

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI

Əlyazması hüququnda

QARACİYƏR SİRROZU OLAN XƏSTƏLƏRDƏ KALKULYOZ XOLESİSTİTİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNƏ MÜASİR YANAŞMALAR

İxtisas: 3213.01 – “Cərrahlıq”

Elm sahəsi: Tibb

İddiaçı: Könül Həsən qızı Sarıyeva

Fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün
təqdim edilmiş dissertasiyanın

AVTOREFERATI

Bakı – 2021

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin 2-ci cərrahi xəstəliklər kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər:

**Əməkdar elm xadimi,
tibb elmləri doktoru, professor,
Surxay İsmayıl oğlu Hədiyev**

Rəsmi opponentlər:

**tibb elmləri doktoru, professor
Elçin Kamil oğlu Ağayev**

**tibb elmləri doktoru, professor
Qurbanxan Fətəli oğlu Müslümov**

**tibb elmləri doktoru, professor
Kənan Rafael oğlu Yusifzadə**

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən BED 2.06/1 Dissertasiya şurası

Dissertasiya şurasının sədri:

**tibb elmləri doktoru, professor
Surxay İsmayıl oğlu Hədiyev**

Dissertasiya şurasının elmi katibi:

**tibb elmləri doktoru, professor
Fəriz Hidayət oğlu Camalov**

Elmi seminarın sədri:

**tibb elmləri doktoru, professor
Məhəmməd Məhəmmədəli
oğlu Kərimov**

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Mövzunun aktuallığı. Geniş spektrli xronik qaraciyər xəstəliklərinin son patoloji inkişaf mərhələsi olan qaraciyər sirrozunun, fəsadlaşmalarla müşayiət olunan komorbid xəstəlik olduğu hamıya yaxşı məlumdur¹.

Sirrozlu pasiyentlərin təqribən 10%-də planlı və təcili əməliyyatlar aparılması tələbatı yaranır².

Tarixən, sirrozlu xəstələr cərrahi müdaxilə üçün qeyri-adekvat namizəd sayılmışlar. Funksiyası pozulmuş qaraciyər üçün cərrahi müdaxilə əlavə stres mənbəyidir və bununla əlaqədar həmin xəstələrdə əməliyyatlar çox vaxt fəsadlaşmalarla keçir. Sirrozlu xəstələrdə belə yüksək cərrahi risk, qaraciyər xəstəliyinin özünün patofiziologiyası və onunla bağlı amillər, o cümlədən portal hipertenziya, koagulopatiya, adaptiv immun sistemin disfunksiyası, kardiomiopatiya, böyrək yetərsizliyi, hepatopulmonal sindrom nəticəsində yaranır³.

Retrospektiv tədqiqatlarda cərrahi əməliyyatlara məruz qalmış sirrozlu xəstələrdə fəsadlaşmaların 30 %-ə, letallığın 25%-ə çatdığı göstərilir.⁴

Qaraciyərin funksional vəziyyətinin qabaqcadan düzgün qiymətləndirilməsi, əməliyyatözü dövrə xəstələrin optimizasiyası, intraoperasion, postoperasion fəsadlaşma riskinin proqnozlaşdırılması bu xəstələrdə müalicə nəticələrinin yaxşılaşdırılmasında vacib

¹ Bayramov, N.Y., Novruzov, N.H., Güraras, A.S. Sirotik xəstələrdə kritik vəziyyətlərə ümumi yanaşma prinsipləri // – Cərrahiyyə 2013; 2; 26-29
Schuppan D., Afdhal N.H. Liver cirrhosis //Lancet. 2008; 8; 371 (9615): 838-851.

² Pandey C.K., Karna S.T., Pandey V.K., Tandon M., Singhal A., Mangla V. Perioperative risk factors in patients with liver disease undergoing non- hepatic surgery // World J. Gastrointest. Surg. 2012; 4(12): 267-274. doi 10. 4240/wjgs. V4. I12.267.

³ Douard R., Lentschener C., Ozier Y., Dousset B. Operative risks of digestive surgery in cirrhotic patients // GastroenterolClinBiol 2009; 33: 6-7: 555-564.
Bhangui P., Laurent A., Amathieu R., Azoulay D. Assessment of risk for non-hepatic surgery in cirrhotic patients // J.Hepatol 2012; 57: 4: 874- 884.

⁴ Friedman L.S. Surgery in the patient with liver disease // Trans. Am. Clin. Climatol. Assoc. 2010; 121: 192- 204.

amillərdir.

Qaraciyər sirrozunun ağırlıq dərəcəsinin qiymətləndirilməsi, adətən, Child-Turcotte-Pugh (CTP) və qaraciyər xəstəliyinin son inkişaf mərhələi modeli (MELD) şkalaları vasitəsilə aparılır⁵.

Təcili cərrahiyyə, kardiovaskulyar və açıq abdominal əməliyyatlar sirrozlu xəstələrdə daha yüksək letallıq göstəriciləri ilə səciyyələnir⁶.

Sirrozlu xəstələrdə qaraciyər köçürülməsi əsas əməliyyat sayılsa da onlarda digər müdaxilələr, o cümlədən qida borusu, mədə-bağırsaq, öd yolları, yırtıq əməliyyatları da aparılır.

Xolesistektomiya sirrozlu xəstələrdə ən çox icra edilən gastrointestinal əməliyyatlardan sayılır.⁷

Bunun da əsas səbəbi onlarda öd daşı xəstəliyinin geniş yayılmasıdır: xolelitiaz sirrozlu xəstələrdə adi əhaliyə nisbətən təxminən 2-3 dəfə çox rast gəlinir.⁸

Öd daşı xəstəliyinin sirrozlu xəstələrdə çox yayılmasının səbəbləri qaraciyərdəki metabolik dəyişikliklərlə: öd turşularının sintezinin azalması, damar daxili hemoliz nəticəsində sərbəst bilirubinin səviyyəsinin yüksəlməsi, öd kisəsinin hipokineziyası ilə əlaqələndirilir.

Digər abdominal əməliyyatlar kimi, biliar müdaxilələrin də sirrozlu xəstələrdə icrası bir sıra risk amilləri ilə bağlıdır. Kəskin xolesistit, təcili öd əməliyyatlarının riski xüsusən yüksəkdir.

Sirroz zəminində inkişaf edən portal hipertenziya, assit, ensefalopatiya, sarılıq, hipoalbuminemiya, koaqlupatiya, anemiya və

⁵ Neeff H., Mariaskin D., Spangenberg H.C., Hopt U.T., Makowiec F. Perioperative mortality after nonhepatic general surgery in patients with liver cirrhosis: an analysis 138 operations in the 2000s using Child and MELD scores // *J Gastrointest Surg*, 15 (2011), pp. 1-11.

⁶ De Goede B., Klitsie P.J., Lange J.F. et al. Morbidity and mortality related to non-hepatic surgery in patients with liver cirrhosis: a systematic review // *Best Pract Res ClinGastroenterol* 2012; 26: 1: 47-59.

⁷ Chmielecki D.K., Hagopian F.J., Kuo Jen-Hong, Kuo Y.L., Davis J.M. Laparoscopic cholecystectomy is the preferred approach in cirrhosis: a nationwide, population-based study // *Oxford: HPB*; 2012; 14(12):848-853.

⁸ Acalovschi M., Gallstones in patients with liver cirrhosis. Incidence, etiology, clinical and therapeutical aspects // *World J Gastroenterol*. 2014; 20 (23): 7277-7277 doi 10.3748/wjg.v.20.i.2D.i.23.7277.

bu kimi dəyişikliklər sirrozlu xəstələrdə postoperasion letallığı artırma biləcək amillər hesab olunur⁹.

Yaxın keçmişin cərrahi ədəbiyyatlarında mütəmadi olaraq, qaraciyər sirrozu və portal hipertenziya şəraitində aparılan açıq öd yolları əməliyyatlarının qeyri-qənaətbəxş nəticələrindən xəbər verilirdi: bir sıra tədqiqatlarda fəsadlaşma və letallığın müvafiq olaraq 23% və 25%-ə çatdığı göstərilirdi; Belə arzuolunmaz nəticələrin əsas səbəbləri isə çoxlu qanıtırmə, prostoperasion qaraciyər, böyrək yetərsizliyi, sepsis idi. LXE üsulunun tətbiqinin başlanğıcında da, bu əməliyyatın sirrozlu xəstələrdə istifadəsi sual altında olmuşdur.

Sonralar laparoskopik cərrahiyyədə qazanılan təcrübə, artan ustalıq yeni əməliyyat növünün öd kisəsi ilə bağlı bir sıra çətin hallarda, o cümlədən sirrozlu xəstələrdə də uğurlu icrasına yol açdı.

Bununla belə, ədəbiyyatda bu əməliyyatın sirrozlu xəstələrdəki fəsadlaşma və letallıq göstəricilərində geniş səpələnmə nəzərə çarpır. Digər tərəfdən qaraciyər sirrozunun özünün əməliyyatönü diaqnostikasında çətinliklər var və bir çox hallarda bu xəstəlik gözlənilmədən əməliyyat vaxtı üzə çıxır.

Laparoskopik texnologiyanın sirrozlu xəstələrin öd kisəsi əməliyyatlarında istifadəsinə dair təcrübənin azlığı da bu xəstələrdə optimal əməliyyat növünün seçimində ümumi konsensusa gəlməyə imkan vermir.

Tədqiqatın obyektı – 2010-2017-ci illərdə LXE olunmuş pasiyentlər.

Tədqiqatın predmeti – LXE əməliyyatının sirrozlu xəstələrdə tətbiqi.

Tədqiqatın məqsədi qaraciyər sirrozu və öd daşı xəstəliyi olan pasiyentlərdə qaraciyər xəstəliyinin əməliyyatönü diaqnostikasının yaxşılaşdırılması və bu xəstələrin öd kisəsi əməliyyatlarında laparoskopik texnologiyanın istifadəsinin təhlükəsizliyini təmin edəcək cərrahi taktikanın hazırlanması olmuşdur.

Tədqiqatın vəzifələri:

1. Laparoskopik xolesistektomiya olunmuş xəstələrdə qaraciyər

⁹ Douard R., Lentschener C., Ozier Y., Dousset B. Operative risks of digestive surgery in cirrhotic patients // Gastroenterol Clin Biol 2009; 33: 6-7: 555-564.

sirrozunun rastgəlmə tezliyinin dəqiqləşdirilməsi və əməliyyatın nəticələrinin təhlili;

2. Öd daşı xəstəliyinin cərrahi müalicəsinə göstəriş olan pasiyentlərdə gizli gedişli qaraciyər sirrozunun diaqnostikasını yaxşılaşdıran alqoritmin hazırlanması və onun effektivliyinin klinik təcrübədə qiymətləndirilməsi;

3. Sirrozlu pasiyentlərdəki öd daşı xəstəliyinin müalicəsində laparoskopik texnologiyanın istifadəsinə göstərişlərin əsaslandırılması, cərrahi riskin proqnozlaşdırılması üsulunun təkmilləşdirilməsi və əməliyyatın təhlükəsizliyini təmin edəcək cərrahi taktikanın hazırlanması;

4. Videoendoskopik xolesistektomiya əməliyyatının sirrozlu və sirrozu olmayan pasiyentlərdəki göstəricilərinin müqayisəli təhlili əsasında bu müdaxilənin sirrozlu xəstələrdəki özünə məxsus xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi;

5. Sirrozlu xəstələrdə laparoskopik öd kisəsi əməliyyatlarında rast gəlinən intra- və postoperasion fəsadlaşmaların profilaktikası və müalicəsi kompleksinin hazırlanması.

Tədqiqatın metodları: kliniki müayinələr, laborator testlər

Instrumental müayinə üsulları: USM, QDE, KT, MRT, FEQDS.

Müdafiyyə çıxarılan əsas müddəalar:

- Xronik qaraciyər xəstəlikləri və onun son mərhələsi olan qaraciyər sirrozu ilə xəstələnmə sayının durmadan artması cərrahi əməliyyatlar zamanı bu xəstəliklə rastlaşma riskini artırır;

- Sirrozlu xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatına göstərişlər əsaslandırılmalı, əməliyyatözü dövrədə əməliyyat riski öd daşı xəstəliyinin ağırlıq dərəcəsi ilə uyğunlaşdırılmalıdır;

- Sirrozlu xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatına hazırlıq, qaraciyərin funksional dəyişikliklərinin ağırlıq dərəcəsi və pasiyentlərin ümumi statusu nəzərə alınmaqla aparılmalıdır;

- Sirrozlu xəstələrdə digər əməliyyatlar kimi laparoskopik xolesistektomiya da mürəkkəb əməliyyat sayılmalı və onun icrası açıq və laparoskopik cərrahiyyədə kifayət qədər təcrübəsi olan cərraha

həvalə edilməlidir;

- Sirrozlu xəstələrdə çətin intraoperasion vəziyyətlərdə daha təhlükəsiz əməliyyat variantı seçilməlidir;

Tədqiqatın elmi yeniliyi:

- Laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatlarında qaraciyər sirrozunun rast gəlmə tezliyi öyrənilmiş və bu xəstəliyin erkən diaqnostikasını təmin edən alqoritm hazırlanmışdır;

- Qaraciyər sirrozunun ağırlıq dərəcəsi və bununla bağlı əməliyyat riskinin ağırlıq dərəcəsinin ölçülməsinin obyektivliyini artıran CTP təsnifatının modifikasiyalı variantı tərtib olunmuşdur;

- Sirrozlu xəstələrdə xolesistolitiazın müalicəsində laparoskopik xolesistektomiyanın istifadəsinin mümkünlüyü, təhlükəsizliyi əsaslandırılmış, əməliyyata göstərişlər dəqiqləşdirilmişdir;

- Sirrozlu və sirrozsuz xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiyanın nəticələrinin müqayisəli araşdırılması əsasında bu müdaxilənin sirroz fonunda icrasının spesifik xüsusiyyətləri ayırd edilmişdir;

- Sirrozlu xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatından sonra qaraciyərdə baş verən funksional dəyişikliklərin dinamikası öyrənilmiş, onların korreksiyası yolları göstərilmişdir.

Dissertasiyanın aprobasiyası. Dissertasiyanın müzakirəsi ATU-nin I cərrahi xəstəliklər, II cərrahi xəstəliklər, III cərrahi xəstəliklər, ümumi cərrahiyyə kafedralarının əməkdaşlarının birgə iclasında (14.02.2019, protokol № 1), və ATU-nin nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.06 Dissertasiya şurasının seminarında (14.04.2021, protokol № 2) aparılmışdır. Dissertasiyanın nəticələri cərrah və gastroenteroloqların XIII Beynəlxalq Avroasiya konfransında (Baku 2013), Azərbaycan-Türkiyə cərrahiyyə və gastroenterologiya günləri. Elmi-praktik konfransda (Bakı 2017), Təbabətin aktual problemləri. Elmi-praktik konfransda (Bakı 2017), 6-cı Beynəlxalq və 5-ci Aralıq dənizi bariatric və metabolic cərrahlar konfransında (Antalya 2019), Cərrah və hepatoqastroenteroloqların XVIII Beynəlxalq konfransında (Bakı 2019), “Cərrahiyyədə yeniliklər” Beynəlxalq elmi-praktik konfransda (Minsk 2019) müzakirə edilmişdir.

Tədqiqatın praktik əhəmiyyəti.

- Qaraciyərin xronik xəstəliklərinin, o cümlədən qaraciyər

sirrozunun əməliyyatın dövrədə dəqiq diaqnostikasını təmin edən müayinə alqoritmi əməliyyata hazırlığın daha səmərəli aparılmasına imkan verəcəkdir;

- Sirrozun ağırlıq dərəcəsi və əməliyyat riskinin təklif olunmuş proqnostik sistem variantı əsasında qiymətləndirilməsi əməliyyata xəstə seçiminin optimallaşdırılmasına kömək göstərəcəkdir;

- Sirrozlu xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiya zamanı rast gəlinən intraoperasion texniki çətin vəziyyətlərdə təklif edilmiş əməliyyat taktikası fəsadlaşmaların azaldılmasına imkan verəcəkdir.

Tədqiqatın nəticələrinin tətbiqi. Dissertasiya işinin nəticələri Bakı şəhər 5 saylı klinik xəstəxanada, ATU-nin Tədris Cərrahiyyə Klinikasında, "City hospital" və "Oksigen" özəl klinikalarında tətbiq olunmuşdur.

Dissertasiyanın mövzusunə dair 16 elmi iş (6 məqalə, 2 həmmüəllifsiz, o cümlədən 2 xarici jurnalda, 6 tezis) Beynəlxalq xülasələşdirmə və indeksləşmə sisteminə daxil olan dövrü elmi nəşrlərdə dərc edilmişdir.

Dissertasiya işinin yerinə yetirildiyi təşkilatın adı. Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitenin 2-ci cərrahi xəstəliklər kafedrasının klinik bazalarında yerinə yetirilmişdir.

Dissertasiyanın həcmi və strukturu. Dissertasiya işi giriş, 4 fəsil, ədəbiyyat icmalı, nəticələr, istinad edilmiş 199 adda mənbənin bibliografik siyahısından ibarət olub, 134 səhifə mətn, 22 şəkil, 26 cədvəl öz əksini tapmışdır.

TƏDQIQATIN ƏSAS MƏZMUNU

Girişdə mövzunun aktuallığı, işin məqsədi və vəzifəsi, tədqiqatın metodları, işin elmi-nəzəri və təcrübi əhəmiyyəti, müdafiə olunan müddəalar, dissertasiya işinin həcmi, quruluşu və s. haqqında qısa məlumat verilir.

Dissertasiya işinin "Ədəbiyyat icmalı. Qaraciyər sirrozu və xolesistektomiya" adlanan **birinci fəsl** yeddi yarım fəsildən ibarətdir. Burada qaraciyər sirrozu, onun anesteziya və cərrahi əməliyyatlarda riski, sirrozlu xəstələrdə LXE-nin həllini gözləyən problemlərinin müzakirəsi aparılmışdır.

“Tədqiqatın materialı və metodları” adlanan **ikinci fəsil** üç yarımfəsildən ibarətdir. Bu fəsildə müşahidə altında olan sirrozlu və sirrozsuz xəstələr, istifadə olunan müayinə üsulları (laborator testlər, USM, Fibroscan, FEQDS, FEQDS, KT, MRT) qeyd edilmişdir.

Dissertasiya işinin “Laparoskopik xolesistektomiya olunmuş xəstələrin əməliyyatını müayinələrinin nəticələri” adlı **üçüncü fəsil** doqquz yarımfəsildən ibarətdir. Burada əvvəlki fəsildə qeyd olunan müayinə üsullarının nəticələri, əməliyyat riskinin proqnozlaşdırılması müzakirə olunmuşdur.

Dördüncü fəsil “Sirroz və laparoskopik xolesistektomiya” adlanır və bu fəsil yeddi yarımfəsildən ibarətdir. İşin bu fəslində sirrozlu xəstələrdə əməliyyatı hazırlıq, anestezioloji təminat, LXE-nin sirrozlu xəstələrdə texnikası, çətinliklər, təklif olunan cərrahi taktika və müdaxilənin nəticələri təhlil edilmişdir.

Azərbaycan Tibb Universitetinin 2-ci cərrahi xəstəliklər kafedrasının klinik bazalarında 2010-2017-ci illərdə xolesistolitiya görə 1540 xəstədə LXE əməliyyatı icra olunmuşdur. Bu xəstələr içində qaraciyər sirrozu aşkarlanan 48 xəstənin (əsas qrup) göstəricilərinin təhlili hazırkı tədqiqatın əsasını təşkil edir. Bununla yanaşı tədqiqata müqayisəli araşdırma məqsədilə laparoskopik xolesistektomiya keçirmiş 50 qaraciyər sirrozu olmayan xəstənin də məlumatları daxil edilmişdir (nəzarət qrupu). Bütün bu xəstələr xolesistolitiya görə cərrahi müdaxiləyə məruz qalmışlar. Öd daşı xəstəliyinin kəskin pankreatit, obturasion sarılıq, xolangit kimi fəsadlaşmaları olan pasiyentlər tədqiqata götürülməmişdir.

Sirrozlu xəstələrin 30-u qadın, 18-i kişidir. Yaşları 23-lə 78 arasında cərəyan edərək ortalama $50 \pm 8,4$ -ə bərabərdir (cədvəl 1).

Əməliyyata göstəriş 22 xəstədə (45,8%) kəskin daşlı xolesistit, 26 pasiyentdə isə (54,2%) xronik daşlı xolesistit olmuşdur.

Qaraciyər sirrozunun etioloji amili 34 xəstədə viral hepatitlər (70,8%), 7 xəstədə qeyri-alkohol qaraciyər steatohepatozu (14,6%) 5 xəstədə alkoqol aludəcəliyi (10,4%) olmuş, 2 xəstədə isə (4,2%) bu səbəblərin heç biri qeydə alınmamışdır.

Cədvəl 1

Laparoskopik xolesistektomiya olunmuş sirrozlu xəstələrin demografik və klinik parametrləri

Göstəricilər	LXE n=48
Cins: kişi/qadın	18/30 (37,5-52,5%)
Yaş illər (diapazon)	50,5±6,4 (23-74%)
Sirrozun etiologiyası	
- C hepatiti	17 (35,4%)
- B hepatiti	12 (25%)
- C və B hepatiti	5 (10,4%)
Alkohol	5 (10,4%)
Metabolik xəstəlik	7 (14,6%)
Səbəb bəlli deyil	2 (4,2%)
Yanaşı xəstəliklər	28 (58,3%)
CTP-nın A sinfi	36 (75%)
CTP-nin B sinfi	12 (25%)
Sirrozun diaqnostikası	
- əməliyyatönü	32 (66,5%)
- əməliyyatdaxili	16 (33,6%)
Əməliyyata göstəriş:	
- kəskin xolesistit	22 (45,8%)
- xronik xolesistit	26 (54,2%)
Əməliyyatın müddəti, dəq.	75,5±14,4
Açıq əməliyyata konversiya	3 (6,3%)
Postoperasion fəsadlaşmalar	11 (22,9%)
Xəstəxanada qalma günləri	2,5±0,8
Ölüm	0

Pasiyentlərin 28-də (58,3%) 35 yanaşı xəstəlik qeydə alınmışdır: ürək-damar xəstəliyi 20, şəkərli diabet 11, respirator sistem xəstəliyi - 3, böyrək xəstəliyi - 2.

ASA şkalasına görə dəyərləndirilmiş anestezioloji risk 32 xəstədə birinci (66,7%), 16 xəstədə ikinci (33,3%) dərəcəli olmuşdur.

Qaraciyər sirrozunun ağırlıq dərəcəsi CTP təsnifatına görə 36 xəstə (75%) A sinfinə, 12 xəstə isə (25%) B sinfinə aid edilmişdir.

Klinik-laborator və instrumental müayinələrin nəticələrinə görə sarılıq 13 xəstədə (27,1%), assit 8 (16,6%), splenomeqaliya 34 (70,8%), qida borusu venalarının varikozu 17 xəstədə (35,4%) qeydə

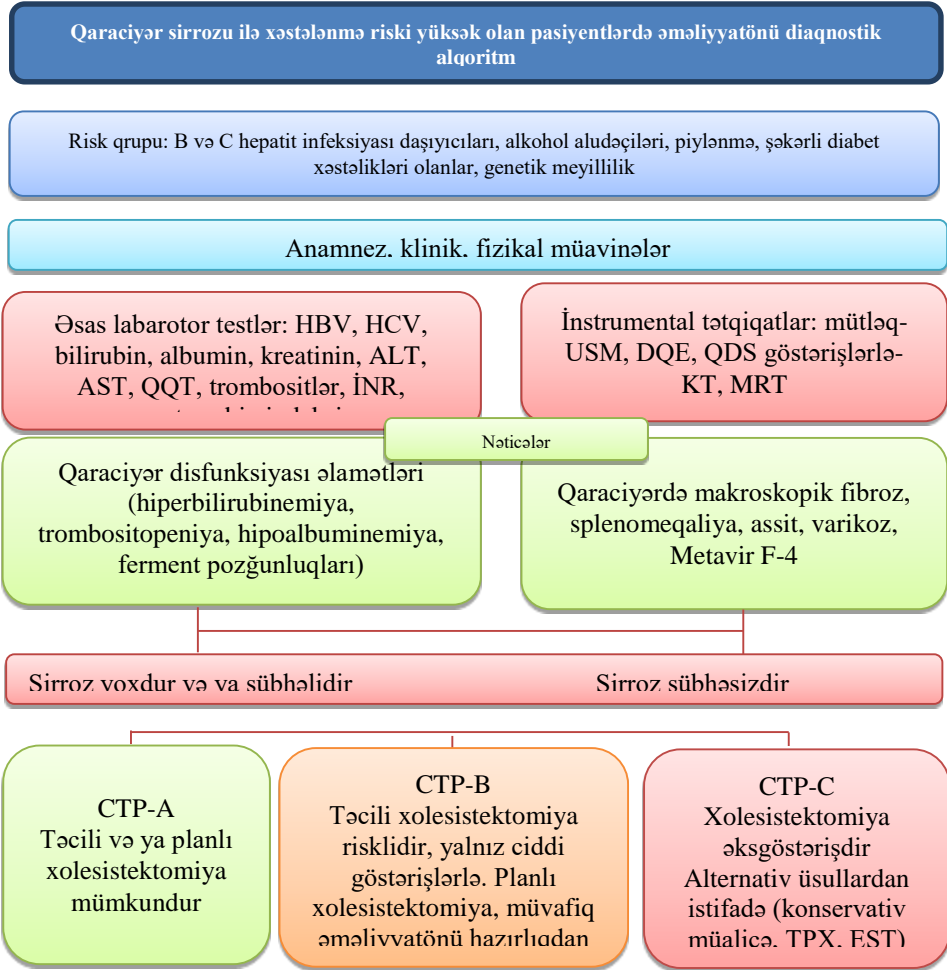
alınmışdır. Təcili şəkildə 22 (47,9%), planlı şəkildə isə 26 xəstə (52,1%) əməliyyat olunmuşdur.

Xəstələrdə qaraciyər sirrozu diaqnozu əməliyyatın dövründə 32 (66%), əməliyyat zamanı isə 16 xəstədə (33,4%) qoyulmuşdur.

Gizli keçən qaraciyər sirrozunun diaqnostikasını yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə xəstələrin əməliyyatın müayinəsində tərtib etdiyimiz xüsusi diaqnostik alqoritmdən istifadə olunmuşdur (cədvəl 2).

Əməliyyatın hazırlıq zamanı qaraciyər sirrozunun ağırlıq dərəcəsi və bununla bağlı əməliyyat riskinin qiymətləndirilməsi 36 xəstədə CTP klassik təsnifatı, 12 xəstədə onun təklif etdiyimiz modifikasiyalı variantı ilə aparılmışdır. Təklif etdiyimiz modifikasiyanın mahiyyəti CTP təsnifatına qaraciyər sirrozunun diaqnostikasında və proqnozunda əhəmiyyət daşıyan iki parametrin – QDE ilə ölçülmüş qaraciyər fibrozunun ağırlıq dərəcəsi və qida borusu venalarından qanaxma göstəricisinin daxil edilməsidir (cədvəl 3). Bu əlamətlər sirrozlu xəstələrin ağırlıq dərəcəsinin və bununla bağlı cərrahi riskin daha obyektiv şəkildə qiymətləndirilməsi imkanını artırır. Makroskopik olaraq makronodulyar sirroz 15, mikronodulyar sirroz isə 33 halda qeydə alınmışdır. Əməliyyat zamanı genəlmiş venoz kollaterallar 14 xəstədə (29,2%) rast gəlinmişdir. Bunlardan 4-də genəlmiş damarlar öd kisəsi ilə bitişmədə olan piylik və ya cənbərbağırısaq müsariqəsində, 6-da hepatoduodenal bağ üzərində, 4-də isə bitişmələrdə və bağ üzərində qeydə alınmışdır. Bitişmələrdən sərbəst öd kisəsi 16 xəstədə rast gəlinmişdir. Gərgin, iltihablı öd kisəsi üzərində işləmələr kisə punksiya edilib boşaldıldıqdan sonra aparılmışdır. Varikoz damarlı bitişmələr bipolyar koaqulyator və liqaşur vasitəsilə disseksiya edilmişdir.

Əməliyyat zamanı 17 xəstədə qaraciyər parenximasından bioptat götürülmüşdür. Qalan xəstələrdə bu prosedur xəstənin əvvəldən razılığının alınmaması və ya sirroz dəyişikliklərinin şübhə doğurmaması səbəblərindən yerinə yetirilməmişdir. Əməliyyat zamanı qan köçürməyə ehtiyac 2 xəstədə yaranmışdır.



CTP təsnifatı üzrə qiymətləndirmə
 *TPX- transpariyetal xolesistostomiya
 *EST-endoskopik sfinkterotomiya

Qaraciyər sirrozu ağırlıq dərəcəsinin modifikasiyalı
Child-Turcotte-Pugh təsnifatı

Child-Turcotte- Pugh klassifikasiyası			
Klinik və laborator kriteriyalar	Ballar		
	1	2	3
Ensefalopatiya	Yox	Yüngül	ağır (koma)
Assit	Yox	Minimal, müalicə ilə çəkilən	Total, çəkilməyən
Bilirubin, mg/dl	<2	2-3	>3
mmol/l	>34	34-51	>51
Albumin, g/dl	>3.5	2.8-3.5	<2.8
q/l	35	28-35	<28
Protrombin vaxtı, saniyə	<4	4-6	>6
Beynəlxalq Normallaşdırıcı Əmsal	<1.7	1.7-2.3	>2.3
Qaraciyər fobrozu dərəcəsi (ultrasəs elastometriyası)	F2-F3	F3-F4	F4
Varikoz	Yox	var, qanaxmasız	var, qanaxma ilə
M CTP klassifikasiyasında balların cəminə görə xəstələrin siniflərə paylanması			
A sinfi= 7-dən 9 -ə qədər (yüngül ağırlıqlı qaraciyər xəstəliyi)			
B sinfi =10-dan 13-ə qədər (mötədil ağırlıqlı qaraciyər xəstəliyi)			
C sinfi = 14- dən 21-ə qədər (ağır dərəcəli qaraciyər xəstəliyi)			



- Modifikasiya

* M CTP-modifikasiyalı CTP

Xüsusi əməliyyatönu hazırlıq CTP təsnifatının B sinfinə aid xəstələrdə aparılmışdır.

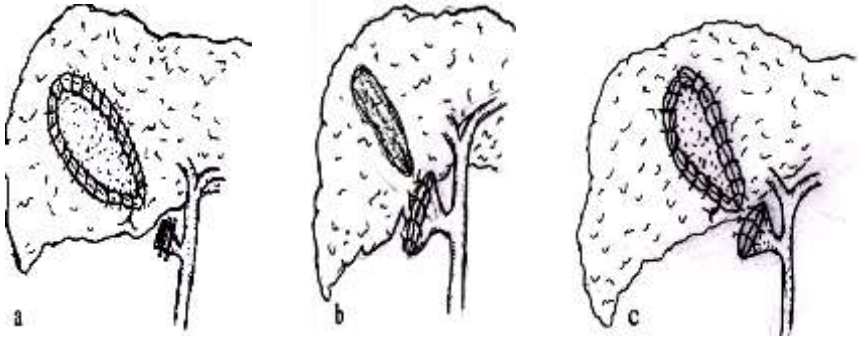
Əməliyyatlar əzələ relaksantlarının tətbiqi ilə endotraxeal narkoz altında aparılmışdır.

Laparoskopik xolesistektomiya standart 4 portlu üsulla, amerikan variantında yerinə yetirilmişdir. Birinci 10 mm-lik troakar, göbək venasını zədələməmək məqsədilə, subumbliikal sahədən daxil edilmişdir. İkinci-subksifoidal troakar videoskopun nəzarəti altında, oraqvari bağ venalarının zədələnməməsi məqsədilə, orta xətdən 2-3 sm soldan daxil edilmişdir. İki 5 mm-lik troakar da transabdominal işıqlanma ilə ön qarın divarının vizualizasiyası altında, damarsız sahələrdən daxil edilmişdir. Sirrozlu xəstələrdə, pnevmoperitoneumun qaraciyər, böyrək sirkulyasiyalarına mənfi təsir edə biləcəyini nəzərə alaraq qarındaxili təzyiqin nisbətən aşağı, 7-10 mm.c.süt. səviyyəsində saxlanılmasına çalışılmışdır. Sirrozlu 6 xəstədə LXE subtotal variantda icra edilmişdir. Bütün laparoskopik əməliyyatlarda qarın boşluğu bir və ya iki boru ilə drenaj olunmuşdur. Əməliyyatın yekununda qaraciyəraltı sahə 3-4 dəq. vizual nəzarətdə saxlanmış, hemostaza tam əminlik yarandıqdan sonra qarın boşluğundan çıxılmışdır. Bütün portların dəlikləri daxildən və xaricdən qanaxma baxımından diqqətlə yoxlanılmışdır. Sirrozlu xəstələrdə əməliyyatla bağlı qaraciyərin funksional vəziyyətindəki dəyişiklikləri izləmək məqsədilə 12 xəstədə bu orqanın bir sıra biokimyəvi testlərinin (bilirubin, ALT, AST, QQT, albumin, İNR) əməliyyatönu və postoperasion dövrün 1-ci, 3-cü, 5-6-cı günlərinin tədqiqi aparılmışdır.

Statistik işləmələr “Statistika for windows və 6 Stat Soft Inc (ABŞ) proqramlar” paketinin EXCEL 7.0 (Microsoft) elektron cədvəllərinin köməyi ilə aparılmışdır.

Nəticələr. Laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatına götürülən 48 xəstədən 45- də müdaxilə endoskopik üsulla da başa çatmış, 3 xəstədə isə açıq üsulla keçid alınmışdır (6,3%). Əməliyyat üsulunun dəyişdirilməsinə səbəb bir xəstədə endoskopik yolla saxlanması mümkün olunmayan qanaxma, iki xəstədə isə öd kisəsinin boynu nahiyəsindəki indurativ iltihabi infiltrasiya olmuşdur. Öd kisəsi ilə bağlı rast gəlinən çətinliklər səbəbindən 6

sirrozlu xəstədə subtotal xolesistektomiya (SXE) yerinə yetirilmişdir. Bunlardan dördündə öd kisəsinin arxa divarı qaraciyər yatağında saxlanılmış (SXE I), 2 xəstədə kisə boynu nahiyəsindən kəsilib götürülmüş (SXE II), bunlardan birində isə yuxarıda göstərilən hər iki üsul eyni zamanda tətbiq edilmişdir (SXEIII). Öd kisəsinin hissəvi şəkildə kəsilməsi qarmaqvari və ya bipolyar kooaqulyator, liqaşur vasitəsilə yerinə yetirilmişdir (şəkil 1).



Şəkil 1. Subtotal xolesistektomiya

- a) SXE- I Öd kisəsinin arxa divarı qaraciyərdə saxlanılır.
- b) SXE- II Öd kisəsi boyun səviyyəsindən kəsilib götürülür.
- c) SXE-III =SXE I+ SXE II.

Endoskopik müdaxilə zamanı, təxminən 50 ml-dən 200 ml-ə qədər qanaxma, 8 sirrozlu xəstədə (15,2%) qeydə alınmışdır. Qanaxma mənbəyi əsasən öd kisəsi ətrafı bitişmələr, öd kisəsinin qaraciyərdəki yatağı olmuşdur. Əhəmiyyətli həcmdə qanaxma (≤ 250 ml) 2 xəstədə (4,3%) rast gəlinmişdir. Onlardan birində öd kisəsi yatağından qanaxma çox intensiv olmuş, açıq əməliyyata keçidlə qanaxma tikişlərlə dayandırılmışdır. Digər xəstədə qanaxma mənbəyi öd kisə arteriyası olmuş, o tampon yeridilməklə müvəqqəti dayandırılmış və qanaxma verən damar dissektora götürülüb klipslənmişdir. Digər qanaxmalar az dərəcədə olmuş və endoskopik vasitələrlə dayandırılmışdır.

Sirrozlu xəstələrdə laparoskopik əməliyyatın davamiyyəti 30

dəqiqə ilə 130 dəqiqə arasında cərəyan edərək ortalama $75,5 \pm 14,4$ dəqiqə çəkmişdir. Uzun müddətli əməliyyatlar kəskin xolesistitli və açıq üsula keçid alınan xəstələrdə müşahidə olunmuşdur. Qarın boşluğundan denaj borular əksər xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı ilk 2-ci və ya 3-cü günlər xaric edilmişdir. Yalnız 4 xəstədə, drenaj borulardan qanlı maye və assit mayesi gəldiyinə görə, onlar 5-ci-6-cı günlər çıxarılmışlar. Postoperasion dövrün gedişi xəstələrin böyük əksəriyyətində fəsadsız keçmişdir. Ümumən, on bir xəstədə (22,6%) 16 postoperasion fəsadlaşma qeydə alınmışdır. Yüngül dərəcəli qaraciyər yetərsizliyi əlamətləri (yuxululuq, qanda bilirubin səviyyəsinin artımı, ALT, AST göstəricilərində dəyişiklik, assit mayesi sızması) 3 xəstədə müşahidə edilmişdir. Dəyişikliklər konservativ müalicə tədbirləri ilə aradan qaldırılmışdır. Qarın boşluğuna qoyulmuş drenaj borudan assit mayesi sızması 3 xəstədə qeydə alınmışdır. Bir xəstədə postoperasion dövrün ilk 1-2 günündə 50-100 ml sızan assit mayesi 3-cü-4-cü günlərdə 400-500 ml-ə qədər artmışdır. Sonrakı günlərdə azalaraq 6-cı gündə 50 ml qədər enmişdir. Xəstələrin subyektiv vəziyyəti kafi qalmışdır. Drenaj borudan, ilk postoperasion günlərdə 200 ml qədər seroz-hemorragik maye sızması 7 xəstədə rast gəlinmiş, əməliyyatın 3-cü günündə sızmalar kəsilmişdir. Daha bir xəstədə 5 ml-lik port dəliyindən, drenaj boru xaric edildiyi anda qansızma olmuş, qanaxmanı tikişlə kəsmək ehtiyacı yaranmışdır. Paraumblikal yara seroması 3, irinləməsi 4, hematoması 2 xəstədə qeydə alınmışdır. Əməliyyatdan sonrakı 3-cü – 7-ci günlər arası USM ilə aşkarlanan seromalar bir və ya bir neçə dəfəlik punksiya-aspirasiya edilməklə müalicə olunmuşlar. Laparoskopik əməliyyata götürülən sirroslu xəstələrin birində təkrarı açıq əməliyyat icra olunmuşdur. Bu xəstədə əməliyyatdan sonrakı 10-cu gündə bağırsağ keçməməzliyi əlamətləri qeydə alınmış, qarın boşluğunun KT-da paraumblikal yara nahiyəsində bir nazik bağırsağ ilgəyinin eventerasiyası aşkarlanmışdır. Təkrarı açıq əməliyyatla eventerasiya ləğv edilmiş hernioalloplastika aparılmışdır. Qaraciyərin biokimyəvi testlərinin əməliyyatdan dövrə və postoperasion günlərdə dinamik tədqiqi aşağıdakı nəticələri vermişdir: əməliyyatdan əvvəl qan zərdabında yüksək olan bilirubin, ALT, AST, kreatinin cərrahi müdaxilədən sonrakı birinci gün artımı qeydə alınmış, üçüncü

və altıncı günlərdə bu parametrlərin səviyyələrinin əməliyyatdan əvvəlki həddə qədər enmişdir. Bilirubin, kreatinin, QQT və İNR göstəriciləri əməliyyatın səviyyədən aşağı enmişdir. LXE olunmuş xəstələrin stasionarda qalma müddəti 2-6 gün arasında, ortam $2,5 \pm 0,8$ gün olmuşdur. Xəstələrin böyük əksəriyyəti əməliyyatdan sonrakı 1-ci və ya 2-ci günlər evə yazılmışlar. Yalnız qaraciyər disfunksiyası əlamətləri, o cümlədən drenaj borudan assit mayesi gələn 3 xəstə klinikada 4-6 gün müalicə almışlar (cədvəl 4).

Cədvəl 4

Tədqiq olunan qruplarda əməliyyatın və postoperasion gedişin xüsusiyyətləri

Parametrlər	Sirrozlu xəstələr	Sirrozsuz xəstələr	P
	LXE (n=48)	LXE (n=50)	
	2	3	
Əməliyyat müddəti, dəq.	$75,5 \pm 14,4$	$41,7 \pm 12,5$	<0,05
İntraoperasion qanaxma, (≤ 200 ml) %	8(16,6%)	2(4%)	<0,01
Konversiya	3(6,3%)	2(4%)	>0,05
Postoperasion qaraciyər yetərsizliyi	3(6,2%)	-	
Postoperasion qansızma, % (≤ 200 ml)	7(14,5%)	2(4%)	<0,01
Təkrari əməliyyat	1(2,1%)	-	
Yara irinləməsi	4(8,3%)	2(4%)	<0,05
Xəstəxanada qalma müddəti, gün	$2,5 \pm 0,8$	$1,5 \pm 0,9$	>0,2
Ölüm	-	-	
Assit mayesi sızması	3(6,25%)	-	

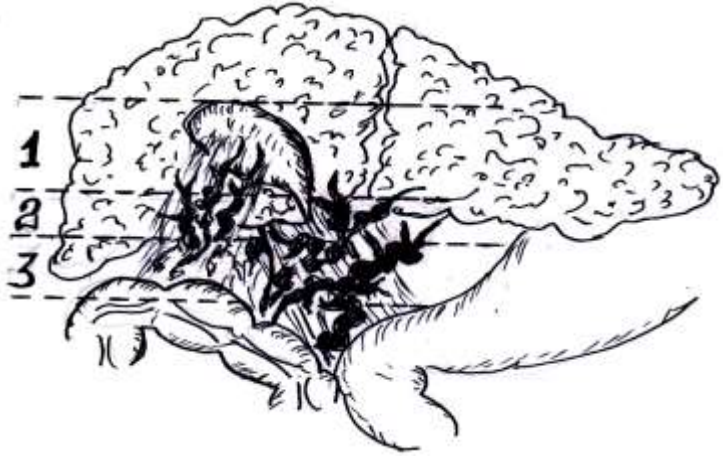
LXE keçirmiş sirrozu olmayan xəstələrin 17-si kişi (34%), 33-ü qadındır (66%). Yaş diapazonu 20-79 arasında, orta $49,3 \pm 12,5$ -dir. Kəskin daşlı xolesistitə görə 21 (42%), xroniki daşlı xolesistitlə 29 (48%) xəstə əməliyyat olunmuşdur. Əməliyyatlar bu xəstələrdə ciddi fəsadlaşmalarsız keçmişdir. Əhəmiyyətli dərəcədə qanaxma (200 ml) 2 xəstədə qeydə alınmışdır. Postoperasion fəsadlaşma ümumən 6 xəstədə (12 %) qeyd edilmişdir. Xəstələrin xəstəxanada qalma müddəti $1,5 \pm 0,9$ gün olmuşdur. Tədqiq olunan xəstələrdə

əməliyyatların nəticələrinin təhlilində müdaxilələrin davamiyyəti, intraoperasion fəsadlaşmaları, postoperasion dövrün gedişi, xəstələrin klinikada qalma günləri, reabilitasiyasının gedişi və bir sıra başqa göstəricilər araşdırılmışdır.

Müzakirə. Qaraciyər sirrozu abdominal əməliyyatlarda nadir hadisə deyil. Bizim tədqiqatda o, LXE olunmuş xəstələrin 3,11%-də rast gəlinmişdir. Ədəbiyyatda cərrahi əməliyyatlar zamanı qaraciyər sirrozunun 2,19%-8,54% arasında rast gəlinməsi göstərilir.

Xəstələrin 33,4%-də qaraciyər sirrozu əməliyyat tapıntısı kimi qeydə alınmışdır. Hazırkı tədqiqatın vəzifələrinə uyğun olaraq hazırladığımız diaqnostik alqoritm sirrozla xəstələnmə riski yüksək olan 10 xəstənin əməliyyatını müayinəsində istifadə edilmişdir. Müayinə planına daxil edilmiş dolay qaraciyər elastografiyası vasitəsilə pasiyentlərin 8-də qaraciyər sirrozu (F4), 2-də isə qaraciyər fibrozu (F3) olduğu göstərilmişdir. Müayinə nəticələri əməliyyat zamanı öz təsdiqini tapmışdır.

Sirrozlu xəstələrdə LXE əməliyyatının müddəti bizim xəstələrdə orta hesabla 75 dəq. olmuşdur və təqribən ədəbiyyat məlumatlarına uyğundur. Bu müddət sirrozu olmayan pasiyentlərin analoji göstəricisindən (41 dəq.) artıqdır. Laparoskopik əməliyyat-dan, intraoperasion çətinliklərə görə, açıq üsula keçid 3 sirrozlu xəstədə (6,3%) baş vermişdir. Son illər ədəbiyyat icmallarında bu göstəricinin 0-9% arasında cərəyan etdiyi göstərilir. Açıq üsula keçidə səbəb endoskopik vasitələrlə dayandırılı bilinməyən qanaxma və öd kisəsindəki iltihabi infiltrasiya, anatomik anomaliyalar olur. Qaraciyər sirrozu olan xəstələrdə qarın boşluğunda portal hipertenziyadan genişlənmiş venoz kollateralların zədələnməsindən baş verə biləcək qanaxma təhlükəsinin dərəcəsinə görə əməliyyat “təhlükəsizlik xəritəsi”ni tərtib etmişik (şəkil 2).



Şəkil 2. Sirrozlu xəstələrdə öd kisəsinə və öd yolları müdaxilələrində portal hipertenziyadan genəlmiş venoz kollateralların zədələnmə riski dərəcəsinə görə əməliyyat sahəsinin bölgüsü: 1) yüngül sahə, ehtiyatlı işləmələr; 2) mötədil sahə, çox ehtiyatlı işləmələr; 3) ağır sahə, işləmələrdən çəkinməli, LXE – II variantından istifadə.

Dayandırılması çətin olan ən təhlükəli qanaxma sahəsi hepatoduodenal bağ ətrafı, peritonarxası sahələr hesab olunur. Bu bölgədə kəskin genəlmiş venoz damarlarla rastlaşıldıqda manipulyasiyalardan uzaq olmaq, subtotal xolesistektomiya əməliyyatından istifadə etmək məsləhət görülür.

Təcrübəmizdə laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatı ilə bağlı ölüm hadisəsi olmamışdır.

Sirrozlu xəstələrdə əməliyyatlarda baş verə bilən ən təhlükəli fəsad qanaxmadır. Bizim tədqiqatda bu fəsad 16,6% halda rast gəlinmişdir. Lakin əhəmiyyətli dərəcədə qanaxma ($\approx 250-300$ ml) 2 (4,1%) xəstədə qeydə alınmışdır.

Qaraciyər sirrozu olmayan xəstələrdə LXE sirrozlu xəstələrdəki əməliyyat ilə müqayisədə intraoperasion qanaxma halları daha az (4,2%-ə qarşı 2%, $p < 0,05$), postoperasion fəsadlar aşağı səviyyədə (22,9%-ə qarşı 12%, $p < 0,05$), yara problemlərinə də daha az rast

gəlinir. Xəstəxanada qalma müddətində iki qrup arasında statistik əhəmiyyətli fərq tapılmamışdır.

Sirrozlu xəstələrdə apardığımız laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatlarında qazandığımız təcrübə və bu mövzuya aid ədəbiyyat məlumatlarının təhlili aşağıdakı ümumiləşdirmələrə gəlməyə əsas verir: planlı və təcili əməliyyatlar CTP şkalasının A sinfinə mənsub xəstələrdə, xüsusi əməliyyatı hazırlıqsız da icra edilə bilər. CTP təsnifatının B sinfinə uyğun xəstələrdə, təcili əməliyyatlar riskli sayılmalı, planlı müdaxilələr isə pozulmuş qaraciyər funksiyalarının bərpası, xüsusən də assitin, sarılığın ləğvi, koagulopatiyanın korreksiyasından sonra yerinə yetirilməlidir. CTP təsnifatının C sinfinə aid xəstələrdə istər laparoskopik, istərsə də açıq xolesistektomiyaya əks göstəriş sayılmalıdır. Bu əməliyyatlarda ölüm faizi çox (50-75%) yüksəkdir. Dekompensasiyalı sirrozu olan xəstələrdə öd kisəsi üzərində müdaxilələr yalnız təcili göstərişlərlə, əməliyyata alternativ variantlarla (konservativ müalicə, punksion xolesistektomiya) aparılmalıdır.

İntraoperasion qanıtırmə sirrozlu xəstələrdə demək olar ki, bütün digər ağır fəsadlaşmaların əsas səbəbi sayılır. Öd kisəsi ilə bağlı çətin hallarda (varikoz damarlar, iltihabi infiltrasiya, bitişmələr, anomaliya) radikal əməliyyat əvəzinə, nisbətən az təhlükəli subtotal xolesistektomiya üsullarından istifadə edilə bilər.

NƏTİCƏLƏR

1. Qaraciyər sirrozu laparoskopik xolesistektomiya olunmuş xəstələrin 3,11%-də rast gəlinmişdir. Kompensə olunmuş qaraciyər sirrozu olan xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiya effektiv və nisbətən təhlükəsiz əməliyyatdır. Bu əməliyyatdan sonrakı dövrdə qaraciyərin əsas funksional parametrlərindəki dəyişikliklər mötədil və keçici xarakter daşıyır. Laparoskopiyadan açıq əməliyyat üsuluna keçid əmsalı sirrozlu xəstələrdə adi pasiyentlərdəki analoji göstəricidən statistik əhəmiyyətli fərq daşmır.
2. Əməliyyat olunmuş sirrozlu xəstələrin 33,4%-də sirroz diaqnozu ilk dəfə cərrahi müdaxilə zamanı qoyulmuşdur. Təklif olunmuş

diaqnostik alqoritmin sirrozla xəstələnmə riski yüksək olan pasiyentlərin (viral hepatit, metabolik sindrom, alkoqol aludəçiliyi və s.) əməliyyatın müayinələrində istifadəsi bu xəstəliyin erkən diaqnostikasının effektivliyini artırır.

3. Sirrozlu xəstələrdə xolesistolitiazın cərrahi müalicəsinə göstərişlər qaraciyər xəstəliyinin və əməliyyat riskinin ağırlıq dərəcələrinin qiymətləndirilməsi əsasında təyin edilməlidir. Child-Turcotte-Pugh təsnifatının təklif olunmuş modifikasiyalı variantı bu qiymətləndirmənin obyektivliyini artırır.
4. Sirrozlu xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatının fəsadlaşma riskini artıran mürəkkəb interoperasion tapıntılarda xolesistektomiyanın subtotal variantları müdaxilənin təhlükəsizliyini təmin edir.
5. Sirrozlu xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı dövrdə qaraciyər xəstəliyi və müdaxilə ilə bağlı fəsadlaşma göstəricilərinin daimi monitorinqi aparılmalı və müvafiq müalicə vasitələri hazır vəziyyətdə saxlanmalıdır.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Əməliyyatın dövrü:
 - a) LXE əməliyyatına göstərişi olan və sirrozla xəstələnmə riski yüksək olan pasiyentlərdə (viral hepatitli, alkoqol aludəçiliyi, izafi piylənməsi olanlar) sirrozun dolayı qaraciyər elastografiyası vasitəsilə skriningi.
 - b) Sirrozu məlum xəstələrdə əməliyyat riskinin proqnozlaşdırılması (CTP və ya onun modifikasiyalı variantı), xəstələrin əməliyyatın medikamentoz optimizasiyası (assitin, koaqluopatiyanın, sarılığın korreksiyası).
2. Əməliyyat zamanı:
 - a) Ön qarın divarındakı portal hipertenziyadan genəlmiş damarların zədələnməməsi üçün birinci portun subumblikal sahədə, subksifoidal portun orta xətdən solda, digər portların

laparoskopik transsüliminasiya altında, damarsız sahələrdən yerləşdirilməsi.

- b) Əməliyyat zamanı, öd kisəsi ilə bağlı çətin hallarda (məs, kisə ətrafında massiv damarlı bitişmələr, Kalot üçbucağında iltihabi infiltrasiya, genəlmiş damarlar və s.) subtotal xolesistektomiya variantlarından istifadə olunması.
 - c) Öd kisəsinin traksiyasından, damarlı sahələrdə küt disseksiyalardan az istifadə edilməsi.
 - d) Disseksiyalarda qanaxmanı minimallaşdırmaq məqsədilə liqasur, ultrasəs qayçısından istifadə edilməsi.
 - e) Sirrozun müalicəsində əhəmiyyətli ola biləcək qaraciyər biopsiyası məsələsinə baxılması.
 - f) Əməliyyatın yekununda hemostazın etibarlılığına ciddi nəzarət olunması.
3. Postoperasion dövrdə:
Sirroz xəstəliyinin və əməliyyatın özünün ehtimal olunan fəsadlaşmalarının monitorinqi aparılması.

Dissertasiya işinin mövzusu üzrə çap olunmuş elmi işlərin siyahısı:

1. Səriyeva K.H., Hədiyev S.İ., Abdinov E.Ə. Laparoscopic cholecystectomy in patients with hepatic cirrhosis / Abstracts of XIII international euroasian congress of surgery and gastroenterology. Baku, 12-15 september 2013, p.107.
2. Səriyeva K.H., Hədiyev S.İ., Abdinov E.Ə. Changes in the Hepatic function after Laparoscopic cholecystectomy operations / Abstracts of XIII international euroasian congress of surgery and gastroenterology. Baku, 12-15 september, 2013, p.107-108.
3. Səriyeva K.H., Hədiyev S.İ., Abdinov E.Ə. Sirrozlu xəstələrdə laparoskopik subtotal xolesistektomiya // "Sağlamlıq" jurnalı. Bakı, 2016, №5, s.64-67.
4. Səriyeva K.H., Hədiyev S.İ., Abdinov E.Ə. Sirrozlu xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiya // "Cərrahiyyə" jurnalı. Bakı, 2016, №5, s.64-70.
5. Сарыева К.Г., Гадиев С.И., Абдинов Э.А. О некоторых проблемах абдоминальной хирургии при циррозе печени //

- Журнал «Анналы хирургической гепатологии» Москва, 2016, №4, с.63-69.
6. Sarıyeva K.H., Hادیyev S.İ., Abdinov E.Ə. Sirrozlu xəstələrdə cərrahi əməliyyatlar – riskli kombinasiya // Azərbaycan Tibb jurnalı, Bakı, 2016, №4, s.155-160.
 7. Sarıyeva K.H. Qaraciyər sirrozu laparoskopik xolesistektomiya üçün əks göstərişdirmi? / Təbabətin aktual problemləri. Elmi-praktik konfransının materialları. Bakı, 2017, s.38.
 8. Sarıyeva K.H., Hادیyev S.İ., Abdinov E.Ə. Qaraciyər sirrozu olan xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiya // Azerbaijan-Turkey Days of Surgery and Gastroenterology, Baku, 6-7 June 2017, p.80.
 9. Sarıyeva K.H., Abdinov E.Ə. Qaraciyər sirrozu laparoskopik xolesistektomiya üçün əks göstərişdirmi? // Təbabətin aktual problemləri. Elmi-praktik konfransın materialları. Bakı, 2017, s.38.
 10. К.Г.Сарыева, Гадиев С.И., Абдинов Э.А. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с циррозом печени // Журнал «Хирургия», Москва, 2017, №3, с.11-16.
 11. Sarıyeva K.H., Hادیyev S.İ. Qaraciyər sirrozlu və sirrozsuz xəstələrdə laparoskopiyalı xolesistektomiya // “Sağlamlıq”, Bakı, 2018, s.35-42.
 12. Sarıyeva K.H., Abdinov E.A. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients with gallbladder disease. / 6th National and 5rd Mediterranean Congress for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders Belek Antalya. Kongress abstract book. 17-20 October 2019, p.45.
 13. Сарыева К.Г. Лапароскопическая холецистэктомия у пациентов с циррозом печени. // «Хирургия Восточная Европа», Минск, Беларусь. Приложение 2019, с.44-45.
 14. Sarıyeva K.H., Abdinov E.A., Hادیyev S.İ. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients with gallbladder disease. / Programme of the XVIII international congress of surgery and hepatogastroenterology. Baku, Azerbaijan, 11-14 September 2019, p.166
 15. Sarıyeva K.H. Qaraciyər sirrozu olan və bu xəstəliyi olmayan pasiyentlərdə laparoskopik xolesistektomiya: nəticələrin

müqayisəvi təhlili. // “Sağlamlıq” jurnalı. Bakı, 2020, № 2, s.53-57.

16. Sarıyeva K.H. Laparoskopik xolesistektomiyadan sonrakı paraambliikal troakar yerində boğulmuş Rixter yırtığı təsadüfı. // Bakı, “Tibb və Elm”, 2020, № 2, səh 90-94.

Dissertasiyanın müdafiəsi 14 dekabr 2021-ci il saat _____ Azərbaycan Tibb Universiteti nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.06 Dissertasiya şurasının iclasında keçiriləcək.

Ünvan: AZ-1022, Bakı şəhəri, Bakıxanov küçəsi, 23

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında tanış olmaq olar.

Dissertasiya və avtoreferatın elektron versiyaları Azərbaycan Tibb Universitetinin rəsmi internet saytında yerləşdirilmişdir.

Avtoreferat _____ noyabr 2021-ci il tarixində zəruri ünvanlara göndərilmişdir.

Çapa imzalanıb:
Kağız formatı: 60x84 1/16
Sifariş:
Tiraj: 100

Azərbaycan Tibb Universitetinin
mətbəəsində çap edilmişdir.

Tel.: 595-55-76