

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

АРЗИЕВ ИСМОИЛ

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ЭРТА
БИЛИАР АСОРАТЛАРНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ
ТАКТИКАСИНИ МАҚБУЛЛАШТИРИШ

14.00.27 – Хирургия

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

Бухоро – 2021

УЎҚ: 616.366-089.87-06:616.361-072.1-089.193.4

Фалсафа доктори (PhD)диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата докторской диссертации

Contents of dissertation abstract doctoral dissertation

Арзиев Исмоил

Холецистэктомиа операциясида кейинги эрта биллар асоратларнинг
диагностикаси ва даволаш тактикасини макбуллаштириш..... 5

Арзиев Исмоил

Оптимизация диагностики и лечебной тактики при ранних билларных
осложнениях после холецистэктомии..... 21

Арзиев Исмоил

Optimization of diagnostics and therapeutic tactics in early biliar complications
after cholecystectomy..... 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 43

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc/PhD.04/30.12.2019. Тиб. 93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

АРЗИЕВ ИСМОИЛ

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ЭРТА
БИЛЛАР АСОРАТЛАРНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ
ТАКТИКАСИНИ МАКБУЛЛАШТИРИШ

14.06.27 – Хиррият

ТИББИЁТ ФАНИДАРИ БҲНИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

Филофа доктори (PhD) диссертацияси билан Узебекистон Республикаси Президентининг Хукумати Олий котибалини қўлига олиш билан унинг раҳбарлиги остида.

Диссертацияни таҳрир қилиш ва таҳрир қилиш билан унинг раҳбарлиги остида. Диссертацияни таҳрир қилиш ва таҳрир қилиш билан унинг раҳбарлиги остида.

Илмий раҳбар:

Расмий оқимонлари:

Елчиши ташкили:

Зафаров Курбанов
Тиббиёт фанлари доктори

У раиси Шурбат Тўхтаев
Тиббиёт фанлари доктори

Мақжидов Фаруқ Исроилоний
Тиббиёт фанлари доктори, профессор
(Тошкент Республикаси)

Ақилбеков В.В. Муҳаммад мундари раҳбарлигида
Илмий раҳбарлиги остида

Диссертация халқимиз билан унинг раҳбарлиги остида. Диссертацияни таҳрир қилиш ва таҳрир қилиш билан унинг раҳбарлиги остида.

Диссертацияни таҳрир қилиш ва таҳрир қилиш билан унинг раҳбарлиги остида.

Диссертацияни таҳрир қилиш ва таҳрир қилиш билан унинг раҳбарлиги остида.



А.Ш. Муҳаммад
Тиббиёт фанлари доктори, профессор

Д.Н. Абдулла
Тиббиёт фанлари доктори

В.А. Муҳаммад
Тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (Филофа доктори (PhD) диссертацияси асосида)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурлиги. Хозирги кунда дунёда йилга 2.5 млн. дан ортиқ ҳолати бўлган ўтказилган Минималдаш операциалари жараҳотларида «олтин стандарт» га айланган ва бир бундан кўра рақиблар тулдириб боради. Шу билан бирга, «... ушбу операциалардан кейин асоратлар учраш даражаси турлича ва йил кўйиб бўлмак даражасида локори бўлиб, 1.5-6.8% ни ташкил қилган...»¹. Турли усулларда бажаришган ҳолати бўлган кейин сафро оқинининг учраш даражаси 0.51-6.3% га етди. Замонавий жараҳотлик локорларига қарама-қарши «... ҳолати бўлган кейин сафро оқини мундари кейин халқимиздаги муаммолардан бири бўлиб қолмоқда»². Ут йўлларидаги имплементлардан кейин операциалари орасида операциалардан кейинги эрта даврда сафро оқинини мустақил муаммо сифатида кўриб чиқиш лозим, чунки у жуда жиддий оқиботларга олиб келиши ва одам ҳаёти учун хавфли бўлади.

Дунё миқёсида, бизлар тизим қисилликларидан аниқлашди ҳамда эндокоцитик усуллар билан ўтказилган операциалардан кейин энг кўп учрайдиган интраабдоминал асоратлар нафақат таъки, балки қорин бўлиниги сафро оқини, сафроли перитонит ҳам қилиши. Адабиётларда ҳолати бўлган ўтказилган билан боғлиқ бўлган билар асоратлар муаммосига бағишланган кўп сонли илмий ишлар чоқ эшланган. Бундан асоратларнинг учраш даражаси 1.2% дан 5.1% ни ташкил этган, айрим ҳолларда эса 24.5% гача етган. Операциалардан кейин сафро оқинининг асосий сабаблари «кички» пикастланганлар – ўт халта чултоғининг етишмовчилиги, ўт халта ётишида аберрант ўт йўллари (Дюпак йўллари), гелегикололохдан дренаж найининг тушиши, бўғтиндик «катта» тикастланганлар - магистрал ўт йўлларининг ятқоли пикастланганлар ҳам бўлади.

Маълумотларда аҳолига кўрсатилган тиббий ёрдан сифатини тўғри ахшишти ва хизмат турларини сезиларли равишда қилдириши бўйича кўп қўлимиз амаллари чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу йўналишда, ҳуусан, беморлар ўт йўлларида операциалардан кейин вужутга қилинган асоратларни даволан сифатини ахшиштишда муайян даражада нагжиларга эришилмоқда. Кўрсатилган тиббий ёрдан сифатини ахшиштиш учун ўт толи қисиллиги асоратлардан даволаниши янги усулларни амалга оширишнинг баҳолаш бўйича илмий асослашган нагжилар ташаббуслари. 2017-2021 йилларда Узебекистон Республикасининг раҳбарлигида бешта усулдор йўналишлари бўйича ҳаракатлар спратилганда «... аҳолининг тўғри рақиб ҳаёт кечирилиши таъминлаш мақсадига тиббий-нагжилар ёрдан тизимини раҳбарлигида ва таъминлашлари «...» янги йўналишлар белгиланган.

Мақжур диссертация таъкиқоти Узебекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «Берилган тиббий-санитария ёрдами муаммоларни раҳбарлигида кўриш ва таъминлашлари

World Health Organization. Cancer fact sheet no. 24. World Health Organization website. 2016. www.who.int/factsheets/fs244?lang=en.
Abdel-NK. Khayat TM, Zohbi R, Mansour AE. First occurrence of the leak from the duct of Gallbladder in a patient with pancreatic bupress: The challenge of pathogenesis. Ann Med Surg (Lond). 2018 Sep;20:25-29-32.

жарий кинди ва соғлиқни сақни тизимда омиб барилаетган илохотлар самардорлиги янда ошдириш чора-тадбирлари туғрисидаги фармони, 2020 йил 10 ноябрдаги ПК-4887-сон «Аҳолининг соғлом оқлатилишини таъминлаш бўйича кўлимча чора-тадбирлар туғрисида» ва 2020 йил 12 ноябрдаги ПК-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самардорлигини янда ошдириш орқали жамоат соғамлигини таъминлашга оид кўлимча чора-тадбирлари туғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фойдалаги тегишли бошқа меърий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даржада хизмат қилиш¹.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларида мosisи. Мазкур диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикасида фан ва технологиялари ривожлантиришнинг истискошли йўналишларида мувофиқ бажарилган УТ «Тиббиёт ва фармакология».

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Сафро оқаш манбаси, қайта араштируларга қўриқтмаларни аниқлаш усули ҳамда ушбу теорияларни қоррекция қилиш йўлини танлашга турли, баъзан қарам-қарши ёндашулар мавжуд (Халджейев А.М. ва ҳаммуал., 2019; Lubykowsk J. et al. 2011).

Холестеатомиядан (ХЭ) кейин сафро оқашини пилотлашда қайта дунёниш сўрғичи стрнктураси, холедоколитинга, ўтлар цитокрецит оқибатида баргераф этилган сафро гипертонияга муҳим рол ўйнайди. Сафро оқаш механизми билан тизимдан функционал гипертонияга боғлиқ бўлиб, жигардаги яттилган сабабни унинг функцияси қурайиши натижада содир бўлади. Назыров Ф.Т. ва ҳаммуал. (2019) ХЭ да жигар ўт халта ётолганга майда ўт йўтларининг оз шивастанини ҳам қорин бўшлиғига операциядан кейинги даврга қучте сафро оқашига олиб келиши мумкин. Бу фитор Volkovets G. A. et al. (2019) тоқонидан ҳам айтилган.

Мазкур муалмо билан шуғулланувчи етаски қизилкашар ўтлар ва сурункали қайқултез холестеит туғрисида беморларда операциядан кейинги эрта даврда сафро оқашни қузатилад турли хил ХЭ даражаси бажарилиши натижалари баҳоқланган. Сафронинг ўт халта чўлғовидан оқашни қурайиши холалларда қузатиладган; клинсанинг жойидан силқилиши натижада келиб чиқадиган етишмовчиликни туғайди, холедоқининг термиди қисмида ўтказувчанлигининг буғилиши ва ўт йўтлари тизимда босимини тез ва юқори кўтарилади натижада бўлиши мумкин. Тўқималар элливанганда ва нефропатрия жарайида, шунингдек интраоперацион қон кетиши фониди, ўт халта чўлғовига қилта белгилаетилади, клинсанинг нотўғри қўйилиши, сафро оқаш асоратига олиб келади (Хворостов Е.Д. ва ҳаммуал., 2018).

Donaldell G. et al. (2014) фикрига қўра, ўт халта йўли кенгайиб кетганда, унга ўлчанки туғри келмаган қилпалар қўйилиши ҳам шунага ўхшаш оқибатларга олиб келади. Операциядан кейинги перитонит ривожлангани асосий сабаби сафронинг қорин бўшлиғига эркин ажралгани ҳисобланади. Сафроли перитонит даражаси, сурункали холестеитларда 0,4% дан 4% гача

ўғариб, ўтлар холестеитларда 10% гача етилиши мумкин (Қаримов Ш.И. ва ҳаммуал., 2017; Limbu Na-Уega H. et al., 2017).

ХЭ дав кейин сафро оқашининг қилтиқ кўригиши қўйидаги омилиларга боғлиқ: сафро оқашни тезлиги; сафро манбаси четаралиги даражаси; сафронинг инфекцияланган даражаси; дренаж найқининг бор ёки йўқлиги ҳамда сафронинг қарши ажралгани. Агар сафро дренаж ёки тўқимачи қаринга жойлар орқали талқарига оқса, сафроли оқаш, агар қорин бўшлиғига оқса, у холта билма сафрони асирт, сафрони перитонит ривожланиш эҳтимоли мавжуд (Талыерин Э.И. ва ҳаммуал., 2010; Boldin B. V. et al., 2018).

Қорин бўшлиғига сафро оқашининг эрта диагностикасида қилтиқликлар қайта жарроҳлик арадашулини белгилашга бажариллиши ва бунинг оқибатида, даволаниши саббий натижаларга олиб келади. Бошқа томондан, диатноз қўйишнинг мураккаблиги туғрисида 0,6-17% беморларда асосия реланаротомиялар бажарилди. Операциядан кейинги даврда ўтқилидиган иттенция термини, етгийбиотиклар ҳамда замонавий оғриқсезлантларни усулларининг қўлланилиши ривожланидиган асоратнинг қилтиқ кўригилиши усулларни даражада ўзгартириб, қорин бўшлиғиданги ўтлар жарохи белгиларини йўқотди. Шунинг учун асоратларнинг аниқлавиши қилтиқ кўригиши қамдан қам ва олдига, қоч ривожланади, реланаротомиянинг ўтқилиши сез ўтлим холаланиш тоқори бўлишига олиб келади. Шунинг учун саббий қилтиқча гумон қилинганда, флот динамик қузатув бошлангани билан аниқ мақсадга йўналтирилган бир қилтиқ текширишларни ўтқилиш зарур (Вобуришвили А.Г. ва ҳаммуал., 2009; Seon Ung Yul et al., 2015).

Тадқиқотнинг диссертация бажарилган оғай тақими мусеасанини қилми-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт институтининг «Жигардан ташқари сафро йўтлариди» динқасганиларни диагностика ва жарроҳлик билан даволаниши тақомилангирлигини усулларини яндай чиқтиш мавзусидати диний-тадқиқот ишлари режаси доирасида бажарилган (2016-2020 йиллар).

Тадқиқотнинг мақсади холестеатомия операциясида кейинги эрта биллар асоратлари, замонавий минимизация усулларни қўйиб, диагностика қилиш ва даволлаш тақтиқасини мақбуллангирлидан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

тадқиқотнинг босқичи ва операция муҳлатига боғлиқ равишда холестеатомиянинг турли хил усулларидан кейин сафро оқаш даражаси ва унинг ривожланиш сабабларини аниқлаш;

сафро оқашининг қайта манбаси ва қилтиқ қамоён бўлишига боғлиқ равишда, холестеатомиядан кейинги эрта даврда беморларда сафро оқашини аниқлаш ва ўз нақтида қоррекция қилиши қаратилган нурун ва эндоскопик усуллардан фойдаланиб, диагностика ва даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш;

ўт йўтларининг «қилтиқ» шивастанилариди сафро оқашни қузатилиши беморларни даволашда минимизация техникаларининг фойдаланиб, тақлиф қилинган даволашда ва даволаш қилтиқларининг қилтиқ сақлаш, тақлифининг баҳоқлиги;

¹ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017-йил 7 - февралдаги № ПК-4947 «Ўзбекистон Республикасида янда ривожлантириш бўйича Даражалар етиштириш туғрисида» Қорин ҳужжатлари туғрисида.

магнетрон ўт йўлларининг шинаэлектроникаси нагжакеда сафро оқини кузатишга беморларни жарроҳлик усулида даволашнинг тактик-техник жиҳатларини баҳолаш.

Талкикотнинг обьекти. 2000 йилдан 2019 йилгача бўлган даврда Самарқанд давлат тиббий институтини 1-сон клиникасида ўт топи касаллиги билан холинектэктомиа ўтказган, операциядан кейинги эрта даврда билан асорат - сафро оқини ривожланган 93 нафар бемор олинган.

Талкикотнинг предмет. Холинектэктомиядан кейин сафро оқини кузатишга беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш нагжакедларини тахлил.

Талкикотнинг усуллари. Талкикотда клиник, утратовул, турли эндоскопик ва статистик усуллардан фойдаланилган.

Талкикотнинг илмий асослари қуйидагилардан иборат:

холинектэктомиянинг турли усулларидан кейинги эрта даврда ривожланган сафро оқини даржаеи, ялтиланган жараёни боёқчилари ҳамда операциянинг бажарилиш муддатлари аниқланган;

сафро оқинининг даржаеи унинг сабабларига боғлиқлиги, I- ва II- даражали сафро оқини сабаби ўт йўлларининг «кичик» шинаэлектроникалари, III- даражали сафро оқини сабаби «катта» шинаэлектроникалар гелинектомоидохнинг нуқсонсиз ва нуқсонли кесилтиш эканлиги аниқланган; I- ва II- даражали сафро оқини билан кузатиладиган «кичик» шинаэлектроникалар замонавий турли ва эндоскопик технологиялардан фойдаланган ҳолда аниқлаш, жарроҳлик йўли билан коррекция қилиш бўйича динамика ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилган, диагностика, трансдуоленал эндоскопик ва лапароскопик даволаш усулларининг юкори самарадорлиги исботланган;

магнетрон ўт йўлларида реконструкция операциялар Ру бўйича юкори прецизион гелинектомоидохнаеамакоз шинаэлектроник ва Нерр-Solnand ҳамда Satel усулларидан фойдаланган ҳолда билноқлетствя анаеамакоз яратилишнинг тактик-техник жиҳатлари ишлаб чиқилган.

Талкикотнинг амалий нагжакедлари қуйидагилардан иборат:

УТ назорати остида пункция усуллари, реллапароскопия, трансдуоленал эндоскопия қўлланилишини кўрсаткичлар аниқланган, холинектэктомиядан кейин эрта билан асоратларни диагностика қилиш ва даволашда Уларнинг имкониятлари кўрсатиб берилган;

манбоя, даржаеи ва клиник намоён бўлишга боғлиқ ривийда сафро оқинини жарроҳлик билан коррекция қилиш усулларидан ташлаш алгоритми тавсия қилинган;

«кичик» шинаэлектроникаларда I- ва II- даражали сафро оқинини даволаш учун реллапаротомиялар сонини сезиларли даражада камайттириш имконини берадиган турли мининивязия ариашувиларни қўллашга кўрсаткичлар ишлаб чиқилган;

магнетрон ўт йўллари шинаэлектроника кузатишга беморларда асоратлар ва лезал холлашлар даржаеини камайттириш имконини берган жарроҳлик йўли билан даволашнинг тактик-техник жиҳатлари ишлаб чиқилган.

Талкикот нагжакедларининг шинаэлектроника қўллашдаги ёндошу ва усуллар, назарий маълумотларнинг олинган нагжакедлар билан мос келиши,

олиб берилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилик, талкикот нагжакедларининг шинаэлектроника гисеултишда кўриб чиқилган муаммоларни ҳал этиш усуллари, операциядан кейинги эрта билан асорат кузатишга беморларга замонавий мининивязия усулларни қўллаб диагностика ва жарроҳлик йўли билан даволаш, худоседлар нарпаинон тахили ҳаби шинаэлектроникнинг замонавий усулларидан фойдаланган ҳолда чиққан нагжакедлар асосланган.

Талкикот нагжакедларининг илмий ва амалий аҳамияти. Талкикот нагжакедларининг илмий аҳамияти холинектэктомиа турли усулларидан кейинги эрта даврда ривожланган сафро оқини даржаеи, ялтиланган жараёни боёқчилари, операциянинг муддатлари аниқлашганини, I- ва II- даражали сафро оқини сабаби ўт йўлларининг «кичик» шинаэлектроникалари, III- даражали сафро оқини сабаби «катта» шинаэлектроникалар гелинектомоидохнинг нуқсонсиз ва нуқсонли кесилтиш эканлиги аниқланганини, I- ва II- даражали сафро оқини билан кузатиладиган «кичик» шинаэлектроникаларни жарроҳлик йўли билан коррекция қилиш бўйича даволаш алгоритми ишлаб чиқилганини, диагностика, трансдуоленал эндоскопик ва лапароскопик даволаш усуллари юкори самарадорлиги исботланганини, магнетрон ўт йўлларида Ру бўйича юкори прецизион гелинектомоидохнаеамакоз шинаэлектроника ва Нерр-Solnand ҳамда Satel усулларидан фойдаланган ҳолда диагностика анаеамакоз яратилишнинг тактик-техник жиҳатлари битриқилганини аниқлаш билан изоқландил.

Талкикот нагжакедларининг амалий аҳамияти пункция усуллари, реллапароскопия, трансдуоленал эндоскопия қўлланилишини кўрсаткичлар аниқланганини, холинектэктомиядан кейин эрта билан асоратларни диагностика қилиш ва даволашда Уларнинг имкониятлари кўрсатиб берилганини, манбоя, даржаеи ва клиник намоён бўлишини тавсия қилишда сафро оқинининг жарроҳлик билан коррекция қилиш усулларини ташлаш алгоритми тавсия қилинганлиги, «кичик» шинаэлектроникаларда I- ва II- даражали сафро оқини даволаш учун реллапаротомиялар сонини камайттириш имконини берадиган турли мининивязия ариашувиларни қўллашга кўрсаткичлар ишлаб чиқилган, магнетрон ўт йўллари шинаэлектроника кузатишга беморларда асоратлар ва лезал холлашлар даржаеини сезиларли қулатишга берадиган турли мининивязия ариашувиларни қўллашга кўрсаткичлар ишлаб чиқилганини билан изоқландил.

Талкикот нагжакедларининг тактик этигини Холинектэктомиядан кейин сафро оқини кузатишга беморларни жарроҳлик даволаш нагжакедларининг тактиклари билан талкикот нагжакедларининг асослари.

холинектэктомиядан кейинги эрта даврда сафро оқинининг жарроҳлик усули билан даволаш бўйича илмий тажрибот нагжакедлари асосида ишлаб чиқилган «Холинектэктомиа операциядан кейинги эрта даврда сафро оқинини жарроҳлик билан кузатиш усули» услубий тавсиянома ишлаб чиқилган (Солтшти сақлан шинаэлектроникнинг 2020 йил 31-декабрдан 84-Ф-684-сон маълумотномаси). Маказур услубий тавсиянома холинектэктомиядан кейинги эрта билан асоратларни жарроҳлик йўли билан даволаш шинаэлектроника билан асосланган.

қалыптасқаннан кейінгі эрта даярда сафро оқши сабаблари буйича илмий таджикот навижаглари асосда ишлаб чиқилган «Холенистэктомия операциясидан кейинги эрта даярда сафро оқши. Сабаблари ва жаррохлик даволани усуллари» усулбуй тавсиянома ишлаб чиқилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 29-январьдаги 84-р/80-сон маълумотномаси). Мазкур усулбуй тавсиянома холенистэктомиядан кейинги эрта биллар асоратлар сабабларини аниқлаш ва касаллиқни противоз килани имконини берган.

Холенистэктомиядан кейин эрта биллар асорат кузатишган беморлар давлатиёвнинг ва жаррохлик даярлаш навижаглари таъкилланган буйича олдинги илмий маълумотлар соғлиқни сақлаш академияси, жумладан, С.Идрисов даярда тиббий институти 1-сон қилинган. Самарқанд шаҳар тиббий буйича ва Қашқадарь илмий Қарши шаҳар тиббий буйича буйича таъкилланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 4-январьдаги 84-р/85-сон маълумотномаси). Таджикот ва тижалари асосда холенистэктомиядан кейинги эрта даярда асоратлар 17,8% дан 8,1% гача, оқши даярдаги асоратлар 14,7% дан 5,4% гача киланинган имконини адратган.

Таджикот навижаглари асосинин. Таджикот навижаглари 8 та илмий анжуманларда, жумладан 6 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий конференцияларида муҳокамадан ўтказилган.

Тажикот навижаглари асосинин. Диссертацда халқаро буйича жам 16 та илмий иш топ этишган шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий илмий комиссиясининг диссертацлар асосини илмий навижаглари топ этиш тавсия этишган илмий навижаглари 7 та мақола, жумладан, 5 та республика ва 2 та хорижий журналларда нашр этишган.

Диссертацда тузилли ва хажми. Диссертацда таркиби кийин, турута бою, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланишган адабиятлар руйхатидан ташиқи топган. Диссертацда хажми 105 бетни ташиқи эшган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЪМУНИ

Кирши қисмида ўтказилган таджикотнинг долзарблиги, таджикот максали ва вазифаларта асосланган бўлиб, таджикот объекти ва предмети таъкилланган, таджикотнинг Республика фан ва технологиялари ривожланишининг устивор йўналишларига мослиги кўрсатилган, таджикот навижаглари илмий аниқлиги ва амалий навижаглари келтирилган, таджикотнинг амалиётта жорий қилинган навижаглари илмий ва амалий ақамлиги очиб берилган, топ этишган ишлар ва диссертацда таркиби буйича маълумотлар келтирилган.

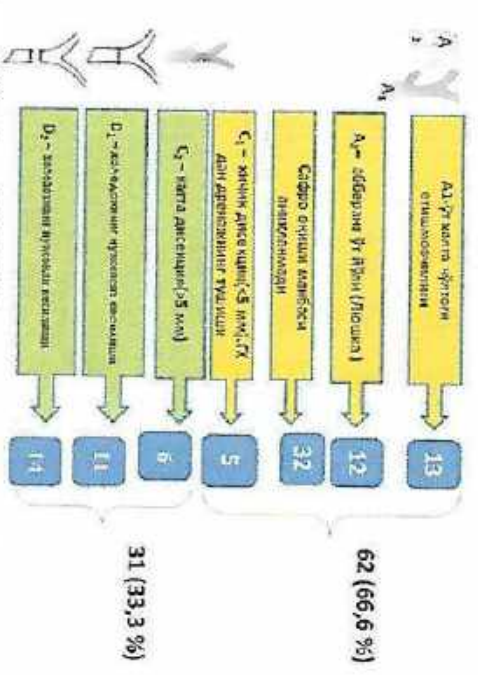
Диссертацда буйича «Холенистэктомиядан кейинги эрта даярда сафро оқши. Диалог куйини ва жаррохлик йўли билан даволанишга муаммолар» холенистэктомиядан кейин ўт йўларининг асоратлари ва хулосалар, сафро оқши, пайдо бўлиш сабаблари, тивиди, замановий давлатчилик ва даволанишнинг замановий усуллари, даволанишнинг долзарб масалларининг мохиятини очиб берилган адабий шарҳ берилган, адабият манбалари баҳоқил куйиб чиқилган ва тахлиқ қилинган.

Диссертацда илмий бобда «Клиник кузатувларнинг харақисриксис ва диалог куйини усуллари» Самарқанд давлат тиббий институти 1-клиника жаррохлик бўлимида 2000 йилдан 2019 йилгача бўлган даярда стацонар даволаниш ўт топ қилинган буйича қисаларининг 5247 нафар беморларни текшириш навижаглари келтирилган.

Улардан 93 нафарда холенистэктомия операциясидан кейинги эрта даярда биллар асорат – сафро оқши кузатишга. Ушбу асоратнинг қилинган 71 беморда (76,3%) дренаждан ташиқилган сафро оқши ва 22 (23,6%) да корян бўлишига сафро оқши билан таъкилланган.

Операциядан кейин сафро оқши 3 та оғирлик даражаси L. Могельсисти (2006) таъкил буйича ажратилган. I-даражаси сафро оқши – корян бўлишига қўйилган дренаж най орқали сутқасига 100 мл гача, ёки ўт халта ётегида 100 мл дан кам хажмда суоқлисининг четрақиланб тушганини - 33 нафар (35,4%) беморда аниқланган. II-даражаси сафро оқши – дренаж най орқали сутқасига 500 мл гача, ёки жиптар усти ва эътибар ости соҳасида эркин суоқлиш тушганини - 29 нафар (31,1%) беморда аниқланган. III даражаси сафро оқши – дренаж най орқали сутқасига 500 мл ва ундан кўп, ёки корян бўлишнинг 3 ва ундан кўп соҳаларда эркин суоқлиш тушганини - 31 нафар (33,3%) беморда кузатишган.

12 та кузатувда операциядан кейин сафро оқшининг манбаи ўт халта ётегида қўшимча (абсрвант) ўт йўларини (Дюетка йўллари), 13 та кузатувда – қилинганнинг сиклини оқиботида ўт халта чуқлигининг етишмовчилиги бўлган, 5 нафар беморда гепаткохохедохри ўратилган дренажнинг ўз-ўзидан тушгани оқиботида гепаткохохедох деваридаги нуқсондан сафро оқши, 31 та холанда – манистрал ўт йўларининг янраччи оқибатининг аниқланган, 32 та кузатувда сафро оқшининг манбаи аниқланмаган, чуқли у қонсерватив даволаниш таъкилган ўз-ўзидан тушгани (1-қисм).



1-расм. Р. Neuhans (2000) буйича операциядан кейин сафро оқши манбалари

ДХЭ дан кейин сафро өсүшү - 2,1% (43), сүтке минераларында ХЭ дан кейин 1,1% (29), көп пайырым ХЭ дан кейин эса 2,4% (12 нафар) беморларда кузатылган. Мазкур асорт биан 9 нафар бемор биэга болка спациондардан олиб келинген. ХЭ дан кейин сафро окшип биан асортланган беморларнинг ўртача ёши 49±5,1 ёшли ташки килган, эрхаклар 23 нафар ва айшлар 70 нафар, яъни 1:4 нисбатда, декин ўт топи касаллиги бўлган беморларни операция киланинген тендер стружурасыда бу нисбат 1:6 га тенг бўлган.

Сафро окшип кузатылган 93 нафар бемордан 64 (68,8%) нафарни ўткир деструктив хольецистит сабабли ургент кўрсатмалар бўйича, 29 (31,1%) нафар эса суружалга калкулга хольецистит сабабли операция килниган. Сафро окшип режалга операциялардан кўра шонининч операциялардан кейин 2 нафар кул кузатылган. Операциядан кейинги эрта даврда ХЭ дан кейин сафро окшида беморларга УТТ (93), РПХТ (24), фистулохолангиография (14), интраоперацион холангиография (14), МРПХТ (13), реллапароскопия (12) ўтказилган.

Диссергациянинг уячиги боджа «Хольециститомни операциядан кейинги эрта даврда сафро окшип кузатылган беморларни жаррохлик йўли билан даволаш» тахкосланган таджикот гуруҳларида бўлинин беморларни жаррохлик даволаш натижалари келтирилган. Асссий гуруҳ 2010-2019 йилларда операция бўлган, холециститомни кейинги сафро окшип кузатылган 37 нафар, тахкослаш гуруҳида 2000-2009 йилларда операция бўлган 58 нафар бемордан ниборат. Тахкослаш гуруҳида 1 дарважга сафро окшип 19 нафар беморда кузатылган, 7 нафар беморда хам реллапаротомия, сафронинг чеканиган мижаурда туллиниши яъни билума пактаданишда, жигар ости соҳасининг дренажланиши билан контрапертуранинг реконструкцияси ўтказилган.

3 нафар беморда реллапароскопия ўтказилиб, 1 холда сафро окшип манбазы сифатига аберрант ўт халга йўли аникланган ва клинстанган. 2 кузатувда жигар ости соҳасида туллиниган сафро эвакуация килнишанидан сўнг сафро окши ханбан аникланмаган.

2 нафар беморда реллапаротомия ўтказилган, буьда 1-кузатувда кордан бўшлигига сафро окшипини сабабли ўт халга чултогидан дренаж пайивил тушип колтипи бўлган ва у тавердан ўрнатилган. Ёна 1 кузатувда кордан бўшлигг окши сафро товлангандан кейин сафро окши манбазы аникланимаган.

7 нафар беморда корин бўшлигига куйниган дренаж найдан сафро окшии операциядан кейини 4-10 суткада ўз-ўзидан тухтаган, шу сабабли махсус жаррохлик усуллари ердамида коррекция килиш татаб этилмаган (1-жалдал).

Тахкослаш гуруҳида II дарважга сафро окшип 17 нафар беморда кузатылган. Мазкур асорт ўт халга чултозанинг этилшмовчилиги окшатыда 8 нафар беморда риножланган. ДХЭ дан кейин 3 нафар беморда реллапароскопия, ўт халга йўлининг тақоррий килепашыши ўтказилди. 2 нафар беморда ўт халга чултози этилшмовчилигининг сабабли резидуал холецистития ва биллар гипервения бўлган. Ушибу беморларга

реллапаротомия, холециститотомия ва холецистит тапкаи дренажлаш операцияси бежарилган. Ўт халга чултози этилшмовчилиги окшатыда сафротли перитонит бўлган яна 3 нафар беморда хам реллапаротомия, ўт халга чултозичи боғлаш ва корин бўшлиги санацияси ўтказилган.

1-жал/оал

Тахкослаш гуруҳида «окшич» шикастланишларда I дарважга сафро окшипини жаррохлик усулида коррекция килиш (n=19).

ХЭ дан кейин сафро окши манбаз (P. Nephros бўйича)	Ўтказилган амалиётлар тўрлари	Сони
А1 - ўт халга чултозичининг этилшмовчилиги	Реллапаротомия, ўт халга чултозичининг тақоррий дренажланиши	1
Пери-ферик, кам сафро окшип	Реллапароскопия, аберрант ўт халга йўлининг килеяланиши, корин бўшлигичининг санацияси, ўт халга чултозичининг дренажланиши	1
Сафро окши манбазы инвазивация килнимади	Контрапертуранинг реконструкцияси ва жигар ости соҳаси дренажланишининг реллапароскопия, жигар ости соҳаси санацияси ва дренажланиши	7
	Реллапаротомия, жигар ости соҳаси санацияси ва дренажланишининг	1
	Сафро окшипининг ўз-ўзидан тухтаган жими	7
		19

Шунингдек IX дан дренаж найининг ўз-ўзидан тушиб колтипи шикастланган 2 нафар беморда реллапаротомия, умумий ўт йўлини тақордан дренажлаш бежарилган.

2-жалдал

Тахкослаш гуруҳидаги «окшич» шикастланишларда II дарважга сафро окшипини жаррохлик усулида коррекция килиш (n=17).

ХЭ дан кейин сафро окши манбаз (P. Nephros бўйича)	Ўтказилган амалиётлар тўрлари	Сони
А1 - ўт халга чултозичининг этилшмовчилиги	Реллапароскопия, ўт халга чултозичининг тақордан килеяланиши	3
	Реллапаротомия, ўт халга чултозичининг тақордан боғлавиши	3
Пери-ферик, кам сафро окшип	Реллапаротомия, холециститотомия, холецистит дренажланиши	2
	Реллапароскопия, аберрант ўт йўлининг килеяланиши	3
	Реллапаротомия, аберрант ўт йўлининг боғлавиши	4
	Реллапаротомия, тахкослашнинг тақордан дренажланиши	2
	Жами	17

Аберрант ўт йўллари, ўт халта ёнғидан сафро оқини жузғанидан 7 нафар беморда, сафро оқини релаксациясида (3), релаксациясида (4) тўхатирилган. II даражали сафро оқини бўлган ўшбу тўрухдаги беморларда (100%) сафро оқинини коррекция қилини учун жабрдоҳлик амалиёти ўтказилган (2-расм).

Магистрал ўт йўлларидаги шикастланган таксонлар тўрухда 20 нафар беморда III даражали сафро оқини кузатилади, улардан 5 нафари жатар ўт йўлини проксимал чуқурга дренажи билан боғлаб стационарлардан кўчирилган. Кейин текшириш операцияларини 9 нафар беморда ўтказилган. Улардан гепатикохоледохитни тивтилмади шикастланганда 4 нафар беморда Т-силдан дренажда нуқсонни текшириш амалиёти охирилган.

Гепатикохоледохитнинг турак нуқсонга кесилиши билан 5 нафар беморда билибгинар аястономоз кўйилган. 11 нафар беморда реконструкция операциялар ўтказилган: 3 нафар беморда гепатикохоледохит аястономоз кўйилган; 8 нафар беморда жатар орқали карбасли дренажлаш билан гепатикохоледохит аястономоз кўйилган. Ру бўйига ТЕА, гепатикохоледохитнинг турак кесилиши интраоперацион аниқланганда 2 нафар беморда ўтказилган. 6 нафар беморда I-боякда гепатикохоледохит проксимал чуқурга ташқи дренажацияни амалиёти охирилган, 2-боякдаги бари холатларда ЖОҚД билан Ру бўйига ТЕА кўйилган (3-жадвал).

Таскисланган тўрухдаги беморларда ТХ инвизициясини таврида ўтказилган реконструкция-кайта тиклаш операциялари.

Шикастланган даража	ТХ ни дренажда билан аястономоз		Гепатико-холедохит аястономоз		ЖОҚД да гепатико-холедохит аястономоз		Жами			
	Му %	Мут	Му %	Мут	Му %	Мут	Му %	Мут		
«+2» «+1» даража	4	20	5	25	3	15	3	15	15	75
«0» даража	-	-	-	-	-	-	4	20	4	20
«-1» даража:	-	-	-	-	-	-	1	5	1	5
Жами	4	20	5	25	3	15	8	40	20	100

I-даражали сафро оқинида асосий тўрухдаги беморларда (14 нафар бемор) перигонит белгилари бўлмаганда, беморлар умумий аяволи коникатори бўлиб, кон таксилларда ўзгаришлар аниқланмаганда ултраоҳуш мониторинг ёрдамида динамика кузатиш, ҳамда спазмолитиклар, инфузия ва антибиотиклар терапияси воситасида консерватив даволаш ўтказилган. Ўшбу беморларнинг 9 нафарда даволаш самараси бўлиб, дренаж бўйлаб сафро оқини жабат қамалди ва 3-7 кун давомида турак тўхтади. Шунинг учун бошқа диагностика ва даволаш мулкисларини талаб қилинмаган.

3 нафар беморда жатар ости соҳасида тулланган сафрон завоҳидлар қилиш миксалида УТТ назорати остида билгома пункцияси бажарилган, бундан 1 нафар беморда сафро оқинининг сабоби холедохит дренаж найини тўқиниш бўлган (2-расм).



2-расм. УТТ назорати остида бўлган пункцияси.



Яна 2 нафар беморда консерватив даволаш самарасиз бўлган, сафро оқини сўткисига 200-250 мл микдорда ажралиши билан давом этган ва уларда РПХГ ва ЭПСТ ўтказилган (3-расм). 1 нафар беморда сафро оқинининг сабоби ўт халта чуқурга этилмовчилик, 1 нафар беморда сафро оқини манбаи аниқланмаган. Ўт йўллари эндоскопик дренажланган кейин бу беморларда сафро оқини 2 ва 5 суқада тўхтаган (4-жадвал).

Асосий тўрухдаги «суправ» шикастланганларда I даражали сафро оқинини жабрдоҳлик усулида коррекция қилини (n=14)

ХХ дан кейин сафро оқини манбаи (P. Nephros бўйича)	Утказилган амалиёт турлари	Сони	
			Периферик қад сафро оқини
Сафро оқини манбаи аниқланмаган	А - ўт халта чуқурга этилмовчилик	РПХГ + ЭПСТ ва назобиллар дренажлаш	1
	С ₁ - ТХ нуқсон	УТТ назорати остида билгома пункцияси	1
	Консерватив даволаш	УТТ назорати остида билгома пункцияси	9
Жами	УТТ назорати остида билгома пункцияси	2	
	РПХГ + ЭПСТ ва назобиллар дренажлаш	1	
Жами		14	

Асосий тўрухда II даражали сафро оқини (n=12), холедохитнинг ва билан биланар гинеренция ва ўт халта чуқурга этилмовчилик оқибатига ташқи сафро оқини сабоби РХПГ ва ЭПСТ, назобиллар дренажлаш 2 нафар беморда сафро оқинини тўхатишининг яқиний усули бўлган (3-расм).



3-рәс. РПХТ ва пазобилинар дренажлаш

Гепатикохолеодуаги дренаж найиниң тушиңь коллини билән 1 нафар беморда эндоскопик трансдуроденал арышлуғь ұтказыш орхалы сафро окшаны тухтынышта эришилген. Яна 3 нафар беморда РПХТ де сафро окшы манбанын аныклаш имкони бұтмади, бирок пазобилинар дренаж найиниң ұрнатылышы сафро окшанын тухтытыш имконины берген.

1 кузетуғьда эндоскопик трансдуроденал арылашуғьдан кейин ұт халта чултоғьнынғы ечимковчылыгы кузатылган, беморда сафро окшы тухтамади, беморда реллапароскопия, ұт халта чултоғьны текорон клипсалаш бажарылган.

Шунынгдек, 3 нафар бемордагы абсерант ұт нұлдариғьдан сафро окшы да реллапароскопияда, перитонитта эта 1 нафар беморда реллапаротомияда кайта болыш амалга ашырылган. Реллапаротомия, холедохолитотомия, холедохни ташы дренажлаш, корин бұшыны сацанысы сафро,ли перитонит аныктылган 1 нафар беморда ұтказылган (5-жадывал)

5-жадывал

Асосий тухухалы «кычык» шикеттанывшларда II даражалы сафро окшыны жарохлак нўлы билән корресияны кылыш (n=12)

ХЭ дан кейин сафро окшы манбаны (Р. Nephritis буйыча)	Утказылган амалығь турлары	Сони
Периферик кам сафро окшы	РХПГ + ЭПСТ ва пазобилинар дренажлаш	2
	Реллапароскопия, ұт халта чултоғьны кайта клипсалаш	1
	Реллапаротомия, ұт чултоғьны кайта болтаныш, холедохолитотомия холедохни дренажлашыны	1
	Реллапароскопия, абсерант ұт чултоғьны кайта клипсалаш	3
А2 - ұт халта абориятлы абсерант ұт нўлдари	Реллапаротомия, ұт чултоғьны кайта болтаныш	1
	ЭПСТ ва пазобилинар дренажлаш	1
С1 - ГХ имкони	РХПГ + ЭПСТ ва пазобилинар дренажлаш	3
Сафро окшы манбаны аныктылмады	Жадыл	12

Матрицалы ұт нўлдари шикеттанывшлар сабабы III даражалы сафро окшы асосий тухухалы I1 нафар беморда кузатылган, бунда 7 нафар беморда ГХ шикеттанывш холедохистежтомия операциясдан кейин козгал келген. 4 нафар бемор пилеветанган гепатикохоледох проксимал чултоғьны ұрнатылган дренаж най билән болык стационарлардан келген.

3 нафар беморда ЖОКД билән Ру буйыта ГЕА ұрнатылган, 1 кузетуғьда эса каржас дренажкоз кокоры пресизиян ГЕА шикеттанывшлар (4-раск).
Операция вакытыда аныктылган ГХ тўлик кесилгенше бұтып 2 нафар беморда хак Ру буйыта каржас дренажкоз кокоры пресизиян ГЕА ұрнатылган. Сафро,ли перитонит бұтып 1 нафар беморда биринчи боскычда корин бұшыны сапанызы ва жанар нўлы пресизия чултоғьнынғы дренажлашыны ұтказылган. Реконструкция операциясы - ЖОКД бинди ГЕА 3 бейден кейин ұткыдылган.



4-рәс. Нерв-Сониянд усулыта ГЕА шикеттанывшлар

Кейта тижлаш операцияларын 3 нафар беморда ұтказылган: - 1 нафар ГХ кесилгенше бұтып беморда БВА ұрнатылган, - 3 нафар ұт нўлының 1/2 дренажариғьдан ортык бұлыматын аныктыланыш кузатылган беморынның 2 нафарыда ұт нўлынынғы тижлыныш, бир нафарыда РПХТ дан кейин стент куйыш бажарылган (6-жадывал).

Клиника талкыкотварынның натыйжалары буйыча биз "Операциядан кейинги эрта дарада, сафро окшы диваностика клипсалаш дарадохлик тиктыластыны таллаш дастур"ны янлаб тижлыш (DGU 07445 ҰАР нгнеллектувалы мулк ачтылыгы токониғьдан 26.12.2019 йылда берилген куахножал).

Дисертациянынғы тўртынчы боблыда «Гемиктопий тухухаларда диваностика натывка- дартынны кебейт тижлыныш» I-биринчи даражалы сафро окшы билән дренажлаш натыйжаларынның кысый тахушы келтирилген.

Кузатуғьларынның 2/3 кысында беморлар тахворий жарохлак арышлуғьлар кылыны ва консервация даво факаг 36,9% холларда амалга ашырылган. Бесосита карала-каршы натыйжалар асосий тухухалы култы киратылган, бу эрта махсуэ эндоскопик ва диваностика усуллар беморларынның 35,7% тахворий жарохлак операцияларынғы олдини олдинга бикон берди, холган 2/3 кысында консервация терапия сайланы бұтып.

Беморларни асосий гуруҳга реконструкция-кайта тиклаш
натижалари

Шикастланган шид даражаси	Дренажда ГХ		БДА		Эндоскопияда		Каркаслас ГСБДА		ЖОҚД да ГСБДА		Жами	
	Мут	%	Мут	%	Мут	%	Мут	%	Мут	%	Мут	%
+2; +1 даража	2	18,2	1	9,1	1	9,1	3	27,3	-	-	7	63,6
0 даража	-	-	-	-	-	-	-	-	3	27,3	3	27,3
-1 даража	-	-	-	-	-	-	-	-	1	9,1	1	9,1
Жами	2	18,2	1	9,1	1	9,1	3	27,3	4	36,4	11	100

Шундай қилиб, тажрибани гуруҳда II даражали сафро оқинида 100% кузатишлари қорин бўлинигида таърибий аралашувлар ўтказилган — 6 нафар беморда реконструкция, 11 нафарда — релаксация, булар релаксация даражаси 64,7% ни ташкил этган. Шу билан бирга, асосий гуруҳда 50% беморларда эндоскопик трансекустел аралашувлар сафро оқинида таҳришнинг ақуни ухши бўлган. Қорин бўлинида тажрибий аралашув бажарилиши талаб қилинган сафро оқини 4 (34,4%) нафар беморда релаксация вақтида таҳришланди. Релаксация даражаси 16,6% ни (2 нафар бемор) ташкил қилган.

Шундай қилиб, эндоскопик трансекустел амалиёт сифатида сафро оқинида таҳришнинг минимал хушлари, УТ назорати остида қорин бўлиниги пунжири, лапароскопия ва шунгадек қулайлик УТ мониторинг билан фисол консерватив тарзида жорий қилиниши ўт йўлининг "қивик" шикастланганлиги бўлган беморларда 92,4% ҳолатда тажрибий лапароскопиянинг олдин олши имконини берган. Релаксация факат 2 нафар беморда ўтказилган.

Қиссий асосда натижалари матириал ўт йўлининг шикастланган бўлган III даражада сафро оқинида эга беморлар гуруҳида даволаш натижаларининг таққослаш тақлили прецизион техникадан фойдаланиб Ру бўйича юкори ТЕА кўйилининг самардорлигини неботлади.

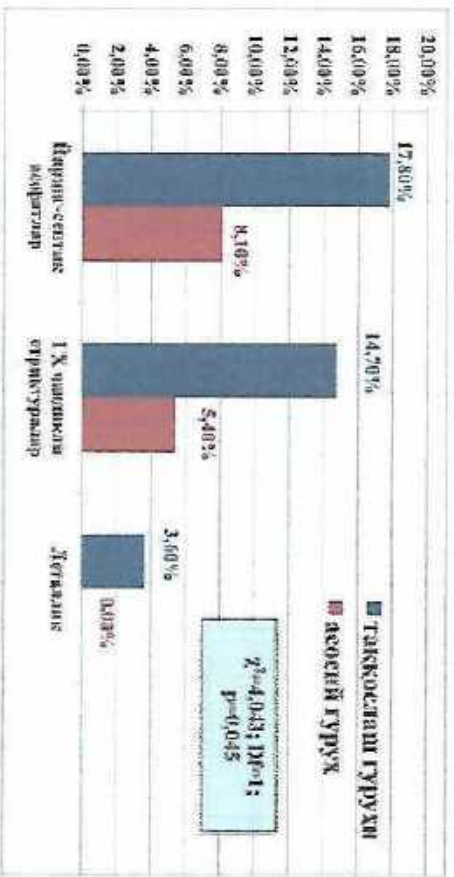
3 нафар беморларнинг барчасида операциядан кейинги яқин ва узок даврда яхши натижалар кузатилган. Жинтар орқали карқали дренажлаш билан ТЕА кўйилиши (асосий гуруҳда 4 нафар ва таққослаш гуруҳида 8 нафар) ўт йўлини довори инфитратида ва юкори типос (0, -1 даража) шикастланганда билнодигестив аналтомоз кўйилиш шубҳасиз ўзини оқийди. ТЕА шикастланганда алмаштирилган жинтар орқали карқали дренаж юкорида келтирилган ҳолатларда ўта зарур ва жаррохнинг шилини енгиллаштирилади. Бирок дренаж найлари билан узок вақт (2-йилгача) қорин билан беллик, бемор учун ноқулайлик, унинг меҳнатда ласқатилишини

сеңглари даражада туширили ҳолатлари уолинки қийматини қамқайтирилади. Билибдиқар аналтомоз (таққослаш гуруҳида 5 нафар беморда ва асосий гуруҳда 1 нафар беморда) ва ГДА (таққослаш гуруҳида 3 нафар беморда) барди ҳолатлари ГХ ва БДА стриктурлари билан ақулиланган. Уларда тажрибий реконструкция операциялар ўтказилди. ГХ нинг 1/2 дан қам диаметри шикастланганда, факат прецизион техникадан фойдаланиши қўриқилди бўлади.

Таққослаш гуруҳида ХЭ дан кейин сафро оқини туфйили тажрибий аралашувлардан кейин йиритилган асоратлар 10 нафар (17,8%) беморда кузатилган; - сафроли перитонит 3 нафар (5,3%) беморда; ливафитма ва жинтар ости абсцессининг шикастланган 3 нафар (5,3) беморда; операциядан кейин яратилган йиритилган 4 нафар (7,1%) беморда кузатилган. Улардан 2 нафари (3,6%) ҳалок бўлди. Иккада кузатурида ҳам ўлим сибоби сеңглик ҳолат фонида буйрак-жинтарнинг ўткир енгилмоҳирлиги бўлган.

Асосий гуруҳда ХЭ дан кейин сафро оқини жаррохлик билан таҳришдан кейин асоратлар 3 нафар (8,1%) беморда кузатилди. 2 кузатурида йиритилган сеңглик асоратлар ривожланган. 1 ҳолатда — эндоскопик пенилосфингтеротомиядан кейин ўткир пилефлебит. Асосий гуруҳда ўлим ҳолат кузатилмаган. Узок муддатли операциядан кейинги даврда таққослаш гуруҳида 8 нафар (14,2%) беморда ҳолатинг қийинаси билан кузатилган ГХ нинг ёки олдинроқ ўриқилган БДА нинг шикастли стриктурларинг ривожланган. Бунда, улардан 3 нафари тажрибий операция қилини — уларни Ру бўйича ТЕА ўриқилган.

Асосий гуруҳда узок муддатда ГХ стриктураси 2 нафар (5,4%) беморда кузатилиб — 1 нафарда БДА кўйилганда яна 1 беморда Т-симон дренажга умумий жинтар бўлиниг жароҳати таққосланган. Нақили беморда реконструкция операциялари ўтказилди — Ру бўйича ТЕА.



5-расм. Таққослаш гуруҳларида ХЭ дан кейин эрта ва қамқил муддатлари сафро оқини кузатилиши ва беморларни жаррохлик уолида даволаш натижалари

Сафро оқини беморларни даволаш мулкотиёврани сезилерди даражада уайтиривилингани айтаб ўйлаш лозим. ХЭ дан кейин беморларнинг стативлар даволанишининг ўртача муздати 2-5 (3,4± 1,2) суткани тишкил килди. Таккослаш гуруҳида ХЭ дан кейин сафро оқини кузатишан беморларнинг стативларида бўйише 15,9±2,3 суткани, асосий гуруҳда - 12,3± 3,1 суткани тишкил килди.

ХУЛОСА

1. Холтепистегаюқийдан кейин сафро оқини 1,6% (IXЭ дан кейин 2,1%) ни тишкил килди ва деструктив холтепистеге туьфайди шоланишче операциядан кейин 2 марта кўп содир бўлди. 2/3 беморларда сафро оқинининг сабаби «кички» шикастланишлар, ўт халга ётоғилати абөррант жипар-ўт халга йўлилари (Липонша йўлилари), ўт халга чултоғининг етишмовчйилги, гепатиткохолсододан дренажнинг туттиши ва умумий жипар йўлининг тынғениши шикастланиши, 1/3 беморларда «калте» шикастланишлар – IX нинг кесилиши ва цукеоли кесилиши бўлган.

2. Сафро оқини манбани аниқлаш ва уни даволаниш учун даволаниш дилатосиже аиторилми – I-даражади сафро оқинида УТТ мошторинг ва дилатетик усуллар, - II-даражади сафро оқинида транслюоленал эндоскопик арашшулар ва роллароскопия, III-даражада МРПХГ ва реконструктив операцияларни ўз ичига олтиш лозим.

3. Асосий гуруҳда минтнвалка эндоскопик транслюоленал арашшулар, дилатетик усуллар ва тапароскопия, шунингдек, фалд консерватив терапиянинг кулланилиши I- ва II-даражади сафро оқини («кички» шикастланишлар) кузатилган беморларнинг 92,4% да релативроғомиятиниг олдини олтиш имконини берган.

4. III-даражади сафро оқинида энг яхши натижалар прецизион техника ва Нерр-Solpand ва Sidel усуллардан фойдалланиб, Ру бўйише юкори ТЕА Фригитлишида олинган.ХЭ дан кейин сафро оқини кузатишан беморларда дилатосиже-даволаш тактикасининг таконимлиштириллиши асосий гуруҳида беморларда даволаш натижаларини анча яхшилаш имконини берган. Операциядан кейинги эрта даврда асоратлар 8,1% ни, кечки муздатларда 5,4% ни тишкил килди, ўлик холатларни кузатилмади (таккослаш гуруҳида мос равишда 17,8% ва 14,2%, ўлти 3,6%).

НАУЧНЫЙ СОВЕТ ДSc/Rhd.04/30.12.2019.Гр.93.01 ПРИ
БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ
ИНСТИТУТЕ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

АРЗИЕВ ИСМОИЛ

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИЛАТОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ
РАННИХ ВИЛИАРНЫХ ОБЪЕМНЫМ ПОСЛЕ
ХОЛТЕПИСТАТИОМ

14.06.27 – Хивурган

АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (ФвД)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ

Тема диссертации: доктора философии (PhD) кандидатские диссертации в области
интервенционной хирургии при Кальцие Минеральном Кальцие Кальцие Удобенства
W3019-4-19/07/1103.

Диссертация выдана в Самарской области государственного медицинского университета.

Автор диссертации: доктор философии (PhD) кандидатские диссертации в области
интервенционной хирургии при Кальцие Минеральном Кальцие Удобенства
W3019-4-19/07/1103.

Научный руководитель:

Забирова Бурахановна
доктор медицинских наук

Утвержденные оппоненты:

Урванд Нурхановна
доктор медицинских наук

Махмудов Фарух Нурович
доктор медицинских наук, профессор
(Республика Таджикистан)

Научная организация:

Республиканский центр для инвалидов
научно-практической медицины
хирургии им. А.В.Викторова

Защита диссертации: 12.12.2019 г. в 14:30

Диссертация выдана в Самарской области государственного медицинского университета (Адрес:
200118, г. Бухары, пр-т Навои, 1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50; e-mail:
Адрес: 200118, г. Бухары, пр-т Навои, 1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50; e-mail:

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского
государственного медицинского университета (адрес: 200118, г. Бухары, пр-т Навои, 1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.
Адрес: 200118, г. Бухары, пр-т Навои, 1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.
Адрес: 200118, г. Бухары, пр-т Навои, 1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.

Адрес: 200118, г. Бухары, пр-т Навои, 1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.
Адрес: 200118, г. Бухары, пр-т Навои, 1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.
Адрес: 200118, г. Бухары, пр-т Навои, 1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.



А.Ш. Инонтова
профессор, доктор
медицинских наук,
профессор

Д.Н. Ахмедов
ученый секретарь
научного совета по
медицинским наукам

Н.А. Турдалиев
Председатель
научного совета по
медицинским
наукам, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. В настоящее время в мире выполняются более 2,5 млн холецистэктомий в год. Минимальные осложнения - диспансионные или открытые из минимума - давно стали «золотым стандартом» хирургии и рационально доплатить друг друга. Вместе тем «... частота осложнений после этих вмешательств остается стабильной и недопустимо высокой и составляет по данным разных авторов 1,5-6,8%». Частота желчнокаменной болезни после различных видов холецистэктомии составляет 0,53-6,3%. Несмотря на современные достижения хирургии, «... проблема желчнокаменной болезни остается одной из самых сложных проблем для решения». Среди осложнений хирургического вмешательства после операции на желчных путях выделяют желчи в ранах, послеоперационном периоде следует рассмотреть как самостоятельную проблему, поскольку оно имеет очень серьезные последствия и опасно для жизни¹.

По всемирным данным, наиболее частыми причинами осложнениями после операции, выполняемых при заболеваниях желчевыводящей системы как традиционными, так и эндоскопическими способами, являются не только наружное желчнокаменное формирование желчных застоев в бiliaryной системе, желчный перитонит. В литературе опубликовано большое количество работ, посвященных проблеме бiliaryных осложнений, связанных с выполнением холецистэктомии. Частота побочных осложнений, по данным ряда авторов, составляет от 1,2 до 5,1%, а в некоторых наблюдениях достигает 24,5%. Основными причинами послеоперационного желчнокаменного могут быть как «классические» нарушения - несостоятельность культи пузырного протока, абсцедирующая печеночно-пузырная протоки ложа желчного пузыря - холы Лунда, выделение дренажа из гепатикохоледоха, так и «большинство» повреждений - атрогические травмы магистральных желчных протоков.

В нашей стране проводится многолетнее исследование работы по социальной защите населения и совершенствованию системы здравоохранения. В этом направлении, в частности, в улучшении хирургического лечения больных с заболеваниями желчевыводящих путей и сопутствующими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости достигнуты положительные результаты. Вместе тем, для улучшения оказания помощи этим больным требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности хирургического вмешательства с учетом предотвращения диспансионных и послеоперационных осложнений и долгосрочной профилактики рецидива заболевания. В срочном порядке необходимо проведение научных исследований по развитию Республики Узбекистан на 2017-2021 годы поставлены задачи по

¹ World Health Organization: Cancer. Fact sheet no. 24. World Health Organization website 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>

² Allen HK, Millum TM, Zullo K, Mansfield M, Aquino AE. Post-operative report of the leak from the duct of Ladd's pouch: a review with management options. The challenge of diagnosis. Am J Surg 2013; 206: 30-32.

развитию и совершенствованию системы медико-социальной помощи узависимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов хирургического лечения больных с злокачественными железыводящих путей, путём оптимизации диагностики и хирургической тактики, совершенствования способов хирургического лечения является одним из ключевых направлений.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполненной задачей, предусмотренных в Указе Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», Постановления Президента Республики Узбекистан № ПП-4887 от 10 ноября 2020 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы Государственного управления сферой здравоохранения», №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также в других нормативно-правовых документах, касающихся деятельности в данном направлении?

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологии республики. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики У1 «Медицина и фармакология».

Степень научности проблемы. Имеется ряд исследований, породивших противоречивые подходы, как к выбору метода верификации истончения желчестечения, к определению показаний к повторному вмешательству, так и к выбору способа коррекции этого осложнения (А.М.Хаджабаев и соавторы., 2019; Liblikowski J et al., 2011).

Важнейшая роль в патогенезе желчестечения после холцистэктомии принадлежит ноустратенной желчной гипертензии вследствие структуры БДС, холедохолитиаза, острого панкреатита. Исследования свидетельствуют, что механизм желчестечения может быть связан с функциональной гипертензией в желчевыводящей системе, которая обусловлена воспалительными изменениями и повышенной функцией печени Ф.Г.Наваров и соавторы., (2019). На этом фоне любое незначительное повреждение мелких желчных протоков в коже желчного пузыря на печени при холцистэктомии может привести к выраженному послеоперационному желчестечению в брюшную полость. Этого можно избежать (Bobkovicz A et al., 2019).

Ведущие клиницисты занимающиеся данной проблемой оценивали результаты выполнения различных видов холцистэктомии у больных

3 Указ Президента РУз от 01.02.2017 г. № УП-4947 «О стратегиях действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

острыми и хроническими заболеваниями холцистэктомии, у которых в раннем послеоперационном периоде отмечено желчестечение. Причины поступления желчи из культи пузырного протока могут быть обусловлены как ее несостоятельностью вследствие смещения клипсы, так и из-за быстрого и значительного повышения давления в протоковой системе при нарушении проходимость на уровне терминального отдела холедоха. Donatelli G. et al. (2014) считают обработку культи пузырного протока, выполненная на фоне воспаленных и инфильтрированных тканей, а также на фоне интраоперационного кровотечения, может привести к желчестечению за счет некорректного наложения клипсы. К аналогичным последствиям приводят случаи наложения клипсы несоответствующего размера, особенно в случаях расширения пузырного протока. Механизм истечения желчи после холцистэктомии связан с функциональным (сфинктерного аппарата БДС, который способствует изменению давления в желчевыводящих протоках. Даже при отсутствии интоксикации со стороны фатерса сосочка, физиологическая роль сфинктера Одди приводит к тому, что желчь легче поступать за пределы желчных протоков, чем в просвет ДПК.

Основной причиной развития послеоперационного перитонита является истечение желчи в свободную брюшную полость. По данным литературы, частота желчного перитонита значительно варьирует от 0,4% до 4% при хроническом холцистиче, достигая 10% при остром холцистиче (Ш.И.Каримов и соавторы., 2017; Limmuila-Veiga H. et al., 2017).

Клиническая картина желчестечения после ХЗ зависит от степени факторов: - темп желчестечения; степень отграниченности истончения желчестечения; - степень инфильтрированности желчи; - наличие или отсутствия дренажа. Клинические проявления желчестечения зависят от того, куда происходит сброс. Если желчь поступает наружу, через дренаж или точки введения троакартов, то может формироваться желчный свищ; если внутрь, то вероятно развитие абсцесса, желчного асцита, желчного перитонита (Э.И.Галимгерин и соавторы., 2010; Voldin B.Y. et al., 2017).

Сложность ранней диагностики внутрибрюшного желчестечения приводит к запоздалому повторному хирургическому вмешательству и, как следствие, к неблагоприятному результату лечения. С другой стороны, трудность диагностики объясняет и несоборванное выполнение ретроперитонеальной у 0,6-17% больных. Проводимая в послеоперационном периоде интенсивная терапия, применение антибиотиков и своевременных методов обезболивания значительно уменьшают картину развивающегося осложнения, заглушая острые явления, стирая признаки катястрофы в брюшной полости. Поэтому клиническая картина осложнений развивается редко и, как правило, поздно, а выполненная картина осложнений развивается высокой летальностью. Поэтому при малейшем подозрении на неблагоприятные необходимо провести ряд исследований, которые могут выявить наличие активного, прогрессирующего динамического наблюдения (А.Г. Бабурлиптили и соавторы., 2009; Seon Ung Yoon et al., 2015).

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выдана диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского института по теме: «Разработка усовершенствованных способов диагностики и хирургического лечения поврежденных висцеральных желчных протоков» (2016-2020 гг.).

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения путем оптимизации диагностики и лечебной тактики при ранней биллиарной обструкции после холцистэктомии с использованием современных минимальноинвазивных методов.

Задачи исследования:

определить частоту желчноотечения и изучить причины их развития после различных видов холцистэктомии в зависимости от фазы заболелания и срочности операции;

разработать лечебно - диагностический алгоритм с использованием лучевых и эндоскопических методов, направленный на раннее выявление и своевременную коррекцию желчноотечения у пациентов в ранние сроки после холцистэктомии в зависимости от объема, источника и клинических проявлений желчноотечения;

оценить, клиническую эффективность предложенного лечебно - диагностического алгоритма в лечении больных с желчноотечением при «малых» поврежденных с использованием минимальноинвазивных технологий;

оценить тактико-технические аспекты хирургического лечения больных с желчноотечением вследствие травм магистральных желчных протоков («больших» повреждений).

Объектом исследования явились 93 больных с ЖКБ у которых после холцистэктомии в ранние послеоперационном периоде развились биллиарные осложнения – желчноотечение, произошедших в I квинтинге Самаркандского государственного медицинского института за период с 2000 по 2019 гг.

Предмет исследования составляет анализ результатов хирургического лечения больных с ранними биллиарными осложнениями после холцистэктомии – желчноотечением.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, ультразвуковые, лучевые, эндоскопические и статистические методы, ультразвуковые, лучевые, эндоскопические и статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

на большом клиническом материале определена частота развития желчноотечения в ранние сроки после различных методов выношенния холцистэктомии, стадии воспалительного процесса и срочности операции;

выявлена зависимость степени желчноотечения от причины ее развития и определено, что причиной ЖКИ I ст. и II ст. является «малые» поврежденные желчных протоков, ЖКИ III ст. - «большие» поврежденные (пересечение и несечение ТХ).

разработаны диагностические и лечебный алгоритм по выявлению и хирургической коррекции «малых» повреждений, сопровождающихся ЖКИ II и III степени с использованием современных лучевых и эндоскопических технологий и доказана высокая эффективность двистических, усовершенствованных тактико - технические аспекты реконструктивных операций на магистральных желчных протоках с использованием высококачественного ТЕА по Ру и создания БД/А с использованием методов Нерр - Соланд и Sichel.

Практические результаты исследования заключаются в следующем: определены показания к применению реконструктивных, трансдуоденальных эндоскопических вмешательств, пункционных методов под контролем УЗИ и оценки их возможности в диагностике и лечении ранних биллиарных осложнений после холцистэктомии;

предложен алгоритм выбора способа хирургической коррекции желчноотечения в зависимости от етисни, источника и клинических проявлений;

выработаны показания к применению различных минимальноинвазивных вмешательств для лечения ЖКИ I - II ст. при «малых» повреждениях, позволяющих значительно сократить число реопаротомий;

разработаны тактико-технические аспекты хирургического лечения больных с поврежденными магистральными желчными протоками, позволяющих значительно снизить частоту осложнений и летальность.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов исследования подтверждена примененными современными клиническими, лабораторными и инструментальными методами. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей хирургического лечения больных с ранними биллиарными осложнениями после холцистэктомии. Применение в основной группе минимальноинвазивных эндоскопических трансдуоденальных вмешательств, диагностических методов и лапароскопии, а также активной консервативной терапии позволили у больных с желчноотечением вследствие «малых» повреждений значительно улучшить результаты лечения и избежать не всегда оправданной дигаротомии. При «больших» повреждениях ТХ (пересечение и несечение) по Ру, использованы методы Нерр - Соланд и Sichel для создания широкого соустья при высокотипических повреждениях ТХ.

Практическая ценность работы заключается в том, что разработаны алгоритм диагностики и хирургического лечения больных с желчноотечением различной степени тяжести и определены методы их

хирургической коррекции как при малых поврежденных, так и при поврежденных магистральных желчных протоках. Внедрены в клиническую практику миниплазменные эндоскопические трансдуоденальные вмешательства, диспетчерские методы и лапароскопия, а также активная консервативная терапия, которые позволяют значительно улучшить результаты лечения при малых поврежденных желчных путях. Разработаны тактико-технологические аспекты коррекции больших повреждений желчных протоков, основанных на желчеотведении в замкнутом от типа и уровня травмы. Это позволило улучшить качество диагностики и оптимизировать выбор вида консервативного или оперативного лечения.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования, по совершенствованию результатов хирургического лечения больных с ранними биллиарными осложнениями — желчеотечением после холцистэктомии:

разработаны методические рекомендации «Способ хирургической коррекции желчеотечения после холцистэктомии в раннем послеоперационном периоде» (справка Министерства здравоохранения №81-р/84 от 31 декабря 2020 года), «Холцистэктомия операционной кинемии зрелая дилатация сафры окши. Сайбидари на жаррохлик давоташ худударно» (справка Министерства здравоохранения №81-р/80 от 29 января 2021 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить качество хирургического лечения больных с ранними биллиарными осложнениями после холцистэктомии — желчеотечением и сократить длительность госпитализации больных;

полученные научные данные по совершенствованию результатов диагностики и хирургического лечения больных с ранними биллиарными осложнениями после холцистэктомии, внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в хирургические отделения I клиники Самаркандского государственного медицинского института (заключение Министерства здравоохранения №81-з/65 от 4 апреля 2021 года). На основе предложенных результатов исследования был успешно разработан спектр оказания специализированной паллиативной медицинской помощи больным с ранним биллиарными осложнениями после холцистэктомии, достигнуто снижение частоты осложнений в ближайшем послеоперационном периоде с 17,8% до 8,1%, в отдаленном периоде — с 14,7 до 5,4%.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 8 научно-практических конференциях в том числе на 6 междугородных и 2 республиканских.

Публикации результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 16 научных работ, в том числе 7 журнальных статей, 5 тезисов в республиканских, 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов исследований.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 105 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и своевременность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характерные объект и предмет, показано соответствие исследованию приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагается научный подход и практические результаты исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, внедренных в практику результатов исследования, даются сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «Желчеотечение в ранние сроки после холцистэктомии, проблемы диагностики и хирургического лечения» представлен обзор литературы, раскрывающий суть проблемы ранних биллиарных осложнений после ХСЭ и в частности желчеотечения, причины возникновения, классификация, современные методы диагностики и лечения. Во второй главе диссертации «Характеристика клинических наблюдений и методы диагностики» дана общая характеристика исследования 2000-2019 гг. в основу которых положен анализ результатов обследования и лечения 5247 пациентов с ЖКБ.

У 93 из которых в раннем послеоперационном периоде после ХСЭ наступило биллиарное осложнение — желчеотечение. Клиника данного осложнения характеризовалась наружными желчеотечением у 71 больного (56,7%) и у 22 (43,3%) — желчеотечением в брюшной полости.

Выделили 3 степени послеоперационного желчеотечения по L.Morganstein (2006) Желчеотечение I степени — до 100 мл / сутки по дренажу из брюшной полости или ограниченное скопление жидкости в ложе желчного пузыря объемом менее 100 мл при УЗИ выявлено у 33 больных (35,4%). Желчеотечение II степени — до 500 мл / сутки по дренажу или свободная жидкость над и под печенью при УЗИ выявлено у 29 больных (31,1%). Желчеотечение III степени — более 500 мл / сутки по дренажу или свободная жидкость в 3 и более областях брюшной полости выявлено у 31 больного (33,3%).

Источником послеоперационного желчеотечения в 12 наблюдениях были допозитивные (абсцессные) желчные протоки (холды Льюиса) в ложе желчного пузыря, в 13 наблюдениях — несостоятельность культи пузырного протока вследствие сокращения клипс, у 5 пациентов ЖИ из дефекта в стенке гелатинохоледоха вследствие самопроизвольного выпадения установленного дренажа из гепатикохоледоха, в 31 — язвенные повреждения магистральных желчных протоков. В 32 наблюдениях источник

желчеотечения не идентифицирован, вследствие его самостоятельного прекращения при консервативной терапии (рис.1).

Желчеотечение наблюдается после ДХЭ – 2,1% (43), ХЭ из мультипараметрического доступа 1,1% (29), ХЭ из лапаротомного доступа – 2,4% (12 больных), у больных с длинным ослизняющим передеднем к нам из других стационаров.

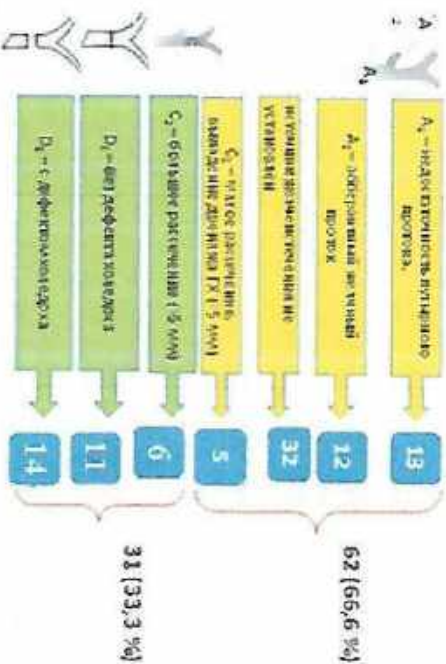


Рис.1. Источники послеоперационного желчеотечения по Р. Neuhaus (2000).

Средний возраст пациентов с желчеотечением после ХЭ составил 49 ± 5,1 лет – лица наиболее трудоспособного возраста, мужчин – 23 и женщин – 70, то есть соотношение 1:3, хотя в гендерной структуре оперированных больных в ЖКБ эти соотношения соответствовали 1:6, что подтверждает литературные данные в отношении возникновения ХЭ у лиц мужского пола.

64 (68,8%) из 93 больных с желчеотечением поступили в стационар в оперированном по ургентным показаниям по поводу острого деструктивного холангита, 29 (31,2%) – по поводу хронического калькулезного холангита. Желчеотечение наблюдалось более чем в 2 раза чаще после экстренных операций, нежели после плановых.

При желчеотечении после ХЭ в раннем послеоперационном периоде всем больным выполняли УЗИ (93), по показаниям РНХГ (24), МРПХГ (13), ретроградно (12).

В третьей главе диссертации «Хирургическое лечение больных с желчеотечением после холангитэктомии в раннем послеоперационном периоде» приводятся результаты хирургического лечения больных, которые в соответствии с задачами исследования разделены на сравнительные группы исследования: основную группу составили 37 больных с желчеотечением после ХЭ, оперированные в период 2010-2019 гг., группу сравнения – 36 больных, оперированных в 2000-2009 гг.

При желчеотечении I степени в г. сравнения (14 больных) 7 больным произведена ретроградная конкрасктура с дренажной подвздошной областью, 3 больным – ретроградно, в I случае источником желчеотечения признан абсцессный желчный проток, который клипировали, в 2 наблюдениях источник желчеотечения не установлен. 2 больным проведено ретроградно, где причиной интубированного желчеотечения в I наблюдении явилось выпадение дренажа из культи пузырного протока, еще в I наблюдении источник желчеотечения не установлен. У 7 больных желчеотечение самостоятельно прекратилось на 4-10 сутки после операции (табл.1).

Таблица 1

Хирургическая тактика желчеотечения I степени при остром панкреатите в раннем послеоперационном периоде (n=19).		Виды выделенных осложнений	Количество больных
Источники желчеотечения после ХЭ (по Р. Neuhaus)	Виды выделенных осложнений		
А1 – недостаточность культи пузырного протока	Ретроградное, повторное дренирование культи пузырного протока	1	
А2 – абсцессный желчный проток	Ретроградное, клипирование абсцессного желчного протока, санация буазной полости, дренирование ложа желчного пузыря	1	
А3 – недостаточность культи пузырного протока	Реканализация конкрасктуры и дренирование подпеченочной области	7	
А4 – недостаточность культи пузырного протока	Реканализация конкрасктуры и дренирование подпеченочной области	2	
А5 – недостаточность культи пузырного протока	Реканализация конкрасктуры и дренирование подпеченочной области	1	
А6 – недостаточность культи пузырного протока	Желчеотечение из дренажа брюшной полости дренирующей системой	7	
А7 – недостаточность культи пузырного протока	Всего	19	

При желчеотечении II степени в группе сравнения (17 больных) вследствие неадекватности культи пузырного протока из 8 больных 3 после ДХЭ проведена ретроградно с повторным клипированием пузырного протока, 2 больным с самопроизвольным выпадением дренажа из ГХ так же произведена ретроградно с повторным дренированием области желчного протока, 7 больным с желчеотечением из абсцессного желчного протока ложа желчного пузыря исечение жести оставлено при ретроградно – 3, ретроградно – 4. У 2 больных причиной неадекватности культи пузырного протока явился холедохолитоз и билиарная гипертония, им проведена ретроградно с холедохолитотомией и дренированием холедоха. Еще 3 больным с желчным перитонитом вследствие неадекватности культи пузырного протока, проведена ретроградно с перевязкой культи протока и санацией брюшной полости (табл. 2).

Повреждение магистральных желчных протоков явилось причиной желчеотечения III степени у 20 больных группы сравнения, причем 5 из них

были переведены из других стационаров с дренажом проекционной кувалты печеночного протока. Восстановительные операции проведены в 9 случаях, из них при дренаже повреждении гепатикохоледоха 4 больным проведено ушивание дефекта на Т - образном дренаже. При полном пересечении гепатикохоледоха билнобилирдуальный дренажом наложился 5 больным.

Таблица 2
Хирургическая коррекция желчеотечечения II степени при «малых» поврежденных в группе сравнения (n=17).

Источник желчеотечечения после ХЗ (по Р. Нейман)	Виды выполненных вмешательств	Количество больных
Ас - перекрывающая кувалта дуэально дренажа	Резектоскопическое выстригание Асцирозозной протоки в дове желчного пузыря	3
II периферическое малое желчеотечение	Резектоскопическое выстригание протока в дове желчного пузыря	2
	Резектоскопическое выстригание протока в дове желчного пузыря	3
	Резектоскопическое выстригание протока в дове желчного пузыря	4
	Резектоскопическое выстригание протока в дове желчного пузыря	2
	Резектоскопическое выстригание протока в дове желчного пузыря	17

11 больным выполнены реконструктивные операции: 3 наложены гепатикохоледоннаставка, 8 - гепатиколеноннаставка на трансназальном дренажном дренаже. ГЕД по Ру выполнен 2 больным после выявления полного пересечения гепатикохоледоха. В 6 наблюдениях больным I этапом произведено наружное дренажирование гепатикохоледоха, затем 2 этапом наложен ГЕД по Ру на ТКХД (табл.3).

Таблица 3
Реконструктивно - восстановительные операции выполненным больным в группе сравнения при поврежденных ГХ

Уровень повреждения	Упущение ГХ на дренаже		Выполнение ГХ на дренаже		Гепатикохоледоннаставка		Гепатиколеноннаставка на ТКХД		Всего	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
с-2, с-1, с-0	4	0	5	5	3	5	3	5	15	75
с-0	-	-	-	-	-	-	4	20	4	20
с-1, с-0	-	-	-	-	-	-	1	5	1	5
Итого	4	0	5	25	3	5	8	30	20	100

В основной группе (14 больных) при отсутствии признаков перитонита, удовлетворительном состоянии больных, отсутствии явственных анамнезах

крови проводили динамическое наблюдение с обязательным ультразвуковым контролем и консервативное лечение - энзимолиптики, инфузионная, противовоспалительная и антибактериальная терапия. У 9 больных лечение оказалось эффективным, желчеотечение по дренажу прогрессивно уменьшалось и полностью прекратилось в течение 5-7 дней, поэтому другим диагностических и лечебных процедур не потребовалось. 3 больным потребовалась пункция биломы под контролем УЗИ (рис.2) с целью эвакуации скопившейся жидкости в подпеченочном пространстве, причем у 1 больного причиной желчеотечения явилось выпадение дренажа из холедоха.



Рис. 2. Пункция биломы под контролем УЗИ

Еще у 2 больных консервативное лечение также было неэффективным и им были выполнены РПХГ и ЭПСТ. У 1 больного причиной желчеотечения оказалась несостоятельность кувалты пьюрного протока, еще у 1 больного источник не установлен. После эндоскопического дренирования биллярной системы желчеотечение у этих больных прекратилось на 2 и 5 сутки (табл.4).

Таблица 4
Хирургическая коррекция желчеотечения I степени при «малых» поврежденных в основной группе (n=14)

Источник желчеотечения после ХЗ (по Р. Нейман)	Виды выполненных вмешательств		Количество больных
	Ас - перекрывающая кувалта дуэально дренажа	РПХГ + ЭПСТ и пьюрдренное дренирование	
Периферическое малое желчеотечение:			
С - дренаж ГХ	Пункция биломы под контролем УЗИ		1
Источник желчеотечения не установлен	Консервативное лечение		9
	Пункция биломы под контролем УЗИ РПХГ + ЭПСТ и пьюрдренное дренирование		2
Всего			14

В основной группе (n=12) с несостоятельностью кувалты пьюрного протока вследствие и холедохолитиаза и биллярной гипертензии с наружным

желчеотечением РПХГ с ЭПСТ и назобилиарным дренированием у 2 больных вышло окончательным методом остановки желчеотечения (рис.3). Эндоскопическое трансдуральное вмешательство оставило желчеотечение у 1 больного с выпадением дренажа из холедоха. Еще 3 больным при РПХГ источник желчеотечения не удалось выявить, однако установка назобилиарного дренажа позволило купировать желчеотечение.



Рис. 3. РПХГ и назобилиарное дренирование

Хирургическая коррекция желчеотечения II степени при «кальках» поврежденных в основной группе (n=12)

Источники желчеотечения после ХЗ (по Р. Селдаци)	Виды выполненных вмешательств		Количество больных
	А1 - недостаточность кутан пузырного протока	А2 - доинтраталлярный проток в ложе кутанного пузыря	
Периферическое латентное желчеотечение:	Резектостомия, перевязка пузырного протока, холедохотомия дуодинальное хлестеда.	Резектостомия, повторное клипирование дуодинного протока	1
		Резектостомия, перевязка пузырного протока, холедохотомия дуодинальное хлестеда.	1
		Резектостомия, клипирование абсцедирующего желчного протока	3
Источники желчеотечения не установлен	Резектостомия, перевязка абсцедирующего желчного протока	1	
	ЭПСТ и назобилиарное дренирование	1	
Всего			12

В 1 наблюдении у больной с несостоятельностью культи пузырного протока после эндоскопического трансдурального вмешательства

желчеотечение не купируется, больной производится релативосекция и клипирование пузырного протока. Также при желчеотечении у 3 больных из абсцедирующего желчных протоков произведено их клипирование при релативосекции, 1 с перитонитом – при релативотомии. Релативотомия, холедохотомия с дренированием холедоха и санацией брюшной полости произведено 1 пациентке с желчным перитонитом (табл.5).

При повреждении магистральных желчных протоков желчеотечение III степени в основной группе наблюдалось у 11 больных. Из них 4 поступили из других стационаров с установленным дренажом в проекционной культе поврежденного печеночного протока. Из них 3 наложены ГЕА по РУ с ТПКД, в 1 наблюдении выполнен высокий прецизионный ГЕА без карманного дренирования.

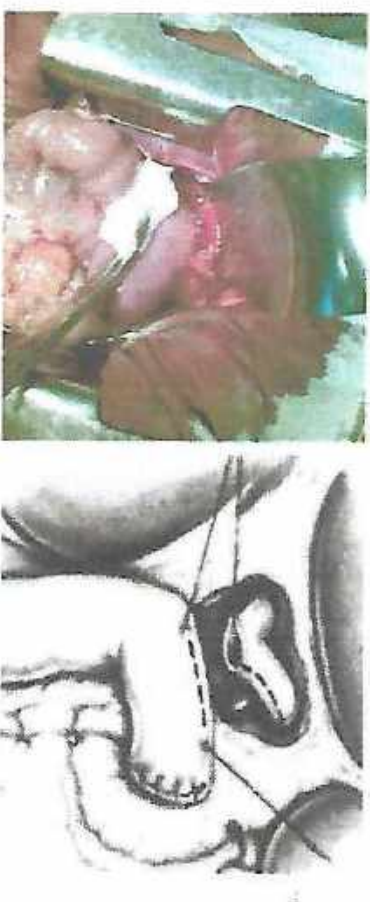


Рис. 4. Надложение ГЕА на методике Нерр-Солланд

В наших наблюдениях у 2 больных с полным пересечением ГХ, вышестоящим интраоперационно, также наложен высокий ГЕА по Ру без кармаса (рис.4). 1 больной желчным перитонитом первым этапом произведена санация брюшной полости и дренирование печеночного протока. Реконструктивная операция выполнена через 3 месяца – ГЕА с ТПКД. Восстановительные операции проведены 3 больным, 1 больному с пересечением ГХ наложен БГА. У 3 больных при травме повреждение не более чем на 1/2 диаметра протока произведено ушивание протока, в 2 случаях, в одном наблюдении после РПХГ установлен стент в ГХ (табл.6).

По результатам клинического исследования нами разработана программа выбора хирургической тактики при желчеотечении, диагностированном в раннем послеоперационном периоде № ДГУ 07445 (Свидетельство, выданное агентством по интеллектуальной собственности РУз от 26.12.2019 г.).

Таблица 6
Реконструктивно-восстановительные операции в основной группе больных

Уровень, пороговые значения	Учитывая ГХ на дренаже		БВА		Эндоскопическое лечение		ГенДА без дренажа		ГенДА на СТД		Всего	
	Кол -во	%	Кол -во	%	Кол -во	%	Кол -во	%	Кол -во	%	Кол -во	%
"1", "2"	2	18,2	1	9,1	1	9,1	3	27,3	-	-	3	27,3
"0"	-	-	-	-	-	-	-	-	3	27,3	3	27,3
"3"	-	-	-	-	-	-	-	-	1	9,1	1	9,1
Итого	2	18,2	1	9,1	1	9,1	3	27,3	4	36,4	11	100

В четвертой главе представлено «Сравнительный анализ результатов лечения в группах сравнения». Сравнительный анализ результатов лечения при желчнокаменной болезни проведен в первой степени тяжести, что в 2/3 наблюдений больным проведены повторные хирургические вмешательства, а консервативная терапия проводилась лишь в 36,9% наблюдений. Прямо противоположные результаты получены в основной группе, где специфические эндоскопические и дилатационные методы позволили избежать повторной хирургической окисации у 35,7% больных, а у остальных 2/3 эффективной была консервативная терапия.

Коррекцию желчнокаменной болезни II степени в группе сравнения (17 больных) в 100% случаев проводили посредством повторного хирургического вмешательства – релактотомии (11) и релактоскопии (6). Усовершенствование лечебно-диагностической тактики ведения больных в основной группе (12 больных) с использованием эндоскопических триадауденальных вмешательства позволило избежать неурожайного желчнокаменного у 6 (50%) больных. Релактоскопия позволила устранить причину желчнокаменности в 4 наблюдениях и лишь 2 больными (16,6%) потребовалась релактотомия.

Таким образом внедрение минимальных методов коррекции желчнокаменности как эндоскопические эндоскопические вмешательства, пункции брыжичной полости под контролем УЗИ, лапароскопия, а также активная консервативная терапия с ежедневным УЗИ мониторингом позволили у больных с «каменной» поврежденными желчными протоками отдалиться от повторной лапаротомии у 92,4% больных. Релактотомия проведена лишь у 2 больных.

Сравнительный анализ результатов лечения в группе больных с желчнокаменной III степени, причиной которых явились повреждение камнеобразных желчных протоков доказало эффективность высокого ГЕА по Ру с использованием преднизонной техники. У всех 3 больных отмечены хорошие результаты в ближайшем и отдаленном постоперационном периодах. Выполнение ГЕА на ТТКД (выполнен у 4 больных основной

группы и 8 – группы сравнения) безуспешно проводилось при наличии билиопестивного анстомоза в условиях инфилтративных нарушений в стенке протока и высоким риском (уровень 0, -1) повреждения. Сметить трансечечечный дренаж, на котором формируется ГЕА, крайне необходимо при выше указанных ситуациях и вырывает хирурга. Однако неудобства для больного, значительное снижение его трудоспособности, связанные с необходимостью длительного ношения дренажных трубок (до 2х лет) снижает ценность методики БВА (наложено у 5 больных в группе сравнения и 1 в основной группе) и ГДА (у 3 больных в группе сравнения) во всех случаях завершили стриктурами ГХ и БДА. Им выполнены повторные реконструктивные операции. Ушивание дефекта ГХ охватывающего менее 1/2 диаметра протока, показано только при использовании прецизионной техники.

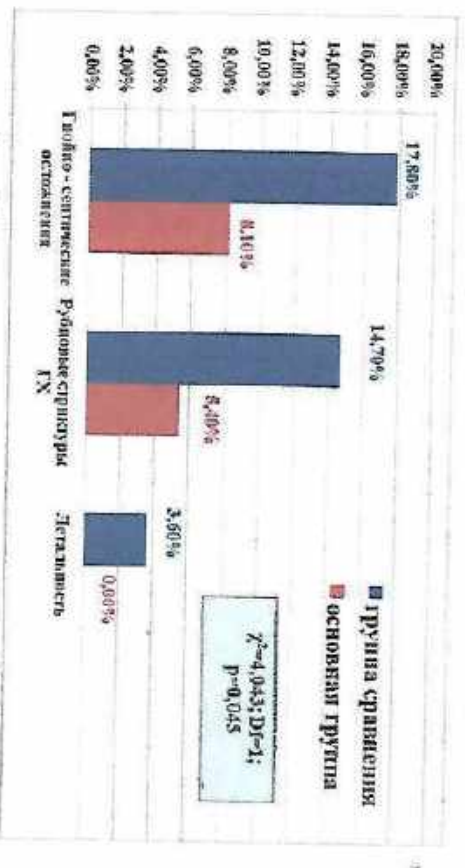


Рис.5. Результаты хирургического лечения больных с желчнокаменной болезнью в ближайшем и отдаленном периодах в группах сравнения.

Тюбико – сигнической обструкции после повторных вмешательств по поводу желчнокаменности после ХЭ в группе сравнения наблюдатели у 10 больных (17,8%); – желчный перитонит (3 больных); – формирование подпеченочного и поддиафрагмального абсцесса (3 больных); – наличие постоперационной раны (4 больных). Из них 2 (3,6%) умерли. Причиной смерти в обеих наблюдениях явились острый почечно – печеночная недостаточность на фоне септического состояния.

В основной группе после хирургической коррекции желчнокаменности после ХЭ обострения наблюдатели у 3 больных (8,1%). В 2 наблюдениях имелись гнойно – септические осложнения, в 1 – острый панкреатит после

эндоскопической тапипноскопиктероготомии. Длительность в основной группе не наблюдалась.

В отдаленном послеоперационном периоде в группе сравнения у 8 больных (14,7%) развились рубцовые структура ГХ или ранее наложенного БДД. соположающийся клипкой холангита. Причем, 3 из них повторно оперированы – им наложен ГЕА по Ру. В основной группе в отдаленном периоде структура ГХ наблюдалась у 2 больных (5,4%) – 1 после наложения БДД в шне I после удаления травмы общего печеночного протока на Т – образном дренаже. Общим больным произведены реконструктивные операции – ГЕА по Ру.

Следует отметить, что желчеотечение значительно удлинило сроки лечения больных. Средние сроки стационарного лечения больных после ХЭ составляли 2,7 (3,4±1,2) суток. В группе сравнения пребывания больных с желчеотечением после ХЭ составляло 15,9±2,3 суток, в основной группе – 12,3±3,1 суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Желчеотечение после ХЭ составило 1,6% (после ДХЭ 2,1%) и наступило в 2 раза чаще после экстренных операций по поводу деструктивного холангита. Причиной желчеотечения у 2,3 больных явились «кальевые» повреждения – абразивные повреждения протока, локального пузыря, несоответственность куплета пузыря протока, выпадение дренажа ГХ и краевое повреждение ОПЦ. у 1/3 больных «большие» повреждения – пересечение и коагуляция ГХ.

2. Лечение диагностический алгоритм для выявления источника желчеотечения и его коррекции должен включать УЗИ мониторинг и динамические методы при желчеотечении I ст., транскатетеральные эндоскопические вмешательства и ретроградное при желчеотечении II ст., МСКТ и реконструктивные операции при III ст.

3. Применение в основной группе минимальноинвазивных эндоскопических транскатетеральных вмешательств, динамических методов и лапароскопии, а также активной консервативной терапии позволяют у больных с желчеотечением I и II ст. (кальевые повреждения) избежать развития отека у 92,4% больных.

4. При желчеотечении III степени («большие» повреждения) лучшие результаты получены при наложении вилевого ГЕА по Ру с использованием прецизионной техники и применением методов Нерр – Соппалд и Сател. Совершенствование лечения – диагностической тактики у больных с желчеотечением после ХЭ позволило значительно улучшить результаты лечения в основной группе, где осложнения в ближайшем послеоперационном периоде составили 8,1%, в отдаленном периоде – 5,4%, длительность не наблюдалась (в гр. сравнения – 17,8% и 14,2% соответственно, длительность – 3,6%).

ARZBEV ISMOL

OPTIMIZATION OF DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC TACTICS IN
EARLY VILARU COMPLICATIONS AFTER CHOLECYSTECTOMY

14.00.27 - Surgery

ABSTRACT OF THE DISSERTATION OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PHD) IN
MEDICAL SCIENCES

The topic of the dissertation of a Doctor of Philosophy (PhD) is registered with the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for B2019.4.PHD/TTb-1103.

The dissertation was completed at the Samarkand State Medical Institute.

The author's abstract of the thesis in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the website of the Scientific Council (www.dssm.uz) and the Information and Educational Portal "Ziyorat" (www.ziyorat.uz).

Scientific adviser:
Zafar Jan Kurban'yazov
Doctor of Medical Sciences

Official opponents:
Shukhrat Fohrmonovich Uratkov
Doctor of Medical Sciences.

Farrukh Israilovich Makhomedov
Doctor of Medical Sciences, Professor
(Republic of Tadjikistan)

Republican Specialized Center for Surgery
named after Academician V. Vakhidov

Local organization:

Protection will be held **18 August 2021** at a meeting DSc / PhD 04 / 30.12.2019 Tth 03.01 Scientific Council at Bukhara State Medical Institute (Address: 200118, g. Bukhara, Prospekt A.Navoi, 1. Tel. : (+99865) 223-17-53, fax: (+99865) 223-17-53, e-mail : buhmed@mail.uz).

The thesis can be found in the Information Resource Center of the Bukhara State Medical Institute (registered under No **025** Address: 200118, Bukhara, ave. Navoi, 1. Tel. (+99865) 223-17-53; fax: (+99865) 223-00-50.

The abstract of the dissertation was sent on **3 August 2021**,
(Date of distribution protocol number **30 August 2021**).



A.Sh. Inoyatov
Chairman of the Single scientific council
in awarding of the scientific degrees,
Member of Medical sciences, Professor

B.N. Akhbarova
Scientific Secretary of the Single
Scientific Council on Award of Scientific
Degrees, Doctor of Philosophy

N.A. Nurullayeva
Chairman of the Single Scientific
Council on awarding of the scientific degrees,
Doctor of Medical Sciences, Professor

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

To date, the most promising direction for the treatment of early biliary complications - bile leakage in "small" injuries, are high-tech minimally-invasive interventions - re-laparoscopy, transduodenal endoscopic interventions, puncture methods under ultrasound control, which are effective and have a significant advantage over traditional repeated surgical operations.

Despite the great achievements of modern surgery, the problem of bile leakage after cholecystectomy remains one of the most difficult to solve. It is a consequence of this complication are unsatisfactory results of surgical treatment, and sometimes deaths. All this makes the problem of timely diagnosis and treatment of early biliary complications after cholecystectomy relevant from a scientific and practical point of view. Currently, large-scale work is being carried out to socially protect the population and improve the health care system. The strategy of actions in five priority areas of development and improvement of the Uzbekistan for 2017-2021 sets goals for the development and improvement of the system of medical and social assistance to vulnerable categories of the population to ensure their full life. The implementation of these tasks, including the improvement of the results of surgical treatment of patients with diseases of the biliary tract, by optimizing diagnostics and surgical tactics, improving the methods of surgical treatment, is one of the urgent directions.

The aim of the study is to improve the results of surgical treatment of patients with cholelithiasis, who developed postoperative complications in the form of bile leakage, by optimizing treatment and diagnostic tactics using modern high-tech minimally-invasive methods.

The object of the study was 93 patients with cholelithiasis who, after cholecystectomy in the early postoperative period, developed biliary complications - bile leakage, treated in the 1st clinic of the Samarkand State Medical Institute for the period from 2000 to 2019.

To achieve the goal of the study and to solve the set tasks, the following methods were used: general clinical, ultrasound, radiation, endoscopic and statistical methods. In this work, based on the analysis of a large clinical material, the frequency of bile leakage in the early stages after various methods of performing cholecystectomy, the stage of the inflammatory process and the urgency of the operation were determined. Also, the tactical and technical aspects of reconstructive operations on the main bile ducts with the imposition of a high precision GEA according to Roux and the creation of a BDA using the Hepp-Coinaud and Cattel techniques have been improved.

Implementation of research results. According to the results of a scientific study to improve the results of surgical treatment of patients with early biliary complications - bile leakage after cholecystectomy:

methodological recommendations were developed "Method of surgical correction of bile leakage after cholecystectomy in the early postoperative period" (certificate of the Ministry of Health No. 8n-r / 684 dated December 31, 2020).
"Xolisisekтомiyasidan keyingi erta davrida safro oqishi, Sabablar va jarrohlik

davolash usulini " (certificate of the Ministry of Health No. 8n-r/80 dated January 29, 2021). The proposed recommendations made it possible to improve the quality of surgical treatment of patients with early biliary complications after cholecystectomy - bile leakage and to reduce the duration of hospitalization of patients;

the obtained scientific data on improving the results of diagnoses and surgical treatment of patients with early biliary complications after cholecystectomy were introduced into practical health care activities, in particular, in the surgical departments of the 1st clinic of the Samarkand State Medical Institute (certificate of the Ministry of Health No. 8n-r/65 dated April 16, 2021 of the year). On the basis of the proposed research results, the range of specialized high-tech medical care for patients with early biliary complications after cholecystectomy was significantly expanded, a decrease in the incidence of complications in the immediate postoperative period was achieved from 17.8% to 8.1%, in the long-term period - from 14.7 to 5.4%.

Approbation of research results. The results of this study were discussed at 8 scientific and practical conferences, including 6 international and 2 republican.

Publication of research results. On the topic of the dissertation, 16 scientific works have been published, including 7 journal articles, 5 of which are in republican, 2 in foreign journals recommended by the Higher Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for the publication of the main scientific results of dissertations.

The structure and score of the scientific work. The dissertation consists of an introduction, five chapters, conclusions, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of the text material is 105 pages.

НАИМР ЭТИЛГАН ИЛМИЙ ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

И бўлим (1-часть; 1-рач)

1. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А. Проблемы диагностики и лечения желчеотечения в раннем послеоперационном периоде после холецистэктомии. // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд. - 2019. - №4 (113). С. 208-213. (14.00.00; №19).
2. Арзиев И.А. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных с синдромом желчеотечения после холецистэктомии // Доктор воборотномаи. – Самарканд. - 2019. - №4. - С. 25-29. (14.00.00; №20).
3. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Асқаров Т.А. Диагностика и лечение желчеотечения в ранние сроки после холецистэктомии // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд. - 2020. - №3 (119). С. 50-55. (14.00.00; №19).
4. Курбангулов З.В., Азизов Г.А. Optimization of diagnosis and treatment tactics of early biliary complications after cholecystectomy // International Journal of Pharmaceutical Research. - 2020. - Vol.12 (1) - P. 1238-1242.
5. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Сайнаев Ф.К. Оптимизация диагностики и лечебной тактики при ранних билиарных осложнениях после холецистэктомии // Висмесилипя на акадигет журнили. – Ташкент. - 2021. - №1. - С. 296-303. (14.00.00; №24).
6. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Давлатов С.С., Рахманов К.Э. Хирургическая коррекция желчеотечения после холецистэктомии с использованием миниинвазивных технологий // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд. - 2021. - №1 (125). С. 36-38. (14.00.00; №19).
7. Курбаниязов З.Б., Саидмуродов К.В., Арзиев И.А. Оптимизация тактико-технических аспектов холцикеного хирургического лечения острого гнойного холангита при желчекаменной болезни // Доктор ахборотномаи. – Самарканд. - 2021. - №1. - С. 71-76. (14.00.00; №20).

II бўлим (II-часть; рач II)

8. Арзиев И.А., Сулейманов С.У., Тошибеков Ж.И.Насинов А.М., Атиева С.З., Джамолов Д.А. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мирizzi // Материали XIX Вазоратининкиной науцийой конференцияи студентова и моллодиха учениых е междутародийим участкам «Моллодех в медицинаска наука в XXI веко»- Кирон. – 2018. – Стр. 379-382.

9. Саидмуродов К.В., Арзиев И.А., Эгамбордиев А.А. Хирургическое лечение больных деструктивным холциститом // Тезисы национальног хирургического конгресса совместно с XX тобилетийим сезьдом РОУХ. Москва 4-7 апреля 2017г. Стр. 273.

10. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Асқаров П.А. Совершенствование лечебно-диагностической тактики при ранних билируных осложнениях после холцистэктомии // Вестник науки и образования. 2020. № 13(91). Стр. 62-68.
11. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Асқаров П.А. Совершенствование хирургической тактики в коррекции желчнокаменной болезни после холцистэктомии с использованием миниинвазивных технологий // Вестник науки и образования. 2020. № 13(91). Стр. 70-74.
12. Арзиев И.А., Асқаров П.А. Коррекция желчнокаменной болезни после холцистэктомии с использованием миниинвазивных технологий // Сборник материалов Международной научно-практической онлайн конференции «Фундаментальная наука в современной медицине». Самарканд - 2020. Стр. 104-105.
13. Arziyev I.A. Improvement of surgical tactics in the correction of bile leakage after cholecystectomy using minimally invasive technologies // IXXVIII International correspondence scientific and practical conference «International scientific review of the problems and prospects of modern science and education». – Boston. – 2021. – P. 43-46.
14. Arziyev I.A. Bile outflow after cholecystectomy in early postoperative period: causes and surgical correction // LXIX International correspondence scientific and practical conference «European research: innovation in science, education and technology» – London. – 2021. – P. 64-66.
15. Arziyev I.A. Acute cholangitis: Etiology, pathogenesis, classification, diagnosis and surgical tactics (Literature review). // International Journal of Medicine Research. Volume 3; Issue 1; January 2018; Page No. 59-65.
16. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Давлатов С.С. Программа выбора хирургической тактики при желчнокаменной, диагностированной в раннем послеоперационном периоде. Авторство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. 2019. № ДГУ 07445.
17. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Асқаров П.А. Способ хирургической коррекции желчнокаменной болезни после холцистэктомии в раннем послеоперационном периоде // Медицинские рекомендации. Самарканд – 2021. 26 стр.
18. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Асқаров П.А. Холцистэктомия операционным кейнотт эрта даврда сафро оқини. Сабаблари ва жабррохлиги даволаш усуллари // Медицинские рекомендации. Самарканд - 2021. 26 стр.

Авторсифрат "Дурдона" нашриётга тахрирдан ўзгартирилган ҳолда ўзбек, рус
хавла инглиз тиллардаги матбуада нашр қилинган.



Босишга рухсат этилди: 03.08.2021. Ёшнинг 60x84 1/16. Рақамли босма
Усулида босилди. Times New Roman гарнитураси. Шартли босма тобонг: 3.0.
Адади 100 нусха. Буюртма №247.

Гувоҳнома АТ № 178. 08.12.2010.

"Sadriddin Salim Bukhori" МТЖ босмахонасида чоп этилди.
Буҳоро шаҳри, М.Ибодил кўчаси, 11-уй. Тел.: 0(365) 221-26-45.