

## Варианты повторных и реконструктивных операций у больных хроническим панкреатитом

С.И. Третьяк, С.М. Ращинский, Н.Т. Ращинская

Кафедра хирургических болезней №2 (зав. – проф. С.И. Третьяк) УО “Белорусский государственный медицинский университет” (ректор – доцент А.В. Сикорский)

УЗ “Городская клиническая больница скорой медицинской помощи” (главный врач – В.Д. Шило), Минск, Республика Беларусь

Проведен анализ результатов повторных хирургических вмешательств у 59 пациентов, страдающих осложненным хроническим панкреатитом. В 5 наблюдениях выполнили дистальную резекцию поджелудочной железы, в 5 – пилоросохраняющую ПДР, в 12 – операцию Фрея, в 21 – панкреатостомию, в 2 – продольную панкреатикостомию. В 2 наблюдениях сформирован билиодigestивный анастомоз. Под контролем УЗИ выполнена санация или дренирование у 12 больных. Различные виды послеоперационных осложнений отмечены у 11,7% пациентов, летальный исход наступил в 1,7%. У 4 (18,2%) больных морфологически подтверждена протоковая аденокарцинома. При сравнении показателей опросника SF-36 v.2™ у оперированных пациентов выявлено улучшение качества жизни по всем сравниваемым показателям ( $p < 0,01$ ). Стойкое купирование болевого синдрома было отмечено у 88,6% больных. Повторные операции, проводимые в специализированных центрах, могут быть выполнены с небольшим уровнем послеоперационных осложнений и летальных исходов.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, осложнения, повторные операции, качество жизни.

## Variants of Reoperative and Reconstructive Surgery in the Chronic Pancreatitis Patients

S.I. Tretjak, S.M. Rashchinskiy, N.T. Rashchinskaya

Chair of Surgical Diseases №2 (Chief – Prof. S.I. Tretjak) of the Belarus State medical university (Rector – Docent A.V. Sikorskiy)

Municipal clinical hospital of emergency (Head – V.D. Shilo), Minsk, Republic Belarus

An analysis of reoperations in 59 complicated chronic pancreatitis is presented. Provided 5 distal pancreatectomies; 5 – pylorus-preserving pancreatoduodenectomies; 12 – Frey procedures; 21 pancreaticostomies and 2 Puestow procedures. In 2 cases biliary bypass was carried out. US guided percutaneous aspiration or external drainage performed in 12 patients. Postoperative morbidity rate came to 11.7%, and mortality – 1.7%. Histology revealed adenocarcinoma at 4 (18.2%) cases. At comparison of indices of SF-36 v.2™ questionnaire in operated patients improvement of quality of a life on all compared indices ( $p < 0.01$ ) were revealed. Long-term pain relief has been noted at 88.6% patients. Such results of reoperations can be received if their procedures are performed in highly experience pancreatic surgery centers.

**Key words:** chronic pancreatitis, complications, reoperations, quality of a life.

### ● Введение

В течение последних трех десятилетий получены знания, которые во многом помогли понять патофизиологию хронического панкреатита (ХП), внедрить в клиническую практику сложные диагностические методы, которые с высо-

кой степенью достоверности определяют характер поражения поджелудочной железы (ПЖ) и помогают выбрать адекватные методы медикаментозной или хирургической коррекции различных осложнений ХП. В то же время в развитых странах заболеваемость ХП “помолодела”.

С.И. Третьяк – доктор мед. наук, проф., зав. 2-й кафедры хирургических болезней БГМУ. С.М. Ращинский – канд. мед. наук, зав. 3-м хирургическим (гепатологическим) отделением УЗ “ГК БСМП”, ассистент 2-й кафедры хирургических болезней БГМУ. Н.Т. Ращинская – врач-хирург 3-го хирургического (гепатологического) отделения УЗ “ГК БСМП” г. Минска.

Для корреспонденции: Ращинский Сергей Маркович – Республика Беларусь, 220007 Минск, ул. Жуковского, 23–7. Тел.: (375-172) 87-00-73 (раб.), (375-29) 631-96-94 (моб.). E-mail: rashchyn@mail.ru

Средний возраст первичной верификации ХП снизился с 50 до 35 лет [1–3], а число пациентов, страдающих ХП, выросло более чем в 4 раза [4]. Среди заболевших на 30% увеличилась доля женщин, а первичная инвалидизация больных ХП достигает 15% [1, 4].

Более чем у половины пациентов, страдающих ХП, улучшение качества жизни достигается при соблюдении ими рекомендаций по питанию с заместительной терапией ферментами и инсулином (в случае наличия “специфического типа” сахарного диабета), проведение которой сочетается, при необходимости, с назначением адекватной дозы анальгетиков [1, 5].

Необходимость хирургического вмешательства, к которому прибегают у 30–50% пациентов, страдающих ХП, возникает при наличии стойкого болевого синдрома и/или наличии осложнений ХП. К ним относятся синдром холестаза, дуоденальная непроходимость, перипанкреатические или интрапанкреатические псевдокисты и псевдоаневризмы, наружные или внутренние панкреатические свищи. Оперативное лечение показано также в тех случаях, когда невозможно исключить злокачественное поражение ПЖ [1, 5, 6]. Рост числа оперированных больных по поводу ХП сопровождается увеличением числа пациентов с рецидивом симптомов заболевания в различные сроки после оперативного вмешательства, что связано не только с ошибками в выборе метода хирургического лечения или техническими погрешностями выполнения операции, но и с прогрессированием ХП. По данным литературы [4–6], наиболее частой причиной, которая заставляет пациентов повторно обращаться к хирургу, является боль, обусловленная наличием неадекватно дренированных боковых ответвлений протока поджелудочной железы (ППЖ) и невритом перипанкреатических нейронов на фоне увеличения головки ПЖ воспалительного характера. Важное место при повторном обращении занимают проблемы стеноза двенадцатиперстной кишки или внепеченочных желчных протоков, псевдокист ПЖ, наличия наружных панкреатических свищей, а также недиагностированного рака ПЖ [6–10].

По данным литературы, неудовлетворительные результаты хирургического лечения различ-

ных осложнений ХП отмечаются у 10–45% пациентов [1, 4, 6–10], а сроки динамического наблюдения, характер медикаментозной терапии, принципы выбора последующего варианта операции остаются вопросами для дискуссии [6–8, 10, 11].

Цель исследования – оценка целесообразности и сроков выполнения различных вариантов повторных хирургических вмешательств у пациентов, страдающих от осложнений ХП.

### ● Материал и методы

По нескольким критериям без рандомизации проведен проспективный анализ результатов обследования и выполнения различных вариантов повторных операций у 59 пациентов, которые были оперированы в связи с наличием болевого синдрома или осложнений ХП с января 2005 по июнь 2010 г. на базе отделения хирургической гепатологии. Основным принципом включения больных в эту группу было документально подтвержденное наличие различных резекционных или дренирующих видов оперативных вмешательств в анамнезе. Их характеристика приведена в табл. 1.

До операции протокол обследования включал УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС с осмотром зоны большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Во всех случаях для оценки характера изменений паренхимы ПЖ и ППЖ была выполнена СКТ органов брюшной полости на аппарате GE “Light Speed Pro16” по стандартной методике с внутривенным болюсным усилением (толщина среза 2,5 мм). В сложных диагностических случаях (синдром холестаза, расширение ППЖ, уточнение характера связи псевдокист ПЖ с ППЖ, наличие наружных панкреатических свищей) протокол исследования дополнен эндо-УЗИ у 10 пациентов или МРХПГ у 8 больных.

При выполнении реконструктивного этапа повторных вмешательств придерживались следующих принципов: наложение панкреатодигестивного, билиодигестивного, межкишечного анастомозов по принципу “отсутствия натяжения тканей”. Использовали однорядный непрерывный шов монофиламентной нитью с укрытием поверхности панкреатодигестивного анастомоза пластинками абсорбирующего раневого покрытия ТахоКомб.

**Таблица 1.** Характер предшествующих оперативных вмешательств

Вид операции	Число наблюдений, абс. (%)
Лапаротомия, наружное дренирование кист	25 (42,4)
Наружное дренирование под контролем УЗИ	16 (27,1)
Аспирационная санация кист под контролем УЗИ	11 (18,6)
Лапаротомия, цистогастростомия	2 (3,4)
Лапаротомия, цистоэнтеростомия	2 (3,4)
Лапаротомия, спленэктомия с дистальной резекцией	2 (3,4)
Эндоскопическая цистогастростомия	1 (1,7)
Всего	59 (100)

Таблица 2. Клиническая характеристика пациентов

Показатель	Результат
Число больных, абс.	59
Пол м : ж, абс.	49 : 10
Возраст, годы; МЕ [25–75%]*	41,5 [37,0–51,2]
Длительность наблюдения, мес. МЕ [25–75%]*	19,8 [4,0–34,0]
Боль, абс. (%)	55 (93,2%)
Псевдокисты ПЖ, абс. (%)	39 (66,1%)
Псевдоаневризмы ПЖ, абс. (%)	4 (6,8)
Стеноз ОЖП (холестаза), абс. (%)	22 (37,4)
Увеличение головки ПЖ, абс. (%)	20 (33,9)
Стеноз двенадцатиперстной кишки, абс. (%)	10 (16,9)
Подпеченочная форма ПГ, абс. (%)	12 (20,4)
Панкреатогенный асцит, абс. (%)	4 (6,8)
Наружные панкреатические свищи, абс. (%)	3 (5,1)
Абсцессы области хвоста ПЖ и селезенки, абс. (%)	3 (5,1)

Примечание: Ме – медиана. [25–75%] – значение 25-го перцентиля, значение 75-го перцентиля; ПГ – пор-  
тальная гипертензия.

Результаты выполнения различных вариантов повторных операций были проанализированы по характеру послеоперационных осложнений и наличию летальных исходов в течение 30 дней от момента проведения операции. Для оценки качества жизни оперированных больных проведен анализ показателей русифицированной версии опросника SF-36 v.2™ [12]. Опрос больных был проведен накануне хирургического вмешательства и после выписки из стационара (учтены данные анкет, полученных при опросе через 12–15 мес после выполнения операций). Полученные данные были обработаны с использованием пакета программ Statistica 6.0 для Windows XP с применением непараметрического критерия Уилкоксона (сравнение анализируемых показателей в группе до и после лечения).

### ● Результаты и обсуждение

В период с 2005–2010 гг. на базе отделения хирургической гепатологии было оперировано 672 пациента по поводу различных осложнений ХП. Из них у 59 (8,78%) человек хирургические вмешательства носили характер повторных. Среди них было 49 мужчин и 10 женщин. Средний возраст пациентов – 41,5 года. У 54 (91,5%) больных удалось установить связь развития ХП с употреблением алкогольных напитков и табакокурением.

Клиническая картина заболевания была представлена несколькими симптомами. Наиболее частым из них была боль различной степени интенсивности и постоянства, которая имела место у 55 (93,2%) больных. Синдром холестаза различной степени выраженности присутствовал в 37,3% наблюдений, симптомы хронической дуоденальной непроходимости были отмечены у 10 (16,9%) пациентов, панкреатогенный асцит – 4 (6,8%), а наружные панкреатические свищи – у 3 (5,1%) человек. Клиническая харак-

теристика всех пациентов, которым в последующем были выполнены оперативные вмешательства различного объема, представлена в табл. 2.

Перечисленные выше вспомогательные методы исследования позволили выявить осложнения, связанные с ХП (см. табл. 2). Разнообразие клинической картины осложнений ХП потребовало дифференцированного подхода к хирургическому лечению этих 59 пациентов. Характер операций представлен в табл. 3.

При анализе данных, полученных после выполнения СКТ, эндо-УЗИ, МРХПГ, предполагаемый характер морфологических изменений в ткани ПЖ на фоне существующих псевдокист в 12 (20,4%) наблюдениях был отнесен ко второму типу по А. D'Egidio и М. Schein [13]. В связи с отсутствием в этих случаях четкой связи с ППЖ выполнено наружное дренирование или аспирационная санация псевдокист под контролем УЗИ. Однако у 5 (36,4%) из 12 пациентов после удаления дренажей наступил рецидив псевдокист ПЖ в течение 3–6 мес. Дистальная резекция ПЖ с зоной поражения была выполнена в 5 наблюдениях, у 2 пациентов – в сочетании со спленэктомией в связи с наличием ее абсцессов, распространявшихся на близлежащие клетчаточные пространства. У 1 больного с наличием неполного наружного панкреатического свища на фоне дренированной инфицированной псевдокисты (спленэктомия с резекцией хвоста ПЖ в анамнезе) удален оставшийся верхний полюс селезенки с дополнительной дистальной резекцией ткани ПЖ в пределах зоны фиброза (рис. 1). У 2 пациентов выполнена дистальная резекция ПЖ с сохранением селезенки в связи с наличием истинных кист, которые подвергались ранее неоднократным аспирационным санациям или наружному дренированию под контролем УЗИ. До момента выписки из стационара у 1 из 5 пациентов было нагноение послеоперационной раны.

Таблица 3. Характеристика повторных оперативных вмешательств

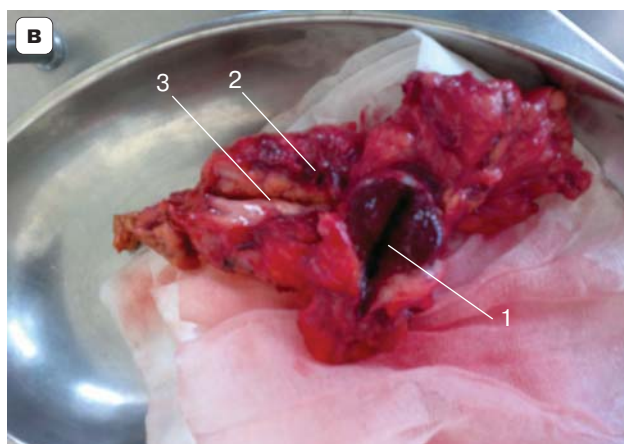
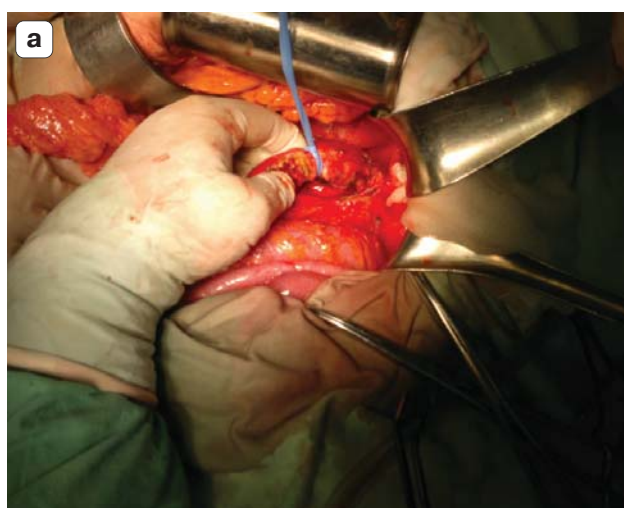
Операция	Число наблюдений, абс.
Наружное дренирование под контролем УЗИ	17
Дистальная резекция	12
<b>Повторные реконструктивные операции</b>	<b>42</b>
Пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция	5
Различные варианты операции Фрея	12
Панкреатоцистоэнтеростомия	21
Продольная панкреатикоюностомия	2
Билиодигестивный анастомоз	2
<b>Всего</b>	<b>59</b>

*Примечание.* Жирным шрифтом выделены группы оперативных вмешательств, в которых отсутствовали или, наоборот, были элементы реконструкции протоков ПЖ и (или) желчевыводящей системы.

Повторные операции при преимущественной локализации процесса в головке ПЖ были произведены в объеме пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции (ППДР) у 5 больных. ППДР выполняли, когда проведенные исследования не позволили с высокой степенью достоверности исключить онкологический процесс в головке ПЖ на фоне ХП. После выполнения ППДР в раннем послеоперационном периоде в 1 наблюдении была несостоятельность гепатикоюноанастомоза, а в другом – летальный исход, причиной которого была острая сердечная недо-

статочность. У 7 пациентов с преимущественной локализацией процесса в головке ПЖ в сочетании с расширением ППЖ повторная операция с использованием принципов реконструкции была выполнена в объеме операции Фрея.

Характер и объем реконструктивных операций при псевдокистах ПЖ определялись зоной их локализации и вероятностью связи с ППЖ (тип II–III по D'Egidio–Schein [12]). У 5 больных с интрапанкреатическими кистами головки ПЖ была произведена операция Фрея, в том числе в сочетании с наложением цистопанкреатохоле-



**Рис. 1.** Неполный наружный панкреатический свищ на фоне дренированной инфицированной псевдокисты: а – этап дистальной резекции ПЖ с участком оставшегося верхнего полюса селезенки; б – магнитно-резонансная томограмма; в – макрофото. 1 – ткань селезенки, 2 – полость псевдокисты, 3 – ткань хвоста ПЖ.



дохоанастомоза по принципу “открытой двери” и цистоэнтеростомии с использованием одной петли на реконструктивном этапе операции (рис. 2). В группе из 12 пациентов, которым была выполнена операция Фрея, у 2 больных имело место поверхностное нагноение операционной раны.

У 21 больного (локализация псевдокист “тело” или “тело и хвост”) оперативное вмешательство заключалось в выполнении цистотомии с некрсеквестрэктомией в сочетании с резекцией пораженных участков ткани ПЖ с последующей панкреатоцистоеюностомией на петле тощей кишки, мобилизованной по Ру. До момента выписки из стационара только у одного пациента отмечено нагноение послеоперационной раны.

В связи с наличием хронического обструктивного панкреатита (ширина ППЖ 9–10 мм) без увеличения головки ПЖ наружные панкреатические свищи в двух наблюдениях ликвидированы продольным панкреатикоеюноанастомозом по принципам, предложенным R.F. Partington и R.E.L. Rochelle [14]. У 2 пациентов с билиарной этиологией ХП (наличие холедохолитиаза и протяженной стриктуры желчных протоков) реконструктивный вариант операции был выполнен в виде билиодигестивного анастомоза.

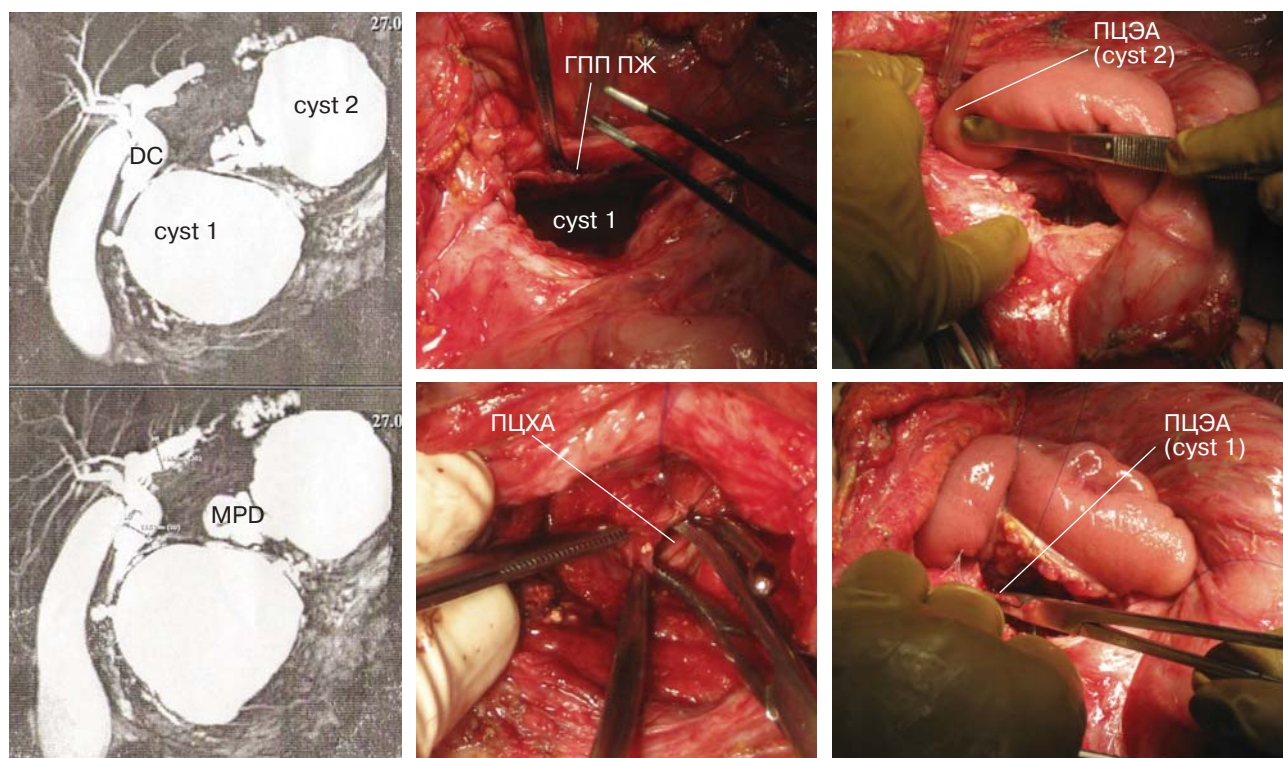
Частота послеоперационных осложнений во всех группах составила 11,7%, летальность – 1,7%.

Особое место в определении целесообразности выполнения повторных хирургических вме-

шательства у пациентов, страдающих ХП, имеет место вероятность рака ПЖ. Протоковая аденокарцинома ПЖ в нашем исследовании была верифицирована у 1 пациента после выполнения дистальной резекции, у двух – после ППДР и у одного больного из группы, где была произведена операция Фрея. Довольно большая доля рака (18,2%), по нашему мнению, была обусловлена не только ошибками первичной диагностики, но и наличием хронического воспалительного процесса в ткани ПЖ [2, 15].

Для сравнения результатов лечения в отдаленном послеоперационном периоде проанализированы показатели русифицированного опросника оценки качества жизни SF-36 v.2™ [12], изменения которых позволяют оценить не только эффект купирования боли, но и динамику качества жизни пациентов после выполнения различного вида повторных операций. Был проведен анализ анкет у 44 (74,6%) больных. 15 пациентов не ответили на вопросы анкеты по почтовому отправлению или не явились для контрольного обследования в стационаре. Результаты оценки качества жизни, полученные в группе наблюдения накануне хирургического вмешательства и после операции, представлены в табл. 4.

При сравнении показателей анкет SF-36 v.2™ у оперированных пациентов выявлено улучшение качества жизни по всем сравниваемым показателям ( $p < 0,01$ ). Стойкое купирование болевого синдрома было отмечено у 88,6%. У пятерых



**Рис. 2.** Сочетание операции Фрея с панкреатоцистохоледохостомией (ПЦХА) по принципу “открытой двери” и панкреатоцистоэнтеростомией (ПЦЭА). ГПП ПЖ (MPD) – проток поджелудочной железы; DC – интрапанкреатическая часть ОЖП; cyst 1 – интрапанкреатическая киста головки ПЖ; cyst 2 – интрапанкреатическая киста области хвоста ПЖ.

Таблица 4. Сравнение качества жизни пациентов до и после оперативного лечения согласно вопроснику SF-36 v.2™

Показатель	Повторные или повторные реконструктивные операции (n = 44); Ме [25–75%]	
	до операции	после операции*
Физическое функционирование (PF)	(23,5) [17,5–30]	(73,5) [70–75]
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	(0) [0–0]	(75) [62,5–75]
Интенсивность боли (BP)	(19) [12–22]	(100) [80–100]
Общее состояние здоровья (GH)	(32) [25–35]	(54,5) [52–62]
Жизненная активность (VT)	(22) [10–26]	(65) [60–75]
Социальное функционирование (SF)	(25) [12,5–25]	(81,3) [75–87,5]
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	(0) [0–0]	(100) [66,7–100]
Психическое здоровье (MH)	(22) [20–28]	(76) [72–84]
Физический компонент здоровья (PF/RP/BP/GH/=PHs)	(27,7) [27,0–30,6]	(45,8) [44,4–46,8]
Психологический компонент здоровья (VT/SF/RE/MH/=MHs)	(25,2) [22,1–27,3]	(54,6) [51,1–55,2]

Примечание: \* – для всех показателей  $p < 0,01$ . Ме – медиана; [25–75%] – значение 25-го перцентиля, значение 75-го перцентиля.

больных, которые продолжали злоупотреблять алкоголем и курить, отмечено уменьшение интенсивности боли только на 50–75%. Полученные данные подтверждают целесообразность и эффективность выполнения повторных операций у больных, страдающих осложненными формами ХП.

По данным литературы, немногочисленные нерандомизированные исследования результатов выполнения повторных операций свидетельствуют о том, что в подавляющем числе наблюдений (до 93%) показанием к повторному хирургическому вмешательству у этих пациентов являются: рецидив болевого синдрома, стеноз панкреатодигестивного и (или) билиодигестивного анастомозов, вновь диагностированные псевдокисты ПЖ [1, 5, 7–9]. В зависимости от вида хирургического вмешательства боль рецидивирует у 1–45% оперированных пациентов [7–10]. Результаты выполнения повторных операций, которые приводятся исследователями, порой противоречивы. М.Н. Seeling и соавт. [8] констатируют отсутствие летальных исходов при наличии послеоперационных осложнений у 33% больных. Когда анализируются результаты повторных операций у пациентов, страдающих не только ХП, но и злокачественными заболеваниями ПЖ, коллективом исследователей [16] была отмечена летальность 6%. Стойкий хороший эффект купирования боли, по данным литературы, может быть достигнут у 73% пациентов [7, 8, 10, 16, 17]. Все немногочисленные опубликованные результаты исследований свидетельствуют о том,

что повторные операции должны осуществляться в хирургических центрах, обладающих достаточным опытом в выполнении операций по поводу различных осложнений ХП [7, 8, 10, 16–18].

### ● Заключение

Необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств у пациентов, страдающих различными осложнениями ХП, диктуется не только техническими погрешностями выполнения первичной операции, но и прогрессированием хронического воспалительного процесса в ПЖ и близлежащих органах и тканях.

В качестве хирургического пособия целесообразно использовать две основные группы оперативных вмешательств: дренирующие операции и методики резекции различных анатомических отделов ПЖ, которые адекватно купируют болевой синдром и улучшают качество жизни пациентов, страдающих ХП.

Целесообразно отказаться от длительного наблюдения в этой группе пациентов. На выбор индивидуального хирургического пособия при выполнении повторных и (или) реконструктивных операций у пациентов, страдающих ХП, влияют локализация основного патологического очага в ПЖ, предшествующее лечение, характер сопутствующей патологии.

Повторные операции у пациентов, страдающих различными осложнениями ХП, могут быть выполнены без увеличения числа послеоперационных осложнений и летальности по сравнению с первичными оперативными вмешательствами.

Такие результаты можно получить, если операции выполняются в специализированных отделениях, имеющих достаточный опыт хирургической панкреатологии.

### ● Список литературы

1. *Маев И.В., Кучерявый Ю.А.* Болезни поджелудочной железы: практическое руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2. *Lowenfels A.B., Maisonneuve P., Cavallini G. et al.* Pancreatitis and the risk of pancreatic cancer. International Pancreatic study group // *N. Engl. J. Med.* 1993. V. 328. P. 1433–1437.
3. *Ammann R.W., Mullhaupt B.* Do the diagnostic criteria differ between alcoholic and non-alcoholic chronic pancreatitis? // *J. Gastroenterol.* 2007. V. 42 (Suppl. 17). P. 118–126.
4. *Spanier B.W.M., Dijkgraaf M.G.W., Bruno M.J.* Epidemiology, etiology and outcome of acute and chronic pancreatitis: An update // *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 2008. V. 22. N1. P. 45–63.
5. *Beger H.G., Matsuno S., Cameron J.L. et al.* Diseases of the pancreas. Current surgical therapy. Berlin, Heidelberg, New York.: Springer, 2008.
6. *Mihaljevic A.L., Büchler M.W., Kleeff J. et al.* Surgical approaches to chronic pancreatitis // *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 2008. V. 22. N1. P. 167–181.
7. *Данилов М.В., Федоров В.Д.* Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2003.
8. *Seeling M.H., Chromik A.M., Weyhe D. et al.* Pancreatic redo procedures: to do or not to do – this is the question // *J. Gastrointest. Surg.* 2007. V. 11. N5. P. 1175–1182.
9. *Howard T.J., Browne J.S., Zyromski N.J. et al.* Mechanisms of primary operative failure and results of remedial operation in patients with chronic pancreatitis // *J. Gastrointest. Surg.* 2008. V. 12. N12. P. 2087–2096.
10. *Schnelldorfer T., Lewin D.N., Adams D.B.* Reoperative surgery for chronic pancreatitis: is it safe? // *Wld. J. Surg.* 2006. V. 30. N6. P. 1321–1328.
11. *Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Ахаладзе Г.Г., Нурутдинов Р.М.* Хронический панкреатит, резекционные и дренирующие вмешательства // *Хирургия.* 2006. №8. С. 4–9.
12. *Новик А.А., Ионова Т.И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: ОЛМА-ПРЕСС. 2002.
13. *D'Egidio A., Schein M.* Pancreatic pseudocysts: a proposed classification and its management implications // *Br. J. Surg.* 1991. V. 78. P. 981–984.
14. *Partington R.F., Rochelle R.E.L.* Modified Puestow procedure for retrograde drainage of the pancreatic duct // *Ann. Surg.* 1960. V. 152. N6. P. 1037–1042.
15. *Talamini G., Falconi M., Bassi C. et al.* Incidence of cancer in the course of chronic pancreatitis. // *Am. J. Gastroenterol.* 1999. V. 94. P. 12531–1260.
16. *Seelig M.H., Janot M., Chromik A.M. et al.* Redo-surgery following curative resection of pancreatic carcinoma: the difference between true and suspected recurrence // *Dig. Surg.* 2009. V. 26. N3. P. 222–228.
17. *Bachmann K., Izbicki J.R., Yekebas E.F.* Chronic pancreatitis: modern surgical management // *Langenbecks Arch. Surg.* 2011. V. 396. N 2. P. 139–149.
18. *Standop J., Glowka T., Schmitz V. et al.* Operative re-intervention following pancreatic head resection: indications and outcome // *J. Gastrointest. Surg.* 2009. V. 12. N5. P. 2087–2096.

## Подписка

### на научно-практический журнал “МЕДИЦИНСКАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ”

на 2012 год **Выходит 6 раз в год**

Подписные индексы и стоимость подписки в каталоге **Роспечати**

для частных лиц: на год – 1380 рублей (индекс 47934), на полгода – 690 рублей (индекс 71687);  
для организаций: на год – 2220 рублей (индекс 47935), на полгода – 1110 рублей (индекс 71688).

Кроме того, подписку на год, на любое полугодие или на 1 мес можно оформить непосредственно в Издательском доме Видар-М, а также на нашем сайте (<http://www.vidar.ru>).

**Контакты  
по вопросам подписки  
и приобретения**

Тел./факс: (495) 589-86-60, 768-04-34, 912-76-70; e-mail: [info@vidar.ru](mailto:info@vidar.ru) <http://www.vidar.ru>  
Почтовый адрес: 109028 Москва, а/я 16, Издательский дом Видар-М.  
Для посетителей: Москва, ул. Станиславского, д.25  
Часы работы: с 10 до 18, кроме выходных и праздничных дней.