

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**  

---

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ**

**ПУЛАТОВ МАХМУДЖОН МУРАТДЖОН ЎҒЛИ**

**ЎТ ЙЎЛЛАРИДАГИ ОПЕРАЦИЯЛАРДАН СЎНГ ЭРТА ҚОРИН ИЧИ  
АСОРАТЛАРИ**

**14.00.40 – Шошилинч тиббиёт**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ – 2021**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии(PhD)**

**Contents of the abstract of the dissertation of the doctor of philosophy  
(PhD)**

<b>Пулатов Махмуджон Муратджон ўғли</b> Ўт йўллари операцияларидан сўнг эрта корин ичи асоратлари.....	3
<b>Пулатов Махмуджон Муратджон угли</b> Ранние внутрибрюшные осложнения после операций на желчных путях.....	25
<b>Pulatov Makhmudjon Muratjon ugli</b> Early intra-abdominal complications after operations on the biliary tract.....	47
<b>Эълон қилинган ишлар рўйхати</b> Список опубликованных работ List of published works .....	51

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**  

---

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ**

**ПУЛАТОВ МАХМУДЖОН МУРАТДЖОН ЎҒЛИ**

**ЎТ ЙЎЛЛАРИДАГИ ОПЕРАЦИЯЛАРДАН СЎНГ ЭРТА ҚОРИН ИЧ  
АСОРАТЛАРИ**

**14.00.40 – Шошилинч тиббиёт**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ – 2021**

**Фалсафа фанлари доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2018.4.PhD/Tib735 рақами билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифаси ([www.emerg-centre.uz](http://www.emerg-centre.uz)) ҳамда «Ziyonet» ахборот-таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.

- Илмий раҳбар:** **Хаджибаев Абдухаким Муминович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор
- Расмий оппонентлар:** **Ризаев Камол Саидакбарович**  
тиббиёт фанлари доктори
- Хақимов Мурад Шавкатович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор
- Етакчи ташкилот:** **Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази**

Диссертация ҳимояси Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 рақамли илмий кенгашнинг 2021 йил « 8 » апрел соат 14:00 даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100081 Тошкент, Чилонзор тумани, Кичик халқа йўли кўчаси 2-уй. Тел/факс: (+99878) 150-46-00, e-mail: [uzmedicine@mail.ru](mailto:uzmedicine@mail.ru))

Диссертация билан Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (01 рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100081, Тошкент ш., Чилонзор тумани, Кичик халқа йўли кўчаси, 2. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05.

Диссертация автореферати 2021 йил « 30 » март куни тарқатилди.

(2021 йил « 8 » апрель даги 01 рақамли реестр баённомаси).



**Д.А.Алимов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори

**Х.Э.Анваров**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, фалсафа доктори (PhD)

**Б.К.Алтиев**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори

## КИРИШ (фалсафа фанлари доктори диссертацияси (PhD) аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда ўткир билиар патологияларнинг тарқалиши, уни ташхислашни яхшиланиши, шунингдек, клиник амалиётга даволашнинг кам инвазив усуллари жорий этилиши, мазкур патологиялар сабабли жарроҳлик амалиётларини аста-секин ортиб боришига олиб келди. Жаҳон жарроҳлар иттифоқи маълумотлари бўйича «...ҳозирги кунда жаҳонда 1 миллиондан ортиқ, Россияда-60000, Ўзбекистонда фақат холециститнинг ўткир шакллари сабабли ҳар йили холецистэктомиянинг (ХЭ) 4-5 мингга яқин турли вариантлари ўтказилади...»<sup>1</sup>. Ҳозирги вақтда ўт-тош касаллиги (ЎТК) ва унинг асоратларини даволаш арсеналида турли аралашувлар амалга оширилмоқда. Бироқ, бу каби аралашувлардан кейин қатор беморларда такрорий жарроҳлик амалиётларини ўтказишни талаб этувчи қорин ичи эрта асоратларини (ҚИЭА) сонини ортиши ва бунда ўлим ҳолати 0,4 дан 2,3%гача ўзгариб туради. Ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан кейинги ҚИЭА орасида етакчи ўринни жарроҳлик амалиётидан кейинги «...перитонит 0,3%-1,5%, қорин бўшлиғи абцесси 0,8%, ўт суяқлигини оқиши 4,6% ва қорин бўшлиғига қон кетиши 4,0%гачани эгаллайди...»<sup>2</sup>. Бугунги кунда жарроҳлик техникаси анестезиология ва интенсив даволаш, фармакологияни ривожланганлигига қарамадан ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан кейинги ҚИЭАни ташхислаш ва даволаш муаммоларини ҳал этишнинг ягона ечими мавжуд эмас.

Жаҳонда ўт йўлларидаги операциялардан сўнг эрта қорин ичи асоратларни такомиллаштиришга қаратилган илмий-тадқиқотларга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада ўт йўлларидаги турли шошилишч эндобилиар, лапроскопик ва очик жарроҳлик аралашувларидан сўнг ривожланувчи ҚИЭАнинг сони, сабаби ва тузилмаларини, касалликни семиотикаси тавсифини батафсил баён этиш, жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни даволаш тактикасини танлашни мос бўлган компьютер дастури, башоратлашнинг интеграл шкаласи ҳамда соғломлаштирувчи чора-тадбирлар комплексини ишлаб чиқишга қаратилган даволаш тизимини яратиш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш, жумладан, турли хирургик касалликларни ташхислаш, даволаш ва олдини олиш сифатини оширишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. 2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...ихтисослаштирилган тиббий хизмат кўрсатиш қулайлиги ҳамда сифатини ошириш, тез ва

<sup>1</sup>Алиев Ю.Г. Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни из лапаротомного и миниинвазивных доступов// Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. – М., 2014. – №7. – С. 21-25.

<sup>2</sup> Garcés-Albir M, Martí-Fernández R et al. The role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the management of iatrogenic bile duct injury after cholecystectomy. // Rev Esp Enferm Dig, 2019. – V. 111(9). – P. 690-695

шошилич тиббий ёрдам тизимини янада ислоҳ қилиш, ногиронликнинг олдини олиш....»<sup>3</sup> каби вазифаларни юклатилган. Шундан келиб чиққан ҳолда ўт йўлларидаги операциялардан сўнг эрта қорин ичи асоратларни тўғри даволаш ва профилактика услубларини кенг қўллаш долзарб йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида», 2017 йил 16 мартадаги ПФ-4985-сон «Шошилич тиббий ёрдам фолляти тизимини ташкил этиш ва моддий-техник базани келгусида мустаҳкамлаш бўйича чора-тадбирлар тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Ўт чиқариш йўлларини (ЎЧЙ) ятроген шикастланишини ва кейинчалик юзага келадиган жарроҳлик амалиётидан кейинги махсус асоратларни жарроҳлик усули билан даволаш тактикасини танлаб олиш ҳамда олдини олиш масалалари гепатобилиар жарроҳликдаги долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. ЎЧЙ касалликларини ташхислаш ва даволаш жараёнларида доимий равишда янги технологиялар ва усулларни жорий этилиши ятроген шикастланишларни янги турларини ҳам келтириб чиқаради. Шу билан боғлиқ ҳолда жигардан ташқари бўлган ўт йўлларини жарроҳлик амалиётлари ичи шикастланишлари масалалари фаол ўрганилмоқда, улар орасида жигар дарвозаси соҳасидаги ўт йўллари ва томирларининг нуқсонлари ҳамда жарроҳлик амалиёти вақтида юзага келадиган ўт қопи бўйнидаги чандиқли хосилалар, қон кетиши, тунги вақтда мажбурий жарроҳлик аралашувини ўтказиш, Мириззи синдромининг мавжудлиги, жарроҳнинг малакаси ва бошқалар етакчи ўринни эгаллайди (Garcés-Albir M, Martí-Fernández R et al.,2019; Cremer A., Arvanitakis M., 2016). Афсуслар бўлсинки, олиб борилган кўп сонли тадқиқотларга қарамасдан, ҳозирги вақтга қадар шошилич билиар жарроҳлик амалиётларидан кейинги ҚИЭАни даволаш тактикаси масалаларида узилишлар мавжуддир. Жумладан, турли ҚИЭА кичик инвазив жарроҳлик аралашувларида даволаш дастурларини роли ва ўрни, ўт йўлларидаги

<sup>3</sup>Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947 сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида» ги Фармони.

жарроҳлик амалиётларидан кейин ҚИЭАли беморларда анъанавий ва кам инвазив жарроҳлик аралашувларини қўллашни навбатлашиб келиши аниқланмаган. Аниқ клиник вазиятларда, аниқ стандарт ҳаракатларни кўрсатиш билан ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан кейин ҚИЭАнинг даволаш-ташхислаш алгоритми ишлаб чиқилмаган. Биз учун юқорида келтириб ўтилган барча муаммоларни ҳал этиш ҚИЭА кечиш оғирлик тоифасини башоратлашнинг интеграл шкаласини ишлаб чиқиш йўли билан мумкин бўлиб қолади. Келгусида эса ишлаб чиқилган интеграл шкалага даволаш маълумотлари (жарроҳлик аралашувларининг тури, муддатлар, жадал консерватив даволаш хажми, даволаш кетма кетлиги)ни киритиш йўли билан ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан кейин даволаш тактикасини жарроҳлик амалиёти компьютер дастури яратилади.

**Тадқиқотнинг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг илмий ишлари режасига мувофиқ №ПЗ-2018-090921394 «Гепатобилиар трактидаги шошилич жарроҳликда реконструктив аралашувларининг янги усулларини ишлаб чиқиш ва жарроҳлик тактикасини такомиллаштириш» мавзусидаги амалий лойиҳаси доирасида бажарилган (2018-2020 йй).

**Тадқиқотнинг мақсади** ўт йўллари жарроҳлик амалиётидан кейинги қорин ичи эрта асоратларини ташхислаш ва даволашда замонавий юқори маълумотли ташхислаш усулларини такомиллаштириш орқали таклиф ва тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:** ўт йўлларидаги турли шошилич эндобилиар, лапроскопик ва очик жарроҳлик аралашувларидан сўнг ривожланувчи ҚИЭАнинг сони, сабаби ва тузилмаларини баҳолаш;

қиёсий нуқтаи назардан ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан кейин ҚИЭАнинг нузли ташхислашни маълумотли усулларини баҳолаш, касалликни семиотикаси тавсифини батафсил баён этиш;

ишончли фарқлаш ва рақамли стратефикация йўли билан ҚИЭАнинг кечиш оғирлиги ва ривожланиш ҳавфини энг маълумотли предикторларини аниқлаш, жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни жарроҳлик усули билан даволаш тактикасини танлашни мос бўлган компьютер дастури ва касалликни кечиш оғирлигини башоратлашнинг интеграл шкаласини ишлаб чиқиш;

ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан кейин ривожланувчи ҚИЭАни ташхислаш ва жарроҳлик усули билан даволаш бўйича РШТЎИМнинг 18 йиллик клиник тажрибасида тизимлаштириш асосида эндобилир транспапилляр аралашувлари, эндовидеожарроҳлик техникаси ва гибрид видеоэндоскопик технологияларни қўллаш натижасини баҳолаш ҳамда кўрсатмаларни кенгайтириш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази ва унинг вилоят филиалларида 2001-2018 йилларда стационар

даволанишда бўлган ўт йўллари жарроҳлик амалиётидан кейинги ҚИЭАли 260 нафар беморлар олинган.

**Тадқиқотнинг предмети**ни шошилиш билиар аралашувлардан кейинги ҚИЭАнинг ҳар хил турлари билан оғриган беморларни ташхислаш ва даволашни анъанавий ва янги усуллари натижаларининг материаллари ҳисобланади.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотда ишни бажаришда қўйилган вазифаларни амалага ошириш мақсадида беморларнинг операцияга тайёргарлиги ва умумий ҳолати клиник белгилари клиник усулида баҳоланган; қорини ичи эрта асоратларни УТТ, МРТ, ЭРПХГ асосида инструментал усулда ташхисланган, видеолапароскопик жарроҳлик амалиёт асосида жароҳатланишнинг асоратлари камайтирилган ва олинган натижалар статистик тадқиқот усулларида қайта ишланган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

ўт йўлларидаги турли шошилиш эндобилиар, лапроскопик ва очик жарроҳлик аралашувларидан сўнг ривожланувчи қорин ичи эрта асоратлари ўт қопи олинган жойнинг йиринглаши ва перитонит ривожланиши натижасидаги юзага келувчи оғриқ, дефанс каби касаллик белгиларининг ривожланишининг клиник хусусиятлари очиб берилган;

илк бор шошилиш билиар жарроҳлик амалиётларидан кейин турли қорин ичи эрта асоратларининг кечиш оғирлигини ташхислаш тоифасини баҳолашга қаратилган касалликка хос кўрсаткичларнинг аҳамиятли хусусиятлари асосида интеграл шкаласи ишлаб чиқилган;

ўт йўллари жарроҳлик амалиётидан кейин турли қорин ичи эрта асоратлари, ўтнинг қорини бўшлиғига тарқалиши, қон кетиши ва ятрогенлик ҳолатини даволаш тартибида тикловчи-реконструктив жарроҳлик амалиётнинг самараси исботланган;

ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан кейин касаллик тоифасининг белгиларини инобатга олган ҳолда қорин ичи эрта асоратларида шошилиш тиббий ёрдам тизимининг ташхислаш-даволашда видеолапроскопик, тери жигар орқали ўт йўллари кўриш ва пункцион босқичларини бажариш техникаси ва тактикасига қараб даволаш тартиби такомиллаштирилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан кейинги турли қорин ичи эрта асоратлари ташхислаш ва даволашнинг анъанавий ва замонавий усуллари самарадорлигининг чегаралари баҳоланган;

шошилиш билиар жарроҳлик амалиётларидан кейин турли қорин ичи эрта асоратлари асосланган;

қиёсий даволаш тактикасини танлашни компьютер дастури ишлаб чиқилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, текширилган беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотда қўлланилган замонавий ўзаро бир-бирини тўлдирувчи клиник, лаборатор, инструментал, тиббий-биологик ва статистик усуллар ёрдамида ишлов



берилганлиги, шунингдек, ўт йўлларидаги операциялардан сўнг эрта қорин ичи асоратлари коррекциялашда халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти юқори даражадаги ўлим хавфи ва ногиронлик билан кузатилувчи жарроҳлик аралашувини талаб этадиган ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётларидан кейинги турли ҚИЭАни кечишини клиник-функционал ўзига хосликларини, касалликни ташхислаш ва даволашнинг янги рақобатбордош усулларини шакллантириш, алоҳида натижалари ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётларидан кейин турли ҚИЭА билан хасталанган беморларни ташхислаш ва даволаш тузилмаси ва мазмунини такомиллаштирилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти ишлаб чиқилган асосий хулоса ва таклифлар жарроҳлик аралашуви бажарилишини талаб этувчи ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётларидан сўнг турли ҚИЭАни ташхислаш ва даволашда фойдаланиш мумкинлиги, ўт кетиши, қон кетиш ва перитонит каби асоратларнинг ушбу турларида асосланган даволаш тактикасини танлаб олишни янги компьютер дастурлари ва уларнинг кечиш оғирлиги тоифасини башоратлашни интеграл шкаласини ишлаб чиқиш йўли билан сезиларли оптималлаштирилганлиги билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларини жорий қилиниши.** Ўт йўлларидаги операциялардан сўнг эрта қорин ич асоратларни такомиллаштиришни баҳолаш бўйича олинган натижалар асосида:

«Ўт йўлларидаги операциялардан сўнг эрта қорин ичи асоратларни даволаш тактикасини танлаш» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 23 ноябрдаги 8н-р/448-сон маълумотномаси). Илмий натижалар ўт йўлларидаги операциялардан сўнг эрта қорин ичи асоратларни эрта ташхислаш ва даволаш тактикасини танлаш орқали беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган;

«Ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётларидан кейин ҚИЭАни кечиш оғирлик тоифасини башоратлаш шкаласи» амалий таклиф илмий натижалар асосида ишлаб чиқилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 23 ноябрдаги 8н-р/448-сон маълумотномаси). Илмий натижалар ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётларидан сўнг ҚИЭАни кечиш оғирлигини юзага келиши мумкин бўлган тоифасини статистик ишончли башоратлаш имкон берган;

шошилишч билиар жарроҳлик амалиётларидан кейин турли қорин ичи эрта асоратларининг кечиш оғирлигини ташхислаш ва самарали даволашга қаратилган илмий натижалар асосида ишлаб чиқилган ўт йўлларидаги операциялардан сўнг эрта қорин ичи асоратларни яхшилашга қаратилган тадқиқот натижалари соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Республика шошилишч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд ва Жиззах филиаллари шошилишч хирургия бўлимлари амалий фаолиятига тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 6 январдаги 8н-з/4 сон маълумотномаси). Олинган натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши ўт

йўлларидаги операциялардан сўнг эрта қорин ичи асоратларни даволаш сифатини яхшилаш, жарроҳлик амалиётларидан кейинги асоратларни 11,4%га, ўлим ҳолатларини 2,5% га пасайиши ва беморларни касалхонада бўлиш давомийлигини  $10,8 \pm 1,2$  кун ташкил қилиш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 4 илмий-амалий анжуманда, жумладан 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 14 та илмий иш, шулардан, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган (Scopus).

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 129 бетни ташкил этган.

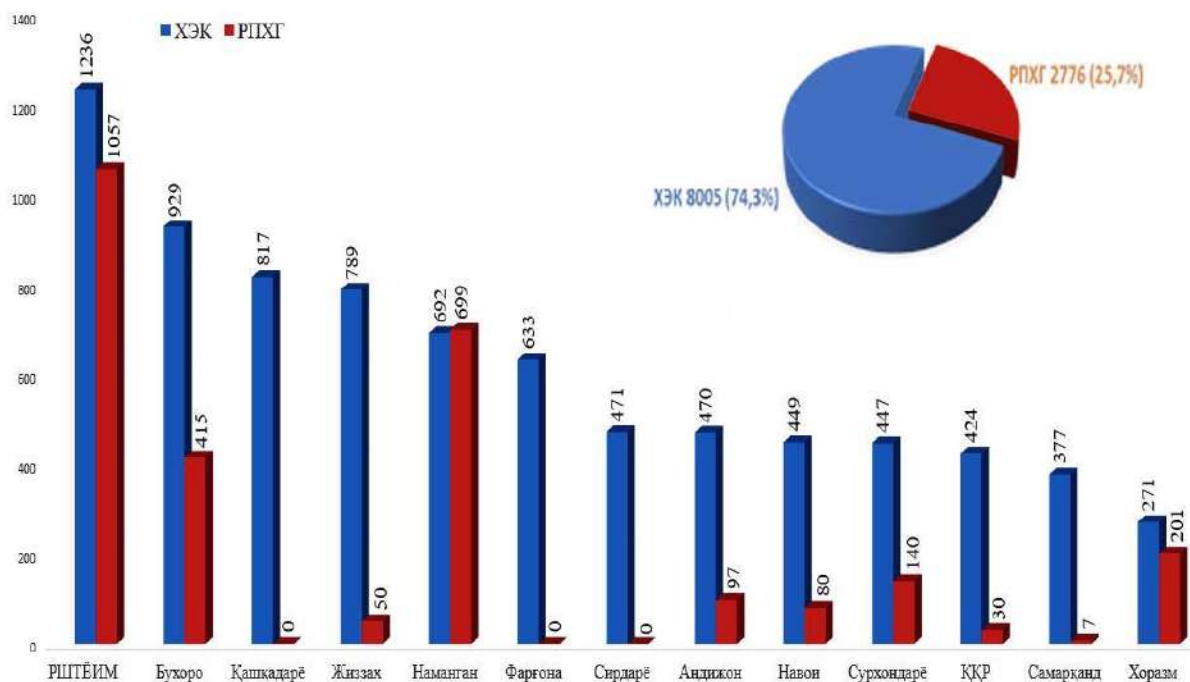
## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисми ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва заруратини асослашга, текшириш мақсади ва вазифалари, объект ва предметларини тавсифлашга бағишланган, тадқиқотнинг Республика фан ва технологияларининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган. Тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Ўт йўлларидаги кейинги эрта қорин ичи асоратларини ташхислаш ва даволашнинг замонавий аспекти**» деб номланган биринчи бобида деб номланган биринчи бобида ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан кейинги ҚИЭАнинг ривожланиш сабаблари ва тарқалиши, ҚИЭАда ташхислаш оғирлик даражасини баҳолаш мезонлари, таснифи ва даволаш тактикасининг усуллари тўғрисидаги хорижий ва маҳаллий адабиёт манбаларининг мушоҳадалари келтирилган, келгусида тадқиқ қилишни талаб этадиган баҳсли масалалар келтириб ўтилган, шунингдек, мазкур муаммонинг илмий жиҳатдан ҳал этилишининг муаллифлик ёндашуви ишлаб чиқилган.

Диссертациянинг «**Ўт йўлларидаги кейинги эрта қорин ичи асоратларини баҳолаш материал ва усуллари**» деб номланган иккинчи бобида тадқиқот киритилган ҚИЭА бўлган беморларни клиник таснифи ва тадқиқотда фойдаланилган текшириш усуллари берилган. Кўрсатилдики, фақат ўткир холецистит ва холедохолитиаз сабаби бўйича ҳар йили РШТЎИМ ва унинг 13 вилоят филиалларида ЎЧЙларида 10 минг яқин жарроҳлик аралашувлари, жумладан 8 мингдан ортиқ холецистэктомия ва

2,7 мингга яқин ретроград эндобилиар муолажалар бажарилади (1-расмга қаранг).



### 1-расм. 2018 йилда Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази ва унинг вилоят филиалларида бажарилган холецистэктомия ва РПХГлар сони

Жумладан 2001 дан 2018 йилгача фақат РШТЎИМнинг ўзида ЎТКнинг ўткир ва асоратли шакллари сабабли 10218 жарроҳлик амалиётлари бажарилди, шундан сўнг такрорий эндобилиар, лапроскопик ёки очиқ жарроҳлик аралашувларини такроран ўтказишни талаб этувчи клиник аҳамиятли ҚИЭАлари 260 нафар (2,5%) беморларда қайд этилди.

Бизлар жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар ичида энг кўп ХЭнинг кичик лапаротомиясини кузатдик (4,6%), шу сабабли сўнгги йилларда бизлар ўткир калькулёз холециститлар сабабли холецистэктомия бажарилганда мазкур жарроҳлик усулини қўлламаймиз. Бирламчи жарроҳлик аралашувларининг ярмидан кўпи (53,3%) лапроскопик усул билан бажарилди, бунда ҚИЭАнинг энг кичик сони (1,8%) қайд этилди.

Ўткир калькулёз холециститли беморларда бажарилган анъанавий холецистэктомиядан сўнг бу каби асоратлар сони 3,3%ни ташкил этди. Шунингдек, тадқиқотнинг хавфсиз (33) в хавфли (2) генезли механик сариқлик сабабли гепатикохоледохода очиқ жарроҳлик аралашувларидан сўнг ривожланувчи ҚИЭА бўлган 3 нафар бемор киритилди (1-жадвалга қаранг).

## Қорин ичи эрта асоратлари беморларда бирламчи жарроҳлик амалиётининг тавсифи

Бирламчи жарроҳлик амалиёти тавсифи	Бирламчи жарроҳлик амалиётлар тавсифи		ҚИЭАлар сони			
			жами		жумладан, гепатикохоледохани шикастланиши	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Анъанавий	2580	25,1	86	3,3	21	0,8
Минилапаротом	864	8,4	40	4,6	6	0,7
Лапароскопик	5482	53,3	99	1,8	41	0,7
Гепатикохоледоходаги очик аралашувлар	1354	13,2	35	2,6	-	-
Жами	10280	100	260	2,5	68	0,7

ҚИЭАли барча беморлар (n=260) 2 гуруҳга тақсимланди: назорат гуруҳини 138 (53,1%) нафар беморлар ташкил этди, уларда анъанавий даволаш-ташхислаш тактикаси қўлланилди, асосий гуруҳда эса 122 нафар (46,9%) беморлар киритилди, улардаги ташхислаш ва даволаш босқичларида нурли ташхислаш, интервенцион эндобилиар жарроҳлик аралашувлари ва видеоэндожарроҳлик техникасининг замонавий усуллари, яъни, жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни клиник кечиш оғирлигини башоратлашда компьютер дастури ва индивидуал даволаш усуллари қўлланилди (2-расмга қаранг).



### 2-расм. Қиёсий гуруҳда қўлланилган даволаш-ташхислаш усуллари хажми ва тавсифи

ҚИЭАли беморлар орасида аёллар устунликка эга бўлди: 178 (68,5%) га қарши 82 (31,5%) (2-жадвалга қаранг), бу ЎЧЙ касалликлари сабабли жарроҳлик аралашувларига учраган беморларнинг умумий популяциясида гендер тузилмани тахминан акс эттиради.

Тадқиқотга киритилган беморларнинг ўртача ёши  $56,4 \pm 4,8$  ёшни ташкил этди, бунда ёш ва ўрта ёшдаги беморлар ёшини кекса ва нуроний ёшидаги беморлар сонига нисбати 1,3/1 ни ташкил этди.

## Қорин ичи эрта асоратлари беморларни демографик ва клиник тавсифи

Кўрсаткич	Назорат гуруҳ, n=138		Асосий гуруҳ, n=122		Жами, n=260	
	авс.	%	авс.	%	авс.	%
Жинси						
– Эркак	46	33,3	36	29,5	82	31,5
– Аёллар	92	66,7	86	70,5	178	68,5
$\chi^2$ -тест	$\chi^2=0,439, p=0,508, p>0,05$					
Ёши						
– 19-44 ёш	17	12,3	25	20,5	42	16,2
– 45-59 ёш	56	40,6	51	41,8	107	41,2
– 60-74 ёш	54	39,1	37	30,3	91	35,0
– $\geq 75$ ёш	11	8,0	9	7,4	20	7,7
$\chi^2$ -тест	$df=3, \chi^2_{\text{стат}}=4,164, \chi^2_{\text{крит}}=7,815, p=0,245, p>0,05$					
ҚИЭА тавсифи						
– Жигардан ташқари оқимларни шикастланиши	38	27,5	30	24,6	68	26,2
– Ташқарига ўтти ажралиши	36	26,1	26	21,3	62	23,8
– Ўтли перитонитлар	22	15,9	25	20,5	47	18,1
– Қорин ичига қон кетиши	24	17,4	18	14,8	42	16,2
– Қорин бўшлиғи абсцесслари	18	13,0	23	18,9	41	15,8
$\chi^2$ -тест	$df=4, \chi^2_{\text{стат}}=3,240, \chi^2_{\text{крит}}=9,488, p=0,519, p>0,05$					

ҚИЭА тузилмасидаги беморларнинг мутлоқ катта сониди (177; 68,1%) ўт ажралиш тизими билан у ёки бу турда боғлиқ бўлган асоратлар устунликка эга бўлди.

Жумладан 109 (41,9%) ҳолатда ўтти оқиб чиқиши ўз ўрнига эга бўлди, у 62 (23,8%) нафар беморларда қорин бўшлиғига дренаж қўйилганда ташқарига оқиш ва 47 (18,1%) нафар беморларда эса ўт суюқлиги билан боғлиқ перитонит кўринишида намоён бўлди.

Яна 68 (26,2%) ҳолатда магистрал ўт йўллариининг жигардан ташқари шикастланиши ташхисланди (2-жадвалга қаранг).

Қолган 83 (31,9%) беморларда ҚИЭА сабабли такрорий жарроҳлик аралашувларини талаб этилиши уларда қорин ичи қон кетишини ривожланишига (42; 16,2%) ва қорин бўшлиғининг абсцесси (41; 15,8%) ривожланиши сабабли юзага келди.

Диссертациянинг «Ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётдан сўнг эрта қорин ичи асоратларини ташхислашни такомиллаштириш» деб номланган учинчи бобиди ташхислашга янги ёндошувларни

маълумотлилигини баҳолаш ва беморларнинг оғирлик ҳолати ҳамда ҚИЭА кечишини баҳолашни интеграл янги шкаласини маълумотлилигини баҳолаш ўтказилди. Агар назорат гуруҳ беморларида жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни аниқлаш ва реллапаратомияга кўрсатмаларни аниқлашда асосан анъанавий даволаш усуллари қўллаш натижаларига асосланган бўлса (механик сариқлик, перитонит, қорин ичи қон кетиши ва ўт ажралиб чиқиши) жарроҳлик амалиёт белгиларини клиник, лаборатор ва ультратовушли жадаллаштириш ҳамда намоён бўлиши, асосий гуруҳда эса беморларда МСКТни 27,9%га, МРТ-холангиографияни 44,3%га, ЭРХПГ ни 71,3%, ЧЧХС ни 34,4%на ва видеоллапароскопияни 43,4% ли киритилиши билан эндовизуализацияни замонавий воситаларини етарли даражада кенг қўлланилади (3- жадвалга қаранг).

### 3-жадвал

#### Қорин ичи эрта асоратли беморларни текширилиш усуллари

Тадқиқот усуллари	Назорат гр., n=138		Асосий гр., n=122	
	Абс.	%	Абс.	%
Клиник кўринишни баҳолаш	138	100	122	100
Қоннинг клиник таҳлили	138	100	122	100
Қоннинг биокимёвий таҳлили	138	100	122	100
Қорин бўшлиғи органларини УТТ	138	100	122	100
Кўкрак ва қоринни R-графияси	74	53,6	67	54,9
МСКТ	-	-	34	27,9
МРТ-холангиография	-	-	54	44,3
ЭРХПГ	-	-	87	71,3
ЧЧХС	-	-	42	34,4
Видеоллапароскопия	-	-	53	43,4

Ҳозирги кунда энг ҳаммабоп бўлган ўЧЙда жарроҳлик аралашувларидан кейинги жарроҳлик амалиётидан сўнг беморларни скрининг мониторинг қилишнинг етарли даражада маълумотли усули бўлиб, трансабдоминал УТТ ҳисобланади, у барча 260 нафар беморларда қўлланилди. ҚИЭАнинг ультратовушли семиотикаси ўнг жигар ости бўшлиғида эркин суюқликни (49,2% беморларда аниқланган) ва ёки қорин бўшлиғининг бошқа бўлимларида мавжудлиги (27,7%), қорин бўшлиғининг турли бўлимларида йирингларни тўпланиши (13,8%), жигар ичи ва ундан ташқаридаги ўт йўллари кенгайиши (мос холда 15,0 ва 10,4%,) каби санографик белгилардан ҳосил қилинади (4- жадвалга қаранг).

Холецистэктомиядан сўнг беморларда ўт йўллари кенгайишини бизлар ўт йўллари ятроген шикастланишини бевосита санографик белгиларига киритамиз. Гепатикохоледоха боғламлари билан кесишиш ёки ундан узилиб чиқишда, тўлиқ блок ўз ўрнига эга бўлганда, УТТда жигардан

ташқари ва жигар ичи ўт йўллари яққол намоён бўлган кенгайиши кўринади. Ўт йўллари қисман блокраниши бўлган беморларда ўт йўллари проксимал бўлимларининг кенгайиши ва жигар ичи ўт йўллари сезиларсиз кенгайиши қайд этилади.

Ўт суюқлигини оқиб чиқиши бўлган беморларда ўт йўллари диаметри одатда меъёр чегарасида қолади. Яққа холатлардагина (4) умумий ўт йўллари ёриғида тошларнинг мавжудлиги кўринади, УТТда иш бажрувчи дренаж труба орқали ўтни ташқарига оқиб чиқиши ўт қопини ёш проекциясида ва ўнг жигар ости бўшлиғида эркин суюқликни унча катта бўлмаган миқдорда мавжудлиги билан намоён бўлади. Шу нарса эътиборга лойикки, ташқарига ўтни ажралиб чиқиши бўлган беморларнинг 20 (7,7%) нафарида ва сонограммада умумий ўт йўлини боғланиши бўлган 3 (1,2%) нафар беморларда бизлар томонимиздан жарроҳлик амалиётидан кейинги эрта муддатларда қандайдир патологик ўзгаришларни аниқлашни имкони бўлмади (4-жадвалга қаранг).

#### 4-жадвал

#### Қорин ичи эрта асоратли беморларнинг ультратовушли белгиларини аниқланиш сони, n=260

Ультратовуш белгилари	Холатлар сони	
	авс.	%
Жигар ости бўшлиғида эркин суюқлик	128	49,2
Қорин бўшлиғида эркин суюқлик	72	27,7
Суюқликни чегараланиб тўпланиши	36	13,8
ЎЧЙни проксимал бўлимини кенгайиши	39	15,0
Жигар ичи ўт йўллари кенгайиши	27	10,4
Умумий ўт йўлида тошларни мавжудлиги	4	1,5
Ичак кенгайиши ва ичак перисталтикасини тўхташи	50	19,2
Қорин бўшлиғида патология аниқланмади	23	8,8

Ўт суюқлигини ичга кетишида УТТда қорин бўшлиғининг бир неча бўлимларида эркин суюқлик аниқланди, уни тарқалиши жарроҳлик аралашуви бошланган вақтдан кейинги муддатга ва ўтни келиб тушиш манбасини тавсифига боғлиқ бўлади. Қорин бўшлиғида эркин суюқликни аниқлашдаги УТТнинг сезувчанлиги, махсуслиги в самарадорлиги 94,6%, 80,9% ва 87,7%, мос холда ташкил этди.

Одатда қорин бўшлиғи жарроҳлик амалиётидан кейинги абсцесслари бўлган беморларда жигар ости ёки ўнг диафрагмал бўшлиғида чегарланган суюқликлар кўринади. Абсцессларнинг хажми ва шакли турли туман бўлади, эхотузилмаси эса барча холатларда бир хилда бўлмайди.

ҚИЭАли 141 (54,2%) нафар беморларда кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғининг рентгенографияси бажарилди, уларда куйидаги рентгенографик белгилар кузатилди: 61,7% тасвирларда Клойбер жомчаси, 31,2%да

диафрагма гумбази остида эркин газ, 52,5% да ичаклар пневматози, 47,5%да диафрагма гумбазини баландда туриши ва 46,8% ҳолатда диафрагма гумбази эскурсиясини чегараланганлиги аниқланди. Санаб ўтилган рентгенологик белгиларнинг биронтаси ҳам ЎЧЙни янтар шикастланиши учун патологик бўлиб ҳисобланмайди.

ҚИЭАли 34 нафар беморларда қўлланилган МСКТ ҳам шунингдек ЎЧЙларини аниқлашда етарли даражада чегараланган ташхисий имкониятга эга, бироқ қорин бўшлиғида суюқликларни йиғилишини аниқлаш, айниқса абсцесларни ажратиш олишда юқори маълумотли бўлиб ҳисобланади, бунда сезувчанлик, махсуслик ва самарадорлик усуллари мос ҳолда 96,4%, 100% ва 99,0%, ни ташкил этди.

ЎЧЙларини ятроген шикастланишини ташхислашда ҳал этувчи аҳамиятга ўт йўллари бевосита контрастлаш усули – асосан ЭРПХГ эга бўлади, у асосий гуруҳнинг 87 (71,3%) нафар беморларида қўлланилди. Усул холедоха контраст блоки мавжудлигини (48,3% ҳолатларда аниқланади), контрастни қорин бўшлиғига оқиши (42,5%), холедоханинг резидуал тошларини мавжудлиги (31,0%) ва ташқи оқувчи яралар (43,7%) ни аниқлашга имкон беради.

Бундан ташқари, асосий гуруҳ беморларининг 42 (34,4%) ЎЧЙнинг юқори блок белгиларида ёки ЭРПХГ ни бажаришдаги муваффақиятсиз уринишларда ЧЧХГ бажарилди, унинг учун ҚИЭА (блок даражаси ёки ўт йўллари стенозини аниқлаштириш, ўт оқиш манбаларини кўриш) рентген-семиотика ЭРПХГли бир хилдаги ҳолат хос бўлди. ЧЧХГнинг барча ҳолатлари ЧЧХС қурилмаси билан тўлдирилди, бу 40 нафар беморда ЎЧЙ декомпрессиясини кичик инвазив усул билан амалга оширишга имкон берди. 42 ҳолатдан 2 нафари (4,8%) да ЧЧХГ дан кейинги бир ҳолатда қорин бўшлиғига ўт оқиб тушиши, бошқа иккинчи ҳолатда эса қон оқиб тушиши каби асоратлар ўз ўрнига эга бўлди, бу шошилиш қайта жарроҳлик амалиёти ўтказишни талаб этди.

Шу билан боғлиқ ҳолда бизлар беморлардаги сўнгги йилларда механик сариқлик ва ЎЧЙни ятроген шикастланишига шубҳа бўлганда – МРТ-холангиографияси ўт йўллари визуализацияси ҳавфсиз ва ноинвазив усулини ташхислаш имкониятидан, асосий гуруҳнинг 54 (44,3%) беморларида қўллаган ҳолда кенг фойдаландик. ЎЧЙ блокани давомийлиги ва даражасини аниқлашдаги махсуслик, сезгирлик в ташхислаш самарадорлиги мос ҳолда 98,0%, 100% ва 99,0%, ни ташкил этади. Бу кўрсаткичлар ўт суюқлигини ўт йўллари чегарасидан ташқарига оқиб чиқишини аниқлашда мос ҳолда 93,5%, 87,5% ва 90,5% ташкил этган ҳолда сезиларли даражада паст бўлади.

Тадқиқот вазифаларига мос ҳолда диссертацион тадқиқот доирасида ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан кейин ҚИЭАнинг кечиш оғирлигини башоратлашни янги интеграл SAPS шкаласини модификациялаш ва мослаштириш йўли билан ишлаб чиқилди (2020 йил 20 июндаги №00115 рационализаторлик таклифига Тошкент ВМОИ гувоҳномаси). Турли клиник белгиларни башоратлаш қийматини аниқлаш, беморларни лаборатор ва асбоб ускуналар ёрдамида текшириш натижаларини аниқлаш бўйича ўтказилган



ҳисоблашлар ҚИЭАнинг оғир кечишини энг мухим 18 предикторини аниқлашга имкон берди, улар ҚИЭА кечиш оғирлиги тоифасини башоратлашни бизлар томонимиздан ишлаб чиқарилган модификацияланган шкаласининг асосини ташкил этди (5-жадвалга қаранг).

### 5-жадвал

#### ҚИЭА кечиш оғирлигини башоратлаш тоифасининг модификацияланган шкаласи

№	Предиктор	Баллар в кўрсаткичларни мос бўлган рақамли белгилари						
		3	2	1	0	1	2	3
X1	Ёш, йил				<45	46-55	56-65	66-75
X2	Пульс, 1 дақиқада	<40	40-54	55-69	70-109	110-139	140-179	>179
X3	АДсист, мм симоб устуни.	<40	40-54	55-79	80-149	150-179	180-189	>189
X4	Тана ҳарорати, °С	30,0-31,9	32,0-33,9	34,0-35,9	36,0-37,4	37,5-38,4	38,5-38,9	39,0-40,9
X5	1 дақиқадаги ЧДД	<6	6-9	10-11	12-24	25-34	35-49	>49
X6	Диурез, л/24 с	<0,20	0,20-0,49	0,50-0,69	0,70-3,49	3,50-4,99	>5,0	
X7	Қондаги мочевина, ммоль/л			<3,49	3,50-7,4	7,50-28,9	29-35,9	36-54,9
X8	Қондаги калий, мэкв/л	<2,5	2,5-2,9	3,0-3,4	3,5-5,4	5,5-5,9	6,0-6,9	>6,9
X9	Қондаги лейкоцитоз, 10 <sup>3</sup>				6,5-8,0	До 10,0	До 15,0	>15,0
X10	Нв (мг/л) и Нт (%) қрови				120-130 42-45	100 35	50 25	<50 <25
X11	ПИК, услед				до 5,5	5,6-7,0	7,1-11,0	11,1-15,0
X12	Қондаги билирубин, ммоль/л				до 25,0	25-100	100-200	>200
X13	Онгнинг холти				аниқ	хтра	сопор	Кома
X14	Ичаклар перистальтикаси				фаол	бўшашган	Якка холда	эшитилма айти
X15	УТТ, МСКТ эркин суюклик				йўқ	Кичик тосда	Кичик тос+ ёнбош кнал	Бутун қорин бўйлаб
X16	Клойбер жомчалари				йўқ	якка	Кўр сонли.	Аралаш, кўп сонли.
X17	Ўтти ташқарига ажралиши, мл				йўқ	<500,0	500-1000	>1000,0
X18	Перитонитни тарқалиши				йўқ	маҳаллий	диффуз	Куйилган

Шкалада ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан кейинги қорин ичи асоратларини кечиш оғирлигини уч тоифаси кўзда тутилган: I тоифа 18,0-30,8 балл; II тоифа 30,9-42,7 балл; III тоифа 42,8-57,0 балл.

Ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан кейинги ҚИЭА кечиш оғирлигини башоратлаш тоифаларини таклиф этилган интеграл шкаласи доирасида бу каби тенглаштиришлар сезувчанлик (81,2%), махсуслик (79,8%) ва умумий аниқлик (80,5%) юқори кўрсаткичларига эга бўлди.

Диссертациянинг «Ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан сўнг қорин ичи эрта асоратлари бўлган беморларни даволаш жараёнини

**оптималлаштириш»** деб номланган тўртинчи боби назорат ва асосий гуруҳ беморларида ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан кейинги ҚИЭА ни даволаш натижаларини қиёсий таҳлиliga бағишланган. Юқорида кўрсатилганидек, агарда назорат гуруҳи беморларида (n=138) ҚИЭА сабабли такрорий жарроҳлик аралашувларига кўрсатмалар ўт оқиши ривожланишини УТ- ҳамда клиник маълумотлари, перитонит ёки кон кетиш кўрсатмалари асосида ўрнатилган бўлса, асосий гуруҳ беморларида эса (n=122) МСКТ, МРТ-холангиография, ЭГХПГ, ЧЧХС, видеолапароскопия усулларининг ташхислаш/даволаш имкониятлари кенг қўлланилди. Асосий гуруҳ беморларида ҚИЭА ни даволаш тактикасини танлаб олишда шунингдек диссертацион иш доирасида махсус ишлаб чиқилган компьютер дастури (Ўзбекистон Республикаси шахсий ақлий мулк Агентлигининг № DGU 08594 гувоҳномаси) қўлланилди, у фойдаланувчи интерфейсини тўлдириш учун интуитив тушунарли ва қулайликка эга, жарроҳга жарроҳлик амалиётидан кейинги кечиш оғирлигини баҳолашга ва беморни юритиш тактикаси бўйича тавсиялар олишга имконини беради.

Ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан кейинги ҚИЭАли беморларни даволаш тактикасини танлашни таклиф этилган компьютер дастури махсус ишлаб чиқилган алгоритм асосида ишлайди, бу ерда марказий ўринни кичик инвазив даволаш/ташхислаш техннологияси эгаллайди. Мазкур дастурли маҳсулотни қўлланилиши ушбу оғир тоифали беморларда релапаротомия сонини 97,1%дан 35,2%гача пасайтиришга имкон берди (6- жадвалга қаранг). Асосий гуруҳнинг 77 (63,1%) нафар беморларида аниқланган ҚИЭАни эндобилиар аралашувлар (24; 19,7%), эндовидео жарроҳлик техникаси (43; 35,2%), шунингдек иккита эндоскопик технологиялар – видеолапароскопия ва холедохани эндоскопик транспапилляр стентирлаш (10; 8,2%) усулларини гибрид қўллаш орқали муваффақиятли бартараф этишга эришилди.

Асосий гуруҳнинг 53 нафар беморларида видеолапароскопиянинг (ВЛС) ташхислаш-даволаш имкониятларини баҳолаш кўрсатдики, улардан 51 (96,2%) нафар беморлардаги видеоэндожарроҳлик техникаси нафақат ҚИЭАнинг аниқ сабабини аниқлашга, балки аниқланган асоратларни, жумладан, 10 (18,9%) нафар беморларда ВЛС ва ЎЧЙларини эндоскопик ретроград стентирлаш гибрид ёндошувини қўллаш йўли билан мос бўлган кам инвазив бартараф этишга имкон берди.

38 (53 дан 71,7% )нафар беморларда ташхисланган ВЛСни бажаришга кўрсатма бўлиб, дренаж трубкалардан перитонит, билома ва ўт сизиб чиқишини клиник, ультратовуш ва МСКТ белгилари хизмат қилди. 12 (22,6%) нафар беморларда жигар ости (9) ва диафрагма ости (3) абсцессларини аниқлаш, тозалаш ва дренаж қилиш ҳолатларида жарроҳлик амалиётидан кейинги перитонитни тарқалишини баҳолаш ва мавжудлигини тасдиқлаш имконини берди. 26 (45,3%) ҳолатларда ўт суюқлигини ажралиб чиқиши ва чегараланган беморлар тасдиқланди, улар 14 нафар беморларда пуфакчали оқимни қуйилиш жойини амалга ошмаслиги, 8 нафарида Лушки йўллариини шикастланиши, 1 нафарида пуфак оқими, гумбази ва қуйилиш жойининг некрози билан боғлиқ бўлди, 2 ҳолатда эса билома сабабини

аниқлашни имкони бўлмади. Видеолапароскопик техника пуфакчали оқимни (9 нафар бемор) в Лушки йўллари (5) лапароскопик клипирланиш, Холстед –Пиковский бўйича ўт йўллари ташқи дренажлаш (5) ни ташкил этишга имкон берди.

**6-жадвал**

**Қори ичи эрта асоратли беморларда қўлланилган даволаш  
аралашувининг ҳажми ва тавсифи**

Аралашувлар тури	Назорат гуруҳи, n=138		Асосий гуруҳ, n=122		Жами, n=260	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Эндобилиар аралашувлар			24	19,7	24	9,2
Лапароскопия (релапароскопия)			43	35,2	43	16,5
ЭРПХГ+стендирлаш+ лапароскопия			10	8,2	10	3,8
Абсцессларни тери орқали пункцион дренажлаш	4	2,9	2	1,6	6	2,3
Релапаротомии:	134	97,1	43	35,2	177	68,1
– Қорин бўшлиғини санация қилиш	39	28,3	3	2,5	42	16,2
– Пуфакчали оқим культи ёки Люшка оқимин лигирлаш	7	5,1	0	0	7	2,7
– Гепатикохоledохани ташқи дренажлаш	11	8,0	1	0,8	12	4,6
– Хоledохолитомия, гепатикохоledохани ташқи дренажлаш	15	10,9	11	9,0	26	10,0
– Қон кетишини тўхтатиш	24	17,4	3	2,5	27	10,4
– Тикловчи жарроҳлик амалиёти	24	17,4	9	7,4	33	12,7
– Реконструктив жарроҳлик амалиёти	14	10,1	16	13,1	30	11,5

Пуфакчали оқимни қўйилиш даражаси ва ўнг бўлмача оқимини четки нуқсонига хоledоханинг четки некрози ўз ўрнига эга бўлган икки ҳолатда лапароскопия ўт йўллари ташқи дренажини кейинчалик эндобилиар стентирлаш билан яқунланди. Бундан ташқари, эндобилиар стенлаш яна 8 нафар беморларда пуфакчали оқим культи беморларида (5) ва Лушки йўллари етишмаслиги бўлган (3) беморларда бажарилди. Ташқарига ўт ажралиб чиқиши ва ўтли перитонитлар бўлган беморларда ВЛСни қўллашни бу каби тактикаси барча ҳолатларда ҚИЭА ни кичик инвазив усули билан бартараф этиш имкониятини беради.

ВЛСнинг даволаш-ташхислаш имкониятлари шунингдек қорин ичига қон кетишига шубҳа бўлган 15 нафар беморларда қўлланилди, бундаги 10 ҳолатда манба, ўт қопининг ўрни, 3-да пуфакчали артерия, 2 да- қорин ичи чандиқларини эрта кесишиши бўлди. Усул ўт қопи ўрнидан қон кетиши

бўлган 10 нафар беморда ва чандиклардан қон кетиши бўлган 2 нафар беморнинг барчасида ишончли гемостазни бажаришга имкон берди. Бундан ташқари, ВЛСда 1 ҳолатда қон кетаётган пуфакчали артерияни клипирлашга (3-расмга қаранг), икки ҳолатда эса конверсия усулини қўллашга эришилди.

Абсцесслари бўлган диафрагма остили (5) ва жигар остили (1) нафар жами 6 (2,3%) нафар беморларда УТТи назорати остида йирингларни тери орқали дренажлаш муваффақиятли ўтказилди.



**3-расм. Қўшимча нуқсонли оқимни лапароскопик клипирлаш (бемор Х., чин бемор № 47587/1587).**

Юқорида айтиб ўтилганидек, назарат гуруҳидаги 134 (97,1%) ва асосий гуруҳнинг 43(35,2%) нафар беморларида релапаротомия усулидан фойдаланилди. Бунда шу нарсани таъкидлаш муҳимки, ЎЧЙларидан жарроҳлик амалиётидан сўнг ҚИЭАли беморларни анъанавий ёндошувда жарроҳлик усули билан даволашда фақат ¼ беморларда (38; 27,5%) ўт йўлларида тикловчи (24) ва реконструктив (14) жарроҳлик амалиётлари ўтказилади, релапаротомия бажарилган қолган жарроҳлик муолажа ҳолатларида кўпинча қорин бўшлиғини санация қилиш (39), пуфакчали оқим культи ёки Люшка оқимни (7) лигирлаш, гепатохоледохани ташқи дренажлаш (11), қон кетаётган томирни электрокоагуляцияси (24) билан чегараланади, уларни аксарият ҳолларда ВЛС ёрдамида бартараф этиш мумкин эди.

Тикловчи жарроҳлик амалиётлари жами бўлиб 33 нафар беморда бажарилди (7-жадвалга қаранг). Бунда четки шикастланган холедоханинг бутунлиги одатда 13 нафар беморда Т-симон дренажга ён чокларини қўйиш, 2 нафар беморда эса Вишневский дренажини қўйиш йўли билан тикланди. Яна бир ҳолатда асосий гуруҳдаги аёл беморга холедоханинг прецизион ён чоки, ташқи каркас дренажини қўлламаган ҳолда билиар стентни бирламчи эндоскопик ўрнатилгандан сўнг қўйилди.

17 нафар беморда умумий ўт оқимини тўлиқ кесиб ўтилиши билан «охирини охирига» типи бўйича бирламчи чок қўйилди (7-жадвалга қаранг). Бунда, агар назорат гуруҳ беморларида билиобилиар анастомозни (ББА) Кернинг Т-симон дренажи типига қўйилган бўлса, асосий гуруҳ беморларида эса анастомоз клиника усули бўйича ташқи металл каркасда шакллантирилди.

Магистрал ЎЧЙни «янги» ятроген шикастланиши бўйича ўтқизилган реконструктив жарроҳлик амалиётлари 30 нафар беморларда бажарилди, жумладан Ру бўйича бигепатикоэнтероанастомоз 8 нафар беморда, Ру бўйича гепатикоэнтероанастомоз–12 нафар ва Браун бўйича ичаклараро анастомоз билан гепатикоэнтероанастомоз–10 нафар беморларда бажарилди (7-жадвалга қаранг).

#### 7-жадвал

### Жигардан ташқари оқимларни ятроген шикастланишида реконструктив-тикланувчи жарроҳлик амалиётларини тавсифи, n=63

Жарроҳлик амалиёт тавсифи	Назорат гр., n=38	Асосий гр., n=25
Тикловчи жарроҳлик амалиётлари, n=33		
Дренаждаги холедоханинг ён чоклари	14	2
Охирини охирига билиобилиар анастомози	10	7
Реконструктив жарроҳлик амалиёти, n=30		
Ру бўйича бигепатикоэнтероанастомоз	4	4
– Сейпол – Куриан бўйича СТБда	3	-
– Фелькер бўйича СТБ	1	-
– СТД сиз	-	4
Ру бўйича гепатикоэнтероанастомоз	6	6
– Прадер – Смит бўйича СТДда	1	1
– СТД сиз	5	5
Браун бўйича ичаклараро анастомозли гепатикоэнтероанастомоз	4	6
– СТД Прадер – Смит бўйича СТБда	1	2
– СТД сиз	3	4

Билиодигестив анастомозни кенгайманган оқими бўлган беморларда Сейпол-Куриан бўйича алмаштирилувчи трансжигар дренажини (3), Фелькер бўйича (1) ва Прадер–Смит бўйича (2) дренажини ўрнатишга ҳаракат қилинди. Асосий гуруҳ беморларида 13 ҳолатда реконструктив жарроҳлик амалиёти бажарилганида (n=16) билиодигестив анастомозлар СТДни қўлламаган ҳолда ташқи металл каркасда шакллантирилди, бу анастомозларни ўрнатилмаслиги, стриктурлар ривожланиш ҳавфини пасайтиради ва кенгаймаган оқимлар шароитида анастомозни қўйиш техникасини

осонлаштиради. Ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан кейин ривожланувчи ҚИЭА сабаблли бажарилган эндобилиар ва жарроҳлик аралашувларини жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларининг сони етарли даражада юқори бўлиб қолади ва ўртача 16,2% ни ташкил этади (8-жадвалга қаранг). ВЛСни қўллашга ва кўрсатмаларни кенгайтириши ва эндоскопик транспапилляр аралашувлар жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни 19,6 дан 12,3%гача, жарроҳлик амалиётидан кейинги ўлим кўрсаткичларини -6,5%дан 2,5%гача пасайтиришга ва касалхонада даволаниш муддатларини 21,4±1,9 дан 10,8±1,2гача койка-кунга қисқартиради.

8-жадвал.

**Билиар жарроҳлик амалиётидан кейин ҚИЭА сабаблли бажарилган такрорий аралашувлар натижалари**

Асоратлар тури	Назорат гуруҳи, n=138		Асосий гуруҳ, n=122		Жами, n=260	
	авс.	%	авс.	%	авс	%
<b>Номахсус:</b>	17	12,3	9	7,4	26	10,0
ж/а кейин ярани йириглаши	11	8,0	5	4,1	16	6,2
ж/а кейинги зотилжам	2	1,4	2	1,6	4	1,5
ОИМ	1	0,7	1	0,8	2	0,8
ТЭЛА	2	1,4	1	0,8	3	1,2
сепсис, септик шок	1	0,7	-		1	0,4
<b>Махсус:</b>	10	7,2	6	4,9	16	6,2
Қорин ичи қон кетиши	2	1,4	1	0,8	3	1,2
ЭПСТда ДПК деворини шикстланиши			1	0,8	1	0,4
Қорин бўшиғиабцесслари	3	2,2	2	1,6	5	1,9
Перитонит	4	2,9	1	0,8	5	1,9
Ичаклар тугилиши	1	0,7	1	0,8	2	0,8
<b>ж/а кейинги жами асоратлар</b>	27	19,6	15	12,3	42	16,2
	$\chi^2=2,527, p=0,112, p>0,05$					
<b>Вафот этганлар</b>	9	6,5	3	2,5	12	4,6
	$\chi^2=2,428, p=0,120, p>0,05$					
Касалхонада даволаниш муддатлари, койка-кун	21,4±1,9		10,8±1,2		p<0,01	

Ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан кейин ривожланувчи ҚИЭА сабаблли бажарилган жарроҳлик ва эндобилар аралашувларнинг жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлари сони етарли даражада юқори бўлиб қолади ва ўртача 16,8%ни ташкил этади.

## ХУЛОСАЛАР

«Ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан кейинги қорин ичи эрта асоратлари» мавзусидаги тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) илмий даражасини олиш учун бажарилган диссертация иши натижалари бўйича куйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Шошилишчи холицистэктомиядан сўнг ҚИЭА сони 1,8% (ЛХЭ дан сўнг) дан 3,3% (анъанавий ХЭдан сўнг) гачани ва 4,6% (минилапаротом ХЭдан сўнг) дивазон билан 2,5%ни ташкил этади. Холецистэктомияларда гепатохоледоханинг ятроген шикастланишини сони 0,7-0,8% гача чегарасида ўзгариб туради. Такрорий аралашувни талаб этувчи ҚИЭА тузилмасида оқимлар тизимини бутунлигини бузилиши билан боғлиқ бўлган асоратлар устунликка эга бўлади: 41,9% ҳолатларда ташқи (23,8%) ёки қорин ичи (18,1%) ўт ажралиши, 26,2% ҳолатларда –жигардан ташқари магистрал ўт йўллари шикастланиши; сони бўйича кейинги ўринни қорин ичи қон кетишлари (16,2%) ва қорин бўшлиғи абсцесслари (15,8%) эгаллайди.

2. Ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан сўнг УТТнинг сезувчанлиги, махсуслиги в самарадорлиги 94,6%, 80,9% ва 87,7%, мос холда ташкил этди. ХЭдан кейинги ўт йўллари кенгайиши магистрал ўт йўллари шикастланишини бевосита сонографик белгиси бўлиб ҳисобланади: жигардан ташқари ва жигар ичи ўт йўллари кенгайиши холедохнинг тўлиқ блокини кўрсатади, ўт йўллари проксимал бўлимини кенгайиши ва жигардан ташқари ўт йўллари сезиларсиз кенгайиши эса – ўт йўллари қисман блокланишини кўрсатади.

3. ҚИЭАли беморларда қўлланилган МСКТ ҳам шунингдек ЎЧЙларини аниқлашда етарли даражада чегараланган ташхисий имкониятга эга, бироқ қорин бўшлиғида суюқликларни йиғилишини аниқлаш, айниқса абсцессларни ажратиб олишда юқори маълумотли бўлиб ҳисобланади, бунда сезувчанлик, махсуслик ва самарадорлик кўрсаткичлари мос холда 96,4%, 100% ва 99,0% ни ташкил этди. ЎЧЙ блокини давомийлиги даражасини аниқлашдаги махсуслик, сезгирлик ташхислаш самарадорлиги мос холда 98,0%, 100% ва 99,0% ни ташкил этади.

4. ЎЧЙларидан жарроҳлик амалиётидан сўнг ҚИЭАли беморларни анъанавий ёндошувда жарроҳлик усули билан даволашда фақат беморларда 27,5% ўт йўлларида тикловчи ва реконструктив жарроҳлик амалиётлари ўтказилади, релапаратомия бажарилган қолган жарроҳлик муолажа ҳолатларида кўпинча қорин бўшлиғини санация қилиш, пуфакчали оқим культи ёки Люшка оқимни лигирлаш, гепатикохоледохани ташқи дренажлаш, қон кетаётган томирни электрокоагуляцияси билан чегараланади, уларни аксарият ҳолларда видеоэндоскопик техника ёрдамида баргараф этиш мумкин эди.

5. Махсус ишлаб чиқилган даволаш-ташхислаш алгоритми асосига қурилган модификацияланган интеграл шкала асосидаги ҚИЭА кечиш оғирлик тоифасини функционал башоратига эга бўлган ўт йўлларидаги жарроҳлик амалиётидан сўнг ҚИЭА ли беморларни даволаш тактикасини

танлашни таклиф этилган компьютер дастури мазкур оғир тоифали беморларда реллапаратомия сонини 97,1% дан 35,2% гача, такрорий жарроҳлик аралашувлари жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларини 19,6% дан 12,3% гача, жарроҳлик амалиётидан кейинги ўлим ҳолатини -6,5% дан 2,5% гача пасайтиришга сабаб бўлади.



**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ  
ЦЕНТРЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

---

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**ПУЛАТОВ МАХМУДЖОН МУРАТДЖОН УГЛИ**

**РАННИЕ ВНУТРИБРЮШНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ  
НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ**

**14.00.40 – Экстренная медицина**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ  
ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**ТАШКЕНТ – 2021**

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за номером №B2018.4.PhD/Tib 735.

Диссертационная работа выполнена в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета ([www.emerg-centre.uz](http://www.emerg-centre.uz)) и информационно-образовательном портале «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Научный руководитель:** Хаджибаев Абдухаким Муминович,  
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты:** Ризаев Камол Саидакбарович,  
доктор медицинских наук

Хахимов Мурад Шавкатович,  
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:** Центр развития профессиональной квалификации  
медицинских работников

Защита состоится « 8 » апреля 2021 г. в 14:00 часов на заседании научного совета DSc.04/30.12.2019. Tib.63.01 при Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (адрес: 100081, Ташкент, Чиланзарский район, Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05; e-mail: [uzmedicine@mail.ru](mailto:uzmedicine@mail.ru)).

С диссертацией можно ознакомиться в информационно-ресурсном центре Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (зарегистрирована за № 01). Адрес: 100115, Ташкент, Чиланзарский район, ул. Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05.

Автореферат диссертации разослан « 30 » марта 2021 года.

(реестр протокола рассылки № 01 от 8 апреля 2021 года).



**Д.А. Алимов**  
Заместитель председателя научного совета  
по присуждению ученых степеней доктор  
медицинских наук

**Х.Э. Анваров**  
Ученый секретарь научного совета по  
присуждению ученых степеней, доктор  
философии (PhD)

**Б.К. Алтнев**  
Председатель научного семинара при  
научном совете по присуждению ученых  
степеней, доктор медицинских наук

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** Распространенность острой билиарной патологии в мире, улучшение ее диагностики, а также внедрение в клиническую практику малоинвазивных методов лечения привели к повсеместному увеличению количества операций по поводу этих заболеваний. По данным Всемирного Союза хирургов, «...на сегодняшний день в мире выполняются более 1 миллиона, в России – 60000, а в Республике Узбекистан только по поводу острых форм холециститов ежегодно проводятся около 4-5 тысячи различных вариантов холецистэктомий (ХЭ)...»<sup>1</sup>. В настоящее время в арсенале лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений применяются различные вмешательства. Однако после таких вмешательств у ряда пациентов увеличивается количество ранних внутрибрюшных осложнений (РВБО), требующих повторного хирургического вмешательства и смертность варьирует от 0,4 до 2,3%. Ведущее место среди РВБО после операций на желчных путях занимают послеоперационный «...перитонит до 0,3%-1,5%, абсцессы брюшной полости до 0,8%, желчеистечение до 4,6% и внутрибрюшное кровотечение до 4,0%...»<sup>2</sup>. На сегодняшний день несмотря на развитие хирургических методик, анестезиологии и интенсивной терапии, фармакологии, не существует единого решения проблемы диагностики и лечения РВБО после операций на желчных путях.

В мире проводится ряд научных исследований, направленные на совершенствование диагностики и лечения внутрибрюшных осложнений после операций на желчных путях. В этой связи подробное описание количества, причин и структур РВБО после экстренных, эндобилиарных, лапароскопических и открытых хирургических вмешательств, характеристики семиотики заболевания на желчных путях, создание системы терапии, направленное на разработку ответствующей компьютерной программы и интегральной шкалы прогнозирования тяжести течения заболевания, а также комплекса оздоровительных мер имеет особое значение.

В нашей стране уделяется особое внимание на совершенствование системы здравоохранения, в частности повышению качества диагностики, терапии и профилактики различных хирургических заболеваний. В соответствии со Стратегией действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы для поднятия уровня медицинских услуг на новую ступень поставлены задачи как «...повышение доступности и качества оказания специализированной медицинской помощи, дальнейшее реформирование системы скорой и экстренной помощи,

---

<sup>1</sup>Алиев Ю.Г. Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни из лапаротомного и миниинвазивных доступов // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2014. – №7. – С. 21-25.

<sup>2</sup>Garcés-Albir M., Martí-Fernández R. et al. The role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the management of iatrogenic bile duct injury after cholecystectomy // Rev. Esp. Enferm. Dig. – 2019. – Vol. 111, №9. – P. 690-695.

профилактика инвалидности...». Очевидно, что поиск адекватных методов лечения и профилактики ранних внутрибрюшных осложнений после операций на желчных путях является одним из актуальных направлений. Исходя из этого, одним из важнейших направлений является правильное лечение и профилактика ранних внутрибрюшных осложнений после операций на желчных путях.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан №УП-4947 от 7 февраля 2017 года «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», №УП-4985 от 16 марта 2017 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи», №УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», в Постановлении Президента Республики Узбекистан №ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данном направлении.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий Республики Узбекистан VI «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** Вопросы профилактики и выбора тактики хирургического лечения ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков (ЖВП) и последующих специфичных послеоперационных осложнений остаются актуальной проблемой гепатобилиарной хирургии. Постоянное внедрение в процесс диагностики и лечения заболеваний ЖВП новых технологий и методов вызывает новые виды ятрогенных повреждений. В связи с этим активно изучаются причины интраоперационных повреждений внепеченочных желчных путей, среди которых ведущее место занимают аномалии желчных путей и сосудов в области ворот печени, воспалительный инфильтрат и рубцовые сращения у шейки желчного пузыря, возникшее во время операции кровотечение, вынужденные оперативные вмешательства в ночное время, наличие синдрома Мирizzi, квалификация хирурга и др. (Garcés-Albir M, Martí-Fernández R et al., 2019; Cremer A., Arvanitakis M., 2016). К сожалению, несмотря на многочисленные исследования, до настоящего времени сохраняются пробелы в вопросах тактики лечения РВБО после экстренных билиарных операций. В частности, не установлены роль и место в лечебной программе различных РВБО миниинвазивных вмешательств, очередность применения традиционных и малоинвазивных хирургических вмешательств у больных с РВБО после операций на желчных путях. Не разработан лечебно-диагностический алгоритм РВБО после операций на желчных путях с указанием четких стандартов действия в конкретных клинических ситуациях. Решение этих

проблем представляется нам возможным путем разработки интегральной шкалы прогноза категории тяжести течения РВБО. В дальнейшем после включения в разработанную интегральную шкалу сведений о лечении (вид оперативного вмешательства, сроки, объем интенсивной консервативной терапии, последовательность лечения) будет создана компьютерная программа выбора тактики лечения РВБО после операций на желчных путях.

**Связь темы диссертации с научно-исследовательской работой научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан в рамках прикладного грантового проекта РНЦЭМП №ПЗ-2018- 090921394 по теме: «Совершенствование хирургической тактике и разработки методов реконструктивных вмешательств в экстренной хирургии гепатобилиарного тракта» (2018-2020 гг.).

**Целью исследования** является улучшение результатов диагностики и лечения ранних внутрибрюшных осложнений после операций на желчных путях с применением современных высокоинформативных диагностических методов и малоинвазивных вмешательств.

**Задачи исследования:**

оценить частоту, причины и структуру РВБО, развивающихся после различных экстренных эндобилиарных, лапароскопических и открытых вмешательств на желчных путях;

оценить в сравнительном аспекте информативные методы лучевой диагностики РВБО после операций на желчных протоках, подробно описать семиотику заболевания;

определить наиболее информативные предикторы тяжести течения и риска развития РВБО путем достоверной идентификации и стратификации, разработать интегральную шкалу прогноза тяжести течения заболевания и соответствующую компьютерную программу выбора тактики хирургического лечения послеоперационных осложнений;

оценить результаты эндобилиарных транспапиллярных вмешательств, эндовидеохирургической техники и видеоэндоскопической технологии, а также расширить показания на основе систематизации 18-летнего клинического опыта РНЦЭМП по диагностике и хирургическому лечению РВБО, развившихся после операций на желчных путях.

**Объектом исследования** взяты 260 больных с РВБО после хирургических операций на желчных путях, находившихся на стационарном лечении в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи и его областных филиалах в 2001-2018 гг.

**Предметом исследования** послужили материалы результатов традиционных и новых способов диагностики и лечения больных с различными видами РВБО после экстренных билиарных вмешательств.

**Методы исследования.** Для выполнения поставленных в исследовании задач клинические симптомы готовности пациентов к операции и общее

состояние оценивались клинически; ранние интраабдоминальные осложнения диагностировались инструментально на основе УЗД, МРТ, ЭРПХГ, видеолапароскопии, а полученные результаты повторно обрабатывались методами статистических исследований.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

были раскрыты ранние внутрибрюшные осложнения после различных экстренных эндобилиарных, лапароскопических и открытых хирургических вмешательств на желчных протоках и клинические особенности развития клинических симптомов как боль, дефанс, возникающие в результате нагноения места удаления желчного пузыря и развития перитонита;

разработана интегральная шкала на основе значимых характеристик показателей заболевания, направленная на оценку диагностической категории тяжести различных ранних внутрибрюшных осложнений после экстренной билиарной хирургии;

доказана эффективность восстановительно-реконструктивного хирургического вмешательства в режиме терапии различных ранних внутрибрюшных осложнений, распространения желчи в брюшную область, кровотечения и ятрогенного статуса после операций на желчных путях;

совершенствована схема лечения в зависимости от видеолапароскопии, чрескожной визуализации и техники и тактики выполнения пункционных этапов при диагностике-лечении в системе экстренной медицинской помощи с учетом симптомов категории заболевания после хирургического вмешательства на желчных путях.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

дана оценка эффективности традиционных и современных методов диагностики и лечения различных ранних внутрибрюшных осложнений после операций на желчных путях;

изучены причины развития различных ранних внутрибрюшных осложнений после экстренных билиарных хирургических вмешательств;

разработана компьютерная программа выбора дифференцированной тактики лечения.

**Достоверность результатов исследования** подтверждена использованных теоретических подходов и методов, методологически правильным проведением исследований, достаточным количеством больных, использованием современных взаимодополняющих клинических, лабораторных, инструментальных, медико-биологических и статистических методов, а также сопоставлением коррекции ранних внутрибрюшных осложнений после операций на желчевыводящих путях с международным и отечественным опытом, заключения и полученные результаты были подтверждены полномочными структурами.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.** Теоретическая значимость полученных результатов исследования заключается в формировании новых конкурентоспособных методов диагностики и лечения заболеваний, клинико-функциональных особенностей

различных РВБО после операций на желчевыводящих путях, требующих хирургического вмешательства, с высоким риском летальности и инвалидности, отдельные результаты объясняются совершенствованием структуры и содержания диагностики и лечения пациентов с различными РВБО после хирургических вмешательств на желчных путях.

Практическая ценность работы заключается в том, что содержащиеся в ней основные выводы и рекомендации могут использоваться в диагностике и лечении различных РВБО после операций на желчных путях, требующих выполнения оперативных вмешательств, выбор тактики лечения, основанный на таких типах осложнений, как желчеистечение, кровотечение и перитонит, объясняется значительным оптимизированием за счет разработки новых компьютерных программ и интегрированной шкалы для прогнозирования категории их тяжести.

**Внедрение результатов исследования.** На основе результатов оценки совершенствованных методов диагностики и лечения ранних внутрибрюшных осложнений после операций на желчных путях:

разработаны методические рекомендации «Выбор тактики лечения ранних внутрибрюшных осложнений после операций на желчных протоках» (Заключение Министерства здравоохранения №8н-р/448 от 23 ноября 2020 года). Методические рекомендации способствовали улучшению качества жизни больных путем выбора тактики ранней диагностики и лечения ранних внутрибрюшных осложнений после операций на желчных путях;

утверждено рационализаторское предложение «Шкала прогноза категории тяжести течения РВБО после операций на желчных путях» (Заключение Министерства здравоохранения №8н-р/448 от 23 ноября 2020 года). Научные результаты позволили статистически достоверно прогнозировать возможную категорию тяжести течения РВБО после операций на желчных путях;

полученные научные результаты, направленные на улучшение ранних внутрибрюшных осложнений после операций на желчных путях, разработанные на основе научных результатов, направленных на диагностику тяжести течения и эффективное лечение ранних внутрибрюшных осложнений после экстренных билиарных хирургических вмешательств внедрены в практическое здравоохранение, в частности в практическую деятельность отделений экстренной хирургии Самаркандского и Джизакского филиалов Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (Заключение Министерства здравоохранения 8н-з/4 от 6 января 2021 года). Внедрение полученных данных в практику позволило улучшить результаты лечения ранних внутрибрюшных осложнений после операций на желчных путях, а также уменьшить количество осложнений после хирургических операций на 11,4%, летальных исходов до 2,5% и сократить сроки пребывания больных в стационаре до  $10,8 \pm 1,2$  дня.

**Апробация научных результатов.** Результаты данного исследования были обсуждены на 4 научно-практических конференциях, в том числе, 2 международных и 2 республиканских научно-практических конференциях.

**Опубликованность научных результатов.** По теме диссертации опубликовано 14 научных работ, в том числе 6 журнальных статей в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций, из них 4 республиканских и 2 зарубежных (Scopus).

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, списка используемой литературы. Объем диссертации составляет 129 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обосновываются актуальность и востребованность проведенного исследования, его цель и задачи, характеризуются объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, представлены сведения о внедрении результатов исследования в практику, а также об опубликованных работах и структуре диссертации.

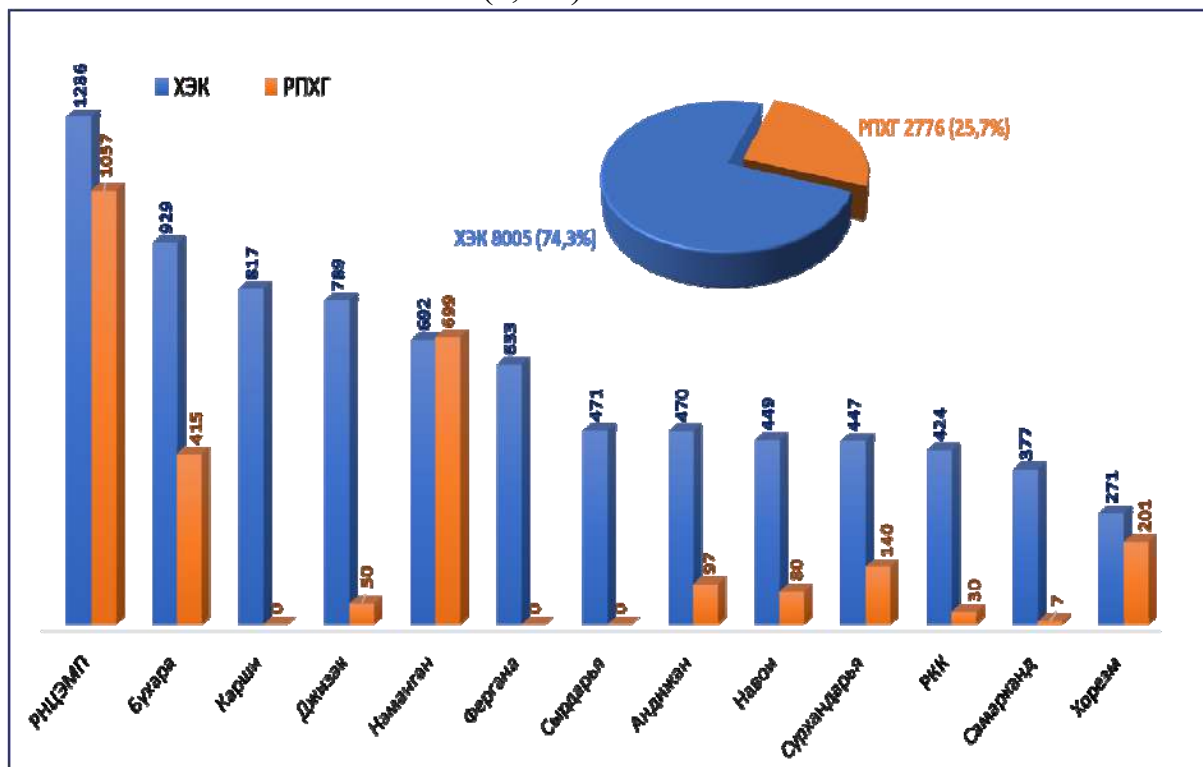
В первой главе диссертации **«Современные аспекты диагностики и лечения ранних внутрибрюшных осложнений после операций на желчных путях»** проанализирована зарубежная и отечественная литература о распространенности и причинах развития РВБО после хирургических операций на желчных путях, критериях оценки тяжести, диагностике, классификации и способах лечения РВБО; обозначены дискуссионные вопросы, требующие дальнейших исследований, а также намечен авторский подход к научному решению данной проблемы.

Во второй главе **«Материал и методы оценки ранних внутрибрюшных осложнений после операций на желчных путях»** дана клиническая характеристика больных с РВБО и использованных в работе методах исследования. Только по поводу острого холецистита и холедохолитиаза в РНЦЭМП и его 13 областных филиалах ежегодно выполняется более 10 тыс. вмешательств на ЖВП, в том числе более 8 тыс. холецистэктомий и около 2,7 тыс. ретроградных эндобилиарных процедур (рис. 1).

В частности, только в РНЦЭМП за период с 2001 по 2018 гг. было осуществлено 10218 операций на ЖВП по поводу острых и осложненных форм ЖКБ, после чего клинически значимые РВБО, потребовавшие повторных эндобилиарных, лапароскопических или открытых вмешательств, наблюдались у 260 (2,5%) пациентов. Наиболее часто послеоперационные осложнения возникали после минилапаротомных ХЭ (4,6%), в связи с чем в последние годы мы не используем этот хирургический доступ при



выполнении холецистэктомий по поводу острых калькулезных холециститов. Более половины (53,3%) первичных хирургических вмешательств была выполнена лапароскопическим способом, при котором зафиксировано наименьшее количество РВБО (1,8%).



**Рис. 1. Количество холецистэктомий и РПХГ, выполненных в РНЦЭМП и его областных филиалах в 2018 г.**

После традиционной холецистэктомии, выполненной у больных острым калькулезным холециститом, такие осложнения составили 3,3%. В исследование были включены также 35 больных с РВБО, развившимися после открытых вмешательств на гепатикохоledoхе по поводу механической желтухи доброкачественного (33) и злокачественного (2) генеза (табл. 1).

**Таблица 1**

**Характер первичной операции у больных с РВБО**

Характер первичной операции	Число первичных операций		Количество РВБО			
			всего		в т.ч. повреждения гепатикохоledoха	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Традиционная ХЭ	2580	25,1	86	3,3	21	0,8
МХЭ	864	8,4	40	4,6	6	0,7
ЛХЭ	5482	53,3	99	1,8	41	0,7
Открытые вмешательства на гепатикохоledoхе	1354	13,2	35	2,6	-	-
Всего	10280	100	260	2,5	68	0,7

260 пациентов с РВБО были разделены на 2 группы. **Контрольную группу** составили 138 (53,1%) больных, у которых применялась традиционная лечебно-диагностическая тактика, в **основную группу** были включены 122 (46,9%) пациента, у которых на этапах диагностики и лечения использовали современные методы лучевой диагностики, интервенционные эндобилиарные вмешательства и видеоэндохирургическую технику, а также компьютерную интеллектуальную поддержку при определении прогноза тяжести клинического течения послеоперационных осложнений и выборе персонализированного лечения (рис. 2).



**Рис. 2. Объем и характер лечебно-диагностических методов, использованных у больных.**

Среди больных с РВБО было 178 (68,5%) женщин и 82 (31,5%) мужчины (табл. 2), что примерно отражает половую структуру в общей популяции больных, подвергаемых хирургическим вмешательствам по поводу заболеваний ЖВП. Средний возраст пациентов составил  $56,4 \pm 4,8$  года, при этом отношение больных молодого и среднего возраста к числу пациентов пожилого и старческого возраста было равно 1,3/1. У абсолютного большинства больных (177; 68,1%) в структуре РВБО преобладали осложнения, так или иначе связанные с протоковой системой. В частности, у 109 (41,9%) из них наблюдалось желчеистечение, которое у 62 (23,8%) больных имело наружный характер при наличии дренажа в брюшной полости, а у 47 (18,1%) проявилось в виде желчного перитонита. Еще у 68 (26,2%) обследованных диагностировано повреждение магистральных внепеченочных желчных протоков (табл. 2). Остальным 83 (31,9%) пациентам повторные вмешательства по поводу РВБО потребовались из-за

внутрибрюшного кровотечения (42; 16,2%) и абсцесса брюшной полости (41; 15,8%).

**Таблица 2**

**Демографическая и клиническая характеристика больных с РВБО**

Показатель	Контрольная группа, n=138		Основная группа, n=122		Всего, n=260	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пол						
- муж.	46	33,3	36	29,5	82	31,5
- жен.	92	66,7	86	70,5	178	68,5
$\chi^2$ -тест	$\chi^2=0,439, p=0,508, p>0,05$					
Возраст, лет						
- 19-44	17	12,3	25	20,5	42	16,2
- 15-59	56	40,6	51	41,8	107	41,2
- 60-74	54	39,1	37	30,3	91	35,0
≤75	11	8,0	9	7,4	20	7,7
$\chi^2$ -тест	df=3, $\chi^2_{\text{стат}}=4,164, \chi^2_{\text{крит}}=7,815, p=0,245, p>0,05$					
Характер РВБО						
- повреждение внепеченочных протоков	38	27,5	30	24,6	68	26,2
- наружное желчеистечение	36	26,1	26	21,3	62	23,8
- желчные перитониты	22	15,9	25	20,5	47	18,1
- внутрибрюшные кровотечения	24	17,4	18	14,8	42	16,2
- абсцессы брюшной полости	18	13,0	23	18,9	41	15,8
$\chi^2$ -тест	df=4, $\chi^2_{\text{стат}}=3,240, \chi^2_{\text{крит}}=9,488, p=0,519, p>0,05$					

В третьей главе «Совершенствование диагностики ранних внутрибрюшных осложнений после операций на желчных путях» проведена оценка информативности новых подходов к диагностике и новой интегральной шкалы оценки тяжести состояния больных и течения РВБО. Если у пациентов контрольной группы в выявлении послеоперационных осложнений и определении показаний к релапаротомии ориентировались, главным образом, на результаты традиционных методов (появление и прогрессирование клинических, лабораторных и ультразвуковых признаков механической желтухи, перитонита, внутрибрюшного кровотечения и желчеистечения), то у больных основной группы достаточно широко использовали современные средства эндовизуализации. Так, МСКТ выполнена в 27,9% случаев, МРТ-холангиография – в 44,3%, ЭРХПГ – в 71,3%, ЧЧХС – в 34,4%, видеолапароскопия – в 43,4% (табл. 3).

Сегодня наиболее доступным и достаточно информативным методом скринингового мониторинга больных в послеоперационном периоде после

вмешательств на ЖВП является трансабдоминальное УЗИ, которое было применено у всех 260 пациентов.

**Таблица 3**

**Методы обследования больных с РВБО**

Метод исследования	Контрольная группа, n=138		Основная группа, n=122	
	абс.	%	абс.	%
Оценка клинической картины	138	100	122	100
Общеклинический анализ крови	138	100	122	100
Биохимический анализ крови	138	100	122	100
УЗИ органов брюшной полости	138	100	122	100
R-графия груди и живота	74	53,6	67	54,9
МСКТ	-	-	34	27,9
МРТ-холангиография	-	-	54	44,3
ЭРХПГ	-	-	87	71,3
ЧЧХС	-	-	42	34,4
Видеолапароскопия	-	-	53	43,4

Ультразвуковая семиотика РВБО складывается из таких сонографических признаков как наличие свободной жидкости в правом подпеченочном пространстве (выявлено у 49,2% больных) и/или в других отделах брюшной полости (27,7%), скопления гнойников в различных отделах брюшной полости (13,8%), расширение вне- и внутрипеченочных желчных протоков (соответственно 15,0 и 10,4%) (табл. 4).

Расширение желчных протоков у больных после холецистэктомии мы относим к прямым сонографическим признакам ятрогенного их повреждения. Так, при пересечении или иссечении с перевязкой гепатикохоледоха, когда имеет место полный блок, на УЗИ визуализируется выраженное расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков. У больных с частичным блоком желчных протоков отмечается расширение проксимальных отделов желчных путей и незначительное расширение внутрипеченочных желчных протоков.

У больных с желчеистечением диаметр желчных протоков, как правило, оставался в пределах нормы. В единичных случаях (4) удалось визуализировать камни в просвете общего желчного протока. Наружное желчеистечение через функционирующую дренажную трубку при УЗИ проявляется небольшим количеством свободной жидкости в проекции ложа желчного пузыря и правого подпеченочного пространства. Следует отметить, что у 20 (7,7%) больных с наружным желчеистечением и у 3 (1,2%)

пациентов с перевязкой общего желчного протока в ранние сроки после операции обнаружить патологические изменения на сонограммах нам не удалось (табл. 4).

**Таблица 4**

**Частота выявления ультразвуковых признаков РВБО, n=260**

Ультразвуковой признак	Число больных	
	абс.	%
Свободная жидкость в подпеченочном пространстве	128	49,2
Свободная жидкость в брюшной полости	72	27,7
Ограниченные жидкостные скопления	36	13,8
Расширение проксимальных отделов ЖВП	39	15,0
Расширение внутрипеченочных желчных протоков	27	10,4
Наличие камней в общем желчном протоке	4	1,5
Расширение петель и аперистальтика кишечника	50	19,2
Патологии в брюшной полости не обнаружено	23	8,8

При внутреннем желчеистечении при УЗИ выявляли свободную жидкость в нескольких отделах брюшной полости, распространенность которой зависела от срока, прошедшего с момента хирургического вмешательства, и источника поступления желчи. Чувствительность, специфичность и эффективность УЗИ в выявлении свободной жидкости в брюшной полости составляет соответственно 94,6, 80,9 и 87,7%.

У больных с послеоперационными абсцессами брюшной полости, как правило, визуализировали ограниченные жидкостные скопления в подпеченочном или правом поддиафрагмальном пространстве. Объемы и форма абсцессов были различными, экоструктура во всех случаях была неоднородной.

Рентгенография грудной клетки и живота выполнена 141 (54,2%) больному с РВБО, у которого были выявлены следующие рентгенологические признаки: чаши Клойбера – в 61,7% случаев, свободный газ под куполами диафрагмы – в 31,2%, пневматоз кишечника – в 52,5%, высокое стояние купола диафрагмы – в 47,5%, ограничение экскурсии купола диафрагмы – в 46,8%. Ни один из перечисленных рентгенологических симптомов не являются патогномоничными для ятрогенного повреждения ЖВП.

МСКТ, использованная у 34 больных с РВБО, также имеет достаточно ограниченные диагностические возможности в визуализации ЖВП, однако оказалась высокоинформативной в выявлении жидкостных скоплений в брюшной полости, особенно в идентификации абсцессов: чувствительность,

специфичность и эффективность метода составила соответственно 96,4, 100 и 99,0%.

Решающее значение в диагностике ятрогенных повреждений ЖВП имели методы прямого контрастирования желчных протоков, главным образом ЭРПХГ, которая использована у 87 (71,3%) больных основной группы (табл. 3). Метод позволил визуализировать наличие блока контраста в холедохе (в 48,3% случаев), затекание контраста в брюшную полость (42,5%), резидуальные камни холедоха (31,0%) и наружные свищи (43,7%).

Кроме того, у 42 (34,4%) основной группы при признаках высокого блока ЖВП или при неудачных попытках выполнения ЭРПХГ была осуществлена ЧЧХГ, для которой была характерна аналогичная с ЭРПХГ рентгеносемиотика РВБО (уточнение уровня блока или стеноза желчных протоков, визуализация источников желчеистечения). Во всех случаях ЧЧХГ дополнена установкой ЧЧХС, что позволило миниинвазивным способом осуществить декомпрессию ЖВП у 40 пациентов. У 2 (4,8%) из 42 больных имели место осложнения после ЧЧХГ в виде подтекания желчи в одном случае и кровотечение в брюшную полость – в другом, потребовавшие экстренной реоперации.

В связи с этим в последние годы у больных механической желтухой и при подозрении на ятрогенное повреждение ЖВП мы широко используем диагностические неинвазивный и безопасный метод визуализации желчных протоков – МРТ-холангиографию, которую мы применили у 54 (44,3%) больных основной группы. Специфичность, чувствительность и диагностическая эффективность метода в определении уровня и протяженности блока ЖВП составляет соответственно 98,0, 100% и 99,0%. Эти показатели были заметно ниже в определении затекания желчи за пределы желчных протоков: соответственно 93,5, 87,5 и 90,5%.

Согласно задачам исследования в рамках диссертационной работы была разработана новая интегральная шкала прогноза тяжести течения РВБО после операций на желчных протоках путем модификации и адаптации шкалы SAPS (Удостоверение ТашиУВ на рационализаторское предложение № 00115 от 29.06.2020 г.). Расчеты прогностической ценности различных клинических признаков, результатов лабораторных и инструментальных методов обследования пациентов позволили выделить 18 наиболее важных предикторов отягощенного течения РВБО, которые составили основу разработанной нами модифицированной шкалы прогноза категории тяжести течения РВБО (табл. 5).

В шкале предусмотрено три категории тяжести течения внутрибрюшных осложнений после операций на желчных путях: I категория – 18,0-30,8 балла, II категория – 30,9-42,7 балла, III категория – 2,8-57,0 балла. Подобное ранжирование в рамках предложенной интегральной шкалы прогноза тяжести течения РВБО после операций на желчных путях отличалось высокими показателями чувствительности (81,2%), специфичности (79,8%) и общей точности (80,5%).

**Четвертая глава «Оптимизация процесса лечения больных с ранними внутрибрюшными осложнениями после операций на желчных путях»** посвящена сравнительному анализу результатов лечения РВБО после операций на желчных путях у больных контрольной и основной групп. Как было отмечено выше, если у пациентов контрольной группы (n=138) показания к повторным хирургическим вмешательствам по поводу РВБО устанавливали на основании клинических и УЗ-данных формирования желчеистечения, перитонита или кровотечения, то у больных основной группы широко использовали диагностические/лечебные возможности МСКТ, МРТ-холангиографии, ЭГХПГ, ЧЧХС, видеолапароскопии (см. табл. 3).

**Таблица 5**

**Модифицированная шкала прогноза категории тяжести течения РВБО**

№	Предиктор	Баллы и соответствующие им числовые значения показателей						
		3	2	1	0	1	2	3
X1	Возраст, лет				<45	46-55	56-65	66-75
X2	Пульс, в 1 мин	<40	40-54	55-69	70-109	110-139	140-179	>179
X3	АД сист, мм рт. ст.	<40	40-54	55-79	80-149	150-179	180-189	>189
X4	Температура тела, °С	30,0-31,9	32,0-33,9	34,0-35,9	36,0-37,4	37,5-38,4	38,5-38,9	39,0-40,9
X5	ЧДД, в 1 мин	<6	6-9	10-11	12-24	25-34	35-49	>49
X6	Диурез, л/24 ч	<0,20	0,20-0,49	0,50-0,69	0,70-3,49	3,50-4,99	>5,0	
X7	Мочевина крови, ммоль/л			<3,49	3,50-7,4	7,50-28,9	29-35,9	36-54,9
X8	Калий крови, мэкв/л	<2,5	2,5-2,9	3,0-3,4	3,5-5,4	5,5-5,9	6,0-6,9	>6,9
X9	Лейкоцитоз крови, 10 <sup>3</sup>				6,5-8,0	До 10,0	До 15,0	>15,0
X10	Нв (мг/л) и Нт (%) крови				120-130 42-45	100 35	50 25	<50 <25
X11	ПИК, усл. ед.				до 5,5	5,6-7,0	7,1-11,0	11,1-15,0
X12	Билирубин крови, ммоль/л				до 25,0	25-100	100-200	>200
X13	Сознание				ясное	оглушение	сопор	кома
X14	Перистальтика кишечника				активная	вялая	единичная	не выслушивается
X15	УЗИ, МСКТ свободная жидкость				нет	в малом тазу	малый таз+ боковой канал	по всему животу
X16	Чаши Клойбера				нет	единичные	множ.	смеш. множ.
X17	Наружное желчеистечение, мл				нет	<500,0	500-1000	>1000,0
X18	Распространенность перитонита				нет	местный	диффузный	разлитой

В выборе тактики лечения РВБО у больных основной группы использовали также специально разработанную в рамках диссертационной работы компьютерную программу (Свидетельство Агентства по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан № DGU 08594), которая обладает интуитивно понятным и удобным для заполнения пользовательским интерфейсом, позволяет хирургу оценить тяжесть течения послеоперационного периода и получить рекомендации по ведению пациента. Предложенная компьютерная программа выбора тактики лечения больных с РВБО после операций на желчных протоках работает на основе специально разработанного алгоритма, в котором центральное место занимают малоинвазивные лечебно-диагностические технологии. Применение данного программного продукта позволило снизить частоту релапаротомий у этой тяжелой категории больных с 97,1 до 35,2% (табл. 6). У 77 (63,1%) пациентов основной группы выявленные РВБО удалось успешно устранить с помощью эндобилиарных вмешательств (24; 19,7%), эндовидеохирургической техники (43; 35,2%), а также гибридного применения двух эндоскопических технологий – видеолапароскопии и эндоскопического транспапиллярного стентирования холедоха (10; 8,2%).

Оценка лечебно-диагностических возможностей ВЛС у 53 больных основной группы показала, что у 51 (96,2%) из них видеоэндохирургическая техника позволила не только установить точную причину РВБО, но и выполнить адекватное малоинвазивное устранение выявленных осложнений, в том числе у 10 (18,9%) пациентов применением гибридного подхода: ВЛС и эндоскопического ретроградного стентирования ЖВП. У 38 (71,7%) больных показанием к выполнению диагностической ВЛС служили клинические, ультразвуковые и МСКТ-признаки перитонита, биломы и желчеистечение из дренажной трубки. ВЛС подтвердила наличие и позволила оценить распространенность послеоперационного перитонита, в том числе у 12 (22,6%) пациентов выявить, санировать и дренировать подпеченочные (9) и поддиафрагмальные (3) абсцессы. У 26 (45,3%) больных были диагностированы желчеистечение и ограниченные биломы, у 14 связанные с несостоятельностью культи пузырного протока, у 8 – с повреждениями ходов Люшка, у 1 – с некрозом культи и устья пузырного протока и у 1 – с краевым дефектом правого долевого протока. У 2 пациентов установить причину биломы не удалось.

Видеолапароскопическая техника позволила выполнить лапароскопическое клипирование пузырного протока (9 б-х) и ходов Люшка (5 б-х) (рис. 3), наружное дренирование желчных протоков по Холстеду – Пиковскому (5 б-х). У 2 пациентов с краевым некрозом холедоха на уровне устья пузырного протока и краевого дефекта правого долевого протока лапароскопия завершена наружным дренированием желчных протоков с последующим эндобилиарным стентированием. Кроме того, эндобилиарное стентирование было выполнено еще у 8 больных с недостаточностью культи пузырного протока (5) и ходов Люшка (3). Подобная тактика применения



ВЛС у больных с желчными перитонитами и наружным желчеистечением позволила во всех случаях устранить РВБО миниинвазивным способом.

Лечебно-диагностические возможности ВЛС были использованы также у 15 больных с подозрением на внутрибрюшное кровотечение, источниками которого в 10 случаях было ложе желчного пузыря, в 3 – пузырная артерия, в 2 – ранее пересеченные внутрибрюшные спайки. Методика позволила выполнить надежный гемостаз у всех 10 больных с кровотечением из ложа желчного пузыря и у 2 пациентов с кровотечением из спаек. Кроме того, при ВЛС у 1 больного удалось клипировать кровоточащую пузырную артерию (рис. 3), у 2 пациентов пришлось прибегнуть к конверсии.

**Таблица 6**

**Характер и объем лечебных вмешательств, выполненных у больных с РВБО**

Вид вмешательства	Контрольная группа, n=138		Основная группа, n=122		Всего, n=260	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Эндобилиарные вмешательства			24	19,7	24	9,2
Лапароскопия (релапароскопия)			43	35,2	43	16,5
ЭРПХГ+стентирование+ лапароскопия			10	8,2	10	3,8
Чрескожное пункционное дренирование абсцессов	4	2,9	2	1,6	6	2,3
Релапаротомии:	134	97,1	43	35,2	177	68,1
- санация брюшной полости	39	28,3	3	2,5	42	16,2
- лигирование культи пузырного протока или протоков Люшка	7	5,1	0	0	7	2,7
- наружное дренирование гепатикохоледоха	11	8,0	1	0,8	12	4,6
- холедохолитомия, наружное дренирование гепатикохоледоха	15	10,9	11	9,0	26	10,0
- остановка кровотечения	24	17,4	3	2,5	27	10,4
- восстановительные операции	24	17,4	9	7,4	33	12,7
- реконструктивные операции	14	10,1	16	13,1	30	11,5

У 6 (2,3%) больных с поддиафрагмальными (5) и подпеченочным (1) абсцессами выполнено успешное чрескожное дренирование гнойников под контролем УЗИ.

К релапаротомии пришлось прибегнуть, как было отмечено выше, у 134 (97,1%) больных контрольной и у 43 (35,2%) – основной группы. Примечателен тот факт, что при традиционных подходах к хирургическому лечению больных с РВБО после операций на ЖВП только у ¼ больных (38; 27,5%) выполняются восстановительные (24) и реконструктивные (14)

операции на желчных протоках. В остальных случаях проведенные при релапаротомии хирургические процедуры часто ограничивались санацией брюшной полости (39), лигированием культи пузырного протока или протоков Люшка (7), наружным дренированием гепатикохоледоха (11), электрокоагуляцией кровоточащего сосуда (24), которые могли бы быть устранены в большинстве случаев с помощью ВЛС.



**Рис. 3. Лапароскопическое клипирование добавочного, аномального протока (б-я Х., и/б № 47587/1587).**

Восстановительные операции выполнены 33 больным (табл. 7). При этом целостность краевого поврежденного холедоха наложением бокового шва на Т-образном дренаже восстановлена у 13 больных, на дренаже Вишневого – у 2. Еще у одной пациентки основной группы прецизионный боковой шов холедоха наложен после предварительной эндоскопической установки билиарного стента без применения наружного каркасного дренажа. У 17 пациентов с полным пересечением общего желчного протока наложен первичный шов по типу «конец в конец» (табл. 7). При этом если в контрольной группе пациентов билиобилиарный анастомоз (ББА) накладывали на Т-образном дренаже Кера, то у больных основной группы анастомоз был сформирован на наружном металлическом каркасе по методу клиники.

Реконструктивные операции по поводу «свежих» ятрогенных повреждений магистральных ЖВП выполнены 30 больным, в том числе бигепатикоэнтероанастомоз по Ру наложен у 8 пациентов, гепатикоэнтероанастомоз по Ру – у 12 и гепатикоэнтероанастомоз с межкишечным анастомозом по Брауну – у 10 (табл. 7). У больных с нерасширенным протоком билиодигестивный анастомоз старались

накладывая на сменном транспеченочном дренаже (СТД) по Сейпол – Куриану (3), Фелькеру (1) и Прадеру – Смиту (2).

В основной группе при выполнении реконструктивных операций (n=16) у 13 больных билиодигестивные анастомозы были сформированы на наружном металлическом каркасе без применения СТД, что значительно упрощает технику наложения анастомоза в условиях нерасширенных протоков, снижает риск развития стриктуры и несостоятельности анастомоза.

**Таблица 7**

**Характер реконструктивно-восстановительных операций при  
ятрогенных повреждениях внепеченочных протоков, n=63**

Характер операции	Контрольная группа, n=38	Основная группа, n=25
Восстановительные операции, n=33		
Боковой шов холедоха на дренаже	14	2
ББА юнец в юнец	10	7
Реконструктивные операции, n=30		
Бигепатикоэнтероанастомоз по Ру	4	4
- на СТД по Сейпол – Куриану	3	-
- на СТД по Фелькеру	1	-
- без СТД	-	4
Гепатикоэнтероанастомоз по Ру	6	6
- на СТД по Прадеру – Смиту	1	1
- без СТД	5	5
Гепатикоэнтероанастомоз с межкишечным анастомозом по Брауну	4	6
- на СТД по Прадеру – Смиту	1	2
- без СТД	3	4

Частота послеоперационных осложнений хирургических и эндобилиарных вмешательств, выполненных по поводу РВБО, развившихся

после операций на желчных протоках, остается достаточно высокой, в среднем составляя 16,2% (табл. 8).

Расширение показаний к применению ВЛС и эндоскопическим транспапиллярным вмешательствам способствует уменьшению частоты послеоперационных осложнений с 19,6 до 12,3%, послеоперационной летальности – с 6,5 до 2,5% и сокращению сроков стационарного лечения с  $21,4 \pm 1,9$  до  $10,8 \pm 1,2$  койко-дня.

Частота послеоперационных осложнений хирургических и эндобилиарных вмешательств, выполненных по поводу РВБО, развившихся после операций на желчных протоках, остается достаточно высокой и составляет в среднем 16,2% (табл. 8).

**Таблица 8**

**Результаты повторных вмешательств, выполненных по поводу РВБО  
после билиарных операций**

Вид осложнений	Контрольная группа, n=138		Основная группа, n=122		Всего, n=260	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Неспецифические:</b>	17	12,3	9	7,4	26	10,0
- нагноение п/о ран	11	8,0	5	4,1	16	6,2
- п/о пневмония	2	1,4	2	1,6	4	1,5
- ОИМ	1	0,7	1	0,8	2	0,8
- ТЭЛА	2	1,4	1	0,8	3	1,2
- сепсис, септический шок	1	0,7	-		1	0,4
<b>Специфические:</b>	10	7,2	6	4,9	16	6,2
- внутрибрюшное кровотечение	2	1,4	1	0,8	3	1,2
- повреждение стенки ДПК при ЭПСТ			1	0,8	1	0,4
- абсцессы брюшной полости	3	2,2	2	1,6	5	1,9
- перитонит	4	2,9	1	0,8	5	1,9
- кишечная непроходимость	1	0,7	1	0,8	2	0,8
<b>Всего п/о осложнений</b>	27	19,6	15	12,3	42	16,2
	$\chi^2=2,527, p=0,112, p>0,05$					
<b>Умерли</b>	9	6,5	3	2,5	12	4,6
	$\chi^2=2,428, p=0,120, p>0,05$					
Сроки стац. лечения, койко-день	$21,4 \pm 1,9$		$10,8 \pm 1,2$		$p<0,01$	

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенных исследований в диссертации на соискание учёной степени доктора философии (PhD) по медицинским наукам на тему: «Ранние внутрибрюшные осложнения после операций на желчных путях» сформулированы следующие выводы:

1. Частота РВБО после экстренных холецистэктомий составляет от 1,8% (после ЛХЭ) до 3,3 (после традиционной ХЭ) и 4,6% (после МХЭ) с диапазоном 2,5%. При холецистэктомиях частота ятрогенного повреждения гепатикохоледоха колеблется в пределах 0,7-0,8%. В структуре РВБО, требующих повторных вмешательств, преобладают осложнения, связанные с нарушением целостности протоковой системой: в 41,9% случаев имеет место наружное (23,8%) или внутрибрюшное (18,1%) желчеистечение, в 26,2% случаев – повреждение магистральных внепеченочных желчных протоков; далее по частоте идут внутрибрюшные кровотечения (16,2%) и абсцессы брюшной полости (15,8%).

2. При РВБО после операций на желчных протоках чувствительность, специфичность и эффективность УЗИ в выявлении свободной жидкости в брюшной полости составляет соответственно 94,6, 80,9 и 87,7%. Расширение желчных протоков после ХЭ является прямым сонографическим признаком повреждения магистральных желчных протоков: расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков указывают на полный блок холедоха, расширение проксимальных отделов желчных путей и незначительное расширение внутрипеченочных желчных протоков – на частичный блок желчных протоков.

3. МСКТ, применяемая у больных РВБО также имеет ограниченные возможности в определении ЖВП, однако является высокоинформативным в выявлении жидкостных скоплений в брюшной полости, особенно при идентификации внутрибрюшных абсцессов показатели чувствительности, специфичности и эффективности составили соответственно 96,4%, 100% и 99,0%. Специфичность, чувствительность и эффективность диагностики при определении степени продолжительности блока ЖВП составляет соответственно 98,0%, 100% и 99,0%.

4. При традиционных подходах к хирургическому лечению больных с РВБО после операций на ЖВП только у 27,5% больных выполняются восстановительные и реконструктивные операции на желчных протоках, а в остальных случаях хирургические процедуры при релапаратомии ограничиваются санацией брюшной полости, лигированием культы пузырного протока или протоков Люшка, наружным дренированием гепатикохоледоха, электрокоагуляцией кровоточащего сосуда, которые можно было бы устранить в большинстве случаев с помощью видеоэндоскопической техники.

5. Предложенная компьютерная программа выбора тактики лечения больных с РВБО после операций на желчных протоках, имеющая функционального прогноза категории тяжести течения РВБО на основе

модифицированной интегральной шкалы, построенной на основе специально разработанного лечебно-диагностического алгоритма, способствует снижению частоты релапаротомий у этой тяжелой категории больных с 97,1 до 35,2%, послеоперационных осложнений повторных хирургических вмешательств с 19,6 до 12,3%, летального состояния после хирургической операции – с 6,5 до 2,5%.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 ON THE AWARD OF  
SCIENTIFIC DEGREES AT THE REPUBLICAN RESEARCH CENTER  
OF EMERGENCY MEDICINE**

---

**REPUBLICAN RESEARCH CENTER OF EMERGENCY  
MEDICINE**

**PULATOV MAKHMUDJON MURATJON UGLI**

**EARLY INTRA-ABDOMINAL COMPLICATIONS AFTER OPERATIONS  
ON THE BILIARY TRACT**

**14.00.40 – Emergency medicine**

**ABSTRACT OF THE DISSERTATION OF DOCTOR OF PHILOSOPHY  
(PhD) IN MEDICAL SCIENCES**

**TASHKENT –2021**

**The theme of doctoral dissertation is registered at Higher Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan in number B2018.2PhD/Tib735.**

The dissertation has been done in the Republican research center of emergency medical care.

Abstract of the doctoral dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) has been posted on the website of Scientific Council ([www.emerg-centre.uz](http://www.emerg-centre.uz)) and the information-educational portal «Ziyonet» at ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Scientific adviser:** **Khadjibaev Abduhakim Muminovich**  
doctor of medical science, professor

**Official opponents:** **Rizae v Kamol Saidakbarovich**  
doctor of medical science, professor

**Khakimov Murad Shavkatovich**  
doctor of medical science, professor

**Leading organization:** **Center for advanced training of medical workers**

The defense will be take place on « 8 » April 2021 at 14:00 o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 at the Republican Research Center of Emergency Medicine (address: 100081, Tashkent c., Kichik Halqa Yoli str. 2, Chilanzar district, Tashkent, Uzbekistan; Tel./Fax: (+99878) 150-46-00; (+99878) 150-46-05; e-mail: [uzmedicine@mail.ru](mailto:uzmedicine@mail.ru)).

The Doctoral dissertation (PhD) is available at the Information Resource Center of the Republican Research Center of Emergency Medicine (Registration number № 01), (Adress 100081, Tashkent c., Kichik Halqa Yoli str. 2, Chilanzar district, Tashkent, Uzbekistan; Tel./Fax: (+99878) 150-46-00; (+99878) 150-46-05; e-mail: [uzmedicine@mail.ru](mailto:uzmedicine@mail.ru)).

Abstract of the dissertation has been sent on « 30 » March 2021 y.

(registry report № 01 of 8 april 2021 y.)



**D.A.Alimov**  
Deputy chairman of the Scientific Council to Award of Scientific Degrees, Doctor of Science

**Kh.E.Anvarov**  
Scientific Secretary of the Scientific Council to Award of Scientific Degrees, Doctor of Philosophy

**B.K.Altiev**  
Chairman of the Scientific Seminar at the Scientific Council to Award a Scientific Degrees, Doctor of Science



## INTRODUCTION (annotation of the (PhD) dissertation)

**The aim of the research** is to improve the results of diagnosing and treating early intra-abdominal complications after operations on the biliary tract through the use of modern highly informative diagnostic methods and the development of a new therapeutic and diagnostic algorithm.

**The object of the research:** The object of the study was 260 patients with early intra-abdominal complications after operations on the biliary tract who were hospitalized at the Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid and its regional branches for the period from 2001 to 2018.

### **Scientific novelty of research is as follows:**

- early intra-abdominal complications have been discovered after various emergency endobiliary, laproscopic and open surgical interventions on the bile ducts and the clinical features of the development of clinical symptoms such as pain, defense, resulting from suppuration of the site of removal of the gallbladder and the development of peritonitis;

- an integral scale has been developed based on significant characteristics of disease indicators, aimed at assessing the diagnostic category of the severity of various early intra-abdominal complications after emergency biliary surgery;

- has been proved the effectiveness of restorative and reconstructive surgery in the treatment of various early intra-abdominal complications, the spread of bile into the abdominal region, bleeding and iatrogenic status after operations on the biliary tract;

- the treatment regimen has been improved depending on video laparoscopy, percutaneous imaging and the technique and tactics of performing puncture stages in the diagnosis and treatment in the emergency medical system, taking into account the symptoms of the disease category after surgery on the biliary tract.

**Results and discussion.** According to the results of a scientific study to improve the results of diagnostics and treatment of patients with early intra-abdominal complications after biliary operations the following actions were done:

- developed: a "Scale for the forecast of the severe category of the course of early intra-abdominal complications after operations on the biliary tract" (certificate for the rationalization proposal No. 00115 of June 29, 2020 Center for advanced training of medical workers). The use of the proposed scale makes it possible to statistically reliably predict the possible category of severity of the course of early intra-abdominal complications after operations on the biliary tract;

- developed a computer program: "Assessment of the severity of early intra-abdominal complications after operations on the bile ducts and management of patients" (patent for the computer program DGU 2020 1083 dated 06/26/2020). The application of the proposed program allowed objectively and reliably assess the severity of the course and choose the optimal tactics for treating early intra-abdominal complications after operations on the biliary tract;

- have been published a practical proposal "The choice of tactics for the treatment of early intra-abdominal complications after operations on the bile ducts" (Tashkent, 2020).

the obtained scientific results aimed at improving early intra-abdominal complications after operations on the biliary tract, developed on the basis of scientific results aimed at diagnosing the severity of the course and effective treatment of early intra-abdominal complications after emergency biliary surgical interventions, have been introduced into practical health care, in particular, in the practice of emergency departments Surgery of the Samarkand and Jizzakh branches of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid (Conclusion of the Ministry of Health 8n-z / 4 dated January 6, 2021). The implementation of the obtained data into practice has made it possible to improve the quality of treatment of early intra-abdominal complications after operations on the biliary tract, as well as to reduce the number of complications after surgery by 11.4%, deaths to 2.5% and to reduce the length of hospital stay to  $10.8 \pm 1.2$  days.

**Structure and scope of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, literature review, research methods, data collection, results and discussion, conclusion, a list of references and appendix. The volume of work is 129 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОКОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; Part I)**

1. Хаджибаев Ф.А., Пулатов М.М. Ранние внутрибрюшные осложнения после операций на желчных путях // Вестник экстренной медицины. – Ташкент, 2019. – Т. 12, №4. – С. 78-83 (14.00.00; №11).

2. Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Алтыев Б.К., Пулатов М.М. Современные способы лечения ранних внутрибрюшных осложнений после холецистэктомий // Вестник экстренной медицины. – Ташкент, 2019. – Т. 12, №5. – С. 5-10 (14.00.00; №11).

3. Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Шукуров Б.И., Пулатов М.М., Сабитханов М.С. Роль эндобилиарных вмешательств в лечении желчеистечений после холецистэктомий // Вестник экстренной медицины. – Ташкент, 2019. – Т. 12, №6. – С. 5-9 (14.00.00; №11).

4. Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Шукуров Б.И., Пулатов М.М. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии: диагностика и лечения // Вестник экстренной медицины. – Ташкент, 2020. – Т 13, №1-2. – С. 14-22 (14.00.00; №11).

5. A.M. Khadjibaev, F.A. Khadjibaev, M.M. Pulatov Diagnosis and treatment of intraoperative bile duct injuries after cholecystectomy // European Journal of Molecular & Clinical Medicine (**Scopus**). – 2020. – Vol. 7, Issue 2. – P. 820-828.

6. A.M. Khadjibaev, F.A. Khadjibaev, M.M. Pulatov, A.G. Makhmadaminov, Sh.K. Atadjanov. Diagnostics and treatment of early intra-abdominal complication after cholecystectomy // Solid Technology (**Scopus**). – 2020. – Vol. 63, Issue 6. – P. 1522-1533.

**II бўлим (II часть; Part II)**

7. Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Пулатов М.М., Махамадаминов А.Г. Оценка тяжести течения ранних внутрибрюшных осложнений после операций на желчных протоках и тактика ведения больных // Государственное патентное ведомство РУз. – Свидетельство № DGU 220 1083 от 26.06.2020.

8. Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Шукуров Б.И., Касимов Х.М., Пулатов М.М. Алгоритм ведения больного с механической желтухой // Государственное патентное ведомство РУз. – Свидетельство № DGU 220 1444 от 25.08.2020.

9. Хаджибаев Ф.А., Пулатов М.М., Махамадаминов А.Г. Шкала прогноза категории тяжести течения ранних внутрибрюшных осложнений после операции на желчных путях: Удостоверение на рационализаторское предложение № 00115 от 29.07.2020.

10. Хаджибаев А.М., Пулатов М.М. Ранние внутрибрюшные осложнения после операций на желчных путях // Разработка новых

технологий диагностики и хирургического лечения заболеваний органов брюшной, грудной полостей, сердца и сосудов: Материалы 23-й Республиканской научно-практической конференции (Вахидовские чтения – 2018). – Нукус, 2018. – С. 55-56.

11. Хаджибаев А.М., Пулатов М.М. Оптимизация диагностики и тактики лечения больных с ранними внутрибрюшными осложнениями после холецистэктомии // Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Современные принципы и перспективы развития догоспитального звена экстренной медицинской помощи: Республиканская научно-практическая конференция. – Фергана, 2019. – С. 132-133.

12. Хаджибаев А.М., Пулатов М.М. Интраоперационные повреждения желчных протоков после холецистэктомии // Scientific ideas of young scientists / Pomysły naukowe młodych naukowców / Научные идеи молодых ученых. – Польша 2021г. – С. 29.

13. Хаджибаев А.М., Пулатов М.М. Тактика лечение повреждение внепеченочных желчных протоков // International Conference Europe, Science and We Evropa, Věda a my Evropa, Наука и мы. – Чехия 2021г. – С. 30.

14. Хаджибаев Ф.А., Пулатов М.М., Махамадаминов А.Г. Выбор тактике лечения ранних внутрибрюшных осложнений после операций на желчных путях: Метод. рекомендации. – Ташкент, 2020. – №8 н-р / 448.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали тахририясида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Бичими: 84x60 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. «Times New Roman» гарнитураси.  
Рақамли босма усулда босилди.  
Шартли босма табоғи: 3. Адади 100. Буюртма № 5/21.

Гувоҳнома № 10-3719  
“Тошкент кимё технология институти” босмаҳонасида чоп этилган.  
Босмаҳона манзили: 100011, Тошкент ш., Навоий кўчаси, 32-уй.