

- перпаратиреоза и патологии щитовидной железы // Вестник хирургии. — 2003. — № 5. — С.67-68.
16. Котова И.В., Никитин А.А., Астахов П.В. и др. Сравнительное изучение костей при первичном гиперпаратиреозе по данным рентгенографии и денситометрии // Современные аспекты хирургического лечения эндокринной патологии. — Киев, 2006. — С.101-103.
17. Котова И.В., Емельянова Л.Н., Боготарев О.П. и др. Визуализирующие методы исследования околощитовидных желез при первичном гиперпаратиреозе // Анналы хирургии. — 2007. — № 3. — С.33-38.
18. Котова И.В., Калинин А.П., Казанцева И.А. и др. Ошибки и трудности в хирургическом лечении первичного гиперпаратиреоза // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Саранск, 2007. — С.125-127.
19. Ларин О.С., Черенько С.М. Достижения и проблемы в диагностике и лечении первичного гиперпаратиреоза в Украине // Современные аспекты хирургического лечения эндокринной патологии. — Киев, 2006. — С.99-101.
20. Павловский М.П., Бойко Н.И., Хомяк В.В., Довгань Ю.П. Предоперационная диагностика морфологических форм первичного гиперпаратиреоза // Современные аспекты хирургического лечения эндокринной патологии. — Киев, 2006. — С. 96-97.
21. Пархисенко Ю.А., Орукова О.Н., Цуркан А.Ю. и др. Новый взгляд на распространенность и диагностику первичного гиперпаратиреоза в Воронеже // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Ярославль, 2004. — С.192-193.
22. Печерская Г.А., Ишенин Ю.М. Диагностические аспекты первичного гиперпаратиреоза // Казанский мед. журнал. — 2000. — № 3. — С.226-227.
23. Рожинская Л.Я., Мокрышева Н.Г., Дубровина Я.А. и др. Эволюция клинической картины первичного гиперпаратиреоза // Высокие медицинские технологии в эндокринологии. — М., 2006. — С.347.
24. Романчишен А.Ф., Кузьмичев А.С., Матвеева З.С. Первичный гиперпаратиреоз при больших аденомах околощитовидных желез // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Рязань, 2005. — С.289-293.
25. Романчишен А.Ф., Матвеева З.С. Бессимптомные аденомы околощитовидных желез // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Рязань, 2005. — С.293-295.
26. Струкова О.Н., Цуркан А.Ю., Струков Д.А. О частоте первичного гиперпаратиреоза в Воронежской области // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Саранск, 2007. — С.228-230.
27. Тишанина Р.С., Калинин А.П., Балашова Н.В., Котова И.В. Динамика уровня паратиреоидного гормона у больных с первичным гиперпаратиреозом в связи с хирургическим лечением // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Саранск, 2007. — С.242-244.
28. Цуркан А.Ю., Струкова О.Н., Огнерубова И.Н. и др. Клинико-диагностические аспекты и хирургическое лечение первичного гиперпаратиреоза в сочетании с тиреоидной патологией // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Саранск, 2007. — С.258-260.
29. Черноусов А.Ф., Харнас С.С., Ипполитов Л.И. и др. Возможности и перспективы ультразвукового исследования в хирургическом лечении первичного гиперпаратиреоза // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Саранск, 2007. — С.260-261.
30. Чернышов В.А., Хамидуллин Р.Г., Болотенко И.В. и др. Первичный гиперпаратиреоз при эктопированных аденомах и опухолях околощитовидных желез. — Ярославль, 2004. — С.272-275.
31. Goldstein R.E., Martin W.H., Richards K. Minimally invasive radioguided parathyroidectomy // Minerva chir. — 2003. — Vol. 58, № 3. — P.269-279.
32. Jacobone M., Lumachi F., Favia G. Up-to-date on parathyroid carcinoma: Analysis of an experience of 19 cases // J.Surg.Oncol. — 2004. — Vol. 88, № 4. — P.223-228.
33. Inabnet W., Biertho L. Chirurgie parathyroïdienne dirigée: Une série de 100 patients consécutifs // Ann.chir. — 2002. — Vol. 127, № 10. — P.751-756.
34. Kirstein Laurie J., Ghosh B.C. Intrathyroid parathyroid carcinoma // J.Surg.Oncol. — 2001. — Vol. 77, № 2. — P.136-138.
35. Lubrano D., Pavlovitch E., Araya Y., et al. Evolution de la prise en charge de l'hyperparathyroïdisme primaire // Ann.Chir. — 2001. — Vol. 126, № 4. — P.386-387.
36. Nilsen F.S., Houg E., Heidemann M., Karlén S.J. Does rapid intraoperative parathyroid hormone analysis predict cure in patients undergoing surgery for primary hyperparathyroidism // Scand. J. Surg. — 2006. — Vol. 95, № 1. — P.28-32.
37. Oran G., Sarit A.R., Shay D., et al. Brown tumor of hyperparathyroidism in the mandible associated with atypical parathyroid adenoma // J. Laryngol.and Otol. — 2000. — Vol. 114, № 4. — P.302-304.
38. Zhou Zhi, Li Tao, Sun Ge-fei. Zhongguo putong waige zazhi // Chin.J. Gen. Surg. — 2002. — Vol. 11, № 5. — P.286-288.

Адрес для переписки:

664003, Иркутск, ул. Красного восстания, 1, Иркутский государственный медицинский университет
Пинский Семён Борисович — зав. кафедрой общей хирургии с курсом урологии, профессор, д.м.н.

© ЗЕМЛЯНОЙ В.П., НЕПОМНЯЩАЯ С.Л., ЛЕТИНА Ю.В., СИДОРОВ Р.С. — 2008

ВЛИЯНИЕ ВИРУСНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ НА ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

В.П. Земляной, С.Л. Непомнящая, Ю.В. Летина, Р.С. Сидоров

(Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, г. Санкт-Петербург, ректор —
кафедра хирургических болезней, зав. — д.м.н., проф. В.П. Земляной)

Резюме. В статье рассмотрены варианты течения механической желтухи злокачественного генеза, протекающей как с сопутствующим вирусным гепатитом, так и изолированно. Проанализированы клинические и лабораторные данные и дана оценка выявленным сдвигам. Было выявлено, что наличие сопутствующего вирусного поражения печени является прогностическим неблагоприятным фактором, увеличивающим частоту таких осложнений, как геморрагический синдром, холангит, печеночная недостаточность и приводящим к более высокой летальности.

Ключевые слова: механическая желтуха злокачественного генеза, вирусный гепатит.

INFLUENCE OF VIRUS HESION OF A LIVER ON COURSE AND THE FORECAST OF A MECHANICAL JAUNDICE OF MALIGNANT GENESIS

V.P. Zemljanoj, S.L. Nepomnjashchaja, J.V. Letina, R.S. Sidorov

(St.-Petersburg medical academy последипломного formations(educations), Saint Petersburg)

In the article variants of course of a mechanical jaundice of malignant genesis, proceeding with accompanying virus hepatitis, and isolated are considered. The clinical and laboratory data are analysed and the estimation is given to the revealed changes. It was revealed, that presence of accompanying virus lesion of a liver is prognostic adverse factor increasing frequency of such complications, as hemorrhagic syndrome, cholangitis, hepatic insufficiency, resulting in higher lethality.

Key words: a mechanical jaundice of malignant genesis, a virus hepatitis.

Актуальность и сложность лечения больных механической желтухой (МЖ) злокачественного генеза обусловлена ростом заболеваемости опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны [5,7] и поздней обращаемостью больных за помощью с уже распространенным опухолевым процессом к моменту поступления в стационар. Развитие у больных со злокачественными новообразованиями обтурационной желтухи значительно отягощает течение основного заболевания и требует неотложных мер, направленных на декомпрессию желчевыводящей системы [2,6,9]. При оценке факторов, влияющих на исход заболевания, помимо синдрома МЖ, важная роль отводится и сопутствующей патологии. Так среди сопутствующих заболеваний, которые могут повлиять на течение и исход при операциях на желчных путях, особое место занимают диффузные заболевания печени [12]. В последние годы отмечается повсеместный рост заболеваемости вирусными гепатитами (ВГ), которые относятся к числу наиболее частых причин, вызывающих диффузное поражение печени и нередко сочетаются с МЖ. В настоящее время ВГ В является одной из наиболее распространенных вирусных инфекций человека [1]. Не менее тревожна ситуация и с ВГ С [10]. В случаях сочетания ВГ с МЖ тяжесть состояния больных обусловлена наличием двух тяжелых конкурирующих заболеваний, протекающих с явлениями тяжелой эндогенной интоксикации и взаимноотягощающим прогрессивным ухудшением функционального состояния печени и гомеостаза в целом.

Материалы и методы

В основу работы положен анализ течения МЖ злокачественного генеза у 214 больных. Основную группу составили 110 больных с МЖ злокачественного генеза на фоне ВГ. В контрольную группу вошли 104 больных без сопутствующего ВГ. Для оценки прогноза заболевания анализировались клинические данные (сроки желтухи, наличие и характер сопутствующих заболеваний, возраст), данные лабораторных и инструментальных методов исследования, а также результаты лечения. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программного продукта «Statistica 5.5». Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Для определения прогноза течения МЖ был применен дискриминантный анализ, в ходе которого были построены линейные классификационные функции (ЛКФ) для больных МЖ злокачественного генеза. Построение ЛКФ позволило на основе данных предварительного обследования прогнозировать исход МЖ злокачественного генеза, в частности послеоперационную летальность и выявить основные прогностические факторы, влияющие на течение заболевания. Расчет ЛКФ производился по следующей формуле:

$$ЛКФ_i = b_0 + b_{1x_1} + b_{2x_2} + \dots + b_{kx_k}$$

где ЛКФ_i — линейная классификационная функция для i-той группы (в данном случае расчет производился для двух групп: умерших больных и больных без летальных исходов); b_0 — константа; $b_1, b_2, \dots, b_k$ — коэффициенты для симптомов $x_1, x_2, \dots, x_k$; $x_1, x_2, \dots, x_k$ — значения симптомов исследуемого больного.

Результаты и обсуждение

Больные исследуемых групп были сопоставимы по полу и возрасту. Так в основной группе мужчин было 58 (52,7%), женщин — 50 (48%), ($p > 0,05$). Средний возраст больных основной группы составил $(60,1 \pm 10,5)$ лет, а в контрольной — $(60,8 \pm 10,7)$ ($p > 0,05$). Основное количество больных с МЖ злокачественного генеза в обеих группах относилось к возрастным промежуткам 45-59 и 60-74 лет или по классификации ВОЗ (1963) к лицам среднего и пожилого возраста.

При изучении эпидемиологии ВГ у больных МЖ

установлено, что подавляющее большинство больных основной группы страдали ВГ В (67,4%) (табл. 1).

Таблица 1

Тип вирусного гепатита у больных основной группы

Тип вирусного гепатита	Основная группа (n=110)	
	абс	%
A	4	3,6
B	74	67,4
C	14	12,7
Не верифицированный вирусный гепатит	18	16,3

При этом в 16 (14,5%) наблюдениях больные поступали с уже установленным ранее диагнозом ВГ. В 12 (10,9%) случаях больные были переведены из других стационаров города в связи с выявленным ВГ (10 больных), либо с подозрением (2) на его наличие. В 82 (74,5%) наблюдениях гепатит был выявлен впервые.

В ходе исследования, для удобства анализа полученных результатов мы использовали предложенную Э.И. Гальпериным и соавт. [3] классификацию уровней билиарной обструкции. Наблюдалось преобладание частоты случаев низкой локализации опухолевых стриктур в обеих группах (74,5% в основной и 80,3% — в контрольной, при $p > 0,05$).

Сроки МЖ у больных основной группы статистически значимо превышали сроки МЖ в контрольной и составляли: в основной группе медиана соответствовала 7-м суткам (25-й перцентиль равнялся 3-м суткам; 75-й перцентиль 14-м суткам), в контрольной — она была меньше и составляла 5 суток (25-й перцентиль равнялся 3-м суткам; 75-й перцентиль 7 суткам) ($p < 0,05$). К моменту операции сроки МЖ среди больных основной группы составляли: медиана 18 сут. (25-й перцентиль 12,5 сут.; 75-й перцентиль 28,5 сут.). В контрольной группе медиана составила 12 сут. (25-й перцентиль 10 сут.; 75-й перцентиль 16 сут.) ($p < 0,05$). Более поздние сроки оперативного лечения в основной группе были связаны с трудностями дифференциальной диагностики желтух у больных с сочетанной патологией (МЖ и ВГ).

При изучении особенностей преджелтушного периода отмечено более раннее появление жалоб у больных МЖ на фоне ВГ в сравнении с больными контрольной группы. Так, срок от появления первых жалоб до проявления симптомов холестаза (иктеричность кожи и слизистых, потемнение мочи, осветление каловых масс) в основной группе составил: медиана равнялась 8 суткам (25-й перцентиль равнялся 3-м сут.; 75-й перцентиль — 14 сут.); в контрольной — медиана равнялась 3-м суткам (25-й перцентиль равнялся 3-м сут.; 75-й перцентиль — 14 сут.) ($p < 0,05$). При этом наиболее ранними проявлениями заболевания у больных основной группы были признаки астеновегетативного синдрома (28 наблюдений у больных основной группы и 15 случаев среди больных контрольной, при $p < 0,05$).

Жалобы на боли и дискомфорт в эпигастрии и правом подреберье наблюдались в 50,1% больных основной группы (56 наблюдений) и 36,5% контрольной (38 случаев) ($p < 0,05$). Эпизоды гипертермии в догоспитальном периоде отмечались среди больных основной груп-

пы в 27 случаях и в 22 наблюдениях в контрольной (при $p > 0,05$). На момент поступления средняя температура тела у больных основной группы составляла $37,2 \pm 0,69^\circ\text{C}$, в контрольной — $36,8 \pm 0,55^\circ\text{C}$ ($p < 0,05$). Озноб более часто наблюдался среди больных основной группы. Так, ознобы в догоспитальном периоде отмечали 40 (36,3% больных) основной группы и лишь 20 (19,2%) контрольной, при статистической значимости полученных показателей ($p < 0,05$). Различия клинических данных обусловлены более тяжелыми явлениями холангита, которые более часто сопутствовали МЖ на

ным, представлены в табл. 2.

Малоинвазивные вмешательства (чрескожная чреспеченочная холангиография с дренированием желчных путей, лапароскопическая холецистостомия и эндоскопическая папиллосфинктеротомия) были выполнены в основной группе в 24 (24,4%) случаях; в контрольной — в 8 (8,7%) (табл. 2). Оперативные вмешательства, направленные на ликвидацию желчестаза с использованием традиционного доступа, были выполнены в 74 (75,6%) случаях среди больных основной группы и в 84 (91,2%) — в контрольной. Необходимо отметить, что при

Таблица 2

Типы декомпрессии желчевыводящей системы у больных механической желтухой злокачественного генеза

Желчеотводящие оперативные вмешательства	Группы больных				Всего
	основная (n=98)		контрольная (n=92)		
	абс.	%	абс.	%	
Чрескожная чреспеченочная холангиография с дренированием желчных путей	20	20,4	4	4,3	24
Лапароскопическая холецистостомия	4	4	2	2,1	6
Лапаротомия. Холецистостомия.	12	12,2	6	6,5	18
Лапаротомия. Наружное дренирование желчных путей	18	18,3	8	8,6	26
Лапаротомия. транспеченочное дренирование желчных протоков	2	2	6	6,5	8
Холедохоеюноанастомоз	4	4	12	13	16
Холедоходуоденоанастомоз	4	4	4	4,3	8
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия	0		2	2,1	2
Операция типа Монастырского	34	34,6	48	52,1	82

фоне ВГ. Что подтверждается и данными лабораторных методов исследования. Так при поступлении в стационар у больных основной группы отмечены статистически значимые различия в показателях количества лейкоцитов крови ($9,9 \pm 4,2 \cdot 10^9/\text{л}$ в основной группе и $8,0 \pm 2,6 \cdot 10^9/\text{л}$ в контрольной, при $p < 0,05$) и относительного количества палочкоядерных форм нейтрофилов ($12,9 \pm 7,8\%$ в основной группе и $10,1 \pm 4,2\%$ в контрольной, при $p < 0,05$), что указывает на большую выраженность системной воспалительной реакции у больных основной группы.

При исследовании лабораторных показателей к моменту поступления выявлены следующие особенности: при отсутствии значимых различий в уровне билирубина крови среди больных основной и контрольной групп (в основной — $189,9 \pm 121$ и $196,5 \pm 143,8$ мкмоль/л — в контрольной, при $p > 0,05$), отмечается более низкое значение протромбинового индекса в основной группе ($70,5 \pm 14,5\%$), в сравнении с больными контрольной группы ($80,3 \pm 14,9\%$, при $p < 0,05$). Данные изменения обусловлены большей выраженностью недостаточности синтетической функции печени у больных с МЖ на фоне ВГ. Уровни тимоловой пробы оказались более высокими у больных основной группы ($5,3 \pm 4,0$ МЕ) в сравнении с показателями у больных контрольной ($2,7 \pm 2,3$ МЕ при $p < 0,05$), что указывает на активацию мезенхимально-воспалительного синдрома у больных с МЖ на фоне сопутствующего ВГ.

Желчеотводящие оперативные вмешательства были выполнены у 98 (89%) больных основной группы и в 92 (88,4%) случаях в контрольной ($p > 0,05$). Характер и объем оперативных вмешательств, выполненных боль-

выборе способа декомпрессии желчевыводящих путей у больных основной группы предпочтение отдавалось малоинвазивным вмешательствам, вследствие тяжести состояния данной категории больных.

Наиболее частым осложнением послеоперационного периода являлась печеночная недостаточность (ПН). Степень тяжести ПН оценивалась в соответствии с классификацией В.Д. Федорова и соавт. [8]. Так в основной группе доля больных с тяжелой степенью ПН (22,4%) значительно превосходила долю больных с тяжелой степенью ПН контрольной (10,8%) ($p < 0,05$). Данные наблюдения обусловлены уже имеющимися к моменту развития МЖ функциональными и морфологическими изменениями печени. При этом с наступлением прекращения пассажа желчи закономерно наступало усугубление недостаточности функций печени. К другим частым осложнениям послеоперационного периода у больных МЖ злокачественного генеза на фоне ВГ относились холангит и проявления геморрагического синдрома. Так, холангит наблюдался значительно чаще среди больных основной группы — в 36 (32,7%) наблюдениях и в 22 (21,1%) случаях в контрольной ($p < 0,05$). У больных основной группы несколько чаще наблюдались клинические проявления геморрагического синдрома. Так у 20% больных основной группы и у 13,4% в контрольной (при $p > 0,05$), отмечались в послеоперационном периоде появления петехиальных высыпаний на коже и слизистых оболочках, спонтанные гематомы. При этом эпизоды желудочно-кишечного кровотечения, возникшие на фоне острых эрозий и язв, достоверно чаще осложняли течение заболевания в основной группе: в 10 и 2 наблюдениях соответственно (при

$p < 0,05$). Наблюдаемые клинические проявления геморрагического синдрома у больных основной группы объясняются тяжестью двух взаимоотягощающих состояний: ВГ и МЖ, для каждого из которых характерны тяжелые нарушения в системе гемостаза. Послеоперационная летальность в основной группе составила 22,4% (22 умерших), в контрольной — 6,5% (6 умерших) (при $p < 0,05$).

Были получены следующие результаты дискриминантного анализа:

$$ЛКФ_1 = -26,9 + 8,4 \cdot A - 0,09 \cdot B + 0,02 \cdot C - 1,2 \cdot D + 1,4 \cdot E + 4,77 \cdot F + 0,6 \cdot G - 2,21 \cdot H - 7,6 \cdot I + 1,3 \cdot J$$

$$ЛКФ_2 = -25,1 + 1,9 \cdot A + 0,075 \cdot B + 0,0092 \cdot C - 6,5 \cdot D + 0,8 \cdot E + 1,6 \cdot F + 0,74 \cdot G + 0,6 \cdot H - 10,6 \cdot I - 0,7 \cdot J$$

где, А — наличие портальной гипертензии, выраженное в цифровом виде (0 или 1); В — срок желтухи к моменту операции (сутки); С — уровень билирубина к моменту операции (мкмоль/л); D — наличие геморрагического синдрома (0 или 1); E — уровень лейкоцитов крови; F — наличие метастазов в печень (0 или 1); G — возраст (годы); H — наличие холангита (0 или 1); I — уровень опухолевой обструкции (0 — низкий; 1 — высокий); J — наличие вирусного гепатита (0 или 1). При этом отнесение больного к определенной группе выполнялось по ЛКФ той группы, которая имеет максимальное значение среди всех ЛКФ для каждой группы исходов [4]. Так, при $ЛКФ_1 > ЛКФ_2$ — прогноз не благоприятный; при $ЛКФ_1 < ЛКФ_2$ — прогноз благоприятный.

Таким образом, были выявлены наиболее значимые факторы прогноза течения МЖ злокачественного генеза. К их числу отнесены сопутствующий ВГ, который являлся прогностическим неблагоприятным фактором, негативно влияющим на исход заболевания; возраст больных, длительность желтухи к моменту операции, уровень билирубина и лейкоцитов, наличие геморрагического синдрома, портальной гипертензии, холангита и метастазов в печень. Точность прогноза составила 92%. Использование данных расчетов вероятности исхода течения МЖ злокачественного генеза позволило оценить степень операционного риска и избрать наи-

более рациональный метод декомпрессии желчевыводящей системы.

При изучении особенностей преджелтушного периода отмечено более раннее появление жалоб у больных МЖ на фоне ВГ в сравнении с больными контрольной группы. Это свидетельствовало о более ранних нарушениях гомеостаза у больных с МЖ на фоне ВГ, который нередко активировался еще в тот период, когда полного прекращения пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку еще не наступило. При поступлении у больных основной группы достоверно чаще наблюдалась клиническая картина холангита, с такими характерными проявлениями, как боли в эпигастрии и правом подреберье в сочетании с ознобами, более высокими показателями температуры тела и лейкоцитозом. Более тяжелые проявления холангита у больных основной группы обусловлены уже имеющейся к моменту развития МЖ патологией желчевыводящих путей, которая возникает вследствие тесной анатомофизиологической связи между паренхимой печени и билиарной системой и приводит к закономерному поражению последней при ВГ [11,13].

Послеоперационному периоду больных МЖ злокачественного генеза на фоне ВГ более часто сопутствовали такие грозные осложнения, как тяжелая степень печеночной недостаточности, геморрагический синдром, тяжелые формы холангита. Что объясняется взаимоотягощением двух конкурирующих заболеваний у данной категории больных. Применение дискриминантного анализа позволило верифицировать наиболее значимые факторы прогноза течения МЖ злокачественного генеза, к числу которых относится сопутствующий ВГ.

Таким образом, течение МЖ злокачественного генеза на фоне сопутствующего ВГ имеет клинические особенности и характеризуется более частыми осложнениями, такими как: геморрагический синдром, холангит, печеночная недостаточность, холангит. Наличие сопутствующего ВГ у больных МЖ злокачественного генеза является прогностическим неблагоприятным фактором, способствующим более частому развитию осложнений и высокой летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болезни печени. Руководство для врачей / Под ред. С.Д. Подымовой. — М.: Медицина, 1998. — 704 с.
2. Виноградов В.В., Зима П.И., Кочиашвили В.А. Непроходимость желчных путей. — М.: Медицина, 1977. — 311 с.
3. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Караголян С.Р. Рубцовые стриктуры желчных протоков. — М.: Медицина, 1982. — 239 с.
4. Гельман В.Я. Statistica для аспирантов. — СПб.: Изд-во СПбМАПО, 2007. — 159 с.
5. Ермолов А.С., Юрченко С.В., Ласаев Н.А. Декомпрессия желчевыводящих путей для подготовки больных с обтурационной желтухой и холангитом к радикальной операции // Хирургия. — 1994. — № 9. — С.24-31.
6. Земляной В.П., Непомнящая С.Л., Рыбкин А.К. Билиарная декомпрессия при механической желтухе опухолевого генеза // Практическая онкология. — 2004. — № 2. — С.85-92.
7. Павловский А.В., Козлов А.В., Поликарпов А.А. Нарушение проходимости желчевыводящих путей // Практическая онкология. — 2006. — № 2. — С.84-88.
8. Федоров В.Д., Вишневский В.А., Кубышкин В.А. и др. Хирургическое лечение рака общего печеночного протока // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2000. — № 2. — С.45-52.
9. Хачатрян Р.Г., Альперович Б.И. Механическая желтуха. — Томск: Изд-во Том. ун-та, 1994. — 303 с.
10. Хронические вирусные гепатиты и цирроз печени. Руководство для врачей / Под редакцией А.Г. Рахмановой. — СПб.: Изд-во СпецЛит, 2006. — 412 с.
11. Burgart L.J. Cholangitis in viral disease // Mayo Clin Proc. — 1998. — Vol. 73, № 5. — P.479-482.
12. Schwartz S.I. Biliary tract surgery and cirrhosis: a critical combination // Surgery. — 1981. — Vol. 90. — P.577-583.
13. Wong V.S., Wight D.G., Palmer C.R., Alexander G.J. Fibrosis and other histological features in chronic hepatitis C virus infection: a statistical model // J. of clin. path. — 1996. — Vol. 49, № 6. — P.465-469.

Адрес для переписки:

Санкт-Петербург, Светлановский проспект, 103, кв. 84; тел. 8-921-796-9689, дом. 8-812-597-82-29;

e-mail: snwssr@rambler.ru

Сидоров Родион Сергеевич