

На правах рукописи

МУСАЕВ УЛАН САЛТАНатович

**ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА**

14.00.27 – хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2007

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии (база Городская клиническая больница №1, г. Бишкек)

Научный руководитель: доктор медицинских наук,
профессор Оморов Р. А.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук,
профессор Нурманбетов Дж. Н.

доктор медицинских наук,
профессор Байзаков У. Б.

Ведущая организация: Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Защита состоится «___» _____ 2007 г. в ___ часов, на заседании диссертационного совета Д.730.001.03 при Кыргызско-Российском Славянском университете им. Б. Ельцина (720000, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Киевская, 44) e-mail: dissovetkrsu@mail.ru.

С диссертаций можно ознакомиться в библиотеке Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Ельцина (720000, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Киевская, 44).

Автореферат разослан «___» _____ 2007 г.

Ученый секретарь
Диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Ахунбаева Н. И.

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АЛТ – Аланинаминотрансфераза
АСТ – Аспаргатаминотрансфераза
ЖКБ – Желчнокаменная болезнь
КОЕ/мл – колониеобразующая единица
КТ – компьютерная томография
ЛИИ – лейкоцитарный индекс интоксикации
МРТ – магниторезонансная томография
ПТ – парамецийный тест
ТДПСТ – трансдуоденальная папиллосфинктеротомия
УЗИ – ультразвуковое исследование
УФО – ультрафиолетовое облучение
ХДА – холедоходуоденоанастомоз
ЧЧХР – чрескожная-чреспеченочная холангиография
ЭРПХГ – эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. В настоящее время всеми исследователями отмечается рост заболеваемости населения желчнокаменной болезнью во всех странах мира (А.Ж. Нурмаков и А.Л. Поташов, 1993; Д.Л. Амиров и С.О. Ордабеков, 1997; А.У. Юлдашев, 1999; В.А. Бородач и А.В. Бородач, 2002; Н.А. Бражникова и соавт., 2005; J. Machi et al., 1995), и среди них больные с холедохолитиазом составляют значительный удельный вес (25-30%), и при этом неизбежно развивается механическая желтуха, холангит, лечение которых представляет большие сложности (В.М. Ситенко и соавт., 1982; Б.А. Мизаушев и соавт., 1995; Р.А. Оморов и соавт., 2000; К. Miya et al., 1997; H. Jetsuch et al., 2002). Несмотря на ряд разработок, направленных на улучшение результатов лечения холедохолитиаза, процент осложнений остается на высоком уровне (В.П. Кочуков и В.Н. Коняев, 1995; М.А. Галеев и В.М. Тимербулатов, 1997; А.С. Ибадильдин и соавт., 2005), а летальность не имеет тенденции к снижению (А.Б. Вертков, 1990; М.А. Сейсембаев и Ж.А. Доскалиев, 1996; Х.С. Бебезов и соавт., 2005). Все это связано с тем, что удаление конкрементов из холедоха далеко не всегда легко выполнимо и, кроме того, этот этап лечения еще не решает исхода болезни, так как здесь еще имеет немаловажное значение метод дренирования желчных протоков и коррекция тех нарушений, которые неизбежно возникают до операции, в момент ее выполнения и в послеоперационном периоде (А.М. Сазонов и соавт., 1986; А.С. Ермолов и соавт., 1995; В.А. Ситников и соавт., 1995; Д.П. Осипов и соавт., 1997; И.Н. Гришин и соавт., 2005; S.K. Mukherjee et al., 1998).

На протяжении многих лет вопросы дренирования холедоха и способы завершения операции обсуждались и продолжают обсуждаться в печати, на конференциях, съездах, но хирурги не пришли к единому мнению (А.В. Гуляев и соавт., 1980; В.В. Виноградов и соавт., 1982; Б.К. Гиберт и соавт., 2002; А.В. Караев и соавт., 2005). Примером важности этого вопроса является XII Международный конгресс хирургов-гепатологов, состоявшийся в г. Ташкенте в сентябре 2005 года, где одним из программных вопросов было дренирование и его виды в хирургии желчных протоков. Кроме того, до сих пор не дана оценка воспалительных изменений желчных протоков при выборе способа декомпрессии. Здесь, при выборе метода дренирования, необходимо учитывать не только динамику заболевания и ближайшие результаты, но и предвидеть исход, так как после многих вмешательств на холедохе развиваются не только гнойно-воспалительные осложнения, но и такие как стриктуры и не редкостью являются резидуальные камни, которые в большинстве случаев требуют повторной операции (Р.А. Меграбян и В.И. Ярема, 1998; А.И. Нечай, 1998; В.В. Хацко и соавт., 2000; С.П. Чикотеев и соавт., 2000; А.В. Шабунин и соавт., 2000; П.И. Кошелев и соавт., 2005; R. Martisani, C.A. Garces, 1995), поэтому идет поиск наиболее оптимального метода удаления конкрементов из желчных путей, способов завершения операции и использование наиболее эффективного метода дренирования и детоксикационной терапии.

Немаловажным моментом в лечении холедохолитиаза является коррекция нарушенных функций жизненно-важных органов и систем (М.М. Акбаров и соавт., 1996; Ш.И. Каримов и соавт., 1997; Р.А. Оморов и соавт., 2005; W.D. Clementi et al., 1998). При холедохолитиазе всегда имеет место нарушение функции печени и почек, особенно при осложнении механической желтухой и холангитом, поэтому выполнение детоксикационной и противовоспалительной терапии является первостепенной задачей в пред- и послеоперационном периоде (Н.А. Бражникова, 1976; Б.Ф. Занозин, 1993; С.У. Джумабаев и соавт., 1995; Е.А. Вагнер и соавт., 1997; Д.В. Вишняков, 2000; В.Г. Ившин, 2000). Несмотря на многие разработки в этом плане, все еще остаются нерешенными вопросы критериев для выбора объема и метода детоксикации и определения их эффективности. Все это в целом и явилось основанием для выполнения данного исследования.

Цель работы: улучшение результатов лечения холедохолитиаза путем дифференцированного выбора метода дренирования холедоха и использования методов детоксикационной терапии с учетом выявленных нарушений.

Задачи исследования:

1. Обосновать показания к различным методам дренирования холедоха.
2. Усовершенствовать метод наружного дренирования и санацию желчных путей.
3. Дать оценку результатам наружного и внутреннего дренирования холедоха при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой и холангитом.
4. Разработать объем детоксикационной терапии при холедохолитиазе и его осложнениях с учетом степени тяжести эндотоксикоза.

Научная новизна:

1. Разработан двухпросветный дренаж для наружного дренирования и санации желчных протоков после операций по поводу холедохолитиаза, осложненного механической желтухой и холангитом.
2. Усовершенствована и внедрена методика двойного внутреннего дренирования холедоха при холедохолитиазе.
3. Разработаны критерии выбора объема и метода детоксикационной терапии при холедохолитиазе и представлена их эффективность.
4. Представлен алгоритм детоксикационной терапии.

Практическая значимость полученных результатов:

1. Разработка и внедрение усовершенствованных методов дренирования способствуют снижению осложнений и летальности среди больных холедохолитиазом.
2. Выполнение детоксикационной терапии с учетом степени тяжести эндотоксикоза снизило сроки пребывания больных в стационаре и улучшило результаты лечения.
3. Экономическая значимость полученных результатов включает возможность получения медико-социальной эффективности при использовании разработанных подходов к лечению больных холедохолитиазом, позволяющих

снизить частоту осложнений и летальности, сократить сроки стационарного лечения.

Положения, выносимые на защиту:

1. Улучшение результатов оперативного лечения больных холедохолитиазом можно добиться путем индивидуального выбора метода дренирования холедоха, его завершения и выполнения детоксикационной терапии.

2. При холедохолитиазе использование трансумбиликальной инфузии с целью детоксикации в сочетании с региональной лимфостимуляцией и санацией желчных путей противоотечной смесью обеспечивают более благоприятное течение послеоперационного периода и исходы, существенно снижая частоту осложнений и летальности.

Личный вклад соискателя. Личное участие автора состоит из детального обследования больных до операции, участие в операции. В послеоперационном периоде вел лично больных и выполнял детоксикационные методы терапии.

Апробация результатов операции. Основные положения диссертации доложены на XI Международной конференции молодых ученых (Бишкек, 2004); конференции, посвященной 65-летию КГМА (Бишкек, 2005); на XII Международном конгрессе гепатологов (Ташкент, 2005); заседании сотрудников кафедры факультетской хирургии КГМА совместно с хирургами городской клинической больницы №1 и кафедры госпитальной хирургии КРСУ (г. Бишкек, 2006)

Внедрение результатов исследования. Методика завершения операции холедохолитотомии и методы детоксикационной терапии внедрены в хирургических отделениях городской клинической больницы №1, г. Бишкек и основные положения работы используются в учебном процессе студентов IV курса КГМА по теме: «Желчнокаменная болезнь, диагностика и лечение».

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 8 статей, получены 3 удостоверения на рационализаторские предложения.

Структура и объем диссертации. Материал изложен на 136 страницах компьютерного набора шрифтом Times New Roman, кириллица (размер шрифта 14, интервал 1,5), состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 228 литературных источника, из них 53 работы авторов дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 20 таблицами и 27 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методики исследования. Для реализации поставленных задач, помимо общеклинического обследования использовано УЗИ, интраоперационная холангиография, холедохоскопия, трансиллюминация, определение показателей эндотоксикоза (лейкоцитарный индекс интоксикации, парамецийный тест, уровень билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина), исследования выполнялись до операции и в процессе лечения.

Под наблюдением находилось 112 больных оперированных в хирургических отделениях городской клинической больницы №1, г. Бишкек с 2000 по май 2006 года включительно. Самому молодому было 21 год, и самому старшему – 83 года. Превалировали женщины, почти в 2 раза по сравнению с мужчинами. Наиболее часто поступали лица старше 50 лет (рис. 1).

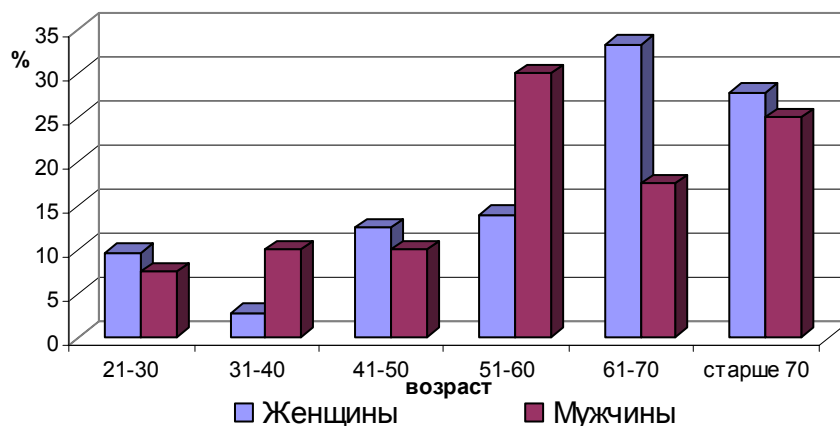


Рис. 1. Распределение по полу и возрасту

Что же касается характера патологии (рис. 2), то из 112 больных у 38 был острый калькулезный холецистит и холедохолитиаз, у 36 – хронический калькулезный холецистит и холедохолитиаз, а у 30 был рецидивный холедохолитиаз. У 8 больных кроме холедохолитиаза заболевание было осложнено стриктурой желчных путей.

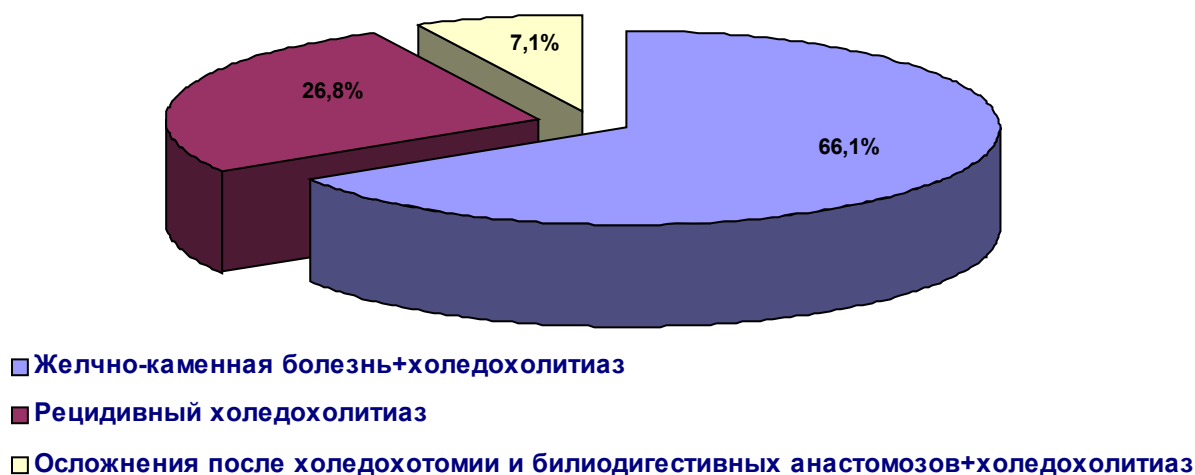


Рис. 2. Характер патологии

Необходимо отметить, что из 112 больных с желтухой поступили 98 (87,5%). При анализе сроков поступления больных в стационар с желтухой сроки ее появления были самыми различными, но наиболее часто поступали больные с давностью более 5 суток.

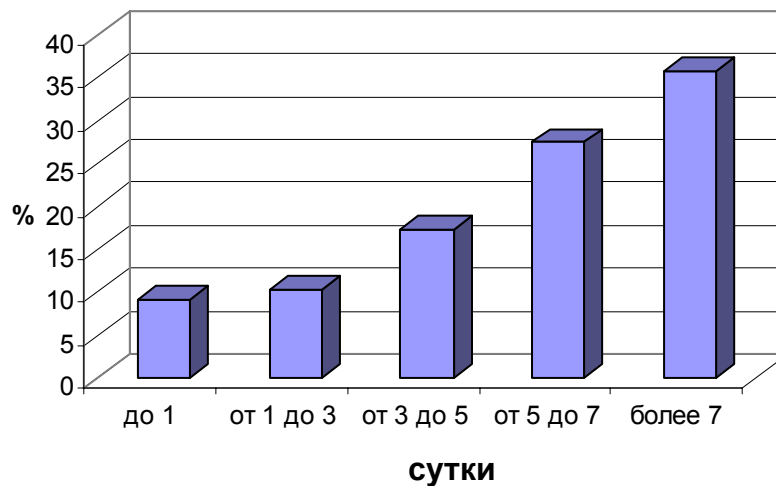


Рис. 3. Давность появления желтухи

В обследовании больных мы придавали большое значение выявлению сопутствующих заболеваний, поскольку большинство из поступивших были старше 60 лет. В результате обследования сопутствующие заболевания выявлены у 77 (68,7%). Наиболее часто имела место гипертоническая болезнь (22,3%), КБС (16,1%) и ожирение II-III степени (18,7%).

При анализе клинических проявлений заболевания у всех пациентов имел место болевой синдром, при котором преобладали приступообразные боли, желтуха, ознобы, зуд кожи и увеличение печени.

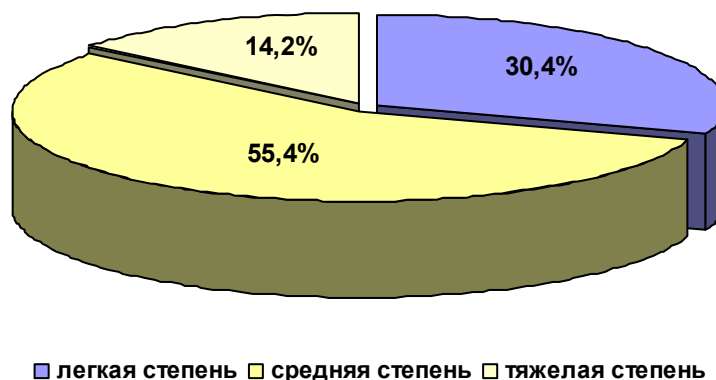


Рис. 4. Степень тяжести эндотоксикоза у больных холедохолитиазом

При оценке состояния больных мы пользовались критериями степени тяжести эндотоксикоза, которые разработаны у нас в клинике (рис. 4). Согласно этим критериям легкая степень эндотоксикоза имела место у 34 (30,4%). Вторая степень тяжести установлена у 62 (55,4%) и тяжелая степень у 16 (14,2%), следовательно, чаще больные поступали со средней степенью тяжести.

В диагностике холедохолитиаза использовано ультразвуковое исследование до операции и в момент ее выполнения. Информативность этого метода до операции составила 78,57% (88 чел из 112).

Наибольшее значение мы придавали интраоперационным методам исследования: холангиография, холедохоскопия, интраоперационная трансиллюминация, УЗИ.

В процессе лечения мы использовали определение показателей эндотоксикоза (ЛИИ, ПТ и функциональное состояние печени и почек, как органам, наиболее страдающим при механической желтухе и холангите).

При оценке эффективности лечения мы уделили особое внимание методам дренирования холедоха и детоксикационной терапии после операции.

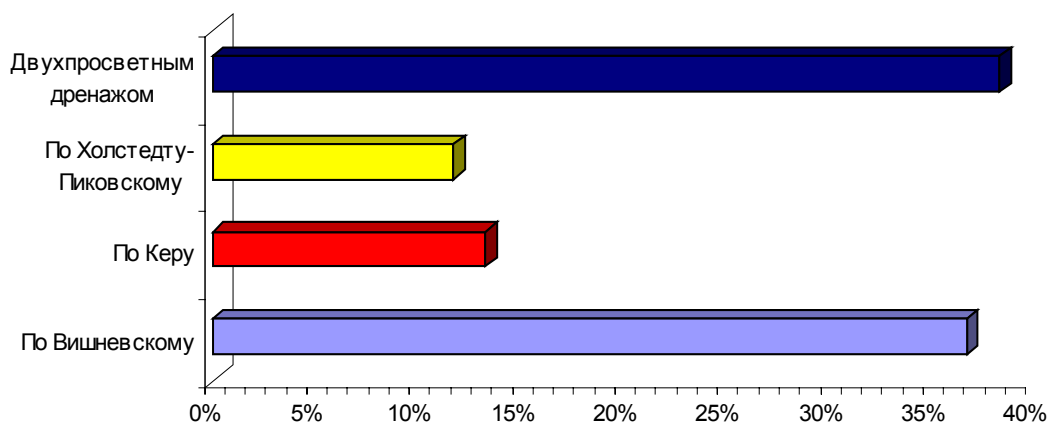


Рис. 5. Методы наружного дренирования при холедохолитиазе

Из 60 больных ЖКБ, осложненной холедохолитиазом использованы были различные методы дренирования (рис. 5), но наиболее часто методика А.В.Вишневского у 22 (36,7%), реже Кера (8 чел – 13,3%) и Холстеда-Пиковского (7 чел – 11,7%). Методика А.В. Вишневского применена нами в основном при уровне билирубина выше 150-200 мкмоль/л. Методика Кера более приемлема в том плане, что желчь поступает в кишечник и часть выделяется наружу, но она использована при достаточном диаметре холедоха, а метод Холстеда-Пиковского возможно было использовать лишь у тех больных, у которых пузырный проток был проходим.

Наблюдая за больными, мы обратили внимание, что при методике А.В.Вишневского, Холстеда-Пиковского очень много выделяется желчи наружу. При этих методах в первые сутки быстро снижается уровень билирубина и явления токсемии, то в последующие дни, в связи с большой потерей желчи, страдает пищеварение. Использование выделенной желчи после ее фильтрации не обеспечивает недостаток ее для пищеварения и к тому же многие больные принимают ее неохотно.

Для улучшения оттока желчи в кишечник и для декомпрессии желчных путей мы сконструировали двухпросветный дренаж, через один из которых выделяется желчь, а через второй осуществляем санацию желчных путей. Кроме того, для санации мы использовали противоотечную жидкость, состоящую из пирамидона 2,0, норадреналина 1 мл, 125 мг гидрокортизона, канамицина 1,0 на 200 мл 0,25% раствора новокаина. Жидкость эту вводили в холедох 2-3 раза в сутки. Анализ полученных результатов показал

преимущества нашего метода: быстро снижается количество желчи за сутки (рис. 6), уменьшаются, стихают явления эндотоксемии и главное, что быстро снижается степень обсемененности микрофлоры желчи. Здесь дренаж обеспечивает декомпрессию, а противоотечная жидкость оказывает противовоспалительный эффект. Присоединения госпитальной инфекции мы не наблюдали. Следовательно, при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой и холангитом, методом выбора следует считать нашу методику дренирования с применением противоотечной жидкости для санации желчных путей.

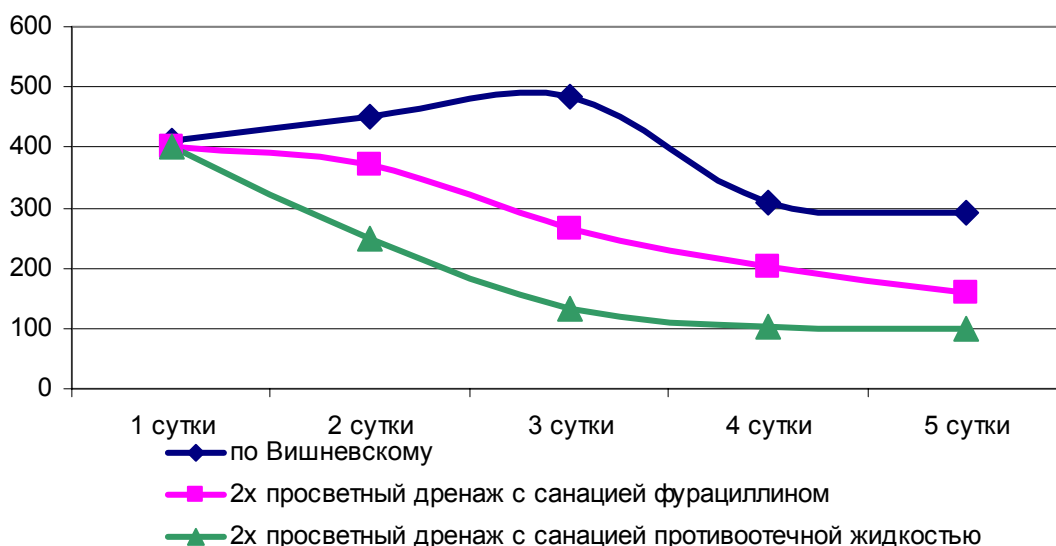


Рис. 6. Динамика выделения желчи при различных дренажах

В группе больных ЖКБ осложненной холедохолитиазом мы наблюдали 5 больных с синдромом Мириizzi, и здесь нами была использована методика, суть которой заключается в том, что на холедохеальный свищ накладывали «заплатку» из стенки желчного пузыря, а операцию заканчивали каркасным дренированием по Керу.

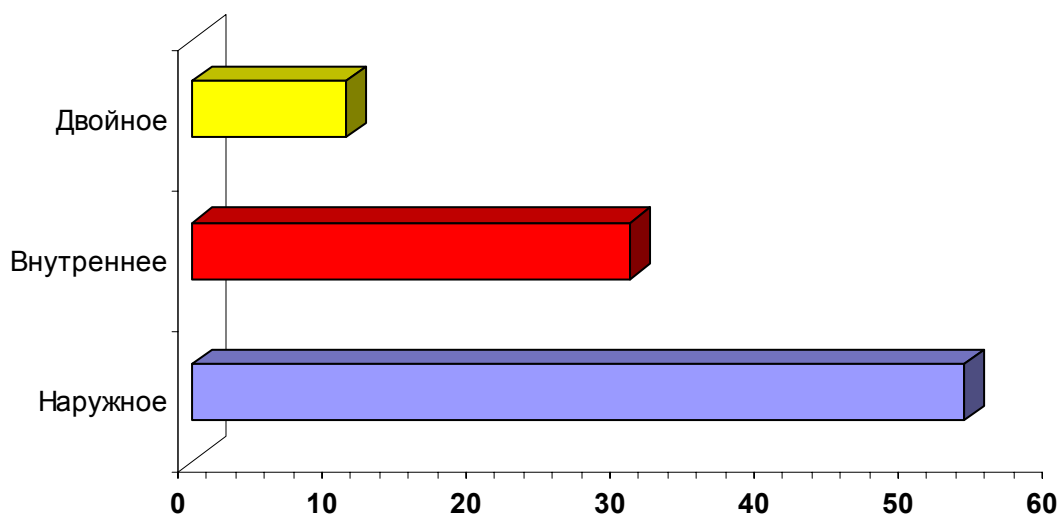


Рис. 7. Частота использования методов дренирования (в %) при холедохолитиазе

Из 60 больных, которым мы осуществляли наружное дренирование, осложнения после операции возникли у 3 больных (5%), умерло 2 (3,31%). Оба умерших поступили в клинику с развившейся полиорганной недостаточностью и умерли в первые сутки после операции, несмотря на минимальное оперативное вмешательство.

У 30 (26,78%) больных выполнили операцию внутреннего дренирования. Показанием служили множественные мелкие камни холедоха, иногда замазкообразного характера. Наиболее часто накладывали холедоходуоденоанастомоз по Юрашу-Виноградову и реже – холедохоэюноанастомоз с энтероанастомозом по Брауну (3 чел), а у остальных на выключенной петле по Ру. При выборе метода анастомоза обращали особое внимание на двенадцатиперстную кишку и при наличии дуоденостаза холедоходуоденоанастомоз не накладывали. Осложнений в этой группе не наблюдали.

У 12 (10,71%) больных при сочетании холедохолитиаза со стенозом сфинктера Одди нами было выполнено двойное внутреннее дренирование. Для ликвидации стеноза вскрывали просвет двенадцатиперстной кишки, находили внутреннее отверстие холедоха, осуществляли папиллосфинктеротомию, тщательный гемостаз. Для обнаружения отверстия холедоха мы использовали специальный направитель, который вводили через рану холедоха по направлению к двенадцатиперстной кишки и при этом легко обнаруживалось внутреннее отверстие холедоха, выпячивающееся в просвет кишки. Рану двенадцатиперстной кишки не ушивали и накладывали холедоходуоденоанастомоз, а при наложении холедохоэюноанастомоза рану двенадцатиперстной кишки ушивали. При наличии гнойного холангита в холедохе выше анастомоза фиксировали микроиригатор через который после операции вводили противоотечную смесь (3 чел). Микродренаж обеспечивал декомпрессию и санацию желчных путей и являлся хорошей профилактикой несостоятельности анастомоза, одного из самых тяжелых осложнений.

Несмотря на большую травматичность операции двойного внутреннего дренирования, более выраженная положительная динамика была отмечена при двойном дренировании: быстрее нормализовалась температура, снижался уровень билирубина и стихали явления эндотоксемии (рис. 8).

Наиболее тяжелую группу составили больные с осложнениями после операции произведенной ранее по поводу холедохолитиаза. Эту группу составили 10 больных, у которых ранее была произведена холецистэктомия. У них в анамнезе отмечено наличие постоянных болей в правом подреберье с периодически проявляющимися приступообразными болями. За последнее время состояние резко ухудшилось, появилась желтуха, повысилась температура, ознобы. При обследовании у 5 обнаружили конкременты, а у остальных желчные протоки были расширены, и судить об уровне препятствия и его характере было весьма затруднительно. Однако, учитывая клинику и данные УЗИ, было ясно, что больные нуждаются в оперативном лечении. Учитывая это обстоятельство, мы в день операции выполнили чрескожную

чреспеченочную холангиографию. И при этом установили наличие высокой стриктуры печеночного протока.

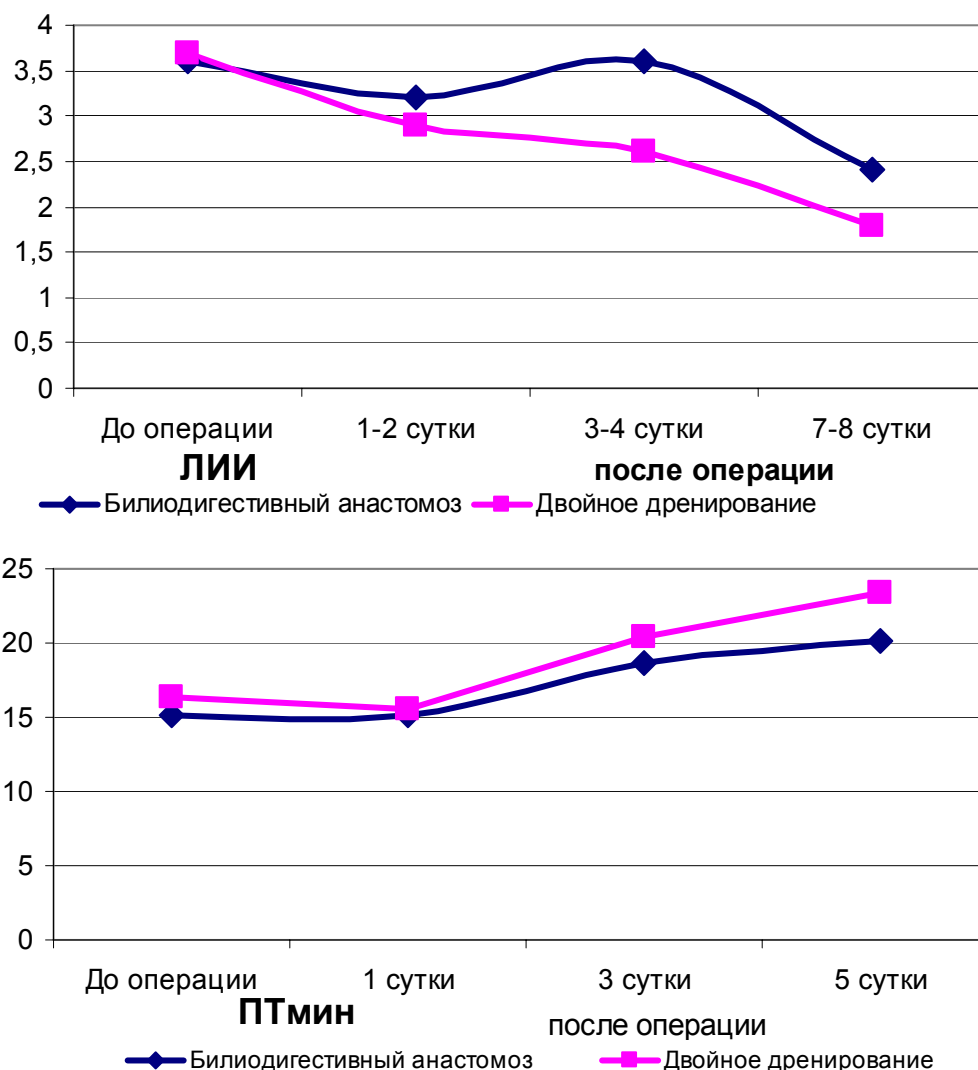


Рис. 8. Показатели ЛИИ и ПТ при внутреннем и двойном внутреннем дренировании

У 5 больных наложен гепатикоеюноанастомоз с транспеченочным каркасным дренированием, а у 5 с использованием бескаркасного дренирования при стенозе +1, +2. Течение послеоперационного периода было тяжелым, но осложнений связанных с операцией мы не наблюдали.

Из 52 больных, которым выполнены билиодигестивные анастомозы, внутреннее двойное дренирование и транспеченочное и бескаркасное осложнения после операции возникли у 6 (11,54%) и умерла одна больная от тромбэмболии легочной артерии (1,92%).

Особое внимание нами было уделено выполнению детоксикационной терапии, выбору метода детоксикации, и их объем осуществлялся с учетом степени тяжести эндотоксикоза (рис. 9).

При легкой степени эндотоксикоза мы ограничивались инфузионной терапией.

При средней степени тяжести выполняли региональную лимфостимуляцию и у ряда больных использовали введение медикаментозных средств в пупочную вену.



Рис. 9. Алгоритм детоксикационной и противовоспалительной терапии при холедохолитиазе

Для региональной лимфостимуляции использовали лимфотропную смесь, содержащую антибиотик (канамицин 1,0 или гентамицин 80 мг), гепарин (70 ед на 1 кг веса), лидазу 6-12 ед, тактивин (1 мл) и новокаин 0,25% – 15-20 мл 1 раз в сутки через микроирригатор, фиксированный в круглой связке печени. При введении медикаментозных средств в пупочную вену использовали препараты, представленные в таблице 1.

**Таблица 1
Перечень препаратов для введения в пупочную вену**

Препараты и их дозировка	Цель введения
Глюкоза 10% – 400,0+инсулин 10 ЕД +панангин 10,0 Гемодез 400,0 Реополиглюкин 400,0 Рингер-Локка 400,0 Альбумин 150,0 Протеин 150,0 Плазма 150,0 7,5% р-р КСI по 25,0	Для коррекции ОЦК, водно-электролитного обмена, кислотно-щелочного равновесия, предотвращения клеточной дегидратации

Трентал 2% – 5,0 Эуфиллин 2,4% – 10,0	Уменьшение портального застоя
Гептрал 5 мл на 200 мл 0,9% NaCl	Для снижения холестаза и эндотоксемии
Аскорбиновая кислота до 800 мг в сутки Кокарбоксилаза по 150 мг в сутки	Для улучшения функции гепатоцитов
Эритромицин по 1 г на 0,25% растворе новокаина 200,0 2 раза Метронидазол по 1,0×2 раза Ампициллин по 1 млн через 6 часов	Антибактериальная терапия
Контрикал по 40 тыс ЕД в сутки	Ингибитор протеаз
Гепарин 5-10 тыс ЕД	Для профилактики развития тромбогеморрагического синдрома
Лазикс 2,0	Для усиления диуреза
Тактивин 1,0	Как иммунокорректор

При тяжелой степени эндотоксикоза осуществляли региональную лимфостимуляцию, введение медикаментозных средств в пупочную вену в сочетании с гепатотропными препаратами.

Таким образом, улучшение результатов оперативного лечения холедохолитиаза, осложненного механической желтухой и холангитом, лежит на путях своевременной диагностики этой патологии, выбора адекватного метода операции, применение по показаниям наружного и внутреннего дренирования и комплексного метода детоксикации с учетом степени тяжести эндотоксикоза.

ВЫВОДЫ

1. Показанием к применению наружного дренирования является полная проходимость холедоха после холедохотомии, тяжелая и средняя степень тяжести эндотоксикоза, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и при технически сложно выполненной холедохотомии. Показанием для внутреннего дренирования являются множественные камни холедоха и замазкообразные как при первичных, так и повторных операциях. Двойное внутреннее дренирование необходимо осуществлять при холедохолитиазе в сочетании со стенозом терминального отдела холедоха.

2. При гнойном холангите и механической желтухе методом выбора наружного дренирования является использование разработанного двухпросветного зонда с применением противоотечной смеси для санации желчных путей.

3. Выполненные по показаниям методы наружного и внутреннего дренирования позволили добиться хороших ближайших результатов. При

наружном дренировании осложнения составили 5%, при внутреннем и двойном – 11,54%, а летальность соответственно 3,33% и 1,92%.

4. Применение детоксикационной терапии с учетом степени тяжести эндотоксикоза предотвращает прогрессирование эндотоксикоза и развитие полиорганной недостаточности. Введение медикаментозных средств в портальную систему через пупочную вену является методом выбора при средней и тяжелой степени эндотоксикоза, обусловленных холедохолитиазом осложненным механической желтухой и холангитом.

5. Улучшение результатов оперативного лечения больных холедохолитиазом можно добиться путем использования наиболее рационального метода дренирования желчных путей и выполнения полного объема детоксикационной терапии с учетом степени тяжести эндотоксикоза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Противоотечная жидкость должна содержать один антибиотик, пирамидон 2,0, гидрокортизон 125 мг, норадреналин 1 мл на 200 мл 0,25% или 0,5% раствора новокаина.

2. При наличии холедохолитиаза в сочетании с высокой стриктурой желчных путей, либо высокой рубцовой стриктурой после ранее выполненной операции на желчных путях, при стриктурах +1 и +2 можно выполнить гепатикоюноанастомоз без каркасного дренирования.

3. Детоксикационную терапию более целесообразно осуществлять с учетом степени тяжести эндотоксикоза:

- при легкой степени тяжести можно ограничиться инфузионной терапией;

- при средней степени тяжести использовать региональную лимфостимуляцию в сочетании с инфузионной терапией либо введением медикаментозных средств в пупочную вену;

- при тяжелой степени тяжести эндотоксикоза необходимо медикаментозные средства вводить в пупочную вену и осуществлять региональную лимфостимуляцию.

Список опубликованных работ по теме диссертации

1. Сравнительная оценка способов дренирования холедоха при механической желтухе и холангите // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2004. – Том 8, прил. 8. – С. 199-201. (соавт. Оморов Р.А.).

2. Применение двухпросветного дренажа и противоотечной жидкости в лечении механической желтухи и холангита //Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – №2. – С. 61-62 (соавт. Оморов Р.А., Бейшенбаев Р.К.).

3. Эффективность применения двойного дренирования холедоха при механической желтухе и холангите // Медицинские науки. – 2005. – №4 (10). – С. 74-76.

4. Требования к лечению гнойных холангитов // Наука и новые технологии. – 2005. – №1. – С. 163-164 (соавт. Оморов Р.А., Конурбаева Ж.Т., Бейшенбаев Р.К.).

5. Эффективность применения противоотечной смеси в лечении механической желтухи и холангитов // Здоровоохранение Кыргызстана. – 2005. – №1. – С. 171-173.

6. Клиника и лечение желчнокаменной болезни, осложненной желтухой // Глава в монографии «Диагностика и лечение механической желтухи различного генеза». – Бишкек, 2005. – С. 26-118 (соавт. Оморов Р.А., Конурбаева Ж.Т., Усенбеков Р.Т.).

7. Детоксикационная и противовоспалительная терапия при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой и холангитом // Вестник Кыргызско-Российского университета. – 2006. – Том 6, №7. – С. 154-158.

8. Синдром Мириззи как осложнение желчнокаменной болезни и его оперативное лечение // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Том 11, №3. – С. 105-106.

Рационализаторские предложения

1. Способ дренирования общего желчного протока при холедохолитиазе №103, выданное 1.09.2004 (соавт. Оморов Р.А., Авасов Б.А.).

2. Методика двойного дренирования общего желчного протока при желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и стенозом дуоденального соска №113, выданное 5.10.2004 (соавт. Оморов Р.А., Конурбаева Ж.Т.).

3. Способ лечения гнойных холангитов при механической желтухе, №143, выданное 14.03.2005 (соавт. Оморов Р.А., Конурбаева Ж.Т.).