



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (67) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (67)

2024

Май

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2024, Accepted: 02.05.2024, Published: 10.05.2024

УДК 615.169-006.8-075.1-082.12

МЕТОДЫ ДЕКОМПРЕССИИ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХ

Исмаилов М.У. <https://orcid.org/0009-0002-8363-4473>

Тешаев О.Р. Email: TeshaevO@mail.ru

Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ Резюме

В статье приведены результаты обследования и хирургического лечения 389 пациентов с заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой. Причинами желтухи были: холедохолитиаз — 40%, патология поджелудочной железы — 30%, стриктуры желчных протоков — 18%, поражение печени — 7%, острый калькулезный холецистит — 5%. Для диагностики заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны необходимо использовать двухэтапную тактику. На I этапе лечения выполняется декомпрессия желчных протоков, которая в ряде наблюдений может быть окончательным видом оперативного вмешательства. Радикальные операции или стентирование протоков выполняют после нормализации функций печени. Хирургическое лечение проведено у 311 пациентов. Холецистэктомия, холедохолитотомия с наружным дренированием через культю пузырного протока из минидоступа или лапароскопически выполнена у 92 пациентов. Консервативная тактика и миниинвазивные мероприятия оказались эффективными в большинстве наблюдений (91,5%).

Ключевые слова: механическая желтуха, гепатопанкреатодуоденальная зона, стентирование протоков, холецистэктомия, холедохолитотомия.

METHODS OF DECOMPRESSION OF THE BILIARY SYSTEM IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE SYNDROME

Ismailov M.U. <https://orcid.org/0009-0002-8363-4473>

Teshaev O.R. Email: TeshaevO@mail.ru

Tashkent Medical Academy (TMA) Uzbekistan, 100109, Tashkent, Almazar district, st. Farobi 2, phone: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ Resume

The article presents the results of examination and surgical treatment of 389 patients with diseases of the hepatopancreatoduodenal organs, complicated by obstructive jaundice. The causes of jaundice were: choledocholithiasis - 40%, pancreatic pathology - 30%, bile duct strictures - 18%, liver damage - 7%, acute calculous cholecystitis - 5%. To diagnose diseases of the organs of the hepatopancreatoduodenal zone, it is necessary to use a two-stage tactic. At the first stage of treatment, decompression of the bile ducts is performed, which in some cases may be the final type of surgical intervention. Radical operations or duct stenting are performed after normalization of liver functions. Surgical treatment was performed in 311 patients. Cholecystectomy, choledocholithotomy with external drainage through the stump of the cystic duct from a mini-access or laparoscopically was performed in 92 patients. Conservative tactics and minimally invasive measures were effective in most cases (91.5%).

Key words: obstructive jaundice, hepatopancreatoduodenal zone, duct stenting, cholecystectomy, choledocholithotomy.

Актуальность

Среди хирургических заболеваний печени и внепеченочных желчных путей наиболее тяжелыми больными могут быть признаны пациенты с синдромом механической желтухи (СМЖ) с развитием печеночной и почечной недостаточности, тромбгеморрагического синдрома и холемических кровотечений, гнойного холангита и холангиогенных абсцессов печени, дисбактериоза кишечника, а также ряда других осложнений, приводя к развитию полиогранной недостаточности.

Проблемы диагностики и дифференциальной диагностики причин обтурации желчных путей не потеряли актуальности и в настоящее время. Людей, страдающих механической желтухой (МЖ), следует относить к группе пациентов с острыми хирургическими заболеваниями. Однако в условиях обструкции желчных путей, холангита и печеночной недостаточности экстренное оперативное лечение является рискованным, сопровождается большим количеством осложнений, а летальность достигает 10-34,4%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда механическую желтуху удастся ликвидировать до операции [1, 2]. Развитие деструктивных изменений в печени при холестазах механической природы связывают с нарушением циркуляции желчных кислот, токсическим действием на гепатоциты компонентов застоя желчи и проникновением их в общий кровоток, что вызывает торможение тканевого дыхания, разрушение липидных мембран клеток и субклеточных структур и возникновение деструкции печеночных клеток. Среди причин подпеченочной желтухи первое место занимает холелитиаз (35-40%), второе — рак головки поджелудочной железы (ПЖ) (30-35%), третье — рак внепеченочных желчных протоков (10-12%) и, наконец, рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК) (1-2%). Более редкими причинами являются склерозирующий холангит, воспалительные и посттравматические стриктуры внепеченочных желчных протоков [3, 4].

Если на основании жалоб, анамнеза, данных физикального исследования, рутинных методов лабораторной диагностики, а также скринингового ультразвукового исследования (УЗИ) вероятность обтурационной желтухи представляется высокой, а диагноз неясен, то в дальнейшем целесообразно применение методов контрастирования желчевыводящих путей, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) или чрескожно чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ). Благодаря информативности и миниинвазивности эти методы заняли ведущее место в лечебно-диагностическом комплексе при МЖ [5, 6, 7, 8, 14]. В настоящее время благодаря двухэтапной методике лечения с использованием миниинвазивных технологий хирургическое формирование билиодигестивных анастомозов сопровождается уровнем осложнений не более 30%, летальностью 2,5-3,7% [9, 11, 12, 13]. Основными осложнениями, связанными с проведением транспапиллярных манипуляций, являются ре-активный панкреатит различной степени тяжести, кровотечения из области БДС, желчевыводящих протоков и протоковой системы ПЖ, перфорация стенки ДПК или протоков, острый холангит [10, 11]. Вместе с тем вопросы современной диагностики и рациональной лечебной тактики при МЖ остаются одними из наиболее сложных и во многом нерешенных проблем в гастроэнтерологии вообще и абдоминальной хирургии, в частности.

Цель исследования – оценить эффективность методов декомпрессии в лечении больных с СМЖ для определения алгоритма лечебной тактики у данной категории пациентов при холедохолитиазе осложненном механической желтухой.

Материал и методы

За период с 2020 по 2024 год на стационарном лечении в хирургическом отделении Городская клиническая больница № 1 находилось 389 пациентов с СМЖ различного генеза. При обследовании у 161 (41,4%) пациентов выявлена ЖКБ, холедохолитиаз, у 80 (20,6%) — рак головки поджелудочной железы, у 31 (8%) — острый панкреатит, отечная форма, у 27 (7%) — ПХЭС, холедохолитиаз, у 16 (4,1%) — опухоль ворот печени, у 12 (3,1%) — доброкачественные стриктуры холедоха на фоне ЖКБ, острый калькулезный холецистит; стриктуры холедоха на фоне ПХЭС, стриктуры билиодигестивного анастомоза, стриктуры холедоха на фоне бессимптомного холецистолитиаза и острый холангит — у 8 (2%); стеноз papilla Vateri, метастатическое поражение печени и камень культи желчного пузыря — у 6 (1,5%) пациентов. Женщин было 276 (71%), мужчин — 113 (29%). Более 60% больных

составили лица старше 60 лет. Для диагностики МЖ, сопутствующих заболеваний и оценки степени декомпенсации различных органов и систем было выполнено 976 различных инструментальных исследований (в среднем по 5,8 исследования на одного пациента).

Результат и обсуждение

Результаты лечения заболеваний, осложнившихся механической желтухой, в первую очередь зависят от своевременной и точной диагностики характера желтухи, уровня и причины обтурации желчных протоков. Применения одного клинико-лабораторного комплекса явно недостаточно для решения этой проблемы. Ведущая роль в этом направлении принадлежит специальным инструментальным методам исследования. Специфические проявления для синдрома механической желтухи — желтушность склер и кожного покрова — выявлены у 83% пациентов, потемнение мочи и ахолия кала — у 40%, боли и чувство тяжести в правом подреберье и в верх-ней половине живота — у 87%, у 61% выявлен диспептический синдром (тошнота, сухость или горечь во рту, изжога, отрыжка, снижение аппетита, изменение характера стула). Кожный зуд с характерными расчесами на теле наблюдался у 19% больных, а повышение температуры тела — у 13%. Диагностическая программа включала традиционное лабораторное исследование, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (РПХГ), чрескожно-чреспеченочную холангиографию. Диагностические методы позволили выявить причину обструкции желчного дерева, уровень и степень окклюзии, при опухолевом поражении — стадию процесса (отдаленные метастазы, инвазию в сосудистые структуры). Основным диагностическим методом является ЭРПХГ, которая выполнялась пациентам с СМЖ, а также всем больным с подозрением на конкременты во внепеченочных желчных протоках.

Мы применяли как стандартный метод ЭПСТ (канюлизационный), так и нестандартные методы (неканюлизационные). Нестандартные методы применялись при ущемленном камне или выраженном стенозе БДС, протяженных стенозах терминального отдела холедоха, после хирургических вмешательств на верхних этажах брюшной полости, а также при дуоденальной обструкции вследствие опухолевого процесса в виде пред-рассечения соска или рассечение над БДС с использованием игольчатого ножа. У 247 (63,5 %) пациентов выполнена ЭПСТ, из них по поводу холедохолитиаза 116 (47%) пациентам. Лечебная тактика при холедохолитиазе в настоящее время стала более активной в связи с разработкой различных методов литоэкстракции и литотрипсии. Арсенал современных инструментов для литотрипсии состоит из жестких и мягких корзинок Dormia, баллонных катетеров. Жесткие корзины предпочтительны в случаях, когда диаметр камня сопоставим с диаметром терминального отдела холедоха. Баллонные катетеры и мягкие корзины целесообразно применять при мелких камнях, особенно при флотирующих конкрементах. Литоэкстракция показана пациентам с отягощенным анамнезом, когда проведение повторных контрольных исследований нежелательно, при высокой вероятности вклинения камней в терминальном отделе холедоха при их спонтанном отхождении, при множестве мелких конкрементов. Противопоказана литоэкстракция, когда диаметр конкремента превышает диаметр терминального отдела холедоха и размеры папиллотомического отверстия. Удаление камней проводилось корзиной Dormia Olympus, количество их колебалось от 1 до 11, наибольший диаметр удаленного камня составил 15 мм. Механическая литотрипсия использовалась при одиночных конкрементах диаметром более 10 мм при узком терминальном отделе холедоха, множественных камнях гепатикохоледоха, плотно прилежащих друг к другу, при сохранении сфинктерного аппарата БДС у молодых пациентов. В ряде случаев удавалось применить типичный способ вмешательства с помощью папиллостома модели Сома (тип «от себя»). Объем рассечения определялся целью вмешательства. Для проведения стентирования холедоха у 23 (6,3%) пациентов не было необходимости в выполнении протяженного папиллотомического разреза, который превышает риск развития осложнений. Методика эндо-протезирования не отличалась от той, которая применяется в стандартной ситуации у 69 (19%) пациентов. Расчет длины стента производился по данным холангиографии так, чтобы в просвет кишки выступало не менее 15 мм эндопротеза, а проксимальный конец был выше верхней границы стриктуры на 20-30 мм. При проведении ЭРПХГ затруднения вызывали аномалии расположения желчевыводящих протоков, парапапиллярные дивертикулы, которые встретились у 90 (23%)

больных. Ретродуоденальные перфорации были диагностированы непосредственно во время вмешательства: этим больным (3) проведены лапаротомия, ушивание перфорационного отверстия, дренирование холедоха по Керру, отключение желудка с гастроэнтѣроанастомозом (один из них умер). Кровотечение из области папиллотомии развилось у 5 (1,3%) пациентов, один рецидив после эндоскопического гемостаза потребовал проведения лапаротомии с прошиванием сосуда.

Малая травматичность чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств, выполняемых под контролем УЗИ и рентгенотелевидения, их высокая эффективность как способа не только предоперационной подготовки пациентов, но и как самостоятельного малотравматичного хирургического метода лечения способствовали достижению положительного результата в лечении. Чрескожно чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) выполнена 184 пациентам, под контролем ультразвука — 88 (47,8%) больным и рентгенотелевизионным — 96 (52,2%) по модифицированной методике Сельдингера (стилет-катетер). При опухолевом поражении панкреатодуоденальной зоны у 110 (59,8%) больных. ЧЧХС обеспечило наружное дренирование желчи у 63 (34,2%) пациентов, наружно-внутреннее дренирование — у 65 (35,3%) больных и раздельное дренирование печеночных протоков — у 56 (30,5%): производилось катетерами типа Pigtail. Дислокации дренажей с желчеистечением диагностированы у 4 (1%) пациентов, на 2-3-и сутки после ЧЧХГ с раздельным дренированием печеночных протоков произведена переустановка дренажей. У одной пациентки после ЧЧХС под контролем ультразвука развилось кровотечение из ткани печени, что потребовало прошивания паренхимы из лапаротомного доступа. Длительное или постоянное наружное желчеотведение при СМЖ опухолевого генеза сопряжено с трудно компенсируемыми метаболическими нарушениями, что требует возвращения желчи в пищеварительный тракт. Закономерным развитием наружного желчеотведения является этапная трансформация в наружно-внутренний дренаж либо эндобилиарное стентирование желчного дерева. Вмешательство заканчивалось дозированной декомпрессией билиарного тракта с последующим восстановлением желчеоттока оперативным способом у 92 (50%) пациентов. После нормализации функции печени выполнялись: лапароскопическая холецистэктомия с ревизией внепеченочных желчных протоков, холецистэктомия из минидоступа с дренированием холедоха, холедоходуоденоанастомоз, холедохолизитотомия, у 52 путем использования стентов. Желчные протоки протезировались одним или двумя пластиковыми стентами фирмы Wilson-Cook® или эндопротезами самостоятельного изготовления диаметром 8-12 Fr. Средний срок функционирования протезов диаметром 10-12 French (3-4 мм), по данным разных авторов, колеблется от 4 до 6 месяцев. Пластиковые стенты использовали при планировании радикального хирургического лечения на следующем этапе. При прогнозируемой продолжительности жизни пациентов до 6 месяцев наиболее эффективное и длительное дренирование желчных протоков обеспечивают нитиновые стенты, могут быть рекомендованы при неоперабельных опухолях билиопанкреатодуоденальной области.

При радикальном оперативном лечении применялись три способа — эндоскопический, хирургический и комбинированный. Предварительная декомпрессия билиарной системы малоинвазивными методами (ЭПСТ, ЧЧХС, НБД) выполнена при высоком риске операции у 189 пациентов (60,1%), оптимальное время для выполнения второго этапа — третья неделя после дренирования желчных путей, при более длительной декомпрессии развивается ахолический синдром. У 18 (4,6%) пациентов в возрасте от 61 до 89 лет выполнены пункционно — дренирующие вмешательства под УЗ-контролем. Показанием к проведению данных вмешательств послужила необходимость декомпрессии и санации желчных протоков у больных высокого операционного риска (по шкале ASA от 1999 г. класс P4, т.е. инвалидизирующее тяжелое системное заболевание, представляющее постоянную угрозу жизни) при наличии механической желтухи с гипербилирубинемией более 100 мкмоль/л, явлений холангита, острого обтурационного холецистита, которые сами по себе резко усугубляли общее состояние больных и увеличивали степень операционного риска. Противопоказанием являлись некорректируемые нарушения свертываемости крови и непереносимость йодистых препаратов. Послеоперационная летальность составила 10,6% (33 пациента из 311 прооперированных пациентов). Причинами летальных исходов явились, во-первых, прогрессирующая печеночно-почечная недостаточность, во-вторых, сопутствующие

заболевания в стадии суб- и декомпенсации (сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность), так как 60% пациентов были в возрасте старше 60 лет.

Выводы

Механическая желтуха требует уточнения причин ее развития. Комплексное обследование больного с СМЖ указанными методами позволяет произвести точную диагностику патологии, определить дифференциальную тактику лечения больных и выставить аргументированные показания к эндоскопическому и оперативному лечению больных с целью устранения причины механической желтухи и восстановлению пассажа желчи. В лечении необходимо использовать двухэтапную тактику. На первом этапе выполняется дренирующая манипуляция, которая может стать методом выбора оперативного вмешательства. Радикальные операции или стентирование протоков выполняются после нормализации функций печени. Выбор способа дренирования следует основывать на локализации процесса, топографо-анатомических особенностях билиарной системы. При опухолях желчного пузыря или внепеченочных желчных протоков методом выбора является чрескожное чреспеченочное наружновнутреннее дренирование под контролем УЗИ или рентгенотелевидения. Эндоскопические способы показаны при патологии головки поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка. Холецистостомия или холангиостомия применимы в тех же ситуациях при технической невозможности эндоскопического дренирования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Каримов Ш.И. Эндобилиарные вмешательства в диагностике и лечении больных с механической желтухой. — Ташкент: Изд-во им. Ибн Сины, 1994;239.
2. Кубачев К.Г., Борисов А.Е., Изудинов А.С, Хромов В.В., Сагитова Д.С. Выбор способа дренирования желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза // *Анналы хирургической гепатологии*, 2009;14:56-62.
3. Данилов М.В., Федоров В.Д. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы. /М.: Медицина, 2003.
4. Кубышкин В.А., Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. /М., 2003.
5. Рутенбург Г.М., Румянцев И.П., Протасов П.В. и др. Эффективность применения малоинвазивных оперативных доступов при хирургическом лечении холедохолитиаза // *Эндоскопическая хирургия*, 2008; 1:3-4.
6. Балалыкин А.С., Жандаров А.В., Снигирев Ю.В. и др. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия при холангиолитиазе: доступы, принципы, эффективность // *Эндоскопическая хирургия*, 2004; 2:16-23.
7. Андреев А.В., Приходько А.Г., Авакимян В.А. Ультразвуковая диагностика и миниинвазивные методы лечения осложнений раннего послеоперационного периода при заболеваниях печени и желчных протоков // *Анналы хирургической гепатологии*, 2008;13(3):20-24.
8. Луцевич Э.В., Мешков В.М. Малоинвазивные эндоскопические вмешательства у больных с холедохолитиазом // *Материалы симпозиума «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия»*. М., 1998;54-55.
9. Ившин В.Г., Якунин А.Д., Лукичев О.Д. Чрескожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой. — Тула, 2000;312.
10. Руководство по хирургии желчных путей под ред. Гальперина Э.И. Видар /М, 2006;568.
11. Козлов А.В., Поликарпов А.А., Таразов П.Г. Билиарное эндопротезирование при раке печени и желчных протоков, осложненном механической желтухой. Тез. докл. НК, посвященной 85-летию ЦНИРРИ «Современные технологии в клинической медицине». — СПб, 8-10 октября 2003;154-155.
12. Козлов А.В., Таразов П.Г., Поликарпов А.А., Полысалов В.Н. Возможности регионарной химиотерапии у больных раком печени и желчных протоков, осложненных механической желтухой. — *Российский онкологический журнал*, 2004;1:11-15.
13. Guschieri A., Buess G., Perissat J. Operative manual of endoscopic surgery // Springer-verlag, 1993;2:273.
14. Shizee S., Tada M., Kamai K. Endoscopy 1994;26:88-92.

Поступила 20.04.2024