



ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ И РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе,
Республика Таджикистан

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения ятрогенных повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков путем своевременной двухэтапной лечебной тактики.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 48 пациентов с ятрогенными повреждениями внепеченочных желчных протоков (ВЖП) в период с 2004 по 2016 гг. Свежие повреждения наблюдались у 17 (35,4%), рубцовые стриктуры – у 31 (64,6%) пациента.

Результаты. В большинстве случаев повреждения происходили при лапароскопической холецистэктомии – у 39 (81,2%), традиционной холецистэктомии – у 3 (6,2%) и холецистэктомии из мини-доступа – у 2 (4,2%) пациентов. В целом холецистэктомии составили 44 (91,6%) случая от общего числа вмешательств. В остальных случаях причинами повреждений ВЖП были эхинококкэктомия из печени в 2 случаях, резекция желудка в одном случае и панкреонекрозэктомия у одного пациента. Ятрогенные повреждения ВЖП возникли в клинике у 17 (35,4%) пациентов, остальные пациенты соответственно были переведены из других учреждений республики. При выборе лечебной тактики и характера хирургических вмешательств учитывались сроки диагностики, тяжесть состояния пациентов, вид и характер ятрогенного повреждения или стриктуры ВЖП, а также вторичные осложнения. Из 17 случаев свежих травм ВЖП в 5 (10,4%) случаях повреждения были диагностированы интраоперационно. У 31 (64,6%) пациента были выявлены послеоперационные рубцовые стриктуры. В лечении этих пациентов придерживались строго двухэтапной лечебной тактики. Выполняли различные реконструктивные операции, в том числе холедохоюноанастомоз по Ру 9 пациентам и бигепатикоюноанастомоз по Ру в 15 случаях. Из всех оперированных 48 пациентов послеоперационные осложнения наблюдались у 6 (12,5%) пациентов. Послеоперационная летальность составила 6,2% (3 пациента).

Заключение. Основным видом реконструктивного лечения ятрогенных травм и рубцовых стриктур ВЖП являются би-, три- и гепатикоюноанастомозы по Ру на петле тощей кишки в зависимости от уровня локализации травм или стриктуры.

Ключевые слова: ятрогенная травма, послеоперационная рубцовая стриктура, внепеченочные желчные протоки, холецистэктомия, реконструктивная операция

Objective. To improve the results of surgical treatment of iatrogenic lesions and cicatricial strictures of extrahepatic bile ducts using timely two-stage treatment tactics.

Methods. The results of surgical treatment of 48 patients with iatrogenic lesions of extrahepatic bile ducts (EBD) in the period from 2004 to 2016 years were analyzed. New damages were observed in 17 (35.4%), scar strictures – in 31 (64.6%).

Results. In most cases the causes of lesions were: laparoscopic cholecystectomy – 39 (81.2%), traditional cholecystectomy – 3 (6.2%) and cholecystectomy from mini-access – 2 (4.2%). Overall, cholecystectomy accounted for 44 (91.6%) of the total number of interventions. In other cases, the causes of iatrogenic injuries of EBD were echinococcectomy from the liver in 2 cases, resection of the stomach – in 1 and pancreatic necroectomy in one patient. Iatrogenic injuries of EBD occurred in the clinic in 17 (35.4%), but the remaining patients were accordingly transferred from other institutions of the republic. When choosing a treatment strategy and the nature of surgical interventions one considered the time of diagnosis, severity of the patient's state, the kind and nature of the iatrogenic lesion or strictures of EBD, as well as secondary complications. In 5 (10.4%) of 17 patients with new EBD injuries, the lesions were diagnosed intraoperatively. In 31 (64.6%) patients, postoperative cicatricial strictures were revealed. These patients were adhered to strictly two-stage therapeutic tactics. Various reconstructive surgeries were performed, including choledochojunoanastomosis on Roux - 9 patients and bihepaticojunoanastomosis on Roux - 15 cases. Of all 48 operated patients, postoperative complications were observed in 6 (12.5%) patients. Postoperative mortality made up 3 patients.

Conclusions. The main type of reconstructive treatment of iatrogenic lesions and cicatricial strictures of EBD are bi-, tri- and Roux hepaticojunoanastomosis on jejunum loop, depending on the localization level of injury or stricture.

Keywords: iatrogenic disease, postoperative cicatricial stricture, extrahepatic bile ducts, cholecystectomy, reconstructive surgical procedures

Введение

Несмотря на давно отработанную и постоянно совершенствующуюся технику выполнения холецистэктомии, частота повреждений желчных протоков не имеет тенденции к снижению. Авторы, занимающиеся проблемой реконструктивной хирургии внепеченочных желчных протоков (ВЖП), отмечают, что по сравнению с холецистэктомией из традиционного доступа внедрение лапароскопической холецистэктомии повлекло за собой увеличение в 2-4 раза частоты повреждений желчных протоков – до 0,1-3,5% [1].

Последствия ятрогенного повреждения желчных протоков способны нанести катастрофический урон здоровью пациента, и только своевременно и грамотно выполненная операция может предотвратить развитие таких грозных осложнений, как билиарный цирроз, портальная гипертензия, гнойный холангит, печеночная недостаточность [2, 3] и, как следствие, высокую летальность [4]. Из этого следует, что диагностика повреждений желчных протоков должна быть ранней, однако в действительности более половины всех повреждений выявляются в послеоперационном периоде [5, 6].

Причины повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии такие же, как и при открытой операции. Специфическим осложнением является лишь термическое повреждение стенки общего желчного и правого печеночного протоков, которое проявляется развитием стриктуры через 3-4 мес после операции, кроме того, при лапароскопической холецистэктомии значительно увеличивается процент высоких повреждений протоков [7]. Возникновение этого осложнения обусловлено в первую очередь уровнем профессиональной подготовки хирурга, умением ориентироваться в анатомо-топографических взаимоотношениях ВЖП, а также обширностью деструктивного процесса в желчном пузыре, распространяющегося на элементы гепатодуоденальной связки [5].

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения ятрогенных повреждений и рубцовых стриктур ВЖП путем своевременной двухэтапной лечебной тактики.

Материал и методы

В исследование включено 48 пациентов с ятрогенными повреждениями ВЖП, находившихся в хирургическом отделении печени и желчевыводящих путей Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе в период с 2004 по 2016 гг. Среди оперированных пациентов женщин было 36 (75%), мужчин – 12 (25%). Возраст пациентов варьировал от 29 до 80 лет (таблица 1).

Основным видом оперативного вмешательства, ставшего причиной ятрогенной травмы ВЖП, была холецистэктомия (ХЭ) – 44 (91,6%) случая. Из них традиционная холецистэктомия (ТХЭ) была произведена в 3 (6,2%) наблюдениях, лапароскопическая холецистэктомия – в 39 (81,2%), ХЭ из мини-доступа в – 2 (4,1%) случаях. В остальных случаях причинами ятрогении желчных протоков оказались резекция желудка в одном случае, эхинококкэктомия из правой доли печени в 2 случаях и операции при панкреанекрозе у одного пациента.

Ятрогенные травмы ВЖП в нашей клинике возникли у 17 (35,4%) человек, остальные 31 (64,6%) пациент были первично оперированы и переведены из других областных и городских больниц республики. У 17 (35,4%) пациентов имелись «свежие» травмы. Характер «свежих» травм ВЖП был следующим: краевое пересечение общего желчного протока (ОЖП) – 1, полное пересечение гепатикохоледоха с иссечением стенки ОЖП – 1, краевое повреждение гепатикохоледоха при ЛХЭ – 1, полное пересечение и перевязка холедоха – 1, пересечение гепатикохоледоха – 8 (краевое – 6, полное – 2), пересечение и перевязка гепатикохоледоха – 1, клипирование гепатикохоледоха – 2 и повреждение правого печеночного протока – 2 случая.

В 31 (64,6%) случае имелись послеоперационные рубцовые стриктуры ВЖП. Распределение пациентов с послеоперационными рубцовыми стриктурами ВЖП согласно классификации профессора Э.И. Гальперина (2003) представлено в таблице 2.

Для диагностики повреждений желчных протоков (ПЖП) проводилось комплексное

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту

Возраст пациентов	Количество пациентов	%
29-40	8	16,6
41-50	10	21
51-60	14	29,1
61-70	12	25
71-80	4	8,3
Всего	48	100

Распределение пациентов со стриктурами ВЖП (n=31)

Тип	Описание стриктуры	Абс.	%
«+2»	Культи неизмененного ОПП более 2 см	10	21
«+1»	Культи ОПП 1-2 см	8	16,7
«0»	Культи ОПП менее 1 см	9	18,7
«-1»	Культи ОПП нет, сохранен верхнезадний свод конfluence печеночных протоков	3	6,2
«-2»	Зона конfluence печеночных протоков разрушена, сохранены культи долевых протоков	1	2,0
«-3»	Рубцово-воспалительное поражение сегментарных протоков	—	—
Всего		31	64,6

Примечание: ОПП — общий печеночный проток.

обследование, включающее клинические, лабораторные и специальные методы исследования: УЗИ органов брюшной полости, скрининг-тест и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) для уточнения уровня, типа и протяженности повреждения при данной патологии. Основная роль в определении уровня и протяженности поражения желчных протоков у пациентов с дренажными трубками в билиарной системе отводилась фистулохолангиографии, которая проводилась при госпитализации пациентов в стационар.

В последнее время в диагностике ПЖП особое значение имеет магнитно-резонансная холангиопанкреатография, позволяющая получить исчерпывающую информацию о состоянии желчных протоков.

Ближайшие результаты оперативного лечения пациентов с ятрогенными и рубцовыми стриктурами ВЖП оценивали по частоте послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Результаты

При выборе лечебной тактики и характера хирургических вмешательств учитывались сроки диагностики, тяжесть состояния пациентов, вид и характер ятрогенного повреждения или стриктуры, а также вторичные осложнения. Как было отмечено выше, из всех 48 пациентов в нашем лечебном учреждении были оперированы 17 (35,4%) пациентов, а остальные 31 (64,6%) были первично оперированы в различных учреждениях республики.

Из 17 случаев «свежих» травм ВЖП лишь у 5 (10,4%) повреждения были выявлены интраоперационно. Из этой группы пациентов у одного сразу выполнена хирургическая реконструкция — гепатикоюноанастомоз по Ру на выключенной петле тощей кишки. Остальным 4 (8,3%) пациентам выполнено наружное дренирование желчных протоков. Этим 4 (8,3%) пациентам из-за наличия тонкостенного протока диаметром менее 4 мм и трудности на-

ложения билиодигестивного анастомоза не производилось окончательное восстановление одномоментно.

В последующем пациенты категорически отказались от повторной госпитализации и повторной операции. Дальнейшая судьба этих пациентов неизвестна. У 12 (25%) пациентов из 17 повреждения ВЖП были диагностированы на 5-7 сутки послеоперационного периода. В 9 случаях были послеоперационный желчный перитонит, билома подпеченочной области и в связи с этим пациентам выполнено двухэтапное оперативное лечение.

В качестве первого этапа операции выполнили лапаротомию и наружное дренирование ВЖП у 9 пациентов и чрескожное чреспеченочное дренирование под ультразвуковым контролем у 3 пациентов. На втором этапе через 1,5-2 месяца выполнили гепатикоюноанастомоз — у 4, бигепатикоюноанастомоз у 6 пациентов и в 2 наблюдениях — тригепатикоюноанастомоз по Ру.

Хирургическая тактика при рубцовых стриктурах ВЖП зависела от типа, уровня, локализации и протяженности стриктуры, а также тяжести состояния пациентов. Из 31 пациента этой группы 11 (23%) пациентам на первом этапе лечения было выполнено наружное дренирование ВЖП под УЗ-контролем, и у 2 (4,1%) пациентов имелся частично функционирующий послеоперационный желчный свищ в правом подреберье. Эти 11 (23%) пациентов были госпитализированы с признаками компенсированной послеоперационной желтухи. У остальных 20 (41,6%) пациентов при госпитализации наблюдалась выраженная послеоперационная желтуха. У этих же пациентов в качестве первой операции были применены различные желчеотводящие методы дренирования, то есть наружное дренирование ВЖП под УЗ-контролем: чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) с целью снижения уровня гипербилирубинемии и интоксикации.

Выполнены полное иссечение рубцово-

измененной ткани в зоне повреждения или стриктуры и последующие реконструктивные операции: холедохоеюноанастомоз по Ру — 9 пациентам, бигепаткоеюноанастомоз по Ру — 15 пациентам, холецистоеюноанастомоз по Брауну — 3 пациентам, холедоходуоденоанастомоз по Юрашу-Виноградову — 2 пациентам и в 2 случаях — наружное дренирование ВЖП.

Из всех оперированных 48 пациентов послеоперационные осложнения наблюдались у 6 (12,5%) пациентов: ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость — у 2, частичная несостоятельность швов гепаткоеюноанастомоза по Ру — у 1, подпеченочная билема — у 2 и нагноение операционной раны — у 1. Из них 2 осложнения наблюдались у пациентов со «свежими» ятрогенными травмами и 4 осложнения — у пациентов с рубцовыми стриктурами ВЖП.

Повторно были оперированы 3 пациента, в 2 случаях по поводу острой послеоперационной спаечной кишечной непроходимости и одна пациентка по поводу стриктуры гепаткоеюноанастомоза по Ру, развившейся через 5 месяцев. В последнем случае произведено наружное дренирование ВЖП в связи с рубцово-воспалительным процессом в гепатодуоденальной зоне. В 2 случаях выполнили дренирование подпеченочной билемы под УЗ-контролем.

Послеоперационная летальность составила 6,2% (умерло 3 пациента). Причиной летальности был острый инфаркт миокарда у 1 пациента, в 2 случаях развилась ранняя несостоятельность швов бигепаткоеюноанастомоза по Ру на 2 сутки послеоперационного периода.

Обсуждение

Ятрогенные повреждения ВЖП в 91,6% случаев происходят при выполнении холецистэктомии, из них 81,2% приходятся на долю ЛХЭ и 6,2% — на долю ТХЭ [8]. Опыт показывает, что хирургическая тактика при повреждениях желчных протоков должна быть строго дифференцированной. Наличие механической желтухи и желчного перитонита служит показанием к выполнению двухэтапных операций, и такие операции должны выполняться хирургом, обладающим навыками в билиарной и реконструктивной хирургии.

Мы, как и другие исследователи [9], пришли к выводу, что основными предрасполагающими факторами рубцовых стриктур желчных протоков были неполноценное иссечение рубцово-измененной ткани зоны повреждения и технические погрешности при наложении анастомоза.

Д.Ю. Семенов с соавт. [10] считают, что поздняя диагностика и хирургическое лечение приводят к неудовлетворительным результатам, чаще всего с развитием стриктуры желчевыводящих протоков с частотой до 40% (по нашим данным она составляет 64,5%).

По данным А.А. Шалимова с соавт. [11] ранняя послеоперационная летальность при ятрогенном повреждении ВЖП составляет 3,2%, по данным И.В. Малярчука — 3,8% [12], Э.И. Гальперина с соавт. — 3,1% [13]. Уровень послеоперационной летальности у зарубежных хирургов достигает 7% [14], послеоперационная летальность, по нашим наблюдениям, составила 6,2%.

Выводы

1. Ятрогенная травма ВЖП в 70,2% случаев диагностируется поздно, после развития желчного перитонита, наружных желчных свищей и механической желтухи. При перитоните и механической желтухе вследствие повреждения ВЖП требуется двухэтапный метод лечения: на первом этапе — лечение перитонита и купирование механической желтухи, на втором — реконструктивная операция.

2. Результаты лечения пациентов с повреждениями и стриктурами ВЖП зависят от сроков их диагностики, типа, уровня и протяженности стриктуры, а также качества предоперационной подготовки.

3. Основным видом реконструктивного лечения рубцовых стриктур ВЖП является иссечение рубцово-измененной ткани в зоне повреждения и стриктуры, а также наложение би-, три- и гепаткоеюноанастомозов по Ру на выключенной петле тощей кишки в зависимости от уровня локализации травм или стриктуры.

Финансирование

Работа выполнялась в соответствии с планом научных исследований Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино.

Конфликт интересов

Авторы заявляют, что конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барванян ГМ, Глухих АА. Хирургическое лечение ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков после холецистэктомии *Вестн Нац Мед-Хирург Центра им НН Пирогова*. 2010;5(3):57-60.
2. Алтыев БК, Хаджиев АМ, Шукуров БИ. Хирургическое пособие при ятрогенном блоке внепече-

ночных желчных протоков. *Анналы Хирург Гепатологии*. 2007;12(3):36.

3. Быстров СА, Жуков БН. Хирургическая тактика при желчеистечении после миниинвазивной холецистэктомии. *Мед Альм*. 2012;(1):90-93.
4. Вафин АЗ, Делибатов КИ. Лечение стриктуры внепеченочных желчных протоков ятрогенного происхождения. *Мед Вестн Север Кавказа*. 2010;17(1):23-28.
5. Красильников ДМ, Фаррахов АЗ, Курбангалиев АИ. Хирургическая тактика при ятрогенном повреждении желчевыводящих протоков. *Практ Медицина*. 2010;(8):20-29.
6. Гальперин ЭИ, Ветшев ПС. Руководство по хирургии желчных путей. Москва, РФ: Видар; 2009. 568 с.
7. Diamantis T, Tsigris C, Kiriakopoulos A, Papalambros E, Bramis J, Michail P, Felekouras E, Griniatsos J, Rosenberg T, Kalahanis N, Giannopoulos A, Bakoyiannis C, Bastounis E. Bile duct injuries associated with laparoscopic and open cholecystectomy: an 11-year experience in one institute. *Surg Today*. 2005;35(10):841-45.
8. Costamagna G, Boskoski A. Current treatment of benign biliary structures. *Ann Gastroenterol*. 2013;26(1):37-40.
9. Rystedt J, Lindell G, Montgomery A. Bile duct injuries associated with 55,134 cholecystectomies: treatment and outcome from a national perspective. *World J Surg*. 2016 Jan;40(1):73-80. doi: 10.1007/s00268-015-3281-4.
10. Семенов ДЮ, Ребров АА, Васильев ВВ, Емельянова НП, Малахова ТВ, Бубнова ЕВ, Каменская ОВ, Быкова АЛ. Антеградные эндобилиарные вмешательства под ультразвуковым и Rg-контролем при лечении больных со стриктурами желчных протоков. *Ученые Зап СПб ГМУ им акад ИП Павлова*. 2009;16(3):67-69.
11. Шалимов АА, Копчак ВМ, Сердюк ВП, Хомяк ИВ, Дронов АИ. Рубцовые стриктуры желчных протоков: наш опыт хирургического лечения. *Анналы Хирург Гепатологии*. 2000;5(1):85-89.
12. Малиарчук ВИ, Климов АЕ, Рао Нареш. Стриктуры желчных протоков после лапароскопической холецистэктомии. *Эндоскоп Хирургия*. 2001;7(3):56.
13. Гальперин ЭИ, Чевокин АЮ. «Свежие» повреждения желчных протоков. *Хирургия Журн им НИ Пирогова*. 2010;(10):4-10.
14. Marshall L. Use of retrograde intra-operative cholangiogram for detection and minimization of common bile duct injury. *AMSJ*. 2010;1:27-29.

REFERENCES

1. Barvanian GM, Glukhikh AA. Khirurgicheskoe lechenie iatrogennykh povrezhdenii vnepechenochnykh zhelchnykh protokov posle kholetsistektomii. *Vestn*

Адрес для корреспонденции

734003, Республика Таджикистан,
г. Душанбе, пр. Рудаки, д. 139,
Таджикский государственный
медицинский университет им. Абуали ибни Сино,
кафедра хирургических болезней № 1,
тел. раб.: +992 98 555-78-88,
e-mail: surgeon7888@mail.ru,
Мансуров Усмон Умарович

Nats Med-Khirurg Tsentra im NN Pirogova. 2010;5(3):57-60. (in Russ.)

2. Altyev BK, Khadzhiev AM, Shukurov BI. Khirurgicheskoe posobie pri iatrogenom bloke vnepechenochnykh zhelchnykh protokov. *Annaly Khirurg Gepatologii*. 2007;12(3):36. (in Russ.)
3. Bystrov SA, Zhukov BN. The surgical tactics in case of bile flow after miniinvasive cholecystectomy. *Med Al'm*. 2012;(1):90-93. (in Russ.)
4. Vafin AZ, Delibatov KI. Lechenie striktury vnepechenochnykh zhelchnykh protokov iatrogenного proiskhozhdeniia. *Med Vestn Sever Kavkaza*. 2010;17(1):23-28. (in Russ.)
5. Krasil'nikov DM, Farrahov AZ, Kurbangaleev AI. Surgical tactics in iatrogenic injuries of bile ducts. *Prakt Meditsina*. 2010;(8):20-29. (in Russ.)
6. Gal'perin EI, Vetshev PS. Rukovodstvo po khirurgii zhelchnykh putei. Moscow, RF: Vidar; 2009. 568 p. (in Russ.)
7. Diamantis T, Tsigris C, Kiriakopoulos A, Papalambros E, Bramis J, Michail P, Felekouras E, Griniatsos J, Rosenberg T, Kalahanis N, Giannopoulos A, Bakoyiannis C, Bastounis E. Bile duct injuries associated with laparoscopic and open cholecystectomy: an 11-year experience in one institute. *Surg Today*. 2005;35(10):841-45.
8. Costamagna G, Boskoski A. Current treatment of benign biliary structures. *Ann Gastroenterol*. 2013;26(1):37-40.
9. Rystedt J, Lindell G, Montgomery A. Bile duct injuries associated with 55,134 cholecystectomies: treatment and outcome from a national perspective. *World J Surg*. 2016 Jan;40(1):73-80. doi: 10.1007/s00268-015-3281-4.
10. Semenov DIu, Rebrov AA, Vasil'ev VV, Emel'ianova NP, Malakhova TV, Bubnova EV, Kamenskaia OV, Bykova AL. Antegradnye endobiliarnye vmeshatel'stva pod ul'trazvukovym i Rg-kontrol'em pri lechenii bol'nykh so strikturami zhelchnykh protokov. *Uchenye Zap SPb GMU im akad IP Pavlova*. 2009;16(3):67-69. (in Russ.)
11. Shalimov AA, Kopchak VM, Serdiuk VP, Khomiak IV, Dronov AI. Rubtsovye striktury zhelchnykh protokov: nash opyt khirurgicheskogo lecheniia. *Annaly Khirurg Gepatologii*. 2000;5(1):85-89. (in Russ.)
12. Maliarchuk VI, Klimov AE, Rao Naresh. Striktury zhelchnykh protokov posle laparoskopicheskoi kholetsistektomii. *Endoskop Khirurgiia*. 2001;7(3):56. (in Russ.)
13. Gal'perin EI, Chevokin AIu. Intraoperative injuries of bile ducts. *Khirurgiia Zhurn im NI Pirogova*. 2010;(10):4-10. (in Russ.)
14. Marshall L. Use of retrograde intra-operative cholangiogram for detection and minimization of common bile duct injury. *AMSJ*. 2010;1:27-29.

Address for correspondence

734003, The Republic of Tajikistan,
Dushanbe, Rudaki Ave., 139,
Avicenna Tajik State Medical University,
Department of Surgical Diseases № 1,
Tel. office: +992 98 555-78-88,
e-mail: surgeon7888@mail.ru,
Mansurov Usmon U.

Сведения об авторах

Курбонов Каримхон Муродович, д.м.н., профессор, академик Академии медицинских наук Республики Таджикистан, Заслуженный деятель науки и техники РТ, заведующий кафедрой хирургических болезней № 1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Республика Таджикистан.
<http://orcid.org/0000-0002-8100-9722>

Мансуров Усмон Умарович, аспирант кафедры хирургических болезней № 1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Республика Таджикистан.
<http://orcid.org/0000-0002-3097-9630>

Назирбоев Кахрамон Рузибоевич, к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней № 1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Республика Таджикистан.
<http://orcid.org/0000-0001-8381-0364>

Информация о статье

*Поступила 20 февраля 2017 г.
Принята в печать 26 июня 2017 г.
Доступна на сайте 5 февраля 2018 г.*

Information about the authors

Kurbonov Karimhon M., MD, Professor, Academician of Academy of Medical Sciences of the Republic of Tajikistan, Honored Worker of Science and Technology of the Republic of Tajikistan, Head of the Department of Surgical Diseases № 1, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan.
<http://orcid.org/0000-0002-8100-9722>

Mansurov Usmon U., Post-Graduate Student of the Department of Surgical Diseases № 1, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan.
<http://orcid.org/0000-0002-3097-9630>

Nazirboev Kahramon R., PhD, Assistant of the Department of Surgical Diseases № 1, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan.
<http://orcid.org/0000-0001-8381-0364>

Article history

*Arrived 20 February 2017
Accepted for publication 26 June 2017
Available online 5 February 2018*
