

«СВЕЖИЕ» ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Сайдуллаев З.Я.¹, Эргашев Ф.Р.², Рустамов С.У.³

¹*Сайдуллаев Зайниддин Яхшибоевич – ассистент,
кафедра общей хирургии;*

²*Эргашев Фарход Рустамович – студент магистратуры;*

³*Рустамов Сардор Улугбек угли – студент магистратуры,
кафедра хирургических болезней № 1,*

*Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан*

Аннотация: *лечение повреждений магистральных желчных протоков становится все более важной проблемой. Это связано с увеличением числа больных с заболеваниями желчевыводящих путей и операциями на них, что связано с улучшением диагноза желчнокаменной болезни. В статье представлен обзор литературы по современному состоянию проблемы хирургического лечения ятрогенных повреждений магистральных желчных протоков. Представлены классификация и современные методы диагностики, даны эволюция взглядов и современные методы реконструктивных вмешательств. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в этой сложнейшей области хирургии, неудовлетворительные результаты даже у самых опытных хирургов отмечаются в среднем в 10% наблюдений.*

Ключевые слова: *магистральные желчные пути, повреждение, диагностика, лечение, осложнение.*

Лечение повреждений магистральных желчных протоков (МЖП) становится все более значимой проблемой. Это связано с увеличением числа больных с заболеваниями желчевыводящих путей и операций по их поводу, что обусловлено улучшением диагностики желчнокаменной болезни. В России ежегодно выполняется более 100 тыс., в США около 700 тыс., а в Узбекистане более 20 тыс. холецистэктомий [2, 4, 12, 24,47].

Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков (ВЖП) вовремя холецистэктомии происходят довольно часто, о чем свидетельствуют сообщения в различных медицинских изданиях и средние статистические данные. При открытой холецистэктомии они составляют 0,1-1,0% [4, 12], при лапароскопических операциях – 0,4-3,5% и даже 7% [7, 14, 22, 48]. Таким образом, лапароскопические операции не исключили опасность повреждения внепеченочных желчных протоков. Характерная особенность состоит в том, что стенка протока при лапароскопическом вмешательстве подвергается электротравме, то есть термическому ожогу [2, 9, 13, 46]. С.И. Емельянов и соавт. приводят следующие данные:

частота повреждения ВЖП во время традиционной холецистэктомии составила 0,06%, при лапароскопической - 0,6% [12, 23].

А.И. Нечай и соавт. (2006) приводят результаты лечения 112 больных, у которых во время открытых оперативных вмешательств на желчном пузыре (100) или желудке (12) были случайно повреждены желчные протоки. Частота этого осложнения во время холецистэктомии составила 0,13%, при резекции желудка - 0,06% [14, 45].

Ф.Г. Назыров и соавт. (2005) представили анализ хирургического лечения 336 больных с рубцовыми стриктурами и наружными свищами ВЖП ятрогенного происхождения. Причинами образования рубцовых стриктур и наружных свищей явились интраоперационные повреждения при холецистэктомии, резекции желудка и эхинококкэктомии [5, 43].

Очень важным, представляющим большой и понятный интерес, является вопрос о причинах и профилактике ятрогенных повреждений ВЖП. Предлагается различать причины и предрасполагающие обстоятельства ятрогенных повреждений [10].

Проведя анализ достаточно большого клинического материала нескольких стационаров, А.Р. Moossa et al. (1990) пришли к заключению, что повреждение ВЖП может произойти в любом хирургическом учреждении, в любое время суток и, что особенно интересно, у хирурга любой квалификации [16, 44]. Аналогичного мнения Н.Н. Артемьева (1996), ни длительность заболевания, ни характер операции (срочная или плановая), ни диаметр протока, ни даже профессиональный стаж хирурга не влияют на вероятность повреждения желчных протоков [1, 40].

Принципиально неправильно трактовать такие обстоятельства как причины непреднамеренного повреждения протоков во время операции, о чем неоднократно сообщают Н.А. Майстренко и соавт. (2005) [14]. Об этом пишут и Н.А. Мизуров с соавт. (2010), специалист, профессионал должен иметь в виду различные обстоятельства, как связанные с особенностями строения тех или иных анатомических структур, так и с изменениями обычных топографоанатомических взаимоотношений в связи с воспалительным процессом [21, 43].

В соответствии с изложенным уместно выделить работу И.В. Федорова и соавт. (2003), посвященную повреждению желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) [11]. Авторы предостерегают хирургов от возможного повреждения желчных протоков и называют факторы риска этого осложнения согласно по классификации R.Martin et R.Rossi [21, 42]: опасная анатомия, опасные патологические изменения и опасная хирургия (недостаточная экспозиция, неправильное направление тракции желчного пузыря, электрокоагуляционные повреждения и др.).

На опасность повреждения желчных протоков во время холецистэктомии и способы его предупреждения обращает внимание Э.И. Гальперин (2009). Автор рекомендует добиваться хорошей экспозиции при возникновении

сложностей вовремя холецистэктомии в первую очередь за счет расширения доступа и четко идентифицировать общий желчный проток, указывая на недопустимость наложения кровоостанавливающего зажима вслепую [4, 7, 39]. По мнению Ф.Г. Назырова (2011), вряд ли есть другие операции, сопряженные с таким риском, множеством неожиданностей, как операции на желчных путях. Техническая ошибка и минутная невнимательность хирурга могут принести больному столько вреда, что устранить его не удастся до конца его жизни. Однако большинство ошибок можно предотвратить, если тщательно соблюдать ряд технических и тактических правил [12].

Классификация повреждений. Предложено много классификаций повреждений желчных протоков. Отечественные и зарубежные хирурги неоднократно предпринимали попытки создания классификации повреждений желчных протоков с целью унификации исследований и оценки результатов. За основу принимали, как правило, характер повреждения [9, 15]. Характер повреждений ВЖП наиболее точно отражен в классификации S.M. Strasberg – H. Bismuth (1995г.) [14], в которой выделено 5 типов:

Тип А. Желчеистечение

- из мелких желчных протоков
- ложе желчного пузыря (ходы Люшко)
- пузырного протока.

Тип В.

- Частичная или полная окклюзия (клипирование) билиарного дерева.
- При этом типе повреждения чаще поражается правый добавочный долевой проток.

Тип С.

- Желчеистечение из одного добавочных долевых протоков.
- Чаще пересечение правого абберрантного протока.

Тип D.

- Боковое (пристеночное) повреждение желчных протоков.
- Повреждение долевых протоков, общего печеночного протока (ОПП) или общего желчного протока (ОЖП).

Тип Е. Полное пересечение или иссечение участка ОПП или ОЖП.

- Е₁. Низкое повреждение с сохранением культи ОПП более 2 см.
- Е₂. Средний уровень повреждения - культи ОПП менее 2 см.
- Е₃. Высокое (конфлюэнс) повреждение, сохранено слияние долевых протоков.
- Е₄. В отличие от типа 3 разрушен конфлюэнс, разобщены долевые протоки.

—Е₅. Комбинированное повреждение печеночного и правого абберантного или долевого протока с одним из перечисленных вариантов Е₁ Е₄.

В данной классификации разграничивается «свежие» повреждения и их последствия, строится по топографо - анатомическим признакам, отражается характер повреждений, что в итоге определяет лечебную тактику.

Широкое распространение получила классификация, разработанная в Академическом медицинском центре г. Амстердама (1996), согласно которой выделяли 4 вида повреждений, учитывая наряду с характером повреждения и уровень первичного повреждения:

Тип А. Желчеистечение из пузырного протока или периферических печеночных ветвей.

Тип В. Большое повреждение желчных протоков с желчеистечением (из ОЖП или абберантных сегментарных внепеченочных ветвей правого печеночного протока) с или без сопутствующих желчных стриктур.

Тип С. Нарушение проходимости ОЖП без желчеистечения.

Тип D. Полное пересечение ОЖП с или без его парциального иссечения.

Классификация должна помочь хирургу выбрать метод коррекции повреждения, видоизмененная Амстердамская классификация Э.И. Гальпериным и соавт. (2009) ориентирована на последующую хирургическую тактику лечения [4, 38]:

А. Ранние «свежие» повреждения желчных протоков.

I. По тяжести повреждения и характеру желчеистечения.

Тип А - желчеистечение из пузырного протока или периферических печеночных ветвей.

Тип В - большое повреждение желчных протоков с желчеистечением (из ОЖП или абберантных сегментарных внепеченочных ветвей правого печеночного протока) с или без сопутствующих желчных стриктур.

Тип С - непроходимость ОЖП и печеночных протоков из-за их перевязки или клипирования.

Тип D - полное иссечение ОЖП с или без его парциального иссечения.

Тип Е - повреждение ОЖП с желчеистечением наружу и в брюшную полость (перитонит).

II. По времени распознавания повреждения.

Повреждения, распознанные во время операции.

Повреждения, распознанные в послеоперационном периоде.

Б. Классификация послеоперационных рубцовых стриктур желчных протоков.

Тип стриктуры	Описание стриктуры
+2	Средняя и низкая- ОПП более 2 см
+1	Высокая - ОПП равен 1-2 см

- 0 Бифуркационная- ОПП равен 0-1 см
- 1 Трансбифуркационная - сохранено соединение долевых печеночных протоков
- 2 Дуктальная - долевые печеночные протоки разобщены
- 3 Сегментарная - долевые печеночные протоки (чаще правый) рубцово измененные, сохранены сегментарные

Приведенная классификация является общепризнанной для применения повседневной практике. Принимаются во внимание все факторы, определяющие выбор операции при повреждениях желчных протоков:

Время обнаружения повреждения: «свежие» повреждения – во время операции и в раннем послеоперационном периоде; в отдаленные сроки (более 30 суток после холецистэктомии);

Локализацию повреждения: мелкие ветви в ложе желчного пузыря и пузырный проток, ОПП и долевые протоки, ОЖП;

Характер повреждения МЖП: окклюзия вследствие клипирования или перевязки, пересечение, иссечение [9, 21, 37].

Диагностика повреждений МЖП. Ближайшие и отдалённые результаты лечения повреждений МЖП неудовлетворительны. Непосредственная летальность после реконструктивных вмешательств составляет 8-10%, а на поздних сроках - 13 -17% [17, 18]. Основные причины неудач - это несвоевременность диагностики и выполнение сложных реконструктивных операций врачами, не имеющими должного опыта в этой области хирургии [8, 12, 36].

Определяющее значение с точки зрения исходов лечения имеют сроки выявления повреждений МЖП – во время операции или в раннем послеоперационном периоде [10].

По данным А.И. Нечай и К.В. Новикова (2006) в 30% наблюдений ятрогенное повреждение МЖП распознавали во время операции. До 20% повреждений диагностировали в раннем послеоперационном периоде на фоне развития и быстрого нарастания механической желтухи или продолжающегося истечения желчи через рану или дренаж. У 37,5% больных повреждение желчных протоков, произошедшее во время операции, распознано в отдаленные сроки на основании признаков формирующейся стриктуры. В части наблюдений (12,5%) повреждение ОПП или ОЖП было установлено только на аутопсии, когда больные умирали от прогрессирующего перитонита, нарастающей желтухи или других, своевременно не распознанных послеоперационных осложнений [24, 35].

Интраоперационная холангиография (ИХГ). ИХГ - незаменимая диагностическая методика для ранней диагностики ятрогенных повреждений ВЖП. Она дает ценные сведения о строении, функциональных или органических изменениях желчных протоков. При

отработанной технике исследования осложнения интраоперационной холангиографии встречаются крайне редко или отсутствуют [2, 12].

ИХГ считается абсолютно показанной при анатомически сложных ситуациях и при подозрении на интраоперационное повреждение МЖП.

Конверсию также следует рассматривать как меру диагностики и профилактики повреждений МЖП. К основным принципам в принятии решения о конверсии относятся два случая: благоразумие и необходимость. Переход по благоразумию связан с обнаружением более сложных анатомо-топографических взаимоотношений, чем ожидалось до операции (выраженные воспалительные изменения вблизи шейки желчного пузыря, трудности дифференцирования ВЖП). Переход вследствие необходимости осуществляется при возникновении осложнений, внезапно возникшем кровотечении, которое не удаётся безопасно остановить при ЛХЭ или желчеистечении, когда источник его не определен. При лапаротомии необходимо точно определить и проследить МЖП, и выполнить пункционную ИХГ [7, 20, 34].

Диагностика повреждений МЖП в раннем послеоперационном периоде. Не диагностированные на операции ранения желчных протоков в послеоперационном периоде имеют следующие клинические проявления: а) желчеистечение по дренажу, б) нарастающую желтуху с холангитом, в) клинику желчного перитонита.

Повреждения ВЖП проявляют себя в виде боли и чувства распирания в правом подреберье, гипертермии, желтухи, потери аппетита, тошноты, рвоты, перитонеальных знаков, желчеистечения по дренажу. Жалобы на выраженные боли в животе на следующий день после холецистэктомии нехарактерны для гладкого течения послеоперационного периода и должны насторожить хирурга. Если боли носят разлитой характер или, по крайней мере, имеют тенденцию к распространению, а также сопровождаются появлением защитного напряжения мышц передней брюшной стенки, следует думать о желчеистечении или повреждении полого органа. При тупом характере болей, распирающих болях в области печени, чаще имеет место нарушение желчеоттока. Появление желтухи и холангита окончательно подтверждает диагноз [5, 9, 16].

Ультразвуковое исследование (УЗИ). Наиболее доступный и простой метод исследования, позволяет определить наличие жидкости в свободной брюшной полости, в подпечёночном пространстве. Однако, данные УЗИ также должны быть сопоставлены с клинической картиной, поскольку само по себе обнаружение жидкости не свидетельствует о развитии осложнения. Наиболее информативен при прогрессировании механической желтухи, эхографическая картина билиарной гипертензии косвенно может служить подтверждением клипирования (лигирования) МЖП [5, 13, 33].

Компьютерная томография (КТ). Помимо УЗИ для обнаружения жидкости может быть использована КТ. КТ отличается от методов

исследования желчных протоков с их прямым контрастированием, так как для визуализации расширенных желчных протоков не требуется создания в них гипертензии, а желчь при КТ является естественным контрастным веществом, позволяющим видеть расширенные желчные протоки на фоне печеночной паренхимы, по ходу гепатодуоденальной связки и в головке поджелудочной железы. Целью КТ исследования является установления факта механической желтухи, определение уровня и причины обтурации желчных протоков. При билиарной гипертензии КТ является надежным методом исследования. Наличие наружного желчеистечения в сочетании с механической желтухой снижает чувствительность метода.

КТ носит более объективный характер, чем УЗИ, и её результаты меньше зависят от субъективной оценки врача, оба этих метода имеют общие недостатки.

Неспецифичны по отношению к качественному составу обнаруженной жидкости. Не позволяют определить источник истечения жидкости. Не дают ответа на вопрос, продолжается истечение или нет.

Основное преимущество этих методов - неинвазивность, однако для окончательной постановки диагноза требуется применение дополнительной процедуры - чрескожной пункции места скопления жидкости под контролем УЗИ или КТ. Диагностическая пункция позволяет определить качественный состав жидкости, а в некоторых случаях - провести лечебное дренирование полости [12, 21, 31].

Магнитно-резонансная томография (МРТ). В настоящее время большое значение приобретает МРТ, которая дает конкретную топическую характеристику повреждения, уровень повреждения и состояние окружающих тканей.

Магнитно-резонансная холангиография - сравнительно новый неинвазивный метод, применяемый лишь в немногих центрах. Перспективы МРТ велики, но её применение может существенно ограничиваться высокой стоимостью, недостаточной доступностью и сложностью интерпретации данных [2, 20, 32].

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ). Наиболее распространённым методом контрастирования МЖП признана ЭРПХГ. Исследование позволяет определить место и характер повреждения МЖП. При желчеистечении с помощью ЭРПХГ можно диагностировать несостоятельность культи пузырного протока, краевое ранение магистральных протоков, их полное пересечение. Метод может оказаться неинформативным при желчеистечении из дополнительного печёночного протока или ложа желчного пузыря. Очень ценно и то, что ЭРПХГ в ряде случаев становится не только диагностической, но и лечебной процедурой. Так, при желчеистечении из пузырного протока или краевом ранении ОПП с целью декомпрессии выполняют назобилиарное дренирование жёлчных путей и стентирование. Наиболее информативен

при диагностике «свежих» повреждений в раннем послеоперационном периоде [21, 30].

Чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ). ЧЧХГ и ЧЧХС являются ценными диагностическими и лечебными мероприятиями. Для диагностики желчеистечения также применяют ЧЧХГ. Этот метод позволяет выявить желчеистечение из дополнительных протоков, выпадающих в желчный пузырь. [2, 13, 24].

Чрескожное чреспечёночное дренирование желчного дерева можно применять для устранения желчной гипертензии как этап предоперационной подготовки [3, 13, 29].

Лечение повреждений МЖП. По данным Э.И. Гальперина (2009) имеются несколько факторов, которые могут повлиять на выбор операции и метод ее проведения:

- 1) характер повреждения;
- 2) возможность эндоскопического стентирования;
- 3) локализация повреждения;
- 4) состояние пересеченного протока: диаметр и толщина стенки;
- 5) время диагностики повреждения: во время проведения холецистэктомии или в раннем послеоперационном периоде;
- 6) наличие перитонита в послеоперационном периоде;
- 7) наличие хирурга, имеющего опыт реконструктивной хирургии желчных путей [10].

Характер повреждения имеет большое значение в определении показаний к различным операциям. М.Е. Ничитайло и соавт. (2008) представили анализ результатов хирургического лечения полного пересечения протока путем восстановления протока анастомозом по типу "конец-в-конец". Авторы наблюдали высокую частоту рубцевания соустья и необходимость повторной операции в сроки от 6 месяцев до четырех лет у 91% больных [12, 28].

Желание хирурга восстановить непрерывность желчного протока вполне объяснима, однако, это делать нежелательно: вероятность образования рубцовой стриктуры после билиобилиарного анастомоза очень велика (70-100%) [9, 10]. Основные факторы, способствующие рубцеванию билиобилиарного анастомоза это натяжение из-за диастаза концов протока, небольшой диаметр протоков (если не было предшествующей желчной гипертензии), нарушение кровоснабжения в проксимальном сегменте ОЖП, так как гепатикохоledох имеет аксиллярный восходящий тип кровоснабжения [9, 26].

Э.И. Гальперин и А.Ю. Чевокин (2010) представили анализ лечения 61 больного со "свежими" повреждениями магистральных желчных протоков и пришли к выводу, что в отличие от краевого ранения, у больных с полным пересечением протока, плохие результаты после восстановительных операций. Вероятно, наличие широкого или даже

узкого "мостика" стенки протока при краевом ранении не вызывает такого резкого нарушения местного кровообращения, что и объясняет получение хороших результатов даже в условиях перитонита [5, 25].

Альтернативой хирургическому вмешательству при краевом ранении или ранении протока размером, не превышающим $1/2$ его диаметра, может стать эндоскопическое проведение в проток стента, который обеспечивает заживление раны протока в правильной позиции и препятствует дальнейшему сдавлению просвета протока рубцовой тканью. Эндоскопическое или чреспеченочное введение стентов в поврежденный проток, несомненно, знаменует прогресс в этой области хирургии. Возможность эндоскопического удаления стента в отличие от "потерянного" дренажа, делает эту манипуляцию приемлемой и управляемой [9, 10].

Несомненно, локализация полного пересечения играет большую роль в определении методики реконструктивной операции. Н.Н. Артемьева и соавт. (2006) приводят результаты лечения 54 больных, с повреждениями ВЖП после ЛХЭ. Для определения уровня повреждения авторы употребляют классификацию S.M. Strasberg – Н. Bismuth. По их данным чем выше уровень повреждения, тем более целесообразно использование каркасных дренажей в различных модификациях [2].

В последние годы предпочтение отдается анастомозам без использования каркасного дренажа, так как длительное стояние транспеченочного дренажа ведет к формированию стриктур желчных протоков или, по крайней мере, не предупреждает их развитие [6, 10, 18].

Ничитайло М.Е. и соавт. (2008) выполняли реконструктивные операции при повреждениях II-III типа на уровне развилки желчных протоков, при диастазе между сегментами протока 30 мм и более, а также в случаях повреждений, когда не удавалось обнаружить дистальный отдел общего желчного протока. При высоких повреждениях и стриктурах формировали анастомоз между культей печеночного протока с тонкой кишкой, выключенной по способу А.А. Шалимова или Ру, а при низких соустье протока с двенадцатиперстной кишкой [3, 15, 24].

Выполнение билиодуоденоанастомоза считается простой и менее травматичной операцией. Одним из серьезных недостатков гепатикодуоденостомии является постоянный дуоденобилиарный рефлюкс, способствующий поддержанию хронического холангиогепатита и, нередко, возникновению множественных абсцессов печени. Рецидивирующий холангит и стеноз анастомоза являлось причиной повторных операций у 30% больных [9, 18, 25].

Небольшой диаметр проксимального сегмента протока и тонкая его стенка создают большие трудности для наложения гепатикоеюноанастомоза. С.И. Емельянов наблюдал плохие результаты у 8 из 9 больных; причиной неудачи, по его мнению, являются малый диаметр

протока и тонкая его стенка. Автор считает, что у большинства больных при полном пересечении протока следует применять двухэтапное лечение: на первом этапе вводить в проксимальный отдел пересеченного протока дренажную трубку, на втором - производить реконструктивную операцию. Практически такого же принципа лечения придерживается Н. Bismuth [24].

При небольшом диаметре проксимального сегмента протока и высоком расположении повреждения целесообразно сформировать площадку за счет рассечения левого печеночного протока после мобилизации его под хилиарной пластинкой печени по Нерр-Сюинауд [10, 15, 20]. Определяющим в тактике лечения «свежих» повреждений желчных протоков является время его выявления - при оперативном вмешательстве или в раннем послеоперационном периоде [1, 6, 11, 21].

На выбор оперативного вмешательства в зависимости от распознавания времени повреждения МЖП обращают внимание В.Н. Чернышев и соавт. Авторы наблюдали, наилучшие отдаленные результаты лечения у больных с полным пересечением, у которых реконструкция желчных путей выполнялась сразу после обнаружения ятрогенного повреждения желчных протоков на операционном столе. Реконструктивные операции на желчных протоках при пересечении выявленных в после операционном периоде, необходимо производить в максимально ранние сроки после травмы, после ликвидации явлений желчного перитонита и других гнойных осложнений, т.е. применять двухэтапное лечение [12]. Н.Н. Артемьева и соавт. (2006) так же придерживаются подобного принципа лечения. Любые восстановительные и реконструктивные операции в условиях перитонита завершаются рубцеванием анастомозов [2].

Э.И. Гальперин и А.Ю. Чевокин (2009) считают основным положительным фактором в лечении ранений протоков является присутствие хирурга, который имеет опыт в реконструктивной хирургии желчных путей. Который может успешно провести операцию при узком протоке и тонкой стенке, при бифуркационном и долевым повреждении печеночных протоков в условиях перитонита и при наличии желчных затеков [4].

L. Stewart и L.W. Way сообщают об успехе вмешательства лишь у 17% больных при продолжении операции хирургом, который пересек проток. G. Nuzzo et al. приводят данные о 27 больных с пересечением печеночного протока, которым операцию продолжал хирург, выполняющий холецистэктомию, у 26 из них результат был плохой и потребовалась повторная операция [26].

Таким образом, даже незначительные травмы МЖП, но поздно диагностированные, могут создать угрозу для жизни и в послеоперационном периоде привести к тяжелым осложнениям: распространенному или ограниченному перитониту, формированию подпеченочных абсцессов, наружных желчных свищей,

посттравматических рубцовых стриктур. При тяжелой травме желчных протоков её лечение представляет исключительную сложность, а результаты, как ближайшие, так и отдаленные нельзя признать хорошими. Летальность после реконструктивных операций составляет 8-17% [6, 17].

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в этой сложнейшей области хирургии, неудовлетворительные результаты даже у самых опытных хирургов отмечаются в среднем в 10% наблюдений [11, 19].

Основными темами для обсуждения на сегодняшний день являются: выбор метода операции в зависимости от выявления повреждения МЖП интраоперационно или в послеоперационном периоде, выбор оптимального метода реконструкции билиарного дерева, показания к каркасному дренированию анастомоза и его длительность, факторы риска развития стеноза билиодигестивных анастомозов, место эндоскопических методов в лечении данной категории больных. Указанные обстоятельства свидетельствует в пользу необходимости дальнейшего совершенствования системы взглядов на данную проблему.

Список литературы

1. Акбаров М.М., Курбаниязов З.Б., Нишанов М.Ш., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Особенности хирургического лечения интраоперационных повреждений желчных протоков // Проблемы биологии и медицины, 2013. № 2(73). С. 13-26.
2. Антонюк М.В., Сулейманов С.Ф., Гвозденко Т.А., Иноятов А.Ш., Кантур Т.А., Шатилов И.Н. Характеристика иммунного статуса больных при совместном течении у них хронического холецистита и метаболического синдрома // Вестник врача. Ташкент, 2019. № 3. С. 16–20.
3. Аскаргов П.А., Давлатов С.С., Курбаниязов З.Б. Причины повреждений гепатикохоледоха и пути их снижения при минилапаротомной холецистэктомии // «Завадские чтения» материалы IV научно-практической конференции молодых учёных с международным участием. 21 марта 2009 года Ростов-на-Дону. С. 196-197.
4. Аскаргов П.А., Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Хирургическая тактика при ранних билиарных осложнениях после холецистэктомии // Материалы Республиканской научно-практической конференции “Актуальные проблемы гепатологии и ВИЧ-инфекции” посвященной всемирному дню борьбы со СПИДом. Андижан, 2012. С. 55-57.
5. Аскаргов П.А., Рахмонов К.Э., Давлатов С.С. Результаты лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии // Материалы пленума правления ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Челябинск. 14-15 апреля 2016 г. С. 13-15.

6. Аскарлов П.А., Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Результаты лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии // Сборник тезисов Республиканской научно-практической конференции молодых ученых “XXI век – век интеллектуальной молодежи”. Ташкент, 2012. С. 18-19.
7. Давлатов С.С. Усовершенствованный способ плазмаферез в лечении холемического эндотоксикоза при гнойном холангите // Сборник тезисов Республиканской научно-практической конференции молодых ученых “XXI век – век интеллектуальной молодежи”. Ташкент. 2012 год. С. 27.
8. Давлатов С.С. Новый способ детоксикации в лечении холемического эндотоксикоза // Материалы VIII научно-практической конференции с международным участием «Завадские чтения». 23 марта 2013 г. Ростов-на-Дону. С. 209-213.
9. Давлатов С.С., Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Рахманов К.Э., Амонов М.М. Усовершенствованный способ плазмаферез в лечении эндотоксикоза при гнойном холангите // Материалы Республиканской научно-практической конференции “Актуальные проблемы гепатологии и ВИЧ-инфекции” посвященной всемирному дню борьбы со СПИДом. Андижан, 2012. С. 79-81.
10. Давлатов С.С. Гнойный холангит: этиология, патогенез, классификация, диагностика и особенности хирургической тактики (обзор литературы) // Вестник врача. Самарканд. 2012. № 3. С. 45-51.
11. Давлатов С.С., Рахматова Л. Причины повреждений внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии и их профилактика. // «Актуальные вопросы медицины» Материалы конференции. Ургенч. 2009. С. 37-38.
12. Давлатов С.С., Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Кушмурадов Н.Ё. Усовершенствованный метод плазмафереза в лечении больных холемическим эндотоксикозом // Проблемы биологии и медицины, 2011. № 3(66). С. 48-50.
13. Давлатов С.С., Сайдуллаев З.Я., Даминов Ф.А. Миниинвазивные вмешательства при механической желтухе опухолевого генеза периапулярной зоны // Сборник Научно-практической конференций молодых ученых СамМИ. 2 марта 2010 года. С. 79-80.
14. Давлатов С.С. Гнойный холангит: частота и причины их возникновения, классификация, диагностика и хирургическая тактика// Проблемы биологии и медицины, 2012. № 2(69). С. 144-154.
15. Давлатов С.С., Рахманов К.Э. Тактика ведения больных желчеистечением после холецистэктомии // Вопросы науки и образования. № 13 (97), 2020. С. 126-130.
16. Давлатов С.С. Дифференциальный подход к лечению больных с гнойным холангитом // Шпитальна хірургія 4 (68), 2014. С. 49-53.

17. Давлатов С.С., Касымов Ш.С., Курбаниязов З.Б. Экстракорпоральные методы гемокоррекции в хирургической практике (текст): Монография // Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2018. 160 с.
18. Давлатов С.С. Усовершенствованный способ плазмафереза в лечении эндотоксикоза при гнойном холангите // «Интеллектуал ёшлар – Ватанимиз келажаги. (2 - китоб)». Сборник научных трудов. Ташкент, 2012. С. 95-99.
19. Курбаниязов З.Б., Сайдуллаев З.Я., Давлатов С.С., Сулаймонов С.У. Современное состояние вопроса хирургического лечения острого холецистита// Проблемы биологии и медицины. 2015. № 1. (82). С. 180-183.
20. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Саидмуродов К.Б., Зайниев А.Ф., Суярова З.С. Оценка эффективности миниинвазивного метода лечения холецистита у больных пожилого и старческого возраста // Материалы научно-практической конференции с международным участием. Проблемы биологии и медицины, 2016. № 3,1 (90). С. 65-66.
21. Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Давлатов С.С., Расулов Э.С. Усовершенствованный способ дискретного плазмафереза в лечении холемического эндотоксикоза при гнойном холангите// Материалы международного конгресса «здоровье для всех: профилактика, лечение, реабилитация». Алматы, Казахстан. 26-28 апрель 2012 года. С. 214-215.
22. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Саидмуродов К.Б. Способ лечения больных холангитом после реконструктивных операций на желчных путях // Официальный бюллетень - Агентство по интеллектуальной собственности РУз. Ташкент, 2012. №7(135). С. 13.
23. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С. Способ детоксикации организма при холемическом эндотоксикозе// Официальный бюллетень - Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. № 5(121). Ташкент, 2011. С. 10-11.
24. Курбаниязов З.Б., Бакаев А.Б., Каримов У.Т., Баратов М.Б., Назаров З.Н., Давлатов С.С. Причины повреждений гепатикохоледоха и пути их снижения при минилапаротомной холецистэктомии // Научные труды Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова Москва, 2009. С. 80-81.
25. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Саидмуродов К.Б. Усовершенствованный метод регенерации плазмы крови больных гнойным холангитом // Проблемы биологии и медицины, 2014. № 4 (80). С. 127-128.
26. Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Саидмуродов К.Б., Зайниев А.Ф. Факторный анализ результатов хирургического лечения повреждений желчных протоков // Национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ 4-7 апреля 2017. Москва. ISSN- 2075-6895. С. 383-384.

27. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Аскарров П.А. Диагностика и лечение желчеистечения в ранние сроки после холецистэктомии // Проблемы биологии и медицины, 2020. № 3. Том. 119. С. 50-55. DOI: <http://doi.org/10.38096/2181-5674.2020.3.00139>.
28. Курбаниязов З.Б., Сулаймонов С.У. Результаты хирургического лечения больных синдромом мириizzi // Проблемы биологии и медицины, 2020. № 4. Том. 120. С. 79-83. DOI: <http://doi.org/10.38096/2181-5674.2020.4.00195>.
29. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Курбаниязов З.Б., Нишанов М.Ш., Рахманов К.Э., Аскарров П.А., Давлатов С.С. Результаты хирургического лечения повреждений магистральных желчных протоков // Проблемы биологии и медицины, 2012. №- 2(69). С. 59-70.
30. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Курбаниязов З.Б., Нишанов М.Ш., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Лечение «свежих» повреждений магистральных желчных путей // Материалы международного конгресса «Здоровье для всех: профилактика, лечение, реабилитация». Алматы, Казахстан. 26-28 апрель, 2012. С. 216-218.
31. Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Особенности хирургической тактики при «свежих» повреждений магистральных желчных протоков // Материалы Республиканской научно-практической конференции “Актуальные проблемы гепатологии и ВИЧ-инфекции”, посвященной всемирному дню борьбы со СПИДом. Андижан, 2012. С. 188-191.
32. Рахманов К.Э., Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Саидмуратов К.Б., Зайниев А.Ф. Лечение «свежих» повреждений магистральных желчных путей // Материалы X международного симпозиума гепатологов Беларуси. Гродно. 26-27 сентября 2013. С. 123-128.
33. Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Саидмуратов К.Б., Зайниев А.Ф. Хирургическая тактика при «свежих» повреждений магистральных желчных путей // Сборник трудов XV-й научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Молодежь и медицинская наука в XXI веке». Киров 16-18 апрель. С. 585-587.
34. Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Хирургическая тактика «Свежих» повреждений магистральных желчных путей // Сборник тезисов докладов Республиканской научно-практической конференции молодых ученых - 2015 г. Ташкент. 22 декабря 2015 г. 264-266 с.
35. Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Саидмуратов К.Б., Бакаев А.Б. Факторы риска повреждения внепеченочных желчных протоков при минилапаротомной холецистэктомии // Сборник научных работ студентов и молодых ученых Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Ярославль. 24 - 26 апреля 2013 г. С. 199.

36. Рахманов К.Э., Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Сайдуллаев З.Я., Собиров Ж.С. Возможности минилапаротомной холецистэктомии // Медицинский журнал Узбекистана. № 1, 2015. С. 55-57.
37. Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Марданов Ж.Н. Особенности хирургической тактики у больных холецистокардиальным синдромом // «Завадские чтения» материалы IV научно-практической конференции молодых учёных с международным участием. 21 марта 2009 года Ростов-на-Дону. С. 206-208.
38. Рахманов К.Э., Каримов У.Т., Давлатов С.С., Мамаюсунов Ж.Х., Гозибеков Ж.И., Марданов Ж.Н. Хирургическая тактика при калькулезном холецистите у больных пожилого и старческого возраста // Научные труды Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова Москва, 2009. С. 74-75.
39. Саидмурадов К.Б. и др. Хирургическое лечение больных с посттравматическими рубцовыми стриктурами магистральных желчных протоков // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 1. С. 27-28.
40. Сулейманов С.Ф., Сафоев Б.Б. Использование иммунокорректирующей терапии при хроническом холецистите // Узбекский медицинский журнал, 2014. № 1. С. 49–51.
41. Тешаев О.Р., Мадаминов Р.М., Исомитдинов Б.Ш. Лечение больных острым холециститом: особенности лапароскопической холецистэктомии // Хирургия Узбекистана, 2018. 2(78). С. 68-69.
42. Харибова Е.А., Тешаев Ш.Ж. Изменения состава просветной микрофлоры в разные периоды постнатального развития // Морфология, 2020. Т. 157. № 2-3. С. 224-225.
43. Davlatov S.S., Kasimov S.Z. Extracorporeal technologies in the treatment of cholemic intoxication in patients with suppurative cholangitis // The First European Conference on Biology and Medical Sciences, 2014. С. 175-179.
44. Davlatov S., Rakhmanov K., Qurbonov N., Vafayeva I., Abduraxmanov D. (2020). Current State of The Problem Treatment of Mirizzi Syndrome (Literature Review) // International Journal of Pharmaceutical Research. 12. P. 1931-1939. DOI:<https://doi.org/10.31838/ijpr/2020.SP2.340>.
45. Kasimov S. et al. Haemosorption In Complex Management of Hepatargia: o27 (11-1) // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8.
46. Saydullayev Z.Y. et al. Evaluating the effectiveness of minimally invasive surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis // The First European Conference on Biology and Medical Sciences, 2014. С. 101-107.
47. Sulaymonovich D.S., Erdanovich R.Q., Yaxshiboyevich S.Z. & Akhrrarovich S.U. (2020). Algorithm for the management of patients with bile duct after cholecystectomy. International Journal of Pharmaceutical Research, 12, 1008-1012. doi:10.31838/ijpr/2020.SP2.004.

48. *Shamsiyev A., Davlatov S.* A differentiated approach to the treatment of patients with acute cholangitis // International Journal of Medical and Health Research, 2017. C. 80-83.