

Н.В. Заруцкая, В.В. Бедин, В.И. Подолужный

Кемеровская государственная медицинская академия,

Кафедра госпитальной хирургии,

МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,

г. Кемерово

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является весьма распространенным заболеванием. Примерно четверть населения старше 60 лет и треть населения старше 70 лет имеет желчные камни. Число больных ЖКБ за каждые 10 лет увеличивается в 2 раза [1, 2, 3]. Рост заболеваемости ЖКБ, отмеченный за последние десятилетия, сопровождается увеличением частоты ее осложненных форм. Среди осложнений наиболее часто встречаются стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) — 47,6 % и холедохолитиаз — 8,1-26,8 % больных [4, 5]. Холедохолитиаз является наиболее частой причиной механической желтухи: от 48,8 до 91 % случаев [4, 6, 7], причем камни ампулы БДС в два раза чаще вызывают желтуху, чем камни магистральных желчных протоков [8]. Стеноз БДС приводит к механической желтухе у 20-40 % больных с ЖКБ по данным Королева Б.А. и Климова Ю.С. (1984), у 50-60 % по данным Малярчука В.И. и Пауткина Ю.Ф. (2004) [9].

Несмотря на прогрессивное развитие хирургии, при операциях, выполняемых на высоте желтухи, летальность остается высокой и в настоящее время: от 4,6 до 19,1 % [4, 10-12]. Частота послеоперационной летальности при продолжительности желтухи до 10 суток составляет 13,3 %, при продолжительности свыше двух недель она достигает 21,1-32,3 % [13, 14].

Трудность лечения больных с механической желтухой, как правило, обусловлена тяжестью их исходного состояния. Развивающиеся холестаза, желчная гипертензия, ахолия вызывают серьезные функциональные и морфологические изменения печени, которые приводят к сравнительно быстрому развитию печеночной недостаточности [15].

Восстановительные процессы в печени после устранения холестаза находятся в прямой зависимости от его продолжительности. После устранения 10-суточного холестаза нормализация структуры паренхимы

печени происходит в первые 15 суток, при длительном холестазе (20 суток) структурно-функциональная перестройка органа обратима частично, а после 25-суточного холестаза восстановление структуры печени практически не происходит из-за облитерации центральных вен [16, 17].

Один из факторов, влияющих на исход оперативного вмешательства — возраст больных. Среди больных, оперированных по поводу механической желтухи, лица старше 60 лет составляют от 46,5 % [15] до 67 % [18, 19]. Послеоперационная летальность у лиц пожилого и старческого возраста, оперированных на высоте желтухи, в 3-10 раз выше по сравнению с таковой у больных более молодого возраста [20, 21].

Поиск путей снижения числа летальности и осложнений привел к тому, что в настоящее время стала более широко применяться двухэтапная тактика лечения с применением малоинвазивных способов лечения, позволяющая добиться максимального результата при минимальной операционной травме. Это позволяет быстро вывести больных из критического состояния с небольшим операционным риском, особенно лиц пожилого и старческого возраста [3, 19].

В зависимости от варианта доступа к билиарной протоковой системе, эти малоинвазивные доступы могут быть представлены в следующем виде [19, 22]:

1. Ретроградный чреспапиллярный доступ (ЭРХПГ в сочетании с папиллосфинктеротомией, дренированием, эндоскопической баллонной папиллодилатацией).
2. Антеградный протоковый, выполняемый под контролем УЗИ, РКТ, рентгенотелевидения, видеолапароскопии (чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия, -холангиостомия).

Принято считать, что при механической желтухе на фоне ЖКБ эндоскопическая папиллосфинктеро-

томия (ЭПСТ) является методом выбора [19, 23-26]. Основным принципом ретроградного эндоскопического лечения состоит в воздействии на сфинктер Одди таким образом, чтобы камни могли самостоятельно отойти в двенадцатиперстную кишку или их можно было извлечь катетером с раздуваемым баллончиком на конце или корзинкой Дормиа.

Успешная эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением камней возможна у 75-95 % больных [27-29], не удается выполнить ЭПСТ в 1-13 % случаев [30, 31]. Большинство авторов считают ЭПСТ оправданной при ущемлении камня в БДС, рубцовом сужении сосочка, сочетании поражения желчных протоков в виде литиаза и стеноза БДС [7, 18, 22, 32-35]. Однако некоторые специалисты показания к эндоскопической папиллосфинктеротомии при холедохолитиазе считают относительными, особенно у лиц молодого возраста, у больных с желтухой легкой степени, с невысоким или умеренным риском операции [7]. Такой подход объясняется стремлением сохранить сфинктерный аппарат большого дуоденального сосочка, избежать возможных осложнений после эндоскопической папиллосфинктеротомии [33, 34].

В то же время, существует мнение, что эндоскопическую папиллосфинктеротомию следует применять как метод выбора при механической желтухе на фоне холедохолитиаза, вне зависимости от возраста и наличия сопутствующих заболеваний, в качестве основного метода лечения, а так же как первый этап операции, направленный на устранение причин желтухи [29, 35, 36].

Противоречивость взглядов объяснима развитием ряда серьезных осложнений, таких как кровотечение, острый панкреатит, острый холангит, ретродуоденальная перфорация и других, возникающих у 5,4-18,3 % пациентов [29, 37-40]. Летальность после ЭПСТ составляет 0,6-1,6 % [3, 29, 32].

По мнению ряда авторов, осложнения в большей мере зависят от техники выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии, чем от клинических проявлений заболевания и общего статуса пациента, хотя оба фактора влияют на исход [33, 41, 42].

В последние годы для профилактики ряда осложнений после ЭПСТ стали выполнять назобиллярное дренирование общего желчного протока или эндопротезирование гепатикохоледоха [43-45].

Исследования опыта применения эндоскопической папиллосфинктеротомии на высоте желтухи по сравнению с традиционными оперативными вмешательствами показали снижение осложнений с 22 % до 2 %, уменьшение летальности в 4,4 раза [20]. Но и здесь отмечаются противоречия. Так, J.P. Neortolemos (1989) [46], наоборот, показывает, что предоперационная эндоскопическая папиллосфинктеротомия увеличивает общее количество осложнений, которых можно было бы избежать при традиционном подходе.

Стремление уменьшить число осложнений после ЭПСТ, а также сохранить целостность сосочка при-

вели к разработке и внедрению в клиническую практику метода эндоскопической баллонной дилатации сосочка. Анализ результатов баллонной сфинктеропластики привел к возникновению дискуссии между различными исследователями: может ли баллонная дилатация заменить папиллосфинктеротомию. Y. Komatsu (1998) [47], имевший опыт применения баллонной дилатации у 226 пациентов, считает, что метод обладает высокой эффективностью, число осложнений сопоставимо с осложнениями при эндоскопической папиллосфинктеротомии. Однако S.P. Misra (1999) [48] утверждает, что частота осложнений (панкреатита) при баллонной дилатации выше, чем при ЭПСТ. По данным J.J. Bergman (1997), острый панкреатит развивается у 5,7-6,2 % больных [49].

Некоторые авторы (Y. Komatsu, 1998; Y. Ochi, 1999) считают, что заменять ЭПСТ баллонной дилатацией папиллы целесообразно только у пациентов с выраженными нарушениями коагуляции, а так же при нешироком общем желчном протоке, содержащем небольшие конкременты, объясняя тем, что для этого требуется дорогостоящее оборудование, более частое применение различных видов литотрипсии [47, 50].

Выполнение эндоскопических чреспапиллярных вмешательств значительно затруднено, если больной перенес резекцию желудка по Бильрот-II, при наличии парапапиллярного дивертикула. В таких случаях используют чрескожные чреспеченочные эндобилиарные методы декомпрессии, выполняемые под контролем УЗИ, КТ и рентгенотелевидения [51]. Малая травматичность этих вмешательств на желчевыводящих протоках, их высокая эффективность как способа не только для предоперационной подготовки пациентов, но и как самостоятельного малотравматичного хирургического метода лечения, способствовали ее быстрому распространению. Осложнения при ЧЧХС развиваются у 4,5-5 % больных — это миграция катетера, желчеистечение в брюшную полость, желчный перитонит, кровотечение [52]. Летальность в группе больных, которым применялся данный метод декомпрессии, достигает 21,3 %. Многие отдают предпочтение микрохолцистостомии под контролем УЗИ, объясняя свой выбор относительной простотой выполнения, безопасностью, высокой эффективностью, небольшим числом (0,5-2,3 %) осложнений [13].

В связи с развитием новых хирургических технологий, совершенствованием хирургического инструментария, а так же накоплением опыта лапароскопических операций, появляются публикации о возможности лечения ЖКБ, осложненной нарушением проходимости терминального отдела, одноэтапным способом. Он заключается в проведении лапароскопической или из мини-доступа холецистэктомии в сочетании с вмешательством на общем желчном протоке [7, 53]. В литературных источниках отмечается, что процент осложнений при двухэтапном подходе (ЭПСТ и лапароскопическая холецистэктомия) ниже, чем при «открытых» вмешательствах, но выше, чем при применении лапароскопических спосо-

бов холедохолитотомии [54]. Тем не менее, в отечественной и иностранной литературе последних лет не удалось найти сообщений, специально посвященных применению данных методов в ургентной хирургии холедохолитиаза, осложненного механической желтухой.

Таким образом, анализируя литературные данные, при наличии множества методов лечения механической желтухи, каждый из них имеет свои преимущества и недостатки. В настоящее время нет четкого алгоритма к применению той или иной методики. При кажущемся многообразии выбора прослеживается тенденция большинства хирургов использовать в практике те методы, которые отработаны ими или подтвердили свою эффективность.

До настоящего времени остается спорным вопрос о продолжительности декомпрессии желчевыводящих путей и оптимальных сроках выполнения радикальной операции. По данным различных авторов, эти сроки варьируют от 1-2 недель после декомпрессии [55-57] до 4-6 недель после нормализации уровня билирубина [58].

Многие авторы считают, что прогрессирование печеночной недостаточности при механической желтухе связано с быстрой декомпрессией желчных путей и активным отведением желчи наружу или в кишечный тракт [20, 59].

Установлено, что при острой блокаде оттока желчи развивается относительная адаптация гепатоцитов к холестазу, что сопровождается уменьшением секреции желчи и снижением активности некоторых ферментов печени. При длительно сохраняющейся обтурации желчных протоков происходит срыв этих адаптационных механизмов к холестазу, что ведет к углублению дистрофических изменений в гепатоцитах и развитию очаговых некрозов в печени [20].

К срыву адаптации гепатоцитов к холестазу с развитием острой печеночной недостаточности приводит также оперативное вмешательство, сопровождающееся одномоментной и быстрой ликвидацией желчной гипертензии и активацией цитолитического процесса в печени [60, 61]. При быстром темпе декомпрессии желчных путей развивается «синдром отмены» для гепатоцитов, что обуславливает быстрое изменение внутрипеченочного кровотока и развитие функциональных и морфологических изменений, а это, наряду с другими факторами, способствует развитию острой печеночной недостаточности [19].

Следовательно, остается не до конца решенным вопрос об оптимальном комплексе лечебных мероприятий у больных с механической желтухой. Прежде всего, это относится к разработке более эффективной хирургической тактики лечения больных, особенно лиц пожилого и старческого возраста с длительно существующим холестазом механической природы, определению сроков выполнения эндоскопических вмешательств, а также объема и характера интенсивной терапии после декомпрессии желчных путей, как составной части комплексного лечения больных с механической желтухой.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Желчнокаменная болезнь /Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуто А.М., Прудков М.И. – М., 2000.
2. Федоров, И.В. Эндоскопическая хирургия /Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. – М., 1998.
3. Ермаков, Е.А. Миниинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложненной нарушением проходимости желчных протоков /Ермаков Е.А., Лищенко А.Н. //Хирургия. – 2003. – № 6. – С. 68-74.
4. Кукош, М.В. Трансдуоденальные вмешательства при осложненном холецистите: уч. пособие /Кукош М.В., Гомозов Г.И. – Н-Новгород, 1995. – 68 с.
5. Малков, И.С. Коррекция желчеоттока при осложненном калькулезном холецистите /Малков И.С., Бикмухаметов А.Ф., Чагаева З.И. //Хирургия. – 2004. – № 7. – С. 19-22.
6. Савельев, В.С. Диагностическая и лечебная эндоскопия при механической желтухе /Савельев В.С., Буянов В.М., Балалыкин А.С. //Хирургия. – 1981. – № 1. – С. 3-8.
7. Майстренко, Н.А. Холедохолитиаз /Майстренко Н.А., Стукалов В.В. – СПб., 2000. – 288 с.
8. Реконструктивная хирургия при поражении внепеченочных желчных протоков /Петровский Б.В., Милонов О.Б., Смирнов В.А., Мовчун А.А. – М., 1980.
9. Малярчук, В.И. Заболевания большого дуоденального сосочка /Малярчук В.И., Пауткин Ю.Ф., Плавунцов Н.Ф. – М., 2004. – 168 с.
10. Chorny V.V. Endoscopic biliary decompression in patients with obstructive jaundice /Chorny V.V., Nastasenko I.L., Boulanov K.I. //Basel. Falk Symposium. – 1999. – V. 116. – P. 55.
11. Endolaparoscopic rendezvous treatment /Tricarico A., Cione G., Sozio M., Palo P.Di. //Surgical Endoscopy. – 2002. – N 16. – P. 585-588.
12. Джаркенов, Т.А. Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом /Джаркенов Т.А., Мовчук А.А., Хрусталева М.В. //Хирургия. – 2004. – № 3. – С. 13-17.
13. Магдиев, Т.Ш. Хирургическая тактика при остром холецистите /Магдиев Т.Ш., Кузнецов В.Д. //Хирургия. – 1982. – № 6. – С. 43-48.
14. Тактика лечения больных с механической желтухой, осложненной острым холангитом /Цацаниди К.Н., Пугачев А.В., Крендаль А.П. и др. //Хирургия. – 1984. – № 2. – С. 8-13.
15. Гальперин, Э.И. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях /Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. – М., 1987. – 334 с.
16. Шаповальянц, С.Р. Комплексная оценка степени тяжести состояния больных с механической желтухой /Шаповальянц С.Р., Тембулатов М.М., Чжао А.В. //Хирургия. – 1992. – № 2. – С. 105-108.
17. Садриддинов, А. Функциональная морфология печени при холестазах и после выполнения оттока желчи /А. Садриддинов: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Ташкент, 1993. – 45 с.
18. Место и возможности малоинвазивных вмешательств в лечении больных механической желтухой /Каримов Ш.И., Ким В.Л., Юнусметов Ш.А. и др. //Эндоскоп. хир. – 2003. – № 1. – С. 23-26.
19. Ермолов, А.С. Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему /Ермолов А.С., Упырев А.В., Иванов П.А. //Хирургия. – 2004. – № 5. – С. 4-9.
20. Гальперин, Э.И. Недостаточность печени /Гальперин Э.И., Семендяева Э.И., Жеклюкова И.А. – М., 1978. – 328 с.
21. Мачулин, Е.Г. Механическая желтуха неопухолевого генеза /Мачулин Е.Г. – Минск, 2000. – 160 с.
22. Матвеев, Н.Л. Малоинвазивное лечение холедохолитиаза. Дооперационный лечебно-диагностический этап. /Матвеев Н.Л., Магомедов М.Г. //Эндоскоп. хир. – 2003. – № 5. – С. 31-39.

23. Панцырев, Ю.М. Лечебная тактика при острой блокаде терминального отдела холедоха /Панцырев Ю.М., Будзинский А.А., Ноздрачев В.И. //Хирургия. – 1990. – № 10. – С. 3-8.
24. Мумладзе, Р.Б. Миниинвазивные методы хирургического лечения больных с заболеваниями печени, желчных путей и поджелудочной железы /Мумладзе Р.Б., Чеченин Г.М., Розиков Ю.Ш. //Хирургия. – 2004. – № 5. – С. 65-67.
25. Golden, W.E. Laparoscopic cholecystectomy in the geriatric population /Golden W.E., Jonston J.C., Cleves M.A.S. //J. Am. Geriatr. Soc. – 1996. – V. 44, N 11. – P. 1380-1383.
26. Voitk, A. Its outpatient cholecystectomy safe fo the hinger-risc elective patient? /Voitk A. //Surg. Endosc. – 1997. – V. 11, N 12. – P. 1147-1149.
27. Мосягин, В.Б. Лечение холедохолитиаза и механической желтухи с помощью эндовидеохирургии /Мосягин В.Б., Борисов А.Е., Карпова Е.А. //Применение сшивающих аппаратов в лапароскопической и торакокопической хирургии: Тез. докл. междунар. науч. конф. – СПб., 1997. – С. 34-35.
28. Laparoscopic cholecystectomy combined with endoscopic sphincterotomy end stone extraction or laparoscopic choledohoscopy and electrohydraulic litotripsy for manegement of cholelithiasis with choledoholithiasis /Arregui M.E., Davis J.S., Arkush A.M., Nagan R.F. //Surg. Endosc. – 1992. – V. 6, N 1. – P. 10-15.
29. Schreurs, W.H. Menagement of common bile duct stones. Short- and lond-term results with selective endoscopic retrogade cholangiography and endoscopic sphincterotomy /Schreurs W.H., Juttman J.R. //Surg. Endosc. – 2002. – V. 16. – P. 1068-1072.
30. Хирургия печени и желчевыводящих путей /Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Доманский Б.В. – Киев, 1993. – 508 с.
31. Precholecystectomy endoscopic cholangiography and stone removal is not superior to cholecystectomy, cholangiography, and common duct exploration /Stiegmann G.V., Goff J.S., Mansour A. et al. //Am. J. Surg. – 1992. – V. 163, N 2. – P. 227-230.
32. Нестеренко, Ю.А. Хирургическая тактика при механической желтухе /Нестеренко Ю.А., Шаповальянц С.Г., Климинский И.В. //Хирургия. – 1990. – № 2. – С. 14-17.
33. Балалыкин, А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия /Балалыкин А.С. – М., 1996. – 152 с.
34. Савельев, В.С. Эндоскопическая папиллотомия в хирургической клинике /Савельев В.С., Балалыкин А.С. //Хирургия. – 1987. – №7. – С. 35-40.
35. Лапароскопическая холецистэктомия и холедохолитиаз. Хирургическая тактика, диагностика, методы лечения /Затевахин И.И., Цицашвили М.Ш., Жилин О.В., Кириакиди С.Ф. //Тезисы 2-го междунар. конгр. по эндоскоп. хир. – М., 1997. – С. 44-46.
36. Maydeo, A. Techniques of selective cannulation and sphincterotomy /Maydeo A., Borkar D. Society of GI Endoscopy of India, Digestive Disease Centre, Endoscopy Research Foundation, Mumbai, India. //http://www.ddc_endo@hotmail.com.
37. Галлингер, Ю.И. Эндоскопическое лечение калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом и папиллостенозом /Галлингер Ю.И., Хрусталева М.В., Карпенкова В.И. //Матер. Междунар. конф. хирургов. – М., 2000. – С. 140-141.
38. Осложнения папиллосфинктеротомии и их профилактика /Поташов Л.В., Кудрватых И.П., Щетинин В.Н. и др. //Тезисы 6-го междунар. конгр. по эндоскоп. хир. – М., 2002. – С. 278-279.
39. Williams, G.L. Selective operative cholangiography and perioperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) during laparoscopic cholecystectomy /Williams G.L., Vellacott K.D. //Surg. Endosc. – 2002. – N 16. – P. 465-467.
40. Thornton, D.J.A. Laparoscopic cholecystectomy without routine operative cholangiography does not result in significant problems related to retained stones /Thornton D.J.A., Robertson A., Alexander D.J. //Surg. Endosc. – 2002.- № 16. 592-595.
41. Complication of endoscopic sphincterotomy. A prospective series with emphasis on the increased risk associated with sphincter of Oddi dysfunction and nondilated bile ducts /Sherman S., Lehman G.A., Ruffolo T.A. et al. //Gastroenterology. – 1991. – V. 101, N 4. – P. 1068-1075.
42. Лечение калькулезного холецистита и его осложнений /Нестеренко Ю.А., Михайлузов С.В., Бурова В.А., Хоконов М.А. //Хирургия. – 2003. – № 10. – С. 41-44.
43. Complication of endoscopic biliary sphincterotomy /Freeman M.L., Nelson D.B., Sherman S. at al. //N. Eng. J. Med. – 1996. – V. 335. – P. 909-918.
44. De Paula, A.L. Laparoscopic management of choledoholithiasis /De Paula A.L., Hashiba K., Bafutto M. //Surg. Endosc. – 1994. – V. 12. – P. 1399-1403.
45. Pigtail stents: an alternative in the treatment of difficult bile duct stones /Jain S.K., Stein R., Bhuva M., Goldberg M.J. //Gastrointest. Endosc. – 2000. – V. 52(4). – P. 490-493.
46. Neoptolemos, J.P. Multivariate analysis of preoperative risk in patient with common bile duct stones: implications for treatment /Neoptolemos J.P., Shaw D.E., Carr-Locke D.L. //Ann. Surg. – 1989. – V. 209, N 2. – P. 267-272.
47. Endoscopic papillary ballon dilation for management of common bile duct stones: experience of 226 cases /Komatsu E., Kawabe T., Toda N. et al. //Endoscopy. – 1998. – V. 30. – P. 12-17.
48. Misra, S.P. Endoscopic papillary ballon dilation for choledoholithiasis: does it have a future? /Misra S.P., Dwivedi M. //Endoscopy. – 1999. – V. 31. – P. 211.
49. Randomised trial of endoscopic ballon dilation versus endoscopic sphincterotomy for removal of bile duct stones /Bergman J.J.G., Rauws E.A.J., Fockens P. et al. //Lancet. – 1997. – V. 19, N 349. – P. 1124-1129.
50. Comparing the treatment outcomes of papillary dilation and endoscopic sphincterotomy for removal of bile duct stones /Ochi Y., Mukawa K., Kiyosawa K., Akamatsu T. //Gastroenter. Hepatol. – 1999. – V. 14. – P. 90-96.
51. Этапное лечение механической желтухи неопухолевого генеза /Сейсембаев М.А., Доскалиев Ж.А., Рахметов Н.Р., Наржанов Б.А. //Современные проблемы хирургической гепатологии: Анналы хирургии. Гепатология (прилож.): Матер. 4-й конф. хир.-гепатол., Т. 1. – С. 111.
52. Борисова, Н.А. Чрескожные эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи /Н.А. Борисова: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб., 1996.
53. Комбинированная эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни, осложненной заболеваниями терминального отдела общего желчного протока /Андреев А.Л., Рыбин Е.П., Учваткин В.Г. и др. //Вестн. хир. – 1997. – № 3. – С. 30-33.
54. Лапароскопическое лечение холедохолитиаза /Кригер А.Г., Андрейцев И.Л., Фаллер А.П. и др. //Тезисы 2-го междунар. конгр по эндоскопической хирургии. – М., 1997. – С. 56-57.
55. Хирургическое лечение больных с механической желтухой /Батвинков Н.И., Гарелик П.В., Кояло И.К., Русин Н.И. //Хирургия. – 1993. – № 1. – С. 17-21.
56. Хирургия печени и желчевыводящих путей /Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Доманский Б.В. – Киев, 1993. – 508 с.
57. Шабунин, А.В. Декомпрессия желчевыводящих путей и иммунокоррекция при хирургическом лечении механической желтухи не-

- опухолевого генеза /Шабунин А.В., Тарабрин В.И., Малышев И.Ю. //Хирургия. – 1998. – № 11. – С. 49-51.
58. Шаповальянц, С.Р. Комплексная оценка степени тяжести состояния больных с механической желтухой /Шаповальянц С.Р., Тембулатов М.М., Чжао А.В. //Хирургия. – 1992. – № 2. – С. 105-108.
59. Ившин, В.Г. Дозированная декомпрессия желчных путей у больных с механической желтухой /В.Г. Ившин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1991. – 20 с.
60. Витлин, В.И. Фазные колебания изменений печени при непроходимости желчных путей /Витлин В.И. //Биологические ритмы в механизмах компенсации нарушения функций: Тез. докл. Всес. симп. – М., 1973. – С. 212-217.
61. Дедерер, Ю.М. Некоторые механизмы развития острой и хронической печеночной недостаточности /Дедерер Ю.М. //Острая печеночная недостаточность в клинике и эксперименте: Сб. науч. статей. – Рига, 1977. – С. 22-28.

**МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГЕПАТОЛОГИИ» –
Киров, 24–25 октября 2006.**

Прием заявок и тезисов до 1 сентября 2006 г.

**МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ
«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРОМЫШЛЕННОСТЬ» –
Новокузнецк, ноябрь–декабрь 2006.**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ» –
Санкт-Петербург, 10–12 октября 2006 г.**

**IV СЪЕЗД ОБЩЕСТВА ПЛАСТИЧЕСКИХ И ЭСТЕТИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ –
Москва, 13–14 декабря 2006.**

Прием заявок и тезисов до 1 октября 2006 г.

**КОНФЕРЕНЦИЯ «ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ
И МОДЕЛИРОВАНИЯ В ФАРМАКОЛОГИИ И БИОМЕДИЦИНЕ» –
Ростов-на-Дону, 19–21 сентября 2006 г.**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ПЛАТФОРМА БИОМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
(БИОЛОГИЯ, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ФАРМАЦИЯ)» –
Ростов-на-Дону, октябрь 2006 г.**

Прием заявок и тезисов до 1 августа 2006 г.

**II СЪЕЗД ВРАЧЕЙ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ВС РФ –
Санкт-Петербург, 15–17 ноября 2006.**

Прием заявок и тезисов до 15 сентября 2006 г.