

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЁННОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

К.М. КУРБОНОВ, К.Р. НАЗИРБОЕВ, Р.Х.САИДОВ, Б.Д. СУЛТОНОВ

Кафедра хирургических болезней № 1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: улучшить результаты хирургического лечения острого холецистита, осложнённого холедохолитиазом и механической желтухой.

Материал и методы: исследование основано на результатах комплексной диагностики и лечения 140 больных с острым холециститом (ОХ), осложнённым холедохолитиазом и механической желтухой. У 76 (54,3%) пациентов механическая желтуха была средней и тяжёлой степени, у 64 (45,7%) – лёгкой. В 28 (43,75%) наблюдениях холецистохоледохолитиаз, осложнённый механической желтухой, не сопровождался системными воспалительными осложнениями, в остальных 36 (56,25%) наблюдениях имели место холангит (n=16) и билиарный сепсис (n=20).

Результаты: хирургическая тактика заключалась в поэтапном подходе у всех 140 больных. Так, в 64 (45,7%) наблюдениях при наличии холедохолитиаза и механической желтухи на первом этапе выполнялись ЭРХПГ с попыткой ЭПСТ и литоэкстракции. В 18 наблюдениях, при наличии флегмонозно-калькулёзного холецистита и холедохолитиаза с механической желтухой, выполнялись сочетанные вмешательства – чрескожная чреспеченочная холецистостомия с ЭПСТ и литоэкстракция. Из 38 пациентов с механической желтухой лёгкой степени, в 20 случаях первым этапом выполняли чрескожно-чреспеченочную холецистостомию, в 18 – чрескожную холецистостомию через инфильтрат (n=10) и пункционно-дренирующие вмешательства при перивезикальном абсцессе (n=8). В 38 наблюдениях, при наличии гангренозного холецистита (n=28), эмпиемы жёлчного пузыря (n=6) и местного жёлчного перитонита (n=4), выполнена холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа с последующим выполнением холедохолитотомии.

Заключение: хирургическая тактика при ОХ, осложнённом холедохолитиазом и механической желтухой, должна быть дифференцированной и оправдывает выполнение поэтапных миниинвазивных оперативных вмешательств.

Ключевые слова: острый холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха.

SURGICAL APPROACH IN ACUTE CHOLECYSTITIS COMPLICATED BY BOTH CHOLEDOCHOLITHIASIS AND OBSTRUCTIVE JAUNDICE

K.M. KURBONOV, K.R. NAZIRBOEV, R.KH. SAIDOV, B.D. SULTONOV

Department of Surgical Diseases № 1, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Objective: To improve the results of surgical treatment of acute cholecystitis complicated by both choledocholithiasis and obstructive jaundice.

Methods: The study is based on the results of complex diagnosis and treatment of 140 patients with acute cholecystitis (AC), with complicated choledocholithiasis and mechanical jaundice. Seventy-six of patients (54.3%) had medium and severe obstructive jaundice, and 64 (45.7%) had slight mechanical jaundice. In 28 (43.75%) observations cholecystocholedocholithiasis, complicated by mechanical jaundice, was not accompanied by systemic inflammatory complications, in the remaining 36 (56.25%) observations there was cholangitis (n = 16) and biliary sepsis (n = 20).

Results: Surgical approach consisted of the step-by-step approach in all 140 patients. Thus, in 64 (45.7%) observations in the presence of choledocholithiasis and mechanical jaundice, endoscopic retrograde cholangiopancreatography was performed in the first stage with an attempt of endoscopic papillosphincterotomy (EPST) and lithoextraction. In 18 cases, with phlegmonous-calculous cholecystitis and choledocholithiasis with mechanical jaundice, combined interventions were performed – percutaneous transhepatic cholecystostomy with EPST and lithoextraction. Of the 38 patients with slight mechanical jaundice, in 20 cases, the first stage was performed by percutaneous-transhepatic cholecystostomy, in 18 – by percutaneous cholecystostomy through infiltration (n = 10) and drainage techniques for perivesical abscess (n = 8). In 38 cases, with gangrenous cholecystitis (n = 28), gallbladder empyema (n = 6) and local biliary peritonitis (n = 4), cholecystectomy was performed from mini-laparotomy access followed by choledocholithotomy.

Conclusions: Surgical approach with AC, in complicated choledocholithiasis and in obstructive jaundice, should be differentiated and justify the implementation of phased minimally invasive surgical procedures.

Keywords: Acute cholecystitis, choledocholithiasis, obstructive jaundice.

ВВЕДЕНИЕ

Острый холецистит (ОХ) на всей территории земного шара по распространённости входит в «тройку лидеров» среди хирургических заболеваний органов брюшной полости, конкурируя с острым аппендицитом и острым панкреатитом, и до 55% случаев является причиной всех госпитализаций в отделения неотложной абдоминальной хирургии [1-6]. В последние годы отмечается увеличение количества осложнённых форм ОХ холедохолитиазом и механической желтухой, что обусловлено

лучшим выявлением данной патологии, благодаря внедрению в клиническую практику современных диагностических методик [7-10]. Следует отметить, что механическая желтуха, как признак нарушения оттока жёлчи при холедохолитиазе, ведёт к прогрессированию гепатита, поражению нервной системы и других органов и систем, что отягощает течение заболевания. Хирургические операции при ОХ, осложнённом холедохолитиазом и механической желтухой, особенно выполняемые в экстренном порядке на высоте желтухи и на фоне выраженных патоморфологических изменений в подпеченочном пространстве и зоне

гепатодуоденальной связки, всё ещё сопровождаются большим числом интра- и послеоперационных осложнений и летальных исходов, достигающих 5-15% [11-13]. Совершенствование эндоскопической техники и инструментов создаёт благоприятные условия для выполнения успешного малоинвазивного лечения больных с ОХ, осложнённым холедохолитиазом и механической желтухой.

Цель исследования

Улучшить результаты хирургического лечения острого холецистита, осложнённого холедохолитиазом и механической желтухой.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В клинике за последние 10 лет на лечении находилось 140 больных с ОХ, осложнённым холедохолитиазом и механической желтухой. Женщин было 102 (72,9%), мужчин – 38 (27,1%). Возраст пациентов составил от 28 до 84 лет. Большинство пациентов с ОХ было госпитализировано в первые сутки от начала заболевания – 76,4%. На 2-3 сутки, при повторном усилении болей, на фоне стихающего приступа печёночной колики, было госпитализировано 21,3% от всех пациентов, а 2,3% больных поступило в клинику свыше 5 суток от начала заболевания на фоне отсутствия эффекта от медикаментозной терапии. Подавляющее большинство пациентов с ОХ, осложнённым холедохолитиазом и механической желтухой, характеризовалось полиморбидностью. Наиболее часто (в 58,7%) встречалось сочетание основной патологии с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и заболеваниями органов дыхания.

Наличие деструктивных процессов в жёлчном пузыре у больных холедохолитиазом и механической желтухой в значительной степени затрудняло выбор наиболее адекватного и рационального метода лечения. По характеру морфологических изменений в жёлчном пузыре больные ОХ были распределены следующим образом (табл. 1).

Так, из 140 больных с ОХ у 76 (54,3%) пациентов имел место холедохолитиаз, осложнённый механической желтухой средней и тяжёлой степени, а у 64 (45,7%) – с механической желтухой лёгкой степени. Определяющими факторами тяжести состояния пациентов с ОХ, осложнённым холедохолитиазом и механической желтухой, являлись гипербилирубинемия и декомпенсация сопутствующей патологии (табл. 2).

Как видно из представленной таблицы 2, у 64 (45,7%) больных уровень билирубинемии не превышал 100 мкмоль/л, тогда как у 56 (40%) – его уровень составил от 100 до 200 мкмоль/л, а у 20 (14,3%) – он был выше 200 мкмоль/л. При ОХ, когда стенка жёлчного пузыря (по данным УЗИ) не имела выраженных деструктивных изменений, независимо от наличия или отсутствия

Таблица 2 Распределение больных с ОХ, осложнённым холедохолитиазом и механической желтухой, по исходному уровню билирубина в крови

Исходный уровень билирубина, мкмоль/л	Количество больных	%
< 100	64	45,7
100-200	56	40
>200	20	14,3
Всего	140	100

билиарной гипертензии, возможность выполнения чреспапиллярных вмешательств (ЭРХПГ, ЭПСТ) была очевидной.

Распределение больных в зависимости от наличия симптомов холангита и билиарного сепсиса представлено в табл. 3.

В 28 (43,75%) наблюдениях холецистохоледохолитиаз, осложнённый механической желтухой, не сопровождался системными воспалительными осложнениями, в остальных 36 (56,25%) наблюдениях имели место холангит (n=16), билиарный сепсис (n=12) и тяжёлый билиарный сепсис (n=8).

Для диагностики ОХ, холедохолитиаза и механической желтухи и выбора наиболее радикального метода лечения больным проводили клинические, лабораторные и инструментальные (УЗИ, ФГДС, ЭРХПГ) методы исследования.

В работе использована описательная статистика, данные представлены в виде количественных показателей и описаны в виде абсолютных и относительных величин.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Диагностика ОХ, осложнённого холедохолитиазом и механической желтухой, основывалась на данных комплексного УЗИ. В большинстве случаев (73,3%) жёлчный пузырь был увеличен в размерах, частота выявления сморщенного жёлчного пузыря составила 16,7% случаев. Его содержимое было определено у

Таблица 3 Распределение больных по наличию и характеру системных воспалительных осложнений

Характер системного воспалительного осложнения холедохолитиаза при ОХ	Количество	%
Механическая желтуха (без системных воспалительных осложнений)	28	43,75
Острый холангит	16	25,0
Билиарный сепсис	12	18,75
Тяжёлый билиарный сепсис	8	12,5
Всего	64	100

Таблица 1 Распределение больных ОХ, осложнённым холедохолитиазом и механической желтухой

Форма острого холецистита	Количество	%
Острый флегмонозно-калькулёзный холецистит	74	52,85
Острый гангренозно-калькулёзный холецистит	38	27,14
Острый холецистит. Перивезикальный инфильтрат	10	7,14
Острый холецистит. Перивезикальный абсцесс	8	5,71
Острый холецистит. Эмпиема жёлчного пузыря	6	4,3
Острый холецистит. Местный жёлчный перитонит	4	2,86
Всего	140	100

всех больных, конкременты выявлены при этом во всех случаях и подтверждались во время операции, расхождение диагноза не было. При ОХ толщина стенки жёлчного оценивалась у всех больных (более 3 мм). Утолщённая стенка жёлчного пузыря была выявлена у 84,2% больных, наличие двойного контура утолщённой стенки жёлчного пузыря среди наблюдавшихся больных отмечено в 19,8% случаев. Наличие конкрементов в просвете общего жёлчного протока при УЗИ было выявлено в 81% случаев. После купирования приступа ОХ, для выяснения причины и локализации обструкции жёлчных протоков, в 14% случаев больным произведена ЭРХПГ.

Хирургическая тактика при ОХ, осложнённом холедохолитиазом и механической желтухой, зависела от степени выраженности морфологических изменений в жёлчном пузыре, тяжести механической желтухи, наличия системных воспалительных осложнений (холангит, билиарный сепсис), а также от тяжести общего состояния пациентов и степени операционно-анестезиологического риска. Этапный способ лечения ОХ, осложнённого холедохолитиазом и механической желтухой, был применён у всех 140 больных. Так, в 64 (45,7%) наблюдениях, при наличии холедохолитиаза и механической желтухи у больных с ОХ, на первом этапе выполнялись ЭРХПГ с попыткой ЭПСТ и литоэкстракции. Экстренная эндоскопическая декомпрессия внепечёночных жёлчных протоков в течение 24 часов стационарного лечения предпринята у 31 больного с синдромом острой окклюзии большого сосочка 12-перстной кишки (БС ДПК) при наличии не купирующегося интенсивного болевого синдрома, холангита, прогрессирующей желтухи и инструментальной картины вклинившегося в БС ДПК конкремента. При этом использовали неканюляционную комбинированную технику ЭПСТ перед рассечением «крыши» ампулы БС ДПК торцевым (игольчатым) папиллотомом. В 18 наблюдениях, при наличии флегмонозно-калькулёзного холецистита и холедохолитиаза с механической желтухой, выполняли сочетанное вмешательство – чрескожно-чреспеченочную холецистостомию с ЭПСТ и литоэкстракцией. В 15 наблюдениях проведение эндоскопических методов разрешения холедохолитиаза и механической желтухи не увенчалось успехом. Причиной неэффективности эндоскопических попыток литоэкстракции являлся холедохолитиаз в сочетании со стенозом устья БС ДПК и деформацией терминального отдела холедоха (n=9), протяжёнными стриктурами БС ДПК (n=3) и вклинившимися большими конкрементами (n=3).

Из 64 пациентов с ОХ, осложнённым холедохолитиазом и механической желтухой, в 28 наблюдениях все конкременты не удалось удалить, что потребовало установки билиарного пластикового стента в 12 случаях, который заводился за конкремент или зону рубцовой обструкции для обеспечения беспрепятственного пассажа жёлчи. Этим пациентам в дальнейшем проведены второй и третий этапы различных вмешательств, позволившие полностью санировать жёлчные протоки от конкрементов и выполнить холецистэктомию.

После ЭПСТ с литоэкстракцией, как первого этапа лечения больных холецистохоледохолитиазом и механической желтухой, осложнения наблюдались у 11 (7,8%) больных. Так, у 7 (5%) наблюдалась транзиторная гиперAMILаземия до 1600 ед/л, которая сохранялась в течение 4 суток, и потребовала назначения ингибиторов протеаз и нейротрипсина – сандостатина. У 2 (1,4%) пациентов на фоне ЭПСТ развился постэндоскопический панкреонекроз, потребовавший оперативного лечения; впоследствии эти больные умерли от тяжёлых гнойно-септических осложнений. Кровотечение из рассечённого сосочка после ЭПСТ отмеча-

лось в 2 (1,4%) случаях, что потребовало дополнительной эндоскопической коагуляции с гемостатической терапией.

После декомпрессии и санации жёлчных путей от конкрементов на первом этапе 62 больным эндоскопическим методом в различные сроки произведена плановая холецистэктомия. Тем 15 пациентам, которым первым этапом не удалось эндоскопически санировать жёлчные протоки от конкрементов и скорректировать рубцовую структуру БС ДПК, была выполнена чрескожно-чреспеченочная холедохостомия (ЧЧХ) под УЗ-контролем, что помогло нивелировать желтуху и выполнить радикальные оперативные вмешательства в плановом порядке. После выполнения ЧЧХ больным продолжали проводить комплексную медикаментозную консервативную терапию, на фоне которой купировались желтуха, явления холангита, а также отмечалось улучшение показателей уровня билирубина, аминотрансфераз и щёлочной фосфатазы. Сроки декомпрессии билиарного дерева, в первую очередь, зависели от тяжести механической желтухи и выраженности печёночно-почечной недостаточности.

В 38 наблюдениях у больных ОХ в сочетании с холедохолитиазом и механической желтухой лёгкой степени, выполнялись этапные оперативные вмешательства. Так, в 20 случаях проведена чрескожно-чреспеченочная холецистостомия на первом этапе, в 18 – чрескожная холецистостомия через инфильтрат (n=10) и пункционно-дренирующие вмешательства при перивезикальном абсцессе (n=8). Ещё в 38 наблюдениях при наличии гангренозного холецистита (n=28), эмпиемы жёлчного пузыря (n=6) и местного жёлчного перитонита (n=4) выполнена холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа с последующей холедохолитотомией.

При наличии осложнённого ОХ в сочетании с холедохолитиазом и механической желтухой выполнение миниинвазивных вариантов холецистэктомии возможно с обязательным дренированием жёлчных путей через пузырный проток и устранением протоковой патологии транспапиллярными эндоскопическими методами в раннем послеоперационном периоде.

Из 38 пациентов, которым выполнялись этапные методы лечения, в 16 (11,4%) наблюдениях холецистэктомия проведена из мини-лапаротомного доступа.

Результаты чрескожных пункционно-дренирующих вмешательств и минилапаротомных холецистэктомий с последующими радикальными вмешательствами на жёлчном пузыре и протоковой системе у 76 больных с ОХ показали, что в 15 наблюдениях отмечались послеоперационные осложнения в виде нагноения послеоперационных ран (n=8), внутрибрюшного жёлчеистечения (n=4), кровотечения (n=3). Летальные исходы были в 4 случаях. Причиной летальных исходов являлись: острый инфаркт миокарда (n=2), послеоперационная пневмония (n=1) и тромбоэмболия лёгочных артерий (n=1).

Проблема диагностики и лечения жёлчнокаменной болезни и её осложнений – холедохолитиаза и механической желтухи, объединяющей обширную группу заболеваний, на сегодняшний день приобрела особую актуальность и является одной из трудных задач гепатобилиарной хирургии. Несмотря на значительный арсенал современных методов исследования, дифференциальная диагностика механической желтухи сложна, а позднее выявление истинной причины заболевания приводит к задержке выполнения хирургического вмешательства. Наиболее спорными и нерешёнными вопросами хирургической тактики при этом являются последовательность и целесообразность применения различных методов, в том числе и миниинвазивных.

По мнению М.Д. Дибирова и соавт. [14] хирургическая тактика у больных данной категории, особенно у больных пожилого и старческого возраста, должна быть этапной. На первом этапе – приоритетнее эндоскопические способы разрешения механической желтухи (ЭРХПГ+ЭПСТ+литозэкстракция), а при сложных случаях и невозможности эндоскопического способа разрешения механической желтухи, возникает необходимость использования чрескожных вмешательств под УЗ или лапароскопическим контролем, наложения холецистостомы. Второй этап операции, в последующем должен выполняться в холодном периоде с использованием миниинвазивных технологий (лапароскопическая или миниинвазивная холецистэктомия).

По данным Е.А. Воронова и соавт. [15] при проведении сравнительного анализа результатов лечения больных механической желтухой различной степени тяжести отмечено, что активное дополнительное использование малоинвазивных способов хирур-

гической коррекции с ЭПСТ и ЧЧПД (по соответствующим показаниям), при условии выбора двухэтапной хирургической тактики, позволяет в целом улучшить результаты комплексного лечения, способствует сокращению сроков госпитального периода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хирургическая тактика при ОХ, осложнённом холедохоли-тиазом и механической желтухой, должна быть дифференцированной и зависит от степени выраженности деструктивных процессов в жёлчном пузыре, тяжести механической желтухи и развившихся системных воспалительных осложнений. Этапные миниинвазивные эндоскопические и эхоконтролируемые вмешательства в сочетании с холецистэктомией и операциями на внепечёночных жёлчных протоках из мини-лапаротомного доступа зарекомендовали себя как эффективные методы лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьева ИН, Никитин ЮП. Распространённость жёлчнокаменной болезни в различных регионах. *Клиническая медицина*. 2007;9:27-30.
2. Desai HK, Patel AJ. Management of common bile duct stones. *Intern J Scientific Research*. 2014;3(7):344-5.
3. Samardzic J, Latic F, Kraljic D. Treatment of common bile duct stones, is the role of ERCP changed in era of minimally invasive surgery? *Med Arh*. 2010;64(3):187-8.
4. Курбонов ХХ, Абдуллоев ДД, Файзуллаев АХ, Зухуров ХД. Возможности лучевых методов исследования в диагностике острого калькулёзного холецистита. *Вестник Авиценны*. 2015;2:47-50.
5. Ахмедов СМ, Тагойбеков ЗС, Сафаров БД, Расулов НА, Раджабов АМ. Особенности диагностики и хирургического лечения острого холецистита у больных с вирусными гепатитами В и С. *Вестник Авиценны*. 2012;2:32-6.
6. Дибиров МД, Швыдко ВС, Эльдерханов ММ, Ханоков ММ, Атаев ТА. Малоинвазивные методы лечения механической желтухи при холедохоли-тиазе. *Медицинский совет*. 2014;8:50-3.
7. Стукалов ВВ, Прядко АС, Азимов ФХ, Струков ЕЮ, Казакевич ГГ. Диагностика и лечение синдрома механической желтухи доброкачественного генеза. *Анналы хирургической гепатологии*. 2011;3:26-34.
8. Старосек ВН, Хилько СС, Влахов АК. Современные тенденции хирургического лечения больных с обтурационной желтухой, осложнённой печёночной недостаточностью. *Клиническая хирургия*. 2009;4:15-8.
9. Натальский АА, Тарасенко СВ, Зайцев ОВ, Песков ОД, Левитин АВ. Современные аспекты распространённости синдрома механической желтухи. *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова*. 2014;9(3):55-60.
10. Майоров ММ, Дряженков ИГ. Механическая желтуха калькулёзной этиологии: патогенез, осложнения и лечебная тактика. *Клиническая медицина*. 2012;5:12-6.
11. Гальперин ЭИ. Механическая желтуха, состояние «мнимой стабильности», последствия «второго удара», принципы лечения. *Анналы хирургической гепатологии*. 2011;3:16-25.
12. Иоффе ИВ, Потеряхин ВП. Печёночная недостаточность у больных с механической желтухой неопухолевого генеза. *Український журнал клінічної та лабораторної медицини*. 2009;3(4):130-2.

REFERENCES

1. Grigoryeva IN, Nikitin YuP. Rasprostranyonnost' zholchnokamennoy bolezni v razlichnykh regionakh [Prevalence of cholelithiasis in different regions]. *Klinicheskaya meditsina*. 2007;9:27-30.
2. Desai HK, Patel AJ. Management of common bile duct stones. *Intern J Scientific Research*. 2014;3(7):344-5.
3. Samardzic J, Latic F, Kraljic D. Treatment of common bile duct stones, is the role of ERCP changed in era of minimally invasive surgery? *Med Arh*. 2010;64(3):187-8.
4. Kurbonov KhKh, Abdulloev DD, Fayzullaev AKh, Zuhurov KhD. Vozmozhnosti luche- vykh metodov issledovaniya v diagnostike ostrogo kal'kulyoznogo kholetsistita [The possibilities of radiological methods in the diagnosis of acute calculous cholecystitis]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2015;2:47-50.
5. Akhmedov SM, Tagoybekov ZS, Safarov BD, Rasulov NA, Radzhabov AM. Osobennosti diagnostiki i khirurgicheskogo lecheniya ostrogo kholetsistita u bol'nykh s virusnymi gepatitami B i C [Features of diagnosis and surgical treatment of acute cholecystitis in patients with viral hepatitis B and C]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2012;2:32-6.
6. Dibirov MD, Shvydko VS, Elderkhanov MM, Khanokov MM, Ataev TA. Maloinvazivnye metody lecheniya mekhanicheskoy zheltukhi pri kholedokholitiazе [Minimally invasive methods of treatment of mechanical jaundice with choledocholithiasis]. *Meditsinskiy sovet*. 2014;8:50-3.
7. Stukalov VV, Pryadko AS, Azimov FKh, Strukov EYu, Kazakevich GG. Diagnostika i lechenie sindroma mekhanicheskoy zheltukhi dobrokachestvennogo geneza [Diagnosis and treatment of the syndrome of mechanical jaundice of benign genesis]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2011;3:26-34.
8. Starosek VN, Khilko SS, Vlahov AK. Sovremennyye tendentsii khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh s obturatsionnoy zheltukhoy, oslozhnyonnoy pechyonochnoy nedostatochnost'yu [Modern trends in surgical treatment of patients with obstructive jaundice, complicated by liver failure]. *Klinicheskaya khirurgiya*. 2009;4:15-8.
9. Natalskiy AA, Tarasenko SV, Zaytsev OV, Peskov OD, Levitin AV. Sovremennyye aspekty rasprostranyonnosti sindroma mekhanicheskoy zheltukhi [Modern aspects of the prevalence of the syndrome of mechanical jaundice]. *Vestnik Natsional'nogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N.I. Pirogova*. 2014;9(3):55-60.
10. Mayorov MM, Dryazhenkov IG. Mekhanicheskaya zheltukha kal'kulyoznoy etiologii: patogenez, oslozhneniya i lechbnaya taktika [Mechanical jaundice of calculous etiology: pathogenesis, complications and therapeutic tactics]. *Klinicheskaya meditsina*. 2012;5:12-6.
11. Galperin EI. Mekhanicheskaya zheltukha, sostoyanie «mnimoy stabil'nosti», posledstviya «vtorogo udara», printsipy lecheniya [Mechanical jaundice, the state of «imaginary stability», the consequences of a «second stroke», the principles of treatment]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2011;3:16-25.
12. Ioffe IV, Poteryakhin VP. Pechyonochnaya nedostatochnost' u bol'nykh s mekhanicheskoy zheltukhoy neopukhlevogo geneza [Hepatic insufficiency in patients with mechanical jaundice of non-tumorous genesis]. *Ukrains'kiy zhurnal klinichnoy ta laboratornoy meditsini*. 2009;3(4):130-2.

13. Тарасенко СВ, Натальский АА, Лунков ИА, Зайцев ОВ, Песков ОД. Печёночная недостаточность при механической желтухе. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2013;10:54.
14. Дибиров МД, Тарасенко СВ, Копейкин АА, Кочуков ВП. Лечебная тактика при остром холецистите, осложнённом механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста. *Хирургическая практика*. 2011;2:19-24.
15. Воронова ЕА, Винник ЮС, Пахомова РА. Хирургическая тактика при доброкачественной механической желтухе в зависимости от её степени тяжести. *Медицинские науки*. 2015;1:1554-7.
13. Tarasenko SV, Natalskiy AA, Lunkov IA, Zaytsev OV, Peskov OD. Pechyonochnaya nedostatochnost' pri mekhanicheskoy zheltukhe [Hepatic insufficiency with mechanical jaundice]. *Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya*. 2013;10:54.
14. Dibirov MD, Tarasenko SV, Kopeykin AA, Kochukov VP. Lechebnaya taktika pri ostrom kholetsistite, oslozhnyonnom mekhanicheskoy zheltukhoy, u bol'nykh pozhilogo i starcheskogo vozrasta [Therapeutic tactics for acute cholecystitis, complicated by mechanical jaundice, in patients of elderly and senile age]. *Khirurgicheskaya praktika*. 2011;2:19-24.
15. Voronova EA, Vinnik YuS, Pakhomova RA. Khirurgicheskaya taktika pri dobrokachestvennoy mekhanicheskoy zheltukhe v zavisimosti ot eyo stepeni tyazhesti [Surgical tactics for benign mechanical jaundice, depending on its severity]. *Meditsinskie nauki*. 2015;1:1554-7.

И СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Курбонов Каримхон Муродович, д.м.н, профессор, академик Академии медицинских наук Республики Таджикистан

Назирбоев Кахрамон Рузибоевич, к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней № 1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Саидов Раджабали Хакрузоевич, соискатель кафедры хирургических болезней № 1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Султонов Бахтибек Джонибекович, соискатель кафедры хирургических болезней № 1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Работа выполнялась в соответствии с планом НИР ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Назирбоев Кахрамон Рузибоевич
к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней № 1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино

734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139,
Тел.: (+992) 93 4054404
E-mail: dr.hero85@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследований: КKM, CPX, CБД
Сбор материала: НКP
Статистическая обработка данных: НКP
Анализ полученных данных: КKM, CPX, CБД
Подготовка текста: КKM, НКP
Редактирование: КKM, CPX, CБД
Общая ответственность: КKM

Поступила 19.05.2017
Принята в печать 06.09.2017

И AUTHOR INFORMATION

Kurbonov Karimkhon Murodovich, Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Academician of the Academy of Medical Sciences of the Republic of Tajikistan

Nazirboev Kahramon Ruziboevich, Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Surgical Diseases № 1, Avicenna TSMU

Saidov Rajabali Hakruzoevich, The Competitor of the Department of Surgical Diseases № 1, Avicenna TSMU

Sultonov Bakhtibek Jonibekovich, The Competitor of the Department of Surgical Diseases № 1, Avicenna TSMU

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Nazirboev Kahramon Ruziboevich
Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Surgical Diseases № 1, Avicenna TSMU

734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Ave., 139,
Tel.: (+992) 934 054404
E-mail: dr.hero85@mail.ru

Received 19.05.2017
Accepted 06.09.2017