

**Г О У «Т А Д Ж И К С К И Й Г О С У Д А Р С Т В Е Н Н Ы Й М Е Д И Ц И Н С К И Й  
У Н И В Е Р С И Т Е Т И М Е Н И А Б У А Л И И Б Н И С И Н О»**

**УДК: 616.366-003.7-089.87-072.**

*На правах рукописи*

**КУРБАНОВ ДЖУРАБЕК МУМИНОВИЧ**

**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И  
МЕТОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ  
(экспрементально-клиническое исследование)**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

диссертации на соискание учёной степени  
доктора медицинских наук

по специальности:  
14.01.17 – хирургия

**Душанбе 2020**

Работа выполнена на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им. Абуалиибни Сино» Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**Научный консультант:** **Рахматуллаев Рахимджон** - доктор медицинских наук, директор лечебно-диагностический центр «Вароруд» МЗ и СЗН РТ

**Официальные оппоненты:** **Галлямов Эдуард Абдулхаевич** - доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, зав. кафедрой общей хирургии лечебного факультета ФГАОУ- ВО первого медицинского университета им. Сеченева МЗ России.

**Мухидин Нуридин Давлатали** - доктор медицинских наук, Зав. кафедрой хирургических болезней и эндохирургии ГОУ «Институт постдипломного образования сфере здравоохранения РТ»

**Амонов Шухрат Шодиевич** - доктор медицинских наук, научный сотрудник отделения эндоскопической хирургии РНЦ сердечно-сосудистой хирургии МЗ и СЗН РТ

**Оппонирующая организация:** ФГБУ «НМИЦ Хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России.

Защита диссертации состоится «05 » марта 2023г в«11.00.» часов на заседании диссертационного совета 6Д.КОА-025 при ГОУ Таджикском государственном медицинском университете им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке (734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139) и на официальном сайте ([www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj)) Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино

Автореферат разослан

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук**

**Юнусов И.А.**

## Введение

### **Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации.**

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из распространенных заболеваний органов брюшной полости, частота которого по данным различных авторов, достигает до 16-20 % и имеет тенденцию к росту. XXI век ознаменуется внедрением в клиническую практику и бурным развитием эндовидеохирургических технологий и расширением области их применения. Лапароскопическая холецистэктомия стала золотым стандартом в лечении желчнокаменной болезни. В ведущих странах мира до 98% случаев холецистэктомии выполняются с использованием видеолaparоскопической техники (Б.С Брискин и соавт. 2008).

Внедрение лапароскопических технологий несет за собой и новые проблемы. Лапароскопические вмешательства не лишены осложнений, характерных для «открытых операций», также характерно развитие специфических осложнений, которые по данным различных авторов составляют 5-30%. Столь большой разброс частоты осложнений обусловлен различной трактовкой и отсутствием единой классификации осложнений ЛХЭ ( Л.Е. Славин и Е.И. Сигал, 2009 Казань.)

По данным И.В. Фёдорова (2009 ) наиболее грозным осложнением ЛХЭ является повреждение внепеченочных желчных протоков, кровотечения, ятрогенные повреждения полых органов, которые требуют изменения хирургической тактики во время операций. По данным других авторов, высокая частота осложнений приходится на первые 500-1000 операций, и в последующем с накоплением опыта и освоением техники ЛХЭ, отмечается снижение частоты осложнений до минимальных цифр (А.М. Чугунов и Л.Е.Славин 2005) .

У лиц пожилого и старческого возраста, когда имеется масса сопутствующих заболеваний, отмечается отрицательное влияние напряженного карбоксиперитонеума на функции сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

Сложные анатомические ситуации, которые отмечаются во время операций у 3-5% пациентов, также вынуждают хирурга в 3-5 случаях переходить на открытый метод оперирования или конверсию (А.Ф. Попов и А.С. Балалыкин; 1997).

В связи вышеизложенным, изучение факторов риска ЛХЭ, частоты характера осложнений, разработка эффективных мер профилактики, являются актуальной проблемой хирургической гастроэнтерологии.

### **Степень изученности научной задачи**

В связи с увеличением продолжительности жизни, улучшением социально-бытовых условий, урбанизацией, увеличивается частота желчнокаменной болезни. Так, по данным литературы, частота ЖКБ чаще встречается среди женщин – у 4 из 10, а среди мужчин встречается в соотношении 1:10 [29, 127, 165, 234]. В США ЖКБ страдает около 20-25 миллионов человек, в Италии 8,2% населения страдают ЖКБ [182, 231, 232]. Среди лиц пожилого возраста, желчнокаменная болезнь встречается в - 40-55% случаев[29, 34, 43, 238].

Хотя, со времени выполнения первой холецистэктомии в мире прошло более 100 лет, когда впервые холецистэктомию выполнил Лангенбух, по сей день обсуждение различных аспектов данного оперативного вмешательства в литературе продолжается. Традиционные методики операции является травматичным и сопровождаются различными осложнениями в ближайшем и в отдаленном послеоперационном периоде.

Конец XX века ознаменовался бурным развитием медицинской технологии, и их внедрением в клиническую практику, в том числе и лапароскопической методики операции.

Впервые в мире ЛС холецистэктомию выполнил Французский хирург Филипп Муре (1980), в последующем данные методики операции получили широкое распространение, в

настоящее время в развитых странах до 98% случаев холецистэктомия выполняется ЛС методикой. Однако, широкое внедрение в клиническую практику данной методики операции, породило специфические осложнения, присущие только к данной методике операции. Так, по данным литературы, различные осложнения ЛХЭ во время операции, в ближайшем и в отдаленном послеоперационном периоде от 05% до 10% случаев, наиболее грозным среди них является повреждение ВЖП, которое встречается до 05% случаев, и эти цифры не имеют тенденции к снижению. Следует отметить, что эти осложнения в отличие от осложнений после традиционной холецистэктомии протекают тяжело, и коррекция их от хирурга требует особых навыков и оперативной техники.

По данным литературы, существуют противоположные мнения относящиеся к коррекции различных ятрогенных повреждений, например, отсутствуют четкие показания к выполнению реконструкции ВЖП интраоперационно или в послеоперационном периоде.

### **Теоретические и методологические основы исследования**

На современном этапе развития гепатобилиарной хирургии, своевременная коррекция осложнений ЛХЭ, является одной из нерешенных проблем. В литературе, практически отсутствуют рекомендации относящиеся коррекции осложнений и отсутствуют единая стратегия и концепция безопасной ЛХЭ, которая позволяет существенно снизить различные осложнения ЛХЭ, тем самым улучшает социальное положение пациента.

### **Общая характеристика работы**

**Цель работы.** Определить рациональное хирургическое лечение осложнений ЛХЭ, путем разработки современных методов диагностики и эффективных методов лечения и их профилактики.

### **Объект исследования**

Объектом исследования являлись ретроспективное и проспективное изучение протоколов операции, видеозаписи операций у 9056 больных оперированных по поводу ЖКБ с применением лапароскопической методики за период 2007-2017 г. Среди обследованных различные осложнения после ЛХЭ, были отмечены у 169 (1,8%) больных.

Все обследованные больные были оперированы в условиях РНЦСС хирургии, ГКБ №2 г.Душанбе, ЛДЦ Варорудг.Турсунзаде и на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ.

### **Предмет исследования**

Предметом изучения, являлись изучение причин различных осложнений и их коррекция среди обследованных больных. Также был проведен эксперимент выполненный у 31 кроликов в условиях ЦНИЛ ТГМУ, с целью определения площади и глубины распространения электротермического воздействия посредством монополярного электрода.

### **Задачи исследования.**

1. Установить основные причины и предикторы риска развития частоту и характер осложнений лапароскопической холецистэктомии.
2. Определить информативность дополнительных методов исследования в диагностике осложнений ЛХЭ.
3. Изучить морфологические изменения распространенности и характера электротермических повреждений желчных протоков и печени, в эксперименте.
4. Разработать алгоритм хирургической тактики при повреждениях внепеченочных желчных протоков.

5. Разработать меры профилактики осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы, связанных с напряженным карбоксиперитонеумом.
6. Изучить эффективность хирургического лечения осложнений ЛХЭ в ближайшем и в отдаленном послеоперационном периоде.
7. Разработать концепцию безопасной ЛХЭ.

#### **Методы исследования**

Клинические исследования, УЗ исследование органов брюшной полости, исследование функции дыхательной системы, исследование функции сердца, рентгенография органов брюшной полости, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, МРТ, КТ, морфологические методы исследования.

#### **Область исследования.**

Соответствуют паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.17-Хирургия. Пунктам; 6 лапароскопические и торакоскопические оперативные вмешательства; 7 Патология печени и желчевыводящих путей; 8 Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода. Причины и патогенез развития осложнений при лапароскопической холецистэктомии

#### **Основная информационная и исследовательская база**

В работе были изучены информация (диссертация Даминова Н.М, защищенная в дисс.Совете ТГМУ, научные статьи журналов, конференции и симпозиумов: Абдуллоев Дж.А, Мухиддинов Н.Д, Гулов М.К, Махмадов Ф.И, Гульмуродов Т.Г, Рахматуллаев Р) посвященных данной патологии.

#### **Достоверность результатов диссертации**

Не вызывает сомнения, поскольку диссертационная работа выполнена на достаточно большом клиническом и экспериментальном исследовании, статистической обработки результатов исследования и публикаций.

Выводы и рекомендации, основаны на научном анализе результатов лечения больных с осложнениями ЛХЭ.

**Научная новизна.** Впервые в Республике Таджикистан на основании ретроспективного изучения истории болезни и видеозаписи операций, на достаточно большом количестве клинического материала, изучена частота различных осложнений ЛХЭ, проведено морфологическое исследование воздействия монополярного электрода на ткани печени в эксперименте на животных, изучены изменения структуры внепечёночных желчных протоков при термическом воздействии мощностью от 20-40Вт, 40-60Вт, 60-80Вт. Изучена и определена частота ятрогенных повреждений при ЛХЭ.

Разработан диагностический алгоритм осложнений ЛХЭ на основании использования современных неинвазивных методов диагностики. Разработана модифицированная классификация повреждений ВЖП и алгоритм хирургической тактики, при осложнениях ЛХЭ. Изучены социально-экономические аспекты лечения осложнений ЛХЭ. Изучены факторы риска, влияющие на развитие осложнений. Разработаны способы произведения субтотальной лапароскопической холецистэктомии при остром калькулёзном холецистите (**рационализаторское предложение № 3436/R651 04. 06. 2015**) способ установки иглы Вериша и первого троакара при наличие послеоперационного рубца передней брюшной стенки (**рационализаторское предложение № 3436/R651 04.**,комбинированный способ ранней диагностики и лечения послеоперационных желчеистечений при лапароскопической холецистэктомии(**рационализаторское предложение № 3659/R710 21. 09. 2019**), методы хирургической реконструкции повреждений внепеченочных желчных путей при

лапароскопической холецистэктомии (рационализаторское предложение № 3655/R706 21. 09. 2019), способ лапаролифтинга, при лапароскопической холецистэктомии у больных с сопутствующими сердечно-легочными патологиями (рационализаторское предложение № 3458/R709 21. 09. 2019), значительно уменьшающие осложнение ЛХЭ.

Для снижения интраоперационных осложнений при остром холецистите, разработан способ, на что получен патент на изобретение ТУ 636 на тему «Способ профилактики интраоперационных осложнений при выполнении лапароскопической холецистэктомии» 05.11.2014г. Разработана концепция безопасного выполнения ЛХЭ.

**Теоретическая значимость исследования** заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗ ов и среди практикующих врачей.

#### **Практическая значимость**

1. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм позволяет своевременно и достоверно диагностировать интраоперационные осложнения при ЛХЭ. и улучшить результаты лечения больных с осложнениями лапароскопической холецистэктомии .
2. Предложенная нами методика субсерозного введения горячего физиологического раствора в стенку желчного пузыря и гепатодуоденальную связку при остром холецистите, намного облегчают выделения желчного пузыря и идентификацию трубчатых структур.
3. Для клинической практики, предложено применение управляемого карбоксиперитонеума у больных с заболеваниями сердечно - сосудистой и дыхательной системы.
4. Разработанные концепции безопасной холецистэктомии намного снижают риск ПЖП.
5. Морфологические исследования позволяют определить площадь распротраненности и глубину термического воздействия на ткани при монополярной электрокоагуляции и хирургическую тактику осложнений ЛХЭ.
6. Применение монополярной электрокоагуляции с мощностью 20-40 Вт. является оптимальным вариантом при выполнении ЛХЭ.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Клинические проявления интраоперационных и послеоперационных осложнений ЛХЭ, характеризуются выраженным полиморфизмом, что затрудняет, в ряде случаев, своевременно обнаружить эти осложнения. В связи с этим, с целью раннего выявления интраоперационных осложнений, прочное место в комплексе диагностических мероприятий, должны занять интраоперационная холангиография и малоинвазивные инструментальные методы.
2. УЗИ является одним из наиболее достоверных и эффективных диагностически методов, для выявления различных анатомических вариантов элементов и выраженности инфилтративно-спаечного процесса в гепатодуоденальной зоны.
3. Самым грозным осложнением ЛХЭ, является повреждение ВЖП, до 95% случаев повреждения, ВЖП устанавливается во время операции по характерному признаку – выделение желчи из проксимального конца ВЖП после ЛХЭ. При диастазе холедоха не более 1,5-2,0 см. Методикой выбора реконструкции является гепатобилиарный анастомоз с использованием шовного материала на атравматической игле.
4. Для улучшения результатов интраоперационных осложнений, необходимо выполнять комплекс инструментальных исследований, включающий интраоперационную холангиографию и ЭРПХ для выявления повреждений ЖВП.

5. При поздно выявленных повреждениях ВЖП, в области конfluence, целесообразным является билио-дигестивный анастомоз на выключенной петле тощего кишечника, по методике РУ-Оппеля.
6. С целью определения площади распространенности и глубины термического воздействия на ткани, при монополярной электрокоагуляции, нами проведен эксперимент на 31 кроликах в условиях ЦНИЛ ТГМУ имени Абуалииби Сино с разрешения этической комиссии. После непосредственного электро-термического воздействия с мощностью 20-40 Вт, отмечается тромбо-некротическое изменение в области электрокоагуляции, формирующее демаркационную линию и лейкоцитарный вал по ходу раны. После электрокоагуляции мощностью 40-60 Вт. Преобладание хаотично расположенных коллагеновых волокон клеточными элементами с участками некробиоза. После электрокоагуляции мощностью 60-80 Вт. Преобладание хаотично расположенных коллагеновых волокон клеточными элементами с некробиотическими участками.
7. У лиц с патологией сердечно-сосудистой и дыхательной системы следует отдать предпочтение холецистэктомии, с применением управляемого корбоксиперитонеума, у больных с венозной патологией нижних конечностей необходимо применение эластического бинтования нижних конечностей, а также до и после операции целесообразно применение низкомолекулярного антикоагулянта (фарагмин) для профилактики тромбоэмболии

#### **Личный вклад диссертанта**

Лично изучен диссертационный материал, участвовал и/или самостоятельно выполнил оперативные вмешательства, опубликовал научные статьи в различных Республиканских и международных конференциях. Автором был проведен сбор материала, статистическая обработка и экспериментальная часть диссертационной работы. Наиболее важные результаты исследования, предоставлялись в периодических научных журналах.

#### **Апробация работы и информация о результатах их применения.**

Основные положения диссертации доложены на годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ (Душанбе, 2013); научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ (Душанбе, 2014); научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ (Душанбе, 2016); 61-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ с международным участием (Душанбе, 2013); 63-ей годичной научно-практической конференции ТГМУ с международным участием (Душанбе, 2015); 65-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ с международным участием (Душанбе, 2017); в обществе эндоскопических хирургов России (Москва, 2012); на международной научно-практической конференции эндохирургии в условиях многопрофильного стационара (Санкт-Петербург, 2014); на Центрально-Азиатском медицинском и фармацевтическом форуме (Пекин, 2015). В 2017 г в проблемной комиссии по хирургическим дисциплинам в НМИЦХ имени А.В.Вишневого (Москва, 2017. 24. 04.).

**Публикация результатов диссертации.** По материалам диссертации опубликовано 53 научных работ, в том числе 15 статей – в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Президенте РТ. Получен один патент РТ на изобретение и 5 удостоверения на рационализаторское предложение.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 179 страницах, иллюстрирована 50 рисунками, 2 схемами и 17 таблицами. Работа состоит из введения, общей характеристики работы 7 глав, заключения, списка литературы, библиографический указатель содержит 253 литературных источника, из них 126 на русском и 127 на иностранных языках.

## СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Материал и методы исследования.** Диссертационная работа основана на обследовании и хирургическом лечении, ретроспективном изучении истории болезни и видеоматериалов 9056 больных, оперированных по поводу ЖКБ за период с 2007 по 2017 годы. При этом, среди обследованных после ЛХЭ различные осложнения были отмечены у 169 (1,8%) больных. Следует отметить, что из числа обследованных, 109 осложнений возникли у 6320 (60%) больных которые были оперированы по поводу ХЖКБ в плановом порядке, остальные 60 осложнений возникли у 2736 (30%) оперированных больных по поводу острого калькулезного холецистита в отсроченном порядке.

Обследованные больные были оперированы в РНЦССХ, ГКБ №2 города Душанбе, МСЧ ГУП ТАЛКО, ЛДЦ «Вароруд» г.Турсунзаде и ЛДЦ ТГМУ им. Абуалиибни Сино, которая является клинической базой кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ имени Абуалиибни Сино.

Основными осложнениями при лапароскопической холецистэктомии явились:

- повреждение внепеченочных желчных протоков;
- повреждение сосудов ворот печени;
- сердечно-легочные осложнения;
- тромбозы глубоких вен и ТЭЛА;
- послеоперационные желчные перитониты.

Частота осложнений, возникшая при различных методах лапароскопической холецистэктомии представлена в таблице 1.

**Таблица 1. Частота осложнений, возникшая при различных методах лапароскопической холецистэктомии (n=169)**

| <b>Осложнения</b>                     |                                      | Количество<br>больных | Абс.<br>%  |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|------------|
| <b>Специфические<br/>осложнения</b>   | Кровотечение                         | 28                    | 15,6       |
|                                       | Желчеистечение                       | 26                    | 15,4       |
|                                       | Желчный перитонит                    | 20                    | 11,8       |
|                                       | Повреждение ВЖП                      | 69                    | 40,8       |
|                                       | Синдром первого троакара             | 3                     | 1,8        |
| <b>Неспецифические<br/>осложнения</b> | Тромбофлебиты и тромбозы системы НПВ | 16                    | 9,5        |
|                                       | ТЭЛА                                 | 2                     | 1,2        |
|                                       | ОСС недостаточность                  | 3                     | 1,8        |
|                                       | ОДН                                  | 2                     | 1,2        |
|                                       | <b>ВСЕГО:</b>                        | <b>169</b>            | <b>100</b> |

Из 169 пациентов с различными интра- и послеоперационными осложнениями сопутствующие заболевания и ранее перенесенные операции отмечены в 156 и 4 случаях в анамнезе были отмечены перенесенные операции, при этом во всех случаях на нижнем этаже брюшной полости.

При обследовании пациентов с осложнениями ЛХЭ проводились комплексные клинические и лабораторно-инструментальные методы исследования. При этом изучали анамнез заболевания, дата первичной операции, появление характерных симптомов

осложнения. УЗ исследование проводили на УЗ аппаратах SIUICTS-415PLUS с применением высокоразрешающих конвексных датчиков 7-10 МГц. Также в послеоперационном периоде проведено динамическое УЗ исследование и в обязательном порядке в день выписки больного. Рентгенографические исследования проведены 69 больным, при этом особое внимание уделялось наличию пневматоза кишечника, свободного газа в брюшной полости. Для диагностики желчной гипертензии нами был использован у 8 пациентов метод МР – холангиографии. Данный метод является наиболее оптимальным у пациентов с острым нарушением желчеоттока возникающие после операции, безопасным и точным. Исследование проводилось в кабинете МРТ-в течении 40-50 минут. МР – холангиография проводилась на аппарате последнего поколения «SignalInfiniti 1,0 T».Изображения получали в разных плоскостях. Использование МР – холангиографии позволяло точно определять уровень блока внепеченочных протоков.

Диагностическая ЭРХПГ выполнялась с помощью аппаратов SEMTECH. ЭРХПГ выполняли через большой дуоденальный сосочек во всех случаях. Показанием к выполнению ЭРХПГ являлось развитие желчного перитонита (дефект/повреждение холедоха) после лапароскопической холецистэктомии или наличие желчной гипертензии с целью установления причины и удаления резидуального камня желчных путей. Наряду с возможностью контрастирования жёлчных протоков метод позволил визуально оценить состояние желудка и 12-типерстной кишки, большого дуоденального сосочка и периапулярной области, а также констатировать факт поступления жёлчи или отсутствие такового в просвет кишки. Вместе с тем, данная методика позволила определить уровень обтурации или же дефекта холедоха, а так же характер и распространенности патологического процесса.

### Результаты лабораторных исследований

Важное значение в диагностике осложнения ЛХЭ имеют лабораторные методы исследования, которые относятся к числу общедоступных. Следуют, отметить, что при изучение гематологических показателей нами выбраны наиболее часто отмечаемые осложнения: желчный перитонит, кровотечения и желчеистечения.

Исследования показали, что кровь реагирует на самые незначительные патологические сдвиги при осложнениях, изменяя некоторые показатели крови. Как видно из представленной таблицы наиболее чувствительные изменения отмечены у больных с желчным перитонитом. Явления интоксикации и гематоконцентрации коррелируются с тяжестью воспалительного и патологического процесса.

**Таблица 2. Гематологические показатели у больных с осложнениями ЛХЭ**

| Осложнение        | Гематокрит<br>Ht( %) | Гемоглобин<br>Hb(г\л) | Лейкоцитоз<br>Л·10 <sup>9</sup> \л | СОЭ<br>мм\ч       | ЛИИ<br>№1        |
|-------------------|----------------------|-----------------------|------------------------------------|-------------------|------------------|
| Желчный перитонит | 42,4±1.6<br>>0.05    | 138,1±4,2<br>>0.05    | 10,72±2,4<br>>0.05                 | 17,4±2,3<br>>0.05 | 3,8±1,8<br><0.05 |
| Кровотечение      | 44.2±1.7<br><0.05    | 103,1±2,2<br><0.05    | 7,4±1,4<br><0.05                   | 5,7±1,2<br><0.05  | 2,4±1,6<br><0.05 |
| Желчеистечение    | 39.4±0.6<br><0.05    | 132,3±2,2<br><0.05    | 8,4,±1,5<br><0.05                  | 8,1±1,5<br><0.05  | 1,4±0,7<br><0.05 |

Примечание: P- Достоверность различия по сравнению с данными до лечения

Также отмечается изменение со стороны печеночных проб при изучении биохимических свойств крови, которые дают высокую информацию о функциональном состоянии печени при осложнениях ЛХЭ

**Таблица 3. Функциональное состояние печени у больных с осложнениями ЛХЭ**

| Показатели            | Желчный перитонит | Кровотечение                      | Желчеистечение   | p      |
|-----------------------|-------------------|-----------------------------------|--|--------|
| Время рекальцификации | 105,2±9,6         | 110,4±10,4                        | 108,1±8,2  | >0,05  |
| Фибриноген г/л        | 3,1±1,7           | 4,6±1,7                           | 3,1±1,5  | >0,05  |
| Фибриноген «В»        | отр.              | отр.                              | отр.   |        |
| Фибрин г/л            | 12,2±2,5          | 14,4±1,5                          | 13,6±1,5   | >0,05  |
| Тромботест            | IV-V              | IV-V                              | IV-V   |        |
| Билирубин мкмоль/л    | 17,8±2,3          | 20,7±3,4                          | 18,2±2,7   | >0,05  |
| Общий белок г/л       | 76,4±5,1          | 68,3±4,5<br>p <sub>1</sub> <0,05  | 75,1±3,7<br>p <sub>1</sub> >0,05<br>p <sub>2</sub> <0,05   | <0,05  |
| Альбумин г/л          | 51,8±2,4          | 48,6±3,1                          | 50,4±4,3   | >0,05  |
| Глобулин г/л          | 16,2±2,1          | 17,7±2,4                          | 17,1±2,3   | >0,05  |
| АлАтЕд/л              | 22,3±1,4          | 54,4±2,5<br>p <sub>1</sub> <0,001 | 26,6±1,8<br>p <sub>1</sub> <0,001<br>p <sub>2</sub> <0,001 | <0,001 |
| АсАт моль/л           | 25,4± 2,1         | 62,6±4,7<br>p <sub>1</sub> <0,001 | 25,3±3,2<br>p <sub>1</sub> >0,05<br>p <sub>2</sub> <0,001  | <0,01  |
| ЩФ Ед. Акт./л         | 71,1±3,1          | 70,3±2,3                          | 69,1±2,5   | >0,05  |
| сахар крови (ммоль\л) | 5,6±1,4           | 5,8±1,2                           | 5,2,±1,5   | >0,05  |

Примечание: p –статистическая значимость различия показателей между всеми группами (ANOVAКрускала-Уоллиса); p<sub>1</sub> –статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в I-ой группе; p<sub>2</sub> –статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми во II -ой группе (p<sub>1</sub>-p<sub>2</sub>-по U-критерию Манна-Уитни)

Из представленной таблицы исходит, что функциональное состояние печени в наибольшей степени страдает при перитоните.

Также наряду с общим анализом крови и биохимических анализов необходимым является и определение суточного диуреза и исследование мочи, которое дает информацию о функциональном состоянии почек.

**Таблица 4. Показатели функционального состояния почек у больных с осложнениями ЛХЭ (n-169)**

| Осложнение        | Суточный диурез в мл | Плотность мочи | Белок % | Эр в моче | Цилиндры в моче |
|-------------------|----------------------|----------------|---------|-----------|-----------------|
| Желчный перитонит | 1500±280             | 1,017±0,7      | -       | 13,4±2,9  | 3,2±1,0         |
| Р                 | <0,05                | <0,05          | -       | <0,05     | <0,05           |

|                     |                  |                    |                |                    |                  |
|---------------------|------------------|--------------------|----------------|--------------------|------------------|
| Кровотечение<br>Р   | 800±230<br><0,05 | 1,021±0,8<br><0,05 | 0,033<br><0,05 | 35,3±4,4<br><0,05  | 18±9,4<br><0,05  |
| Желчеистечение<br>Р | 550±180<br>>0,05 | 1,028±0,4<br>>0,05 | 0,099<br>>0,05 | 43,9±11,3<br>>0,05 | 28±11,9<br>>0,05 |

**Примечание:** Р-достоверность различия по сравнению с данными до лечения

Появление в моче форменных элементов крови, белка, цилиндров и уменьшение диуреза является неблагоприятным прогнозом, указывающим на ухудшение функционального состояния почек, которое четко коррелируется степенью интоксикации организма.

Широкое внедрение лапароскопической холецистэктомии в клиническую практику привело к возникновению нового вида осложнения – термического повреждения внепеченочных желчных протоков в результате воздействия монополярным электродом. С целью изучения характера и тяжести термического повреждения, нами на эксперименте нанесено монополярным электродом коагуляция холедоха. Экспериментальное исследование проведено у 31 кроликов в возрасте 14 месяцев, белой и черной породы весом от 1800 гр до 2500 гр. Эксперимент выполнялся под общей анестезией с применением наркотической анестезией (кетамин) с расчётом в дозах 0.2 мг на 1кг веса. Обезболивающая индукция осуществлялась раствором кетамина в дозе 8 мг / кг веса. Животных располагали на операционном столе в положении лежа на спине. Холецистэктомия выполнялась при лапаротомии (рисунок.1).



**Рисунок 1. Лапаротомия у экспериментального**

После лапаротомии тупым и острым путем производили доступ к гепатодуоденальной связке. Выделение структур желчевыводящей системы и сосудов печени, начинали с визуализации желчного пузыря, идентификации пузырного протока и артерии, холедоха, сосудистых структур и структур ворот печени (Рис. 2-3).



**Рисунок 2. Визуализация холедоха. Холедох** указано



**Рисунок 3. Мобилизация/перевязка правой печеночной артерии**

В зависимости от направления эксперимента все кролики разделены на 3 группы:

I – группа: где производилась электрокоагуляция холедоха

1) непосредственное воздействие на стенку холедоха мощностью;

а) от 20-40Вт,

б) от 40-60Вт,

в) от 60-80Вт.

2) коагуляция тканей в непосредственной близости от холедоха, без прямого воздействия на холедох;

II – группа: перевязка правой печеночной артерии;

III – группа: 1) коагуляция холедоха и наложение первичного шва без иссечения; 2) коагуляция холедоха и наложение первичного шва с иссечением пораженных в пределах видимой части поврежденных тканей или наложение билиодегистивных анастомозов.

После электро-термического воздействия на стенку желчного и около-протокового пространства холедоха, через 15-25 минут производилась резекция холедоха с последующим морфологическим изучением его стенки. После забора участка холедоха производилось наложение гепатико-еюноанастомоза с формированием межкишечного анастомоза по Брауну.

В первой группе экспериментальных животных (n=7) после непосредственного электротермического воздействия на холедох (без выполнения каких либо реконструктивно-восстановительных операций), на 3-7 сутки после операции отмечено развитие желчного перитонита у всех животных подтвержденные лапаротомией. При ревизии области холедоха отмечалось развитие рыхлого спаечного инфильтрата и наличие дефекта стенки холедоха.

Наиболее сложную группу подопытных животных представляют кролики которым в остром эксперименте была перевязана правая печеночная артерия.

Перевязка правой печеночной артерии выполнено у 5 животных из лапаротомного доступа. Артерия перевязывалась в двух местах не рассасывающейся нитью. Срок наблюдения составил 190 суток. При этом все три летальных исхода отмечены в первые 12 суток. При вскрытии было отмечено, что причинами летальных исходов отмечены вследствие массивного некроза паренхимы печени.

В третьей группе подопытных животных были выполнены: коагуляция холедоха и наложение перичного шва без иссечения (n=7); коагуляция холедоха (n=5) и наложение перичного шва с иссечением пораженных в пределах видимой части поврежденных тканей или наложение билиодегистивных анастомозов (n=11).

Выполнение такого рода операций у кроликов является довольно сложным техническим оперативным вмешательством. Все операции выполнялись с использованием увеличительных луп и микрохирургической техники.

В 5 наблюдениях после непосредственного воздействия на холедох выполнялась его реконструкция по типу конец в конец. В 11 случаях, выполнены гепатоеюноанастомоз с формированием межкишечного анастомоза по Брауну.

Из 11 кроликов выжили 8, основной причиной летальных исходов явились развитие несостоятельности билиодегистивного анастомоза с развитием желчного перитонита.

При изучении частоты осложнений и летальных исходов было установлено, что летальные исходы были отмечены у кроликов на этапе освоения методики билиодегистивных анастомозов. Необходимо отметить, что диаметр холедоха, толщина его стенки, а так же

глубина и угол операционного доступа откладывают значительные сложности в выполнении таких операций у кроликов.

Экспериментальные данные показали, что при ожоге тканей желчных протоков и решении об их реконструкции или наложении первичного шва требуется иссечение нежизнеспособных участков на расстоянии не менее 7 мм от краев видимого повреждения, что доказывается сравнением двух групп с первичным наложением анастомоза конец в конец и билиодегистивного анастомоза с и без иссечения поврежденных участков.

### **Частота и структура интраоперационных осложнений при холецистэктомии Синдром первого троакара.**

Синдром первого троакара, нами отмечено у 3 (1,7%) больных, из них в 2 случаях, отмечаны сквозные повреждения тонкого кишечника, а в 1 случае, повреждение поперечно – ободочной кишки. После обнаружения повреждения кишечника перешли в конверсию, было устранено повреждение кишечника. Операции закончили холецистэктомии от шейки, санация и дренирование брюшной полости. Другие менее значимые осложнения у 123 (1,5%) больных, связано с первым троакаром: эмфизема большого салника, эмфизема круглой связке печени, кровотечение из мелких сосудов на места наложения троакаров нами были отнесены к алым осложнениям которые не влияли на ход операции на общего состояния больных

### **Послеоперационное желчеистечение**

По результатам нашего исследования в раннем послеоперационном периоде у 26 (15,3%) больных отмечено желчеистечение. Диагностика желчеистечения основывалась на выделение желчи из дренажной трубки. У 16 (61,5%) больных выделение желчи из дренажных трубок в количестве 100,0-200,0 за сутки на 3-4-ые сутки наблюдались остановки желчеистечения из брюшной полости. У остальных 10 (38,5%) больных в связи с появлением симптомов местного перитонита, мы были вынуждены произвести повторные операции на 3-4 сутки с целью выявить источник желчеистечения, санации брюшной полости и ликвидации желчеистечения. Для ранней диагностики желчеистечения нами предложено **Рац. предложение №3659\R710** «Комбинированный способ ранней диагностики и лечения послеоперационных желчеистечений при лапароскопической холецистэктомии»

У 2 (1,18%) больных после плановой ЛХЭ через 4-5 недели соответственно после операции отмечено ограниченное в брюшной полости скопление желчи в правой подпеченочной и в эпигастральной областях, т.е образовалась билома в размере 10,0x10,0 см.; 15,0x13,0 см. соответственно, этих больных также относили к данной группе осложнений.

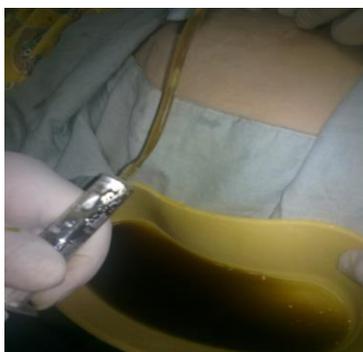


Рисунок 5. Диагностическая пункция биломы



Рисунок 4. Билома послеоперационной области.

### **Интра и послеоперационных кровотечений**

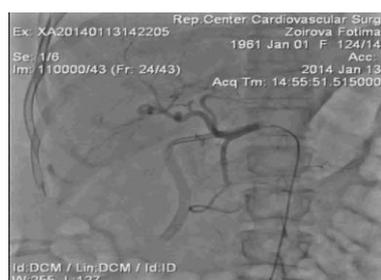
Интраоперационное кровотечение и кровотечения в ближайшем послеоперационном периоде после ЛХЭ является одной из грозных осложнений угрожающий жизни больного.

Частота повреждения пузырной и/или близлежащих артерий во время ЛХЭ имеет прямую пропорциональную связь с анатомическими особенностями треугольника Кало и наличием воспалительного процесса в области гепато-дуоденальной связки. Кровотечение нами отмечено у 28 (16,5%) больных, из них у 9 больных отмечено интраоперационное кровотечение, из них у 5 больных артериальное кровотечение, у 4 больных кровотечение из крупных вен печени повреждение которых наступил в процессе диссекции желчного пузыря. Во всех случаях нами произведена конверсия с целью окончательной остановки кровотечения.

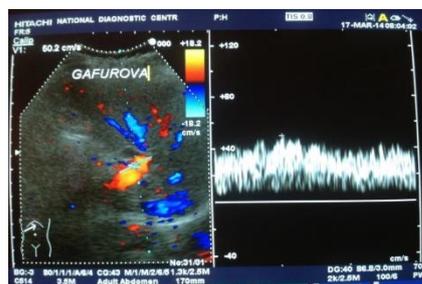
В одном случае нами было отмечено сочетанное повреждение: кровотечения из ветвей правой печёночной артерии и повреждение гепатикохоледоха.



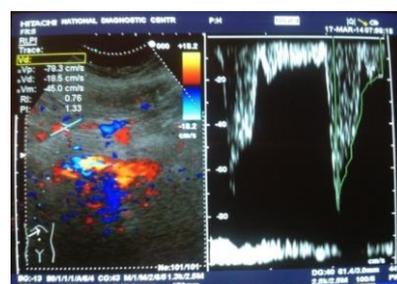
**Рисунок 6. Ангиограмма пациентки 3. Селективная катетерная ангиография ветвей правой печеночной артерии.**



**Рисунок 7. Ангиограмма пациентки 3. Отмечается резкое обеднение артериального рисунка области**



**Рисунок 8. Ультразвуковая сканогамма пациентки 3.**



**Рисунок 9. Отмечаются нормальные параметры кровотока по общей печеночной артерии**

### **Повреждение внепеченочных желчевыводящих путей.**

Одним из грозных осложнений ЛХЭ является повреждение ВЖП. Нами повреждения ВЖП наблюдались у 69 (34,9) больных, из них у 65 (94,2%) больных повреждения было установлено во время операции, у 2 больных клипирование холедоха выявлено через 1 месяца после операции, также у 2 больных с комбинированным повреждением правой печеночной артерии и правого печеночного протока повреждение было выявлено на третьи сутки после операции.

Диагностика повреждения основывалась по следующим критериям: Выделение желчи из проксимального отдела ВЖП после клипирования трубчатого образования принятого за пузырный протоки или скопления желчи в подпеченочной области, осмотр макропрепарата после экстракции из брюшной полости на предмет адекватного пересечения пузырного протока, выделение желчи после клипирования пузырного протока при краевом повреждении.

**Таблица 5. Частота повреждений внепеченочных желчевыводящих путей в период с 2009 по 2013 и с 2014 по 2018 годы.**

| Год       | Количество операции | ПЖВП       |            | Достоверность     |
|-----------|---------------------|------------|------------|-------------------|
|           |                     | Количество | Абс.       |                   |
| 2009-2013 | <b>4501</b>         | <b>59</b>  | 1,31±0,17% | <b>p&lt;0,001</b> |
| 2014-2018 | <b>4555</b>         | <b>10</b>  | 0,22±0,07% |                   |

Структура изолированных повреждений ЖВП показана в таблице 6. Все повреждения ВЖП были структурированы согласно новейшей Ганноверской классификации (2007) ятрогенных повреждений ВЖП при лапароскопической холецистэктомии (Bektas H, SchremH, Winny M, Klempnauer J. Surgical.).

**Таблица 6. Структура повреждений внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии**

| ТИП     | Интерпретация   | Количество ранений | %    |
|---------|---|--------------------|------|
| C1      | Тангенциальная травма <5 мм травма – краевое повреждение общего печеночного протока | 28                 | 40,5 |
| C2      | Обширное повреждение холедоха   | 10                 | 14,4 |
| C3 – D3 | Повреждение области конfluence  | 11                 | 15,9 |
| D1      | Повреждение дистальной части холедоха   | 9                  | 13,0 |
| D2      | Повреждение ниже отхождения пузырного протока                                       | 11                 | 15,9 |
| Всего   |   | 69                 |      |

### **Хирургическое лечение осложнение ЛХЭ**

У 2 больных нами отмечено сквозные повреждения тонкого кишечника, а в 1 случае, повреждение поперечно – ободочной кишки. После обнаружения повреждения кишечника перешли в конверсию, было устранено повреждение кишечника. Операции закончили холецистэктомии от шейки, санация и дренирование брюшной полости.

У 16(61,5%) больных выделение желчи из дренажных трубок в количестве 100,0-200,0 за сутки на 3-4-ые сутки наблюдались остановки желчеистечения из брюшной полости. При нарастании симптомов желчного перитонита 10 больным произведена лапаротомия по Кохеру, у 4 больных с картиной распространенного перитонита повторная операция произведена из верхнесрединного лапаротомного доступа. У остальных 6 больных произведена релапароскопия, что позволило адекватно произвести устранение желчеистечения и санацию брюшной полости.



## Рисунок 10. Интраоперационное фото

Следует отметить, что при повторных операциях установлено, что причиной желчеистечения у 4 больных было соскальзывание клипсы из культы пузырного протока, у 6 больных желчеистечение из абберантных желчных протоков в ложе желчного пузыря, т.е. из желчных протоков Люшко.

Кровотечение нами отмечено у 28 (16,5%) больных, во всех случаях нами произведена конверсия с целью окончательной остановки кровотечения. У 1 больной отмечено повреждение собственной печочной артерии, после мобилизации печёночной артерии произведено формирование анастомоза конец в конец с применением прецизионной техники с использованием шовного материала пролен 6/0 на атравматической игле.

При выявлении повреждения ВЖП производили конверсию, при этом у 11 больных с повреждением области конfluence произведено (гепатоеюноанастомоз) с энтеро-энтероанастомоз по Брауну, 9 больных с повреждением дисатальной части холедоха и 11 повреждение ниже отхождение пузырного протока наложен холедохо-холедохеальный анастомоз после предварительной мобилизации ДПК по Кохеру, с целью профилактики натяжение анастомоза и с дренированием холедоха Т-образный дренажной трубкой, 28 больным с краевым повреждением холедоха наложен боковой шов, 10 больным с обширным повреждением холедоха наложено билио-дегистивный анастомоз по Ру и Юраш-Виноградову по показаниям. У 2 больных с клипированием ОЖП оперативное вмешательство произведено через 1 месяц после ЛХЭ, у больных отмечена нарастающая желтуха, при УЗИ отмечено расширение внутрпеченочных желчных ходов и холедоха до 2-2,5 см. В обоих случаях операция завершена формированием холедохо-дуоденоанастомоза по Юрашу – Виноградову.

Нами разработан патогенетически обоснованный подход для профилактики повреждений ЖВП при лапароскопической холецистэктомии.

Основой техники удаления желчного пузыря должно быть четкая идентификация структур, которая заключается в следующих принципах:

- во всех случаях необходимо производить выделение и мобилизацию желчного пузыря строго по границе его стенки;
- при выделении области шейки желчного пузыря, артерии и протока необходимо ограничить использование электрокоагуляции и по возможности производить препаровку тупым путем в интраклетчаточном пространстве;
- диссекция треугольника Кало должна проводиться крайне деликатно;
- пересечение трубчатых структур должно выполняться только при условии четкого определения их анатомического взаимоотношения;
- гемостаз не должен выполняться вслепую;
- избегать необоснованной коагуляции, или коагуляцию вблизи желчных протоков и сосудов;
- избегать коагуляцию после установки клипсов на культю желчного протока;
- во время переходить на конверсию;

Травма ВЖП, тяжелейшие осложнения при ЛХЭ. При операциях после возникновения ятрогенной травмы необходимо учитывать:

- выполнение повторной операции должно проводится опытным хирургом;
- высокая стоимость лечения;

-послеоперационную инвалидизацию пациентов;

Значимость проблемы:

-«Легкое» отношение хирургов к ЛХЭ-считается ошибочной, операция не для обучающихся;

- постоянно надо проводить исследования по определению частоты осложнений, факторов риска и путей их минимизации.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

### **Основные научные результаты диссертации**

1. После 9056 операций ЛХЭ, различные осложнения наблюдались в 1,8% случаях причинами их развития были воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря (52%), аномалии развития (31%), хирургические погрешности (17%); [1-А,3-А,6-А].
2. Высоко-информативным методом диагностики специфических осложнений ЛХЭ является УЗИ, информативность и специфичность которого составляет 96% и 98%. [51-А,40-А.45-А].
3. Наиболее частыми специфическими осложнениями ЛХЭ являются повреждение ВЖП (40%), желчеистечение (15,3%), желчный перитонит (11,8%) и кровотечение (16,5%) успех лечения, которых зависит от своевременности диагностики. [7-А,9-А,10-А,12-А,15-А]
4. Осложнения не влиявшие на ход операции наблюдаются 0,7% случаях, сердечно-легочные осложнения (4,1%) и тромбозы нижней конечности (9,4%); [17-А, 30-А,35-А]
5. Отдалёнными осложнениями ЛХЭ до 5 лет наблюдения были послеоперационная грыжа 0,08%, резидуальный холедохолитиз (0,06%) и острая спаечная кишечная непроходимость (0,03%).53-А
6. Электро-термические воздействия на стенку холедоха (на эксперименте) зависят от напряжения электрогенератора и сопровождается коагуляционным некрозом и деструкцией его стенки, воспалительной инфильтрацией и рубцово спаечным перипроцессом. [49-А]
7. Разработанные методы переменного пневмоперитонеума являются профилактикой осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы при ЛХЭ. [14-А,5-А].
8. По результатам экспериментального исследования, перевязка правой печёночной артерии как правило сопровождается фатальным некрозом печени. [14-А,27-А,41-А].
9. Эффективность хирургического лечения осложнений ЛХЭ зависит от своевременной диагностики и лечения, которые в конечном итоге отражаются результатам и в ближайшем и в отдалённом послеоперационном периоде. [ 3-А,13-А,28-А].
10. При соблюдении концепций безопасной ЛХЭ возможно минимизировать риск повреждения элементов гепатодуоденальной зоны. [14-А].

## Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Совершенное знание анатомии гепатодуоденальной зоны, ювелирная техника оперирования и соблюдение правил безопасной ЛХЭ, является залогом профилактики осложнения;
2. Наиболее информативными методами диагностики осложнений ЛХЭ, являются УЗИ и МРТ, при этом чувствительность и информативность, которых составило 96% и 98%.
3. Для верификации осложнений ЛХЭ применение диагностической лапароскопии позволяет не только установить характер осложнения, но и в ряде случаев завершить операцию эндохирургическим методом;
  4. С целью профилактики повреждения ВЖП, перед клипированием и пересечением трубчатых структур в области шейки желчного пузыря следует помнить, что только 2 трубчатые структуры входят в желчный пузырь;
- Использование «критического видения безопасности» с целью создания ясной анатомической картины:
- Использование интраоперационного «тайм-аута» перед клипированием и пересечением трубчатых структур:
- Своевременное распознавание возможности нестандартной анатомии во всех случаях:
- Распознавание зон повышенного риска и принятие решения о способе завершения операции:
- Применение современных методов интраоперационной навигации
- При трудностях диссекции или сложности визуализации необходима консультация второго опытного хирурга:
5. Для профилактики осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы необходимо выполнение ЛХЭ в условиях переменного карбоксиперитонеума и применение эластического бинтованные нижних конечностей у больных с венозной патологией нижних конечностей и ожирением.
6. При повреждении холедоха с диастазом не более 1,5-2,0см. методикой выбора реконструкции является холедохо-холедохеальный анастомоз с использованием шовного материала на атравматической игле с последующим дренированием холедоха Т-образной дренажной трубкой, с целью профилактики натяжения анастомоза целесообразным является мобилизация ДПК по Кохеру.
7. При поздно выявленных повреждениях ВЖП, в области конfluence методикой выбора реконструкции является билио-дегистивный анастомоз на выключенной петле тощего кишечника по методике РУ-Оппеля.
8. Разработанный алгоритм хирургической тактики при повреждениях ВЖП, и модифицированная классификация повреждения, позволяют оптимизировать хирургическую тактику и улучшить результаты лечения.

## СПИСОК РАБОТ ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

- [1-А]. Курбанов Д.М. Осложнения лапароскопической холецистэктомии (обзор литературы). Курбанов Д.М. Расулов Н.И, Ашуров А.С.// Новости хирургия, том 22, 3,2014г. Стр 366-373. Рецензируемый научно-практический журнал.
- [2-А]. Курбанов Д.М. Миниинвазивные методы хирургического лечения осложнённых форм ОЖХ. Курбанов Д.М, Ашуров А.С // Здравоохранения Таджикистан №3.стр 47-50. Душанбе 2013г.
- [3-А]. Курбанов Д.М. Опыт хирургического лечения осложнений лапароскопической холецистэктомии. Курбанов Д.М// Научно-медицинский журнал- Вестник Авиценны №3, стр 24-26, Таджикский государственный медицинский университет 2013г.
- [4-А]. Курбанов Д.М. Минилапаратомный доступ при ЖКБ у лиц пожилого и старческого возраста с отягощённым соматическим статусом. Рахматуллоев Р., Норов А.Х, Курбанов Д.М., Расулов Н.И// Здравоохранения Таджикистана № 4, стр 41-43, Душанбе 2011.
- [5-А]. Курбанов Д.М. Результаты хирургического лечения калькулёзного холецистита у больных пожилого и старческого возраста и применением различных методик. Р.Р. Рахматуллоев, А.Х. Норов, Д.М. Курбанов.// Научно-медицинский журнал- Вестник Авиценны №4, стр 29-34, Таджикский государственный медицинский университет 2011г.
- [6-А]. Курбанов Д.М. Осложнения Лапароскопической холецистэктомии при остром калькулёзном холецистите/ Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров// Здравоохранения Таджикистана №3, стр 41-43, Душанбе 2014г.
- [7-А]. Курбанов Д.М. Случай успешного лечения тяжёлых осложнений после лапароскопической холецистэктомии // Д.М. Курбанов// Научно- медицинский журнал- Вестник авиценны №4, стр 29-34, Таджикский государственный медицинский университет 2014г.
- [8-А]. Курбанов Д.М. Лапароскопическая холецистэктомия из единого доступа/ Р.Р. Рахматуллоев, Д.М, Курбанов, Н.И, Расулов, А.Р. Рахматуллоев, А.С. Ашуров // Известник Академии наук республики Таджикистан отделение биологических и медицинских наук №2(182), стр.62-66, Душанбе 2013г.
- [9-А]. Курбанов Д.М. Частота развития осложнения лапароскопической холецистэктомии/ Д.М.Курбанов, А.С. Ашуров, // ВЕСТНИК Педагогического университета № 2 (63-1) С. 146-147 Душанбе-2015.
- [10-А]. Курбанов Д.М. Желчеистечение после лапароскопической холецистэктомии/ Д.М. Курбанов, А.С. Ашуров// ВЕСТНИК Педагогического университета №2(63-1) С. 149-152 Душанбе -2015.
- [11-А]. Курбанов Д.М. Результаты лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите/ Д.М. Курбанов, С.А. Холбоев, Н.И. Расулов // Известия Академии наук Республики Таджикистан отделение биологических и медицинских наук №2(183), стр 62-66, Душанбе 2013г.
- [12-А]. Курбанов Д.М. Билома после Лапароскопической холецистэктомии/ Д.М.Курбанов// Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения, №2,2017г.ст 96-99.
- [13-А]. Курбанов Д.М . Совершенствование методов диагностики и лечения острых заболеваний органов брюшной полости у детей / Ш.Р. Султонов, М.Ф. Абдуллоев, С.С. Расулов, Р.Ш. Ахмедов, Д.М. Курбанов, Х.Д. Гуриев// Детская хирургия.2019:23(1) стр.40-43.
- [14-А]. Курбанов Д.М. Консепсия и пасткунии хатарии себироххоиталхагузар дар вақти холесистэктомияи лапароскопии/ Ч.М. Курбанов, Д.А. Мусоев, Ч.Ч. Курбанов // Авчизухал № 4, 2019с, сах 73-78.
- [15-А]. Пешгирии паёмадхоитромбоэмболитики дар вақти амалиёти холесистэктомияи лапароскопии/ Ч.М. Курбанов, Д.А. Мусоев, Ч.Ч. Курбанов // Авчизухал №4, 2020с сах 72-75.

### Публикации в материалах конференций и других научных изданиях:

- [16-А]. Курбанов Д.М. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчевыводящих путей при лапораскопической холецистэктомии / Р.Рахматуллоев, А.Х. Норов, Д.М. Курбанов // Альманах-институт хирургии имени А.В. Вишневского Т 7, №1, стр 197-199, 2012г.
- [17-А]. Курбанов Д.М. Лапороскопическая холецистэктомия из единого доступа/ Р.Р. Рахматуллоев, А.Х. Норов, Д.М. Курбанов// Альманах-институт хирургии имени А.В. Вишневского Т 7, №1, стр 199-201, 2012г
- [18-А]. Курбанов Д.М. Способ профилактики интраоперационных осложнений при выполнении лапороскопической холецистэктомии/ Д.М. Курбанов/ Патент на изобретении ТУ636 05.11.2014г.
- [19-А]. Курбанов Д.М. Способ установки единого порта при холецистэктомии из единого доступа в зависимости от типа телосложения больных./ Д.М.Курбанов, Н.И.Расулов, А.С. Ашуров// Рационализаторское предложение №3440 R651 04.06.2015г.
- [20-А]. Курбанов Д.М. Способ произведения субтотальной лапороскопической холецистэктомии при остром калкулёзном холецистите/ Д.М.Курбанов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров // Рационализаторское предложение №3436 R651 04.06.2015г.
- [21-А]. Курбанов Д.М. способ установки игла Вериша и первого троакара при наличие послеоперационного рубца передней брюшной стенке/ Д.М.Курбанов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров// // Рационализаторское предложение №3436 R651 04.06.2015г.
- [22-А]. Курбанов Д.М. Диагностическая и лечебная Лапораскопия в ургентной Абдоминальной хирургии/ Д.М. Курбанов, Р.Р. Рахматуллоев, Н.И. Расулов// А.С. Ашуров// 59-я годовичная-научно- практическая конференция ТГМУ имени Абуалииби Сино 17-18 ноября 2011 г. Душанбе, 238-239 ст.
- [23-А]. Курбанов Д.М. Малоинвазивная технология в лечении различных хиургического заболевания/ Р.Р. Рахматуллоев, Д.М. Курбанов, Н.И, Расулов, К.К. Кобилов// 59-я годовичная-научно- практическая конференция ТГМУ имени Абуалииби Сино 17-18 ноября 2011 г. Душанбе, 310-311 ст.
- [24-А]. Курбанов Д.М. Особенности лапораскопической холецистэктомии в зависимости от типа телосложения болных/ Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, С.А. Холбоев, К.К. Кобилов/ // 59-я годовичная-научно- практическая конференция ТГМУ имени Абуалииби Сино 17-18 ноября 2011 г. Душанбе, 268-269 ст.
- [25-А]. Курбанов Д.М. Особенность и значение треугольник Кало при лапароскопической холецистэктомии у лиц с различным типом телосложения/ Р.Р. Рахматуллаев, Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов// 60-ая годовичная научна-практическая конференция с международным участием ТГМУ им. Абуалииби Сино, посвященная 80- летию со дня рождения член-корр, РАМН, профессор Ю.Б. Исаки г. Душанбе 2012г стр.478-479.
- [26-А]. Курбанов Д.М. Результаты малоинвазивного хирургического лечения острого холецистита и его осложнённых форм\ Д.М. Курбанов, К.К. Кобилов, А.С. Ашуров , Н.И. Расулов\ \ Вклад медицинских наук в практическое здравоохранение, Сбор научных статей 61-ой годовичной-практической конференции ТГМУ им. Абуалииби Сино с международным участием 29-30 ноября 2013 года. Г. Душанбе. Стр 366-367.
- [27-А]. Курбанов Д.М. Образование послеоперационных троакарных грыж после лапороскопической холецистэктомии\ Д.М. Курбанов, А.С. Ашуров, И.Х. Муродов\ \ Научно –практическая конференция молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуалииби Сино с международным участием г. Душанбе 24 апреля 2015г стр 107-108
- [28-А]. Курбанов Д.М. Электро-термическое повреждение внепеченочных желчных протоков в экспериментальных условиях\ Д.М. Курбанов, Ф.Н. Саидов, Н.И. Расулов,\ \ Научно – практическая конференция молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуалииби Сино с международным участием г. Душанбе 24 апреля 2015г стр 180-181.

- [29-А. Курбанов Д.М. Диагностика и лечение острого калькулёзного холецистита больных с повышенным операционным риском/ Д.М. Курбанов, А.С. Ашуров, К.К. Кобилов, И.Х. Муродов// Медицинская наука XXI века- взгляд в будущее. Материал международной научно-практической конференции (67-ой годичной), посвященной 80-летию ТГМУ им. Абуалиибни Сино и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)».стр 167-168
- [30-А]. Курбанов Д.М. Особенности лапароскопической холецистэктомии с использованием трёх лапаропортов у больных с сопутствующими патологиями/ Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, М.Б. Бахромов, З.М. Нуров, М.Х. Хакимов// Медицинская наука XXI века- взгляд в будущее. Материал международной научно-практической конференции (67-ой годичной), посвященной 80-летию ТГМУ им. Абуалиибни Сино и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)».стр 171-173.
- [31-А]. Курбанов Д.М. Некоторые особенности лапароскопической холецистэктомии у больных с сердечно-сосудистой и легочной патологией/ Д.М.Курбанов, С.А.Холбоев, Д.А. Мусоев, Х.Н. Мансуров// // Медицинская наука XXI века- взгляд в будущее. Материал международной научно-практической конференции (67-ой годичной), посвященной 80-летию ТГМУ им. Абуалиибни Сино и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)».стр 428-429.
- [32-А]. Курбанов Д.М. Асистируемая лапароскопическая влагалитная экстерпатция матки/ Д.М. Курбанов, И.Х. Муродов, Т.А. Фатхуллаева// Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел(2019-2021)» 19 апреля г Душанбе стр.208.
- [33-А]. Курбанов Д.М.Возможности лапароскопической холецистэктомии из двух доступов в лечении хронического калькулёзного холецистита// Д.М. Курбанов, И.Х. Муродов, Р.М. Зарипова, Н.И. Расулов// Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел(2019-2021)» 19 апреля г Душанбе стр.208.
- [34-А]. Курбанов Д.М. Лапароскопическая холецистэктомия из двух доступов/ Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров// стр 203. Годичная научно-практическая конференция молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуалиибни Сино с международным участием посвященная 90-летию профессор С.И. Рахимова г. Душанбе 2012г.
- [35-А]. Курбанов Д.М Опыт применение лапароскопической холецистэктомии у больных с острым холециститом/ Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров, Д.А. Мусоев Д.А// Сбор научных статей 61-ой годичной- практической конференции ТГМУ им. Абуалиибни Сино с международным участием. Стр 363.
- [36-А]. Курбанов Д.М. Холецистэктомия у больных страдающих острым холециститом с высоким операционно- анестезиологическим риском./ Д.М. Курбанов, С.А. Холбоев, Д.А. Мусоев. Х.Н. Мансуров// конференция 2018г. Стр. 263.
- [37-А]. Курбанов Д.М. Результаты операции при Свежих повреждениях желчных протоков/ Д.М. Курбанов, К.К. Кобилов, А.С. Ашуров// конференция 2018г.
- [38-А]. Курбанов Д.М. Чарроҳии муштарақванатиҷаи он// Ҷ.М. Курбанов, Н.И. Расулов, А.А. Боллиев//Авчизухал №4 2012сол. Саҳ.22-24.
- [39-А]. Курбанов Д.М. Профилактика синдром иглой Верица и первого троакара при наличии послеоперационного рубца на передней брюшной стенке ниже пупка/ Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, З.М. Нуров, М.В. Бахромов, И.Х. Муродов, А.И. Джабаров //Авчизухал №3-2019год. стр.45-46.
- [40-А]. Курбанов Д.М., Сабабхоигузариш ба лапаротомия ҳангоми холецистэктомия лапароскопи./ Ҷ.М. Курбанов, Н.И. Расулов, М.В. Бахромов, С.М. Зардаков// саҳ.50-53. Авчизухал №2 2016сол.

- [41-А]. Курбанов Д.М. Ультразвуковая оценка течения раневого процесса после холецистэктомии.// Д.М. Курбанов.// Научно- медицинский журнал СИМУРГ №3 2019сол стр74\_76.
- [42-А]. Курбанов Д.М. . Натичаимуоинаиосебимаҷроҳои беруниҷағрафӣ дар шароитиэксперименталӣ// Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, М.В. Бахромов, Ф.Н. Саидов// Авҷизухал № 1 2015 солстр 14-19.
- [43-А]. Курбанов Д.М. Частота развития осложнения лапароскопической холецистэктомии/ Д.М. Курбанов, С.А. Ашуров // ВЕСТНИК педагогический университета №2 (63-1) стр 146-148
- [44-А]. Курбанов Д.М. Желчеистечение после лапароскопической холецистэктомии/ Д.М. Курбанов, А.С. Ашуров // ВЕСТНИК педагогический университета №2 (63-1) стр 149
- [45-А]. Курбанов Д.М. Варианты отхождения пузырной артерии и протока при обзорной лапароскопии./ Н.И. Расулов , Д.М.Курбанов, М.Л. Хакимов, Материалы годичная конференции ТГМУ \_2014 г.стр.164.
- [46-А]. Курбанов Д.М. Желчеистечение после различных способов холецистэктомии //Дж.М. Курбанов, К.К. Кобилов, А.С. Ашуров, Н.И. Расулов //2014г материалы 62-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ стр 84-85.
- [47-А]. Курбанов Д.М. Результаты пятилетнего опыта применения эндовидеохирургии /Д.М. Курбанов, С.А. Холбоев, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров //2014г материалы 62-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ стр 87-88.
- [48-А]. Курбанов Д.М. Способ профилактики интраоперационных осложнений при выполнении лапароскопической холецистэктомии // Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, Т.Г. Чакалов, Ф.Р. Эмомов.
- Научный руководитель - к.м.н., доцент Курбанов Д.М. стр 175
- [49-А]. Курбанов Д.М. Лапароскопическая холецистэктомия в условиях стационара одного дня //Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров, Ф.Р. Эмомов. //Научный руководитель- к.м.н., доцент Курбанов Д.М. 175-1762015. Сборник материалов X научно-практической конференции молодых ученых и студентов 2015г
- [50-А]. Курбанов Д.М. Электротермическое повреждение внепеченочных желчных протоков в экспериментальных условиях //Д.М. Курбанов, Ф.Н. Саидов, Н.И. Расулов, И.Н. Назаров научный руководитель- к.м.н., доцент Курбанов Д.М стр 180-181 // Сборник материалов X научно-практической конференции молодых ученых и студентов 2015г
- [51-А]. Курбанов Д.М. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с хроническим калькулёзным холециститом на фоне ожирения/ Д.М. Курбанов, К.К. Кобилов, А.С. Ашуров, А.И. Джаборов, У.С. Хушвактов //Сборник научных статей 65 годичной международной научно практической конференции ТГМУ имени Абуалииби Сино. Г Душанбе 23-24.11.2017.стр.247-248
- [52-А]. Курбанов Д.М. Динамическое ультразвуковое наблюдение раневого процесса после холецистэктомии//Д.М. Курбанов, С.А. Холбаев, Н.И. Расулов, М.В. Бахромов Сборник научных статей 65 годичной международной научно практической конференции ТГМУ имени Абуалииби Сино. Г Душанбе 23-24.11.2017.стр.248-250.
- [53-А]. Курбанов Д.М. Морфологические изменения печени у больных с хроническим калькулёзным холециститом /Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, М.В. Бахромов, С.М. Зардаков, А.И. Джаборов. // Сборник научных статей 65 годичной международной научно практической конференции ТГМУ имени Абуалииби Сино. Г Душанбе 23-24.11.2017.стр.320-321.

### РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Курбанов Дж.М. Способ обработки остаточной полости после эхинококэктомии печени / Дж.М. Курбанов, А.И. Чаборов // Рационализаторское предложение № 3322/R547 11. 12. 2012г.

2. Курбонов Дж.М. Способ установки единого порта при холецистэктомии из единого доступа в зависимости от типа телосложения больных. / Дж.М. Курбонов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров // Рационализаторское предложение № 3440/R655 04. 06. 2015.
3. Курбонов Дж.М. Способ произведения субтотальной лапароскопической холецистэктомии при остром калкулёзном холецистите / Дж.М. Курбонов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров // Рационализаторское предложение № 3436/R651 04. 06. 2015
4. Курбонов Дж.М. Способ установки игла Вериша и первого троакара при наличие послеоперационного рубца передней брюшной стенке / Дж.М. Курбонов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров // Рационализаторское предложение № 3436/R651 04. 06. 2015
5. Курбанов Д.М. Способ установки единого порта при холецистэктомии из единого доступа в зависимости от типа телосложения больных. / Д.М.Курбанов, Н.И.Расулов, А.С. Ашуров// Рационализаторское предложения №3440 R651 04.06.2015г.
6. Курбанов Д.М. Способ произведения субтотальной лапароскопической холецистэктомии при остром калкулёзном холецистите/ Д.М.Курбанов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров // Рационализаторское предложения №3436 R651 04.06.2015г.
7. Комбинированный способ ранней диагностики и лечения послеоперационных желчеистечений при лапароскопической холецистэктомии (рационализаторское предложение № 3659/R710 21. 09. 2019),
8. Методы хирургической реконструкции поврежденных внепеченочных желчных путей при лапароскопической холецистэктомии (рационализаторское предложение № 3655/R706 21. 09. 2019),.
9. Способ лапаролифтинга, при лапароскопической холецистэктомии у больных с сопутствующими сердечно- легочными патологиями (рационализаторское предложение № 3458/R709 21. 09. 2019),
10. Комбинированный способ ранней диагностики и лечения послеоперационных желчеистечений при лапароскопической холецистэктомии (рационализаторское предложение № 3659/R710 21. 09. 2019),
11. Методы хирургической реконструкции поврежденных внепеченочных желчных путей при лапароскопической холецистэктомии (рационализаторское предложение № 3655/R706 21. 09. 2019),.

### ПАТЕНТЫ

1. Курбонов Дж.М. Способ профилактики интраоперационных осложнений при выполнении лапароскопической холецистэктомии. Патент на изобретении ТЈ 63605.11.2014.
2. Курбонов Дж.М. Способ оперативного доступа при хирургическом лечении синдром верхней грудной апертуры. Патент на изобретении ТЈ 69901.06.2015.

### СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

|     |   |                                       |
|-----|---|---------------------------------------|
| АД  | - | артериальное давление                 |
| ВОЗ | - | Всемирная Организация Здравоохранения |
| ГУП | - | государственное унитарное предприятие |
| ДО  | - | дыхательный объем                     |
| ЕЛД | - | единого лапароскопического доступа    |
| ЖЕЛ | - | жизненная емкость легких              |
| ЖКБ | - | желчнокаменная болезнь                |
| ИВЛ | - | искусственная вентиляция легких       |
| ЛХЭ | - | лапароскопическая холецистэктомия     |

|       |   |   |
|-------|---|---|
| МВЛ   | - | максимальная вентиляция легких                  |
| МОД   | - | минутный объем дыхания                          |
| ОФВ   | - | объем форсированного выдоха                     |
| ПОС   | - | пиковая объемная скорость (выдоха)              |
| Ровд  | - | резервный объем вдоха                           |
| Ровыд | - | резервный объем выдоха                          |
| СОС   | - | средняя объемная скорость форсированного выдоха |
| ТЛХЭ  | - | традиционный лапароскопической холецистэктомия  |
| УЗИ   | - | ультразвуковое исследование                     |
| ФВД   | - | функция внешнего дыхания                        |
| ХИБС  | - | хроническая ишемическая болезнь сердца          |
| ХКХ   | - | хронического калкульёзного холецистит           |
| ХЖКБ  | - | хроническая желчнокаменная болезнь              |
| ЧД    | - | частота дыхания                                 |

**МДТ «ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ  
АБӮАЛИЙ ИБНИ СИНО»**

**УДК: 616.366-003.7-089.87-072.**

*Бо ҳуқуқи дастнавис*

**ҚУРБОНОВ ҚӮРАБЕК МУМИНОВИЧ**

**КЛИНИКА, ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ҚАРРОҶИИ ОРИЗАҶОИ  
ЛАПАРОСКОПИЯИ ХОЛЕТСИСТЭКТОМИЯ ВА УСУЛҶОИ ПЕШГИРИИ  
ОНҶО**

(таҳқиқоти эксперименталӣ-клиникӣ)

**АВТОРЕФЕРАТИ**

рисолаи доктори илмҳои тиб  
аз рӯйи ихтисоси 14.01.17 – Қарроҷӣ

**Душанбе-2020**

Таҳқиқот дар пойгоҳи кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро карда шудааст.

**Мушовири илмӣ:**

**Раҳматуллоев Раҳимҷон** - доктори илмҳои тиб, сардухтури маркази ташхисию табобати «Вароруд» ВТ ва ХИА ҚТ

**Муқарризи расмӣ:**

**Галлямов Эдуард Абдулхаевич** - доктори илмҳои тиб, табиби хизматнишондодаи ФР, мудири кафедраи ҷарроҳии умумии факултети муолиҷавии МФАДФТО Донишгоҳи тиббии якуми Москва ба номи И.М. Сеченев.  
**Мухиддин Нуридин Давлатали** - доктори илмҳои тиб, мудири кафедраи бемориҳои ҷарраҳива эндочарроҳии МТД Донишқадаи баъдидипломии соҳаи тандурусти.

**Амонов Шухрат Шодиевич** - доктори илмҳои тиб, корманди илмии шуъбаи ҷарроҳии эндоскопии МИҚ дилу рағҳои ВТ ва ХИА ҚТ

**Муассисаи тақриздиханда:**

ДФБД ММТ Ҷарроҳии ба номи А.В. Вишневский» Вазорати тандурустии Россия.

Ҳимояи диссертатсия «\_\_\_» \_\_\_\_\_ с. 2021 соати \_\_\_\_\_ дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6Д.КOA\_025. МТД ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино баргузор мегардад. Сӯроға: (734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139. [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj))

Бо диссертатсия дар китобхонаи илмии МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин ([www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj)).

Автореферат «\_\_\_» \_\_\_\_\_ с. 2020 ирсол гардид

**Котиби илмии Шӯрои диссертатсионӣ, доктори илмҳои тиб**

**Юнусов И.А**

## МУҚАДДИМА

**Мубрамӣ ва зарурати баргузории таҳқиқот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия.** Бемории санги талхадон (БСТ) яке аз паҳншудатарин бемориҳои узвҳои ковокии шикам аст, ки миқдори он тибқи маълумоти муаллифони гуногун то 16-20% мерасад ва тамоюли зиёдшавӣ дорад. Асри XXI бо татбиқ ва рушди барқарорсозии технологияҳои эндовидеочарроҳӣ дар клиника ва тавсир ёфтани соҳаи истифодаи онҳо машҳур аст. Холесистэктомияи лапароскопӣ стандарти тиллоии табобати бемориҳои санги талхадон гашт. Дар кишварҳои пешрафтаи дунё то 98%-и ҳолатҳои холесистэктомия бо истифода аз техникаи видеолопароскопӣ (Б.С. Брискин и соавт. 2008) иҷро карда мешавад.

Татбиқ намудани технологияи лапароскопӣ аз худ мушкilotи навро ба вучуд меорад. Амалиётҳои чарроҳии лапароскопӣ аз оризаҳои хоси «чарроҳии кушода» эмин нестанд, ҳамчунин пайдошавии оризаҳои махсуси худродоранд, ки ба ақидаи муаллифони гуногун то 5-30%-ро ташкил медиҳанд. Чунин паҳншавии миқдори зиёди оризаҳо бинобар шарҳҳои гуногун ва набудани таснифи ягонаи ХЭЛ (холесистэктомияи лапароскопӣ) рух додааст (Л.Е. Славин и Е.И. Сигал, 2009 Казань.).

Тибқи маълумоти И.В. Фёдоров (2009) оризаи нисбатан хатарноки ХЭЛ ин осеб дидани маҷроҳои хоричкунандавии талха, хунравӣ, осебҳои ятрогении (табибзоди)узвҳои ковокии шикам ба ҳисоб мераванд, ки аснои чарроҳӣ тағйир додани тактикаи чарроҳиро талаб мекунад. Маълумоти муаллифони дигар, миқдори зиёди оризаҳо дар 500-1000 чарроҳии аввал ба амал меоянд, дар чарроҳии минбаъда бо аз худ кардани таҷриба ва техникаи ХЭЛ кам шудани миқдори оризаҳо то рақами минималӣ ба мушоҳида мерасад (А.М. Чугунов ва Л.Е.Славин 2005) .

Дар шахсони калонсол ва пиронсол, вақте ки бемориҳои ҳамроҳшудаи зиёд мавҷуданд, таъсири манфии карбоксиперитонеуми пуршиддат ба функсияи системаҳои дилу рағҳо ва нафаскашӣ ба назар мерасад.

Ҳолатҳои анатомии мураккаб, ки ҳангоми чаорроҳӣ дар 3-5%-и беморон дида мешавад, низ табибро маҷбур месозанд, ки дар 3-5 ҳолат ба усули кушодаи чарроҳӣ ё конверсия гузаранд (А.Ф. Попов и А.С. Балалыкин; 1997). Дар робита ба гуфтаҳои дар боло зикршуда, омӯзиши омилҳои хатари ХЭЛ, миқдори хусусиятҳои оризаҳо, коркарди самараноки чорабиниҳои профилактикӣ, проблемаи мубрами гастроэнтерологияи чарроҳӣ ба шумор мераванд.

**Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ.** Вобаста ба афзудани давомнокии ҳаёт, бехтар шудани шароити иҷтимоӣ-маишӣ, шахришавӣ, зиёд шудани миқдори бемории санги талхадон низ ба амал меояд. Чунончи, тибқи маълумоти адабиёти илмӣ, миқдори БСТ (бемориҳои санги талхадон) дар занҳо бештар аст – дар 4 аз 10 нафар, дар байни мардҳо бошад, таносубаш 1:10 [29, 127, 165, 234] аст. Дар ИМА аз БСТ (бемориҳои санги талхадон) тақрибан 20-25 млн одам, дар Италия 8,2%-и аҳоли аз БСТ ранҷ мекашанд [182, 231, 232]. Дар байни шахсони пиронсол БСТ дар 40-55%-и ҳолатҳо ба қайд гирифта шудааст [29, 34, 43, 238]. Гарчанде аз иҷрои холесистэктомияи аввалин дар 100 сол сипарӣ шуда бошад ҳам, вақте ки бори нахуст холесистэктомияро Лангенбух иҷро карда буд, то ҳанӯз муҳокимаи баъзе чанбаҳои ин амалиёти чарроҳӣ дар адабиёти илмӣ идома дорад. Усулҳои анъанавии чарроҳӣ осебпазиранд ва дар даврҳои наздик ва дури пас аз чарроҳӣ оризаҳои гуногунро ба бор меоранд.

Охири асри ХХ бо рушди босуръати технологияи тиббӣ ва татбиқи онҳо дар амалияи клиникӣ, аз ҷумла усулҳои лапароскопии ҷарроҳӣ шуҳратёб гашта буд.

Бори нахуст дар ҷаҳон ЛС ҳолетсистэктомияро ҷарроҳи Франсуз Филипп Муре (1980) иҷро карда буд, дар солҳои минбаъда ин усулҳои ҷарроҳӣ ба таври васеъ паҳн шуданд, имрӯз дар мамолики мутараққӣ то 98%-и ҳолатҳои ҳолетсистэктомия бо усули ЛС анҷом дода мешаванд. Аммо татбиқи васеи он дар амалияи клиникӣ орнизаҳои махсусро ба бор овард, ки хоси ҳамин усулӣ ҷарроҳӣ ҳастанд. Ҳамин тавр, тибқи маълумоти адабиёти илмӣ оризаҳои гуногуни ХЭЛ ( ҳолетсистэктомияилапароскопӣ) дар ҷараёни ҷарроҳӣ, дар давраҳои наздиктарин ва дури пас аз ҷарроҳӣ аз 0,5 то 10%-и ҳолатро ташкил медиҳанд, ки бадтарини онҳо осеббинии РТР (роҳҳои талхарон) мебошад, ва то 05%-и ҳолатҳо дида мешавад ва ин рақамҳо ба камшавӣ майл доранд. Таъкид кардан ба маврид аст, ки дар муқоиса аз оризаҳои пас аз иҷро кардани ҳолетсистэктомияи анъанавӣ вазнин мегузаранд ва ислоҳи онҳо аз ҷарроҳ малакаҳои махсуси тактиқиро талаб мекунад. Мувофиқи маълумоти адабиёти илмӣ оид ба ислоҳи гуногуни осебҳои табибзод (ятрогенӣ), масалан набудани нишондоди дақиқ барои иҷро кардани реконструксияи РТР дар давраи дохилиҷарроҳӣ ё пас аз ҷарроҳӣ ақидаҳои муҳолиф мавҷуданд.

**Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот.** Дар марҳалаҳои муосири гепатобиллиарӣ, сари вақт ислоҳ кардани ХЭЛ яке аз проблемаҳои то ҳол ҳалнашуда боқӣ мемонад. Дар адабиёти илмӣ тавсияҳои ба ислоҳи оризаҳои дахлдор қариб ки ба ҷашм намерасанд, ҳамчунин стратегияи ягона ва консепсияи беҳатари оризаҳои ХЭЛ мавҷуд нест, ки имконият медиҳад оризаҳои гуногуни ХЭЛ ба таври назаррас кам карда шаванд ва ба ин восита вазъи иҷтимоии беморон беҳтар карда шаванд.

## **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

**Мақсади таҳқиқот.** Муайян карданитабобати ҷарроҳии ратсионалии оризаҳои ХЭЛ, бо роҳи коркарди усулҳои муосири ташхис ва усулҳои самараноки табобат ва пешгирии он.

**Объекти таҳқиқот.** Объекти таҳқиқот омӯзиши ретроспективӣ ва проспективии протоколҳои ҷарроҳӣ, сабти видеои 9056 бемори аз хусуси бемориҳои санги талхадон (БСТ) бо истифодаи усули лапароскопӣ дар давраи солҳои 2007-2017 ҷарроҳишуда мебошад. Дар байни таҳқиқшудаҳо оризаҳои гуногун пас аз ХЭЛ дар 169 (1,8%) беморон ба мушоҳида расид.

Ҳамаи беморони таҳқиқшуда дар шароити ММЧҷарроҳии дилу рағҳо, БШК №2, ш. Душанбе, МТТ Вароруд, ш. Турсунзода ва дар пойгоҳи кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ҷарроҳӣ карда шуданд.

**Мавзӯи таҳқиқот.** Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши сабабҳои гуногуни оризаҳо ва ислоҳи онҳо дар беморони таҳқиқшуда буд. Ҳамчунин, бо мақсади муайян кардани майдон ва амиқии паҳншавии таъсироти электротермикӣ ба воситаи электроди бисёркутба дар 31 харгӯш дар шароити ОМИТ-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино эксперимент гузаронида шуд.

### **Вазифаҳои таҳқиқот**

1. Муқаррар кардани сабабҳои асосӣ ва предикатори (пешхабари) хатари инкишофи басомад ва хусусиятҳои оризаҳои ҳолетсистэктомияи лапароскопӣ .

2. Муайян кардани иттилоотноки усулҳои иловагии таҳқиқот дар ташхиси оризаҳои ХЭЛ.
3. Омӯзиши тағйироти морфологии паҳншавӣ ва хусусиятҳои осебҳои электротермии маҷроҳои талхарон ва чигар, дар эксперимент.
4. Таҳияи алгоритми тактикаи ҷарроҳӣ ҳангоми осебҳои маҷроҳои хоричичигарии талха.
5. Таҳияи ҷорабиниҳои профилактики системаи дилу рағҳо ва нафаскашӣ, ки ба карбоксиперитонеуми пуршиддат алоқамандӣ доранд.
6. Омӯзиши самаранокии табобати ҷарроҳии оризаҳои ХЭЛ дар давраҳои наздиктарин ва дури пас аз ҷарроҳӣ.
7. Таҳияи концепсияи ХЭЛ-и беҳатар.

**Усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқоти клиникӣ, ТУС-и узвҳои ковокии шикам, таҳқиқоти функцияи системаи нафаскашӣ, таҳқиқоти функцияи дил, рентгенографияи узвҳои ковокии шикам, холангиопанкреатографияи эндоскопии ретроградӣ, ТМР, ТК, усулҳои таҳқиқоти морфологӣ.

#### **Соҳаи таҳқиқот.**

Пажӯҳиши диссертатсия бо шиносномаи КОА-и назди Президенти ҶТ оид ба ихтисоси 14.01.17- Ҷарроҳӣ мувофиқат мекунад. Зербандҳои: 6 амалиётҳои ҷарроҳии лапароскопӣ ва торакокопӣ; 7 Патологияи чигар ва роҳҳои талхарон; 8 омодагии пешазҷарроҳӣ ва мувоқибати давраи пас аз ҷарроҳӣ. Сабабҳо ва патогенези пайдошавии оризаҳо ҳангоми холетсистэктомиаи лапароскопӣ.

**Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва озмоишитаҳқиқот.** Дар таҳқиқот иттилоот (диссертатсияи Даминова Н.М, ки дар Шӯрои диссертатсионии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дифоъ шудааст, мақолаҳои илмӣ дар маҷаллаҳо нашршуда, конференсия ва симпозиумҳо: Абдуллоев Ҷ. А, Мухиддинов Н. Д., Гулов М.Қ., Маҳмадов Ф.И., Гулмуродов Т.Г., Раҳматуллаев Р.) –и ба ин беморӣ бахшидашуда мавриди омӯзиш ва баррасӣ қарор дода шуданд.

**Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия** шубҳаовар нест, зеро ки пажӯҳиши диссертатсионӣ бо таҳқиқотҳои сершумори клиникӣ ва эксперименталӣ, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва нашрияҳо таълиф шудааст. Хулосаҳо ва тавсияҳо дар заминаи таҳқиқоти илмӣ таҳлили натиҷаҳои табобати беморони мубтало ба оризаҳои ХЭЛ асоснок карда шудаанд.

**Навгонии илмӣ таҳқиқот.** Бори нахуст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар асоси омӯзиши ретроспективии омӯзиши таърихи беморӣ ва сабти видеоии ҷарроҳӣҳо, дар маводи микдоран зиёди клиникӣ басомади оризаҳои гуногуни ХЭЛ мавриди омӯзиш қарор дода шудааст, таҳқиқоти морфологии таъсири электроди монополярӣ (камкутба) ба бофтаҳои чигар дар эксперимент дар ҳайвонот гузаронида шуд, тағйироти сохтории маҷроҳои харичичигарии талха ҳангоми таъсиррасонии термикӣ бо қувваи 20-40Вт, 40-60Вт, 60-80Вт омӯхта шуд. Басомади осебҳои ятрогенӣ ҳангоми ХЭЛ омӯхта ва муайян карда шуд.

Оризаҳои ХЭЛ дар асоси истифодаи усулҳои муосири ғайринвазивии ташхис таҳия карда шуд. Таснифи модификатсионии осебҳои РТР ва алгоритми тактикаи ҷарроҳӣҳангоми

оризаҳои ХЭЛ таҳия карда шуд. Ҷанбаҳои иҷтимоӣ-иқтисодии табобати ортизаҳои ХЭЛ омӯхта шуд. Омилҳои хатаре, ки ба пайдошавии ортизаҳо таъсир мерасонанд, омӯхта шуданд. Усулҳои гузаронидани ҳолетсистэктомияи лапароскоп субтоталӣ ҳангоми ҳолетсистити калкулёзии шадид (**пешниҳоди ратсионализатории № 3436/R651 04. 06. 2015**) усули гузоштани сӯзаниВерииш ва троакари якум ҳангоми вучуд доштани ҳадшаи пасазҷарроҳии девораи пеши ковокии шикам (**пешниҳоди ратсионализатории № 3436/R651 04.,2015**) усули омехтаи ташхиси барвақт ва табобати баъдичарроҳии талхашорӣҳангоми ҳолетсистэктомияи лапароскопӣ (**пешниҳоди ратсионализатории № 3659/R710 21. 09. 2019**), усулҳои реконструксияҳои ҷарроҳии осебҳои хоричичигарии роҳҳои талха ҳангоми ҳолетсистэктомияи лапароскопӣ (**пешниҳоди ратсионализатории № 3655/R706 21. 09. 2019**), усули лапаролифтинг ҳангоми ҳолетсистэктомияи лапароскопӣ дар беморони дорони бемориҳои ҳамроҳшудаи дилу рағҳо (**пешниҳоди ратсионализатории № 3458/R709 21. 09. 2019**), ки ба қадри назаррас ортизаҳои ХЭЛ-ро кам мекунанд.

Бо мақсади кам кардани ортизаҳои дохилиҷарроҳӣҳангоми ҳолесистити шадид усуле таҳия карда шудааст, дар мавзӯи “Усулҳои пешгирии ортизаҳои дохилиҷарроҳӣҳангоми иҷро кардани ҳолетсистэктомияи лапароскопӣ” **патент ва ихтироиТJ 636 05.11.2014** гирифта шудааст.

**Аҳамияти назарии таҳқиқот** аз он иборат аст, ки нуқтаҳои назариявӣ ва методологӣ, ҳулосаҳо ва тавсияҳои дар диссертлатсия овардашуда метавонанд, ки дар раванди таълими макотиби олии тиббӣ ва табибони амалӣ мавриди истифода қарор дода шаванд.

#### **Аҳамияти амалии таҳқиқот:**

1. Алгоритми табобатӣ-ташхисии таҳияшуда имконият медиҳад, ки сари вақт ва ба таври эътимоднок ортизаҳои дохили ҷарроҳӣҳангоми ХЭЛ анҷом дода ва натиҷаҳои табобати беморони мубтало ба ортизаҳои ҳолетсистэктомияи лапароскопӣ беҳтар карда шаванд.
2. Усули пешниҳодкардаи мо таъриқи субсерозии маҳлули гарми физиологӣ ба девораи талхадон ва бандаки гепатодуоденалӣ ҳангоми ҳолесистити шадид,хоричшавии талхадон ва идентификатсияи сохтҳои найчаи талхадон шаклро каме сабук мегардонад.
3. Барои амалияи клиникӣ, истифодаи карбоксиперитонеуми идорашаванда дар беморони мубтало ба бемориҳои системаи дилу рағҳо ва нафаскашӣ пешниҳод карда шуд.
4. Концепсияҳои таҳияшудаи ҳолетсистэктомияи беҳатар хатари РТР –ро хеле кам месозад.
5. Таҳлилҳои морфологӣ имконият медиҳанд, ки майдони паҳншавӣ ва амикии таъсиррасонии термикӣ ба бофтаҳо ҳангоми электрокоагулятсияи монополярӣ ва тактикаи ҷарроҳии ортизаҳои ХЭЛ муайян карда шаванд.
6. Истифодаи электрокоагулятсияи монополярӣ бо қўвваи 20-40 ВТ. ҳангоми иҷро намудани ХЭЛ варианти оптималӣ ба ҳисоб меравад.

#### **Нуқтаҳои ҷимояшавандаи диссертатсия:**

1. Зухуроти клиники ортизаҳои интерҷарроҳӣ ва пас аз ҷарроҳии ортизаҳои ХЭЛ, ки полиморфизми возеҳ доранд, дар як қатор ҳолатҳо сари вақт ошкор намудани ортизаҳои мушкил мегардонад. Дар робита аз ин бо мақсади барвақт ошкор намудани ортизаҳои интерҷарроҳӣ, дар комплекси ҷорабиниҳои ташхисӣ бояд ҷои муҳимро усулҳои холангиографияи интерҷарроҳӣ ва инструменталии каминвазивӣ ишғол намоянд.

2. ТУС (Таҳқиқоти Ултрасадоӣ) яке аз усулҳои бозътимод ва самараноки вариантҳои таҳқиқоти барои ошкор намудани вариантҳои гуногуни анатомӣ ва возеҳии протесси инфилтративӣ-часпандагӣ дар минтақаи гепатодуоденалӣ ба ҳисоб меравад.
3. Оризаи хатарноктарини ХЭЛ, осеб дидани РТР ба ҳисоб меравад, ки то 95%-и осебхоро ташкил медиҳад, РТР ҳангоми ҷарроҳӣ аз рӯйи аломатҳои махсус –хориҷшавии талха аз нӯги проксималии РТР пас аз ХЭЛ муайян карда мешавад. Ҳангоми диастаз ҳолати бештар аз 1,5-2,0 см методикаи интиҳоби реконструксия анастомози гепатобилиарӣ бо истифода аз маводи дӯхт дар сӯзани атравматикӣ ба ҳисоб меравад.
4. Бо мақсади беҳтар кардани натиҷаҳои оризаҳои интраҷарроҳӣ, иҷро намудани комплекси таҳқиқотҳои инструменталӣ зарур аст, ки барои муайян намудани осебҳои РТРхолангиографияи интраҷарроҳӣ ва РПХГ –ро дар бар мегирад.
5. Дар сурати дер ошкор намудани осебҳои РТР, дар ноҳияи конfluence, гузоштани анастомози билио-дегестивӣ дар гиреҳи қатъшудаи рӯдаи пуч (тихирӯда) бо усули РУ-Оппел мувофиқи мақсад аст.
6. Бо мақсади муайян кардани майдони паҳншавӣ ва амиқии таъсироти термикӣ ба бофтаҳо, ҳангоми электрокоагулятсияи монополярӣ, мо дар 31 харгӯш дар шароити ОМИТ-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иҷозати комиссияи этикӣ эксперимент гузаронидем. Пас аз таъсиррасонии бевоситаи электро-термикӣ бо қувваи 20-40 ВТ, дар ноҳияи электрокоагулятсия, ки дар равиши ҷароҳат хати демаркатсионӣ ва вали лейкоцитарио ташаккул медиҳанд, тағйироти тромбӣ-некротикӣ ба амал меояд. Пас аз электрокоагулятсия бо қувваи 40-60 ВТ, бартариҳои ҷойгиршавии бетартиби лифҳои коллагении унсурҳои хучайравӣ бо мавзӯҳои некробиотикӣ бартарӣ доранд.
7. Дар шахсони дорои бемориҳои системаҳои дилу рағҳо ва нафаскашӣ бартариро ба ҳолати систэктомия бо истифода аз корбокситеритонеуми идорашаванда додан лозим аст, дар беморони дорои бемориҳои андомҳои поёнӣ истифода кардани бинтпечи эластикӣ кардани андомҳои поёнӣ, ҳамчунин то ва пас аз ҷарроҳӣ истифода намудани антикоагулянти пастмолекулярӣ (фарагмин) барои профилактикаи тромбоемболия мувофиқи мақсад мебошад.

**Саҳми шахсии довталаб.** Муаллифи диссертатсия бевосита худаш маводи диссертатсияро омӯхта, дар иҷрои амалиётҳои ҷарроҳӣ бевосита иштирок намудааст ва ё бевосита саҳм гирифтааст, мақолаҳои илмиашро дар конференсияҳои гуногуни ҷумҳуриявӣ ва байналмилалӣ нашр кардааст. Муаллиф маводи заруриро ҷамъоварӣ, коркарди омӯри ва қисми эксперименталии пажӯҳиши диссертатсияро гузаронидааст. Натиҷаҳои муҳимтарини диссертатсия дар маҷаллаҳои илмии даврӣ пешниҳод карда шудаанд.

#### **Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он.**

Нуктаҳои асосии таҳқиқот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия дар конференсияи олимони ҷавон ва донишҷӯёни ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (Душанбе, 2013); дар конференсияи олимони ҷавон ва донишҷӯёни ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (Душанбе, 2014); дар конференсияи олимони ҷавон ва донишҷӯёни ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (Душанбе, 2016); конференсияи 63 -юми солонаи илмӣ- амалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (Душанбе, с. 2015); конференсияи 65 -уми солонаи илмӣ- амалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (Душанбе, с. 2017); дар ҷамъияти ҷарроҳии эндоскопии Россия (Москва, 2012); дар

конференсияи илмӣ-амалии байналмилалии эндочарроҳӣ дар шароити статсионари бисёрсоҳа (Санкт-Петербург, 2014); дар форуми тиббӣ ва фарматсевтии Осиёи Марказӣ (Пекин, 2015). дар комиссияи проблемавии фанҳои ҷарроҳӣ дар ММТ Ҷарроҳи ба номи А.В.Вишневский (Москва, 2017. 24. 04.) гузориш, баррасӣ ва пешниҳод карда шудаанд.

**Интишори натиҷаҳои диссертатсия.** Дар доираи мавзӯҳои рисола 53 таълифоти илмӣ нашр шудааст, ки аз ҷумлаи онҳо 14 мақола дар маҷаллаҳои тақризишавандаи тавсиянамудаи ҚОА – и назди Президенти ҚТ ба ҷоп расидааст. Барои ихтироӣ як патент ва 5 шаҳодатнома дар бораи пешниҳодҳои ратсионалиторӣ гирифта шудааст.

**Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия.** Диссертатсия дар ҳаҷми 179 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, 17 ҷадвал, 50 расм ва 2 схема дорад. Рисола аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, 7 боби натиҷаҳои таҳқиқоти худӣ диссертант, хулосаҳо, феҳристи адабиёти истифодашуда иборат мебошад, нишондиҳандаҳои библиографӣ 253 сарчашмаро дар бар гирифтааст, ки аз он 126 сарчашма бо забони русӣ ва 127 сарчашма бо забонҳои дигари ҳориҷӣ мебошанд.

## **МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ**

### **Мавод ва усулҳои таҳқиқот.**

Таҳқиқоти диссертатсионӣ дар заминаи таҳқиқот ва табобати ҷарроҳӣ, омӯзиши и ретроспективии таърихи беморӣ ва маводҳои видеоии 9056 бемор, ки аз хусуси БСТ дар давраи солҳои 2007-2017 ҷарроҳӣ шуда буданд, асонок карда шудааст. Дар ин маврид дар байни таҳқиқшудагонӣ пас аз ХЭЛ дар 169 (1,8%) –и беморон оризаҳои гуногун ба мушоҳида расид. бояд таъкид кард, ки аз миқдори умумии таҳқиқшудагон, дар 109 ориза дар 6320 (60%) нафар ба қайд гирифта шуд, ки аз хусуси БМСТ (бемории музмини санги талхадон) аз рӯи нақша ҷарроҳӣ шуда буданд, 60 оризаҳои боқимонда дар 2736 (30%) беморони ҷарроҳишуда аз хусуси холесистити калкулёзии шадид дар намуди таъхиршуда дида шуд.

Беморони таҳқиқшуда дар МҶИЧДР, БКШ №2 ш. Душанбе, ҚТС МДУ ТАЛКО, МТТ «Вароруд» ш. Турсунаде ва МТТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ки базаи клиникаи кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографӣ маҳсуб мешавад, ҷарроҳӣ шуда буданд.

Оризаҳои асосӣ ҳангоми холесистэктомияи лапароскопӣ инҳо буданд: - осебҳои маҷроҳҳои хориҷичигарии талхадон;

- осебҳои рағҳои дарҳои чигар;

- оризаҳои дилу рағҳо;

- тромбози варидҳои амиқ ва ТЭШШ

- перитонитҳои пасазҷарроҳии талха.

Басомади оризаҳо, ки ҳангоми усулҳои гуногуни холесистэктомияи лапароскопӣ пайдо шудаанд, дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

**Ҷадвали 1. Басомади оризаҳо, ки ҳангоми усулҳои гуногуни холесистэктомияи лапароскопӣ пайдо шудаанд (n=169)**

| Оризаҳо           |   | Миқдори беморон | Мутл. %    |
|-------------------|---|-----------------|------------|
| Оризаҳои махсус   | Хунравӣ                                   | 28              | 15,6       |
|                   | Талхашорӣ                                 | 26              | 15,4       |
|                   | Перитонити талха                          | 20              | 11,8       |
|                   | Осебҳои РТР                               | 69              | 40,8       |
|                   | Синдроми якуми троакара                   | 3               | 1,8        |
| Оризаҳои номахсус | Тромбофлебитҳо ва тромбозҳои системаи НПВ | 16              | 9,5        |
|                   | ТЭШШ                                      | 2               | 1,2        |
|                   | Норасоии оризаҳои дилу рағҳо              | 3               | 1,8        |
|                   | ОДН                                       | 2               | 1,2        |
|                   | <b>ҶАМАГӢ:</b>                            | <b>169</b>      | <b>100</b> |

Аз 169 бемори гирифтори оризаҳои интрачарроҳӣ ва пас аз чарроҳӣ бемориҳои ҳамроҳшуда ва чарроҳии қаблан аз сар гузаронидашуда дар 156 бемор ва 4 ҳолат дар анамнез чарроҳии аз сар гузаронидашуда бақайд гирифта шуд, дар ин маврид дар ҳама ҳолатҳо чарроҳии қисми поёнии ковокии шикам буданд.

Ҳангоми таҳқиқоти беморони мубтало ба оризаҳои ХЭЛ усулҳои комплекси клиникӣ ва лабораторӣ-инструменталӣ истифода шуданд. Дар ин мавриданамнези беморӣ, санаи чарроҳии аввалин, пайдо шудани симптомҳои хоси оризаҳо омӯхта шуданд. ТУС дар дастгоҳҳои ТУС SIUICTS-415PLUS бо истифодаи ҳисбунақҳои конвексии 7-10 Мгс гузаронида шуд. Ҳамчунин дар давраи пас аз чарроҳӣ ТУС-и динамикӣ ва ҳатман дар рӯзи рухсат шудани бемор гузаронида шуд. Таҳқиқотҳои рентгенографӣ дар **69** бемор сурат гирифт, дар ин маврид ба мавҷуд будани пневматози рӯдаҳо, гази озоди ковокии шикам диққати махсус дода шуд. Барои ташҳиси гипертензияи талха мо дар 8 бемор аз усули МР – холангиография истифода кардем. Ин усул дар беморони мубтало ба ихтилолҳои шадиди талхашорӣ, ки пас аз чарроҳӣ ядо шудаанд, нисбатан оптималӣ, беҳатар ва дақиқ ба шумор меравад. Таҳқиқот дар ҳуҷраи МРТ-дар давоми 40-50 дақиқа гузаронида шуд. МР – холангиография дар дастгоҳи насли охири «SignalInfiniti 1,0 T» гузаронида шуд. тасвирҳо дар сатҳҳои гуногун гирифта шуданд. Истифодаи МР – холангиография имконият дод, ки сатҳи сафедаимачроҳии хоричичигарӣ дақиқ муайян карда шавад.

ЭРХПГ-и ташҳисӣ бо ёрии дастгоҳи СЕМТЕСН карда шуд. ЭРХПГ дар ҳама ҳолатҳо ба воситаи пистонаки калони дуоденалӣ иҷро карда шуд. нишондодҳо барои гузаронидани ЭРХПГ пайдо шудани перитонити талха (дефект/осеби холедох) пас аз холетсистэктомияи лапароскопӣ пас аз гипертензияи талха ё ҳангоми будани он бо мақсади муайян кардани

сабабҳо ва гирифта партофтани санги резидуалии роҳҳои талха иҷро карда мешавад. дар баробари имконпазирии контрастсозии маҷроҳои талха ин усул имконият медиҳад, ки ба таври визуалӣ ҳолати меъда ва рӯдаи 12-ангушта, пистонаки калони дуоденалӣ ва ноҳияи периампулярӣ баҳогузорӣ карда шавад, ҳамчунин далели воридшавии талха ва ё набудани он дар ковокии рӯдаҳо тафсир дода шавад. Дар баробари ин усул имконият дод, ки сатҳи инсидод (обтуратсия) ё дефекти холедох, ҳамчунин хусусият ва паҳншавии протесси патологӣ муайян карда шавад.

### Натиҷаҳои таҳқиқотҳои лабораторӣ

Дар ташҳиси оризаҳои ХЭЛ усулҳои таҳқиқоти лабораторӣ аҳамияти бузург доранд, онҳоро ба гурӯҳи дастрасии умумӣ дохил мекунам. Бояд қайд кард, ки Ҳангоми омӯзиши нишондиҳандаҳои гематологӣ мо оризаҳои нисбатан зиёд дучоршавандаро интихоб намудем: перитонити талха, хунравӣ ва талхашорӣ.

Таҳқиқотҳо нишон доданд, ки хун камтарин тағйироти патологиро Ҳангоми оризаҳо дарк мекунад, баъзе нишондодҳои хун тағйир меёбанд. Тавре ки аз ҷадвали пешниҳодкардашуда маълум мегардад, тағйиротҳои нисбатан ҳассос дар беморони дорои перитонити талха ба назар мерасанд. Аломатҳои заҳролудшавӣ (интоксикатсия) ва гематоконсентратсия бо вазнинии протесси илтиҳобӣ ва патологӣ иртиботи мутақобила дорад.

### Ҷадвали 2. Нишондиҳандаҳои гематологӣ дар беморони дорои оризаҳои ХЭЛ

| Оризаҳо          | Гематокрит<br>Ht( %) | Гемоглобин<br>Hb(г\л) | Лейкоситоз<br>Л·10 <sup>г\л</sup> | СОЭ<br>мм/ч       | ЛИИ<br>№1        |
|------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------|
| Перитонити талха | 42,4±1.6<br>>0.05    | 138,1±4,2<br>>0.05    | 10,72±2,4<br>>0.05                | 17,4±2,3<br>>0.05 | 3,8±1,8<br><0.05 |
| Хунравӣ          | 44.2±1.7<br><0.05    | 103,1±2,2<br><0.05    | 7,4±1,4<br><0.05                  | 5,7±1,2<br><0.05  | 2,4±1,6<br><0.05 |
| Талхашорӣ        | 39.4±0.6<br><0.05    | 132,3±2,2<br><0.05    | 8,4,±1,5<br><0.05                 | 8,1±1,5<br><0.05  | 1,4±0,7<br><0.05 |

*Эзоҳ: P- Саҳеҳ будани фарқият дар муқоиса бо маълумотҳои то табобат.*

Ҳамчунин тағйироти намунаҳои ҷигар Ҳангоми омӯзиши ҳосиятҳои биохимиявии хун ба мушоҳида мерасад, ки онҳо дар бораи ҳолати функционалии ҷигар Ҳангоми оризаҳои ХЭЛ маълумоти зиёд медиҳад.

### Ҷадвали 3. Ҳолати функционалии ҷигар Ҳангоми оризаҳои ХЭЛ

| Нишондиҳандаҳо        | Перитонити талха | Хунравӣ    | Талхашорӣ | p     |
|-----------------------|------------------|------------|-----------|-------|
| Вақти рекалсификатсия | 105,2±9,6        | 110,4±10,4 | 108,1±8,2 | >0,05 |

|                     |           |                           |  |        |
|---------------------|-----------|---------------------------|--|--------|
| Фибриногени г/л     | 3,1±1,7   | 4,6±1,7                   | 3,1±1,5                                    | >0,05  |
| Фибриногени «В»     | отр.      | отр.                      | отр.                                       |        |
| Фибрин г/л          | 12,2±2,5  | 14,4±1,5                  | 13,6±1,5                                   | >0,05  |
| Тромботест          | IV-V      | IV-V                      | IV-V                                       |        |
| Билирубин мкмоль/л  | 17,8±2,3  | 20,7±3,4                  | 18,2±2,7                                   | >0,05  |
| Сафедаи умумӣ г/л   | 76,4±5,1  | 68,3±4,5<br>$p_1 < 0,05$  | 75,1±3,7<br>$p_1 > 0,05$<br>$p_2 < 0,05$   | <0,05  |
| Албумин г/л         | 51,8±2,4  | 48,6±3,1                  | 50,4±4,3                                   | >0,05  |
| Глобулин г/л        | 16,2±2,1  | 17,7±2,4                  | 17,1±2,3                                   | >0,05  |
| АлАтЕд/л            | 22,3±1,4  | 54,4±2,5<br>$p_1 < 0,001$ | 26,6±1,8<br>$p_1 < 0,001$<br>$p_2 < 0,001$ | <0,001 |
| АсАт мол/л          | 25,4± 2,1 | 62,6±4,7<br>$p_1 < 0,001$ | 25,3±3,2<br>$p_1 > 0,05$<br>$p_2 < 0,001$  | <0,01  |
| ФИ Ед. Акт./л       | 71,1±3,1  | 70,3±2,3                  | 69,1±2,5                                   | >0,05  |
| Қанди хун (ммоль/л) | 5,6±1,4   | 5,8±1,2                   | 5,2,±1,5                                   | >0,05  |

Эзоҳ:  $p$  – нишондиҳандаи омори фарқиятҳои нишондиҳандаҳои байни ҳамаи гурӯҳҳо (ANOVA Крускал-Уоллис);  $p_1$  – нишондиҳандаи омори фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамаин гуна нишондодҳо дар гурӯҳи I;  $p_2$  – нишондиҳандаи омори фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамаин гуна нишондодҳо дар гурӯҳи II ( $p_1$ – $p_2$ -по  $U$ -критерияи Манн-Уитни)

Аз ҷадвали пешниҳодшуда маълум мешавад, ки ҳолати функционалии чигар то андозаи зиёд хангоми перитонит зарар мебарнад.

Ҳамчунин дар қатори таҳлили умумии хун ва таҳлилҳои биохимиявӣ муайян кардани диурези шабонарӯзӣ ва таҳқиқоти пешобзарур ҳаст, ки дар бораи ҳолати функционалии гурдаҳо маълумот медиҳад.

#### Ҷадвали 4. Нишондиҳандаҳои ҳолати функционалии гурдаҳо дар беморони дорон оризаҳои ЛХЭ (n-169)

|         |                    |             |        |    |                     |
|---------|--------------------|-------------|--------|----|---------------------|
| Оризаҳо | Диурези шабонарӯзӣ | Зичии пешоб | Сафеда | Эр | Силиндрҳо дар пешоб |
|---------|--------------------|-------------|--------|----|---------------------|

|                  | бо мл    |           | %     | Дар пешоб |         |
|------------------|----------|-----------|-------|-----------|---------|
| Перитонити талха | 1500±280 | 1,017±0,7 | -     | 13,4±2,9  | 3,2±1,0 |
| P                | <0,05    | <0,05     | -     | <0,05     | <0,05   |
| Хунравӣ          | 800±230  | 1,021±0,8 | 0,033 | 35,3±4,4  | 18±9,4  |
| P                | <0,05    | <0,05     | <0,05 | <0,05     | <0,05   |
| Талхашорӣ        | 550±180  | 1,028±0,4 | 0,099 | 43,9±11,3 | 28±11,9 |
| P                | >0,05    | >0,05     | >0,05 | >0,05     | >0,05   |

Эзоҳ: P- Саҳеҳ будани фарқият дар муқоиса бо маълумотҳои то табобат.

Дар пешоб пайдо шудани унсурҳои шаклии хун, сафеда, цилиндрҳо, кам шудани диурез пешгӯии нохуб ба ҳисоб мераванд, онҳо аз бад шудани ҳолати функционалии гурдаҳо гувоҳӣ медиҳанд, ки ба дараҷаи интоксикатсияи организм дақиқан иртиботи мутақобила дорад.

Татбиқи васеи ХЭЛ дар анемияи клиникӣ боиси пайдо шудани намуди нави ориза – осеби термикӣ маҷроҳои хоричичигарии дар натиҷаи таъсири электроди монополяри пайдошуда гардид. Бо мақсади омӯзиши хусусият ва вазнинии осебҳои термикӣ мо дар эксперимент ба таври электроди монополяри коагулятсияи холедохро гузаронидем. Таҳқиқотҳои эксперименталӣ дар 31 харгӯши 14- моҳаи намуди сафед ва сиёҳи вазнашон аз 1800 гр то 2500 гр анҷом дода шуд. Эксперимент таҳти анестезияи умумӣ ва истифодаи анестезияи наркотикӣ (кетамин) аз ҳисоби дозаи 0,2 мг дар 1 кг вазн гузаронида шуд. Индуксияи бедардкунӣ бо маҳлули кетамин бо дозаи 8мг/кг вазн анҷом дода шуд. Ҳайвонотро дар мизи ҷарроҳӣ дар вазъияти ба пушт хобидагӣ ҷойгир кардем. ХЭ (холетсистэктомия) ҳангоми лапаратомия иҷро карда шуд (расми 1.).



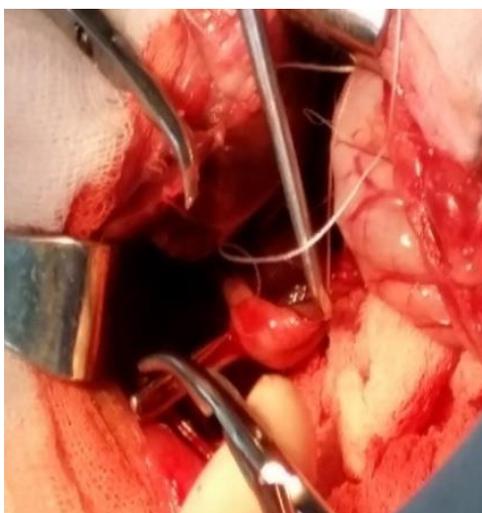
**Расми 1. Лапаратомия дар ҳайвоноти эксперименталӣ.**

Пас аз лапаратомия бо роҳи кунд ва тез бе бандаки гепатодуденалӣ роҳ кушода шуд. Ҷудо кардани сохторҳои системаҳои талхарон ва рағҳои ҷигарро мо аз визуализатсияи талхадон, идентификатсияи маҷрои талхадон ва шарёнҳо, холедох, сохторҳои рағҳо ва сохтори дарвозаи ҷигар сар кардем (расми 2-3).

**Расми 2. Визуализатсияи холедох. Холедох бо нӯги исканҷа нишон дода шудааст.**



**Расми 3. Мобилизатсияи захмбандии шараёни рости чигар.**



Вобаста аз самти эксперименталӣ ҳамаи харгӯшҳо ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуданд.

Гурӯҳи I: дар ин ҷо электрокоагулятсияи холедох гузаронида шуд.

1) Таъсири бевосита ба девораи холедох бо қувваи:

а) аз 20-40 Вт;

б) аз 40-60 Вт;

в) аз 60-80 Вт;

2) коагулятсияи бофтаҳо дар наздикии бевосита аз холедох, бидуни таъсири мустақим дар холедохҳо;

Гурӯҳи II: бастанӣ бе буридан; 2) шараёни рости чигар:

Гурӯҳи III: 1) коагулятсияи холедох ва кӯк гирифтани бе буридан; 2) коагулятсияи холедох ва кӯк гирифтани бо буридани бофтаҳои осебдида дар ҳудуди қисмҳои дидашавандаи он кӯки аввалӣ гирифтани ё гузоштани анастомози билиодегестивӣ.

Пас аз таъсири электро-термикӣ ба девораи фосилаи талха ва назди маҷроии ҳолидох, пас аз 15-25 дақиқа бурриши ҳолидох бо минбаъда омӯзиши морфологии девораи он сурат гирифт. Баъди намуна гирифтани аз ноҳияи ҳолидох гузоштани гепатико-еюноанастомоз бо ташаккул додани анастомози байни рӯдаҳо мувофиқи Браун гузаронида шуд.

Дар гурӯҳи якуми ҳайвоноти эксперименталӣ ( $n=7$ ) пас аз таъсири бевоситаи электротермикӣ ба ҳолидох (бе гузаронидани ягон барқарорсозии реконструктивии ҷарроҳӣ), дар шабонарӯзи 3-7-уми пас аз ҷарроҳӣ пайдо шудани перитонити талха дар ҳамаи ҳайвоноти бо лапаротомияи тасдиқшуда ба мушоҳида расид. Ҳангоми тафтиши ноҳияи ҳолидох пайдо шудани инфилтроти (тарашшуҳи) ковоки часпанда ва мавҷудияти нуқсонҳои девораи ҳолидох ба мушоҳида расид.

Гурӯҳи нисбатан мураккаби ҳайвоноти таҷрибавиро харгӯшҳое ташкил медиҳанд, ки дардавраи шадиди эксперимент шароёни рости чигари онҳо баста шуд.

Шароёни рости чигар дар 5 ҳайвон аз роҳи лапаротомӣ захмбандӣ карда шудаанд. Шарёнҳо дар ду ҷой бо риштаи ҳалшаванда баста шудаанд. Мухлати муоина 190 шабонарӯзро ташкил дод. Дар ин маврид ҳамаи се ҳолати ғавт дар 12 шабонарӯзи аввал ба мушоҳида расид. Ҳангоми кушодани дида шуд, ки сабабҳои ғавт дар натиҷаи некрози умумии паренхимаи чигар ба назар расид.

Дар гурӯҳи сеюми ҳайвоноти таҷрибавӣ ин корҳо иҷро карда шуданд: коагулятсияи ҳолидох ва гирифтани кӯки аввали бе буридан ( $n=7$ ); коагулятсияи ҳолидох ( $n=5$ ) ва гирифтани кӯки аввалин бо буридан бофтаҳои осебдида дар ҳудуди қисми дидашаванда ё гузоштани анастомозҳои билиодегистивӣ ( $n=11$ ).

Иҷро кардани чунин ҷарроҳӣ дар харгӯшҳо ҷарроҳии аз ҷиҳати техникӣ мураккаб ба ҳисоб меравад. Ҳамаи ҷарроҳӣҳо бо истифода аз зарбинҳои калонкунанда ва техникаи микроҷарроҳӣ иҷро карда мешаванд.

Дар 5 муоина пас таъсири бевосита ба ҳолидох реконструксияи он бо намуди нӯг ба нӯг анҷом дода шуд. Дар 11 ҳолат гепатоеюноанастомоз бо ташаккул ёфтани анастомози байниҳучравӣ мувофиқи Браун иҷро карда шуд.

Аз 11 харгӯш 8 харгӯш зинда монд, сабаби асосии ғавт пайдо шудани ноустувор будани анастомози билиодегистивӣ бо пайдо шудани перитонити талха буд.

Ҳангоми омӯзиши миқдори оризаҳо ва оқибатҳои ғавтовар муқаррар карда шуд, ки ғавт дар харгӯшҳо дар марҳилаи аз худ намудани методикаи анастомози билиодегистивӣ руҳ додааст. Қайд кардан зарур аст, ки қутри ҳолидох, ғафсии девораи он, ҳамчунин амиқӣ ва кунҷи дастраскунии ҷарроҳӣ ҳангоми иҷро кардани чунин ҷарроҳӣҳо дар харгӯшҳо душвориҳои зиёдеро ба бар меоранд.

Маълумотҳои эксперименталӣ нишон доданд, ки ҳангоми сӯхтани бофтаҳои маҷроҳои талха ва қарор қабул кардан дар бораи реконструксияи онҳо ва ё гирифтани кӯки аввалияи буридан мавзӯҳои мурдаи он дар фосилаи на камтар аз 7 мм аз канорҳои осебҳои дидашаванда талаб карда мешавад, ки бо муқоиса кардани ду гурӯҳ бо гузоштани анастомози аввалияи нӯг ба нӯг ва анастомози билиодегистивӣ бо ва бе буридан ноҳияҳои осебдида исбот мекунад.

## Басомад ва сохтори оризаҳои гентрачарроҳӣ ҳангоми холетсисэктомия

### Синдроми троакараи аввалия

Синдроми троакараи аввалияро мо дар 3/1,7%-и беморон мушоҳида кардем, аз онҳо дар 2 ҳолат осебҳои дугарафаи рӯдаи борик, дар як ҳолат осеби кундаланг-рӯдаи қалон буданд. Пас аз ошкор намудани осебҳои рӯдаҳо ба конверсия гузаштанд, осеби рӯдаҳо бартараф карда шуд. Чарроҳихоро бо холетсисэктомия аз гарданак, санатсия ва дренажи ковокии шикам тамом карданд. Оризаҳои дигари дорои аҳамияти камтар дар 123 (1,5%-и беморон бо троакори якум иртибот доранд: эмфиземаи чарбуи (omentum) қалон, эмфиземаи бандаки мудаввари чигар, хунравӣ аз рағҳои майда дар ҷойи гузоштани троакарҳоро мо ба оризаҳои сӯроҳ ворид кардем, ки ба ҷараёни чарроҳӣ ва ба ҳолати умумии беморон таъсир намерасонанд.

### Талхашорӣ пас аз чарроҳӣ

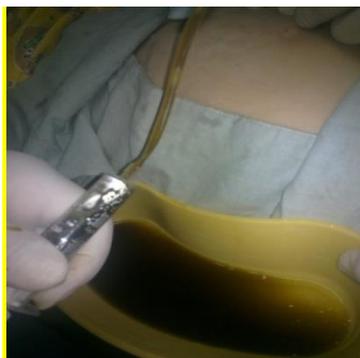
Аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқоти мо дар давраи барвақти пас аз чарроҳӣ дар 26 (15,3%-и беморон талхашорӣ ба қайд гирифта шуд. Ташҳиси талхашорӣ дар заминаи чудошавии талха аз найчаи дренаж асоснок карда шудааст. Дар 16 (1,5%-и беморон хоричшавии талха аз найчаи дренажӣ ба миқдори 100,0-200,0 дар як шабонарӯз дар шабонарӯзҳои 3-4-ум талхашорӣ аз ковокии шикам манъ шуд. Дар беморони боқимонда 10 (38,5%) дар робита аз пайдо шудани симптомҳои мавзеи перитонит, мо маҷбур шудем, ки ибто мақсади ошкор кардани талхашорӣ дар шабонарӯзи 3-4-ум чарроҳии такрорӣ, санатсияи ковокии шикам ва нест кардани талхашориро гузаронем. Барои ташҳиси барвақти талхашорӣ мо пешниҳоди ратсионизатории N3659/R710/ «Усули омехтаи ташҳиси барвақт ва табобати талхашорӣ пас аз чарроҳӣ ҳангоми ХЭЛ»-ро пешниҳод кардем.

Дар 2 (1,18%-и беморон пас аз ХЭЛ-и нақшавӣ баъди ҳафтаҳои 4-5-ум мутаносибан пас аз чарроҳӣ дар ковокии шикам маҳдуд шудани чамъшавии билома дар мавзёҳои рости зери чигар ва эпигастралӣ, ба мушоҳида расид, яъне билома бо андозаи 10,0x 10,0 см; 15,0 x 13,0 см ба пайдо шуд, мутаносибан ин беморон низ ба ҳамон гурӯҳи оризаҳо дохил карда шуданд.

#### Расми 4. Биломаи мавзеи пас аз чарроҳӣ



#### Расми 5. Тазриқи ташҳисии билома.



### Хунравии интра – ва пас аз чарроҳӣ

Хунравихои интрачарроҳӣ ва хунравӣ дар давраи наздиктарини пас аз чарроҳӣ баъди ХЭЛ яке аз оризаҳои таҳдидкунандаи ҳаёти беморон ба ҳисоб мераванд. Басомади осеби шараёнҳои талхадон ва ё наздик ҷойгиршуда ҳангоми ХЭЛ вобастагии мустақими ва мутаносиб бо хусусиятҳои анатомии секунҷаи Кало ва мавҷуд будани протсессии илтиҳобӣ дар ноҳияи бандаки гепато-дуоденалӣ дорад. Хунравиро мо дар 28 (16,5%)-и беморон мушоҳида кардем, ки аз онҳо дар 5 бемор хунравии шараёнӣ, дар 4 бемор хунравӣ аз варидҳои бузурги чигар буд, ки осеби онҳо дар протсессии диссексияи талхадон сар шудааст. Дар ҳамаи ҳолатҳо мо бо мақсади ба таври ниҳой манъ кардани хунравӣ конверсия гузарондем.

Дар як ҳолат мо осеби мураккабро ба қайд гирифтём: хунравӣ аз шохаҳои шараёни рости чигар ва осебҳои гепатикохлидох.

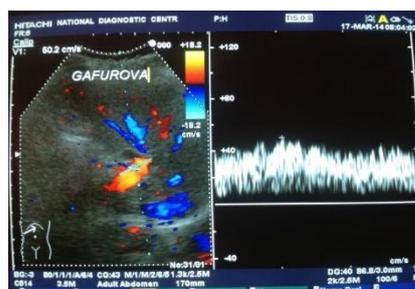
### Расми 6. Ангиограммаи бемор 3. Ангиографияи селективии катетерии шохаҳои шараёни рости чигар.



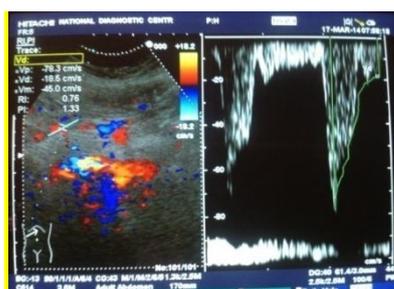
### Расми 7.- Ангиограммаи бемор 3. ЁЯкбора кам шудани тасвири шарёнии мавзеъ.



### Расми 8. Сканограммаи ултрасадоии беморони 3. Пас аз як соли чарроҳӣ.



**Расми 9. Параметрҳои муътадили маҷрои хун дар шараёни умумии чигар ба мушоҳида мерасад.**



### Осебҳои роҳҳои талхарони хориҷичигарӣ

Яке аз оризаҳои вазнинтарини ХЭЛ осеби РТР ба ҳисоб меравад. Мо осеби РТР-ро дар 69 (34,9%)-и беморон мушоҳида кардем, ки аз онҳо дар 65 (94,2%)-и беморон осебҳо дар вақти ҷарроҳӣ муайян карда шудаанд, дар 2 бемор қатъ кардани халедох баъди як моҳи ҷарроҳӣ муайян карда шуд, ҳамчунин дар 2 бемори дорои осебҳои омехтаи шарёни рости чигар ва маҷрои рости чигар осеб дар шаби сеюми пас аз ҷарроҳӣ муайян карда шуд.

Ташхиси осеб аз рӯйи чунин меъёрҳо асоснок карда шуд: хориҷ шудани талха аз қисми проксималии РТР пас аз clipping-и сохторҳои найчашакл, ки ба ҳайси маҷрои талхадон /ё чамъшавии талха дар мавзеи зерини чигар, муоинаи макропрепарат пас аз экстраксия аз ковокии шикам оид ба чоккунии муносиби маҷрои талхадон ҳангоми осебҳои канорӣ.

**Чадвали 5. Басомади осебҳои роҳҳои талхадони хориҷи чигарӣ дар давраҳои солҳои 2009 то 2013 ва солҳои 2014-2018.**

| Сол       | Миқдори ҷарроҳиҳо | МҚТР       |            | Эътимоднокӣ       |
|-----------|-------------------|------------|------------|-------------------|
|           |                   | Количество | Мутлақ     |                   |
| 2009-2013 | <b>4501</b>       | <b>59</b>  | 1,31±0,17% | <b>p&lt;0,001</b> |
| 2014-2018 | <b>4555</b>       | <b>10</b>  | 0,22±0,07% |                   |

Сохтори осебҳои маҳдуди ЭРТР дар чадвали 6 оварда шудааст. Ҳама осебҳои РТР мувофиқи таснифи наварини Ганновер (2007) осебҳои ятрогении РТР ҳангоми ХЭЛ тартиб дода шудааст (Bektas H, SchremH, Winny M, KlempnauerJ.Surgical.).

### Ҷадвали 6. Сохтори осебҳои маҷроҳои хоричичигарии талха ҳангоми ХЛ ҳангоми ХЭЛ

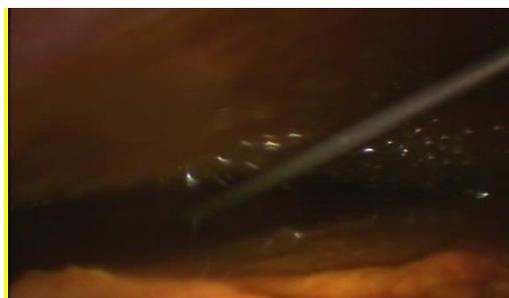
| ТИП     | Шарҳ   | Миқдори<br>ҷарроҳиҳо | %    |
|---------|--|----------------------|------|
| C1      | Осеби тангенциал <5 мм осеб – осеби канории маҷрои ҷигар | 28                   | 40,5 |
| C2      | Осеби васеи ҳоледоха                                     | 10                   | 14,4 |
| C3 – D3 | Осеби мавзеи конфлюенс                                   | 11                   | 15,9 |
| D1      | Осеби қисми дисталии ҳоледох                             | 9                    | 13,0 |
| D2      | Осеби поёнтар аз ҷудошавии маҷрои талхадон               | 11                   | 15,9 |
| Ҳамагӣ  |  | 69                   |      |

#### Таботати ҷарроҳии оризаҳои ХЭЛ.

Мо дар 2 бемор осебҳои дутарафаи рӯдаи борик ва дар як бемор осеби кундаланг-рӯдаи ҳалқашакл (**Colon**)-ро мушоҳида намудем. Пас аз ошкор кардани осебҳои рӯдаҳо ба конверсия гузаштем ва осебҳои рӯдаҳо бартараф карда шуд. Ҷарроҳиро бо ҳалетсисэктомияи аз гарданак, санатсия ва дренажи ковокии шикам анҷом додем.

16 (61,5%)-и беморон хоричшавии талха аз найчаи дренажӣ ба миқдори 100,0-200,0 дар як шабонарӯз дар шабонарӯзҳои 3-4-ум манъ шудани хуншорӣ аз ковокии шикам ба мушоҳида расид. Ҳангми зиёд шудани симптомҳои перитонити талха дар 10 бемор лапаротомия бо усули Кохер, дар 4 бемори дорои манзараҳои паҳншавии перитонит ҷарроҳии такрорӣ аз дастраскунии лапаратомии боливу мобайнӣ гузаронида шуд. Дар 6 бемори боқимонда релапароскопия гузаронида шуд, ин имконият дод, ки ба таври муносиб талхашорӣ ва санатсияи ковокии шикам гузаронида шуд.

#### Расим 10. Акси интраҷарроҳӣ



Қайд кардан лозим аст, ки ҳангоми ҷарроҳиҳои такрорӣ муқаррар карда шуд, ки сабаби талхашорӣ дар 4 бемор лағжидани клипсҳо аз боқимондаи маҷрои талхадон, дар 6 бемор талхашорӣ аз маҷроҳои абберантии талхадон дар маҷрои талхадон, яъне аз маҷроҳои талхаи Люшко мебошанд.

Мо хунравиро дар 28 (16,5%)-и беморон мушоҳида кардем, дар ҳамаи ҳолатҳо мо конверсияро бо мақсади манъкунии ниҳонии хунравӣ анҷом додем. Дар як бемор осеби шараёни хоси чигар дида шуд, ки пас аз сафарбарсозии шараёни чигар сохтани анастомози нӯг ба нӯг бо истифодаи техникаи претсизионӣ бо истифодаи маводи дӯхти пролен 6/0 дар сӯзани атравматикиро анҷом додем.

Ҳангоми ошкор намудани осебҳои РТР конверсия гузаронидем, дар ин маврид дар 11 бемори дорои осебҳои мавзеи конглоис (гепатоёюноанастомоз) бо энтеро-энтероанастомоз мувофиқи Браун, дар 9 бемори дорои осебҳои қисми дисталии холедох ва 11 осеби поёнтар аз ҷудошавии маҷрои талхадон анастомози холедлхӣ-холедоҳеалӣ пас аз мобилизатсияи пешакии ДПК бо усули Кохер, бо мақсади пешгирии намудани тарангшавии анастомоз ва дренажи холедох найчаи Т-шакли найчаи дренажӣ, 28 бемори дорои осебҳои канории холедох кӯки паҳлӯӣ гирифта шуд, дар 10 бемори дорои осебҳои васеи холедох анастомози билио-дегинтивӣ бо усули Ру ва Уораш-Виноградов аз рӯи нишондодҳо гузошта шуд. Дар 2 бемор бо қатъкунии маҷрои умумии талха (МУТ) амалиёти ҷарроҳӣ пас аз як моҳ баъди ХЭЛ гузаронида шуд, дар беморон зардпарвини пешраванди ба мушоҳида расид, ҳангоми ТУС васеъшавии роҳҳои дохиличигарии талха ва холедох то 2-2,5см ба мушоҳида расид. Дар ду ҳолат ҷарроҳӣ бо сохтани холедох – дуоденаанастомоз мувофиқи Уораш-Виноградов тамом карда шуд.

Мо муносибати аз ҷиҳати патогенетикиро барои пешгирии намудани осебҳои РТР ҳангоми ХЛ таҳия кардем.

Техникаи асосии нест кардани талхадон бояд, ки идентификатсияи сохтор дошта бошад, вай аз чунин принципҳо иборат аст:

- дар ҳамаи ҳолатҳо хориҷшавӣ ва мобилизатсияи талхадон ҷиддӣ ва дар сарҳади девораи он гузаронида мешавад:

- ҳангоми ҷудо кардани ноҳияи гарданки талхадон, шарёнҳо ва маҷро маҳдуд кардани истифодаи электрокоагулятсия зарур аст ва аз рӯи имконият тайёр кардан бо роҳи кунд (препаровка) дар фосилаи дохили ҳучайрабофт;
- буридани сохторҳои найчашакл бояд танҳо дар шароити дақиқ муайян кардани муносибати мутақобилаи анатомӣ иҷро карда шавад;
- гемостаз на бояд, ки кӯр-кӯрона иҷро карда шавад;
- аз коагулятсияи беасос, ё коагулятсия дар назди маҷроҳои талха ё рағҳо ҳазар бояд кард;
- сари вақт ба конверсия бояд гузашт.

Садамаи МХТ, оризаҳои вазнин ҳангоми ХЭЛ. Ҳангоми ҷарроҳӣ пас аз пайдо шудани осебҳои ятрогенӣ инҳоро ба ҳисоб гирифта зарур аст:

- ҷарроҳии такрориро бояд ҷарроҳи ботачриба иҷро кунад;
- арзиши баланди ҷарроҳӣ;
- маъюбшавии пасазҷарроҳии беморон.

Аҳамияти проблема:

- муносибати “Сабук”-и ҷарроҳон нисбат ба ХЭЛ –ғалат аст, ҷарроҳи барои таълимгирандагон нест;
- доимо оид ба муайян кардани басомади оризаҳо, омилҳои хатар ва роҳҳои кам кардани онҳо таҳқиқот гузаронидан лозим аст.

## ХУЛОСА

### Натиҷаҳои асосии илмӣ диссертатсия

1. Пас аз 9056 ҷарроҳии ХЭЛ оризаҳои гуногун дар 1,8%-и ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд, ки сабабҳои пайдоиши онҳо инфилтрати илтиҳобӣ дар ноҳияи гарданаки талхадон (52%), аномалияи инкишоф (31%), ғалатҳои ҷарроҳӣ (17%) буданд. [1-А,3-А,6-А].
2. Усули дорои иттилооти олии барои ташҳиси оризаҳои махсуси ХЭЛ таҳқиқоти ултрасадоӣ (ТУС) ба ҳисоб меравад, иттилоотнокӣ ва махсусияти он 96% в 98%-ро тасҳил медиҳад. [51-А,40-А,45-А].
3. Оризаи махсуси зиёд дучоршавандаи ХЭЛ осеби МХТ (40%), талхашорӣ (15,3%), перитонити талха (11,8%) ва хунравӣ (16,5%) ба ҳисоб мераванд, ки муваффақияти табобати онҳо аз сари вақт ташҳис кардан вобаста аст. [7-А,9-А,10-А,12-А,15-А]
4. Оризаҳои, ки ба ҷараёни ҷарроҳӣ таъсир намерасонанд, дар 0,7%-и ҳолатҳо, оризаҳои дилу рағҳо (4,1%), тромбофлебити андомҳои поёни (9,4%) ба мушоҳида мерасанд. [17-А, 30-А,35-А ]
5. Оризаҳои дури ХЭЛ то 5 соли муоина ҷурраи пасазҷарроҳӣ (0,03%), ҳолатҳои резидуалӣ (0,06%), ногузaronандагии шадиди рӯдаҳо (0,03%) буданд. [53-А ]
6. Таъсири электр-термикӣ ба девораи ҳолатҳои (дар эксперимент) аз шиддати электрогенератор вобаста буда, онро некрози коагулятсионӣ ва деструксияи девораҳои он, инфилтратсияи илтиҳобӣ ва перипротесси ҳадшагӣ - часпидагӣ ҳамроҳӣ мекарданд. [ 49-А]
7. Усулҳои таҳиянамудаи пневмоперитонеуми тағйирёбанда ин профилактикаи оризаҳои системаҳои дилу рағҳо ва нафаскашӣ ҳангоми ХЭЛ мебошанд. [14-А,5-А]
8. Аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқотҳои эксперименталӣ, бастанӣ шарёни рости ҷигар чун қоида ҳамроҳ бо некрози табобатнашавандаи ҷигар ҷараён мегирад.[14-А,27-А,41-А].
9. Самаранокии табобати ҷарроҳии оризаҳои ХЭЛ аз ташҳиси саривақтӣ ва табобат вобаста аст, ки онҳо дар ниҳояти қор натиҷаҳои давраҳои ҳам наздик ва ҳам дури пас аз ҷарроҳиро инъикос мекунанд.[3-А,13-А,28-А].
10. Дар сурати риоя кардани консепсияи беҳатарии ХЭЛ ба ҳадди минималӣ кам кардани хатари осебҳои унсурҳои минтақаи гепатодуоденалӣ имконпазир аст. [14-А].

### ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО

1. Дониши мукамали топографоанатомӣ мавзӯи гепатодуоденалӣ, тарзӣ моҳирона ҷарроҳӣ намудан бо риояи қоидаҳои ХЭЛ ин боиси пешгирии оризаҳо мегардад.
  2. Яке аз усулҳои маъмули ташҳиси оризаҳои ХЭЛ ин ТУС ва КТМ мебошад, ки ҳасосиятноки ва маълумотноки он ба 96-98 % мерасад.
  3. Барои муайян намудани оризаҳои ХЭЛ истифодаи лапароскопияи ташҳисӣ имконият медиҳад, ки нафақат хусусияти ориза ва дар баъзе ҳолатҳо ҷарроҳӣ бо сули эндоскопи ба анҷом расонида мешавад.
  4. Бо максими пешгирии осеби мачроҳҳои беруни ҷигарӣ, пеш аз клипсгузорӣ ва буриши сохтори найчашакл дар ноҳияи гарданаки талхадон бояд донист, ки танҳо ду сохтори найчавӣ ба талхадон ворид мешаванд.
- бо максими фароҳам овардани сурати фаҳмоӣ анатомӣ.

- истифодаи “тайм –аут”-и дохили чарроҳӣ пеш аз клипсгузори ва буриши сохторҳои найчашакл.
  - сари вақт муайян намудани имконият дар ҳамаи ҳолатҳои анатомияи ғайри стандартӣ.
  - муайянсозии мавқеи хатари зиёд дошта ва қабули ҳали усули бе хатар ба анҷом расонидани чарроҳӣ.
  - истифодаи усулҳои ҳозиразамони роҳбаладий дохили чарроҳӣ.
  - ҳангоми мушкилии диссексия ё мушкилий везуали бояд машварати чарроҳӣ таҷрибаноки дуюм гирифта шавад.
5. Барои пешгирии орезаҳо аз тарафи системаҳои дилу- рағҳо ва роҳҳои нафас бояд ХЭЛ- ро дар шароити карбоксиперитонеуми тағирёбанда ва истифодаи бандинаи эластикӣ андоми поён дар беморони дорои патологияи варидҳои чандбари поён ва фарбеҳӣ.
  6. Ҳангоми осеби ҳоледох бо диастазаи ( дуршави) на камтар аз 1,5x2,0см усули интиҳоби реконструктивӣ анастомози ҳоледохо-ҳоледохи бо истифодаи маводи дӯхт дар сузани атравматики ва захкашгузорӣ ҳоледох бо найчаи Т- шакл бо мақсади пешгирии кашишхурии анастомоз ва ҷунбонсозӣ рӯдаи 12-ангушта бо усули Кохер мақсаднок мебошад.
  7. Ҳангоми дер муайянсозии осеби роҳҳои талхагузарӣ беруни чигарӣ дар ноҳияи тақсимшави, усули интиҳоби барқарорсозии гузоштани анастомози билиодегистиви бо озодкунӣ рӯдаи холи бо усули РУ- Опшел.
  8. Алгоритми интиҳобшудаи усулҳои чарроҳӣ, ҳангоми осеби роҳҳои талхагузари беруни чигарӣ ва таснифбандӣ тақмилёфтаи орезаҳо имконият медиҳад, ки боиси мукамалсозӣ усулҳои чарроҳӣ ва бехатарсозии натиҷаи табобат мегардад.

### **Феҳристи интишороти довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ**

#### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда**

- [1-М]. Курбанов Д.М. Осложнения лапораскопической холецистэктомии (обзор литературы). Курбанов Д.М. Расулов Н.И, Ашуров А.С.// Новости хирургия, том 22, 3, 2014г. Стр 366-373. Рецензируемый научно-практический журнал.
- [2-М]. Курбанов Д.М. Миниинвазивные методы хирургического лечения осложнённых форм ОКХ. Курбанов Д.М, Ашуров А.С // Здравоохранения Таджикистан №3. стр 47-50. Душанбе 2013г.
- [3-М]. Курбанов Д.М. Опыт хирургического лечения осложнений лапораскопической холецистэктомии. Курбанов Д. М.// Научно-медицинский журнал- Вестник Авиценны №3, стр 24-26, Таджикский государственный медицинский университет 2013г.
- [4-М]. Курбанов Д.М. Минилапаратомный доступ при ЖКБ у лиц пожилого и старческого возраста с отягощённым соматическим статусом. Рахматуллоев Р., Норов А.Х, Курбанов Д.М., Расулов Н.И// Здравоохранения Таджикистана № 4, стр 41-43, Душанбе 2011.
- [5-М]. Курбанов Д.М. Результаты хирургического лечения калькулёзного холецистита у больных пожилого и старческого возраста и применением различных методик. Р.Р.

Рахматуллоев, А.Х. Норов, Д.М. Курбанов.// Научно-медицинский журнал- Вестник Авиценны №4, стр 29-34, Таджикский государственный медицинский университет 2011г.

[6-М]. Курбанов Д.М. Осложнения Лапароскопическойхолецистэктомия при остром калькулёзном холецистите/ Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров// Здравоохранения Таджикистана №3, стр 41-43, Душанбе 2014г.

[7-М]. Курбанов Д.М. Случай успешного лечения тяжёлых осложнений после лапароскопическойхолецистэктомии // Д.М. Курбанов// Научно- медицинский журнал- Вестник авиценны №4, стр 29-34, Таджикский государственный медицинский университет 2014г.

[8-М]. Курбанов Д.М. Лапароскопическаяхолецистэктомия из единого доступа/ Р.Р. Рахматуллоев, Д.М, Курбанов, Н.И, Расулов, А.Р. Рахматуллоев, А.С. Ашуров // Известник Академии наук республики Таджикистан отделение биологических и медицинских наук №2(182), стр.62-66, Душанбе 2013г.

[9-М].Курбанов Д.М. Частота развития осложнения лапароскопическойхолецистэктомия/ Д.М.Курбанов, А.С. Ашуров,// ВЕСТНИК Педагогического университета № 2 (63-1) С. 146-147 Душанбе-2015.

[10-М]. Курбанов Д.М. Желчеистечение после лапароскопическойхолецистэктомия/ Д.М. Курбанов, А.С. Ашуров// ВЕСТНИК Педагогического университета №2(63-1) С. 149-152 Душанбе -2015.

[11-М]. Курбанов Д.М. Результаты лапароскопическойхолецистэктомии при остром холецистите/ Д.М. Курбанов, С.А. Холбоев, Н.И. Расулов // Известия Академии наук Республики Таджикистан отделение биологических и медицинских наук №2(183), стр 62-66, Душанбе 2013г.

[12-М]. Курбанов Д.М. Билома после Лапароскопическойхолецистэктомии/ Д.М.Курбанов// Вестник последипломого образования в сфере здравоохранения, №2,2017г.ст 96-99.

[13-М]. Курбанов Д.М . Совершенствование методов диагностики и лечения острых заболеваний органов брюшной полости у детей / Ш.Р. Султонов, М.Ф. Абдуллоев, С.С. Расулов, Р.Ш. Ахмедов, Д.М. Курбанов, Х.Д. Гуриев// Детская хирургия.2019:23(1) стр.40-43.

[14-М]. Курбанов Д.М. Концепсияипасткуниихатариосебироххоиталхагузар дар вақтихолесистэктомияилапароскопи/ Ч.М. Курбонов, Д.А. Мусоев, Ч.Ч. Курбонов // Авчизухал № 4, 2019с, сах 73-78.

#### **Публикации в материалах конференций и других научных изданиях:**

[15-М]. Курбанов Д.М. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчевыводящих путей при лапароскопическойхолецистэктомии / Р.Рахматуллоев, А.Х, Норов, Д.М. Курбанов // Альманах-институт хирургии имени А.В. Вишневского Т 7, №1, стр 197-199, 2012г.

[16-М]. Курбанов Д.М. Лапороскопическаяхолецистэктомия из единого доступа/ Р.Р. Рахматуллоев, А.Х. Норов, Д.М. Курбанов// Альманах-институт хирургии имени А.В. Вишневского Т 7, №1, стр 199-201, 2012г

[17-М]. Курбанов Д.М. Способ профилактики интраоперационных осложнений при выполнении лапороскопическойхолецистэктомии/ Д.М. Курбанов/ Патент на изобретении ТЈ636 05.11.2014г.

[18-М]. Курбанов Д.М. Способ установки единого порта при холецистэктомии из единого доступа в зависимости от типа телосложения больных./ Д.М.Курбанов, Н.И.Расулов, А.С. Ашуров// Рационализаторское предложения №3440 R651 04.06.2015г.

[19-М]. Курбанов Д.М. Способ произведения субтотальной лапороскопическойхолецистэктомии при остром калкулёзном холецистите/ Д.М.Курбанов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров // Рационализаторское предложения №3436 R651 04.06.2015г.

- [20-М]. Курбанов Д.М. способ установки игла Вериша и первого троакара при наличии послеоперационного рубца передней брюшной стенке/ Д.М.Курбанов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров// // Рационализаторское предложение №3436 R651 04.06.2015г.
- [21-М]. Курбанов Д.М. Диагностическая и лечебная Лапароскопия в ургентной Абдоминальной хирургии/ Д.М. Курбанов, Р.Р. Рахматуллоев, Н.И. Расулов// А.С. Ашуров// 59-я годовичная-научно- практическая конференция ТГМУ имени Абуалиибни Сино 17-18 ноября 2011 г. Душанбе, 238-239 ст.
- [22-М]. Курбанов Д.М. Малоинвазивная технология в лечении различных хирургического заболевания/ Р.Р. Рахматуллоев, Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, К.К. Кобилов// 59-я годовичная-научно- практическая конференция ТГМУ имени Абуалиибни Сино 17-18 ноября 2011 г. Душанбе, 310-311 ст.
- [23-М]. Курбанов Д.М. Особенности лапароскопической холецистэктомии в зависимости от типа телосложения больных/ Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, С.А. Холбоев, К.К. Кобилов/ // 59-я годовичная-научно-практическая конференция ТГМУ имени Абуалиибни Сино 17-18 ноября 2011 г. Душанбе, 268-269 ст.
- [24-М]. Курбанов Д.М. Особенность и значение треугольник Кало при лапароскопической холецистэктомии у лиц с различным типом телосложения/ Р.Р. Рахматуллоев, Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов// 60-ая годовичная научна-практическая конференция с международным участием ТГМУ им. Абуалиибни Сино, посвященная 80- летию со дня рождения член-корр, РАМН, профессор Ю.Б. Исаки г. Душанбе 2012г стр.478-479.
- [25-М]. Курбанов Д.М. Результаты малоинвазивного хирургического лечения острого холецистита и его осложнённых форм\ Д.М. Курбанов, К.К. Кобилов, А.С. Ашуров , Н.И. Расулов\ Вклад медицинских наук в практическое здравоохранение, Сбор научных статей 61-ой годовичной-практической конференции ТГМУ им. Абуалиибни Сино с международным участием 29-30 ноября 2013 года. Г. Душанбе. Стр 366-367.
- [26-М]. Курбанов Д.М. Образование послеоперационных троакарных грыж после лапароскопической холецистэктомии\ Д.М. Курбанов, А.С. Ашуров, И.Х. Муродов\ Научно –практическая конференция молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуалиибни Сино с международным участием г. Душанбе 24 апреля 2015г стр 107-108
- [27-М]. Курбанов Д.М. Электро-термическое повреждение внепеченочных желчных протоков в экспериментальных условиях\ Д.М. Курбанов, Ф.Н. Саидов, Н.И. Расулов,\ \ Научно – практическая конференция молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуалиибни Сино с международным участием г. Душанбе 24 апреля 2015г стр 180-181.
- [28-М]. Курбанов Д.М. Диагностика и лечение острого калькулёзного холецистита больных с повышенным операционным риском/ Д.М. Курбанов, А.С. Ашуров, К.К. Кобилов, И.Х. Муродов\ \ Медицинская наука XXI века- взгляд в будущее. Материал международной научно-практической конференции (67-ой годовичной), посвященной 80-летию ТГМУ им. Абуалиибни Сино и « Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)».стр 167-168
- [29-М]. Курбанов Д.М. Особенности лапароскопической холецистэктомии с использованием трёх лапаропортов у больных с сопутствующими патологиями/ Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, М.Б. Бахромов, З.М. Нуров, М.Х. Хахимов// Медицинская наука XXI века- взгляд в будущее. Материал международной научно-практической конференции (67-ой годовичной), посвященной 80-летию ТГМУ им. Абуалиибни Сино и « Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)».стр 171-173.
- [30-М]. Курбанов Д.М. Некоторые особенности лапароскопической холецистэктомии у больных с сердечно-сосудистой и легочной патологией/ Д.М.Курбанов, С.А.Холбоев, Д.А. Мусоев, Х.Н. Мансуров// // Медицинская наука XXI века- взгляд в будущее. Материал международной научно-практической конференции (67-ой годовичной), посвященной 80-летию ТГМУ им. Абуалиибни Сино и « Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)».стр 428-429.

- [31-М]. Курбанов Д.М. Асистируванна Лапораскопическая влагалашна экстерпатция матки/ Д.М. Курбанов, И.Х. Муродов, Т.А. Фатхуллаева// Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел(2019-2021)» 19 апреля г Душанбе стр.208.
- [32-М]. Курбанов Д.М. Возможности лапораскопической холецистэктомии из двух доступов в лечении хронического калькулёзного холецистита// Д.М. Курбанов, И.Х. Муродов, Р.М. Зарипова, Н.И. Расулов// Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел(2019-2021)» 19 апреля г Душанбе стр.208.
- [33-М]. Курбанов Д.М. Лапораскопическая холецистэктомия из двух доступов/ Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров// стр 203. Годичная научно-практическая конференция молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуалииби Сино с международным участием посвященная 90-летию профессор С.И. Рахимова г. Душанбе 2012г.
- [34-М]. Курбанов Д.М. Опыт применения лапораскопической холецистэктомии у больных с острым холециститом/ Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров, Д.А. Мусоев Д.А// Сбор научных статей 61-ой годичной-практической конференции ТГМУ им. Абуалииби Сино с международным участием. Стр 363.
- [35-М]. Курбанов Д.М. Холецистэктомия у больных страдающих острым холециститом с высоким операционно-анестезиологическим риском./ Д.М. Курбанов, С.А. Холбоев, Д.А. Мусоев. Х.Н. Мансуров// конференция 2018г. Стр. 263.
- [36-М]. Курбанов Д.М. Результаты операции при свежих повреждениях желчных протоков/ Д.М. Курбанов, К.К. Кобилов, А.С. Ашуров// конференция 2018г.
- [37-М]. Курбанов Д.М. Чаррохи муштаракванати чаи он// Ч.М. Курбанов, Н.И. Расулов, А.А. Боллиев// Авчизухал №4 2012 сол. Сах.22-24.
- [38-М]. Курбанов Д.М. Профилактика синдром иглой Верища и первого троакара при наличии послеоперационного рубца на передней брюшной стенке ниже пупка/ Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, З.М. Нуров, М.В. Бахромов, И.Х. Муродов, А.И. Джаборов // Авчизухал №3-2019 год. стр.45-46.
- [39-М]. Курбанов Ч.М., Сабабхоигузариш ба лапаротомия хангом холецистэктомия лапораскопи./ Ч.М. Курбанов, Н.И. Расулов, М.В. Бахромов, С.М. Зардаков// сах.50-53. Авчизухал №2 2016 сол.
- [40-М]. Курбанов Д.М. Ультразвуковая оценка течения раневого процесса после холецистэктомии./ Д.М. Курбанов.// Научно-медицинский журнал СИМУРГ №3 2019 сол стр 74\_76.
- [41-М]. Курбанов Ч.М. . Натичаи муоинаи осебима чаррохи беруни чигар дар шароити эксперименталӣ// Ч.М. Курбанов, Н.И. Расулов, М.В. Бахромов, Ф.Н. Саидов// Авчизухал № 1 2015 сол стр 14-19.
- [42-М]. Курбанов Д.М. Частота развития осложнения лапароскопической холецистэктомии/ Д.М. Курбанов, С.А. Ашуров // ВЕСТНИК педагогический университета №2 (63-1) стр 146-148
- [43-М]. Курбанов Д.М. Желчеистечение после лапароскопической холецистэктомии/ Д.М. Курбанов, А.С. Ашуров // ВЕСТНИК педагогический университета №2 (63-1) стр 149
- [44-М]. Курбанов Д.М. Варианты отхождения пузырной артерии и протока при обзорной лапароскопии./ Н.И. Расулов, Д.М. Курбанов, М.Л. Хакимов, Материалы годичная конференция ТГМУ 2014 г. стр.164.
- [45-М]. Курбанов Д.М. Желчеистечение после различных способов холецистэктомии // Дж.М. Курбанов, К.К. Кобилов, А.С. Ашуров, Н.И. Расулов // 2014 г материалы 62-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ стр 84-85.

[46-М]. Курбанов Д.М Результаты пятилетнего опыта применения эндовидеохирургии /Д.М. Курбанов, С.А. Холбоев, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров //2014г материалы 62-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ стр 87-88.

[47-М].Курбанов Д. Способ профилактики интраоперационных осложнений при выполнении лапароскопической холецистэктомии // Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, Т.Г.Чакалов, Ф.Р. Эмомов.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Курбанов Д.М. стр 175

[48-М].Курбанов Д.М. Лапароскопическая холецистэктомия в условиях стационара одного дня //Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров, Ф.Р. Эмомов. //Научный руководитель- к.м.н., доцент Курбанов Д.М. 175-1762015. Сборник материалов X научно-практической конференции молодых ученых и студентов 2015г

[49-М].Курбанов Д.М. Электротермическое повреждение внепеченочных желчных протоков в экспериментальных условиях

//Д.М. Курбанов, Ф.Н.Саидов, Н.И.Расулов, И.Н.Назаров научный руководитель- к.м.н., доцент Курбанов Д.М стр 180-181 // Сборник материалов X научно-практической конференции молодых ученых и студентов 2015г

[50-М]. Курбанов Д.М. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с хроническим калькулёзным холециститом на фоне ожирения/

Д.М. Курбанов, К.К. Кобилов, А.С. Ашуров, А.И. Джаборов, У.С. Хушвактов //Сборник научных статей 65 годичной международной научно практической конференции ТГМУ имени Абуалиибни Сино. Г Душанбе 23-24.11.2017.стр.247-248

[51-М].Курбанов Д.М. Динамическое ультразвуковое наблюдение раненового процесса после холецистэктомии//Д.М. Курбанов, С.А. Холбаев, Н.И.Расулов, М.В. Бахромов Сборник научных статей 65 годичной международной научно практической конференции ТГМУ имени Абуалиибни Сино. Г Душанбе 23-24.11.2017.стр.248-250.

[52-М]. Курбанов Д.М. Морфологические изменения печени у больных с хроническим калькулёзным холециститом /Д.М. Курбанов, Н.И. Расулов, М.В. Бахромов, С.М. Зардаков, А.И. Джаборов. // Сборник научных статей 65 годичной международной научно практической конференции ТГМУ имени Абуалиибни Сино. Г Душанбе 23-24.11.2017.стр.320-321.

[53-М]. КурбановДж.М. Лечение троакарных грыж после лапароскопической холецистэктомии // Вклад медицинской наук в оздоровление семьи. Г Душанбе 2015 стр. 396-397 Коференция молодых. Ученых. ТГМУ.

### **ПЕШНИХОДҲОИ РАТСИОНАЛИЗАТОРӢ**

1. Курбанов Дж.М. Усулҳои тоза кардани чавфҳои боқимонда пас аз эхинококэктомии чигар / Дж.М. Курбанов, А.И. Чаборов // Пешниҳоди ратсионизатории № 3322/R547 11. 12. С.2012.
2. КурбановДж.М. Усули гузоштани порти ягона ҳангоми холетсистэктомия аз дастраскунии ягона вобаста аз намуди андоми бемор. / Дж.М. Курбанов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров // Пешниҳоди ратсионизатории № 3440/R655 04. 06. 2015.
3. КурбановДж.М. Усули гузаронидани ХЭЛ –и субтоталӣ ҳангоми холетсисти шадиди калкулёзӣ / Дж.М. Курбанов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров // Пешниҳоди ратсионизатории № 3436/R651 04. 06. 2015
4. КурбановДж.М. Усули гузоштани сӯзани Вериш ва троакараи якумдар вақти хадшаи пас аз ҷарроҳии девораи пеши шикам / Дж.М. Курбанов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров // Пешниҳоди ратсионизатории № 3436/R651 04. 06. 2015
5. Курбанов Д.М. Усули гузоштани порти ягона ҳангоми холетсистэктомия аз дастраскунии ягона вобаста аз намуди андоми бемор./ Д.М.Курбанов, Н.И.Расулов, А.С. Ашуров// Пешниҳоди ратсионизатории №3440 R651 04.06.2015г.

6. Курбанов Д.М. Усули гузаронидани ХЭЛ –и субтоталӣ ҳангоми холетсисти шадиди калкулёзӣ / Д.М.Курбанов, Н.И. Расулов, А.С. Ашуров // Пешниҳоди ратсионализатории №3436 R651 04.06.2015г.
7. Усули омехтаи ташхиси барвақт ва табобати талхашорӣ пас аз ҷарроҳӣ ҳангоми холетсистэктомияи лапароскопӣ (Пешниҳоди ратсионализатории № 3659/R710 21. 09. 2019),
8. Методи хирургической реконструкции повреждений внепеченочных желчных путей при лапароскопической холецистэктомии стенке (**рационализаторское предложение № 3655/R706 21. 09. 2019).**),
9. Способ лапаролифтинга, при лапароскопической холецистэктомии у больных с сопутствующими сердечно- легочными патологиями (**рационализаторское предложение № 3458/R709 21. 09. 2019).**),
10. Комбинированный способ ранней диагностики и лечения послеоперационных желчеистечений при лапароскопической холецистэктомии (**рационализаторское предложение № 3659/R710 21. 09. 2019).**),
11. Методы хирургической реконструкции повреждений внепеченочных желчных путей при лапароскопической холецистэктомии (**рационализаторское предложение № 3655/R706 21. 09. 2019).**),

### ПАТЕНТҲО

1. **Курбанов Ч.М.** Усулҳои пешгирии оризаҳои интраҷарроҳӣ ҳангоми иҷро кардани холетсистэктомияи лапароскопӣ. Патент барои ихтироъ ТҶ 63605.112014.
2. **Курбанов Ч.М.** Усулҳои дастраскунии ҷарроҳӣ ҳангоми табобати ҷарроҳии синдроми апертураи болоии сина. Патент барои ихтироъ ТҶ 69901.112015.

### Рӯйхати ихтисораҳо

|      |   |   |
|------|---|---|
| БМИД | – | бемории музмини ишемикии дил            |
| БН   | – | басомади нафаскашӣ                      |
| БСТ  | – | бемории санги талхадон                  |
| БМСТ | – | бемории музмини санги талхадон          |
| ВСШ  | – | вентиятсияи сунъии шушҳо                |
| ВУШ  | – | вентиятсияи умумии шушҳо                |
| ДЯЛ  | – | дастраскунии ягонаи лапароскопӣ         |
| МДУ  | – | Муассисаи давлатии унитарӣ              |
| САН  | – | суръати авҷи нафасбарорӣ                |
| ТУС  | – | Таҳқиқоти ултрасадоӣ                    |
| ТУТ  | – | Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ       |
| ФНБ  | – | функсияи нафасгирии берунӣ              |
| ФШ   | – | фишори шарёнӣ                           |
| ХМК  | – | холетсисити музмини калкулёзӣ           |
| ХЭЛА | – | холетсистэктомияи лапароскопии анъанавӣ |
| ХЭЛ  | – | холетсистэктомияи лапароскопӣ           |
| ҲБН  | – | ҳачми босуръати нафасбарорӣ             |

|     |   |                             |
|-----|---|-----------------------------|
| ХДН | – | ҳачми дақиқагии шушҳо       |
| ХЗН | – | ҳачми захиравии нафасбарорӣ |
| ХН  | – | ҳачми нафаскашӣ             |
| ХХШ | – | ҳачми ҳаётии шушҳо          |

**АННОТАЦИЯ**  
**КУРБАНОВ ДЖУРАБЕК МУМИНОВИЧ**  
**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ**  
**ЛАПАРАСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И МЕТОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ.**

**Ключевые слова:** лапароскопическая холецистэктомия, осложнение, методы профилактики.

**Цель исследования.** Определить рациональное хирургическое лечение осложнений ЛХЭ путем разработки современных методов диагностики и эффективных методов лечения и их профилактики.

**Методы исследования и использованная аппаратура:** объектом исследования являлись ретроспективное и проспективное изучение протоколов операции, видеозаписи операций у 9056 больных оперированных по поводу ЖКБ с применением лапароскопической методики за период 2007-2017 г. Среди обследованных различные осложнения после ЛХЭ, были отмечены у 169 (1,8%) больных. Все обследованные больные были оперированы в условиях РНЦСС хирургии, ГКБ №2 г. Душанбе, ЛДЦ Варорудг. Турсунзаде и на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ.

Также был проведен эксперимент выполненный у 31 кроликов в условиях ЦНИЛ ТГМУ, с целью определения площади и глубины распространения электротермического воздействия посредством монополярного электрода при применении аппарата эндоскопа (Азимут-Россия). УЗ исследования, оценка функции внешнего дыхания, ЭГДС и ЭКГ. По показаниям, проводили МРТ, КТ, эходоплерографию, ЭРХПГ, рентгенологические и морфологические методы исследования. Для клинической оценки состояния больных, для уточнения степени эндотоксикоза использована формула лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) предложенная в 1936 году Я.Я. Кальф-Калифом: Оценка степени операционно-анестезиологического риска у обследованных больных проводили согласно классификации ASA (American Society of Anesthesiology)

**Полученные результаты и их новизна:** По результатам исследования выявлено, что осложнений при ЛХЭ наблюдались в 1,8% случаях причинами их развития является воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря (52%), аномалии развития (31%), хирургические погрешности (17%).

Наиболее частыми специфическими осложнениями ЛХЭ являются повреждение ВЖП (40%), желчеистечение (15,3%), желчный перитонит (11,8%) и кровотечение (16,5%) успех лечения, которых зависит от своевременности диагностики.

Отдаленными осложнениями ЛХЭ до 5 лет наблюдения были послеоперационная грыжа 0,08%, резидуальный холедохолитиз (0,06%) и острая спаечная кишечная непроходимость (0,03%). На эксперименте доказано электро-термические воздействия на стенку холедоха зависит от напряжения электрогенератора и сопровождается коагуляционным некрозом и деструкцией его стенки, воспалительной инфильтрацией и рубцово спаечным перипроцессом.

Эффективность хирургического лечения осложнений ЛХЭ зависит от своевременной диагностики и лечения, которые в конечном итоге отражаются результатам и в ближайшем и в отдаленном послеоперационном периоде.

**Рекомендации по использованию:** разработать навыки у хирургов занимающейся эндовидеохирургией по своевременной выявлении осложнений во время ЛХЭ и ближайшим послеоперационным периода. Ликвидации этих осложнений, путем проведения реконструктивных биледигестивных анастомозов. При трудностях диссекции или сложности

визуализации трубчатых структур в области гепатодуоденальной зоне необходимо интродуцировать «тайм-аута» и консультация второго опытного хирурга.

**Область применения:** Гепатобилирная хирургия, эндохирургия и общая хирургия.

## АННОТАЦИЯ ҚУРБОНОВ ҚҶРАБЕК МУМИНОВИЧ КЛИНИКА, ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ЧАРРОҲИИ ОРИЗАҲОИ ЛАПАРОСКОПИЯИ ХОЛЕТСИСТЭКТОМИЯ ВА УСУЛҲОИ ПЕШГИРИИ ОНҲО

**Калимаҳои калидӣ** холесистэктомияи лапароскопӣ, оризаҳо, усулҳои пешгирӣ..

**Мақсади таҳқиқот.** Муайян кардани табобати чарроҳии ратсионалии оризаҳои ХЭЛ, бо роҳи коркарди усулҳои муосири ташхис ва усулҳои самараноки табобат ва пешгирии он.

**Методҳои таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда:** Объекти таҳқиқот омӯзиши ретроспективӣ ва проспективии протоколҳои чарроҳӣ, сабти видеои 9056 бемори аз хусуси бемориҳои санги талхадон (БСТ) бо истифодаи усули лапароскопӣ дар давраи солҳои 2007-2017 чарроҳӣшуда мебошад. Дар байни таҳқиқшудаҳо оризаҳои гуногун пас аз ХЭЛ дар 169 (1,8%) беморон ба мушоҳида расид.

Ҳамаи беморони таҳқиқшуда дар шароити ММЧ чарроҳии дилу рағҳо, БШК №2, ш. Душанбе, МТТ Вароруд, ш. Турсунзода ва дар пойгоҳи кафедраи амалияи чарроҳӣ ва анатомияи топографияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино чарроҳӣ карда шуданд.

Бо мақсади муайян кардани майдони паҳншавӣ ва амиқии таъсироти термикӣ ба бофтаҳо, ҳангоми электрокоагулятсияи монополярӣ, мо дар 31 харгӯш дар шароити ОМИТ-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба воситаи электроди монополярӣ бо истифода аз дастгоҳи эндоскопи (Азимут-Россия) гузаронидем. ТУС, баҳогузурӣ ба функцияи наваскашии берунӣ, ГДС ва ЭКГ. Аз рӯйи нишондодҳо МРТ, КТ, эходоплерография, ЭРХПГ, таҳқиқотҳои рентгенологӣ ва морфологӣ иҷро карда шуд. Бо мақсади баҳогузурии клиникаи ҳолати беморон, барои дақиқ кардани дараҷаи эндотоксикоз аз формулаи шохиси лейкоцитарии интоксикатсия, ки дар соли 1936 году Я.Я. Кальф-Калифом пешниҳод карда буд, истифода шуд. Баҳогузурӣ ба дараҷаи хатари чарроҳӣ- -анестезиологӣ дар беморони таҳқиқшуда мувофиқи таснифи ASA (American Society of Anesthesiology) сурат гирифт.

**Натиҷаҳои бадастомада ва навгонии онҳо.** Натиҷаи таҳқиқот нишон дод, ки ҳангоми чарроҳии ХЭЛ оризаҳои гуногун дар 1,8%-и ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд, ки сабабҳои пайдоиши онҳо инфилтратаи илтиҳобӣ дар ноҳияи гарданаки талхадон (52%), аномалияи инкишоф (31%), ғалатҳои чарроҳӣ (17%) буданд.

Оризаҳои махсуси зиёд дучоршавандаи ХЭЛ осеби МХТ (40%), талхашорӣ (15,3%), перитонити талха (11,8%) ва хунравӣ (16,5%) ба ҳисоб мераванд, ки муваффақияти табобати онҳо аз сари вақт ташхис кардан вобаста аст.

Оризаҳои дури ХЭЛ то 5 соли муоина чурраи пасазчарроҳӣ (0,03%), холедохолитизи резидуалӣ (0,06%), ногузаронандагии шадиди рӯдаҳо (0,03%) буданд.

Дар эксперимент таъсироти электро-термикӣ ба девораи холедох аз шиддати электрогенератор вобаста буда, ҳамроҳ бо некрози коагулятсионӣ ва деструксияи девораи он, инфилтратсияи илтиҳобӣ ва перипротсесси хадшагиву часпидагӣ чараён мегирад.

Самаранокии табобати чарроҳии оризаҳои ХЭЛ аз ташхис ва табобати саривақтӣ вобаста аст, ки дар ниҳояти кор натиҷаҳои инъикос мекунад.

**Тавсияҳо оид ба истифода:** Коркарди малакаҳо дар чарроҳоне, ки ба эндовидеочарроҳӣ машғуланд оид ба сари вақт ошкор кардани оризаҳо ҳангоми ХЭЛ ва давраи наздиктарини пас аз чарроҳӣ. Аз байн бурдани ин оризаҳо бо роҳи гузаронидани анастомозҳои реконструктивии билеодигестивӣ. Ҳангоми душвор будани диссексия ё мураккаб будани визуализатсияи сохторҳои найчашакл дар мавзеи минтақаи гепатодуоденалӣ зарур аст, ки ба таври интрачарроҳӣ аз «тайм-аут» ва машварати чарроҳи соҳибтаҷриба истифода намуд.

**Соҳаи истифода:** Чарроҳии гепатобилирӣ, эндочарроҳӣ ва чарроҳии умумӣ.

**ANOTATION**  
**QURBANOV JURABEK MUMINOVICH**  
**CLINIC, DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATIONS OF**  
**LAPAROSCOPIC CHOLECYSTEKTOMY AND METHODS OF THEIR PREVENTION.**

**Key words:** laparoscopic cholecystectomy, complication, prevention methods.

**Purpose of the study.** To determine the rational surgical treatment of complications of LCE by developing modern diagnostic methods and effective methods of treatment and their prevention.

**Research methods and equipment used:** the object of the study was a retrospective and prospective study of the protocols of surgery, video recordings of operations in 9056 patients operated on for gallstone disease using laparoscopic techniques for the period 2007-2017. Among the examined, various complications after LCE were noted in 169 (1, 8%) patients. All examined patients were operated on in the conditions of the RSCSS Surgery, City Clinical Hospital No. 2, Dushanbe, Medical Center Varorud, Tursunzade and on the basis of the Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy of the TSMU.

Also, an experiment was carried out on 31 rabbits under the conditions of the Central Scientific Research Laboratory of the TSMU, in order to determine the area and depth of propagation of electrothermal effects by means of a monopolar electrode when using an endoscope apparatus (Azimut - Russia). Ultrasound studies, assessment of the function of external respiration, EGDS and ECG. According to indications, MRI, CT, echodoplerography, ERCP, X-ray and morphological research methods were performed. For the clinical assessment of the condition of patients, to clarify the degree of endotoxiosis, the formula of the leukocyte index of intoxication (LII) proposed in 1936 by Ya.Ya. Kalf-Kalif: Assessment of the degree of operational and anesthetic risk in the examined patients was carried out according to the ASA classification (American Society of Anesthesiology).

**The results obtained and their novelty:** According to the results of the study, it was revealed that complications with LCE were observed in 1.8% of cases, the causes of their development were inflammatory infiltration in the gallbladder neck (52%), developmental anomalies (31%), surgical errors (17%).

The most frequent specific complications of LCE are damage to the IVS (40%), bile leakage (15.3%), biliary peritonitis (11.8%) and bleeding (16.5%), the success of treatment, which depends on the timely diagnosis.

Long-term complications of LCE up to 5 years of follow-up were postoperative hernia 0.08%, residual choledocholitis (0.06%) and acute adhesive intestinal obstruction (0.03%). In the experiment shown the electro-thermal effects on the wall of common bile duct it depends on the electric voltage and is accompanied by coagulation necrosis and destruction of its wall, and inflammatory infiltration of scar adhesions periprotosomes.

The effectiveness of surgical treatment of complications of LCE depends on timely diagnosis and treatment, which ultimately are reflected in the results both in the immediate and long-term postoperative period.

**Recommendations for use:** To develop the skills of surgeons engaged in endovideosurgery for the timely detection of complications during LCE and the immediate postoperative period. Elimination of sequelae, by performing reconstructive bileodigestiveanastomoses. In case of difficulties in dissection or difficulty in visualizing tubular structures in the hepatoduodenal zone, it is necessary to use a "time-out" introoperatively and consult a second experienced surgeon.

**Applications:** Hepatobiliary surgery, endosurgery and general surgery.

