

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ 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**

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

**Оглавление автореферата докторской диссертации**

**Contents of dissertation abstract doctoral dissertation**

**Арзиев Исмоил**

Холецистэктомия операциясидан кейинги эрта билиар асоратларнинг  
диагностикаси ва даволаш тактикасини мақбуллаштириш ..... 5

**Арзиев Исмоил**

Оптимизация диагностики и лечебной тактики при ранних билиарных  
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  
ҲУЗУРИДАГИ 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**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида № В2019.4.PhD/Tib.1103 рақами билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) ва «ZiyoNet» ахборот-таълим порталида ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар:**

**Зафаржон Қурбаниязов**  
тиббиёт фанлари доктори

**Расмий оппонентлар:**

**Ўроқов Шухрат Тўхтаевич**  
тиббиёт фанлари доктори

**Махмадов Фаррух Исроилович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор  
(Тожикистон Республикаси)

**Етакчи ташкилот:**

**Академик В.Вахидов номидаги республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази**

Диссертация ҳимояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2021 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ кунни соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, А.Навоий шоҳ кўчаси, 1. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№121 рақам билан рўйхатга олинган) (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Навоий шоҳ кўчаси, 1-уй. Тел./факс: (99865) 223-00-50, Веб-сайт: [www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz), E-mail: [buhme@mail.ru](mailto:buhme@mail.ru)).

Диссертация автореферати 2021 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ кунни тарқатилди.

(2021 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси)

**А.Ш. Иноятов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Д.Н.Ачилова**

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

**Н.А. Нуралиев**

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

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

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти. Ҳозирги кунда дунёда йилига 2,5 млн. дан ортиқ холецистэктомия ўтказилади. Миниинвазив операциялар лапароскопик ёки очиқ усулда минилапаратом холецистэктомия операциялари жарроҳликда «олтин стандарт» га айланган ва бир бирини изчил равишда тўлдириб боради. Шу билан бирга, «...ушбу операциялардан кейин асоратлар учраш даражаси турғун ва йўл қўйиб бўлмас даражада юқори бўлиб, 1,5-6,8% ни ташкил қилган...»<sup>1</sup>. Турли усулларда бажарилган холецистэктомиялардан кейин сафро оқшининг учраш даражаси 0,53-6,3% га етади. Замонавий жарроҳлик ютуқларига қарамасдан, «...холецистэктомиядан кейин сафро оқиш муаммоси қийин ҳал этиладиган муаммолардан бири бўлиб қолмоқда»<sup>2</sup>. Ўт йўлларидаги амалиётлардан кейин операция асоратлари орасида операциядан кейинги эрта даврда сафро оқшини мустақил муаммо сифатида кўриб чиқиш лозим, чунки у жуда жиддий оқибатларга олиб келади ва одам ҳаёти учун хавfli бўлади.

Дунё микёсида, билиар тизим касалликларида анъанавий ҳамда эндоскопик усуллар билан ўтказилган операциялардан кейин энг кўп учрайдиган интраабдоминал асоратлар нафақат ташқи, балки қорин бўшлиғига сафро оқиши, сафроли перитонит ҳам киради. Адабиётларда холецистэктомия ўтказиш билан боғлиқ бўлган билиар асоратлар муаммосига бағишланган кўп сонли илмий ишлар чоп этилган. Бундай асоратларнинг учраш даражаси 1,2% дан 5,1% ни ташкил этган, айрим ҳолларда эса 24,5% гача етган. Операциядан кейин сафро оқшининг асосий сабаблари «кичик» шикастланишлар – ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги, ўт халта ётоғида аберрант ўт йўллари (Люшка йўллари), гепатикохоледохдан дренаж найининг тушиши, бўлганидек, «катта» шикастланишлар - магистрал ўт йўллариининг ятроген шикастланишлари ҳам бўлади.

Мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини тубдан яхшилаш ва хизмат турларини сезиларли равишда кенгайтириш бўйича кенг кўламли мақсадли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу йўналишда, хусусан, беморлар ўт йўлларида операциядан кейин вужудга келадиган асоратларни даволаш сифатини яхшилашда муайян ижобий натижаларга эришилмоқда. Кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш учун ўт тош касаллиги асоратларини даволашнинг янгича усуллари самарадорлигини баҳолаш бўйича илмий асосланган натижалар талаб этилади. 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича ҳаракатлар стратегиясида «... аҳолининг тўлақонли ҳаёт кечиршини таъминлаш мақсадида тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш ...» вазифалари белгиланган.

Мазкур диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни

<sup>1</sup>World Health Organization. Cancer: fact sheet no. 24. World Health Organization website. 2016. [www.who.int/iris/handle/10442/133876](http://www.who.int/iris/handle/10442/133876).

<sup>2</sup>Abtar HK, Mhana TM, Zbibo R, Mneimneh M, Asmar AE. First case report of bile leak from the duct of Luschka in a patient with mini-gastric bypass: The challenge of management. // Ann Med Surg (Lond). 2018 Sep 20;35:29-32.

жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармони, 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон «Аҳолининг соғлом овқатланишини таъминлаш бўйича қўшимча чора тадбирлар тўғрисида» ва 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид қўшимча чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилган<sup>3</sup>.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикасида фан ва технологияларни ривожлантиришнинг истиқболли йўналишларига мувофиқ бажарилган VI. «Тиббиёт ва фармакология».

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Сафро оқиш манбаси, қайта аралашувларга кўрсатмаларни аниқлаш усули ҳамда ушбу асоратларни коррекция қилиш йўлини танлашга турли, баъзан қарама-қарши ёндашувлар мавжуд (Хаджибаев А.М. ва ҳаммуал., 2019; Lubikowski J. et al, 2011).

Холецистэктомиядан (ХЭ) кейин сафро оқишини патогенезида катта дуоденал сўргич стриктураси, холедохолитиаз, ўткир панкреатит оқибатида бартараф этилмаган сафро гипертензияси муҳим рол ўйнайди. Сафро оқиш механизми билиар тизимдаги функционал гипертензияга боғлиқ бўлиб, жигардаги яллиғланиш сабабли унинг функцияси кучайиши натижасида содир бўлади. Назыров Ф.Г. ва ҳаммуал., (2019) ХЭ да жигар ўт халта ётоғидаги майда ўт йўллариининг оз шикастланиши ҳам қорин бўшлиғига операциядан кейинги даврда кучли сафро оқишига олиб келиши мумкин. Бу фикр Bobkiewicz A. et al. (2019) томонидан ҳам айtilган.

Мазкур муаммо билан шуғулланувчи етакчи клиникалар ўткир ва сурункали калкулез холецистит туфайли беморларда операциядан кейинги эрта даврда сафро оқиши кузатилган турли хил ХЭ ларнинг бажарилиш натижалари баҳоланган. Сафронинг ўт халта чўлтоғидан оқиши қуйидаги холатларда кузатилган: клипсанинг жойидан силжиши натижасида келиб чиқадиган етишмовчилиги туфайли, холедохнинг терминал қисмида ўтказувчанликнинг бузилиши ва ўт йўллари тизимида босимнинг тез ва юқори кўтарилиши натижасида бўлиши мумкин. Тўқималар яллиғланганда ва инфильтрация жараёнида, шунингдек интраоперацион қон кетиш фониди, ўт халта чўлтоғига ишлов берилаётганда, клипсанинг нотўғри қўйилиши, сафро оқиш асоратига олиб келади (Хворостов Е.Д. ва ҳаммуал., 2018).

Donatelli G. et al. (2014) фикрига кўра, ўт халта йўли кенгайиб кетганда, унга ўлчами тўғри келмаган клипсалар қўйилиши ҳам шунга ўхшаш оқибатларга олиб келади. Операциядан кейинги перитонит ривожланиши асосий сабаби сафронинг қорин бўшлиғига эркин ажралиши ҳисобланади. Сафроли перитонит даражаси, сурункали холециститларда 0,4% дан 4% гача

---

<sup>3</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017-йил 7 – февралдаги № ПҚ-4947 «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида». Қонун ҳужжатлари тўплами.

ўзгариб, ўткир холециститларда 10% гача етиши мумкин (Каримов Ш.И. ва ҳаммуал., 2017; Limaylla-Vega H. et al, 2017).

ХЭ дан кейин сафро оқшининг клиник кўриниши қуйидаги омилларга боғлиқ: сафро оқши тезлиги; сафро манбаси чегараланиш даражаси; сафронинг инфекцияланиш даражаси; дренаж найининг бор ёки йўқлиги ҳамда сафронинг қаерга ажралиши. Агар сафро дренаж ёки троакар киритилган жойлар орқали ташқарига оқса, сафроли оқма, агар қорин бўшлиғига оқса, у ҳолда билема сафроли асцит, сафроли перитонит ривожланиш эҳтимоли мавжуд (Гальперин Э.И. ва ҳаммуал., 2010; Boldin V.V. et al, 2018).

Қорин бўшлиғига сафро оқшининг эрта диагностикасидаги қийинчиликлар қайта жарроҳлик аралашувнинг кечиктирилиб бажарилишига ва бунинг оқибатида, даволашнинг салбий натижаларига олиб келади. Бошқа томондан, диагноз қўйишнинг мураккаблиги туфайли 0,6-17% беморларда асоссиз релапаротомиялар бажарилади. Операциядан кейинги даврда ўтказиладиган интенсив терапия, антибиотиклар ҳамда замонавий оғриқсизлантириш усулларининг қўлланилиши ривожланадиган асоратнинг клиник кўринишини сезиларли даражада ўзгартириб, қорин бўшлиғидаги ўткир жараён белгиларини йўқотади. Шунинг учун асоратларнинг анаъанавий клиник кўриниш камдан кам ва одатда, кеч ривожланади, релапаротомиянинг ўтказилиши эса ўлим ҳолатининг юқори бўлишига олиб келади. Шунинг учун салбий натижа гумон қилинганда, фаол динамик кузатув бошланиши билан аниқ мақсадга йўналтирилган бир қатор текширишларни ўтказиш зарур (Бебуришвили А.Г ва ҳаммуал., 2009; Seon Ung Yun et al, 2015).

**Тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт институтининг «Жигардан ташқари сафро йўлларидаги шикастланишларни диагностика ва жарроҳлик билан даволашнинг такомиллаштирилган усулларини ишлаб чиқиш» мавзусидаги илмий-тадқиқот ишлари режаси доирасида бажарилган (2016-2020 йиллар).

**Тадқиқотнинг мақсади** холецистэктомия операциясидан кейинги эрта билиар асоратларни, замонавий миниинвазив усулларни қўллаб, диагностика қилиш ва даволаш тактикасини мақбуллаштиришдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

касалликнинг босқичи ва операция муддатига боғлиқ равишда холецистэктомиянинг турли хил усулларидан кейин сафро оқиш даражаси ва унинг ривожланиш сабабларини аниқлаш;

сафро оқишнинг ҳажми, манбаи ва клиник намоён бўлишига боғлиқ равишда, холецистэктомиядан кейинги эрта даврда беморларда сафро оқшини аниқлаш ва ўз вақтида коррекция қилишга қаратилган нурли ва эндоскопик усуллардан фойдаланиб, диагностика ва даволаш алгоритмини ишлаб чиқиш;

ўт йўллариининг «кичик» шикастланишларида сафро оқиши кузатилган беморларни даволашда миниинвазив технологиялардан фойдаланиб, таклиф қилинган диагностика ва даволаш алгоритмининг клиник самарадорлигини баҳолаш;

магистрал ўт йўлларида шикастланишлари натижасида сафро оқиши кузатилган беморларни жарроҳлик усулида даволашнинг тактик-техник жиҳатларини баҳолаш.

**Тадқиқотнинг объекти.** 2000 йилдан 2019 йилгача бўлган даврда Самарқанд давлат тиббиёт институти 1-сон клиникасида ўт тош касаллиги билан холецистэктомия ўтказган, операциядан кейинги эрта даврда билиар асорат - сафро оқиши ривожланган 93 нафар бемор олинган.

**Тадқиқотнинг предмети.** Холецистэктомиядан кейин сафро оқиши кузатилган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини таҳлили.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотда клиник, ултратовуш, нурли, эндоскопик ва статистик усуллардан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

холецистэктомиянинг турли усулларида кейинги эрта даврда ривожланган сафро оқиши даражаси, яллиғланиш жараёни босқичлари ҳамда операциянинг бажарилиш муддатлари аниқланган;

сафро оқишининг даражаси унинг сабабларига боғлиқлиги, I- ва II- даражали сафро оқиши сабаби ўт йўлларидаги «кичик» шикастланишлари, III-даражали сафро оқиши сабаби «катта» шикастланишлар гепатикохоledохнинг нуқсонсиз ва нуқсонли кесилиши эканлиги аниқланган;

I- ва II-даражали сафро оқиши билан кузатиладиган «кичик» шикастланишларни замонавий нурли ва эндоскопик технологиялардан фойдаланган ҳолда аниқлаш, жарроҳлик йўли билан коррекция қилиш бўйича диагностика ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилган, диапневтик, трансдуоденал эндоскопик ва лапароскопик даволаш усулларида юқори самарадорлиги исботланган;

магистрал ўт йўлларида реконструктив операциялар Ру бўйича юқори прецизион гепатикоеюноанастамоз шакллантириш ва Нерр-Сойнауд ҳамда Саттел усулларида фойдаланган ҳолда билиодегистив анастамоз яратишнинг тактик-техник жиҳатлари ишлаб чиқилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

УТ назорати остида пункция усуллари, релапароскопия, трансдуоденал эндоскопия қўлланилишига кўрсатмалар аниқланган, холецистэктомиядан кейин эрта билиар асоратларни диагностика қилиш ва даволашда уларнинг имкониятлари кўрсатиб берилган;

манбаи, даражаси ва клиник намоён бўлишига боғлиқ равишда сафро оқишини жарроҳлик билан коррекция қилиш усулларида танлаш алгоритми тавсия қилинган;

«кичик» шикастланишларда I- ва II-даражали сафро оқишини даволаш учун релапаротомиялар сонини сезиларли даражада камайтириш имконини берадиган турли миниинвазив аралашувларни қўллашга кўрсатмалар ишлаб чиқилган;

магистрал ўт йўлларида шикастланиши кузатилган беморларда асоратлар ва летал ҳолатлар даражасини камайтириш имконини берган жарроҳлик йўли билан даволашнинг тактик-техник жиҳатлари ишлаб чиқилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** қўлланилган ёндошув ва усуллар, назарий маълумотларнинг олинган натижалар билан мос келиши,

олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, тадқиқот натижаларининг ишончлилиги диссертацияда кўриб чиқилган муаммоларни ҳал этиш усуллари, операциядан кейинги эрта билиар асорат кузатилган беморларга замонавий миниинвазив усулларни қўллаб диагностика ва жарроҳлик йўли билан даволаш, хулосалар вариацион таҳлил каби статистиканинг замонавий усулларидан фойдаланган ҳолда чиққан натижалар асосланган.

**Тадқиқот натижаларини илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти холецистэктомия турли усулларидан кейинги эрта даврда ривожланган сафро оқиши даражаси, яллиғланиш жараёни босқичлари, операция бажарилиш муддатлари аниқланганлиги, I- ва II-даражали сафро оқиши сабаби ўт йўллариининг «кичик» шикастланишлари, III-даражали сафро оқиши сабаби «катта» шикастланишлар гепатикохоledохнинг нуқсонсиз ва нуқсонли кесилиши эканлиги аниқланганлиги, I- ва II-даражали сафро оқиши билан кузатиладиган «кичик» шикастланишларни жарроҳлик йўли билан коррекция қилиш бўйича даволаш алгоритми ишлаб чиқилганлиги, диапевтик, трансдуоденал эндоскопик ва лапароскопик даволаш усуллари юқори самарадорлиги исботланганлиги, магистрал ўт йўлларида Ру бўйича юқори прецизион гепатикоеюноанастамоз шакллантириш ва Нерр-Сойнауд ҳамда Cattel усулларидан фойдаланган ҳолда билиодегистив анастамоз яратишнинг тактик-техник жиҳатлари такомиллаштирилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти пункция усуллари, релапароскопия, трансдуоденал эндоскопия қўлланилишига кўрсатмалар аниқланганлиги, холецистэктомиядан кейин эрта билиар асоратларни диагностика қилиш ва даволашда уларнинг имкониятлари кўрсатиб берилганлиги, манбаи, даражаси ва клиник намоён бўлишига боғлиқ равишда сафро оқишини жарроҳлик билан коррекция қилиш усуллариини танлаш алгоритми тавсия қилинганлиги, «кичик» шикастланишларда I- ва II-даражали сафро оқиши даволаш учун релапаротомиялар сонини камайтириш имконини берадиган турли миниинвазив аралашувларни қўллашга кўрсатмалар ишлаб чиқилган, магистрал ўт йўллари шикастланиши кузатилган беморларда асоратлар ва летал ҳолатлар даражасини сезиларли даражада камайтириш имконини берган жарроҳлик йўли билан даволашнинг тактик-техник жиҳатлари ишлаб чиқилганлиги билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг тадбиқ этилиши** Холецистэктомиядан кейин сафро оқиши кузатилган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини такомиллаштириш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида:

холецистэктомиядан кейинги эрта даврда сафро оқишини жарроҳлик усули билан даволаш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида ишлаб чиқилган «Холецистэктомия операциядан кейинги эрта даврда сафро оқишини жарроҳлик билан тузатиш усули» услубий тавсиянома ишлаб чиқилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 31-декабрдаги 8н-р/684-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома холецистэктомиядан кейинги эрта билиар асоратларни жарроҳлик йўли билан даволаш сифатини яхшилаш имконини берган;

холецистэктомиядан кейинги эрта даврда сафро оқиши сабаблари бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида ишлаб чиқилган «Холецистэктомия операциясидан кейинги эрта даврда сафро оқиши. Сабаблари ва жарроҳлик даволаш усуллари» услубий тавсиянома ишлаб чиқилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 29-январидаги 8н-р/80-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома холецистэктомиядан кейинги эрта билиар асоратлар сабабларини аниқлаш ва касалликни прогноз қилиш имконини берган;

холецистэктомиядан кейин эрта билиар асорат кузатилган беморлар диагностикаси ва жарроҳлик даволаш натижаларини такомиллаштириш бўйича олинган илмий маълумотлар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Самарқанд давлат тиббиёт институти 1-сон клиникаси, Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси ва Қашқадарё вилояти Қарши шаҳар тиббиёт бирлашмаларига тадбиқ қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 4-апрелдаги 8н-з/65-сон маълумотномаси). Тадқиқот натижалари асосида холецистэктомиядан кейинги эрта даврда асоратлар 17,8% дан 8,1% гача, олис даврдаги асоратлар 14,7% дан 5,4% гача пасайтириш имконини яратган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Тадқиқот натижалари 8 та илмий анжуманларда, жумладан 6 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий конференцияларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларини эълон қилиниши.** Диссертация мавзуси бўйича жами 16 та илмий иш чоп этилган шулардан, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларида 7 та мақола, жумладан, 5 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертация тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертация ҳажми 105 бетни ташкил этган.

## **ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ**

**Кириш қисмида** ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги, тадқиқот мақсади ва вазифаларига асосланган бўлиб, тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, тадқиқотнинг Республика фан ва технологиялари ривожланишининг устивор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқот натижаларининг илмий янгилиги ва амалий натижалари келтирилган, тадқиқотнинг амалиётга жорий қилинган натижалари илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, чоп этилган ишлар ва диссертация таркиби бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг биринчи бобида **«Холецистэктомиядан кейинги эрта даврда сафро оқиши. Диагноз қўйиш ва жарроҳлик йўли билан даволашдаги муаммолар»** холецистэктомиядан кейин ўт йўлларидаги асоратлари ва хусусан, сафро оқиши, пайдо бўлиш сабаблари, таснифи, замановий диагностика ва даволашнинг замановий усуллари, даволашнинг долзарб масалаларининг моҳиятини очиб берилган адабий шарҳ берилган, адабиёт манбаларни батафсил кўриб чиқилган ва таҳлил қилинган.

Диссертациянинг иккинчи бобида «Клиник кузатувларнинг характеристикаси ва диагноз қўйиш усуллари» Самарқанд давлат тиббиёт институти 1-клиникаси жарроҳлик бўлимида 2000 йилдан 2019 йилгача бўлган даврда стационар даволанган ўт тош касалиги билан касалланган 5247 нафар беморларни текшириш натижалари келтирилган.

Улардан 93 нафарида холецистэктомия операциясидан кейинги эрта даврда билиар асорат – сафро оқиши кузатилган. Ушбу асоратнинг клиникаси 71 беморда (76,3%) дренаждан ташқарига сафро оқиши ва 22 (23,6%) да қорин бўшлиғига сафро оқиши билан тафсифланган.

Операциядан кейин сафро оқиши 3 та оғирлик даражага L.Morgenstern (2006) таснифи бўйича ажратилган. I-даражали сафро оқиши – қорин бўшлиғига қўйилган дренаж най орқали суткасига 100 мл гача, ёки ўт халта ётоғида 100 мл дан кам ҳажмда суюқликнинг чегараланиб тўпланиши - 33 нафар (35,4%) беморда аниқланган. II-даражали сафро оқиши – дренаж най орқали суткасига 500 мл гача, ёки жигар усти ва жигар ости соҳасида эркин суюқлик тўпланиши - 29 нафар (31,1%) беморда аниқланган. III-даражали сафро оқиши – дренаж най орқали суткада 500 мл ва ундан кўп, ёки қорин бўшлиғининг 3 ва ундан кўп соҳаларида эркин суюқлик тўпланиши - 31 нафар (33,3%) беморда кузатилган.

12 та кузатувда операциядан кейин сафро оқишининг манбаи ўт халта ётоғида қўшимча (абберант) ўт йўллари (Люшка йўллари), 13 та кузатувда – клипсаларнинг силжиши оқибатида ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги бўлган, 5 нафар беморда гепатикохоледохга ўрнатилган дренажнинг ўз-ўзидан тушиши оқибатида гепатикохоледох деворидаги нуқсондан сафро оқиши, 31 та ҳолатда – магистрал ўт йўлларида ятроген шикастланишлари аниқланган. 32 та кузатувда сафро оқишининг манбаи аниқланмаган, чунки у консерватив даволаш таъсирида ўз-ўзидан тўхтаган (1-расм).



1-расм. P. Neuhaus (2000) бўйича операциядан кейин сафро оқиш манбалари

ЛХЭ дан кейин сафро оқиши - 2,1% (43), очик минилапаратом ХЭ дан кейин 1,1% (29), кенг лапаратом ХЭ дан кейин эса 2,4% (12 нафар) беморларда кузатилган. Мазкур асорат билан 9 нафар бемор бизга бошқа стационарлардан олиб келинган. ХЭ дан кейин сафро оқиши билан асоратланган беморларнинг ўртача ёши  $49 \pm 5,1$  ёшни ташкил қилган, эркаклар 23 нафар ва аёллар 70 нафар, яъни 1:4 нисбатда, лекин ўт тош касаллиги бўлган беморларни операция қилишнинг гендер структурасида бу нисбат 1:6 га тенг бўлган.

Сафро оқиши кузатилган 93 нафар бемордан 64 (68,8%) нафари ўткир деструктив холецистит сабабли ургент кўрсатмалар бўйича, 29 (31,1%) нафари эса сурункали калкулёз холецистит сабабли операция қилинган. Сафро оқиши режали операциялардан кўра шошилиш операциялардан кейин 2 марта кўп кузатилган. Операциядан кейинги эрта даврда ХЭ дан кейин сафро оқишида беморларга УТТ (93), РПХГ (24), фистулохолангиография (14), интраоперацион холангиография (14), МРПХГ (13), релапароскопия (12) ўтказилган.

Диссертациянинг учинчи бобида «**Холецистэктомия операциядан кейинги эрта даврда сафро оқиши кузатилган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш**» таққосланадиган тадқиқот гуруҳларига бўлинган беморларни жарроҳлик даволаш натижалари келтирилган. Асосий гуруҳ 2010-2019 йилларда операция бўлган, холецистэктомиядан кейинги сафро оқиши кузатилган 37 нафар, таққослаш гуруҳи 2000-2009 йилларда операция бўлган 57 нафар бемордан иборат. Таққослаш гуруҳида I даражали сафро оқиши 19 нафар беморда кузатилган, 7 нафар беморга жигар ости соҳасида сафронинг чекланган миқдорда тўпланиши яъни билома шаклланишида, жигар ости соҳасининг дренажланиши билан контраппертуранинг реканализацияси ўтказилган.

3 нафар беморга релапароскопия ўтказилиб, 1 ҳолатда сафро оқиш манбаъи сифатида аберрант ўт халта йўли аниқланган ва клипсланган. 2 кузатувда жигар ости соҳасида тўпланган сафро эвакуация қилинганидан сўнг сафро оқиш манбаи аниқланмаган.

2 нафар беморга релапаротомия ўтказилган, бунда 1-кузатувда қорин бўшлиғига сафро оқшининг сабаби ўт халта чўлтоғидан дренаж найнинг тушиб қолиши бўлган ва у такроран ўрнатилган. Яна 1 кузатувда қорин бўшлиғи оққан сафро тозалангандан кейин сафро оқиш манбаси аниқланмаган.

7 нафар беморда қорин бўшлиғига қўйилган дренаж найдан сафро оқиши операциядан кейинги 4-10 суткада ўз-ўзидан тўхтаган, шу сабабли махсус жарроҳлик усуллари ёрдамида коррекция қилиш талаб этилмаган (1-жадвал).

Таққослаш гуруҳида II даражали сафро оқиши 17 нафар беморда кузатилди. Мазкур асорат ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги оқибатида 8 нафар беморда ривожланган. ЛХЭ дан кейин 3 нафар беморга релапароскопия, ўт халта йўлининг такрорий клипсланиши ўтказилди. 2 нафар беморда ўт халта чўлтоғи етишмовчилигининг сабаби резидуал холедохилитиаз ва билиар гипертензия бўлган. Ушбу беморларга

релапаротомия, холедохолитотомия ва холедохни ташқи дренажлаш операцияси бажарилган. Ўт халта чўлтоғи етишмовчилиги оқибатида сафроли перитонит бўлган яна 3 нафар беморга ҳам релапаротомия, ўт халта чўлтоғини боғлаш ва қорин бўшлиғи санацияси ўтказилган.

### 1-жадвал

#### Таққослаш гуруҳида «кичик» шикастланишларда I даражали сафро оқишини жарроҳлик усулида коррекция қилиш (n=19).

ХЭ дан кейин сафро оқиш манбаи (P. Neuhaus бўйича)		Ўтказилган амалиётлар турлари	Сони
Пери-ферик, кам сафро оқиши	A <sub>1</sub> - ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги	Релапаротомия, ўт халта чўлтоғининг такрорий дренажланиши	1
	A <sub>2</sub> – аберрант ўт йўллари	Релапароскопия, аберрант ўт халта йўлининг клипсланиши, қорин бўшлиғининг санацияси, ўт халта ётоғининг дренажланиши	1
Сафро оқиш манбаи идентификация қилинмади		Контраппертуранинг реканализацияси ва жигар ости соҳаси дренажланиши	7
		Релапароскопия, жигар ости соҳаси санацияси ва дренажланиши	2
		Релапаротомия, жигар ости соҳаси санацияси ва дренажланиши	1
		Сафро оқишининг ўз-ўзидан тўхташи	7
		Жами	19

Шунингдек ГХ дан дренаж найнинг ўз-ўзидан тушиб қолиши аниқланган 2 нафар беморга релапаротомия, умумий ўт йўлини такроран дренажлаш бажарилган.

### 2-жадвал

#### Таққослаш гуруҳидаги «кичик» шикастланишларда II даражали сафро оқишини жарроҳлик усулида коррекция қилиш (n=17).

ХЭ дан кейин сафро оқиш манбаи (P. Neuhaus бўйича)		Ўтказилган амалиётлар турлари	Сони
Пери-ферик, кам сафро оқиши	A <sub>1</sub> - ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги	Релапароскопия, ўт халта чўлтоғининг такроран клипсланиши	3
		Релапаротомия, ўт халта чўлтоғининг такроран боғланиши	3
		Релапаротомия, холедохолитотомия, холедохнинг дренажланиши	2
	A <sub>2</sub> - ўт халта ётоғидаги аберрант ўт йўллари	Релапароскопия, аберрант ўт йўлларининг клипсланиши	3
		Релапаротомия, аберрант ўт йўлларининг боғланиши	4
	C <sub>1</sub> – ГХ нуқсони (ГХ дан дренажнинг ўз-ўзидан тушиши)		Релапаротомия, гепатикохоледохни такроран дренажланиши
		Жами	17

Аберрант ўт йўллари, ўт халта ётоғидан сафро оқиши кузатилган 7 нафар бемордан, сафро оқиши релапароскопияда (3), релапаротомияда (4) тўхтатилган. II даражали сафро оқиши бўлган ушбу гуруҳдаги беморларга (100%) сафро оқишини коррекция қилиш учун жарроҳлик амалиёти ўтказилган (2-жадвал).

Магистрал ўт йўлларининг шикастланиши таққослаш гуруҳида 20 нафар беморда III даражали сафро оқиши кузатилди, улардан 5 нафари жигар ўт йўлининг проксимал чўлтоғи дренажи билан бошқа стационарлардан кўчирилган. Қайта тиклаш операциялари 9 нафар беморда ўтказилган. Улардан гепатикохоledохнинг тангенциал шикастланишида 4 нафар беморга Т-симон дренажда нуқсонни тикиш амалга оширилган.

Гепатикохоledохнинг тўлиқ нуқсонсиз кесилиши билан 5 нафар беморга билиобилиар анастомоз қўйилган. 11 нафар беморда реконструктив операциялар ўтказилган: 3 нафар беморга гепатикодуоденоанастомоз қўйилган; 8 нафар беморга жигар орқали каркасли дренажлаш билан гепатикоеюноанастомоз қўйилган. Ру бўйича ГЕА, гепатикохоledохнинг тўлиқ кесилиши интраоперацион аниқланганида 2 нафар беморда ўтказилган. 6 нафар беморга 1-босқичда гепатикохоledох проксимал чўлтоғининг ташқи дренажланиши амалга оширилган, 2-босқичда барча ҳолатларда ЖОКД билан Ру бўйича ГЕА қўйилган (3- жадвал).

### 3-жадвал

#### Таққослаш гуруҳидаги беморларда ГХ шикастланишларида ўтказилган реконструктив-қайта тиклаш операциялари.

Шикастланиш даражаси	ГХ ни дренажда тикилиши		Билио-билиар анастомоз		Гепатико-дуодено анастомоз		ЖОКД да гепатикоеюноанас - тоmoz		Жами	
	Мут	%	Мут	%	Мут	%	Мут	%	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 оқишида асосий гуруҳдаги беморларда (14 нафар бемор) перитонит белгилари бўлмаганда, беморлар умумий аҳволи қониқарли бўлиб, қон таҳлилларида ўзгаришлар аниқланмаганда ултратовуш мониторинг ёрдамида динамик кузатув, ҳамда спазмолитиклар, инфузион ва антибактериал терапия воситасида консерватив даволаш ўтказилди. Ушбу беморларнинг 9 нафарида даволаш самарали бўлиб, дренаж бўйлаб сафро оқиши жадал камайди ва 3-7 кун давомида тўлиқ тўхтади. Шунинг учун бошқа диагностика ва даволаш муолажалари талаб қилинмаган.

3 нафар беморга жигар ости соҳасида тўпланган сафрони эвакуация қилиш мақсадида УТТ назорати остида билома пункцияси бажарилган, бунда 1 нафар беморда сафро оқшининг сабаби холедохдан дренаж найнинг тушиши бўлган (2-расм).



**2-расм. УТТ назорати остида билома пункцияси.**

Яна 2 нафар беморда консерватив даволаш самарасиз бўлган, сафро оқиши суткасига 200-250 мл миқдорда ажралиши билан давом этган ва уларда РПХГ ва ЭПСТ ўтказилган (3.-расм). 1 нафар беморда сафро оқшининг сабаби ўт халта чўлтоғи етишмовчилиги, 1 нафар беморда сафро оқиш манбаи аниқланмаган. Ўт йўллари эндоскопик дренажлангандан кейин бу беморларда сафро оқиши 2 ва 5 суткада тўхтаган (4-жадвал).

**4-жадвал**

**Асосий гуруҳдаги «кичик» шикастланишларда I даражали сафро оқшини жарроҳлик усулида коррекция қилиш (n=14)**

ХЭ дан кейин сафро оқиш манбаи (P. Neuhaus бўйича)		Ўтказилган амалиёт турлари	Сони
Периферик кам сафро оқиши	A <sub>1</sub> - ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги	РПХГ + ЭПСТ ва назобилиар дренажлаш	1
	C <sub>1</sub> – ГХ нуқсон	УТТ назорати остида билома пункцияси	1
Сафро оқиш манбаи аниқланмаган		Консерватив даволаш	9
		УТТ назорати остида билома пункцияси	2
		РПХГ + ЭПСТ ва назобилиар дренажлаш	1
Жами			14

Асосий гуруҳда II даражали сафро оқиши (n=12), холедохолитиаз ва билан билиар гипертензия ва ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги оқибатида ташқи сафро оқиши сабабли РПХГ ва ЭПСТ, назобилиар дренажлаш 2 нафар беморда сафро оқшини тўхтатишнинг якуний усули бўлган (3-расм).



**3-расм. РПХГ ва назобилиар дренажлаш**

Гепатикохоледохдаги дренаж найнинг тушиб қолиши билан 1 нафар беморда эндоскопик трансдуоденал аралашув ўтказиш орқали сафро оқишини тўхтатишга эришилган. Яна 3 нафар беморга РПХГ да сафро оқиш манбаъини аниқлаш имкони бўлмади, бироқ назобилиар дренаж найнинг ўрнатилиши сафро оқишини тўхтатиш имконини берган.

1 кузатувда эндоскопик трансдуоденал аралашувдан кейин ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги кузатилган, беморда сафро оқиши тўхтамади, беморда релапароскопия, ўт халта чўлтоғини такроран клипслаш бажарилган.

Шунингдек, 3 нафар бемордаги аберрант ўт йўлларида сафро оқишида релапароскопияда, перитонитга эга 1 нафар беморда релапаротомияда қайта боғлаш амалга оширилган. Релапаротомия, холедохолитотомия, холедохни ташқи дренажлаш, қорин бўшлиғи санацияси сафроли перитонит аниқланган 1 нафар беморда ўтказилган (5-жадвал).

**5-жадвал**

**Асосий гуруҳдаги «кичик» шикастланишларда II даражали сафро оқишини жарроҳлик йўли билан коррекция қилиш (n=12)**

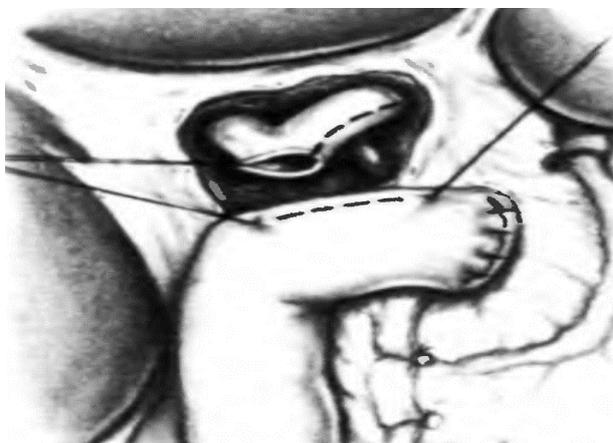
ХЭ дан кейин сафро оқиш манбаи (P. Neuhaus бўйича)		Ўтказилган амалиёт турлари	Сони
Периферик кам сафро оқиши	А <sub>1</sub> - ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги	РХПГ + ЭПСТ ва назобилиар дренажлаш	2
		Релапароскопия, ўт халта чўлтоғини қайта клипслаш	1
		Релапаротомия, ўт чўлтоғини қайта боғланиши, холедохолитотомия холедохни дренажланиш	1
	А <sub>2</sub> - ўт халта ётоғидаги аберрант ўт йўллари	Релапароскопия, аберрант ўт чўлтоғини қайта клипслаш	3
		Релапаротомия, ўт чўлтоғини қайта боғланиши	1
С1 – ГХ нуқсони	ЭПСТ ва назобилиар дренажлаш	1	
Сафро оқиш манбаи аниқланмади		РХПГ + ЭПСТ ва назобилиар дренажлаш	3
Жами			12

Магистрал ўт йўллари шикастланишлари сабабли III даражали сафро оқиши асосий гуруҳдаги 11 нафар беморда кузатилган, бунда 7 нафар беморда ГХ шикастланиши холецистэктомия операциясидан кейин юзага келган. 4 нафар бемор шикастланган гепатикохоледох проксимал чўлтоғига ўрнатилган дренаж най билан бошқа стационарлардан келган.

3 нафар беморга ЖОКД билан Ру бўйича ГЕА ўрнатилган, 1 кузатувда эса каркас дренажсиз юқори прецизион ГЕА шакллантирилган (4-расм).

Операция вақтида аниқланган ГХ тўлиқ кесилиши бўлган 2 нафар беморга ҳам Ру бўйича каркас дренажсиз юқори прецизион ГЕА ўрнатилган.

Сафроли перитонит бўлган 1 нафар беморда биринчи босқичда қорин бўшлиғи санацияси ва жигар йўли проксимал чўлтоғининг дренажланиши ўтказилган. Реконструктив операция - ЖОКД билан ГЕА 3 ойдан кейин ўтказилган.



**4-расм. Нерр-Couinaud усулида ГЕА шакллантириш**

Қайта тиклаш операциялари 3 нафар беморда ўтказилган: - 1 нафар ГХ кесилиши бўлган беморга ББА ўрнатилган; - 3 нафар ўт йўлининг  $\frac{1}{2}$  диаметридан ортиқ бўлмаган шикастланиши кузатилган беморнинг 2 нафарида ўт йўлининг тикилиши, бир нафарида РПХГ дан кейин стент қўйиш бажарилган (6-жадвал).

Клиник тадқиқотларнинг натижалари бўйича биз “Операциядан кейинги эрта даврда, сафро оқиши диагностика қилинганда жарроҳлик тактикасини танлаш дастури”ни ишлаб чиқилган, ( DGU 07445 ЎзР интеллектуал мулк агентлиги томонидан 26.12.2019 йилда берилган гувоҳнома).

Диссертациянинг тўртинчи бобида «**Таққослаш гуруҳларида даволаш натижа- ларининг қиёсий таҳлили**» I-биринчи даражали сафро оқиши билан даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили келтирилган.

Кузатувларнинг  $\frac{2}{3}$  қисмида беморларга такрорий жарроҳлик аралашувлар қилинган ва консерватив даво фақат 36,9% ҳолларда амалга оширилган. Бевосита қарама-қарши натижалар асосий гуруҳда қўлга киритилган, бу ерда махсус эндоскопик ва диапевтик усуллар беморларнинг 35,7% такрорий жарроҳлик операцияларини олдини олишга имкон берди, қолган  $\frac{2}{3}$  қисмида консерватив терапия самарали бўлган.

**Беморларни асосий гуруҳда реконструктив-қайта тиклаш  
операциялари**

Шикастлан иш даражаси	Дренажда ГХ тикилиши		ББА		Эндоско- пик стентлаш		Каркассиз ГепЕА		ЖОКД да ГепЕА		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, таққослаш гуруҳида II даражали сафро оқишида 100% кузатувларда қорин бўшлиғида такрорий аралашувлар ўтказилган – 6 нафар беморда релапароскопия, 11 нафарида – релапаротомия, бунда релапаротомия даражаси 64,7% ни ташкил этган. Шу билан бирга, асосий гуруҳда 50% беморларда эндоскопик трансдуоденал аралашувлар сафро оқишини тўхтатишнинг якуний усули бўлган. Қорин бўшлиғида такрорий аралашув бажаришни талаб қиладиган сафро оқиши 4 (34,4%) нафар беморда релапароскопия вақтида тўхтатилди. Релапаротомия даражаси 16,6% ни (2 нафар бемор) ташкил қилган.

Шундай қилиб, эндоскопик трансдуоденал амалиёт сифатида сафро оқишини тузатишнинг миниинвазив усуллари, УТ назорати остида қорин бўшлиғини пункцияси, лапароскопия ва шунингдек кундалик УТ мониторинг билан фаол консерватив терапия жорий қилиниши ўт йўллариининг “кичик” шикастланишлари бўлган беморларда 92,4% ҳолатда такрорий лапаротомиянинг олдини олиш имконини берган. Релапаротомия фақат 2 нафар беморда ўтказилган.

Қиёсий анализ натижалари магистрал ўт йўллариининг шикастланиши бўлган III даражали сафро оқишига эга беморлар гуруҳида даволаш натижаларининг таққослаш таҳлили прецизион техникадан фойдаланиб Ру бўйича юқори ГЕА қўйишнинг самарадорлигини исботлади.

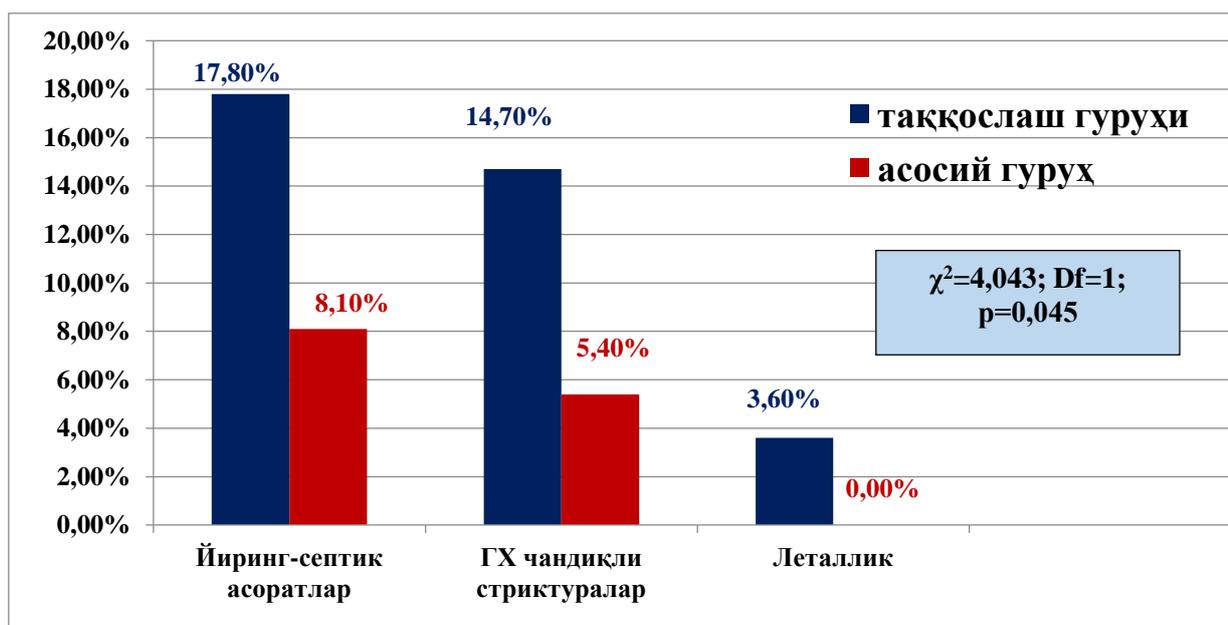
3 нафар беморларнинг барчасида операциядан кейинги яқин ва узоқ даврда яхши натижалар кузатилган. Жигар орқали каркасли дренажлаш билан ГЕА қўйилиши (асосий гуруҳда 4 нафар ва таққослаш гуруҳида 8 нафар) ўт йўллари девори инфилтратиди ва юқори гилюс (0, -1 даража) шикастланишида билиодигестив анастомоз қўйилиш шубҳасиз ўзини оқлайди. ГЕА шакллантиришда, алмаштириладиган жигар орқали каркасли дренаж юқорида келтирилган ҳолатларда ўта зарур ва жарроҳнинг ишини енгиллаштиради. Бироқ дренаж найлари билан узоқ вақт (2-йилгача) юриш билан боғлиқ, бемор учун ноқулайлик, унинг меҳнатга лаёқатлилигини

сезиларли даражада тушириш ҳолатлари усулнинг қийматини камайтиради. Билиобилиар анастамоз (таққослаш гуруҳида 5 нафар беморда ва асосий гуруҳида 1 нафар беморда) ва ГДА (таққослаш гуруҳида 3 нафар беморда) барча ҳолатларда ГХ ва БДА стриктуралари билан яқунланган. Уларда такрорий реконструкция операциялар ўтказилди. ГХ нинг ½ дан кам диаметри шикастланганда, фақат прецизион техникадан фойдаланиш кўрсатма бўлади.

Таққослаш гуруҳида ХЭ дан кейин сафро оқиши туфайли такрорий аралашувлардан кейин йирингли-септик асоратлар 10 нафар (17,8%) беморда кузатилган; - сафроли перитонит 3 нафар (5,3%) беморда; диафрагма ва жигар ости абцессининг шаклланиши 3 нафар (5,3) беморда; операциядан кейин яранинг йиринглаши 4 нафар (7,1%) беморда кузатилган. Улардан 2 нафари (3,6%) ҳалок бўлди. Иккала кузатувда ҳам ўлим сабаби септик ҳолат фониди буйрак-жигарнинг ўткир етишмовчилиги бўлган.

Асосий гуруҳида ХЭ дан кейин сафро оқишини жарроҳлик билан тузатишдан кейин асоратлар 3 нафар (8,1%) беморда кузатилди. 2 кузатувда йирингли-септик асоратлар ривожланган, 1 ҳолатда – эндоскопик папиллосфинктеротомиядан кейин ўткир панкреатит. Асосий гуруҳида ўлим ҳолат кузатилмаган. Узоқ муддатли операциядан кейинги даврда таққослаш гуруҳида 8 нафар (14,2%) беморда холангит клиникаси билан кузатиладиган ГХ нинг ёки олдинроқ ўрнатилган БДА нинг чандиқли стриктуралари ривожланди. Бунда, улардан 3 нафари такроран операция қилинди – уларга Ру бўйича ГЕА ўрнатилган.

Асосий гуруҳида узоқ муддатда ГХ стриктураси 2 нафар (5,4%) беморда кузатилган – 1 нафариди ББА қўйилганида яна 1 беморда Т-симон дренажда умумий жигар йўлининг жароҳати тикилганида. Иккала беморга реконструкция операциялари ўтказилди – Ру бўйича ГЕА.



**5-расм. Тадқиқот гуруҳларида ХЭ дан кейин эрта ва кечки муддатларда сафро оқиши кузатилган беморларни жарроҳлик усулида даволаш натижалари**

Сафро оқиши беморларни даволаш муддатларини сезиларли даражада узайтирганлигини айтиб ўтиш лозим. ХЭ дан кейин беморларнинг стационар даволанишининг ўртача муддати 2-5 ( $3,4 \pm 1,2$ ) суткани ташкил қилган. Таққослаш гуруҳида ХЭ дан кейин сафро оқиши кузатилган беморларнинг стационарда бўлиши  $15,9 \pm 2,3$  суткани, асосий гуруҳда -  $12,3 \pm 3,1$  суткани ташкил қилган.

## ХУЛОСА

1. Холецистэктомиядан кейин сафро оқиши 1,6% (ЛХЭ дан кейин 2,1%) ни ташкил қилди ва деструктив холецистит туфайли шошилиш операциядан кейин 2 марта кўп содир бўлди. 2/3 беморларда сафро оқишининг сабаби «кичик» шикастланишлар, ўт халта ётоғидаги аберрант жигар-ўт халта йўллари (Люшка йўллари), ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги, гепатикохоledодан дренажнинг тушиши ва умумий жигар йўлининг тангенциал шикастланиши, 1/3 беморларда «катта» шикастланишлар – ГХ нинг кесилиши ва нуқсонли кесилиши бўлган.

2. Сафро оқиш манбаини аниқлаш ва уни даволаш учун даволаш диагностика алгоритми – I-даражали сафро оқишида УТТ мониторинг ва диапевтик усуллар, - II-даражали сафро оқишида трансдуоденал эндоскопик аралашувлар ва релапароскопия, III-даражада МРПХГ ва реконструктив операцияларни ўз ичига олиши лозим.

3. Асосий гуруҳда миниинвазив эндоскопик трансдуоденал аралашувлар, диапевтик усуллар ва лапароскопия, шунингдек, фаол консерватив терапиянинг қўлланилиши I- ва II-даражали сафро оқиши («кичик» шикастланишлар) кузатилган беморларнинг 92,4% да релапаротомиянинг олдини олиш имконини берган.

4. III-даражали сафро оқишида энг яхши натижалар прецизион техника ва Нерр-Сoinaud ва Cattel усулларида фойдаланиб, Ру бўйича юқори ГЕА ўрнатилишида олинган. ХЭ дан кейин сафро оқиши кузатилган беморларда диагностика-даволаш тактикасининг такомиллаштирилиши асосий гуруҳдаги беморларда даволаш натижаларини анча яхшилаш имконини берган. Операциядан кейинги эрта даврда асоратлар 8,1% ни, кечки муддатларда 5,4% ни ташкил қилди, ўлим ҳолатлари кузатилмади (таққослаш гуруҳида мос равишда 17,8% ва 14,2%, ўлим 3,6%).

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 ПРИ  
БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ  
ИНСТИТУТЕ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

---

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ**

**АРЗИЕВ ИСМОИЛ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ  
РАННИХ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ  
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**Бухара – 2021**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2019.4.PhD/Tib.1103.**

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на трёх языках узбекский, русский, английский (резюме) размещен на веб-странице Научного совета ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) и Информационно-образовательном портале «Ziynet» ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

<b>Научный руководитель:</b>	<b>Зафаржон Курбаниязов</b> доктор медицинских наук
<b>Официальные оппоненты:</b>	<b>Ўроқов Шухрат Тўхтаевич</b> доктор медицинских наук <b>Махмадов Фаррух Исроилович</b> доктор медицинских наук, профессор ( Республика Таджикистан)
<b>Ведущая организация:</b>	<b>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им.акад.В.Вахидова</b>

Защита состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного Совета DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200118, г.Бухара, 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 института (зарегистрирована за № \_\_\_\_). Адрес: 200118, г. Бухара, пр-т. Навои,1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года.  
(реестр протокола рассылки № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2021 года).

**А.Ш. Иноятов**

Председатель разового Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Д.Н. Ачилова**

Ученый секретарь разового Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор философии (PhD) по медицинским наукам

**Н.А. Нуралиев**

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

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

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** В настоящее время в мире выполняют более 2,5 млн холецистэктомий в год. Миниинвазивные операции - лапароскопические или открытые из минидоступа – давно стали «золотым стандартом» хирургии и рационально дополняют 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 желчеистечения после различных видов холецистэктомии составляет 0,53-6,3%<sup>1</sup>. Несмотря на современные достижения хирургии, «...проблема желчеистечения после холецистэктомии остается одной из самых сложных проблем для решения». Среди осложнений хирургического вмешательства после операции на желчных путях выделение желчи в раннем послеоперационном периоде следует рассматривать как самостоятельную проблему, поскольку оно имеет очень серьезные последствия и опасно для жизни<sup>2</sup>.

По всемирным данным, наиболее частыми интраабдоминальными осложнениями после операций, выполненных при заболеваниях желчевыводящей системы как традиционными, так и эндоскопическими способами, являются не только наружное желчеистечение, но и формирование желчных затеков в брюшной полости, желчный перитонит. В литературе опубликовано большое количество работ, посвященных проблеме билиарных осложнений, связанных с выполнением холецистэктомии. Частота подобных осложнений, по данным ряда авторов, составляет от 1,2 до 5,1%, а в некоторых наблюдениях достигает 24,5%. Основными причинами послеоперационного желчеистечения могут быть как «малые» повреждения - несостоятельность культи пузырного протока, аберрантные печеночно-пузырные протоки ложа желчного пузыря – ходы Люшка, выпадение дренажа из гепатикохоледоха, так и «большие» повреждения - ятрогенные травмы магистральных желчных протоков.

В нашей стране проводится широкомасштабная работа 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 оказываемой помощи этим больным требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности хирургического вмешательства с учетом превращения периоперационных и послеоперационных осложнений и долгосрочной профилактики рецидива заболевания. В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы поставлены задачи по

---

<sup>1</sup> World Health Organization. Cancer: fact sheet no. 24. World Health Organization website. 2016. [www.who.int/iris/handle/10442/133876](http://www.who.int/iris/handle/10442/133876).

<sup>2</sup> Abtar HK, Mhana TM, Zbibo R, Mneimneh M, Asmar AE. First case report of bile leak from the duct of Luschka in a patient with mini-gastric bypass: The challenge of management. // Ann Med Surg (Lond). 2018 Sep 20;35:29-32.

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

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, 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», Постановлениях 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<sup>3</sup>.

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

**Степень изученности проблемы.** Имеются разнообразные, порой противоречивые подходы, как к выбору метода верификации источника желчеистечения, к определению показаний к повторному вмешательству, так и к выбору способа коррекции этого осложнения (А.М.Хаджибаев и соавторы.,2019; Lubikowski J et al,2011).

Важнейшая роль в патогенезе желчеистечения после холецистэктомии принадлежит неустраненной желчной гипертензии вследствие стриктуры БДС, холедохолитиаза, острого панкреатита. Исследование свидетельствует, что механизм желчеистечения может быть связан с функциональной гипертензией в желчевыводящей системе, которая обусловлена воспалительными изменениями и повышенной функцией печени Ф.Г.Назыров и соавторы., (2019). На этом фоне любое незначительное повреждение мелких желчных протоков в ложе желчного пузыря на печени при холецистэктомии может привести к выраженному послеоперационному желчеистечению в брюшную полость. Этого мнение придерживается Bobkiewicz A et al. (2019).

Ведущие клиники занимающиеся данной проблемой оценивали результаты выполнения различных видов холецистэктомий у больных

---

<sup>3</sup> Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. № УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

острым и хроническим калькулезным холециститом, у которых в раннем послеоперационном периоде отмечено желчеистечение. Причины поступления желчи из культи пузырного протока могут быть обусловлены как её несостоятельностью вследствие смещения клипсы, так и из-за быстрого и значительного повышения давления в протоковой системе при нарушении проходимости на уровне терминального отдела холедоха. Donatelli G. et al. (2014) считает обработка культи пузырного протока, выполненная на фоне воспаленных и инфильтрированных тканей, а также на фоне интраоперационного кровотечения, может приводить к желчеистечению за счет некорректного наложения клипсы. К аналогичным последствиям приводят случаи наложения клипс несоответствующего размера, особенно в случаях расширения пузырного протока. Механизм истечения желчи после холецистэктомии связан с функционированием сфинктерного аппарата БДС, который способствует изменению градиента давления в желчевыводящих протоках. Даже при отсутствии патологии со стороны фатерова сосочка, физиологическая роль сфинктера Одди приводит к тому, что желчи 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 холецистите, достигая 10% при остром холецистите (Ш.И.Каримов и соавторы.,2017; Limaylla-Vega H. et al, 2017).

Клиническая картина желчеистечения после ХЭ зависит от следующих факторов: - темп желчеистечения; степень отграниченности источника желчеистечения; - степень инфицированности жёлчи; - наличие или отсутствие дренажа. Клинические проявления желчеистечения зависят от того, куда происходит сброс. Если жёлчь поступает наружу, через дренаж или точки введения троакаров, то может сформироваться жёлчный свищ; если внутрь, то вероятно развитие биломы, жёлчного асцита, жёлчного перитонита (Э.И.Гальперин и соавторы.,2010; Boldin V. V. et al, 2017).

Сложность ранней диагностики внутрибрюшного желчеистечения приводит к запоздалому повторному хирургическому вмешательству и, как следствие, к неблагоприятному результату лечения. С другой стороны, трудность диагностики объясняет и необоснованное выполнение релапаротомий у 0,6-17% больных. Проводимая в послеоперационном периоде интенсивная терапия, применение антибиотиков и современных методов обезболивания значительно изменяют картину развивающегося осложнения, затушевывая острые явления, стирая признаки катастрофы в брюшной полости. Поэтому классическая картина осложнений развивается редко и, как правило, поздно, а выполнение релапаротомии сопровождается высокой летальностью. Поэтому при малейшем подозрении на неблагополучие необходимо произвести ряд исследований, которые могут явиться началом активного, целенаправленного динамического наблюдения (А.Г. Бебуришвили и соавторы., 2009; Seon Ung Yun et al, 2015).

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

**Целью исследования** является улучшение результатов хирургического лечения путем оптимизации диагностики и лечебной тактики при ранних билиарных осложнениях после холецистэктомии с использованием современных миниинвазивных методов.

**Задачи исследования:**

определить частоту желчеистечения и изучить причины их развития после различных видов холецистэктомий в зависимости от фазы заболевания и срочности операции;

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

оценить клиническую эффективность предложенного лечебно - диагностического алгоритма в лечении больных с желчеистечением при «малых» повреждениях с использованием миниинвазивных технологий;

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

**Объектом исследования** явились 93 больных с ЖКБ у которых после холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде развились билиарные осложнения – желчеистечение, пролеченных в I клинике Самаркандского государственного медицинского института за период с 2000 по 2019 гг.

**Предмет исследования** составляет анализ результатов хирургического лечения больных с ранними билиарными осложнениями после холецистэктомии – желчеистечением.

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

**Научная новизна исследования заключается в следующем:**

на большом клиническом материале определена частота развития желчеистечения в ранние сроки после различных методов выполнения холецистэктомии, стадии воспалительного процесса и срочности операции;

выявлена зависимость степени желчеистечения от причины ее развития и определено, что причиной ЖИ I ст. и II ст. явились «малые» повреждения желчных протоков, ЖИ III ст. - «большие» повреждения (пересечение и иссечение ГХ);

разработан диагностический и лечебный алгоритм по выявлению и хирургической коррекции «малых» повреждений, сопровождающихся ЖИ I и II степени с использованием современных лучевых и эндоскопических технологий и доказана высокая эффективность диапневтических, трансдуоденальных эндоскопических и лапароскопических методов лечения;

усовершенствованы тактико – технические аспекты реконструктивных операций на магистральных желчных протоках с наложением высокого прецизионного ГЕА по Ру и создания БДА с использованием методик Нерр – Coinaud и Cattel.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

определены показания к применению релапароскопии, трансдуоденальных эндоскопических вмешательств, пункционных методов под контролем УЗИ и оценены их возможности в диагностике и лечении ранних билиарных осложнений после холецистэктомии;

предложен алгоритм выбора способа хирургической коррекции желчеистечения в зависимости от степени, источника и клинических проявлений;

выработаны показания к применению различных миниинвазивных вмешательств для лечения ЖИ I – II ст. при «малых» повреждениях, позволивших значительно сократить число релапаротомий;

разработаны тактико-технические аспекты хирургического лечения больных с повреждениями магистральных желчных протоков, позволивших 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 билиарными осложнениями после холецистэктомии. Применение в основной группе миниинвазивных эндоскопических трансдуоденальных вмешательств, диапневтических методов и лапароскопии, а также активной консервативной терапии позволили у больных с желчеистечением вследствие «малых» повреждений значительно улучшить результаты лечения и избежать не всегда оправданной лапаротомии. При «больших» повреждениях ГХ (пересечение и иссечение) лучшие результаты получены при наложении высокого прецизионного ГЕА по Ру, использовании методик Нерр – Coinaud и Cattel для создания широкого соустья при высоких гилюсных повреждениях ГХ.

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

хирургической коррекции как при малых повреждениях, так и при повреждениях магистральных желчных протоков. Внедрены в клиническую практику миниинвазивные эндоскопические трансдуоденальные вмешательства, лапароскопические методы и лапароскопия, а также активная консервативная терапия, которые позволили значительно улучшить результаты лечения при малых повреждениях желчных путей. Разработаны тактико-технические аспекты коррекции больших повреждений желчных протоков, осложненных желчеистечением в зависимости 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 билиарными осложнениями – желчеистечением после холецистэктомии:

разработаны методические рекомендации «Способ хирургической коррекции желчеистечения после холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде» (справка Министерства здравоохранения №8н-р/684 от 31 декабря 2020 года), «Холецистэктомия операциясидан кейинги эрта даврда сафро оқиши. Сабаблари ва жаррохлик даволаш усуллари» (справка Министерства здравоохранения №8н-р/80 от 29 января 2021 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить качество хирургического лечения больных с ранними билиарными осложнениями после холецистэктомии - желчеистечением и сократить длительность госпитализации больных;

полученные научные данные по совершенствованию результатов диагностики и хирургического лечения больных с ранними билиарными осложнениями после холецистэктомии, внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в хирургические отделения I клиники Самаркандского государственного медицинского института (заключение Министерства здравоохранения №8н-з/65 от 4 апрель 2021 года). На основе предложенных результатов исследования был существенно расширен спектр оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи больным с ранними билиарными осложнениями после холецистэктомии, 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 международных и 2 республиканских.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 16 научных работ, в том числе 7 журнальных статей, 5 из которых в республиканских, 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

**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 востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, 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, внедренных в практику результатов исследования, даются сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Желчеистечение в ранние сроки после холецистэктомии. проблемы диагностики и хирургического лечения»** представлен обзор литературы, раскрывающий суть проблемы ранних билиарных осложнений после ХЭ и в частности желчеистечения, причины возникновения, классификации, современные методы диагностики и лечения.

Во второй главе диссертации **«Характеристика клинических наблюдений и методы диагностики»** дана общая характеристика исследований 2000-2019 гг, в основу которых положен анализ результатов обследования и лечения 5247 пациентов с ЖКБ.

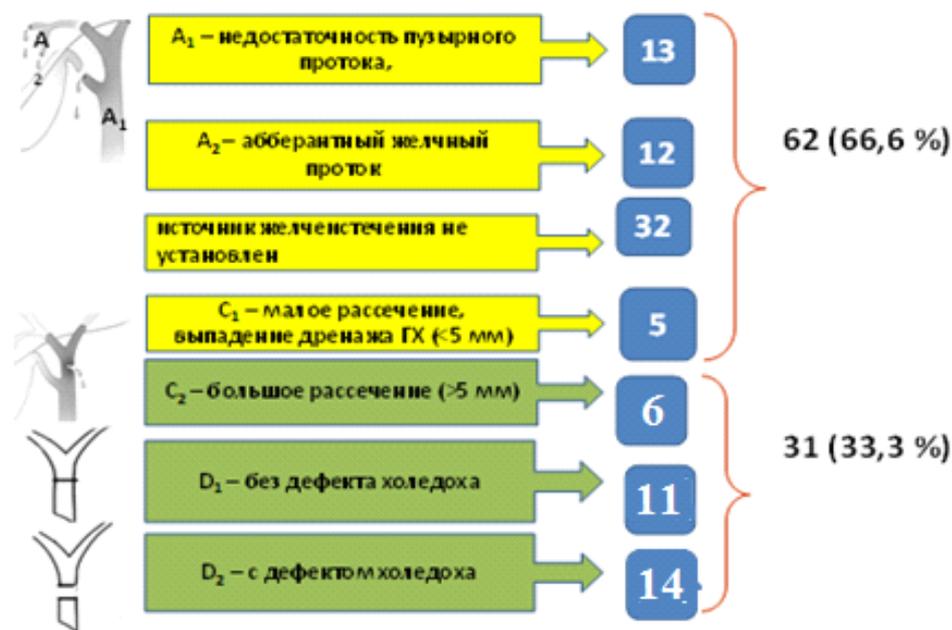
У 93 из которых в раннем послеоперационном периоде после ХЭ наступило билиарное осложнение – желчеистечение. Клиника данного осложнения характеризовалась наружным желчеистечением у 71 больного (56,7%) и у 22 (43,3%) – желчеистечением в брюшной полости.

Выделили 3 степени послеоперационного желчеистечения по L.Morgenstern (2006) Желчеистечение I степени – до 100 мл / сутки по дренажу из брюшной полости или ограниченное скопление жидкости в ложе желчного пузыря объёмом менее 100 мл при УЗИ выявлено у 33 больных (35,4%). Желчеистечение II степени – до 500 мл / сутки по дренажу или свободная жидкость над и под печенью при УЗИ выявлено у 29 больных (31,1%). Желчеистечение 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 желчеистечения в 12 наблюдениях были дополнительные (аберрантные) желчные протоки (ходы Люшка) в ложе желчного пузыря, в 13 наблюдениях – несостоятельность культи пузырного протока вследствие соскальзывания клипс, у 5 пациентов ЖИ из дефекта в стенке гепатикохоледоха вследствие самопроизвольного выпадения установленного дренажа из гепатикохоледоха, в 31 – ятрогенные повреждения магистральных желчных протоков. В 32 наблюдениях источник

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

Желчеистечение наблюдалось после ЛХЭ – 2,1% (43), ХЭ из минилапаратомного доступа 1,1% (29), ХЭ из лапаротомного доступа – 2,4% (12 больных), 9 больных с данным осложнением переведены к нам из других стационаров.



**Рис.1. Источник послеоперационного желчеистечения по P. Neuhaus (2000).**

Средний возраст пациентов с желчеистечением после ХЭ составило 49 +- 5,1 лет – лица наиболее трудоспособного возраста, мужчин – 23 и женщин – 70, то есть соотношение 1:3, хотя в гендерной структуре оперированных больных с ЖКБ это соотношение составляло 1:6, что подтверждает литературные данные о сложностях выполнения ХЭ у лиц мужского пола.

64 (68,8%) из 93 больных с желчеистечением поступили в стационар и оперированы по ургентным показаниям по поводу острого деструктивного холецистита, 29 (31,2%) - по поводу хронического калькулёзного холецистита. Желчеистечение наблюдалось более чем в 2 раза чаще после экстренных операций, нежели после плановых.

При желчеистечении после ХЭ в раннем послеоперационном периоде всем больным выполняли УЗИ (93), по показаниям РПХГ (24), фистулохолангиографию (14), интраоперационную холангиографию (14), МРПХГ (13), релапароскопию (12).

В третьей главе диссертации «Хирургическое лечение больных с желчеистечением после холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде» приводятся результаты хирургического лечения больных, которые в соответствии с задачами исследования разделены на сравниваемые группы исследования: основную группу составили 37 больных с желчеистечением после ХЭ, оперированные в период 2010-2019 гг., группу сравнения – 56 больных, оперированных в 2000-2009 гг.

При желчеистечении I степени в гр. сравнения (19 больных) 7 больным произведена реканализация контрапертуры с дренированием подпеченочной области. 3 больным – релапароскопия, в 1 случае источником желчеистечения признан абберантный желчный проток, который клипирован, в 2 наблюдениях источник желчеистечения не установлен. 2 больным проведено релапаротомия, где причиной внутрибрюшного желчеистечения в 1 наблюдении явилось выпадение дренажа из культы пузырного протока, еще в 1 наблюдении источник желчеистечения не установлен. У 7 больных желчеистечение самостоятельно прекратилось на 4-10 сутки после операции (табл.1).

**Таблица 1**

**Хирургическая коррекция желчеистечения I степени при «малых» повреждениях в группе сравнения (n=19).**

Источник желчеистечения после ХЭ (по P. Neuhaus)		Виды выполненных вмешательств	Количество больных
Периферическое малое желчеистечение:	A <sub>1</sub> - несостоятельность культы пузырного протока	Релапаротомия, повторное дренирование культы пузырного протока	1
	A <sub>2</sub> – абберантный желчный проток	Релапароскопия, клипирование абберантного желчного протока, санация брюшной полости, дренирование ложа желчного пузыря	1
Источник желчеистечения не идентифицирован		Реканализация контрапертуры и дренирование подпеченочной области	7
		Релапароскопия, санация и дренирование подпеченочной области	2
		Релапаротомия, санация и дренирование подпеченочной области	1
		Желчеистечение из дренажа брюшной полости прекратилось самостоятельно	7
		Всего	19

При желчеистечении II степени в группе сравнения (17 больных) вследствие несостоятельности культы пузырного протока из 8 больных 3 после ЛХЭ проведена релапароскопия с повторным клипированием пузырного протока. 2 больным с самопроизвольным выпадением дренажа из ГХ так же произведена релапаротомия с повторным дренированием общего желчного протока. 7 больным с желчеистечением из абберантных желчных протоков ложа желчного пузыря истечение желчи остановлено при релапароскопии – 3, релапаротомии – 4. У 2 больных причиной несостоятельности культы пузырного протока явился холедохолитиаз и билиарная гипертензия, им проведена релапаротомия с холедохолитотомией и дренированием холедоха. Еще 3 больным с желчным перитонитом вследствие несостоятельности культы пузырного протока, проведена релапаротомия с перевязкой культы протока и санацией брюшной полости (табл. 2).

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

были переведены из других стационаров с дренажом проксимальной культы печеночного протока. Восстановительные операции проведены в 9 случаях, из них при краевом повреждении гепатикохоледоха 4 больным произведено ушивание дефекта на Т - образном дренаже. При полном пересечении гепатикохоледоха билиобилиарный анастомоз наложен 5 больным.

**Таблица 2**

**Хирургическая коррекция желчеистечения II степени при «малых» повреждениях в группе сравнения (n=17).**

Источник желчеистечения после ХЭ (по P. Neuhaus)		Виды выполненных вмешательств	Количество больных
Периферическое малое желчеистечение:	А <sub>1</sub> - недостаточность культы пузырного протока	Релапароскопия, повторное клипирование культы пузырного протока	3
		Релапаротомия, повторная перевязка культы пузырного протока	3
		Релапаротомия, холедохолитотомия дренирование холедоха	2
	А <sub>2</sub> - абберантный проток в ложе желчного пузыря	Релапароскопия, клипирование абберантных желчных протоков	3
		Релапаротомия, перевязка абберантного желчного протока.	4
	С <sub>1</sub> – дефект ГХ (самопроизвольное выпадение дренажа из ГХ)	Релапаротомия, повторное дренирование гепатикохоледоха	2
Всего			17

11 больным выполнены реконструктивные операции: 3 наложен гепатикодуоденоанастомоз, 8- гепатикоюноанастомоз на транспеченочном каркасном дренаже. ГЕА по Ру выполнен 2 больным после выявления полного пересечения гепатикохоледоха. В 6 наблюдениях больным 1 этапом произведено наружное дренирование гепатикохоледоха, затем 2 этапом наложен ГЕА по РУ на ТПКД (табл.3).

**Таблица 3**

**Реконструктивно – восстановительные операции выполненные больным в группе сравнения при повреждениях ГХ**

Уровень повреждения	Ушивание ГХ на дренаже		Билиобилиарный анастомоз		Гепатикодуоденоанастомоз		Гепатикоюноанастомоз на ТПКД		Всего	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
«+2»; «+1»	4	0	5	5	3	5	3	5	15	75
«0»	-	-	-	-	-	-	4	20	4	20
«-1»;	-	-	-	-	-	-	1	5	1	5
<b>Итого</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

В основной группе (14 больных) при отсутствии признаков перитонита, удовлетворительном состоянии больных, отсутствии изменений анализах

крови проводили динамическое наблюдение с обязательным ультразвуковым контролем и консервативное лечение – спазмолитики, инфузионная, противовоспалительная и антибактериальная терапия. У 9 больных лечение оказалось эффективным, желчеистечение по дренажу прогрессивно уменьшалось и полностью прекратилось в течении 5-7 дней, поэтому других диагностических и лечебных процедур не потребовалось. 3 больным потребовались пункции биломы под контролем УЗИ (рис.2) с целью эвакуации скопления жидкости в подпеченочном пространстве, причем у 1 больного причиной желчеистечения 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 желчеистечения оказалось несостоятельность культы пузырного протока, еще у 1 больного источник не установлен. После эндоскопического дренирования билиарной системы желчеистечение у этих больных прекратилось на 2 и 5 сутки (табл.4).

**Таблица 4**

**Хирургическая коррекция желчеистечения I степени при «малых» повреждениях в основной группе (n=14)**

Источник желчеистечения после ХЭ (по P. Neuhaus)		Виды выполненных вмешательств	Количество больных
Периферическое малое желчеистечение:	A <sub>1</sub> - недостаточность культы пузырного протока	РПХГ + ЭПСТ и назобилиарное дренирование	1
	C <sub>1</sub> – дефект ГХ	Пункция биломы под контролем УЗИ	1
Источник желчеистечения не установлен		Консервативное лечение	9
		Пункция биломы под контролем УЗИ	2
		РПХГ + ЭПСТ и назобилиарное дренирование	1
Всего			14

В основной группе (n=12) с несостоятельностью культы пузырного протока вследствие и холедохолитиаза и билиарной гипертензии с наружным

желчеистечением РПХГ с ЭПСТ и назобилиарным дренированием у 2 больных явилось окончательным методом остановки желчеистечения (рис.3).

Эндоскопическое трансдуоденальное вмешательство остановило желчеистечение у 1 больного с выпадением дренажа из холедоха. Еще 3 больным при РПХГ источник желчеистечения не удалось выявить, однако установка назобилиарного дренажа позволило купировать желчеистечение.



**Рис. 3. РПХГ и назобилиарное дренирование**

**Таблица 5**

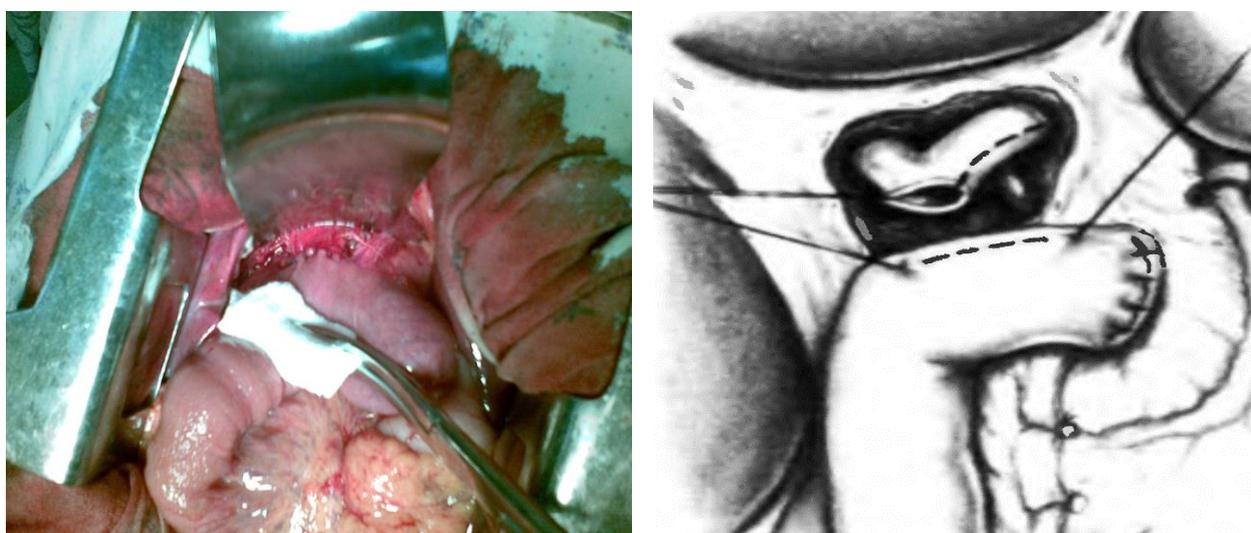
**Хирургическая коррекция желчеистечения II степени при «малых» повреждениях в основной группе (n=12)**

Источник желчеистечения после ХЭ (по P. Neuhaus)		Виды выполненных вмешательств	Количество больных
Периферическое малое желчеистечение:	A <sub>1</sub> - недостаточность культи пузырного протока	РПХГ + ЭПСТ и назобилиарное дренирование	2
		Релапароскопия, повторное клипирование пузырного протока	1
		Релапаратомия, перевязка пузырного протока, холедохолитотомия дренирование холедоха.	1
	A <sub>2</sub> - дополнительный проток в ложе желчного пузыря	Релапароскопия, клипирование абберантного желчного протока	3
		Релапаратомия, перевязка абберантного желчного протока	1
C1 – дефект ГХ	ЭПСТ и назобилиарное дренирование	1	
Источник желчеистечения не установлен		РПХГ + ЭПСТ и назобилиарное дренирование	3
Всего			12

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

желчеистечение не купировалось, больной произведено релапароскопия и клипирование пузырного протока. Также при желчеистечении у 3 больных из аберрантных желчных протоков произведено их клипирование при релапароскопии, 1 с перитонитом – при релапаротомии. Релапаротомия, холедохолитотомия с дренированием холедоха и санаций брюшной полости произведено 1 пациентке с желчным перитонитом (табл.5).

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



**Рис. 4. Наложения ГЕА по методике Нерр-Couinaud**

В наших наблюдениях у 2 больных с полным пересечением ГХ, выявленным интраоперационно, также наложен высокий ГЕА по Ру без каркаса (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 ББА. У 3 больных при краевом повреждении не более чем на  $\frac{1}{2}$  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 желчеистечении, диагностированном в раннем послеоперационном периоде» № DGU 07445 (Свидетельство, выданное агентством по интеллектуальной собственности РУз от 26.12.2019 г.).

Таблица 6

**Реконструктивно-восстановительные операции в основной группе  
больных**

Уровень повреждения	Ушивание ГХ на дренаже		ББА		Эндоскопическое стентирование		ГепЕА без каркаса		ГепЕА на СТД		Всего	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
“+2”; “+1”	2	18,2	1	9,1	1	9,1	3	27,3	-	-	7	63,6
“0”	-	-	-	-	-	-	-	-	3	27,3	3	27,3
“- 1”	-	-	-	-	-	-	-	-	1	9,1	1	9,1
Итого	2	18,2	1	9,1	1	9,1	3	27,3	4	36,4	11	100

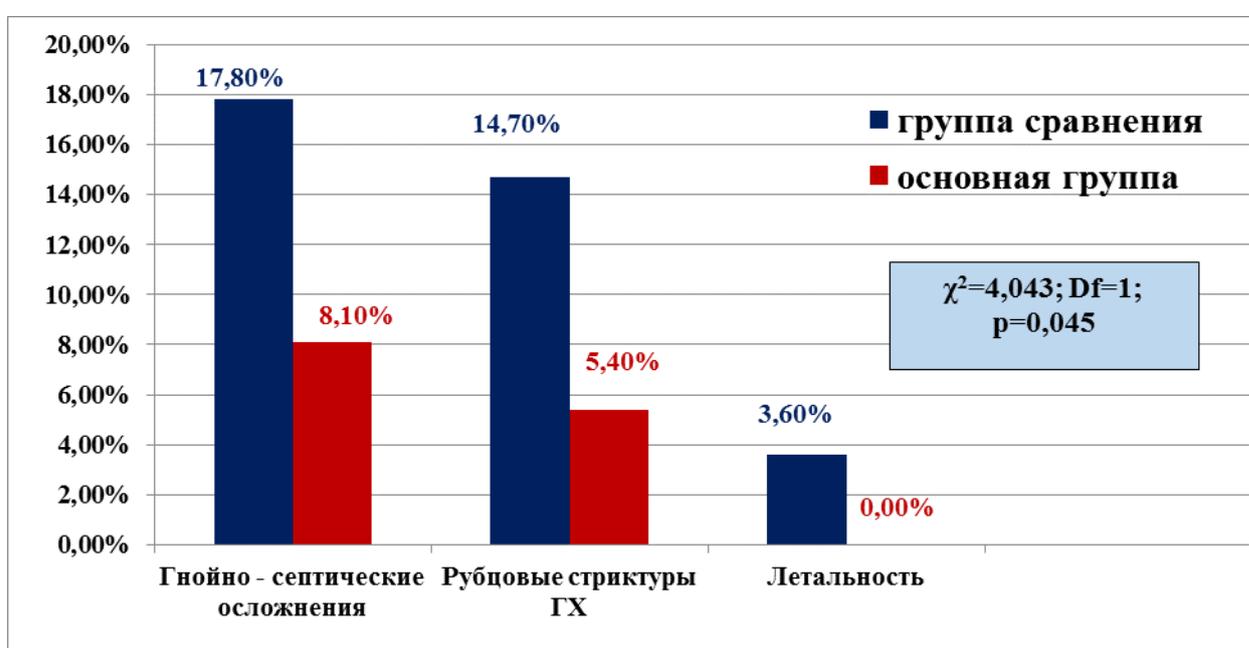
В четвертой главе представлен «Сравнительный анализ результатов лечения в группах сравнения». Сравнительный анализ результатов лечения при желчеистечении первой степени доказывает это тем, что в 2/3 наблюдений больным проведены повторные хирургические вмешательства, а консервативная терапия проводилась лишь в 36,9% наблюдений. Прямо противоположные результаты получены в основной группе, где специальные эндоскопические и диапевтические методы позволили избежать повторной хирургической операций у 35,7% больных, а у остальных 2/3 эффективной была консервативная терапия.

Коррекцию желчеистечения II степени в группе сравнения (17 больных) в 100% случаев производили посредством повторного хирургического вмешательства – релапаротомии (11) и релапароскопии (6). Усовершенствование лечебно-диагностической тактики ведения больных в основной группе (12 больных) с использованием эндоскопических трансдуоденальных вмешательств позволило остановить наружное желчеистечение у 6 (50%) больных. Релапароскопия позволила устранить причину желчеистечения в 4 наблюдениях и лишь 2 больным (16,6%) потребовалась релапаротомия.

Таким образом внедрение миниинвазивных методов коррекции желчеистечения как трансдуоденальные эндоскопические вмешательства, пункции брюшной полости под контролем УЗИ, лапароскопия, а также активная консервативная терапия с ежедневным УЗИ мониторингом позволили у больных с «малыми» повреждениями желчных протоков отказаться от повторной лапаротомии у 92,4% больных. Релапаротомия произведено лишь у 2 больных.

Сравнительный анализ результатов лечения в группе больных с желчеистечением III степени, причиной которых явились повреждения магистральных желчных протоков доказало эффективность высокого ГЕА по Ру с использованием прецизионной техники. У всех 3 больных отмечены хорошие результаты в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Выполнение ГЕА на ТПКД (выполнен у 4 больных основной

группы и 8 –группы сравнения) безусловно оправдано при наложении билиодигестивного анастомоза в условиях инфильтративных нарушений в стенке протока и высоком гилульном (уровень 0, -1) повреждении. Сменный транспеченочный дренаж, на котором формируется ГЕА, крайне необходим при выше указанных ситуациях и выручает хирурга. Однако неудобства для больного, значительное снижение его трудоспособности, связанные с необходимостью длительного ношения дренажных трубок (до 2х лет) снижает ценность методики. БА (наложено у 5 больных в группе сравнения и 1 в основной группе) и ГДА (у 3 больных в группе сравнения) во всех случаях завершились стриктурами ГХ и БДА. Им выполнены повторные реконструктивные операции. Ушивание дефекта ГХ охватывающего менее ½ диаметра протока, показано только при использовании прецизионной техники.



**Рис.5. Результаты хирургического лечения больных с желчеистечением после ХЭ в ближайшем и отдаленном периодах в группах сравнения.**

Гнойно – септические осложнения после повторных вмешательств по поводу желчеистечения после ХЭ в группе сравнения наблюдали у 10 больных (17,8%): - желчный перитонит (3 больных); - формирование подпеченочного и поддиафрагмального абсцесса (3 больных); - нагноение послеоперационной раны (4 больных). Из них 2 (3,6%) умерли. Причиной смерти в обоих наблюдениях явилась острая почечно – печеночная недостаточность на фоне септического состояния.

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

эндоскопической папиллосфинктеротомии. Летальность в основной группе не наблюдалось.

В отдаленном послеоперационном периоде в группе сравнения у 8 больных (14,7%) развились рубцовые стриктуры ГХ или ранее наложенного БДА сопровождавшийся клиникой холангита. Причем, 3 из них повторно оперированы – им наложен ГЕА по Ру. В основной группе в отдаленном периоде стриктура ГХ наблюдалась у 2 больных (5,4%) – 1 после наложения ББА и еще 1 после ушивания травмы общего печеночного протока на Т – образном дренаже. Общим больным произведены реконструктивные операции – ГЕА по Ру.

Следует отметить, что желчеистечение значительно удлиняло сроки лечения больных. Средние сроки стационарного лечения больных после ХЭ составляли 2-7 ( $3,4 \pm 1,2$ ) суток. В группе сравнения пребывание больных с желчеистечением после ХЭ составляло  $15,9 \pm 2,3$  суток, в основной группе -  $12,3 \pm 3,1$  суток.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Желчеистечение после ХЭ составило 1,6% (после ЛХЭ 2,1%) и наступило в 2 раза чаще после экстренных операций по поводу деструктивного холецистита. Причиной желчеистечения у 2/3 больных явились «малые» повреждения – аберрантные печеночно – пузырьные протоки ложа желчного пузыря, несостоятельность культи пузырного протока, выпадение дренажа ГХ и краевое повреждение ОПП, у 1/3 больных «большие» повреждения - пересечение и иссечение ГХ.

2. Лечебно диагностический алгоритм для выявления источника желчеистечения и его коррекции должен включать УЗИ мониторинг и диапневтические методы при желчеистечении I ст., трансдуоденальные эндоскопические вмешательства и релапароскопию при желчеистечении II ст., МСКТ и реконструктивные операции при III ст.

3. Применение в основной группе миниинвазивных эндоскопических трансдуоденальных вмешательств, диапневтических методов и лапароскопии, а также активной консервативной терапии позволили у больных с желчеистечением I и II ст. («малые» повреждения) избежать релапаротомии у 92,4% больных.

4. При желчеистечении III степени («большие» повреждения) лучшие результаты получены при наложении высокого ГЕА по Ру с использованием прецизионной техники и применением методик Нерр – Coinaud и Cattel. Совершенствование лечебно - диагностической тактики у больных с желчеистечением после ХЭ позволило значительно улучшить результаты лечения в основной группе, где осложнения в ближайшем послеоперационном периоде составили 8,1%, в отдаленном периоде – 5,4%, летальность не наблюдалась (в гр. сравнения – 17,8% и 14,2% соответственно, летальность - 3,6%).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc/PhD.04/30.12.2019. Tib.93.01 AT  
BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE ON AWARDING SCIENTIFIC  
DEGREES**

---

**SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE**

**ARZIEV ISMOIL**

**OPTIMIZATION OF DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC TACTICS IN  
EARLY BILIARY COMPLICATIONS AFTER CHOLECYSTECTOMY**

**14.00.27 - Surgery**

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

**Bukhara – 2021**

**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/Tib 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. Bsmi .uz](http://www.Bsmi.uz)) and the Information and Educational Portal "Ziyonet" ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Scientific adviser:**

**Zafar jon Kurbaniyazov**  
Doctor of Medical Sciences

**Official opponents:**

**Shukhrat Tokhtaevich Urakov**  
Doctor of Medical Sciences,

**Farrukh Israilovich Makhmadov**  
Doctor of Medical Sciences, Professor  
(Republic of Tajikistan)

**Lead organization:**

**Republican Specialized Center for Surgery  
named after Academician V. Vakhidov**

Protection will be held "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2021 \_\_\_ hours at a meeting DSc / PhD.04 / 30.12.2019.Tib.93.01 Scientific Council at Bukhara State Medical Institute (Address: 200118, g .B Uhar, Prospect t.Navoi, 1. Tel .: (+99865) 223-17-53, fax: (+99865) 223-00-50; an e - mail : [buhmi @ mail . ru](mailto:buhmi@mail.ru) ).

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

The abstract of the dissertation was sent out "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2021.

(Docket distribution protocol number \_\_\_ on \_\_\_\_\_ 2021).

**A.Sh. Inoyatov**

Chairman of the Single scientific council  
on awarding of the scientific degrees,  
Doctor of medical sciences, Professor

**D.N. Achilova**

Scientific Secretary of the Single  
Scientific council on Award of Scientific  
degrees, Doctor of Phylosophy

**N.A. Nuraliyev**

Chairman of the Single Scientific  
Seminar 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 myine-invasive interventions - relaparoscopy, 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 of the Republic of 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 Cattell 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), "Xolesistektomiyasidan keyingi erta davrda safro oqishi. Sabablari va jarrohlik

davolash usullari "(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 diagnostics 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-th / 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 scope 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.

**НАШР ЭТИЛГАН ИЛМИЙ ИШЛАР РУЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; I part)**

1. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А. Проблемы диагностики и лечения желчеистечения 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 желчеистечения после холецистэктомии // Доктор ахборотномаси. – Самарканд. - 2019. - №4. - С. 25-29. (14.00.00; №20).

3. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Аскарлов П.А. Диагностика и лечение желчеистечения в ранние сроки после холецистэктомии // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд. - 2020, - №3 (119). С. 50-55. (14.00.00; №19).

4. Kurbaniyazov Z.B., Arziyev I.A. 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., Сайинаев Ф.К. Оптимизация диагностики и лечебной тактики при ранних билиарных осложнениях после холецистэктомии // Биомедицина ва амалиёт журнали. – Ташкент. - 2021. - №1. - С. 296-303. (14.00.00; №24).

6. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Давлатов С.С., Рахманов Қ.Э. Хирургическая коррекция желчеистечения 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.Б., Арзиев И.А. Оптимизация тактико-технических аспектов комплексного хирургического лечения острого гнойного холангита при желчекаменной болезни // Доктор ахборотномаси. – Самарканд. - 2021. - №1. - С. 71-76. (14.00.00; №20).

**II бўлим (II часть; part II)**

8. Арзиев И.А., Сулайманов С.У., Гоziбеков Ж.И. Насимов А.М., Алиева С.З., Джалолов Д.А. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириizzi // Материалы XIX Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Молодежь и медицинская наука в XXI веке» – Киров – 2018. – Стр. 379-382.

9. Саидмуродов К.Б., Арзиев И.А., Эгамбердиев А.А. Хирургическое лечение больных деструктивным холециститом // Тезисы национального хирургического конгресса совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ. Москва 4-7 апреля 2017г. Стр. 273.

10. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Аскарлов П.А. Совершенствование лечебно-диагностической тактики при ранних билиарных осложнениях после холецистэктомии // Вестник науки и образования. 2020. № 13(91). Стр. 62-68.

11. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Аскарлов П.А. Совершенствование хирургической тактики в коррекции желчеистечений после холецистэктомии с использованием миниинвазивных технологий // Вестник науки и образования. 2020. № 13(91). Стр. 70-74.

12. Арзиев И.А., Аскарлов П.А. Коррекция желчеистечений после холецистэктомии с использованием миниинвазивных технологий // Сборник материалов Международной научно-практической онлайн конференции «Фундаментальная наука в современной медицине». Самарканд - 2020. Стр. 104-105.

13. Arziev I.A. Improvement of surgical tactics in the correction of bile leakage after cholecystectomy using minimally invasive technologies // LXXVIII 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. Arziev I.A. Bile outflow after cholecystomy 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. Arziev 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 желчеистечении, диагностированном в раннем послеоперационном периоде. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, 2019. № DGU 07445.

17. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Аскарлов П.А. Способ хирургической коррекции желчеистечения после холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде // Методические рекомендации. Самарканд – 2021. 26 стр.

18. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Аскарлов П.А. Холецистэктомия операциясидан кейинги эрта даврда сафро окиши. Сабаблари ва жаррохлик даволаш усуллари // Методические рекомендации. Самарканд - 2021. 26 стр.



Автореферат “Дурдона” нашриётида таҳрирдан ўтказилди ва ўзбек, рус  
ҳамда инглиз тилларидаги матнларнинг мослиги текширилди.

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

Гувоҳнома АИ № 178. 08.12.2010.  
“Sadriiddin Salim Buxoriy” МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди.  
Бухоро шаҳри, М.Иқбол кўчаси, 11-уй. Тел.: 0(365) 221-26-45.



