

УДК 616.37(063)(470.311-25)

Заболевания поджелудочной железы

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

И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый, А.Н. Казюлин

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

Diseases of the pancreas

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

I.V. Mayev, Yu.A. Kucheryavy, A.N. Kazyulin

*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 «Поджелудочная железа» (Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктोल. – 2011. – Т. 21, № 5. – Прил. 38).

Основные положения. Проведен анализ 53 тезисов, принятых к печати в качестве материалов Семнадцатой Российской Гастроэнтерологической Недели. Большая часть работ (64,2%) посвящена вопросам ведения больных острым и хроническим панкреатитом (наблюдение, хирургическое, эндоскопическое и консервативное лечение). Всего в 37,7% 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. Желательно в дальнейшем в присылаемых авторами тезисах не допускать недостатков, выявленных в ходе проведенного анализа.

Ключевые слова: панкреатит, поджелудочная железа, лечение.

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

Original positions. Analysis of 53 abstracts, accepted for publication as proceedings of the Seventeenth Russian Gastroenterological Week was carried out. The most of publications (64,2%) was devoted to issues of management of patients with acute and chronic pancreatitis (case presentation, surgical, endoscopic and conservative treatment). Overall in 37,7% of abstracts accepted for publication results of statistical analysis were presented. Other publications, some of which invoked major interest, unfortunately, still remain to be only descriptive works and experts 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: pancreatitis, the pancreas, treatment.

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

Kucheryavy Yury A. – MD, lecturer of 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

Ежегодная Российская Гастроэнтерологическая Неделя с 1995 г. неизменно является главным и самым крупным научным конгрессом врачей в России, посвященным вопросам гастроэнтерологии. Участие в нем принимают не только гастроэнтерологи, но и хирурги, эндоскописты, клинические фармакологи, врачи других специальностей, провизоры и фармацевты. В последние годы все большее участие в этой конференции принимают специалисты из ближнего и дальнего Зарубежья.

Целью настоящего тематического обзора стал анализ материалов, посвященных заболеваниям *поджелудочной железы (ПЖ)*.

Всего в разделе «Поджелудочная железа» было опубликовано 53 абстракта, которые условно можно разделить по тематике на следующие подгруппы:

- экспериментальные данные, вопросы патофизиологии при заболеваниях ПЖ;
- вопросы хирургического лечения при *остром (ОП) и хроническом (ХП) панкреатите*, включая эндохирургические и иные методы;
- вопросы онкологии;
- вопросы ведения и консервативного лечения больных ХП;
- прочие.

Число абстрактов в выделенных подгруппах представлено в табл. 1.

Работ, выполненных в России, оказалось 36, в ближнем Зарубежье (страны бывшего СССР) — 17. Представленность по странам и городам России приведена на рисунке. Из российских исследований 2 были выполнены при поддержке Государственных грантов (5,6% от общего числа).

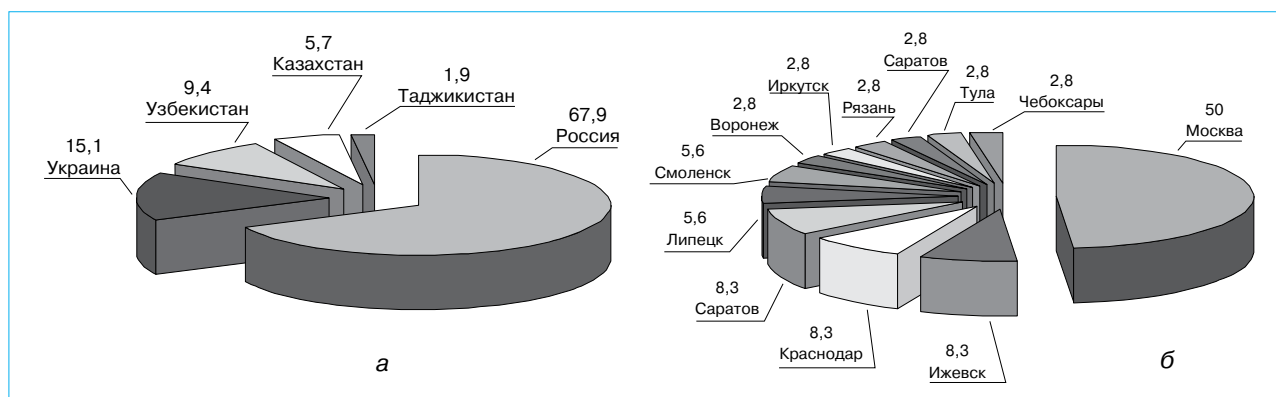
Статистический анализ, позволяющий сделать какие-либо выводы о проведенной работе, приведен в 20 абстрактах из 53 (37,7%). Прочие тезисы (33; 62,3%) можно классифицировать как описательные работы, наблюдения, обмен опытом и мнения экспертов, имеющие, как известно, самый низкий уровень доказательности [2].

Более трети работ (20 из 53) были посвящены вопросам лечения панкреатита. Можно выделить исследования с преимущественно хирургическими и консервативными подходами, а также относящиеся к нутритивной поддержке (табл. 2). Несколько чаще представлены абстракты, содержащие сведения о консервативной терапии, только 1 работа была посвящена нутритивной поддержке. Несмотря на меньшее число опубликованных тезисов по вопросам хирургических вмешательств, именно в этих работах было пролечено почти в 2,5 раза больше больных, чем в исследованиях, касающихся терапевтических аспектов лечения. В то же время, работы, содержащие достоверные статистические данные, приведены только в 25,0% случаев (в общей выборке

Таблица 1

Распределение опубликованных абстрактов по условно выделенной тематике

Тематика	Число абстрактов	% от общего числа
Экспериментальные данные, патофизиология при заболеваниях ПЖ	14	26,4
Хирургическое лечение при ОП и ХП, включая эндохирургические и прочие методы	16	30,2
Онкологическая панкреатология	4	7,6
Ведение и консервативное лечение больных ХП	18	34,0
Не относящаяся к заболеваниям ПЖ	1	1,8
Всего ...	53	100,0



Распределение абстрактов, опубликованных в рубрике «Поджелудочная железа», %:
а — по странам, б — по городам России

Таблица 2

Анализ абстрактов, относящихся к вопросам лечения панкреатита

Тип лечения	Число абстрактов	%*	Количество больных	%**	Число абстрактов с наличием доказательств/%***	Количество больных в исследованиях с наличием доказательств/%****
Консервативное	11	55,0	1294	28,1	3/27,3	206/16,0
Хирургическое	8	40,0	3210	69,8	2/25,0	119/3,7
Нутритивная поддержка	1	5,0	97	2,1	1/—	—
Всего ...	20	100,0	4601	100,0	6/52,3	325/19,7

* % высчитывался от общего числа абстрактов ($n=20$);

** % высчитывался от общего количества больных, включенных во все 20 исследований, посвященных вопросам лечения панкреатита ($n=4601$);

*** % высчитывался от числа абстрактов, посвященных конкретному виду лечения (консервативное, хирургическое, нутритивная поддержка);

**** % высчитывался от количества больных, получивших консервативное, хирургическое лечение и нутритивную поддержку.

подгруппы с консервативным и хирургическим лечением были сопоставимы). При этом количество пациентов, включенных в работы со статистическим анализом, оказалось еще меньшим — 16 и 3,7% соответственно, составив в общей выборке всего 7,1% (см. табл. 2).

Среди 11 работ, посвященных консервативному лечению, можно условно выделить 3 подгруппы, так как часть работ попадает под сочетание нижеприведенных критериев:

— сравнительные исследования, оценивающие эффективность введения различных лекарственных средств с антиоксидантным действием в схемы комплексного лечения ХП (3 абстракта, 602 наблюдения с учетом групп контроля; все исследования без доказательств достоверности данных);

— пилотные и экспериментальные исследования, в которых для лечения ХП применялись препараты offlabel (растительные, гомеопатические средства, препараты аминокислот и прочие субстанции, в том числе не зарегистрированные в Российской Федерации; всего 8 абстрактов, 1072 больных, включая контроль, из них только в работе с участием 42 пациентов (3,9%) приведены достоверные данные;

— исследования по коррекции синдрома избыточного бактериального роста на фоне терапии современными препаратами панкреатина в минимикросферах (использовался препарат Креон 120 000 ЕД липолитической активности в сутки; 1 работа, 47 пациентов) или комбинированной терапии с применением невсасывающихся антибактериальных средств и пробиотиков (1 работа, 62 больных, достоверная статистика).

Названия лекарственных препаратов представлены во всех 11 работах — в 9 из них приведены только коммерческие названия без указания *международного непатентованного названия* (МНН) и/или состава (больше половины этих средств в России не зарегистрированы, что существенно затрудняет восприятие информации читателем без

поиска дополнительных сведений). В 2 абстрактах указаны МНН, в 1 — МНН с расшифровкой коммерческого названия. Только в 2 работах из 11 (18,2%) отмечены суточная доза препарата, кратность введения, длительность курса.

Обзор наиболее интересных исследований

В работе О.В. Барышниковой и Я.М. Вахрушева [1], посвященной изучению функционального состояния ПЖ у больных гипотиреозом, нуждающихся в заместительной терапии левотироксином, было показано, что структурные или функциональные изменения железы (авторы определяют это как ее «поражение») отмечаются у 54,0% больных гипотиреозом. Назначение таким больным Креона в сочетании с адекватной дозой левотироксина привело к повышению уровня С-пептида на 24,5%, в то время как в группе сравнения, получавшей только заместительную гормональную терапию, подобной тенденции не наблюдалось. Что любопытно, и у лиц, получавших Креон в сочетании с левотироксином, и у получавших только заместительную гормональную терапию увеличивалось содержание трипсина в кале на 37,5 и 31,9% соответственно.

Таким образом, повышение уровня С-пептида у больных с «панкреатопатией», вероятно на фоне гипотиреоза, может быть обусловлено специфическим действием Креона, корректирующего внешнесекреторную недостаточность ПЖ и по принципу отрицательной обратной связи создающего высокую концентрацию ферментов в двенадцатиперстной кишке. Как известно, при этом возможно снижение не только внешне-, но и внутрисекреторного напряжения железы. Увеличение же внешней секреции, оцененное авторами по уровню фекального трипсина, может быть отражением позитивного влияния левотироксина на ее функцию. Данная взаимосвязь условна, и, на наш

взгляд, материалом, представленным в тезисах, не доказана, устранением чего мы будем с нетерпением ожидать в дальнейшем.

Конечно, следует отметить, что больные в этой работе получали также offlabel триметилгидразиния пропионата дигидрат, доказательная база эффективности и безопасности которого в рандомизированных плацебоконтролируемых исследованиях пока отсутствует. Поэтому трактовать полученные данные, несмотря на весь потенциальный интерес работы, крайне сложно.

Интересные сведения по ведению больных панкреонекрозом представлены М.Д. Дибировым и соавт. [3]. Крупное исследование, вероятно с ретроспективным дизайном, включало 386 пациентов: стерильный панкреонекроз был у 63% из них, неинфицированный инфильтрат — у 37%, инфицированный панкреонекроз — у 84 (22%); 211 больных из общей выборки были оперированы в объеме лапароскопии с дренированием брюшной полости (69,7%), санации сальниковой сумки и забрюшинного пространства с использованием дренирования под контролем УЗИ и минидоступов (30,3%).

Нельзя не отметить современный подход как в оценке тяжести общего состояния, эндотоксикоза и функциональных нарушений со стороны печени и почек, так и в лечении (ранняя экстракорпоральная детоксикация, энтеросорбция, адекватная антибиотикотерапия, коррекция печеночно-почечной недостаточности, центральной гемодинамики и микроциркуляторных расстройств). Авторы полагают, что прогнозирование риска неблагоприятных исходов, применение патогенетически направленной терапии позволяют снизить прогрессирование органной недостаточности и летальность. Однако из содержания тезиса не понятно, в каком случае общая летальность составила 4,7%, а в каком — 10%. Не приведены результаты статистического анализа, что затрудняет интерпретацию представленных данных.

Чрезвычайно важное исследование для понимания взаимосвязи ХП и рака ПЖ проведено Н.В. Корочанской и соавт. [4]. Эта большая работа включала 802 пациента с осложненным течением ХП, перенесших 724 хирургических вмешательства, из них малоинвазивных — 574, прямых операций на ПЖ — 148, в том числе 35 пилоросохраняющих панкреатодуоденальных резекций, 17 дуоденосохраняющих резекций головки железы, 74 медиальных резекций. Периоперационная летальность составила 0%.

Резецированные в ходе оперативного вмешательства фрагменты ПЖ подвергались гистологическому исследованию с использованием классификации панкреатических интраэпителиальных неоплазий (Pan-IN, 1996), полуколичественной оценкой фиброза (индекс G. Kloppel, 1996) и степени активности воспалительного

процесса в панкреатической паренхиме (по выраженности лимфолейкоцитарной инфильтрации). Диспластические изменения протокового эпителия ПЖ носили мозаичный характер, не зависели от выраженности воспалительного процесса в паренхиме органа, степени выраженности фиброза и длительности заболевания.

Комплексная морфологическая оценка всего макропрепарата позволяла выявить индивидуальный риск развития рака ПЖ и сформировать группы послеоперационного наблюдения. Пациенты с верифицированными морфологически предраковыми изменениями в железе наблюдались в динамике не менее 8 лет, при этом случаев раковой трансформации не выявлено. Залогом подобного успеха, безусловно, явился комплексный подход к лечению и активному скринингу в качестве метода вторичной профилактики рака ПЖ в группе повышенного риска. К сожалению, авторами не приведены достоверные статистические данные, вероятно из-за лимита объема тезисов, но мы уверены, что приведенные в абстракте результаты обязательно будут опубликованы в полном объеме.

Очень актуальная для клиницистов работа представлена М.А. Куницыной и Е.И. Кашкиной [5], наблюдавших в течение 5 лет 76 больных ХП. Авторами применен комплекс современных методов диагностики ХП. В ходе проспективного наблюдения при контрольном обследовании один раз в 6 мес больных тестировали на наличие *сахарного диабета* (СД) согласно рекомендациям ВОЗ. Отмечено развитие панкреатогенного сахарного диабета в течение 5 лет у 23 из 76 наблюдавшихся больных (30,3%). Авторам удалось доказать: появление СД у больных ХП усугубляет течение панкреатита, что отражается в увеличении количества атак последнего с 0,9 до 1,4 раза в год. Наличие отмеченной корреляционной взаимосвязи между выраженностью абдоминальной боли в период обострения, выраженностью гиперamilаземии и уровнем гликозилированного гемоглобина ($r=0,57$ и $r=0,64$ соответственно) предполагает, что длительная декомпенсация углеводного обмена отрицательно сказывается на состоянии ПЖ.

В другой работе этой же группы авторов [6], наблюдавших в течение 2 лет 86 больных ХП билиарной этиологии с анамнезом не менее 5 лет и отсутствием исходного СД, показано, что за отчетный период диабет был диагностирован у 16,3% пациентов. При анализе структурных изменений ткани ПЖ установлено, что развитие СД в значительной мере ассоциировано с наличием кист, микрокальцинатов, деформацией главного панкреатического протока (достоверная статистика авторами не приведена).

Любопытные данные получены в небольшом исследовании [7], включавшем 22 пациента с

деструктивным алкогольным ОП, 55% из которых после рандомизации получали L-орнитин-L-аспартат внутривенно капельно в дозе 20 г в течение 1–3 сут, 15 г — на протяжении 4–5 дней, и 10 г — на 6-е сутки. С 7-х суток препарат применяли в виде гранулята по 3 г 3 раза в день в течение 7–10 дней. Вероятно (из материала тезисов это не следует), указанные пациенты имели тяжелую сопутствующую патологию печени с печеночной энцефалопатией, поскольку исходные результаты теста связи чисел у них были повышены и в лабораторных тестах выявлялись признаки снижения белково-синтетической функции печени. У лиц, получавших дополнительно к базовой терапии L-орнитин-L-аспартат, отмечено достоверное ускорение среднего времени теста чисел относительно группы контроля ($p=0,002$). К сожалению, из содержания работы не понятно, что явилось причиной печеночной дисфункции — токсическое повреждение печени в форме острой печеночной недостаточности на фоне ОП (что возможно, но менее вероятно) или острый алкогольный гепатит, по-видимому, на фоне алкогольного цирроза печени. Исходя из этого, вывод авторов о «необходимости включения названного препарата в комплексное лечение ОП алкогольного генеза» считаем целесообразным дополнить фразой «при наличии сопутствующего поражения печени в виде острого алкогольного гепатита и/или цирроза печени с явлениями печеночной энцефалопатии».

Нельзя не отметить работу Н.И. Мериновой и соавт. [8], показавших дефицит антиоксидантной системы у 44 больных ХП. В исследовании использовалась методика определения в эритроцитах и плазме крови восстановленного глутатиона, глутатионтрансферазы, глутатионпероксидазы и глутатионредуктазы. Как при обострении ХП, так и в фазе ремиссии авторами выявлено достоверное повышение концентрации восстановленного глутатиона в плазме крови на 95% ($p<0,004$) и 33% ($p<0,001$) относительно референтных значений соответственно. Это сопровождалось снижением концентрации глутатиона в эритроцитах на 17% ($p<0,001$) в фазе обострения и на 24% ($p<0,001$) — в период ремиссии. Полученные результаты, как и множество прочих данных, свидетельствуют о теоретической необходимости включения препаратов с антиоксидантным действием и индукторов синтеза глутатиона (Гептрал) в схемы комплексного лечения ХП, в том числе в период ремиссии, что уже в ближайшее время может быть доказано крупными пилотными исследованиями.

Важный опыт приобретен в Смоленске в ходе лечения 82 больных ХП с осложненными кистами головки ПЖ [9]. Размер кист варьировал от 20 до 120 мм в диаметре. У 45 пациентов был диагностирован папиллостеноз, у 26 — стриктуры главного панкреатического протока. Эндоскопическая

папиллотомия с целью улучшения дренажной функции главного панкреатического протока и предупреждения осложнений ХП выполнена 45 больным, из них у 16 данный вариант лечения был основным, у 25 его комбинировали с операциями внутреннего дренирования, а в 4 случаях сочетали с пункционно-аспирационным методом под контролем УЗИ. Внутреннее дренирование (цистодуодено-, цистоеюно-, цистогастроанастомоз) проведено у 45 человек. У 26 пациентов с продленными стриктурами главного панкреатического протока выполнена продольная цистопанкреатоеюностомия. Из них у 9 указанная операция сочеталась с постановкой стента для дополнительного дренирования проксимального отдела главного панкреатического протока. В результате из числа оперативных вмешательств (71) полная регрессия кист достигнута у 69 пациентов против 4 случаев из 11 в группе консервативного лечения. К сожалению, из приведенных тезисов не ясно, при каких условиях является оправданной та или иная хирургическая тактика. Исходя из содержания работы можно подумать, что больные, подвергнутые различным оперативным вмешательствам, вообще не получали какой-либо консервативной терапии. Если так, то в возможность сравнительного анализа с группой «только консервативного лечения» (наличие достоверных отличий авторами тоже не отмечено) верится с трудом.

Для оценки нутритивного статуса у 38 больных ХП в Липецке Т.И. Сокольской [10] был использован метод соматометрии. Изменения нутритивного статуса диагностировались по *индексу массы тела* (ИМТ), ее компонентному составу (жировая, мышечная и тощая масса тела), окружности мышц плеча. У наблюдавшихся больных ИМТ превышал границы нормальных значений для соответствующего возрастного интервала на 13% (на наш взгляд, более объективным было бы использование группы контроля). У 42,1% пациентов отмечены соматометрические признаки нарушения питания, частота белковой недостаточности составляла 34,2%, синдром белково-энергетической недостаточности отмечался у 7,9% испытуемых.

Значимость блокады панкреатической секреции в лечении больных панкреатитом отмечена коллегами из Казахстана [11]. На модели острого деструктивного панкреатита экспериментально продемонстрирован эффект пролонгированных синтетических аналогов соматостатина (30 мг однократно подкожно) в сочетании с H_2 -гистаминоблокаторами, что позволило снизить количество гнойных осложнений с 23,7 до 14,2%, общую летальность — с 47,5 до 18,7%, послеоперационную летальность — с 47,5 до 24,8% (достоверность различий авторами не приведена).

Соответствие известным фактам показано при ретроспективном анализе 56 историй болезни

умерших больных — смерть наступила в результате панкреонекроза (г. Тула, 2008–2010 гг.). В 32 случаях имел место алкогольный панкреонекроз, в 12 — билиарный, в 12 — идиопатический. Среди умерших в первые 2 нед у 37 (88,1%) пациентов зарегистрирован геморрагический панкреонекроз с тотальным или субтотальным поражением. В последующие сроки преобладали больные со смешанным крупноочаговым панкреонекрозом — 11 (78,6%). До 75% летальных исходов наблюдалось в первые 14 сут от момента начала заболевания: в 95% случаев обнаруживались признаки органических нарушений, среди которых превалировала дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность [12].

В работе Э.П. Яковенко и соавт. [13], включавшей 102 больных ХП, доказано, что при наличии избыточного бактериального роста в тонкой кишке (по данным лактулозного дыхательного водородного теста с использованием портативного анализатора «Gastrolyzer») достоверно чаще диагностировались хронический постбульбарный дуоденит, папиллит и лимфангиоэктазии. Выявленные факты предполагают необходимость обоснования антибактериальной терапии у больных ХП при сочетании клинических и найденных авторами эндоскопических признаков избыточного бактериального роста в тонкой кишке, что имеет важное практическое значение. В целом частота регистрации избыточного бактериального роста у больных ХП составила 69,6%. Но что интересно: при наличии экзокринной панкреатической недостаточности он встречался достоверно чаще (60,8 и 8,8% соответственно; $p < 0,05$). Это позволило авторам предположить существование

зависимости между вероятностью избыточного бактериального роста и выраженностью синдрома внешнесекреторной недостаточности ПЖ (корреляционный анализ и расчет риска не представлены) [14].

При лечении 62 больных ХП с внешнесекреторной недостаточностью и наличием избыточного бактериального роста в тонкой кишке комбинированная терапия рифаксимом и пробиотиком в дополнение к стандартному лечению ускоряла индукцию ремиссии ХП. Кроме того, у лиц с разрешившимся избыточным бактериальным ростом в тонкой кишке отмечено противорецидивное действие в отношении ХП [15]. Однако небольшой период наблюдения (12 нед) позволяет обсуждать только выявленную тенденцию, что требует дальнейших исследований.

Заключение

Итак, большая часть тезисов Семнадцатой Российской Гастроэнтерологической Недели, опубликованных в разделе «Поджелудочная железа», посвящена вопросам ведения больных острым и хроническим панкреатитом (наблюдение, хирургическое, эндоскопическое и консервативное лечение). Результаты статистического анализа приведены менее чем в половине работ, прочие материалы, многие из которых вызывают большой интерес, к сожалению, пока остаются в рамках описательных исследований и мнений экспертов. Данные факты диктуют необходимость улучшения качества присылаемых авторами тезисов за счет соблюдения требований к публикации и приведению результатов статистического анализа.

Список литературы

1. Барышникова О.В., Вахрушев Я.М. Оценка функционального состояния поджелудочной железы в динамике лечения больных гипотиреозом // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2011. — Т. 21, № 5. — Прил. 38. — С. 64.
2. Baryshnikova O.V., Vakhrushev Ya.M. Evaluation of functional state of the pancreas at treatment of patients with hypothyroidism // Ros. zhurn. gastroenterol. gepatol. koloproktol. — 2011. — Vol. 21, N 5. — Suppl. 38. — P. 64.
3. Гринхальк Т. Основы доказательной медицины / Пер. с англ. — М: Гэотар-Мед., 2006. — 240 с.
4. Grinhalkh T. The basics of evidence-based medicine / English Transl. — М: Geotar-med., 2006. — 240 p.
5. Дибиров М.Д., Костюченко М.В., Рамазанова Ю.И., Нухов Р.Р. Прогностические факторы тяжести и патогенетическое направление хирургического лечения панкреатогенного эндотоксикоза // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2011. — Т. 21, № 5. — Прил. 38. — С. 67.
6. Dibirov M.D., Kostyuchenko M.V., Ramazanova Yu.I., Nukhov R.R. Prognostic factors of severity and pathogenic approach of surgical treatment of pancreatogenic endotoxemia // Ros. zhurn. gastroenterol. gepatol. koloproktol. — 2011. — Vol. 21, N 5. — Suppl. 38. — P. 67.
7. Корочанская Н.В., Роголь М.Л., Макаренко А.В., Гришина И.Ю. Предраковые изменения поджелудочной железы при хроническом панкреатите // Там же. — С. 68.
8. Korochanskaya N.V., Rogal M.L., Makarenko A.V., Grishina I.Yu. Premalignant changes of the pancreas at chronic pancreatitis // Ibid - P. 68.
9. Куницына М.А., Кашкина Е.И. Особенности течения хронического панкреатита при развитии панкреатогенного сахарного диабета // Там же. — С. 68.
10. Kunitsyna M.A., Kashkina E.I. Features of course of chronic pancreatitis at development of pancreatogenic diabetes mellitus // Ibid — P. 68.
11. Куницына М.А., Кашкина Е.И., Антонян А.А. Факторы риска развития сахарного диабета у больных хроническим билиарнозависимым панкреатитом // Там же. — С. 68.
12. Kunitsyna M.A., Kashkina Ye.I., Antonyan A.A. Risk factors of development of diabetes mellitus at chronic biliary pancreatitis // Ibid — P. 68.
13. Лаптев В.В., Корымасов Е.А., Гивировская Н.Е. Применение L-орнитин-L-аспартата в лечении острого панкреатита алкогольной этиологии // Там же. — С. 69.
14. Laptev V.V., Korymasov Ye.A., Givirovskaya N.E. Application of L-ornithine-L-aspartate in treatment of acute alcohol-induced pancreatitis // Ibid — P. 69.

8. *Мерина Н.И., Козлова Н.М., Колесниченко Л.С. и др.* Система глутатиона в крови у больных с хроническим панкреатитом // Там же. — С. 70.
8. *Merina N.I., Kozlova N.M., Kolesnichenko L.S., et al.* Blood glutathione system in patients with chronic pancreatitis // Ibid — P. 70.
9. *Овсянкин А.В., Афанасьев Д.В., Москалев А.П. и др.* Выбор метода лечения кист головки поджелудочной железы // Там же. — С. 72.
9. *Ovsyankin A.V., Afanasyev D.V., Moskaev A.P., et al.* Choice of treatment method for cysts of pancreatic head // Ibid — P. 72.
10. *Сокольская Т.И.* Соматометрическая оценка физического развития, компонентного состава массы тела и особенностей нарушения нутриционального статуса больных хроническим панкреатитом // Там же. — С. 73.
10. *Sokolskaya T.I.* Somatometric evaluation of physical development, componental body weight composition and nutritional features of patients with chronic pancreatitis // Ibid — P. 73.
11. *Султаналиев Т.А., Джумабеков А.Т., Артыкбаев А.Ж.* Хирургическая тактика лечения при панкреонекрозе // Там же. — С. 74.
11. *Sultanaliyev T.A., Dzhumabekov A.T., Artykbaev A.Zh.* Surgical approach in pancreatonecrosis // Ibid — P. 74.
12. *Шляхова М.А., Могильников С.В., Данилов В.Ю.* Анализ ранней и поздней летальности при панкреонекрозе // Там же. — С. 75.
12. *Shlyakhova M.A., Mogilnikov S.V., Danilov V.Yu.* Analysis of early and late-term mortality at pancreatonecrosis // Ibid — P. 75.
13. *Яковенко Э.П., Иванов А.Н., Григорьева Ю.В. и др.* Влияние нарушений кишечной микрофлоры на состояние слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки у больных хроническим панкреатитом // Там же. — С. 76.
13. *Yakovenko E.P., Ivanov A.N., Grigor'yeva Yu.V., et al.* Effect of intestinal microflora disorders on the state of duodenal mucosa in patients with chronic pancreatitis // Ibid — P. 76.
14. *Яковенко Э.П., Иванов А.Н., Григорьева Ю.В. и др.* Влияние состояния внешнесекреторной функции поджелудочной железы на состав кишечной микрофлоры у больных хроническим панкреатитом // Там же. — С. 76.
14. *Yakovenko E.P., Ivanov A.N., Grigor'yeva Yu.V., et al.* Effect of exocrine pancreatic function on composition of intestinal microflora in patients with chronic pancreatitis // Ibid — P. 76.
15. *Яковенко Э.П., Иванов А.Н., Григорьева Ю.В.* Влияние терапии, направленной на нормализацию кишечной микрофлоры, на течение хронического панкреатита с внешнесекреторной недостаточностью // Там же. — С. 76.
15. *Yakovenko E.P., Ivanov A.N., Grigor'yeva Yu.V.* Effect of intestinal microflora normalization, on the course of chronic pancreatitis with exocrine failure // Ibid — P. 76.