

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI

Əlyazması hüququnda

KƏSKİN DESTRUKTİV XOLESİSTİTİN LAPAROSKOPIK CƏRRAHİYYƏSİNDƏ LOKAL AĞIRLAŞMALARIN PROFİLAKTİKASI

İxtisas: 3213.01 – Cərrahlıq

Elm sahəsi: Tibb

İddiaçı: **Rəna Rauf qızı Babayeva**

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün
təqdim edilmiş dissertasiyanın

AVTOREFERATI

Bakı – 2022

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin Ümumi cərrahiyyə kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər:

tibb elmləri doktoru, professor
Mübariz Yaqub oğlu Əliyev

Rəsmi opponentlər:

tibb elmləri doktoru, professor
Əflatun Xutkar oğlu Kərimov

tibb elmləri doktoru, professor
Elbrus Məhəmməd oğlu Rüstəmov

tibb üzrə fəlsəfə doktoru, dosent
Ədalət Rüstəm oğlu Rüstəmov

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.06 Dissertasiya şurası

Dissertasiya şurasının sədri:

tibb elmləri doktoru, professor

Surxay İsmayıl oğlu Hədiyev

Dissertasiya şurasının elmi katibi: tibb elmləri doktoru, professor

Fariz Hidayət oğlu Camalov

Elmi seminarın sədri:

tibb elmləri doktoru, professor

Məhəmməd Məhəmmədli oğlu Kərimov



İMZANI TƏSDİQ EDİRƏM

Azərbaycan Tibb Universitetinin
ELMI KATIBI

tibb elmləri doktoru, professor
Nəsim Adil oğlu Pənahov

Nəsim Adil oğlu Pənahov "07" 01 "2022"

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Problemin aktuallığı və işlənmə dərəcəsi. Rastgəlmə tezliyinə görə ürək-damar xəstəliklərindən və şəkərli diabetdən sonra üçüncü yeri tutan, hər 10 ildən bir sayı 2 dəfə artan öddəşi xəstəliyi 90% hallarda kəskin daşlı xolesistitlə (KDX) ağırlaşır və cərrahi stasionara daxil olan xəstələrin 15-25%-i bu patologiyanın payına düşdüyündən xolesistektomiya appendektomiyadan sonra ikinci yeri tutur ^{1, 2, 3}.

Hazırda istər xroniki daşlı xolesistitin (XDX), istərsə də KDX-nin və onların ağırlaşmalarının cərrahi müalicəsində laparoskopik xolesistektomiya (LXE) “qızıl standart” sayılır ^{4, 5}.

Lakin son illər öddəşi xəstəliyi və onun ağırlaşmaları zamanı LXE-nin aparılmasına olan əks-göstərişlər azalsa da, əməliyyatdaxili ağırlaşmaların və konversiyaya keçidin tezliyi yüksək olaraq qalır, həmçinin əməliyyatdansonrakı irinli-iltihabi ağırlaşmaların da sayı əhəmiyyətli dərəcədə azalmır⁶.

LXE kəskin xolesistitlərin müalicəsində əksər hallarda seçim

¹ Быстров С.В. Морфологические особенности течения хронического холецистита при желчнокаменной болезни /С.В. Быстров, П.И. Горх, А.И. Чирьев [и др.] // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2015. – № 4. – с. 43 – 46. doi.org/10.17223/1814147/55/7

² Назаренко П.М. Пути оптимизации хирургического лечения больных ЖКБ и ее осложнений у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском /П.М. Назаренко, Д.П. Назаренко, М.Б. Полянский [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2019, Т.№12, №1, - с. 23 – 28. Doi: 10.18499/2070-478x-2019-12-1-23-28

³ Оленев Е.А. Анализ результатов оперативного лечения пациентов с острым холециститом /Е.А. Оленев, Выговский Н.В., В.Н. Павлик, С.В. Соколов// Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Санкт-Петербург: - 2017, с. 212 – 213

⁴ Hədiyev S.İ. Kəskin xolesistitli xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiya /S.İ. Hədiyev, V.A. Paşazadə, P.A. Abbasov// Bakı: Sağlamlıq. – 2016. - № 2. – s. 30 – 34

⁵ Madhu C. Compare the effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy in acute calculus cholecystitis /C. Madhu, R. Senhul Kumar// Int. Surg. J. – 2018 Feb.; 5 (2): 695 – 700. Doi.org/10.18203/2349-2902.isj20180376

⁶ Əliyev M.Y. Kəskin destruktiv xolesistitlər zamanı laparoskopik xolesistektomiyadan sonra yerli irinli-iltihabi ağırlaşmaların profilaktikası /M.Y. Əliyev, M.H. Əliyev., R.R. Babayeva// Bakı: Sağlamlıq. – 2018. - № 4. – s. 58 – 61

əməliyyatı olsa da, onun desrtuktiv formalarında, eləcə də “çətin kəskin xolesistit”lərdə (severe acute cholecystites) – destruktiv xolesistit paravezikal infiltratla, yaxud abseslə ağırlaşan hallarda, eləcə də öd kisəsinin boynunda sərt infiltrat, yaxud sərt infiltrativ çapıq olan hallarda belə müdaxilələrin aparılması mübahisəli olaraq qalır ⁷. Belə ki, paravezikal infiltratla, yaxud abseslə ağırlaşmış destruktiv xolesistitlərdə laparoskopik əməliyyatlar müdaxilə zamanı və əməliyyatdansonrakı erkən dövrdə təhlükəli ağırlaşmalara gətirib çıxarır, laporotom kəsiyə konversiyanın tezliyini xeyli artırır. KDX-nin kataral formasında LXE zamanı əməliyyatdaxili çətin situasiyalara 37,5% hallarda toxumaların “yumşaq” infiltrasiyası səbəbindən rast gəlinməyə də, öd kisəsindəki iltihabın fleqmonoz və qanqrenoz formalarında “sərt” infiltratlar müvafiq olaraq xəstələrin 44,6% və 63,6%-də belə vəziyyətlərə gətirib çıxarır ⁷. Digər tərəfdən qeyd etmək lazımdır ki, KDX-nin ağırlaşmış formalarında qarşıya çıxan əməliyyatdaxili texniki çətinliklər, əməliyyatdaxili və əməliyyatdansonrakı ağırlaşmalar yanaşı xəstəlikləri olan xəstələr, həmçinin ahıl və yaşlı şəxslər üçün xüsusi önəm daşıyır və ölüm hallarının sayını artırır.

Məlum olduğu kimi istənilən cərrahi müdaxilə həm yerli, həm də sistem iltihabi reaksiya törədir və nəticə etibarlı ilə bu reaksiya zədələnmiş toxumların bərpasına gətirib çıxarır ⁸. Digər tərəfdən isə kəskin iltihabi proseslərə orqanizm kəskin fazalı cavab verir. Kəskin fazalı cavabın xarakteri və amplitudu isə iltihabi prosesin aktivliyindən asılı olur. Qeyd etmək lazımdır ki, istənilən cərrahi əməliyyatdan sonra cərrahi müdaxilə zonasında və kəsiyin aparıldığı

yerdə toxumaların sağalmasının gedişi, onun intensivliyi və irinli-iltihabi ağırlaşmaların baş verməsi təkcə cərrahi müdaxilə üsulundan və müdaxilənin həcmindən deyil, eyni zamanda iltihabi prosesin xarakterindən və onun gedişi xüsusiyyətlərindən də asılıdır.

⁷ Сажин В.П. Этиология «сложных» лапароскопических холецистэктомий. /В.П. Сажин, И.В. Сажин, И.А. Поляблонская [и др.]// Хирургия, - Москва: - 2016, №1, - с. 61 – 66.

⁸ Алекберзаде А.В. Острая фаза системного воспалительного ответа после однопортовой лапароскопической холецистэктомии. /А.В. Алекберзаде, Е.М. Липницкий, Д.А. Бадалов// Санкт-Петербург: Медицинская Иммунология. – 2015, Т.17, № 6. – с. 561 – 66.

Cərrahi müdaxilə zamanı orqanizmə yetirilən travma – toxumaların zədələnməsi və onun doğurduğu stress immun sistemə də ciddi təsir göstərərək immun cavabın induktorları və tənzimləyiciləri olan sitokinlərin sintezini artırır. Sitokinlər isə istər yerli, istərsə də sistem iltihabi reaksiyaların başlanmasına rəvac verməklə immun sistemin cavabının xüsusiyyətlərini formalaşdırırlar və iltihabi cavabın xarakterini müəyyən edirlər^{9, 10}.

Molekulyar və hüceyrəarası qarşılıqlı əlaqələrin mürəkkəb şəbəkəsi ilə müşayiət edilən sistem iltihabi cavab reaksiyası əməliyyatdansonrakı dövrün gedişində əhəmiyyətli rol oynayır¹¹.

KDX zamanı öd kisəsində kəskin iltihabi prosesin getməsinə və LXE-nin gedişində istifadə olunan elektrocərrahi avadanlıqların isə kisə yatağında geniş nekroz zonası əmələ gətirməsini və bunun da yerli iltihabi proseslə müşayiət olunmasını nəzərə alsaq bu məsələlərin araşdırılmasının aktuallığı aydın olur. Belə ki, LXE-dən sonra KDX-nin klinik-morfoloji formalarından asılı olaraq iltihabi prosesin kəskin fazasının gedişi xüsusiyyətlərinin, bu zaman baş verən əsas dəyişikliklərin aparıcı həlqələrinin öyrənilməsi əməliyyatdansonrakı müxtəlif ağırlaşmaların qarşısının alınması məqsədi ilə patogenetik cəhətdən əsaslandırılmış üsullar işləyib hazırlamağa imkan verə bilər.

Kəskin destruktiv xolesistitlərdə LXE-nin gedişində meydana çıxan texniki çətinliklər, eləcə də əməliyyatdaxili ağırlaşmalar əməliyyatdansonrakı dövrdə bir sıra fəsadlara, o cümlədən qarındaxili və yaradan olan irinli-iltihabi ağırlaşmalara, sepsisə və hətta ölümə gətirib çıxarır. Bu qeyd edilən ağırlaşmaların profilaktikası məqsədilə işlədilən dərman vasitələrinin sistem səviyyəsində təsirinə daha çox üstünlük verildiyindən, əməliyyat sahəsində yerli (lokal) profilaktik

⁹ Насыев Н. Cərrahi infeksiya. – Bakı: Mütərcim, 2021, - s. 69.

¹⁰ Гаджиев Дж.Н. Особенности цитокиноterapiи при различных вариантах синдрома системной воспалительной реакции у больных с острым калькулезным холециститом. /Дж.Н. Гаджиев, Н.Дж. Гаджиев, З.Б. Мамедова// Москва: Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 2017, №10. – с. 61 – 67. Doi.org/10.17116/hirurgia 2017106764

¹¹Алекберзаде А.В. Острая фаза ситетного воспалительного ответа после однопортовой лапароскопической холецистэктомии. / А.В. Алекберзаде, Е.М.Липницкий, Д.А. Бадалов// Санкт-Петербург: Медицинская Иммунология.- 2015, Т.17, № 6. – 561-66.

tədbirlərə biganə yanaşılır. Lakin destruktiv xolesistitlərin cərrahi müalicəsi zamanı kisə yatağından olan qanaxmalarda hemostatik torun kisə yatağına qoyulması etibarlı hemostaza imkan verə bilər, digər tərəfdən yüksək antiseptik təsirə malik dekanın və polivalent (qarışıq) bakteriofaqın əməliyyatın gedişində və əməliyyatdansonrakı dövrdə intraperitoneal tətbiqi əməliyyatdansonrakı qarındaxili və yarıdan olan irinli-iltihabi ağırlaşmaların yüksək səmərəli və perspektiv profilaktik vasitəsi ola bilər.

Tədqiqatın obyektı və predmeti.

KDX-nin müxtəlif morfoloji formalarına görə LXE keçirmiş 182 xəstə tədqiqatın obyektı olmuşdur. Tədqiqatın predmeti KDX-nin destruktiv formalarının laparoskopik cərrahlığında əməliyyatdaxili və əməliyyatdansonrakı ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyini əhəmiyyətli dərəcədə azaltmaqla müalicənin nəticələrinin səmərəliliyinin artırılmasıdır.

İşin məqsədi kəskin destruktiv xolesistitlərə görə aparılan laparoskopik xolesistektomiyalar zamanı əməliyyatın gedişinin təhlükəsizliyinin artırılması və əməliyyatdansonrakı irinli-iltihabi ağırlaşmaların daha səmərəli profilaktikası üsulunun işlənilib hazırlanması olmuşdur.

Tədqiqatın vəzifələri:

1. Kəskin destruktiv xolesistitlərin laparoskopik yolla cərrahi müalicəsi zamanı əməliyyatın gedişində və əməliyyatdansonrakı dövrdə baş verən ağırlaşmaların retrospektiv öyrənilməsi.

2. Laparoskopik əməliyyat zamanı müdaxilənin təhlükəsizliyinə zəmanət verən əsas prinsiplərin formalaşdırılması.

3. Destruktiv xolestitlərdə laparoskopik müdaxilələr zamanı karbon qazı fonunda kaqulyasiya məhsullarının qaraciyərin fermentativ funksiyasına təsirinin qiymətləndirilməsi.

4. Kəskin daşlı xolesistitin müxtəlif formalarında laparoskopik xolesistektomiyadan sonra sistem iltihabi cavabın kəskin fazasının gedişi xüsusiyyətlərinin müqayisəli öyrənilməsi.

5. KDX-nin müxtəlif formalarına görə xolesistektomiya keçirmiş xəstələrdə ödəm mikrobioloji peyzajının öyrənilməsi və əməliyyatdansonrakı irinli-iltihabi ağırlaşmaların profilaktika-sında dekanla birgə polivalent bakteriofaqın yerli tətbiqinin klinik

əhəmiyyətinin müqayisəli dəyərləndirilməsi.

Tədqiqatın metodları: Dissertasiya işi əvvəlcədən tərtib edilmiş plana əsasən bir neçə mərhələdə aparılmışdır. Tədqiqatın birinci mərhələsində qarşıya qoyulan məqsədə uyğun olaraq Vətən və xarici ölkə alimlərinin mövzuya aid son illərdəki elmi əsərləri araşdırılaraq alınan məlumatlar analiz edilmişdir.

İkinci mərhələdə KDX diaqnozu ilə LXE keşirmiş 182 xəstənin – 107 xəstənin retrospektiv və 75 xəstənin isə prospektiv olmaqla müalicəsinin nəticələri müqayisəli sürətdə təhlil edilmişdir.

Üçüncü mərhələdə prospektiv qrupa daxil olan KDX diaqnozu ilə LXE keşirmiş 75 xəstədə dinamikada tədqiqatlar aparılmışdır. Xəstələrə TG13 prinsipləri protokolun əsasən diaqnoz qoyulmuşdur və xəstələr iki qrupa bölünmüşdür: I qrupa – müqayisə qrupuna LXE-dən sonra ümumi və yerli olaraq ümumən qəbul edilmiş bazis müalicə almış 37 xəstə (kataral – 12, fleqmonoz – 14 və qanqrenoz – 11) daxil edilmişdir. Əsas qrupun (II qrup) 38 xəstəsində (kataral – 13, fleqmonoz – 13 və qanqrenoz – 12) isə əməliyyatın sonunda və əməliyyatdan sonrakı dövrdə yerli olaraq bazis terapiyaya KDX-nin klinik-morfoloji forması nəzərə almaqla yerli olaraq antiseptik dekan və polivalent bakteriofaq (piobakteriofaq) əlavə edilmişdir. Bu xəstələrdə dinamikada interleykinlərin, qaraciyərin funksional göstəricilərinin, endogen intoksikasiya markerlərinin, kəskin faza zülallarının və bir sıra klinik parametrlərin dəyişmə dinamikasına əsasən iltihabi reaksiyanın erkən fazasının gedişi öyrənilmişdir. Həmçinin, kisə ödünün mikrobioloji peyzajı tədqiq edilmişdir.

Tədqiqatın dördüncü mərhələsində araşdırılan göstəricilərin hər iki qrup üzrə müqayisəli təhlili aparılaraq müalicə tədbirləri kompleksinə yerli olaraq antiseptik dekanın və müalicəvi polivalent bakteriofaqın daxil edilməsinin iltihabi reaksiyanın reqressiyasına, mikrob kontaminasiyasının səviyyəsinə və əməliyyatdansonrakı irinli-iltihabi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinin azalmasına pozitiv təsiri araşdırılmışdır. Eyni zamanda LXE-nin gedişində lokal hemorragik ağırlaşmalara qarşı mübarizə və LXE zamanı təhlükəsizliyin əsas prinsiplərinin nəticələri təhlil edilmişdir.

Beşinci mərhələdə alınan nəticələr müasir statistik üsullarla

işlənilmiş və KDX-nin destruktiv formalarının laparoskopik müdaxiləsi zamanı əməliyyatdansonrakı dövrün gedişinin monitorinqində kəskin faza zülallarından olan CRP və ferritinin, həmçinin IL-1 səviyyəsinin informativ marker olduğunu sübut edilmişdir.

Müdafiyyə çıxarılan əsas elmi müddəalar:

- Kəskin daşlı xolesistitin destruktiv formalarında aparılan LXE-nin gedişində əməliyyatın təhlükəsizliyinə zəmanət verən prinsiplərə riayət edilməsi əməliyyatdaxili təhlükəli ağırlaşmalardan vaz keçməyə imkan verir.

- Kəskin daşlı xolesistit və onun ağırlaşmalarının kompleks müalicəsi tədbirləri fonunda antiseptik dekanın və polivalent bakteriofaqın yerli tətbiqi əməliyyatdansonrakı dövrdə qarındaxili və yaradan olan irinli-iltihabi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyini azaltmaqla müalicənin nəticələrini xeyli yaxşılaşdırılması klinik-laborator və bakterioloji tədqiqatlarla sübut edilmişdir.

- Kəskin daşlı xolesistitlərə görə aparılan laparoskopik xolesistektomiyadan sonra sistem iltihabi cavabın kəskin fazasının gedişi öd kisəsindəki iltihabın formasından birbaşa asılı olur və dekanla birgə polivalent bakteriofaqın yerli tətbiqi iltihabi prosesin aktivliyini endirməklə onun davamiyyət müddətini də qısaldır.

Tədqiqatın elmi yeniliyi:

- LXE-nin gedişində müdaxiləni təhlükəsiz başa çatdırmağa imkan verən əsas prinsiplər sistemləşdirilmişdir.

- Antiseptik dekanın və polivalent bakteriofaqın birgə yerli tətbiqi klinik, mikrobioloji əsaslandırılaraq əməliyyatdansonrakı dövrdə qarındaxili və yaradan olan irinli-iltihabi ağırlaşmaların profilaktikasında bu üsulun yüksək səmərəliliyi sübut edilmişdir.

- Öd kisəsindəki iltihabın formaları ilə laparoskopik xolesistektomiyadan sonra sistem iltihabi cavabın kəskin fazasının gedişi arasında birbaşa qarşılıqlı əlaqənin olması müəyyən edilmişdir.

Tədqiqatın nəzəri və praktik əhəmiyyəti:

Tədqiqatın gedişində alınan nəticələr KDX zamanı sistem iltihabi cavabın kəskin fazasının gedişi zamanı oranzimin sitokin statusunda, qaraciyərin funksional vəziyyətində və kəskin faza zülallarının miqdarında baş verən dəyişikliklər barədə nəzəri bilikləri daha da artırmağa zəmin yaratmışdır.

- LXE zamanı əməliyyatın gedişinin təhlükəsizliyinə zəmanət verən əsas prinsiplər əməliyyatın gedişində ola biləcək səhvlərdən və ağırlaşmalardan qaçmağa və beləliklə də, əməliyyatın nəticələrini əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırmağa imkan verir.

- Öd kisəsinin yatağından olan qanaxmalarda kisə yatağına hemostatik torun qoyulması etibarlı hemostaz törətməklə qanaxma təhlükəsinin qarşısını alır.

- İşlənib hazırlanmış profilaktika üsulunun klinik tətbiqinin destuktiv xolesistitlərdə əməliyyatdansonrakı qarındaxili və yarıdan olan irinli-iltihabi ağırlaşmaların baş verməsi riskini xeyli azaltması, daha səmərəli və məqsədyönlü bir üsul kimi üstünlüyü müəyyən edilmişdir.

- İltihabın kəskin faza zülallarından olan C-reaktiv proteinin və ferritinin, həmçinin IL-1-inkəskin daşlı xolesistitin destuktiv formalarının erkən diaqnostikasında, eləcə də, əməliyyatdansonrakı dövrün gedişinin monitorinqində daha informativ biomarker kimi istifadəsinin əhəmiyyəti müəyyən edilmişdir.

İşin aprobasiyası. Tədqiqatın nəticələri 21 Ulusal Cərrahi Konqresində və 16 Cərrahi Həmsəirelik Konqresində (2018-ci il, Antalya), Beynəlxalq «Новое в хирургии» elmi-praktik internet-konfrasda (1 noyabr 2019, Minsk), ATU-nin cərrahi profilli kafedraları və Tədris Cərrahiyyə Klinikasının birgə iclasında sınaq müdafiəsi keçirilmiş (noyabr, 2018) və ATU-nin nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.06 Dissertasiya Şurasının Elmi seminarında (iyun, 2021, protokol №5) məruzə və müzakirə edilmişdir.

Dissertasiyanın mövzusu üzrə 9 jurnal məqaləsi və 3 tezis çap edilmişdir.

Nəticələrin tətbiqi. Alınmış nəticələr ATU-nun Ümumi cərrahlıq kafedrasında və Tədris Cərrahiyyə Klinikasında müalicə prosesində tətbiq olunmuşdur.

Dissertasiya işinin əsas müddəaları ATU-nun Ümumi cərrahlıq kafedrasında tədris prosesində istifadə edilir.

Dissertasiya işinin yerinə yetirildiyi təşkilat. Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universiteti Ümumi cərrahlıq kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Dissertasiyanın quruluşu və həcmi. Dissertasiya işi 191

standart səhifəsində yazılmış, 218.228 işarədən: giriş (11.955 işarə), ədəbiyyat icmal (46.712 işarə), 4 fəsil (12.609 + 50.511 + 52.830 + 21.350 işarə), yekun, nəticələr, praktik tövsiyələr (19.329 işarə) və ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. Dissertasiyada 37 cədvəl, 4 şəkil və 20 qrafik verilmişdir. Ədəbiyyat siyahısı 23 Vətən və 243 xarici mənbəni əhatə edir.

İŞİN ƏSAS MƏZMUNU

Tədqiqatın material və metodları. Klinik tədqiqatlar Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Cərrahiyyə Klinikasında 2014 – 2018-ci illərdə KDX diaqnozu ilə LXE keçirmiş 182 xəstəni əhatə edir: 107 xəstə (58,8±3,6%) retrospektiv, 75 xəstə (41,2±3,6%) isə prospektiv tədqiq olunmuşdur. 18-80 yaşlı xəstələrdən 68-i kişi (37,4±3,6%) və 144-ü (62,6±3,6%) qadın olmuşdur. Əmək qabiliyyətli insanlara 76,9±3,1% təsadüf edilmişdir və 50 xəstənin yaşı 60-dan yuxarı olmuşdur. Xəstələrin 54,4±3,7%-də xəstələnmə müddəti 1-5 il olmuş və 109 xəstə sancılarının ikinci tutmasından sonra klinikaya müraciət etmişdir. Xəstəliyin başlanğıcının ilk sutkasında klinikaya 59 nəfər (32,4±3,5%) müraciət etsə də, 123 nəfəri (67,6±3,5%) daha gec müddətlərdə klinikaya daxil olmuşdur. Məhz bu səbəbdən də 47 xəstədə (25,8±3,2%) müxtəlif ağırlaşmalar baş vermişdir. Bu ağırlaşmalar içərisində daha çox perivezikal infiltrata (22), perivezikal absesə (14) və yerli peritonitə (9) təsadüf edilmişdir. Həmçinin 59 xəstədə (32,4±3,5%) müxtəlif yanaşı xəstəliklər aşkarlanmışdır. Bu yanaşı xəstəliklər içərisində ən çox rast gəlinəni ürəyin xroniki işemik xəstəliyi (25), şəkərli diabet (14) və II-III dərəcəli hipertoniya xəstəliyi (12) olmuşdur. TG13 meyarlarına əsasən KDX-nin ağırlıq dərəcəsi 119 xəstədə Grade I, 62-də – Grade II və yalnız 1 nəfərdə Grade III olmuşdur. Ümumilikdə 70 xəstədə KDX-nin kataral (38,5±3,6%), 68-də (37,4±3,6%) – fleqmonoz və 44-də (24,2±3,2%) isə qanqrenoz forması olmuşdur.

Klinikaya daxil olmuş xəstələrdə aktiv cərrahi taktika çərcivəsində endotraxeal narkoz altında laparoskopik müdaxilə aparılmışdır. Belə ki, xəstələrin 97,8±1,1%-i (178 xəstə) klinikaya daxil olduqları ilkin 48 saat müddətində əməliyyat olunmuşdur.

Prospektiv qrupa daxil olan və LXE keçirmiş 75 xəstədə

antiseptik dekasanın və polivalent bakteriofağın əməliyyatdansonrakı yerli irinli-iltihabi ağırlaşmaların tezliyinə təsirini öyrənmək məqsədi ilə tədqiqatlar aparılmışdır. Qarşıya qoyulan məqsədə müvafiq olaraq xəstələr müqayisə və əsas qruplara bölünmüşdür. Müqayisə qrupuna daxil olan və LXE keçirmiş 37 xəstədə əməliyyatın yekununda yerli olaraq əməliyyat sahəsi furasillin məhlulu ilə yuyulmuş və əməliyyatdansonrakı dövrdə antibiotikoprofilaktika fonunda sutkada bir dəfə 20-30 ml furasillin və 10,0 ml 1%-li dioksidin məhlulu drenaj borusundan yeritməklə əməliyyat sahəsinin sanasiyası aparılmışdır.

Əsas qrupun xəstələrində (38 xəstə) isə əməliyyatın sonunda əməliyyat sahəsi əvvəlcə fizioloji məhlulla, sonra isə 50-100 ml dekasın məhlulu ilə sanasiya edilərək 20-30 ml müalicəvi polivalent bakteriofağ məhlulu (piobakteriofağ, sektafağ) çilənmişdir. LXE-dən 8 saat sonra qaraciyəraltı sahədə saxlanılmış drenaj borusundan əvvəlcə 30-40 ml dekasın vurulur, 10-15 dəqiqədən sonra aspirasiya edilir və bunun ardınca drenajdan 20-30 ml polivalent bakteriofağ (piobakteriofağ) yeridilərək drenaj 20-30 dəqiqəyə sıxılır. LXE-dən sonra kataral formada dekasın və polivalent piobakteriofağ yalnız bir dəfə yeridilir. KDX-nin fleqmonoz formasında hər 8 saatdan bir cəmi 3 dəfə yuxarıdakı qayda ilə drenaj borusundan dekasın və polivalent piobakteriofağ vurulur. Qanqrenoz xolesistitdə və yerli peritonitdə isə dekasınla sanasiya aparılaraq əməliyyatın sonunda qaraciyəraltı sahə 100-150 ml polivalent bakteriofaqla yuyulur. Əməliyyatdansonrakı dövrdə isə bu xəstələrdə yuxarıda qeyd edilən qayda ilə ilk 2 sutkada hər 8 saatdan bir cəmi 6 dəfə dekasınla birgə polivalent piobakteriofağ qarın boşluğuna yeridilmişdir.

Əsas qrupda KDX-nin kataral formasında əməliyyatdansonrakı dövrdə antibiotiklərdən istifadə edilməmiş, fleqmonoz formada yalnız birinci, qanqrenoz formada isə ilk 2 sutkada xəstələrə antibiotik yeridilmişdir.

Klinikaya daxil olan xəstələrin hamısında qaraciyərin funksional vəziyyəti dinamikada qanda ümumi zülalın, albuminin, ümumi bilirubinin, alaninaminotransferazanın (ALT), aspartataminotransferazanın (AST), AST/ALT nisbətinin, qələvi fosfatazanın (QF) və qamma-qlutamilttransferazanın (QQT) səviyyəsini təyin etməklə öyrənilmişdir.

İltihabi prosesin monitorinqi dinamikada qanda C-reaktiv proteinin (CRP) və ferritinin miqdarına əsasən aparılmışdır.

Xəstələrdə endogen intoksikasiyanın səviyyəsi barədə qanda orta molekullu peptidlərin (OMP), qalıq azotun, sidik cövhərinin və kreatinin miqdarı nəzərə alınmaqla fikir yürüdülmüşdür. Qanda OMP miqdarı В.В.Николайчук с соавт (1991) üsulu ilə təyin edilmişdir. Öyrənilən parametrlər dinamikada əməliyyatönü dövrdə, əməliyyatdansonrakı dövrün 3-cü və 5-ci sutkalarında təyin edilmişdir.

Hər iki qrupun xəstərində iltihablehinə sitokinlərdən olan İL-1 və İL-2, iltihabəleyhinə sitokinlərdən isə İL-4 qan zərdabında İFA üsulu ilə ООО “Протеиновый контур” (Sankt-Peterburq)reaktiv dəstindən istifadə edilməklə dinamikada - əməliyyatönü dövrdə, əməliyyatdan sonra isə 3-cü və 5-ci sutkalarda təyin edilmişdir. Sutokin balansı isə İL-2/İL-4 nisbəti indeksinə əsasən qiymətləndirilmişdir. 15 praktik sağlam şəxsin göstəriciləri norma kimi götürülmüşdür.

Bakterioloji tədqiqatlar ATU-nun tibbi mikrobiologiya və immunologiya kafedrasında aparılmışdır. Belə ki, hər iki qrupa daxil olan xəstələrdə əməliyyat zamanı yüksək sterilliyi ciddi qorumaq şərti ilə öd kisəsindəki öddən götürülərək 2 saat müddətində birdəfəlik şprisdə mikrobioloji laboratoriyaya çatdırılmışdır. Bu xəstələrdən götürülmüş kisə ödündə bakterial floranın tərkibini və bakterioobiliyanın dərəcəsini öyrənmək məqsədi ilə öd steril şəraitdə endo, öd-duz, qanlı və ətli pepton mühitlərinə əkilmişdir. Bakterioobiliyanın dərəcəsinin və ödü 1 ml-dəki mikrobların miqdarının təyini üçün sektoral əkmə üsulundan istifadə edilmişdir. Əməliyyat başa çatandan sonra, həmçinin, əməliyyatdan 24, 48 və 72 saat sonra hər iki qrupa daxil olan xəstələrdə qaraciyəraltı nahiyənin yuyuntusunda da mikrobioloji tədqiqatlar aparılmışdır.

Tədqiqat zamanı alınan rəqəmlər variasion statistika üsulu ilə işlənmiş, qruplardakı göstəricilər arasındakı fərqi aşkarlamaq üçün Uilkokson (Manna-Uitni) – U-meyarından istifadə olunmuşdur. Öyrənilən göstəricilər arasındakı qarşılıqlı əlaqə korrelyasiya analizinin köməyi ilə aşkarlanmışdır. Həmçinin, daha həssas analiz üsulundan – ŞN – «Şanslar nisbəti» və bu göstəricinin 95%-li Eİ etibarlılıq intervalı» hesablanmışdır. Bütün hesablamalar MS EXCEL-2016

elektron cədvəlində və SPSS-22 statistik paketində aparılmışdır.

TƏDQIQATIN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ

Retrospektiv olaraq 2014-2015 illər ərzində KDX-nin müxtəlif klinik-morfoloji formalarına görə laparoskopik müdaxilə keçirmiş 107 xəstədə əməliyyatdaxili ağırlaşmalar, konversiyaya keçid və onun səbəbləri, əməliyyatdansonrakı yerli irinli-ağırlaşmaların tezliyi, həmçinin, müalicənin nəticələri araşdırılmışdır. Retrospektiv təhlil olunan 107 xəstədən 103-də (96,3±1,8%) əməliyyat laparoskopik üsulla başa çatdırılmış və 4 xəstədə (3,7±1,8%) isə əməliyyatın gedişində açıq üsula keçilmişdir. Şərti olaraq retrospektiv təhlil olunan xəstələri 4 yerə bölmək olar: asan LXE keçirənlər, texniki çətinliklərlə müşayiət olunan LXE keçirənlər, texniki çətinliklərlə birgə əməliyyatdaxili ağırlaşmalar olan LXE keçirənlər və konversiyaya məruz qalanlar.

Asan LXE – heç bir texniki çətinlik olmadan 67 xəstədə (65,0±4,7%) aparılmışdır. 23 xəstədə (22,3±4,1%) LXE zamanı müxtəlif texniki çətinliklərlə qarşılanmışdır, lakin bu çətinliklər əməliyyatın gedişində dəf edilərək əməliyyat uğurla başa çatmışdır. 17 xəstədə isə (16,5±3,7%) texniki çətinliklər fonunda müxtəlif ağırlaşmalara təsadüf edilmişdir. Texniki çətinliklər və əməliyyatdaxili ağırlaşmalara görə 4 xəstədə (3,7±1,8%) konversiyaya keçilmişdir.

LXE-nin gedişində təsadüf edilən texniki çətinliklər aşağıda sadalananlardan ibarət olmuşdur: öd kisəsi boynunun kövşək infiltratı (6), öd kisəsinin perivezikal kövşək infiltratı (4), öd kisəsi boynunun sərt infiltratı (3), öd kisəsi boynunun sərt perivezikal infiltratı (3), qaraciyərlə öd kisəsi arasında sərt bitişmələr (3), öd kisəsi ilə böyük piylik (4), eləcə də öd kisəsi ilə köndələn çənərbəbağıracaq (5), öd kisəsi ilə onikibarmaq bağırsağ arasında (4) nəzərəçarpan dərəcədə qabarıq olan bitişmələr, Kalo üçbucağında anatomik strukturları fərqləndirilməsini çox çətinləşdirən fibroz və qabarıq adheziv proses (3), perixolesistit (4), Kalo üçbucağının anomaliyası (1).

Bu yuxarıda sadalanan texniki çətinliklərə ən çox KDX-nin destruktiv formalarında təsadüf edilmişdir. Belə ki, KDX-nin kataral

formasında cəmi 3 xəstədə, fleqmonozda 25 xəstədə və qanqrenoz formasında isə 12 xəstədə müxtəlif texniki çətinliklərə rast gəlinmişdir.

Əməliyyatın gedişində müxtəlif texniki çətinliklər fonunda 9 xəstədə əməliyyatdaxili ağırlaşmalar olmuşdur: öd kisəsinin perforasiyası (3), kisə yatağından ödün sızması (2), öd kisəsinin yatağından qanaxma (2), kisə arteriyasının zədələnməsi səbəbindən baş verən qanaxma (1) və troakar yarasından qanaxma (1). Kisə yatağından olan qanaxma yatağın koaqulyasiyası ilə dayandırılmışdır. Lakin kisə arteriyasından olan qanaxma bir xəstədə konversiyaya keçidi tələb etmişdir. Prospektiv təhlil olunan 75 xəstədən 5-də ($6,7 \pm 2,9\%$) əməliyyatın gedişində müxtəlif ağırlaşmalar olmuşdur (kisə yatağından qanaxma, kisə yatağından ödün sızması və kisənin perforasiyası). Bu xəstələrdə kisə yatağından olan qanaxma kisə yatağına hemostatik tor qoyulmaqla saxlanılmışdır.

Əməliyyatözü dövrədə ümumilikdə prospektiv təhlil olunan müqayisə qrupunun xəstələrində normaya nisbətən statistik dürüst ümumi zülal $22,4\%$, albumin $18,8\%$ azalmış, əksinə ümumi bilirubin $67,6\%$, CRP $3,3$ dəfə, ferritin $3,0$ dəfə, AST $2,7$ dəfə, ALT $3,0$ dəfə, QF $74,5\%$, QQT $3,0$ dəfə, qanda leykositlərin miqdarı $78,3\%$, EÇS $79,6\%$, nəbzın sayı $23,4\%$ və hematokrit $19,0\%$ artmışdır. Həmçinin, bu xəstələrdə klinikaya daxil olarkən iltihablehinə sitokin İL-2 konsentrasiyası sağlam şəxslərdəki səviyyəyə nisbətən $33,1\%$ ($p < 0,05$) aşağı düşsə də əksinə, iltihablehinə sitokin İL-1 və iltihabəleyhinə sitokin İL-4 miqdarı normanı müvafiq olaraq $3,2$ dəfə ($p < 0,001$) və $6,2$ dəfə ($p < 0,001$) üstələyərək İL-2/İL-4 nisbəti normadan statistik dürüst $87,4\%$ az olmuşdur. Eyni zamanda, bu xəstələrdə yuxarıda qeyd edilən dəyişikliklər fonunda endogen intoksikasiya da dərinləşmişdir: normaya nisbətən qanda OMP səviyyəsi $67,9\%$ ($p < 0,001$), sidik cövhəri - $2,1$ dəfə ($p < 0,001$), qalıq azot - $51,2\%$ ($p < 0,01$) və kreatinin - $46,0\%$ ($p < 0,001$) yüksək hədlərə qalxmışdır.

LXE-dən sonra ilk 3 sutkada ümumilikdə xəstələrdə iltihabi reaksiyanın aktivliyi artır və bu da öyrənilən göstəricilərdə müşahidə edilən dəyişikliklərlə təsdiqlənir.

Yalnız 3-cü sutkadan sonra təhlil olunan göstəricilərdə

normallaşma istiqamətində dəyişikliklər baş verir. Lakin müşahidənin sonunda öyrənilən göstəricilərin heç biri normallaşmır, yəni bu dövrdə iltihabi reaksiya tam başa çatmır.

Belə ki, müşahidənin sonuna sağlam şəxslərin göstəriciləri ilə müqayisədə nəbz sayı 12,6%($p<0,01$), leykositlərin sayı 41,1% ($p<0,001$), EÇS – 35,5% ($p<0,05$), IL-1 konsentrasiyası – 2,9 dəfə ($p<0,001$), IL-4 – 3,7 dəfə ($p<0,001$), CRP – 2,2 dəfə ($p<0,001$), ferritin – 68,1% ($p<0,001$), AST – 74,2% ($p<0,01$), ALT – 85,1% ($p<0,001$), QQT – 2,1 dəfə ($p<0,001$), QF – 41,6% ($p<0,001$), OMP – 44,7% ($p<0,001$), sidik cövhəri 15,0%, kreatinin – 14,0% ($p<0,05$) yüksək, lakin IL-2 – 19,9%, IL-2/IL-4 nisbəti – 70,8% ($p<0,001$), ümumi zülal – 19,4% ($p<0,001$), albumin – 16,0% ($p<0,001$) az olaraq qalır.

Əsas qrupda bazis konservativ terapiyaya əməliyyatdansonrakı dövrdə antiseptik dekasının və polivalent piobakteriofaqın yerli tətbiqinin daxil edilməsi hesabına ümumilikdə 5-ci sutkada müqayisə qrupundakı analoji göstəricilərlə müqayisədə statistik dürust ümumi zülalın miqdarı 7,5%, İL-2/İL-4 nisbəti 60,5% çox, əksinə CRP - 23,5%, ALT - 22,7%, AST - 29,5%, QQT - 22,1%, QF-14,7%, İL-31,7%, İL-4 -40,9% və ferritin - 27,4% az olmaqla normaya daha çox yaxınlaşır. Əsas qrupun xəstələrində tədqiqatın sonunda digər göstəricilər də müqayisə qrupundakı göstəricilərdən fərqli olaraq daha çevik dəyişərək normallaşmağa doğru istiqamətlənirlər. Belə bir vəziyyət isə əsas qrupun xəstələrində LXE-dən sonra iltihabi prosesin intensivliyinin zəifləməsini və onun başa çatmasının əhəmiyyətli dərəcədə sürətlənməsini göstərir.

Aparılan tədqiqatlar əməliyyatözü dövrdə xəstələrdə sistem iltihabi cavabın kəskin fazasının öyrənilən göstəricilərinin öd kisəsindəki iltihabın formasından birbaşa asılı olmasını göstərmişdir: KDX-nin destruktiv formalarında daha dərin dəyişikliklər baş verir. Bu səbəbdən də LXE-dən sonra KDX-nin destruktiv formaları sistem iltihabi cavabın kəskin fazasının daha aktiv və davamlı olması ilə xarakterizə olunur. Bu da özünü sistem iltihabi cavabın kəskin fazasının gedişini əks etdirən vacib göstəricilərdən biri olan sitokin profili göstəricilərinin dəyişmə dinamikasında bir daha göstərir (cədvəl 1).

Cədvəl 1.

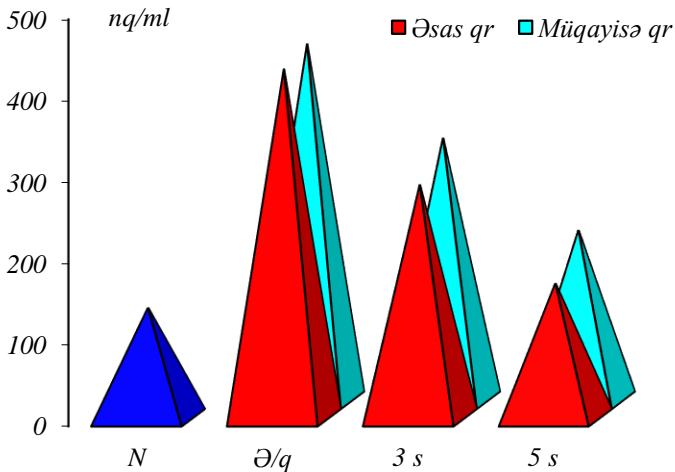
KDX-nin formasından asılı olaraq qarışıq bakteriofaqın yerli tətbiqinin sitokin profili göstəricilərinə təsiri

Göst.	Təd. müd. (sutka)	Kataral forma		Fleqmonoz forma		Qanqrenoz forma	
		Müqayisə	Əsas	Müqayisə	Əsas	Müqayisə	Əsas
İL-1, pq/ml	ə/q	12,5±2,6 6,5-38,4 **	11,6±2,4 4,5-35 **	16,1±2,6 8,5-45,6 ***	15,0±2,3 9,3-39,9 ***	21,2±3,6 13,7-52,4 ***;#	21,3±2,7 14,5-42,2 ***;##;~ ~
	3	17,8±2,7 12,1-45,6 ***;^	16,6±2,3 9,8-42,1 ***;^	25,8±3,2 14,9-55,3 ***;^^;#	20,3±2,4 12,6-40 ***;^	31,6±4,7 14,8-65,4 ***;^;##	26,1±2,5 16,1-49,8 ***;###;~
	5	10,3±0,9 5,8-13,8 ***	7,1±1,0 2,5-13,1 §	14,6±2,7 7,6-41,4 ***	10,6±0,9 6,5-15,3 ***;#	18,7±4,2 9,1-52,6 ***;#	12,1±1,3 7,3-21,6 ***;^;#
İL-2, pq/ml	ə/q	4,95±0,62 1,8-7,9	4,86±0,54 2-7,9	4,09±0,47 1,5-6,5 *	3,98±0,45 1,3-6,5	2,98±0,44 1,5-6,1 **;#	2,95±0,33 1,3-5,8 **;#
	3	5,32±0,69 2-9,1	5,52±0,58 2,2-9,5	4,40±0,50 1,8-7,8	4,76±0,58 1,5-7,6	3,48±0,49 1,8-6,5 *;#	3,87±0,63 1,7-7,6 *
	5	5,79±0,71 2,3-10,5	6,1±0,71 2,3-10,5	4,90±0,53 2-8,4	5,57±0,88 2,1-11,4	3,82±0,51 2,3-7,8 #	4,69±0,67 2,3-9,6
İL-4, pq/ml	ə/q	10,49±2,16 3,3-28,6 ***	11,35±2,39 3,5-35,6 ***	16,10±2,83 8,5-49,1 ***	15,82±2,01 10-35,6 ***;#	19,44±3,38 9,1-51,3 ***;#	20,28±3,96 10,3-58,3 ***;#
	3	19,32±2,55 8,1-40,3 ***;^^	15,78±3,05 8,5-45,1 ***	28,30±4,42 15,6-76,5 ***;^^	23,78±3,29 15,6-60,6 ***;^^;#	43,62±6,92 17,8-96,1 ***;^^;##;~	30,73±3,52 13,8-51,6 ***;^;##
	5	5,08±1,57 2,5-19 *;^^	3,21±0,59 1,9-9,2 ^^;§	8,59±1,37 4,1-21,3 ***;^^;##	5,41±0,96 3,1-15,3 ***;^^;§;##	13,73±2,91 6,7-38,2 ***;^^;##;~	7,53±1,22 4,8-19,0 ***;^^;§§;###;~
İL- 2/İL-4	ə/q	0,55±0,04 0,28-0,75 ***	0,50±0,03 0,22-0,6 ***	0,27±0,02 0,13-0,37 ***;###	0,26±0,02 0,12-0,34 ***;###	0,16±0,01 0,12-0,21 ***;###;~~	0,16±0,01 0,1-0,21 ***;###;~ ~
	3	0,27±0,02 0,19-0,38 ***;^^^	0,40±0,03 0,21-0,53 ***;^;§§	0,16±0,01 0,1-0,21 ***;^^^;###	0,20±0,02 0,1-0,28 ***;^;###	0,08±0,00 0,07-0,1 ***;^^^;###;~	0,12±0,01 0,08-0,15 ***;^;§§;###;~ ~
	5	1,38±0,12 0,55-1,66 ***;^^^	1,96±0,13 1,14-2,5 ***;^^^;§§	0,61±0,04 0,39-0,87 ***;^^^;###	1,03±0,09 0,68-1,54 ***;^^^;§§§;###	0,30±0,01 0,2-0,34 ***;^^^;###;~	0,63±0,03 0,5-0,79 ***;^^^;§§§§ ;###;~ ~ ~

Qeyd: göstəricilər arasında fərqin statistik dürüstlüyü:

1. Normaya nisbətən: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.
2. İlkin göstəriciyə nisbətən: ^ - $p_0 < 0,05$; ^^ - $p_0 < 0,01$; ^^ ^ - $p_0 < 0,001$
3. Kataral formadakı göstəriciyə nisbətən: # - $p_k < 0,05$; ## - $p_k < 0,01$; ### - $p_k < 0,001$
4. Fleqmonoz formadakı göstəriciyə nisbətən: ~ - $p_r < 0,05$; ~ ~ - $p_r < 0,01$; ~ ~ ~ - $p_r < 0,001$
5. Müqayisə qrupundakı göstərici ilə müqayisədə § - $p_1 < 0,05$; §§ - $p_1 < 0,01$; §§§ - $p_1 < 0,001$.

1 sayılı cədvəldən aydın görünür ki, KDX-nin müxtəlif formalarında əməliyyatdansonrakı dövrdə bazis terapiya tədbirləri kompleksinə dekanla birgə müalicəvi polivalent bakteriofaqın (sektafaqın) yerli tətbiqinin daxil edilməsi KDX-nin bütün formalarında sitokin profili göstəricilərinin, kəskin faza zülallarının, qaraciyərin funksional göstəricilərinin və həmçinin, endogen intoksikasiya parametrlərinin normallaşmasını sürətləndirir. Alınan nəticələrin müqayisəli təhlili KDX-nin destruktiv formalarında belə dekanla polivalent bakteriofaqın yerli tətbiqinin iltihabi prosesə sanogen təsir göstərdiyini sübut edir (qrafik 1).



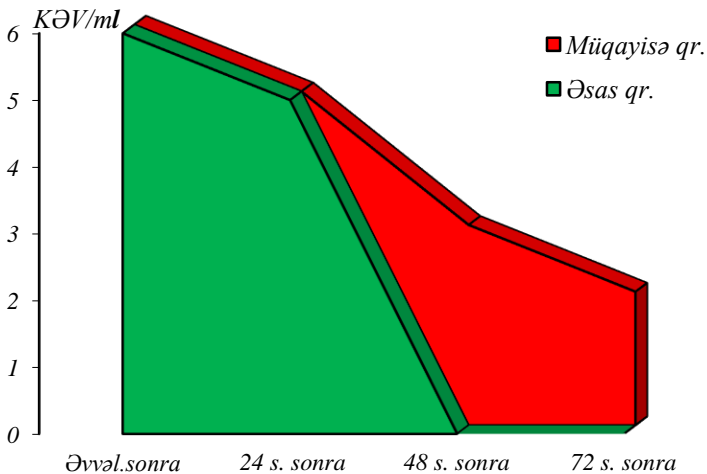
Qrafik. 1 KDX-nin fleqmonoz formasında xəstələrdə ferritin miqdarının dəyişməsinin müqayisəli qiymətləndirilməsi.

Qeyd etmək lazımdır ki, ümumilikdə hər iki qrupun və həmçinin, KDX-nin bütün formalarında xəstələrdə LXE-dən sonra iltihabi proses göstəricilərinin pozitiv dinamikası xəstələrin vəziyyətinin klinik yaxşılaşması, intoksikasiyanın dərinliyinin azalması, sitokin profili və qaraciyərin funksional göstəricilərinin normallaşmağa doğru sürətlənməsi ilə müşayiət edilir.

LXE zamanı 75 xəstədən ödəndirilmiş götürülmüş öddə qəbul edilmiş üsullarla aparılmış bakterioloji tədqiqatlar 41-də (54,7±5,7%)

bakterioxoliya aşkarlamışdır: kataral formada 25 xəstədən 6-da ($24,0 \pm 8,5\%$), fleqmonoz formada 29 xəstədən 20-də ($69,0 \pm 8,6\%$) və qanqrenoz formada 21 xəstədən 15-də ($71,4 \pm 9,9\%$). Öd kisəsində mikrobların ümumi miqdarı öd kisəsindəki iltihabın kataral formasında 10^3 - 10^4 KƏV/ml, KDX-nin destruktiv formalarında isə 10^6 - 10^9 KƏV/ml civarında olmuşdur. $73,2 \pm 6,9\%$ hallarda monokulturaya, $26,8 \pm 6,9\%$ hallarda isə mikrob assosiasiyalarına təsadüf edilmişdir. Kisə ödünün mikroflorasının peyzajında qram-mənfi mikroblara daha çox ($68,3 \pm 7,3\%$) təsadüf edilmişdir. Qram-müsbət mikrofloraya isə $31,7 \pm 7,3\%$ hallarda rast gəlinmişdir. 6 nümunədə isə ($14,6 \pm 5,5\%$) öddə anaeroblar aşkarlanmışdır: 3-də – Peptococcus spp. və 3-də- Bakteroides.

Əməliyyatdansonrakı dövrdə dinamikada hər iki qrupa daxil olan xəstələrdə KDX-nin destruktiv formalarında qaraciyəraltı sahənin yuyuntusundan alınan mikrob kulturalarında mikroorqanizmlərin miqdarının müqayisəli qiymətləndirilməsi dekasana birgə müalicəvi polivalent bakteriofaqın yerli tətbiqinin daha qısa müddətdə dekontaminasiyaya və tam sterilliyə nail olmağa imkan verdiyini göstərir (qrafik 2).



Qrafik 2. Qaraciyəraltı sahənin yuyuntusunun mikroorqanizmlərlə çirklənməsi səviyyəsinin müqayisəli dinamikası.

Əməliyyatdansonrakı dövrün və iltihabi reaksiyanın gedişinin klinik-laborator, biokimyəvi, həmçinin immunoloji tədqiqatlarının nəticələrinin müqayisəli qiymətləndirilməsi bazis müalicə tədbirləri çərçivəsində dekasarla birgə müalicəvi polivalent bakteriofaqın yerli işlədilməsinin daha yaxşı nəticələr almağa imkan verdiyini göstərmişdir.

Ədəbiyyat məlumatlarına və öz təcrübəmizə əsaslanaraq tərəfimizdən LXE zamanı təhlükəsizliyin təmininin əsas prinsiplərini sistemləşdirilmişdir:

- Əməliyyatözü dövrdə ilk növbədə müdaxilə aparılacaq zonanın hərtərəfli müayinəsinin aparılması və troakarların yeridilmə nöqtələrinin hər bir xəstə üçün fərdi seçimi. Hələ əməliyyatözü dövrdə xəstələrdə qarın boşluğunda bitişmə prosesinin olub-olmamasını, həmçinin bitişmələrin lokalizasiyasını dəqiqləşdirmək məqsədi ilə bütün xəstələrdə USM aparılır.

Əvvəllər qarın boşluğunda əməliyyat keçirmiş xəstələrdə USM zamanı bitişmələr olmayan sahə aşkarlanaraq nişanlanır və birinci troakar həmin “pəncərə”dən yeridilir.

Əməliyyat aparılacağı zonada bitişmələrin nəzərəcarpacaq dərəcədə qabarıq olduğu xəstələrdə tərəfimizdən birinci troakar qarın boşluğuna Hasson metodu ilə açıq yeridilmişdir və troakarın ətrafına iki yarımkiset tikiş qoyulmaqla qarın boşluğu hermetik qapanmışdır.

Bir məsələ də mütləq diqqət mərkəzində olmuşdur: heç də bütün hallarda işçi troakarlar qəbul edilmiş standart nöqtələrdən yeridilməmişdir. Bir çox hallarda işçi troakarlar xəstənin anatomik və konstitusional xüsusiyyətləri nəzərə alınmaqla fərdi seçim əsasında qarın boşluğuna yeridilmişdir.

- Endoskopik alətlərdən qarın boşluğunda yalnız və yalnız görüntüləmə nəzarəti altında istifadə edilməsi.

- Gərgin, dartılmış və öz həcmi böyütmüş, divarı hədsiz ödemləşmiş, həmçinin kisənin boynuna “pərçimlənmiş” daş (yaxud daşlar) olan kisənin aşkarlandığı hallarda kisə punksiya olunaraq ödü aspirasiya edilir. Belə hallarda öd kisəsinin punksiyası və ödü aspirasiyası öd kisəsinin boynu ilə qaraciyər arasındakı sərhədi görüntülənmə yolu ilə ayırd etməyə imkan verir.

- Öd kisəsinin və onun boynunun kövşək infiltratı olan

hallarda ilk növbədə böyük piylik öd kisəsinin dibindən ayrılır, öd kisəsi alətlə tutularaq dartılmış kövşək bitişmələr və atmalar növbə ilə koaqliyasiya edilir. Kisənin boynu kövşək infiltratdan azad edilərək dissektordan, yaxud kiçik tənzip kürəcikdən istifadə etməklə, kövşək infiltrat ümumi öd axarının proyeksiyasına qədər ayrılır və Kalo üçbucağı tam açılır. Sonra kisənin boynundan 0,8-1,0 sm olmaqla kisənin boynunu və kisə axarını örtən parietal periton dissektorun ucu ilə tutaraq koaqliyasiyanın köməyi ilə kəsilir. Peritonun həmin kəsilmiş yerindən dissektorun ucu ilə daxil olaraq infiltrasiyaya uğramış periton kəsilir, kut üsulla kisənin boynundan olmaqla kisə axarı və kisə arteriyası ayrılır. Bu mərhələdə öd kisəsinin borulu elementləri görüntüləmənin köməyi ilə dəqiq fərqləndirilməlidir. Biz öd kisəsinin axarına klipi mütləq xoledoxun görüntülənməsindən sonra qoyuruq – “fil xortumu” metodu [130]. Sonra kisə arteriyası da kliplənərək kəsilir və öd kisəsi öz yatağından koaqliyasiyanın köməyi ilə subseroz ayrılır. Kövşək infiltrat olan hallarda klipslə infiltratlaşmış toxumaların asanlıqla cırıldığı təqdirdə kisə axarı kəsilərək onun güdülünə sorulan sapla (vikril 3/0) iki Reder ilgəyinin qoyulması daha məsləhətlidir.

- Sərt perivezikal infiltrat olan hallarda ciddi texniki çətinliklər daha ehtiyatlı olmağı tələb edir. Belə hallarda sərt infiltratdan, kisənin divarına bitişmiş toxuma və üzvlərdən kisənin ayrılması məqsədi ilə təkcə küt üsullardan – dissektordan, elektrik sorucusundan, kiçik tənzip kürəciklərdən istifadə edilməlidir. İnfiltratın, xüsusilə də kisənin boynundakı infiltratın ayrılması zamanı elektrik sorucunun ucluğu ilə sudan istifadə edilməsi daha təhlükəsizdir. Bu zaman “yelkən” formalaşdırmaq prinsipindən istifadə edilməsi məsləhətdir: kisənin divarına bitişmiş toxumalar və üzvlər lateral qısqaqla tutularaq sağa və kaudal istiqamətdə yüngülcə dartılaraq gərginlik yaradılır. Məhz belə bir “yelkən” dartılmış bitişmələrdə olan qan damarlarını daha asan tapmağa, həmçinin kisəyə bitişmiş borulu üzvləri maksimal kənarlaşmağa daha yaxşı imkan verir.

- Öd kisəsinin bitişmələrdən ayrarkən kisə ilə bitişmələr arasındakı sahəni görmək üçün su şırnağından istifadə edilməsi, həmçinin əməliyyat sahəsinin müntəzəm yuyulması anatomik strukturların zədələnməməsinə şərait yaradır.

- Kisə axarı qısa və geniş olan hallarda axara klipin qoyulması yox, tikilib liqaturanın qoyulması daha məqsəduyğundur.

- Bir qayda olaraq öd kisəsinin disseksiyasına onun boynundan başlanılsa da, Kalo üçbucağının fibrozunda, yaxud qabarıq iltihabi proseslərdə kisənin boynunu görmək mümkün olmadığı təqdirdə disseksiyaya daha münasib olan yerdən – kisənin dibindən, yaxud cismindən başlanılmalıdır.

- “Daş” kimi sərt infiltrat, fibroz olan hallarda və digər çətin situasiyalarda Kalo üçbucağındakı elementləri əməliyyatın başlanmasının ilk 30 dəqiqəsində fərqləndirmənin mümkün olmaması konversiyaya göstərişdir – “30 dəqiqə qaydası”

- Öd kisəsinin bitişmələrdən ayırarkən kisə ilə bitişmələr arasındakı sahəni görmək üçün su şırnağından istifadə edilməsi, həmçinin əməliyyat sahəsinin müntəzəm yuyulması anatomik strukturların zədələnməməsinə şərait yaradır.

- Kisə axarı qısa və geniş olan hallarda axara klipin qoyulması yox, tikilib liqaturanın qoyulması daha məqsəduyğundur.

- Bir qayda olaraq öd kisəsinin disseksiyasına onun boynundan başlanılsa da, Kalo üçbucağının fibrozunda, yaxud qabarıq iltihabi proseslərdə kisənin boynunu görmək mümkün olmadığı təqdirdə disseksiyaya daha münasib olan yerdən – kisənin dibindən, yaxud cismindən başlanılmalıdır.

- “Daş” kimi sərt infiltrat, fibroz olan hallarda və digər çətin situasiyalarda Kalo üçbucağındakı elementləri əməliyyatın başlanmasının ilk 30 dəqiqəsində fərqləndirmənin mümkün olmaması konversiyaya göstərişdir – “30 dəqiqə qaydası”.

- Öd kisəsinin yatağından olan kapilyar qanaxma elektrokoagulyasiya ilə dayanmadığı təqdirdə kisə yatağına hemostatik tor qoyulur və qəti hemostaza nail olunur.

- Kalo üçbucağında “sınaq” disseksiyası fonunda kisə axarının görüntülənməsində çətinliklərin olması, geniş kisə axarının olması, Qartman cibində iri daşların olması və eləcə də Qartman cibinin hepatikoxoledoxa bitişməsi olan hallarda standart LXE aparmaq mümkün olmadığından ya konversiyaya keçilməli, ya da kisənin “dibindən” olmaqla daha təhlükəsiz olan LXE aparılmalıdır.

- Qaraciyərlə öd kisəsi arasında sərt və çoxlu çapıq bitişmələri

olduqda, onları bir-birindən ayırmaq, eləcə də Kalo üçbucağında çapıq-sklerotik bitişmələrdə kisə arteriyasını və kisə axarını fərqləndirmək, çanaqdan ayırmaq təhlükəli qanaxmaya, qaraciyərdən xaric öd yollarının yatrogen zədələnmələrinə gətirib çıxardığından ya vaxtında açıq əməliyyata keçilməli, ya da cərrahın peşəkarlığı imkan verirsə subtotal LXE aparılmalıdır. Belə olan halda öd kisəsinin qalan divarının elektrokoagulyasiyasından istifadə edilməklə demukozasiyası aparılır. Belə hallarda Pribram əməliyyatının laparoskopik variantı da (Pribram üsulu ilə LXE) icra edilə bilər.

- Qaraciyərin sirrozu olan xəstələrdə öd kisəsinin yatağından ayrılması massiv qanaxma ilə müşayiət edildiyindən öd kisəsinin arxa divarını saxlayaraq, qalan hissələri xaric edilir və arxa divarın selikli qişası koagulyasiya edilir.

- LXE zamanı bütün hallarda qaraciyərəlti sahə mütləq drenajlanmalıdır. Bu müddət KDX-nin formasından, əməliyyatın gedişində texniki çətinliklərin olmasından, xəstənin yaşından və yerli iltihabi proseslərin olmasından asılı olaraq seçilir. Fleqmonoz KDX-yə görə LXE-də 1-2 gün, qanqrenoz KDX-yə görə aparılan laparoskopik müdaxilələrdə isə 2-3 gün müddətində drenajın qaraciyərəlti sahədə saxlanması xəstəyə heç bir xəter yetirməyərək əməliyyat zonasının vəziyyətinə nəzarət etməyə, tələb olunan hallarda drenajdan qarın boşluğuna lazımi dərman vasitələri yeritməyə və əməliyyat zonasında baş verən ağırlaşmaları daha erkən dövrdə aşkarlamağa imkan verir.

178 LXE keçirmiş xəstədən 38-də (21,3±3,1%) əməliyyatdansonrakı dövrdə müxtəlif ağırlaşmalar baş vermişdir. Bu ağırlaşmalara əsasən KDX-nin destruktiv formalarında təsadüf edilmişdir. 38 ağırlaşmadan 1-i KDX-nin kataral (2,6±2,6%), 16-ı fleqmonoz (42,1±8,0%) və 21-i (55,3±8,1%) isə qanqrenoz formasında olmuşdur.

Qeyd etmək lazımdır ki, retrospektiv analiz olunan və 103 LXE keçirmiş xəstədən 25-də (24,3±4,2%) əməliyyatdansonrakı müxtəlif ağırlaşmalar olmuşdur: 2 xəstədə kisə yatağından qanaxma (1,9±1,4%), 5 xəstədə (4,9±2,1%) ödsizma, 5-də (4,9±2,1%) öd kisəsi yatağının proyeksiyasında yığıntı, 2-də (1,9±,4%) qaraciyərəlti infiltrat, 3-də (2,9±1,7%) qaraciyərəlti abses, 3-də (2,9±1,7%) troakar

yarasının infiltratı, 3-də (2,9±1,7%) troakar yarasının irinləməsi və 2-də (1,9±1,4%) isə biloma.

Prospektiv analiz olunan 75 xəstədən isə 13-də (17,3±4,4%) əməliyyatdansonrakı müxtəlif ağırlaşmalar olmuşdur: ödsızma – 2 xəstədə (2,7±1,9%), kisə yatağının proyeksiyasında yığıntı - 2 xəstədə (2,7±1,9%), qaraciyəraltı infiltrat – 1 xəstədə (1,3±1,3%), troakar yarasının infiltratı – 5 xəstədə (6,7±2,9%) və troakar yarasının irinləməsi – 3 xəstədə (4,0±2,3%).

Prospektiv analiz olunan xəstələrdə retrospektiv təhlil olunanlarla müqayisədə əməliyyatdansonrakı müxtəlif ağırlaşmalara 7,0% hallarda az təsadüf edilmişdir.

Ümumilikdə prospektiv təhlil olunan 75 xəstədən cəmi 5-də (6,7±2,9%) əməliyyatdaxili ağırlaşma olmuşdur: kisə yatağından olan qanaxma - 3, kisə yatağından ödün sızması -1 və öd kisəsinin perforasiyası -1. Bu zədələnmələrə müqayisə qrupunda 2 xəstədə təsadüf edilmişdir, əsas qrupda isə 3 xəstədə ağırlaşma qeyd edilmişdir.

Əməliyyatdansonrakı ağırlaşmalar müqayisə qrupunda 9 xəstədə, əsas qrupda isə 4 xəstədə olmuşdur. Əməliyyatdansonrakı dövrdə 2 xəstədə baş verən ödsızma öz-özünə dayanmışdır. Kisə yatağının proyeksiyasında olan yığıntı isə antiseptik məhlullarla lokal sanasiyanın köməyi ilə xaric edilmişdir. Yerli irinli-iltihabi proseslərə əsas qrupda müqayisə qrupuna nisbətən xeyli az təsadüf edilmişdir. Belə ki, LXE-dən sonra əsas qrupda kompleks bazis terapiyaya müalicəvi polivalent bakteriofaqın və antiseptik dekananın daxil edilməsi destruktiv xolesistitlərdə əməliyyatdansonrakı dövrdə yerli-irinli iltihabi ağırlaşmaların sayını 3,5 dəfə azaltmağa imkan vermişdir.

XE keçirmiş 182 xəstədə ölüm halları müşahidə edilməmişdir.

Beləliklə, aparılmış hərtərəfli müqayisəli təhlil əsasında LXE-nin gedişində təhlükəsizliyin təmininin əsas prinsiplərinə riayət edilməsi, konversiyaya keçidin tələblərinin ciddi surətdə gözlənilməsi, əməliyyat zamanı lokal qanaxmalarda hemostatik torun tətbiqi, əməliyyatdansonrakı dövrdə müalicə tədbirləri kompleksinə yerli olaraq antiseptik dekananın və müalicəvi polivalent bakteriofaqın daxil edilməsi KDX-nin destruktiv formalarında müalicənin

nəticələrini əhəmiyyətli dərəcədə yaxınlaşdırmağa və əməliyyatdan sonrakı irinli-iltihabi ağırlaşmaların tezliyini isə $18,9 \pm 6,4\%$ -dən $5,3 \pm 3,6\%$ -ə, ümimilikdə əməliyyatdaxili və əməliyyatdansonrakı lokal ağırlaşmaların sayını isə $29,7 \pm 7,5\%$ -dən $18,4 \pm 6,3\%$ -ə endirməyə imkan verir.

NƏTİCƏLƏR

1. Sistemləşdirilmiş prinsiplərə ciddi riayət olunması, texniki vasitələrin mərhələli tətbiqi, kisə yatağından olan qanaxmalarda hemostatik tordan istifadə qəti hemostaza nail olmağa, qanaxmanın residivi ehtimalını aradan qaldırmağa, konversiyaya keçidin qarşısını almağa və beləliklə də, laparoskopik əməliyyatları daha təhlükəsiz icra etməyə, əməliyyatdansonrakı ağırlaşmaların tezliyini azaltmağa imkan verir [12].

2. Kəskin xolesistitin destruktiv formaları olan xəstələrdə laparoskopik müdaxilədən sonar erkən dövrlərdə koaqulyasiyanın və karbon qazı fonunda koaqulyasiya məhsullarının hepatositlərə neqativ təsirinin davam etməsi hesabına qaraciyərin spesifik fermentlərinin aktivliyi yüksək olaraq qalır [3, 10].

3. Laparoskopik xolesistektomiyadan sonra sistem iltihabi cavabın kəskin fazasının aktivliyi və gedişi kəskin daşlı xolesistitin klinik-morfoloji formasından asılı olur və kataral formada destruktiv formalarla müqayisədə bu fazanın aktivliyi nisbətən aşağı, gedişi isə daha qısamüddətli olur [4, 5, 6].

4. İltihabın kəskin faza zülallarından olan C-reaktiv protein və ferritin, eləcə də İL-1 daha informativ biomarkerlər kimi xolesistitin destruktiv formalarına erkən diaqnoz qoymağa, əməliyyatdansonrakı dövrdə iltihabi reaksiyanın gedişini və irinli-iltihabi ağırlaşmaların baş verməsini obyektiv və erkən qiymətləndirərək belə ağırlaşmaların qarşısını almaq məqsədi ilə vaxtında preventiv tədbirlər görməyə imkan verir [1, 2, 6, 11].

5. Destruktiv xolesistitlər əksər hallarda bakterioxoliya ilə müşayiət olduğundan laparoskopik xolesistektomiyadan sonrakı infeksiyon ağırlaşmaların profilaktikasında qaraciyərəaltı sahənin adekvat drenajlanması, bazis konservativ terapiya tədbirləri fonunda

fərqli dozada antiseptik dekasanın və müalicəvi polivalent bakteriofaqın – piobakteriofaqın (sektofaqın) yerli tətbiqi iltihabi prosesin gedişinə pozitiv sanogen təsir göstərərək iltihabi reaksiyanın repressiyasını və sağalma proseslərini sürətləndirir, müalicənin nəticələrini əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdıraraq irinli-iltihabi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyini $18.9 \pm 6,4\%$ -dən, $5.3 \pm 3,6\%$ -ə azaltmağa imkan verir.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Laparoskopik xolesistektomiyanın gedişində kisə yatağından olan qanaxmalarda hemostatik torun yerli tətbiqi məsləhət görülür.

2. Laparoskopik xolesistektomiyalar zamanı əməliyyatdan sonrakı qarındaxili və yaradan olan irinli-iltihabi ağırlaşmaların qarşısının alınması məqsədi ilə kəskin xolesistitlərdə bazis müalicə tədbirləri kompleksinə antiseptik dekasanın və polivalent bakteriofaqın (piobakteriofaqın, sektofaqın) drenaj borusundan qaraciyərəlti sahəyə yeridilməsi məqsədəuyğundur:

- iltihabın kataral formasında: cəmi bir dəfə 30-40 ml dekasın və 10-15 dəq.-dən sonra 20-30 ml polivalent bakteriofaq;

- fleqmonoz xolesistitlərdə - hər 8 saatdan bir, sutkada cəmi 3 dəfə yuxarıdakı qayda ilə;

- qanqrenoz xolesistitlərdə - ilk 2 sutka müddətində hər 8 saatdan bir yuxarıda göstərilən qaydada.

Dissertasiyanın mövzusu üzrə dərc olunmuş elmi işlərin siyahısı:

1. Babayeva Rena. Destruktiv xolesistitin erkən diaqnostikasında biomarkerlərin önemi // 21 Uusal Cerrahi Kongresi və 16 Cerrahi Həmsiçilik Kongresi. – Antalya: 11-15 Nisan, - 2018. – EPS - 0609

2. Babayeva R.R. Kəskin daşlı xolesistitlərdə müalicə prosesində kəskin fazalı cavabın dinamikası // –Bakı: Azərbaycan təcibətini müasir nailiyyətləri, – 2018, №2, – s. 132-135

3. Babayeva R.R. Kəskin daşlı xolesistitli xəstələrdə

laparoskopik xolesistektomiyadan sonra qaraciyərin funksional göstəricilərinin dəyişmə dinamikası // –Bakı: Sağlamlıq, – 2018, №2, – s. 44-49

4. Əliyev M.Y., Babayeva R.R. Kəskin daşlı xolesistitin müxtəlif formalarında laparoskopik xolesistektomiyadan sonra sistem iltihabi cavabın kəskin fazasının xüsusiyyətləri /// –Bakı: Cərrahiyyə, – 2018, №2, – s. 33-37

5. Əliyev M.Y., Babayeva R.R. Laparoskopik xolesistektomiyadan sonra müalicəvi polivalent bakteriofaqın yerli tətbiqinin iltihabi reaksiyanın gedişinə təsiri // –Bakı: Cərrahiyyə, – 2018, №3, – s. 47-54

6. Бабаева Р.Р. Оценка течения воспалительной реакции после лапароскопической холецистэктомии у больных острым калькулезным холециститом //– Харьков: Харьковская хирургическая школа, – 2018, №3 (90), – с. 71-75

7. Əliyev M.Y., Əliyev M.H. və Babayeva R.R. Kəskin destruktiv xolesistitlər zamanı laparoskopik xolesistektomiyadan sonra yerli irinli-iltihabi ağırlaşmaların profilaktikası // –Bakı: Sağlamlıq, – 2018, №4, – s. 58-61

8. Babayeva R.R. Laparoskopik xolesistektomiyadan sonra qarındaxili və yarıdan olan irinli-iltihabi ağırlaşmaların profilaktikası // Əməkdar elm xadimi, professor Abbas Əhməd oğlu Axunbəylinin anadan olmasının 80 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları. – Bakı: 2018, – s. 46-47

9. Бабаева Р.Р. Применение лечебного пробиотического секстафага в комплексном лечении больных с деструктивным холециститом // –Киев: Клиническая хирургия, – 2019, № 86 (2), – с.13-16

10. Бабаева Р.Р. Состояние функциональных показателей печени после лапароскопической холецистэктомии // Международная научно-практическая интернет-конференция «Новое в хирургии». – Минск, Беларусь, 1 Ноября 2019, с. 25-26

11. Бабаева Р.Р. Биомаркеры в билиарной хирургии: мониторинг системного воспалительного ответа после лапароскопической холецистэктомии // – Минск: - Хирургия. Восточная Европа, - 2020, № 1-2, - с. 55-61

12. Əliyev M.Y., Babayeva R.R. Laparoskopik xolesistektomiyalar zamanı təhlükəsizliyin təmininin əsas prinsipləri // –Bakı: Cərrahiyyə, – 2021, № 2-3, – s.95-97

Qısaldılmış sözlərin siyahısı

AXE	– açıq xolesistektomiya
ALT	– alaninaminotransferaza
AST	– aspartataminotransferaza
CRP	– C-reaktiv protein
XE	– xolesistektomiya
IL-1, 2, 4	– interleykin – 1, 2, 4
KDX	– kəskin daşlı xolesistit
KT	– kompüter tomoqrafiya
QF	– qələvi fosfotaza
QQT	– qamma-qlutamiltransferaza
QR	– qanaxmanın residivi
LXE	– laparoskopik xolesistektomiya
MRT	– maqnit-rezonans tomoqrafiya
OMP	– orta molekullu peptidlər
ÖDX	– öddaşı xəstəliyi
USM	– ultrasəs müayinəsi

Dissertasiyanın müdafiəsi "08" fevral 2022-ci il tarixində saat "14:00"-də Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.06 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: AZ 1022, Bakı şəh., Ə. Qasimzadə küç. 14.

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında tanış olmaq mümkündür.

Dissertasiya və avtoreferatın elektron versiyaları Azərbaycan Tibb Universitetinin rəsmi internet saytında (amu.edu.az) yerləşdirilmişdir.

Avtoreferat "07" yanvar, 2022-ci il tarixində zəruri ünvanlara göndərilmişdir.

Çapa imzalanıb: _____

Kağız formatı: 60 x 84 1/16

Həcm: 39.271 işarə

Tiraj: 70