

Практическая медицина



© СЛЕД Н. Ю., ЧЕРДАНЦЕВ Д. В., ПОПОВ А. Е., МЕРЗЛИКИН Н. В., ПОЗДНЯКОВ А. А., СЛЕД О. Н.

УДК 616.37-006.2-002.2 089.168

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КИСТОЗНОГО ПАНКРЕАТИТА

Н. Ю. След¹, Д. В. Черданцев², А. Е. Попов², Н. В. Мерзликин³, А. А. Поздняков², О. Н. След¹

¹КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И. С. Берзина», гл. врач — к. м. н., доцент В. А. Фокин; ²ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф.

В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра и клиника хирургических болезней имени проф. А. М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО, зав. — д. м. н. проф. Д. В. Черданцев; ³ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. О. С. Кобякова; кафедра хирургических болезней педиатрического факультета, зав. — д. м. н., проф. Н. В. Мерзликин, г. Томск.

Цель исследования. Провести анализ отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с сформированными панкреатическими кистами.

Материалы и методы. В сроки до 12 лет изучены результаты лечения 66 пациентов, оценивалась частота рецидивов, качество жизни (при помощи опросника SF-36), функция поджелудочной железы.

Результаты. Лучшие отдаленные результаты отмечены после радикальных операций выполненных по поводу кист поджелудочной железы.

Заключение. Применение резекционных и внедрение дуоденумсохраняющих операций способствует улучшению качества жизни и социальной адаптации пациентов.

Ключевые слова: поджелудочная железа, киста поджелудочной железы, хирургическое лечение.

REMOTE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC CYSTIC PANCREATITIS

N. Yu. Sled¹, D. V. Cherdancev², A. E. Popov², N. V. Merzlikin³, A. A. Pozdnyakov², O. N. Sled¹

¹Krasnoyarsk inter-regional clinical hospital № 20, Krasnoyarsk;

²Krasnoyarsk State Medical University named prof. V. F. Voino-Yasenetsky, ³Siberian State Medical University

The aim of the research. To analyze remote of surgical treatment of patients with formed pancreatic cysts.

Materials and methods. Up to 12 years were studied the results of treatment of 66 patients, was evaluated the recurrence rate, quality of life (using the SF-36), the function of the pancreas.

Results. The best remote results are indicated after radical surgery performed for pancreatic cysts.

Conclusion. Application of resection and implementation of duodenum preserving operations improves the quality of life and social adaptation of patients.

Key words: pancreas, pancreatic cysts, surgical treatment.

Введение

В течение двух последних десятилетий в абдоминальной хирургии отмечается увеличение количества пациентов с панкреатическими кистами (ПК). Это обусловлено ростом заболеваемости острым и хроническим панкреатитом, совершенствованием и распространением современных методов обследования, снижением летальности при лечении деструктивных форм острого панкреатита [6,8]. На долю воспалительных кист поджелудочной железы (ПЖ), по данным литературы, приходится до 90 % [2,13], деструктивные формы панкреатита в 50% случаев завершаются

исходом в ложную кисту [2,10]. Частота осложнений кист ПЖ может достигать 25 %, а летальность — 40-60 % [1,8]. Основопологающим фактором в выборе способа лечения и вида хирургического вмешательства является степень зрелости кисты: чем более сформированная стенка, тем больше возможности выполнить радикальную операцию [3,15]. При несформированных кистах методом выбора являются малоинвазивные манипуляции: дренирующие чрескожные процедуры под лучевым контролем или эндоскопические ретроградные манипуляции на большом дуоденальном сосочке [7,9,14]. Они являются альтернативой

наружным дренирующим операциям, выполняемым из лапаротомного доступа, и позволяют подготовить пациента к радикальной операции [15]. В лечении сформированных ПК предпочтение отдается традиционным хирургическим вмешательствам: паллиативным, которые включают методы наружного и внутреннего дренирования, и радикальным, представленным резекционными и резекционно-дренирующими операциями [4,12]. Подход к лечению пациентов должен быть индивидуальным, с учетом имеющихся осложнений.

Выбор метода оперативного вмешательства, показания и сроки его проведения остаются до настоящего времени предметом дискуссий. По этой причине целью нашего исследования явилось проведение сравнительного анализа отдаленных результатов различных хирургических методов лечения пациентов со сформированными ПК.

Материалы и методы

Исследование проведено на двух клинических базах: КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №20» г. Красноярск и «Городская клиническая больница № 3» г. Томска. За период от 6 месяцев до 12 лет проведен анализ результатов хирургического лечения 66 пациентов с кистозным панкреатитом. Критерием включения пациентов в группы исследования являлось наличие сформированной кисты ПЖ. Это подтверждалось наличием стенки кисты толщиной 3-4 мм (по данным лучевых методов исследования), длительностью заболевания более 3 месяцев, интраоперационной верификацией и гистологическим исследованием препарата.

В зависимости от вида выполненного оперативного вмешательства пациенты были разделены на три группы: первая группа – наружное дренирование кист – 21 (31,8±5,7%), вторая – внутреннее дренирование – 20 (30,3±5,7%), третья – резекционные операции – 25 (37,9±6,0%).

Методы наружного дренирования заключались в дренировании ПК открытым способом, марсупиализации, пункционном дренировании под контролем лучевых методов. При продолжающемся кровотечении выполнялся «капитонаж» полости кисты, заключающийся в остановке кровотечения путем тугого ушивания ее полости. Операции внутреннего дренирования представлены различными видами анастомозов ПК с желудком, ДПК, тонким кишечником. В качестве резекционных методов применялись дистальная резекция ПЖ, цистэктомия. При локализации кист в головке ПЖ нами были внедрены дуоденумсохраняющие (резекционно-дренирующие) операции.

Описательные статистики для качественных учетных признаков представлены абсолютными значениями и процентными долями. Количественные величины представлены медианой и перцентилями (Me(P25;P75)).

Обработка полученных результатов выполнялась с использованием критериев Шапиро-Уилка, χ^2 Пирсона, Краскела-Уоллиса, с последующим попарным сравнением групп по критерию Манна-Уитни. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Изучение отдаленных результатов проводилось путем амбулаторного и стационарного обследования, анкетирования уведомительной почтовой рассылкой. При оценке результатов данных пациентов учитывалась частота рецидива заболевания, развитие эндокринной недостаточности в виде сахарного диабета (табл. 1).

Уровень качества жизни (КЖ) пациентов оценивался при помощи опросника MOS SF – 36. У 41 (62,1%) было проведено амбулаторное и стационарное обследование, включающее УЗИ органов брюшной полости (100%), МСКТ (29,3%), изучение эндокринной функции поджелудочной железы.

Таблица 1

Отдаленные результаты хирургического лечения панкреатических кист

Критерии сравнения	Наружное дренирование (n=21)	Внутреннее дренирование (n=20)	Резекционные операции (n=25)
Количество обследованных пациентов	7(33,3±10,3%)	12(60,0±11,0%)	22(88,0±6,5%)
Рецидив заболевания	2(28,6±17,1%) ¹	3(25,0±12,5%) ¹	1(4,5±4,4%) ¹
СД до операции	2(9,5±6,4%)	2(10,0±6,7%)	9(36,0±9,6%)*
СД после операции	6(28,6±9,9%)	8(40,0±11,0%)	6(24,0±8,5%)

Примечание: * – статистическая значимость различий относительно 1 и 2 группы ($p < 0,05$); ¹ – частота рецидивов заболевания рассчитана от количества обследованных пациентов; СД – сахарный диабет.

В отдаленном периоде рецидив заболевания выявлен у 6 (9,1%) обследованных пациентов. В 1-й группе в 2 (28,6%) случаях рецидив заболевания диагностирован после наружного дренирования ПК открытым способом. Причиной, по нашему мнению, явилась не выявленная связь ПК с протоковой системой ПЖ во время проведения операции. Рецидив ПК после внутреннего дренирования развился у 3 (25,0%) пациентов в результате стеноза цистодигестивных соустьев. Во всех случаях были наложены анастомозы кист ПЖ с тонким кишечником. В 3-й группе рецидив наблюдался в 1 (4,5%) случае, после дистальной резекции ПЖ. Киста диагностирована в проксимальном отделе ПЖ. Причиной рецидива в данном случае явилось прогрессирование хронического панкреатита и стеноз панкреатического протока. В относительных значениях наибольшее количество рецидивов заболевания отмечено после наружного дренирования ПК открытым способом.

Так же нами оценивалась эндокринная функция ПЖ до и после проведения оперативного лечения. До операции сахарный диабет был диагностирован у 13 (19,7%) больных, после развился у – 20 (30,3%).

Наибольшее количество случаев сахарного диабета до операции выявлено в 3 группе, у каждого третьего пациента (в 36,0 % случаях). У пациентов 1 и 2 группы данный диагноз в предоперационном периоде регистрировался гораздо реже в 9,5% и 10,0% случаев, соответственно.

После операции наибольшее количество случаев выявленного сахарного диабета отмечено во 2-й группе – 8 (40,0%) пациентов. После наружного дренирования данное осложнение диагностировано у 6 (28,6%) больных, после резекционных методов, так же, у 6 (24,0%) обследованных пациентов. Развитие внутрисекреторной недостаточности не зависели от вида выполненной операции, а резекция ткани ПЖ не привела к увеличению данного показателя.

С целью оценки и сравнения отдаленных результатов различных вариантов хирургического лечения проводилось изучение качества жизни (КЖ) пациентов, путем анкетирования. Для этого нами использовался опросник SF-36. Проведен сравнительный анализ КЖ пациентов, после различных вариантов хирургического лечения ПК, по данным результатов анкетирования в трех исследуемых группах (табл. 2). Количество респондентов в 1 группе составило 21 человек, во 2-й группе – 20 человек, в 3-й группе – 25 человек. У пациентов 1-й группы отмечены самые низкие показатели физического и психического компонента здоровья. Они отмечали наличие болевого, диспепсического синдромов, необходимость в приеме анальгетиков, проведение заместительной ферментной терапии, соблюдение строгой диеты. Все это в значительной мере ограничивало их в повседневной жизни и трудовой (профессиональной) деятельности, приводило к инвалидизации и снижало качество жизни.

В 3-й группе наблюдались лучшие показатели физического и психического компонентов здоровья. Резекционные операции являются радикальным методом лечения. Они направлены на лечение причины заболевания – хронического панкреатита, и следствия – ПК. В ходе операции резецируется фиброзно измененная ткань ПЖ с кистой и производится декомпрессия протоковой системы. Это в большинстве случаев позволяет купировать болевой синдром и стабилизировать дальнейшее развитие панкреатита, что является профилактикой формирования ПК.

Таблица 2

Качество жизни по данным опросника SF-36 (Me(P25;P75))

Критерии опросника SF-36	Наружное дренирование (n=21)	Внутреннее дренирование (n=20)	Резекционные операции (n=25)	p по критерию Манна-Уитни
	Me(P25;P75)	Me(P25;P75)	Me(P25;P75)	
	1 группа	2 группа	3 группа	
Физическое функционирование (PF)	35,0 (30,0; 50,0)	55,0 (37,5; 76,3)	85,0 (75,0; 97,5)	$p_{1-2}=0,046$, $p_{1-3}<0,001$ $p_{2-3}<0,001$
Роль физическое функционирование (RP)	45,0 (25,0; 52,5)	50,0 (50,0; 75,0)	79,0 (74,0; 93,0)	$p_{1-2}=0,033$, $p_{1-3}=0,017$ $p_{2-3}<0,001$
Интенсивность боли (BP)	62,0 (45,0; 52,5)	67,0 (52,8; 74,0)	78,0 (65,0; 87,0)	$p_{1-2}=0,209$, $p_{1-3}=0,010$ $p_{2-3}=0,003$
Общее состояние здоровья (GH)	45,0 (30,0; 70,0)	61,0 (45,5; 65,0)	78,0 (65,0; 87,0)	$p_{1-2}=0,033$, $p_{1-3}=0,001$ $p_{2-3}<0,001$
Жизненная активность (VT)	40,0 (31,0; 58,5)	65,0 (45,0; 73,8)	75,0 (60,0; 85,5)	$p_{1-2}=0,208$, $p_{1-3}=0,020$ $p_{2-3}=0,002$
Социальное функционирование (SF)	75,0 (62,0; 88,0)	75,0 (65,0; 88,0)	80,0 (66,5; 94,0)	$p_{1-2}=0,490$, $p_{1-3}=0,493$ $p_{2-3}=0,212$
Роль эмоциональное функционирование (RE)	100,0 (16,5; 100,0)	100,0 (33,0; 100,0)	100,0 (41,5; 100,0)	$p_{1-2}=0,872$, $p_{1-3}=0,881$ $p_{2-3}=0,713$
Психическое здоровье (MH)	52,0 (37,0; 67,0)	68,0 (57,5; 72,0)	80,0 (56,0; 88,0)	$p_{1-2}=0,013$, $p_{1-3}=0,018$ $p_{2-3}<0,001$
Физический компонент здоровья (PCS)	36,7 (32,5; 44,0)	43,5 (38,5; 50,6)	52,8 (44,2; 58,0)	$p_{1-2}=0,012$, $p_{1-3}=0,007$ $p_{2-3}<0,001$
Психический компонент здоровья (MCS)	34,2 (24,6; 47,5)	45,9 (37,0; 52,0)	52,5 (43,4; 57,4)	$p_{1-2}=0,045$, $p_{1-3}=0,025$ $p_{2-3}<0,001$

Для оценки эффективности проведенных дуоденумско-ранирующих операций был проведен сравнительный анализ результатов КЖ с пациентами 2 группы. Для этой цели были выбраны пациенты с интрапанкреатическими кистами, локализованными в головке ПЖ (табл. 3), которым были выполнены внутренние дренирующие и резекционно-дренирующие операции.

У пациентов перенесших внутреннее дренирование ПК результаты КЖ, уровень физического и психического компонента здоровья были несколько ниже, чем после резекционно-дренирующих операций. По пяти критериям и суммарным компонентам физического (PCS) и психического здоровья (MCS) имелись статистически значимые различия. На наш взгляд это обусловлено тем, что операции внутреннего дренирования направлены лишь на декомпрессию кисты ПЖ и при возможности панкреатического протока. При этом не удаляются воспалительные ткани в головке ПЖ, являющиеся причиной болевого синдрома при хроническом панкреатите [5,12]. А сохраняющаяся панкреатическая гипертензия, вызванная стенозом главного панкреатического протока или

Таблица 3
**Качество жизни по данным опросника SF-36
(Me(P25;P75))**

Критерии опросника SF-36	Внутреннее дренирование (n=16)	Резекционно-дренирующие операции (n=16)	p по критерию Манна-Уитни
	2 группа	3 группа	
	Me (P25;P75)	Me (P25;P75)	
Физическое функционирование (PF)	55,0 (45,0; 65,0)	77,5 (75,0; 95,0)	p<0,001
Ролевое физическое функционирование (RP)	62,5 (50,0; 75,0)	87,5 (75,0; 100,0)	p =0,004
Интенсивность боли (BP)	70,0 (54,3; 74,0)	84,5 (74,0; 93,5)	p =0,001
Общее состояние здоровья (GH)	64,5 (47,5; 65,3)	70,5 (69,5; 87,8)	p<0,001
Жизненная активность (VT)	65,0 (47,3; 70,0)	75,0 (57,5; 88,3)	p =0,073
Социальное функционирование (SF)	75,0 (67,5; 87,3)	77,5 (69,8; 88,0)	p =0,564
Ролевое эмоциональное функционирование (RE)	100,0 (41,5;100,0)	83,5 (54,3; 100,0)	p =0,809
Психическое здоровье (MH)	68,0 (62,5; 72,0)	83,0 (69,0; 85,5)	p =0,008
Физический компонент здоровья (PCS)	43,5 (38,0; 50,6)	54,9 (44,1; 58,7)	p =0,019
Психический компонент здоровья (MCS)	46,8 (35,7; 52,2)	54,2 (44,4; 56,4)	p =0,043

белковыми преципитатами, играет далеко не последнюю роль в прогрессировании забивания (ХП) и формировании болевого синдрома [11]. По этой причине, изолированное дренирование ПК не позволяет устранить причину заболевания и купировать в полной мере болевой синдром, что приводит к снижению КЖ пациентов в отдаленном периоде.

Заключение

Полученные нами статистически подтвержденные результаты позволяют рекомендовать резекционные и резекционно-дренирующие операции для лечения пациентов со сформированными ПК. Это способствует улучшению качества жизни и социальной адаптации пациентов.

Литература

1. Гришин И.Н., Гриц В.Н., Лагодич С.Н. Кисты, свищи поджелудочной железы и их осложнения. – Минск: Выш. школа, 2009. – 272 с.
2. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. – М.: Медицина, 1995. – 509 с.

3. Курыгин А.А., Нечаев Э.А., Смирнов А.Д. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы. – СПб.: Гиппократ, 1996. – 144 с.

4. Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Цхай В.Ф., Клиновицкий И.Ю., Комкова Т.Б., Сотников А.А., Ярошкина Т.Н., Штофин С.Г., След Н.Ю. Панкреатит. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 528 с.

5. Паклина О.В., Чекмарева И.А., Сетдикова Г.Р., Никитин П.Н., Шабунин А.В., Бедин В.В., Та-вобилоа М.М. Поражение нервных стволов при хроническом панкреатите // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2011. – № 3. – С. 95-101.

6. Первова О.В., Винник Ю.С., Черданцев Д.В., Титова Н.М. Возможности антигипоксантаминой терапии цитофлавином при лечении деструктивного панкреатита // *Сибирское медицинское обозрение.* – 2012. – № 3. – С. 23-27.

7. Сухоруков А.М., Попов А.Е., След Н.Ю., Попов С.А., Черных А.И. Клинические аспекты профилактических мероприятий по предупреждению гнойных осложнений при деструктивном панкреатите // *Сибирское медицинское обозрение.* – 2014. – № 87(3). – С. 55-58.

8. Шалимов А.А., Грубник В.В., Горовиц Д., Зайчук А.И., Ткаченко А.А. Хронический панкреатит. Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения. – Киев: Здоровье, 2000. – 255 с.

9. Щастный А.Т. Псевдоцисты поджелудочной железы: диагностика, лечение // *Новости хирургии.* – 2009. – № 17(1). – С. 143 – 156.

10. Apostolou C., Kriger J., Bornman P. Pancreatic pseudocysts // *South African Journal of Science.* – 2006. – Vol 44, № 4. – P. 148-155.

11. D'Haese J.G., Hartel M., Demir I.E., Hinz U., Btrgmann F., Buchler M.W., Friess H., Ceyhan G.O. Pain sensation in pancreatic diseases is not uniform: The different facets of pancreatic pain // *World J Gastroenterol.* – 2014. – Vol. 20, № 27. – P. 9154-9161.

12. Nuno-Guzman C., Arroniz-Jauregui J., Gomez-Ontiveros J., Hernandez-Estrada H., Estrada-Castaneda H., Araiza-Navarro J., Esparza-Arias N. Recurrent pancreatic pseudocyst diagnosed 9 years after initial surgical drainage // *Journal of the pancreas (JOP).* – 2013. – Vol. 12, № 3. – P. 274-278.

13. Schlosser W., Siech M., H.G. Beger H.G. Pseudocyst treatment in chronic pancreatitis – surgical treatment of the underlying disease increases the long-term success // *Dig. Sug.* – 2005. – № 22. – P. 340-345.

14. Wang, Liu X., Wang S., Ge N., Guo J., Liu W., Sun S., Stent displacement in endoscopic pancreatic pseudocyst drainage and endoscopic management // *World J. Gastroenterol.* – 2015. – Vol. 21, № 7. – P. 2249-2253.

15. Zuleta M. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts // *Rev Col Gastroen.* – 2013. – Vol. 28, № 3. – P. 183-190.

References

1. Grishin I.N., Grits V.N., Lagodich S.N. Cysts, pancreatic fistulas and its complications. – Minsk: Your. School, 2009. – 272 p.

2. Danilov M.V., Fyodorov V.D. Surgery of the pancreas. – M.: Medicine, 1995. – 509 p.

3. Kurygin A.A., Nechaev E.A., Smirnov A.D. Surgical treatment of pancreatic cysts. – SPb.: Hippocrates, 1996. – 144 p.

4. Merzlikin N.V., Brazhnikova N.A., Tskhai V.B., Klinovitskiy I.Yu., Komkova T.B., Sotnikov A.A. Yaroshkina T.N., Shtofin S.G., Sled N.Yu. Pancreatitis. – M.: GEOTAR – Media, 2014. – 528 p.

5. Paklina O.V., Chekmaryova I.A., Setdikova G.R., Nikitin P.N., Shabunin A.V., Bedin V.V., Tavobiloa M.M. Nerve damage in chronic pancreatitis // *Annals of Surgical Hepatology.* – 2011. – № 3. – P. 95-101.

6. Pervova O.V., Vinnick Yu.S., Cherdantsev D.V., Titova N.M. Features of antihypoxic cytoflavin therapy in the treatment of destructive pancreatitis // *Siberian Medical Review.* – 2012. – № 3. – P. 23-27.

7. Sukhorukov A.M., Popov A.E., Sled N.Yu., Popov S.A., Chernykh A.I. Clinical aspects of preventive measures to prevent septic complications of a destructive pancreatitis // *Siberian Medical Review.* – 2014. – № 87 (3). – P. 55-58.

8. Shalimov A.A., Grubnik V.V., Gorowitz D., Zaychuk A.I., Tkachenko A.A. Chronic pancreatitis. Current concepts of the pathogenesis, diagnosis and treatment. – Kiev: Health, 2000. – 255 p.

9. Shchastny A.T. Pseudocyst of the pancreas: diagnosis and treatment // *Surgery News.* – 2009. – № 17 (1). – P. 143-156.

10. Apostolou C., Kriger J., Bornman P. Pancreatic pseudocysts // *South African Journal of Science.* – 2006. – Vol 44, № 4. – P. 148-155.

11. D'Haese J.G., Hartel M., Demir I.E., Hinz U., Btrgmann F., Buchler M.W., Friess H., Ceyhan G.O. Pain sensation in pancreatic diseases is not uniform: The different facets of pancreatic pain // *World J Gastroenterol.* – 2014. – Vol. 20, № 27. – P. 9154-9161.

12. Nuno-Guzman C., Arroniz-Jauregui J., Gomez-Ontiveros J., Hernandez-Estrada H., Estrada-Castaneda H., Araiza-Navarro J., Esparza-Arias N. Recurrent pancreatic pseudocyst diagnosed 9 years after initial surgical drainage // *Journal of the pancreas (JOP).* – 2013. – Vol. 12, № 3. – P. 274-278.

13. Schlosser W., Siech M., H.G. Beger H.G. Pseudocyst treatment in chronic pancreatitis – surgical treatment of the underlying disease increases the long-term success // *Dig. Sug.* – 2005. – № 22. – P. 340-345.

14. Wang, Liu X., Wang S., Ge N., Guo J., Liu W., Sun S., Stent displacement in endoscopic pancreatic pseudocyst drainage and endoscopic management // *World J. Gastroenterol.* – 2015. – Vol. 21, № 7. – P. 2249-2253.

15. Zuleta M. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts // *Rev Col Gastroen.* – 2013. – Vol. 28, № 3. – P. 183-190.

Сведения об авторах

След Николай Юрьевич – заведующий 1 хирургическим отделением, КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20»
Адрес: 660014, г. Красноярск, ул. Инструментальная, г. 12; тел. 8(391)2642992; e-mail: nsled@bk.ru.

Черганцев Дмитрий Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой и клиникой хирургических болезней имени А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел.: 8(391) 2201559; e-mail: gs7@mail.ru.

Попов Александр Евгеньевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры и клиникой хирургических болезней имени А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел.: 8(391) 2643695; e-mail: doc.popovae@mail.ru.

Мерзликін Николай Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой и клиникой хирургических болезней, ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет МЗ РФ.

Адрес: 634050, г. Томск, ул. Московский тракт, г. 2; тел.8(382) 2421338; e-mail: nikolai_merzlikin@mail.ru.

Поздняков Артем Аркадьевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры и клиникой хирургических болезней имени А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2640864; e-mail: artem-ark@yandex.ru.

След Ольга Николаевна – врач-ординатор 1 хирургического отделения КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20».

Адрес: 660014, г. Красноярск, ул. Инструментальная, г. 12; тел. 8(391)2642992; e-mail: o.sled@bk.ru.

Authors

Sled Nikolay Yuryevich – Head of the Surgical Department of the Nubicipal Clinical Hospital № 20 named after I. S. Berzon, Krasnoyarsk.

Address: 12, Instrumentalnaya Str, Krasnoyarsk, RF, 660014; Phone: 8 (391)2642992; e-mail: nsled@bk.ru.

Cherdantsev Dmitry Vladimirovich – Dr. Med. Sc., Professor, the Head of the Department and Clinic of Surgical Diseases named after Professor A.M. Dykhno with the Course of Endoscopy and Endosurgery, Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V. F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, P. Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, RF, 660022; Phone: 8 (391)2201559; e-mail: gs7@mail.ru.

Popov Alexander Evgenyevich – Cand. Med.Sc., Associate Professor of the Department and Clinic of Surgical Diseases named after Professor A. M. Dykhno with the Course of Endoscopy and Endosurgery, Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V. F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, P. Zheleznyak Str, Krasnoyarsk, RF, 660022; Phone 8(391)2643695; e-mail: doc.popovae@mail.ru.

Merzlikin Nikolay Vasilyevich – Dr. Med.Sc., Professor, the Head of the Department of Surgical Diseases of the Siberian State Medical University, Tomsk.

Address: 2, Moscow Trakt, Tomsk , RF, 634050; Phone 8 (382)2421338; e-mail: nikolai_merzlikin@mail.ru.

Pozdnyakov Artem Arkadyevich – Cand. Med.Sc., Associate Professor of the Department and Clinic of Surgical Diseases named after Professor A. M. Dykhno with the Course of Endoscopy and Endosurgery, Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V. F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, P. Zheleznyak Str, Krasnoyarsk, RF, 660022; Phone 8 (391)2640864; e-mail: artem-ark@yandex.ru.

Sled Ol'ga Nikolaevna – Surgeon of the Surgical Department of the Municipal Clinical Hospital № 20 named after I. S. Berzon, Krasnoyarsk.

Address: 12, Instrumentalnaya Str, Krasnoyarsk, RF, 660014; Phone: 8 (391)2642992; e-mail: o.sled@bk.ru.