

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ИНФИЛЬТРАТОМ

Ю. А. Нестеренко, С. В. Михайлузов, С. В. Поликарпова, А. А. Рог,
Е. В. Моисеевкова, М. А. Хоконов, М. В. Шевченко, А. Е. Соломахин

ГОУ ВПО Российский Государственный медицинский Университет Минздравсоцразвития, Москва

Antibiotic Therapy for Acute Infiltrate-Complicated Calculous Cholecystitis

Yu. A. Nesterenko, S. V. Mikhailusov, S. V. Polikarpova, A. A. Rog,
Ye. V. Moiseyenkova, M. A. Khokonov, M. V. Shevchenko, A. Ye. Solomakhin

Russian State Medical University, Ministry of Health and Social Development, Moscow

Цель. Обобщение результатов лечения 442 больных различного возраста с острым калькулезным холециститом, осложненным плотным перивезикальным инфильтратом. **Материалы и методы.** У всех пациентов использовалось бактериологическое исследование желчи. Определено значение различных антибактериальных препаратов по купированию воспаления перивезикальной клетчатки. **Результаты.** Установлена важность декомпрессивных методов лечения осложненного калькулезного холецистита. При этом выявлены преимущества микрохолецистостомии. Доказана целесообразность использования цефалоспоринов III–IV поколения, фторхинолонов и диоксилина в комплексном лечении деструктивного калькулезного холецистита, осложненного инфильтратом. **Ключевые слова:** острый калькулезный холецистит, перивезикальный инфильтрат, антибактериальная терапия.

Objective: to summarize the results of treatment in 442 patients of various ages with acute calculous cholecystitis complicated by a compact perivesical infiltrate. **Materials and methods.** Bile from all the patients was bacteriologically studied. The implication of various antibiotics in limiting perivesical fat inflammation was determined. **Results.** The importance of decompressive treatments for complicated calculous cholecystitis has been ascertained. The advantages of microcholecystostomy have been revealed. There is evidence that it is expedient to use third-fourth-generation cephalosporins, fluoroquinolones, and dioxidine in the combined treatment of destructive calculous cholecystitis complicated by an infiltrate. **Key words:** acute calculous cholecystitis, perivesical infiltrate, antibacterial therapy.

Острый калькулезный холецистит (ОКХ) в настоящее время является одним из самых распространенных хирургических заболеваний [1–5]. С 1982 года в клинике накоплен опыт лечения 11893 больных с данной патологией. 2866 человек (24,1%) госпитализированы в стационар позднее 3-х суток от начала появления клинических симптомов. В 1578 случаях выявлен перивезикальный инфильтрат (ПИ). Плотный (сформированный) перипузырный инфильтрат (ППИ) верифицирован в 841 наблюдении. В группах больных до 65 и старше 65 лет ППИ встречался чаще у пожилых и стариков (соответственно, в 5,4 и 9,4% случаев).

Общезвестно сегодня, что в генезе ОКХ основными факторами являются внутрипузырная гипертензия и микробная флора [6, 7]. Тактика лечения заболевания включает в себя консервативные мероприятия и оперативные вмешательства. В настоящее время активная тактика подразумевает проведение экстренных (при перитоните), срочных (при неосложненном течении заболевания) и отсроченных операций (при наличии отягчающих течение холецистита ситуациях). Хирургами сегодня широко ис-

пользуется многоэтапное лечение осложненного ОКХ с применением пункционных вмешательств — тонкоигольных пункций (ТП) и микрохолецистостомии (МХС) [8–10]. Консервативная терапия включает в себя инфузионную, антибактериальную, спазмолитическую терапию [11, 12]. Однако хирургами не уделяется должного внимания особенностям антибактериальной терапии с учетом спектра микробной флоры и чувствительности ее к антимикробным препаратам (АМП).

Хирургам хорошо известно, что именно ППИ затрудняет проведение радикального лечения ОКХ — холецистэктомии, являясь наиболее частой причиной интраоперационных осложнений [13–16]. Этот факт подчеркивает актуальность настоящего исследования.

Цель исследования — оценка эффективности антибактериальной терапии у больных ОКХ, осложненным ППИ.

Материалы и методы

Нами проведен анализ результатов микробиологических исследований желчи при остром деструктивном (флегмоноз-

Таблица 1

Пункционные вмешательства у оперированных больных с ОКХ (n=442)

Этап лечения	До 65 лет	p	Старше 65 лет	Всего
ТП ЖП	45 (24,2%)	0,205	48 (18,75%)	93 (21%)
МХС	141 (75,8%)	0,205	208 (81,25%)	349 (79%)
ИТОГО	186		256	442 (100%)

ном) калькулезном холецистите, осложненном ППИ у 442 оперированных в отсроченном периоде больных в возрасте от 38 до 89 лет. Старше 65 лет было 256 человек (57,9%). Обязательным этапом исследования явилась антибактериальная терапия. Показанием к операции явился рецидивирующий характер заболевания. Перед операцией, проводимой в различные сроки от момента начала лечения, в 21% случаев применялись многократные тонкоигольные пункции желчного пузыря (ТП ЖП), в 79% — МХС (табл. 1). Мы сопоставили течение воспалительного процесса в ЖП, перипузырной клетчатке и интраоперационные находки, что позволило оценивать эффективность терапии. Пациентам в 3 раза чаще производилась МХС, чем ТП ЖП.

В качестве контрольной группы проанализированы результаты лечения 56 оперированных больных острым флегмонозным калькулезным холециститом, осложненным ППИ, после антибактериальной и дезинтоксикационной терапии без применения пункционных методов. Пациенты были в возрасте от 42 до 77 лет. Среди них старше 65 лет было 29 человек (51,8%).

Диагноз ППИ устанавливался при госпитализации больного, исходя из давности заболевания (более 5 суток) и результатов ультразвукового исследования.

Подтверждение факта инфицирования желчи достигалось с помощью бактериологических исследований (полуколичественного анализа). Для культивирования микроорганизмов материал (содержимое ЖП) помещался на следующие питательные среды: среду обогащения (сахарный МПБ), а также простой и сахарный МПА, кровяной агар (МПА), среду «Эндо», желточно — молочно — солевой питательный агар на косячок МПА по Шукевичу, ЖСЛ, шоколадный агар, среда для контроля стерильности. Для определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам использовалась среда «Мюллер-Хинтон».

Распознавание аэробных микроорганизмов проводили по схеме: для выделения бактерий, входящих в семейство Enterobacteriaceae, применяли оксидную пробу и тип расщепления ими глюкозы на среде Хью и Лейфсон. Для дифференциации этих бактерий использованы следующие признаки: реакции Фогес-Проскауэра и с метилурацилом, выделение индола и сероводорода, разжижение желатина, ассимиляция цитратов на среде Симмонса, ферментация мочевины, свертывание молока и растворение сгустка казеина, расщепление сахаров. Идентификация рядов внутри Enterobacteriaceae проводили методом математической экспресс-интерполяции результатов биохимического типирования с использованием ключевых таблиц. Для типирования видов стафилококков определяли наличие у них плазмокоагулазы, фосфатазы, ангиналигидролазы, способности расщеплять маннит в аэробных условиях, а также чувствительность к новобиоцину. У грамотрицательных палочек определяли наличие гематокина, а у стафилококков — наличие факторов патогенности: лецитиназы, РНК-азы, гемолитических средств. Чувствительность выделенных штаммов бактерий к антибиотикам изучали методом серийных разведений в агаре.

Для выявления неклостридиальных микробов применяли комплекс методик хроматографического и масс-спектрометрического анализа. Определение основано на выделении и идентификации метаболитов анаэробных микроорганизмов и токсических метаболитов жирных средне — и длинноцепочечных кислот и углеводных комплексов. Их количество и соотношение в очаге зависит от вида микроорганизмов.

В последние годы в бактериологической лаборатории клиники разрабатывается и постоянно модернизируется «Автоматизированное рабочее место микробиолога, эпидемиолога и химиотерапевта» на базе планшетного фотометра IEMS-Reader (фирма «Termo-Electron» (Финляндия)). Автоматизацию обеспечивают 2 программы: система микробиологического мониторинга «МИКРОБ» (СМММ и усовершенствованная версия СМММ-2) и «МИКРОБ-Автомат».

Программа «МИКРОБ-Автомат» позволяет с помощью ридера производить автоматическое считывание коммерческих идентификационных тест-систем. Определять антибиотикочувствительность выделенных микроорганизмов методом ТПК — определением МПК в варианте пороговых концентраций (Breakpoint) и определением МПК методом серийных микроразведений в бульоне через 18–24 часа от момента выделения чистой культуры. Для этого используются отечественные коммерческие тест-системы и стандартные 96-луночные планшеты, разработанные Государственным Научным Центром по Антибиотикам РФ.

Система микробиологического мониторинга «МИКРОБ-2» позволяет осуществлять постоянный мониторинг микробного пейзажа и чувствительности выделенной микрофлоры. Знания о ведущей микрофлоре и уровне антибиотикочувствительности помогает в выборе рациональной терапии до получения антибиотикограммы.

Результаты и обсуждение

Анализируя результаты первичных микробиологических исследований, проводимых в 90-е и 2003–2006 годы, в пунктах чаще всего определялась *Escherichia coli* (*E.coli*) (соответственно, в 53,9 и 49,4% случаев). В последние годы значительно реже высевалась *Klebsiella* (соответственно, в 25,3 и 7,1% наблюдений). Как известно, оба микроорганизма являются грамотрицательными палочками и относятся к факультативным анаэробам (рис. 1).

В 90-е годы почти в половине наблюдений верифицированы ассоциации микроорганизмов. При этом получен положительный результат на наличие анаэробов в 72,2%. В 2/3 наблюдений степень выраженности анаэробного компонента в исследуемом содержимом ЖП была высокой, в остальных присутствии анаэробов определялось на основании следовых концентраций их метаболитов. В последние пять лет подобная ситуация отмечена в 23,9% случаях. При этом ассоциации микробов, состоящие из двух, составляют 78,8%. В 2003–2006 годы подтверждены случаи обнаружения 3-х микроорганизмов при первичном бактериологическом исследовании желчи (15,2%) и даже четырех (6,1%). В подобных ситуациях отмечается особая тяжесть течения заболевания, выраженные (деструктивные) изменения в стенке ЖП и местные осложнения ОКХ в виде перивезикальных абсцессов. Содержимое ЖП в этих наблюдениях характеризовалось гнилостным запахом, нали-

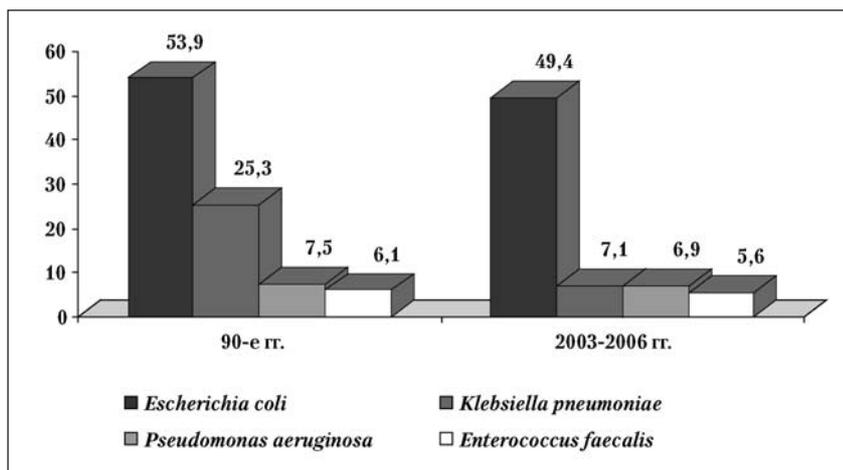
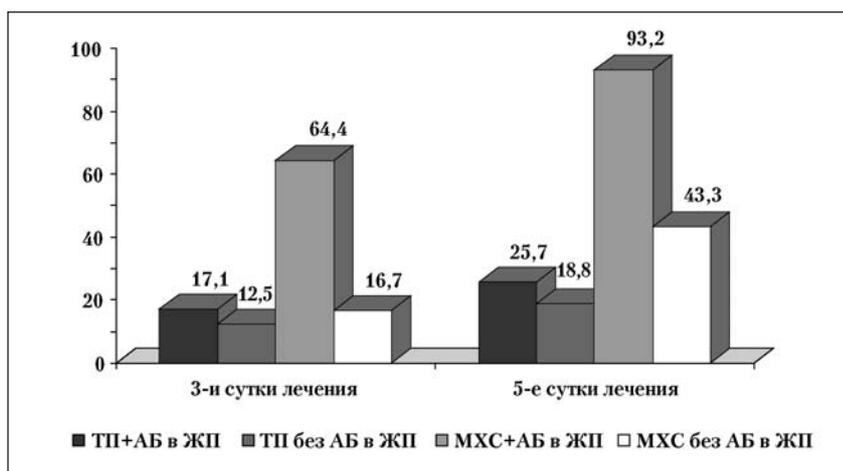


Рис. 1. Ведущая флора при ОКХ (%).

Рис. 2. Бактериальная обсемененность желчи 10^3-10^4 тел в мл с использованием аминогликозидов в лечении ОКХ, осложненного ППИ.

нием гнойно-геморрагического компонента, а также пузырьков газа.

Степень микробной обсемененности желчи составляла у всех пациентов 10^6-10^{10} микробных тел в 1 мл желчи. Чувствительность высеваемой аэробной флоры к антибиотикам *in vitro* в 90-е годы составила к полимиксину 93,5%, канамицину — 89%, гентамицину — 92,2%, цефалотину — 81,2%, тетрациклину — 69,2%.

Как известно, микроорганизм считается чувствительным к антибиотику в том случае, если у него нет механизмов резистентности к антимикробному препарату (АМП), и при лечении стандартными дозами антибиотика заболеваний, вызванных этим возбудителем, отмечается хорошая терапевтическая эффективность.

В 90-е годы в схему лечения ОКХ параллельно с проведением дренирующих ЖП манипуляций первоначально включали аминогликозиды. Дальнейшая же коррекция осуществлялась с учетом данных бактериологических исследований. После дренирования ЖП полость промывалась один раз в сутки также раствором аминогликозида. С целью оценки эффективности лечения была проанализирована динамика степени микробной обсемененности желчи.

При многократных ТП ЖП на фоне лечения аминогликозидами в 17 % случаев на 3-и сутки удавалось снизить бактериальную обсемененность желчи до 10^3-10^4 тел в мл. У пациентов, которым антибиотик в полость ЖП не вводился — лишь в 9% ($p=0,994$). На 5-е сутки степень микробной обсемененности 10^3-10^4 тел в мл желчи, соответственно, в группах больных составила 25,7% и 18,8% ($p=0,851$).

После МХС на 3-и сутки от начала лечения выявлено, что снижение степени микробной обсемененности до 10^3-10^4 тел в 1 мл желчи отмечено в 64,4%. В группе пациентов, у которых при промывании ЖП использован физиологический раствор, на 3-и сутки подобный результат динамического бактериологического исследования получен лишь в 16,7% ($p=0,000$). На 5-е сутки после дренирования степень микробной обсемененности до 10^3-10^4 тел в мл желчи отмечено, соответственно, в группах — 93,2 и 43,3% ($p=0,000$). Сопоставление полученных данных позволило установить достоверное снижение степени бактериоохлии при использовании для промывания полости ЖП растворов АМП.

Данные бактериологического исследования позволили сделать вывод о необходимости проведения внутривезикулярного введения антибиотиков в течение не менее 5 дней с обязательным бактериологическим исследованием.

Сравнение результатов бактериологических исследований в группах больных, в лечении которых использованы ТП и МХС, выявило достоверные статистические различия результатов исследований в пользу дренирования ЖП. Так, на 3-и сутки лечения бактериальная обсемененность желчи 10^3-10^4 тел в мл с использованием аминогликозидов в лечении после пункции была в 17,1%, после дренирования — в 64,4% ($p=0,000$), на 5-е сутки, соответственно, 25,7 и 93,2% ($p=0,000$) (рис. 2).

Проведение ультразвукового исследования в процессе многоэтапного лечения не позволило выявить достоверных данных, указывающих на рассасывание ПИ. Прежде всего, это было связано с тем, что оказалось весьма затруднительной оценка перивезикулярной клетчатки вокруг сократившегося ЖП.

С учетом данных бактериологических исследований попытка холецистэктомии после пункционных

Таблица 2

Частота выявления ПИ во время холецистэктомии, проводимой в различные сроки, при многоэтапном лечении ОКХ, осложненного ППИ, с использованием аминогликозидов (n=108)

Лечение перед операцией	7–10 сутки	p	11–14 сутки	p	15–21 сутки	p	Позднее 21 суток	Всего
АБ+ТП ЖП (n=35)	8 из 11 72,7%	0,597	7 из 13 53,8%	1,000	3 из 5 45,5%	0,567	2 из 6 16,7%	20 из 35 57,1%
p	0,857		0,960		1,000		1,000	0,982
АБ+МХС (n=73)	18 из 26 69,2%	0,668	13 из 22 59,1%	0,693	4 из 9 44,4%	0,671	5 из 16 31,3%	40 из 73 54,8%
Итого	26 из 37 70,3%	0,289	20 из 35 57,1%	0,892	7 из 14 50%	0,374	7 из 22 31,8%	60 из 108 55,6%

вмешательств и использования аминогликозидов в лечении проводилась не ранее 7–10 дня. Вмешательства осуществлялись открытым и видеолaparоскопическим способами. Результативность предоперационного лечения оценивалась по факту выявления ПИ, затрудняющему осуществление этапов удаления ЖП (табл. 2).

Как видно из представленных данных, статистически не достоверными оказались различия процента случаев неэффективности рассасывания ПИ с применением ТП ЖП и МХС на фоне лечения аминогликозидами в различные сроки радикального лечения. В группе больных, в лечении которых использована МХС, попытку холецистэктомии предпочтительнее провести спустя 2 недели от момента дренирования ЖП. В первые 2 недели после МХС ПИ затруднял этапы вмешательства в 31 наблюдении из 48 (64,6%), в более поздние сроки — в 9 из 25 (36%) ($p=0,037$).

Интересным оказался факт, что при попытке холецистэктомии неэффективность лечения ПИ оказалась исключительно у пациентов старше 65 лет.

Таким образом, схема лечения больных ОКХ, осложненным ППИ с широким использованием аминогликозидов, можно признать несостоятельной. Этот факт подтверждается еще и тем, что препараты данной группы имеют ряд побочных (нежелательных) эффектов (нефро- и ототоксичность, нервно-мышечную блокаду).

С учетом того факта, что антибактериальная терапия должна являться обязательным компонентом лечения хирургической инфекции, в клинике продолжена работа по выработке рациональной схемы лечения ОКХ, в том числе осложненного ПИ. Мы исходили, прежде всего, из того, что использование антибиотиков направлено на предупреждение формирования интра- и экстраабдоминальных очагов. Препараты должны быть активными в отношении этиологически значимых

возбудителей, обладать активными фармакологическими характеристиками, хорошо проникать в очаг воспаления или деструкции. Антибиотикотерапия должна проводиться с учетом потенциальных нежелательных реакций препаратов, а также тяжести основного и сопутствующих заболеваний и фармако-экономических аспектов ее. Считается, что ОКХ является абсолютным показанием к проведению антимикробной терапии. При выборе препаратов мы исходили из клинического течения заболевания, предполагаемых возбудителей и прогнозируемой чувствительности к АМП. В процессе лечения коррекция терапия проводится с учетом данных антибиотикограммы.

При первичных бактериологических исследованиях желчи у больных различного возраста с ОКХ, осложненным ПИ, с 2003 года чаще всего идентифицирована *E.coli*. Наиболее высокими оказались показатели чувствительности микроба к цефалоспорином III–IV поколения и фторхинолонам (рис. 3).

Исходя из данных микробиологического исследования и предыдущего опыта, мы отказались от широкого

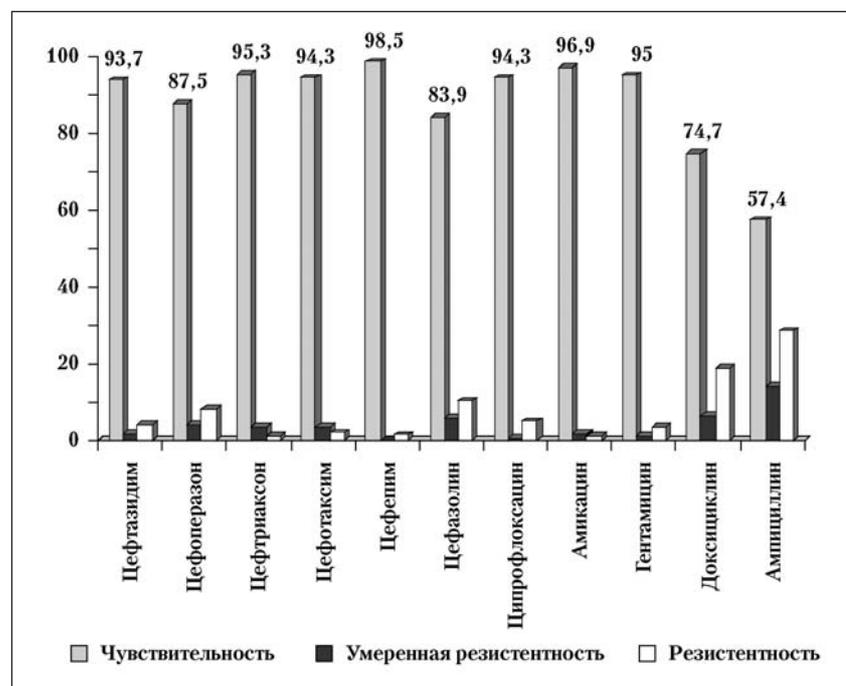


Рис. 3. Чувствительность *E.coli* к АМП (с 2003 г.).

Таблица 3

Частота выявления ПИ во время холецистэктомии при многоэтапном лечении ОКХ, осложненного ППИ, с использованием цефалоспоринов, фторхинолонов и диоксида в различные сроки проведения вмешательства (n=334)

Лечение перед операцией	7–10 сутки	<i>p</i>	11–14 сутки	<i>p</i>	15–21 сутки	<i>p</i>	Позднее 21 суток	Всего
АБ+ТП ЖП (n=58)	5 из 17 29,4%	0,984	5 из 21 23,8%	1,000	2 из 10 20%	1,000	2 из 10 20%	14 из 58 24,1%
<i>p</i>	0,536		0,249		0,163		0,078	0,005
АБ+МХС (n=276)	10 из 54 18,5%	0,333	13 из 112 11,6%	0,332	2 из 42 4,8%	0,977	2 из 68 2,9%	27 из 276 9,8%
Итого	15 из 71 21,1%	0,299	18 из 133 13,5%	0,966	4 из 52 7,7%	1,000	4 из 78 5,1%	41 из 334 (12,3%)

Таблица 4

Процент наблюдений неполного рассасывания ППИ, диагностированного интраоперационно на фоне лечения с использованием различных антибактериальных препаратов (n=442)

Лечение перед операцией	7–10 сутки	11–14 сутки	15–21 сутки	Позднее 21 суток	Всего
ТП ЖП + аминогликозиды	8 из 11 72,7%	7 из 13 53,8%	3 из 5 60%	2 из 6 16,7%	20 из 35 57,1%
<i>P</i>	0,063	0,158	0,251	0,604	0,003
ТП ЖП + цефалоспорины, фторхинолоны и диоксидин	5 из 17 29,4%	5 из 21 23,8%	2 из 10 20%	2 из 10 20%	14 из 58 24,1%
МХС + аминогликозиды	18 из 26 69,2%	13 из 22 59,1%	4 из 9 44,4%	5 из 16 31,3%	40 из 73 54,8%
<i>P</i>	0,000	0,000	0,006	0,002	0,000
МХС + цефалоспорины, фторхинолоны и диоксидин	10 из 54 18,5%	13 из 112 11,6%	2 из 42 4,8%	2 из 68 2,9%	27 из 276 9,8%

го первичного применения аминогликозидов. После дренирования ЖП больным с ППИ парентерально назначали цефалоспорины III и IV поколения (цефтазидим, цефтриаксон, цефатоксим, цефепим) и фторхинолоны (ципрофлоксацин). Местно (в полость желчного пузыря по дренажу) вводили диоксидин.

Диоксидин, как известно, является отечественным АМП широкого спектра действия, разрешенным для медицинского применения в 1976 году. Препарат оказывает бактерицидное действие и противовоспалительное действие.

На 3-и сутки лечения бактериальная обсемененность желчи 10^3 – 10^4 тел в мл с использованием данной антимикробной терапии после ТП была в 15 случаях из 58 (25,9%), после МХС — в 235 из 276 (85,1%) ($p=0,000$), на 5-е сутки, соответственно, в 25 из 58 (43,1%) и в 270 из 276 (97,8%) ($p=0,000$). С учетом полученных результатов очевидными оказались преимущества МХС перед пункциями ЖП (табл. 3).

При использовании в лечении больных ОКХ, осложненным ППИ, цефалоспоринов III–IV поколения и фторхинолонов с местным применением диоксида, статистически достоверными по рассасыванию инфильтрата оказались преимущества МХС (табл. 3). Причем предпочтение следует отдавать холецистэктомии, проводимой не ранее 15 суток от момента дренирования ЖП. При традиционной и видеолaparоскопической холецистэктомии в первые 14 суток от момента лечения инфильтративный процесс существенно затруднил выполнение этапов операции в 13,9% случаев

(у 23 из 166 больных), в более поздние сроки — в 3,6% (у 4 из 110) ($p=0,010$).

Лечебные преимущества МХС перед ТП ЖП при ОКХ, осложненном ППИ, с использованием различных антибиотиков подтверждаются и во всех анализируемых группах. После ТП ЖП некупированный инфильтративный процесс диагностирован в 34 случаях из 93 (36,6%), а после МХС — в 67 из 349 (19,2%) ($p=0,000$) (табл. 4). После лечебных ТП ЖП выраженный инфильтративный процесс выявлен интраоперационно в первые 14 суток у 25 из 62 больных (40,3%), после МХС — у 54 из 214 (25,2%) ($p=0,031$). Во время холецистэктомии неэффективность лечения на 15-е сутки лечения и позднее верифицирована после ТП ЖП у 9 из 31 пациентов (29%) и МХС — у 13 из 135 (9,6%) ($p=0,010$). После же МХС оперативное вмешательство предпочтительнее не ранее 2 недель после дренирования ($p=0,000$) (табл. 4).

Среди антибактериальных препаратов в лечении больных ОКХ, осложненным ППИ, преимущества цефалоспоринов III–IV поколения и фторхинолонов с внутривезикулярным введением диоксида перед аминогликозидами оказались очевидными.

В контрольной группе ни в одном наблюдении не получено желаемого эффекта по рассасыванию ППИ. Во всех случаях оперативное вмешательство, проводимое в различные сроки от начала лечения, было существенно затруднено инфильтративным процессом.

Таким образом, антибиотиками выбора в лечении больных ОКХ, осложненным ППИ, следует считать це-

фалоспорины III—IV поколения и фторхинолоны. Обязательным этапом лечения должна быть микрохолецист-

стомия. Холецистэктомия следует проводить не ранее, чем через 2 недели от момента начала лечения.

Литература

1. Михайлулов С. В. Хирургическая тактика при остром калькулезном холецистите. Рос. мед. журн. 1998; 6: 29—33
2. Нестеренко Ю. А., Шаповальянц С. Г., Михайлулов С. В. Компьютерная эхофотография в диагностике и лечении острого холецистита. М.; 1998.
3. Нестеренко Ю. А., Михайлулов С. В., Бурова В. А. и др. Лечение калькулезного холецистита и его осложнений. Хирургия 2003; 10: 41—45.
4. Брискин Б. С., Ломидзе О. В. Медико-экономическая оценка различных способов выполнения холецистэктомии. Хирургия 2005; 6: 24—30.
5. Прудков М. И., Кармацких А. Ю., Нишневич Е. В., Столин А. В. Диагностика и лечение больных с острым калькулезным холециститом. Эндоскопическая хирургия 2005; 1: 109.
6. Михайлулов С. В., Максимова В. В., Мартынова В. Б., Хачатурова Э. А. Роль ультразвуковой микрохолецистостомии в профилактике гнойных осложнений острого холецистита. В кн.: Гнойно-септические осложнения в неотложной хирургии. Черновцы; 1992. 48—49.
7. Гринберг А. А., Михайлулов С. В., Бурова В. А. и др. Инструментальные методы декомпрессии при остром калькулезном холецистите. В кн.: Сб. науч. тр. пленума проблемной комиссии по неотложной хирургии. Ярославль; 1994. 68—73.
8. Шаповальянц С. Г., Михайлулов С. В., Максимова В. В. Показания к микрохолецистостомии под контролем УЗИ. Хирургия 1997; 1: 68.
9. Нестеренко Ю. А., Михайлулов С. В., Хоконов М. А., Балкизов З. З. Лечение острого осложненного холецистита. Анналы хирургической гепатологии 2004; 9 (2): 141—142.
10. Нестеренко Ю. А., Михайлулов С. В., Тронин Р. Ю. и др. Острый холецистит у пожилых и стариков. Клинич. геронтология 2006; 12 (6): 40—46.
11. Страчунский Л. С., Белоусова Ю. Б., Козлова С. Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. М.; 2002.
12. Козлов В. А., Прокопов А. Ю., Макаровичкин А. Г. Целесообразно ли купировать приступ острого холецистита методами консервативной терапии? Анналы хир. гепатологии 2006; 11 (3): 91.
13. Михайлулов С. В., Смирнов А. С., Хоконов М. А., Балкизов З. З. Лапароскопическая холецистэктомия в отсроченном периоде при остром калькулезном холецистите после микрохолецистостомии. В кн.: Актуал. пробл. современной хирургии. Сб. тр. Междунар. хирургического конгр. М.; 2003. 38.
14. Кузнецов Н. А., Аронов А. С., Харитонов С. В. и др. Выбор тактики, сроков и метода проведения операции при остром холецистите. Хирургия 2003; 5: 35—40.
15. Данзанов Б. С. Выбор метода малоинвазивного хирургического лечения больных острым холециститом (Улан-Удэ). В кн.: Тез. 10 юбилейного Моск. междунар. конгр. по эндоскопической хирургии. М.; 2006. 71—72.
16. Галлингер Ю. И., Карпенкова В. И. 14-летний опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии. В кн.: Тез. 9 Моск. междунар. конгр. по эндоскопической хирургии. М.; 2005. 87—89.

Поступила 18.01.07

ОБЩАЯ РЕАНИМАТОЛОГИЯ

Научно-практический журнал «Общая реаниматология»,
входящий в перечень ВАК РФ, предназначен для врачей анестезиологов-реаниматологов
и научных сотрудников

Тематика журнала: патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика и патологическая анатомия критических, терминальных и постреанимационных состояний. Вопросы оказания догоспитальной помощи при критических состояниях. Вопросы обучения населения и медицинского персонала приемам оказания неотложной помощи при критических состояниях.

Аудитория: лечебные учреждения; высшие учебные заведения медицинского профиля; медицинские учреждения последипломного образования, Федеральные и региональные органы управления здравоохранением, медицинские научно-исследовательские институты; медицинские библиотеки.

ПОДПИСКА

В любом почтовом отделении связи по каталогу «Роспечать»

- индекс 46338 — для индивидуальных подписчиков
- индекс 46339 — для предприятий и организаций