

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

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ШОНАЗАРОВ ИСКАНДАР ШОНАЗАРОВИЧ

**ЎТ ТОШ КАСАЛЛИКЛАРИНИ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИДА
ХИРУРГИК ДАВО**

14.00.27 – Хирургия

**Тиббиёт фанлари доктори (DSc) диссертацияси
АВТОРЕФЕРАТИ**

Бухоро – 2023

Докторлик (DSc) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата докторской (DSc) диссертации

Content of the abstract of doctoral (DSc) dissertation

Шоназаров Искандар Шоназарович

Ўт тош касалликларини асоратланган шаклларида
хирургик даво 5

Шоназаров Искандар Шоназарович

Хирургическое лечение осложненных форм
желчнокаменной болезни 27

Shonazarov Iskandar Shonazaovich

Surgical treatment of complicated forms
of cholelithis disease 53

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 60

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

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ШОНАЗАРОВ ИСКАНДАР ШОНАЗАРОВИЧ

**ЎТ ТОШ КАСАЛЛИКЛАРИНИ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИДА
ХИРУРГИК ДАВО**

14.00.27 – Хирургия

**Тиббиёт фанлари доктори (DSc) диссертацияси
АВТОРЕФЕРАТИ**

Бухоро – 2023

Тиббиёт фанлари доктори (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2022.3.DSc/Tib743 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.bsmi.uz) ва «Ziyonet» ахборот таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий маслаҳатчи:

Курбаниязов Зафаржон
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Хамдамов Бахтиёр Зарифович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Акбаров Миршавкат Миролимович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Ким Жонг Ву
тиббиёт фанлари доктори, профессор (Жанубий Корея)

Етакчи ташкилот:

Слупскадаги Поморан Университети
(Польша Республикаси)

Диссертация ҳимояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 рақамли Илмий кенгашининг 2023 йил «___» _____ соат ___ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200100, Бухоро шаҳри, А. Навоий шоҳ кўчаси, 1-уй. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhmi@mail.ru).

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (116-рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 200100, Бухоро шаҳри, А.Навоий шоҳ кўчаси 1-уй. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.

Диссертация автореферати 2023 йил «___» _____ да 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 доктори (DSc)

Б.З. Хамдамов

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

КИРИШ (докторлик (DSc) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. National Institutes of Health (2017) маълумотларига кўра, ўт тош касаллиги катта ёшдаги аҳолининг 10-15% изида учрайди, ўт йўллари яллиғланиш касалликлари йирингли асоратларининг учраш суръати эса 46% ҳолларда учрайди ва тўлиқ назорат билан кузатилишига қарамай тадқиқотчилар учун ушбу масала ҳозирги кунда ҳам долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Ушбу жойлашувдаги яллиғланиш жараёни нафақат маҳаллий йирингли яллиғланиш, балким оғир эндоген интоксикациянинг тез ривожланишига ва аъзоларнинг чуқур дисфункциясига олиб келадиган тизимли касалликлар билан характерланади. Клиник амалиётга янги замонавий диагностика усуллари (УТТ, КТ, МРТ, РПХГ) ва миниинвазив даволаш усуллари жорий этиш туфайли «...ЎТК ва унинг ўткир деструктив холецистит, холедохолитиаз ва йирингли холангит каби асоратларини даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилаш имконини берди...»¹

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш бўйича амалга оширилаётган кенг кўламли чоралар орасида хирургик касалликларга эрта ташхис қўйиш, комплекс даволаш, улар асоратларини камайтириш ва олдини олишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада 2022-2026-йилларда «Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси» да кўрсатилган 7 та устувор йўналишнинг 4-қисм 56-мақсадида «... аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимлари потенциалини ошириш ва соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг 2022-2023-йилларга мўлжалланган дастурини амалга оширишга йўналтирилган комплекс чора-тадбирларни амалга ошириш...»² вазифалари белгиланган. Шу асосда ўт тош касалликларининг асоратланган шакллари кузатилган беморларни даволашнинг хирургик тактикасини табақалаштирилган ёндашувларни ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этиш зарур.

Ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари диагностикаси ва уни даволашнинг услубий жиҳатлари замонавий адабиётларда кўп жиҳатдан ёритилган, аммо миниинвазив усулларнинг имкониятларини баҳолаш жараёнида муаллифларнинг қарашларида баъзида қарама-қаршиликлар ва етарли даражада ечимга эга бўлмаган маълумотлар мавжуд. Аксарият тадқиқотларда хирургик даволаш натижаларининг 20% ҳолатида беморларда септик ҳолат ривожланиши акс этирилган бўлиб, бунинг натижасида 6,25% дан 30,0% гача кузатувларда ўлим ҳолатининг қайд этилиши ҳар доим ҳам мутахассисларни қониқтирмайди.

Мазкур диссертация тадқиқоти 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

¹ Younossi ZM, Stepanova M, Golabi P, Epstein RS, Strauss ME, Nader F, Racila A. Factors Associated With Potential Progressive Course of Primary Biliary Cholangitis: Data From Real-world US Database. // J Clin Gastroenterol. – 2019 – N 53 (9). – P. 693-698.

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида» ги Фармони

самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида» ги ва 2022-йил 28-январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида» ги фармонлари, 2020-йил 10-ноябрдаги ПҚ-4887-сон «Аҳолининг соғлом овқатланишини таминлаш бўйича қўшимча чора тадбирлар тўғрисида» ва 2020-йил 12-ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид қўшимча чора-тадбирлари тўғрисида» ги Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меърий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республикада фан ва технологияларни ривожлантиришнинг истиқболли йўналишларига мослиги. Мазкур диссертация тадқиқоти Республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий тадқиқотлар шарҳи³.

Ўт тош касалликларини асоратланган шакллари билан касалланган беморларни даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган илмий тадқиқотлар дунёнинг етакчи илмий марказлари ва олий таълим муассасаларида, шу жумладан: University of Wisconsin Madison (АҚШ); South Bohemian University (Чехия), University Medical Center Utrecht, University of Groningen (Нидерландия), University of Korea (Корея), National Yang-Ming University (Таиланд), Universidade Estadual Paulista, Universidade Federal de Minas Gerais (Бразилия); University of Nottingham (Англия), Medical University of Warsaw (Польша); Medizinische University Wien (Австрия); Республика шошилиш тиббий ёрдам маркази (Ўзбекистон); В.В. Вохидов номидаги Республика илмий-амалий жарроҳлик маркази (Ўзбекистон) да олиб борилган.

Дунёнинг ривожланган мамлакатлари етакчи илмий марказлари ва олий ўқув юр்தларида бажарилган илмий-тадқиқот ишлар натижалари таҳлили ушбу муаммонинг юқори даражада долзарблиги ва иқтисодий аҳамиятлилигини кўрсатган. Касалликнинг юқори даражада тарқалиши, айниқса, меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамлар орасида, жарроҳликдан кейинги асоратларнинг юқори частотаси, натижада беморларнинг ҳаёт сифатига салбий таъсир кўрсатади, ўт тош касалликлари асоратланган шаклларида хирургик даво муаммосининг долзарблиги ва аҳамияти кўрсатилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Ўткир холецистит ва обструктив холангит ўт йўллари касалликларининг энг оғир ва ҳаёт учун хавфли асоратларидан бири бўлиб, сафро чиқишининг доимий бузилиши фонида юзага келадиган ўт йўллариининг ўткир яллиғланишидир. Сафро чиқиши бузилишининг асосий сабаби ўт тош касаллигининг ривожланиши бўлиб, олиб борилган ретроспектив тадқиқотларга кўра, бугунги кунда ҳар ўнинчи одамда турли хил оғирликдаги ўт тош касаллиги аниқланади ва холедохолитиаз эса 20-30% ҳолатларда касалликнинг асорати сифатида

³ Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи www.lstmed.ac.uk, www.otago.ac.nz, www.ufl.edu, www.snu.ac.kr, www.ibis-sevilla.es, www.ox.ac.uk, www.umd.edu, www.unimelb.edu.au, www.uzh.ch, www.auf.edu.ph, www.lshtm.ac.uk, www.cam.ac.uk, www.duke.edu, www.nibmg.ac.in, www.nie.gov.in, www.sanger.ac.uk, www.cgu.edu.tw, www.infectology.uz сайтлар асосида ишлаб чиқилган

учрайди (Hungness E., 2016).

Ушбу патологиянинг ўзига хос хусусияти обструктив сарикликнинг ривожланиши бўлиб, статистик маълумотларга кўра, катта ёшли одамларда бу касаллик нисбатан ёш организмларга қараганда 35% га кўп учрайди. Айнан сафро чиқишидаги механик бузилишлар туфайли сафро гипертензиясининг ривожланиши холангитнинг ривожланишидан дарак беради. Айниқса ёши катта ва кекса беморларда ўт тош касаллигининг мураккаб шакллари ва холедохолитиазнинг атипик шакллари билан беморлар сонининг кўпайиши ҳамда жарроҳлик амалиёти фаоллигининг ошиши муаммо долзарблигининг янада ошишига сабаб бўлмоқда.

Ўт тош касаллиги мураккаб шакллариининг ривожланишида асосий патогенетик рол ўт йўллари ичидаги босимнинг сезиларли даражада ошиши билан кечади ва бунинг оқибатида сафро чиқишининг бузилиши натижасида турли хил микроорганизмларнинг кўпайиши учун қулай шароит юзага келади. (Каримов Ш.И., 2018). Ўт йўлларида юзага келадиган шароитлар ўт йўллари девори ва сафро таркибида микроорганизмларнинг сезиларли даражада кўпайишига ва бунинг оқибатида инфекцияланган сафро оқимининг жигарнинг веноз ҳамда лимфа томирлари орқали рефлюкси ривожланишига сабаб бўлиб, тизимли бактериемия ва тананинг оғир интоксикацияси ривожланишига олиб келади (Hanau L. et al., 2020). Касалликнинг ривожланиш босқичлари ва ўткир йирингли холангитнинг клиникаси учта синдром кўринишида намоён бўлади: булар сафро димланиши, эндотоксикоз ва паренхимал органларнинг етишмовчилигидир.

Бемор аҳволининг оғирлиги ва касалликнинг характери баҳолашнинг объективлиги, клиник кўринишларнинг гетерогенлиги билан ажралиб турадиган қорин бўшлиғи ва сафро сепсисини даволашнинг истиқболли йўналишларини ишлаб чиқиш учун алоҳида аҳамиятга эга. Сўнгги ўн йилликларда жарроҳлик амалиётига янги инновацион, миниинвазив технологияларни жорий этиш туфайли касалликнинг асоратланган шакллари ва ўлимни камайтириш орқали ўт тош касаллигини даволашда сезиларли ютуқларга эришилди. Аввалом бор, бу миниинвазив жарроҳлик аралашувларни ҳамда клиник самарадорлиги шубҳасиз бўлган босқичма-босқич жарроҳлик техникасининг жорий этилиши билан боғлиқ (Шулутко А.М., 2018; Issa H. et al., 2018; Wang D., 2022).

Диссертация тадқиқотининг у бажарилган илмий-тадқиқот муассасасида илмий-тадқиқот ишларининг режаси билан боғлиқлиги. Диссертацион тадқиқот Самарқанд давлат тиббиёт университетининг “Ўт тош касаллигининг асоратланган шакллариини диагностикаси ва хирургик йўли билан даволашнинг такомиллаштирилган усулларини ишлаб чиқиш (2019-2022)” мавзусидаги илмий-тадқиқот режаси доирасида амалга оширилган.

Тадқиқотнинг мақсади ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат бўлган.

Тадқиқотнинг вазифалари:

беморлар аҳволининг оғирлик даражасига боғлиқ ҳолда, ўт йўлларида миниинвазив декомпрессияли аралашувларни устувор қўллаш орқали ўт тош

касаллигининг мураккаб шакллари билан беморларни хирургик даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини такомиллаштириш;

деструктив холецистит ёки йирингли холангит клиникасининг устунлигига қараб, ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан беморларни нурли диапевтик ва эндоскопик усуллардан фойдаланган ҳолда, босқичма-босқич даволашда диагностик ва даволаш тадбирлари алгоритмини ишлаб чиқиш;

деструктив холецистит ва операциядан кейинги ривожланган сафроли перитонитнинг асорати сифатида билиар перитонитни даволашда миниинвазив жарроҳлик аралашувларини дифференциал ҳолатда қўллаш бўйича кўрсатмалар ишлаб чиқиш;

йирингли холангитда ўт йўллариининг йирингли яллиғланиш жараёнини бартараф этишда дренаж орқали интрабилиар санация қилиш усулини ишлаб чиқиш;

ўт тош касаллигининг асоратланган шакллариини даволашда тавсия этилган хирургик тактиканиннг клиник самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Самарқанд давлат тиббиёт университетининг кўп тармоқли клиникаси ва РШТЁИМ Самарқанд филиали хирургик бўлимларида ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан 2015 – 2022 йилларда даволанган 556 нафар бемор олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида ўт тош касаллигининг асорати сифатида ривожланган ўткир деструктив холецистит ва обструктив холангит билан беморларни хирургик даволаш натижаларининг таҳлили олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ҳал қилиш учун қуйидаги усуллардан фойдаланилган: умумклиник, нурли, эндоскопик ва статистик тадқиқот усуллари.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор беморлар ахволининг оғирлиги даражасини ҳисобга олган ҳолда миниинвазив декомпрессион аралашувларни устувор қўллаш билан беморларни босқичма-босқич даволаш учун хирургик тактикани танлашга таъсир қилувчи мезонлар аниқланган;

ўт тош касаллигининг асоратланган шаклларида деструктив холецистит клиникасининг устунлиги билан беморларда навигацион пункцион ва лапароскопик усуллар ҳамда йирингли холангит клиникаси устунлик қилганда трансдуоденал эндоскопик усуллардан фойдаланган ҳолда диагностик ва даволаш чора-тадбирлари алгоритми ишлаб чиқилган;

сафроли перитонитнинг клиник кечиши оғирлиги ва тарқалганлигини ҳисобга олган ҳолда миниинвазив хирургик аралашувларни устувор қўллаш билан оптимал хирургик тактикасини танлашга таъсир қилувчи омиллар аниқлаб берилган;

илк бор йирингли холангит пайти ўт йўлларида яллиғланиш жараёнини бартараф этишда ўт йўллариини дренаж орқали перфузион санация усули ишлаб чиқилган;

ўт тош касаллиги асоратларини хирургик даволашда диапевтик, рентген-эндохирургик ва лапароскопик технологиялардан дифференциал равишда фойдаланишнинг клиник самарадорлиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

Ўт тош касаллигининг асоратланган шаклларида беморлар ҳолати оғирлигини баҳолашнинг ишлаб чиқилган мезонлари келтирилган бўлиб, улар операциядан кейинги асоратларни ривожланиш хавфини башорат қилиш ва хирургик тактиканинг оптимал вариантыни танлаш имконини беради;

Ўт тош касаллигининг клиник шаклларига боғлиқ ҳолда ўт йўллари миниинвазив декомпрессия қилиш усули ва кетма-кетлигини танлаш билан диагностик ва даволаш чора-тадбирлар алгоритми таклиф қилинган;

лапароскопия, релапароскопия, трансдуоденал эндоскопик аралашувлар ва ультратовуш назорати остида пункцион усуллардан устувор фойдаланиш таклиф қилинди ва асосланди, бу билиар перитонитни даволашда лапаротомия ва релапаротомиялар сонини сезиларли даражада камайтириш имконини берган;

йирингли холангитда билиар трактни натрий гипохлоритнинг анолит ва католит эритмалари билан кетма-кет перфузия орқали ишлаб чиқилган санация қилиш усулини қўллаш даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилаган;

Ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан беморларни комплекс хирургик даволашнинг ишлаб чиқилган тактик ва техник жиҳатлари даволаш натижаларини яхшилаш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги амалга оширилган тадқиқот ишлари натижаларининг ишончлилиги етарли ҳажмда ва репрезентативликда қўлланиладиган замонавий клиник, лаборатория ва инструментал усуллар билан тасдиқланади. Олинган барча натижалар ва хулосалар далилларга асосланган тиббиёт принципларига ва тадқиқот натижаларидан келиб чиққан ҳолда мантиқий асосланди. Статистик ишлов бериш хорижий ва маҳаллий тадқиқотчилар томонидан олинган натижалар билан таққослаш орқали тадқиқот натижаларининг ишончлилигини тасдиқлади; булар хулоса ва олинган натижалар ваколатли структуралар томонидан тасдиқланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, хулоса ва тавсиялар маълум бир назарий аҳамиятга эга бўлиб, олинган натижалар ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари бўлмиш ўткир деструктив холецистит, холедохолитиаз ва обструктив холангитнинг ўзаро оғирлаштирувчи клиник кечиши билан беморларни хирургик даволашнинг ўзига хос хусусиятларини ўрганишга муҳим ҳисса қўшишиш, беморларни жарроҳлик амалиёти орқали даволашнинг қониқарсиз натижаларининг асосий сабаби ўт йўллари олдидан декомпрессия қилмасдан бир вақтнинг ўзида шошилиш операцияларни бажарилганлиги, ультратовуш текшируви назорати остида микрохолецистостомия ва назобилиар дренаж билан трансдуоденал папиллотомия ёрдамида босқичма-босқич жарроҳлик аралашувларидан фойдаланиш холецистэктомияни лапароскопик ёки даволашнинг кейинги босқичларида мирилапаротомия ёрдамида амалга ошириш имконини берганлиги, FTS - тезлаштирилган соғломлаштириш дастури принципларига мувофиқ амалга ошириладиган билиар перитонитнинг айрим шакллари хирургик коррекция қилишнинг диапевтик ва эндоскопик усуллари

клиник самарадорлиги исботланганлиги, холангиоген жигар абсцессларини даволашда ва билиар сепсисининг олдини олишда натрий гипохлоритнинг фаоллаштирилган эритмаси билан ўт йўллари санація қилиш самарадорлиги исботланган. Ўткир деструктив холецистит ва обструктив холангит билан беморларни тавсия этилган алгоритмга мувофиқ даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилангани билан изоҳланган.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, тадқиқот жараёнида деструктив холецистит ёки обструктив холангитнинг клиник кўринишларининг оғирлиги ва бирга келадиган рақобатдош патологияга боғлиқ ҳолда ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан беморларни хирургик даволашнинг тактик ва техник жиҳатлари ишлаб чиқилди. Ўт тош касаллигининг асоратли кечиши билан ушбу категориядаги беморларни хирургик даволашда ультратовуш текширув назорати остида тери орқали микрохолецистотомия, эндоскопик трансдуоденал аралашувлар клиник амалиётга жорий этилган. Билиар перитонитда лапаротомия ва релапаротомиялар сонини сезиларли даражада камайтириш имконини берувчи миниинвазив эндоскопик ва диапевтик усуллар клиник амалиётга киритилди. Ўт йўллари 0,06% натрий гипохлоритнинг анолит ва католит эритмалари билан кетма-кет перфузия қилиш орқали интрабилиар санація қилиш усулини қўллаш натижасида ўлим ва йирингли-септик асоратлар сезиларли даражада камайтириш имконини берган. Бемор аҳволининг оғирлигини ва ўт йўллари олдидан декомпрессияси билан хирургик амалиётдан кейинги асоратларнинг тахмин қилинган хавфини ҳисобга олган ҳолда икки босқичли даволаш йирингли-септик, юрак-қон томир ва ўпка асоратларини ва ўлимни сезиларли даражада камайтирганлиги билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши:

илк бор беморлар аҳволининг оғирлиги даражасини ҳисобга олган ҳолда, миниинвазив декомпрессион аралашувларни устувор қўллаш билан беморларни босқичма-босқич даволаш учун хирургик тактикани танлашга таъсир қилувчи мезонлар аниқланган ва олинган илмий-амалий маълумотлар РШТЎИМ Навоий филиали бўйича буйруқ (07.01.2022 й.: № 53/54), Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси бўйича буйруқ (04.07.2023 й.: № 15/16) ҳамда Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси бўйича буйруқ (06.07.2023 й.: №1691-U/1692-U) билан амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: илк бор беморлар аҳволининг оғирлиги даражасини ҳисобга олган ҳолда миниинвазив декомпрессион аралашувларни устувор қўллаш билан беморларни босқичма-босқич даволаш учун хирургик тактикани танлашга таъсир қилувчи мезонлар аниқланиши беморларни даволаш сифатини яхшилаган. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги илк бор беморлар аҳволининг оғирлиги даражасини ҳисобга олган ҳолда, миниинвазив декомпрессион аралашувларни устувор қўллаш билан беморларни босқичма-босқич даволаш учун хирургик тактикани танлашга таъсир қилувчи мезонлар аниқланиб, икки босқичли операция ўтказиш натижасида оғир беморлардаги операциядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичларини камайиши

беморнинг шифохонада қолиш муддатини ўртача 5 кунга қисқартириб, шифохонада қолиш тўлов миқдорини 1 млн 700 минг сўмгача камайтирган (БВКТТМ нинг прејскурантига кўра шифохонада 1 кун қолиш 190.000 сўмни ташкил қилади); шифохонада бўлиш даврининг бир неча кунга қисқартирилиши ҳисобига дори-дармон кам талаб этилган (1 кунга ўртача 150 000 сўм дори воситалари сарфланади). Хулоса: илк бор беморлар аҳволининг оғирлиги даражасини ҳисобга олган ҳолда миниинвазив декомпрессия аралашувларни устувор қўллаш билан беморларни босқичма-босқич даволаш усули, беморларнинг нисбатан яхши ва қониқарли даволаш натижаларини ошириш, қониқарсиз даволаш натижаларини камайтириш ва касалликнинг ҳаётга хавф туғдирадиган асоратларининг ривожланишини олдини олиш имконини берган;

ўт тош касаллигининг асоратланган шаклларида деструктив холецистит клиникасининг устунлиги билан беморларда навигацион пункцион ва лапароскопик усуллар ҳамда йирингли холангит клиникаси устунлик қилганда трансдуоденал эндоскопик усуллардан фойдаланган ҳолда, диагностик ва даволаш чора-тадбирлари алгоритми ишлаб чиқилган ва олинган илмий-амалий маълумотлар РШТЎИМ Навоий филиали бўйича буйруқ (07.01.2022 й.: № 53/54), Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси бўйича буйруқ (04.07.2023 й.: № 15/16) ҳамда Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси бўйича буйруқ (06.07.2023 й.: №1691-U/1692-U) билан амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: ишлаб чиқилган диагностик ва даволаш чора-тадбирлари алгоритми қўллаш орқали ўт тош касаллигининг асоратланган шаклларида деструктив холецистит клиникасининг устунлиги билан беморларда навигацион пункцион ва лапароскопик усуллар ҳамда йирингли холангит клиникаси устунлик қилганда, трансдуоденал эндоскопик усуллардан фойдаланиш ҳисобига операциядан олдинги ва кейинги даврларда кузатиладиган асоратларни ва ўлим сабабларига олиб келадиган омилларни камайтириши имконини берган, бу ўз навбатида даволашни ижобий натижаларини кўпайтириб, даволаш сифатини яхшилаган. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: 1) беморнинг шифохонада қолиш муддатини ўртача 7,0 кунга қисқартириб, шифохонада қолиш тўлов миқдори 1 млн. 330 минг сўмгача камайтирган (БВКТТМ нинг прејскурантига кўра шифохонада 1 кун қолиш 190.000 сўмни ташкил қилади); шифохонада бўлиш даврининг бир неча кунга қисқартирилиши ҳисобига дори-дармон кам талаб этилган. 2) беморнинг шифохонадан ташқаридаги даволаниш даври учун (бошқа тиббий муассасаларда даволаниши, масалан поликлиникада) бир неча кунга қисқартирилиши ҳисобига дори-дармон кам талаб этилган. Хулоса: Ишлаб чиқилган диагностик ва даволаш чора-тадбирлари алгоритми қўллаш орқали ўт тош касаллигининг асоратланган шаклларида деструктив холецистит клиникасининг устунлиги билан беморларда навигацион пункцион ва лапароскопик усуллар ҳамда йирингли холангит клиникаси устунлик қилганда, трансдуоденал эндоскопик усуллардан фойдаланиш ҳисобига операциядан олдинги ва кейинги даврларда кузатиладиган асоратларни ва ўлим сабабларига олиб келадиган омилларни камайтириши 1

нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини 570 000 сўмга ва бюджетдан ташқари маблағларни 270 000 сўмга иқтисод қилиш имконини берган;

сафроли перитонитнинг клиник кечиши оғирлиги ва тарқалганлигини ҳисобга олган ҳолда, миниинвазив хирургик аралашувларни устувор қўллаш билан оптимал хирургик тактикасини танлашга таъсир қилувчи омиллар аниқлаб берилган ва олинган илмий-амалий маълумотлар РШТЁИМ Навоий филиали бўйича буйруқ (07.01.2022 й.: № 53/54), Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси бўйича буйруқ (04.07.2023 й.: № 15/16) ҳамда Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси бўйича буйруқ (06.07.2023 й.: №1691-U/1692-U) билан амалиётига жорий этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги* сафроли перитонитнинг клиник кечиши оғирлиги ва тарқалганлигини ҳисобга олган ҳолда миниинвазив хирургик аралашувларни устувор қўллаш билан оптимал хирургик тактикасини танлашга таъсир қилувчи омиллар аниқланиб, кўрсатмаларга асосланган усулларни қўлланилиши, эҳтимоли юқори бўлган асоратларни олдини олиш имконини берган, бу ўз навбатида даволашни ижобий натижаларини кўпайтириб, даволаш сифатини яхшилаган ва ўлим ҳолатларига олиб келувчи омилларни олди олинган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги* қуйидагилардан иборат: сафроли перитонитнинг клиник кечиши оғирлиги ва тарқалганлигини ҳисобга олган ҳолда миниинвазив хирургик аралашувларни устувор қўллаш билан оптимал хирургик тактикасини танлашга таъсир қилувчи омиллар аниқланиб, кўрсатмаларга асосланган усулларни қўлланилиши, эҳтимоли юқори бўлган асоратларни 9,4 % дан 3,9% га, ўлим даражасини 2,7% дан 1,3 %га камайтириш имконини берган. *Хулоса:* сафроли перитонитнинг клиник кечиши оғирлиги ва тарқалганлигини ҳисобга олган ҳолда миниинвазив хирургик аралашувларни устувор қўллаш билан оптимал хирургик тактикасини танлашга таъсир қилувчи омиллар аниқланиб, кўрсатмаларга асосланган усулларни қўлланилиши 1 нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини 760 000 сўмга ва бюджетдан ташқари маблағларни 270 000 сўмга иқтисод қилиш имконини берган;

илк бор йирингли холангит пайти ўт йўлларида яллиғланиш жараёнини бартараф этишда ўт йўлларини дренаж орқали перфузион санация усули ишлаб чиқилган ва олинган илмий-амалий маълумотлар РШТЁИМ Навоий филиали бўйича буйруқ (07.01.2022 й.: № 53/54), Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси бўйича буйруқ (04.07.2023 й.: № 15/16) ҳамда Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси бўйича буйруқ (06.07.2023 й.: №1691-U/1692-U) билан амалиётига жорий этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги:* илк бор йирингли холангит пайти ўт йўлларида яллиғланиш жараёнини бартараф этишда ўт йўлларини дренаж орқали перфузион санация усулини қўлланилиши, эҳтимоли юқори бўлган асоратларни олдини олиш имконини берган, бу ўз навбатида ташхислаш ва даволаш сифатини яхшилашга хизмат қилган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги* қуйидагилардан иборат: йирингла холангит билан касалланган беморларда операция хавфи даражаси ва касалликнинг прогнозини баҳолаш усулларини қўллашнинг ўзи кифоя ҳисобланиб, ортиқча текширув усулларида фойдаланиш зарурати йўқлиги ҳисобига сарф харажатларни 25%

камайтириш имконини берган. *Хулоса:* илк бор йирингли холангит пайти ўт йўлларида яллиғланиш жараёнини бартараф этишда ўт йўллари дренаж орқали перфузион санация усулидан фойдаланиш 1 нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини 760 000 сўмга ва бюджетдан ташқари маблағларни 270 000 сўмга иқтисод қилиш имконини берган;

ўт тош касаллиги асоратларини хирургик даволашда диапевтик, рентген-эндохирургик ва лапароскопик технологиялардан дифференциал равишда фойдаланишнинг клиник самарадорлиги исботланган ва олинган илмий-амалий маълумотлар РШТЎИМ Навоий филиали бўйича буйруқ (07.01.2022 й.: № 53/54), Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси бўйича буйруқ (04.07.2023 й.: № 15/16) ҳамда Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси бўйича буйруқ (06.07.2023 й.: №1691-U/1692-U) билан амалиётига жорий этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги ўт тош касаллиги асоратларини хирургик даволашда диапевтик, рентген-эндохирургик ва лапароскопик технологиялардан дифференциал равишда фойдаланиш аниқ диагноз қўйиш ҳисобига, шошилич жарроҳлик амалиётида операциядан кейинги даврда кузатиладиган асоратлар ва ўлим кўрсаткичини камайтиришга олиб келиши натижасида шифо жараёнини тезлаштириш ва ётоқ кунини қисқариши беморларда даволаш сифатини яхшилаган. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги* қуйидагилардан иборат: ўт тош касаллиги асоратларини хирургик даволашда диапевтик, рентген-эндохирургик ва лапароскопик технологиялардан дифференциал равишда фойдаланиш аниқ диагноз қўйиш ҳисобига, шошилич жарроҳлик амалиётида операциядан кейинги даврда кузатиладиган асоратлар ва ўлим кўрсаткичини камайтириш сарф харажатларни камайтирган, бу ўз навбатида ортиқча текширув усулларида фойдаланиш зарурати йўқлиги ҳисобига сарф харажатларни 35% камайтириш имконини берган. *Хулоса:* ўт тош касаллиги асоратларини хирургик даволашда диапевтик, рентген-эндохирургик ва лапароскопик технологиялардан дифференциал равишда фойдаланиш аниқ диагноз қўйиш ҳисобига 1 нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини 760 000 сўмга ва бюджетдан ташқари маблағларни 270 000 сўмга иқтисод қилиш имконини берган.

«Ўт тош касалликларини асоратланган шаклларида хирургик даво» мавзусидаги диссертацион тадқиқотида олинган юқоридаги 5 та илмий янгилик бошқа соғлиқни сақлаш муассаларига жорий этиш бўйича Самарқанд давлат тиббиёт Университетининг 2023 йилдаги 21 октабридаги 12364-сонли хати Соғлиқни сақлаш вазирлигига тақдим этилган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Ушбу тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро ва 2 та миллий конференцияда муҳокама қилинган.

Тадқиқот натижаларининг чоп этилганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 28 та илмий иш, 18 та журнал мақоласи, шулардан 14 таси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссияси томонидан диссертацияларнинг асосий илмий натижаларини чоп этиш учун тавсия этилган журналларда чоп этилган, 4 таси хорижий журналларда чоп этилган. 2 та DGU ва 2 та услубий қўлланма чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, етти боб, хулоса, амалий тавсиялар ва келтирилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 176 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблилиги ва зарурияти, тадқиқот мақсади ва вазифаларига асосланган бўлиб, тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, тадқиқотнинг Республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқот натижаларининг илмий янгилиги ва амалий натижалари келтирилган, тадқиқотнинг амалиётга жорий қилинган натижалари илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, чоп этилган ишлар ва диссертация таркиби бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари**ни хирургик йўли билан даволашнинг долзар муаммолари» деб номланган биринчи бобида ушбу категориядаги беморларда ўткир деструктив холецистит асоратланган шаклларида клиниканинг ўзига хослиги, ўткир деструктив холецистит, обструктив холангит ва хусусан абдоминал ва билиар сепсис, коморбид рақобатлашувчи патологиялар, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим келиб чиқишининг сабаблари, замонавий диагностика ва даволаш усуллари моҳиятини очиқ берувчи адабиётлар шарҳи келтирилган.

Диссертациянинг «**Клиник кузатишларнинг характеристикаси ва диагностика усуллари**» деб номланган иккинчи бобида РШТЁИМ Самарқанд филиали ва Самарқанд давлат тиббиёт университетининг кўп тармокли клиникаси хирургик бўлимларида 2015-2022 йилларда ЎТК асоратланган шакллари билан даволанган 556 беморларнинг даволаш натижалари келтирилган. БЖССТ Европа минтақавий бюроси (2016) томонидан қабул қилинган классификацияга кўра, кексалар (60-74 ёш) ва қари (75 ёш ва ундан катта) беморлар мос равишда 127 (22,6%) ва 24 (4,3%) эди. Беморларнинг асосий қисмини кичик ёшдаги 121 (21,7%) ва 247 ўрта ёшдан катта (46,2%). 37 (6,6%) ёш беморлар ташкил этган. Аёл жинсига мансуб беморлар кўпчилики - 361 (64,9%), эркаклар эса - 195 (35,1%) ташкил этган. Аёллар ва эркаклар нисбати 1,8:1.

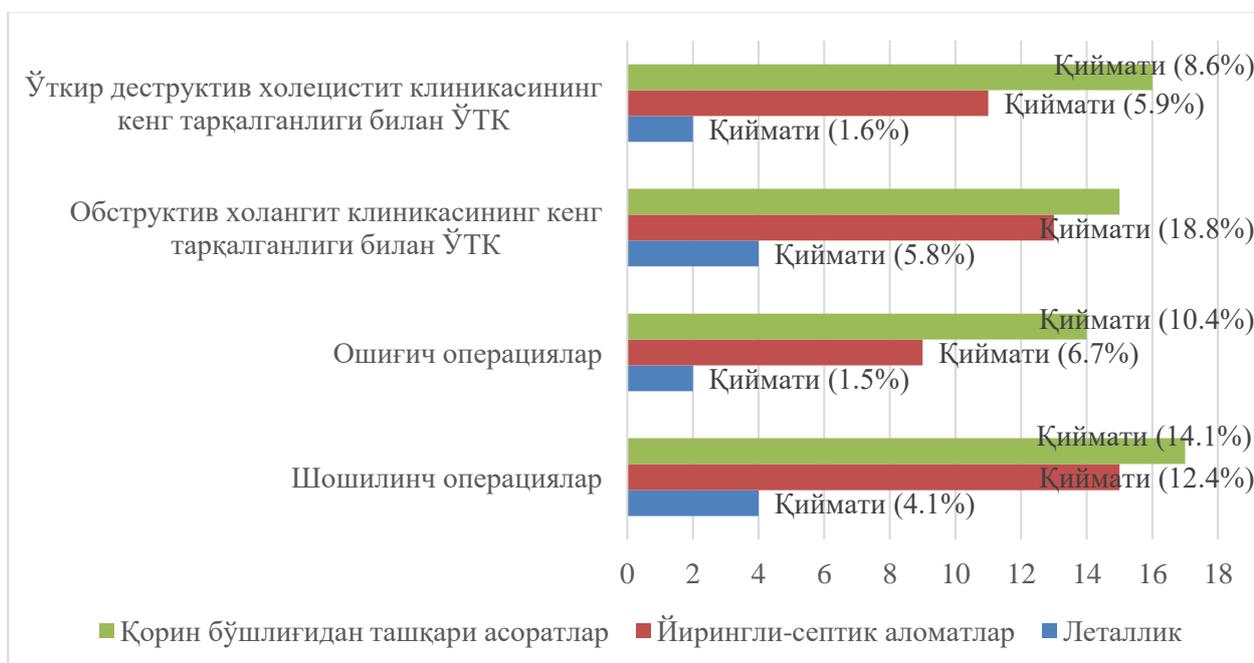
Ўткир холецистит сабабли 412 нафар бемор операция қилинган, шундан 330 (59,3%) нафарида ўт пуфаги яллиғланишининг деструктив шакллари (113 гангреноз холецистит, 217 флегмоноз шакл), 82 нафарида ўт пуфаги эмпиемаси диагнози аниқланган. Ўт йўлларида кузатиладиган патологияларнинг учраш суръатини ўрганишда қуйидаги муҳимликликлар аниқланган: 105 ҳолатда холедохолитиаз клиникаси, 39 беморда холедохолитиаз билан бирга катта дуоденал сўрғични (КДС) стенози аниқланган. 194 (47,8%) беморда яллиғланишнинг экстравезикал тарқалиши кузатилган. Улардан 82 (19,9%) перитонит ва шундан 45 тарқалган, 37 чегараланган билиар перитонит аниқланган. 194 (34,9%) беморда перивезикал инфилтрат, 15 ҳолатда (2,7%) эса перивезикал абсцесс аниқланган.

Диагностика ЎТК клиник картинаси, лаборатор ва инструментал текшириш усуллари асосан амалга оширилган (сонография, РПХГ, МР-

холангиография). Якуний диагноз ўт халта девори ва ўт йўлларидаги ўзига хос ўзгаришларга қараб аниқланган.

Диссертациянинг «ЎТК асоратланган шаклларида хирургик даволашни оптималлаштириш» деб номланган учинчи бобда тадқиқотнинг мақсади ва вазифаларига мувофиқ беморлар қуйидаги тадқиқот гуруҳларига бўлинган. Таққослаш гуруҳи 2015-2018 йилларда шошилич кўрсатмалар бўйича ўткир холецистит ва ўт йўлларидаги обструкцияси билан операция қилинган 255 нафар бемордан иборат бўлган. Тадқиқотнинг асосий гуруҳи 301 бемордан ташкил топган. Улар учун таклиф қилинган даволаш ва диагностик тактикаси алгоритми миниинвазив хирургик аралашувлардан фойдаланган ҳолда хирургик даволашнинг босқичма-босқич усулларида устувор фойдаланишни ҳисобга олган ҳолда қўлланилди. Дастурни клиник жиҳатдан амалга ошириш жараёнида Европа хирурглар ассоциацияси - ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) жамиятининг тавсияларидан фойдаланилди. Тадқиқотда беморларнинг иккала гуруҳи ҳам ёши, ҳам клиник кўринишлари ривожланганлиги ва касалликнинг оғирлиги бўйича бир хил бўлган.

Назорат гуруҳидаги барча 255 беморнинг 186 (72,9%) тасида ўткир деструктив холецистит, 69 нафарида (27,1%) эса холедохолитиаз ва КДС стенози оқибатида механик сариклик ва холангитнинг клиник кўриниши устуворлик қилган. Таққослаш гуруҳидаги барча операция қилинган 255 беморларда хирургик аралашувларда ХЭ (186 бемор), ёки ХЭ холедохолитотомия билан холедохни ташқи дренажлаш, (69 бемор) шундан хирургик аралашувларининг 113 кенг лапаротомия, 142 ҳолатда эса минилапаротомия усулида амалга оширишдан иборат бўлган.



1-расм. Таққослаш гуруҳидаги ўт тош касаллигининг асоратланган клиникаси ва операциянинг ўтказилган вақтига боғлиқ ҳолда ўлим ва операциядан кейинги асоратларнинг учраш суръати

Таққослаш гуруҳида операцияларнинг бажарилган вақтига боғлиқ ҳолда ўлим ва операциядан кейинги асоратларнинг учраш суръати таҳлили шошилич кўрсатмалар бўйича бажарилган операцияларда ушбу

кўрсаткичларнинг энг ёмон натижалари қайд этилганлигини кўрсатди: ўлим – 5,8%, абдоминал билиар ва септик асоратлар – 18,8%, коморбид асоратларнинг қорин бўшлиғидан ташқари асоратлари – 21,7% ташкил қилган (1-расм).

2019-2022 йилларда ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан операция қилинган 301 нафар асосий гуруҳдаги беморларда даволаш беморларнинг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда ва улар асосида ишлаб чиқилган алгоритм, SIRS мезонларига мос равишда ва Токиода 2018 йилда (Tokyo Guidelines, 2018, TG18) қабул қилинган таснифга мувофиқ амалга оширилган.

Асосий гуруҳдаги ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан касалликнинг оғир клиник кечиши ва операциядан кейинги асоратлар хавфи юқори бўлган гуруҳга 39 бемор киритилди. Уларнинг 11 тасида сафроли перитонит қайд этилган (5 - диффуз, 6 - тасида шаклланган чегараланган биллома шаклида). Беморларнинг умумий аҳволи оғирлиги сабабли 1-босқичда 17 нафар беморга перкутан-трансгепатик микрохолецистотомия (ПТГМХС) ўтказилган, улардан 6 нафарида жигар ости соҳасидаги чегараланган биломалар пункция ва санация қилинган. Даволашнинг 2-чи босқичида 7-14 кунларда 14 нафар беморга холецистэктомия, шу жумладан 6 тасида ЛХЭ, 8 тасида минилапаротомия орқали ХЭ ўтказилган. 3 нафар бемор холецистостомия билан яшаш жойига даволанишга жавоб берилган (1-жадвал).

Ўткир деструктив холецистит клиникаси ўрта оғирлик даражаси билан 69 нафар беморнинг 34 нафарига холецистэктомия (16-ЛХЭ, 18-ХЭ. шундан 8 таси минилапаротом кесим орқали) ўтказилган.

1-жадвал

Ўт тош касаллигининг ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан кечган оғир даражадаги беморларда ўтказилган хирургик аралашув турлари (n=39)

Касаллик клиникаси	Операция тури		Беморлар сони	
	Ўт тош касаллигининг ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан кечган беморлар (n=39)	ПТГМХС→	ЛХЭ	6
ПТГМХС →		МЛХЭ	2	
ПТГМХС +пункция биллома→		МЛХЭ	6	
Фақат МЛХЭ			3	
МЛХЭ			14	22
МЛХЭ, перивезикал абсцессни очиш			3	
Лапаротомия, ХЭ ва қорин бўшлиғи санацияси			5	

17 беморда (шу жумладан 3 таси чегараланган перивезикал биломанинг пункцияси билан) дастлабки холецистостомия (ПТГМХС) билан икки босқичли даволаш ўтказилган. Ушбу 7 бемор кейинчалик минилапаротом кесим орқали ХЭ қилинган. Яна 7 нафар беморга микрохолецистотомиядан сўнг ЛХЭ ўтказилган. 2 беморда фақат микрохолецистостомия билан чегараландик. 5 беморга МЛХЭ ўтказилди ва перивезикал абсцесс очилган.

Перитонит туфайли 11 бемордан 3 нафарида ХЭ ва қорин бўшлиғини санація қилишдан муваффақиятли ўтказилган. 8 ҳолатда ўт пуфагини олиб ташлаш ва қорин бўшлиғини санація қилиш кенг лапаротомия орқали амалга оширилган (2-жадвал).

2-жадвал

Ўт тош касаллигининг ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан кечган ўрта даражадаги беморларда ўтказилган хирургик аралашув турлари (n=69)

Касаллик клиникаси	Операция тури		Беморлар сони	
	Ўт тош касаллигининг ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан кечган беморлар (n=69)	ПТГМХС →	ЛХЭ	7
ПТГМХС →		МЛХЭ	7	
ПТГМХС + билома пункцияси →		МЛХЭ	3	
Фақат ПТГМХС		2		
ЛХЭ		16	50	
МЛХЭ		18		
МЛХЭ, перивезикал абсцессни очиш		5		
ЛХЭ ва қорин бўшлиғини санація қилиш		3		
Лапаротомия, ХЭ ва қорин бўшлиғини санація қилиш		8		

Ўткир холецистит клиникасининг енгил даражали қайд этилган 118 беморда ўтказилган операциялар 3-жадвалда келтирилган.

3-жадвал

Ўт тош касаллигининг ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан кечган енгил даражадаги беморларда ўтказилган хирургик аралашув турлари (n=118)

Касаллик клиникаси	Операция тури	Беморлар сони	
ЎТК ўткир деструктив холециститнинг клиникаси устунлиги билан кечган беморлар (n=118)	ЛХЭ	60	118
	ЛХЭ, жигар ости соҳасини санаціяси дренажлаш	12	
	ЛХЭ ва қорин бўшлиғининг санаціяси	1	
	ПТГМХС + билома пункцияси → МЛХЭ	2	
	МЛХЭ	33	
	Лапаротомия орқали ХЭ	10	

221 беморда холецистэктомия операцияси амалга оширилган бўлса, асосан 107 (48,4%) ҳолатда миналапаротом кесим орқали, 87 (39,4%) ҳолатда ЛХЭ, 17 (7,7%) беморга кенг лапаротомия усули билан операциялар ўтказилган. 5 (2,3%) ҳолатда беморларга холецистостомия билан жавоб берилган.

Шундай қилиб, деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан кечган ўт тош касаллигининг асоратланган шакли 226 нафар беморнинг 31 нафарида 2 босқичли даволаш ўтказилиб, бу 13,7% ташкил этган. Улардан 14 оғир клиник ҳолатда бўлиб 35,9% ни, 17 таси ўртача оғирлик ҳолатида бўлиб 24,6% ни ташкил этган.

Ўт тош касаллигининг асоратланган кечиши билан ва холедохолитиаз туфайли обструктив сариқлик ва обструктив холангитнинг клиникаси устунлиги (n=75) бўлган беморларнинг асосий гуруҳида касалликнинг оғир клиник кечиши ва операциядан кейинги асоратлар хавфи юқори бўлиши башорат қилинган 25 нафар бемор киритилган. Беморларнинг умумий аҳволи оғирлиги сабабли, даволашнинг 1-босқичидаги 20 (80%) беморларда эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), сўнгра назобилиар дренаж (НБД) муваффақиятли ўтказилган. 5 (20%) беморда НБД ўрнатишга уринишлар муваффақиятсиз тугаган. Механик сариқлик ва холангитнинг прогрессив клиникаси қайд этилган ушбу 5 беморга ўнг қовурға ёйи ости соҳасидан кичик кесим орқали ХЭ ва холедохолитотомия амалиёти ўтказилган.

Холангиоген интоксикация клиникаси баргараф этилиб, аҳволи яхшиланган 20 беморга ЭПСТ ўтказилгач, иккинчи босқичда 11 нафарида ХЭ, улардан 4 нафарида ЛХЭ, 7 нафарида эса минилапаротомия орқали ХЭ операцияси ўтказилган. ЭПСТдан сўнг 5 бемор радикал хирургик операциядан воз кечди ва улар уйларига жавоб берилган. Обструктив холангит ва ўткир холецистит клиникаси биргаликда келганда 4 беморга миниинвазив декомпрессив трансдуоденал аралашувлар –ЭПСТ литоэкстракция билан бажарилган. Ушбу беморларга ПТГМХС ҳам ўтказилди. Кейинчалик улардан 2 тасида МЛХЭ амалга оширилди. 2 нафари аҳволи сезиларли даражада яхшиланган ҳолда шифохонадан жавоб берилган (4-жадвал).

4-жадвал

Ўт тош касаллигининг обструктив холангит клиникаси устунлиги билан кечган оғир даражадаги беморларда ўтказилган хирургик аралашув турлари (n=25)

ЎТК обструктив холангит клиникаси устунлиги билан кечган беморлар (n=25)	ЭПСТ ва НБД →	ЛХЭ	4	20
	ЭПСТ ва НБД →	МЛХЭ	7	
	Фақат ЭПСТ		5	
	ЭПСТ ва ПТГМХС →	МЛХЭ	2	
	Фақат ЭПСТ ва ПТГМХС		2	
	МЛХЭ ва холедохолитотомия (ЭПСТ муваффақиятсиз бўлганда)		5	5

Умумий аҳволининг ўртача оғирликда бўлган 31 беморнинг 14 нафарида бир вақтнинг ўзида ХЭ ҳажмида хирургик аралашуви ва ўнг қовурға ости соҳасидан минилапаротомия орқали холедохолитотомия холедохни ташқи дренажлаш билан биргаликда амалга оширилди. Умумий аҳволининг оғирлиги туфайли 17 беморда даволашнинг биринчи босқичида ЭПСТ ва НБД муваффақиятли ўтказилди. Холемик эндотоксикознинг белгилари енгиллашгандан сўнг иккинчи босқичда 15 беморда ХЭ бажарилди, шулардан

11 тасида ЛХЭ, 4 тасида минилапаротомия орқали ХЭ. Литоэкстракция ва ЭПСТ муваффақиятли ўтказилган 2 бемор якуний операциядан воз кечган (5-жадвал).

5-жадвал

Ўт тош касаллигининг обструктив холангит клиникаси устунлиги билан кечган ўрта оғир даражадаги беморларда ўтказилган хирургик аралашув турлари (n=31)

ЎТК обструктив холангит клиникаси устунлиги билан кечган беморлар (n=31)	ЭПСТ ва НБД →	ЛХЭ	11	17
	ЭПСТ ва НБД →	МЛХЭ	4	
	Фақат ЭПСТ		2	
	МЛХЭ ва холедохолитотомия		14	14

Механик сариклик ва холангит билан енгил даражадаги 19 беморга бир босқичли холедохолитотомия билан ХЭ ўтказилган, шулардан 13 ҳолатда минилапаротомия, 6 тасида кенг лапаротомия кесими орқали операциялар бажарилган (6-жадвал).

6-жадвал

Ўт тош касаллигининг обструктив холангит клиникаси устунлиги билан кечган енгил даражадаги беморларда ўтказилган хирургик аралашув турлари (n=19)

Ўт тош касаллигининг обструктив холангит клиникаси устунлиги билан кечган беморлар (n=25)	МЛХЭ ва холедохолитотомия	13	19
	ХЭ ва Холедохолитотомия кенг лапаротомиядан	6	

Механик сариклик ва йирингли холангит клиникаси устунлиги билан 75 бемордан иборат гуруҳда 2 босқичли хирургик даволаш 28 нафарида (37,3%) амалга оширилган. Биринчи босқичда уларда ЭПСТ, НБД ва ПТГМХС билан биргаликда муваффақиятли амалга оширилди. Холангиоген интоксикация бартараф қилинган уларда 2 босқичда ХЭ (ЛХЭ-15, МЛХЭ-13) операцияси ўтказилган. ЭПСТдан кейин аҳволи сезиларли даражада яхшиланган 9 (12%) бемор амбулатор кузатув учун уйига жавоб берилган. 38 (50,7%) беморларда ХЭ холедохолитотомия билан ва холедохни ташқи дренажлаш операцияси бир босқичда амалга оширилган. Улардан 5 тасида ЭПСТ операцияси муваффақиятсиз натижаси сабабли амалга оширилди.

Шундай қилиб, Токио таснифи бўйича умумий аҳволи оғир даражада бўлган 64 беморнинг 27 (42,2%) операциядан кейинги асоратларни ривожланиш хавфи юқори бўлганлиги сабабли икки босқичли хирургик даволаш ўтказилган. 10 (15,6%) беморда ўт йўлларида миниинвазив декомпрессия аралашуви билан чекланилди. Бир босқичли радикал хирургик операцияси 27 (42,2%) беморда ўтказилган, ундан 13 (20,3%) ҳолатда перитонит (5 бемор) ёки перивезикал абсцесс (5 бемор) клиникаси бўлганлиги сабабли ёхуд ЭПСТ муваффақиятсиз бўлганда мажбурий қилинган.

Ҳолатининг ўртача оғирлик даражасидаги (n=100) беморларнинг 32

(32%) икки босқичли хирургик аралашуви, 74 (74%) беморда бир босқичли радикал хирургик амалиёти ўтказилди. 4 беморда миниинвазив декомпрессия аралашуви билан чекланилди. Ўт тош касаллигининг асоратланган кечиши билан ва ҳолатининг оғирлик даражаси енгил бўлган 118 беморларда бир босқичли радикал хирургик амалиёти бажарилди.

Диссертациянинг «Ўт тош касаллигини асоратланган шаклларида миниинвазив хирургик йўли билан даволашнинг услубий ва техник ёндашувларининг принциплари» деб номланган тўртинчи бобда асосий гуруҳ беморларнинг 38 нафарига перкутан трансгепатик микрохолецистотомия (ПТГМХС) ўтказилган.

Қорин бўшлиғига сафро оқиб кетишининг олдини олиш билан оператив канални герметиклигини сақлаш мақсадида ультратовуш текшируви остида ўт пуфаги жигар паренхимаси орқали дренажланди. Хирургик ҳажмидан қатъий назар дренажлаш жараёнининг охирида махсус "саватча" бўлган, катетер диаметри 4F ва 9F бўлган "соябон" стилет катетери ёрдамида амалга оширилган (2-расм).



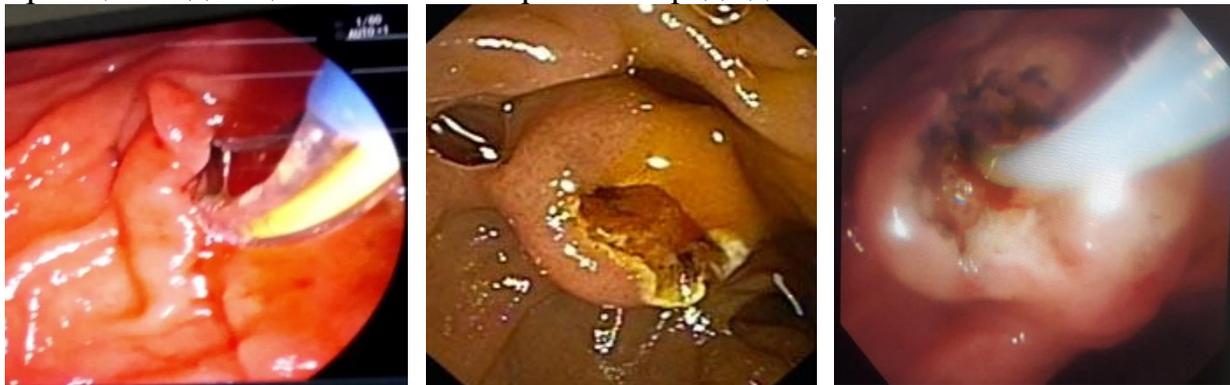
2-расм. Сонодиапневтика назорати остида тери орқали трансгепатик микрохолецистотомия

Микрохолецистостомия бажарилгандан сўнг ўт пуфаги таркиби бутунлай бўшатилади, унинг бўшлиғини гипохлорит натрийнинг озонлаштирилган эритмаси билан ювилди. Дренаж бўйича ажралма визуал равишда баҳоланди ва бактериологик текшириш учун юборилди. Ўт пуфагининг тўлиқ бўшаганлигини эхография ёрдамида назорат қилинган.

ПТГМХСдан сўнг ХЭ иккинчи босқичда 31 беморда ўтказилди (ЛХЭ 13, МЛХЭ 18 беморларда). Улардан ЭПСТ билан биргаликда ПТГМХС 2 беморда ўтказилди ва МЛХЭ билан тугалланган. 5 беморда ПТГМХС ўтказилиши даволашнинг якуний усули бўлиб қолди. Шунингдек, ЭПСТ билан биргаликда беморда ПТГМХС бирга қўлланилиши 2 бемор учун даволашнинг якуний усули бўлган.

Ўткир обструктив йирингли холангит клиникаси устунлиги билан асосий тадқиқот гуруҳининг 37 беморларида эндоскопик папиллосфинктеротомия амалиёти амалга оширилган. Яна 5 нафар беморда ЭПСТ уриниш муваффақиятсиз тугаган. ЭПСТ стандарт усулда дуоденоскоп, электрохирургик блок ва сфинктеротомия ёрдамида амалга оширилган (3-

расм). Шу билан бирга, шуни таъкидлаш керакки, 5 нафар беморда ЭПСТ ва НБД ўрнатишга уринишлар муваффақиятсиз тугади, бир ҳолатда беморда ўлимга олиб келган ўткир панкреатит ривожланди, бошқа 1 кузатувда ўн икки бармоқ ичакдан қон кетиш консерватив тарзда даволанган.



3-расм. Эндоскопик папиллосфинктеротомия ва назобилиар дренажни ўрнатиш

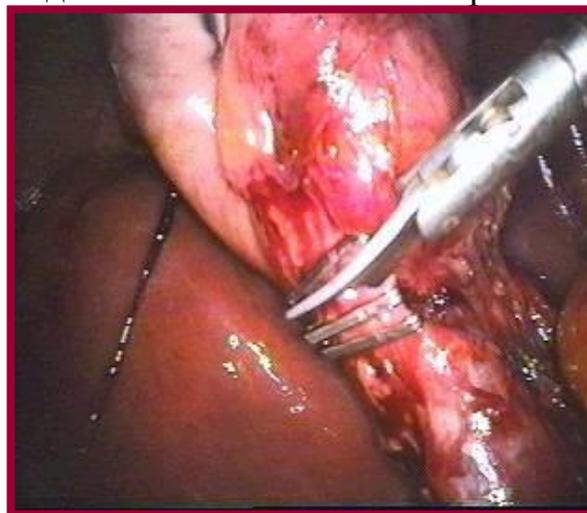
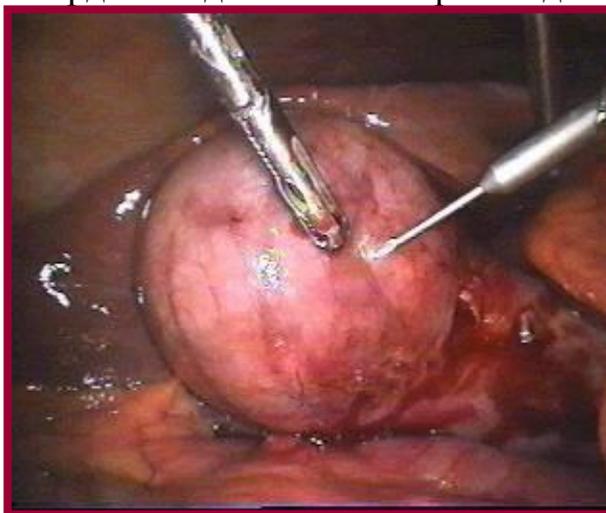
Шундай қилиб, асосий гуруҳнинг 73 нафар беморида миниинвазив декомпрессияли хирургик даволаш амалга оширилди, бу 24,2% ни ташкил этган. Ушбу беморларда ўт йўллариининг дастлабки миниинвазив декомпрессиясидан сўнг, иккинчи босқичда 7-14-кунларда 59 ҳолатда ХЭ бажарилди, улардан 28 таси ЛХЭ, 31 тасида МЛХЭ ўтказилган. Асосий гуруҳдаги 228 нафар беморда бир босқичли радикал операция - холецистэктомиа ўтказилди, бу контингент умумий сонининг 75,7 % ташкил этади. Усулларнинг турли хили қўлланилди: шундан 127 бемор минилапаротомия усулидан фойдаланган ҳолда операция қилинди, 74 беморда ЛХЭ ўтказилди; 27 беморда ХЭ кенг лапаротомия усули билан амалга оширилган.

Диссертациянинг «**Ўткир деструктив холециститнинг асорати бўлган билиар перитонитни хирургик даволашнинг тактик принциплари**» деб номланган бешинчи бобида 2015-2022 йилларда ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида сафроли перитонит билан операция қилинган 82 беморларнинг текшириш ва даволаш натижалари келтирилган. Сафроли перитонит аксарият ҳолатларда кекса ва қари ёшдаги беморларда ривожланиб, бунда асосан ўткир холециститнинг деструктив шакллари перитонит билан биргаликда учради ва касалликнинг клиникаси атипик кўринишда кечган.

Таққослаш гуруҳидаги беморларда бажарилган операциялар ҳажмига қараб улар 3 турга бўлинган: 19 тасида ХЭ, жигар ости соҳасини санацияси ва найлаш, 9 тасида ХЭ, қорин бўшлиғини санацияси ва найлаш (ўнг латерал канал ва кичик чанок бўшлиғи), 5 нафар беморга ХЭ, холедохолитотомия, жигар ости соҳасини санацияси ва найлаш амалга оширилди. Барча ҳолатларда кенг юқори-ўрта лапаротомиядан фойдаланилган.

Беморларнинг асосий гуруҳида қуйидаги операциялар турлари амалга оширилди: – Микрохолецистостомия ва ультратовуш текшируви остида билома пункцияси, сўнгра даволашнинг иккинчи босқичида МЛХЭ 11 беморда; – ЛХЭ, жигар ости соҳасини санацияси ва найлаш 9 беморда; – ЛХЭ, қорин бўшлиғининг санацияси ва найлаш (ўнг латерал канал ва кичик чанок

бўшлиғи) 4 беморда; ЛХЭ, жигар ости соҳасини санацияси ва найлаш, ЭПСТ 3 беморда; – миналапаротомиядан ХЭ ва холедохолитотомия, холедохни ташқи дренажлаш ва жигар ости соҳасини санацияси ва найлаш 6 беморда; - 16 беморда кенг лапаротомиядан ХЭ, қорин бўшлиғининг санацияси ва найлаш операциялари ўтказилган. Тадқиқотнинг асосий гуруҳида ўткир деструктив холецистит ва жигар ости соҳасида чегараланган сафро тўплиниши билан 11 нафар беморнинг умумий аҳволи бошланғич оғир бўлиб, ўт пуфагининг перкутан-трансгепатик микрохолецистотомия ёрдамида декомпрессия қилинди ва ультратовуш текшируви назорати остида билома пункция қилинди. Ўткир деструктив холецистит ва маҳаллий перитонит билан 9 нафар беморда лапароскопик холецистэктомия жигар ости бўшлиқни санацияси ва дренажлаш билан яқунланган (4-расм). Тарқалган сафроли перитонитда ЛХЭ 4 беморда ўнг латерал канал ва кичик чаноқ бўшлиғини дренажлаш билан қорин бўшлиғини санация қилиш билан тўлдирилган. 3 беморда холедохолитиаз биргаликда келганда ЛХЭ кейин ЭПСТ бажарилган.



4-расм. «Ўткир флегмоноз холецистит, маҳаллий сафроли перитонит» диагнози билан 63 ёшли беморда лапароскопик холецистэктомия босқичлари

Шундай қилиб, ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида маҳаллий сафроли перитонитни даволашда миниинвазив хирургик аралашувлардан (диапевтик ва лапароскопик усуллар) устувор фойдаланиш асосий гуруҳдаги беморларнинг 67,3 % муваффақиятли амалга оширилган. Кенг лапаротомиядан ХЭ ва қорин бўшлиғини санация қилиш тарқалган сафроли-йирингли перитонит билан фақат 32,7% ҳолларда эҳтиёж бўлган.

Диссертациянинг «Ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари даволашда ўт йўллари интрабилиар санацияси» деб номланган олтинчи бобида беморларнинг асосий гуруҳидаги барча хирургик аралашувлар холедохни дренажлаш билан яқунланди, улардан 38 тасида ташқи дренаж, 37 тасида эса эндоскопик трансдуоденал аралашув НБД билан яқунланган. Ўт йўлларида яллиғланишни тўхтатиш ва жигарда микроабсцесслар ва абсцесслар пайдо бўлишининг олдини олиш учун ушбу беморларга 0,06% натрий гипохлорит эритмаси билан биз томондан ишлаб чиқилган усул орқали ўт йўллари перфузияси ўтказилган. Интрабилиар санация

холедохолитотомиядан сўнг ёки назобилиар дренаж ўрнатилгандан сўнг гепатикоколедохода (ГХ) ўрнатилган дренаж найлари орқали амалга оширилган. Холедохолитотомиядан сўнг холедох бўшлиғига 1 жуфт найча ўрнатилди, улардан бири (бўшлиғи диаметри 2 мм бўлган юпка) ГХ нинг проксимал учи йўналиши бўйича, иккинчиси (4 мм гача кенгроқ бўшлиқ билан) ГХ нинг дистал йўналишида жойлашган. Биринчи кундан бошлаб ўт йўллари нинг санацион перфузияси сафро микрофлораси нормаллашгунга қадар рН=6 бўлган 400,0 мл анолит 0,06% натрий гипохлорит эритмаси билан амалга оширилган. Натрий гипохлоритнинг анолит эритмаси ўт йўлларида кучли оксидловчи восита бўлиб, ўт билан боғланиб, уни суюлтиради, дренаж орқали сафро ажралиш даражасини оширади. 400,0 мл 0,06% натрий гипохлорит анолит эритмаси киритилиши сафро микробларининг титрини пасайтирди ва у қабул қилингандан кейинги кунларда барқарор равишда пасайиб кетган.

Сафронинг микробиологик текшируви 1-3-5 кунларда ва дренажни олиб ташлашдан олдин ўтказилган. Шу билан бирга, аксарият ҳолларда *Escherichia coli* - 75,2%, *Klebsiella* - 12,3%, *Enterobacter* - 8,1% ва турли хил ассоциациялар аниқланган. Интрабилиар санациядан сўнг 5-куни беморларнинг 72% экмаларида сафронинг салбий натижалари кузатилган, 12-куни микроб пейзажининг тўлиқ бартараф бўлиши кузатилган.

38 беморнинг 15 нафарида ПТГМХС қўлланилгандан сўнг, ўт пуфаги бўшлиғи натрий гипохлоритнинг анолит эритмаси билан ювилган ва лаборатория текшируви учун сафро олинган. Ўт пуфагининг бўшлиғида 5 мг/л концентрацияли 20-40 мл озонланган эритма юборилди. Операциядан кейинги биринчи кундан бошлаб даволаш манипуляциялари амалга оширилган.

ПТГМХСдан сўнг ўт пуфаги бўшлиғини санация қилиш микробли ифлосланишда статистик жиҳатдан муҳим фарқларни аниқлади. 1-2 кунларда микроб билан ифлосланиш паст бўлди, 5-6 кунларда микроб билан ифлосланиш 1-2 кунлик кўрсаткичларга нисбатан камайганлиги қайд этилган. Олинган маълумотлар озонланган натрий гипохлорит эритмаси билан ўт пуфагини санация қилишнинг юқори самарадорлигини кўрсатди - микробли ифлосланиш кўрсаткичлари ПТГМХСдан кейин энг қисқа вақт ичида прогрессив равишда камайди.

Диссертациянинг «**Таққослаш гуруҳларида ЎТК асоратланган шакллари билан беморларни даволаш натижаларини қиёсий таҳлили**» деб номланган еттинчи бобида тадқиқотнинг асосий гуруҳидаги беморларда ўлимнинг сезиларли даражада камайганлигини кўрсатди.

Беморларнинг назорат гуруҳида (n=255) ўлим даражаси 2,7% - 7 бемор вафот этган. Улардан 4 нафарида ўлим сабаби абдоминал асоратлар, 2 нафарида билиар сепсис, 2 нафарида абдоминал сепсис, 3 нафарида мавжуд бўлган коморбид патологиядан келиб чиққан юрак-қон томир ва ўпка асоратлари туфайли юзага келган. Шу билан бирга, асосий гуруҳда операция қилинган 301 бемордан 4 нафари вафот этган, ўлим даражаси 1,3% ни ташкил этган. Ўлимнинг сабаби 1 беморда ўткир панкреатит ва 1 кузатувда давом

этаётган перитонит ва 1 кузатувда билиар сепсис бўлган. Шунингдек, 1 кузатувда ўлим сабаби миокард инфаркти туфайли ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги бўлган (7-жадвал).

Таққослаш гуруҳидаги 24 нафар беморда турли хил сафро ва йирингли-септик асоратлар кузатилган, бу 9,4% ни ташкил этган. Шу билан бирга, 3 (1,2%) беморда жигар ости соҳасида билломалар ҳосил бўлган, улар контрапертураларни реканализация қилиш орқали дренажланган. 5 (1,9%) беморда жигар ости бўшлиққа ўрнатилган дренаж трубкаларидан сафро оқиши кузатилган, 5 (1,9%) беморда жигар ости ва диафрагма ости бўшлиғи абсцессларни очиш ва дренажлаш бўйича такрорий операциялар ўтказилган, 2 (0,8%) беморда сафроли перитонит туфайли релапаротомия бажарилган. Шунингдек, 4 нафар (1,6%) беморлар қорин бўшлиғига холемик қон кетиши бўйича қайта операция қилинган. 12 (4,7%) беморда операциядан кейинги яранинг йиринглаши кузатилган.

7-жадвал

Ўрганилаётган таққослаш гуруҳларида ўлимнинг учраш суръати ва сабаблари

Ўлим сабаблари	Таққослаш гуруҳи (p=255)		Асосий гуруҳ (p=301)	
	абс.	(%)	абс.	(%)
Жигарнинг холангиоген абсцесслари ва билиар сепсис	2	0,8%	1	0,3%
Перитонит ва абдоминал сепсис	2	0,8%	1	0,3%
Ўткир панкреатит	-	-	1	0,3%
Миокард инфаркти	2	0,8%	1	0,3%
Ўпка артерияси тромбоемболияси	1	0,4%	-	-
Жами	7	2,7%	4	1,3%

Эслатма * - кўрсаткичлар фарқининг ишончлилиги ($p < 0,05$)

Тадқиқотнинг асосий гуруҳида 12 беморда операциядан кейинги асоратлар 3,9% ни ташкил этган. Шу билан бирга, 3 (0,9%) беморда жигар ости соҳасида билломалар ривожланиб, улар ультратовуш назорати остида пункцион усул орқали муваффақиятли санация қилинган. 3 (0,9%) беморда ўт пуфагининг трансгепатик пункция вақтида жигардан холемик қон кетиш кузатилган. 3 нафар беморда ташқи сафро оқиши кузатилди, релапароскопия пайтида 1 ҳолатда ўт халта йўли чўлтоғида етишмовчилик туфайли қайта клипс ўрнатилди, яна 2 ҳолатда ўт пуфаги ётоғидан қорин бўшлиғига ўт оқиши манбаи сифатида коагуляция қилинган. ЭПСТ хирургик амалиётидан сўнг 1 беморда ўн икки бармоқ ичакдан қон кетиши қайд этилди ва қон кетиш консерватив тарзда гемостатик терапия ўтказиш орқали тўхтатилди. 2 беморда диафрагма ости абсцесси ҳосил бўлиб, ультратовуш назорати остида такрорий пункция орқали санация қилинган. 4 (1,3%) беморда операциядан кейинги яранинг йиринглаши кузатилган (8-жадвал).

Таққослаш гуруҳларида билиар ва септик асоратларнинг учраш суръати

Йирингли-септик асоратлар	Таққослаш гуруҳи (p=255)		Асосий гуруҳ (p=301)	
	абс.	(%)	абс.	(%)
Билома	3	1,2%	3	0,9%
Сафрони ташқарига оқиши	5	1,9%	3	0,9%
Холемик қон кетиш	4	1,6%	3	0,9%
Ўн икки бармоқ ичакдан қон кетиш	-	-	1	0,3%
Жигар ва диафрагма остидаги абсцесс	5	1,9%	2	0,6%
Тарқалган билиар перитонит	2	0,8%	-	-
Яралинг йиринглаши	12	4,7%	4	1,3%
Жами	24	9,4%	12	3,9%

Эслатма * - кўрсаткичлар фарқининг ишончилиги (p<0,05)

Олинган натижалардан кўриниб турибдики, беморлар аҳволининг оғирлиги ва операциядан кейинги ривожланадиган асоратларнинг башорат қилинадиган хавфини ҳисобга олган ҳолда, беморларни жарроҳлик даволашда тактик ва техник чора-тадбирларни амалга оширишга янги ёндашувларни оптималлаштириш ва ишлаб чиқиш, дастлабки миниинвазив декомпрессия аралашувларидан устувор равишда фойдаланиш йирингли жараённи эрта бартараф этишга, билиар ва абдоминал сепсис ривожланиши, рақобатдош коморбид патология туфайли юрак-қон томир ва ўпка асоратларининг олдини олишга ёрдам берди. Ўлимни 2,7 % дан 1,3 % га, билиар ва септик асоратларни 9,4 % дан 3,9% га, шунингдек, юрак-қон томир ва ўпка асоратларини 11,9 % дан 7,6 % га камайтиришга эришилган.

ХУЛОСА

1. Факторли таҳлил орқали аниқландики, ўткир деструктив холецистит ёки обструктив холангитни бир босқичли радикал хирургик тузатишга уринишлардан сўнг беморларда ўлимнинг энг юқори фоизи билиар ва септик, шунингдек қорин бўшлиғидан ташқари асоратларда (мос равишда 5,8%, 18,8% ва 21,7%) кузатилган. Ўлимнинг сабаби тенг даражада билиар ва абдоминал сепсис, шунингдек, юрак-қон томир ва ўпка асоратлари.

2. Беморлар аҳволи оғирлиги даражасини баҳолашнинг ишлаб чиқилган мезонлари ва ўт йўлларида дастлабки миниинвазив декомпрессияни қўллаш билан операциядан кейинги асоратларни ривожланиш хавфини ҳисобга олган ҳолда босқичма-босқич хирургик даволаш асосий гуруҳдаги беморларнинг 24,3% да амалга оширилиши йирингли-холемик интоксикацияни бартараф этиш ва кейинги радикал операциялар натижаларини яхшилаш имконини берди. Беморларнинг 4,6% да бу аралашувлар даволашнинг якуний усули бўлди.

3. Ультратовуш текшируви назорати остида ПТГМХС, ЭПСТ ёки

уларнинг комбинациясидан фойдаланган ҳолда деструктив холецистит ёки обструктив холангит клиникасининг устунлигига боғлиқ ҳолда, босқичма-босқич хирургик даволашнинг ишлаб чиқилган тактикаси даволашнинг кейинги босқичида 39,4% да ЛХЭ ва 48,4% ҳолатда МЛХЭдан фойдаланиш имконини берди.

4. Асоратланган ўткир холециститни эрта клиник, сонографик ва интраоператив диагностикага асосланган миниинвазив даволашнинг ишлаб чиқилган тактик тамойиллари, ультратовуш назоратида микрохолецистостомия, лапароскопик ва минилапаротомия орқали холецистэктомия, холедохни дренажлаш билан ва эндоскопик папиллосифнктеротомия ўткир холециститда тактик ва даволаш ёндашувларни индивидуал хусусиятларга асосан белгилашга имкон беради.

5. Сафроли перитонитни даволашда диапевтик ва лапароскопик усуллардан устувор фойдаланиш асосий гуруҳдаги беморларнинг 67,3% да муваффақиятли амалга оширилган ва лапаротомия ва релапаротомияни қўллашни сезиларли даражада камайтирди.

6. Натрийг гипохлоритнинг 0,06% анолит ва католит эритмалари билан ўт йўллари дренаж орқали санация қилиш сафронинг микробли ифлосланишини эрта бартараф қилишга, билирубин, АсАТ ва ишқорли фосфатаза фаоллигини нормаллаштиришга ёрдам беради, сафро секрециясини 2 баравардан кўпроқ оширади.

7. Ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан беморлар аҳволининг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда хирургик даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини оптималлаштириш, миниинвазив аралашувларни босқичма-босқич қўллаш билан, операциядан кейинги ўлим, йирингли-септик ва экстраабдоминал асоратлари (мос равишда 1,3%, 3,9% ва 7,6%) сезиларли даражада камайтириш имконини берди, ҳолбуки бу кўрсаткичлар таққослаш гуруҳида 2,7%, 9,4% ва 11,9% ни ташкил этган.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 ПРИ
БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ
ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

ШОНАЗАРОВ ИСКАНДАР ШОНАЗАРОВИЧ

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

14.00.27 – Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ
ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК (DSc)**

Бухара – 2023

Тема диссертации доктора наук (DSc) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2022.3.DSc/Tib743.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на трёх языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.bsmi.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научный консультант:	Курбаниязов Зафаржон доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Хамдамов Бахтиёр Зарифович доктор медицинских наук, профессор Акбаров Миршавкат Миролимович доктор медицинских наук, профессор Ким Жонг Ву доктор медицинских наук, профессор (Южная Корея)
Ведущая организация:	Померианский университет Слупск (Польша)

Защита состоится «__» _____ 2023 г. в ____ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200100, Республика Узбекистан, г.Бухара, пр-т.Навай,1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhmi@mail.ru)

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за №116). Адрес: 200100, Республика Узбекистан, г. Бухара, пр-т. Навай,1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2023 года.
(реестр протокола рассылки № ____ от _____ 2023 года).

А.Ш. Иноятов

Председатель Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Н.Н. Казакова

Ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор философии по медицинским наукам (DSc)

Б.З. Хамдамов

Председатель Научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора наук (DSc))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Как свидетельствует National Institutes of Health (2017) желчнокаменная болезнь встречается у 10-15% взрослого населения, а частота гнойных осложнений воспалительных заболеваний желчных путей встречается в 46% случаях и несмотря на пристальное внимание исследователей к этой проблеме, остается в высшей степени актуальной. Воспалительный процесс в данной локализации характеризуется не только местным гнойно-деструктивным процессом, но и системными расстройствами, способствующим к быстрому развитию тяжелой эндогенной интоксикации и выраженной дисфункции органов. Благодаря внедрению в клиническую практику новых современных методов диагностики (УЗИ, КТ, МРТ, РПХГ) и миниинвазивных методов лечения удалось значительно улучшить результаты лечения «...ЖКБ и её осложнений, таких как острый деструктивный холецистит, холедохолитиаз и гнойный холангит...»¹

Методические аспекты диагностики и лечения осложненных форм желчнокаменной болезни описаны в современной литературе, однако доводы авторов порой разноречивы и мало доказуемы, особенно это относится к оценке возможностей малоинвазивных методик. В многочисленных исследованиях результаты хирургического лечения не всегда удовлетворяют специалистов, в 20 % случаев у больных возникают септические состояния, в результате которого от 6,25% до 30,0% наблюдениях заканчиваются летальным исходом.

В нашей стране среди осуществляемых ширококомасштабных мер по усовершенствованию системы здравоохранения, особое внимание обращается на раннюю диагностику заболеваний, снижение частоты их осложнений и профилактику. В связи с этим в 56-пункте 4-раздела в 7 приоритетных направлениях, указанных в Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы определены задачи, в «...реализация комплексных мероприятий, направленных на охрану здоровья населения, повышение потенциала медицинских работников и реализацию программы развития системы здравоохранения на 2022-2023 годы...»². В этом плане обозначены задачи по коренному усовершенствованию комплекса мероприятий системы здравоохранения. Улучшение результатов лечения осложненных форм желчнокаменной болезни основаны на прогнозе программных методов.

Данная диссертационная работа в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указе Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению

¹ Younossi ZM, Stepanova M, Golabi P, Epstein RS, Strauss ME, Nader F, Racila A. Factors Associated With Potential Progressive Course of Primary Biliary Cholangitis: Data From Real-world US Database. // J Clin Gastroenterol. – 2019 – N 53 (9). – P. 693-698.

² Указ Президента Республики Узбекистан ПП-№60 от 28 января 2022 года «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы».

принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», Постановлениях Президента Республики Узбекистан № ПП-4887 от 10 ноября 2020 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы Государственного управления сферой здравоохранения», №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также в других нормативно-правовых документах, непосредственно касающихся деятельности в данном направлении.

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

Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации³.

Научные изыскания, направленные на улучшение результатов лечения больных с осложненных форм желчно каменной болезни, проводятся в ведущих мировых научных центрах и высших образовательных учреждениях мира, в том числе: University of Wisconsin Madison (США); South Bohemian University (Чехия), University Medical Center Utrecht, University of Groningen (Нидерландия), University of Korea (Корея), National Yang-Ming University (Тайланд), Universidade Estadual Paulista, Universidade Federal de Minas Gerais (Бразилия); University of Nottingham (Англия), Medical University of Warsaw (Польша); Medizinische University Wien (Австрия); Республиканский научно-практический центр экстренной медицинской помощи (Узбекистан); Республиканский научно-практический центр хирургии им. В.В. Вахидова (Узбекистан).

Анализ научно-исследовательских данных развитых стран мира показал высокую степень актуальности и экономической значимости данной проблемы. Высокая распространенность заболевания, среди лиц наиболее трудоспособного возраста, высокая частота послеоперационных осложнений, что в итоге негативно сказывается на качестве жизни больных, свидетельствует об актуальности и значимости проблемы осложненных форм желчно каменной болезни.

Степень изученности проблемы. Острый холецистит и обструктивный холангит одно из наиболее тяжелых и жизнеугрожающих осложнений заболеваний желчных путей, представляющее собой острое воспаление желчных протоков, возникающее на фоне устойчивого нарушения оттока желчи. Ведущей причиной нарушения оттока желчи является развитие желчнокаменной болезни, и как показывают проведенные ретроспективные

³ Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации разработано по следующим сайтам www.lstmed.ac.uk, www.otago.ac.nz, www.ufl.edu, www.snu.ac.kr, www.ibis-sevilla.es, www.ox.ac.uk, www.umd.edu, www.unimelb.edu.au, www.uzh.ch, www.auf.edu.ph, www.lshtm.ac.uk, www.cam.ac.uk, www.duke.edu, www.nibmg.ac.in, www.nie.gov.in, www.sanger.ac.uk, www.cgu.edu.tw, www.infectology.uz

исследования сегодня у каждого десятого человека выявляется ЖКБ различной степени тяжести, а холедохолитиаз в качестве осложнения встречается в 20-30% случаев (HungnessE., 2016).

Особенностью данной патологии является развитие механической желтухи, причем статистически в данной возрастной группе она возникает на 35% чаще чем в более молодом возрасте. И именно развитием желчной гипертензии, вследствие механических нарушений оттока желчи объясняется формирование холангита. Актуальность проблемы возросла в связи с увеличением числа больных с осложненными формами желчнокаменной болезни и атипичных форм холедохолитиаза, ростом хирургической активности, особенно у больных пожилого и старческого возраста.

Основную патогенетическую роль в развитии осложненных форм ЖКБ играет выраженное повышение давления внутри просвета желчных протоков, которое сопровождается нарушением оттока желчи, из-за чего создается благоприятные условия для размножения различных микроорганизмов (Каримов Ш.И., 2018). Образовавшиеся условия в желчных протоках, способствуют значительному размножению микроорганизмов в стенках желчных протоков и желчи с развитием рефлюкса инфицированной желчи через печеночные венозные и лимфатические сосуды, системной бактериемией, а также выраженной интоксикацией организма (Hanau L. et al., 2020). Стадии развития заболевания и клиника острого гнойного холангита проявляются из трёх синдромов: застой желчи, эндотоксикоз и недостаточность паренхиматозных органов.

Объективизация оценки тяжести состояния и прогноза заболевания имеет особое значение для разработки перспективных направлений лечения абдоминального и билиарного сепсиса, для которого характерна гетерогенность клинических проявлений. В последние десятилетия, благодаря внедрению новых инновационных, малоинвазивных технологий в хирургическую практику достигнуты значительные успехи в лечении желчнокаменной болезни, приводящее к снижению развития осложненных форм и летальности. Прежде всего это связано с внедрением малоинвазивных оперативных вмешательств, а также поэтапной техники хирургического вмешательства, клиническая эффективность которых не вызывает сомнений (Шулутко А.М., 2018; IssaH.etal., 2018; WangD., 2022).

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работнаучно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского университета по теме: «Разработка усовершенствованных способов диагностики и хирургического лечения осложненных форм желчнокаменной болезни (2019-2022 гг.).

Цель исследования: улучшение результатовхирургического лечения больных с осложненными формами желчнокаменной болезни.

Задачи исследования:

оптимизировать тактико-технические аспекты оперативного лечения больных с осложненными формами ЖКБ с приоритетным использованием миниинвазивных декомпрессионных вмешательств на желчевыводящих путях в зависимости от степени тяжести состояния больных;

разработать алгоритм диагностических и лечебных мероприятий в этапном лечении больных с осложненными формами ЖКБ в зависимости от преобладания клиники деструктивного холецистита или гнойного холангита с применением лучевых диапневтических и эндоскопических методов;

разработать показания к дифференцированному исполбзованию миниинвазивных хирургических вмешательств в лечении желчного перитонита как осложнения деструктивного холецистита и послеоперационного желчного перитонита;

разработать способ чресдренажной интрабилиарной санации в купировании воспалительного процесса желчевыводящих путях при гнойном холангите;

оценить клиническую эффективность предложенной тактики хирургического лечения осложненных форм ЖКБ.

Объектом исследования явились 556 больных с осложненными формами ЖКБ, находившихся на лечении в хирургических отделениях Самаркандского государственного медицинского университета и Самаркандского филиала РНЦЭМП в период с 2015 по 2022 гг.

Предмет исследования составил анализ результатов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом и обструктивным холангитом развившемся как осложнение ЖКБ.

Методы исследований для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, лучевые, эндоскопические и статистические методы.

Научная новизна исследования:

определены критерии влияющие на выбор хирургической тактики этапного лечения больных с учетом степени тяжести состояния больных с приоритетным использованием миниинвазивных декомпрессионных вмешательств;

разработан алгоритм диагностических и лечебных мероприятий у больных с осложненными формами ЖКБ при превалировании клиники деструктивного холецистита с использованием навигационных пункционных и лапароскопических методов, а также трансдуоденальных эндоскопических методов при превалировании клиники гнойного холангита;

разработаны тактические принципы миниинвазивных способов лечения осложнений ЖКБ и усовершенствованы методики ЛХЭ и ХЭ из минидоступа при деструктивном холецистите;

разработан способ чресдренажной санации билиарного тракта в купировании воспалительного процесса в желчевыводящих путях при

гнойном холангите;

доказана клиническая эффективность дифференцированного применения диапневтических, рентген-эндохирургических и лапароскопических технологий в хирургическом лечении осложнений ЖКБ.

Практические результаты исследования:

представлены разработанные критерии оценки тяжести состояния больных позволяющие прогнозировать риск развития послеоперационных осложнений и выбрать оптимальный вариант хирургической тактики при осложненных формах ЖКБ;

предложен алгоритм диагностических и лечебных мероприятий с определением выбора метода и очередности миниинвазивной декомпрессии желчевыводящих путей в зависимости от клинических форм ЖКБ;

предложено и обосновано приоритетное использование лапароскопии, релапароскопии, трансдуоденальных эндоскопических вмешательств и пункционных методов под контролем УЗИ, что позволило значительно снизить число лапаротомии и релапаротомии в лечении желчного перитонита;

применение разработанной санации билиарного тракта с попеременной перфузией анолитным и католитным растворами гипохлорита натрия значительно улучшило результаты лечения гнояного холангита;

разработанные тактико-технические аспекты комплексного хирургического лечения больных осложненными формами ЖКБ позволило улучшить результаты лечения.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов проведенной научно-исследовательской работы подтверждена примененными в достаточном объеме и репрезентативности современными клиническими, лабораторными и инструментальными методами. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины, аргументированы и логично вытекают из результатов исследования. Статистическая обработка подтвердила достоверность результатов исследования, сопоставлением полученных результатов с зарубежными и отечественными исследователями; заключением, подтверждением полученных результатов полномочными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов проведенного настоящего научного исследования заключаются в том, что выводы и рекомендации имеют определенное теоретическое значение, полученные результаты вносят существенный вклад в изучение особенностей хирургического лечения больных с осложненными формами ЖКБ, как взаимоотношающее клиническое течение острого деструктивного холецистита, холедохолитиаза и обструктивного холангита. Факторным анализом определено, что основной причиной неудовлетворительных результатов хирургического лечения этой категории больных является выполнение одномоментных экстренных операций без предварительной декомпрессии ЖВП. Применение этапных

хирургических вмешательств с использованием микрохолецистостомии под УЗИ-наведением и трансдуоденальной папиллотомии с назобилиарным дренированием позволили на последующих этапах лечения выполнить холецистэктомию лапароскопически или при использовании минилапаротомного доступа. Обоснована клиническая эффективность диаплевтических и эндоскопических методов хирургической коррекции отдельных форм желчного перитонита, выполненных в соответствии с принципами FTS – программы ускоренного выздоровления. Обосновано эффективность санации желчевыводящих путей активированным раствором гипохлорита натрия в лечении холангиогенных абсцессов печени и предупреждения билиарного сепсиса. Лечение больных с острым деструктивным холециститом и обструктивным холангитом в соответствии с предложенным алгоритмом значительно улучшили результаты лечения.

Практическая ценность работы заключается в том, что в ходе проведенного исследования нами были разработаны тактико-технические аспекты оперативного лечения больных с осложненными формами ЖКБ в зависимости от тяжести клинических проявлений деструктивного холецистита либо обструктивного холангита и сопутствующей конкурирующей патологии. Внедрены в клиническую практику эндоскопические трансдуоденальные вмешательства и чрескожная микрохолецистостомия под УЗИ-наведением в хирургическом лечении этой категории больных с осложненным течением ЖКБ. Внедрены в клиническую практику миниинвазивные эндоскопические и диаплевтические методы, которые позволили значительно сократить число лапаротомий и релапаротомий при желчном перитоните. Разработан и внедрен в хирургическую практику метод интрабилиарной санации желчных путей попеременной перфузией анолитного и католитного 0,06% растворов гипохлорита натрия позволившего значительно сократить летальность и частоту гнойно-септических осложнений. Двухэтапное лечение с учетом степени тяжести состояния больных и прогнозируемым риском развития послеоперационных осложнений с предварительной декомпрессией желчных путей позволило значительно уменьшить летальность, частоту гнойно-септических, сердечно-сосудистых и легочных осложнений.

Внедрение результатов исследования:

впервые определены критерии, влияющие на выбор хирургической тактики поэтапного лечения больных с приоритетным применением миниинвазивных декомпрессионных вмешательств с учетом степени тяжести состояния больных. *Важность научных инноваций:* впервые выявлены критерии, влияющие на выбор хирургической тактики поэтапного лечения больных с приоритетным применением миниинвазивных декомпрессионных вмешательств с учетом степени тяжести состояния больных, достигнуто снижение послеоперационных осложнений и смертности у тяжелобольных в результате проведения двухэтапной операции. В результате получено сокращение сроков лечения в 2 раза и ускорение реабилитации. *Внедрение*

научных инноваций в практику: Полученные научно-практические результаты внедрены в Навоийском филиале РНЦЭМП (приказ от 07.01.2022.: № 53/54), в многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета (приказ от 04.07.2023.: № 15/16), а также в Самаркандском городском медицинском объединении (приказ от 06.07.2023 г.: №1691-у/1692-У). *Социальная эффективность научной новизны:* впервые были определены критерии, влияющие на выбор хирургической тактики поэтапного лечения больных с приоритетным применением миниинвазивных декомпрессионных вмешательств с учетом степени тяжести состояния больных, улучшилось качество лечения пациентов. *Экономическая эффективность научных инноваций:* впервые были определены критерии, влияющие на выбор хирургической тактики поэтапного лечения больных с приоритетным применением миниинвазивных декомпрессионных вмешательств с учетом степени тяжести состояния больных, достигнуто снижение показателей послеоперационных осложнений и смертности у тяжелобольных в результате проведения двухэтапной тактики, сокращено пребывание пациента в больнице в среднем на 5 дней, уменьшив размер оплаты пребывания до 1 млн. 700 тыс. сум (по прейскуранту БВКГТМ 1 день пребывания в больнице составляет 190.000 сум); за счет сокращения периода пребывания в больнице на несколько дней медикаменты стали менее востребованными (на 1 день расходуется в среднем 150.000 сум медикаментов). *Заключение:* впервые внедрено поэтапное лечение пациентов с приоритетным применением миниинвазивных декомпрессионных вмешательств с учетом степени тяжести состояния пациентов метод, что позволило улучшить относительно хорошие и удовлетворительные результаты лечения пациентов, уменьшить неудовлетворительные результаты лечения и предотвратить развитие опасных для жизни осложнений заболевания. *Расширенное использование научных инноваций:* «Хирургическое лечение осложненных форм желчнокаменной болезни» письмо ректора Самаркандского государственного медицинского университета Министерству здравоохранения Республики Узбекистан по внедрению научных инноваций в другие учреждения здравоохранения № 12364 от 21 октября 2023 года;

при преобладании клиники деструктивного холецистита при осложненных формах желчнокаменной болезни у больных разработан алгоритм диагностических и лечебных мероприятий с использованием навигационно-пункционных и лапароскопических методов, а при преобладании клиники Гнойного холангита-трансдуоденальных эндоскопических вмешательств. *Важность научных инноваций:* Разработано использование навигационно-пункционных и лапароскопических методов у больных с преобладанием клиники деструктивного холецистита при осложненных формах желчнокаменной болезни и трансдуоденальных эндоскопических методов при преобладании клиники гнойного холангита, достигнуто уменьшение осложнений, наблюдаемые в предоперационном и

послеоперационном периодах и доказаны факторы, приводящие к уменьшению летальности. *Внедрение научных инноваций в практику:* Полученные научно-практические результаты внедрены в Навоийском филиале РНЦЭМП (приказ от 07.01.2022.: № 53/54), в многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета (приказ от 04.07.2023: № 15/16), а также в Самаркандском городском медицинском объединении (приказ от 06.07.2023 г.: №1691-у/1692-У). *Социальная эффективность научной новизны* состоит в том, что разработано использование навигационно-пункционных и лапароскопических методов у больных с преобладанием клиники деструктивного холецистита при осложненных формах желчнокаменной болезни и трансдуоденальных эндоскопических методов при преобладании клиники гнойного холангита за счет снижения осложнений, наблюдаемых в предоперационном и послеоперационном периодах, и выявлены факторы, приводящие к снижению летальности, увеличены положительные результаты лечения и улучшено качество лечения. *Экономическая эффективность научных инноваций* состоит из: 1) Уменьшение продолжительность пребывания пациента в больнице в среднем на 7,0 дней, при размере платы за пребывание в больнице до 1 млн. 330 тыс. сум (по прейскуранту БВКТТМ 1-дневное пребывание в больнице составляет 190 000 сум); за счет сокращения периода пребывания в больнице на несколько дней медикаменты стали менее востребованными. 2) пациенту требуется меньше лекарств из-за сокращения периода лечения вне больницы (лечение в других медицинских учреждениях, например, в поликлинике) на несколько дней. *Заключение:* Разработано использование навигационно-пункционных и лапароскопических методов у больных с преобладанием клиники деструктивного холецистита при осложненных формах желчнокаменной болезни и трансдуоденальных эндоскопических методов при преобладании клиники гнойного холангита, снижены осложнения, наблюдаемые в предоперационном и послеоперационном периодах, и факторы, приводящие к летальному исходу, сэкономлены бюджетные средства на 570 000 сумов и внебюджетные средства на 270 000 сумов за счет 1 пациента. *Расширенное использование научных инноваций:* «Хирургическое лечение осложненных форм желчнокаменной болезни» письмо ректора Самаркандского государственного медицинского университета Министерству здравоохранения Республики Узбекистан по внедрению научных инноваций в другие учреждения здравоохранения №12364 от 21 октября 2023 года;

определены факторы, влияющие на выбор оптимальной хирургической тактики с приоритетным применением миниинвазивных хирургических вмешательств с учетом тяжести и распространенности клинического течения желчного перитонита. *Важность научных инноваций:* В результате применения миниинвазивных хирургических вмешательств у тяжелобольных с желчным перитонитом, достигнуто уменьшение сроков лечения, риск

осложнений и летального исхода. *Внедрение научных инноваций в практику:* Полученные научно-практические результаты внедрены в Навоийском филиале РНЦЭМП (приказ от 07.01.2022.: № 53/54), в многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета (приказ от 04.07.2023.: № 15/16), а также в Самаркандском городском медицинском объединении (приказ от 06.07.2023 г.: №1691-у/1692-У). *Социальная эффективность научной новизны.* Выявлены факторы, влияющие на выбор оптимальной хирургической тактики с приоритетным применением миниинвазивных хирургических вмешательств с учетом тяжести и распространенности клинического течения желчного перитонита, использование этих методов позволило избежать осложнений что в свою очередь, увеличило положительные результаты лечения, улучшило качество лечения и предотвратило факторы, приводящие к летальному исходу. *Экономическая эффективность научных инноваций* состоит в том, что выявлены факторы, влияющие на выбор оптимальной хирургической тактики с приоритетным применением миниинвазивных хирургических вмешательств с учетом тяжести и распространенности клинического течения желчного перитонита, использование этих методов позволило снизить осложнения с 9,4% до 3,9% и летальность с 2,7% до 1,3%. *Заключение:* Выявлены факторы, влияющие на выбор оптимальной хирургической тактики с приоритетным применением миниинвазивных хирургических вмешательств с учетом тяжести и распространенности клинического течения желчного перитонита, сэкономлены бюджетные средства на 760 000 сумов и внебюджетные средства на 270 000 сумов на 1 пациента. *Расширенное использование научных инноваций:* «Хирургическое лечение осложненных форм желчнокаменной болезни» письмо ректора Самаркандского государственного медицинского университета Министерству здравоохранения Республики Узбекистан по внедрению научных инноваций в другие учреждения здравоохранения № 12364 от 21 октября 2023 года;

впервые был разработан метод перфузионной санации путем дренирования желчных протоков в случае гнойного холангита для устранения воспалительного процесса в желчных протоках. *Важность научных инноваций:* метод перфузионной санации путем дренирования желчных протоков при гнойном холангите устраняет воспалительный процесс в желчных протоках, что доказано, ускорением процесса излечения и сокращения койко дней. *Внедрение научных инноваций в практику:* Полученные научно-практические результаты внедрены в Навоийском филиале РНЦЭМП (приказ от 07.01.2022.: № 53/54), в многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета (приказ от 04.07.2023.: № 15/16), а также в Самаркандском городском медицинском объединении (приказ от 06.07.2023 г.: №1691-у/1692-У). *Социальная эффективность научной новизны* перфузионная санация путем дренирования желчных протоков при гнойном холангите способствует устранению

воспалительного процесса в желчных протоках, позволило избежать осложнений с высокой вероятностью излечения и повышения качества лечения. *Экономическая эффективность научных инноваций* состоит в уменьшении степени риска операций и улучшения прогноза заболевания у пациентов с поражением желчных путей, позволило сократить расходы на 25% за счет отсутствия необходимости использования избыточных методов лечения. *Заключение:* метод перфузионной санации путем дренирования желчных протоков при гнойном холангите устранением воспалительного процесса в желчных протоках позволило сэкономить бюджетные средства на 760 000 сумов и внебюджетные средства на 270 000 сумов на 1 пациента. *Расширенное использование научных инноваций:* «Хирургическое лечение осложненных форм желчнокаменной болезни» письмо ректора Самаркандского государственного медицинского университета Министерству здравоохранения Республики Узбекистан по внедрению научных инноваций в другие учреждения здравоохранения № 12364 от 21 октября 2023 года;

доказана клиническая эффективность дифференциального использования диапептической, рентгеноэндохирургической и лапароскопической технологий в хирургическом лечении осложнений желчнокаменной болезни. *Важность научных инноваций:* дифференциальное использование диапептических, рентгеноэндохирургических и лапароскопических технологий в хирургическом лечении осложнений желчнокаменной болезни позволило улучшить качество лечения, за счет снижения осложнений, наблюдаемых в послеоперационном периоде и уровень летальности, сокращены сроки лечения больных. *Внедрение научных инноваций в практику:* Полученные научно-практические результаты внедрены в Навоийском филиале РНЦЭМП (приказ от 07.01.2022.: № 53/54), в многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета (приказ от 04.07.2023.: № 15/16), а также в Самаркандском городском медицинском объединении (приказ от 06.07.2023 г.: №1691-у/1692-У). *Социальная эффективность научной новизны* дифференциальное использование диапептических, рентгеноэндохирургических и лапароскопических технологий в хирургическом лечении осложнений желчнокаменной болезни позволило снизить осложнения в экстренной хирургии, наблюдаемые в послеоперационном периоде и уровень летальности, сокращены сроки лечения пациентов и улучшено качество лечения. *Экономическая эффективность научных инноваций* состоит в том, что дифференциальное использование диапептических, рентгеноэндохирургических и лапароскопических технологий в хирургическом лечении осложнений желчнокаменной болезни снизило уровень осложнений и смертности, наблюдаемых в послеоперационном периоде в неотложной хирургии, отмечено снижение затрат за счет отсутствия необходимости использования избыточных методов лечения, сокращен расход на 35%. *Заключение:* дифференциальное использование диапептических,

рентгеноэндохирургических и лапароскопических технологий в хирургическом лечении осложнений желчнокаменной болезни позволило сэкономить бюджетные средства на 760 000 сумов и внебюджетные средства на 270 000 сумов на 1 пациента.

Расширенное использование научных инноваций: «Хирургическое лечение осложненных форм желчнокаменной болезни» письмо ректора Самаркандского государственного медицинского университета Министерству здравоохранения Республики Узбекистан по внедрению научных инноваций в другие учреждения здравоохранения № 12364 от 21 октября 2023 года.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 4 научно-практических конференциях в том числе на 2 международных и 2 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 28 научных работ, в том числе 18 журнальных статей, 14 из которых в республиканских, 4 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 176 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, внедренных в практику результатов исследования, даются сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Актуальные вопросы хирургического лечения осложненных форм желчнокаменной болезни**» представлен обзор литературы, раскрывающий особенности клиники осложненных форм желчнокаменной болезни у этого контингента пациентов, суть проблемы острого деструктивного холецистита и обструктивного холангита и в частности абдоминального и билиарного сепсиса, коморбидной конкурирующей патологии, причины возникновения послеоперационных осложнений и летальности, современные методы диагностики и лечения.

Во второй главе диссертации «**Характеристика клинических наблюдений и методы диагностики**» представлены результаты лечения 556 больных осложненными формами ЖКБ, находившихся на лечении в хирургических отделениях клиники Самаркандского государственного медицинского университета и Самаркандского филиала РНЦЭМП в период с

2015 по 2022 гг. Согласно классификации, принятой Европейским региональным бюро ВОЗ (2016 г.) пациенты пожилого (60-74 лет) и преклонного возраста (75 лет и старше) составили – 127 (22,6%) и 24 (4,3%) соответственно. Основную массу составили пациенты младшего среднего возраста 121 (21,7%) и старшего среднего возраста 247 (46,2%). 37 (6,6%) составили больные молодого возраста. Превалировали пациенты женского пола – 361 (64,9%), мужчины – 195 (35,1%). Соотношение женщин и мужчин 1,8:1.

412 больных оперированы по поводу острого холецистита, у 330 (59,3%) были диагностированы деструктивные формы воспаления желчного пузыря (113 гангренозный холецистит, 217 флегманозная форма), у 82 – эмпиема желчного пузыря. При исследовании частоты встречающейся патологии желчных протоков были выявлены следующие значения: в 105 случаях наблюдалась картина холедохолитиаза, у 39 больных наряду с холедохолитиазом определили стеноз большого дуоденального сосочка (БДС). У 194 (47,8%) больных наблюдалось экстрапузырное распространение воспаления. Среди них, у 82 (19,9%) в брюшной полости выявлен желчный перитонит, причем у 45 разлитой, у 37 ограниченный. У 194 (34,9%) больных был выявлен перивезикальный инфильтрат, тогда как в 15 случаях (2,7%) – перивезикальный абсцесс.

Диагностика осуществлялась на основании клинической картины ЖКБ, лабораторных и инструментальных методов исследования (сонография, РПХГ, МР-холангиография. Окончательный диагноз констатировался по характерным изменениям стенок желчного пузыря и желчных протоков.

Третья глава диссертации «Оптимизация хирургического лечения осложненных форм ЖКБ». В соответствии с целью и задачами исследования больные были разделены на следующие группы исследования. Группу сравнения составили 255 больных, которые в период 2015-2018 гг. оперированы по поводу острого холецистита и поражения желчных протоков по экстренным и срочным показаниям. Основную группу исследования составили 301 пациент. У них предложенный нами алгоритм проведения лечебно-диагностической тактики был построен с учетом приоритетного использования поэтапных методов оперативного лечения с применением миниинвазивных хирургических вмешательств. При клинической реализации программы были положены рекомендации общества Европейской ассоциации хирургии - ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). В исследовании обе группы больных были идентичны как по возрасту, так и по выраженности клинических проявлений и тяжести заболевания.

Из всех 255 больных контрольной группы у 186 (72,9%) превалировала клиника острого деструктивного холецистита, а у 69 (27,1%) клиника механической желтухи и холангита вследствие холедохолитиаза и стеноза БДС. У всех оперированных 255 больных группы сравнения хирургическое вмешательство заключалось в выполнении ХЭ (у 186 больных), либо ХЭ с холедохолитотомией (у 69 больных) с наружным дренированием холедоха,

причем оперативное вмешательство выполнено из широкого лапаротомного доступа у 113, из минилапаротомного доступа – 142.

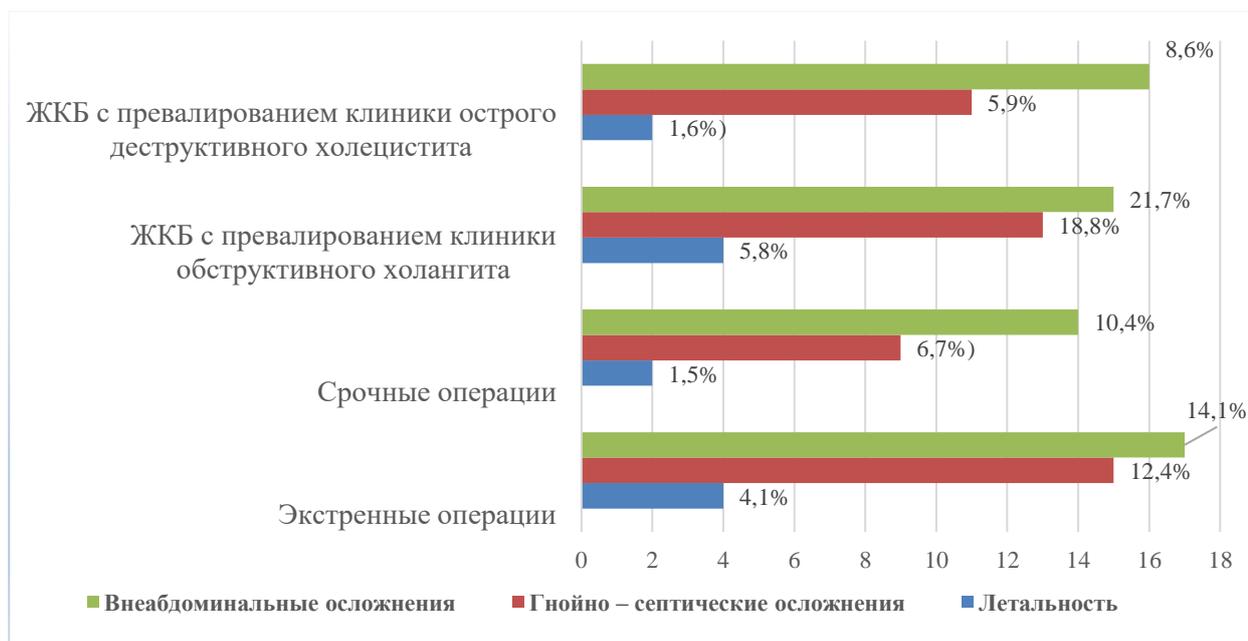


Рис. 1. Частота летальности и послеоперационных осложнений в зависимости от срочности операций и осложненной клиники ЖКБ в гр. сравнения

Анализ частоты летальности и послеоперационных осложнений у больных в зависимости от клиники острого холецистита или острого холангита в гр. сравнения показал, что наибольший процент неудовлетворительных результатов отмечен после выполнения операций по поводу обструктивного холангита, сопровождавшейся острым холециститом: - летальность составила 5,8%, частота билиарных и септических осложнений 18,8%, внеабдоминальные осложнения 21,7% (Рис 1).

В основной группе из 301 больных, оперированных в 2019-2022 гг. по поводу осложненных форм ЖКБ лечение осуществлялось с учетом степени тяжести больных и разработанному на их основе алгоритму, принятой в соответствии с критериями SIRS и классификации принятой в Токио 2018 г. (Tokyo Guidelines, 2018, TG18).

При превалировании клиники острого деструктивного холецистита в основной группе 39 больных отнесены к группе с тяжелым клиническим течением болезни и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений. У 11 из них констатирован желчный перитонит (разлитой у 5, у 6 отграниченный в виде сформировавшейся биломы). Из-за тяжести состояния 17 больных 1 этапом проведена чрескожно-чреспеченочная микрохолецистостомия (ЧЧМХС), из них у 6 также пунктированы и санированы отграниченные в подпеченочном пространстве биломы. 2 этапом лечения на 7-14 сутки проведена холецистэктомия 14 больным, из них ЛХЭ–6, ХЭ из минилапаротомного доступа-8. 3 больных выписаны без проведения ХЭ с функционирующей холецистостомой (табл 1).

Таблица 1

Виды хирургических вмешательств у больных ЖКБ с превалированием клиники острого деструктивного холецистита с тяжелой степенью состояния (n=39)

Клиника болезни	Вид операции		К-во больных	
ЖКБ с превалированием клиники острого деструктивного холецистита (n=39)	ЧЧМХС →	ЛХЭ	6	17
	ЧЧМХС →	МЛХЭ	2	
	ЧЧМХС + пункция биломы →	МЛХЭ	6	
	только ЧЧМХС		3	
	МЛХЭ		14	22
	МЛХЭ, вскрытие перивезикального абсцесса		3	
	Лапаротомия, ХЭ и санация брюшной полости		5	

69 больным с клиникой острого деструктивного холецистита со средней степенью тяжести состояния 34 проведена операция холецистэктомия (16-ЛХЭ, 18-ХЭ из 8 минидоступа). Двухэтапное лечение с предварительной холецистостомией (ЧЧМХС) проведена 17 пациентам, (причем 3 с пункционной санацией отграниченной перивезикальной биломы). Этим 7 больным в последующем ХЭ проведена из минидоступа. Еще 7 пациентам после микрохолецистостомии проведена ЛХЭ. У 2 больных ограничились только микрохолецистостомией. 5 больным проведена МЛХЭ и вскрытие перивезикального абсцесса. Вследствие перитонита из 11 больных 3 успешно проведена ХЭ и санация брюшной полости лапароскопически. 8 удаление желчного пузыря и санация брюшной полости проведена из широкого лапаротомного доступа (табл 2).

Таблица 2

Виды хирургических вмешательств у больных ЖКБ с превалированием клиники острого деструктивного холецистита со средней степенью тяжести состояния (n=69)

Клиника болезни	Вид операции		К-во больных	
ЖКБ с превалированием клиники острого деструктивного холецистита (n=69)	ЧЧМХС →	ЛХЭ	7	19
	ЧЧМХС →	МЛХЭ	7	
	ЧЧМХС + пункция биломы →	МЛХЭ	3	
	только ЧЧМХС		2	
	ЛХЭ		16	50
	МЛХЭ		18	
	МЛХЭ, вскрытие перивезикального абсцесса		5	
	ЛХЭ и санация брюшной полости		3	
	Лапаротомия, ХЭ и санация брюшной полости		8	

118 больным где констатировано легкая степень тяжести клиники острого холецистита проведены операции представленные в таблице 3.

Таблица 3

Виды хирургических вмешательств у больных ЖКБ с превалированием клиники острого деструктивного холецистита с легкой степенью тяжести состояния (n=118)

Клиника болезни	Вид операции	К-во больных	
ЖКБ с превалированием клиники острого деструктивного холецистита (n=118)	ЛХЭ	60	118
	ЛХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства	12	
	ЛХЭ и санация брюшной полости	1	
	ЧЧМХС + пункция биломы → МЛХЭ	2	
	МЛХЭ	33	
	ХЭ из лапаротомного доступа	10	

Холецистэктомия выполнена 221 больным и большей частью выполнено из минилапаротомного доступа – 107 наблюдений (48,4%). 87 (39,4%) пациентам проведена ЛХЭ, 17 (7,7%) пациентам ХЭ проведена из широкого лапаротомного доступа, 5 (2,3%) больных выписаны с холецистостомой.

Таким образом из 226 больных с осложненным течением ЖКБ с превалированием клиники деструктивного холецистита 2-х этапное лечение проведено 31 пациенту, что составило 13,7%. Из них 14 с тяжелом клиническим состоянием что составило 35,9% в этой группе и 17 со средней степенью тяжести, т.е. 24,6%.

В основной группе больных с осложненным течением ЖКБ и превалированием клиники механической желтухи и обструктивного холангита вследствие холедохолитиаза (n=75) с тяжелым клиническим течением болезни и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений отнесены 25 пациентов. Из-за тяжести состояния 20 (80%) больным 1 этапом лечения успешно выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с последующим назобилиарным дренированием (НБД). У 5 (20%) пациентов попытки ЭПСТ и установки НБД были безуспешны. Этим 5 больным с прогрессирующей клиникой механической желтухи и холангита произведена ХЭ и холедохолитотомия из минилапаротомного доступа в правом подреберье.

Из 20 пациентов, которым успешно проведено ЭПСТ 2 этапом после улучшения состояния и купирования клиники холангиогенной интоксикации 11 произведена ХЭ, из них 4 ЛХЭ, 7 пациентам ХЭ из минилапаротомного доступа. 5 пациентам после успешной ЭПСТ от радикальной операции

воздержались и они так же выписаны из стационара. При сочетании клиники обструктивного холангита и острого холецистита 4 больным проведены миниинвазивные декомпрессивные трансдуоденальные вмешательства – ЭПСТ с литоэкстракцией. Этим больным так же проведена ЧЧМХС. В дальнейшем 2 из них проведена МЛХЭ. 2 выписаны из стационара со значительным улучшением состояния (табл 4).

Таблица 4

Виды хирургических вмешательств у больных ЖКБ с превалированием клиники острого гнойного холангита с тяжелой степенью состояния (n=25)

ЖКБ с превалированием клиники обструктивного холангита (n=25)	ЭПСТ и НБД →	ЛХЭ	4	20
	ЭПСТ и НБД →	МЛХЭ	7	
	только ЭПСТ		5	
	ЭПСТ и ЧЧМХС →	МЛХЭ	2	
	только ЭПСТ и ЧЧМХС		2	
	МЛХЭ и холедохолитотомия (при безуспешности ЭПСТ)		5	5

Из 31 пациентов со средней степени тяжести состояния 14 выполнены одномоментные хирургические вмешательства в объеме ХЭ и холедохолитотомии с наружным дренированием холедоха из минидоступа в правом подреберье. Из за тяжести состояния 17 больным 1 этапом лечения успешно выполнено ЭПСТ с последующем НБД. 2 этапом после улучшения состояния и купирования холемического эндотоксикоза 15 произведено ХЭ, из них 11 ЛХЭ, 4 пациентам ХЭ из минилапаротомного доступа. 2 пациентов после успешной ЭПСТ с литоэкстракцией от окончательной операции ХЭ воздержались (табл 5).

Таблица 5

Виды хирургических вмешательств у больных ЖКБ с превалированием клиники острого гнойного холангита со средней степенью тяжестию состояния (n=31)

ЖКБ с превалированием клиники обструктивного холангита (n=25)	ЭПСТ и НБД →	ЛХЭ	11	17
	ЭПСТ и НБД →	МЛХЭ	4	
	только ЭПСТ		2	
	МЛХЭ и холедохолитотомия		14	14

19 больным с клиникой механической желтухи и холангита легкой степенью проведено одномоментная ХЭ с холедохолитотомией, в 13 случаях их минилапаротомного доступа, 6 из широкого лапаротомного доступа (табл. 6).

Таблица 6

Виды хирургических вмешательств у больных ЖКБ с превалированием клиники острого гнойного холангита с легкой степенью тяжестью состояния (n=19)

ЖКБ с превалированием клиники обструктивного холангита (n=25)	МЛХЭ и холедохолитотомия	13	19
	ХЭ из широкого лапаротомного доступа с холедохохолитотомией	6	

2-х этапное хирургическое лечение в группе из 75 больных с превалированием клиники механической желтухи и гнойного холангита проведено 28 (37,3%). Первым этапом у них успешно проведено ЭПСТ с НБД, причем 2 в сочетании с ЧЧМХС. После купирования холангиогенной интоксикации у них 2 этапом проведено ХЭ (ЛХЭ–15, МЛХЭ–13). 9 (12%) больных со значительным улучшением состояния после ЭПСТ выписаны домой на амбулаторное наблюдение. 38 (50,7%) больным хирургическое вмешательство проведено одномоментно – выполнено ХЭ с холедохолитотомией и дренированием холедоха. Из них 5 эта операция выполнено при безуспешности ЭПСТ.

Таким образом, 64 больным с тяжелой степенью тяжести состояния согласно Токийской классификации с высоким риском развития послеоперационных осложнений у 27 (42,2%) было проведено двухэтапное хирургическое лечение. 10 (15,6%) больным ограничились миниинвазивным декомпрессионным вмешательством на желчных путях. Одноэтапная радикальная хирургическая операция проведено у 27 (42,2%) больных, причем у 13 (20,3%) вынужденно при наличии клиники перитонита (5 больных) или перивезикального абсцесса (5 больных) либо при безуспешности ЭПСТ.

Двухэтапные хирургические вмешательства у больных со средней степенью тяжести состояния (n=100) проведены 32 (32%) больным, тогда как одноэтапная радикальная хирургическая операция выполнена 74 (74%) пациентам. У 4 больных ограничились миниинвазивным декомпрессионным вмешательством. Всем 118 больным с осложненным течением ЖКБ и легкой степенью тяжести состояния выполнены радикальные операции 1 этапом.

Четвертая глава **«Методологические принципы и технические подходы при миниинвазивном хирургическом лечении осложненных форм желчнокаменной болезни»**. В основной группе больных чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия (ЧЧМХС) была проведена у 38 пациентов.

Дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ проводили через участок паренхимы печени с целью герметизации канала и профилактики подтекания желчи в брюшную полость. Дренирование во всех случаях проводили «зонтичным» стилет – катетером с «корзинкой» на конце, диаметром катетера 4F и 9F (рис 2).



Рис. 2. Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под контролем ультразвукового сканирования

После выполнения микрохолецистостомии содержимое желчного пузыря полностью эвакуировали, полость его промывали озонированным раствором гипохлорита натрия. Отделяемое по дренажу оценивали визуально и направляли на бактериологическое исследование. Полноту опорожнения полости желчного пузыря контролировали эхографически.

После ЧМХС вторым этапом произведено ХЭ 21 больным (ЛХЭ 13 больным, МЛХЭ 18). Из них ЧМХС в сочетании с ЭПСТ проведено 2 больным и завершено МЛХЭ. У 5 больных ЧМХС явилось окончательным методом лечения. Также ЧМХС в сочетании с ЭПСТ явилось окончательным методом лечения у 2 больных.

В основной исследуемой группе больных при превалировании клиники острого обструктивного гнойного холангита эндоскопическая папилосфинктеротомия выполнено всего 37 больным. Еще 5 больным попытки ЭПСТ были безуспешны. ЭПСТ выполняли в эндоскопической операционной клиники при помощи дуоденоскопа, электрохирургического блока и сфинктеротома (рис. 3). Вместе с тем следует отметить что у 5 больных попытки ЭПСТ и установки НБД были безуспешны, в одном случае у пациентки развился острый панкреатит с летальным исходом, еще в 1 наблюдении дуоденальное кровотечение, которое излечено консервативно.



Рис. 3. Эндоскопическая папилосфинктеротомия и установка назобилиарного дренажа

Таким образом, миниинвазивное декомпрессионное хирургическое лечение проведено 73 больным основной группы, что составило 24,2%. Этим больным после предварительной миниинвазивной декомпрессии желчных путей вторым этапом на 7-14 сутки произведено 59 ХЭ, причем 28 –ЛХЭ, 31 – МЛХЭ. Одноэтапная радикальная операция – холецистэктомия, была проведена 228 пациентам основной группы, это 75,7% от общей численности контингента. Методики использовались разные: так минилапаротомным доступом были прооперированы 127 больных, ЛХЭ выполнено 74 больным; у 27 больных ХЭ выполнено из широкого лапаротомного доступа.

Пятая глава **«Тактические принципы хирургического лечения желчного перитонита как осложнения острого деструктивного холецистита»**, где представлены результаты обследования и лечения 82 больных с желчным перитонитом, как осложнения острого деструктивного холецистита, оперированные в период 2015-2022 гг. Желчный перитонит чаще всего развивался у больных пожилого и старческого возраста, что обусловлено увеличением у них деструктивных форм острого холецистита с перитонитом, которые протекали со стертыми симптомами заболевания.

У больных группы сравнения в зависимости от объема проведенные операции были разделены на 3 вида: – ХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства выполнено 19; – ХЭ, санация и дренирование брюшной полости (правый боковой канал и малый таз) выполнено 9; – ХЭ, холедохолитотомия, санация и дренирование подпеченочного пространства выполнено 5 больным. Во всех случаях использовался широкий верхне - срединный доступ.

В основной группе больных проведены следующие виды операций:

– Микрохолецистостомия и пункции билом под УЗИ наведением с последующей МЛХЭ 2 этапом лечения 11; –ЛХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства выполнено 9; – ЛХЭ, санация и дренирование брюшной полости (правый боковой канал и малый таз) 4.; ЛХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства, ЭПСТ– 3; –ХЭ из минилапаротомного доступа и холедохолитотомия, дренирование холедоха и санация и дренирование подпеченочного пространства 6; – ХЭ, санация и дренирование брюшной полости из открытого широкого лапаротомного доступа 16 больным. В основной исследуемой группе у 11 пациентов с острым деструктивным холециститом и отграниченным скоплением желчи в подпеченочном пространстве с исходно тяжелым общим состоянием произведена декомпрессия желчного пузыря посредством чрескожно-чреспеченочной микрохолецистостомии (ЧЧМХС) и пункция биломы под УЗИ наведением. Лапароскопическая холецистэктомия завершена санацией и дренированием подпеченочного пространства 9 больным при остром деструктивном холецистите и местном перитоните (рис 4). При разлитом желчном перитоните ЛХЭ дополнена санацией брюшной полости с обязательным дополнительным дренированием правого бокового канала и

полости малого таза 4 больным. 3 больным при сочетании с холедохолитиазом после ЛХЭ выполнено ЭПСТ.

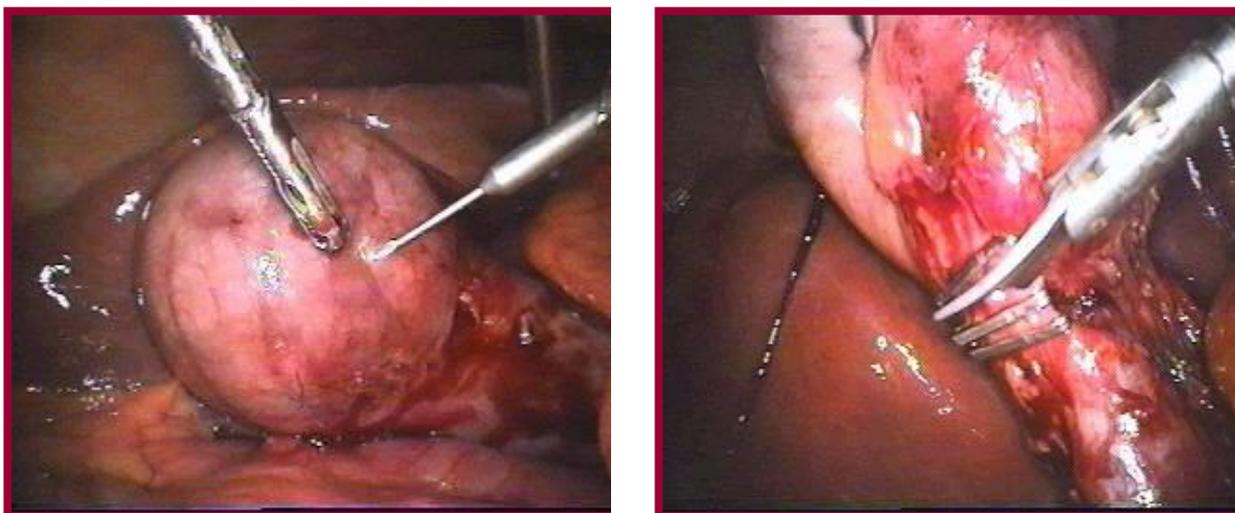


Рис. 4. Этапы лапароскопической холецистэктомии больной М. 63 лет с диагнозом «Острый флегмонозный холецистит, местный желчный перитонит»

Таким образом, приоритетное использование миниинвазивных хирургических вмешательств (диапевтические и лапароскопические методы) в лечении местного желчного перитонита, как осложнения острого деструктивного холецистита успешно осуществлено у 67,3% больных основной группы. Выполнение ХЭ и санации брюшной полости из широкого лапаротомного доступа была необходимой лишь в 32,7% случаев при разлитом желчно-гнойном перитоните.

Шестая глава **«Чресдренажная интрабилиарная санация желчевыводящих путей в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни»**. Все хирургические вмешательства в основной группе больных завершены дренированием холедоха, из них у 38 - наружное дренирование, у 37- НБД при эндоскопическом трансдуоденальном вмешательстве. Этим больным с целью купирования воспалительных явлений в желчных протоках, предупреждения образования микроабсцессов и абсцессов в печени осуществляли санационную перфузию билиарного тракта 0,06% раствором гипохлорита натрия разработанным нами способом. Интрабилиарная санация проводилась через дренажные трубки, установленные в гепатикохоледохе (ГХ) после холедохолитотомии либо после установки назобилиарного дренажа. После холедохолитотомии в просвете холедоха устанавливали спаренные 2 трубки, одна из которых (тонкая в диаметре просвета 2мм) в направлении проксимального конца ГХ, вторая (с более широким просветом до 4мм) в дистальном направлении ГХ. Санационная перфузия билиарного тракта с первых суток проводилась 400,0 мл анолитного 0,06% раствора гипохлорита натрия с рН=6 до нормализации микрофлоры желчи. Анолитный раствор гипохлорита натрия являясь сильным окислителем в желчных протоках связываясь с желчью разбавлял ее, увеличивал степень желчеотделения по дренажу. При этом введение 400,0 мл 0,06 % анолитного раствора гипохлорита натрия снижало титр микробов в посевах желчи, причем

он стабильно снижался и в последующие дни после введения.

Микробиологическое исследование желчи проводили на 1-3-5 сутки и перед удалением дренажа. При этом наиболее часто определялись *Escherichiacoli*- 75,2%, *Klebsiella*-12,3%, *Enterobacter*- 8,1% и различные ассоциации. На 5 сутки после интрабилиарной санации отрицательные посева желчи отмечались у 72% больных, на 12 сутки наступала полная эрадикация микробного пейзажа

Из 38 больных после наложения ЧЧМХС у 15 проводили промывания полости желчного пузыря анолитным раствором гипохлорита натрия и проводили забор желчи на лабораторное исследование. В просвет желчного пузыря вводили по 20-40 мл озонированного раствора с концентрацией 5 мг/л. Лечебные манипуляции проводили с первых суток после операции.

Проведение санации полости желчного пузыря после ЧЧМХС выявило статистически достоверные различия показателей микробной обсемененности. Уже на 1-2 сутки микробная обсемененность была ниже, к 5-6 суткам отмечено снижение микробной обсемененности по сравнению с показателями 1-2 суток. Полученные данные показывают высокую эффективность санации желчного пузыря озонированным раствором гипохлорита натрия – показатели микробной обсемененности прогрессивно снижаются в ближайшие сроки после ЧЧМХС.

Седьмая глава **«Сравнительный анализ результатов лечения больных с осложненными формами ЖКБ в группах сравнения»** показало значительное снижение летальности в основной исследуемой группе больных.

Летальность в контрольной группе больных (n=255) составило 2,7% - умерло 7 больных. Из них у 4 причиной смерти явились абдоминальные осложнения – билиарный сепсис у 2, 2-абдоминальный сепсис у 3 летальный исход наступил вследствие сердечно-сосудистых и легочных осложнений от имеющейся коморбидной патологии. В основной группе умерло 4 из оперированных 301 больных, летальность составило 1,3%. Причиной неблагоприятного исхода явились острый панкреатит у 1 пациентки и продолжающийся перитонит в 1 наблюдении и еще в 1 наблюдении билиарный сепсис. Также в 1 наблюдении причина смерти острая сердечно-сосудистая недостаточность вследствие инфаркта миокарда (табл 7).

Различные билиарные и гнойно – септические осложнения наблюдались у 24 больных группы сравнения, что составило 9,4%. При этом у 3 (1,2%) образовались биломы в подпеченочной области, которые дренированы реканализацией контрапертур. У 5 (1,9%) больных наблюдалось желчеистечение из дренажных трубок установленных в подпеченочном пространстве, 5 (1,9%) пациентам проведены повторные операции по вскрытию и дренированию подпеченочных и/или поддиафрагмальных абсцессов, 2 (0,8%) проведена релапаротомия вследствие желчного перитонита. Также, 4 (1,6%) пациентки повторно оперированы по поводу холемического внутрибрюшного кровотечения. У 12 (4,7%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

Таблица 7

Частота и причины летальности в исследуемых группах сравнения

Причины летальности	Группа сравнения (n=255)		Основная группа(n=301)	
	абс.	(%)	абс.	(%)
Холангиогенные абсцессы печени и билиарный сепсис	2	0,8%	1	0,3%
Перитонит и абдоминальный сепсис	2	0,8%	1	0,3%
Острый панкреатит	-	-	1	0,3%
Инфаркт миокарда	2	0,8%	1	0,3%
Тромбоэмболия легочной артерии	1	0,4%	-	-
Всего	7	2,7%	4	1,3%

Примечание * - достоверность разницы показателей ($p < 0,05$)

В основной исследуемой группе послеоперационные осложнения развились у 12 больных, что составило 3,9%. При этом, биломы подпеченочной области сформировались у 3 (0,9%) пациентов, которые успешно санированы пункциями под контролем УЗИ. У 3 (0,9%) пациентов наблюдалось холемическое кровотечение из печени с области чрезпеченочной пункции желчного пузыря. Наружное желчеистечение наблюдалось у 3 пациентов, при релапароскопии в 1 случае выявлено несостоятельность культи пузырного протока которая повторно клипирована, еще в 2 наблюдениях произведена коагуляция ложа желчного пузыря как источника желчеистечения в брюшную полость. Дуоденальное кровотечение отмечено у 1 больной после ЭПСТ, кровотечение остановлено консервативно – гемостатической терапией. У 2 больного сформировался поддиафрагмальный абсцесс санированное повторными пункциями под контролем УЗИ. У 4 (1,3%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны (табл 8).

Таблица 8

Частота билиарных и септических осложнений в группах сравнения

Гнойно – септические осложнения	Группа сравнения (n=255)		Основная группа (n=301)	
	абс.	(%)	абс.	(%)
Билома	3	1,2%	3	0,9%
Наружное желчеистечение	5	1,9%	3	0,9 %
Холемическое кровотечение	4	1,6%	3	0,9%
Дуоденальное кровотечение	-	-	1	0,3%
Подпеченочный и поддиафрагмальный абсцесс	5	1,9%	2	0,6%
Разлитой желчный перитонит	2	0,8%	-	-
Нагноение раны	12	4,7%	4	1,3%
Всего	24	9,4%	12	3,9%

Примечание * - достоверность разницы показателей ($p < 0,05$)

Как видно из полученных результатов по оптимизации и разработке новых подходов к реализации тактико-технических мероприятий в хирургическом лечении больных с учетом тяжести состояния больных и прогнозируемым риском развития послеоперационных осложнений с приоритетным использованием предварительных миниинвазивных декомпрессионных вмешательств способствовало раннему купированию инфекционного процесса, предупреждению развития билиарного и абдоминального сепсиса, предупреждению развития сердечно-сосудистых и легочных осложнений вследствие конкурирующей коморбидной патологии. Достигнуто уменьшение летальности с 2,7% до 1,3%, билиарных и септических осложнений с 9,4% до 3,9%, а также сердечно-сосудистых и легочных осложнений с 11,9% до 7,6%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Факторным анализом установлено, что наиболее высокий процент летальности, билиарных и септических, а также внеабдоминальных осложнений (5,8%, 18,8% и 21,7% соответственно) у больных наблюдались после попыток одномоментной радикальной хирургической коррекции острого деструктивного холецистита либо обструктивного холангита. Причиной летальности в равной степени явились билиарный и абдоминальный сепсис, так и сердечно-сосудистые и легочные осложнения.

2. Этапное хирургическое лечение с учетом разработанных критериев оценки степени тяжести состояния больных и прогнозируемым риском развития послеоперационных осложнений с применением предварительных миниинвазивных декомпрессионных вмешательств на желчных путях выполненных у 24,3% больных основной группы позволило купировать гнойно-холемическую интоксикацию, улучшить результаты последующих радикальных операций. У 4,6% больных эти вмешательства явились окончательным методом лечения.

3. Разработанная тактика этапного хирургического лечения в зависимости от превалирования клиники деструктивного холецистита или обструктивного холангита с использованием ЧЧМХС под УЗИ-наведением, ЭПСТ или их сочетания позволили на последующем этапе лечения выполнить холецистэктомия лапароскопическим способом у 39,4% и из минилапаротомного доступа – 48,4%.

4. Разработанные тактические принципы миниинвазивного лечения острого осложненного холецистита, основанные на ранней клинко-сонографической и интраоперационной диагностике, этапности миниинвазивного лечения с использованием микрохолецистостомии под ультразвуковым контролем, лапароскопической и минидоступной холецистэктомии с дренированием холедоха и эндоскопической папилосфинктеротомией позволяют индивидуализировать тактические и лечебные подходы при остром осложненном холецистите.

5. Приоритетное использование лапароскопических и лапаротомических методов в лечении желчного перитонита успешно выполнено у 67,3% больных основной группы и значительно сократило частоту лапаротомии и релапаротомии.

6. Чресдренажная санация билиарного тракта 0,06% анолитным и католитным растворами гипохлорита натрия способствует ранней эрадикации микробной обсемененности желчи, нормализации показателей билирубина, АсАТ и активности щелочной фосфатазы, увеличивает желчеотделение более чем в 2 раза.

7. Оптимизация тактико-технических аспектов хирургического лечения больных осложненными формами ЖКБ с учетом степени тяжести состояния больных с приоритетным этапным использованием миниинвазивных вмешательств позволило значительно снизить летальность, послеоперационные гнойно-септические и внеабдоминальные осложнения (1,3%, 3,9% и 7,6% соответственно), тогда как в группе сравнения эти показатели составили 2,7%, 9,4% и 11,9%.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 AT
BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE FOR AWARDED
ACADEMIC DEGREES**

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

SHONAZAROV ISKANDAR SHONAZAROVICH

**SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF
CHOLELITHIS DISEASE**

14.00.27 – Surgery

**ABSTRACT
DOCTOR OF MEDICAL SCIENCES (DSC) DISSERTATION**

Bukhara – 2023

The topic of the doctor of medical sciences (DSc) dissertation is registered with the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for B2022.3.DSc/Tib743.

The dissertation was completed at Samarkand State Medical University.

Posted on the web page of the Scientific Council (www.bsmi.uz) and the Information and Educational Portal “ Ziyonet ” (www.ziyonet.uz).

Scientific consultant: **Kurbaniyazov Zafarjon**
Doctor of Medical Sciences, Professor

Official opponents: **Khamdamov Bakhtiyor Zarifovich**
Doctor of Medical Sciences, Professor

Akbarov Mirshavkat Mirolimovich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Kim Jong Woo
Doctor of Medical Sciences, Professor
(South Korea)

Lead organization: **Pomeranian University in Slupsk**
(Poland)

The defense will take place “ ___ ” _____ 2023 at ____ hours at a meeting of the Scientific Council DSc /PhD04/12/30/2019Tib.93.01 at the Bukhara State Medical Institute (Address: 200100, Republic of Uzbekistan, Bukhara , Navai Ave., 1 [Tel .: \(+99865\) 223-17-53](tel:+998652231753) ; [fax: \(+99865 \) 223-00-50](tel:+998652230050) ; e - mail : buhmi@mail.ru)

The dissertation can be found at the Information Resource Center of the Bukhara State Medical Institute (registered under No.116). Address: 200100, Republic of Uzbekistan, Bukhara, Ave. Navai, 1. Tel.: (+99865) 223-17-53; fax: (+99865) 223-00-50.

The abstract of the dissertation was sent out “ ___ ” _____ 2023.
(register of distribution protocol No. dated _____ 2023).

A.Sh.Inoyatov

Chairman of the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

N.N. Kazakova

Scientific Secretary of the Scientific Council for the Awarding of Scientific Degrees, Doctor of Philosophy in Medical Sciences (DSC)

B.Z. Khamdamov

Chairman of the Scientific Seminar under the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

INTRODUCTION (abstract of DSc dissertation)

Aim of the study: to improve the results of surgical treatment of patients with complicated forms of cholelithiasis.

Research objectives:

optimize the tactical and technical aspects of surgical treatment of patients with complicated forms of cholelithiasis with the priority use of minimally invasive decompression interventions on the biliary tract, depending on the severity of the patient's condition;

to develop an algorithm for diagnostic and therapeutic measures in the staged treatment of patients with complicated forms of cholelithiasis, depending on the predominance of the clinical picture of destructive cholecystitis or purulent cholangitis using radiation diapaetic and endoscopic methods;

to develop indications for the differentiated use of minimally invasive surgical interventions in the treatment of biliary peritonitis as a complication of destructive cholecystitis and postoperative biliary peritonitis;

to develop a method of trans-drainage intrabiliary sanitation to relieve the inflammatory process of the biliary tract during purulent cholangitis;

to evaluate the clinical effectiveness of the proposed tactics for surgical treatment of complicated forms of cholelithiasis.

Scientific novelty of the research:

criteria influencing the choice of surgical tactics for staged treatment of patients were determined, taking into account the severity of the patient's condition with the priority use of minimally invasive decompression interventions;

an algorithm has been developed for diagnostic and therapeutic measures in patients with complicated forms of cholelithiasis with the prevalence of destructive cholecystitis using navigation puncture and laparoscopic methods, as well as transduodenal endoscopic methods with the prevalence of purulent cholangitis;

tactical principles of minimally invasive methods for treating complications of cholelithiasis have been developed and methods of LCE and CE from a mini-access for destructive cholecystitis have been improved;

a method has been developed for trans-drainage sanitation of the biliary tract to relieve the inflammatory process in the biliary tract during purulent cholangitis;

The clinical effectiveness of the differentiated use of diapaetic, X-ray endosurgical and laparoscopic technologies in the surgical treatment of complications of cholelithiasis has been proven.

Implementation of research results:

for the first time, criteria have been determined that influence the choice of surgical tactics for staged treatment of patients with priority use of minimally invasive decompression interventions, taking into account the severity of the patient's condition. *The importance of scientific innovation:* for the first time, criteria influencing the choice of surgical tactics for staged treatment of patients with the priority use of minimally invasive decompression interventions, taking into account the severity of the patient's condition, have been identified; a reduction in postoperative complications and mortality in seriously ill patients has been achieved

as a result of a two-stage operation. As a result, treatment time was reduced by 2 times and rehabilitation was accelerated. *Introduction of scientific innovations into practice:* The obtained scientific and practical results were implemented in the Navoi branch of the RSCEM (order dated 01/07/2022: No. 53/54), in the multidisciplinary clinic of Samarkand State Medical University (order dated 07/04/2023: No. 15/16), as well as in the Samarkand City Medical Association (order dated 07/06/2023: No. 1691-u/1692-U). *Social efficiency scientific novelty:* For the first time, criteria were identified that influence the choice of surgical tactics for the staged treatment of patients with the priority use of minimally invasive decompression interventions, taking into account the severity of the patient's condition, and the quality of patient treatment improved. *Economic efficiency scientific innovations :* for the first time, criteria were identified that influence the choice of surgical tactics for the staged treatment of patients with the priority use of minimally invasive decompression interventions, taking into account the severity of the patients' condition, a reduction in postoperative complications and mortality rates in seriously ill patients was achieved as a result of two-stage tactics, the patient's stay in the hospital was reduced in on average for 5 days, reducing the amount of payment for the stay to 1 million 700 thousand soums (according to the CRMMC price list, 1 day of stay in the hospital is 190,000 soums); By reducing the period of hospital stay by several days, medications have become less in demand (an average of 150,000 sum of medications are spent per day). *Conclusion:* for the first time, a step-by-step treatment of patients with the priority use of minimally invasive decompression interventions, taking into account the severity of the patients' condition, was introduced, which made it possible to improve the relatively good and satisfactory results of treatment of patients, reduce unsatisfactory treatment results and prevent the development of life-threatening complications of the disease. *Expanded use of scientific innovations:* "Surgical treatment of complicated forms of cholelithiasis" letter from the rector of Samarkand State Medical University to the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 12364 dated October 21, 2023;

when the clinic of destructive cholecystitis predominates in complicated forms of cholelithiasis in patients, an algorithm for diagnostic and therapeutic measures has been developed using navigation-puncture and laparoscopic methods, and when the clinic of purulent cholangitis predominates, transduodenal endoscopic interventions. *The importance of scientific innovations:* The use of navigation-puncture and laparoscopic methods has been developed in patients with a predominance of the clinic of destructive cholecystitis in complicated forms of cholelithiasis and transduodenal endoscopic methods in the predominance of the clinic of purulent cholangitis, a reduction in complications observed in the preoperative and postoperative periods has been achieved and the factors leading to reduction in mortality. *Introduction of scientific innovations into practice:* The obtained scientific and practical results were implemented in the Navoi branch of the RSCEM (order dated 01/07/2022: No. 53/54), in the multidisciplinary clinic of Samarkand State Medical University (order dated 07/04/2023: No. 15/16), as well as in the Samarkand City Medical Association (order dated 07/06/2023: No. 1691-

u/1692-U). *Social efficiency scientific novelty* lies in the fact that the use of navigation-puncture and laparoscopic methods has been developed in patients with a predominance of the clinic of destructive cholecystitis in complicated forms of cholelithiasis and transduodenal endoscopic methods in the predominance of the clinic of purulent cholangitis by reducing complications observed in the preoperative and postoperative periods, and identified factors leading to a decrease in mortality, increased positive treatment results and improved quality of treatment. *Economic efficiency scientific innovation* consists of: 1) Reducing the length of a patient's stay in the hospital by an average of 7.0 days, with the fee for a hospital stay up to 1 million 330 thousand soums (according to the price list of CRMMC, a 1-day stay in the hospital is 190,000 soums); By shortening the hospital stay by several days, medications became less in demand. 2) the patient requires less medication due to the reduction of the period of treatment outside the hospital (treatment in other medical institutions, for example, in a clinic) by several days. Conclusion : The use of navigation-puncture and laparoscopic methods in patients with a predominant clinic of destructive cholecystitis in complicated forms of cholelithiasis and transduodenal endoscopic methods in the predominance of a clinic of purulent cholangitis has been developed, complications observed in the preoperative and postoperative periods and factors leading to death have been reduced, Budgetary funds were saved for 570,000 soums and extra-budgetary funds for 270,000 soums at the expense of 1 patient. *Expanded use of scientific innovations*: "Surgical treatment of complicated forms of cholelithiasis" letter from the rector of Samarkand State Medical University to the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan on the implementation of scientific innovations in other health care institutions No. 12364 dated October 21, 2023;

factors influencing the choice of optimal surgical tactics with priority use of minimally invasive surgical interventions, taking into account the severity and prevalence of the clinical course of biliary peritonitis, have been identified. *The importance of scientific innovation*: As a result of the use of minimally invasive surgical interventions in seriously ill patients with biliary peritonitis, a reduction in treatment time, the risk of complications and death has been achieved. *Introduction of scientific innovations into practice*: The obtained scientific and practical results were implemented in the Navoi branch of the RSCEM (order dated 01/07/2022: No. 53/54), in the multidisciplinary clinic of Samarkand State Medical University (order dated 07/04/2023: No. 15/16), as well as in the Samarkand City Medical Association (order dated 07/06/2023: No. 1691-u/1692-U). *Social efficiency scientific novelty*. Factors influencing the choice of optimal surgical tactics with priority use of minimally invasive surgical interventions were identified, taking into account the severity and prevalence of the clinical course of bile peritonitis; the use of these methods made it possible to avoid complications, which in turn increased the positive results of treatment, improved the quality of treatment and prevented factors leading to lethal outcome. *Economic efficiency scientific innovation* is that factors have been identified that influence the choice of optimal surgical tactics with priority use of minimally invasive surgical interventions, taking into account the severity and prevalence of the clinical course of bile peritonitis, the use of these methods has

reduced complications from 9.4% to 3.9% and mortality from 2.7% to 1.3%. *Conclusion:* Factors influencing the choice of optimal surgical tactics with priority use of minimally invasive surgical interventions were identified, taking into account the severity and prevalence of the clinical course of bile peritonitis, with budgetary funds saved by 760,000 soums and extra-budgetary funds by 270,000 soums per patient. *Expanded use of scientific innovations:* “Surgical treatment of complicated forms of cholelithiasis” letter from the rector of Samarkand State Medical University to the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan on the implementation of scientific innovations in other health care institutions No. 12364 dated October 21, 2023;

for the first time, a method of perfusion sanitation was developed by draining the bile ducts in the case of purulent cholangitis to eliminate the inflammatory process in the bile ducts. *The importance of scientific innovation:* the method of perfusion sanitation by draining the bile ducts in case of purulent cholangitis eliminates the inflammatory process in the bile ducts, which proven to accelerate the healing process and reduce bed days. *Introduction of scientific innovations into practice:* The obtained scientific and practical results were implemented in the Navoi branch of the RSCEM (order dated 01/07/2022: No. 53/54), in the multidisciplinary clinic of Samarkand State Medical University (order dated 07/04/2023: No. 15/16), as well as in the Samarkand City Medical Association (order dated 07/06/2023: No. 1691-u/1692-U). *Social efficiency scientific novelty,* perfusion sanitation by draining the bile ducts in case of purulent cholangitis helps eliminate the inflammatory process in the bile ducts, avoiding complications with a high probability of cure and improving the quality of treatment. *Economic efficiency scientific innovation* is to reduce the degree of risk of operations and improving the prognosis of the disease in patients with lesions of the biliary tract, made it possible to reduce costs by 25% due to the absence of the need to use redundant treatment methods. *Conclusion:* the method of perfusion sanitation by draining the bile ducts in case of purulent cholangitis by eliminating the inflammatory process in the bile ducts allowed saving budget funds by 760,000 soums and extra-budgetary funds by 270,000 soums per patient. *Expanded use of scientific innovations:* “Surgical treatment of complicated forms of cholelithiasis” letter from the rector of Samarkand State Medical University to the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan on the implementation of scientific innovations in other health care institutions No. 12364 dated October 21, 2023.

The clinical effectiveness of the differential use of diapaetic, X-ray endosurgical and laparoscopic technologies in the surgical treatment of complications of cholelithiasis has been demonstrated. *The importance of scientific innovations:* the differential use of diapaetic, X-ray endosurgical and laparoscopic technologies in the surgical treatment of complications of cholelithiasis has improved the quality of treatment by reducing complications observed in the postoperative period and the mortality rate, and reducing the treatment time for patients. *Introduction of scientific innovations into practice:* The obtained scientific and practical results were implemented in the Navoi branch of the RSCEM (order dated 01/07/2022: No. 53/54), in the multidisciplinary clinic of Samarkand State

Medical University (order dated 07/04/2023: No. 15/16), as well as in the Samarkand City Medical Association (order dated 07/06/2023: No. 1691-u/1692-U). *Social efficiency scientific novelty* the differential use of diapeptic, X-ray endosurgical and laparoscopic technologies in the surgical treatment of complications of cholelithiasis has reduced complications in emergency surgery observed in the postoperative period and the mortality rate, reduced treatment time for patients and improved the quality of treatment. *The economic efficiency of scientific innovations* lies in the fact that the differential use of diapeptic, X-ray endosurgical and laparoscopic technologies in the surgical treatment of complications of cholelithiasis has reduced the level of complications and mortality observed in the postoperative period in emergency surgery, a reduction in costs has been noted due to the absence of the need to use redundant treatment methods, reduced consumption by 35%. *Conclusion:* the differential use of diapeptic, X-ray endosurgical and laparoscopic technologies in the surgical treatment of complications of cholelithiasis allowed saving budget funds by 760,000 soums and extra-budgetary funds by 270,000 soums per patient.

Expanded use of scientific innovations: “Surgical treatment of complicated forms of cholelithiasis” letter from the rector of Samarkand State Medical University to the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan on the implementation of scientific innovations in other health care institutions No. 12364 dated October 21, 2023.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of text material is 176 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙЎАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Ачилов М.Т., Шоназаров И.Ш., Ахмедов Г.К., Сайдуллаев З.Я., Шеркулов К.У. Диагностические особенности и методы хирургической тактики билиарного илеуса // Журнал биомедицины и практики. -Тошкент-2021. Том 6 Номер 1. С-304-308. (14.00.00 № 24).

2. Карабаев Х.К., Мизамов Ф.О., Шоназаров И.Ш. Применение лапароскопической технологии в лечении острого калькулёзного холецистита // Проблемы биологии и медицины. -Самарканд. -2022, № 6.1 (141). С-202-204. (14.00.00 № 19).

3. Курбаниязов З.Б., Шоназаров И.Ш., Хамидов О.А., Нурмурзаев З.Н. Эффективность приоритетного использования миниинвазивных вмешательств в хирургическом лечении осложненных форм острого холецистита // Вестник экстренной медицины. Ташкент. - 2022, том 15, № 6. С-11-14. (14.00.00 № 11).

4. Курбаниязов З.Б., Шоназаров И.Ш., Хамидов О.А., Нурмурзаев З.Н. Роль диапневтических, эндоскопических методов и рентгенохирургии в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни // Проблемы биологии и медицины. -Самарканд. -2022 № 6 (140) С-124-127. (14.00.00 № 19).

5. Kurbonov N.A., Davlatov S.S., Mizamov F.O., Shonazarov I.Sh. Modern methods of diagnosis and treatment of patients with mirizzi syndrome // Problems of biology and medicine. -Samarkand. -2021, № 6.1 (133). P-237-239. (14.00.00 № 19).

6. Shonazarov I.Sh. Optimization of tactical and technical aspects of complex surgical treatment of acute purulent cholangitis // American journal of medicine and medical sciences 2023, 13(2): 125-129 (14.00.00 № 2).

7. Шоназаров И.Ш., Ачилов М.Т., Хамидов О.А., Курбаниязов З.Б. Холецистэктомиядан кейинги асоратларни коррекциясида диапневтик ва рентгенэндобилиар аралашувларни қўллаш // Доктор Ахборотномаси. - Самарканд. -2022, 4 (108) Б-131-136. (14.00.00 № 20).

8. Шоназаров И.Ш., Курбаниязов З.Б., Мизамов Ф.О., Хамидов О.А. Миниинвазивные вмешательства в лечении внутрибрюшных желчеистечений после холецистэктомии. // Вестник экстренной медицины. Ташкент.- 2023, том 16, № 1. С-26-29. (14.00.00 № 11).

9. Shonazarov I.Sh., Kurbaniyazov Z.B., Nurmurzaev Z.N. Staged treatment of acute cholangitis with preliminary decompression of the bile ducts // International Journal Of Education, Social Science & Humanities. Fars Publishers Finland. -2023.01.22. P-817-824 Impact Factor (Sjif) = 6.786

10. Шоназаров И.Ш., Курбаниязов З.Б., Хамидов О.А., Нурмурзаев З.Н., Саидмуродов К.Б., Абдукадиров У.У. Клиническая эффективность диапневтических и рентген-хирургических вмешательств в комплексном

хирургическом лечении острого гнойного холангита // Проблемы биологии и медицины 2023, № 1 (142). С-128-131. (14.00.00 № 19).

11. Шоназаров И.Ш., Курбаниязов З.Б., Хамидов О.А., Нурмурзаев З.Н., Саидмуродов К.Б., Абдукадилов У.К. Ўткир холангитни комплекс хирургик даволашда диапевтик ва рентген-жаррохлик аралашувларини клиник самарадорлиги // Ташкент-2023. №1 Nazariy va klinik tibbiyot jurnali В-69-74. (14.00.00 № 3).

12. Шоназаров И.Ш., Муродуллаев С.О., Хамидов О.А., Курбаниязов З.Б., Ачилов М.Т. Холецистэктомиядан кейинги асоратларни коррекциясида диапевтик ва рентгенэндобилиар аралашувларни қўллаш // Биомедицина ва амалиёт журнали. Тошкент-2022. 7 жилд, 6 сон Б-414-420. (14.00.00 № 24).

13. Шоназаров И.Ш., Муродуллаев С.О., Хамидов О.А., Курбаниязов З.Б., Ачилов М.Т. Ўт тош касаллиги сабабли ўтказилган операциядан кейинги сафроли перитонитни даволашда миниинвазив усулларнинг клиник самарадорлиги // Биомедицина ва амалиёт журнали. Тошкент-2022. 7 жилд, 6 сон Б-408-413. (14.00.00 № 24).

14. Shonazarov I.Sh., Narzullayev S.I., Achilov M.T., Abduraxmanov D.Sh. Clinical efficacy of diareptic and x-ray surgical interventions in complex surgical treatment of acute purulent cholangitis. // Journal of survey in fisheries sciences 10(2S) 2023. P-3900-3908. (Scopus).

15. Шоназаров И.Ш., Нарзуллаев С.И., Ачилов М.Т., Рузиев П.Н. Асоратланган ўткир холециститни хирургик даволашда миниинвазив усулларни қўллаш самарадорлиги // Доктор Ахборотномаси. -Самарканд. -2022, 4 (108) Б-137-141. (14.00.00 № 20).

16. Шоназаров И.Ш., Нарзуллаев С.И., Хамидов О.А., Курбаниязов З.Б., Нурмурзаев З.Н. Диапевтические и рентгенэндобилиарные вмешательства в коррекции осложнений после холецистэктомии // Проблемы биологии и медицины. -Самарканд. -2022 № 6 (140) С-249-252. (14.00.00 № 19).

17. Янгиев Б.А., Ачилов М.Т., Шоназаров И.Ш., Мизамов Ф.О., Рузиев П.Н. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома мирриси // Проблемы биологии и медицины. -Самарканд. -2021 № 6.1 (133) С-529-530. (14.00.00 № 19).

II бўлим (II часть; II part)

18. Shonazarov I.Sh., Abduraxmanov D.Sh. Application of preliminary decompression interventions on the bile ducts. // France international scientific-online conference: "Scientific approach to the modern education system" Part 15, 5th MAY 2023. P-106-107.

19. Shonazarov I.Sh., Abduraxmanov D.Sh. Optimization of surgical treatment of bile peritonitis as a complication of acute cholecystitis // Theory and analytical aspects of recent research international scientific-online conference. Part 15: MAY 9th 2023. P-7-8.

20. Shonazarov I.Sh., Abduraxmanov D.Sh. Staged surgical treatment according to the severity of acute purulent cholangitis. // International scientific -

online conference: intellectual education technological solutions and innovative digital tools. Part 17 MAY 3rd Colletions of scientific works AMSTERDAM 2023. P-166.

21. Shonazarov I.Sh., Abduraxmanov D.Sh. Transdrainage sanitation of the biliary tract with anolyte and catholyte solutions of sodium hypochlorite in the treatment of cholangitis // Finland, Helsinki international scientific online conference "sustainability of education socio-economic science theory" Part 9: MAY 7th 2023. P-6-7.

22. Shonazarov I.Sh., Kurbaniyazov Z.B., Nurmurzaev Z.N. Transdrainage sanitation of the biliary tract in the prevention and treatment of cholangiogenic liver // International Journal Of Education, Social Science & Humanities. Fars Publishers Impact Factor (Sjif) = 6.786 -Finland. -2023.01.22. P-807-816

23. Шоназаров И.Ш., Нурмурзаев З.Н., Курбаниязов З.Б. Применение предварительных декомпрессивных вмешательств на желчевыводящих протоках // Сборник материалов 77-й международной научно-практической конференции. “Достижения фундаментальной, прикладной медицины и фармации” Самарканд-2023. С-573.

24. Янгиев Б.А., Шоназаров И.Ш., Хайдаров Г.А. Минимально инвазивные декомпрессивные вмешательства в этапном хирургическом лечении осложненных форм желчнокаменной болезни // Материалы пленума правления ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ “Механическая Желтуха”. Сургут 18-19 мая 2023 г. С-119-120.

25. GUVONNOMA № DGU 27447, Dastur muallifi (lari): Шоназаров И.Ш. Нуқиқ егаси(lari): Шоназаров И.Ш., Курбаниязов З., Абдурахманов Д.Ш., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Ўт тош касаллигининг деструктив холецистит белгилари устунлиги билан кечадиган асоратларида хирургик даволаш усулини танлаш учун дастур.

26. GUVONNOMA № DGU 27449, Dastur muallifi (lari): Шоназаров И.Ш. Нуқиқ егаси(lari): Шоназаров И.Ш., Курбаниязов З., Абдурахманов Д.Ш., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Ўт тош касаллигининг обструктив холангит белгилари устунлиги билан кечадиган асоратларида хирургик даволаш усулини танлаш учун дастур.

27. Шоназаров И.Ш., Мизамов Ф.О. Оптимизация тактико-технических аспектов хирургического лечения осложненных форм желчнокаменной болезни // Методические рекомендации. Самарканд-2023 -23 с.

28. Шоназаров И.Ш., Мизамов Ф.О. Хирургическое лечение осложненных форм желчнокаменной болезни // Методические рекомендации Самарканд-2023 -31 с.

Автореферат “Дурдона” нашриётида таҳрирдан ўтказилди ҳамда ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнларнинг мослиги текширилди.

Босишга рухсат этилди: 25.11.2023 йил. Бичими 60x84 $\frac{1}{16}$, «Times New Roman» гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табоғи 3,0. Адади: 100 нусха. Буюртма №642

Гувоҳнома АИ №178. 08.12.2010.
“Садриддин Салим Бухорий” МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди.
Бухоро шаҳри, М.Иқбол кўчаси, 11-уй. Тел.: 65 221-26-45

