

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМий  
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 РАҚАМЛИ  
ИЛМий КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**САИДОВ ИКРОМ КОКИЛОВИЧ**

**ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА  
ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ТАКТИКАСИНИНГ  
ЎЗИГА ХОСЛИГИ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**БУХОРО – 2023**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**  
**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**  
**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Саидов Икром Кокилович**

Жигар циррози билан касалланган беморларда лапароскопик  
холецистэктомия тактикасининг ўзига хослиги ..... 3

**Саидов Икром Кокилович**

Особенности тактики лапароскопической холецистэктомии у больных  
циррозом печени..... 27

**Saidov Ikrom Kokilovich**

Features of laparoscopic cholecystectomy in patients with liver cirrhosis..... 49

**Эълон қилинган нашрлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
Lists of published works ..... 53

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ  
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 РАҚАМЛИ  
ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**САИДОВ ИКРОМ КОКИЛОВИЧ**

**ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА  
ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ТАКТИКАСИНИНГ  
ЎЗИГА ХОСЛИГИ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**БУХОРО - 2023**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида №B2021.4.PhD/Tib2304 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институти ва Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) ва «ZiyoNet» Ахборот-таълим порталида ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбарлар**

**Ўроқов Шухрат Тўхтаевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар**

**Хамдамов Бахтиёр Зарифович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Акбаров Миршавкат Миролимович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи ташкилот**

**А.М. Гранов номидаги Россия радиология ва жаррохлик технологиялари илмий маркази (Россия федерацияси)**

Диссертация ҳимояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/30.04.2023.Tib.93.01 рақамли Илмий кенгашининг 2023 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ кунини соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, А.Навий шоҳ кўчаси, 1-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru).)

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин ( \_\_\_ рақам билан рўйхатга олинган). (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, А.Навий шоҳ кўчаси, 1-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50.)

Диссертация автореферати 2023 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ кунини тарқатилди.

(2023 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**А.Ш. Иноятов**

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

**Н.Н.Казакова**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий  
котиби, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа  
доктори (PhD) доцент

**Б.З.Хамдамов**

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

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

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Дунёда ҳозирги даврга қадар ўт тош касаллиги (ЎТК) ва унинг асорати холедохолитиаз гепатобилиар тизим касалликлари таркибида етакчи ўринни эгаллайди. Ўткир холецистит ва ўт тошлари билан боғлиқ баъзи муаммоли ҳолатлар, масалан, «...умумий ўт йўлларига тикилиб қолган тошлар, холангит ва ўткир панкреатит, кундалик амалиётда кенг тарқалган касалликлардир...»<sup>1</sup>. Сурункали жигарнинг диффуз касалликлари (СЖДК) ҳозирги вақтда кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, нафақат сурункали жигар дисфункциясининг ҳолатини тавсифлайди, балки беморларда тизимли таъсирга ҳам эга. СЖДК билан касалланган одамларда бир нечта мойиллик туғдирувчи омиллар, шу жумладан ўт суюқлиги таркибидаги ўт кислоталаридаги ўзгаришлар, ўт суюқлигининг нуклеациясининг ошиши, ўт пуфагининг ҳаракатчанлигининг пасайиши, ўт тошларининг шаклланишига ва симптоматик холелитиазнинг пайдо бўлишига ёрдам беради. Бу эса ўз навбатида жарроҳлик усулида даволаш учун кўрсатмалар сонини оширади.

Жаҳон тиббиётида бугунги кунда жигар функцияси бузилмаган беморларга қараганда, бирламчи жигар патологияси бўлган беморларда холелитиаз 4 – 5,5 марта кўпроқ учрайди. Бу литоген ўт синтезининг бузилиши, ўт пуфаги ва ўт йўллариининг ҳаракат функциясининг бузилиши билан боғлиқ. Шу билан бирга, ЎТК нинг узок муддат давомида мавжудлиги, айниқса холедохолитиаз ва ўт йўллари гипертензияси мавжуд бўлганда, жигарнинг диффуз шикастланишига олиб келиши мумкин ва бу ҳолатлар операциядан кейинги даврда, жигар етишмовчилигининг ривожланиш хавфини юқори бўлишига олиб келади. Олимларнинг фикрича «...СЖДК мавжудлиги фонида ўт пуфаги ва ўт йўлларида жарроҳлик аралашувлар техник жиҳатдан мураккаблиги таъкидланган...»<sup>2</sup>. Юқоридагиларга асосланиб, ушбу беморларда асоратлар ривожланишидан олдин, СЖДКни эрта аниқлаш муаммосининг долзарблигига ишора қилади, бу эса ўз навбатида жигарнинг репаратив регенерациясини рағбатлантиришга, кўрсатмалар бўлганда гепатотроп ва антиоксидант препаратлардан фойдаланишни талаб қилади.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, шунингдек, тиббиёт тизимининг жаҳон стандартлари талабларига мувофиқлиги, хусусан, жарроҳлик касалликларини эрта ташхислаш, даволаш ва асоратларини олдини олишга катта эътибор қаратилмоқда. «...Мамлакатимизда тиббий ёрдам самарадорлиги, сифати ва қулайлигини ошириш, шунингдек, касалликларни эрта ташхислаш ва даволашнинг юқори технологик усуллариини жорий этиш, патронаж хизматларини яратиш, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва

<sup>1</sup> Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятое А.В., Ураков Ш.Т. Особенности течения, клинических проявлений и тактики хирургического лечения осложненной желчнокаменной болезни при циррозе печени // *Анналы хирургии.* - 2001. - № 2. - С. 68 - 70.

<sup>2</sup> Копылов В.В. и др. Оценка эффективности различных вариантов хирургической тактики при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста с позиций изучения отдаленных результатов // *В мире научных открытий.* 2015 № 7 (67). С. 44-59

касалликларнинг олдини олиш...»<sup>3</sup> каби вазифалар касалликнинг асоратларидан ногиронлик ва ўлимни сезиларли даражада камайтиради, касалликларни эрта ва ишончли ташхислаш ва даволаш профилактик чора-тадбирларини ишлаб чиқиш замонавий жарроҳлик мактабини яратиш, даволаш тадқиқот усулларидан фойдаланиш, самарадорликни ошириш орқали аҳолининг ҳаёт сифатини яхшилайти.

Бу борада 2022-2026 йилларга мўлжалланган мамлакатимиз тараққиёт стратегиясининг 7 та устувор йўналишининг 56- мақсад, 4-қисмида «...аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимларининг салоҳиятини ошириш ва 2022-2023 йилларда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш дастурини тадбиқ этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини амалга ошириш...» бўйича қатор вазифалар белгиланган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида» ги, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон «Аҳолининг соғлом овқатланишини таъминлаш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида» ги, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий-профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида» ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилган.

**Тадқиқотнинг республика фан ва техника ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур диссертация иши республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** ЎТК билан касалланишнинг кўпайиши унинг асоратларининг кўпайиши билан бирга келади (Андреев Г.Н., ва ҳаммуал. 2018, Chang-Hwan, P. 2020). Асоратланмаган ЎТК нинг гепатобилиар морфологик касалликларнинг ривожланишига таъсири ҳақида қарама-қарши фикрлар мавжуд. Баъзи муаллифлар ЎТК га чалинган барча беморларда жигарда таркибий ўзгаришларни топса, бошқалар эса холестаз сабабли холангит бўлишини таъкидлашади. Аксарият муаллифларнинг таъкидлашича, холецистэктомиядан сўнг жигарда патологик жараёнлар прогрессив ривожланишини таъкидлашади (N.Gulla et al. 2021). Муаллифларнинг таъкидлашича, ЎТК ги билан касалланган барча беморлар сурункали гепатит ривожланишига сабаб бўлади (Р.Б. Мумладзе ва ҳаммуал., 2019).

ЎТК да кўп ҳолларда патологик жараёнда жигар паренхимаси, жигар ичи ва жигардан ташқари ўт йўллари иштирок этади, бу эса ўз навбатида ўзига хос бўлмаган реактив гепатит ривожланишига олиб келиши мумкин, бу ўтнинг физик ва кимёвий таркибининг бузилиши билан бирга келади, холестатик ва цирротик ўзгаришлар, уларнинг оғирлашишида, асосий касалликнинг давомийлиги ва кучайиши билан корреляцион боғлиқликни кўрсатади (Емельянов С.И. ва ҳаммуал., 2020, О.Г.Коновалова ва ҳаммуал., 2021). Аксарият муаллифлар, гепатоцитлар ултраструктурасининг бузилишини тош шаклланишининг патогенетик омили сифатида таклиф қилишади (Ю.Л. Шевченко ва ҳаммуал., 2018).

Ўт пуфаги ва жигарнинг анатомик ва физиологик ўзаро алоқаси улардаги патологик жараёнда иштирок этишига олиб келади. Тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, жигарда морфологик ўзгаришлар ЎТК билан касалланган беморларнинг 91-92% да кузатилади. ЎТК билан касалланганларнинг морфологик текширувлари шуни кўрсатадики, жигарнинг ёғли дистрофияси билан 25-50%, персистирловчи гепатит билан 18-27.3% ва уларнинг аралаш дистрофияси келиши 14,3-15,6% ни ташкил қилган (О.Г.Коновалова ва ҳаммуал., 2021). Беморларнинг 88% да яллиғланишли, фиброз ва дегенератив ўзгаришлар аниқланади ва билиар циррознинг частотаси 4% га етиши мумкин (Б.К.Шуркалин, ва бошқ., 2019).

Шуни таъкидлаш керакки, ЎТК нинг узок муддат ривожланиши унинг мураккаб шакллари ривожланиши ва жигарда морфологик ўзгаришларнинг мавжудлиги, беморларнинг кекса ва қари ёшдаги беморларни жарроҳлик даволаш натижаларига сезиларли нонуя таъсир кўрсатади. Кўпгина тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, ушбу гуруҳ беморларида операциядан кейинги ўлим 18,5-20% ташкил қилиб, жигар патологияси бўлмаган беморларда 0,9-1,3% даражада юзага келади (Б.К.Шуркалин, ва ҳаммуал., 2022).

Ўткир ва сурункали тошли холециститни даволашда эндовидеохирургиянинг катта муваффақиятларига қарамасдан, кўплаб муаллифлар қаттиқ инфилтрат, чандикланган ўт пуфаги, холецистохоледохеал ва холецистодигестив оқмалар, жигар циррози ва бошқалар каби мураккаб вазиятларни аниқлайдилар (Ерамишанцев А.К., ва ҳаммуал., 2020, N Gupta, et al. 2021). Бу ўт пуфагини "очиқ" олиб ташлаш фойдасига эндовидеожарроҳликдан воз кечишни талаб қиладиган анча юқори асорат даражаси билан боғлиқ (П.М. Назаренко ва ҳаммуал., 2019). Шу билан бирга, ушбу беморларда "очиқ" холецистэктомия "очиқ" аралашувнинг юқори травматик табиати туфайли лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭК) билан солиштирганда асоратлар ва ўлимларнинг сезиларли даражада юқори даражаси, травматиклик билан боғлиқлигини кўрсатади (Ветшев, П.С., 2018, P-N. Zhou et al., 2019).

Операциядан кейинги даврнинг кечиши, айниқса, сурункали вирусли гепатит "В", "С" ва жигар циррози билан оғриган беморлар орасида олдиндан

айтиб бўлмайдиган ҳолатларга олиб келади. Ушбу касалликларга хос бўлган яширин жигар етишмовчилиги, беморнинг аҳволи оғирлигини ёмонлаштиради ва операциядан кейинги ўлим даражаси юқорилиги (34% гача) билан тавсифланади (К. Но-Seok et al., 2018, Vanessa L., 2020). Ўт пуфаги бўйинчасининг мураккаб анатомик тузилмалари, ишончсиз гемостаз, жигардан ташқари ўт йўллари ятрогениясининг юқори хавфлилиги, СЖДК фониди операция пайтида тиббиёт ходимларининг юқтириш хавфи олдини олиш, интра ва операциядан кейинги асоратларни олдини олиш мақсадида оптимал вариантларни излашни талаб қилади.

Юқорида келтирилган ҳолатлар, операциядан кейинги ривожланадиган асоратларни олдини олиш учун, СЖДК ни эрта аниқлашнинг, ташхислашнинг долзарблигига ишора қилади, бу гепатотроп препаратларини эрта ишлатиш ва ўтказиладиган оператив даволаш усулларининг иложи борича кам травматик ва миниинвазив йўллар билан бажариш муаммоларини ҳал қилишни талаб қилади.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Бухоро давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ (02.2023.PhD.177) «COVID-19 дан кейинги даврда Бухоро воҳаси аҳолиси саломатлигига таъсир этувчи патологик ҳолатларни эрта аниқлаш, ташхислаш ҳамда янги даволаш профилактика усулларини ишлаб чиқиш» (2022-2026 й.) мавзуси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** сурункали жигар диффуз касалликлари фониди ривожланган ўткир холециститнинг жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат бўлган.

**Тадқиқотнинг вазифалари** қуйидагилардан иборат:

асосий ва назорат гуруҳларида сурункали жигарнинг диффуз касалликлари фониди ўткир тошли холециститни жарроҳлик даволаш натижаларини қиёсий баҳолаш;

сурункали жигарнинг диффуз касалликлари фониди ўткир тошли холецистит ташхисоти ва даволашда замонавий инструментал тадқиқот усулларининг самарадорлигини баҳолаш;

сурункали жигар диффуз касалликлари фониди ўткир тошли холецистит бўлган беморларда ультратовуш назорати остида ўт пуфагини декомпрессия қилиш самарадорлигини баҳолаш;

олинган маълумотлар асосида, сурункали жигар диффуз касалликлари фониди ривожланган ўткир тошли холецистит билан беморларни даволашнинг самарали усулларини ишлаб чиқиш;

операциядан кейинги даврда сурункали жигар диффуз касалликлари фониди ўткир тошли холецистит бўлган беморларда Ремаксол ва Глутатион билан комплекс даволашнинг клиник ва лаборатор самарадорлигини аниқлаш ва дифференцирланган жарроҳлик тактикаси тамойилларини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 2015-2022 йиллар давомида

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалининг шошилинч хирургия бўлимлари ва эндоскопия хонасига сурункали жигарнинг диффуз касаллиги фонида, ўт тош касаллиги, холедохолитиаз, МС ва бошқа асоратлар билан даволанган 177 нафар беморлар олинган.

**Тадқиқот предмети** беморларда сурункали жигарнинг диффуз касалликлари фонида ўт тош касаллиги ва унинг асоратлари ривожланганлигида, жарроҳликнинг инструментал ва методологик нуқтаи назардан замонавий миниинвазив ташҳислаш ва даволаш усуллари қўллаш натижалари ўрганилган.

**Тадқиқот усуллари.** Тадқиқот мақсадига эришиш учун қуйидаги текширув усуллари: клиник, клиник-лабаратор, инструментал ултратовуш текшируви (УТТ), магнит резонанс панкреатохолангиография (МРПХГ), тери жигар орқали ўт пуфаги пункцияси ва стомияси (ТЖЎПП, ТЖЎПС), фиброгастроуденоскопия (ФГДС), эндоскопик ретроград панкреатохолангиография (ЭРПХГ), эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), литоэкстракция (ЛЭ) фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:**

сурункали жигар диффуз касалликлари хусусан жигар циррозининг функционал бузилишлар фонида ривожланган ўткир тошли холецистит ва унинг асоратларини даволашда, замонавий ташҳисот ва миниинвазив усуллардан ҳисобланган, тери жигар орқали ўт пуфагини пункцияси ва тери жигар орқали ўт пуфаги стомиясидан фойдаланиш, оғир ҳолатдаги беморларни кечиктирилган ҳолда оператив даволаш, асоратлар ва ўлим кўрсаткичларни камайиши илмий асосланган.

сурункали жигар диффуз касалликлари ўткир тошли холецистит билан келган ҳолатларда операциядан олдинги тайёргарлик комплекс даволашга қўшимча равишда Ремаксол ва Глутатион препаратларнинг ишлатилиши интраоперацион ва операциядан кейинги даврда асоратларнинг камайиши кўрсатилган.

жигар сурункали диффуз касалликлари айниқса жигар циррози билан касалланган беморлар текшириш режасига магнит резонанс панкреатохолангиография (МРПХГ) киритилиши, ултратовуш текшируви орқали илгари аниқланмаган яъни, беморларда операциядан олдинги даврда кўпроқ жигардаги ўзгаришларни ва ўт йўлларида ўт тошларини аниқлади ва операциядан олдинги тайёргарликни режалаштириш имкониятини берган.

сурункали жигар диффуз касалликлари ўткир тошли холецистит билан келган ҳолатларда беморларда лапароскопик холецистэктомияда ултратовушли гармоник диссекторларни ишлатиш, операция вақтида ва операциядан кейинги даврларда қон кетишларни олдини олиши кўрсатилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

ўтказилган клиник тадқиқотлар, ўткир тошли холецистит (ЎТХ) ва унинг асоратлари билан келган беморларда замонавий инструментал текшириш усуллари кенг қўллаш натижасида СЖДК ни аниқлаш имконини бериши

кўрсатилган. СЖДК эрта аниқланиши операциядан олдинги тайёргарликни самарали олиб боришга имкон яратади. СЖДК фонида ривожланган ЎТХ ва унинг асоратлари ривожланган ҳолларда замонавий миниинвазив усулларни кенгроқ қўллаш ва травматик "очик" операцияларни камроқ ишлатиш, интраоперацион ва операциядан кейинги асоратларни ва ўлим кўрсаткичларини камайтириши кўрсатилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончилиги.** Ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, тадқиқот объектлари сонининг етарлилиги, клиник, инструментал (УТТ, МРПХГ, ТЖЎПШ, ТЖЎПС, ФГДС, ЭРПХГ, ЭПСТ, ЛЭ), статистик текшириш усуллари ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, олинган натижаларнинг халқаро ва маҳаллий тадқиқотлар натижалари билан таққосланганлиги ҳамда хулосаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлаганлиги билан асосланган.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.**

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти СЖДК фонида ривожланган ЎТХ ва унинг асоратлари ривожланган ҳолларда замонавий миниинвазив усулларни ишлатиш, интраоператив ва операциядан кейинги асоратларни камайтиришда замонавий асбоб анжомлардан фойдаланиш ва уларга кўрсатмалар аниқланганлиги, СЖДК да жигар функционал ҳолатини тиклаш мақсадида ишлатилган препаратлар Ремаксол ва Глутатионни комплекс даволашга киритиш ушбу беморларни даволашда сезиларли ижобий таъсир кўрсатганлиги билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти даволашнинг сезиларли фойдали таъсири даволанишдан 5-6 кун ўтгач қайд этилганлиги ва мақсадга мувофиқлиги кўрсатилганлиги, жигар циррози (ЖЦ) ва портал гипертензия фонида беморларда ЛХЭК да ультратовушли гармоник диссекторларни ишлатиш, операция вақтида ва операциядан кейинги даврларда қон кетишларни олдини олиши кўрсатилганлиги билан изоҳланган.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Сурункали жигар диффуз касалликлари фонида ривожланган ўткир холециститнинг жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш бўйича олинган натижалар асосида:

СЖДК касалликлари фонида ривожланган ўткир холециститли беморларни даволашда беморларнинг оғир контингентини даволашга кўмаклашган ва хавфли ҳамда патогенетик жиҳатдан асоссиз жарроҳлик аралашувлардан қочиш имконини берган “Жигар циррози билан касалланган беморларда лапароскопик холецистэктомия тактикасининг ўзига хослиги” услубий тавсияномаси тасдиқланган (Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Эксперт кенгашининг 2023 йил 9 мартдаги 23-т/001-сон маълумотномаси). Ушбу услубий тавсиянома СЖДК фонида ривожланган ўткир тошли холециститли беморларни даволашда унинг асоратлари механик сариклик (МС, чагараланган перитонит) ривожланган беморларда, операциядан олдинги комплекс тайёргарлик билан бир қаторда, ультратовуш

назорати остида декомпрессия аралашувлари ёрдамида икки босқичли даволаш тактикасини қўллаш орқали кечиктирилган тартибда операция қилиш, асоратлар ва ўлим ҳолатларини камайтириш имконини берган;

Сурункали жигар диффуз касалликлари фонида ривожланган ўткир холециститнинг жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш бўйича олинган натижалар амалий соғлиқни сақлашга, хусусан, Ромитан туман тиббиёт бирлашмаси, Бухоро туман тиббиёт бирлашмаси амалиётига татбиқ этилган (Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Эксперт кенгашининг 2023 йил 24 мартдаги 23-х/005 - сон маълумотномаси). Жорий этиш натижасида СЖДК фонида ЎТК билан оғриган беморларни даволашда асоратларни олдини олиш учун Ремаксол ва Глутатионни препаратларини комплекс даволашга киритиш, ўткир даврда чегараланган перитонит билан ўт йўллари ва ўт пуфагини декомпрессия қилиш учун миниинвазив усуллардан фойдаланиш, ётоқ кунлар сонини қисқартириш ва хавфли, патогенетик жиҳатдан асосиз жарроҳлик аралашувлардан қочиш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Ушбу тадқиқот натижалари 8 та илмий-амалий анжуманларда, шу жумладан, 4 та халқаро ва 4 та Республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 16 та илмий иш нашр этилган. Шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг таркиби ва ҳажми.** Диссертациянинг таркиби кириш, тўртта боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 124 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати асослаб берилган, мақсад ва вазифалари, шунингдек тадқиқот объекти ва предмети, тадқиқотнинг Ўзбекистон республикаси фан ва техника тараққиётининг устувор йўналишларига мувофиқлиги, илмий янгилиги ва амалий натижалари келтирилган, олинган натижаларнинг назарий ва амалий аҳамияти очиб берилган, олинган маълумотларнинг ишончлилиги асосланган, тадқиқот натижаларининг амалиётга татбиқ этилиши, чоп этилган ишлар ва диссертациянинг таркибий тузилиши ҳақида маълумот берилган.

Диссертациянинг “**Диффуз жигар касалликлари бўлган беморларда ўткир тошли холециститнинг этиологияси, патогенези, диагностикаси ва даволашнинг ҳозирги ҳолати (адабиётлар шарҳи)**” деб номланган биринчи бобида СЖДК фонида ЎТХ ривожланиш этиологияси, патогенези, ташҳисоти ва даволаш масалалари ёритилган. Сурункали жигар диффуз касалликлари ва уларга сабаб бўлувчи омиллар батафсил баён этилган, шунингдек турли кўринишлардаги тошларнинг ҳосил бўлишининг сабаблари келтирилган.

Касалликни жарроҳлик даволаш усуллари ҳамда жарроҳликда қўлланиладиган замонавий технологиялар, касалликни такомиллаштирилган замонавий даволаш усулларида хисобланган миниинвазив даволаш усуллари, ўткир холециститни даволашда навигацион жарроҳликдан фойдаланишнинг хусусиятлари очиб берилган. Миниинвазив декомпрессия усулларида фойдаланиш ва жарроҳлик даволаш вақти учун аниқ кўрсатмаларнинг мавжуд эмаслиги асосланган. Операциядан олдинги ва операциядан кейинги асоратларнинг олдини олиш муаммолари охиригача ҳал қилинмаганлиги келтирилган. Ушбу муаммони ҳал қилишда кўплаб саволлар мунозарали бўлиб, қолаётганлиги ва қўшимча тадқиқотларни талаб қилиши адабиётлар шарҳи маъумотлари асосида изоҳлаб берилган.

Диссертациянинг **“Тадқиқот материаллари ва усуллари”** деб номланган иккинчи боби тадқиқотнинг материаллари ва усуллари бағишланган. Илмий иш Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти Хирургик касалликлар ва реанимация кафедраси клиник базасида (РШТЁИМ Бухоро филиали I-II шошилич жарроҳлик бўлимлари) бажарилган. Назорат гуруҳига 2015 йилдан 2019 йилгача клиникада ЎТХ сабабли даволанган 1120 касаллик тарихи ретроспектив таҳлил қилинган бўлиб, 82 (7,3%) ЎТХ сурункали жигар диффуз касалликлари (СЖДК), шу жумладан сурункали гепатит (СГ) ва ЖЦ фонида кечган беморларда хирургик даволаш натижалари ўрганилган. Асосий гуруҳни 2019-2022 йиллар давомида қабул қилинган 1180 бемор ташкил этиб, улар ЎТХ билан ётқизилган ва оператив даво ўтказилган, шулардан 95 (8%) беморларда ЎТХ нинг СЖДК фонида ривожланган беморларда даволаш натижаларини яхшилаш мақсадида режалаштирилган текшириш ва даволаш (консерватив ва хирургик) усуллари ишлатилган.

I-назорат гуруҳига СЖДК фонида ривожланган ЎТХ бўлган 82 беморнинг жарроҳлик йўли билан даволанган касаллик тарихлари ретроспектив таҳлил қилинган, СЖДК фонида ривожланган интра ва операциядан кейинги асоратлар таҳлил қилиниб, беморларар стандарт консерватив даво ва анъанавий (традицион) оператив холецистэктомия (ТХЭК) ва ЛХЭК операциялари бажарилган.

II-асосий гуруҳда 95 беморларда юқорида кўрсатилган стандарт текшириш ва даво муолажаларига қўшимча равишда, кўрсатмаларга асосан МРПХГ, интраоперацион асоратлар олдини олиш мақсадида гепатопротекторлар ишлатилди, беморларнинг оғирлик даражасига кўра миниинвазив даволаш усуллари ва замонавий ультратовушли гармоник диссекторларидан фойдаланилди.

Анъанавий консерватив даволаш мақсадида инфузион, спазмолитик, оғрик қолдирувчи, антибактериал препаратлар ишлатилди.

–детоксикацион даволаш (глюкоза 10% + инсулин 1 г глюкоза курук моддаси учун 4 Ед, 0,9% физиологик эритма, трисол эритмалари ва бошқа физиологик эритмалар, каллоидлар) ҳажми камида - 2000 мл;

– профилактик мақсадда антибактериал восита (цефтриаксоннинг 1,0 грамм + 2,0%-2.0 мл лидокаин билан кунига 2 маҳал м/о) ишлатилади.

II - гуруҳда анъанавий консерватив даволаш усуллари билан бир қаторда Глутатион ва Ремаксол препаратлари ҳам ишлатилди. Операциядан кейинги беморларни даволашда Ремаксолнинг 400,0 мл миқдорида 6 кунлик вена ичига томчилатиб юбориш (инфузияларнинг умумий ҳажми 400,0 мл га камайтирилди) ва кунига 1 марта 1,2 – 2,4 г томир ичига Глутатион эритмаси секин томчилатиб юборилди.

Беморларга анамнез, клиник маълумотлар, лаборатория ва инструментал текшириш усуллари асосида ташхис қўйилди. Беморлар филиалга, тез ёрдам линияси орқали, поликлиникадан йўлланма орқали ёки шахсий автомашинасида мурожаат қилиб келган ва ётқизилган.

ЎТХ ташхислашнинг асосий усули-УТТ, ЭФГДС. Стандартга мувофиқ беморларда кўрсатма бўлганда МРПХГ бажарилган.

Дастлабки босқичда тадқиқот гуруҳлари турли хил клиник, лаборатор ва эндоскопик маълумотларга кўра таққосланди - ёши, жинси, қон босими, пульс, гемоглобин, қизил қон таначалари, мочевино, қондаги қанд миқдори, биокимёвий тестлар (билирубин, аланинтрансфераза (АЛТ), аспартаттрансфераза (АСТ), мочевино, креатинин, умумий оқсил ва альбумин), HBsAg, HBeAg, anti-HBe, anti-HBc-маркёрлари аниқланган.

I-гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши  $45,5 \pm 16,5$  ни, II-гуруҳда -  $52,5 \pm 17,2$  ёшни ташкил этди. Ўртача ёш бўйича учта кузатиш гуруҳи бир хил ёш кўрсаткичини ташкил этган, статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар топилмади ( $p > 0,05$ ). Бошқа ёшдаги гуруҳларида (45-59 ёш, 60-89 ёш) асосий ва назорат гуруҳлари ўртасида сезиларли фарқ йўқ ( $p > 0,05$ ).

Вирусли гепатитнинг асосий биокимёвий таҳлиллари ва улар билан боғлиқ маркёрларининг кўрсаткичлари (хусусан, HBV, HCV, HDV) аниқланган.

Текширилаётган барча беморларда УТТ текшируви ультратовушли сонография ва доплерография усулида “Sonoline Vera Pro” фирмаси “Siemens” (Германия) ва “Echo Camera SSD-680” фирмаси “Aloka” (Япония) 3,5 МГц.ли конвексли узатгич ёрдамида ўрганилган. Баъзи ҳолларда ЎТКнинг СЖДК фонида ривожланишида ва гепатобилиар соҳанинг бошқа касалликлари билан дифференциал ташхисотида магнит-резонансли томографияси (МРТ) “General Electric” (АҚШ) томонидан ишлаб чиқарилган учинчи авлод СТ-МАХ 640 қурилмасида ўтказилган.

Қизилўнғачнинг варикоз кенгайган томирлари бор йўқлигини, уларнинг кенгайиш даражасини аниқлаш учун беморларга фиброгастроуденоскопия ўтказилган (фиброгастроуденоскоп “ОЛИМПУС” компанияси, Япония). Қизилўнғач варикоз кенгайган веналарнинг кенгайиши кейинчалик Шерцингер А.Г. бўйича таснифланди. Бошида PENTAX-34К фибродуоденоскопи ишлатилган бўлса 2020 йилдан бошлаб Япониянинг «FUJINON» видеодуоденоскоп ишлатилган.

Тадқиқот натижаларини қайта ишлаш нисбий кўрсаткичларни, ўртача қийматларни аниқлаш билан статистик усуллар билан амалга оширилган: арифметик ўртача ( $M$ ) ўртача ( $m \pm$ ) ва медианаларнинг стандарт хатоси билан, 25 ва 75 фоизли, ишонч оралиғининг аҳамиятлилик даражаси интервал 0,05 бўлган. Т-мезонига кўра, асосий ва иккита назорат гуруҳидаги ўртача қийматлар ва нисбий кўрсаткичлардаги фарқларнинг статистик аҳамияти текширилган. Ишонч оралиғининг аҳамиятлилик даражаси 0,05 ( $p < 0,05$ ) ва 0,01 ( $p < 0,01$ ) дан кам бўлса, фарқлар аҳамиятли деб ҳисобланган. Вилкоксон тести ёрдамида (вариантлар сони 6 ёки ундан кўп бўлган ҳолда) кузатишнинг асосий ва назорат гуруҳларининг бир хиллиги текширилган. Параметрик бўлмаган Вилкоксон-Манн-Уитни тестидан фойдаланиб, ўзгарувчиларнинг қиёсий таҳлили ўтказилган. Кичкина намунадаги ўзгарувчилар орасидаги тасодифийлик ва унинг даражасини аниқлаш учун чизиқли корреляция коэффиценти ( $\rho$ ) ишлатилган.

Диссертациянинг **“Сурункали диффуз жигар касалликлари фонида кечаётган ўткир тошли холецистит (ЎТХ) билан касалланган беморларда жигар функционал ҳолатининг клиник ва биохимиявий хусусиятлари”** деб номланган учинчи боби фон касаллиги ҳисобланган сурункали жигар диффуз касалликларида беморларнинг клиник хусусиятларига, ЎТХда эндоскопик тадқиқот натижаларини баёнига ва ўткир тошли холецистит бўлган беморларнинг клиник хусусиятларининг натижаларига бағишланган. Сурункали жигар диффуз касалликлари билан биргаликда ўткир тошли холецистит ультратовуш текшируви натижаларига, беморларда жигардаги қон оқимини ўрганиш ҳамда диффуз жигар касалликлари фонида ЎТХ да магнит-резонанс томография натижаларининг батафсил баёни келтирилган.

Асосий гуруҳ бўлган 95 та СЖДК фонида ЎТХ билан касалланган беморлар кузатилган. Жигарнинг функционал ҳолатига кўра; Чайлд-Пью бўйича А синф - 51 ёки 53,7%, В синф - 30 ёки 35,6% ва С синф - 14 ёки 14,7% ни ташкил қилган.

Асосий гуруҳдаги беморлар анамнези тўлиқ йиғилганда шу маълум бўлганки: 95 (100%) бемордан 59 (62%) бемор илгари ўткир вирусли гепатитни (ЎВГ) бошдан кечирган, 20 (21,6%) бемор анамнезида қон компонентларини қуйиш, кичик жарроҳлик инвазив аралашувларни ўтказган, 16 (16,4%) кишида спиртли ичимликларни узоқ муддатли истеъмол қилганлиги маълум бўлган.

ЎТХнинг сурункали гепатит (СГ) фонида ривожланишида, қон таҳлиларида аминотрансферазаларнинг ўртача 3 мартагача ўсиши, билирубин кўрсаткичларининг етарлича ошиши ва жигарнинг оқсил синтезидаги диспротеинемия белгилари аниқланган. Жигар функциясининг бошқа кўрсаткичлари меъёрдан сезиларли даражада фарқ қилмаган.

Қизил қон таначаларининг умумий таҳлили ўтказилганда таҳлил натижалари қуйидагича бўлган, ЎТХ ли асосий гуруҳ беморларида СГ билан биргаликда қизил қон ва гемостаз кўрсаткичлари меъёрга яқинроқ бўлган (гемоглобин  $100,2 \pm 4,0$ ; эритроцитлар  $3,5 \pm 0,2$ ). ЖЦ фонида ЎТХ ривожланган

беморларда эса бу кўрсаткичларда сезиларли ўзгаришлар юз берган. Шундай қилиб, бу беморларда эритроцитлар сони ( $2,8 \pm 10^{12}/л$ ) ва гемоглобин даражаси ( $93,4 \pm 3,0$  г/л) камайган. Ретроспектив (назорат) гуруҳининг касаллик тарихини таҳлил қилганда, қизил қон кўрсаткичларида бир хил ўзгаришлар аниқланган. Умумий қон кўрсаткичларида лейкоцитлар таҳлил қилинганда, лейкоцитоз томон силжиш қайд этилган, чунки ЎП да яллиғланиш жараёни ўсиши ва асоратларнинг юзага чиқиши сабаб бўлган, асосий гуруҳда  $8,5 \pm 0,5$  дан  $10,2 \pm 0,8$  гача ўсган, шунга ўхшаш кўрсаткичлар назорат гуруҳидаги беморларда ҳам кузатилган. Жигар функцияси бузилган иккала гуруҳда ҳам тромбоцитопения кузатилган, бу клиник жиҳатдан теридаги қон талашлар ва кўкаришларнинг пайдо булиши билан намоён бўлган.

Назорат гуруҳидаги ЖЦ билан касалланган 50 бемордан, ЖЦ билан касалланган 3 беморда Чайлд – Пью “А” синфи, субкомпенсацияланган ЖЦ Чайлд – Пью “В” синфи 26 беморда ва ривожланган цирротик жараён билан декомпенсацияланган ЖЦ Чайльд Пью “С” билан касалланган 21 бемордан иборат бўлган.

Беморларда эпигастрал ва ўнг қовурға равоғи остидаги оғриқ белгилари иккала гуруҳда ҳам 100% ҳолларда содир бўлганлиги аниқланган, ҳолсизлик ва иштаҳанинг пасайиши - I ва II гуруҳларда - мос равишда 76(92,7%) ва 82 (86,3%); кўнгил айниши, қусиш ва диспепсия -78 (95%) ва 82 (86,3); сариклик-8 (9,7%) ва 15 (15,8%); тери қичиши ва сариклик 3 (3,6%) ва 3 (3,6%); ўнг қовурға равоғи ости мушакларидаги таранглик 28 (34%) ва 32 (33,6%) да қайд этилган; деструктив ўзгаришлар билан боғлиқ қорин парда яллиғланиш симптомлари 8 (9,7%) ва 12 (12,6%) да қайд этилган; ультратовуш текширувида 35 (42,7%) ва 65 (68,4%) да спленомегалия аниқланган; 56 (68,3%) ва 48 (50,5%) ҳолларда гепатомегалия аниқланган. Қолган умумий симптомлар кичик клиник хусусиятларга ва частотага эга бўлган.

Иккала гуруҳларда 7 (8,5%) ва 9 (9,5%) ҳолатларда беморларда тери юзасида қон талашлар аломатлари бўлганини таъкидлаш керак, бу СЖДК билан боғлиқ жигар функциясининг бузилишини кўрсатади. Анамнезидан жарроҳлик шифохонасига қабул қилинган беморларнинг 70 % дан ортиғи, жигар касалликлари борлигини инкор қилишган.

Назорат гуруҳи беморларининг касаллик тарихи ретроспектив таҳлил қилинганда 50 бемордан фақатгина 10 (20%) таси ЖЦ борлигини билган, 13 (26%) беморда ультратовуш текширишидан кейин операциядан олдинги даврда ЖЦ борлиги аниқланган ва 27 (56%) беморда ЖЦ борлиги операция пайтида аниқланган.

Асосий гуруҳдаги беморларнинг касаллик анамнезидан маълум бўлганки, ЖЦ билан касалланган 51 беморнинг фақатгина 12 (23,5%) таси ЖЦ борлигини билишган, қолган беморларда ультратовуш текширувидан ташқари МРПХГ қилинганда 31 (61%) операциядан олдин ЖЦ ташхиси аниқланган ва фақат 8 (15,5%) тасида операция пайтида аниқланган.

Асосий гуруҳдаги беморларда ЖЦ аниқланиш даражасининг юқорилиги,

беморларда УТТ ташқари МРПХГ текширувининг кўшимча равишда бажарилганида аниқланган. Беморларнинг 22 (23%) тасида илгари ультратовуш текширувида кўринмаган, ўт йўлларида ўт тошлари борлиги ҳам аниқланган.

Белгиланган қон таҳлилларини баҳолашда: гемоглобин ва эритроцитлар даражасининг пасайиши ЖЦ бўлган беморларда жигар функционал бузилиши Чайлд-Пью “А” ва “В” синфларда кам ривожланган диспротеинемия борлиги, Чайлд-Пью “С” синфида бу кўрсаткичларнинг пасайиши янада яққол кўринган. Билирубин, трансаминазалар, диспротеинемия билан тимол пробаларининг ошиши, тромботест ва протромбин индексининг пасайиши аниқланган.

I ва II гуруҳлардаги беморларда УТТ ва МРПХГ текширишининг ўтказилиши ва хулосаси: гепатомегалияни мос равишда 28 ва 32 ҳолатда, спленомегалияни мос равишда 32 ва 52 беморларгача аниқлигини оширган. ФГДС – қизилўнгач веналари варикоз кенгайиши (ҚВВК) маълумотларига кўра, мос равишда 22 ва 28 беморда ташхисланган.

#### 1-жадвал

#### ЖЦ фонида ЎТХ бўлган беморларда клиник хусусиятлар ва асоратлар

ЎТХ нинг клиник шакллари ва унинг асоратлари	I-назорат гуруҳи (n=50)	II-асосий гуруҳ (n=51)
ЎТХ+ЖЦ	24 (48%)	28 (55%)
ЎТХ + СГ+МС	8 (16%)	12 (23%)
ЎТХ + ЖЦ + МС	7 (14%)	3 (6%)
ЎТХ + ЖЦ+МС + компенсация	5 (10%)	4 (8%)
ЎТХ+ЖЦ+декомпенсация+перитонит	6 (12%)	4 (8%)
Жами	50 (100%)	51 (100%)

*Изоҳ: жадвалда меъёрга нисбатан шончли маълумотлар кўрсатилган - (P < 0.05)*

ЖЦ фонида ЎТХ ривожланган беморларнинг клиник хусусиятлари 1-жадвалда келтирилган. Жадвалда ЎТХ нинг СГ фонида кечиши ва асоратларсиз кечиши маълумотлари ушбу жадвалга киритилмаган.

Назорат гуруҳидаги беморларнинг барчаси 50 (100%) кенг қамровли ультратовуш текширувидан ўтказилган, унда барча беморларда ЎТХнинг белгилари мавжудлиги, турли ўлчамдаги битта ва кўп ўт тошлари борлиги, ўт пуфаги (ЎП) деворларининг қалинлашиши, контурларининг иккиланиши, атрофида суюқлик тўпланиши, ЎП ичида қуюқ ўт ва йиринг мавжудлиги, аниқланган.

УТТ натижасига кўра жигарнинг катталашганлигини ушбу гуруҳнинг 10 (20%) беморларида аниқланган (ўнг бўлак 15,3±0,5 см, чап бўлак 8,2±0,5см) ва хулосада қайд этилган. Спленомегалия 10 беморда аниқланган. Шунингдек, МС бўлган 15 бемордан, атиги 5 (10%) ҳолатда гепатикохоledохнинг кенгайиши ва унда ўт тошлари борлиги, жигар ичи каналлари

кенгаймаганлиги аниқланган.

Ушбу гуруҳ беморларининг 19 (37%) тасида терида ва кўринадиган шиллик пардаларда склеранинг сариқлиги кузатилган. Тери қичиши 3 ҳолатда кузатилган.

Асосий гуруҳнинг 51 (100%) нафар барча беморларда ЎТХ ультратовуш текширишда клиник перитонит ҳолати, жигар ости соҳасида суюқлик йиғилиши, ЎП деворининг қалинлашиши, иккиланиши ва ичида кўплаб ҳар хил ҳажмдаги тошлар борлигини кўрсатган. Ушбу гуруҳда ЎТХ+ЖЦ+МС+декомпенсацияси бўлган 4 (8%) бемор ва ЎТХ+ЖЦ+декомпенсацияси+чегараланган перитонит билан касалланган 4 (8%) бемор энг оғир касалларни ташкил этган. Беморлар ҳолатининг оғирлиги ЎТХ нинг асосий касаллиги белгилари ва жигар етишмовчилигининг ривожланиши, МС ва ЖЦ мавжудлиги билан боғлиқ бўлган.

Агар назорат гуруҳида 10 (20%) бемор қабул пайтида ЖЦ борлигини билган бўлса, ультратовуш текширувидан сўнг 13 (26%) ва жарроҳлик пайтида ЖЦ 27 (56%) ҳолатда аниқланган.

Асосий гуруҳдаги беморларда МРПХГ текшируви қуйидаги натижаларни берган. Асосий гуруҳда 12 (23,5%) бемор ЖЦ борлигидан хабардор бўлган, операциядан олдин текширишлар давомида 31 (61%) беморда ЖЦ аниқланган, бу беморларнинг назорат гуруҳига қараганда 3 баравар кўп ва 8 (15,5%) беморда ЖЦ ташҳиси операция давомида беморлар аниқланган.

Шундай қилиб, ЖЦ фонида ЎТХ билан оғриган беморларда жигар паренхимасининг ҳолатини, гепатикохоледох ва жигар ичидаги ўт йўлларида ўт тошлари мавжудлигини ташҳислашда ультратовушни қўллаш етарли эмас деб ҳисобланган. Асосий гуруҳдаги беморларда МРПХГ дан фойдаланганда 19 (37%) беморда холедохолитиаз аниқланган, назорат гуруҳида эса 5 (10%) беморда. Шунингдек, асосий гуруҳда ультратовуш текшируви бўйича гепатомегалия 12 (23,5%), МРПХГ 32 (62,7%), спленомегалия 10 (20%) беморда ва МРПХГ дан кейин 51 (100%) тасида аниқланган.

Асосий гуруҳнинг барча беморларига ЭФГДС амалиёти бажарилган. Беморларнинг назорат гуруҳида, ушбу тадқиқотларни режалаштирмаганлиги сабабли, фақат 5 (10%) беморда ЭФГДС қилинган.

Шундай қилиб, 3 (5,8%) ҳолатда беморларда I даражали қизилўнгач варикоз кенгайган томирлари (1-2 мм), II - даражали қизилўнгач варикоз кенгайган томирлари билан 28 (55%) беморда (диаметри 2 дан 5 мм гача) ва 20 (39,2%) III- даражали қизилўнгач варикоз кенгайган томирлари билан касалланган беморлар (диаметри 5 мм дан ортиқ) аниқланган (2-жадвал).

## 2-жадвал

### Асосий гуруҳда ЖЦ фонида ривожланган ЎТХ билан касалланган беморларда ҚВВК ни А.Г.Шерцингер бўйича тақсимланиши

ҚВВК даражаси	Беморларнинг сони	%
I-даража	3	5,8

II-даража	28	55
III-даража	20	39,2
Жами	51	100

СЖДК фонида ривожланган ЎТХ ли беморларни ўрганишда, назорат гуруҳи (n=82) ва асосий гуруҳнинг (n=95) барча беморларида кенг қамровли ультратовуш текширишлари амалга оширилган. УТТ да тош борлигини ва ўт пуфаги ичида, шунингдек жигардан ташқари ўт йўллари борлигини аниқлаш имконини берган.

Ультратовуш текшириш, тери сариқлиги бўлган беморларнинг 19 (37%) тасида фақат 7 (36,8%) беморда холедохолитиаз борлигини ва жигар ичи ўт йўлларининг сезиларли кенгайишини кўрсатган. Қолган беморларда жигар ичи ўт йўллари кенгаймаганлиги сабаб, жигар паренхимасининг цирротик ўзгариш борлиги билан боғлиқ деган маънони англаган.

Асосий гуруҳда ЎТХ+ЖЦ+МС+декомпенсацияси бўлган 4(8%) бемор ва ЎТХ+ЖЦ+декомпенсацияси + чегараланган перитонит билан асоратланган 4 (8%) бемор энг оғир касаллар алоҳида эътиборни қаратган. Ушбу беморларнинг УТТ кўплаб тошлар, деворининг қалинлиги, девор атрофида суюқликнинг тўпланиши кўрсатилган.

Иккала гуруҳдаги 177 беморнинг 76 (43%) тасида СГ нинг УТТ да эхо кўриниши аниқланган. Шу билан бирга беморларда, жигар паренхимасининг тузилиши бир хил эмас ва яққол ривожланган ёки камроқ ривожланган яллиғланиш ўчоқлари ва паренхиманинг ўзгармаган жойлари билан алмашилиб туради, ўртача ва яққол ривожланган эхогенлик жойлари аниқланган.

Шундай қилиб, ЖЦ фонида ЎТХ билан оғриган беморларда жигар паренхимасининг ҳолатини, гепатикохоledох ва жигар ичи ўт йўлларидаги ўт тошлари мавжудлигини ташхислашда ультратовушни қўллаш етарли эмас деб ҳисобланган.

Диссертациянинг **“Ўткир тошли холецистит жигарнинг сурункали диффуз касалликлари фонида келганда жарроҳлик даволаш”** деб номланган тўртинчи боби операциядан олдинги тайёргарлик мақсадида Ремаксол ва Глутатион препаратларини ишлатиш ёрдамида СЖДК билан ЎТХ бўлган беморларда операция асоратларни олдини олиш тамойилларига, СЖДК фонида ривожланган ЎТХни асоратларига ва жигарнинг функционал ҳолатига кўра жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларига бағишланган.

Ремаксол кунига бир марта 400 мл томирга дақиқада 70-80 томчи миқдорида қабул қилинади. Глутатион 1,2-2,4 г да 0,9% физиологик эритмада вена ичига томчилатиб 5-7 кун давомида юборилган.

Олинган маълумотларда, операциядан кейинги 3 кун давомида билирубин кўрсаткичларида 2 гуруҳда ҳам сезиларли пасайишлар кузатилмаган. Фақатгина 5-чи кунга келиб назорат гуруҳида билирубин кўрсаткичлари ўртача 53,0 мкмоль/л га тушган бўлса, асосий гуруҳда ўртача 14,0 мкмоль/л гача пасайган.

Иккинчи гуруҳда АЛТ фаоллиги Ремаксол ва Глутатион ишлатилиш фонида операциягача  $162.2 \pm 12.3$ , операциядан кейинги 5 кун ичида  $78 \pm 7.8$  ва меъёрий кўрсаткичларга нисбатан 19,5% га баланд бўлган. Жарроҳликдан бир кун ўтгач, у меъёрдан 40,5% га ошган. Операциядан 2-3 кундан сўнг пасайиши қайд этилган. Меъёрга нисбатан кўриб чиқилганда, 5-6 суткаларга келиб назорат гуруҳига нисбатан асосий гуруҳда пасайиш қарийб 2 бараварга камайган.

Назорат гуруҳида операциягача АСТ фаоллиги меъёрга нисбатан қарийб 4 баравар, асосий гуруҳда эса 3 баравар юқорилиги кўринган. Даволанишнинг 5-6-чи кунларида назорат гуруҳида АСТ меъёрга нисбатан камайган ва 17,5% ни, асосий гуруҳда нисбатан – 12,5% ни ташкил этган. Мутлақ сонларда, назорат гуруҳида  $145,2 \pm 8.3$  дан  $70 \pm 4,2$  гача, асосий гуруҳда эса  $135,3 \pm 8,3$  дан  $50 \pm 4,1$  гача пасайиш кузатилган.

Назорат гуруҳида мочевина кўрсаткичлари  $12 \pm 1,8$  дан  $8 \pm 0,7$  ммол/л гача ва асосий гуруҳда  $12 \pm 1,8$  дан  $5 \pm 0,53$  ммол/л гача пасайди. Асосий гуруҳда даволанишнинг 5-чи кунига келиб меъёрий даражаларга келган.

Назорат гуруҳидаги супероксиддисмутаза (СОД) ферменти даражаси  $8,4 \pm 0,3$  дан  $6,2 \pm 0,2$ , 5-чи кунга келиб консерватив даводан сўнг унинг кўрсаткичлари  $10,4 \pm 0,4$  гача кўтарилган. Асосий гуруҳда эса Ремаксол ва Глутатион фонида  $8,2 \pm 0,3$  дан  $5,9 \pm 0,2$  гача, 5-чи кунга келиб  $15 \pm 0,3$  ни ташкил қилган, бу меъёрда 11,4% дан паст лекин, назорат гуруҳидаги кўрсаткичларда 66% баланд бўлган (3-жадвал).

### 3-жадвал

#### ЎТХ нинг ЖЦ фонда кечишида Ремаксол ва Глутатион препаратлари ишлатилганда операциядан кейинги даврда липопроteid оксидланиш (ЛПО) га таъсири ва антиоксидант химоя кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Назорат гуруҳи (n= 20)		Асосий гуруҳ билан (Ремаксол ва Глутатион) (n=20)	
	Даволашдан Олдин	Даволашдан сўнг	Даволашдан Олдин	Даволашдан сўнг
Маландиальдегид (МДА) ммол / л	$5.1 \pm 0.07$ дан $6.3 \pm 0.05$ гача	$4.1 \pm 0.1$	$5.3 \pm 0.06$ учун $6.1 \pm 0.07$ гача	$3.20 \pm 0.05$
СОД анъ/бирлик	$8.4 \pm 0.3$ учун $6.2 \pm 0.2$ гача	$10.4 \pm 0.4$	$8.2 \pm 0.3$ учун $5.9 \pm 0.2$ гача	$15.6 \pm 0.3$

Изоҳ: жадвалда меъёрга нисбатан ишончли маълумотлар кўрсатилган - ( $P < 0.05$ )

Шундай қилиб, ЖЦ фонида ЎТХ комплекс даволашда стандарт консерватив давога қўшимча равишда Ремаксол ва Глутатион препаратларни ишлатиш жигар фаолиятига ва ЛПО жараёнларига сезиларли ижобий таъсир кўрсатган. Ўрганилган кўплаб кўрсаткичларда давонинг муҳим фойдали таъсири 5-6 кун ўтгач қайд этилганлиги таъкидланган.

Назорат гуруҳи ЖЦ билан касалланган 50 бемордан иборат бўлиб,

улардан ЖЦ Чайлд – Пью “А” синфи - 3 беморда, ЖЦ субкомпенсацияланган Чайлд–Пью “В” синфи-26 беморда ва ривожланган ЖЦ декомпенсацияланган Чайлд–Пью “В” синфи-21 беморда аниқланган.

Беморларнинг ушбу гуруҳида фақат 10 (20%) беморда ЖЦ ташҳиси борлиги анамнездан маълум бўлган; 13 (26%) беморда УТТ ва бошқа текширувлар орқали операциядан олдинги даврда ЖЦ борлиги аниқланган; аксарият беморларда 27 (56%) ЖЦ операция пайти операция вақтидаги топилма сифатида аниқланган.

Маҳаллий перитонитнинг ривожланиб борганлигида беморларда шошилиш операциялар ўтказилган. Даволаш пайтида назорат гуруҳида перитонит ривожланиши 6 беморда қайд этилган ва бу операция давомида тасдиқланган. Ушбу беморларни қабул қилиш пайтида умумий ҳолат оғир бўлган. Вазиятнинг оғирлиги асосий касалликнинг асоратлари ва жигар етишмовчилигининг ривожланиши билан белгиланган.

ЎТХ асоратларсиз ЖЦ фонида кечган 24 (48%) бемор операция қилинган, шу жумладан ЛХЭК усул ёрдамида 18 (75%) беморда ва ТХЭК усули билан 6 (25%) беморда оператив аралашувлар бажарилган.

Беморларнинг ушбу гуруҳига ЎТХ, холедохолитиаз ва МС ташҳиси қўйилган. Ушбу 15 беморнинг атиги 9 (60%) ҳолатида операциядан олдин ЖЦ ташҳиси қўйилган ва 6 (40%) ҳолатда интраоператив ташҳис қўйилган. Бу 15 беморларнинг, операциядан олдин фақат 5 ҳолатлар ўт тошлари ЭРПХГ, ЭПСТ ва ЛЭ амалга оширилган. Шу беморларда иккинчи босқич операцияси сифатида 10 (66,6%) кишида ЛХЭК ва 5 (33,4%) беморда шошилиш ва кечиктирилган ТХЭК операциялари бажарилган.

Назорат гуруҳидаги 50 бемордан 29 (58%) киши зудлик билан операция қилинган, 15 (30%) бемор шошилиш операция қилинган ва 6 (12%) тасида кечиктирилган операция бажарилган. Операциядан кейинги ўлим 8% ни ташкил этган.

Иккала жарроҳлик усулида ҳам асоратлар кузатилган, булар ЎП олинган ўрнидан ва гепатодуоденал соҳадан интраоперацион қон кетиш, операциядан кейинги яранинг йиринглаши, эвентерация, холемик қон кетишлар ва операциядан кейинги жигар етишмовчилигининг ривожланиши шаклида қайд этилган. 4-жадвалдан кўришиб турганидек қуйидагича 26 беморда асоратлар қайд этилган. Кўпгина беморларда бир вақтнинг ўзида операциядан кейинги бир нечта асоратлар кузатилган.

Ушбу гуруҳ беморларда, операциядан кейинги даврда ўлим ҳолатлари қайд этилган. Хусусан, перитонит билан асоратланган беморларда ТХЭКдан кейин ўлим ҳолатлари кузатилган. Ўлимга 3 (6%) беморда жигар – буйрак синдроми, жигар етишмовчилигининг ривожланиб бориши ва полиорган етишмовчиликлар (ПОЕ) сабаб бўлган. Ушбу беморлар шошилиш ҳолатда операция қилинган. Бир беморда ўлим ҳолати қизилўнгачнинг варикоз кенгайган томирларидан қон кетиши туфайли ўткир қон йўқотишидан кейин ўлим юзага келган.

ЖЦ фонида ЎТХ билан касалланган 48 ёшдан 78 ёшгача бўлган 51 беморни (22 эркак ва 29 аёлни) кузатилган. Улардан ЖЦ нинг А синфи - 10 беморда, 27 субкомпенсацияланган ЖЦ нинг Б синфи ва ривожланган цирротик жараён билан декомпенсацияланган жигар ЖЦ С синф билан касалланган - 14 беморда аниқланган. Демак, ЖЦ билан 51 ва СГ билан 44 бемор, жами 95 бемор асосий гуруҳидан ўрин олган.

Асосий гуруҳдаги касаллик анамнезидан маълум бўлганки, ЖЦ билан касалланган 51 беморнинг – 12 (23,5%) тасида ЖЦ борлиги анамнезидан маълум бўлган, қолган 31 (61%) беморга операциядан олдинги текшириш жараёнида ЖЦ ташҳиси қўйилган, ултратовуш текширувидан ташқари эластометрия ва МРПХГ ёрдамида (бу назорат гуруҳидаги беморларга нисбатан 2 барабар кўп) ва фақат 8 (15,5%) беморда операция амалиёти вақтида аниқланган (МРПХГ қайсидир сабабларга кўра бажарилмаган).

#### 4 - жадвал

#### Назорат гуруҳининг операция қилинган беморларида операциядан кейинги асоратларнинг тузилиши (n=50)

Операциядан кейинги асоратлар	Миқдори	Вафот этди
Операциядан кейинги жигар етишмовчилиги, жигар-буйрак етишмовчилиги. ПОЕ.	10 (20%)	3 (6%)
Варикоз кенгайган қизилўнғач веналардан қон кетиш	2 (4%)	1 (2%)
Дренажлар орқали ЎП ўрнидан қон кетиши ва ўт чиқиши (жигар ости соҳа гематомаси)	5 (10%)	-
Операциядан кейинги жароҳатдан қон кетиши ТХЭК	1 (2%)	-
Операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши	6 (12%)	-
Эвентрация	2 (4%)	-
Жами	26 (52%)	4 (8%)

Изоҳ: жадвалда меъёрга нисбатан ишончли маълумотлар кўрсатилган - ( $P < 0.05$ )

Юқорида айтиб ўтилганидек, ЖЦ билан ЎТХ да жарроҳлик тактикаси бемор учун мавжуд бўлган кўплаб омилларга боғлиқ бўлган ва назорат гуруҳидаги беморларда аниқланган операция вақтдаги ва операциядан кейинги асоратлар ҳисобга олинган. Клиникада ЖЦ фонида ЎТХ бўлган беморларда жарроҳлик даволаш усулини танлаш учун объектив мезонларни ишлаб чиқилган ва синовдан ўтказилган (5-жадвал).

Ремаксол 5 кунлик курс сифатида 400 мл дан кунига 1 марта бир дақиқада 70-80 мл томчи минут миқдорида юборилган. Глутатион 1,2-2,4 г да 0,9% физиологик эритмада вена ичига томчилатиб 5-7 кун давомида юборилган.

Қўлланилган тактиканинг асосий ғояси беморларни иложи борича

компенсацияланган ҳолатда операция қилиш ва прогрессив яллиғланиш жараёнларини тўхтатгандан сўнг миниинвазив усуллардан (ЛХЭК) фойдаланиш бўлган.

Асосий гуруҳдаги беморларда ЛХЭК 22(43%) ва 2(3,9%) беморда мирилапаратом ХЭК амалга оширилган. Жарроҳлик учун аниқ кўрсатмаларга эга бўлган бир қатор беморлар кейинги текширувни (МРПХГ), мутахассислар, эндоскопистлар билан маслаҳатлашишни, операциядан олдин тайёргарлик ва декомпенсацияланган жигар патологиясини коррекция қилишни талаб қилган. Ушбу тайёргарлик кўпи билан 5-6 кун давом этган. ЖЦ фонида ЎТХнинг МС асоратларида биринчи босқичда ўт йўллари декомпрессияси учун 15 беморларда ЭРПХГ ва ЭПСТ, ЛЭ бажарилган ва кейин шошилиш операциялар амалга оширилган. Барча операциялар лапароскопик усулда ва гемостатик мақсадида гармоник диссектордан қўлланилган.

Назорат гуруҳидаги асоратларни ҳисобга олган ҳолда (ЎП ўрнидан қон кетишлар ва дренаж найлардан қон чиқиши), одатдаги биполяр диссекторлар ўрнига ушбу беморларда операция жараёнида, ультратовушли гармоник диссектордан фойдаланилган.

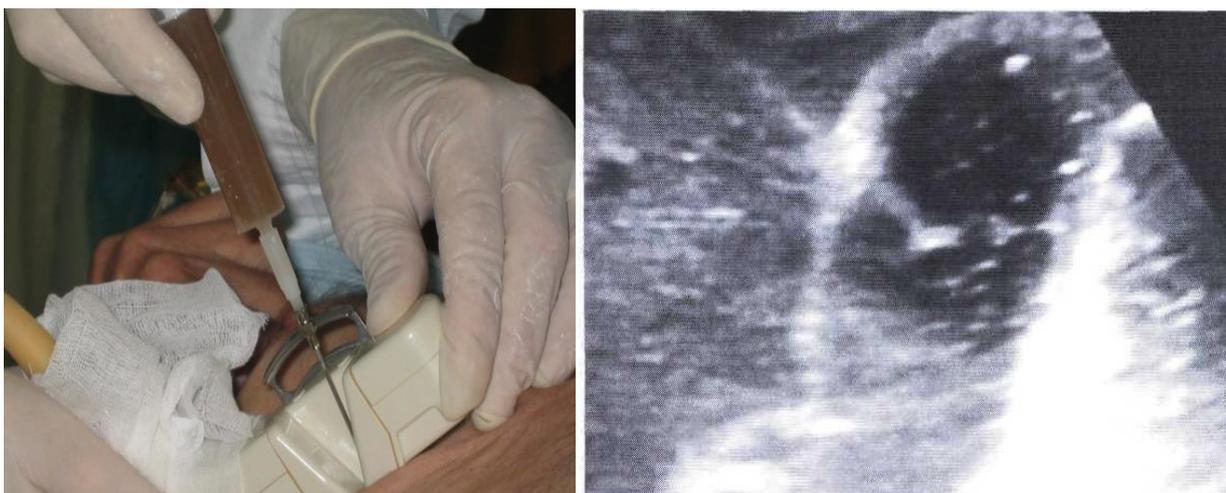
#### 5-жадвал

#### Асосий гуруҳдаги ЖЦ ва асоратлар фонида ЎТХни жарроҳлик даволаш усулларини танлашнинг объектив мезонлари (n=51)

Мезонлари	Лап ХЭК	Мини ТХЭК	ЎП пункцияси ва кейинги ЛХЭК
ЎТХ+ЖЦ (n =24)	22	2	-
ЎТХ+СГ+МС (n =12)	2	-	ЭРХПГ, ЭПСТ, ЛЭ
ЎТХ+ЖЦ+МС (n=3)	3	-	ЭРХПГ, ЭПСТ, ЛЭ
ЎТХ+ЖЦ + МС (n=4)	4	-	ЭРХПГ, ЭПСТ, ЛЭ
ЎТХ+ЖЦ+декомпенсация (n=4)	4	-	ТЖЎПП УЗИ назорат остида
ЎТХ+ЖЦ+ декомпенсация + перитонит (n=4)	2	2	ТЖЎПП УЗИ назорат остида
Жами	7	4	
Жигарнинг функционал ҳолати Чайлд-Пью бўйича			
А синф	0	-	
Б синф	7	-	
С синф	11	5	

Асосий гуруҳ беморларида ЖЦ фонида ЎТХ МС билан асоратланган беморларда, гипербилирубинемия ва жигар етишмовчилигини коррекция қилиш зарурати бўлганида, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим даражасини пасайтириш мақсадида эндоскопик декомпрессия (ЭРПХГ,

ЭПСТ, ЛЭ) амалга оширилган ва кейин 2-3 кун ичида ЎП декомпрессия қилиш мақсадида ТЖЎПП бажарилган.



**1-расм. Ўт пуфагидан йирингли таркибни аспирация қилиш**

Операциядан олдинги тайёргарлик фонида умумий ўт йўли ва ЎП ни декомпрессия қилиш учун ЭРПХГ, ЭПСТ ЛЭ, ТЖЎПП, ТЖЎПС усулларидан фойдаланилган.(1.расм) Иккинчи босқичда, аксарият асосан 47(92%) беморда ЛХЭК амалга оширилган ва фақатгина 4 (8%) ҳолатда минилапаратом ХЭК ўтказилган, улардан 2 (4%) таси конверсиядан кейин бажарилган (6-жадвал). Зудлик билан бажарилган операциялар - 24(47%) ҳолатда, 4(7,7%) да шошилич операциялар ва 23(45,2%) ҳолларда кечиктирилган операциялар юқорида тавсия этилган жараёнлар ва операциядан олдинги чоралардан кейин амалга оширилган.

#### **6-жадвал**

#### **Асосий гуруҳдаги жарроҳлик аралашувларнинг тузилиши**

Операция тури	ТХЭК	ЛХЭК	Жами
Зудлик	2	22	24 (47,1%)
Шошилич	2 (конверсиядан кейин)	2	4 (7,7%)
Кечиктирилган	-	23	23 (45,2%)
Жами	4	47	51 (100%)

*Изоҳ: жадвалда меъёрга нисбатан ишончли маълумотлар кўрсатилган - (P < 0.05)*

Асоратларнинг асосий гуруҳидан (n=51) операциядан кейинги энцефалопатия 2(3,9%) ҳолатда, 1 (2%) беморда ўпка артерияси тромбоемболияси (ЎАТЭ) дан кейинги летал ҳолат кузатилган.

Асосий гуруҳда ультратовуш назорати бўйича 8 (15,6%) беморда ТЖЎПП ва ТЖЎПС бажарилган. ЎТХ+ЖЦ+декомпенсацияси (ФС Чалйд-Пью С) бўлган 4 беморда консерватив даво самарасиз бўлсада, ультратовуш навигацияси остида ТЖЎПП ўтказилган. Бундан ташқари, ЎТХ+ЖЦ+чегараланган перитонит билан оғриган 4 бемор ультратовуш назорати остида ТЖЎПС амалиёти ўтказилган.

Пункциядан сўнг, беморларда оғриқнинг кескин камайиши кузатилган,

8 беморнинг 4 тасида пункциянинг етарли бўлмаганлиги сабабли, ЎП стома дренаж «Pig-tail» ўрнатилган.

Ўт пуфаги таркибининг ўт суюқлиги ранги, консистенцияси, йирингнинг табиати ва ҳиди билан баҳоланган.

Ультратовуш назорати остида ТЖЎПП ва ТЖЎПС ўтказилгандан сўнг, иккинчи босқич 2 беморда ЛХЭК операциялари бажарилган. Техник қийинчиликлар ва қорин бўшлиғини етарли даражада санация қилиш кераклиги сабабли 2 беморда холецистэктомия минилапаротомиядан конверсия сифатида амалга оширилган.

Асосий гуруҳдаги барча аралашувлар натижаси яхшиланиши учун Aloka 500 ультратовуш аппарати (Япония), «Stenoskor» (General Electric) ва кислород таъминоти билан жиҳозланган рентген қурилма остида операцион хонада амалга оширилган. "COOK" (АҚШ) компаниясининг асбобларидан фойдаланилган: диаметри 18 G бўлган нотравматик ЧИБА игналари, турли хил модификациялар ва каттиклик даражалари билан ўралган металл ўтказгичлар; диаметри 8-10 Fr бўлган ултраташ ташқи дренажлар дистал фиксацияли, Flexi-Tip икки бўшлиқли баллон катетери ишлатилган.

Асосий ва назорат гуруҳларида СЖДК фониди ЎТХ ривожланган беморларни комплекс даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатганки, биз таклиф қилган операциядан олдинги тайёргарлик схемасидан фойдаланган ҳолда ва уни замонавий ташҳисот, даволаш воситаларни қўллаган ҳолда комплекс жарроҳлик даволашнинг маълум афзалликларини аниқлашга имкон берган.

Операциядан олдинги комплекс даволашда Ремаксол ва Глутатиондан фойдаланиш, анъанавий даволаш усулларини қўллаш билан бирга жигар патологиясининг ривожланиш хавфини, жигар – ҳужайра етишмовчилигини ривожланишини камайтириши мумкин.

Назорат гуруҳи беморларида ўт пуфаги ўрнидан қорин бўшлиғи қон кетиши 5 беморда, жигар етишмовчилигининг кучайиб бориши 10(20%) беморда кузатилган. Шундан 3(6%) бемор жигар етишмовчилигининг кучайиши билан вафот этган.

Назорат гуруҳидаги беморларда операциядан кейинги даврда, ЖЦ бўлган ЎТХ перитонит асорати бор беморларда, ТХЭКдан кейин ўлим кўрсаткичи 3 ҳолатда қайд этилган.

**7-жадвал**

**Назорат ва асосий гуруҳлардаги жарроҳлик аралашувларнинг структураси**

Операцион	назорат гуруҳининг тури (n=50)		асосий гуруҳ (n=51)	
	ТХЭК	ЛХЭК	ТХЭК	ЛХЭК
Зудлик билан	6	23	2	22
Шошилиш	5	10	2 (конверсиядан кейин)	2

Кечиктирилган	3	3-23	-	23
Жами	14	36	4	47

Ўлим сабаби 3(6%) беморларда буйрак-жигар етишмовчилиги ва ПОЕ билан асоратланган жигар етишмовчилигининг ривожланиши 3(6%), 1 беморда ҚВВК дан массив қон кетиш сабаби аниқланган. Ушбу беморларда зудлик билан операциялар бажарилган. Асосий гуруҳдаги беморларда 1 та ўлим ҳолати яъни ЎАТЭ сидан юзага келган. Асосий гуруҳ беморларида операциядан кейинги даврда асоратларнинг 2 ҳолатида жигар етишмовчилиги ривожланган.

Асосий гуруҳнинг 12 (23,5%) беморида операциядан олдинги даврда дезинтоксикацион, антиоксидант, гепатопротектор давони ўтказиш билан бир қаторда, УТТ назорат остида маҳаллий оғриқсизлантириш орқали ЎП ни декомпрессия қилиш ва беморларда оғриқ ва умумий аҳволини яхшилаш мақсадида ТЖЎПП, ТЖЎПС амалиётлари ва ЛХЭК операцияси вақтида ва операциядан сўнг ЎП ўрнидан қон кетишларни олдини олиш мақсадида ультратовуш гармоник диссекторлардан фойдаланилди. (2.расм)



**2-расм. ЛХЭК учун ультратовуш гармоник диссекторидан фойдаланиш.**

Назорат гуруҳидаги беморларда зудлик билан ТХЭК бажарилгандан сўнг 4(5%) бемор вафот этган. Асосий гуруҳда эса 1 та ўлим ЎАТЭ дан кейин ривожланган.

Кузатувларнинг чуқур ва кенг қамровли батафсил таҳлили (n=51) шуни кўрсатдики, ЖЦ фонида ЎТХ билан касалланган беморларда операциялар учун умумий бўлган баъзи хусусиятларни аниқлашга имкон берган. Бу биринчи навбатда, жигар ости соҳаси тўқималарининг тўлақонли бўлиб, одатдаги тарзда етарли гемостазга эришиш жуда қийин бўлади.

Шундай қилиб, анъанавий жарроҳлик аралашувлар ЎТХ ва ЖЦ билан оғриган беморларда операция вақтидаги ва операциядан кейинги асоратларнинг юқори хавфи билан боғлиқ. Ультратовуш назорати остида ўтказиладиган ЎП декомпрессияси ва санацияси нисбатан қулайлиги, кам травматиклиги ва арзонлиги билан характерланади. Бундай ҳолатларда ультратовуш назорати остида миниинвазив аралашувлардан фойдаланиш, беморларни қулайроқ шароитларда, кечиктирилган ҳолда операция қилиш имконини берган. Миниинвазив усуллардан фойдаланиш даволашда муҳим

Ўрин эгаллаб, леталликни камайтиради.

## ХУЛОСАЛАР

1. Текшириш режасига МРПХГ киритилиши, асосий гуруҳдаги беморларда операциядан олдинги даврда 3 баробар кўпроқ жигардаги ўзгаришларни аниқлади ва операциядан олдинги тайёргарликни режалаштиришга имкон яратди. ЎТТда илгари аниқланмаган, 22(23%) беморда ўт йўлларида ўт тошлари аниқланди. Шунингдек, асосий гуруҳда ЎТХ бўйича гепатомегалия 12 (23,5%), МРПХГ 32(62,7%), спленомегалия - 10 (20%), МРПХГ 51 (100%) да аниқланди.

2. Беморларнинг операциядан олдинги тайёргарлигининг етарлича олиб борилмаганлиги, жарроҳлик аралашув ҳажмининг кенгайиши, операциядан кейинги даврда оғир асоратларга олиб келиб, ўлим кўрсаткичини юқори қилади. Шу муносабат билан Ремаксол ва Глутатионни комплекс даволашга киритиш беморларда 5-6 кундан кейин сезиларли ижобий таъсир кўрсатди.

3. Назорат гуруҳида зудлик билан операция қилинганларнинг 57% ташкил қилди, бу шошилиш ва кечиктирилган даврга қараганда кўпроқ ва 28% ҳолларда ТХЭК бажарилган. Шу сабабли, ЎП тўшагидан қон кетиш, жароҳатнинг йиринглаши, эвентрация, операциядан кейинги жигар етишмовчилигининг ривожланиши шаклида асоратлар қайд этилди, бу 56% ни ташкил этди.

4. ЖЦ фонида ЎТХ бўлган беморларда жарроҳлик аралашувлари, қон кетишининг қўпайиши туфайли техник қийинчиликлар кузатилди. Назорат гуруҳидаги ЎП ўрнидан қон кетиши қайд этилган. Асосий гуруҳдаги беморларда ушбу асоратларнинг олдини олиш мақсадида ультратовушли диссектор гармоникадан фойдаланганда бу асоратлар кузатилмади.

5. ЖЦ фонида кечаётган ЎТХ асоратларидан бўлган МС ва деструктив холецистит, чегараланган перитонитда, жарроҳлик даволаш усули, икки босқичли даволаш тактикасини қўллашни ўз ичига олади. Биринчи этапда ультратовуш назорати остида ЎП декомпрессияси ТЖЎПП ва ТЖЎПС аралашувлари ёрдамида ҳамда эндоскопик декомпрессиялар, беморларга кечиктирилган тарзда операцияни ўтказишга имкон берди. Бунда ўлимни 4 (8%) дан 1(2%) гача ва операциядан кейинги асоратлар сонини 56% дан 8% гача камайтириш учун дифференцирланган жарроҳлик тактикаси тамойиллари ишлаб чиқилган.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.04.2022.Tib.93. 01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ  
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

---

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**САИДОВ ИКРОМ КОКИЛОВИЧ**

**ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ  
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

**14.00.27 – Хирургия**

**Автореферат  
диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам**

**Бухара – 2023**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №B2021.4.PhD/Tib2304.**

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте .

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) на сайте Научного совета ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

**Научные руководители**

**Ураков Шухрат Тухтаевич**

доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты**

**Хамдамов Бахтиёр Зарифович**

доктор медицинских наук, профессор

**Акбаров Миршавкат Миралимович**

доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация**

**Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М.Гранова  
(Российская Федерация)**

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 года в \_\_\_\_\_ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 по присуждению ученых степеней при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200118, г. Бухара, ул. А.Навои, дом 1. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за № \_\_\_\_). Адрес: 200118, г. Бухара, проспект А.Навои, дом 1. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50.

Автореферат диссертации разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 года.

(реестр протокола рассылки № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2023 года).

**А.Ш. Иноятов**

Председатель разового научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Н.Н.Казакова**

Ученый секретарь Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор философии (PhD) по медицинским наукам, доцент

**Б.З.Хамдамов**

Заместитель председателя научного семинара при научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** В мире вплоть до настоящего времени желчекаменная болезнь (ЖКБ) и ее осложнение холедохолитиаз занимают ведущее место среди заболеваний гепатобилиарной системы. Некоторые проблемные состояния, связанные с «...острым холециститом и камнями в желчном пузыре, например, камни, застрявшие в общих желчных протоках, холангит и острый панкреатит, являются широко распространенными в повседневной практике...»<sup>1</sup>. Хронические диффузные заболевания печени (ХДЗП) являясь одним из наиболее распространенных заболеваний в настоящее время, описывает не только состояние хронической дисфункции печени, но и оказывает системное воздействие на больных. Несколько предрасполагающих факторов у лиц с ХДЗП, в том числе изменения желчных кислот в составе желчи, повышенное нуклеации желчи, снижение подвижности желчного пузыря, способствуют образованию желчных камней и симптоматического холелитиаза. Это, в свою очередь, увеличивает количество показаний к оперативному лечению.

В мировой медицине сегодня холелитиаз встречается в 4-5,5 раза чаще у больных с первичной патологией печени, чем у больных с сохранной функцией печени. Это связано с нарушением синтеза литогенной желчи, нарушением двигательной функции желчного пузыря и желчевыводящих путей. Вместе с тем, длительное наличие ЖКБ, особенно при наличии холедохолитиаза и гипертензии желчевыводящих путей, может вызывать диффузное поражение печени, а эти состояния приводят к более высокому риску развития печеночной недостаточности в послеоперационном периоде. Подчеркивается, что «...на фоне наличия ХДЗП хирургические вмешательства на желчном пузыре и желчевыводящих путях технически сложны...»<sup>2</sup>. На основании вышеизложенного указывается на актуальность проблемы раннего выявления ХДЗП до развития осложнений у этих больных, что в свою очередь требует стимуляции репаративной регенерации печени, применения гепатотропных и антиоксидантных препаратов при наличии показаний.

В нашей республике большое внимание уделяется развитию медицинской сферы, а также соответствию медицинской системы требованиям мировых стандартов, в частности ранней диагностике, лечению и профилактике осложнений хирургических заболеваний. Такие задачи, как «...повышение эффективности, качества и удобства оказания медицинской помощи в нашей стране, а также внедрение высокотехнологичных методов ранней диагностики и лечения заболеваний, создание патронажных служб, поддержка здорового образа жизни и профилактика заболеваний...»<sup>3</sup> значительно снижают

---

<sup>1</sup> Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятов А.В., Ураков Ш.Т. Особенности течения, клинических проявлений и тактики хирургического лечения осложненной желчнокаменной болезни при циррозе печени // *Анналы хирургии.* - 2018. - № 2. - С. 68 - 70.

<sup>2</sup> Копылов В.В. и др. Оценка эффективности различных вариантов хирургической тактики при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста с позиций изучения отдаленных результатов // *В мире научных открытий.* 2019 № 7 (67). С. 44-59.

<sup>3</sup> Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № УП-60 «О Новой Стратегии развития Республики Узбекистан на 2022-2026 годы»

инвалидность и смертность от осложнений заболевания, ранняя и достоверная диагностика и лечение заболеваний, и разработка профилактических мероприятий, создание современной хирургической школы, использование исследования методов лечения, улучшает качество жизни населения за счет повышения работоспособности.

В связи с этим, в 56-й цели 4-части 7 приоритетных направлений, обозначенных в стратегии развития страны на 2022-2026 годы определены задачи по «...охране здоровья населения, повышению потенциала медицинских работников и реализации комплекса мер, направленных на реализацию программы развития системы здравоохранения на 2022-2023годы...»

Исходя из этого данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указами Президента Республики Узбекистан от 12 ноября 2020 года УП-6110 «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», УП-60 от 28 января 2022 года «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы» в Постановлениях ПП-4887 от 10 ноября 2020 года за «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения» и ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий в республике.** Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** Рост заболеваемости ЖКБ сопровождается ростом ее осложнений (Андреев Г.Н. и соавт., 2018, Chang-Hwan, P. 2020). Существуют противоречивые мнения о влиянии неосложненных ЖКБ на развитие гепатобилиарных морфологических заболеваний. Некоторые авторы находят структурные изменения в печени у всех больных с ЖКБ, другие подчеркивают, что холангит возникает за счет холестаза. Большинство авторов подчеркивают прогрессирующее развитие патологических процессов в печени после холецистэктомии (N.Gulla et al. 2021). Авторы подтверждают, что у всех больных с ЖКБ развивается хронический гепатит (Р.Б. Мумладзе и соавт., 2019).

В большинстве случаев в патологический процесс при ЖКБ вовлекается паренхима печени, внутрипеченочные и внепеченочные желчные протоки, что в свою очередь может приводить к развитию неспецифического реактивного гепатита, который сопровождается нарушением физического и химического состава желчи, при холестатических и цирротических изменениях, их нарастании, прослеживается корреляция с длительностью и обострением

основного заболевания (Емельянов С.И. и соавт., 2020, О.Г. Коновалова и соавт., 2021). Большинство авторов предполагают нарушение ультраструктуры гепатоцитов как патогенетический фактор формирования камня (Ю.Л. Шевченко и соавт., 2018).

Анатомическое и физиологическое взаимодействие желчного пузыря и печени приводит к вовлечению их в патологический процесс. По мнению исследователей, морфологические изменения в печени наблюдаются у 91-92% больных с ЖКБ. Морфологические исследования больных с хроническими заболеваниями печени показывают, что у 25-50% больных встречается жировая дистрофия печени, у 18-27,3% - персистирующий гепатит, у 14,3-15,6% - их смешанная дистрофия (О.Г. Коновалова и соавт., 2021). Воспалительные, фиброзные и дегенеративные изменения выявляются у 88% больных, а частота билиарного цирроза может достигать 4% (Б.К.Шуркалин и др., 2019).

Следует отметить, что длительное развитие ЖКБ, развитие его сложных форм и наличие морфологических изменений в печени оказывают существенное неблагоприятное влияние на результаты хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста. По данным многих исследователей послеоперационная летальность в этой группе больных составляет 18,5-20%, у больных без патологии печени встречается на уровне 0,9-1,3% (Б.К.Шуркалин и соавт., 2022).

Несмотря на большие успехи эндовидеохирургии в лечении острого и хронического каменного холецистита, многие авторы выделяют такие осложненные ситуации, как солидный инфильтрат, рубцовый желчный пузырь, холецистохоледохеальные и холецистодигестивные свищи, цирроз печени и др. (Ерамишанцев А.К., и соавт., 2020, N Gupta, et al. 2021). Это связано с гораздо более высокой частотой осложнений, что требует отказа от эндовидеохирургии в пользу «открытого» удаления желчного пузыря (П.М. Назаренко и соавт., 2019). Вместе с тем, у этих больных «открытая» холецистэктомия показывает значительно более высокую частоту осложнений и летальных исходов по сравнению с ЛХЭК из-за высокой травматичности «открытого» вмешательства, связанного с травматичностью (Ветшев, П.С., 2018, P-H. Zhou et al., 2019).

Течение послеоперационного периода приводит к непредсказуемым состояниям, особенно у больных хроническими вирусными гепатитами «В», «С» и циррозом печени. Скрытая печеночная недостаточность, характерная для этих заболеваний, усугубляет тяжесть состояния больного и характеризуется высокой послеоперационной летальностью (до 34%) (К. Но Seok et al., 2019, Vanessa L., 2020). Сложное анатомическое строение шейки желчного пузыря, ненадежный гемостаз, высокий риск ятрогении внепеченочных желчных путей, профилактика инфекционного риска медицинских работников во время операции на фоне ХДЗП требуют поиска оптимальных вариантов с целью профилактики интра- и послеоперационных осложнений.

Приведенные выше случаи указывают на важность раннего выявления и диагностики ХДЗП с целью профилактики осложнений, развивающихся после операции, что требует раннего применения гепатотропных препаратов и решения задач проведения оперативных методов лечения с минимальной травмой и минимизацией возможных инвазивных методов.

**Связь темы диссертации с планом научно-исследовательских работ высшего учебного заведения.** Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Бухарского государственного медицинского института (02.2023.PhD.177) «Раннее выявление, диагностика, разработка новых методов лечения и профилактики патологических состояний, влияющих на здоровье населения Бухарского региона в пост-COVID-19 периоде» (2022-2026 гг.).

**Цель исследования** улучшить результаты хирургического лечения острого холецистита, развившегося на фоне хронических диффузных заболеваний печени.

**Задачи исследования** состоят из следующих:

сравнительная оценка результатов хирургического лечения острого каменного холецистита на фоне хронических диффузных заболеваний печени в основной и контрольной группах;

оценка эффективности современных инструментальных методов исследования в диагностике и лечении острого каменного холецистита на фоне хронических диффузных заболеваний печени;

оценка эффективности декомпрессии желчного пузыря под контролем ультразвука у больных острым каменным холециститом на фоне хронических диффузных заболеваний печени;

на основании полученных данных разработать эффективные методы лечения больных острым холециститом, развившимся на фоне хронических диффузных заболеваний печени;

разработка принципов дифференцированной хирургической тактики и определить клиничко-лабораторную эффективность комплексного лечения ремаксолом и глутатионом у больных острым каменным холециститом на фоне хронических диффузных заболеваний печени в послеоперационном периоде;

**Объектом исследования** явились 177 больных, лечившихся с желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом, МЖ и другими осложнениями в отделениях неотложной хирургии и кабинета эндоскопии Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в течение 2015-2022 гг.

**Предметом исследования** явились результаты применения современных малоинвазивных методов диагностики и лечения с инструментально-методической точки зрения при развитии желчекаменной болезни и его осложнений у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени.

**Методы исследования.** Для достижения цели исследования использовались следующие методы исследования: клинические, клиничко-лабораторные, инструментальные ультразвуковое исследование (УТТ),

магнитно-резонансная панкреатохолангиография (МРПХГ), чрескожная печеночная пункция и стомии желчного пузыря (ЧКППЖП, ЧКПСЖП), эзофагофиброгастродуоденоскопия (ЭФГДС), эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), литоэкстракция (ЛЭ).

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

при лечении острого калькулёзного холецистита и его осложнений, развившихся на фоне хронических диффузных заболеваний печени, в частности, функциональных нарушений цирроза печени, применение ЧКППЖП, ЧКПСЖП, применение, отсроченное оперативное лечение у больных в тяжелом состоянии научно обосновано снижением осложнений и летальности.

показано, что при предоперационной подготовке в дополнение к комплексной терапии применение препаратов ремаксолола и глутатиона снижает интраоперационные и послеоперационные осложнения.

включение магнитно-резонансной панкреатохолангиографии (МРПХГ) в план обследования больных с хроническими диффузными заболеваниями печени, особенно с циррозом печени, выявило больше изменений в печени и желчных камней в желчевыводящих путях, которые ранее не выявлялись при ультразвуковом исследовании, т. е. в предоперационном периоде и давала возможность планировать предоперационную подготовку.

практическая значимость результатов исследования объясняется тем, что показан значительный благоприятный эффект лечения отмечен через 5-6 дней после лечения и оказался целесообразным, показано, что применение ультразвуковых гармонических диссекторов при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭК) у пациентов на фоне цирроза печени (ЦП) и портальной гипертензией может предотвратить кровотечение во время и после операции.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

Показано, что при проведенных клинических исследованиях, в результате широкого применения современных инструментальных методов обследования у больных с ОКХ и его осложнениями, позволяют выявить ХДЗП. Раннее выявление ХДЗП позволяет проводить эффективную предоперационную подготовку. Показано, что при распространенном ОКХ и его осложнениях на фоне ХДЗП более широкое использование современных малоинвазивных методов и меньшее применение травматичных «открытых» операций позволяет снизить интраоперационные и послеоперационные осложнения и летальность.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов исследования обосновано теоретическим подходом и методами, использованными в работе, методологической правильностью проведенного исследования, адекватностью количества объектов исследования, использованием клинических, инструментальных (УЗИ, МРПХГ, ЧКППЖП, ЧКПСЖП, ЭФГДС, ЭРПХГ, ЭПСТ, ЛЭ) методов, и методов статистической обработки, а также основано на том, сравнением полученных результатов с

результатами международных и отечественных исследований и подтверждением выводов компетентными органами.

#### **Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования заключается в использовании современных малоинвазивных методов при развитии ОКХ и ее осложнений на фоне ХДЗП, использовании современной аппаратуры для снижения интра- и послеоперационных осложнений и выявлении показаний к ним, включении препаратов Ремаксол и Глутатион в комплексное лечение этих больных с целью восстановления функционального состояния печени при ХДЗП, что объясняется значительным положительным эффектом от проводимого лечения.

Практическая значимость результатов исследования объясняется тем, что показан значительный благоприятный эффект лечения отмечен через 5-6 дней после лечения и оказался целесообразным, показано, что применение ультразвуковых гармонических диссекторов при ЛХЭК у пациентов на фонеи ЦП и портальной гипертензией может предотвратить кровотечение во время и после операции.

**Внедрение результатов исследования.** На основании полученных результатов улучшения результатов хирургического лечения острого холецистита, развившегося на фоне хронических диффузных заболеваний печени:

утверждены методические рекомендации «особенности тактики лапароскопической холецистэктомии у больных циррозом печени», позволившие оказать помощь при лечении тяжелого контингента больных при лечении больных острым холециститом, развившимся на фоне заболеваний ХДЗП и позволило избежать опасных и патогенетически необоснованных оперативных вмешательств (справка Экспертного совета Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али Ибн Сино 23-т/001 от 9 марта 2023 года). Данные методические рекомендации помимо комплексной предоперационной подготовки, при лечении больных острым холециститом, развившимся на фоне заболеваний ХДЗП и его осложнений (МЖ, ограниченный перитонит), использовать двухэтапную тактику лечения с применением декомпрессивных вмешательств под контролем УЗИ, отсроченных оперативных вмешательств, которые позволили снизить количество осложнений и летальных исходов;

Полученные результаты по улучшению результатов хирургического лечения острого холецистита, развившегося на фоне хронических диффузных заболеваний печени, были внедрены в практическое здравоохранение, в частности, в практику Ромитанского районного медицинского объединения, Бухарского районного медицинского объединения (заклучение Экспертного совета Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али Ибн Сино 23-х/005 от 24 марта 2023 года). В результате внедрения с целью профилактики осложнений при лечении больных ОКХ на фоне ХДЗП, введение в комплексное лечение ремаксола и глутатиона, применения малоинвазивных методов декомпрессии желчевыводящих путей и желчного

пузыря с ограниченным перитонитом в остром периоде, позволило уменьшить количество койко-дней и избежать опасные, патогенетически необоснованные оперативные вмешательства.

**Апробация результатов исследования.** Результаты исследования были представлены и обсуждены на 8 научных конференциях, в том числе 4 международных и 4 республиканских научно-практических конференциях.

**Опубликованность результатов исследования.** Всего по теме диссертации опубликовано 16 научных работ, из них 6 журнальных статей, в том числе 4 в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, четырех глав, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 124 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **введении** описываются актуальность и востребованность темы диссертации, цель, задачи, объект и предмет исследования, указано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики Узбекистан, выражается научная новизна исследования и его практические результаты, указана научная и практическая значимость полученных результатов, обоснована достоверность полученных результатов, внедрение результатов в практику, опубликованные научные работы и приведены сведения о структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Этиология, патогенез, диагностика и современное состояние лечения острого калькулезного холецистита у больных с диффузными заболеваниями печени (обзор литературы)»** посвящена этиологии, патогенезу, диагностике и лечению острого калькулезного холецистита на фоне ХДЗП. Подробно описаны хронические диффузные заболевания печени и их причинные факторы, а также причины образования различных видов камней. Раскрыты методы оперативного лечения заболевания и современные технологии, применяемые в хирургии, малоинвазивные методы лечения, рассматриваемые в числе усовершенствованных современных методов лечения заболевания, особенности применения навигационной хирургии в лечении острого холецистита. Обосновано отсутствие конкретных рекомендаций по применению малоинвазивных методов декомпрессии и времени оперативного лечения. Констатируется, что до конца не решены проблемы профилактики предоперационных и послеоперационных осложнений. На основе обзора литературы объясняется то, что многие вопросы остаются дискуссионными в решении этой проблемы и требуют дополнительных исследований.

Вторая глава диссертации под названием **«Материалы и методы исследования»** посвящена материалам и методам исследования. Научная работа проводилась на клинической базе кафедры «Хирургических болезней

и реаниматологии» Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино (I-II отделения неотложной хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП). В контрольную группу был включен ретроспективный анализ 1120 историй болезни, пролеченных по поводу острого калькулезного холецистита (ОКХ) с 2015 по 2019 г. и 82 (7,3%) ОКХ относились к хроническим диффузным заболеваниям печени (ХДЗП), в том числе (ОКХ), хроническим гепатитам (ХГ) и цирроз печени (ЦП). Изучены результаты хирургического лечения больных с ОКХ развившегося на фоне ХДЗП. Основную группу составили 1180 больных, поступивших в течение 2019-2022 гг., госпитализированных с ОКХ и подвергнутых оперативному лечению, из них 95 (8%) больных с целью улучшения результатов лечения больных с ОКХ на фоне ХДЗП были проведены плановые обследования и методы лечения (консервативные и оперативные).

В I – контрольной группе ретроспективно проанализированы истории болезни 82 пациентов с развитым ОКХ на фоне ХДЗП, проанализированы интра- и послеоперационные осложнения, развившиеся на фоне ХДЗП, больным проведено стандартное консервативное лечение и традиционная оперативная холецистэктомия (ТХ) и лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭК).

Во II-основной группе у 95 больных, кроме вышеперечисленных стандартных методик обследования и лечения, по инструкции применяли МРПХГ, гепатопротекторы для профилактики интраоперационных осложнений, применяли малоинвазивные методы лечения и современные ультразвуковые диссекторы гармоника по инструкции.

С целью традиционного консервативного лечения применяли инфузионные, спазмолитические, обезболивающие, антибактериальные препараты.

–детоксикационная терапия (глюкоза 10% + инсулин 4 ед на 1 г глюкозы сухого вещества, 0,9% физиологический раствор, растворы трисолей и другие физиологические растворы, каллоиды) объем не менее - 2000 мл;

– с профилактической целью применяют антибактериальное средство (цефтриаксон 2,0 г/сут + 2,0% лидокаина с 2,0 мл в сутки).

Во II группе помимо традиционных консервативных методов лечения применяли препараты Глутатиона и Ремаксол. При лечении послеоперационных больных внутривенно капельно Ремаксол (ООО НТФФ «ПОЛИСАН») в количестве 400,0 мл в течение 6 дней (общий объем инфузий снижен до 400,0 мл) и 1,2-2,4 г глутатиона внутривенно капельно 1 раз в сутки раствор медленно добавляли по каплям.

Диагноз больных устанавливали на основании анамнеза, клинических данных, лабораторных и инструментальных методов обследования. Пациенты приезжали в отделение по линии скорой помощи, по направлению из поликлиники или на личном автомобиле и госпитализировались.

Основным методом диагностики ОКХ является УЗС, эзофагофиброгастроуденоскопия (ЭФГДС). Согласно стандарту, всем больным по показаниям проводилась МРТ (МРПХГ).

На начальном этапе группы исследования сравнивали по различным клинико-лабораторным и эндоскопическим данным - возрасту, полу, АД, пульсу, гемоглобину, эритроцитам, мочеvine, сахару крови, биохимическим тестам (билирубин, аланин-трансаминаза (АЛТ), аспартат-трансаминаза (АСТ), мочеvine, креатинин, общий белок и альбумин), определяли HBsAg, HBeAg, анти-HBe, анти-HBc-маркеры.

Средний возраст больных I-й группы составил  $45,5 \pm 16,5$  лет, во II группе -  $52,5 \pm 17,2$  года. Средний возраст трех групп наблюдения был одинаковым, статистически значимых различий не выявлено ( $p > 0,05$ ).

В остальных возрастных группах (45-59 лет, 60-89 лет) достоверной разницы между основной и контрольной группами нет ( $p > 0,05$ ). Определены основные биохимические синдромы вирусных гепатитов и показатели ассоциированных с ними маркеров (в частности, HBV, HCV, HDV).

У всех обследованных пациентов исследование УТС изучали методами ультразвуковой сонографии и доплерографии с использованием «Sonoline Vera Pro» «Siemens» (Германия) и «Echo Camera SSD-680» Aloka (Япония) с конвексным датчиком 3,5 МГц. В ряде случаев магнитно-резонансная томография (МРТ) выполнялась на аппарате третьего поколения ST-MAX 640 производства «Дженерал Электрик» (США) при развитии ОКХ на фоне СЖДК и дифференциальной диагностике с другими заболеваниями гепатобилиарной системы.

Выполнена фиброгастроудоденоскопия (фиброгастроудоденоскоп фирмы «ОЛИМПУС», Япония) для определения наличия варикозно расширенных вен пищевода и степени их расширения. Варикозное расширение вен пищевода позднее классифицировался по Шерцингер А.Г. соответствующим образом. В начале использовался фибродуоденоскоп PENTAX-34K, а с 2020 года видеодуоденоскоп японского производства «FUJINON».

Обработку результатов исследования проводили статистическими методами с определением относительных показателей, средних значений: среднего арифметического (M), среднего ( $m \pm$ ) и стандартной ошибки медиан, 25 и 75 процентов, уровня значимости доверительного интервала было 0,05. По t-критерию проверяли статистическую значимость различий средних значений и относительных значений основной и двух контрольных групп. Различия считались достоверными, если уровень значимости доверительного интервала был меньше 0,05 ( $p < 0,05$ ) и 0,01 ( $p < 0,01$ ). Критерий Вилкоксона (с 6 и более переменными) использовался для проверки однородности основной и контрольной групп. Сравнительный анализ переменных проводили с помощью непараметрического критерия Уилкоксона-Манна-Уитни. Коэффициент линейной корреляции (r) использовался для определения степени случайности между переменными в небольшой выборке.

В третьей главе диссертации под названием **«Клинико - биохимическая характеристика функционального состояния печени у больных острым калькулезным холециститом (ОКХ) на фоне хронических диффузных заболеваний печени»** описана клиническая характеристика больных с хроническими диффузными заболеваниями печени считающихся фоновым

заболеванием, описаны результаты эндоскопического исследования при ОКХ, представлены результаты клинической характеристики больных с острым калькулезным холециститом. Представлено подробное описание результатов ультразвукового исследования острого холецистита при хронических диффузных заболеваниях печени, исследования кровотока в печени у больных, а также результатов магнитно-резонансной томографии в ОКХ на фоне диффузных заболеваний печени.

Наблюдались 95 пациентов контрольной группы с ОКХ на фоне ХДЗП. По функциональному состоянию печени; класс А по Чайлд-Пью, составил 51 или 53,7%, класс В составлял 30 или 35,6% и класс С составил -14 или 14,7%.

При подробном сборе анамнеза больных основной группы было выявлено, что: 59 (62%) из 95 (100%) больных ранее болели острым вирусным гепатитом (ОВГ), 20 (21,6%) больных имели в анамнезе переливания компонентов крови, малых оперативных инвазивных вмешательств, стало известно, что 16 (16,4%) человек имели длительное употребление алкоголя.

При развитии ОКХ на фоне хронического гепатита (ХГ) в анализах крови выявлено повышение активности аминотрансфераз в среднем до 3 раз, достаточное повышение показателей билирубина, признаки диспротеинемии в белковом синтезе печени. Остальные показатели функции печени достоверно не отличались от нормы.

При проведении общего анализа эритроцитов результаты анализа были следующими, в основной группе больных ОКХ показатели эритроцитов и гемостаза в сочетании с ХГ были ближе к норме (гемоглобин  $100,2 \pm 4,0$ ; эритроциты  $3,5 \pm 0,2$ ). Достоверные изменения этих показателей произошли у больных, у которых развился ОКХ на фоне ЦП. Так, у этих больных снизилось количество эритроцитов ( $2,8 \pm 1012/л$ ) и уровень гемоглобина ( $93,4 \pm 3,0$  г/л). При ретроспективном (контрольная) анализе истории болезни были обнаружены такие же изменения эритроцитов. При анализе лейкоцитов в общих показателях крови отмечен сдвиг в сторону лейкоцитоза, так как воспалительный процесс при ЖП стал причиной развития осложнений, он увеличился с  $8,5 \pm 0,5$  до  $10,2 \pm 0,8$  в основной группе, аналогичные показатели в контрольной группа также наблюдалась у больных этой группы. Тромбоцитопения наблюдалась в обеих группах с нарушением функции печени, что клинически проявлялось появлением тромбов и кровоподтеков на коже.

Из 50 пациентов с ЦП в контрольной группе у 3 пациентов с ЦП был класс А по Чайлд-Пью, у 26 пациентов с субкомпенсированным ЦП по Чайлд-Пью класс «В» и у 21 пациента с декомпенсированным ЦП с распространенным цирротическим процессом был С класс по Чайльд Пью.

Установлено, что симптомы боли в эпигастрии и под правой грудной клеткой встречались в 100% случаев в обеих группах, слабость и снижение аппетита - в I и II группах - 76 (92,7%) и 82 (86,3%), соответственно; тошнота, рвота и диспепсия - 78 (95%) и 82 (86,3); желтуха-8 (9,7%) и 15 (15,8%); кожный зуд и желтуха 3(3,6%) и 3(3,6%); напряжение в правом подреберье отмечено в 28 (34%) и 32 (33,6%) случаях; воспалительные явления брюшины, связанные с деструктивными изменениями, отмечены в 8 (9,7%) и 12 (12,6%)

случаях; спленомегалия выявлена у 35 (42,7%) и 65 (68,4%) при УЗИ; Гепатомегалия выявлена в 56 (68,3%) и 48 (50,5%) случаях. Остальные общие симптомы имели незначительные клинические характеристики и частоту.

Следует отметить, что в обеих группах у 7 (8,5%) и 9 (9,5%) пациентов отмечались симптомы кровоподтеков на коже, что свидетельствует о нарушении функции печени, связанной с ХДЗП. Более 70% больных, поступивших в хирургический стационар с анамнезом, отрицали наличие заболевания печени.

При ретроспективном анализе истории больных контрольной группы только 10 (20%) из 50 больных знали о наличии у них ЦП, у 13 (26%) больных ЦП был диагностирован до операции после ультразвукового исследования и у 27 (56%) больных ЦП был диагностирован во время операции.

Из анамнеза больных основной группы было известно, что только 12 (23,5%) из 51 больного с ЦП знали о наличии у них ЦП, у остальных больных МРПХГ был диагностирован до операции у 31 (61%) операции и только 8 (15,5%) были выявлены во время операции.

Высокая частота выявления ЦП у больных основной группы определялась при дополнительном проведении МРПХГ-обследования пациентам в дополнение к УЗИ. У 22 (23%) больных были обнаружены желчные камни в желчных путях, которые ранее не выявлялись при ультразвуковом исследовании.

При оценке анализов крови: снижение уровня гемоглобина и эритроцитов у больных с ЦП, функциональные нарушения печени, наличие менее выраженной диспротеинемии по Чайлд-Пью «А» и «В» классов, снижение по этим показателям был более выражен в классе «С» по Чайлд-Пью. Выявлено повышение билирубина, трансаминаз, тимоловых тестов с диспротеинемией, снижение тромботеста и протромбинового индекса.

Проведение и заключение УЗИ и МРПХГ у больных I и II групп: гепатомегалия у 28 и 32 больных, спленомегалия у 32 и 52 больных соответственно. ФГДС-ВРВП диагностирован у 22 и 28 пациентов соответственно.

В табл. 1 представлена клиническая характеристика больных, у которых развился ОКХ на фоне ЦП. В таблицу не включены данные о течении ОКХ на фоне ХГ и течении без осложнений.

**Таблица 1.**

**Клинические особенности и осложнения у больных ОКХ на фоне ЦП**

Клинические формы и осложнения ОКХ	I-контрольная группа (n=50)	II-основная группа (n=51)
ОКХ+ЦП	24(48%)	28(55%)
ОКХ + ХГ+МЖ	8(16%)	12(23%)
ОКХ + ЦП + МЖ	7(14%)	3(6%)
ОКХ + ЦП+МЖ + компенсация	5(10%)	4(8%)
ОКХ+ЦП+декомпенсация+перитонит	6(12%)	4(8%)
Всего	50(100%)	51(100%)

*Примечание: в таблице приведены достоверные данные относительно нормы - ( $P < 0.05$ )*

Всем 50 (100%) больным контрольной группы было проведено комплексное ультразвуковое исследование, которое показало, что у всех больных были признаки желчнокаменной болезни, одиночные и множественные желчные камни разных размеров, утолщение стенок ЖП, удвоение контуров, скопление жидкости вокруг камней, наличие темной желчи и гноя в ЖП.

По результатам УЗИ у 10 (20%) больных этой группы выявлено увеличение печени (правая доля  $15,3 \pm 0,5$  см, левая доля  $8,2 \pm 0,5$  см) и отмечено в заключении. Спленомегалия выявлена у 10 больных. Также из 15 больных МЖ только у 5 (10%) отмечалось расширение гепатикохоледоха и наличие камней в желчном пузыре, внутривнутрипеченочные протоки не были расширены.

У 19 (37%) больных этой группы наблюдалась желтушность кожи склер и видимых слизистых оболочках. Кожный зуд наблюдался в 3 случаях.

У 51 (100%) всех больных основной группы при ультразвуковом исследовании ОКХ выявлен клинический перитонит, скопление жидкости в подпеченочной области, утолщение стенки ЖП, двоение, множество камней разного размера. В этой группе наиболее тяжелыми были 4 (8%) больных с ОКХ+ЦП+МЖ+декомпенсация и 4 (8%) больных с ОКХ+ЦП+декомпенсация+ограниченный перитонит. Тяжесть состояния больных была связана с симптомами основного заболевания ОКХ и развитием печеночной недостаточности, наличием МЖ и ЦП.

Если в контрольной группе 10 (20%) пациентов знали о ЦП при поступлении, то ЦП выявляли в 13 (26%) случаях после УЗИ и в 27 (56%) случаях во время операции.

МРПХГ-обследование больных основной группы дало следующие результаты. В основной группе о наличии ЦП знали 12 (23,5%) больных, при предоперационном обследовании диагноз МРПХГ был установлен у 31 (61%) пациента, что в 3 раза больше, чем в контрольной группе, и у 8 (15,5%) пациентов ЦП был диагностирован во время операции.

Таким образом, использование УЗИ в диагностике состояния паренхимы печени, гепатикохоледоха и наличия желчных конкрементов во внутривнутрипеченочных желчных протоках у больных ОКХ на фоне ЦП было признано недостаточным. Холедохолитиаз был выявлен у 19 (37%) пациентов с применением МРПХГ в основной группе и у 5 (10%) пациентов в контрольной группе. Также в основной группе гепатомегалия выявлена у 12 (23,5%), МРПХГ у 32 (62,7%), спленомегалия у 10 (20%) больных и после МРПХГ у 51 (100%) больного.

Всем больным основной группы выполнена ЭФГДС. В контрольной группе больных ЭФГДС была выполнена только 5 (10%) пациентам в связи с отсутствием планирования этих исследований.

Так, у 3 (5,8%) больных был варикоз пищевода I степени (1-2 мм), у 28 (55%) больных - II степени (диаметром от 2 до 5 мм) и у 20 (39,2%) больных с варикозным расширением вен пищевода III степени (диаметром более 5 мм) (табл. 2).

При обследовании больных с распространенной ОКХ на фоне ХДЗП комплексное ультразвуковое исследование проводилось всем пациентам контрольной группы (n=82) и основной группы (n=95). Ультразвуковое исследование выявило наличие камней и желчных протоков как в желчном пузыре, так и вне печени.

При УЗИ выявлен холедохолитиаз только у 7 (36,8%) из 19 (37%) больных с желтухой и значительным расширением внутрипеченочных желчных протоков. У остальных больных внутрипеченочные желчные протоки не были расширены, что свидетельствует о цирротических изменениях паренхимы печени.

**Таблица 2.**

**Распределение ВРВП по А.Г. Шерцингеру у больных ОКХ, развившихся на фоне ЦП, в основной группе**

ВРВП степень	количество больных	%
I-степень	3	5,8
II-степень	28	55
III-степень	20	39,2
Всего	51	100

В основной группе наиболее тяжелыми были 4(8%) больных с ОКХ+ЦП+МЖ+декомпенсация и 4(8%) больных с осложнением ОКХ+ЦП+декомпенсация+ограниченный перитонит. УЗИ этих пациентов показало много камней, утолщение стенки, скопление жидкости вокруг стенки.

ЭХО картина ХГ выявлена у 76 (43%) из 177 больных в обеих группах. В то же время у больных структура паренхимы печени неодинакова, а чередуется с четко развитыми или менее развитыми очагами воспаления и неизменными участками паренхимы, выявляются участки умеренно и отчетливо развитой экзогенности.

Таким образом, использование УЗИ в диагностике состояния паренхимы печени, гепатикохоледоха и наличия желчных конкрементов во внутрипеченочных желчных протоках у больных ОКХ на фоне ЦП было признано недостаточным.

Четвертая глава диссертации под названием **«Хирургическое лечение острого холецистита на фоне хронических диффузных заболеваний печени»** основана на принципах профилактики хирургических осложнений у больных с ОКХ с применением препаратов ремаксола и глутатиона с целью предоперационной подготовки, осложнений ОКХ, развившейся на фоне ХДЗП и функционального состояния печени посвящены результатам лечения

Ремаксол принимают один раз в сутки в количестве 400 мл по 70-80 капель в минуту внутривенно. Глутатион 1,2-2,4 г в 0,9% физиологическом растворе вводили внутривенно в течение 5-7 дней.

По полученным данным достоверного снижения показателей билирубина в обеих группах в течение 3-х суток после операции не наблюдалось. Только

к 5-му дню уровень билирубина в контрольной группе снизился в среднем до 53 мкмоль/л, а в основной группе - в среднем до 14,0 мкмоль/л.

Во второй группе активность АЛТ составила  $162,2 \pm 12,3$  до операции,  $78 \pm 7,8$  через 5 дней после операции и на 19,5% выше нормальных значений на фоне применения ремаксола и глутатиона. Через сутки после операции она была на 40,5% выше нормы. Снижение отмечалось через 2-3 дня после операции. По сравнению с нормой к 5-6 дню снижение в основной группе уменьшилось почти в 2 раза по сравнению с контрольной группой.

Дооперационная активность АСТ в контрольной группе была примерно в 4 раза выше нормы, а в основной группе в 3 раза. На 5-6-й день лечения АСТ в контрольной группе снизилась на 17,5% по сравнению с нормой, а в основной группе на 12,5%. В абсолютных цифрах произошло снижение со  $145,2 \pm 8,3$  до  $70 \pm 4,2$  в контрольной группе и со  $135,3 \pm 8,3$  до  $50 \pm 4,1$  в основной группе.

Показатели мочевины снизились с  $12 \pm 1,8$  до  $8 \pm 0,7$  ммоль/л в контрольной группе и с  $12 \pm 1,8$  до  $5 \pm 0,53$  ммоль/л в основной группе. В основной группе она достигла нормальных значений к 5-му дню лечения.

Уровень супероксиддисмутазы (СОД) в контрольной группе увеличился с  $8,4 \pm 0,3$  до  $6,2 \pm 0,2$ , а после консервативного лечения на 5-е сутки его значения повысились до  $10,4 \pm 0,4$ . В основной группе на фоне Ремаксола и Глутатиона с  $8,2 \pm 0,3$  до  $5,9 \pm 0,2$ , к 5-м суткам было  $15 \pm 0,3$ , что ниже 11,4% в норме, но в контрольной группе, 66% были высокими (табл. 3).

**Таблица 3.**

**Влияние препаратов Ремаксол и Глутатион на показатели окисление липопротеинов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты в послеоперационном периоде ОКХ на фоне ЦП**

Показатели	Контрольная группа (n= 20)		Основная группа (ремаксол и глутатион) (n=20)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Малондиальдегид МДА ммол/л	от $5.1 \pm 0.07$ до $6.3 \pm 0.05$	$4.1 \pm 0.1$	от $5.3 \pm 0.06$ до $6.1 \pm 0.07$	$3.20 \pm 0.05$
СОД трад/ед	от $8.4 \pm 0.3$ до $6.2 \pm 0.2$	$10.4 \pm 0.4$	от $8.2 \pm 0.3$ до $5.9 \pm 0.2$	$15.6 \pm 0.3$

Таким образом, применение препаратов Ремаксол и глутатион в дополнение к стандартной консервативной терапии в комплексном лечении ОКХ на фоне ЦП оказало достоверное положительное влияние на функцию печени и процессы ПОЛ. Во многих исследованиях отмечено, что значительный положительный эффект от лечения отмечается уже через 5-6 дней.

Контрольную группу составили 50 пациентов с ЦП, из них ЦП по Чайлд-Пью "А" - 3 пациента, ЦП с субкомпенсацией по Чайлд-Пью "В" класса - 26 больных, с развившимся ЦП с декомпенсацией по Чайлд-Пью "В" класса – 21 у пациентов.

В этой группе пациентов только 10 (20%) пациентов имели ЦП в анамнезе; у 13 (26%) пациентов в дооперационном периоде по данным УЗС и других обследований выявлен ЦП; у большинства пациентов 27 (56%) ЦП были идентифицированы как интраоперационные находки во время операции.

В случае развития локального перитонита больным выполнялись экстренные операции. В процессе лечения развитие перитонита в контрольной группе отмечено у 6 больных, что подтвердилось во время операции. Общее состояние на момент поступления этих больных было тяжелым. Тяжесть состояния определяется осложнениями основного заболевания и развитием печеночной недостаточности.

Оперировано 24 (48%) больных, на фоне ЦП без осложнений ОКХ, в том числе методом ЛХЭК 18 (75%) и методом ТХЭК 6 (25%).

У этой группы больных диагностировали ОКХ, холедохолитиаз и МЖ. Из этих 15 пациентов только у 9 (60%) был диагностирован ЦП до операции, а у 6 (40%) - интраоперационно. Из этих 15 пациентов только 5 случаев желчных камней ЭРПХГ, ЭПСТ и ЛЭ были выполнены до операции. У этих больных 10 (66,6%) больным выполнена ЛХЭК и 5 (33,4%) больным выполнены urgentные и отсроченные операции ТХЭК вторым этапом.

Из 50 пациентов контрольной группы 29 (58%) оперированы немедленно, 15 (30%) - срочно, 6 (12%) - отсрочено. Послеоперационная летальность составила 8%.

При обоих хирургических методах наблюдались осложнения, которые отмечались в виде интраоперационного кровотечения из области ЖП и гепатодуоденальной зоны, нагноения послеоперационной раны, энтерита, холемического кровотечения, развития послеоперационной печеночной недостаточности. Как видно из таблицы (табл. 4), осложнения отмечены у 26 больных. У многих больных наблюдалось одновременно несколько послеоперационных осложнений.

В этой группе больных зарегистрированы случаи летального исхода в послеоперационном периоде. В частности, случаи смерти после ТХЭК наблюдались у больных, осложненных перитонитом. Смерть у 3 (6%) больных была обусловлена печеночно-почечным синдромом, развитием печеночной недостаточности и полиорганной недостаточностью (ПОН). Эти пациенты были оперированы в экстренном порядке. Один больной умер после острой кровопотери вследствие кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

Под наблюдением находились 51 больные в возрасте от 48 до 78 лет (22 мужчины и 25 женщин) с ОКХ на фоне ЦП. Среди них ЦП класса А - у 10 больных, субкомпенсированный ЦП класса В и декомпенсированный ЦП печени с распространенным цирротическим процессом класса С - у 14 больных. Таким образом, в основную группу был включен 51 пациент с ЦП и 44 пациента с ХГ, всего 95 человек.

Из анамнеза заболевания в основной группе было известно, что из 51 больного ЦП - 12 (23,5%) имели ЦП, известные из анамнеза, а у остальных 31 (61%) больных ЦП был диагностирован в предоперационном периоде. Обследовании с применением эластометрии и МРПХГ в дополнение к УЗИ

(это в 2 раза больше по сравнению с больными контрольной группы) и выявлено только у 8 (15,5%) больных во время операции (МРПХГ по каким-либо причинам не проводилась).

Как указывалось, выше, хирургическая тактика при ОКХ с ЦП зависит от многих имеющихся у пациента факторов, при этом учитывались интраоперационные и послеоперационные осложнения, встречающиеся у пациентов контрольной группы.

**Таблица 4.**

**Структура послеоперационных осложнений у оперированных больных контрольной группы (n=50)**

Послеоперационные осложнения	Кол-во	Скончались
Послеоперационная печеночная недостаточность, печеночно-почечная недостаточность. ПОН.	10(20%)	3(6%)
Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода	2 (4%)	1(2%)
Кровотечение из мест ЖП по дренажам и выделение желчи (гематома подпеченочной области)	5(10%)	-
Кровотечение из послеоперационной раны, ТХЭК	1 (2%)	-
Нагноение послеоперационной раны	6 (12%)	
Эвентрация	2 (4%)	-
Всего	26(52%)	4(8%)

В клинике разработаны и апробированы объективные критерии выбора хирургического лечения у больных с ОКХ на фоне ЦП (табл. 5).

Ремаксол назначали 5-дневным курсом по 400 мл 1 раз в сутки из расчета 70-80 мл капель в минуту. Глутатион 1,2-2,4 г в 0,9% физиологическом растворе вводили внутривенно в течение 5-7 дней.

Основной идеей применяемой тактики было максимальное оперирование пациентов в компенсированном состоянии и применение малоинвазивных методов (ЛХЭК) после купирования прогрессирующих воспалительных процессов.

**Таблица 5.**

**Объективные критерии выбора хирургического метода ОКХ на фоне ЦП и осложнений в основной группе (n=51)**

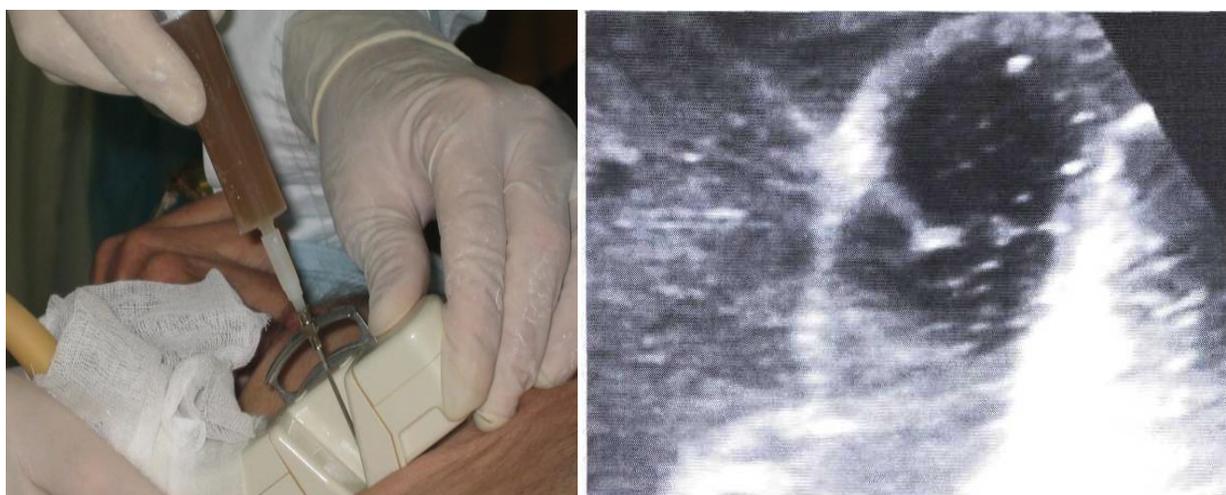
Критерии	Лап ХЭК	Мини ТХЭК	Пункция ЖП и последующая ЛХЭК
ОКХ+ЦП (n =24)	22	2	-
ОКХ +ХГ+МЖ (n =12)	2	-	ЭРХПГ, ЭПСТ, ЛЭ
ОКХ +ЦП+МЖ (n=3)	3	-	ЭРХПГ, ЭПСТ, ЛЭ
ОКХ +ЦП + МЖ (n=4)	4	-	ЭРХПГ, ЭПСТ, ЛЭ
ОКХ +ЦП+декомпенсация (n=4)	4	-	ЧКППЖП под контролем УЗИ

ОКХ +ЦП+ декомпенсация + перитонит (n=4)	2	2	ЧКППЖП под контролем УЗИ
Всего	7	4	
Функциональное состояние печени по Чайлд-Пью			
Класс А	0	-	
Класс В	7	-	
Класс С	11	5	

ЛХЭК выполнена у 22 (43%) больных основной группы, минилапаротомная ХЭК выполнена у 2 (3,9%) больных. Ряд больных с четкими показаниями к операции нуждались в дообследовании (МРПХГ), консультациях специалистов, эндоскопистов, предоперационной подготовке и коррекции декомпенсированной патологии печени. Эта подготовка длилась не более 5-6 дней. 15 больным выполнены ЭРПХГ и ЭПСТ, ЛЭ для декомпрессии желчного пузыря в I стадии осложнений МЖ ОКХ на фоне ЦП, а затем выполнены срочные операции. Все операции выполнены лапароскопически.

С учетом осложнений в контрольной группе (кровотечение из области ОП и кровотечение из дренажных трубок) вместо обычных биполярных диссекторов у этих больных во время операции использовали ультразвуковой диссектор гармоника.

В основной группе больных у больных, осложненных МЖ ОКХ на фоне ЦП, при необходимости коррекции гипербилирубинемии и печеночной недостаточности с целью уменьшения послеоперационных осложнений и летальности выполняли эндоскопическую декомпрессию (ЭРПХГ, ЭПСТ, ЛЭ) и, а затем через 2-3 дня с целью декомпрессии ЖП выполнена ЧКППЖП.



**Рисунок 1. Аспирация гнойного содержимого из желчного пузыря.**

На фоне предоперационной подготовки для декомпрессии холедоха и ЖП использовали методы ЭРПХГ, ЭПСТ ЛЭ, ЧКППЖП, ЧКПСЖП. (Рис.1) На втором этапе в основном у 47 (92%) больных выполнена ЛХЭК и только в 4 (8%) случаях выполнена минилапаротомия ЭКГ, из которых 2 (4%) выполнены после конверсии (табл. 6). Неотложные операции – в 24(47 %) случаях срочные операции в 4 (7,7 %) и отсроченные операции в 23 (45,2 %) случаях выполнены после рекомендованных выше мероприятий и предоперационных мероприятий.

Из основной группы осложнений (n=51) послеоперационная энцефалопатия наблюдалась в 2 (3,9%) случаях, у 1 (2%) больного наступил летальный исход после тромбоэмболии легочной артерии.

В основной группе под контролем ультразвука у 8 (15,6%) пациентов выполнена ЧКППЖП и ЧКПСЖП. У 4 больных с ОКХ+ЦП+декомпенсация (ФК Чалд-Пью С), несмотря на неэффективность консервативного лечения, выполнена ЧКППЖП под ультразвуковой навигацией. Кроме того, 4 пациентам с ОКХ+ЦП+ограниченный перитонит выполнена ЧКПСЖП под контролем УЗИ.

**Таблица 6.**

**Структура хирургических вмешательств в основной группе**

Вид операции	ТХЭК	ЛХЭК	Всего
Немедленно	2	22	24(47,1%)
Экстренно	2 (после конверсии)	2	4(7,7%)
Отсроченно	-	23	23(45,2%)
Всего	4	47	51 (100%)

После пункции у больных отмечалось резкое уменьшение болевого синдрома, у 4 из 8 пациентов в связи с недостаточностью пункции был установлен дренаж стома ЖП «Pig-tail».

Содержимое желчного пузыря оценивали по цвету, консистенции, характеру и запаху гноя.

После выполнения ЧКППЖП и ЧКПСЖП под контролем УЗИ у 2 пациентов выполнены операции ЛХЭК второго этапа. Холецистэктомия выполнена как конверсия минилапаротомии у 2 пациентов в связи с техническими трудностями и необходимостью адекватной хирургической обработки брюшной полости.

Все вмешательства в основной группе выполнялись в операционной под рентген-аппаратом, оснащенным ультразвуковым аппаратом Aloka 500 (Япония), «Stenoskop» (General Electric) и подачей кислорода для усиления анестезии Aloka. Использовались инструменты фирмы «СООК» (США): нетравматические иглы ЧИБА диаметром 18 G, спиральные металлические проводники различных модификаций и степеней твердости; использовались ультратонкие наружные дренажи диаметром 8-10 Fr с дистальной фиксацией, двухпросветный баллонный катетер Flexi-Tip.

Сравнительный анализ результатов комплексного лечения больных с развившимся ОКХ на фоне ХДЗП в основной и контрольной группах показал, что использование предложенной нами схемы предоперационной подготовки и использование в ней современных диагностических и лечебных средств позволило определять определенные преимущества комплексного оперативного лечения.

Использование Ремаксолола и Глутатиона в предоперационном комплексном лечении позволяет снизить риск развития патологии печени, развития печеночно-клеточной недостаточности наряду с применением традиционных методов лечения.

В контрольной группе абдоминальное кровотечение из желчного пузыря наблюдалось у 5 больных, нарастание печеночной недостаточности у 10 (20%) больных. 3 (6%) из этих больных умерли вследствие нарастания печеночной недостаточности.

У больных контрольной группы в послеоперационном периоде у больных с осложнениями перитонита ОКХ с ЦП летальность после ТХЭК зарегистрирована в 3 случаях. Причиной смерти явилась почечно-печеночная недостаточность у 3(6%) больных и развитие печеночной недостаточности, осложненной ПОН у 3(6%), у 1 больного причина массивного кровотечения была установлена из ВРВП. Эти больные оперированы немедленно. Среди больных основной группы 1 случай смерти был вызван ТЭЛА. В 2 случаях осложнений в основной группе больных в послеоперационном периоде развилась печеночная недостаточность.

**Таблица 7.**

**Структура хирургических вмешательств в контрольной и основной группах**

Вид операции	Контрольная группа (n=50)		Основная группа (n=51)	
	ТХЭК	ЛХЭК	ТХЭК	ЛХЭК
Немедленно	6	23	2	22
Экстренно	5	10	2 (после конверсии)	2
Отсроченно	3	3-23	-	23
Всего	14	36	4	47

У 12 (23,5%) больным основной группы в предоперационном периоде проводилось дезинтоксикационное, антиоксидантное, гепатопротекторное лечение, а также декомпрессия ЖП под местной анестезией под контролем УЗИ и для улучшения болевого синдрома и общего состояния больных при процедуры ЧКПЖП, ЧКПСЖП и операция ЛХЭК, во время и после операции для предотвращения кровотечения место ЖП, использовались ультразвуковые гармонические диссекторы. (рис. 2)



**Рис 2. Использование ультразвукового гармонического диссектора для ЛХЭК.**

В контрольной группе 4 (5%) пациента умерли сразу после ТХЭК. В основной группе после ТЭЛА развился 1 летальный исход.

Глубокий и обширный детальный анализ наблюдений (n=51) показал, что он позволил выявить некоторые черты, общие для операций у больных с ОКХ

на фоне ЦП. Это, прежде всего, полнокровие тканей подпеченочной области, что очень затрудняет достижение адекватного гемостаза обычным путем.

Таким образом, традиционные оперативные вмешательства связаны с высоким риском интраоперационных и послеоперационных осложнений у пациентов с ОКХ и ЦП. Декомпрессия и санация ЖП, проводимая под контролем УЗИ, отличается относительным удобством, малотравматичностью и дешевизной. В таких случаях применение малоинвазивных вмешательств под контролем УЗИ позволяло оперировать больных в более комфортных условиях и с отсрочкой. Использование малоинвазивных методов играет важную роль в лечении и снижает летальность.

## ВЫВОДЫ

1. Включение МРПХГ в план контроля выявило в 3 раза больше изменений печени в предоперационном периоде у больных основной группы и позволило спланировать предоперационную подготовку. У 22 (23%) пациентов были ранее не диагностированные желчные конкременты в желчных протоках. Также в основной группе гепатомегалия выявлена у 12 (23,5%), МРПХГ у 32 (62,7%), спленомегалия - у 10 (20%), МРПХГ у 51 (100%) по ОКХ.

2. Недостаточная предоперационная подготовка больных, расширение объема хирургического вмешательства, приводит к тяжелым осложнениям в послеоперационном периоде, и высокой летальности. В связи с этим включение ремаксолола и глутатиона в комплексное лечение показало значительный положительный эффект у больных уже через 5-6 дней.

3. В контрольной группе 57% больных оперированы немедленно, что больше, чем в ургентном и отсроченном периоде, и в 28% случаев выполнена ТХЭК. Поэтому отмечены осложнения в виде кровотечения из ложа ЖП, нагноения раны, эвентрации, развития послеоперационной печеночной недостаточности, что составило 56%.

4. Наблюдались технические трудности в связи с повышенной кровоточивостью и хирургическими вмешательствами у больных с ОКХ на фоне ЦП. В контрольной группе отмечено кровотечение из ложа ЖП. В основной группе больных этих осложнений не наблюдалось при использовании для профилактики этих осложнений ультразвукового диссектора гармоника.

5. При МЖ и деструктивном холецистите, ограниченном перитоните, вызванном осложнениями ОКХ на фоне ЦП, метод хирургического лечения включает применение двухэтапной лечебной тактики. На первом этапе декомпрессия ЖП под контролем УЗИ с помощью вмешательств ЧКППЖП и ЧКПСЖП, а также эндоскопическая декомпрессия позволили оперировать больных в отсроченном порядке. Разработаны принципы дифференцированной хирургической тактики, позволившие снизить летальность с 4 (8%) до 1 (2%) и послеоперационные осложнения с 56% до 8%.



**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01  
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES  
AT THE BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

---

**BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

**SAIDOV IKROM KOKILOVICH**

**FEATURES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS  
WITH LIVER CIRRHOSIS**

**14.00.27 – Surgery**

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)  
ON MEDICAL SCIENCES**

**Bukhara – 2023**

**The theme of the doctor of philosophy (PhD) dissertation was registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan in №B2021.4.PhD/Tib2304**

The dissertation was made at the Bukhara state medical institute.

An abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is available on the website of the Scientific Council ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) and on the Information and Educational Portal «ZiyoNet» ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

<b>Scientific supervisor</b>	<b>Urokov Shukhrat Tukhtaevich</b> doctor of medical sciences, professor
<b>Official opponents</b>	<b>Khamdamov Bahtiyor Zarifovich</b> Doctor of Medical Sciences, professor  <b>Akbarov Mirshavkat Mirolimovich</b> Doctor of Medical Sciences, professor
<b>The leading organization</b>	<b>Russian Scientific Center for Radiology and surgical technologies named after Academician A.M. Granov.</b> <b>Ministry of Health of the Russian Federation</b>

Defense will take place on «\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 at \_\_\_\_ at the meeting of Scientific Council DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 at the Bukhara State medical institute (address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A.Navoiy str.1. Phone/fax: (+99865) 223-00-50; Phone: (+99865) 223-17-53, e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).

The dissertation can be reviewed at the Information Resource Center of the Bukhara State medical institute (registered number \_\_\_\_). (Address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A.Navoiy str.1. Phone: (+99865) 223-00-50)

Abstract of dissertation sent out on «\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 year  
(mailing report № \_\_\_\_ on «\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 year)

**A.Sh. Inoyatov**

Chairman of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

**N.N.Kazakova**

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Philosophy, Dotsent

**B.Z Khamdamov**

Deputy Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences.

## INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

**The purpose of the study** is to improve the results of surgical treatment of acute cholecystitis that developed against the background of chronic diffuse liver diseases.

**As the object of the study** were 177 patients treated with cholelithiasis, choledocholithiasis, MS and other complications in the emergency surgery department and the endoscopy room of the Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care during 2015-2022.

**The scientific novelty of the study** is the following:

in the treatment of acute calculous cholecystitis and its complications that developed against the background of chronic diffuse liver diseases, in particular, functional disorders of liver cirrhosis, the use of GPWSLO, GSWSLO, use, delayed surgical treatment in patients in serious condition, scientifically substantiated reduction of complications and mortality.

it has been shown that during preoperative preparation, in addition to complex therapy, the use of remaxol and glutathione preparations reduces intraoperative and postoperative complications.

in the inclusion of magnetic resonance pancreatocholangiography (MRPCG) examination plan of patients with chronic diffuse liver diseases, especially liver cirrhosis, revealed more changes in the liver and gallstones in the biliary tract, which were not previously detected by ultrasound examination, that is, in the preoperative period, and gave an opportunity to plan preoperative preparation.

it has been shown that the use of ultrasonic harmonic dissectors during laparoscopic cholecystectomy in patients with diffuse chronic liver diseases with acute cholecystitis can prevent bleeding during and after surgery.

**Introduction of research results.** Based on the obtained results of improving the results of surgical treatment of acute cholecystitis that developed against the background of chronic diffuse liver diseases:

approved methodological recommendations "features of the tactics of laparoscopic cholecystectomy in patients with cirrhosis of the liver", which made it possible to assist in the treatment of a severe contingent of patients in the treatment of patients with acute cholecystitis that developed against the background of CDLD diseases, and made it possible to avoid dangerous and pathogenetically unreasonable surgical interventions (certificate of the Expert Council of the Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sino 23-t / 001 dated March 9, 2023). These methodological recommendations, in addition to complex preoperative preparation, in the treatment of patients with acute cholecystitis that developed against the background of CDLD and its complications (MS, limited peritonitis), use a two-stage treatment approach using decompressive interventions under ultrasound control, delayed surgical interventions, which made it possible to reduce the number of complications and lethal outcomes;

the results obtained to improve the results of surgical treatment of acute cholecystitis, which developed against the background of chronic diffuse liver

diseases, were introduced into practical healthcare, in particular, into the practice of the Romitan District Medical Association, the Bukhara District Medical Association (conclusion of the Expert Council of the Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sino 23-x/005 dated March 24, 2023). As a result of the introduction, in order to prevent complications in the treatment of patients with ACC against the background of CDLD, the introduction of remaxol and glutathione into the complex treatment, the use of minimally invasive methods of decompression of the biliary tract and gallbladder with limited peritonitis in the acute period, made it possible to reduce the number of bed-days and avoid dangerous, pathogenetically unreasonable surgical interventions

**The volume and structure of the dissertation.**

The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusions, practical recommendations and a list of references. The volume of the dissertation is 124 pages.

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

**I қисм (I часть; Part I)**

1. Saidov I. K., Uraikov Sh.T. Estimation of the effectiveness of laparoscopic choletistektomiain the treatment of acute calcular cholecystitis with liver cyrrhosis // Тиббиётда янги кун. - Бухара, 2022. - № 1 (39). - С. 245-248. (14.00.00; № 22)
2. Саидов И.К., Ўроқов Ш.Т. Жигар циррози билан касалланган беморларда холецистэктомиянинг ўзига хослиги // Тиббиётда янги кун. - Бухара, 2022. - № 9 (47). - С. 539-543. (14.00.00; № 22)
3. Ўроқов Ш.Т., Саидов И.К. Ўткир холецистит ва жигар циррози бирга келган ҳолатларда жаррохлик ёндашуви // Биология ва тиббиёт муаммолари. - Самарқанд, 2022. - № 3 (136). - С. 124-127. (14.00.00; № 19)
4. Саидов И.К. Safety evaluation of laparoscopic cholecystectomy in patients withliver cirrhosis // Вестник Ташкентской медицинской академии. - Ташкент, 2022. - № 7 - С. 153-156. (14.00.00; № 13)
5. Uraikov Sh.T., Saidov I. K. Assessment of the possibility and reliability of laparoscopic cholecystectomy in patients with // American Journal of Medicine and Medical Sciences - 2022. - № 12 (3). - P. 353-357. (14.00.00; № 2)
6. Urokov Sh.T., Saidov I.K., Namroyev Kh.N., Saidov Sh.I. Improving the immediate results of surgical treatment of acute cholecystitis in patients with liver // Journal of Pharmaceutical Negative Results. - 2022. - Volume 14, Special Issue 2. - P. 1654-1663. (SCOPUS)

**II қисм (I часть; Part II)**

7. Ўроқов Ш.Т., Саидов И.К., Хирургическая тактика при сочетании острого калькулезного холецистита с циррозом печени // Тиббиётда янги кун. - Бухара, 2021. - № 2 (34/1). - С. 72-76. (14.00.00; № 22)
8. Saidov I.K. Musoev T.Y. Xaydarov F.N. Evaluation of the effectiveness of laparoscopic choletistectomy in the treatment of acute calculous cholecystitis with liver cirrhosis // SCIENTIFIC COLLECTION «INTERCONF» | № 78. С 333-338.
9. Ўроқов Ш.Т., Саидов И.К. Оптимальной тактики хирургического лечения при циррозе печени и остром желчнокаменном холецистите // 10th - International Conference on Research in Humanities, Applied Sciences and Education Hosted from Berlin, Germany С 100-101 <https://conferencea.org> Jan. 30th 2023.
10. Уроков Ш.Т., Саидов И.К. Хирургическое лечение острого калькулезного холецистита, сочетанного с диффузными заболеваниями печени // «Современная медицина и информационные технологии в процессе обучения в период пандемии COVID-19» научно-практическая и учебно-методическая конференция с международным участием, посвященная 70-летию профессора кафедры хирургических болезней и реанимации

Абдурахманова Мамура Мустафаевича. - Бухара - 2022. - С. 97-98.

11. Urakov Sh.T.1, Saidov I.K. Laparoscopic cholecystectomy in patients with liver cirrhosis // «Современная медицина и информационные технологии в процессе обучения в период пандемии COVID-19» научно-практическая и учебно-методическая конференция с международным участием, посвященная 70-летию профессора кафедры хирургических болезней и реанимации Абдурахманова Мамура Мустафаевича. - Бухара - 2022. - С. 103-104.

12. Саидов И.К. Оценка эффективности лапароскопической холестэктомии в лечении острого калькулезного холецистита с циррозом печени «Горизонты современной хирургии» сборник статей и тезисов Международной научно-практической конференции. Биология ва тиббиёт муаммолари. - Самарқанд, 2022. - № 6.1 (133). - С. 346-349. (14.00.00; № 19)

13. Ўроқов Ш.Т., Саидов И.К. Ўткир холецистит ва жигар циррози бирга келган ҳолатларда жарроҳлик ёндашуви // «Современная медицина и информационные технологии в процессе обучения в период пандемии COVID-19» научно-практическая и учебно-методическая конференция с международным участием, посвященная 70-летию профессора кафедры хирургических болезней и реанимации Абдурахманова Мамура Мустафаевича. - Бухара - 2022. - С. 124-125.

14. Саидов И.К. Хирургическое лечение острого калькулезного холецистита, сочетанной с циррозом печени // 10th –ICARHSE International Conference on Advance Research in Humanities, Applied Sciences and Education Hosted from New York, USA <https://conferencea.org> Jan. 28th 2023

15. Саидов Икром Кокилович УЗ; Мусоев Тоҳир Яхёевич УЗ; Уроқов Шухрат Тўхтаевич УЗ. Жигар сиррози билан биргаликда кечувчи о'ткир калкулозли холесиститни даволашда лапароскопик холесистектомия усули самарадорлигини текширишда электрон платформадан фойдаланиш // ЭХМ дастур № DGU 2023 1997.

16. Саидов Икром Кокилович. Жигар циррози билан касалланган беморларда лапароскопик холецистэктомия тактикасининг ўзига хослиги / Услугий тавсиянома. Бухоро давлат тиббиёт институти эксперт комиссиясининг 23-х / 005 йил 24 мартдаги хулосаси.



