

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА  
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ  
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ВА ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**АСКАРОВ ПУЛАТ АЗАДОВИЧ**

**ЎТ ЙЎЛЛАРИ «ЯНГИ» ЖАРОҲАТЛАРИ ХИРУРГИЯСИДА  
ОМИЛЛАР ТАҲЛИЛИ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**ТОШКЕНТ – 2019**

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

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

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

**Аскарлов Пулат Азадович**

Ўт йўллари «янги» жароҳатлари хирургиясида омиллар таҳлили ..... 3

**Аскарлов Пулат Азадович**

Факторный анализ в хирургии «свежих» повреждений желчных протоков ..... 21

**Askarov Pulat Azadovich**

Factor analysis in surgery of fresh bile duct injuries..... 39

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ

List of published works..... 43

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА  
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ  
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ВА ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**АСКАРОВ ПУЛАТ АЗАДОВИЧ**

**ЎТ ЙЎЛЛАРИ «ЯНГИ»ЖАРОҲАТЛАРИ ХИРУРГИЯСИДА  
ОМИЛЛАР ТАҲЛИЛИ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**ТОШКЕНТ - 2019**

**Фалсафа доктори (Doctor of Philosophy) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида №В2018.1.PhD/Tib.511 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт институтида бажарилган.

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

<b>Илмий раҳбар:</b>	<b>Акбаров Миршавкат Миралимович</b> тиббиёт фанларидоктори
<b>Расмий оппонентлар:</b>	<b>Хакимов Мурод Шавкатович</b> тиббиёт фанларидоктори, профессор <b>Арипова Назира Уктамовна</b> тиббиёт фанларидоктори, профессор
<b>Етакчи ташкилот:</b>	<b>«А.Н. Сизганов номидаги «Миллий хирургия илмий маркази» АЖ (Қозоғистон Республикаси)</b>

Диссертация ҳимояси Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиётмаркази ва Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.49.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2019 йил «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик халқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: [cs.75@mail.ru](mailto:cs.75@mail.ru), Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази мажлислар зали).

Диссертацияси билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиётмарказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (71 - рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик халқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Диссертация автореферати 2019 йил «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ куни тарқатилди.  
(2019 йил «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**Ф.Г. Назиров**

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

**А.Х. Бабаджанов**

Илмий даражалар берувчи илмий  
кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

**А.В. Девятов**

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

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

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ, 2014 йил) маълумотига кўра, «ўтган ўн йил мобайнида ўт тош касаллиги(ЎТК) ва унинг асоратлари кенг тарқалган. Шу билан бирга, ўт йўллариининг шикастланиши билиар жарроҳликнинг энг даҳшатли асоратларидан бири бўлиб, жарроҳлик амалиётларининг мунтазам такомиллаштирилишига қарамасдан, уларнинг пасайиш кузатилмаяпти. Қорин бўшлиғи аъзоларида амалиётўтказилганда ўт йўллари амалиёт вақтида шикастланишларининг частотаси 0,09-3% ни ташкил этади»<sup>1</sup>. Одатга кўра, «экстрагепатик ўтйўллариининг ятроген жароҳати ўт йўллари амалиётларида, аксарият ҳолларда холецистэктомия, камроқ ҳолларда эса ошқозон, ўн икки бармоқли ичак, ошқозон ости беши соҳасидаги амалиётлари вақтида юзага келади»<sup>2</sup>. Ҳозирги вақтда ЎТКни даволашда «олтин» стандарт сифатида лапароскопик холецистэктомиятарғиб қилинади, аммо бундай амалиётдаўт йўллариининг зарарланиш хавфи жуда юқори. Бу усулнинг характерли хусусияти – гепатикохоледохзарарланишининг янги тури термик куйиши ҳисобланади. Шу билан бир қаторда, ўт пуфаги йўлини клиплашда ўт йўллариининг механик шикастланиш хавфи истисно қилинмайди. Лапароскопик холецистэктомиянинг бошқа яна бир хусусияти юқори зарарланиш миқдорининг ортишидир. «Умумий жигар йўллари даражасида жароҳатлар, бўлак йўллари бифуркацияси ва шнг ва чап бўлак йўллариининг изоляцияланган жароҳатлари 69% ни ташкил қилади, анъанавий холецистэктомиядан сўнг бундай жароҳатлар 44,8% ни ташкил этади»<sup>3</sup>. Шу муносабат билан ўт йўллариининг ятроген шикастланишининг олдини олиш ва жарроҳлик усулида даволаш гепатобилиар жарроҳликда муҳим аҳамият касб этади.

Жаҳон амалиётида бугунги кунда жигардан ташқари ўт йўллари жароҳатланишининг етакчи омилларидан бири бўлган уларнинг анатом-топографик гетерогенлигини ўрганиш ва ўт қопи яллиғланиш жараёни шароитида гепатодуоденал боғлам соҳаси тўқималарининг морфологик хусусиятларини ҳамда ушбу соҳада асосий структуралари меъёрдаги муносабатининг бузилиши билан кечувчи ўт қопи атрофи инфилтрациясини шакллантирувчи патологик ўзгаришларни тадқиқ қилишга қаратилган бир қатор тадқиқотлар олиб борилмоқда. Асосий шароит яратувчи омиллар орасида нафақат деструктив ўткир холецистит ва бошқа рақобатлашувчи билиар патология, балки анатомик аномалиялар ҳамда хато хирургик тактика, анатомик маълумотларда нотўғри фикрлаш ва механик жароҳат,

<sup>1</sup> World Health Organization. Bile ducts injury: fact sheet no. 32. World Health Organization website. 2017. [www.who.int/iris/handle/10456/133223](http://www.who.int/iris/handle/10456/133223)

<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.

<sup>3</sup> Song S, Jo S. Peritonitis from injury of an aberrant subvesical bile duct during laparoscopic cholecystectomy: A rare case report. // *Clin Case Rep*. 2018 Jul 9;6(9):1677-1680.

лазер ёки электрокоагуляция, клипш, ишемияни ўз ичига олган хирург ҳаракатларида техник ҳатоликларни ўрганиш давом эттирилмоқда.

Бугунги кунда мамлакатимизда аҳолига сифатли тиббий хизмат кўрсатиш сифатини тубдан яхшилаш ва кенгайтириш учун кенг кўламли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада, айниқса, ўт йўллари ятроген зарарланишларида беморларни даволаш натижаларини яхшилашда ижобий натижаларга эришилди. «Ўзбекистон Республикасининг 2017-2021 йиллар учун ривожланишнинг бешта устувор йўналишидаги ҳаракат стратегияси аҳолининг кам таъминланган қатламларига тиббий ва ижтимоий ёрдам кўрсатиш тизимини ривожлантириш ва такомиллаштиришга қаратилган бўлиб, уларнинг ҳаётий фаолиятларини таъминлашга қаратилган вазифалар қўйилган»<sup>4</sup>. Шунга кўра, ўт йўллари шикастланишини жарроҳлик усулида даволаш самарадорлигини ошириш ва омилларни таҳлил қилиш ва жарроҳлик тактикасини такомиллаштириш тадқиқот учун долзарб масалалардан биридир.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда шошилиш тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ва 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарори ва Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 10 майдаги №266 «Жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлашни ташкил этиш илмий-тадқиқот институти фаолияти тўғрисида»ги қарори ҳамда ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига боғлиқлиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Хирургик амалиётга янги технологияларнинг жорий этилиши ятроген шикастланишларнинг янги турларига олиб келади. Жигардан ташқари ўт йўллари зарарланиши сабаблари катта қизиқишуйғотади. Кўпчилик муаллифлар тасодифий гепатикохоледох жароҳатлари сабабларига, жигар дарвозаси ўт йўллари ва қон томирлари аномалиялари, ўт пуфаги бўйинчаси соҳасидаги яллиғланиш ва чандиқлар, амалиёт вақтидаги қон кетишлар, кечаси бажарилган зарурий амалиётлар вақтида, Миризи синдромида (тип II) ва бошқаларда юзага келади (Song S<sup>5</sup>). Ушбу энг мураккаб жарроҳлик соҳасидаги эришилган ютуқларга қарамадан, энг тажрибали жарроҳлар орасида ўртача 10% қониқарсиз

---

<sup>4</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ПФ-4947- сонли Фармони, ЎзР Қонун Ҳужжатлари тўплами 2017 йил.

<sup>5</sup> Song S, Jo S. Peritonitis from injury of an aberrant subvesical bile duct during laparoscopic cholecystectomy: A rare case report. // Clin Case Rep. 2018 Jul 9;6(9):1677-1680

натижалар қайд этилади (Tsuruda Y<sup>6</sup>). RifatbegovicZ<sup>7</sup> нинг фикрига кўра, бундай беморлар такрорий, баъзида кўп маротабали реконструктив амалиётларга мухтож ва уларни "билиар мажруҳлар" деб аталади. Даволаниш натижалари нуқтаи назаридан ўт йўллари зарарланишини аниқлаш вақти жуда муҳимдир. Ўт йўлларининг «янги» ва шикастланишдан кейинги торайишлари фарқланади. «Янги» шикастланишлар, ўз навбатида, амалиёт столида ташхис қўйилган ва амалиётдан кейинги илк даврда аниқланганларга бўлинади. Шунга кўра, бу тоифадаги беморларнинг жарроҳлик усулида даволанишнинг узоқ муддатдаги натижалари, уларни аниқлаш вақтига ва жароҳатнинг хусусиятига боғлиқдир.

«Ўт йўлининг жароҳатларини даволашнинг қониқарсиз натижаларинингасосий сабаблари ўз вақтида ташхис қўймаслик ва ўт йўллари жарроҳлигида етарли тажрибага эга бўлмаган жарроҳлар томонидан ноадекват ҳажмли реконструктив амалиётлар амалга оширилишидир»<sup>8</sup>. Амалиёт вақтида ёки ундан кейинги дастлабки даврда ташхис қўйилган ўт йўлларининг «янги» жароҳати учун амалиёт усулини танлашда ягона қарашлар мавжуд эмас. Ҳозиргача қайта тикловчи амалиётларнинг бажарилиши давом этмоқда, бу эса чандикланишнинг тез ривожланиши ёки анастомоз этишмовчилиги туфайли қониқарсиз натижалар беради. Кўп жарроҳлар дуоденал анастомозларни танлашади, бу эса ўн икки бармоқли ичак оқмаси ёки рефлюкс холангитининг, анастомоз торайиши ривожланишига олиб келади<sup>9</sup>. Ўт йўллари зарарланишини даволаш тактикасида амалиётни танлашга таъсир этувчи омиллар белгиловчи ҳисобланади: зарарланиш хусусияти, жойлашиши, кесилган ўт йўллари ҳолати, жароҳатга ташхис қўйиш вақти ва ўт йўлларида реконструктив амалиётлар бажариш тажрибаси бўлган жарроҳлар мавжудлиги танлаш таъсир этувчи омиллардан ҳисобланади. Ўт йўллариятроген жароҳатларини ишлаб чиқилган даволаш усулларииниўз вақтида ва тўғри ишлатиш билан беморларнинг яхши натижаларга эришишига имкон беради, аммо амалиётдан кейинги асоратлар 48,7% га этади.

Адабиётларни таҳлил қилиш шуни кўрсатмоқдаки, ҳозирги кунда ўт йўллариятроген жароҳатларини ташхислаш ва даволаш тактикаси замонавий жарроҳликнинг долзарб ва охиригача ҳал этилмаган муаммоларидан биридир. Келтирилган маълумотлар абдоминал хирургиянинг долзарб муаммолардан бири магистрал ўт йўллари ятроген жароҳатларини даволаш

---

<sup>6</sup> Tsuruda Y, Okumura H, Setoyama T, Hiwatashi K, Minami K, Ando K, Wada M, Maenohara S, Natsugoe S. Laparoscopic cholecystectomy with aberrant bile duct detected by intraoperative fluorescent cholangiography concomitant with angiography: A case report. // Int J Surg Case Rep. 2018;51:14-16.

<sup>7</sup>Rifatbegovic Z, Kovacevic M, Nikic B. Treatment of late identified iatrogenic injuries of the right and left hepatic duct after laparoscopic cholecystectomy without transhepatic stent and Witzel drainage: Case report. // Int J Surg Case Rep. 2018;48:72-75.

<sup>8</sup>Dokmak S, Aussilhou B, Ragot E, Tantardini C, Cauchy F, Ponsot P, Belghiti J, Sauvanet A, Soubrane O. Reconstruction of Bile Duct Injury and Defect with the Round Ligament. // J Gastrointest Surg. 2017 Sep;21(9):1540-1543.

<sup>9</sup>Wang L, Zhou D, Hou H, Wu C, Geng X. Application of "three lines and one plane" as anatomic landmarks in laparoscopic surgery for bile duct stones. // Medicine (Baltimore). 2018 Apr;97(16):e0155.

натижаларини яхшилаш учун оптимал ташхислаш алгоритми, жарроҳлик усулларини топиш ва ишлаб чиқиш заруратини юзага келтиради.

**Диссертация тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот режаларининг «Жигардан ташқари ўт йўлларининг ятроген шикастланишларини ташхислаш ва хирургик даволашнинг такомиллаштирилган усулларини ишлаб чиқиш» мавзуси (2012-2016й.) доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** ўт йўллари жароҳатларида амалиётлар натижаларини омилли таҳлил қилиш, даволаш-диагностика доктринасининг тактик жиҳатларини такомиллаштириш йўли билан хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

ЎТК жарроҳлигида касалликнинг босқичига, амалиёт тури ва тезкорлигига боғлиқ равишда ўт йўллари шикастланиш эҳтимолини аниқлаш;

ўт йўллариянги жароҳати юзасидан ўтказилган реконструктив-тиқловчи амалиётларидан сўнг узок муддатли даврда торайишлар шаклланишининг ўзига хос хусусиятларини аниқлаш;

амалиётдан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичига таъсир қилувчи тактик-техник жиҳатларни аниқлаш;

холангитни даволаш ва олдини олиш учун реконструктив амалиётлардан сўнг ўт йўлларини қайта тиклаш усулини ишлаб чиқиш;

ўт йўллариянги зарарланган беморларда амалиёт учун тактик-техник алгоритмларни ишлаб чиқиш;

яқин ва узок даврларда ўт йўллари янги зарарланишларида тавсия этилган комплекс даволаш усулларининг самарадорлигини баҳолаш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида Академик В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази ва Самарқанд давлат тиббиёт институти клиникасида 2000 йилдан 2017 йилгача бўлган даврда турли усулдаги холецистэктомиядан кейин ўт йўллари жароҳати бўлган 175 нафар беморнинг даволаш натижалари хизмат қилган.

**Тадқиқотнинг предмети** бўлиб ўт йўлларининг шикастланиши бўлган беморларни жарроҳлик усулида даволаш натижаларини омилли таҳлил қилиш ташкил этган.

**Тадқиқотнинг усуллари.**Тадқиқотмақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ҳал қилиш учун қуйидаги: рентгенологик, ультратовуш, нурли, эндоскопик ва статистик усуллар қўлланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

янги шикастланишларда реконструктив-тиқлаш амалиётларидан сўнг узок муддатларда торайишлар шаклланишининг патогенетик хусусиятлари ҳамда ушбу асоратлар ривожланиш хавфига таъсир қилувчи тактик-техник жиҳатлар аниқлаштирилган;

реконструктив-тиклаш амалиётларидан сўнг такрорланадиган холангитни даволаш ва профилактика қилиш учун жигар ташқи ва ички ўт йўллари дренажлаб тозалаш учун усули такомиллаштирилган;

эндоген захарланиш синдромини коррекция қилиш мақсадида натрий гипохлорити билан билвосита электрокимёвий оксигенациялаш ва қўшимча озонлаш билан бирга плазмаферезнинг такомиллаштирилган усули имкониятлари аниқлаштирилган;

эндоген захарланиш синдромининг аниқланиш вақти, клиник кўринишларнинг оғирлиги, жароҳатнинг табиати ва даражасига қараб ўт йўллари янги жароҳатларини даволашнинг оптимал усулини танлашнинг тактик-техник хусусиятлари аниқлаштирилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** куйидагилардан иборат:

ўт йўллари янги жароҳатлари юзасидан бажарилган реконструктив-тиклаш амалиётларидан кейин 2/3 ҳолларда торайишнинг шаклланиши узоқ вақт давомида каркасли дренажлаш ёки дуоденал рефлюкс фонида ва такрорланувчи холангит ривожланиши билан боғлиқ ва 1/3 қисми эса амалиётнинг техник жиҳатлари билан боғлиқлиги исботланган;

ўт тош касаллиги жарроҳлигидаги ўт йўллари шикастланиш эҳтимоли касалликнинг босқичига, амалиёт тури ва шошиличилигига, шикастланишнинг ўзига хос хусусиятлари ва ўрнига қараб аниқланган;

янги шикастланишларни хирургик даволашнинг салбий натижаларини ривожланишига таъсир қилувчи омилларни аниқлаш билан реконструктив-тиклаш амалиётларининг тактик-техник хусусиятлари ўрганилган;

амалиётдан кейинги холангитни даволаш ва профилактика қилиш учун реконструктив-тиклашдан сўнг ўт йўллари тозалаш учун тавсия этилган усуллари янги торайишлар ривожланиш частотасини камайтиришдаги самарадорлиги аниқланган;

жароҳатларнинг тури ва даражасига, шунингдек, маълум асоратларнинг мавжудлигига қўра, ўт йўллари хирургик даволаш турини танлаш учун тактик-техник алгоритмлар ишлаб чиқилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончилиги.** Тадқиқот натижаларининг ишончилиги замонавий, кенг қўлланиладиган клиник, лаборатор ва инструментал усуллар билан тасдиқланган. Барча натижалар ва хулосалар далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланади. Статистик ишлов бериш натижаларининг ишончилигини тасдиқлаган.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шунинг билан аниқланадигани, олинган хулоса ва таклифлар назарий аҳамиятга эга бўлиб, ўт йўллари шикастланган беморларни жарроҳлик усулида даволаш хусусиятларини ўрганишга катта ҳисса қўшади. Ўт йўллари янги жароҳатлари юзасидан бажарилган реконструктив-тиклаш амалиётларидан кейин 2/3 ҳолатларда торайишнинг шаклланиши узоқ вақт давомида каркасли дренажлаш ёки дуоденал рефлюкс фонида ва такрорланувчи холангит ривожланиши билан боғлиқ ва 1/3 қисми эса амалиётнинг техник жиҳатлари билан боғлиқлиги исботланган. Янги

шикастланишларни хирургик даволашга салбий таъсир кўрсатадиган омилларни аниқлашга қаратилган реконструктив-тиклаш амалиётларининг тактик ва техник жиҳатлари ўрганилган. Тадқиқотнинг алоҳида натижалари курсантларни ўт йўллариининг ятроген зарарланиши мавзуларида ўқитиш дастурининг таркиби ва тузилишини яхшилаш имконини берган.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шунинг билан аниқланадики, реконструктив-тиклаш амалиётлардан сўнг жигар ташқи ва ички ўт йўллариини тозалаш мақсадида такрорий холангитнинг олдини олиш ва даволаш натижаларини яхшилашга имкон берган каркас дренажлаш усули клиник амалиётга татбиқ этилган. Ишлаб чиқилган натрий гипохлорит билан билвосита электрокимёвий оксигенациялаш, қўшимча озонлаш ва реинфузия қилувчи плазмаферез усулининг қўллаш эндоген интоксикация синдромини тузатишга қаратилган. Ўт йўллари шикастланишлари жароҳат тури ва даражасига, шунингдек, маълум асоратларнинг мавжудлигига қараб жарроҳлик усулини танлаш учун ишлаб чиқилган тактик-техник алгоритмлар ташхислаш сифатини яхшилаш ҳамда қонсерватив ва хирургик даволаш усулини оптималлаштириш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Ўт йўллари шикастланишлари бўлган беморларни жарроҳлик усулида даволаш натижаларини яхшилашга бағишланган тадқиқот бўйича олинган илмий натижалари асосида:

«Ўт йўллари реконструктив амалиётларидан кейин холангит билан касалланган беморларни даволаш усули» тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 21 январдаги 8н-д/19-сон маълумотномаси). Янги шикастланишлар юзасидан бажарилган реконструктив жарроҳлик амалиётларидан сўнг ўт йўллариини тозалаш усулининг тавсия этилган тактик ва техник жиҳатлар билан биргаликда қўлланилиши, холангит ривожланиш частотасини 20,7% дан 8,6% гача камайтириш имконини берган;

«Ўт йўллариининг «янги» шикастланишларини жарроҳлик усулида тиклашда чуқурлаштирилган ёндашув» услубий тавсияномалари тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 21 январдаги 8н-д/19-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар ўт йўллари шикастланишларини жарроҳлик усулида даволашни яхшилаш, реконструктив амалиётлардан кейинги асоратларни камайтириш ва беморларни шифоханада бўлиш муддатини қисқартириш имконини берган;

ўт йўллариининг ятроген шикастланишлари билан беморларни жарроҳлик усулида даволашни такомиллаштириш бўйича бажарилган диссертация ишидан олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалий фаолиятига, хусусан, академик В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий таиббиёт маркази, Самарқанд давлат тиббиёт институти клиникасининг жарроҳлик бўлими амамлий фаолиятига (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 21 январдаги 8н-д/19-сон маълумотномаси) татбиқ этилган. Тадқиқот натижаларига кўра, ўт йўллариининг ятроген жароҳати билан касалланган беморларга

ихтисослаштирилган юқори технологик тиббий ёрдам кўрсатиш имконияти сезиларли даражада кенгайтирилган, амалиётдан кейинги эрта ва кеч даврда асоратларни 56,3% дан 23,6% гача ва ўлим кўрсаткичини 10,7% дан 4,2% гача камайтириш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Тадқиқот натижалари 7 та илмий-амалий анжуманларида, шу жумладан, 2 та халқаро ва 5 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши.** Диссертация мавзуси бўйича жами 26 та илмий иш чоп этилган, шу жумладан, 5 та мақола, улардан 4 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси ОАК докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларда чоп этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари шакллантирилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Жигардан ташқари ўт йўллари янги зарарланишлари» (адабиётлар тахлили)**, деб номланган биринчи бобида махаллий ва хорижий адабиётлар тахлили асосида ушбу муаммонинг ҳозирги ҳолати тахлил қилинган. Жигардан ташқари ўт йўллари шикастланишларининг асосий келиб чиқиш сабаблари ва хавфли омиллари, даволаш тактикасини танлашнинг замонавий ёндошувларига бағишланган мукамал илмий амалий маълумотлар келтирилган. Замонавий инструментал ташхислаш усуллари ва уларнинг натижаси, афзаллик ва камчиликлари келтирилган. Кейинчалик тадқиқотлар ўтказиш талаб этиладиган муҳокамали саволлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Материалнинг клиник хусусиятлари ва қўлланилган текширув усуллари»** деб номланган иккинчи бобида, тадқиқот материали хусусиятлари келтирилган. Тадқиқотда 2000 дан 2017 йилгача турли хил холецистэктомия усуллари: анъанавий (ХЭК), лапароскопик (ЛапХЭК), мини ХЭК бўйича, юзага келган ЎЙ лари шикастланган 175 нафар беморни комплекс текширув ва жарроҳлик усулида даволаш натижалари асосида клиник материаллар тахлил қилинган.

Барча беморлар икки гуруҳга бўлинган. Таққослаш гуруҳи 103 (58,9%) беморлардан иборат бўлиб, улар 2000-2010 йиллар давомида чап қоринча шикастланишида стандарт реконструктив-тиклаш амалиётларни қўлланилган. Тадқиқотнинг асосий гуруҳи 2011-2017 йилларда даволанган 72 (41,1%) беморлардан иборат бўлиб, улар эндоген захарланиш синдроми ва

холангитнинг олдини олиш билан боғлиқ жарроҳлик усулини танлаш учун тавсия этилган алгоритмлардан фойдаланилган (1жадвал).

**1-жадвал**

**Тиббий муассасалар буйича ЎЙ янги жароҳати билан касалланган беморларни тақсимлаш**

ЎЙ шикастланишини аниқлаш	Таққослаш гуруҳи						Асосий гуруҳ					
	РИХИАТМ		СамДТИ		Жами		РИХИАТМ		СамДТИ		Жами	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Шифохонада зарарланиш</b>												
Амалиёт ичида	9	8,7%	11	10,7%	20	19,4%	5	6,9%	7	9,7%	12	16,7%
Эрта амалиётдан кейинги давр	3	2,9%	15	14,6%	18	17,5%	1	1,4%	3	4,2%	4	5,6%
Жами	12	11,7%	26	25,2%	38	36,9%	6	8,3%	10	13,9%	16	22,2%
<b>Бошқа шифохоналардан келганлар</b>												
Амалиёт ичида	8	7,8%	0	0,0%	8	7,8%	7	9,7%	4	5,6%	11	15,3%
Эрта амалиётдан кейинги давр	41	39,8%	16	15,5%	57	55,3%	28	38,9%	17	23,6%	45	62,5%
Жами	49	47,6%	16	15,5%	65	63,1%	35	48,6%	21	29,2%	56	77,8%
<b>Барча кузатувлар</b>												
Амалиёт ичида	17	16,5%	11	10,7%	28	27,2%	12	16,7%	11	15,3%	23	31,9%
Эрта амалиётдан кейинги давр	44	42,7%	31	30,1%	75	72,8%	29	40,3%	20	27,8%	49	68,1%
Жами	61	59,2%	42	40,8%	103	100%	41	56,9%	31	43,1%	72	100%

Ҳар икки гуруҳда ҳам аёлларнинг сони 120 нафар (68,9% ва 68,1%), эркак беморлар 55 (31,4%) тўғри келган. Беморларнинг ёши 19 дан 80 йилгача бўлган. Жабрланганларнинг аксарияти - 140 (80%) бемор 20 дан 59 ёшгача бўлган. Кексалар (60 ёшдан ошганлар) 35 (20%) кишини ташкил этган.

Тадқиқотлар гуруҳида 61 ва 44 (59,2% ва 61,1%) беморларда бошқа ятрогения билан таққосланганда, ЎЙЖ кесилиши шаклидаги зарарланиш характери устунлик қилган. Маргинал зарарланиш 20 ва 11 (19,4% ва 15,3%) ҳолатда қайд этилган. ЎТК учун амалиётнинг турига кўра, ҳар икки гуруҳда ҳам анъанавий ХЭК ни бажаришда ЎЙ га зарар етказган беморларнинг тарқалганлиги қайд этилган - 59 (57,3%) ва 38 (52,8%).

ЎЙ учун энг кўп учрайдиган шикастланиш даражаси (Э.И. Галперинга кўра) «+1» - 45 (43,7%) ва 28 (38,9%) беморларда. ЎЙ ларига зарар етказиш даврининг ўхшашлиги ХЭК турига қараб аниқланган, бу ерда 59 (57,3%) ва 38 (52,8%) беморларда АХЭК ни бажаришда ятроген шикастланиш миқдори устун келган.

Асосий гуруҳда амалиётдан кейинги даврда ЎЙ зарарланган 49 (68,1%) беморларга реконструктив жарроҳлик амалиётлари бажарилган. Шу билан бирга, иккала гуруҳда жигар (холедох) еюностомия (ГепЕА), бигепатикоеюностомия шаклида реконструктив амалиётлар ўтказилган; тиклаш амалиётлари - холедох нуқсонини тикилиши, билио-билио анастомоз

шаклантириш (ББА) (2-жадвал). Амалиётларда атравматик тикув материаллари Vicryl 4.0 ва PDS 5.0 ишлатилган, анастомозлар чокларни дренажлаш билан ёки дренажсиз чок билан ёпилган.

## 2-жадвал

### РИХИАТМ ва СамДТИ клиникасида амалга оширилган якуний амалиётлар тури

Ўй шикастланишларини аниқлаш	Ўз шикастланишлари		Бошқа клиникалар шикастланишлари		Жами	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Таққослаш гуруҳлари</b>						
Ўтти ташқарига чиқарилиши	5	4,9%	15	14,6%	20	19,4%
Тиклаш	23	22,3%	26	25,2%	49	47,6%
Реконструктив	10	9,7%	24	23,3%	34	33,0%
Жами	38	36,9%	65	63,1%	103	100,0%
<b>Асосий гуруҳ</b>						
Ўтти ташқарига чиқарилиши	1	1,4%	2	2,8%	3	4,2%
Тиклаш	8	11,1%	25	34,7%	33	45,8%
Реконструктив	7	9,7%	29	40,3%	36	50,0%
Жами	16	22,2%	56	77,8%	72	100,0%

«+1», «0» даражадаги зарарланишларда, чап гепатит йўлини хилиар пластинка (Herr-Couinaud усули) очиш орқали анастомоз қўйилган. Зарарланиш конфлюэнсинг бузилиши билан кечган («-2» даражасида) ҳолатларда ингичка ичак билан ягона анастомозни ҳосил қилиш учун бўлак йўллариининг қолдиқларини ўзининг медиал деворлари бўйлаб параллел равишда тикиб, улар ўртасидаги бўлинишни кесиб (Cattell усули) яратилган. Неоконфлуенсия ҳосил бўлгач, иккала бўлак йўллари қўшимча равишда ажратилган ва бу анастомоз диаметрини сезиларли даражада оширган.

Ўйнинг ятроген шикастланишига ташхис қўйилгандан кейин амалиётни дархол амалга ошириш учун шароит бўлмаганда, икки босқичли даволаниш усули қўлланилган - биринчи босқич Ўй ни ташқи дренажлаш, иккинчиси реконструктив ва / ёки тиклаш амалиётлари.

Диссертациянинг «Ўт тош касаллиги жарроҳлигида ўт йўллариининг шикастланиш эхтимоли ва уларни даволашда қониқарсиз натижалари ривожланиш хавфи омиллари» деб номланган тўртинчи бобида ушбу асоратлар учраш частотаси бўйича таҳлил қилинган. Тадқиқот даврида ЎТК юзасидан ўтказилган амалиётлар умумий сони 14389 тани ташкил этган. Шу билан бирга, таққослашлар гуруҳида бу кўрсаткич 7179 та амалиёт бўлиб, шундан 4293 таси (59,8%) лапароскопик усулда, 1259 (17,5%) - мини-кириш усулида, 1627 та (22,7%) амалиётлар анъанавий тарзда амалга оширилган. Асосий гуруҳда 7210 та холецистектомия дан 4651 тасида (64,5%) ЛапХЭК, 1762 (24,4%) беморда мини кириш орқали ХЭК бажарилган, 797 (11,1%) ҳолларда эса анъанавий тарзда амалга оширилган.

Ўт йўллариининг шикастланиш эхтимоли 0,38% ни ташкил этган (14389 амалиётдан 54тасида) амалиёт турига кўра, ЛапХЭК да бу асоратнинг

частотаси 0,33% (8944 дан 32та), АХЭЖ да - 0,45% (2424 дан 11%) ва миникириш орқали ХЭЖ да 0,36% (3021 дан 11та). ЎКХда - 0,56% ва СКХ да - 0,30% да зарарланиш хавфида сезиларли фарқ аниқланган (критерий  $\chi^2=4,401$ ; Df=1; p=0,036). Ўз навбатида, ЎЙ шикастланиш хавфи шошилиш амалиётларида - 0,86%, режали амалиётларида - 0,34% (критерий  $\chi^2=5,654$ ; Df=1; p=0,017) ишончли равишда фарқ қилган.

Бундан ташқари, ўт йўллари янги жароҳати учун стандарт реконструктив-тикловчи жароҳлик амалиётлари қўлланилган, солиштирма гуруҳда (n=103), амалиётдан кейинги даврда шикастланган ўт йўлининг янги жароҳатларини даволашнинг қониқарсиз натижаларини таҳлил қилиш сабаблари таҳлил қилинган. Амалиётдан кейинги дастлабки даврда турли хил асоратлар аниқланган (27,2%). 5 (4,9%) беморда холангит ва 3 (2,9%) тасида гемобилия кузатилган. ОППН ва ПОН 6 (5,8%) ва 3 (2,9%) операция қилинган беморларда кузатилган. Амалиётдан кейинги эрта даврда релапаротомия талаб қиладиган мураккаб ҳолатлар 1,9% ни ташкил этган (операциядан кейинги эрта даврда аниқланган ЎЙ шикастланган 2 бемор). Ўлим ҳолатлари 8 (7,8%) ҳолатда қайд этилган. 27 та бемордан 7 ташқи дренажлашдан кейин 3 (42,9%) ҳолатда, алмаштирилувчи трансгепатик дренаж (ТГД) нинг 13 тасидан 5 (38,5%) та, ЎЙ нуқсонини Кер дренажида тикишнинг 20 тасидан 2 (10%) та ҳолатда, 18 та ББА дан – 4 та (22,2%), 24 та ГепЭА 8 (33,3%) та ва 10 та гепатодуоденоанастомознинг (ГепДА) - беморнинг 5 тасида. Ўлим фақат амалиётдан кейинги эрта даврда ЎЙ шикастланган беморлар гуруҳида қайд этилган. Ташқи дренажлашдан сўнг 7 та бемордан 3 (42,9%) таси, 13та СТПД нинг – 1 (7,7%) тасида, 18та ББА нинг - 1 (5,6%) таси, 24 та ГепЕА дан - 2 (8,3%), ГепДА - 10 бемордан 1 (10%) тасида кузатилган.

ЎЙ ятроген шикастланиш бўлган беморларда асоратлар частотаси 45 та МС дан - 18 (40%) та ва 26 SIRS дан - 13 (50%) тасида кузатилган. Шу билан бирга, орган функцияси бузилиши билан синдромнинг ривожланиши ёки кучайиши асоратларни камайтиришга бевосита таъсир кўрсатган. Шундай қилиб, МС ва эндоген захарланиш синдромининг органларнинг этишмовчилиги фонида ЎЙ лари ятроген шикастланишлар билан амалиёт бажарилган беморларда 75% ҳолларда асоратлар қайд этилган.

Анастомозланган ўт йўлининг диаметри 5 мм дан кичик ва каркас дренажлаш қўлланилагн беморлар гуруҳида (n=27) 37,0% амалиётдан кейинги асоратларнинг юқори бўлиши қайд этилган. Шу билан бирга, ушбу гуруҳда жигар орқали дренажлаш қўлланилган Ру буйича ГепЕА да - 42,9%, каркасда ББА да эса 28,6% қайд этилган. Уланган ўт йўлининг диаметри 5 мм дан юқори бўлган беморлар гуруҳида (n=15), асоратлар даражаси 13,3% ни ташкил этган.

20 та ҳолатда беморнинг аҳволи оғирлиги туфайли ўтни ташқарига чиқариш амалга оширилган, бунда 8 (40%) беморда асоратлар ривожланган ва 4 (20%) ҳолатда ўлим қайд этилган. Ушбу гуруҳда турли асоратлар ва ўлим кўрсаткичларининг умумий сони тегишли равишда 26,2% (27) ва 7,8%

(8) ни ташкил этган. Эндоген захарланиш ва МС билан касалланган 26 нафар беморнинг 50 % ўлим кўрсаткичи 23,1% ни ташкил этган (6 нафар). МС билан оғриган 45 нафар беморнинг 40% асоратлар кузатилган ва ўлим кўрсаткичи 17,8 % ни ташкил қилган (8 бемор).

Реконструктив-тиклаш амалиётлардан кейин узок даврда чандикли торайиш кўрсаткичи 33,7% (92 беморларнинг 31тасида), бунда 20,7% (19 бемор) ҳолатда бу асорат холангит шароитида, қолган 13,0% ҳолатларда амалга оширилган амалиётларнинг техник томонлари билан боғлиқ равишда ривожланиши қайд этилган. Тегишли равишда барча чандикли торайишлар ривожланиш тизимида 61,3% (31 бемордан 19 тасида) ҳолатларда узок муддатли дренажлаш ва (ёки) дуоденал рефлюкс фонида юзага келган қайталанувчи холангит билан боғлиқ, ўз навбатида 38,7% да (31 бемордан 12 тасида) ҳолларда амалиётнинг техник жиҳатлари билан боғлиқ.

Амалиётдан кейинги эрта ва кечки даврда 103 бемордан 56,3% да асоратлар кузатилган, ўлим даражаси 10,7% (11 беморда) қайд этилган. Узок муддатда 92 бемордан ўт йўллари торайиши 33,7% да, ўлим кўрсаткичи 3,3% (3 беморда) кузатилган.

Диссертациянинг «**Ўт йўллари**нинг янги шикастланишларини, **қоникарсиз натижалар ривожланиш хавфи омилларини инobatга олган ҳолда, даволашни танлаш алгоритмини ишлаб чиқиш**» деб номланган тўртинчи бобида, асосий гуруҳдаги 72 (41,1%) беморда қўлланилган тактика натижалари келтирилган. Барча беморлар кўрсаткичлари бўйича 2 гуруҳга бўлинган: 1-гуруҳни - МС белгиси бўлмаган 42 (58,3%), 2 гуруҳни - МС бўлган 30 (41,7%) беморлар ташкил этган. Иккинчи гуруҳда эндоген захарланиш синдроми (SIRS=0) бўлмаган - 11 (15,3%) ва эндоген интоксикация белгилари билан - 19 (26,4%) бемор киритилган.

Тадқиқотнинг клиник кўриниши, лаборатория ва инструментал усуллари натижалари аъзолар етишмовчилиги бочқичини SOFA (Sepsis organ failure assessment) ва тизимли яллиғланиш даражасини SIRS (Systemic inflammatory response syndrome) шкалалари бўйича ҳисоблаш имконини берган. Ушбу гуруҳда плазмаферозни (ПФ) плазмани натрий гипохлорит билан билвосита электрокимёвий оксигенациялаш (БЭКО) билан бирга қўшимча озонлаш ва кейин детоксикацияланган плазмани қайта қуйиш қўлланилган. Ўт йўллари декомпрессиясида билирубин миқдорининг ишончли равишда  $168,2 \pm 16,4$  дан  $127,4 \pm 9,8$  мкмоль/л. гача пасайиши ва БЭКО+O<sub>3</sub> билан ПФ қўлланилганда тезроқ, муолажанинг 2 кундаёқ  $68,1 \pm 2,5$  мкмоль/л.гача пасийиши кузатилади. Декомпрессия фонида интоксикациянинг лейкоцитар индекси  $3,3 \pm 0,01$  дан  $2,8 \pm 0,02$  гача ва 2 кунгача эндотоксикознинг самарадорлиги  $2,1 \pm 0,03$  га тенг бўлган пасайиши кузатилади (P<0.001). ПФ ни БЭКО+O<sub>3</sub> билан ишлатиш холестази, эндотоксикознинг ва жигар фаолияти бузилишини тезда бартараф этилишини таъминлади (3 кунда). Беморларнинг ахволининг ва қон кўрсаткичлари яхшилангандан сўнг реконструктив амалиётлар ўтказилган.

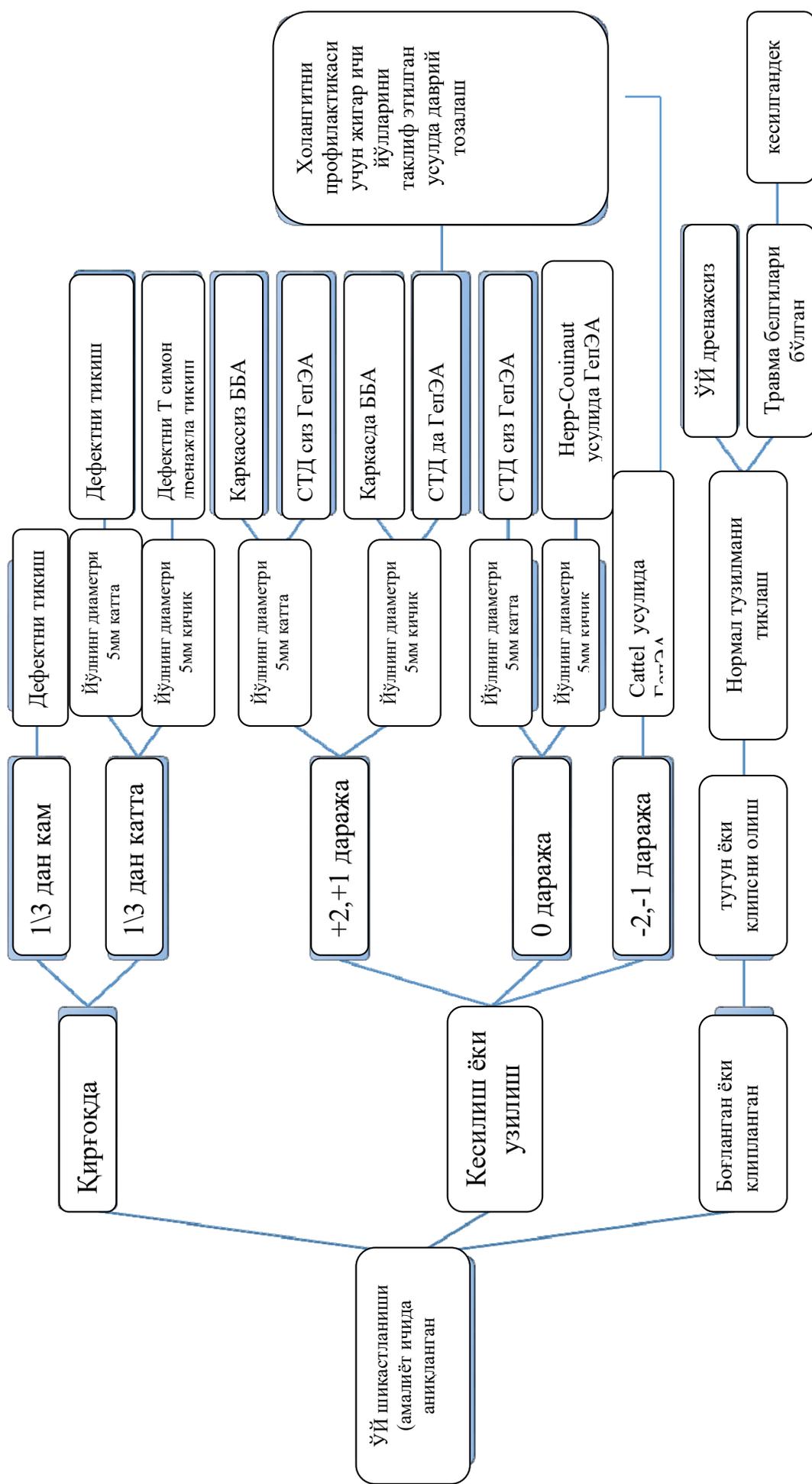
Шунингдек, ЎЙ да реконструктив-тиклаш жарроҳ амалиётидан сўнг холангитли беморларни даволаш учун усули таклиф этилган. Ихтиронинг мақсади билиодигестив анастомоз торайиш қилиб чиқишини камайтириш, жигар ичи ўт йўллари тозаланишини тезлаштириш ва микрофлора нормаллашганга қадар 0,06% ли натрий гипохлорит эритмасини минутига 50 томчи жунатишни ўз ичига олади, бунда дастлаб микрофлора нормаллашганга қадар натрий гипохлоритнинг рН=4 ли аналотик эритмаси, сўнгра натрий гипохлоритнинг рН=8 католитик эритмаси жўнатилади, бунда натрий гипохлорит эритмаси ўт йўлларига жигар орқали ўтадиган дренаж орқали 5 кун давомида 400 мл гача бўлган хажмда қиритилади ва ҳар 2-3 ҳафта ичида трангепатик дренаж олиб ташланганга қадар такрорланади. Жигар ичи ўт йўллари тавсия этилган усул ёрдамида тозалаш холангитни даволаш ва профилактика қилиш учун каркас дренажли 34 (47,2%) беморларда амалга оширилган. Шу билан бирга интрагепатик ЎЙ ни тозалаш 6 (17,6%) ҳолатда даволаш ва 15 (44,1%) беморда холангитни олдини олиш учун қўлланилган.

Асосий гуруҳдан (n=72) 53 (73,6%) беморда ЎЙ да реконструктив-тиклаш амалиёти бажарилган. Бундан ташқари, 31 (43,1%) ҳолатда амалиёт касалликнинг +2; +1 даражасида ўтказилган. 0 даражасида - амалиётлар сони 11 (15,3%) ни ташкил этган. Шикастланишнинг минус даражасида (-1; -2) 11 (15,3%) беморда амалиётлар бажарилган. Анастомоз диаметри 5 мм гача бўлган 24 (33,3%) беморда ва диаметри 5 мм дан катта бўлган 29 (40,3%) ҳолатда амалиёт бажарилган.

"0" даражасида, 5 (6,9%) ҳолатда Нерр-Сюинауд бўйича СТД ГепЭА бажарилган. "0" даражасида бўлган 2 (2,8%) беморларда СТД сиз Нерр-Сюинауд ГепЭА қўлланилган. Шикастланишнинг (-1; -2) минус даражасида 8 (11,1%) ҳолатда Саттелл бўйича ГепЭА қўлланилган. 11 беморнинг 3 сида алоҳида трансгепатик дренаж билан Галперин бўйича ГепЭА бажарилган. ТОХС ва ТБД дан сўнг, таққослаш гуруҳида 6 (5,8%) та, асосий гуруҳда эса 12 (16,7%) беморда амалиёт бажарилган.

Тадқиқот натижаларига асосан ЎЙ янги жароҳатларини даволаш тактикаларини танлаш учун алгоритмлар ишлаб чиқилган.

Амалиёт ичида аниқланган ЎЙ янги шикастланишларида реконструктив-тиклаш амалиётлари типини танлаш алгоритми (1-расм), амалиётдан кейинги илк даврда аниқланган ЎЙ янги шикастланишларида ўт суюқлиги оқишида даволаш тактикасини танлаш алгоритми ва амалиётдан кейинги илк даврда аниқланган ЎЙ янги шикастланишларида механик сариқликни даволаш тактикасини танлаш алгоритми. Ўт йўллари янги шикастланишларининг аниқланиш вақтига ва клиник кўринишига кўра, даволашнинг тактикасини танлашни оптималлаштириш учун ишлаб чиқилган алгоритмларни қўллаш тавсия этилади, уларда барча зарур омиллар; жароҳатларнинг табиати, зарарланиш даражаси ва эндоген захарланиш синдроми мавжудлиги ҳисобга олинган.



**1-расм. Амалиёт ичида аниқланган Ўй янги шикастланишларида реконструктив-тиклаш амалиётлари типини танлаш алгоритми**

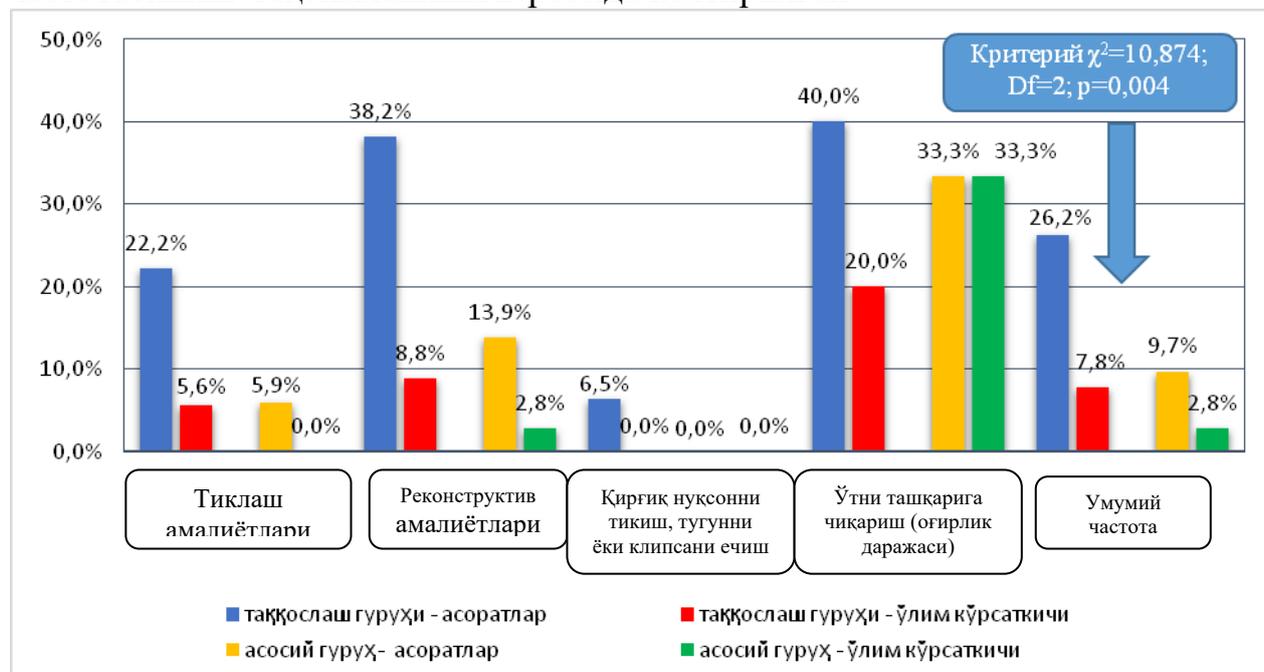
Диссертациянинг «Ўт йўллارнинг шикастланишларини даволашда тавсия этилган алгоритмларнинг самарадорлигини баҳолаш» деб номланган бешинчи бобида, ишлаб чиқилган даволаш тактикасининг натижаси келтирилган. Амалиётдан кейинги яқин даврда асоратлар таққослаш гуруҳида 27 (26,2%) беморда, асосий гуруҳда эса 7 (9,7%) ҳолатга тўғри келади (3-жадвал).

### 3-жадвал

#### Амалиётдан кейинги эрта даврда турли асоратларнинг частотаси

Асоратлар		Таққослаш гуруҳи						Асосий гуруҳ					
		И/о		П/о		Жами		И/о		П/о		Жами	
		абс.	%	Абс.	%	абс.	%	И/о	%	абс.	%	абс.	%
Анастомоз етишмовчилиги	Ўт оқиши	2	7,1	4	5,3	6	5,8	1	4,3	2	4,1	3	4,2
	билома	0	0,0	2	2,7	2	1,9	0	0	0	0	0	0
	перитонит	0	0,0	1	1,3	1	1,0	0	0	0	0	0	0
Гемобилия		1	3,6	2	2,7	3	2,9	0	0	0	2,0	1	1,4
Холангит		1	3,6	4	5,3	5	4,9	0	0	0	0	0	0
Ўткир жигар-буйрак етишмовчилиги		0	0	6	8,0	6	5,8	0	0	0	4,1	2	2,8
Полиорган етишмовчилик		0	0	3	4,0	3	2,9	0	0	0	2,0	1	1,4
Миокард инфаркти		0	0	1	1,3	1	1,0	0	0	0	0	0	0
Барча асоратлар		4	14,3	23	30,7	27	26,2	1	4,3	6	12,2	7	9,7
Релапаратомия		0	0	2	2,7	2	1,9	0	0	0	0,0	0	0
Ўлим		0	0	8	10,7	8	7,8	0	0	2	4,1	2	2,8

Амалиёт турига кўра асоратлар ва ўлим кўрсаткичининг умумий частотасининг тақсимланиши 2-расмда келтирилган.



2 расм. Асоратлар ва ўлим кўрсаткичининг умумий частотаси

ЎЙ янги шикастланишларини хирургик даволашнинг узок муддатли натижалари таққослаш гуруҳидаги 92 бемор ва асосий гуруҳидаги 70 беморда кузатилган. Таққослаш гуруҳида чандикли торайишларнинг частотаси 33,7% ни ташкил этган бўлса, асосий гуруҳда бу кўрсаткич 14,3% ни ташкил қилган (критерий  $\chi^2=7,183$ ;  $Df=2$ ;  $p=0,028$ ). Узок муддатли даврда (иккинчи босқични ҳисобга олмаганда) такрорий амалиётлар таққослаш гуруҳида 92 та беморлардан 31 (33,7%) тасида, асосий гуруҳда 70 та бемордан 10 тасида (14,3%) амалга оширилган. Шу билан бирга минимал инвазив амалиётлар тегишли равишда 17 (18,5%) ва 6 (8,6%) та беморларда ўтказилган. ЎЙ да реконструктив амалиётлар таққослаш гуруҳида 14 (15,2%) ва асосий гуруҳда 4 (5,7%) ҳолатларда амалга оширилган. Гуруҳларда ўлим кўрсаткичи мос равишда 3,3% (3) ва 1,4% (1) ни ташкил этган.

Қиёсий жиҳатдан ўт йўллари шикастланган беморларни даволашда жарроҳлик усулини танлашда тавсия этилган алгоритмлар, эндоген интоксикация синдромини тузатиш ва холангит ривожланишининг олдини олиш билан биргаликда амалиётдан кейинги эрта ва кеч даврида асоратларнинг умумий частотасини 56,3% дан (таққослаш гуруҳида 103 бемордан 58 тасида) 23,6% га (асосий гуруҳда 72 беморнинг 17 тасида) ва ўлим кўрсаткичинини 10,7% дан (11 бемор) 4,2% гача (3 беморга) камайтириш имконини берган. Яхши натижалар таққослаш гуруҳида 33% (34) ва асосий гуруҳнинг 61,1% (44) да қайд этилган. Тадқиқот гуруҳларида қониқарли натижалар 16,5% (таққослаш гуруҳида 17) ва 19,4% (асосий гуруҳда 14) олинган. Таққосланадиган гуруҳларда қониқарсиз натижаларнинг частотаси 50,5% ни (таққослаш гуруҳидаги 52 та бемор) ва 19,4% ни (асосий гуруҳдаги 14 бемор) ташкил этган.

## ХУЛОСА

1. Иккита шифохонадан олинган маълумотларга кўра («Акад. В. Вохидов номидаги РИХИАТМ» ДМ ва СамМИИ клиникаси) ЎТК жарроҳлигида ўт йўлларининг шикастланиш эҳтимоли 0,38% ни ташкил қилади, амалиёт турига кўра бу асоратнинг частотаси ЛХЭЖ да - 0,36% га, АХЭЖ да - 0,45% ва мини ХЭЖ да - 0,34% га тенг, ОТХ да - 0,56% СТХ дан 0,30% га нисбатан шикастланиш хавфи сезиларли даражада фарқланади ( $p=0,036$ ), шунингдек шошилиш амалиётларда - 0,86%, режалаштирилган амалиётларга нисбатан 0,34% ни ташкил қилган ( $p=0,017$ ).

2. ЎЙ «янги» шикастланишлари юзасидан бажарилган реконструктив-тиклаш амалиётларидан кейинги узок муддатли даврда чандикли торайишлар ривожланиш эҳтимолиги - 33,7% ни ташкил қилиши мумкин, холангит фониди бу асоратнинг ривожланиши 20,7%, қолган 13,0% амалиёт бажарилишининг техник жиҳатларига боғлиқ бўлган.

3. ЎЙ янги шикастланишлари юзасидан бажарилаган реконструктив-тикалш амалиётларидан кейин яқин ва узок муддатдаги барча асоратлар таркибида тактик ва техник жиҳатлар устун бўлиб, 46,6% ни ташкил этган

бўлиб, ўлим кўрсаткичи 4,9% бўлган, бемор аҳволининг оғирлиги бу кўрсаткичларга таъсир этган, мос равишда 9,7% ва 5,8% ни ташкил этган.

4. Ўт йўллари янги шикастланишини тактик-техник жиҳатларига ва ёндош асоратларни бартараф этишда комплекс ёндашув билан даволаш усулини танлаш учун ишлаб чиқилган алгоритмларнинг қўлланилиши амалиётдан кейинги яқин муддатдаги асоратларни 26,2% дан 9,7% гача ва ўлим кўрсаткичини 7,8% дан 2,8% гача камайтириш имконини берган.

5. ЎЙ янги шикастланишлари юзасидан бажарилган реконструктив-тиклаш амалиётларидан сўнг ўт йўллари тозалашнинг тавсия этилган усули ва тактик-техник жиҳатлар билан биргаликда холангит ривожланиш частотасини 20,7% дан 8,6% гача ва анастомоз торайиши эҳтимолини 33,7% дан 14,3% гача камайтириш имкони берган.

6. Қиёсий нуқтаи назардан, ўт йўллари янги шикастланган беморларни даволаш усулини танлаш алгоритмлари, эндоген захарланиш синдромининг периператив тузатиш ва холангитни олдини олиш амалиётдан кейинги эрта ва кечки даврларда асоратлар ривожланишини 56,3% дан 23,6% гача ва ўлим кўрсаткичини 10,7% дан 4,2% гача камайтириш имконини берган.

7. Ўт йўллари янги шикастланишларини даволашда таклиф этилган комплекс ёндашув тактик камчиликлар улушини 26,2% дан 9,7% гача, техник нуқсонларни 20,4% дан 9,7% гача қисқартирган ва умуман бу жиҳатларни ҳисобга олган ҳолда асоратларни 46,6% дан 19,4% гача, ўлим кўрсаткичини 4,9% дан 2,8% гача камайтириш имконини берган. Тегишли равишда асосий гуруҳ беморларнинг 80,6% ида яхши ва қониқарли даволаниш натижалари олинган, таққослаш гуруҳида эса бу кўрсаткич 49,5% ни ташкил этган.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.27.06.2017.Tib.49.01 ПРИ  
РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ ИМЕНИ  
АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА И ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
АКАДЕМИИ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

---

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ**

**АСКАРОВ ПУЛАТ АЗАДОВИЧ**

**ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ В ХИРУРГИИ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЙ  
ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**ТАШКЕНТ - 2019**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №B2018.1.PhD/Tib511.**

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском институте.

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

**Научный руководитель:** **Акбаров Миршавкат Миралимович**  
доктор медицинских наук

**Официальные оппоненты:** **Хакимов Мурод Шавкатович**  
доктор медицинских наук, профессор  
**Арипова Назира Уктамовна**  
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:** **АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова» (Республика Казахстан)**

Защита диссертации состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного Совета DSc.27.06.2017.Tib.49.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова и Ташкентской медицинской академии (Адрес: 100115, г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: [cs.75@mail.ru](mailto:cs.75@mail.ru)).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за № 71). Адрес: 100115, г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 года.  
(реестр протокола рассылки №\_\_ от \_\_\_\_\_ 2019 года).

**Ф.Г. Назиров**

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней,  
доктор медицинских наук, профессор,  
академик

**А.Х. Бабаджанов**

Ученый секретарь научного совета по присуждению  
ученых степеней, доктор медицинских наук

**А.В. Девятов**

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.** По данным Всемирной организации здравоохранения «за последнее десятилетие отмечается повсеместное увеличение числа больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и её осложнениями. При этом повреждение желчных протоков является одним из наиболее грозных осложнений билиарной хирургии и не имеет тенденции к уменьшению несмотря на постоянно совершенствующуюся технику хирургических вмешательств. При выполнении операций на органах брюшной полости частота интраоперационного повреждения желчевыводящих протоков составляет 0,09 – 3%»<sup>1</sup>. Как правило, «ятрогенная травма внепечёночных желчных протоков (ЖП) происходит во время операции на желчных путях, чаще всего холецистэктомии, реже при операциях на желудке, 12-ти перстной кишке, поджелудочной железе»<sup>2</sup>. В настоящее время лапароскопическую холецистэктомию пропагандируют как «золотой» стандарт в лечении ЖКБ, хотя при этом виде хирургического вмешательства риск повреждения ЖП гораздо выше. Характерной особенностью метода является новый вид повреждения протока термический ожог гепатикохоледоха. Вместе с тем не исключен риск и механической травмы желчеотводящих протоков при клипировании пузырного протока. Другой особенностью лапароскопической холецистэктомии стало увеличение удельного веса высоких повреждений. «Травмы на уровне общего печеночного протока, бифуркации долевых протоков и изолированного правого и левого долевых протоков составляют 69%, при «традиционной» холецистэктомии такие повреждения встречаются в 44,8%»<sup>3</sup>. В связи с этим профилактика и хирургическое лечение ятрогенной травмы желчевыводящих протоков является актуальной проблемой в гепатобилиарной хирургии.

В мировой практике на сегодняшний день проводится ряд исследований, направленных на изучение анатомо-топографической гетерогенности наружных желчных протоков, как одного из ведущих факторов их повреждения, а также исследование морфологических особенностей тканей в области гепатодуоденальной связки в условиях воспалительного процесса желчного пузыря и соответственно патологических изменений, формирующих парапузырную инфильтрацию с нарушением нормального соотношения основных структур в этой зоне. Продолжаются исследования основных предрасполагающих факторов, среди которых особо выделяют не только деструктивный острый холецистит и другую конкурирующую билиарную патологию, но и анатомические аномалии, а также и причины,

---

<sup>1</sup>World Health Organization. Bile ducts injury: fact sheet no. 32. World Health Organization website. 2017. [www.who.int/iris/handle/10456/133223](http://www.who.int/iris/handle/10456/133223)

<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.

<sup>3</sup>Song S, Jo S. Peritonitis from injury of an aberrant subvesical bile duct during laparoscopic cholecystectomy: A rare case report. // *Clin Case Rep*. 2018 Jul 9;6(9):1677-1680.

связанные с ошибочной хирургической тактикой, неверной ориентировкой в анатомических данных и технические погрешности действий хирурга, включая механическую травму, лазерную или электрокоагуляцию, клипирование, ишемию.

В настоящее время в нашей стране предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению медицинской помощи. В этом направлении, в частности, в улучшении результатов лечения больных с ятрогенными повреждениями ЖП, достигнуты положительные результаты. «В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017 - 2021 годы» поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности<sup>4</sup>. В соответствии с этим повышение эффективности хирургического лечения повреждений желчных протоков путем факторного анализа и совершенствования хирургической тактики является одним из актуальных направлений для исследования.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» за №УП-4985 от 16 марта 2017 года, Постановлением Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за №ПП-3071 от 20 июня 2017 года, Постановлением Кабинета Министров за №266 от 10 мая 2017 года «Об организации деятельности научно-исследовательского института общественного здоровья и организации здравоохранения», а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

**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.** Внедрение новых технологий в хирургическую практику приносит и новые виды ятрогенного повреждения. Большой интерес представляет вопрос о причинах повреждений внепеченочных желчных путей. Многие авторы считают причиной случайных травм гепатикохоледоха являются аномалии желчных путей и сосудов в области ворот печени, воспалительный инфильтрат и рубцовые сращения у шейки желчного пузыря, возникшее во время операции кровотечение, вынужденные оперативные вмешательства в ночное время, синдром Миризи (тип II) и др (Song S<sup>5</sup>). Несмотря на определенные успехи, достигнутые в этой

---

<sup>4</sup> Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. № УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

<sup>5</sup> Song S, Jo S. Peritonitis from injury of an aberrant subvesical bile duct during laparoscopic cholecystectomy: A rare case report. // Clin Case Rep. 2018 Jul 9;6(9):1677-1680

сложнейшей области хирургии, неудовлетворительные результаты даже у самых опытных хирургов отмечаются в среднем в 10% наблюдений (Tsuruda Y<sup>6</sup>). По мнению Rifatbegovic Z<sup>7</sup> «такие больные нуждаются в повторных, иногда неоднократных реконструктивных операциях и их по праву называют «билиарными калеклами»». С точки зрения исходов лечения принципиально важное значение имеют сроки выявления повреждений ЖП. Различают «свежие» и посттравматические рубцовые стриктуры желчных протоков. «Свежие» повреждения в свою очередь делятся на диагностированные на операционном столе и выявленные в раннем послеоперационном периоде. Соответственно в зависимости от сроков выявления и характера повреждения зависит и отдаленные результаты хирургического лечения данной категории больных.

«Основными причинами неудач в лечении повреждений магистральных желчных протоков являются несвоевременность диагностики и выполнение реконструктивных операций неадекватных по объему, хирургами, не имеющими должного опыта в билиарной хирургии» (8). Отсутствует единство в выборе метода операции при «свежих» ранениях желчных протоков, диагностированных интраоперационно или в ближайшем послеоперационном периоде. По-прежнему наблюдается стремление к восстановительным операциям, которые дают неудовлетворительные результаты, в связи с быстрым развитием рубцовой стриктуры или несостоятельности анастомоза. Ряд хирургов прибегает к анастомозам с двенадцатиперстной кишкой, что ведет к развитию дуоденального свища или рефлюксному холангиту, стриктуры анастомоза (9). Определяющим в тактике лечения повреждения желчного протока являются факторы, влияющие на выбор операции: характер, локализация повреждения, состояние пересеченного протока, время диагностики повреждения и наличие хирурга, имеющего опыт реконструктивной хирургии желчных протоков. Разработанные методы лечения ятрогенного повреждения ЖП при их своевременном и правильном использовании позволяют у большинства больных добиться хороших результатов, хотя послеоперационные осложнения достигают 48,7%.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что в настоящий период лечебно-диагностическая тактика при ятрогенных повреждениях ЖП относится к одной из актуальных и до конца нерешённых проблем современной хирургии. Приведенные данные позволяют считать

---

<sup>6</sup>Tsuruda Y, Okumura H, Setoyama T, Hiwatashi K, Minami K, Ando K, Wada M, Maenohara S, Natsugoe S. Laparoscopic cholecystectomy with aberrant bile duct detected by intraoperative fluorescent cholangiography concomitant with angiography: A case report. // Int J Surg Case Rep. 2018;51:14-16.

<sup>7</sup>Rifatbegovic Z, Kovacevic M, Nikic B. Treatment of late identified iatrogenic injuries of the right and left hepatic duct after laparoscopic cholecystectomy without transhepatic stent and Witzel drainage: Case report. // Int J Surg Case Rep. 2018;48:72-75.

<sup>8</sup>Dokmak S, Aussilhou B, Ragot E, Tantardini C, Cauchy F, Ponsot P, Belghiti J, Sauvanet A, Soubrane O. Reconstruction of Bile Duct Injury and Defect with the Round Ligament. // J Gastrointest Surg. 2017 Sep;21(9):1540-1543.

<sup>9</sup>Wang L, Zhou D, Hou H, Wu C, Geng X. Application of "three lines and one plane" as anatomic landmarks in laparoscopic surgery for bile duct stones. // Medicine (Baltimore). 2018 Apr;97(16):e0155.

поиск и разработку оптимального диагностического алгоритма и хирургической тактики для улучшения результатов лечения ятрогенного повреждения магистральных желчных путей одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного 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 ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков» (2012-2016гг).

**Целью исследования** является улучшение результатов хирургического лечения повреждений желчных протоков путем факторного анализа исходов оперативных вмешательств и совершенствования тактических аспектов лечебно-диагностической доктрины.

**Задачи исследования:**

определить вероятность повреждения желчных протоков в хирургии ЖКБ в зависимости от фазы заболевания, вида и срочности операции;

уточнить особенности формирования стриктур в отдаленном периоде после реконструктивно-восстановительных операций по поводу свежих повреждений ЖП;

определить тактико-технические аспекты, влияющие на частоту развития послеоперационных осложнений и летальности;

разработать способ санации желчных протоков после реконструктивно-восстановительных операций для лечения и профилактики холангита;

разработать тактико-технические алгоритмы хирургического лечения больных со свежими повреждениями ЖП;

оценить эффективность предложенного комплекса лечения свежих повреждений ЖП в ближайший и отдаленный периоды.

**Объектом исследования** явились 175 больных с повреждением ЖП, полученных во время различных способов холецистэктомий, получавших лечение в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии им. академика В.Вахидова и клинике Самаркандского государственного медицинского института за период с 2000 по 2017 гг.

**Предмет исследования** составляет факторный анализ результатов хирургического лечения больных с повреждениями желчных протоков.

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

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

уточнены патогенетические особенности формирования стриктур в отдаленном периоде после реконструктивно-восстановительных операций по

поводу свежих повреждений желчных протоков, а также тактико-технические аспекты, влияющие на риск развития этого осложнения;

усовершенствован способ санации наружных и внутрипеченочных желчных протоков после реконструктивно-восстановительных операций с каркасным дренированием для лечения и профилактики рецидивирующего холангита;

изучены возможности усовершенствованного метода плазмафереза в сочетании с непрямой электрохимической оксигенацией гипохлоритом натрия и дополнительным озонированием с целью коррекции синдрома эндогенной интоксикации;

уточнены тактико-технические особенности выбора оптимального способа лечения свежих повреждений желчных протоков в зависимости от времени верификации, тяжести клинических проявлений синдрома эндогенной интоксикации, характера и уровня травмы.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

доказано, что формирование стриктур ЖП после реконструктивно-восстановительных операций по поводу свежих повреждений в 2/3 случаев связано с развитием рецидивирующего холангита на фоне длительного каркасного дренирования и (или) дуоденального рефлюкса, и 1/3 с техническими аспектами вмешательства;

определена вероятность повреждения желчных протоков в хирургии ЖКБ в зависимости от стадии заболевания, вида и срочности операции; с уточнением характерных особенностей и уровня травмы;

изучены тактико-технические особенности предпринятых реконструктивно-восстановительных операций с определением факторов, влияющих на развитие неблагоприятных результатов хирургического лечения свежих повреждений;

определена эффективность предложенного способа санации желчных протоков после реконструктивно-восстановительных операций для лечения и профилактики послеоперационного холангита в снижении частоты развития рубцовых стриктур;

разработаны тактико-технические алгоритмы выбора способа хирургического лечения больных со свежими повреждениями ЖП в зависимости от типа и уровня травмы, а также наличия специфических осложнений.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов исследования подтверждена примененными современными, широко используемыми в практике 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 повреждениями ЖП. Доказано, что формирование стриктур ЖП после реконструктивно-восстановительных операций по поводу свежих повреждений в 2/3 случаев связано с развитием рецидивирующего холангита на фоне длительного каркасного дренирования и (или) дуоденального рефлюкса, и 1/3 с техническими аспектами вмешательств. Изучены тактико-технические особенности предпринятых реконструктивно-восстановительных операций с определением факторов, влияющих на развитие неблагоприятных результатов хирургического лечения свежих повреждений. Отдельные результаты работы дадут возможность усовершенствовать содержание и структуру программы обучения курсантов по тематикам, посвященным ятрогенным повреждениям ЖП.

Практическая ценность работы заключается в том, что разработанный и внедренный в клиническую практику способ санации наружных и внутрипеченочных желчных протоков после реконструктивно-восстановительных операций с каркасным дренированием позволил улучшить результаты лечения за счет профилактики рецидивирующего холангита. Изучены возможности усовершенствованного метода плазмафереза в сочетании с непрямой электрохимической оксигенацией гипохлоритом натрия, дополнительным озонированием и последующей реинфузией, для коррекции синдрома эндогенной интоксикации. Разработанные тактико-технические алгоритмы выбора способа хирургического лечения больных со свежими повреждениями ЖП в зависимости от типа и уровня травмы, а также наличия специфических осложнений позволили улучшить качество диагностики и оптимизировать выбор вида консервативного или оперативного лечения.

**Внедрение результатов исследования.** По результатам научного исследования, по совершенствованию хирургического лечения больных с ятрогенными повреждениями желчных протоков:

разработан «Способ лечения больных холангитом после реконструктивных операций на желчных путях» (справка Министерства здравоохранения №8н-д/19 от 21 января 2019 года). Предложенный способ санации желчных протоков после реконструктивно-восстановительных операций по поводу свежих повреждений в совокупности с рекомендованными тактико-техническими аспектами позволили сократить частоту развития холангита с 20,7% до 8,6%;

разработаны методические рекомендации «Дифференцированный подход к хирургической коррекции «свежих» повреждений желчных протоков» (справка Министерства здравоохранения №8н-д/19 от 21 января 2019 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить качество хирургического лечения ятрогенных повреждений желчных протоков, снизить частоту послеоперационных осложнений после реконструктивных операций и сократить длительность госпитализации больных;

полученные научные результаты по совершенствованию хирургического лечения больных с ятрогенными повреждениями желчных протоков

внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. академика В.Вахидова, хирургические отделения 1-клиники Самаркандского государственного медицинского института и Самаркандского городского медицинского объединения (справка Министерства здравоохранения №8н-д/19 от 21 января 2019 года). На основе предложенных результатов исследования был существенно расширен спектр оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи больным с ятрогенными повреждениями желчных протоков, достигнуто снижение частоты послеоперационных осложнений в ранние и отдаленные сроки с 56,3% до 23,6% и летальности с 10,7% до 4,2%.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 7 научно-практических конференциях в том числе на 2 международных и 5 республиканских.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 26 научных работ, в том числе 5 журнальных статей, 4 из которых в республиканских, 1 в зарубежном 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 120 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, приводятся научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и краткой структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Свежие повреждения внепеченочных желчных протоков (обзор литературы)**» на основе отечественной и зарубежной литературы проанализировано современное состояние данной проблемы. Приведены исчерпывающие научно-практические сведения об основных причинах и факторах риска возникновения повреждений внепеченочных желчных протоков, современных подходах к выбору лечебной тактики. Описаны методы инструментальной диагностики и их результаты, преимущества и недостатки. Приведены дискуссионные вопросы, требующие дальнейшего исследования.

Во второй главе диссертации «**Клиническая характеристика материала и примененных методов исследования**» приведена характеристика материалов исследования. В работе анализирован клинический материал, основанный на результатах комплексного обследования и хирургического лечения 175 пациентов с повреждением ЖП, полученных во время различных

способов холецистэктомий: традиционные (ТХЭК), лапароскопические (ЛХЭК), ХЭК из минидоступа период с 2000 по 2017 гг.

Все больные были разделены на 2 группы. Группу сравнения составили 103 (58,9%) больных, которым в период 2000-2010гг применены стандартные реконструктивно-восстановительные операции по поводу свежих повреждений ЖП. Основную группу исследования составили 72 (41,1%) пациента, пролеченных в период с 2011 по 2017 гг, которым использованы предложенные алгоритмы выбора способа хирургического лечения в совокупности с периоперационной коррекцией синдрома эндогенной интоксикации и профилактикой развития холангита (табл. 1)

**Таблица 1**

**Распределение больных со свежими повреждениями ЖП по медицинским учреждениям**

Выявление повреждения ЖП	Группа сравнения						Основная группа					
	РСНПМЦХ		СамМИ		Всего		РСНПМЦХ		СамМИ		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Повреждение в клинике</b>												
Интраоперационно	9	8,7%	11	10,7%	20	19,4%	5	6,9%	7	9,7%	12	16,7%
В раннем п/о периоде	3	2,9%	15	14,6%	18	17,5%	1	1,4%	3	4,2%	4	5,6%
Итого	12	11,7%	26	25,2%	38	36,9%	6	8,3%	10	13,9%	16	22,2%
<b>Поступили из других клиник</b>												
Интраоперационно	8	7,8%	0	0,0%	8	7,8%	7	9,7%	4	5,6%	11	15,3%
В раннем п/о периоде	41	39,8%	16	15,5%	57	55,3%	28	38,9%	17	23,6%	45	62,5%
Итого	49	47,6%	16	15,5%	65	63,1%	35	48,6%	21	29,2%	56	77,8%
<b>Все наблюдения</b>												
Интраоперационно	17	16,5%	11	10,7%	28	27,2%	12	16,7%	11	15,3%	23	31,9%
В раннем п/о периоде	44	42,7%	31	30,1%	75	72,8%	29	40,3%	20	27,8%	49	68,1%
Итого	61	59,2%	42	40,8%	103	100%	41	56,9%	31	43,1%	72	100%

В обеих группах преобладало количество женщин – 120 пациентов (68,9% и 68,1% соответственно), больных мужского пола было 55 (31,4%). Возраст пациентов варьировал от 19 до 80 лет. Большинство пострадавших – 140 (80%) пациентов находилось в возрасте от 20 до 59 лет. Лица пожилого возраста (более 60 лет) составили 35 (20%) человек.

В обеих группах исследования характер повреждения в виде иссечения ЖП превалировал по сравнению с другими ятрогениями – у 61 и 44 (59,2% и 61,1%) пациентов. Краевое повреждение отмечено в 20 и 11 (19,4% и 15,3%) соответственно. По виду вмешательства по поводу ЖКБ также в обеих группах отмечено превалирование больных с повреждениями ЖП при выполнении ТХЭК – 59 (57,3%) и 38 (52,8%) соответственно.

Наиболее чаще встречался уровень повреждения ЖП (по Гальперину Э.И.) «+1» - у 45 (43,7%) и 28 (38,9%) пациентов. Аналогичная картина частоты повреждений ЖП по уровням отмечена в зависимости от вида ХЭК, где также превалировало количество ятрогений при выполнении ТХЭК – у 59 (57,3%) и 38 (52,8%) больных.

В основной группе реконструктивно-восстановительные операции выполнены у 49 (68,1%) пациентов с повреждениями ЖП, выявленными в раннем послеоперационном периоде. При этом в обеих группах выполнялись реконструктивные операции в виде гепатико(холедохо)еюностомии (ГепЕА), бигепатикоеюностомия; восстановительные операции - ушивание дефекта холедоха, формирование билиобилиарного анастомоза (ББА) (табл. 2). При операциях использовался атравматический шовный материал Vicryl 4.0 и PDS 5.0, анастомозы накладывались прецизионным швом с использованием каркасного дренажа или без него.

**Таблица 2**

**Тип окончательных вмешательств, выполненных в РСНПМЦХ и клинике СамМИ**

Выявление повреждения ЖП	Собственные повреждения		Повреждения в других клиниках		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Группа сравнения</b>						
Наружное отведение желчи	5	4,9%	15	14,6%	20	19,4%
Восстановительные	23	22,3%	26	25,2%	49	47,6%
Реконструктивные	10	9,7%	24	23,3%	34	33,0%
Итого	38	36,9%	65	63,1%	103	100,0%
<b>Основная группа</b>						
Наружное отведение желчи	1	1,4%	2	2,8%	3	4,2%
Восстановительные	8	11,1%	25	34,7%	33	45,8%
Реконструктивные	7	9,7%	29	40,3%	36	50,0%
Итого	16	22,2%	56	77,8%	72	100,0%

При повреждениях на уровне «+1», «0» площадку для наложения анастомоза создавали за счет рассечения левого печеночного протока обнажая ее под хилиарной пластинкой (метод Нерр-Couinaud). В случаях, когда повреждение происходило с разрушением конфлюэнса (уровень «-2»), чтобы сформировать единый анастомоз с тощей кишкой, площадку создавали за счет параллельного сшивания остатков долевого протоков по их медиальным стенкам, рассекая перегородку между ними (метод Cattell). После того как неоконфлюэнс был сформирован, дополнительно рассекали оба долевого протока, что значительно увеличивало диаметр будущего соустья.

При отсутствии условий для выполнения оперативного вмешательства после непосредственной диагностики ятрогенной травмы ЖП применялась двухэтапная методика лечения - первым этапом наружное дренирование ЖП,

вторым - реконструктивные и/или восстановительные оперативные вмешательства.

В третьей главе диссертации «**Вероятность повреждения желчных протоков в хирургии желчнокаменной болезни и факторы риска развития неудовлетворительных результатов их лечения**» представлен анализ по частоте этих осложнений. Общее количество операций по поводу ЖКБ за исследуемый период составило 14389 вмешательств. При этом в группе сравнения этот показатель составил 7179 вмешательств, из которых 4293 (59,8%) выполнены лапароскопически, 1259 (17,5%) – ХЭК из минидоступа и 1627 (22,7%) операций произведено традиционным способом. В основной группе из 7210 холецистэктомий у 4651 (64,5%) больного выполнена ЛХЭК, у 1762 (24,4%) пациентов произведена ХЭК из минидоступа и в 797 (11,1%) случае вмешательство производилось традиционным способом.

Вероятность повреждения желчных протоков составила 0,38% (у 54 из 14389 оперированных пациентов), при этом в зависимости от вида операции, частота этого осложнения - 0,36% (у 32 из 8944) при ЛХЭК, 0,45% (11 из 2424) - при ТХЭК и 0,36% (11 из 3021) при ХЭК из минидоступа. Определена достоверная разница по риску повреждения при ОКХ - 0,56% и ХКХ - 0,30% (критерий  $\chi^2=4,401$ ; Df=1; p=0,036). В свою очередь риск повреждения ЖП также достоверно отличался при экстренной операции - 0,86% от плановых вмешательств - 0,34% (критерий  $\chi^2=5,654$ ; Df=1; p=0,017).

Далее проведен анализ причин неудовлетворительных результатов лечения свежих повреждений ЖП в ближайшем послеоперационном периоде в группе сравнения (n=103), где были применены стандартные реконструктивно-восстановительные операции по поводу свежих повреждений ЖП. Различные осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 27 (26,2%) пациентов. Холангит наблюдался у 5 (4,9%) пациентов и гемобилия в 3 (2,9%) случаях. ОППН и ПОН у 6 (5,8%) и 3 (2,9%) оперированных больных соответственно. Осложнения, потребовавшие релапаротомии, в раннем послеоперационном периоде составили 1,9% (2 пациентов из группы с повреждением ЖП выявленным в раннем послеоперационном периоде). Летальность отмечена в 8 (7,8%) случаях. Из 27 пациентов осложнения возникли после наружного дренирования у 3 (42,9%) из 7, сменного транспеченочного дренирования (СТПД) - у 5 (38,5%) из 13, ушивания дефекта ЖП с дренированием по Керу - у 2 (10%) из 20, ББА - у 4 (22,2%) из 18, ГепЕА - у 8 (33,3%) из 24 и гепатикододеноанастомоза (ГепДА) - у 5 из 10 больных. Летальность отмечена только в группе больных с повреждением ЖП выявленным в раннем послеоперационном периоде. После наружного дренирования из 7 пациентов умерло 3 (42,9%), СТПД - 1 (7,7%) из 13, ББА - 1 (5,6%) из 18, ГепЕА - 2 (8,3%) из 24, ГепДА – 1 (10%) из 10 больных.

Частота осложнений у больных оперированных по поводу ятрогенного повреждения ЖП напрямую зависела от таких факторов как наличие МЖ – 18 (40%) из 45 вмешательств и синдрома эндогенной интоксикации SIRS – 13 (50%) из 26 операций. При этом развитие или усугубление синдрома с

органной дисфункцией напрямую влияла на частоту осложнений. Так у больных оперированных по поводу ятрогенного повреждения ЖП на фоне МЖ и развитием синдрома эндогенной интоксикации с органной недостаточностью частота осложнений отмечена в 75% наблюдений.

Отмечена высокая частота послеоперационных осложнений в группе больных (n=27) с диаметром анастомозируемого ЖП менее 5 мм и применении каркасного дренирования у 37,0% пациентов. При этом осложнения отмечены при использовании чреспеченочного каркасного дренирования в данной группе при ГепЕА по Ру в 42,9% случаев и при ББА на каркасе в 28,6% случаев. В группе больных (n=15) с диаметром анастомозируемого протока более 5 мм частота осложнений составила 13,3%.

В 20 наблюдениях из-за тяжести состояния пациентов произведено наружное отведение желчи, при котором у 8 (40%) больных развились осложнения и зафиксировано 4 (20%) смертельных исхода. Общая частота различных осложнений и летальности в данной группе составила 26,2% (27) и 7,8% (8) соответственно. Из 26 пациентов с МЖ с эндогенной интоксикацией осложнения развились у 50% с уровнем летальности 23,1% (6 больных). Из 45 больных с МЖ осложнения имели место в 40% наблюдений с уровнем летальности 17,8% (8 пациентов).

В отдаленном периоде после реконструктивно-восстановительных операций частота развития стриктуры составила 33,7% (у 31 из 92 больных), при этом развитие этого осложнения на фоне холангита отмечено в 20,7% (19 пациентов), остальные 13,0% были связаны с техническими аспектами выполненных операций. Соответственно в структуре всех стриктур 61,3% (у 19 из 31 больного) случаев связано с клиникой рецидивирующего холангита на фоне длительного каркасного дренирования и (или) дуоденального рефлюкса, в свою очередь у 38,7% (у 12 из 31 больного) пациентов развитие стриктуры являлось результатом технических аспектов операций.

Всего в раннем и отдаленном послеоперационном периоде из 103 больных осложнения отмечены в 56,3%, уровень летальности - 10,7% (11 больных). Из 92 пациентов стриктура ЖП в отдаленном периоде отмечена у 33,7%, летальность - 3,3% (3 пациента).

В четвертой главе диссертации **«Разработка алгоритмов выбора тактики лечения свежих повреждений желчных протоков с учетом определенных факторов риска развития неудовлетворительных результатов»** приведены данные о предпринятой тактике в основной группе исследования - 72 (41,1%) пациента. Все больные были разделены по показателям на 2 группы: 1 группа – 42 (58,3%) пациента без признаков МЖ, 2 группа – 30 (41,7%) больных с механической желтухой (МЖ). Во второй группе без признаков синдрома эндогенной интоксикации (SIRS=0) – 11 (15,3%) больных; с картиной эндогенной интоксикации -19 (26,4%) больных.

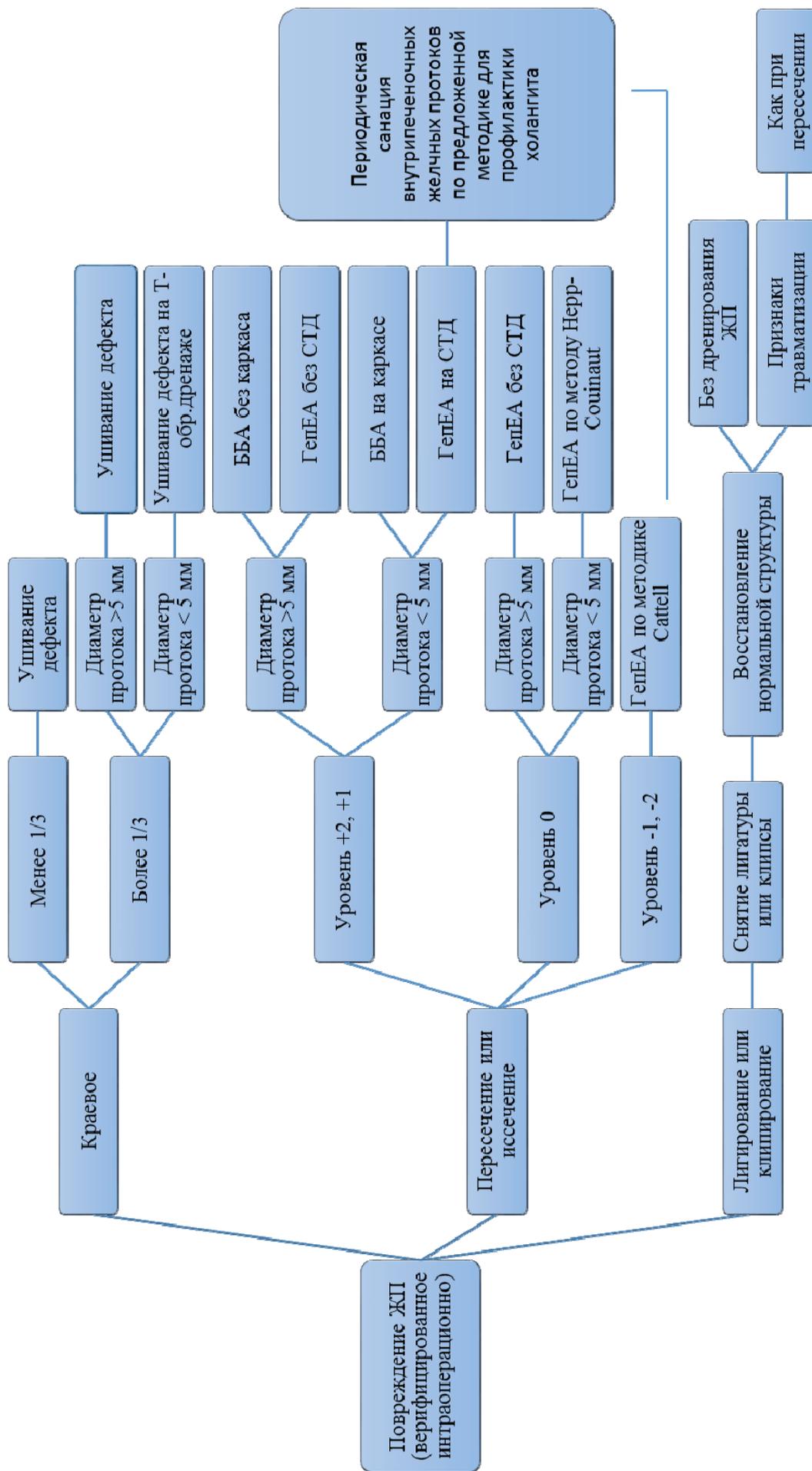
Клиническая картина, лабораторные и инструментальные методы исследования позволили рассчитать степень органной недостаточности по шкале SOFA (Sepsis organ failure assessment) и выраженность системной

воспалительной реакции по критериям SIRS (Systemic inflammatory response syndrome). В данной группе применяли плазмаферез (ПФ) в сочетании с непрямой электрохимической оксигенацией (НЭХО) плазмы гипохлоритом натрия с дополнительным озонированием и последующей реинфузией детоксицированной плазмы. Отмечено достоверное снижение уровня общего билирубина с  $168,2 \pm 16,4$  до  $127,4 \pm 9,8$  мкмоль/л после декомпрессии ЖП и более быстрое снижение уровня до  $68,1 \pm 2,5$  мкмоль/л после проведения ПФ с НЭХО + O<sub>3</sub> уже на 2е сутки. Наблюдалось значительное снижение лейкоцитарного индекса интоксикации с  $3,3 \pm 0,01$  до  $2,8 \pm 0,02$  на фоне декомпрессии и дальнейшее его снижение в сроки до 2-х суток с более эффективным купированием эндотоксикоза до  $2,1 \pm 0,03$  (P<0.001). Применение ПФ с НЭХО + O<sub>3</sub> обеспечила быстрое купирование (на 3-е сутки) холестаза, эндотоксикоза и нарушения функции печени. После улучшения состояния больных и нормализации показателей крови производили реконструктивные операции.

Также предложен способ лечения больных с холангитом после реконструктивно-восстановительных операций на ЖП. Задачей изобретения является снижение образования стеноза билиодигестивного анастомоза, ускорение санации внутрипеченочных ЖП и включает - введение 0,06% раствора гипохлорита натрия со скоростью 50 капель в минуту, в котором вначале вводят анолитный раствор гипохлорита натрия с рН=4 до нормализации микрофлоры, затем католитный раствор гипохлорита натрия с рН=8, при этом раствор гипохлорита натрия вводят в ЖП через сменный каркасный транспеченочный дренаж в объеме до 400 мл в течение 5 дней с повторением сеансов через каждые 2-3 недели до удаления транспеченочного дренажа. Периодическая санация внутрипеченочных ЖП по предложенной методике для лечения и профилактики холангита проведена у 34 (47,2%) пациентов с каркасным дренированием. При этом в 6 (17,6%) случаях санация внутрипеченочных ЖП была направлена на лечение и у 15 (44,1%) больных в целях профилактики холангита.

Из всей основной группы (n=72) у 53 (73,6%) пациентов выполнены реконструктивно-восстановительные операции на ЖП. При этом в 31 (43,1%) случае операции выполнены при уровне поражения +2; +1. При уровне - 0 - количество операций составило 11 (15,3%). При минусовом уровне повреждения (-1; - 2) операции выполнены у 11 (15,3%) больных. Операции при диаметре анастомозируемого протока до 5 мм выполнены у 24 (33,3%) больных и при диаметре > 5 мм в 29 (40,3%) случаев.

При уровне «- 0» у 5 (6,9%) выполнен ГепЕА по Нерр-Couinaud на STD. У 2 (2,8%) пациентов при уровне «- 0» наложен ГепЕА по Нерр-Couinaud без STD. При минусовом уровне повреждения ЖП (-1; -2) в 8 (11,1%) произведено наложение ГепЕА по Cattell. У 3 из 11 пациентов наложен ГепЕА по Гальперину с отдельным транспеченочным дренированием. После ЧЧХС и НБД оперировано 6 (5,8%) больных в группе сравнения и 12 (16,7%) пациентов в основной группе.



**Рис. 1. Алгоритм выбора типа реконструктивно-восстановительных операций при свежих повреждениях ЖП, верифицированных интраоперационно**

На основании результатов проведенных исследований нами были разработаны алгоритмы выбора тактики лечения свежих повреждений ЖП: Алгоритм выбора типа реконструктивно-восстановительных операций при свежих повреждениях ЖП, верифицированных интраоперационно (рис. 1), а также алгоритм выбора тактики лечения при желчеистечении на фоне свежего повреждения ЖП, верифицированного в раннем послеоперационном периоде и алгоритм выбора тактики лечения при МЖ на фоне свежего повреждения ЖП, верифицированного в раннем послеоперационном периоде. В зависимости от времени верификации и клинических проявлений свежих повреждений ЖП для оптимизации выбора тактики лечения рекомендуется применение предложенных алгоритмов, которые учитывают все необходимые факторы: характер травмы, уровень повреждения, а также наличие синдрома эндогенной интоксикации.

В пятой главе диссертации «Оценка эффективности предложенных алгоритмов лечения повреждений желчных протоков» представлены результаты разработанной тактики лечения. Осложненное течение ближайшего послеоперационного периода в группе сравнения имело место у 27 (26,2%) пациентов, а в основной группе – у 7 (9,7%) (табл. 3).

**Таблица 3**

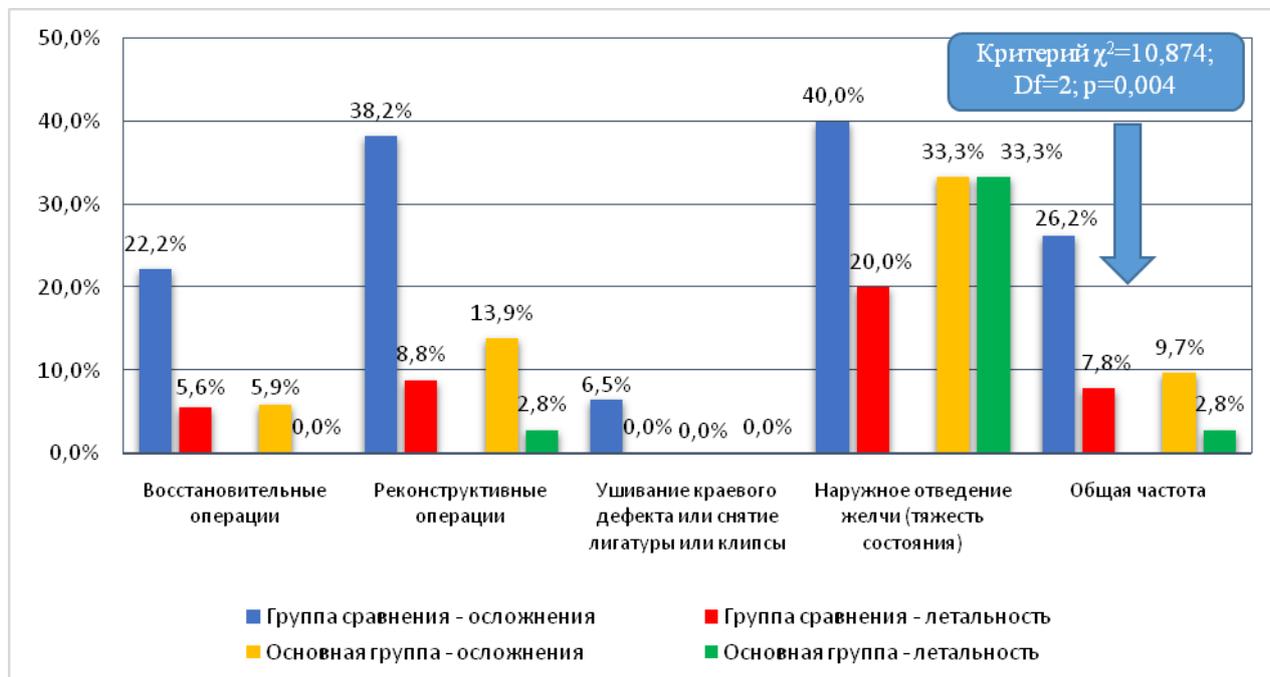
**Частота различных осложнений в ранний послеоперационный период**

Осложнение		Группа сравнения						Основная группа					
		И/о		П/о		Всего		И/о		П/о		Всего	
		абс.	%	Абс.	%	абс.	%	И/о	%	абс.	%	абс.	%
Несостоятельность анастомоза	желчеистечение	2	7,1	4	5,3	6	5,8	1	4,3	2	4,1	3	4,2
	билиома	0	0,0	2	2,7	2	1,9	0	0	0	0	0	0
	перитонит	0	0,0	1	1,3	1	1,0	0	0	0	0	0	0
Гемобилия		1	3,6	2	2,7	3	2,9	0	0	0	2,0	1	1,4
Холангит		1	3,6	4	5,3	5	4,9	0	0	0	0	0	0
Острая печеночно-почечная недостаточность		0	0	6	8,0	6	5,8	0	0	0	4,1	2	2,8
Полиорганная недостаточность		0	0	3	4,0	3	2,9	0	0	0	2,0	1	1,4
Инфаркт миокарда		0	0	1	1,3	1	1,0	0	0	0	0	0	0
Все осложнения		4	14,3	23	30,7	27	26,2	1	4,3	6	12,2	7	9,7
Релапаратомия		0	0	2	2,7	2	1,9	0	0	0	0,0	0	0
Летальность		0	0	8	10,7	8	7,8	0	0	2	4,1	2	2,8

Распределение частоты осложнений и летальности в группах сравнения в зависимости от вида оперативного вмешательства приведено на рис. 2.

Отдаленные результаты хирургического лечения свежих повреждений ЖП прослежены у 92 пациентов группы сравнения и у 70 пациентов в основной группе. Частота стриктур в группе сравнения составила 33,7%, тогда как в основной группе этот показатель составил 14,3% случаев (критерий  $\chi^2=7,183$ ; Df=2; p=0,028). Повторные вмешательства в отдаленный период (без учета второго этапа) выполнены в группе сравнения из 92 у 31 (33,7%) пациентов, в основной группе из 70 у 10 (14,3%) больных. При этом

малоинвазивные вмешательства были выполнены у 17 (18,5%) и 6 (8,6%) пациентов соответственно. Реконструктивные вмешательства на ЖП выполнены в 14 (15,2%) случаях в группе сравнения и 4 (5,7%) в основной группе. Частота летальности при этом в группах составила 3,3% (3) и 1,4% (1) соответственно.



**Рис. 2. Сводная частота осложнений и летальности**

В сравнительном аспекте предложенные алгоритмы выбора способа хирургического лечения больных со свежими повреждениями ЖП в совокупности с периоперационной коррекцией синдрома эндогенной интоксикации и профилактикой развития холангита позволили достигнуть снижения общей частоты послеоперационных осложнений в ранние и отдаленные сроки с 56,3% (58 из 103 больных в группе сравнения) до 23,6% (17 из 72 больных в основной группе) и летальности с 10,7% (11 пациентов) до 4,2% (3 пациента соответственно). Хорошие результаты отмечены в 33% (34) в группе сравнения и в 61,1% (44) основной группы. Удовлетворительные результаты в группах исследования получены в 16,5% (17 в группе сравнения) и 19,4% (14 в основной группе). Частота неудовлетворительных результатов в сравниваемых группах составила 50,5% (52 пациента в группе сравнения) и 19,4% (14 больных основной группы).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. По сводным данным из двух клиник (РСНПМЦХ им.акад.В.Вахидова и клиника СамМИ) вероятность повреждения желчных протоков в хирургии ЖКБ составляет 0,38%, при этом в зависимости от вида операции, частота этого осложнения составила - 0,36% при ЛХЭК, 0,45% - при ТХЭК и 0,36% - при ХЭК из минидоступа, в свою очередь определена

достоверная разница по риску повреждения при ОКХ - 0,56% по отношению к ХКХ - 0,30% ( $p=0,036$ ), а также при экстренной операции - 0,86% в отличие от плановых вмешательств - 0,34% ( $p=0,017$ ).

2. В отдаленном периоде после реконструктивно-восстановительных операций по поводу свежих повреждений ЖП вероятность развития стриктуры может достигать 33,7%, при этом развитие этого осложнения на фоне холангита отмечено в 20,7% случаев, остальные 13,0% были связаны с техническими аспектами выполненных операций.

3. В структуре всех осложнений в ближайший и отдаленный периоды после реконструктивно-восстановительных операций по поводу свежих повреждений ЖП преобладают тактико-технические аспекты, достигая 46,6% с уровнем летальности 4,9%, тогда как тяжесть состояния повлияла на эти показатели в 9,7% и 5,8% случаев соответственно.

4. Разработанные алгоритмы выбора способа лечения свежих повреждений желчных протоков с комплексным подходом к тактико-техническим аспектам и коррекции сопутствующих осложнений позволили сократить частоту послеоперационных осложнений в ближайший период с 26,2% до 9,7% и частоту летальности с 7,8% до 2,8%.

5. Предложенный способ санации желчных протоков после реконструктивно-восстановительных операций по поводу свежих повреждений ЖП в совокупности с рекомендованными тактико-техническими аспектами позволили сократить частоту развития холангита с 20,7% до 8,6% и вероятность формирования стриктуры анастомозов с 33,7% до 14,3%.

6. В сравнительном аспекте предложенные алгоритмы выбора способа хирургического лечения больных со свежими повреждениями ЖП в совокупности с периоперационной коррекцией синдрома эндогенной интоксикации и профилактикой развития холангита позволили достигнуть снижения общей частоты послеоперационных осложнений в ранние и отдаленные сроки с 56,3% до 23,6% и летальности с 10,7% до 4,2%.

7. Предложенный комплексный подход к лечению свежих повреждений ЖП позволил сократить долю тактических недочетов с 26,2% до 9,7%, технических недочетов с 20,4% до 9,7% и в целом снизить частоту осложнений с учетом этих аспектов с 46,6% до 19,4%, а летальности с 4,9% до 2,8%, соответственно в основной группе у 80,6% пациентов были получены хорошие и удовлетворительные результаты лечения, тогда как в группе сравнения этот показатель составил 49,5%.

**SCIENTIFIC COUNCIL AWARD SCIENTIFIC DEGREES  
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 AT REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC  
AND PRACTICAL MEDICAL CENTER OF SURGERY NAMED AFTER  
ACADEMICIAN V.VAKHIDOV AND TASHKENT MEDICAL ACADEMY**  

---

**SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE**

**ASKAROV PULAT AZADOVICH**

**FACTOR ANALYSIS IN SURGERY  
OF FRESH BILE DUCT INJURIES**

**14.00.27 –Surgery**

**DISSERTATION ABSTRACT of the DOCTOR of  
PHILOSOPHY (PhD) in MEDICAL SCIENCES**

**TASHKENT – 2019**

**The subject of the doctoral dissertation is registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan with the number №B2018.1.PhD/Tib511.**

The dissertation (PhD) has been done at the Samarkand state medical institute.

Abstract of the dissertation in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)) has been posted on the website of Scientific council (www.rscs.uz) and the information-educational portal «Ziyonet» at (www.ziyonet.uz).

**Scientific supervisor:** **Akbarov Mirshavkat Miralimovich**  
Doctor of Medicine

**Official opponents:** **Khakimov Murod Shavkatovich**  
Doctor of Medicine, Professor

**Aripova Nazira Uktamovna**  
Doctor of Medicine, Professor

**The leading organization:** **JC «National Research Center of Surgery named after A.N.Sizganov» (Republic of Kazakhstan)**

The defense will be take place on «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 at \_\_\_ o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.27.06.2017.Tib.49.01 at the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov and Tashkent Medical Academy. (Address: 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str. 10, Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov; Phone: (99891) 227-69-10; fax: (99871) 227-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov (Registration number № 71), (Adress 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str., 10. Phone: (99871) 227-69-10; fax (99871) 227-26-42).

Abstract of the dissertation sent out on «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019.  
(mailing report № \_\_\_ of \_\_\_\_\_ 2019).

**F.G. Nazyro**  
Chairman of the scientific council to award of scientific degrees,  
doctor of medicine, professor,  
academician

**A.Kh. Babadjanov**  
Scientific secretary of the scientific council to award of  
scientific degrees, doctor of medicine

**A.V. Devyatov**  
Chairman of the scientific seminar at the scientific  
council to award a scientific degrees  
doctor of medicine, professor

## INTRODUCTION (abstract of (PhD) thesis)

**The aim of the research work:** is to improve the results of surgical treatment of injuries of the bile ducts by factor analysis of the outcomes of surgical interventions and improving the tactical aspects of therapeutic and diagnostic doctrine.

**The subject of the study:** 175 patients with bile ducts injury, obtained during various methods of cholecystectomy, treated at the Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Surgery named after academician V.Vakhidov and the clinic of the Samarkand State Medical Institute for the period from 2000 to 2017.

**The scientific novelty of the research work** is as follows:

specified the pathogenetic features of stricture formation in the long-term period after reconstructive-restorative operations for fresh bile ducts injury, as well as tactical and technical aspects affecting the risk of developing of this complication;

improved method of rehabilitation of the external and intrahepatic bile ducts after reconstructive restorative operations with frame drainage for the treatment and prevention of recurrent cholangitis;

studied the possibilities of an improved plasmapheresis method in combination with indirect electrochemical oxygenation with sodium hypochlorite and additional ozonation in order to correct the syndrome of endogenous intoxication;

specified the tactical and technical peculiarities of choosing the optimal method for treating fresh bile ducts injury depending on the time of verification, the severity of the clinical manifestations of the syndrome of endogenous intoxication, the nature and level of injury..

**Introduction of research results.** According to the results of a scientific study to improve the results of surgical treatment of patients with iatrogenic injuries of the bile ducts:

developed a «Method of treating patients with cholangitis after reconstructive operations on the biliary tract» was developed (Ministry of Health No. 8n-d/19 dated January 21, 2019). The proposed method of rehabilitation of the bile ducts after reconstructive surgeries for fresh injuries in combination with the recommended tactical and technical aspects allowed reducing the incidence of cholangitis from 20.7% to 8.6%;

developed methodological recommendations «Differentiated approach to the surgical correction of «fresh» bile ducts injury» (Ministry of Health No. 8n-d/19 dated January 21, 2019). The proposed recommendations helped to improve the quality of surgical treatment of iatrogenic injuries of the bile ducts, reduce the incidence of postoperative complications after reconstructive operations and reduce the length of hospitalization of patients;

the scientific results obtained to improve the surgical treatment of patients with iatrogenic damage to the bile ducts were introduced into the practice of public health, in particular, in the Republican Specialized Scientific and Practical Medical

Center of Surgery named after. academician V.Vakhidov, Department of Surgery, Samarkand State Medical Institute (reference of the Ministry of Health No. 8n-d/19 dated January 21, 2019). Based on the proposed research results, the range of specialized high-tech medical care to patients with iatrogenic injuries of the bile ducts was significantly expanded, a reduction in the incidence of postoperative complications in the early and late periods from 56,3% to 23,6% and mortality from 10,7% to 4,2%.

**Structure and scope of the dissertation.** The thesis consists of an introduction, four chapters, conclusions, a list of cited literature. The volume of the text material is 120 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; I part)**

1. Курбаниязов З.Б., Махмудов Т.Б., Сулаймонов С.У., Давлатов С.С., Аскарлов П.А. Профилактика билиарных осложнений в хирургическом лечении синдрома Мириззи. // Проблемы биологии и медицины; 2011. - № 4 (67). С.48-50. (1.07.2011 й., №12).

2. Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Курбаниязов З.Б., Нишанов М.Ш., Рахманов К.Э., Аскарлов П.А., Давлатов С.С. Результаты хирургического лечения повреждений магистральных желчных протоков. // Проблемы биологии и медицины; 2012.-№ 2 (69). С. 59-70. (1.07.2011 й., №12).

3. Nazirov F. G., Kurbaniyazov Z.B., Akbarov M.M. Askarov P.A. Results of surgical treatment of «fresh» injuries of magistral bile ducts. // European Sciences review Scientific journal № 7–8 2018 (July–August), стр. 148-152. (14.00.00, №19).

4. Курбаниязов З.Б., Аскарлов П.А. Факторный анализ частоты повреждений желчных протоков в хирургии желчнокаменной болезни. // Проблемы биологии и медицины; 2018.-№4 (104). С. 62-67. (14.00.00, №19).

5. Назиров Ф.Г., Курбаниязов З.Б. Аскарлов П.А. Оценка эффективности хирургического лечения свежих повреждений желчных протоков. // Проблемы биологии и медицины, 2018.- № 4. (104).- С. 85-92. (14.00.00, №19).

**II бўлим (II часть; II part)**

6. Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Курбаниязов З.Б., Аскарлов П.А. Дифференцированный подход к хирургической коррекции «свежих» повреждений желчных протоков.// Методические рекомендации. Ташкент 2018.- Стр.44.

7. Аскарлов П.А. «Свежие» повреждения внепеченочных желчных протоков. // Шпитальна хiрургiя. Журнал iменi Л. Я. Ковальчука. Тернопiль, 2018.- № 1(81).- Стр. 78-86.

8. Курбаниязов З.Б., Аскарлов П.А. Анализ результатов хирургического лечения больных с повреждениями магистральных желчных протоков. // Здобутки клiнiчної i експериментальної медицини. № 1 (33). Тернополь. 2018. С. 94-100.

9. Рахманов К.Э., Аскарлов П.А. Активная хирургическая тактика при ятрогенном повреждении гепатикохоледоха. // Вестник РГМУ, 2008.- №2(61).- Стр. 117-118.

10. Сабиров Б.У., Курбаниязов З.Б. Аскарлов П.А. Причины повреждения гепатикохоледоха и пути их снижения при минилапаротомной холецистэктомии. // Узбекистон Хирургияси, 2008.-№3 - С. 49-50.

11. Аскарлов П.А., Давлатов С.С., Курбаниязов З.Б. Причины повреждений гепатикохоледоха и пути их снижения при минилапаротомной холецистэктомии. // «Завадские чтения» материалы IV научно-практической конференции молодых учёных с международным участием. Ростов-на-Дону. 2009. -С. 196-197.

12. Аскарлов П.А., Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Хирургическая тактика при ранних билиарных осложнениях после холецистэктомии. // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы гепатологии и ВИЧ-инфекции» посвященной всемирному дню борьбы со СПИДом. Андижан 2012.- С. 55-57.

13. Аскарлов П.А., Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Результаты лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии. Сборник тезисов Республиканской научно-практической конференции молодых ученых «XXI век – век интеллектуальной молодежи» Ташкент. 2012.- С. 18-19.

14. Аскарлов П.А., Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Мамадаминова М.С. Оптимизация хирургической тактики при ранних билиарных осложнениях после холецистэктомии. // Международный конгресс «Здоровье для всех: профилактика, лечение, реабилитация». Алматы. 2012.-С. 212-213.

15. Давлатов С.С., Аскарлов П.А. Результаты лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии. // Сборник материалов 77-ой итоговой студенческой научно-практической конференции с международным участием. 23-26 апреля Красноярск. 2013.- С. 270-273.

16. Раджабов Ж.П., Аскарлов П.А., Давлатов С.С., Азимов Р.Р. Современные методы диагностики и хирургической коррекции синдрома Мириizzi. // Сборник материалов 77-ой итоговой студенческой научно-практической конференции с международным участием. 23-26 апреля Красноярск. 2013.- С. 772-773.

17. Аскарлов П.А., Сулханов.А.А., Юнусов О.Т., Амонов.М.М. Результаты лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии. // Актуальные вопросы медицинской науки. Сборник научных работ студентов и молодых ученых Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию профессора Е.Н. Дормидонтова. Ярославль. 2013.- С. 188.

18. Курбаниязов З.Б., Аскарлов П.А., Бабажанов А.С., Давлатов С.С., Рахманов К.Э. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириizzi. // Материалы X международного симпозиума гепатологов Беларуси. Гродно, 26-27 сентября 2013.- С. 81-84.

19. Давлатов С.С., Аскарлов П.А. Результаты лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии. // Сборник научных статей студентов и молодых ученых. Красноярск. 2013.- С. 270-273.

20. Аскарлов П.А., Юлдашев Ф.Ш., Рахматова Л.Т., Сулханов А.О., Сайдуллаев З.Я. Дифференцированный подход при «малых» повреждениях желчных протоков. // Всеукраинский журнал молодых ученых ХИСТ, Черновцы. 2014.- № 16.- С. 339.

21. Аскарлов П.А., Рахмонов К.Э., Давлатов С.С. Результаты лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии. // Материалы пленума правления ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Челябинск. 14-15 апреля 2016.- С.13-15.

22. Akbarov M.M., Askarov P.A., Kurbaniyazov Z.B. Optimization of surgical treatment of "fresh" injuries of the main bile ducts. // «European multiscience journal» 2017.- №10.-Р. 7-12.

23. Аскарлов П.А., Акбаров М.М. Дифференцированный подход при повреждениях желчных протоков. // Scientific-discussion, vol. 1, Прага. 2018.- №16.- С. 10-22.

24. Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Курбаниязов З.Б., Аскарлов П.А. Ближайшие результаты хирургического лечения стриктур желчных протоков.// Материалы юбилейной научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии и мультидисциплинарные подходы в диагностике и лечении социально значимых заболеваний». Санкт-Петербург.- 2018.- С. 48-49.

25. Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Курбаниязов З.Б., Аскарлов П.А. Результаты лечения ятрогенных повреждений желчных протоков. Материалы юбилейной научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии и мультидисциплинарные подходы в диагностике и лечении социально значимых заболеваний». Санкт-Петербург.- 2018.- С. 118-119.

26. Аскарлов П.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Алиева С.З., Суярова З.С. Хирургический подход к лечению больных со «свежими» повреждениями магистральных желчных протоков // Материалы XIV всероссийской бурденковской научной конференции. Журнал «Молодежный инновационный вестник», Воронеж, Т. VII; - 2018; - стр. 9.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали  
тахририятида тахрирдан ўтказилди «31» январ 2019 йил

Бичими: 84x60 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. «Times New Roman» гарнитура рақамли босма усулида босилди.  
Шартли босма табағи: 3. Адади 100. Буюртма №11

«Тошкент кимё-технология институти» босмахонасида чоп этилди.  
100011, Тошкент, Навоий кўчаси, 32-уй.