

К дискуссии о радикальных операциях при прободной язве у пожилых пациентов

Ю.С.ВИННИК, Н.А.ЧАЙКИН, О.В.ТЕПЛЯКОВА, С.И.ПЕТРУШКО, А.Н.АКСЮТЕНКО

Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого
Городская клиническая больница №7, Красноярск

Обсуждение выбора оптимального метода оперативного вмешательства при осложненной язвенной болезни имеет более чем вековую историю. В первые десятилетия прошлого века, как известно, полемика велась между сторонниками гастроэнтеростомии и приверженцами резекции желудка, представляя, по словам И.И.Грекова, «характер спора раскольников с православными» [2]. Причины такой остроты дискуссии лежали в непонимании механизмов ulcerogenesis. По свидетельству Ф.А.Рейна (1923), «сущность круглой язвы, как клад, не дается нам в руки и в связи с этим, гастроэнтеростомия или резекция, гастроэнтеростомия с выключением или без выключения, быть может, даже терапевтическое или хирургическое лечение, продолжают стоять перед нами мучительными вопросами» [5].

В середине XX века, с внедрением в практику функциональных методов исследования нейропсихической и нейрогуморальной фаз желудочной секреции, «после двадцатипятилетней все возрастающей славы, поддержанной крупнейшими авторитетами желудочной хирургии всех стран, гастроэнтеростомия покинула сцену, и для нее подходит та «историческая давность», которая обеспечивает спокойную, объективную критику, *sine ira et studio*» [9].

Современное понимание ulcerogenicных и гастропротективных факторов, присуждение Нобелевской премии за открытие инфекционного агента «главной проблемы гастроэнтерологии XX века», вопреки ожиданиям корифеев отечественной хирургии, до настоящего времени не способствует единению взглядов на вопросы хирургического лечения осложненной гастродуоденальной язвы. В этой связи, огромной честью для нас и приглашением продолжить вековую историю дискуссии, явились комментарии к нашей статье «Отдаленные результаты радикальных органосохраняющих операций в лечении перфоративных гастродуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста» профессора С.В.Тарасенко и О.В.Зайцева «Прободная язва у пожилых – есть ли универсальная операция?» [2].

Прежде чем выразить свою точку зрения по конкретным вопросам, вынесенным в дискуссию, позволим себе подробнее остановиться на объекте нашего исследования. Как известно, о нравственном здоровье общества судят по его отношению к пожилым людям,

и наше стремление выделить эту категорию из всей популяции страдающих язвенной болезнью, является первым свидетельством того, как далеки мы от «универсального подхода» в хирургической гастроэнтерологии. Хроническая язва в пожилом и старческом возрасте имеет особенности клинической картины (атипичный болевой синдром или его отсутствие), локализации (встречаясь наиболее часто в желудке), характера периульцерозных изменений слизистой (атрофия и дистрофия, метаплазия) [11, 12]. Патогенез хронической язвы у пожилых больных также не всегда подчиняется известным законам и даже опровергает постулат «без кислоты нет язвы». Исследованиями Л.Б.Лазебника и Л.А.Звенигородской (1998-2004 гг.) вклад пептического фактора в ulcerogenesis в пожилом и старческом возрасте оценен лишь в 15%, контаминации *Helicobacter pylori* – в 12-25% [3]. По свидетельству большинства ученых, ведущую роль в патогенезе язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у пожилых больных занимают нарушения микроциркуляции в собственной пластинке слизистой оболочки.

Несомненно, что ургентная ситуация перфоративной язвы не позволяет своевременно оценить значение возможных патогенетических факторов язвенной болезни у конкретного пациента. Однако, в дилемме по С.С.Юдину (1948) «...либо стремиться каждому больному создать максимальную гарантию против рецидива и пептической язвы соустья путем самых расширенных резекций и возможно полного пересечения блуждающих нервов у кардии, либо путем выяснения анамнеза до операции выявить детали регуляторного механизма и состояния железистого аппарата у каждого индивидуально...» мы, как и большинство хирургов в последние годы, выбираем второй подход [10].

Первым вопросом, вынесенным в дискуссию, является сама необходимость радикальной операции при прободной язве в пожилом возрасте. По словам С.И.Спасокукоцкого (1935) в выборе между радикальным или паллиативным вмешательством «убеждают не большие цифры, а анализ повторных операций» [6]. Неудовлетворительные отдаленные результаты паллиативных операций, выразившиеся в рецидивах язвообразования, отмечены нами у 57,4% пожилых больных. При этом частота повторной манифестации жизнеугрожающих осложнений составила 33,3%, с уровнем потребности в повторных экстренных и сроч-

ных операциях 69,2% и летальности – 33,3%. Именно высокий риск повторной операции при развитии новых осложнений ушитой язвы определяет, по нашему мнению, необходимость радикальных вмешательств в пожилом возрасте, разумеется, в тех случаях, когда это не противоречит степени операционно-анестезиологического риска и давности перфорации (наличие разлитого гнойного перитонита). Высокий риск озлокачествления ушитой язвы в пожилом возрасте (по нашим результатам при сроке наблюдения до 4,8 лет – 7,4%) является дополнительным фактором, перевешивающим чашу весов выбора в сторону радикального вмешательства. «Меньшая ожидаемая продолжительность жизни» пожилых больных не должна определять выбор паллиативного характера вмешательства, так как последний зачастую и становится причиной снижения той самой продолжительности.

Вторым вопросом, который может представлять сомнение для читательской аудитории, по мнению профессора С.В.Тарасенко и О.В.Зайцева, является радикальность органосохраняющей методики В.И.Оноприева. В этой связи, мы вынуждены снова обратиться к цитированию классиков хирургической гастроэнтерологии. По мнению Я.О.Гальперна (1923) «в вопросе определения радикальности операции нужно ясно представлять себе ее цель» [1]. Целью паллиативной операции ушивания язвенной перфорации является ликвидация источника перитонита, как прямой угрозы для жизни больного. Операция иссечения язвы с гастро- или дуоденопластикой по В.И.Оноприеву направлена на полное удаление патоморфологического субстрата заболевания, и за счет техники однорядного прецизионного серозно-мышечно-подслизистого шва, создание условий для заживления раны желудка или двенадцатиперстной кишки первичным натяжением без отека или анастомозита [4]. По нашему мнению, такая операция является радикальной не только для пожилых больных, с их особенностями патогенеза и малой значимостью пептического фактора. По мере расширения современных представлений об ульцерогенезе и роли *Helicobacter pylori* возникает ощущение, что при хронической язве вообще не может быть радикальной операции. Здесь снова нужно вернуться к преследуемой цели. Сегодня, с появлением современных антисекреторных препаратов и схем эрадикации, хирурги в большинстве случаев не претендуют на лечение неосложненной язвенной болезни. Вопрос эффективности терапевтической коррекции уровня желудочной секреции и микробной деконтаминации в нашей стране остается вопросом комплаенса, но решать его только хирургическим путем сегодня – значит, признавать стерилизацию основным способом контрацепции. Если следовать точке зрения оппонентов о необходимости воздействия на все звенья патогенеза и принять во внимание, например, известные теории развития опухолевого роста или патогенеза

желчнокаменной болезни, то всю современную хирургию следует отнести к категории паллиативной.

И наконец, по третьему вопросу мы не можем согласиться с авторами дискуссии в том, что недооцениваем роль морфологических характеристик язвенного дефекта при выборе объема оперативного вмешательства. Мы считаем оценку морфологических характеристик язвенного дефекта ключевым фактором в определении показаний к тому или иному методу оперативного лечения после определения давности перфорации, степени операционно-анестезиологического риска, наличия или отсутствия разлитого гнойного перитонита. В выполненной работе объем операции у всех больных выбирали индивидуально с учетом давности перфорации, степени операционно-анестезиологического риска, наличия или отсутствия разлитого гнойного перитонита, локализации и размеров язвы. Показаниями к выполнению радикальной операции явились каллезный характер язв и техническая невозможность ушивания перфоративного отверстия, сочетание перфорации с пилородуоденальным стенозом, наличие «зеркальных» язв двенадцатиперстной кишки, подозрение на малигнизацию желудочной язвы. У 12 больных на выбор операции иссечения язвы с гастродуоденопластикой и селективной проксимальной ваготомией повлиял длительный язвенный анамнез с упорным рецидивирующим течением.

Клинические группы формировались ретроспективно, с учетом обозначенных нами критериев включения и исключения. Сравнение групп больных сочли возможным, т. к. они были сопоставимы по давности заболевания, степени операционно-анестезиологического риска (ASA – III), тяжести их состояния (SAPS-II – 22,3-23,1), но отличались местной патоморфологической картиной язвенного дефекта, которая была менее благоприятной у больных первой (резекционные вмешательства) и третьей групп (методика В.И.Оноприева). Достоверных отличий уровня летальности и ее причин в группах не было. Тем не менее, у двух больных с произведенным ушиванием причиной летального исхода стал прогрессирующий перитонит на фоне несостоятельности ушитой перфорации желудка, что повлияло на показатель летальности в этой группе.

Более благоприятные отдаленные результаты в группе больных, которым выполнялись органосохраняющие вмешательства связываем не только с радикальным удалением язвенного дефекта и ликвидацией язвенного стеноза (в сравнении с ушиванием), но и с возможностью сохранения замыкательной функции пилорического канала и предупреждением дуоденогастрального рефлюкса, отсутствием анастомозита (в сравнении с резекцией). Выполнение резекционных методик операций больным пожилого и старческого возраста с осложненной гастро-дуоденальной язвой способствует возникновению дуодено-гастрального

рефлюкса и на фоне пониженной кислотности может явиться моделью развития рака культи желудка.

Мы не располагаем опытом лапароскопического ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы у пожилых больных, но предполагаем, что характер оперативного доступа не может повлиять на отдаленные результаты паллиативного по своей природе вмешательства. Методика исполнения операции, предусматривающая использование карбоксиперитонеума, у больных пожилого и старческого возраста представляется еще более спорным моментом. И наконец, самым дискуссионным остается вопрос полноценности ревизии гастродуоденальной зоны при лапароскопическом вмешательстве, в первостепенном значении которого не сомневаются и авторы дискуссии. Несомненно, что при выполнении лапароскопической операции возможности ревизии крайне ограничены, что на наш взгляд может привести к недоучету факторов, требующих выполнения радикальной операции с самыми неудовлетворительными для больного ближайшими результатами. Основываясь на своих результатах, позволим себе не согласиться с тезисом о наибольшей перспективности лапароскопического ушивания перфоративной язвы у пожилых больных, но будем рады

ознакомиться с материалами, лежащими в основе такого мнения.

Резюмируя все вышесказанное, мы, безусловно, разделяем мнение профессора С.В.Тарасенко и О.В.Зайцева о том, что при осложненной язвенной болезни «нет и не может быть универсальных операций» [7]. В этом плане аксиомой для нас является высказывание J.Glassman (1970): «В поисках идеального способа хирургического лечения пептической язвы нужно четко отдавать себе отчет в том, что ни одна из операций не в состоянии соответствовать многообразию клинических случаев. Хирургия должна быть, так сказать, «лично сервирована», другими словами, способ оперативного вмешательства должен быть выбран исходя из тщательного анализа индивидуальных особенностей пациента» [12].

Именно поэтому методика органосохраняющих операций по В.И.Оноприеву как предусматривающая индивидуальные технические приемы иссечения язвенного дефекта и реконструкции гастродуоденальной зоны, с учетом всех особенностей патоморфологической картины, остается в нашем понимании операцией выбора в хирургическом лечении осложненных гастродуоденальных язв [4].

Список литературы

1. Гальперн Я.О. Отдаленные результаты при язве желудка. Труды XV съезда российских хирургов. Пг. 1923: 84-86.
2. Греков И.И. Выступление на XIX съезде российских хирургов. Труды XIX съезда российских хирургов. М. 1928: 267.
3. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А., Атауллаханов Р.И., Пичугин А.В. и др. Иммуномодулятор «Гепон» у больных пожилого возраста с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны. Русс. мед. журн. 2004; 23: 1349-1352.
4. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар. 1995: 291.
5. Рейн Ф.А. Заключительное слово по результатам обсуждения программного вопроса «Ulcus ventriculi et duodeni». Труды XV съезда российских хирургов. Пг. 1923: 124-125.
6. Спасокукоцкий С.И. Хирургическое лечение круглой язвы. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки. М. 1935: 145-153.
7. Тарасенко С.В., Зайцев О.В. Прободная язва у пожилых – есть ли универсальная операция? Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2011; IV: 3: 29-30.
8. Юдин С.С. Хирургия на распутье. Вестн. хир. 1961; 10: 17-25.
9. Юдин С.С. Влияние работ И.П.Павлова на успехи желудочной хирургии и изучение идей Павлова при желудочно-кишечных пластиках на людях. Труды объединенной сессии АН и АМН СССР, посвященной 10-летию со дня смерти И.П.Павлова. М. 1948: 93-114.
10. Carlo I. Di, Toro A., Sparatore F. Emergency gastric ulcer complications in elderly. Factors affecting morbidity and mortality in relation to therapeutic approaches. Min. Chir. 2006; 4: 325-332.
11. Fu H.Y., Murata H., Kawano S. QOL and the older people with peptic ulcer. Nippon Rinsho. 2002; 8: 1633-1638.
12. Glassman J.A. Stomach surgery. Springfield. 1970: 379.

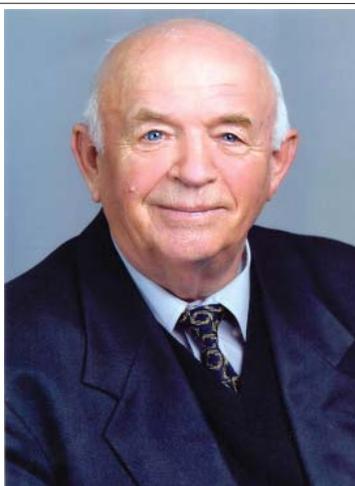
Информация об авторах

1. Винник Юрий Семенович – д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, заслуженный врач Российской Федерации, заведующий кафедрой общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого; e-mail: yuvinnik@yandex.ru
2. Чайкин Николай Алексеевич – врач-хирург первого хирургического отделения городской клинической больницы №7 г. Красноярск; e-mail: yuvinnik@yandex.ru
3. Теплякова Ольга Валериевна – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого; e-mail: yuvinnik@yandex.ru
4. Петрушко Станислав Иванович – д.м.н., профессор кафедры общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого; e-mail: yuvinnik@yandex.ru
5. Аксютенко Анна Николаевна – клинический ординатор кафедры общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого; e-mail: yuvinnik@yandex.ru

Гисак Станислав Николаевич (к 70-летию со дня рождения)

В 2011 г. исполняется 70 лет со дня рождения профессора кафедры детской хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко, руководителя Воронежского межобластного учебно-научного центра детской хирургии, председателя Воронежского отделения Ассоциации детских хирургов России Станислава Николаевича Гисака.

С.Н.Гисак родился 10 июня 1941 г. в Белоруссии, в семье учителя. После окончания школы в 1959 г. поступил в Воронежский медицинский институт им. Н.Н.Бурденко. Во время учебы в институте участвовал в работе 9 Всесоюзной научной студенческой конференции (Рига, 1963). С 1965 по 1967 г. обучался в клинической ординатуре на кафедре детской хирургии ВГМИ. В 1974 г. успешно защитил канди-



датскую диссертацию по теме: «Особенности телосложения, хирургическая анатомия и оперативное лечение паховых грыж у детей», выполненную под руководством известного профессора-топографоанатома Т.Ф.Лавровой (ученица вице-президента РАМН, академика Кованова В.В.) и профессора А.А.Русановой (зав. кафедрой детской хирургии, ученица академика Н.Н.Бурденко). В 1975 г. избран ассистентом кафедры детской хирургии. Это совпало с вводом в эксплуатацию нового 360 коечного многопрофильного детского хирургического стационара. С.Н.Гисаку было поручено возглавить работу по организации специализированных отделений хирургической инфекции, торакальной хирургии, хирургии детей раннего возраста. Это потребовало обучения С.Н.Гисака на базе ведущих клиник СССР. Внедрение освоенных технологий значительно улучшило результаты оказания хирургической помощи детям региона. В 1983 г. С.Н.Гисаку присвоено звание доцента, а в 1984 г. он был избран на должность заведующего кафедрой хирургии детского возраста ВГМИ им. Н.Н.Бурденко. В 1989 г. С.Н.Гисак успешно защитил докторскую диссертацию во Всесоюзном Центре детской хирургии на тему: «Ранняя диагностика и комплексное лечение острой гнойной деструктивной пневмонии у детей». В 1990 г. С.Н.Гисаку присвоено звание профессора.

Большое внимание профессор С.Н. Гисак уделяет подготовке кадров, активно способствует творческому сотрудничеству с коллективами детских хирургов других областей ЦЧР в разработке и внедрении новых технологий в клиническую практику. Научные разработки последнего десятилетия, проводившиеся под руководством профессора С.Н. Гисака, были посвящены вопросам повышения качества диагностики и лечения острой гнойной деструктивной пневмонии, острого гематогенного остеомиелита, гнойно-фибринозного перитонита, сепсиса, тяжелой черепно-мозговой и сочетанной травмы, посттравматических дефектов костей черепа, врожденной косолапости, паховых грыж, крипторхизма. Под руководством С.Н.Гисака изданы 12 методических рекомендаций для врачей, учебное пособие «Семиотика и диагностика хирургических заболеваний у детей», подготовлено к изданию учебное пособие для врачей общей практики и семейных врачей «Руководство по неотложной детской хирургии». Большая работоспособность, трудолюбие, увлеченность хирургией и наукой профессора С.Н.Гисака позволили ему многое успеть, узнать, сделать полезное больным, помочь коллегам осваи-

вать рубежи их собственного роста. Его способности как педагога привить любовь к детской хирургии обеспечивают приток студентов в научный студенческий кружок кафедры детской хирургии. Именно научный студенческий кружок кафедры стал для многих детских хирургов ЦЧР и других регионов России началом изучения и увлечения хирургической специальностью. Многие из них помнят свои студенческие годы, их участие под руководством С.Н.Гисака во Всесоюзных (а позже – стран СНГ) научных студенческих конференциях по детской хирургии, хранят памятные медали и дипломы. На протяжении с 1984 по 2010 гг., времени заведования кафедрой профессором С.Н.Гисаком, научный студенческий кружок более 15 раз становился золотым лауреатом престижных студенче-

ских научных конференций России и стран СНГ. С активным участием профессора С.Н.Гисака, сотрудников ВГМА им. Н.Н.Бурденко, Российской Ассоциации детских хирургов, Воронежского областного отдела здравоохранения, в апреле 2004 г. в Воронеже были проведены: 11(44) Российская научная студенческая конференция (с участием студентов и детских хирургов стран СНГ) и Всероссийский симпозиум детских хирургов «Хирургическая инфекция у детей и современные изменения ее патоморфоза», а в сентябре 2004 г. – научно-практическая конференция по детской травматологии и ортопедии «Актуальные вопросы травматологии-ортопедии детского возраста» с участием детских травматологов-ортопедов стран СНГ.

С.Н.Гисак является автором более 500 научных статей, 9 авторских свидетельств на изобретения, редактором 10 сборников научных работ, научным руководителем и консультантом успешно защищенных 22 кандидатских и 3 докторских диссертаций.

Профессор С.Н.Гисак – член проблемной комиссии Минобразования РФ по изучению детской хирургии, Российского научного совета «Гнойная хирургическая инфекция», редакционного совета научных журналов: "Детская хирургия", «Вестник Российской детской хирургии, реаниматологии и анестезиологии», «Вестник экспериментальной и клинической хирургии».

За вклад в развитие практического здравоохранения и воспитание научных кадров С.Н.Гисак отмечен наградами: «Отличник здравоохранения» и «Заслуженный врач России». Он признан в 2005 г. лауреатом премии Воронежского Областного комитета по здравоохранению в номинации «За уникальную операцию, спасшую жизнь ребенку». В 2010 г. профессор С.Н.Гисак стал первым детским хирургом России – лауреатом премии Российской Ассоциации детских хирургов и научного совета по детской хирургии МЗ РФ им. профессора В.П.Немсадзе в номинации «За выдающиеся достижения в подготовке научных кадров».

Сердечно поздравляя Станислава Николаевича Гисака со знаменательной датой, сотрудники ВГМА им. Н.Н.Бурденко, детские хирурги ЦЧР, Воронежское областное общество хирургов, редакция журнала «Вестник экспериментальной и клинической хирургии» желают крепкого здоровья, счастья, творческих успехов, семейного благополучия и долгих лет жизни.

Журнал публикует оригинальные статьи по клиническим и экспериментальным исследованиям; обзоры литературы; краткие сообщения по клиническим наблюдениям; информацию о рационализаторских предложениях, изобретениях и инновационных проектах, новых методах диагностики и лечения; материалы по истории кафедр, клиник и лечебных учреждений хирургического профиля.

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК РФ для публикации основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Правила оформления статей

Материалы следует представлять в редакцию на бумажном и электронном носителях – шрифт Times New Roman размером 14, через 2 интервала, с полями 2,5 см со всех сторон в редакторе Word for Windows. Объем обзоров литературы – до 25 страниц, оригинальных статей – до 30 страниц.

Основной текст научных статей желательно структурировать, используя подзаголовки: актуальность, цель, материалы и методы, результаты и их обсуждение, выводы, список литературы.

На первой странице текста располагают УДК, название статьи, инициалы и фамилии авторов, официальное название организации, далее следует текст статьи и список цитируемой литературы.

Ссылка на таблицу по тексту оформляется следующим образом: «табл. 1 (2, 3 и т. д.)».

Оформление рисунков выполняется в формате BMP. Подрисовочные подписи не входят в состав рисунка, а располагаются отдельным текстом под ним. Буквы и цифры на рисунке должны быть разборчивыми. Для полутонных фотографий и штриховых рисунков желательно использовать формат TIFF, JPEG и GIF с разрешением 300 dpi. Ссылку на рисунок по тексту оформляют следующим образом: «рис. 1 (2, 3 и т. д.)». Для микрофотографий в подписях указываются увеличение и метод окраски материала.

Используемые в работе термины, единицы измерения и условные обозначения должны быть общепринятыми. Все употребляемые авторами обозначения и аббревиатуры должны быть определены при их первом упоминании в тексте.

Формулы нумеруют в круглых скобках, подстрочные примечания - арабскими цифрами.

Цитаты, приводимые в статье, должны быть тщательно выверенными, с указанием источника (название, издательство, год, страница).

Все литературные ссылки в материале должны быть указаны в квадратных скобках.

Список литературы оформляется следующим образом: для книг, монографий – список авторов, название, место издания и год, страницы; для статей в журнале (сборнике) – список авторов, название статьи, название журнала (сборника), год и номер изда-

ния, страницы. В начале приводятся отечественные литературные источники, затем иностранные.

Материалы должны быть тщательно отредактированы авторами.

Пакет документов для направления в редакцию

- официальное направление от учреждения, в котором выполнена работа;
- материалы статьи, оформленные согласно вышеуказанным правилам, подписанные всеми авторами и имеющие визу руководителя;
- аннотацию статьи на русском и английском языках (название статьи, инициалы и фамилии авторов, полное название организации, текст аннотации / не менее 500 знаков/, которая кратко отражает основное содержание работы), ключевые слова;
- сведения об авторах (ФИО полностью, ученая степень, ученое звание, место работы, должность, адрес). Отдельно необходимо указать фамилию, имя, отчество автора и его координаты (номер телефона, e-mail) для переписки с редакцией.

Адрес для направления материалов на бумажном носителе: 394036, Россия, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10, Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н.Бурденко. Редакция журнала «Вестник экспериментальной и клинической хирургии».

Электронная версия всех материалов должна быть обязательно отправлена в редакцию журнала по электронной почте: vestnik-surgery@yandex.ru

Статьи, посвященные юбилейным событиям, следует присылать в редакцию не позднее, чем за 6 месяцев до знаменательной даты.

Редакция не несет ответственности за достоверность представляемых материалов. При необходимости доработки присланной статьи редакционной коллегией будет направлено автору соответствующее уведомление. Редакционная коллегия оставляет за собой право коррекции текста статьи. Статьи, ранее опубликованные или направленные в другой журнал, присылать нельзя. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, авторам не возвращаются.

Для ускоренной публикации необходимо оплатить внеочередной редакционную подготовку материалов (материалы статьи, аннотации, сведения об авторах) в размере 300 рублей за одну страницу. Бланк оплаты будет направлен по электронной почте после предварительного запроса автора.

Плата с аспирантов (без соавторов) за публикацию рукописей не взимается.

Дополнительную информацию можно получить в редакции журнала: тел.: (473) 251-67-53; /главный редактор – Глухов Александр Анатольевич, зав. редакцией – Остроушко Антон Петрович/.

<http://www.vestnik-surgery.ru>