----

## ХРОНИКА

Резолюция XVIII Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ <i>В.В. Цвиркун, И.М. Буриев, В.П. Глабай . . . . .</i>	122
---	-----

## ЮБИЛЕИ

Валентин Андреевич Журавлев К 80-летию со дня рождения . . . . .	126
---	-----

# CONTENTS

V. 16. N 4. 2011

Publication Requirements ..... 4

XIX International Congress  
of Surgeon-Hepatologists of SIS Countries ..... 6

IO "Association of Surgeon-Hepatologists  
of SIS Countries" Executive Board  
Plenary Session ..... 8

## LIVER ECHINOCOCCOSIS

Alekseyi Nikolaevich Lotov –  
Editor of the Issue ..... 10

Organ Sparing Surgery  
in the Liver Echinococcosis  
*A.N. Lotov, N.R. Chernaya, S.A. Bugaev,  
K.N. Lucik, V.M. Rosinov, O.A. Belyaeva,  
V.I. Petlakh, A.V. Zhao, O.I. Zhavoronkova,  
S.A. Kondrashin, I.V. Goremikin,  
Yu.V. Filipov* ..... 11

Chemotherapy and Problems  
of Recurrent Liver Echinococcosis  
*F.G. Nazyrov, A.V. Devyatov, M.M. Akbarov,  
U.M. Makhmudov, A.H. Babadjanov* ..... 19

Curative Surgery in the Primary  
and Recurrent Liver Echinococcosis  
*V.A. Vishnevski, M.G. Efanov,  
R.Z. Ikramov, N.A. Nazarenko* ..... 25

Liver Echinococcosis:  
Current Trends in Surgical Strategy  
*O.G. Skipenko, V.D. Parshin,  
G.A. Shatverjan, A.L. Bejanjan, N.P. Ratnikova,  
F.A. Ganiev, V.D. Zavoykin, I.A. Boeva* ..... 34

Minimally Access Surgery  
in the Management of the Liver Echinococcosis  
*M.I. Prudkov, Sh.Sh. Amonov, O.G. Orlov* ..... 40

## LIVER

Biliary Reconstruction in Liver Resection  
*V.A. Zhuravlev, V.M. Rusinov, V.V. Buldakov* ... 46

Splenic Artery Embolization in Combination  
with Minimally Invasive Interventions  
in Management of Diuretic-resistant Ascites  
in Liver Cirrhosis Patients  
*B.A. Abdurakhmanov, S.H. Gantsev,  
O.K. Kulakev* ..... 51

## BILE DUCTS

Choice of the Surgical Treatment Method  
in Cholecysto-choledocholithiasis  
*N.Yu. Kokhanenko, E.L. Lataria, S.A. Danilov,  
A.L. Lugovoy, A.L. Ivanov, N.K. Besedina* ..... 56

Biliary Sepsis in Postoperative Biliary Peritonitis  
*N.M. Daminova, K.M. Kurbonov,  
F.I. Makhmadov* ..... 61

Diagnostic Features of Acute  
Destructive Calculous Cholecystitis  
*E.V. Belovolova, E.I. Vozlublenny,  
R.V. Ryzhik, D.E. Vozlublenny,  
R.A. Belovolova* ..... 66

## PANCREAS

Surgical Strategy in Acute Biliary Pancreatitis  
*P.M. Nazarenko, D.P. Nazarenko,  
Yu.V. Kanishchev, O.N. Tarasov,  
A.L. Loktionov, S.A. Alekhin* ..... 71

No-Touch Mobilisation of the Tumor  
in Pancreato-duodenectomy: Technical Aspects  
*K.V. Lyadov, V.N. Egiev,  
V.K. Lyadov, E.A. Bulanova* ..... 77

Pain Syndrome and Quality  
of Life Dependence from the Pancreatic  
Pathomorphologic Alterations  
in the Chronic Pancreatitis Patients  
*A.T. Shchastnyi* ..... 83

## REVUES

Liver Hemangiomas: the Surgical View  
*N.K. Chardarov, F.A. Ganiev,  
N.N. Bagmet, O.G. Skipenko* ..... 91

## CASE REPORTS

Pancreatic Insulinoma  
*N.A. Karelskaia, A.V. Kochatkov,  
G.G. Karmazanovski, A.G. Kriger* ..... 99

Inferior Vena Cava Leiomyosarcoma  
Mimicking the Liver Tumor  
*S.A. Pishkin, S.P. Zotov, O.S. Tereshin,  
M.Yu. Malishev, A.Kh. Safuanov,  
D.A. Borovikov, D.M. Sinjukov* ..... 104

Spleen Resection Applying  
Radifrequency Ablation  
*D.A. Ionkin, R.Z. Ikramov,  
S.S. Andreenkov, Ju.A. Stepanova,  
O.I. Zhavoronkova, A.B. Shurakova* ..... 108

## VARIA

Specialized Training in Hepato-biliary Surgery  
and Transplantology: What it Would Look Like?  
Speculations after Study in Foreign Clinics  
*R.B. Alikhanov, K.N. Lutsik* ..... 114

## ABSTRACTS

Abstracts of Current Foreign Publications  
*G.G. Akhaladze, D.G. Akhaladze* ..... 118

## CHRONICLE

Resolution of the XVIII International Congress  
of Surgeon-Hepatologists of SIS Countries  
*V.V. Tsvirkun, I.M. Buriev, V.P. Glabay* ..... 122

## JUBILEES

Velentin Andreevich Zhuravlyov  
To 80<sup>th</sup> Anniversary ..... 126

**XIX Международный конгресс  
хирургов-гепатологов стран СНГ  
“Актуальные проблемы  
хирургической гепатологии”,  
посвященный 100-летию со дня рождения  
Марии Демьяновны Пациоры**

*19–21 сентября 2012 г., Иркутск*

*XIX International Congress of Surgeon-Hepatologists  
of SIS Countries “Actual Problems of Surgical Hepatology”  
Dedicated to Maria Demyanovna Patsiora’s 100 year’s Anniversary*

**Пленум Правления Ассоциации  
хирургов-гепатологов стран СНГ**

*19–20 апреля 2012 г., Ижевск*

**IO “Association of Surgeon-Hepatologists of SIS Countries”  
Executive Board Plenary Session**

*April, 19–20, 2012, Izhevsk*

## Эхинококкоз печени

**Алексей Николаевич Лотов –  
редактор раздела***Aleksei Nikolaevich Lotov – Editor of the Issue*

## Эхинококкоз печени

**Сберегающая хирургия  
при эхинококкозе печени**

*А.Н. Лотов, Н.Р. Черная, С.А. Бугаев, К.Н. Луцык, В.М. Розинов,  
О.А. Беляева, В.И. Петлах, А.В. Чжао, О.И. Жаворонкова,  
С.А. Кондрашин, И.В. Горемыкин, Ю.В. Филиппов*

*НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (директор – проф. М.Ш. Хубутия)  
Московский НИИ педиатрии и детской хирургии (директор – проф. А.Д. Царегородцев)  
ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” (директор – акад. РАМН В.А. Кубышкин)  
ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова” (ректор – член-корр. РАМН П.В. Глыбочко)  
Саратовский государственный медицинский университет (ректор – В.М. Попков)*

Проанализирован опыт минимально инвазивных операций при эхинококкозе печени нескольких ведущих клиник России. За период с 1985 по 2011 г. сберегающие методы применили при лечении 389 взрослых пациентов и 87 детей. Показания основывали на ультразвуковых признаках эхинококковых кист. Диагностика включала серологические реакции, УЗИ, МР-холангиографию. В качестве гермицидного препарата использовали 85–87% глицерин. Послеоперационную противорецидивную химиотерапию альбендазолом проводили во всех наблюдениях. У 20% пациентов были выявлены цистобилиарные свищи, ни в одном наблюдении традиционной операции не потребовалось. В 1,7% наблюдений отмечено нагноение остаточной полости, ликвидированное минимально инвазивно. В 1 (0,3%) наблюдении развился рецидив по дренажному каналу.

**Ключевые слова:** гидатидный эхинококкоз, минимально инвазивные методы, противорецидивная химиотерапия, цистобилиарный свищ.

**Organ Sparing Surgery in the Liver Echinococcosis**

*A.N. Lotov, N.R. Chernaya, S.A. Bugaev, K.N. Lucik, V.M. Rosinov,  
O.A. Belyaeva, V.I. Petlakh, A.V. Zhao, O.I. Zhavoronkova,  
S.A. Kondrashin, I.V. Goremikin, Yu.V. Filipov*

*N.V. Sklifosovski Scientific-Research Institute of Emergency (Director – Prof. M.Sh. Khubutia)  
Moscow Scientific-Research Institute of Pediatrics and Child Surgery (Director – Prof. A.D. Tsaregorodtzev)  
A.V. Vishnevski Institute of Surgery (Director – Academician of RAMSci V.A. Kubishkin)  
I.M. Sechenov The First MSMU (Rector – Corresponding member of RAMSci P.V. Glybochko)  
Saratov State Medical university (Rector – V.M. Popkov)*

An experience of several leading Russian medical clinics in minimally invasive management of the liver echinococcosis is presented. During the period from 1985 to 2011 years organ sparing modalities of the managements was applied in 389 adult and 87 children patients. Indications were based on the US signs of the hydatid cysts. Diagnosis include also serologic tests, US, MRCP. 85–87% solution of Glycerin was applied as hermicide agent. Postoperative antirecurrent therapy by means of Albendazole was carried out in all patients. In 20% patients cyst-biliary fistula were revealed but no traditional surgery was applied. In 1.7% cases a remnant cavity suppuration was noted. All was resolved by means of minimally invasive tools. In 1 (0.3%) case recurrence developed in the drainage channel.

**Key words:** hydatid echinococcosis, minimally invasive tools, antyrecurrent therapy, cysto-biliary fistula.

*А.Л. Лотов* – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения острых хирургических заболеваний печени и поджелудочной железы НИИ СП им. Н.В.Склифосовского. *Н.Р. Черная* – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения того же института. *С.А. Бугаев* – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения острых хирургических заболеваний печени и поджелудочной железы того же института. *К.Н. Луцык* – канд. мед. наук, и.о. руководителя того же отделения. *В.М. Розин* – доктор мед. наук, проф., зам. директора Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Минздравсоцразвития РФ. *В.И. Петлах* – доктор мед. наук, зав. отделением неотложной и гнойной хирургии того же института. *О.А. Беляева* – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения лучевой диагностики и интервенционной радиологии того же института. *А.В. Чжао* – доктор мед. наук, проф., зам. директора ФГБУ “Институт хирургии им. А.В.Вишневского” Минздравсоцразвития РФ. *О.И. Жаворонкова* – канд. мед. наук, старший научный сотрудник того же института. *С.А. Кондрашин* – доктор мед. наук, проф., зав. рентгенодиагностическим отделением ангиографии УКБ №1 ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М.Сеченова”. *И.В. Горемыкин* – проф. кафедры хирургии детского возраста Саратовского государственного университета. *Ю.В. Филиппов* – доцент той же кафедры.

**Для корреспонденции:** Лотов Алексей Николаевич – 129090 Москва, Б. Сухаревская пл., д. 3. Тел. (495) 680-64-56.  
E-mail: anlotov@gmail.com

## Химиотерапия и проблемы рецидивного эхинококкоза печени

Ф.Г. Назыров, А.В. Девятков, М.М. Акбаров, У.М. Махмудов, А.Х. Бабаджанов  
Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова  
(директор – проф. Ф.Г. Назыров), Ташкент, Республика Узбекистан

Проведен анализ результатов лечения альбендазолом 29 больных и профилактики у 198 больных эхинококкозом печени. При изолированном применении альбендазола с лечебной целью у 26 (79,3%) больных получены положительные результаты. Установлено, что с момента внедрения химиотерапии в комплекс послеоперационной реабилитации частота рецидивов сократилась с 8,6 до 0,6%. Частота местного рецидива эхинококкоза печени составила 26,6%. Значительная частота рецидивов эхинококкоза в удаленных от первичного очага сегментах (43,4%) и даже поражение другой доли печени (20%) ставит под сомнение роль фиброзной капсулы первичной кисты как основного фактора рецидива заболевания.

**Ключевые слова:** эхинококкоз печени, рецидивный эхинококкоз, химиотерапия, химиопрофилактика.

## Chemotherapy and Problems of Recurrent Liver Echinococcosis

F.G. Nazyrova, A.V. Devyatov, M.M. Akbarov, U.M. Makhmudov, A.H. Babadjanov  
V.Vakhidov Republican Specialized Centre of Surgery (Director – Prof. F.G. Nazyrova), Tashkent, Uzbekistan

Analysis of the results of Albendazole treatment in 29 liver echinococcosis patients and prophylaxis in 198 has been carried out. In 26 patients (79.3%) the positive results are achieved after Albendazole application as an isolated tool of management. It is established that from the moment of Albendazole chemotherapy is included into the postoperative rehabilitation scheme the rate of recurrences decreased from 8.6 to 0.6%. Local recurrences rate of liver echinococcosis came to 26.6%. High rate of the recurrent echinococcosis in the remote liver segments (43.4%) and even in contralobar position (20%) makes doubtful to the hypothesis, that remnant fibrose capsule of the cyst is the main factor of the disease recurrence.

**Key words:** liver echinococcosis, recurrent echinococcosis, chemotherapy, chemoprophylaxis.

Ф.Г. Назыров – доктор мед. наук, проф., директор Республиканского специализированного центра хирургии им. академика В. Вахидова. А.В. Девятков – доктор мед. наук, проф., главный научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны того же центра. У.М. Махмудов – канд. мед. наук, зав. отделением хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны того же центра. А.Х. Бабаджанов – канд. мед. наук, ст. научный сотрудник того же отделения.

**Для корреспонденции:** Бабаджанов Азам Хасанович – 100115 Республика Узбекистан, Ташкент, ул. Фархадская 10. Республиканский специализированный центр хирургии им. академика В. Вахидова. Тел. (8-10-99897) 277-25-22, (+99890) 175-17-03. E-mail: azam746@mail.ru

## Радикальные операции при первичном и резидуальном эхинококкозе печени

*В.А. Вишнеvский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов, Н.А. Назаренко*

*ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишнеvского" (директор – акад. РАМН В.А. Кубышкин)  
Минздравсоцразвития РФ*

Анализу подвергли результаты лечения 383 больных эхинококкозом печени за период с 1976 по 2010 г. Оперировано 359 (93,7%) больных. Пациентов с первичным эхинококкозом было 278 (75,3%), с резидуальным и рецидивным — 105 (24,7%). Предпочтение отдавали радикальным оперативным вмешательствам: перикистэктомии и резекции печени. Радикальному хирургическому лечению подвергли 129 (33,7%) больных. Субтотальную перикистэктомию и комбинированные вмешательства выполнены 176 (46,0%) пациентам. Резидуальный эхинококкоз выявлен у 105 (24,7%) больных. Большинство пациентов, подвергающихся повторным операциям по поводу эхинококкоза печени, следует относить к группе резидуального эхинококкоза печени. Радикальное хирургическое лечение первичного и резидуального эхинококкоза позволяет в большинстве наблюдений добиться хороших результатов. Необходимым и достаточным является применение радикальных операций в объеме тотальной и субтотальной перикистэктомии. При необходимости вмешательства дополняют сегментарной и субсегментарной резекцией. Перикистэктомию целесообразно применять при краевом расположении кист и отсутствии их контакта с крупными сосудисто-секреторными элементами.

**Ключевые слова:** эхинококкоз печени, резидуальный эхинококкоз, перикистэктомия, резекция печени, послеоперационные осложнения, отдаленные результаты.

## Curative Surgery in the Primary and Recurrent Liver Echinococcosis

*V.A. Vishnevski, M.G. Efanov, R.Z. Ikramov, N.A. Nazarenko*

*A.V. Vishnevski Institute of Surgery (Director – Academician of RAMSci V.A. Kubishkin)  
of Ministry of Healthcare and Social Development RF*

Results of treatment in 383 liver hydatidosis patients during the period from 1976 till 2010 year are analyzed. Surgical operations are carried out in 359 (93.7%) patients. Primary and residual hydatidosis was established in 278 (75.3%) and 105 (24.7%) patients respectively. Curative procedures (pericystectomy and liver resection) were considered as surgery of choice. Complete removal of hydatid cysts were performed in 129 (33.7%) patients. Subtotal pericystectomy and combined surgery were provided in 176 (46.0%) patients. Residual liver hydatidosis was revealed in 105 (24.7%) patients. Curative surgery for primary and residual hydatid cysts generally led to satisfactory results. Echinococcectomy with total and subtotal pericystectomy are sufficient for safe removal of parasitic tissue. Pericystectomy could be extended to atypical segmental and subsegmental liver resections if it is necessary. Total pericystectomy is justified in edge-located hydatid cyst patients without any contact with large vascular structures.

**Key words:** liver echinococcosis, residual echinococosis, pericystectomy, liver resection, postoperative complications, long-term outcomes.

*В.А. Вишнеvский* — доктор мед. наук, проф., руководитель отделения хирургии печени и поджелудочной железы ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишнеvского". *М.Г. Ефанов* — доктор мед. наук, старший научный сотрудник того же отделения. *Р.З. Икрамов* — доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник того же отделения. *Н.А. Назаренко* — доктор мед. наук, старший научный сотрудник того же отделения.

**Для корреспонденции:** Ефанов Михаил Германович — тел. (495) 236-53-42. E-mail: efanov@ixv.comcor.ru

## Эхинококкоз печени: современные тенденции в хирургической тактике

*О.Г. Скипенко, В.Д. Паршин, Г.А. Шатверян, А.Л. Беджанян,*

*Н.П. Ратникова, Ф.А. Ганиев, В.Д. Завойкин, И.А. Боева*

*Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского (директор – проф. С.Л. Дземешкевич) РАМН*

*Кафедра паразитологии, паразитарных и тропических болезней (зав. – проф. В.Д. Завойкин)*

*ФГБУ “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова” (ректор – член-корр. РАМН П.В. Глыбочко)*

*Минздравсоцразвития РФ*

Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 95 пациентов с эхинококкозом. Первичных больных было 56 (58,9%). Положительная серологическая реакция отмечена у 75 (78,9%) обследованных пациентов. Изолированное поражение печени наблюдали у 68 (71,6%) пациентов, сочетанное (поражение легких, брюшной полости и забрюшинной клетчатки, селезенки, поджелудочной железы, большого сальника, ягодичной мышцы) – у 27 (28,4%). В 58 (61,1%) наблюдениях выполнили эхинококкэктомия и иссечение фиброзной капсулы, в 12 (12,6%) – перикистэктомию, в 26 (27,4%) – резекцию печени. Нагноение полости кисты у 14 (14,7%) больных ликвидировано санацией полости, иссечением фиброзной капсулы и наружным дренированием (n = 7), перикистэктомией (n = 5) и удалением кисты с резекцией печени (n = 2). Сочетанные хирургические вмешательства выполнены 34 пациентам. Осложнения развились у 24 (25,3%) больных. Летальных исходов не было. Современное лечение эхинококкоза должно быть комбинированным и включать хирургическое вмешательство с последующей адъювантной химиотерапией (альбендазол, мебендазол). Учитывая сложности ранней диагностики, особенности хирургического вмешательства и дальнейшего мониторинга, лечение эхинококкоза должно носить мультидисциплинарный характер и проводиться в специализированных учреждениях.

**Ключевые слова:** эхинококкоз, эхинококкэктомия, перикистэктомия, резекция печени, химиотерапия.

## Liver Echinococcosis: Current Trends in Surgical Strategy

*O.G. Skipenko, V.D. Parshin, G.A. Shatverjan, A.L. Bejanjan,*

*N.P. Ratnikova, F.A. Ganiev, V.D. Zavoykin, I.A. Boeva*

*B.V. Petrovski Russian Scientific Centre of Surgery (Director – Prof. S.L. Dzemishkevich) RAMSci*

*Chair of parasitology, parasitic and tropical diseases (Chief – Prof. D. Zavoykin)*

*I.M. Sechenov First MSMU (Rector – Correspondent member of RAMSci P.V. Glybochko) of Healthcare and Social Development Ministry of RF*

A retrospective analysis of the results of preoperative examination and treatment of 95 echinococcosis patients, operated on in RSCS since 2004 to August 2011 is carried out. Primary patients consisted 56 (58.9%). A positive serological response was noted in 75 (78.9%) patients. Isolated liver lesion was observed in 68 (71.6%) patients and a combined (pulmonary, abdominal cavity and retroperitoneal space, spleen, pancreas, omentum, gluteal muscle) – in 27 (28.4%). Echinococcectomy accompanied with the fibrous capsule excision was carried out in 58 (61.1%) patients; pericystectomy in – 12 (12.6%) and liver resection in – 26 (27.4). Infection and suppuration of cyst cavity in 14 (14.7%) patients was eliminated by cavity readjustment, fibrous capsule excision and external drainage (n = 7), pericystectomy (n = 5) and liver resection (n = 2). Concomitant surgical procedures were performed in 34 patients. Postoperative morbidity occurred in 25,3% (n = 24) patients. No deaths were noted. The modern management of echinococcosis is combined and includes surgery followed by adjuvant chemotherapy (albendazole, mebendazole). Considering the difficulties in early diagnosis, especially surgery, and further monitoring – treatment of the disease should be multidisciplinary and conducted in specialized departments.

**Key words:** echinococcosis, echinococcectomy, pericystectomy, liver resection, chemotherapy.

*О.Г. Скипенко* – доктор мед. наук, проф., руководитель отделения хирургии печени, поджелудочной железы и желчных путей РНЦХ им. академика Б.В. Петровского. *В.Д. Паршин* – доктор мед. наук, проф., руководитель отделения торакальной хирургии того же центра. *Г.А. Шатверян* – доктор мед. наук, главный научный сотрудник отделения хирургии печени, поджелудочной железы и желчных путей того же центра. *А.Л. Беджанян* – канд. мед. наук, старший научный сотрудник того же отделения. *Н.П. Ратникова* – канд. мед. наук, старший научный сотрудник того же отделения. *Ф.А. Ганиев* – аспирант того же отделения. *В.Д. Завойкин* – доктор мед. наук, зав. кафедрой паразитологии, паразитарных и тропических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. *И.А. Боева* – студентка 4-го курса Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

**Для корреспонденции:** Беджанян Аркадий Лаврентьевич – 119991 Москва, Абрикосовский пер. 2. Тел. +7-916-697-39-39. E-mail: arkady.bedzhanyan@gmail.com

## Операции из мини-доступа в хирургическом лечении эхинококкоза печени

*М.И. Прудков, Ш.Ш. Амонов, О.Г. Орлов*

*Кафедра хирургических болезней ФПК и ПП (зав. – проф. М.И. Прудков) Уральской государственной медицинской академии*

*Хирургическое отделение №2 Свердловской областной клинической больницы №1, Екатеринбург*

*Эндохирургическое отделение Республиканского научного центра сердечно-сосудистой*

*и грудной хирургии (директор – канд. мед. наук Х.Б. Рахимов), Душанбе, Республика Таджикистан*

Анализу подвергнут совокупный опыт лечения 36 больных гидатидным эхинококкозом печени, накопленный лечебными учреждениями двух стран – Российской Федерации и Республики Таджикистан. У 28 (77%) пациентов диагностирован эхинококкоз правой доли печени, у 8 (23%) – левой. У всех пациентов паразитарные кисты были одиночными. У 7 (21%) больных диагностирован осложненный эхинококкоз – внутренние желчные свищи (n = 4) и нагноение кисты (n = 3). Все пациенты были оперированы из мини-доступа (5–6 см) с использованием комплекта инструментов “Мини-Ассистент” для операций на желчных путях. Эхинококкэктомия из минилапаротомного доступа включала интраоперационную обработку фиброзной капсулы 33% раствором перекиси водорода, адсорбированным на марлевых салфетках. В 9 наблюдениях при кистах VI–VIII сегментов эхинококкэктомия выполняли из мини-торакофренотомии. В 27 наблюдениях при кистах I, III, IVb, V, VI сегментов операцию выполняли из минилапаротомного доступа. Все больные выздоровели. В 4 наблюдениях отмечены осложнения: плеврит (n = 2), желчеистечение из полости кисты, нагноение раны. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности органосохраняющих операций из мини-доступа при гидатидном эхинококкозе печени.

**Ключевые слова:** гидатидный эхинококкоз печени, мини-доступ, мини-лапаротомия, мини-торакотомия, эхинококкэктомия.

## Minimally Access Surgery in the Management of the Liver Echinococcosis

*M.I. Prudkov, Sh.Sh. Amonov, O.G. Orlov*

*Chair of Surgical Diseases (Chief – Prof. M.I. Prudkov) of Postgraduate Education Faculty of the Ural State Medical Academy*

*Surgical department №2 of Sverdlovsk regional clinical hospital N1, Ekaterinsburg*

*Endoscopic department of the republican scientific center of cardio-vascular and thoracic surgery*

*(Director – kand. med. Sci Kh.B. Rakhimov), Dushanbe, Republic Tajikistan*

An analysis of joint experience of 36 liver hydatidosis patients in medical departments of two countries is carried out. 28 (77%) of them had echinococcal cysts of the liver right lobe and 8 (23%) – left. Cysts were solitaire in all cases. 7 (21%) patients was diagnosed complicated echinococcosis: internal biliary fistula (n = 4), suppurated cyst (n = 3). All patients were operated on through the minimal (5–6 cm) access applying instrumental set “Mini-Assistant” for biliary surgery. Echinococcectomy through the minimal access include perioperative processing of the fibrous capsule by means of 33% peroxide solution adsorbed on gauze sponges. In 9 cases of the VI–VIII segment lesions minithoracofrenolaparotomy was carried out. In 27 cases of I, III, IVb, V, VI segment echinococcosis surgery was provided through the minilaparotomy access. All patients recovered. Morbidity was noted in 4 cases: plevritis (n = 2), bile leakage from the cyst remnant cavity, wound suppuration. Achieved results confirm worthwhileness of the organ sparing surgery from the minimal access in the liver echinococcosis.

**Key words:** liver hydatidosis, minimal access, minilaparotomy, minithiracotomy, echinococcectomy.

*М.И. Прудков* – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней ФПК и ПП Уральской государственной медицинской академии, заслуженный врач РФ, главный хирург Уральского федерального округа. *Ш.Ш. Амонов* – канд. мед. наук, врач-хирург отделения эндоскопической хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой и грудной хирургии, Душанбе, Республика Таджикистан. *О.Г. Орлов* – врач-хирург 2 хирургического отделения №2 Свердловской областной клинической больницы № 1, Екатеринбург.

**Для корреспонденции:** Прудков Михаил Иосифович – 620102 Екатеринбург, ул. Волгоградская, д. 185, Свердловская областная клиническая больница №1. E-mail: prudkov@okb1.ru

## Билиарная реконструкция при резекции печени

*В.А. Журавлев, В.М. Русинов, В.В. Булдаков*

*ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России*

*(ректор – проф. И.В. Шешунов)*

*Кировская областная клиническая больница (главный врач – В.И. Троегубов)*

В работе представлен анализ 31 обширной резекции печени, комбинированной с резекцией внепеченочных желчных протоков и восстановлением оттока желчи за последние 10 лет. Показаниями к операции считали опухоль Клацкина (45,2%), альвеококкоз печени (38,7%) и рубцовые стриктуры внутрипеченочных желчных протоков (16,1%). Объем резекции печени соответствовал гемигепатэктомии у 18 (58,1%) больных, расширенной гемигепатэктомии – у 13 (41,9%). Одномоментное восстановление оттока желчи от внутрипеченочных протоков осуществлено у 96,7% пациентов. В 64,5% наблюдений билиодигестивные анастомозы создавали с двумя и более протоками. Анастомозы раздельными соустьями применены у 55,0% пациентов. Ведущими принципами билиарной реконструкции были сохранение кровоснабжения желчного протока, прецизионный шов анастомоза, отказ от чреспеченочного каркасного дренирования. Бескаркасный холангиоеюноанастомоз применен в 83,3% наблюдений при частоте послеоперационных билиарных осложнений 30%. Летальность составила 6,4%. Выявлены статистически значимые факторы риска билиарных осложнений: артериальная ишемия культи печени, абсцессы печени и возраст пациента. Частота развития рубцовых стриктур в отдаленном периоде после внутрипеченочных реконструкций составила 12,5%.

**Ключевые слова:** гемигепатэктомия, внутрипеченочные желчные протоки, гепатикоеюноанастомоз, чреспеченочное дренирование.

## Biliary Reconstruction in Liver Resection

*V.A. Zhuravlev, V.M. Rusinov, V.V. Buldakov*

*Kirov State Medical Academy of Healthcare and Social Development Ministry of Russia*

*(Rector – Prof. I.V. Sheshunov)*

*Kirov Region Clinical Hospital (Head – V.I. Troegubov)*

The study presents an analysis of 31 major liver resections accompanied with the extrahepatic bile duct resections and biliary reconstruction during the last 10 years. The indications for this operation were: Klatskin tumor (45.2%), liver alveococcosis (38.7%) and intrahepatic bile ducts strictures (16.1%). The volume of liver resection corresponded to: hemihepatectomy in 18 (58.1%) patients and extended hemihepatectomy – in 13 (41.9%). Simultaneous reconstruction of the intrahepatic ducts is applied in 96.7% of patients. In 64.5% cases, bilio-digestive anastomoses was tailored with two or more ducts. Separate anastomoses was applied in 55.0% of patients. The guiding principle for biliary reconstruction was the bile duct blood supply preservation, a precise tailoring of the anastomosis, frame transhepatic stenting refusal. Hepatojejunostomies without any is applied in 83.3% of cases accompanied with 30.0% postoperative biliary complications. Mortality rate came to 6.4%. There were statistically significant risk factors for biliary complications – arterial ischemia of the liver stump, liver abscesses and the patient's age. The incidence of long-term strictures after intrahepatic reconstructions came to 12.5%.

**Key words:** hemihepatectomy, intrahepatic bile ducts, hepatojejunostomy, transhepatic stenting.

*В.А. Журавлев* – член-корр. РАМН, доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии Кировской государственной медицинской академии, заслуженный деятель науки РФ. *В.М. Русинов* – канд. мед. наук, доцент той же кафедры. *В.В. Булдаков* – врач-хирург хирургического отделения №1 Кировской областной клинической больницы.

**Для корреспонденции:** Русинов Владимир Михайлович – тел. (8332) 67-66-65(раб.), 47-25-85, (+7-912) 827-25-85 (моб.). E-mail: kirovliver@mail.ru

## **Эмболизация селезеночной артерии в сочетании с миниинвазивными вмешательствами в лечении диуретикорезистентного асцита у больных циррозом печени**

*Б.А. Абдурахманов, Ш.Х. Ганцев, О.К. Кулакеев*

*Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави (директор – проф. Р.С. Байтурганов), Шымкент, Республика Казахстан*

*ГБОУ ВПО “Башкирский государственный медицинский университет”, Уфа*

По поводу диуретикорезистентного асцита оперировано 30 пациентов с циррозом печени. В 16 наблюдениях выполнена имплантация перитонеальной порт-системы Celsite® с превентивной редукцией кровотока в селезеночном бассейне путем эмболизации селезеночной артерии, в 14 – имплантация перитонеальной порт-системы Celsite® в изолированном варианте. Проведение эмболизации селезеночной артерии позволило достичь снижения портального давления с регрессом асцита, коррекции спленомегалии и цитопении. Использование перитонеальных портов позволяет осуществить аутореинфузию асцитической жидкости дробно, дозированно, что в конечном итоге исключает развитие серьезных осложнений в виде геморрагического синдрома. Наиболее устойчивый положительный результат получен при комбинированном применении перитонеальной порт-системы с превентивной эмболизацией селезеночной артерии.

**Ключевые слова:** цирроз печени, портальная гипертензия, диуретикорезистентный асцит, эмболизация селезеночной артерии, перитонеальная порт-система.

## **Splenic Artery Embolization in Combination with Minimally Invasive Interventions in Management of Diureticresistant Ascites in Liver Cirrhosis Patients**

*B.A. Abdurakhmanov, S.H. Gantsev, O.K. Kulakeev*

*Kh.A. Yasavi International Kazakh-Turkish university (Director – Prof. R.S. Bayturganov), Shimkent, Kazakhstan*  
*Bashkir State medical university, Ufa*

30 liver cirrhosis patients are operated on for diureticresistant ascites. In 16 cases implantation of peritoneal port-system Celsite® is provided with blood flow preventive reduction by means of the splenic artery embolisation, in 14 – a port-system Celsite® implantation peritoneal as isolated variant. Splenic artery embolisation enabled portal pressure reduction followed by ascites, splenomegalia and cytophenia regression. Application of peritoneal ports allows to realize partial and gradual autoascitereinfusion, that at the end excludes occurrence of serious complications as hemorrhage. The most firm positive results are received in cases of multifunctional application of the peritoneal port-system with preventive splenic artery embolisation.

**Key words:** liver cirrhosis, portal hypertension, diureticresistant ascites, splenic artery embolization, peritoneal port-system.

*Б.А. Абдурахманов* – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней №2 с курсом онкологии, маммологии Международного казахско-турецкого университета им. Х.А. Ясави. *Ш.Х. Ганцев* – доктор мед. наук, проф., член-корр. АН Республики Башкортостан, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии Республики Башкортостан, зав. кафедрой хирургии и онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии Института последипломного образования Башкирского государственного медицинского университета. *О.К. Кулакеев* – доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой хирургических болезней №2 с курсом онкологии, маммологии Международного казахско-турецкого университета им. Х.А. Ясави.

**Для корреспонденции:** Абдурахманович Бабур Анварович – 160021 Республика Казахстан, г. Шымкент, ул. А. Байтурсынова, б/н; Областной онкологический диспансер. Тел. (8 7252) 22-19-54, 22-19-57 \*118 (раб.). Факс 22-19-55; (8-701) 380-66-86 (моб.). E-mail: babur\_ad@mail.ru

## Выбор метода хирургического лечения холецистохоледохолитиаза

*Н.Ю. Коханенко, Э.Л. Латария, С.А. Данилов,  
А.Л. Луговой, А.Л. Иванов, Н.К. Беседина*

*Кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова (зав. — проф. Н.Ю. Коханенко)  
Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии  
Городская Покровская больница, Санкт-Петербург (главный врач — М.Н. Бахолдина)*

Сравнению подвергли различные методы лечения холецистохоледохолитиаза: эндоскопическую папиллосфинктеротомию с последующей лапароскопической холецистэктомией (1-я группа, n = 126), минилапаротомный доступ (2-я группа, n = 25), одноэтапное лапароскопическое вмешательство (3-я группа, n = 52), лапаротомию (4-я группа, n = 70). По степени травматичности в порядке ее увеличения следовали 1-я, 3-я, 2-я, 4-я группы. Сравнивали длительность операции, продолжительность послеоперационного периода, активизацию больных, потребность в наркотических анальгетиках. Общее число соматических и хирургических осложнений было больше в 4-й группе (соответственно, 7,1 и 21,4%). Частота конверсий была обусловлена лечебными возможностями каждого из методов. В 1-й группе конверсия выполнена у 7 (5,5%) больных при продленной стриктуре или деформации терминального отдела общего желчного протока, перипапиллярном дивертикуле, крупных конкрементах. Причинами конверсии у 2 (8%) больных 2-й группы были вклиненные конкременты в терминальном отделе общего желчного протока и ожирение III степени. Синдром Мириizzi 1-го и 2-го типов (n = 2), пузырно-двенадцатиперстный (n = 1) или пузырно-толстокишечный свищ (n = 1), стриктура терминального отдела общего желчного протока (n = 4) не стали причиной конверсии минилапаротомного доступа. Конверсия в 3-й группе выполнена у 11 (20,4%) больных в связи со сморщенным желчным пузырем и выраженным рубцово-спаечным процессом в брюшной полости, синдромом Мириizzi, продленной стриктурой терминального отдела общего желчного протока, пузырно-двенадцатиперстным свищем и вклиненными конкрементами.

**Ключевые слова:** холецистолитиаз, холедохолитиаз, желчнокаменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия, минилапаротомный доступ.

### Choice of the Surgical Treatment Method in Cholecysto-choledocholithiasis

*N. Yu. Kokhanenko, E. L. Lataria, S. A. Danilov, A. L. Lugovoy, A. L. Ivanov, N. K. Besedina*  
*Prof. A. A. Rusanov Chair of Faculty Surgery (Chief — Prof. N. Yu. Kokhanenko)*  
*of Sanct-Petersburg State Pediatric Medical Academy*  
*Pocrovsky Municipal Hospital (Head — M. N. Bakholdina), Sanct-Petersburg*

Comparison of existing methods of treatment of cholecystocholedocholithiasis: ERCP and the subsequent laparoscopic cholecystectomy (1 group, 126 patients), minilaparotomy (2 group, 25 patients), laparoscopic common bile duct exploration (3 group, 52 patients), laparotomy (4 group, 70 patients) is carried out. Depending on severity of the surgical injury as it increased 1, 3, 2, 4 groups are followed (comparison is provided considering following criteria: duration of operation, duration of the postoperative period, activation of patients, requirement for narcotic analgetics, decrease in hemoglobin and the general protein after the operation). Total number of somatic and surgical complications was more in group 4 where was laparotomy applied (7.1 % and 21.4 % correspondingly). Frequency of conversion has been caused by medical possibilities of each of methods: 1 group — 5.5 % and was caused by tubular stenosis or large stones of the distal common bile duct or peripapillary diverticula. In 2 group conversion (8 %) was caused by impacted stones and grade 3 obesity. 1–2 types of Mirizzi syndrome (n = 2), cholecysto-duodenal (n = 1) and cholecysto-colic (n = 1) fistula or papillary strictures (n = 4) did not serve as an indication of conversion in minilaparotomy procedures. Reasons of 11 (20.4%) conversions in the 3 group were: contracted gallbladder and the expressed abdominal adhesive-scarr-inflammatory process, Mirizzi syndrome, terminal common bile duct (tubular stricture, cholecysto-duodenal fistula and impacted stones).

**Key words:** cholecystolithiasis, choledocholithiasis, laparoscopic cholecystectomy, minilaparotomy access.

*Н.Ю. Коханенко* — доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой факультетской хирургии СПбГМА. *Э.Л. Латария* — канд. мед. наук, доцент той же кафедры. *С.А. Данилов* — аспирант. *А.Л. Луговой* — канд. мед. наук, доцент той же кафедры. *А.Л. Луговой* — канд. мед. наук, доцент той же кафедры. *Н.К. Беседина* — врач-эндоскопист Городской Покровской больницы.

**Для корреспонденции:** Данилов Сергей Александрович — 192177 Санкт-Петербург, ул. Караваяевская д.20, кв.14.  
Тел. (8-911) 250-89-76. E-mail: dancer\_dca@inbox.ru

## Билиарный сепсис при послеоперационном желчном перитоните

*Н.М. Даминова, К.М. Курбонов, Ф.И. Махмадов*

*Кафедра хирургических болезней №1 (зав. – академик АМН РТ К.М. Курбонов) Таджикского Государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Республика Таджикистан*

В работе обобщен опыт лечения 37 пациентов с послеоперационным распространенным желчным перитонитом, осложненным билиарным сепсисом. Установлено, что в патогенезе заболевания ведущее место принадлежит дооперационной скрытой печеночной и билиарной недостаточности, а также портальной эндотоксемии вследствие транслокации бактерий из тонкой кишки и брюшины. В основе лечения билиарного сепсиса при послеоперационном распространенном желчном перитоните лежат декомпрессия желчевыводящей системы с помощью наружного дренирования, интубация тонкой кишки с адекватной санацией и дренированием брюшной полости, назначение антибиотиков и иммуномодуляторов.

**Ключевые слова:** желчный перитонит, билиарный сепсис, билиарная декомпрессия, эндотоксемия.

## *Biliary Sepsis in Postoperative Biliary Peritonitis*

*N.M. Daminova, K.M. Kurbonov, F.I. Makhmadov*

*Chair №1 of Surgical Diseases (Chief – Academician of MNSci K.M. Kurbonov) Abuali ibn Sino TSMU, Tajikistan*

The paper summarizes the experience of diagnosis and treatment of 37 postoperative diffuse biliary peritonitis patients complicated with biliary sepsis. Authors found, that in the pathogenesis of the disease a leading role played preoperative latent hepatic and biliary insufficiency, as well as portal endotoxemia due to bacterial translocation from the intestine and the peritoneal cavity. The treatment of biliary sepsis in postoperative diffuse biliary peritonitis is based on the biliary system decompression by means of external drainage, intestinal intubation accompanied with adequate sanitation and drainage of the abdominal cavity by means of antibiotics and immunomodulators.

**Key words:** postoperative diffuse, biliary peritonitis, biliary sepsis, endotoxemia.

*Н.М. Даминова* – канд. мед. наук, ассистент кафедры общей хирургии №1, Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино. *К.М. Курбонов* – доктор мед. наук, профессор, академик АМН РТ, зав. кафедрой хирургических болезней №1 того же университета. *Ф.И. Махмадов* – доктор мед. наук, ассистент кафедры хирургических болезней №1 того же университета.

**Для корреспонденции:** Даминова Нигина Мадаминовна – 734019 Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. К. Цеткин, д. 42, кв. 48. Тел. (+992) 226-48-81 (раб.), (+992) 918-75-44-90 (моб.). E-mail: fmahmadov@mail.ru

## Особенности диагностики острого деструктивного калькулезного холецистита

*Е.В. Беловолова, Е.И. Возлюбленный, Р.В. Рыжик,  
Д.Е. Возлюбленный, Р.А. Беловолова*

*МЛПУЗ “Городская больница №20” (главный врач – Ю.И. Дронов), Ростов-на-Дону  
Ростовский государственный медицинский университет (ректор – проф. А.А. Сависко)  
МЛПУЗ “Городская больница №7” (главный врач – А.Б. Ширанов)*

Обследовано 110 пациентов, оперированных по поводу острого калькулезного холецистита. Проведено комплексное УЗИ, лабораторное обследование пациентов, а также гистологическое и микробиологическое изучение послеоперационного материала. Установлено, что ведущим фактором в формировании острого деструктивного холецистита является состояние стенок желчного пузыря. Характерными изменениями периферической крови для деструктивных форм холецистита являются лимфо- и эозинопения. Отмечено, что характер и выраженность изменений ультразвуковой картины при различных вариантах острого холецистита и частота деструктивных форм сопряжены с наличием и видом микробной контаминации желчного пузыря.

**Ключевые слова:** острый холецистит, желчнокаменная болезнь, деструктивный холецистит.

## Diagnostic Features of Acute Destructive Calculous Cholecystitis

*E.V. Belovolova, E.I. Vozlublenny, R.V. Ryzhik, D.E. Vozlublenny, R.A. Belovolova*

*Municipal hospital №20 (Head – Yu.I. Dronov), Rostov-on-Don  
Rostov State Medical University (Rector – Prof. A.A. Savisko)  
Municipal hospital №3 (Head – A.B. Shiranov), Rostov-on-Don*

110 patients operated on for acute calculous cholecystitis were examined. An ultrasound and comprehensive laboratory examination of patients, as well as histological and microbiological examination of postoperative material was carried out. It has been revealed that condition of the gallbladder wall plays the leading role in development of acute destructive cholecystitis. Typical alterations of peripheral blood analyzes for destructive forms of cholecystitis are the lymph- and eosinopenia. It was established that the nature and intensity of changes in the ultrasound picture in different variants of acute cholecystitis is associated with the evidence and type of the gallbladder microbial contamination.

**Key words:** acute cholecystitis, cholelithiasis, destructive cholecystitis.

*Е.В. Беловолова* – канд. мед. наук, врач ультразвуковой диагностики высшей категории, зав. отделением функциональной диагностики МЛПУЗ “Городская больница №7” г. Ростова-на-Дону. *Е.И. Возлюбленный* – зав. хирургическим отделением для взрослых МБУЗ “Городская больница №20” г. Ростова-на-Дону, заслуженный врач РФ. *Р.В. Рыжик* – врач ультразвуковой диагностики отделения лучевой диагностики и интраскопии той же больницы. *Д.Е. Возлюбленный* – канд. мед. наук, хирург первой категории хирургического отделения для взрослых той же больницы; ассистент кафедры хирургических болезней №2 РостГМУ. *Р.А. Беловолова* – доктор мед. наук, ст. научный сотрудник, ст. научный сотрудник НИИ клинической иммунологии РостГМУ; врач аллерголог-иммунолог МБУЗ “Городская больница №20” г. Ростова-на-Дону.

**Для корреспонденции:** Беловолова Екатерина Викторовна – 344091 г. Ростов-на-Дону, пр. Коммунистический, д. 27, кв.131. Тел. (8-960) 452-06-24, (863) 224-43-49 (д). E.mail: fike1@mail.ru

## Хирургическая тактика при остром билиарном панкреатите

*П.М. Назаренко, Д.П. Назаренко, Ю.В. Канищев,*

*О.Н. Тарасов, А.Л. Локтионов, С.А. Алехин*

*ГБОУ ВПО “Курский государственный медицинский университет” (ректор – проф. В.А. Лазаренко)*

*Минздравсоцразвития РФ*

Проанализированы результаты лечения 100 больных острым билиарным панкреатитом. Доказана целесообразность активной хирургической тактики при остром панкреатите билиарной этиологии. Операцией выбора является радикальное устранение заболевания внепеченочных желчных путей, ликвидация внутрипротоковой гипертензии, основной причины острого билиарного панкреатита с использованием миниинвазивных хирургических технологий. Предложены “Способ антеградной папиллосфинктеротомии” и “Устройство для антеградной папиллотомии”, позволяющие разрешить холедохолитиаз, стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки и их сочетания, когда эндоскопическая папиллосфинктеротомия опасна или невыполнима. Разработан лечебно-диагностический алгоритм, оптимизирующий лечебную тактику при остром билиарном панкреатите.

**Ключевые слова:** острый билиарный панкреатит, большой сосочек двенадцатиперстной кишки, антеградная папиллосфинктеротомия, внепеченочные желчные пути.

## *Surgical Strategy in Acute Biliary Pancreatitis*

*P.M. Nazarenko, D.P. Nazarenko, Yu.V. Kanishchev,*

*O.N. Tarasov, A.L. Loktionov, S.A. Alekhin*

*Kursk State medical university (Rector – Prof. V.A. Lazarenko) of Ministry of Healthcare and Social*

*Development RF*

Results 100 sick acute biliary pancreatitis patients surgical treatment are analyzed. Worthwhileness of the active surgical strategy in an acute biliary pancreatitis patients is proved. As a surgical procedure of choice is considered radical elimination of extrahepatic bile ducts diseases, resolving biliary hypertension, a principal cause acute biliary pancreatitis, using minimally invasive surgical technologies. A modality of antegrade papillosphinkterotomy” and “the Device for antegrade papillosphinkterotomy” resolving a choledocholithiasis, a papillary stenosis and their combination are offered for cases when endoscopic papillosphinkterotomy is dangerous or unfeasible. A medical-diagnostic algorithm optimizing medical strategy in acute biliary pancreatitis is offered.

**Key words:** acute biliary pancreatitis, papilla Vateri, antegrade papillosphinkterotomy, extrahepatic bile ducts.

*П.М. Назаренко* – доктор мед. наук., проф., заслуженный врач РФ, зав. кафедрой хирургических болезней №2 ГБОУ ВПО “Курский государственный медицинский университет” Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. *Д.П. Назаренко* – доктор мед. наук, проф. той же кафедры. *Ю.В. Канищев* – доктор мед. наук, проф. той же кафедры. *О.Н. Тарасов* – канд. мед. наук, доцент той же кафедры. *А.Л. Локтионов* – канд. мед. наук, докторант той же кафедры. *С.А. Алехин* – канд. мед. наук, докторант той же кафедры.

**Для корреспонденции:** Локтионов Алексей Леонидович – 305038 Курск, ул. Косухина, д. 16 кв. 93.

Тел. (+7-903) 872-20-02. E-mail: ala-loc@yandex.ru

## Бесконтактная ("No-Touch") мобилизация опухоли при панкреатодуоденальной резекции: технические аспекты

К.В. Лядов, В.Н. Егиев, В.К. Лядов, Е.А. Буланова  
ФБГУ "Лечебно-реабилитационный центр" Минздравсоцразвития РФ  
(директор – член-корр. РАМН К.В. Лядов), Москва

Разработана модификация бесконтактной мобилизации периапулярного комплекса при панкреатодуоденальной резекции, направленная на предотвращение интраоперационной диссеминации опухолевых клеток. Принципиальными моментами авторы считают отказ от использования приема Кохера, раннее пересечение общего желчного протока и поджелудочной железы с последующим отделением панкреатодуоденального комплекса от воротной и верхней брыжеечной вен и лигированием нижней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии, удаление препарата вместе с покрывающим его заднюю поверхность листком фасции Тольдта. Разработанным способом оперировано 8 больных раком головки поджелудочной железы II стадии. В 2 наблюдениях выполнена циркулярная резекция верхней брыжеечной вены с прямым мезентерикопортальным анастомозом. Погиб 1 пациент от несостоятельности панкреатоеюноанастомоза и перитонита. В 2 наблюдениях отмечены послеоперационные осложнения, у 5 больных послеоперационный период протекал гладко. Средний объем кровопотери составил 550 мл, средняя продолжительность пребывания в стационаре после операции – 11,5 суток. Метод является безопасной альтернативой традиционной панкреатодуоденальной резекции, требующей изучения отдаленных результатов ее применения.

**Ключевые слова:** рак головки поджелудочной железы, панкреатодуоденальная резекция, панкреатодуоденальный комплекс.

## No-Touch Mobilisation of the Tumor in Pancreato-duodenectomy: Technical Aspects

K.V. Lyadov, V.N. Egiev, V.K. Lyadov, E.A. Bulanova  
The Medical Rehabilitation Center (Head – Corresponding member of RAMSci K.V.Lyadov)  
of the Ministry of Healthcare and Social Development, Moscow

No-touch technique of pancreatoduodenectomy is suggested to prevent intra-operative tumor dissemination. The principle moment of the modality consists in refusal to apply the pancreatic head mobilization by Kocher, early transection of the common hepatic duct and pancreatic body, as well as ligation of inferior pancreatico-duodenal artery and its dissection of portal and superior mesenteric veins and excision of the pancreato-duodenal complex with adjacent Toldt's fascia. The method was applied since Nov. 2010 in 8 patients with stage II pancreatic head adenocarcinoma. In two cases circular resection of the portal/ superior mesenteric vein with primary anastomosis was employed due to tumor invasion. One patient died because of a severe pancreatic leak. Morbidity is noted in 2 cases. In 5 cases post-operative course was uneventful. Mean blood-loss volume came to 550 ml, mean post-operative hospital stay – to 11.5 days. Authors consider no-touch pancreato-duodenectomy as safe, feasible and worth of further study modality.

**Key words:** pancreatic head cancer, pancreatoduodenectomy, pancreatoduodenal complex.

К.В. Лядов – доктор мед. наук, проф., член-корр. РАМН, директор ФГУ "Лечебно-реабилитационный центр" Минздравсоцразвития России. В.Н. Егиев – доктор мед. наук, проф., зам. главного врача того же центра по хирургии. В.К. Лядов – канд. мед. наук, врач-хирург отделения хирургии того же центра.

Для корреспонденции: Лядов Владимир Константинович – 125367 Москва, Ивановское ш., д. 3, клиника хирургии и онкологии ФГУ "Лечебно-реабилитационный центр". Тел.: (+7 499) 190-31-61.

## **Зависимость болевого синдрома и качества жизни больных хроническим панкреатитом от патоморфологических изменений поджелудочной железы**

*А.Т. Щастный*

*УО “Витебский государственный медицинский университет”, Республика Беларусь*

*Витебский областной научно-практический центр “Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы” (руководитель – доцент А.Т. Щастный), Республика Беларусь*

Проведен анализ патоморфологических изменений поджелудочной железы у больных хроническим панкреатитом и их взаимосвязь с уровнем болевого синдрома и качеством жизни до оперативного лечения. Полученные результаты подтверждают чрезвычайно низкий уровень качества жизни пациентов с хроническим панкреатитом: физический компонент здоровья составил 43,4 (41,1–48,5) балла, психический компонент – 37,4 (32,3–43,0) балла. Кроме того, у пациентов отмечен выраженный болевой синдром, который составил 7 (6–8) баллов по визуальной аналоговой шкале. Независимо от патоморфологических изменений указанные данные статистически не различались. Доказано, что степень фиброзных изменений головки поджелудочной железы не является единственным фактором развития боли. Увеличение головки поджелудочной железы и расширение протока поджелудочной железы на фоне панкреатической гипертензии не коррелируют со степенью развития фиброза. У пациентов со степенью фиброзных изменений головки поджелудочной железы менее 25% интенсивность болевого синдрома была сравнима с группой пациентов со степенью фиброза более 50%. Аналогичные данные получены и при сравнении качества жизни.

**Ключевые слова:** *качество жизни, хронический панкреатит, фиброз.*

## **Pain Syndrome and Quality of Life Dependence from the Pancreatic Pathomorphologic Alterations in the Chronic Pancreatitis Patients**

*A.T. Shchastnyi*

*Vitebsk State medical university, Republic Belarus*

*Vitebsk regional scientific-practical center “The Liver and pancreatic disease surgery”*

*(Chief – dozent A.T. Shchastnyi), Republic Belarus*

An analysis of pancreatic pathomorphological alterations in chronic pancreatitis (CP) patients and their relationship to the level of pain and quality of life before surgery was carried out. The results confirm the extremely low level of quality of life in CP patients: the physical component of health score was 43.4 (41.1–48.5), mental component 37.4 (32.3–43.0) points. In addition, patients noted marked pain syndrome, assessed as 7 (6–8) points on a visual analogue scale. Regardless of the pathological changes these data are not statistically different. It is proved that the degree of fibrosis pancreatic head is not the only factor of the pancreatic pain development. Increased pancreatic head and extension of the main pancreatic duct on the background of pancreatic hypertension do not correlate with the degree of fibrosis. In patients with the degree of fibrosis pancreatic head less than 25% level of pain was comparable with the group of patients with the degree of fibrosis of more than 50%. Similar results were obtained when comparing the quality of life.

**Key words:** *quality of life, chronic pancreatitis, fibrosis.*

*А.Т. Щастный – доцент кафедры хирургии ФПК и ПК “Витебский Государственный медицинский университет”, руководитель Областного научно-практического центра “Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы”, Республика Беларусь.*

**Для корреспонденции:** Щастный Анатолий Тадеушевич – Тел. (+375-296) 24-83-58. E-mail: anatol1961@bk.ru

## **Гемангиомы печени: хирургический взгляд**

*Н.К. Чардаров, Ф.А. Ганиев, Н.Н. Багмет, О.Г. Скипенко*  
*Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН*  
*(директор – проф. С.Л. Дземешкевич)*

### ***Liver Hemangiomas: the Surgical View (review)***

*N.K. Chardarov, F.A. Ganiev, N.N. Bagmet, O.G. Skipenko*  
*Acad. B.V. Petrovski Russian Scientific Center of Surgery (Director – Prof. S.L. Dzemishkevich)*

---

*Н.К. Чардаров* – аспирант отделения хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН. *Ф.А. Ганиев* – аспирант того же отделения. *Н.Н. Багмет* – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник того же отделения. *О.Г. Скипенко* – доктор мед. наук, зав. отделением хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН.

Для корреспонденции: Ганиев Фирдавс Акрамович – Тел.: (8-903) 125-25-65. E-mail: firdavs\_ganiev@mail.ru

Клинические наблюдения

## Инсулинома поджелудочной железы

*Н.А. Карельская, А.В. Кочатков, Г.Г. Кармазановский, А.Г. Кригер*  
ФГБУ "Институт хирургии им. А.В.Вишневого" Минздрава России  
(директор – акад. РАМН В.А. Кубышкин), Москва

### **Pancreatic Insulinoma**

*SN.A. Karelskaia, A.V. Kochatkov, G.G. Karmazanovski, A.G. Kriger*  
*A.V. Vishnevski Institute of Surgery (Director – Academician of RAMSci V.A. Kubishkin), Moscow*

*Н.А. Карельская* – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела лучевой диагностики Института хирургии им. А.В.Вишневого. *А.В. Кочатков* – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения общей абдоминальной хирургии № 1 того же института. *Г.Г. Кармазановский* – доктор мед. наук, профессор, зав. отделом лучевой диагностики того же института. *А.Г. Кригер* – доктор мед. наук, зав. отделением общей абдоминальной хирургии № 1 того же института.

Для корреспонденции: Карельская Наталья Александровна – Москва, Б. Серпуховская ул., д. 27, Институт хирургии им. А.В.Вишневого, отдел лучевой диагностики. Тел. (8-916) 173-19-15. E-mail karelskaya\_n@mail.ru

Клинические наблюдения

## Лейомиосаркома нижней полой вены, симулирующая опухоль печени

*С.А. Пышкин, С.П. Зотов, О.С. Терешин, М.Ю. Малышев,*  
*А.Х. Сафуанов, Д.А. Боровиков, Д.М. Синюков*

*Городская клиническая больница №8 (главный врач – канд. мед. наук О.Э.Фатуев), Челябинск*  
*Челябинский окружной клинический онкологический диспансер (главный врач –*  
*член-корр. РАМН А.В. Важенин)*  
*Центр хирургии сердца (директор – канд. мед. наук М.Ю. Малышев), Челябинск*

### **Inferior Vena Cava Leiomyosarcoma Mimicking the Liver Tumor**

*S.A. Pishkin, S.P. Zotov, O.S. Tereshin, M.Yu. Malishev,*  
*A.Kh. Safuanov, D.A. Borovikov, D.M. Sinjukov*  
*Municipal Clinical Hospital №8 (Head – kand. med. sci O.E. Fatuev), Chelyabinsk*  
*Chelyabinsk Regional Clinical Oncological Dispensary*  
*(Head – Corresponding member of RAMSci A.V. Vazhenin)*  
*Center of Cardiac Surgery (Head – kand. med. sci M.Yu. Malishev), Chelyabinsk*

*С.А. Пышкин* – доктор мед. наук, проф., руководитель Центра хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ №8 Челябинска. *С.П. Зотов* – доктор мед. наук, зав. отделением сосудистой хирургии той же больницы. *О.С. Терешин* – канд. мед. наук, зав. 3-м онкологическим отделением ЧОКОД. *М.Ю. Малышев* – канд. мед. наук, директор центра хирургии сердца, Челябинск. *А.Х. Сафуанов* – кардиохирург того же центра. *Д.А. Боровиков* – анестезиолог того же центра. *Д.М. Синюков* – анестезиолог-перфузиолог того же центра.

Для корреспонденции: Терешин Олег Станиславович – 454087 Челябинск, ул. Блюхера, д. 42, ЧОКОД. Тел.: (7-902) 899-19-39 (моб.), тел/факс: (8-351) 232-81-81. E-mail: olegter@mail.ru

## Резекция селезенки с применением радиочастотной абляции

Д.А. Ионкин, Р.З. Икрамов, С.С. Андреенков,  
Ю.А. Степанова, О.И. Жаворонкова, А.Б. Шуракова  
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» (директор – акад. РАМН В.А. Кубышкин)  
Минздравсоцразвития России, Москва

Приведены данные литературы и два собственных наблюдения резекции селезенки с применением радиочастотной абляции у больных абсцессом и гемангиомой. Приведены результаты предоперационного обследования. Отмечены особенности оперативного вмешательства.

**Ключевые слова:** очаговые образования селезенки, резекция селезенки, радиочастотная абляция.

## Spleen Resection Applying Radifrequency Ablation

D.A. Ionkin, R.Z. Ikramov, S.S. Andreenkov,  
Yu.A. Stepanova, O.I. Zhavoronkova, A.B. Shurakova  
A.V. Vishnevski Institute of Surgery (Director – Academician of RAMSci V.A. Kubishkin)  
of Ministry of Healthcare and Social Development, RF

The data of literature and 2 own cases of partial splenectomy using radifrequency ablation in the patients with abscess and hemangioma are demonstrated. The results of preoperative diagnosis are observed. The peculiarities of the surgical technique were discussed.

**Key words:** splenic local lesions, partial splenectomy, radifrequency ablation.

---

Ионкин Д.А. – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения хирургической гепатологии и панкреатологии ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России. Икрамов Р.З. – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник того же отделения. Андреенков С.С. – аспирант того же отделения. Степанова Ю.А. – доктор мед. наук, старший научный сотрудник научно-организационного отдела того же института. Жаворонкова О.И. – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения ультразвуковой диагностики того же института. Шуракова А.Б. – канд. мед. наук, научный сотрудник того же отделения.

Для корреспонденции: Ионкин Дмитрий Анатольевич – 117997 Москва, Б. Серпуховская, д. 27.  
Тел. 8-916-654-84-83 (моб.). E-mail: ionkin@ixv.comcor.ru

## **Каково должно быть специализированное обучение по гепатобилиарной хирургии и трансплантации печени? Размышления на основе опыта учебы в зарубежных клиниках**

*Р.Б. Алиханов, К.Н. Луцык*

*Кафедра хирургических болезней (зав. – акад. РАМН, проф. В.А. Кубышкин) ФФМ  
МГУ им. М.В. Ломоносова*

*НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (директор – член-корр. РАМН, проф. М.Ш. Хубутия),  
Москва*

## **Specialized Training in Hepato-biliary Surgery and Transplantology: What it Would Look Like? Speculations after Study in Foreign Clinics**

*R.B. Alikhanov, K.N. Lutsik*

*Chair of Surgical Diseases (Chief – Academician of RAMSci Prof. V.A. Kubishkin) of FFM M.V. Lomonosov MSU  
N.V. Sklifosovski Scientific Research Institute of Emergency (Director – Corresponding member of RAMSci,  
Prof. M.Sh. Khubutia)*

---

*Р.Б. Алиханов – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова. К.Н. Луцык – канд. мед. наук, и.о. руководителя отделения острых хирургических заболеваний печени и желчевыводящих путей НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского.*

**Для корреспонденции:** Алиханов Руслан Богданович – Тел. 8-903-766-33-17.

*Рефераты иностранных журналов*

**Рефераты иностранных журналов**

*Г.Г. Ахаладзе, Д.Г. Ахаладзе*

**Abstracts of Current Foreign Publications**

*G.G. Akhaladze, D.G. Akhaladze*

---

*Г.Г. Ахаладзе* – проф. курса хирургической гепатологии при кафедре хирургии ФППОВ ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”. *Д.Г. Ахаладзе* – врач-хирург отделения трансплантации печени ФГБУ “ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова” Минздравсоцразвития РФ.

Для корреспонденции: Ахаладзе Гурам Германович – тел. 8 (499) 782-30-83. E-mail: akhaladze52@gmail.com

*Хроника*

**Резолюция XVIII Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ, 14–16 сентября 2011 г., Москва**

**Resolution of XVIII International Congress of Surgeon-Hepatologists of SIS Countries 14-16 September 2011, Moscow**

*Юбилей*

**Валентин Андреевич Журавлев  
К 80-летию со дня рождения**

**Valentin Andreevich Zhuravlev  
To 80<sup>th</sup> Anniversary**