

© Козак І.О., Суходоля А.І., Власов В.В., Мохнатий С.І., Мойсюк В.І.

УДК 616.33-089.166-06

РЕЗЕКЦІЯ ШЛУНКА ЗА ІІ СПОСОБОМ БІЛЬРОТА З ПРИВОДУ УСКЛАДНЕНОЇ ЗАЦИБУЛИННОЇ ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

І.О.Козак, А.І.Суходоля, В.В.Власов, С.І.Мохнатий, В.І.Мойсюк

Кафедра хірургії (зав. – проф. А.І.Суходоля) факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, Хмельницька обласна лікарня

Резюме. За період з 1993 по 2006 рр. прооперовано 1054 хворих на виразку дванадцятипалої кишки (ДПК). Зацибулинна виразка ДПК була в 171 випадку (16,2 %). Органозберігальні операції виконані 63 (36,8 %) хворим, резекція шлунка за І способом Більрота – 10 (5,8 %). Решті 98 (57,3 %) хворим виконана резекція шлунка за ІІ способом Більрота, зокрема: в модифікації Гофмейстера-Фінстерера – 38, за методом Бальфура – 7, резекція шлунка з виключенням зацибулинної виразки – 53. Наведено технічні прийоми виконання резекції шлунка за ІІ способом Більрота, які поліпшують післяопераційні результати і спрощують техніку виконання.

Ключові слова: зацибулинна виразка дванадцятипалої кишки, хірургічне лікування, профілактика інтраопераційних та післяопераційних ускладнень.

Ятрогенні пошкодження органів черевної порожнини (ОЧП) в 45-48 % випадків зумовлені хірургічними втручаннями, в 14 % виникають внаслідок технічних огріхів операції, особливо при нестандартних хірургічних втручаннях [1]. У хірургії виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ДПК) найбільшою нетиповістю вирізняються операції з приводу зацибулинної виразки (ЗЦВ) ДПК [2]. За локалізацією розрізняють виразку верхнього вигину ДПК, навколососочкову (надсосочкову, навпротисосочкову, підсосочкову), сосочкову, ЗЦВ нижньої чи висхідної частин ДПК [3]. Ускладнений перебіг ЗЦВ ДПК в 68 % випадків потребує застосування резекційних методів, основним з яких є резекція шлунка (РШ) чи антрумрезекція у модифікації Більрот-ІІ [4]. Інтраопераційне пошкодження спільної жовчної протоки (СЖП) під час РШ трапляється в 0,3-6,4 % випадків [2, 5, 6], великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДПК) – 0,2-1,5 % [7-9], селезінки – 0,6-2,0 % [10].

Мета дослідження. Удосконалити техніку виконання резекції шлунка за ІІ способом Більрота з приводу ускладненої ЗЦВ ДПК.

Матеріал і методи. За період з 1993 по 2006 рр. нами прооперовано 1054 хворих на виразку ДПК. Зацибулинна виразка ДПК була в 171 випадку (16,2 %). Органозберігальні операції виконані 63 (36,8 %) хворим, резекція шлунка за І способом Більрота – 10 (5,8 %). Решті 98 (57,3 %) хворим виконана резекція шлунка за ІІ способом Більрота, зокрема: в модифікації Гофмейстера-Фінстерера – 38, Бальфура – 7, з виключенням ЗЦВ – 53. Досліджувану групу становили 77 хворих, у яких кукса ДПК була оброблена удосконаленим авторами способом, модифікованим способом Ніссена, надворотарним виключенням ЗЦВ в авторській модифікації, виключенням ЗЦВ за способом Фінстерера, підворотарним виключенням.

Результати дослідження та їх обговорення. Особливістю виконання РШ за ІІ

методикою Білрота в нашій клініці було вдосконалення її окремих технічних прийомів. Після виконання верхньої середньої лапаротомії проводимо ретельну ревізію черевної порожнини та її органів. Встановлюємо місце знаходження виразки. При локалізації виразки в ДПК деталізуємо відділ ураження, її величину, глибину, відношення до прилеглих органів (наявність пенетрації). Обов'язково проводимо ревізію заочеревинної ділянки ДПК та дуоденоєюнального вигину. Вирішивши виконувати РШ за другою методикою Білрота, проводимо мобілізацію дуоденоєюнального вигину (операція Стронга) з ретельним відновленням цілісності очеревини в цій ділянці.

Ознаками, які можуть насторожити хірурга щодо наявності ЗЦВ і можливого ятрогенного травмування СЖП (до проведення мобілізації ДПК за методом Кохера), є: незмінені або слабко уражені воротар і вена Мейо, відстань від воротаря до початку виразкового інфільтрату понад 4 см, розміщення виразкового інфільтрату нижче нижнього краю гепатодуоденальної зв'язки, величина виразкового інфільтрату понад 4 см, замурованість сальникового отвору, неможливість визначення місця пульсації печінкової артерії.

Інколи остаточну ревізію ЗЦВ вдається виконати після мобілізації ДПК за методом Кохера. На цьому етапі операції існує найбільша ймовірність інтраопераційного пошкодження ВСДПК, особливо при розміщенні виразки на задньолатеральній стінці низхідної частини ДПК, величині виразки понад 2 см, пенетрації виразки в гепатодуоденальну зв'язку, глибині пенетрації понад 0,7 см, поєднанні пенетрації виразки в гепатодуоденальну зв'язку з тубулярним стенозом протяжністю понад 3 см.

Особливістю формування "вікна" в шлунково-ободовокишковій зв'язці з метою огляду задньої стінки шлунка є те, що отвір створюємо між шлунково-сальниковими судинами і поперечною ободовою кишкою. Такий прийом досить зручний, бо кількість

судин до сальника менша, ніж до шлунка, тому отвір робиться швидше. Мобілізація шлунка по великій кривині виконується аналогічно. Малий сальник пересікаємо поперечно, для чого затискачі накладають на середину печінково-шлункової зв'язки в напрямку від стінки шлунка до печінки, перпендикулярно низхідній гілці лівої шлункової артерії (рис. 1). Поперечний розріз печінково-шлункової зв'язки дозволяє розправити малу кривину шлунка, створює умови для бережливого виконання наступних етапів операції. На середину малої кривини шлунка накладаємо марлеву смужку-тримач, яку проводимо крізь створені отвори в малому сальнику і шлунково-ободовокишковій зв'язці (рис. 2). Підтягування смужки-тримача доверху забезпечує належний огляд операційного поля і сприяє малотравматичній мобілізації ДПК під час виділення

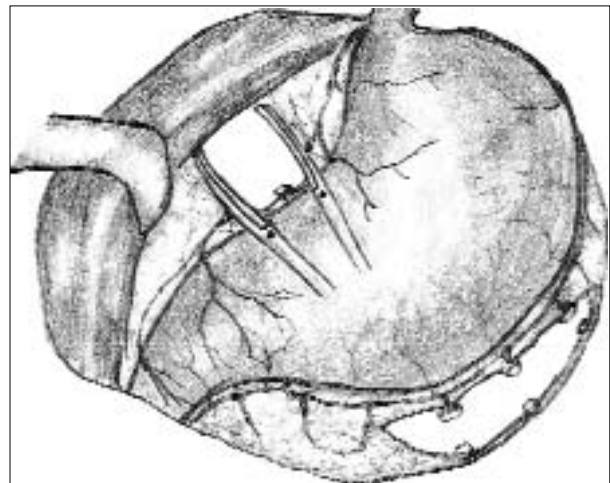


Рис. 1 (пояснення в тексті).

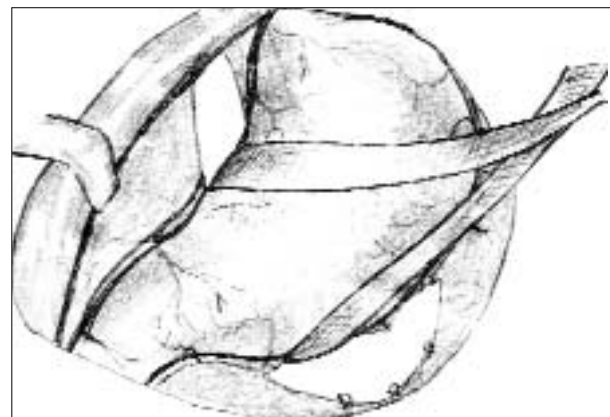


Рис. 2 (пояснення в тексті).

її з виразкового інфільтрату. Шлунок мобілізують до рівня резекції двох третин органа – на 2-3 см нижче стравоходу по малій кривині і місця розгалуження лівої шлунково-сальникової артерії по великій кривині. В ході мобілізації шлунка ділянка малої кривини завширшки 1,5-2 см виявляється десерозованою. Після завершення мобілізації шлунка визначаємо проксимальну лінію майбутньої резекції, на крайні точки якої (на малій і великій кривинах) накладаємо шви-тримачі (рис. 3). Особливість накладання шва-тримача на малій кривині полягає в тому, що зав'язавши його, усуваємо десерозовану ділянку. Окрім цього, шви-тримачі зручно фіксують куксу шлунка, запобігають пошкодженню коротких судин шлунка та інтраопераційному травмуванню селезінки.

Мобілізацію ДПК проводимо за методом Кохера. Відшаровану від ДПК брижу правого вигину ободової кишки зміщуємо вниз і медіально. Оголення нижньої порожнистої вени свідчить про достатню мобілізацію низхідної та горизонтальної частин ДПК. Після мобілізації ДПК проводимо остаточну її ревізію, оцінюємо втягування кишки в рубцевий, запально-виразковий процес. Обов'язково натискаємо на жовчний міхур (при його відсутності стискаємо печінку руками) з метою перевірки можливого витікання жовчі при пошкодженні жовчного міхура, СЖП чи ВСДПК.

Нами удосконалена і застосована у 18 хворих методика формування кукси ДПК з приводу великої ЗЦВ (охоплює 2/3 просвіту кишки) з пенетрацією в підшлункову залозу. Просвіт кишки розтинаємо над виразкою поперечно. Навколо виразкової "ніші" розсікаємо стінку ДПК так, щоб виразка опинилася за межами просвіту кишки. Прилеглу до нижнього краю виразки стінку ДПК не мобілізуємо, щоб не пошкодити ВСДПК. Після пересікання ДПК повторно перевіряємо цілісність СЖП та ВСДПК, для чого вводимо марлевий тампон або тупфер у куксу ДПК і натискаємо на жовчний міхур

або печінку. Візуально і пальпаторно визначаємо місце знаходження ВСДПК, відстань від нього до краю виразки, ступінь втягнення ВСДПК в виразковий процес. Виділення великої кількості жовчі в ДПК після натискання на жовчний міхур або печінку свідчить про їх анатомічну цілісність. У сумнівних випадках цілісність СЖП та ВСДПК контролюють за допомогою пункційної холестиохолангіографії або пункційної холангіографії. Куксу ДПК зашиваємо перпендикулярно нижньому краю виразки на зразок формування кукси у вигляді равлика за способом С.С.Юдіна [11], але куксу зашиваємо вузловими інвертованими швами Матешука-Пирогова [12]. Першим швом зшивають кишкову стінку, прилеглу до нижнього краю виразки (виразка опиняється за межами просвіту кишки). Голки вко-

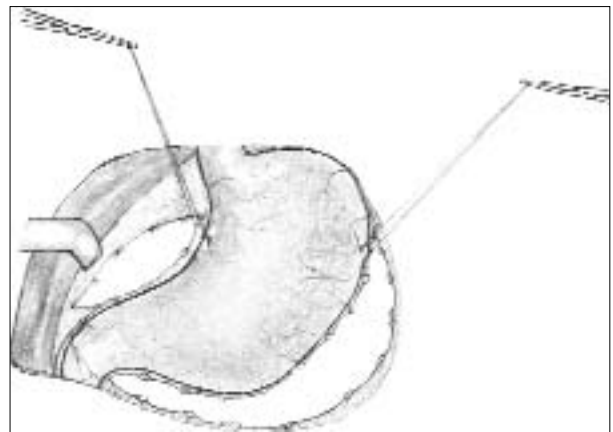


Рис. 3 (пояснення в тексті).

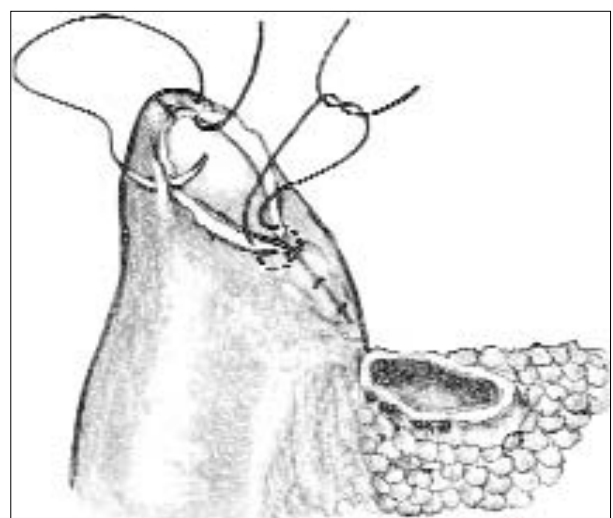


Рис. 4 (пояснення в тексті).

люють у край рани на рівні підслизового шару кишкової стінки, прилеглої до виразки, і проводять її тільки в підслизовому шарі. Виколують голку на серозній поверхні кишкової стінки, неураженої виразковим інфільтратом чи виразкою. На протилежному краю рани голку вколують в серозну оболонку, а виколують через підслизовий шар кишкової стінки. Після зав'язування ниток серозні поверхні інвертуються.

Запропонований спосіб інвертованого шва запобігає проколюванню слизової оболонки кишки, втягнутої у виразковий інфільтрат, чим уникаємо пошкодження або перев'язування СЖП та ВСДПК. Завдяки зашиванню ДПК перпендикулярно нижньому краю виразки формується кукса у вигляді кіля, основа якого знаходиться під виразкою, а верхівка – на протилежному (вільному від виразки) боці кишки. Сформований перший ряд швів кукси ДПК вільно занурюємо в її стінку (рис. 4) за допомогою двох напівкисетних швів, які накладають на відстані 2,5-3 см від верхівки кіля. Нитки напівкисетних швів біля основи кіля провізорно зв'язуємо, беремо на затискач і використовуємо як тримачі, що полегшує занурення першого ряду швів кукси ДПК. Напівкисетні шви накладаємо вздовж передньої та задньої стінок зашити кукси. Шов з боку задньої стінки проводять тільки в підслизовому шарі. Протилежні дві нитки незав'язаних напівкисетних швів, розміщених на великій кривині, захоплюють другим затискачем (рис. 5). Підтягування доверху привентивно зав'язаних ниток напівкисетних швів з боку задньої стінки забезпечує рівномірний розподіл зусиль хірурга при зануренні кукси, зменшує травматичність цього етапу операції. Дві протилежні лігатури напівкисетного шва зв'язують (другий ряд швів, рис. 6), накладають вузлові серо-серозні шви (третій ряд). Шви вкриваємо пасмом великого сальника на судинній ніжці. Слід зазначити, що запропонований спосіб обробки кукси ДПК не потребує надмірної її мобілізації, зменшує ризик некрозу та

небезпеку ятрогенного травмування суміжних органів і структур.

З приводу перфоративної чи кровоточивої надсосочкової ЗЦВ за необхідності виконання радикальної операції, при четвертому ступені складності мобілізації ДПК за Гварнері (1980) [13] застосовуємо інвагінаційний спосіб обробки кукси [14] в нашій модифікації [15]. Обережно розсікаємо виразковий інфільтрат, відсікаємо ДПК від шлунка, виявляємо місце кровотечі з виразки. Для полегшення лігування кровоточивої судини інколи розсікали поздовжньо передню стінку ДПК завдовжки 1-2 см. При масивній артеріальній кровотечі, великій кровотраті та обмеженому огляді операційного поля вказівний палець лівої руки вводи-

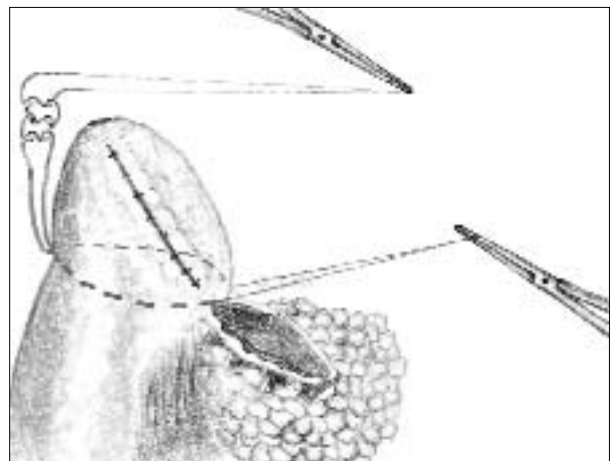


Рис. 5 (пояснення в тексті).

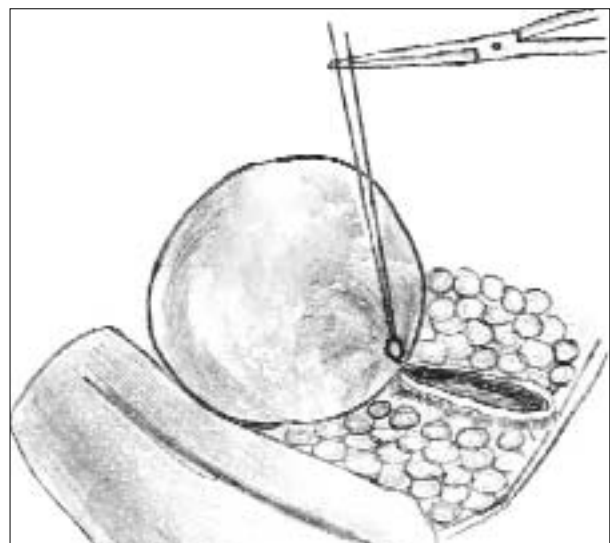


Рис. 6 (пояснення в тексті).

ли в сальниковий отвір, а великий палець розміщували на підшлунковій залозі. Стисканням голівки підшлункової залози досягали тимчасової зупинки кровотечі. Послабляючи натискання, виявляли арозовану судину, яку прошивали проксимально і дистально міцною лавсановою ниткою П-подібними швами. Формування кукси ДПК починали з накладання в поперечному напрямку двох міцних лавсанових лігатур (рис. 7), які проводили в підслизовому шарі, на 2 мм нижче від краю виразки (за наявності вільної задньої стінки ДПК вкол і вкол виконували з боку серозної оболонки). Кінці ниток фіксували затискачами Більбота (рис. 8). Стінки ДПК захоплювали анатомічним пінцетом і занурювали в її просвіт, утримуючи їх у такому положенні. Знімали затискачі з лавсанових ниток і по чергово накладали П-подібні шви (рис. 9). Кожну з ниток прово-

дили глибоко в серозно-м'язовому шарі ДПК перпендикулярно до її краю, відступивши від нього на 1,5-2 см. Обидві нитки зв'язували. Отже, П-подібні серозно-м'язові шви є першим рядом швів, який несе основне механічне навантаження і в подальшому полегшує формування кукси ДПК. Перший ряд швів доповнювали 3-4 серосерозними швами (рис. 10). Виведену за межі просвіту ДПК виразку тампонували пасмом великого сальника на ніжці, чим досягали своєрідної перитонізації дна виразки (рис. 11). Підтримуємо думку, що обробкою виразки настояюкою йоду можна викликати гострий післяопераційний панкреатит [16]. Тампонувану сальником виразку закривали другим рядом лавсанових швів, захоплюючи при цьому передню стінку ДПК і дальній від неї край виразки. Третім рядом серосерозних вузлових швів захоплювали перед-

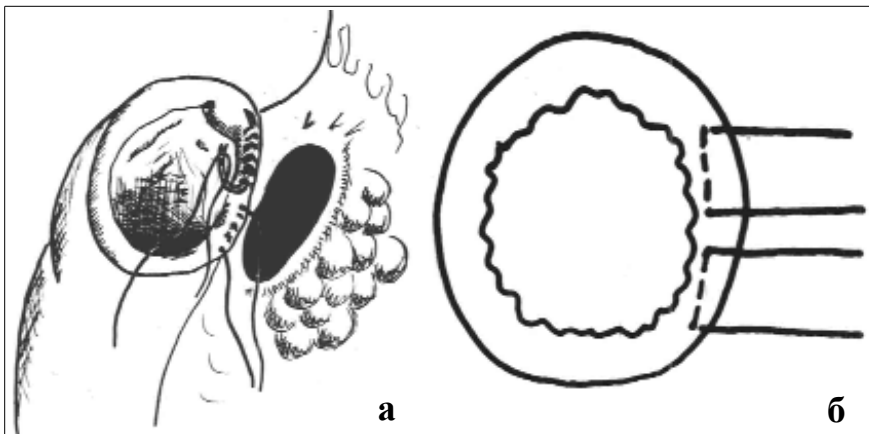


Рис. 7 (пояснення в тексті).

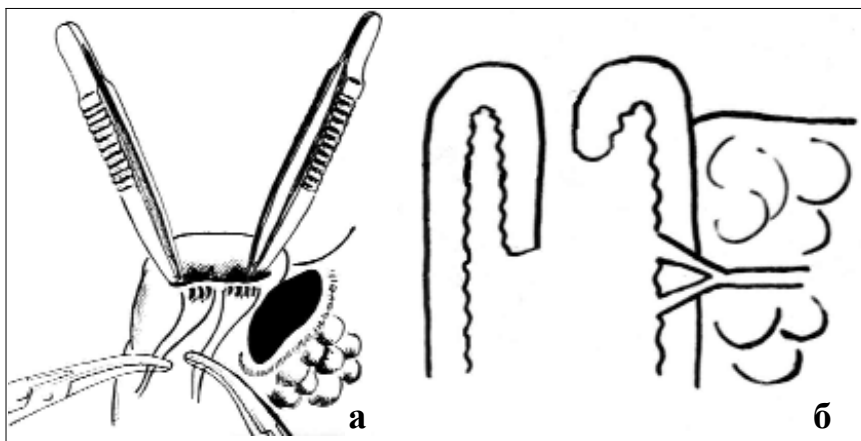


Рис. 8 (пояснення в тексті).

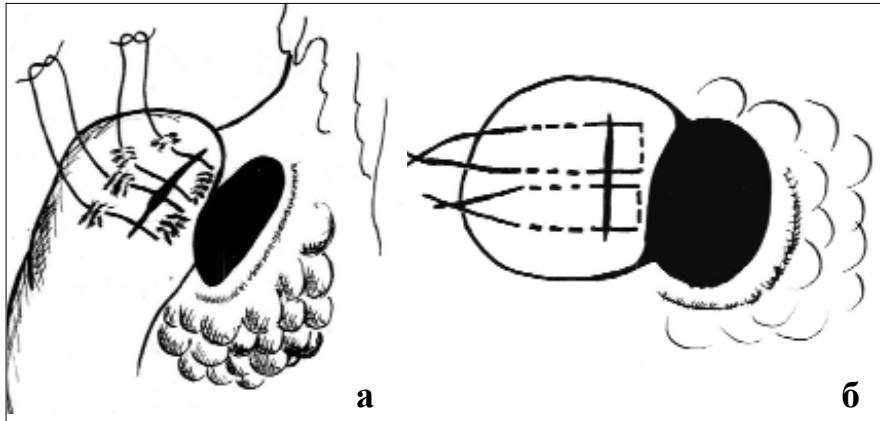


Рис. 9 (пояснення в тексті).

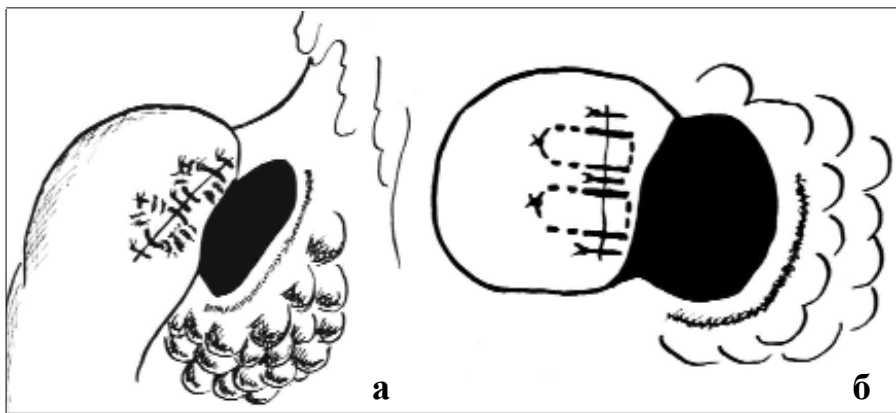


Рис. 10 (пояснення в тексті).

ню стінку ДПК та очеревину підшлункової залози (рис. 12). Наступні етапи РШ проводили за II методикою Більрота в модифікації Гофмейстер-Фінстерера чи Бальфура. Особливості формування гастроентероанастомозу наведені в попередніх наших публікаціях [17]. При потребі під час операції проводили в ДПК через привідну петлю шлунково-тонкокишкового анастомозу назодуоденальний зонд з метою профілактики післяопераційного дуоденостазу і гострого панкреатиту. Частіше у відвідну петлю гастроентероанастомозу встановлювали назоінтестинальний зонд для ентерального харчування.

У досліджуваній групі РШ за II методикою Більрота з використанням удосконаленого авторами способу обробки кукси ДПК виконана 18 хворим, модифікованого способу Ніссена – 6, надворотарного виклю-

чення ЗЦВ в авторській модифікації [18] – 29, виключення ЗЦВ за способом Фінстерера – 9, підворотарного виключення ЗЦВ – 15. Гострий післяопераційний панкреатит виник у 4 хворих після РШ з підворотарним



Рис. 11 (пояснення в тексті).

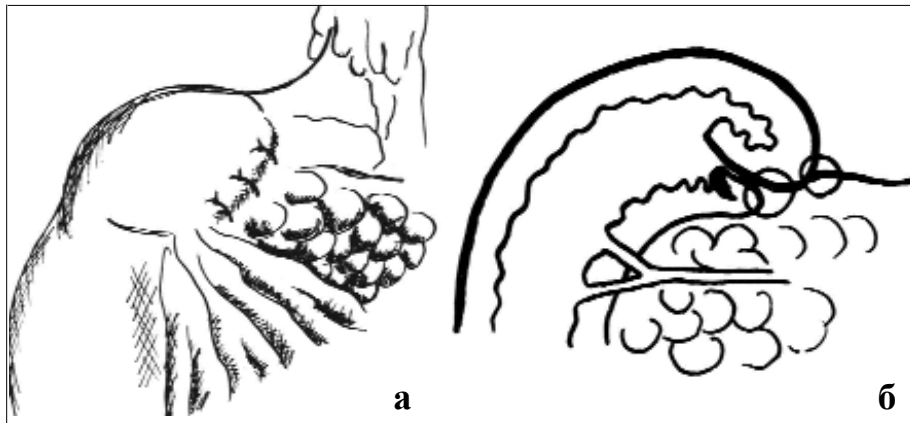


Рис. 12 (пояснення в тексті).

виключенням ЗЦВ. Пошкоджень органів черевної порожнини, неспроможності швів кукси ДПК при резекції з виключенням не було.

При використанні традиційного способу обробки кукси ДПК у 21 хворого (контрольна група) інтраопераційні ускладнення спостерігались у 8 пацієнтів: інтраопераційне травмування СЖП – 2, ВСДПК – 6. У 1 хворого пошкодження СЖП було поєднане із травмою селезінки і поперечної ободової кишки. Реплантація ВСДПК виконана 6 хворим. Неспроможність швів кукси ДПК в контрольній групі спостерігали у 8 хворих (де кука зашивалася традиційно), неспроможність швів гастроентероанастомозу – 3, неспроможність швів на місці реплантації ВСДПК – 1, гострий післяопераційний панкреатит – 9, гострий тромбоз – 2, нагноєння післяопераційної рани – 11. Померло 8 чоловік. Причиною смерті були: гостра післягеморагічна анемія і геморагічний шок (3), неспроможність швів кукси ДПК (3), неспроможність швів у місці реплантації ВСДПК (1), тромбоемболія легеневої артерії (1).

Отже, технічні прийоми виконання РШ за II методикою Більбота з приводу ЗЦВ ДПК (поперечний розтин малого сальника, що передує пересіченню правої шлункової артерії; прошивання малої та великої кривини вузловими швами в точках, що визначають висоту мобілізації шлунка; відсікан-

ня ДПК по незмінній стінці шлунка; зшивання кукси ДПК на відкритому її просвіті вузловими інвертованими швами в поперечному напрямку; занурення кукси двома напівкисетними швами; застосування інвагінаційного способу обробки кукси ДПК при 4 ступені складності мобілізації ДПК; застосування прийомів визначення цілісності органів черевної порожнини) істотно знижують ризик інтраопераційного пошкодження внутрішніх органів.

Висновки. 1. Резекція шлунка в модифікації Більбота-II при ускладненій зацибулинній виразці дванадцятипалої кишки – травматичне хірургічне втручання, яке у хворих супроводжувалось пошкодженням внутрішніх органів. 2. Застосування запропонованих технічних прийомів запобігає інтраопераційному травмуванню суміжних з дванадцятипалою кишкою органів і структур, поліпшує безпосередні результати операції. 3. Планова резекція шлунка з виключенням зацибулинної виразки дванадцятипалої кишки надійно запобігає ятрогенному травмуванню спільної жовчної протоки, великого дуоденального сосочка та підшлункової залози.

Перспективою подальших досліджень є пошук нових технічних прийомів хірургічного лікування ускладненої зацибулинної виразки дванадцятипалої кишки та профілактики ятрогенних пошкоджень.

Література

1. Зарубежный опыт учёта и анализа неблагоприятных последствий лечения язвенной болезни / Е.И.Вовк, А.Л.Верткин, О.В.Зайратьянц [и др.] // *Арх. патол.* – 2007. – Т. 69, № 1. – С. 16-24.
2. Асадов С.А. Формирование дуоденальной культи при резекции желудка по поводу "трудных" язв двенадцатиперстной кишки / С.А.Асадов, Я.С.Салехов, Э.Э.Алиев // *Хирургия.* – 2004. – № 2. – С. 78-81.
3. Козак І.О. Класифікація зацибулінної виразки дванадцятипалої кишки / І.О.Козак // *IX з'їзд ВУЛТ: тези доп.* – К., 2007. – С. 195-196.
4. Хірургічне лікування хворих з ускладненими постбульбарними виразками дванадцятипалої кишки / О.Л.Нестеренко, Ю.С.Семенюк, В.Д.Кордяк [та ін.] // *Хірургія України.* – 2004. – № 2 (10). – С. 79-81.
5. Годлевский А.И. Повреждение общего желчного протока при резекции желудка по поводу пенетрирующей дуоденальной язвы / А.И.Годлевский // *Вестн. хирургии.* – 1989. – № 1. – С. 123-124.
6. Курбонов К.М. Хирургическое лечение постбульбарных язв, осложнённых пенетрацией в головку поджелудочной железы / К.М.Курбонов // *Хирургия.* – 1999. – № 2. – С. 8-10.
7. Florens M.G. Ampullary disconnection during the course of biliary and duodenale surgery / M.G.Florens, M.J.Hart, T.White // *Am. J. Surg.* – 1981. – Vol. 142. – P. 100-105.
8. Артемьева Н.И. Реплантация большого дуоденального сосочка / Н.И.Артемьева, В.В.Светловидов // *Вестн. хирургии.* – 1988. – № 7. – С. 33-37.
9. Реимплантация большого сосочка двенадцатиперстной кишки при осложнённых юктапапиллярных язвах / Т.И.Тамм, С.Г.Гвелов, А.П.Зеев [и др.] // *Клін. хірургія* – 2005. – № 4-5. – С. 38.
10. Черноусов А.Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А.Ф.Черноусов, П.М.Богопольский, Ф.С.Курбонов. – М.: Медицина, 1996. – 254 с.
11. Шалимов А.А. Атлас операций на органах пищеварения / А.А.Шалимов, А.П.Радзіховський. – К.: Наукова думка, 2003. – 338 с.
12. Матяшин И.М. Справочник хирургических операций / И.М.Матяшин, А.М.Глузман. – К.: Здоров'я, 1979. – 312 с.
13. Никитин Н.А. Недостаточность швов дуоденальной культи в ургентной хирургии язвенной болезни / Никитин Н.А. – Киров: ИИИ "Вятка", 2002. – 214 с.
14. Навроцкий И.Н. Ушивание культи двенадцатиперстной кишки / Навроцкий И.Н. – М.: Медицина, 1972. – 183 с.
15. Деклар. пат. 7039 Україна, МПК 7 А61В17/00. Спосіб хірургічного лікування низькорозміщених кровоточивих виразок дванадцятипалої кишки / Козак І.О.; заявник і власник патенту Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова. – № 20040604467; заявл. 08.06.04; опубл. 15.06.05, Бюл. № 6, кн. 1. – 2 с.
16. Карагюлян Р.Г. Резекция желудка при трудных язвах двенадцатиперстной кишки / Р.Г.Карагюлян // *Хирургия.* – 1987. – № 5. – С. 39-42.
17. Технічні прийоми виконання антрумрезекції зі стовбуровою чи селективною ваготомією / А.П.Підпригора, В.В.Власов, Ю.А.Підпригора, С.П.Чмерук // *Клін. хірургія.* – 1997. – № 9-10. – С. 95-96.
18. Козак І.О. Профілактика неспроможності швів кукси антральної частини шлунка при резекції шлунка з приводу постбульбарної дуоденальної виразки / І.О.Козак // *Клін. анат. та опер. хірургія.* – 2005. – Т. 4, № 2. – С. 72-74.

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ-II ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЗАЛУКОВИЧНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Резюме. За период с 1993 по 2006 гг. прооперировано 1054 больных язвой двенадцатиперстной кишки (ДПК). Залуковичная язва ДПК была в 171 случае (16,2 %). Органосохраняющие операции выполнены 63 (36,8 %) больным, резекция желудка по I способу Бильрота – 10 (5,8 %). Остальным 98 (57,3 %) больным выполнена резекция желудка по II способу Бильрота, из них: в модификации Гофмейстера-Финстерера – 38, Бальфура – 7, резекция желудка с выключением залуковичной язвы – 53. Приведены технические приёмы выполнения резекции желудка по II способу Бильрота, которые улучшают пос-

леоперационные результаты и упрощают технику выполнения.

Ключевые слова: залуковичная язва двенадцатиперстной кишки, хирургическое лечение, профилактика интраоперационных и послеоперационных осложнений.

STOMACH RESECTION ACCORDING TO BILROTH II IN CASE OF COMPLICATED POSTBULBAR ULCER OF THE DUODENUM

Abstract. During the period from 1993 through 2006 1054 patients with duodenal ulcer (DU) were operated. Postbulbar ulcer of the duodenum was registered in 171 cases (16,2 %). Organsaving operations were performed in 63 (36,8 %) patients, stomach resection according

to Bilioth's technique I – in 10 (5,8 %). The remaining 98 (57,3 %) patients underwent partial gastrectomy based on Bilioth's procedure II, 38 of them having undergone Hofmeister-Finisterer's modification, 7 – Balfour's, 53 persons underwent stomach resection with the elimination of postbulbar ulcer. The authors applied

technical procedures of performing stomach resection based on Bilioth's technique II which improve postoperative results and simplify the performance technique.

Key words: duodenal postbulbar ulcer surgical treatment, prevention of intraoperative and postoperative complications.

M.I.Pyrohov National Medical University (Vinnytsia),
Regional Hospital (Khmel'nyts'kyi)

Надійшла 24.03.2008 р.
Рецензент – проф. А.Г.Іфтодій (Чернівці)

**Науково-практична конференція
з міжнародною участю**

**"Актуальні питання
ендокринної хірургії**

**23-24 жовтня 2008 року
м. Львів**

Адреса оргкомітету:

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького, вул. Пекарська, 69,
м. Львів, 79010; тел. (032)2755621, 2786338