

ЗНАЧЕНИЕ СТЕПЕНЕЙ СЛОЖНОСТИ РЕТРОГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

М.Ш. ХАКИМОВ, У.И. МАТКУЛИЕВ, Ш.Э. АШУРОВ, А.У. ЖУМАНАЗАРОВ, Ж.Х. КУШИЕВ

Ташкентская медицинская академия

THE IMPORTANCE OF THE DEGREES OF COMPLEXITY OF RETROGRADE INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF BENIGN ORIGIN

M.SH. KHAMKIMOV, U.I. MATKULIEV, SH.E. ASHUVOROV, A.U. ZHUMANAZAROV, ZH.KH. KUSHIEV

Tashkent Medical Academy

Цель. Оценка результатов применения диагностических и лечебных эндоскопических ретроградных вмешательств у пациентов с механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом.

Материал и методы. Представлены результаты лечения 115 пациентов с клиникой механической желтухи, причиной которой явились конкременты внепеченочных желчных протоков. Больные были разделены на 2 группы: контрольная и основная. В основной группе, в отличие от контрольной, была применена разработанная нами классификация, которая включает определение градуса угла впадения общего желчного протока в БДС, расположение и визуализация БДС и его устья, наличие парафатеральных дивертикулов, а также наличие перенесенных операций на ЖКТ, согласно которой выделяют 4 степени сложности ЭРХПГ.

Результаты. Применение приемов канюляции БДС на основе классификации степени сложности ЭРХГ дало возможность сократить количество безуспешных канюляций БДС с 20% до 3,3%, снизить частоту осложнений с 12,7% до 6,6% и летальность – с 3,6% до 0%.

Заключение. Использование новых технических подходов и приемов во время ретроградных манипуляций у больных с механической желтухой доброкачественного генеза позволило улучшить результаты лечения, снизить количество безуспешных канюляций, уменьшить частоту постманипуляционных осложнений и летальности в 2–2,5 раза.

Ключевые слова: холедохолитиаз, механическая желтуха, степень сложности ЭРХГ, канюляция БДС.

Aim. To improve the results of treatment of patients with obstructive jaundice caused by choledocholithiasis by optimizing and improving the diagnostic and treatment stages of endoscopic retrograde interventions.

Materials and methods. The results of treatment of 115 patients with clinical symptoms of obstructive jaundice, the cause of which were stones of the extrahepatic bile ducts, are presented. The patients were divided into 2 groups: control and main. In the main group, unlike the control group, we applied the classification we developed, which included determining the degree of the angle of confluence of the common bile duct into the major duodenal papilla (MDP), the location and visualization of the MDP and its mouth, the presence of parafateral diverticula, as well as the presence of previous operations on the gastrointestinal tract, according to which 4 degrees were distinguished difficulties of ERCP.

Results. The use of MDP cannulation techniques based on the classification of the degree of difficulty of ERCP made it possible to reduce the number of unsuccessful MDP cannulations from 20% to 3,3%, reduce the incidence of complications from 12,7% to 6,6% and mortality – from 3,6% to 0%.

Conclusion. The use of new technical approaches and techniques during retrograde manipulations in patients with benign obstructive jaundice made it possible to improve treatment results, reduce the number of unsuccessful cannulations, and reduce the incidence of post-manipulation complications and mortality by 2–2,5 times.

Keywords: choledocholithiasis, obstructive jaundice, degree of complexity of ERCP, cannulation of the MDP.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol16_iss4/a3

Введение

В последние годы ведущее значение в диагностике и лечении механической желтухи приходится на эндоскопические ретроградные исследования [1, 3, 5, 8, 11, 14, 16,

18]. Однако диагностическая и лечебная ценности этого метода составляют около 85–92,0%, что непосредственно связано с анатомическими и синтопическими особенностями панкреатодуоденальной зоны, формой и расположением большого дуоденального сосочка, длиной продольной

складки, перенесенными операциями на ЖКТ, характером и причиной механической желтухи, количеством и разме-рами конкрементов, степенью холангита, а также опытом специалиста [1, 2, 5, 8, 10, 12, 16]. Надо отметить, что наибольшее количество возможных постманипуляционных осложнений чаще наблюдаются именно у той категории пациентов, когда возникают технические трудности во время ретроградных вмешательств, составляя от 5,5 до 18,0% [5, 8, 10, 12, 16]. Известна классификация ретроградных исследований и манипуляций по уровням сложности, выполняемых при механической желтухе (МЖ), предложенная Шульцом (2000). К 1 уровню сложности относят выполнение эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ), удаление небольших по размеру билиарных камней, установку стентов и назобилиарных дренажей; к 2 уровню сложности относят удаление больших по размеру билиарных камней, выполняют вмешательства при проксимальных злокачественных опухолях и доброкачественных стриктурах, диагностические процедуры на малом сосочке двенадцатиперстной кишки, а также у больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II; 3 уровень включает папиллосфинктероманометрию, пероральную холангиоскопию и панкреатоскопию, лечебные вмешательства у больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II, а также эндоскопические вмешательства на протоках поджелудочной железы и внутрипеченочных протоках [14, 18].

80% постманипуляционных осложнений развиваются в основном при 2 уровне, и частично при 3 уровне сложности [14, 15, 16, 18]. Однако имеются некоторые недостатки при распределении пациентов по степени сложности в зависимости от включенных критериев в классификации Щульца, что требует разработки наиболее оптимального варианта с целью решения диагностических и тактических подходов и для профилактики постманипуляционных осложнений ретроградных вмешательств [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12].

Таким образом, изучение сложностей диагностических и лечебных ретроградных процедур является актуальным вопросом, что требует разработки менее «агрессивных» технических подходов в лечении механической желтухи доброкачественного генеза.

Цель. Оценка результатов применения диагностических и лечебных эндоскопических ретроградных вмешательств у пациентов с механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом.

Материал и методы

Проведен анализ результатов обследования и лечения 115 пациентов, поступивших в экстренное хирургическое отделение многопрофильной клиники Ташкентской ме-

дицинской академии за период с 2018 по 2023 годы с клиникой механической желтухи, причиной которой явились конкременты внепеченочных желчных протоков. Больные были разделены на 2 группы: контрольная и основная. Контрольная группа состояла из 55 пациентов, где не были учтены критерии сложности ретроградных вмешательств, так как они не влияли на тактические подходы. Основная группа включала 60 пациентов, где для проведения анализа клинических результатов, в зависимости от степени сложности эндоскопических диагностических и терапевтических ретроградных исследований, была применена разработанная нами классификация, которая включает определение градуса впадения общего желчного протока в большой дуоденальный сосочек (БДС), расположение и визуализация БДС и его устья, наличие парафатеральных дивертикулов, а также наличие перенесенных операций на ЖКТ. Согласно предложенной нами классификации выделяют 4 степени сложности эндоскопических ретроградных вмешательств.

1 степень. Расположение БДС – обычное, форма – коносовидная, визуализация устья точная, впадение ОЖП в ампулу образует угол до 30 градусов, анатомия зоны БДС без изменений (рис. 1–2);

2 степень. Расположение БДС – краевое, БДС деформирован или плосковидной формы (анатомическая особенность не за счет перенесенных операций), угол впадения в ампулу 30–45 градусов (рис. 3–4);

3 степень. Расположение БДС – атипичное, трудно найти, это возникает за счет невыраженности БДС, устье не визуализируется, угол впадения в ампулу 45–60 градусов, имеется парафатеральный дивертикул или же язвенная деформация (рис. 5–6);

4 степень. Расположение БДС – крайне атипичное (возможно за счет перенесенных операций в зоне БДС или язвенной деформации ДПК), угол впадения в ампулу может быть более 60 градусов (рис. 7–8).

Для измерения угла впадения общего желчного протока в БДС нами использован обычный папиллосфинктеротом со струной от фирмы MICRO-TECH (Германия) (длина струны 25 мм). Заранее, с помощью геометрического транспортера, был определен градус угла натянутой струны, который соответствовал определенной длине в сантиметрах на рукоятке папиллосфинктеротома (рис. 2, 4, 6, 8).

Наш способ канюляции общего желчного протока осуществлялся следующим образом. При выполнении дуоденоскопии оценивали состояние БДС (расположение, устье, выраженность продольной складки, наличие парафатеральных дивертикулов или язвенной деформации ДПК). Далее проводилась канюляция с помощью струнного папил-

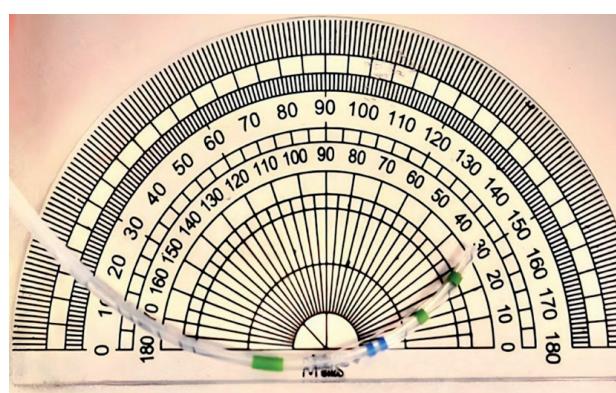


Рис. 1. Струна папиллотома в ненатянутом положении (угол – 30 градусов)



Рис. 2. Рукоятка папиллотома не натянута (0 см)

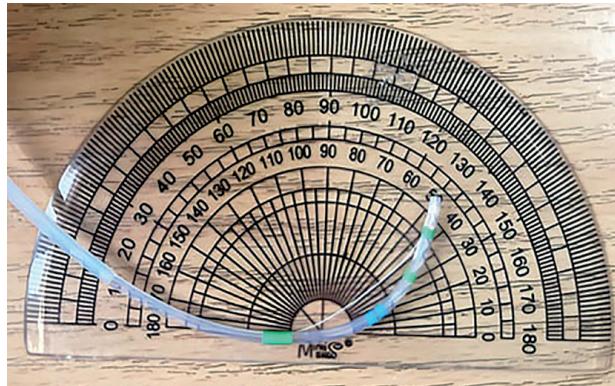


Рис. 3. Струна папиллотома в умеренно натянутом положении (угол – 30–45 градусов)

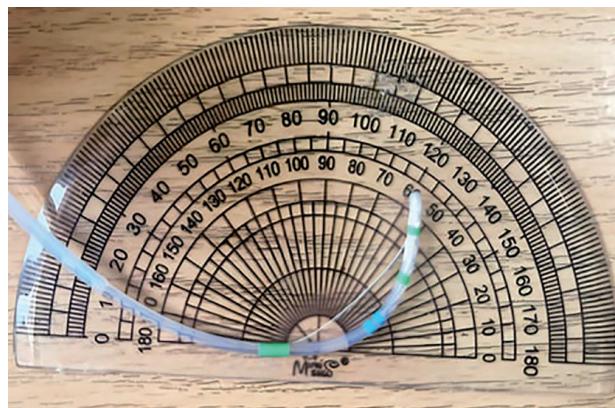


Рис. 5. Струна папиллотома в натянутом положении (угол – 45–60 градусов)

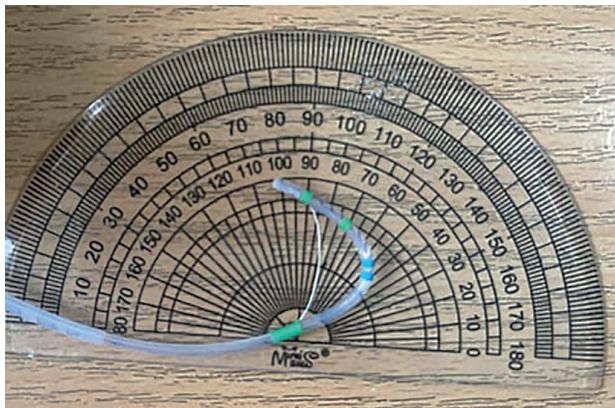


Рис. 7. Струна папиллотома в натянутом положении (угол – 60–90 градусов)

лотов на гайд-проводнике без натяжения рукоятки (угол впадения до 30 градусов). В этом случае, если осуществляли канюляцию холедоха, тогда ЭРПХГ относили к первой степени сложности. Если же канюляция не увенчалась успехом или канюлировали проток поджелудочной железы, растягивали рукоятку до 0,5 см (угол впадения от 30 до 45 градусов). При удачной попытке канюлирования холедоха ЭРПХГ относили ко второй степени сложности. При безуспешной канюляции или повторном попадании в вирсунгов проток, растягивали рукоятку папиллотома до 1,0 см (угол впадения от 45 до 60 градусов). При успешной канюляции холедоха ЭРПХГ относили к третьей степени сложности. Следует отметить, что при наличии парафатерального ди-



Рис. 4. Рукоятка папиллотома натянута (0,5 см)



Рис. 6. Рукоятка папиллотома натянута (1,0 см)



Рис 8. Рукоятка папиллотома натянута (более 1,5 см)

вертикула или язвенной деформации двенадцатиперстной кишки, несмотря на низкий угол впадения холедоха (ниже 45 градусов), мы относили эти вмешательства к 3 степени сложности.

При безуспешной канюляции холедоха или попадании в вирсунгов проток, рукоятку папиллотома растягивали до 1,5 см и более (угол впадения от 60 до 90 градусов), что позволяло канюлировать желчные протоки. Эти вмешательства относили к четвертой степени сложности эндоскопических ретроградных интервенций. Кроме того, к этой степени сложности относили выполнение эндоскопических манипуляций после резекции желудка.

Из 60 пациентов основной группы, 26 (43,6%) больных были с 1 степенью сложности, 19 (31,6%) – 2 степенью, 9 (15%) – 3 степенью и остальные 6 (10%) – 4 степенью сложности ретроградных вмешательств согласно предложенной нами классификации.

Результаты и обсуждение

Для оценки эффективности классификации и приемов канюляции БДС по предложенной методике был проведен сравнительный анализ результатов между обеими клиническими группами (контрольная и основная). Контрольная группа включала 55 пациентов, где не были учтены критерии сложности ретроградных вмешательств, так как они не влияли на выбор лечебной тактики. Больные, которые в анамнезе перенесли хирургические вмешательства на желудке по поводу язвенной болезни, были исключены из данной клинической группы. Этим пациентам применялись другие альтернативные методы лечения, такие как чрескожные чреспеченочные вмешательства, открытые хирургические операции. По данным Н.А. Борисовой (2003), применение ретроградных вмешательств у аналогичной категории пациентов сопровождается высокой частотой осложнений (до 20%) при низком проценте канюляций (20–50%) [4].

В контрольной группе, кроме рутинных методов исследования, в 32 (8,2%) наблюдениях выполняли МРТ-холангографию с реконструкцией билиарной системы для подтверждения диагноза, уточнения причины МЖ, определения размеров и количества конкрементов.

M.W. Wandling (2016) утверждает о высокой информативности МРТ-холангографии перед ретроградными исследованиями [17]. Однако, как показывает наш опыт, вышеуказанный метод не может определить степень сложности предстоящего эндоскопического вмешательства. Более 20% случаев выполнения ретроградных вмешательств оцениваются как «сложные» и заканчиваются безуспешной канюляцией БДС. Нередко из-за малого опыта специалистов развиваются постманипуляционные осложнения в результате «агgressивных» или частых канюляций.

В контрольной группе безуспешных и «трудных» канюляций было 11 (20,0%). Именно в этих наблюдениях отмечены постманипуляционные осложнения. Острый панкреатит развился у 7 (12,7%) больных, летальность отмечена в 2 (3,6%) случаях. У одного из них развился панкреонекроз с инфицированием. Выполнено вскрытие и санация парапанкреатической клетчатки и забрюшинного пространства, однако из-за полиорганной недостаточности на 8-е сутки наступила летальность. Во втором случае также развился панкреатит на фоне выраженной печеночной недостаточности. Из-за декомпенсации состояния пациент впал в печеночную кому. В результате прогрессирования печеночной недостаточности наступил фатальный исход.

Основная группа состояла из 60 больных, где использована разработанная нами классификация степеней сложности ЭРПХГ и предлагаемая тактика. В 2-х (3,3%) наблюдениях у пациентов после резекции желудка по Бильрот-II канюлировать холедох не удалось. Эти больные были подвергнуты антеградным эндobiliарным вмешательствам. В 4-х (6,6%) случаях развился постманипуляционный панкреатит. Причем у одного пациента была 3 степень сложности и у трех – 4 степень сложности эндоскопических ретроградных вмешательств. Во всех наблюдениях панкреатит разрешился консервативными мероприятиями. Летальных случаев не отмечено (табл. 1).

Таблица 1. Сравнительный анализ клинических результатов

Критерии	Группы больных	
	Контрольная группа	Основная группа
Постманипуляционные осложнения, %	12,7	6,6
Безуспешная канюляция, %	20,0	3,3
Летальность, %	3,6	0
Срок стационарного лечения, дни	5–11	2–4

Среди пациентов с 4 степенью сложности у 4 (66,7%) больных удалось произвести РЭВ с удалением конкрементов из общего желчного протока, в 1 (25%) случае пришлось проводить повторную канюляцию, именно у этого пациента развился острый панкреатит, купированный консервативными мероприятиями.

Таким образом, дифференцированный подход к выполнению РЭВ при МЖ доброкачественного генеза в зависимости от сложности манипуляций позволяет улучшить клинические результаты лечения столь тяжелой категории пациентов за счет сокращения количества безуспешных канюляций БДС, уменьшения частоты постманипуляционных осложнений и летальности.

Заключение

Применение предложенных приемов канюляции БДС в зависимости от степеней сложности РЭВ позволяет уменьшить количество безуспешных канюляций большого дуоденального сосочка с 20% до 3,3%. Усовершенствование диагностических и лечебных подходов в лечении МЖ доброкачественного генеза позволяет увеличить долю успешных канюляций БДС до 96,7%, снизить частоту осложнений и летальности с 12,7% до 6,6% и с 3,6% до 0% соответственно. Использование усовершенствованных подходов позволило осуществить ЭРПХГ с литоэкстракцией у пациентов после резекций желудка по Бильрот-II в 66,7% наблюдениях.

Литература

1. Абдуллаев Э.Г., Гусев А.В., Покровский Е.Ж., Боровков И.Н., Мартинш Ч.Т., Гусева Е.В. Лапароскопически ассистированная баллонная дилатация большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Эндоскопическая хирургия. 2008;4:9–14 [Abdullaev E.G., Gusev A.V., Pokrovskii Ye.Zh., Borovkov I.N., Martinsh Ch.T., Guseva Ye.V. Laparoskopicheskiy assistirovannaya ballonnaya dilyatatsiya bolshogo sochka dvenadtsatiperstnoi kishki. Endoskopicheskaya khirurgiya. 2008;4:9–14. In Russian].
2. Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К., Хошимов М.А., Байназаров И.Х. Эндовизуальные вмешательства при желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой и холангитом. Актуальные проблемы организации экстренной МП: вопросы стандартизации диагностики и лечения в экстренной медицине. Материалы 7-й Респ. науч.-практ. конф. Ташкент. 2007;571 [Altyev B.K., Atadzhanova Sh.K., Hoshimov M.A., Bajnazarov I.H. Endovizual'nye vmeshatel'stva pri zhelchnokamennoj bolezni, oslozhnennoj mekhanicheskoy zheltuhoy i holangitom.

- Aktual'nye problemy organizacii ekstrennoj MP: voprosy standartizacii diagnostiki i lecheniya v ekstrennoj medicine. Materialy 7-jo Resp. nauch.-prakt. konf. Tashkent 2007;571. In Russian].
3. Алтыев Б.К., Хакимов Б.Б., Хожибоев А.М., Хаджибаев Ф.А., Хошимов А.М. Эндоскопическая ретроградная панкреатография и папиллосфинктеротомия при дивертикулах папиллярной области у больных холедохолитиазом (обзор литературы). Вестник врача. 2013;2:26–30 [Altyev B.K., Hakimov B.B., Hozhiboev A.M., Hadzhibaev F.A., Hoshimov A.M. Endoskopicheskaya retrogradnaya pankreatografiya i papilllosfinkterotomiya pri divertikulah papillyarnoj oblasti u bol'nyh holedoholitiazom (obzor literature). Vestnik vracha. 2013;2:26–30. In Russian].
 4. Борисова Н.А., Борисов А.Е., Карапов А.В. Эндобилиарные методы коррекции механической желтухи. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. СПб. 2003;348с [Borisova N.A., Borisov A.E., Karapov A.V. Endobiliarnye metody korrektsii mekhanicheskoy zheltuhi. Rukovodstvo po hirurgii pecheni i zhelchevyvodyashchih putej. SPb. 2003;348s. In Russian].
 5. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. Видар-М. 2006;568с [Gal'perin E.I., Vetshev P.S. Rukovodstvo po hirurgii zhelchnykh putej. Vidar-M. 2006;568s. In Russian].
 6. Загидуллина Г.Т., Курбангалиев А.И. Лечение холедохолитиаза и его осложнений с использованием эндохирургических технологий. Практическая медицина. 2016;4:82–89 [Zagidullina G.T., Kurbangaliyev A.I. Lechenie holedoholitiazza i ego oslozhnenij s ispol'zovaniem endohirurgicheskikh tekhnologij. Prakticheskaya medicina. 2016;4:82–89. In Russian].
 7. Исмаилов У.С., Арипова Н.У. Вопросы диагностики и лечения доброкачественных поражений терминального отдела холедоха. Медицинский журнал Узбекистана. 2012;6 80–84 [Ismailov U.S., Aripova N.U. Voprosy diagnostiki i lecheniya dobrokachestvennyh porazhenij terminal'nogo otdela holedoha. Medicinskij zhurnal Uzbekistana. 2012;6 80–84. In Russian].
 8. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Рахманов С.У., Хасанов В.Р. Лечение осложнений чресспеченочных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периампулярными опухолями. Анналы хирургической гепатологии. 2015;3:68–74 [Karimov SH.I., Hakimov M.SH., Adylhodzhaev A.A., Rahmanov S.U., Hasanov V.R. Lechenie oslozhnenij chrespechenochnyh endobiliarnyh vmeshatel'stv pri mekhanicheskoy zheltuhe, obuslovlennoj periampulyarnymi opuholyami. Annaly hirurgicheskoy hepatologii. 2015;3:68–74. In Russian].
 9. Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Сайдов Р.Х., Султонов Б.Д. Хирургическая тактика при остром холецистите, осложненном холедохолитиазом и механической желтухой. Вестник Авиценны. 2017;3:344–348 [Kurbanov K.M., Nazirboev K.R., Saidov R.H., Sultonov B.D. Hirurgicheskaya takтика pri ostrom holecistite, oslozhnennom holedoholitiazom i mekhanicheskoy zheltuhoj. Vestnik Avicenny. 2017;3:344–348. In Russian].
 10. Султанов С.А., Архипов А.А. Модифицированная двухэтапная тактика лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом. Эндоскопическая хирургия. 2004;4:26–29 [Sultanov S.A., Arhipov A.A. Modificirovannaya dvuhetapnaya takтика lecheniya zhelchnokamennoj bolezni, oslozhnennoj holedoholitiazom. Endoskopicheskaya hirurgiya. 2004;4:26–29. In Russian].
 11. Рутенбург Г.М., Румянцев И.П., Протасов А.В., Богданов Д.Ю., Колесников М.В., Осокин Г.Ю. Эффективность применения малоинвазивных оперативных доступов при хирургическом лечении холедохолитиаза. Эндоскопическая хирургия. 2008; 1:3–8 [Rutenburg G.M., Rumyantsev I.P., Protasov A.V., Bogdanov D.Yu., Kolesnikov M.V., Osokin G.Yu. Efektivnost' primeneniya maloinvazivnyh operativnyh dostupov pri hirurgicheskem lechenii holedoholitiazza. Endoskopicheskaya hirurgiya. 2008;1:3–8. In Russian].
 12. Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Мирзакулов А.Г. Роль и место миниинвазивных эндобилиарных вмешательств при гнойном холангите. Вестник экстренной медицины. 2018;11:23–26 [Khadjibaev F.A., Tilemisov S.O., Mirzakulov A.G. Rol' i messto miniinvazivnyh endobiliarnyh vmeshatel'stv pri gnojnomy holangite. Vestnik ekstrennoj mediciny. 2018;11:23–26. In Russian].
 13. Цитцер О.А., Непомнящих П.Г., Севостьянова К.С. Сравнительная оценка методов оперативного лечения холедохолитиаза. Наука и Мир. 2016;6:34–36 [Citzer O.A., Nepomnyashchih P.G., Sevost'yanova K.S. Sravnitel'naya ocenka metodov operativnogo lecheniya holedoholitiazza. Nauka i Mir. 2016;6:34–36. In Russian].
 14. Cotton P.B. Degree of difficulty of retrograde investigations. J Gastrointest. Endosc. 2011;73:768–772 [Sotton P.B. Degree of difficulty of retrograde investigations. J Gastrointest. Endosc. 2011;73:768–772. In Russian].
 15. Kreve F., Takada J., Gatto J., Loss F.S., Artifon E.L. Laparoendoscopic rendez-vous: a safe alternative to the treatment of choledocholithiasis. Rev Gastroenterol Peru. 2017; 2: 165–168.
 16. Parikh M.P., Wadhwa V., Thota P.N., Lopez R., Sanka M.R. Outcomes Associated With Timing of ERCP in Acute Cholangitis Secondary to Choledocholithiasis. J Clin Gastroenterol. 2018; 10: 97–102.
 17. Wandling M.W., Hungness E.S., Pavely E.S., Stulberg J.J., Schwab B., Yang A.D., Shapiro M.B., Bilimoria K.Y., Ko C.Y., Nathens A.B. Nationwide Assessment of Trends in Choledocholithiasis Management in the United States From 1998 to 2013. JAMA Surg. 2016; 12: 1125–1130.
 18. Scientific Committee of the European Association for Endoscopic Surgery (E.A.E.S.). Diagnosis and treatment of common bile duct stones. Results of a consensus development conference. Surg.Endosc. 1998; 6: 856–864.

YAXSHI SIFATLI OBSTRUKTIV SARIQLIKNI DAVOLASHDA RETROGRAD ARALASHUVLARNING MURAKKABLIK DARAJALARINING AHAMIYATI

M.SH. XAKIMOV, U.I. MATKULIYEV, SH.E. ASHUROV, A.U. JUMANAZAROV, J.X. KUSHIYEV

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Maqsad. Endoskopik retrograd aralashuvlarning diagnostika va davolash bosqichlarini optimallashtirish va takomillashtirish orqali xoledoxolitiaz tufayli kelib chiqqan obstruktiv sariqlik bilan xastalangan bemorlarni davolash natijalarini yaxshilash.

Materiallar va usullar. Obstruktiv sariqlikning klinik belgilari bo'lgan 115 nafar bemorni davolash natijalari tahlil qilindi. Bemorlar 2 guruhga bo'lingan: nazorat va asosiy. Asosiy guruuhda, nazorat guruhidan farqli ravishda, biz ishlab chiqqan tasnifni qo'lladik. Unda umumiyligining KDSga qo'shilish burchagi darajasini, KDS va uning og'zining joylashishi va vizualizatsiyasi, parafateral divertikullar, shuningdek, oshqozon-ichak traktida oldingi operatsiyalar mavjudligi kiradi. Tasnifda ERPXning 4 daraja qiyinchiliklari ajralib turadi.

Natijalar. ERPXning qiyinchilik darajasi tasnifiga asoslangan KDS kanulyatsiyasi usullaridan foydalanish muvaffaqiyatsiz KDS kanulyatsiyalar sonini 20% dan 3,3% gacha kamaytirish, asoratlarni 12,7% dan 6,6% gacha va o'lumi 3,6% dan 0% gacha kamaytirish imkonini berdi.

Xulosha. Yaxshi sifatli obstruktiv sariqlik bilan xastalangan bemorlarda retrograd manipulatsiyasi paytida yangi texnik yondashuvlar va usullardan foydalanish davolash natijalarini yaxshilash, muvaffaqiyatsiz kanulyatsiyalar sonini kamaytirish, manipulatsiyadan keyingi asoratlar va o'lim holatlarini 2-2,5 baravar kamaytirish imkonini berdi.

Kalit so'zlar: xoledoxolitiaz, obstruktiv sariqlik, ERPX murakkablik darajasi, KDS kanulyatsiyasi.

Сведения об авторах:

Хакимов Мурод Шавкатович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии № 1 Ташкентской медицинской академии.
E-mail: murad_72@mail.ru

Маткулиев Уткир Исаилович – доктор медицинских наук, ассистент кафедры факультетской и госпитальной хирургии № 1 Ташкентской медицинской академии.
E-mail: matkuliev@yandex.ru

Ашурев Шероз Эрматович – кандидат медицинских наук, заведующий отделением экстренной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии.
E-mail: sheroz100682@mail.ru

Жуманазаров Азиз Улугбекович – ассистент кафедры факультетской и госпитальной хирургии № 1 Ташкентской медицинской академии. E-mail: azizbek_15_89@mail.ru

Кушиев Жахонгир Хабибжонович – ассистент кафедры факультетской и госпитальной хирургии № 1 Ташкентской медицинской академии. E-mail: jakhongir@gmail.com

Поступила в редакцию: 28.10.2023

Information about authors:

Khakimov Murod Shavkatovich – DSc, Professor, Head of the Department of Faculty and Hospital Surgery No. 1 of the Tashkent Medical Academy.
E-mail: murad_72@mail.ru

Matkuliev Utkir Ismailovich – DSc, assistant at the Department of Faculty and Hospital Surgery No. 1 of the Tashkent Medical Academy. E-mail: matkuliev@yandex.ru

Ashurov Sheroz Ermatovich – PhD, head of the department of emergency surgery of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy.
E-mail: sheroz100682@mail.ru

Zhumanaazarov Aziz Ulugbekovich – assistant at the Department of Faculty and Hospital Surgery No. 1 of the Tashkent Medical Academy. E-mail: azizbek_15_89@mail.ru

Kushiev Zhakhongir Habibzhonovich – assistant at the Department of Faculty and Hospital Surgery No. 1 of the Tashkent Medical Academy. E-mail: jakhongir@gmail.com

Received: 28.10.2023