

УДК 616.361(032)

Заболевания билиарного тракта

(Обзор материалов Семнадцатой Российской Гастроэнтерологической Недели, 10–12 октября 2011 г., Москва)

И.В. Маев, А.В. Свиридова, Ю.А. Кучерявый

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии
ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»
Минздравсоцразвития России

Biliary diseases

(Review of the Seventeenth Russian Gastroenterological Week proceedings, October, 10–12, 2011, Moscow)

I.V. Mayev, A.V. Sviridova, Yu.A. Kucheryavy

Chair of internal diseases propedeutics and gastroenterology, State educational government-financed institution of higher professional education «Moscow State University of Medicine and Dentistry»
Ministry of Health and Social Development of Russia

Цель обзора. Проанализировать материалы Семнадцатой Российской Гастроэнтерологической Недели (10–12 октября 2011 г., Москва), опубликованные в разделе «Билиарный тракт» (Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. – 2011. – Т. 21, № 5. – Прил. 38).

Основные положения. Проведен анализ 29 тезисов, принятых к печати в качестве материалов Семнадцатой Российской Гастроэнтерологической Недели. Из них 14 работ (48,3%) посвящены вопросам консервативного и хирургического лечения патологии билиарного тракта, реабилитации после хирургических вмешательств, достижениям комплаентности в лечении пациентов. Всего в 44,8% принятых к публикации тезисов приведены результаты статистического анализа. Прочие работы, ряд из которых вызывает большой интерес, к сожалению, пока остаются в рамках описательных исследований и мнений экспертов.

Заключение. Целесообразно улучшить качество присылаемых авторами тезисов, в первую очередь за счет соблюдения требований, предъявляемых к публикации и приведению результатов статистического анализа.

Ключевые слова: билиарный тракт, холецистит, лечение.

The aim of review. To analyze proceedings of the Seventeenth Russian Gastroenterological Week (October, 10–12, 2011, Moscow), published in «The biliary tract» section (Ros. zhurn. gastroenterol. gepatol. koloproktol. – 2011. – Vol. 21, N 5. – Suppl. 38).

Original positions. Analysis of 29 abstracts, accepted for publication as proceedings of the Seventeenth Russian Gastroenterological Week, was carried out. Of them 14 publications (48,3%) were devoted to issues of conservative and surgical treatment of biliary diseases, rehabilitation after surgical operation, achievement of patients treatment compliance. Overall 44,8% of abstracts accepted to publication contained results of statistical analysis. Other publications, though of major interest, unfortunately, were bare descriptive works or specialists' opinions.

Conclusion. It is necessary to improve quality of the theses presented by authors, first of all by compliance with requirements for publication and presentation of statistical analysis results.

Key words: the biliary tract, cholecystitis, treatment.

Свиридова Анна Владимировна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ГБОУ ВПО МГМСУ Минздравсоцразвития России. Контактная информация: proped@mail.ru; 127473, Москва, ул. Делегатская, 20/1

Sviridova Anna V. – MD, assistant-professor, Chair of internal diseases propedeutics and gastroenterology, State educational government-financed institution of higher professional education Moscow State University of Medicine and Dentistry Ministry of Health and Social Development of Russia. Contact information: proped@mail.ru; 127473, Moscow, str. Delegatskaya, 20/1

Каждый год проходит научный конгресс «Российская Гастроэнтерологическая Неделя», на котором поднимаемые проблемы обсуждаются не только гастроэнтерологами, но и врачами других специальностей, чьи профессиональные интересы входят в круг этих проблем.

Целью настоящего тематического обзора стал анализ материалов, посвященных заболеваниям *билиарного тракта* (БТ).

Всего в разделе «Билиарный тракт» было опубликовано 29 абстрактов, из них работ, выполненных в России, оказалось 22, в ближнем Зарубежье (страны бывшего СССР) — 7. Представленность по странам и городам России приведена на рисунке.

Опубликованные тезисы условно можно разделить по тематике на следующие подгруппы:

- патофизиология заболеваний БТ, влияние других заболеваний на развитие дисфункций БТ, а также влияние патологии БТ на миокард;
- вопросы инструментальной диагностики заболеваний БТ;
- вопросы консервативного и хирургического лечения больных с патологией БТ, их реабилитации, достижения комплаентности в лечении;
- прочие.

Число тезисов в выделенных подгруппах представлено в табл. 1.

Лишь в 13 (44,8%) абстрактах проведен статистический анализ. Прочие тезисы (16; 55,2%) можно классифицировать как описательные работы, наблюдения, обмен опытом и мнения экспертов, имеющие, как известно, самый низкий уровень доказательности (табл. 2) [6].

Практически половина работ (14 из 29) были посвящены вопросам профилактики заболеваний БТ, лечения, реабилитации больных. В 6 тезисах результаты статистически оформлены, однако в 3 работах, основанных на статистическом анализе, выводы сомнительны [3, 14].

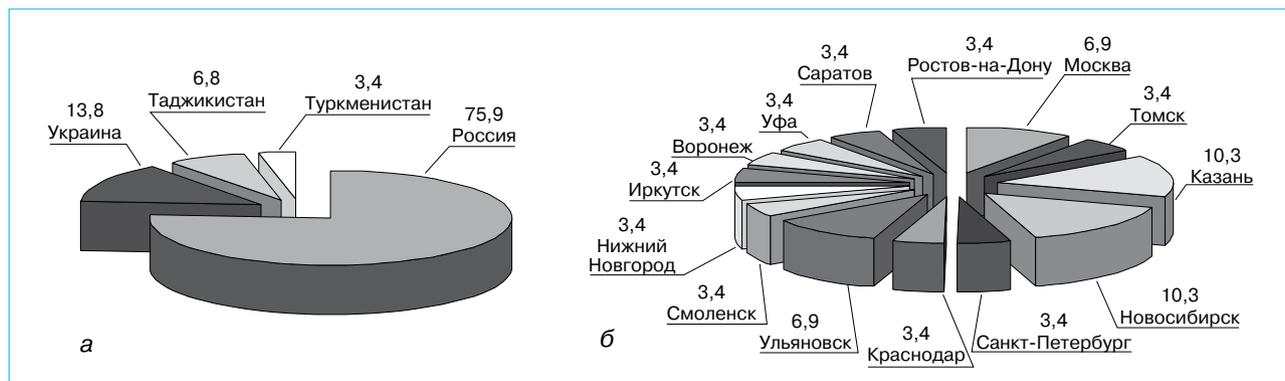
Из 9 тезисов, посвященных консервативному лечению, можно условно выделить 3 подгруппы, так как часть работ попадает под сочетание нижеприведенных критериев:

— пилотные и экспериментальные исследования, в которых для лечения хронического бескаменного холецистита применялась гидроколонтотерапия и использовалась бутилированная минеральная вода, не зарегистрированная в Российской Федерации (всего 2 абстракта, 120 включенных пациентов; не приведены достоверные данные);

— исследования по эффективности схем лечения различной патологии БТ (изолировано и при наличии сопутствующих заболеваний). Так, в 3 работах высоко оценен эффект *урсодезоксихолевой кислоты* (УДХК) в комплексной терапии билиарного сладжа у 56 больных и у 47 беременных с костипационным синдромом, но результаты этих работ носят описательный характер. Статистически достоверно доказаны эффективность УДХК у 141 пациента после холецистотомии в качестве снижения литогенных свойств желчи, а также влияние электростимуляции желчного пузыря на нормализацию моторно-эвакуаторной функции;

— исследования, оценивающие эффективность введения различных лекарственных средств, например иммуномодуляторов (1 абстракт по использованию азоксимера бромид у 29 больных), спазмолитика и препарата лактулозы — дюспаталина и дюфалака (1 абстракт — 35 пациентов), антибиотиков широкого спектра действия при сочетании патологии БТ с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori* (1 абстракт — 62 пациента); в исследованиях отсутствуют доказательства достоверности данных.

Названия лекарственных препаратов даны во всех 8 работах — в 7 из них приведены только коммерческие названия без указания международного непатентованного названия (МНН) и/или состава (одно из этих средств в России не зарегистрировано, что существенно затрудняет восприятие информации читателем без поиска дополнительных сведений). Лишь в 1 работе из 12 (8,3%) представлены МНН с расшифровкой коммерческого названия, суточная доза препарата, кратность введения, длительность курса.



Распределение абстрактов в рубрике «Билиарный тракт», %: а — по странам, б — по городам России

Таблица 1

Распределение опубликованных абстрактов по условно выделенной тематике

Тематика	Число абстрактов	% от общего числа
Вопросы патофизиологии заболеваний БТ, влияние билиарной патологии на миокард, влияние других заболеваний на функциональный аппарат БТ	11	37,9
Инструментальная диагностика патологии БТ	2	6,9
Консервативное и хирургическое лечение больных с патологией БТ, их реабилитация, достижения комплаентности в лечении	14	48,3
Прочие	2	6,9

Таблица 2

Анализ абстрактов, в которых проведен статистический анализ результатов

Тематика	Число абстрактов	%*	Количество больных	%**
Вопросы патофизиологии заболеваний БТ, влияние патологии БТ на миокард, влияние других заболеваний на функциональный аппарат БТ	6	46,1	8457	89,9
Консервативное и хирургическое лечение больных с патологией БТ, их реабилитация, достижения комплаентности в лечении	6	46,1	864	9,2
Прочие	1	7,8	87	0,9
В с е г о ...	13	100,0	9408	100,0

* % высчитывался от общего числа абстрактов с проведенным статистическим анализом ($n=13$);** % высчитывался от общего числа больных, включенных во все 13 исследований со статистическим анализом ($n=9408$).

Обзор наиболее интересных исследований

В работе Н.М. Козлова и соавт., посвященной изучению закономерностей развития функциональных нарушений билиарного тракта при заболеваниях желчевыводящих путей, было показано, что снижение абсорбционной и выделительной функций желчного пузыря (ЖП) приводит к внутрипузырному холестазу, а снижение поглотительно-выделительной функции печени и повышение активности гамма-глутамилтранспептидазы в плазме крови – к внутрипеченочному холестазу [7]. Любопытно, что у лиц с дисфункцией ЖП и больных с некалькулезным холециститом достоверно чаще развивался внутрипузырный холестаз, а у лиц с калькулезным холециститом и постхолецистэктомическим синдромом – внутрипеченочный холестаз. К сожалению, авторами не приведены достоверные статистические данные, на которых основываются выводы, поэтому хотелось бы увидеть приведенные в абстракте результаты опубликованными в полном объеме.

Интересное исследование по профилактике рецидива холецистолитиаза после органосохраняющей операции на желчном пузыре проведено на Украине (Бабий А.М., Шевченко Б.Ф., г. Днепропетровск) [2]. В исследование вошли 83 пациента после неосложненного одиночного холецистолитиаза, у 40 из них была выполнена холецистотомия. Достоверно доказано, что элек-

тростимуляция ЖП приводит к увеличению в 1,4 раза эффективности желчеотделения, особенно после ее курсового применения после холецистолитомии, а при комбинации с приемом УДХК в дозе 10 мкг/кг снижаются литогенные свойства желчи в порции «В» в 2,5 раза и в порции «С» в 1,7 раза. Отдаленные результаты, оцененные у 33 пациентов спустя 3,5 года, также свидетельствовали о восстановлении моторно-эвакуаторной функции ЖП – всего в 24,3% случаев сохранялась его гипотония и у одного пациента выявлен холецистолитиаз. Не четко представлена характеристика контрольной группы и не понятно, для чего она указана в разделе «Материалы и методы», так как авторы анализировали результаты исследования до и после комплексного лечения группы больных после холецистолитотомии.

В Государственном медицинском университете Новосибирска М.И. Скалинской и соавт. [10] проведена работа, доказывающая, что у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани ($n=117$) чаще встречается гипомоторная дискинезия ЖП (95%). Выявлена прямая взаимосвязь между клиническими проявлениями и интенсивностью болевого абдоминального синдрома (в 4 раза возрастала боль при выраженной недифференцированной дисплазии соединительной ткани); кроме того, возрастали литогенные свойства желчи, особенно у пациентов с заметными клиническими проявлениями дисплазии. Таким образом, больные с недиффе-

ренцированной дисплазией соединительной ткани входят в группу риска развития калькулезного холецистита, требующего назначения профилактических мер.

Важное исследование для понимания взаимосвязи уровней липидов крови и отягощенной наследственности по *желчнокаменной болезни* (ЖКБ) с метаболическим синдромом и без него проведено И.Н. Григорьевой и соавт. [5]. Эта небольшая работа включала 71 больного с указанной наследственной отягощенностью по материнской линии, у 25,8% из них выявлен метаболический синдром по критериям АТР III. Достоверно доказано, что при наличии метаболического синдрома значительно повышается уровень триглицеридов в крови ($3,08 \pm 0,3$ ммоль/л), при его отсутствии он составляет $2,04 \pm 0,2$ ммоль/л. Показатели остальных маркёров липидного профиля не отличались у пациентов двух обследованных групп. При оценке сократительной функции ЖП по данным дуоденального зондирования установлено, что в случае отсутствия метаболического синдрома у 57,9% больных имеет место гипомоторная функция ЖП, а при его наличии в $2/3$ случаев отмечена нормальная либо гиперкинетическая функция на фоне высоких показателей литогенности желчи. Желательно оценить данные ультразвукового исследования ЖП у этих больных и проследить динамику течения развития ЖКБ у лиц с метаболическим синдромом и без него.

Очень актуальная для клиницистов работа представлена Е.А. Александровой и соавт. [1], наблюдавших в течение 26 лет (1984–2010 гг.) 20 больных *первичным склерозирующим холангитом* (ПСХ). Средний возраст пациентов на момент постановки диагноза 32 ± 13 лет. Первые признаки ПСХ отмечены в возрасте 26 ± 16 лет. Средняя продолжительность болезни на момент первого обращения составила $1,6 \pm 2,5$ года. Авторами выявлены внепеченочные проявления ПСХ у 70% пациентов: у 45% — язвенный колит, у 15% — болезнь Крона, у 10% — аутоиммунный тиреоидит, у 10% — синдром Шегрена. Интересно, что у 4 больных первые признаки ПСХ одновременно сочетались с внепеченочными проявлениями, у 5 сначала проявились внепеченочные признаки болезни и в среднем через $1,4 \pm 3,3$ года у большинства уже были обнаружены печеночные признаки. В среднем первые проявления системных заболеваний наблюдались спустя $2,1 \pm 6,7$ года от клинического дебюта ПСХ. Что касается осложнений, то у одной больной с болезнью Крона развилось кишечное кровотечение, а у одной больной с язвенным колитом — аденокарцинома толстой кишки. Поэтому клиницистам следует помнить о сочетании аутоиммунных заболеваний и при выявлении одного из них продолжать дифференцированный поиск

возможной другой аутоиммунной патологии для определения тяжести состояния больных и прогноза заболевания.

Важный опыт приобретен в Воронеже, где разработана тактика ведения больных с механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом [4]. Выбор тактики лечения определялся характером патологии и выраженностью желтухи. При уровне билирубина в анализе крови до 100 ммоль/л оперативное лечение проводили в два этапа: первый — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с эндоскопической папиллосфинктеротомией и второй — лапароскопическая холецистэктомия, контрольное интраоперационное ультразвуковое исследование, дренирование холедоха. При цифрах билирубина более 100 ммоль/л вначале осуществляли чрескожную чреспеченочную гепатостомию под контролем УЗИ, затем лапаротомию после нормализации показателей билирубина, так как при его высоком содержании создаются условия для кровотечения. В результате представленной тактики удалось избежать летальных исходов. К сожалению, авторами не приведены достоверные статистические данные, вероятно из-за лимита объема тезисов.

Э.И. Халиулина из Государственной медицинской академии г. Казани [12] представила ретроспективный обзор 110 историй болезни больных, перенесших неотложную холецистэктомию в 2007–2008 гг. на базе городской клинической больницы № 7. В 85,5% случаев проведена лапароскопическая холецистэктомия, в 5,5% — лапаротомическая холецистэктомия, в 7,3% — холецистэктомия в сочетании с холедоходуоденостомией, в 1,7% — лапароскопическая холецистэктомия с последующей эндоскопической папиллосфинктеротомией. Причиной оперативных вмешательств являлись неосложненный острый калькулезный холецистит (43,6%) и холедохолитиаз (31,8%), в большинстве случаев извлекались множественные камни диаметром 0,5–1,5 см. Другими причинами, приведшими к неотложной холецистэктомии, был хронический калькулезный холецистит, который в 10% случаев осложнился стриктурой терминального отдела холедоха и в 2,7% — водянкой желчного пузыря. У 6 пациентов причиной оперативного лечения послужило развитие острого калькулезного холецистита, осложненного перивезикулярным инфильтратом. Установлена также сопутствующая патология: в 46,4% имел место стеатоз печени, в 40,9% — хронический панкреатит.

В г. Душанбе В.Ш. Шарипов и соавт. [13] изучали возможности *магнитно-резонансной холецистохолангиопанкреатографии* (МРХПГ) в диагностике холестаза в условиях ургентной клиники. Было проанализировано 63 исследования более чем за 5 лет в разных режимах: 46 — в режимах T1 (FLASH), T2 (Turbo S.E. и HASTE), T2-TSE+FS (подавление жира). Наименее под-

верженной артефактам оказалась последовательность HASTE. В 54,3% случаев был подтвержден холестаза, при этом у 92% больных его развитие было связано с поражением внепеченочных, у 4% — с поражением внутрипеченочных протоков. В 88% случаев удалось установить причину холестаза: в 32% это были стриктуры терминального отдела холедоха, в 24% зарегистрированы комбинированные причины (не описаны в тезисе), у 12% больных имелись объемные образования в головке поджелудочной железы, холедохолитиаз диагностирован у 8% пациентов. Стриктура большого дуоденального сосочка, объемное образование в воротах печени, склерозирующий холангит, опухоль желчных протоков и опухоль большого дуоденального сосочка в равных долях (по 4%) также служили причинами синдрома холестаза. Таким образом, авторы подсчитали, что МРХПГ позволяет верифицировать причину холестаза в 88% случаев. 2D-MРХПГ дает возможность более достоверно оценить состояние структур фатерова соска и снижает количество неинформативных исследований. К сожалению, авторами представлено мало сведений о результатах исследований в режиме 2D-MРХПГ.

Любопытная работа проведена в Харькове О.В. Сокруто и соавт.[11] по выявлению особенностей билиарной патологии у женщин фертильного возраста. В исследование включили 67 женщин (средний возраст $31,3 \pm 0,8$ года) с хроническим некалькулезным холециститом с преобладанием гипотонически-гипокинетической дискинезии желчевыводящих путей, дополнительно в ходе исследования определяли гормоны щитовидной железы. Достоверно у больных выявлено снижение уровня свободного T_3 и повышение уровня тиреотропного гормона (цифровые результаты не представлены). Авторы высчитывали индекс (отношение) — свободный T_4 /свободный T_3 , который у обследуемых пациентов был достоверно выше, чем у здоровых лиц (цифровые результаты также не представлены). На основании этого авторы делают вывод, что у больных некалькулезным холециститом с дискинетическими нарушениями ЖП дефицит свободного T_3 носит черты абсолютного явления. Тема, затронутая в тезисе, безусловно, интересна, так как состояние гипотиреоза может привести в дальнейшем к развитию холелитиаза, особенно у пациентов с гипокинезом ЖП. К сожалению, авторы высказали только свои предположения, не подкрепив их статистическим анализом.

Две работы из Ульяновска посвящены определению взаимосвязи состояния миокарда при *ишемической болезни сердца* (ИБС) и сопутствующем холелитиазе. В одной из них И.Г. Пашенко и соавт [9], опираясь на анализ медицинской литературы, обследовали 90 больных, страдающих ИБС в сочетании с ЖКБ, и 90 пациентов с

ИБС без холелитиаза. В результате комплексного обследования (суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, доплероэхокардиография, селективная коронароангиография, УЗИ органов брюшной полости) у больных с холелитиазом чаще наблюдались приступы стенокардии III функционального класса, эпизоды безболевого ишемии миокарда, нарушения ритма сердца по типу предсердной и желудочковой экстрасистолии, признаки хронической сердечной недостаточности II–III функциональных классов, на ЭКГ — признаки дисметаболических расстройств миокарда, по данным доплероэхокардиографии — проявления концентрической гипертрофии левого желудочка с нарушением его глобальной контрактильности и локальной сократимости, диастолической дисфункцией, при коронароангиографии выявлено однососудистое поражение, нередко межжелудочковой ветви левой коронарной артерии. С учетом полученных результатов авторы пришли к заключению, что основными причинами развития изменений в миокарде у больных ИБС и холелитиазом являются коронарогенные и некоронарогенные дисметаболические расстройства в миокарде, первичная и вторичная дислипидемия (данных не представлено), симпатовагусная афферентация, индуцируемая конкрементами в желчном пузыре, а также интоксикационным воздействием на миокард очага хронической инфекции. К сожалению, не приведены достоверные статистические данные, скорее всего из-за лимита объема тезисов.

Во второй работе М.В. Марковцева и соавт. [8] оценивали влияние холецистэктомии, выполненной по поводу ЖКБ, на клиническое течение и структурно-функциональные показатели миокарда у пациентов с ИБС, проявляющейся стенокардией напряжения. В исследование включено 40 больных в возрасте 45–60 лет с холецистэктомией в анамнезе, в контрольную группу вошли 40 пациентов с ИБС и ЖКБ в стадии ремиссии. Всем больным проводили суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, доплероэхокардиографию, УЗИ органов брюшной полости.

В ходе обследований в группе больных с ИБС и холецистэктомией достоверно реже регистрировались стенокардия напряжения высокого функционального класса, безболевого ишемия миокарда, нарушения ритма сердца по типу предсердной и желудочковой экстрасистолии, признаки хронической сердечной недостаточности. По данным доплероэхокардиографии отмечалось улучшение состояния миокарда: снижалось количество больных с различными вариантами нарушения кинеза миокарда левого желудочка, развитием его диастолической дисфункции, в большинстве случаев сохранялась неизменная геометрия левого желудочка, в то время как у пациентов, страдающих ИБС и ЖКБ, преобладало концентрическое ремоделирование левого желудочка. Таким обра-

зом, положительная динамика проявлений ИБС и параметров миокарда у больных с холецистэктомией в анамнезе может объясняться устранением после операции патофизиологических воздействий патологии желчного пузыря на сердце. К сожалению, авторами не представлены достоверные статистические данные, но мы уверены, что приведенные в абстракте сведения обязательно будут опубликованы в полном объеме.

Заключение

Итак, большая часть тезисов Семнадцатой Российской Гастроэнтерологической Недели

посвящена вопросам консервативного и хирургического лечения больных с патологией билиарного тракта, их реабилитации, достижению комплаентности в терапии указанной категории пациентов. Менее чем в половине представленных материалов приведен статистический анализ полученных данных, остальные же работы, многие из которых вызывают большой интерес, к сожалению, пока остаются в рамках описательных исследований и мнений экспертов. Необходимо улучшить качество присылаемых авторами тезисов за счет соблюдения требований, предъявляемых к публикации и приведению результатов статистического анализа.

Список литературы

1. Александрова Е.А., Арион Е.А., Бурневич Э.З. Системные проявления первичного склерозирующего холангита // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2011. — Т. 21, № 5. — Прил. 38. — С. 107.
1. Alexandrova Ye.A., Arion Ye.A., Burnevich E.Z. Systemic manifestations of primary sclerosing cholangitis // Ros. zhurn. gastroenterol. gepatol. koloproktol. — 2011. — Vol. 21, N 5. — Suppl. 38. — P. 107.
2. Бабий А.М., Шевченко Б.Ф. Профилактика рецидива холецистолитиаза после органосохраняющей операции на желчном пузыре // Там же. — С. 107.
2. Babiy A.M., Shevchenko B.F. Prophylaxis of cholecolithiasis relapse after organ-preserving gallbladder surgery // Ibid — P. 107.
3. Бекмурадова Ш.Д., Овезова Г.К. Эффективность бутилированной минеральной воды «Берзengi-2» в комплексной терапии больных хроническим бескаменным холециститом // Там же. — С. 108.
3. Bekmuradova Sh.D., Ovezova G.K. Efficacy of bottled mineral water «Berzengi-2» in complex treatment of patients with chronic noncalculous cholecystitis // Ibid — P. 108.
4. Глухов А.А., Боев С.Н., Вдовин В.В. Рациональная хирургическая тактика у больных с механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом // Там же. — С. 109.
4. Glukhov A.A., Boyev S.N., Vdovin V.V. Rational surgical approach at choledocholithiasis-related obstructive jaundice // Ibid — P. 109.
5. Григорьева И.Н., Слободчикова М.А., Логвиненко Е.В., Тихонов А.В. Некоторые биохимические и функциональные параметры у лиц с наследственной отягощенностью по ЖКБ с и без метаболического синдрома // Там же. — С. 109.
5. Grigor'yeva I.N., Slobodchikova M.A., Logvinenko Ye.V., Tikhonov A.V. Biochemical and functional features in patients with hereditary GSD predisposition without metabolic syndrome // Ibid — P. 109.
6. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины / Пер. с англ. — М: Гэотар-Мед., 2006. — 240 с.
6. Grinhalth T. The basis of evidence-based medicine / English Transl. — M: Geotar-med., 2006. — 240 p.
7. Козлова Н.М., Тюримин Я.Л., Галлеев Ю.М. Развитие холестаза при билиарной патологии // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2011. — Т. 21, № 5. — Прил. 38. — С. 149.
7. Kozlova N.M., Tyurimin JA.L., Galleyev Yu.M. Development of cholestasis at biliary diseases // Ros. zhurn. gastroenterol. gepatol. koloproktol. — 2011. — Vol. 21, N 5. — Suppl. 38. — P. 149.

8. Марковцева М.В., Пащенко И.Г., Джинибалаева Ж.В. и др. Влияние операции холецистэктомии на клиническое течение ишемической болезни сердца и состояние миокарда // Там же. — С. 111.
8. Markovtseva M.V., Pashchenko I.G., Dzhinibalaeva Zh.V., et al. Effect of cholecystectomy on clinical course of ischemic heart disease and state of myocardium // Ibid — P. 111
9. Пащенко И.Г., Марковцева М.В., Клочкова Т.С. и др. Холелитиаз как условие для развития дисметаболических изменений в миокарде у больных ишемической болезнью сердца // Там же. — С. 112.
9. Pashchenko I.G., Markovtseva M.V., Klochkova T.S., et al. Cholelithiasis as a condition for development of dysmetabolic changes in myocardium at ischemic heart disease // Ibid — P. 112.
10. Скалинская М.И., Осипенко М.Ф., Сорокин А.Н. Функциональная патология билиарного тракта при недифференцированной дисплазии соединительной ткани // Там же. — С. 112.
10. Skalinskaya M.I., Osipenko M.F., Sorokin A.N. Functional disorders of biliary tract at undifferentiated connective tissue dysplasia // Ibid — P. 112.
11. Сокруто О.В., Вовк К.В., Александрова Н.К. и др. Особенности билиарной патологии у женщин фертильного возраста // Там же. — С. 112.
11. Sokruto O.V., Vovk K.V., Alexandrova N.K., et al. Features of a biliary pathology at women of fertile age // Ibid — P. 112.
12. Халулилина Э.И. Анализ данных историй болезни больных, перенесших неотложную холецистэктомию в 2007–2008 гг. // Там же. — С. 113.
12. Khaliulina E.I. Analysis of case records data of the patients after urgent cholecystectomy in 2007–2008 // Ibid — P. 113.
13. Шарипов В.Ш., Улаев Н.А., Холматов П.К. Значение двумерной магнитно-резонансной холангиопанкреатографии в диагностике холестаза // Там же. — С. 113.
13. Sharipov V.Sh., Ulayev N.A., Kholmatorov P.K. Value of two-dimensional magnetic-resonance cholangiopancreatography in diagnostics of cholestasis // Ibid — P. 113.
14. Шеголева С.Ф., Поддубная О.А., Белобородина Э.И. Применение магнитотерапии в комплексной реабилитации больных с дисфункцией желчного пузыря при хроническом описторхозе // Там же. — С. 114.
14. Schegoleva S.F., Poddubnaya O.A., Beloborodina E.I. Application of a magnetotherapy in complex rehabilitation of patients with dysfunction of gallbladder at chronic opisthorchiasis // Ibid — P. 114.