

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

МИРЗАБАЕВ ГАЙРАТ ЭРКИНОВИЧ

**СЕМИЗЛИК ФОНИДА ЎТКИР КАЛЬКУЛЁЗ ХОЛЕЦИСТИТДА
ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

АНДИЖОН – 2024

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor philosophy (PhD)

Мирзабаев Гайрат Эркинович

Семизлик фонида ўткир калькулёз холециститда жарроҳлик
тактикасини оптималлаштириш..... 3

Мирзабаев Гайрат Эркинович

Оптимизация хирургической тактики при остром калькулезном
холецистите на фоне ожирения..... 28

Mirzabayev Gayrat Erkinovich

Optimization of surgical tactics for acute calculous cholecystitis against
the background of obesity..... 51

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 55

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

МИРЗАБАЕВ ГАЙРАТ ЭРКИНОВИЧ

**СЕМИЗЛИК ФОНИДА ЎТКИР КАЛЬКУЛЁЗ ХОЛЕЦИСТИТДА
ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

АНДИЖОН – 2024

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясида В2022.4.PhD/Tib3216 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.adti.uz) ва «Ziyonet» ахборот таълим портали (www.ziyonet.uz) манзилларига жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Хакимов Дилшодбек Мамадалиевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Акбаров Миршавкат Миралимович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Оразалиев Гафур Базарбаевич
тиббиёт фанлари доктори

Етакчи ташкилот:

Бухоро давлат тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2024 йил «__» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

Диссертация билан Андижон давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (____-рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50.

Диссертация автореферати 2024 йил «__» _____ да тарқатилди.

(2024 йил «__» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

М.М. Мадазимов

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

М.Ф. Нишанов

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

Б.Р. Абдуллажанов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳонда ўт-тош касаллиги (ЎТК) энг тарқалган ва кўп учрайдиган касалликлардан бири бўлиб, беморларнинг хаёт сифатини пасайиши, хаёт учун ҳавф солувчи турли асоратларнинг ривожланиши, оператив аралашувлар частотасини ортиши билан кечади, бу эса соғлиқни сақлаш тизимида жиддий молиявий юкламага олиб келади¹. Охириги йилларда ўтказилган статистик тадқиқотлар маълумотларига кўра, дунё аҳолисининг 10-15 фоизи ЎТК га чалинган бўлиб, ушбу касаллик юрак-қон томир касалликлари ва қандли диабетдан кейин, касалликларнинг умумий тузилмасида учинчи ўринни эгаллайди. Бундан ташқари, ҳозирги кунда бутун дунёда семизликка чалинган инсонлар сонининг ортиши тенденцияси кузатилмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, ХХ асрнинг охирига келиб, сайёрамиз аҳолисининг қарийб 30 фоизи, яъни, 1,7 млрд. нафари ортиқча тана вазнига эга бўлган. Буни устига семизлик муаммоси кам ўрганилган деб ҳисобланади, ҳамда, жиддий иқтисодий оқибатларга олиб келадиган давлат муаммоси сифатида тўлиқ даражада англолмайди. Семизлик фониди ўт пуфагининг (ЎП) сурункали касалликлари вужудга келадиган беморлар мутлақо алоҳида гуруҳни ташкил қилади. «Даволаш натижаларининг сезиларли яхшиланишига қарамай, ўткир холецистит бўйича шошилишч ташриҳлардан кейинги ўлим сони, режали оператив аралашувлардагига нисбатан бир неча маротабага юқори бўлиб қолмоқда»². Семизлик бир қатор жиддий терапевтик касалликлар ривожланиши билан кечиб, юрак-қон томир ва нафас тизимлари фаолиятини тез-тез бузилишларида ҳамда қон ивиши физиологиясини бузилишида намоён бўлади, бу эса тромбоемболик асоратлар (ТЭА) ва ўлим ҳолатларининг асосий сабабчилари ҳисобланади. Шу муносабат билан, қон ивиш ва ивишга қарши тизимларни ҳисобга олган ҳолда, тошли холециститга чалинган семиз беморларни олиб бориш тактикасини янада такомиллаштириш зарурати мавжуд.

Жаҳон амалиётида ҳозирги кунда ўткир холецистит оғирлик даражаси билан ЎП яллиғланиши ва лаборатор маълумотлар ўртасидаги корреляцияни аниқлаш бўйича популяцион статистик тадқиқотлар долзарб бўлиб қолмоқда, ўт пуфаги яллиғланишининг гистопатологик оғирлигини ва ўт тошларидаги калций билирубинат микдорининг холецистит оғирлик даражасига таъсирини аниқлаш бўйича Токио тавсияларининг аҳамиятини баҳолаш учун ҳамда кўп ўлчовли логистик регрессияли таҳлил ёрдамида холецистэктомияни бажариш учун идеал вақтни аниқлаш бўйича кўп марказли тадқиқотлар олиб борилмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг замонавий босқичида жигар ва ўт йўллари касалликларини ташхислаш ва

¹E S, Srikanth MS, Shreyas A, Desai S, Mehdi S, Suman, Krishna KL. Recent advances, novel targets and treatments for cholelithiasis; a narrative review. Eur J Pharmacol. 2021 Oct 5;908:174376.

²Fugazzola P, et al. Prediction of morbidity and mortality after early cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: results of the S.P.Ri.M.A.C.C. study. World J Emerg Surg. 2023 Mar 18(1):20.

даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган³. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан, семизлик фонида ўткир холециститда даволаш-диагностика тактикасини оптималлаштириш, шунингдек, такомиллаштирилган жарроҳлик тактикасини жорий этиш ушбу патологиянинг юқори тиббий-ижтимоий аҳамияти туфайли абдоминал хирургиянинг ва умуман олганда, тиббиётнинг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги ва 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилиш тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармонлари, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 26 июлдаги ПҚ-5198-сон «Аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини янада яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори, шунингдек, ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ ҳолда бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. ЎТК кўп учрайдиган клиник муаммо ҳисобланади. Касалликнинг клиник намоён бўлиши асоратсиз кечишдан то режали ёки шошилиш даволашни талаб этувчи оғриқларнинг такрорланувчи ҳужжатларига ўзгариб туради. Ўткир холецистит (ЎХ) ўт-тош касаллигининг энг кўп учрайдиган асорати бўлиб, унга ўт йўллари касалликлари юзасидан касалхонага ётқизилган беморларнинг 20 фоизи чалинган бўлади. Давом этувчи ЎХ ни даволашнинг оптимал вақтини аниқлаш бўйича ўтказилган бир неча тадқиқотлар шуни кўрсатадики, биринчи ҳафта давомида бажарилган эртанги лапараскопик холецистэктомия (ЛХЭ), умумий касалланишни пасайтиради ва даволаш давомийлигини қисқартиради⁴. ЎТХ ни даволаш бўйича жарроҳлик усуллари аресналида анъанавий ХЭ билан бирга камжароҳатли ташриҳлар – мини-кириш орқали ХЭ ва ЛХЭ кенг қўлланилишни бошлаган, чунки улар янги талабларга тўлиқ жавоб беради⁵. Бироқ, ЎТХ ни жарроҳлик даволаш натижалари охиригача қониқарли деб топилмаган, ва бунинг сабабларидан бири, ташриҳдан

³Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони

⁴Lindqvist L, Andersson A, Österberg J, Sandblom G. The Impact of Hospital Level of Care on the Management of Acute Cholecystitis: a Population-Based Study. J Gastrointest Surg. 2022 Dec;26(12):2551-2558.

⁵Шмаков Д.А. Щербатых А.В., Соколова С.В. и др. Дифференцированный подход к выбору оперативного доступа при калькулезном холецистите //Сибирское медицинское обозрение. -2020 (1): 66-72.

кейинги асоратлар ва ўлим сонининг юқори частотаси⁶. Лапароскопик холецистэктомия очик ташриҳдан кўра кўплаб афзалликларга эга. Аммо, бунга қарамасдан, лапароскопик усулда ўт йўллари интраоперацион шикастланиш частотаси анча юқори⁷. Охириги ўн йилликларда роботлаштирилган холецистэктомияни сезиларли ўсиши кузатилмоқда. Аммо, шунга қарамай, ушбу амалиёт самараси далилларининг расмий баҳолаш ноаниқ бўлиб қолмоқда ва у бўйича рандомизацияланган назорат қилинувчи тадқиқотлар ханузгача ўтказилмаган⁸.

Мутахассисларнинг ҳисоб-китобларига кўра, ортиқча вазн ва семизлик бир йилда 1,2 миллион ўлимнинг сабаби бўлмоқда ва бу кўрсаткич Европадаги барча ўлимларнинг 13 фоиздан ортиғини ташкил қилади. 1975 йилда фақатгина 40% балоғатга етган европаликлар ортиқча вазнга эга бўлганлар. Шундан бери балоғатга етган аҳоли ўртасида семизликни тарқалиши 138 фоизга ортган, 2006-2016 йиллар даврида эса 21 фоизга ортган. Шу муносабат билан, ЖССТ семизликни янги сурункали ноинфекцион “эпидемия” деб тан олган. Семиз инсонлар орасида, тана вазни меъёрида бўлган инсонлардан фарқли ўлароқ, тошли холецистит кўп ҳолатларда учрайди⁹. ЖССТ маълумотларига асосан, семизлик 2-даражали қандли диабет касаллигини ривожланишининг 44-57% ҳолатларини, ЮИКнинг – 17-23% ҳолатларни, ЎТК нинг – 30% ҳолатларни, артериал гипертензиянинг – 17% ҳолатларни олдиндан белгилайди (ВНО, 2020), шунингдек, репродуктив функцияни бузилишига олиб келади ва саратон касалликларини ривожланиш ҳавфини оширади. Умуман олганда, семизлик юрак-томир соҳасидаги ўлим ҳавфи сонини 4 баробарга, ва саратон касалликлар натижасида ўлимлар сонини 2 баробарга оширади¹⁰. Семизлик ва ЎТК частотасини ўсиши замонавий инсоннинг барқарор энергетик дисбаланси сабабли юзага келган¹¹. Семиз инсонлар орасида, тана вазни меъёрида бўлган инсонлардан фарқли ўлароқ, тошли холецистит кўпроқ ҳолатларда учрайди. Оператив аралашувлар қоннинг ивиш тизимидаги ўзгаришларга олиб келади, бироқ ушбу масала бўйича ягона фикр мавжуд эмас. Масалан, тадқиқотчиларнинг бир гуруҳи ташриҳдан кейин қоннинг ивиш хусусиятлари пасайишини қайд этган бўлса, муаллифларнинг бошқа гуруҳи, жарроҳлик аралашувлардан кейин қоннинг ивиш фаоллигини ошганини таъкидлайдилар. Охириги йилларда кўп сонли тадқиқотчилар ва

⁶Littlefield A., Lenahan C. Cholelithiasis: Presentation and Management //Journal of Midwifery & Women’s Health. -2019. -Vol. 64. – № 3. -P. 289-297.

⁷Timerbulatov MV, Grishina EE, Aitova LR, Aziev MM. Sovremennye printsipy bezopasnosti pri vypolnenii laparoskopicheskoi kholetsistektomii [Modern principles of safety in laparoscopic cholecystectomy]. Khirurgiia (Mosk). 2022;(12):104-108. Russian. doi: 10.17116/hirurgia2022121104.

⁸Straatman J, Pucher PH, Knight BC, Carter NC. Systematic review: robot-assisted versus conventional laparoscopic multiport cholecystectomy. J Robot Surg. 2023 Oct;17(5):1967-1977. d 10.1007/s11701-023-01662-3.

⁹Аймагамбетов М.Ж., Абдурахманов С.Т., Булегенов Т.А. и др. Особенности диагностики и хирургического лечения острого деструктивного калькулезного холецистита у больных с избыточной массой тела и с ожирением. Обзор литературы //Наука и Здравоохранение. -2019. 3 (т.21). С.54-67.

¹⁰Molinero N., Ruiz L., Sánchez B., Margolles A., Delgado S. Intestinal Bacteria Interplay with Bile and Cholesterol Metabolism: Implications on Host Physiology //Frontiers in Physiology. - 2019. - Vol. 10. - P. 185.

¹¹Park Y., Kim D., Lee J.S. et al. Association between diet and gallstones of cholesterol and pigment among patients with cholecystectomy: a case control study in Korea J. Health popul. Nutr. -2017. –Vol. 36. №1. -39.

амалиёт шифокорларининг тобора ўсаётган эътибори қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизимининг муаммоларига қаратилган. Бу кўп жиҳатдан, семизлиги бўлмаган беморлардан фарқли ўларок, семиз беморларда, айниқса ЎХ фонида, ташриҳдан кейинги даврда ТЭА рўй бериш ҳолатларини кўпайиши билан боғлиқ¹². Ўпка артерияларининг тромбоемболияси (ЎАТЭ) – шошилинич чораларни талаб этувчи жиддий ургент асорат бўлиб, у ҳар йили ҳар 100 минг аҳолидан 100-200-нафаридида ташхисланади, шунингдек юқори леталлик ва ногиронликка олиб келади¹³. Аксарият ҳолларда эмболия оёқлар чуқур веналарининг тромбози оқибатида юзага келади. Патологоанатомик тадқиқотлар маълумотларига кўра ЎАТЭ 50-80 фоиз ҳолларда аниқланмаган бўлиб қолмоқда. 20% ҳолатлар ўлим билан якунланади, буни устига, улардан ярмидан кўпроқ ҳолатларда ўлим касаллик пайдо бўлганидан сўнг 2 соат давомида содир бўлади. Учдан бир ҳолатларда барча тўсатдан ўлимнинг сабаби бўлади. Даволанмаган беморлар орасида ўлим 30-40% ни, ўз вақтида даволанишни бошлаганларда эса 8-10% ни ташкил қилади. Антикоагулянт терапия ЎАТЭ га чалинган беморларни даволашнинг ажралмас компоненти бўлиб, буни антикоагулянтлар дозасини танлашда инобатга олиш муҳимдир¹⁴.

Ўткир холециститни жарроҳлик даволаш муаммоларига бағишланган жаҳон адабиёти таҳлили жарроҳлик тактикасига бўлган ягона ёндашувни мавжуд эмаслигини, аралашувлар турлари, уларнинг бажарилиш муддатлари ва босқичлари борасида яқдиллик йўқлигини кўрсатди. Семизлик муаммосига ва ТЭА ни профилактикаси билан боғлиқ тадбирларга етарлича эътибор қаратилмаган. Айниқса, ўткир тошли холецистит билан касалланган беморларда, семизлик фонида, қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизимларини комплекс баҳолаш ўтказилган тадқиқотлар мавжуд эмас. Ҳозирги кунда қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизимларини ҳисобга олган ҳолда семизлик фонидаги ЎТХ да тактик-техник ёндашувларни қамраб олувчи даволаш-ташхисот алгоритмлари мавжуд эмас ва шунга мос равишда жарроҳлик даволаш натижалари ўрганилмаганлиги сабабли ушбу масала кейинги тадқиқотларни ва янги ишланмаларни жорий этилишини талаб этади.

Тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институтининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ “Инсоннинг жарроҳлик касалликларини ташхислаш ва даволашда янги технологияларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш” илмий лойиҳаси доирасида бажарилган (2021-2024 й.).

¹²Augustin T., Moslim M.A., Brethauer S. Et al. Obesity and its implications for morbidity and mortality after cholecystectomy: A matched NSQIP analysis //Am J Surg. -2017. №213(3). P.539-543.

¹³Панченко Е.П. Диагностика и лечение тромбоемболии легочной артерии. Клинические рекомендации Евразийской ассоциации кардиологов для практических врачей (2021) //Евразийский кардиологический журнал. -2021. (1): 44-57.

¹⁴Konstantinides S.V., Meyer G., Becattini C. et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS): The Task Force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology (ESC) //European Heart Journal. -2020;41(4):543-603.

Тадқиқотнинг мақсади қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизимини инобатга олган ҳолда хирургик тактикани оптималлаштириш орқали семизлик фонидаги ўткир тошли холециститни хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

ўткир тошли холециститда семизлик фонида касалликнинг айрим типологик хусусиятларини, шунингдек ташриҳдан кейинги асоратлар ва ўлим частотасини аниқлаш;

семизлик фонидаги ўткир тошли холециститда оператив аралашувлардан аввал ва кейин қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизимини тадқиқ қилиш;

семизлик фонидаги ўткир тошли холециститда қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизимини инобатга олган ҳолда хирургик тактикани оптималлаштириш имконини берувчи ташхисот-даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш;

семизлик фонидаги ўткир тошли холециститни хирургик даволашнинг яқин муддатли натижаларини қиёсий баҳолаш ва тромбоэмболик асоратларни олдини олиш чораларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2020-2021 йилларда РШТЁИМ Андижон филиалининг биринчи ва иккинчи жарроҳлик бўлимларида турли ҳил оператив аралашувлар ўтказилган семизлик фонида ўткир тошли холециститга чалинган 1033 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети семизлик фонидаги ўткир тошли холециститда қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизимини инобатга олган ҳамда такомиллаштирилган даволаш-диагностика алгоритми ва миникиришдан холецистэктомия қилиш усулини қўллаган ҳолда хирургик даволаш самарадорлигини баҳолашдан иборат.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

семизлик фонида ўткир тошли холециститнинг типологик хусусиятлари ҳамда қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизими бузилишининг предикторлари аниқланган, ўт йўлларидаги турли ҳил даражадаги сурункали жараёнларда қон айланиш тизимида рўй берадиган патогенетик механизмларга аниқлик киритилган;

семизлик фонидаги ўткир тошли холециститда қоннинг ивиш тизимининг, ивишга қарши тизимидан фарқли ўлароқ, фаоллашиши рўй бериши, бу эса ташриҳдан кейинги даврда (5-7-кун) тромбоэмболик асоратларни вужудга келишининг сабаби эканлиги ҳамда специфик ва носпецифик профилактик шошилиш чораларни кўрилишини талаб этиши аниқланган;

семизлик фонидаги ўткир тошли холециститда фибриноген ва проконвертин концентрациясининг ҳамда тромбоцитлар сонининг ортишини инобатга олувчи, беморларнинг мазкур тоифасида хирургик тактикани оптималлаштириш имконини яратган такомиллаштирилган даволаш-ташхисот алгоритми ишлаб чиқилган;

қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизимларининг кўрсаткичларини ҳисобга олган ҳолда хирургик даволаш усулини танлашга бўлган детерминацияланган ёндашув, беморларнинг асосий гуруҳида таққослаш гуруҳига нисбатан, ятроген асоратлар частотасини 14,1 фоизга, ташриҳдан кейинги асоратларни 13,7 фоизга, йирингли-септик асоратларни 5,1 фоизга, ўлим ҳолатини 2,8 фоизга, шунингдек релепаротомияларни 3,9 фоизга, ҳамда конверсияларни 2,3 фоизга пасайтириши исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

семизлик фонидagi ўткир тошли холециститни даволашда анъанавий ёндашувлар қўлланилганида интраоперацион асоратларнинг юқорирак частотаси кузатилиши аниқланган;

семизлик фонидagi ўткир тошли холециститда қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизимини инобатга олган ҳолда ишлаб чиқилган ҳамда клиник амалиётга жорий этилган даволаш-ташхисот алгоритмлари асосида хирургик тактика такомиллаштирилган;

кичик кириш орқали холецистэктомияни бажариш усулини жорий этилиши семизлик фонида ташриҳ самарадорлигини оширилишини таъминланганлиги, шунингдек жароҳатлиликни камайтиргани, чандиқлар косметиклигини яхшилагани ва ташриҳ давомийлигини қисқартирганлиги аниқланган;

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги беморлар аҳволини баҳолашнинг объектив мезонларидан фойдаланилганлиги, лаборатор ва инструментал диагностиканинг замонавий усуллари қўлланилганлиги, услубий ёндашувлардан тўғри фойдаланилганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижалар назарий аҳамиятга эга бўлиб, семизлик фонидagi ўткир тошли холециститга чалинган беморларда қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизимини ўрганишга муҳим ҳисса қўшганлиги, бу эса ташриҳдан кейин эртанги асоратлар ва ўлим частотасини пасайтириш имконини берувчи ташриҳларнинг такомиллаштирилган усуллари ва техник услубларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш ҳамда ташриҳдан олдинги тайёргарликка ва ташриҳдан кейин беморларни парваришлашга тузатишларни киритиш ҳисобига хирургик тактикани оптималлаштириш имконини берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти семизлик фонидagi ўткир тошли холециститга чалинган беморларда қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизимини фаоллаштиришни инобатга олувчи таклиф этилган алгоритмни жорий этилиши, ташриҳларнинг такомиллаштирилган усуллари ва техник услубларини қўлланилиши, хирургик даволаш натижаларини яхшилаш, ятроген шикастлар частотасини пасайтириш, ташриҳдан кейинги асоратлар ва ўлим, релепаротомия ва конверсиялар частоталарини камайтирувчи хирургик тактикани оптималлаштиришга имкон берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Андижон давлат тиббиёт институти эксперт кенгашининг 2024 йил 30 январдаги 06/3-сон хулосасига кўра (илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига Андижон давлат тиббиёт институтининг 2024 йил 2 февралдаги 06/39-сон хати тақдим этилган):

семизлик фонидаги ўткир тошли холециститнинг типологик хусусиятлари ва қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизими бузилишининг предикторлари аниқланган, ўт йўлларидаги ҳар қил даражадаги оғирликдаги сурункали жараёнларда қон айланиш тизимида рўй берадиган патогенетик механизмларга аниқликлар киритилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Семизлик фонида ўткир тошли холециститни хирургик даволаш тактикасини оптималлаштириш бўйича ишлаб чиқилган услубий қўлланма РШТЁИМ Андижон филиали бўйича буйруқ (14.03.2023 й.; №131) ва РШТЁИМ Наманган филиали бўйича буйруқ (21.03.2023 й.; №124) билан клиник бўлимлар амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги. Семизлик фонидаги ўткир тошли холециститни хирургик даволашда унинг типологик хусусиятларини ҳамда қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизими бузилишининг предикторларини инобатга олиш асоратлар частотасини камайтиради ва беморлар хаёт сифатини яхшилайти. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қон айланиш тизимида рўй берадиган патогенетик механизмлар бузилиши ва қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизими бузилишининг предикторлари аниқланиб, улар профилактика қилинганда 1 нафар беморнинг шифохонада қолиш муддати ўртача 10,8 кундан 5,4 кунгача қисқариб, шифохонада қолиш тўлов миқдори 999 минг сўмга камайган; шифохонада бўлиш даврининг бир неча кунга қисқартирилиши ҳисобига дори-дармон кам талаб этилган. Хулоса: қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизими бузилишининг предикторлари аниқланиб амалиётга жорий қилиниши билан ётоқ-ўрин айланмасининг ҳисобига ҳаражат камайишидан бир нафар бемор учун 999 минг сўмни, тадбиқ кўлами бўйича ўртача (579 бемор) 578 млн. 421 минг сўмни иқтисод қилиш имконини беради.

семизлик фонидаги ўткир тошли холециститда қоннинг ивишга қарши тизимидан фарқли ўлароқ, ивиш тизимининг фаоллашиши ва бу эса ташриҳдан кейинги даврда тромбоэмболик асоратларни вужудга келишининг сабаби эканлиги аниқланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Семизлик фонида ўткир тошли холециститни хирургик даволаш тактикасини оптималлаштириш бўйича ишлаб чиқилган услубий қўлланма РШТЁИМ Андижон филиали бўйича буйруқ (14.03.2023 й.; №131) ва РШТЁИМ Наманган филиали бўйича буйруқ (21.03.2023 й.; №124) билан клиник бўлимлар амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги. Семизлик фонидаги ўткир тошли холециститда қоннинг ивиш тизими фаоллашишида специфик ва носпецифик профилактик шошилиш чораларни қўлланилиши тромбоэмболик асоратларни олдини олишни имконини беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги

қуйидагилардан иборат: ташрихидан кейинги даврда қоннинг ивишга қарши махсус ва номахсус профилактика чоралари ҳисобига тромбоемболик асоратларни олдини олиш ва даволашга сарфланган ҳаражатларнинг пасайиши ҳисобига 1 нафар бемор учун (прейскурант бўйича 1 кунлик ётоқ ўрин 185 минг сўм) 999 минг сўм пул тежалишига имкон берган. Хулоса: ташрихидан кейинги асоратларни олдини олишга сарфланган материаллар ва дори воситаларини қисқартириш ҳисобига бир нафар бемор учун 1 ойда 29 млн. 970 минг сўмни иқтисод қилиш имконини беради.

семизлик фонидаги ўткир тошли холециститда фибриноген ва проконвертин концентрациясининг ҳамда тромбоцитлар сонининг ортишини инобатга олувчи, беморларнинг мазкур тоифасида хирургик тактикани оптималлаштириш имконини яратган такомиллаштирилган даволаш-ташхисот алгоритми ишлаб чиқилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Семизлик фонида ўткир тошли холециститни хирургик даволаш тактикасини оптималлаштириш бўйича ишлаб чиқилган услубий қўлланма РШТЁИМ Андижон филиали бўйича буйруқ (14.03.2023 й.; №131) ва РШТЁИМ Наманган филиали бўйича буйруқ (21.03.2023 й.; №124) билан клиник бўлимлар амалиётига жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги. Семизлик фонидаги ўткир тошли холецистит бор беморларда қонининг ивиш ва ивишга қарши тизими кўрсаткичлари ҳолатини инобатга олган ҳолда такомиллаштирилган даволаш-диагностик алгоритм, шунингдек мини-киришдан холецистэктомия усули хирургик тактикани оптималлаштириш имконини яратади. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: даволаш-диагностик алгоритм, шунингдек мини-киришдан холецистэктомия усулини жорий қилинишида 1 нафар беморнинг шифохонада қолиш муддатини ўртача 10,8 кундан 5,4 кунгача қисқартириши ҳисобига дори-дармон кам талаб этилган. Хулоса: даволаш-диагностик алгоритм, шунингдек мини-киришдан холецистэктомия усули ётоқ-ўрин айланмасининг ошиши ҳисобига ҳаражат камайишидан 999 минг сўмни иқтисод қилиш имконини беради.

қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизимининг кўрсаткичларига қараб жарроҳлик даволаш усулини танлашга бўлган детерминацияланган ёндашув, беморларнинг асосий гуруҳидаги ятроген асоратлар частотасини пасайтириши аниқланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Семизлик фонида ўткир тошли холециститни хирургик даволаш тактикасини оптималлаштириш бўйича ишлаб чиқилган услубий қўлланма РШТЁИМ Андижон филиали бўйича буйруқ (14.03.2023 й.; №131) ва РШТЁИМ Наманган филиали бўйича буйруқ (21.03.2023 й.; №124) билан клиник бўлимлар амалиётига жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги. Семизлик фонидаги ўткир тошли холецистит бор беморларда қонининг ивиш ва ивишга қарши тизими кўрсаткичлари ҳолатини инобатга олган ҳолда такомиллаштирилган даволаш-диагностик алгоритм, шунингдек мини-киришдан холецистэктомия усули хирургик тактикани оптималлаштириш имконини яратади. Илмий янгиликнинг иқтисодий

самарадорлиги қуйидагилардан иборат: Асоратлар частотасининг пасайиши ҳисобига 1 нафар бемор учун сарфланган материаллар ва дори воситаларининг камайиши ҳисобига 1 млн. 450 минг сўм иқтисод қилиш имконини берган. Хулоса: ташрихдан кейинги ятроген асоратлар, жарроҳлик аралашуви билан боғлиқ бўлган ташрихдан кейинги асоратлар ва бошқа асоратларни олдини олиш орқали сарфланган материаллар ва дори воситаларини қисқартириш ҳисобига бир нафар бемор учун 1 ойда 43 млн. 500 минг сўмни иқтисод қилиш имконини беради.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 4 та халқаро ва 1 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 11 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 3 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, тўртта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 124 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади, вазифалари шакллантирилган, натижаларнинг илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти баён қилинган, тадқиқот натижалари апробацияси ва чоп этилганлиги, диссертация ҳажми ва тузилиши тўғрисида маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Ўткир тошли холециститни жарроҳлик даволаш муаммоларининг замонавий ҳолати**» деб номланган биринчи бобида, эпидемиология муаммолари ва ЎТХ-да тиббий-ижтимоий жиҳатлар, семизлик эпидемиологияси ва ўт-тош касаллиги, тромбозмолик асоратлар ва уларнинг қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизими билан ўзаро алоқаси, ҳамда жарроҳлик даволаш усуллари танлаш муаммосининг ҳозирги ҳолатига бағишланган адабиётлар шарҳи келтирилган.

Диссертациянинг иккинчи боби «**Беморларнинг клиник тавсифи қўлланилган тадқиқот усуллари**» деб номланиб, унда тадқиқотнинг асосий йўналишларига оид маълумотлар келтирилган, бу ерда семизлик фонида ўткир тошли холециститга чалинган ва 2020-2021 йилларда РШТЎИМ АФ биринчи ва иккинчи жарроҳлик бўлимларда ҳар хил турдаги жарроҳлик ташрихлари ўтказилган 1033 нафар беморлар (34,7 %) тадқиқот асосини ташкил этган.

Тадқиқот мақсади ва вазифаларига мувофиқ, биз томонимиздан тадқиқ қилинган семизлик фонидagi ЎТХ-нинг турли шаклларига чалинган 1033 нафар беморлар иккита шартли гуруҳларга ажратилган:

- қиёслаш гуруҳи (2020 й.) – 454-нафар (43,9%) семизлик фонидagi ЎТХ-ли беморлар. Бу гуруҳда жарроҳлик тактикаси (даволаш-диагностика дастури, жарроҳлик аралашувлар усуллари танлаш, ташриҳдан олдинги тайёргарлик ва ташриҳдан кейинги парваришлаш) умумқабул қилинган тамойилларга асосланган бўлган;

- асосий гуруҳ (2021 й.) -579-нафар (56,1%) семизлик фонидagi ЎТХ-ли беморлар. Бу гуруҳда жарроҳлик тактикаси такомиллаштирилган даволаш-диагностик алгоритмларга, жарроҳлик аралашувлар усуллари, ташриҳдан олдинги тайёргарлик ва ташриҳдан кейинги парваришлашни қоннинг қуюлтирувчи ва қуюлишга қарши тизими ҳисобга олиб танлашга асосланган (проспектив тадқиқот).

Семизлик фонидagi ЎТХ-ли беморларни ёши бўйича тақсимланиши ССЖТ Халқаро ёш классификацияси бўйича амалга оширилган (1-жадвал).

1-жадвал

Тадқиқот гуруҳлари беморларининг ёши бўйича тақсимланиши

Ёши	Беморлар гуруҳлари				Жами (n=1033)		
	Қиёслаш (n=454)		p	Асосий (n=579)		абс	%
	абс	%		абс	%		
19-44	82	18,1	0,996	95	16,4	177	17,1
45-59	295	65,0		400	69,1	695	67,3
60 ва >	77	17,0		84	14,5	161	15,6
Жами	454	100		579	100	1033	100

Семизлик фонидagi ЎТХ 45-59 ёшдаги беморларда энг кўп ҳолатларда ташҳисланган. Ушбу контингентни (84,4%) аҳолининг энг меҳнатга қобилиятли қисми ташкил этган. Ўсмирлик ва балоғатга етган ёшдаги беморларда – (19-44 ёш) – ушбу касаллик 177 (17,1%) ҳолатларда учраган, ва ушбу кўрсаткич соғлиқни сақлаш тизимини огоҳ этиши шарт. Бизнинг фикримизча, мазкур ҳолат ёш авлоднинг пассив турмуш тарзи ва тез овқатланиш озиқ-овқатларини (фастфуд) истеъмол қилиши билан боғлиқ. Кекса беморлар ўртасида семизлик фонидagi ЎТХ – 161-нафарида (15,6%) кузатилган, ва буни республикамиз аҳолисининг ҳаёт давомийлигини ўсиши билан изоҳлаш мумкин. Бирок, ушбу кўрсаткич, ҳамроҳ терапевтик патологияларнинг юфори частотаси туфайли, даволаш натижалари жиҳатидан ўз ичига катта ҳавфни олганга ўхшайди.

Семизлик фонидagi ЎТХ-ли беморларнинг асосий ва қиёслаш гуруҳларида эркаклар атиги 210 нафарни (20,3%) ташкил қилганлиги аниқланди, қолган 823-нафари аёллар бўлган (79,7%), яъни, эркаклар ва аёллар нисбати 1:4 ташкил қилган.

Семизликнинг 1-чи даражаси 74-нафар беморларда қайд этилган (7,2%). Семизликнинг иккинчи даражаси билан беморларнинг сони энг кўп бўлган – 775-нафар (75,0%). Учинчи даражали семизлик билан беморлар сони – 184-нафарни ташкил қилган (17,8%) (2-жадвал).

Беморларни семизлик даражаси бўйича тақсимланиши

Семизлик даражаси	Беморлар гуруҳлари				Жами (n=1033)		
	Қиёслаш (n=454)		p	Асосий (n=579)		абс	%
	абс	%		абс	%		
Биринчи	44	9,7	0,98	30	5,2	74	7,2
Иккинчи	323	71,1		452	78,1	775	75,0
Учинчи	87	19,2		97	16,8	184	17,8
Жами	454	100		579	100	1033	100

Семизлик фонидаги ЎТХ билан касалхонага ётқизиш пайтига бўлган анамнез давомийлиги, 256-нафар беморларда (62,8 %) 6 ойгача муддатни ташкил қилган, 6 ойдан 1 йилгача- 45-нафарида (11,1%), 1 йилдан 5 йилгача- 65-нафарида (16,0%), 6 йилдан 10 йилгача – 22-нафарида (5,4%), ва 10 йилдан ортиқ – 19-нафар (4,7%) беморларда. Семизлик фонидаги ЎТХ-ли беморларнинг асосий контингентини, касаллик давомийлиги 6 ойдан 1 йилгача бўлган беморлар ташкил қилган – 301 нафар (73,9%).

Ташриҳ қилинган семизлик фонидаги ЎТХ-ли беморларнинг умумий сонидан (407), биринчи хуружда 165-нафарига ташриҳ қилинган (40,5%), иккинчи хуружда– 103-нафарига (25,3%), учинчида– 75-нафарига (18,4%), ва 3 мартадан ортиқ хуружларда– 64-нафарига (15,7%). Ўтказилган таҳлил шуни кўрсатадики, семизлик фонидаги ЎТХ-ли беморларнинг асосий контингентига касалликнинг биринчи ва иккинчи хуружида ташриҳ қилинган, уларнинг сони 268-нафарни ташкил қилган (65,8%).

Семизлик фонидаги ЎТХ-ли беморларнинг 178-нафарига (17,2%) стационарга ётқизишлигининг биринчи суткасида ташриҳ ўтказилган. Улардан 73-нафари (16,1%) қиёслаш гуруҳи ва 105-нафари (18,1%) асосий гуруҳ беморлари бўлган.

Ташриҳ қилинган беморларнинг аксарияти ётқизишлишдан кейин 2-5 суткага тўғри келган – 662-нафар (64,1%). Улардан 288-нафари (63,5%) қиёслаш гуруҳи, ва 374-нафари асосий гуруҳ беморлари (64,6%). Ётқишидан кейинги 5 суткадан ортиқ ўтгач ташриҳ қилинган беморлар сони 193-ни (18,6%) ташкил қилган. Улардан 93-нафар (20,4%) қиёслаш гуруҳи ва 100-нафари (17,3%) – асосий гуруҳ беморлари (3-жадвал).

ЎТХ-ли беморларни стационарга ётқизилганидан кейин ташриҳ қилиш муддатларига кўра тақсимланиши

Ташриҳ муддати	Беморлар гуруҳлари				Жами (n=1033)		
	Қиёслаш (n=454)		p	Асосий (n=579)		абс	%
	абс	%		абс	%		
Биринчи сутка	73	16,1	0,996	105	18,1	178	17,2
2-5 сутка	288	63,4		374	64,6	662	64,1
5 суткадан кейин	93	20,5		100	17,3	193	18,7
Жами	454	100		579	100	1033	100

ЎТХ-нинг катарал шакли 163-нафар беморларда ташҳисланган (15,7%), флегмоноз шакли– 661-нафарида (63,9%). Гангреноз шакл 209-нафар (20,2%) беморларда ташҳисланган бўлсада, яллиғланишнинг айнан ушбу шакли ўт перитонити кўринишлари билан кечиб даволаш башоратларини ёмонлаштирган. Клиник материални таҳлили семизлик фонидаги ЎТХ декструктив шакллариининг юқори солиштирма оғрилигини қайд этиш имконини берган.

Семизлик фонидаги ЎТХ-ли беморларни тадқиқ қилиш, уларнинг асосий контингенти, яъни 970-нафари (93,9%) юрак-томир каслликлари ва қандли диабетга чалинганлигини, ҳамда улардан 368-нафарида (35,6%) юрак-томир патологиясини қандли диабет билан бирикмасини мавжудлигини кўрсатган. Семизлик фонидаги ЎТХ-да ташриҳдан кейинги ТЭА-ни ривожланишининг мўътадил ҳавфи 876-нафар (93,3%) беморларда аниқланган. Шу билан бирга, семизлик фонидаги ЎТХ-да ташриҳдан кейинги ТЭА-ни ривожланишининг юқори ҳавфи 157-нафар (6,7%) беморларда қайд этилган. Ушбу ҳолат биз томонимиздан беморларнинг асосий гуруҳида инобатга олинган.

Диссертациянинг **«Семизлик фонидаги ўткир калькулёзли холециститга чалинган беморларда қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизимининг хусусиятлари»** деб номланган учинчи бобида, соғлом инсонлар ва семизлик фонидаги ЎТХ-ли беморлар қонининг қуюлтирувчи ва қуюлишга қарши тизимини тадқиқотиға бўлган тизимли ёндашув тақдим этилган.

Қуюлтирувчи фаолликни таърифлаш учун биз қуйидаги кўрсаткичлардан фойдаландик: қон қуюлишини вақти, плазманинг гепаринга бўлган толерантлиги, фибриноген, тромботест, протромбин, проакцелерин (V-омил), проконвертин (VII - омил), қуйқа ретракциялари, тромбоцитлар, қон зардобидаги кальций, қон кетишини вақти. Қоннинг қуюлишга қарши тизимининг характерини, фибринолитик фаоллик ва гепарин вақти- қондаги эркин гепарин миқдори белгилаган.

Қоннинг қуюлтирувчи ва қуюлишга қарши тизимининг ҳолатини аниқлаш, ҳамда олинган натижаларнинг ишончилиги учун, тадқиқот ЎТХ-нинг декструктив шаклларида ўтказилган. Қоннинг қуюлтирувчи ва қуюлишга қарши тизими ташриҳдан аввал, ташриҳ пайтида, ҳамда т холецистэктомиядан кейинги 2-3-қунида; 5-7-қунида ва 9-14-қунида тадқиқ қилинган.

Семизлик фонидаги ЎТХ декструктив шакллариға чалинган беморларда қоннинг қуюлтирувчи ва қуюлишга қарши тизимини тадқиқ қилиш натижалари, соғлом инсонларға нисбатан, қуюлиш вақти ва рекальцификация вақти синови бўйича қоннинг умумқуюлтирувчи фаоллиги қисқартирилган бўлганлигини ва тегишлича 214 ± 5 сек. ва 84 ± 5 сек.-ни ташкил қилганлигини кўрсатган. Плазманинг гепаринга бўлган толерантлиги баянлашган бўлиб, ўртача $452 \pm$ сек.-ни тақ қилган. Демак, семизлик фонидаги ЎТХ-ли касаллар қонининг умумий қуюлтирувчи фаоллиги анча юқорилашган. Фибриноген

миқдори меъёрдан 1,5 баробардан ортиқ бўлган. Унинг ўртача қийматлари 447 ± 20 мг % ташкил этган, (меъёр $261 \pm 7,1$ мг %). Проконвертинни (VII) ўртача $83,5 \pm 2\%$ -гача, ва тромбоцитлар сонини ўртача $253,000 \pm 6,100$ -гача ишончли кўтарилиши кузатилган. 24-нафар беморларда тромботест юкорилашган (7 даража), 37-нафарида меъёр доирасида бўлган (4-6 даража). Семизлик фонидаги ЎТХ-ли касаллар қонининг қуюлишга қарши (гепаринли) ва фибринолитик фаоллиги пасайган. Ушбу кўрсаткичлар, тегишлича $3,8 \pm 0,3$ ед/мл ва $10,2 \pm 0,3\%$ -ни ташкил қилган (4-жадвал).

4-жадвал

Семизлик фонидаги ЎТХ-ли беморлар ва соғлом инсонлар қонининг ивиш ва ивишга қарши тизимининг ҳолати

Синов номи	Соғломлар (n-M ± m)	Касаллар (n-M ± m)	P
Қуюлиш вақти (сек.)	362 ± 9	214 ± 5	$p < 0,001$
Плазманинг гепаринга бўлган толерантлиги (сек.)	638 ± 30	452 ± 15	$p < 0,001$
Рекальцификация вақти (сек.)	$105 \pm 2,5$	$8,4 \pm 5$	$p < 0,01$
Гепарин вақти (сек.)	59 ± 2	$60 \pm 2,4$	$p > 0,05$
Фибриноген (мг/%)	$261 \pm 7,1$	447 ± 20	$p < 0,001$
Протромбин (%)	$90 \pm 2,3$	$94,6 \pm 1,4$	$p > 0,05$
Проакцелерин (%)	$102,3 \pm 1,3$	101 ± 1	$p > 0,05$
Проконвертин (%)	$76 \pm 2,3$	$83,5 \pm 2$	$p < 0,01$
Қуйқа ретракцияси (%)	$38,9 \pm 0,75$	$40,3 \pm 0,7$	$p > 0,05$
Қон кетиш вақти (сек.)	$112 \pm 7,4$	102 ± 4	$p > 0,05$
Эркин гепарин (ед/мл)	$6,6 \pm 0,26$	$3,8 \pm 0,3$	$p < 0,001$
Фибринолитик фаоллик (%)	$14,1 \pm 0,6$	$10,2 \pm 0,3$	$p < 0,001$
Кальций (мг/%)	$10,4 \pm 0,18$	$10,8 \pm 0,2$	$p > 0,05$
Тромботест (даража)	4 - 6	7 - 4	-
Тромбоцитлар (минг)	$203,800 \pm 3,150$	$253,000 \pm 6,100$	$p < 0,001$

Семизлик фонида лапароскопик холецистэктомия. Тадқиқот давомида, қиёслаш гуруҳининг 131-нафар беморларига (28,8 %) ва асосий гуруҳнинг 255-нафарига (44,1 %) семизлик фонидаги ЎТХ-да ЛХЭ бажарилган. Биз томонимиздан семизликнинг 1-даражаси 16-нафар (32,7 %), II-даражаси – 27-нафар (55,0%) ва III-даражаси – 6-нафар (12,3 %) беморларда аниқланган. ЛХЭ бажариш пайтида, қиёслаш гуруҳининг 99-нафар (21,8 %), ва асосий гуруҳнинг 152-нафар беморларида (26,2 %) пуфаколди бириктирма тўқимада ёғ инфильтрациясининг аломатлари аниқланган, тегишлича, 31-нафар (6,8%) ва 103-нафар (17,7%) беморларнинг ўт пуфаги катталашган.

Катта чарви тўқимасини жиддий ривожланиши ЛХЭ ўтказилишининг техник жихатдан мураккабликларига олиб келади, чунки у эндовизуал назорат учун қорин бўшлиғининг фойдали майдонини кичрайтиради ва эндо-

инструментлар билан манипуляция қилиш учун техник қийинчиликларни туғдиради. Шу билан бирга, таранглашган пневмоперитонеум, юрак-томир ва нафас олиш тизими патологияларини мавжудлигида салбий таъсирни ўтказди. Биз алоҳида эътиборимизни тери ости ёғ тўқиманинг қалинлиги, унинг шакли ва олд қорин деворининг эркин экскурсиясига қаратганмиз.

Тери ости ёғ тўқиманинг ифодаланганлигида, игнани киритишни осонлаштириш учун, олд қорин деворини қов устидан қўшимча ушлаш (яъни 3 нуктадан) мақсадга мувофиқроқ бўлади. Манипулятор стандарт нукталари бирдан киритилиб, натижада қоринёғни жойдан жойга кўчириб кўриш майдонини яхшилашга эришилган. Бундай беморларда одатда ЎП-ни кўздан кечириш қийин, шунинг учун ташриҳ столи бош томони 20-25⁰-га кўтарилади ва чапга энгаштирилади.

«Эпигастрал» троакарни қорин бўшлиғига жигар юмалоқ бойламининг чап томонидан киритиш лозим. Кесимлар киндик устидан қилинган тақдирда троакарлар бир бирига яқин жойлашиб ўткир бурчакни ташкил этадилар. Натижада, инструментлар ўт пуфагининг бўйин соҳасида бир бирига дуч келиб ўзаро ҳалакит берадилар. Ушбу ҳолатни бартараф этиш учун, семиз беморларда “умбиликал” кесимни киндикдан пастроқ жойида бажариш самаралироқдир. Семизлик фонида ЎП-ни жигар тўқимасидан ажратиб олишда унинг ўринидигидан, ёғ инфильтрацияси туфайли, ҳар ҳил шиддат билан қон кетиши мумкин. Бунда қўшимча электрокоагуляция ёрдамида фойдаланилган. ЎП “эпигастрал кириш” орқали чиқариб олинган.

Кўрсатилган методикага риоя қилинган ҳолда 49-нафар семизлик фонидаги ЎТХ-ли беморларга ташриҳ ўтказилган. Уларнинг иккитасида (4,1%) биз ЎП қўндоғидан қон кетишини кузатганмиз. Гемостаз электрокоагуляци ёрдамида тикланган. 7-нафар беморларда (14,3%) жароҳат томонидан йирингли-септик асоратлар ривожланган. Асоратларнинг умумий сонидан 1-тасида (2,0%) шташриҳдан кейинги пневмония ташҳисланган.

Семизлик фонида мини-киришдан холецистэктомия. ЎТХ-нинг маҳаллий асоратланган шакллари даволашда (оғир абдоминал сепси ёки септик шок билан асоратланган тарқалган перитонитда эич перивезикал инфильтрат бундан мустасно), катта ўн икки бармоқли ичак холангиолитиази, стенози фонидаги ЎТХ-да, шунингдек ЛХЭ-ни бажариш пайтида техник қийинчиликлар вужудга келганида конверсия сифатида қўлланилади.

Ушбу туйфали биз томонимиздан семизлик фонида мини-киришдан ХЭ бажариш усули ишлаб чиқилиб қўлланилган (рац. таклиф гувоҳномаси №53, 20.02.2023 й.).

Семизлик фонида мини-киришдан холецистэктомия усули қуйидагича бажарилади. Бемор ташриҳ столида тепага қараб ётади, унинг кўкрак қафаси столга нисбатан 35-40 градусга кўтарилган; ташриҳ столи 20-30 градусга чапга бурилади, натижада ички органларни ўт пуфаги проекциясидан силжитиладилар. Ташриҳ жараёни. Мини-кириш учун тери, ўнг қовурға ёйидан 1,5 см пастроқ жойда ва унга параллел равишда 5 см-гача узунлигида

кесилади (пуфак нуқтаси проекциясида), ва бу ердан мини-кесим қориннинг ўнг тўғри мушаги проекциясининг марказидан бошланади. Бундан кейин, қорин тўғри мушаги қинининг олд япроғининг $\frac{1}{2}$ қисми қийшиқ-кўндаланг йўналиш бўйича кесилиб, Фарабеф илгаги ёрдамида медиал тарафга сурилади, кейин эса унинг орқа япроғи $\frac{1}{2}$ қисми кесилади. Қориннинг ташқи қийшиқ мушаги апоневрози ва қориннинг кўндаланг мушаги бир бирдан узоқлаштирилади. Қорин пардаси икки чеккасида Микулич қисқичларига олиниб жароҳатнинг иккала бурчагига қараб кесилади.

Жароҳат ичига ретрактор киритилиб ва ички органларни силжитиб ўт пуфагини аниқ жойлашиши аниқланади. Ўт пуфагининг туби Люер қисқичига олиниб жароҳат ичига бир оз чўзилади. Жароҳат бўшлиғига навбатма-навбат ўрта доқа салфеткалар киритилади. Уларни устидан, жароҳатнинг медиал бурчагида ва қўйи чеккаси томонида, иккита ўрта ректракторлар қўйилади. Ректракторнинг эни 5 см, узунлиги эса 22 см ташкил қилади. Жигарнинг чеккаси Фарабеф илгагининг узун учи орқали сурилади. Кейин, жигар қирғоғидан 4-5 мм чекинган ҳолда ўт пуфаги тубини Люер қисқичи ёрдамида ушлаб олиб пуфакни унинг кўндоғидан субсерозли кесим ёрдамида ажратилади. Чиқариш давомида ЎП кесим даражасидан баландроқ кўтарилади ва ушбу билан унинг дистал бўлимида (яъни, ўт пуфаги йўлининг бўйин соҳасида ва, зарурат бўлганида, холедохда) манипуляция қилиш имконияти осонлашади. Ушбу билан кесимнинг универсаллигига эришилиб, ёғ тўқимасининг очик ифодаланганлигида муҳим аҳамиятга эгадир. Бўйин даражасида, Кало учбурчагига қараб, қисқичга ўт пуфаги артерияси кесиб олинади ва викрил № 1 ёрдамида лигировка қилинади. Ўт пуфагининг йўли холедохдан 5-7 мм узоқлигида кесиб олинади, унинг тўмтоғи викрил № 1 ёрдамида лигировка қилинади. Гемостаз назоратидан сўнг Винслов тешигига дренаж ўрнатилади ва ўнг қовурғаости соҳасидаги алоҳида тешиқ орқали чиқарилади. Ташриҳ жароҳати қаватма-қават тикилади. Терига косметик чоқ қўйилади.

Мини-киришдан ХЭ бажариш бўйича таклиф этилаётган усул семизлик фонида ташриҳнинг самарадорлигини оширилишини таъминлайди, асаб учларини, қориннинг ўнг тўғри ва қийшиқ мушакларини бутлигини сақлаш ҳисобидан ташриҳ жароҳатлилиги пасаяди, қийшиқ-кўндаланг кичик (5 см-гача) кесим яхшироқ косметик самарани беради.

Шундай қилиб, семизлик фонидаги ЎТХ-да мини кириш орқали ХЭ анъанавий ЛХЭ учун альтернатива бўлмаслиги лозим. Ушбу тоифа беморларда ташриҳнинг иккала тури бир бирига рақобатдош эмас, балки улар бир бирини тўлдирадилар. Ва айнан ЎТХ-да мини-киришдан ХЭ усули, сурунқали калькулёзли холециститда ЛХЭ каби, “олтин стандарт” бўлиши мумкин.

Семизлик фонида ЎТХ-да анъанавий (лапаратомик) холецистэктомия, каминвазив методикаларни (ЛХЭ ва мини-киришлардан ХЭ) ўтказиш учун шароит бўлмаган ҳолатларда, шунингдек конверсия сифатида, рўй берган асоратларни бартараф этиш учун, ҳамда, очик аралашувларни ва қорин

бўшлиғини очик парваришлашни талаб қиладиган оғир сепсис ва/ёки септик шок билан кечадиган перитонитнинг тарқалган шакли мавжудлигида ўтказилган. ЛХЭ ёки мини-киришдан ХЭ-ни бажариш пайтида техник қийинчиликлар пайдо бўлганида (ориентировкани йўқотиш, 20-30 дақиқа давомида ташриҳнинг самарали силжишини йўқлиги), ўз вақтида конверсияни бажарилишига ўтиш лозим.

Семизлик фонидаги ЎТХ-да қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизимини ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик тактикаси. Семизлик фонидаги ЎТХ-да ташриҳолди тайёргарликка биз алоҳида якка тартиблик билан қараганмиз. Комплекс ташриҳолди тайёргарликнинг умумий мақсади: ташҳисланган ҳамроҳ терапевтик касалликларни дори-дармонлар билан даволаш, юрак-ўпка фаолияти ва сув-электролит мувозанати бузилишларини тўғрилаш, шунингдек ташриҳ жароҳати томонидан тромбоэмболик асоратларни олдини олиш.

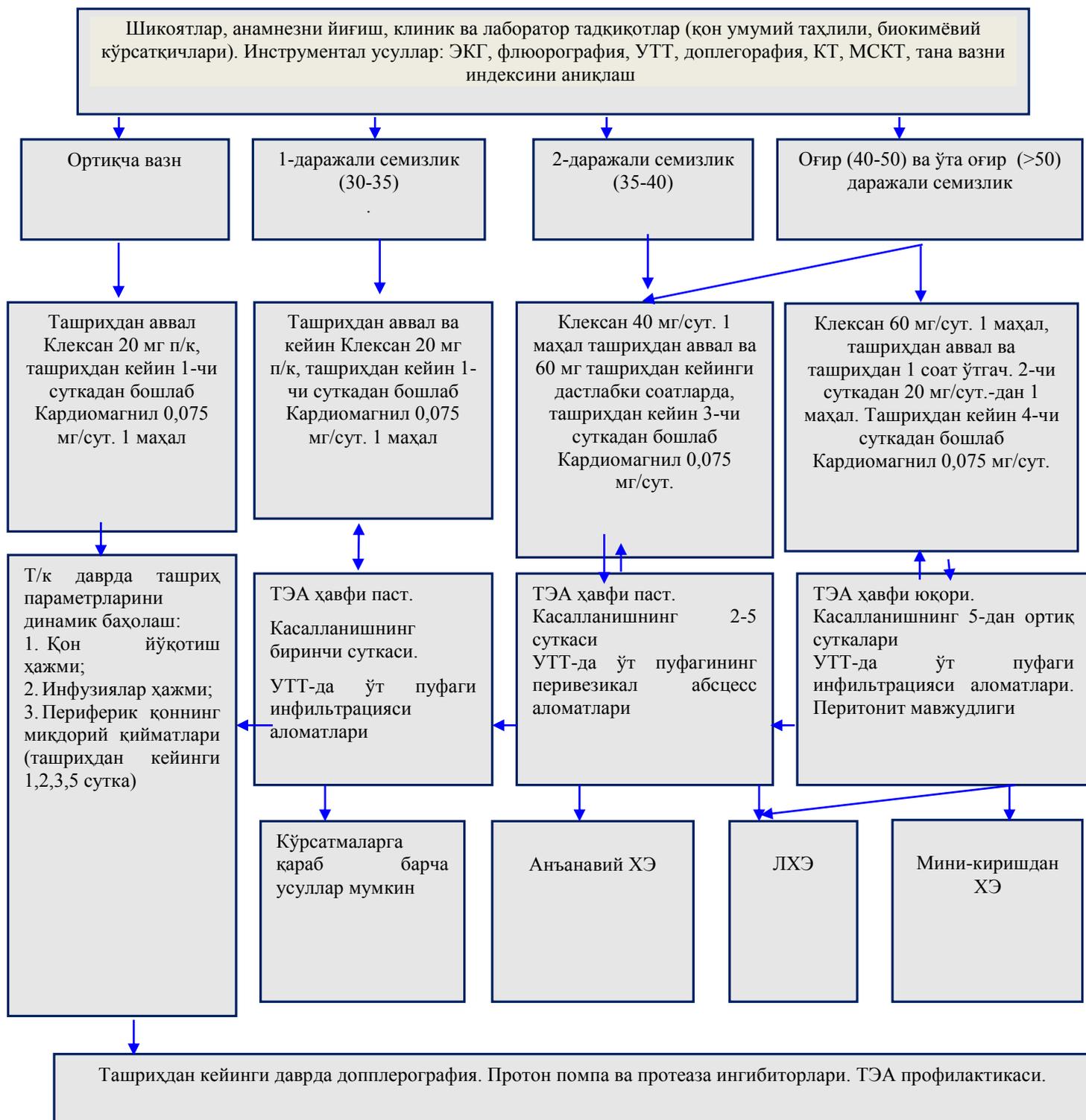
Таклиф этилган алгоритмга кўра (1-расм), РШТЁИМ АФ қабулхонасига келаётган беморларнинг клиник-анамнестик маълумтлари аниқланган (шикоятлар, касаллик ва турмуш анамнези). Бунда аввал бошдан кечирган ташриҳлар (айниқса, қорин бўшлиғининг юқориқаватида), кўш жарроҳлик патологиясини мавжудлигига (жигар, талоқ эхиноккокози, қорин оқ чизиғи чурралари, ёки ташриҳдан кейинги чурралар) алоҳида эътибор қаратилган.

Бундан сўнг клиник-лаборатория тадқиқотлари ўтказилган – қон ва сийдик умумий таҳлили, биокимёвий таҳлил, охириги пайтдан бери Covid – 19 синови; ЭКГ, кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи рентгенографияси, УТГ. Сўнгра ҳамроҳ терапевтик патологияни мавжудлиги ва ифодаланганлик даражаси аниқланган.

Семизлик даражасини аниқлаш учун биз тана вазни индексини (ТВИ) аниқлаш формуласидан фойдаланганмиз. Ташриҳдан олдин қорин олд деворини экскурсияси ҳамда қорин бўшлиғидаги фойдали майдон ҳақидаги маълумотни олиш учун (ЛХЭ-ни эҳтимолли ўтказиш учун), бемор ётган ҳолатда унинг тери бурмаси икки қўллаб ушланиб тепага ва пастга қараб тракция қилинган.

Қорин айланаси сантиметр тасма орқали, максимал даражада чуқур нафасни олиш фазасида, қатъий киндик устидан, умуртқа устунига нисбатан перпендикуляр равишда ўлчанган. Биринчи параметрни қайд қилиб, қайта ўлчаш учун қоринни максимал даражада ишириш таклиф этилган. Параметрлар ўртасидаги фарқ, релаксацияни ҳисобга олган ҳолда, семизлик фонидаги ЎТХ-ли беморларда қорин бўшлиғининг эҳтимолли фойдали майдони ҳақида фикр юритиш имконини берган.

Ҳамроҳ терапевтик патологиялар ташҳисланганида, жарроҳлик бўлимида, терапевтлар, кардиологлар, эндокринологлар, ва бошқа шифокорлар (патология табиатига қараб) билан биргаликда уларга аниқликлар киритилган. Ушбу гуруҳда ХЭ учун кўрсатмалар (ташриҳ муддати ва характери) анестезиолога-реаниматолог иштирокидаги шифокорлар консилиумини ўтказиш йўли билан аниқланган.



1-расм. Семизлик фонидаги ЎТХ-да қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизимини ҳисобга олган ҳолда ташхисот ва хирургик даволаш алгоритми

Ҳавфсиз ташриҳлаш учун биз семизлик фонидаги қорин олд девори ҳолатини лапароскопист-жарроҳ нуктаи назаридан ишчи таснифини яратдик (рац. таклиф №54 от 20.02.2023 й.):

I-вариант: тери ости ёғ тўқимасининг ривожланиши мўътадил, 2-3 см-гача, тери бурмаларини бармоқлар орасига ушлаб олиш имконияти мавжуд,

қорин олд деворини экскурсияси чекланмаган. Қорин пресс бўртмаси юкланиш пайтида яхши намоён бўлади.

II–вариант: тери ости ёғ тўқимасининг ривожланиши яхши, 3-5 см-гача, кенг ёғ бурмалари мавжуд. Қорин олд деворини экскурсияси чекланган. Қорин пресс бўртмаси юкланиш пайтида мўътадил намоён бўлади.

III–вариант: тери ости ёғ тўқимасининг ривожланиши очик ифодаланган, 5-8 см-гача, қориннинг ёғ бурмаларини осилиши, бемор ётган ҳолатда ёғ бурмаларини бармоқ билан ушлаш қийин. Қорин олд деворини экскурсиясини аниқлаш қийин, ёки умуман иложиси йўқ. Қорин пресс бўртмаси юкланиш пайтида пайпасланганида аниқланади, аммо намоён бўлмаган - «осилган» қорин.

IV-вариант: тери ости ёғ тўқимаси очик ифодаланиб ривожланган, 8 см-дан ортиқ, осилиб турган ёғ бурмалари мавжуд. Қорин пресс бўртмаси юкланиш пайтида пайпасланганида аниқланмайди - «шалвираган» қорин.

Инструментал диагностика замонавий аппаратлар орқали керакли маълумотларни берадиган УТТ-дан бошланган. ЎП жойлашишини аниқлаш, ҳамда ташриҳ ва кириш усулини оптимал танлаш учун, кўшимча КТ ёки МСКТ ўтказилган. Инструментал диагностика давомида, қуюлтирувчи ва қуюлишга қарши тизими ҳолатини аниқлаш учун қон намуналари олинган ва ушбу билан ТЭА- ҳавфининг даражаси аниқланган. Олинган маълумотлар ТЭА-ни олдини олиш бўйича маҳсус ва номаҳсус чораларни кўриш имконини берган (ташриҳдан аввал оёқларни мажбурий бинтлаш; антикоагулянтлар дозасини тайинланиши – клексан, кардиомагнил, семизлик даражаси ва ТЭА ҳавф даражасига қараб ўтказилган– мўътадил, ёки юқори).

Ташриҳдан кейинги даврда, умумқабул қилинган терапия билан бирга, биз томонимиздан, қоннинг қуюлтирувчи ва қуюлишга қарши тизимини назорати остида мақсадга йўналтирилган ТЭА профилактикаси ўтказилган, ва босқичма-босқич нотўғри таъсир антикоагулянтларга ва, кўрсатмаларга қараб, таблеткали дори воситаларига ўтилган.

Асосий гуруҳда, қиёслаш гуруҳига нисбатан, оптималлаштирилган жарроҳлик тактикаси натижасида дастлабки 6 соат давридаги жарроҳлик аралашувлар сони 214-дан (47,1%) 161-гача (27,8%) камайган– (19,3%-га пасайиш). Асосий гуруҳда жарроҳлик аралашувларнинг асосий ҳажми дастлабки 6-48 соатда амалга оширилган– 345 (59,6%), қиёслаш гуруҳида эса- фақатгина 114-беморларда (25,1%) - (34,5%-га кўпайиш) (5-жадвал).

5-жадвал

Семизлик фонида ЎТХ-да бажарилган жарроҳлик аралашувлар муддати

Клиник гуруҳлар	Бажариш муддати								Жами (n=1033)	
	1-6 соат		6-48 соат		3 сутка		4-7 сутка			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Қиёслаш	214	47,1	114	25,1	83	18,3	43	9,5	454	43,9
р	0,91									
Асосий	161	27,8	345	59,6	55	9,5	18	3,1	579	56,1
Жами	375	36,3	459	44,4	138	13,4	61	5,9	1033	100,0

Асосий гуруҳда ТЭА ривожланишини юқори ҳавфи туфайли жарроҳлик аралашувлар дастлабки 3 суткада 55-нафар беморларга (9,5%) ўтказилган, қиёслаш гуруҳида эса– 83-нафарига (18,2%), бунинг сабаби, деструктив ўзгарган ЎП, аммо перитонитнинг клиник аломатларисиз, фонида жарроҳлик аралашувининг юқори ҳавфини мавжудлиги бўлган. 4-7 суткаларда асосий гуруҳда атиги 18-нафар (3,1%), қиёслаш гуруҳида эса– 43-нафар беморлар (7,2%).

Асосий гуруҳда “анъанавий” ХЭ 89-нафар беморларда ўтказилган, қиёслаш гуруҳида эса – 171-нафарида (37,6%). бунда мини-киришдан ХЭ асосий гуруҳда 235-нафар беморларда (40,5%), қиёслаш гуруҳида эса– 152-нафар беморларда бажарилган (33,4%). Асосий гуруҳда ЛХЭ 255-нафар (44,1%), қиёслаш гуруҳида эса– 131-нафар (28,8%) беморларда бажарилган.

Энг яқин натижаларнинг қиёсий баҳолаш шуни кўрсатдики, қиёслаш гуруҳига кўра, асосий гуруҳда ЛХЭ-даги ятрогенли шикастлар частотаси 19,6%-га камайган (24,4 дан 4,7% гача), мини-киришдан 12,8%-га (15,8 дан 3,0% гача); анъанавий кириш орқали ташрихланган беморларда эса 10,2%-га камайган (16,9 дан 6,7% гача). Натижада, асосий гуруҳда ятроген шикастланишларнинг умумий сонини 18,7%-дан (85-нафар беморлар) до 4,3%-гача (25-нафар), яъни, 14,4%-га камайтиришга эришилган.

Қиёслаш гуруҳида, жарроҳлик аралашув туфайли ташрихдан кейинги асоратлар 27-нафар (5,9%) беморларда кузатилган. Улардан 27-нафарида (5,9%) биринчи суткада ўт перитонити билан ЎП тўмтоғининг ночорлиги қайд этилиб, 19-та (4,1%) ҳолатларда қайта ташрих ўтказилган (реллапароскопия - 8, реллапаротомия - 11). Бунинг оқибатида 6-нафар беморлар (1,3%), полиорган етишмовчилигини ривожланиши туфайли, вафот этган. Асосий гуруҳда жарроҳлик аралашуви туфайли ташрихдан кейинги асоратлар 5-нафар (0,8%) беморларда кузатилган. Улардан биринчи суткада 5-нафарида (0,8%) ўт перитонити билан ЎП тўмтоғининг ночорлиги қайд этилиб, 1-нафар бемор вафот этган (0,2%).

Асосий гуруҳда жарроҳлик аралашуви туфайли ташрихдан кейинги асоратлар частотаси 5,9 дан 0,8%-гача пасайган, ўлимлар частотаси 1,3 дан 0,2% гача, ва йирингли-септик асоратлар - 5,7 дан до 0,7% гача пасайган.

ХЭ ташриҳини бажариш пайтида плазманинг гепаринга бўлган толерантлиги ва рекальцификация вақти синовлари бўйича қоннинг умумқуюлтирувчи фаоллиги оширилиб, тегишлича $392 \pm 4,1$ сек. ва 46 ± 6 сек.-ни ташкил қилган ($p < 0,001$). Қон қуюлиш вақти ўртача $268 \pm 16,3$ сек.-гача ишончли камайган. Фибриногез миқдори катталашган (537 ± 23 мг%). Проакцелирин (V фактор) концентрациясини ўртача $113 \pm 4\%$ -гача ошиши ва қуйқа ретракциясини ўртача $34 \pm 1,6\%$ -гача пасайиши қайд этилган. ХЭ бажарилиши пайтида қоннинг қуюлишга қарши фаоллиги бошланғич қийматларга мос келган ($p > 0,05$). Қоннинг фибринолитик фаоллигини сезиларли кўтарилиши қайд этилган. Унинг ўртача қиймати $16,2 \pm 1,6\%$ ташкил қилган ($p < 0,001$). ХЭ-дан кейинги 2-3-кунига келиб плазманинг гепаринга бўлган толерантлигини ўртача $391 \pm 2,7$ сек.-гача ($p < 0,001$)

кўтарилиши кузатилган. 5-7-кунида плазманинг гепаринга бўлган толерантлиги бошланғич қийматларга мос бўлган ($p > 0,05$), ва ташриҳдан кейинги даврнинг 9-14 кунида у пасайган ($p < 0,01$). Ташриҳдан кейинги даврда қоннинг қуюлиш ва рекальцификация синовлари бўйича умумқуюлтирувчи фаоллиги ўзгармаган ($p > 0,05$). Фақатгина ташриҳдан кейинги даврнинг 9-14 кунида қуюлиш вақти ўртача 271 ± 11 сек.-гача ишончли пасайган.

Олинган маълумотларга статистик ишлов бериш ташриҳдан кейинги даврда, айниқса 2-3 кунида, фибриноген миқдорини ошишини кўрсатган ($p < 0,001$). Ташриҳдан кейинги 9-14 кунига келиб фибриноген бошланғич кўрсаткичларга тенг бўлган ($p > 0,001$). ХЭ-дан кейин прокоагулянтлар (протромбин индекси, проакцелирин, проконвертин) миқдори ўзгаришсиз қолган ($p > 0,05$). Фақатгина ташриҳдан кейинги даврнинг 9-14 кунига келиб протромбинни ўртача $91 \pm 2\%$ -гача ишончли пасайиши қайд этилган. Қуйқа ретракциялари, қон кетиш вақти ва зардобдаги кальций миқдори ҳам ўзгармаган ($p > 0,05$). Ташриҳдан кейинги даврнинг 5-7 кунига келиб тромбоцитлар миқдори кўтарилиб, ўртача $270,000 \pm 8,454$ -ни ташкил қилган. ХЭ пайтида 5-нафар беморларда тромботест катталашган бўлган. ХЭ-дан кейинги 2-3-кунида тромботест 2-нафар беморларда катталашган, 7-нафарида эса меъёр доирасида бўлган. 5-7-кунида тромботест 4-нафар беморларда катталашган, 5-нафарида нормал даража қайд этилган. 9-14-кунларда 7-нафар беморларда тромботест меъёрига қайтган, 2-нафарида катталашган қолган (7 даража).

Қоннинг қуюлишга қарши тизими томонидан ўзгаришлар: ташриҳдан кейинги даврда гепарин вақти бошланғич кўрсаткичлар доирасида қолган ($p > 0,05$). ХЭ-дан кейинги 2-7-кунида қоннинг фибринолитик фаоллиги, одатда пасайиб, тегишлича $8,1 \pm 0,7$ ва $8,7 \pm 0,6\%$ -ни ташкил қилди. 9-14 кунга келиб фибринолиз бошланғич кўрсаткичларга мос келган ($p > 0,05$). ХЭ-дан кейинги 2-3-кунида эркин гепарин ўртача $2,8 \pm 0,4$ ед/мл-гача ортган. 5-кундан бошлаб эркин гепарин даражаси ортиб борган ва ташриҳдан кейинги 14-кунигача сақланиб қолган ($p < 0,05$).

Олинган натижалар муҳокамаси. Семизлик фонидаги ЎТХ-ли беморлар қонининг қуюлтирувчи ва қуюлишга қарши тизими кўрсаткичларининг ҳолати қоннинг умумқуюлтирувчи фаоллигини 3-та синов бўйича (қуюлиш вақтини қисқариши, плазма рекальцификацияси, плазманинг гепаринга бўлган толерантлиги) ошиши, проконвертин (VII фактор) концентрациясини кўтарилиши, ва 1,5 баробардан ортиққа қон фибриногени миқдорини кўпайишида ифодаланадилар. Қон қуюлишга қарши тизимининг кўрсаткичлари (эркин гепарин, қоннинг фибринолитик фаоллиги) анча баландлашган.

ХЭ бажарилаётганида қоннинг умумқуюлтирувчи фаоллигини, фибриноген миқдорини янада кўтарилиши, қуйқа ретракцияси пасайиши ва проакцелиринни (V фактор) ошиши кузатилади. Одатда, қоннинг фибринолитик фаоллиги кўтарилган, ва шу билан бирга қон фибриногени

ҳам кўтарилган. Ушбу ҳолат бизга фибринолитик тизимининг юқорилашган фаоллигини, организмнинг қондаги фибриногенни кўтарилишига жавобан мақсадга мувофиқ ҳимоя реакцияси сифатида кўриб чиқиш имконини беради. Ташриҳдан кейинги даврнинг 5-кунига қадар биз плазманинг гепаринга бўлган толерантлигини кўтаришини кузатдик. Табиийки, фибринолитик фаоллигини жиддий кўтарилиши билан бирга қондаги фибриноген миқдори ҳам кўтарилган. Ташриҳдан кейинги 2-3-кунига келиб эркин гепарин даражаси ўсган. Прокоагулянтлар миқдори ўзгаришсиз қолган. Плазманинг гепаринга бўлган толерантлигини кўтарилиши, қоннинг тромбларни ҳосил қилишга юқори мойиллиги сабабларидан биридир. Бунда гепаринни фаоллашиши рўй беради, қоннинг қуюлишга қарши фаоллиги пасаяди ва унинг тромбларни ҳосил қилишга бўлган мойиллиги кўтарилади.

ХЭ-дан сўнг қоннинг қуюлишга қарши фаоллигини пасайиши ва плазманинг гепаринга бўлган толерантлигини кўтарилишининг асосий сабаби, бу, ташриҳ пайтида томирларни шикастланиш жойларида рўй бераётган қон қуюлиш жараёнида зардобнинг гепаринга қарши омилини ҳосил бўлишидир. ХЭ пайтида ва ташриҳдан кейинги даврда фибриногенни ошиши, бу, организмнинг ташриҳ жароҳатига бўлган ҳимоя реакцияси. Қоннинг ташриҳдан кейинги даврдаги фибринолитик фаоллигини жиддий пасайтириш тромбларни ҳосил бўлиши учун қулай шароитларни яратиб беради. Натижада, физиологик фибринолиз механизми бузилиши шароитида, ҳам катта, ҳам кичик тромбларни лизиси содир бўлмайди, ва бу нарса тромбларни ҳосил бўлишининг етакчи омилидир. Прокоагулянтлар (ПТИ, тромбоцитлар) миқдорини ўзгаришлари иккинчи даражали аҳамиятга эга.

Шундай қилиб, қоннинг умумқуюлтирувчи фаоллигини жиддий ўсиши, фибриноген ва проконвертин концентрациясини кўтарилиши, тромбоцитлар миқдорини ошиши кузатилмоқда. Бунда қоннинг қуюлишга қарши тизимининг функционал фаоллиги анча пасайган – эркин гепарин концентрацияси ва фибринолитик фаоллик пасайган. ХЭ бажарилаётганида қоннинг умумқуюлтирувчи фаоллиги 2-та синов бўйича (рекальцификация вақти, плазманинг гепаринга бўлган толерантлиги) кўтарилади. Табиий равишда фибриноген миқдори ва қоннинг фибринолитик фаоллиги ҳам кўтарилади, шунингдек проакцелирин концентрацияси ошади. Ташриҳ пайтида протромбин фаоллиги ўзгармайди.

Ташриҳдан кейинги даврдаги коагулограммани ўзгариши, қон фибриногенини янада жиддий ўсиши, плазманинг гепаринга бўлган толерантлигини ошиши ва қоннинг қуюлишга қарши ва фибринолитик фаоллигини пасайишида ифодаланади. Прокоагулянтлар (протромбин, проакцелирин, проконвертин) миқдори, шунингдек қуйқа ретракцияси ва зардобдаги кальций ўзгармаган. Қоннинг қуюлишга қарши ва фибринолитик фаоллигини пасайиши, фибриноген миқдорини ортиши, плазманинг гепаринга бўлган толерантлиги ташриҳдан кейинги томир ичидаги тромбларни ҳосил қилиш механизмида муҳим аҳамиятга эга бўладилар.

Ташриҳдан аввал қиёслаш гуруҳида антикоагулянт дори воситалари орқали ТЭА профилактикаси тизимли равишда ўтказилмаган. Асосий гуруҳда барча ҳолатларда, ТЭА профилактикасида олинган маълумотларни инобатга олган ҳолда, ташриҳдан аввал номахсус тадбирлар муҳим ўринни эгаллаган, шу жумладан: оёқларни эластик бинтлар билан бинтлаш, беморни ётоқ жойида эртанги фаоллаштириш (бурилишлар, ўтириш, туриш), трахея-бронхлар дараҳтини санацияси. Махсус профилактика мақсадида, қоннинг қуюлтирувчи тизимини назорати остида, биз томонимиздан, 4-5 сутка давомида, суткасига 2-4 маҳал тери остига 2500-5000-дан гепарин қўлланилган. Кейин 4–5 сутка давомида фенилин тайинланган, 6-7 суткадан бошлаб эса никотин кислотаси, папаверин, ва бошқ. Бундан ташқари, биз клексан препаратидан (тўғри таъсирли антикоагулянт - эноксапарин натрий, энг яхши ўрганилган пастмолекуляр гепарин) ва агрегантга қарши препарат–кардиомагнитдан фойдаландик.

ТЭА ҳавфи мўътадил бўлган асосий гуруҳда 3 кун давомида, 1 кунда 20 мг-дан клексан тайинланиб, 5-кундан бошлаб, суткасига 1 маҳал 75 мг-дан нотўғри, яъни, перорал таъсирли антикоагулянт бўлган кардиомагнит қўлланилган. Клексан дастлабки дозасини (20мг) холецистэктомия ташриҳидан 2 соат олдин тери остига қўйилган. ТЭА-ни юқори ҳавфида 4-5 кун давомида 1 кунда 40 мг-дан клексан тайинланиб, 5-кундан бошлаб, суткасига 1 маҳал 75 мг-дан кардиомагнит қўлланилган. Клексаннинг дастлабки профилактик дозаси 40мг холецистэктомия ташриҳидан 12 соат олдин тери остига қўйилган. Ўтказилган тадқиқот натижасида аниқландики, клексан орқали асосий гуруҳда профилактика ўтказилганида ТЭА-ни пайдо бўлиш ҳавфини жиддий пасайиши кузатилган.

Қиёслаш гуруҳида 23-нафар беморларда (5,1%) ТЭА ҳолатлари ташҳисланган. Уларнинг 8-нафарида (1,7%) ўпка артерияси тромбоэмболияси қайд этилган (ЎАТЭ), ва улардан 3-нафари (0,7%) бунинг оқибатида вафот этганлар. 6-нафар беморларда (1,3%) ХЭ-дан кейин 5-чи суткасида ўнг болдир тери ости томирларининг тромбофлебети қайд этилган, 5-нафарида эса (1,1%) – чап болдир чуқур томирларининг тромбози кузатилган. ХЭ-дан кейин 7-суткасига келиб 4-нафар беморларда (0,8%) ўпка артерияси майда шоҳларининг тромбоэмболияси ривожланган. Асосий гуруҳда ташриҳдан кейинги даврда ЎАТЭ асоратлари фақат 2-нафар беморларда (0,4 %) қайд этилиб, бунинг оқибатида 1-нафари вафот этган (0,2%).

Шундай қилиб, семизлик фонидаги ЎТХ-да қоннинг қуюлтирувчи ва қуюлишга қарши тизими ҳолатини инобатга олган ҳолда оптималлашган тактикаси натижасида, қиёслаш гуруҳидан кўра, асосий гуруҳда ятроген асоратларнинг частотаси 14,4%-га пасайган (18,7% дан 4,3%), жарроҳлик аралашув туфайли ташриҳдан кейинги асоратлар 13,7%-га камайган (16,3% дан 2,6% гача), жароҳатли (йирингли-септик) асоратлар– 5,1%-га (5,8% дан 0,7% гача), ҳамда ўлимлар миқдори 2,8%-га (3,4% дан 0,6% гача пасайган), бундан ташқари релапаротомиялар сони 4,2% дан 0,3% гача ва ЛХЭ ва МЛ-

дан кейинги конверсиялар сони 2,6% дан 0,3% гача камайган ($p=0,005$). Шунингдек, ЎТХ-да семизлик ва қоннинг қуюлтирувчи ва қуюлишга қарши тизимининг ҳолати ўртасидаги ўзаро алоқа аниқланиб, уларни ятроген шикатсланишларни, ташрихдан кейинги асоратларни ва ўлимлар миқдорини профилактикаси учун инобатга олиш зарурати асослаб берилган.

ХУЛОСА

1. Семизлик фонидаги ЎТХ баъзи бир типологик хусусиятларига эга: семизлик ҳолати кўп ҳолатларда катта ёшда учрайди - 67,3%, семизликнинг 2-даражаси – 75 %, касаллик давомийлиги 6 ойдан 1 йилгача - 73,9%, касалхонага ётқизилганидан кейин биринчи ва 2-5 суткасида ўтказилган жарроҳлик аралашувлар - 81,3%, флегмоноз шакллар– 63,9%-да.

2. Семизлик фонидаги ЎТХ-ли беморлар қонининг қуюлтирувчи ва қуюлишга қарши тизими кўрсаткичларининг ҳолати қоннинг умумқуюлтирувчи фаоллигини 3-та синов бўйича (қуюлиш вақтини қисқариши, плазма рекальцификацияси, плазманинг гепаринга бўлган толерантлиги) ошиши, проконвертин (VII фактор) концентрациясини кўтарилиши, ва 1,5 баробардан ортиққа қон фибриногени миқдорини кўпайишида ифодаланадилар. Қон қуюлишга қарши тизимининг кўрсаткичлари (эркин гепарин, қоннинг фибринолитик фаоллиги) анча баландлашган. Қоннинг қуюлишга қарши тизимининг кўрсаткичлари (эркин гепарин, қоннинг фибринолитик фаоллиги) анча баландлашган– тегишлича, $3,8\pm 5$ ед/мл ва $10,2\pm 5\%$.

3. ХЭ-дан кейин 2-3 суткасида бошлаб, коагулограммани ўзгариши, қоннинг, 5-7 суткага келиб чўққисига етадиган, умумқуюлтирувчи фаоллигини янада ошишида ифодаланиб, бу нарса томир ичидаги тромбларни ҳосил бўлишининг етакчи омили бўлиб, профилактиканинг махсус ва номахсус чораларини ўтказишнинг қатъий заруратини туғдиради. Бунда коагулограмма кўрсаткичларини қайта тикланиши 9-чи суткадан бошланади ва 14-чи суткани охирига меъёрига қайтадилар.

4. Семизлик фонидаги ЎТХ-ли беморлар қонининг қуюлтирувчи ва қуюлишга қарши тизими кўрсаткичларининг ҳолатини инобатга олган, такомиллаштирилган даволаш-диагностик алгоритм, шунингдек миникиришдан ХЭ усули ва қорин олд деворининг ишчи таснифи жарроҳлик тактикасини оптималлаш имконини яратади.

Жарроҳлик тактикасини оптималлаш беморларнинг асосий гуруҳидаги ятроген асоратлар частотасини, қийслаш гуруҳига нисбатан, 14,1 фойизга пасайтириш, жарроҳлик аралашуви билан боғлиқ бўлган ташрихдан кейинги асоратлар сонини- 13,7%-га, йирингли-септик асоратларни– 5,1%-га, ўлимлар миқдорини 2,8%-га, шунингдек релапаротомиялар - 3,9%-га, ҳамда ЛХЭ ва МЛ-дан кейинги конверсиялар 2,3%-га пасайтириш имконини берган ($p=0,005$).

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ АНДИЖАНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

МИРЗАБАЕВ ГАЙРАТ ЭРКИНОВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ
КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ**

14.00.27–Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

АНДИЖАН – 2024

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии Республики Узбекистан за №B2022.4.PhD/Tib3216.

Диссертация выполнена в Андижанском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.adti.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziynet» (www.ziynet.uz).

Научный руководитель: **Хакимов Дилшодбек Мамадалиевич**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Акбаров Миршавкат Миралимович**
доктор медицинских наук, профессор

Оразалиев Гафур Базарбаевич
доктор медицинских наук

Ведущая организация: **Бухарский государственный медицинский институт**

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2024 г. в _____ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 по присуждению ученых степеней при Андижанском государственном медицинском институте (Адрес: 170100, город Андижан, улица Ю.Атабекова, дом 1; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Андижанского государственного медицинского института (зарегистрирована за №_____). (Адрес: 170100, город Андижан, улица Ю.Атабекова, дом 1; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50).

Автореферат диссертации разослан «_____» _____ 2024 года.
(реестр протокола рассылки № _____ от _____ 2024 года).

М.М. Мадазимов
Председатель научного совета по
присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, профессор

М.Ф. Нишанов
Ученый секретарь научного совета по
присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, профессор

Б.Р. Абдуллажанов
Председатель научного семинара при научном
совете по присуждению ученых степеней, доктор
медицинских наук, доцент

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является распространенным и частым заболеванием во всем мире, она сопровождается снижением качества жизни пациентов, развитием различных осложнений, которые могут носить жизнеугрожающий характер, а также увеличением частоты оперативных вмешательств, что приводит к значительной финансовой нагрузке на систему здравоохранения¹. По данным статистических исследований последних лет 10-15% людей в мире страдают ЖКБ, которая занимает третье место в общей структуре заболеваний после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. Кроме того, на сегодняшний день во всем мире наметилась отчетливая тенденция к росту числа людей с ожирением. По данным ВОЗ, избыточную массу тела к концу XX века имели около 30% жителей нашей планеты, т.е. около 1,7 млрд. человек. К тому же проблема ожирения считается плохо изученной и не полностью осознается как государственная проблема, имеющая значительные экономические последствия. Совершенно особую группу составляют больные, у которых воспалительные заболевания желчного пузыря (ЖП) возникают на фоне ожирения. Несмотря на «заметное улучшение результатов лечения, летальность после экстренных операций по поводу острого холецистита остается в несколько раз выше, чем при плановых оперативных вмешательствах»². Ожирение сопровождается развитием ряда серьезных терапевтических заболеваний, что выражается в более частых нарушениях деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, в нарушении физиологии свертывания крови, которые являются основной причиной тромбоэмболических осложнений (ТЭО) и летальности. В связи с этим имеется явная необходимость дальнейшего совершенствования тактики ведения тучных больных с калькулезным холециститом, с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными продолжают оставаться исследования популяционной статистики по выявлению корреляции тяжести острого холецистита со степенью воспаления ЖП и лабораторными данными, проводятся мультицентровые исследования по оценке ценности токийских рекомендаций для выявления гистопатологической тяжести воспаления ЖП, влияния уровня билирубината кальция в желчных камнях на степень тяжести холецистита, по определению идеального времени для выполнения холецистэктомии при помощи анализа с многомерной логистической регрессией.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения проводится множество мер, направленных на улучшение результатов диагностики и лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей. В

¹E S, Srikanth MS, Shreyas A, Desai S, Mehdi S, Suman, Krishna KL. Recent advances, novel targets and treatments for cholelithiasis; a narrative review. Eur J Pharmacol. 2021 Oct 5; 908:174376.

²Fugazzola P, et al. Prediction of morbidity and mortality after early cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: results of the S.P.Ri.M.A.C.C. study. World J Emerg Surg. 2023 Mar 18(1):20.

стратегию развития Независимого Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг³. Реализация данных задач, в том числе, оптимизация лечебно-диагностической тактики, а также внедрение усовершенствованной хирургической тактики при остром холецистите на фоне ожирения, является одним из остро актуальных направлений абдоминальной хирургии и медицины в целом, за счет высокой медико-социальной значимости данной патологии.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указами Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 17 декабря 2018 года и «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы экстренной медицинской помощи» за №УП-4985 от 16 марта 2017 года, Постановлениям Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению» за №ПП-5198 от 26 июля 2021 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

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».

Степень изученности проблемы. ЖКБ является распространенной клинической проблемой. Клиническая картина варьирует от бессимптомного течения до рецидивирующих приступов желчных болей, требующих планового или неотложного лечения. Острый холецистит (ОХ) является наиболее частым осложнением желчнокаменной болезни, им страдают 20% пациентов, госпитализированных по поводу заболеваний желчевыводящих путей. Несколько исследований по определению оптимального времени для лечения продолжающегося ОХ показали, что ранняя лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), выполненная в течение первой недели, снижает общую заболеваемость и сокращает продолжительность лечения⁴. В арсенале хирургических методов лечения ОКХ, наряду с «традиционными» ХЭ широкого стали применяться малотравматичные операции – ХЭ из минидоступа и ЛХЭ, поскольку полностью отвечают этим новым требованиям⁵. Однако, результаты хирургического лечения ОКХ не до конца удовлетворительны, что связано относительно высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности⁶. Лапароскопическая

³Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов.

⁴Lindqvist L, Andersson A, Österberg J. The Impact of Hospital Level of Care on the Management of Acute Cholecystitis: a Population-Based Study. J Gastrointest Surg. 2022 Dec;26(12):2551-2558.

⁵Шмаков Д.А. Щербатых А.В., Соколова С.В. и др. Дифференцированный подход к выбору оперативного доступа при калькулезном холецистите //Сибирское медицинское обозрение. -2020 (1): 66-72.

⁶Littlefield A., Lenahan C. Cholelithiasis: Presentation and Management //Journal of Midwifery & Women's Health. -2019. -Vol. 64. – № 3. -P. 289-297.

холецистэктомия имеет множество преимуществ перед открытой операцией. Тем не менее, частота интраоперационного повреждения желчных протоков при лапароскопическом методе значительно выше⁷. В последние десятилетия наблюдается значительный рост роботизированной холецистэктомии. Несмотря на это, официальная оценка доказательств этой практики остается неясной, и рандомизированное контролируемое исследование еще не проведено⁸.

По оценкам специалистов, избыточный вес и ожирение являются причиной более 1,2 миллиона смертей в год, что составляет более 13 процентов смертей в Европе. В 1975 году лишь 40 процентов взрослых европейцев имели лишний вес. С тех пор распространенность ожирения среди взрослых выросла на 138%, а с 2006-го по 2016-й год - на 21%. В связи с этим, ВОЗ признала ее новой хронической неинфекционной «эпидемией». Среди лиц с ожирением часто встречается калькулёзный холецистит, чем у людей с нормальной массой тела⁹. По данным ВОЗ ожирение предопределяют развитие до 44-57% всех случаев сахарного диабета 2-го типа, 17-23% случаев ИБС, 17% - артериальной гипертензии, 30% - ЖКБ и т.д. (ВНО, 2020), а также - нарушения репродуктивной функции и повышенного риска развития онкологических заболеваний. В целом, ожирение приводит к увеличению риска сердечно-сосудистой смертности в 4 раза и смертности в результате онкологических заболеваний в 2 раза¹⁰. Рост частоты ожирения и ЖКБ вызван стойким состоянием энергетического дисбаланса у современного человека¹¹. Среди лиц с ожирением чаще встречается калькулёзный холецистит, чем у людей с нормальной массой тела. Оперативные вмешательства вызывают изменения в свертывающей системе крови, однако единого мнения в этом вопросе нет. Так, группа исследователей наблюдали после операции снижение свертывающих свойств крови, то другая группа авторов наоборот, утверждают, что при оперативных вмешательствах происходит повышение свертывающей активности крови. Все большее внимание исследователей и клиницистов в последние годы привлекает проблема свертывающей и антисвертывающей системы крови. Это в значительной степени объясняется участвовавшими случаями ТЭО в послеоперационном периоде, в сравнении с пациентами без ожирения, особенно при ОХ¹². Тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА) – это

⁷Timerbulatov MV, Grishina EE, Aitova LR, Aziev MM. Sovremennyye printsipy bezopasnosti pri vypolnenii laparoskopicheskoi kholetsistektomii [Modern principles of safety in laparoscopic cholecystectomy]. *Khirurgiya* (Mosk). 2022;(12):104-108. Russian. doi: 10.17116/hirurgia2022121104.

⁸Straatman J, Pucher PH, Knight BC, Carter NC. Systematic review: robot-assisted versus conventional laparoscopic multiport cholecystectomy. *J Robot Surg*. 2023 Oct;17(5):1967-1977.

⁹Аймагамбетов М.Ж., Абдурахманов С.Т., Булегенов Т.А. и др. Особенности диагностики и хирургического лечения острого деструктивного калькулёзного холецистита у больных с избыточной массой тела и с ожирением. *Обзор литературы //Наука и Здравоохранение*. -2019. 3 (т.21). С.54-67.

¹⁰Moliner N., Ruiz L., Sánchez B., Margolles A., Delgado S. Intestinal Bacteria Interplay with Bile and Cholesterol Metabolism: Implications on Host Physiology //*Frontiers in Physiology*. - 2019. - Vol. 10. - P. 185.

¹¹Park Y., Kim D., Lee J.S. et al. Association between diet and gallstones of cholesterol and pigment among patients with cholecystectomy: a case control study in Korea *J. Health popul. Nutr.* -2017. –Vol. 36. №1. -39.

¹²Augustin T., Moslim M.A., Brethauer S. Et al. Obesity and its implications for morbidity and mortality after cholecystectomy: A matched NSQIP analysis //*Am J Surg*. -2017. №213(3). P.539-543.

серьезное ургентное осложнение, требующее неотложных мероприятий, которая ежегодно диагностируется у 100-200 на 100 тыс. человек, а также сопровождается высокой летальностью и инвалидностью¹³. В большинстве случаев эмболия является результатом тромбоза глубоких вен нижних конечностей. По данным патологоанатомических исследований она остается нераспознанной в 50-80% случаев. В 20% случаев приводит к летальному исходу, причем более половины из них в 2 первых часа после ее возникновения. В 1/3 случаев является причиной всех внезапных смертей. Летальность среди не леченых пациентов составляет 30-40%, а среди больных, своевременно начавших получать лечение 8-10%. Антикоагулянтная терапия является неотъемлемым компонентом лечения пациентов с ТЭЛА, что важно учитывать при подборе дозы антикоагулянтов¹⁴.

Проведенный анализ мировой литературы по проблеме хирургического лечения ОХ продемонстрировал, что не существует единого подхода к хирургической тактике, различаются виды вмешательств, их сроки и этапность выполнения. Недостаточное внимание уделено проблеме ожирения и мерам профилактики ТЭО. Тем более нет исследований, где проведена комплексная оценка свертывающей и антисвертывающей системы крови у больных ОКХ на фоне ожирения. В настоящее время нет лечебно-диагностических алгоритмов охватывающие тактико-технические подходы, и соответственно, не изучены результаты хирургического лечения при ОКХ на фоне ожирения с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови, что требует дальнейшего изучения и внедрения новых разработок.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Андижанского государственного медицинского института по теме «Разработка и внедрение новых технологий в диагностике и лечении хирургических заболеваний человека» (2021-2024 гг.).

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения острого калькулезного холецистита на фоне ожирения путем оптимизации хирургической тактики с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови.

Задачи исследования:

при ОКХ установить некоторые типологические особенности болезни на фоне ожирения, а также частоту послеоперационных осложнений и летальности;

¹³Панченко Е.П. Диагностика и лечение тромбоемболии легочной артерии. Клинические рекомендации Евразийской ассоциации кардиологов для практических врачей (2021) //Евразийский кардиологический журнал. -2021. (1): 44-57.

¹⁴Konstantinides S.V., Meyer G., Becattini C. et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS): The Task Force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology (ESC) //European Heart Journal. -2020;41(4):543-603.

исследовать свертывающую и антисвертывающую системы крови при ОКХ на фоне ожирения до и после оперативных вмешательств;

при ОКХ на фоне ожирения разработать лечебно-диагностический алгоритм с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови, позволяющий оптимизировать хирургическую тактику;

провести оценку ближайших результатов хирургического лечения при ОКХ на фоне ожирения в сравниваемых группах и разработать меры профилактики тромбоэмболических осложнений.

Объектом исследования явились 1033 (34,7%) больных с острым калькулезным холециститом (ОКХ) на фоне ожирения, перенесших различные виды оперативных вмешательств в первом и втором хирургических отделениях Андижанского филиала РНЦЭМП за период 2020-2021 годы.

Предмет исследования составляет оценка эффективности хирургического лечения при остром калькулезном холецистите на фоне ожирения с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови, с применением усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма и способа холецистэктомии из мини-доступа.

Научная новизна заключается в следующем:

выявлены типологические особенности острого калькулезного холецистита на фоне ожирения и предикторы нарушений свертывающей и противосвертывающей систем крови, уточнены патогенетические механизмы, происходящие в системе кровообращения при различных степенях тяжести воспалительного процесса в желчевыводящих путях;

установлено, что при остром калькулезном холецистите на фоне ожирения происходит активация свертывающей системы крови по сравнению к антисвертывающей, которое является причиной возникновения тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде (на 5-7 сутки) и требует проведения безотлагательных мер по специфической и неспецифической профилактике;

разработан усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм при остром калькулезном холецистите на фоне ожирения, учитывающий увеличение концентрации фибриногена и проконвертина, повышение количества тромбоцитов, что позволило оптимизировать хирургическую тактику у данной категории больных;

доказано, что детерминированный подход к выбору метода хирургического лечения в зависимости от показателей свертывающей и антисвертывающей системы крови снижает частоту ятрогенных осложнений в основной группе по отношению к группе сравнения на 14,1%, послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством - на 13,7%, гнойно-септические осложнения – на 5,1%, летальности на 2,8%, а также релапаротомий - на 3,9% и конверсий после ЛХЭ и МЛ – на 2,3%.

Практические результаты исследования заключается в следующем:

определено, что при остром калькулезном холецистите на фоне ожирения с традиционными подходами к лечению, отмечается более высокая частота интраоперационных осложнений;

оптимизирована хирургическая тактика на основе разработанных и внедренных в клиническую практику при остром калькулезном холецистите на фоне ожирения лечебно-диагностических алгоритмов с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови;

выявлено, что внедрение способа выполнения холецистэктомии из мини-доступа обеспечило повышение эффективности операции на фоне ожирения, а также уменьшило травматичность, улучшило косметичность рубцов и сократило продолжительность операции;

доказано, что показатели свертывающей и антисвертывающей системы крови у больных острым калькулезным холециститом на фоне ожирения выражаются в повышении общесвертывающей активности крови по 3 тестам (укорочение времени свертывания, рекальцификация плазмы, повышение толерантности плазмы к гепарину) повышении концентрации проконвертина и в увеличении более чем в 1,5 раза содержания фибриногена крови.

Достоверность результатов исследования обоснована использованием объективных критериев оценки состояния пациентов, современных методов лабораторной и инструментальной диагностики, корректным применением методологических подходов. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные данные имеют свою теоретическую значимость и вносят свой существенный вклад в изучение свертывающей и антисвертывающей системы крови у пациентов с острым калькулезным холециститом на фоне ожирения, что позволило оптимизировать хирургическую тактику за счет разработки и внедрения усовершенствованных методик и технических приемов операций и внесения корректив в предоперационную подготовку, послеоперационного ведения пациентов, позволяющих снизить частоту ранних послеоперационных осложнений и летальности.

Практическая ценность работы заключается в том, внедрение предложенного алгоритма, учитывающего активацию свертывающей и антисвертывающей системы крови у больных с калькулезным холециститом на фоне ожирения, использование усовершенствованных методик и технических приемов операций, способствуют оптимизации хирургической тактики, которое позволяет улучшить результаты хирургического лечения, снизить частоту ятрогенных повреждений, послеоперационных осложнений, частоту летальности, а также релапаротомии и конверсий.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению результатов хирургического лечения ОКХ на фоне ожирения:

разработаны методические рекомендации «Оптимизация хирургической тактики при остром калькулёзном холецистите на фоне ожирения» (заключение экспертного совета АндГосМИ №06/3 от 30.01.2024 года). Предложенная хирургическая тактика позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных с острым калькулёзным холециститом у больных с ожирением и нарушением свертывания крови;

получены научные результаты по улучшению результатов хирургического лечения внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в повседневную клиническую практику Андижанского и Наманганского филиалов РНЦЭМП (заключение экспертного совета АндГосМИ №06/3 от 30.01.2024 года). Оптимизированная хирургическая тактика с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови позволила снизить частоту ятрогенных осложнений в основной группе на 14,1%, послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством - на 13,7%, гнойно-септические осложнения – на 5,1%, летальности на 2,8%, а также релапаротомий - на 3,9% и конверсий после ЛХЭ и МЛ – на 2,3% ($p=0,005$).

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 5 научно-практических конференциях в том числе на 4 международных и 1 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, из них 5 журнальных статей, 3 из которых в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации 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 124 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель, задачи исследования, характеризуется 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, внедренных в практику результатов исследования, даются сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Современное состояние проблемы хирургического лечения острого калькулёзного холецистита**» представлен обзор литературы, где рассмотрены проблемы эпидемиологии и медико-социальные аспекты при ОКХ, эпидемиология ожирения и желчнокаменная болезнь, тромбоэмболические осложнения и его взаимосвязь с состоянием свертывающей и антисвертывающей системы

крови и современное состояние проблемы выбора методов хирургического лечения.

Во второй главе диссертации «**Клиническая характеристика больных и примененные методы исследования**» даны сведения по основным направлениям исследования, где основу работы составили 1033 (34,7%) больных с ОКХ на фоне ожирения, перенесших различные виды оперативных вмешательств в первом и втором хирургических отделениях Андижанского филиала РНЦЭМП.

Согласно цели и задачам нами исследовано 1033 больных с различными формами ОКХ на фоне ожирения, которые условно выделены в две группы:

- группа сравнения (2020г.) - 454 (43,9%) больных с ОКХ на фоне ожирения, где хирургическая тактика (лечебно-диагностическая программа, выбор способов оперативных вмешательств, предоперационная подготовка и послеоперационное ведение) основана по общепринятым принципам;

- основная группа (2021г.) - 579 (56,1%) больных с ОКХ на фоне ожирения, где хирургическая тактика основаны на усовершенствованном лечебно-диагностическом алгоритмах, выборе способов оперативных вмешательств, предоперационной подготовки и послеоперационном ведении с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови – проспективное исследование.

Распределение больных с ОКХ на фоне ожирения по возрасту, мы провели согласно Международной возрастной классификации ВОЗ.

ОКХ на фоне ожирения наиболее часто диагностирован в возрасте 45-59 лет. Этот контингент (84,4%), составили наиболее трудоспособную часть населения. В юношеском и молодом возрасте – (19-44 лет) - в 177 (17,1%) случаев, что должно настораживать систему здравоохранения. Данное положение, на наш взгляд связано с пассивным образом жизни молодого поколения и употреблением продуктов быстрого питания (фастфудов). Диагностирование ОКХ на фоне ожирения в пожилом возрасте (старше 60 лет) - 161 (15,6%) больных, можно объяснить ростом средней продолжительности жизни населения нашей Республики. Однако, это также таит в себе угрозу в плане результатов лечения в связи высокой частотой сопутствующей терапевтической патологии (табл.1).

Таблица 1

Распределение больных исследуемых групп по возрасту

Возраст (по годам)	Группы больных				Всего (n=1033)		
	Сравнения (n=454)		p	Основная (n=579)			
	абс	%		абс	%	абс	%
19-44	82	18,1	0,996	95	16,4	177	17,1
45-59	295	65,0		400	69,1	695	67,3
60 и >	77	17,0		84	14,5	161	15,6
Всего	454	100		579	100	1033	100

При ОКХ на фоне ожирения в группе сравнения и основной группах установлено, что больные мужчины составили лишь 210 (20,3%), тогда как женщины 823 (79,7%), т.е. соотношение мужчин к женщинам составило 1:4.

Первая степень ожирения диагностировано у 74 (7,2%) больных. Наибольшее число составили больные со второй степенью ожирения – 775 (75,0%). Больные третьей степенью ожирения составили – 184 (17,8%) (табл.2).

Таблица 2

Распределение исследуемых больных по степени ожирения

Степень ожирения	Группы больных				Всего (n=1033)		
	Сравнения (n=454)		p	Основная (n=579)			
	абс	%		абс	%	абс	%
Первая	44	9,7	0,98	30	5,2	74	7,2
Вторая	323	71,1		452	78,1	775	75,0
Третья	87	19,2		97	16,8	184	17,8
Всего	454	100		579	100	1033	100

К моменту госпитализации с ОКХ на фоне ожирения длительность анамнеза заболевания составили до 6 месяцев у 256 (62,8%) больных, от 6 месяцев до 1 года составило у 45 (11,1%) больных, от 1 до 5 лет - у 65 (16,0%), от 6 до 10 лет – у 22 (5,4%) и более 10 лет - у 19 (4,7%) больных. Основной контингент с ОКХ на фоне ожирения составили больные с длительностью заболевания от 6 месяцев до 1 года – 301 (73,9%).

Из общего количества (407) при ОКХ на фоне ожирения, при первом приступе оперированы 165 (40,5%) больных, при втором приступе – 103 (25,3%), при третьем – 75 (18,4%) и при приступах более 3-х раз – у 64 (15,7%) больных. Проведенный анализ показал, что основной контингент больных с ОКХ на фоне ожирения оперировались при первых и вторых приступах заболевания, что составило 268 (65,8%) больных.

Больные с ОКХ на фоне ожирения в первые сутки после поступления в стационар оперированы 178 (17,2%) больных. Из них 73 (16,1%) составили больные группы сравнения и 105 (18,1%) – основной группы. Наибольшее число оперированных пришлось на 2-5 сутки после госпитализации - 662 (64,1%) больных. Из них 288 (63,5%) составили больные группы сравнения и 374 (64,6%) – основной. Позднее 5 суток после госпитализации в стационар оперировано 193 (18,6%) больных. Из них 93 (20,4%) составили больные группы сравнения и 100 (17,3%) – основной (табл.3).

Катаральная форма ОКХ диагностирована у 163 (15,7%), флегмонозная форма – у 661 (63,9%). Хотя гангренозная форма диагностирована у 209 (20,2%) больных, именно эта форма воспаления ЖП сопровождалась явлениями желчного перитонита, что ухудшало прогнозы лечения. Анализ клинического материала позволил констатировать высокий удельный вес деструктивных форм ОКХ на фоне ожирения.

Таблица 3

**Распределение больных ОКХ в зависимости от сроков операции
после поступления в стационар**

Сроки операции	Группы больных				Всего (n=1033)		
	Сравнения (n=454)		p	Основная (n=579)			
	абс	%		абс	%	абс	%
	Первые сутки	73	16,1	0,996	105	18,1	178
2-5 сутки	288	63,4	374		64,6	662	64,1
Позднее 5 суток	93	20,5	100		17,3	193	18,7
Всего	454	100		579	100	1033	100

Проведенный анализ больных ОКХ на фоне ожирения показал, что основной контингент страдал сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом – 970 (93,9%), а также из их числа у 368 (35,6%) имелось сочетание сердечно-сосудистой патологии с сахарным диабетом. При ОКХ на фоне ожирения умеренный риск развития послеоперационных ТЭО установлены у 876 (93,3%) больных. Вместе с тем, при ОКХ на фоне ожирения диагностирован высокий риск развития послеоперационных ТЭО – 157 (6,7%) больных. Данное обстоятельство нами учитывалось у больных основной группы.

В третьей главе диссертации «**особенности свертывающей и антисвертывающей системы крови у больных острым калькулезным холециститом на фоне ожирения**» представлен системный подход к исследованию свертывающей и антисвертывающей системы крови у здоровых людей и при ОКХ на фоне ожирения.

Для характеристики свертывающей активности нами были использованы следующие показатели: время свертывания крови, толерантность плазмы к гепарину, фибриноген, тромботест, протромбин, проакцелерин (V-фактор), проконвертин (VII-фактор), ретракции сгустка, тромбоциты, кальций в сыворотке крови, время кровотечения. Характер антисвёртывающей системы крови определяли по фибринолитической активности, гепариновому времени - содержание свободного гепарина в крови.

Состояние свертывающая и антисвертывающей системы крови у здоровых и у больных ОКХ на фоне ожирения.

Для определения состояния свертывающей и антисвертывающей системы крови, для достоверности полученных данных исследование проведено при деструктивных формах ОКХ. Свёртывающую и антисвёртывающую систему крови мы исследовали до операции, во время операции, а также на 2-3-й; 5-7-й и 9-14-й день после холецистэктомии.

Исследованием свертывающей и антисвертывающей системы крови у больных ОКХ (деструктивные формы) на фоне ожирения по сравнению со здоровыми лицами установлено, что общесвертывающая активность крови

по тесту времени свертывания и времени рекальцификации оказалась укороченной и составило соответственно 214 ± 5 сек и 84 ± 5 сек (табл.4).

Таблица 4

Свертывающей и антисвертывающей системы крови у больных ОКХ на фоне ожирения

Название тестов	Здоровые (n-M ± m)	Больные (n-M ± m)	P
Время свертывания (в сек)	362 ± 9	214 ± 5	$p < 0,001$
Толер. плазмы к гепарину (в сек)	638 ± 30	452 ± 15	$p < 0,001$
Время рекальцификации (в сек)	$105 \pm 2,5$	$8,4 \pm 5$	$p < 0,01$
Гепариновое время (в сек)	59 ± 2	$60 \pm 2,4$	$p > 0,05$
Фибриноген (в мг/%)	$261 \pm 7,1$	447 ± 20	$p < 0,001$
Протромбин (в %)	$90 \pm 2,3$	$94,6 \pm 1,4$	$p > 0,05$
Проакцелерин (в %)	$102,3 \pm 1,3$	101 ± 1	$p > 0,05$
Проконвертин (в %)	$76 \pm 2,3$	$83,5 \pm 2$	$p < 0,01$
Ретракция сгустка (в %)	$38,9 \pm 0,75$	$40,3 \pm 0,7$	$p > 0,05$
Время кровотечения (в сек)	$112 \pm 7,4$	102 ± 4	$p > 0,05$
Свободный гепарин (в ед/мл)	$6,6 \pm 0,26$	$3,8 \pm 0,3$	$p < 0,001$
Фибринолит. активность (в %)	$14,1 \pm 0,6$	$10,2 \pm 0,3$	$p < 0,001$
Кальций (в мг/%)	$10,4 \pm 0,18$	$10,8 \pm 0,2$	$p > 0,05$
Тромботест (степень)	4 - 6	7 - 4	-
Тромбоциты (в тыс.)	$203,800 \pm 3,150$	$253,000 \pm 6,100$	$p < 0,001$

Толерантность плазмы к гепарину была повышена и в среднем составила $452 \pm$ сек. Следовательно, общая коагулирующая активность крови у больных ОКХ на фоне ожирения значительно повышена. Количество фибриногена более чем 1,5 раза превышала норму. Средние величины его составили 447 ± 20 мг%, при норме $261 \pm 7,1$ мг %. Наблюдалось достоверное повышение проконвертина (VII) в среднем до $83,5 \pm 2\%$, а также количество тромбоцитов в среднем до $253,000 \pm 6,100$. Тромботест у 24 больных был повышен (7 степень), у 37- оказался в пределах нормы (4-6 степень). Антикоагулянтная (гепариновая) и фибринолитическая активность крови у больных ОКХ на фоне ожирения была снижена. Они составили соответственно $3,8 \pm 0,3$ ед/мл и $10,2 \pm 0,3\%$ (табл.4).

Лапароскопическая холецистэктомия на фоне ожирения. В процессе исследования при ОКХ на фоне ожирения в группе сравнения ЛХЭ выполнены у 131 (28,8%) больных и в основной - у 255 (44,1%). Нами I степень ожирения установлена у 16 (32,7%) больных, II - у 27 (55,0%) и III - у 6 (12,3%). При выполнении ЛХЭ признаки жировой инфильтрации околопузырной клетчатки, в группе сравнения установлены – у 99 (21,8%) больных и в основной - у 152 (26,2%), увеличенный ЖП установлен у 31 (6,8%) и 103 (17,7%), соответственно.

Сложности ЛХЭ в техническом плане были обусловлены значительным развитием жировой ткани большого сальника, что уменьшает полезное пространство брюшной полости для эндо-визуального контроля и создают технические трудности для манипуляций эндо-инструментами. Вместе с тем, напряженный пневмоперитонеум, отрицательно сказывается при наличии патологии со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Нами особое внимание уделялось толщине подкожно-жировой клетчатки, его конфигурации и свободной экскурсии передней брюшной стенки.

При выраженной подкожно-жировой клетчатки целесообразнее дополнительный захват передней брюшной стенки и над лоном (т.е. с трех точек), что облегчает введение иглы. Введение манипулятора проводилось в одной из стандартных точек, благодаря чему имелась возможность перемещать сальник, что улучшало визуальный обзор. У данных больных обычно ЖП плохо доступен осмотру, поэтому головной конец операционного стола приподнимается на 20-25° и наклоняется влево.

Введение «эпигастрального» троакара в брюшную полость оправдано слева от связки. При выполнении разреза над пупком троакары оказываются близко друг от друга, что создает острый угол. В результате, инструменты сходясь в области шейки ЖП мешают друг другу. Во избежание данного обстоятельства, у больных с ожирением выполнение «умбиликального» разреза эффективно проводить ниже пупка. При выделении ЖП из ткани печени на фоне ожирения, могут возникнуть различной интенсивности кровотечения из области ложа, связанные с её жировой инфильтрацией. При этом прибегали к дополнительной электрокоагуляции. Извлечение ЖП осуществляли через «эпигастральный» доступ.

Придерживаясь указанной методики прооперированы 49 больных с ОКХ на фоне ожирения. Из них в 2 (4,1%) случаях мы столкнулись с кровотечением из ложа ЖП. Гемостаз восстанавливали электрокоагуляцией. У 7 (14,3%) больных развились гнойно-септические осложнения со стороны раны. Из общих осложнений, в 1 (2,0%) случае диагностировали послеоперационную пневмонию.

Холецистэктомия из мини-доступа на фоне ожирения – выполнялась при лечении местно-осложненных форм ОКХ (исключение - плотный перивезикальный инфильтрат, при распространенном перитоните, осложненном тяжелым абдоминальным сепсисом или септическим шоком), при ОКХ на фоне холангиолитиаза, стеноза БСДК, а также в качестве конверсии при возникновении технических сложностей при выполнении ЛХЭ. В связи с этим нами разработан и применен способ ХЭ из мини-доступа на фоне ожирения (удост. рац.предл. №53 от 20.02.2023 г).

Способ холецистэктомии из мини-доступа на фоне ожирения осуществляют следующим образом: Положение больного на операционном столе. Лежа на спине с приподнятой грудной клеткой относительно операционного стола на 35-40 градусов; операционный стол поворачивают на 20-30 градусов влево, что позволяет сместить внутренние органы от

проекции желчного пузыря. Ход операции. При данном мини-доступе разрез кожи выполняют параллельно и на 1,5 см ниже правой реберной дуг длиной до 5 см (в проекции пузырьной точки), где мини-разрез начинают на середине проекции правой прямой мышцы живота. После, в косопоперечном направлении рассекают $\frac{1}{2}$ часть переднего листка влагалища прямой мышцы живота, которую отодвигают медиальном направлении коротким краем крючка Фарабефа и рассекают $\frac{1}{2}$ часть его заднего листка. Апоневроз наружной косой мышцы и поперечную мышцу живота тупо разводят. Брюшина с двух краев берется в зажимы Микулича и рассекают брюшину в направлении к обоим углам раны.

В рану вводят ретрактор, сдвигая окружающие органы в точности определяют нахождение желчного пузыря. Дно желчного пузыря берут в зажим Люера и слегка вытягивают в рану. Поочередно в полость раны вводят средние марлевые салфетки. Над ними накладывают 2 средних ретрактора в медиальном углу раны и со стороны нижнего края. Ширина ретрактора составляет 5 см, а длина- 22 см. Край печени отодвигается длинным концом крючка Фарабефа. Затем отступя 4-5 мм от края печени производят субсерозную отслойку желчного пузыря от ложа, захватив дно желчного пузыря зажимом Люэра. По ходу мобилизации ЖП приподнимается над уровнем кожного разреза, что облегчает манипуляции в ее дистальном отделе (т.е. в области шейки пузырьного протока и при необходимости на холедохе). Этим самым достигается универсальность разреза, что важно при выраженном развитии подкожно жировой клетчатки. На уровне шейки, ориентируясь на треугольник Кало, на зажим берут пузырьную артерию, пересекают и лигируют викрилом №1. Пузырный проток пересекают на уровне 5-7 мм от холедоха, культю лигируют викрилом №1. После контроля гемостаза к Винслову отверстию устанавливают дренаж и выводят через отдельное отверстие в правом подреберье. Операционную рану ушивают послойно наглухо. На кожу накладывают косметический шов. Предлагаемый способ выполнения ХЭ из мини-доступа обеспечивает повышение эффективности операции на фоне ожирения, снижается травматичность операции за счет сохранения целостности нервных окончаний, правой прямой и косых мышцы живота, небольшой, и косопоперечный разрез (до 5 см) и пластические швы дают лучший косметический эффект.

Таким образом, при ОКХ на фоне ожирения ХЭ из мини-доступа не должна являться альтернативой ЛХЭ. Оба способа операции у данной категории больных являются не конкурирующими, а взаимно дополняющими. И именно у при ОКХ способ ХЭ из мини-доступа может являться «золотым стандартом», также, как и ЛХЭ при хроническом калькулезном холецистите.

Традиционная (лапаротомная) холецистэктомия при ОКХ на фоне ожирения выполнялась в случаях отсутствия условий для применения малоинвазивных методик (ЛХЭ и ХЭ из мини-доступов), а также в качестве конверсии, для ликвидации возникших осложнений и при наличии

распространенных форм перитонита с явлениями тяжелого сепсиса и (или) септического шока, требующих открытых вмешательств и открытого ведения брюшной полости. При возникновении технических сложностей в ходе выполнения ЛХЭ или ХЭ из мини-доступов (потеря ориентировки, отсутствие эффективного продвижения операции в течение 20 - 30 минут) следует своевременно переходить к выполнению конверсии.

Хирургическая тактика при ОКХ на фоне ожирения с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови.

К предоперационной подготовке ОКХ на фоне ожирения мы подходили сугубо индивидуально. Программа комплексной предоперационной подготовки в целом имела цель: медикаментозное лечение диагностированных сопутствующих терапевтических заболеваний, коррекцию нарушений сердечно-легочной деятельности и водно-электролитного баланса, а также профилактику тромбоэмболических и осложнений со стороны операционной раны.

Согласно предлагаемому алгоритму при поступлении больных с ОХ в приемное отделение АФ РНЦЭМП, проводилось определение клинико-анамнестических данных (жалобы, анамнез заболевания и жизни). При этом особое внимание уделяли на ранее перенесенные операции (особенно в верхнем этаже брюшной полости), наличие сочетанной хирургической патологии (рис.1).

После приступали к клинико-лабораторным исследованиям – общий анализ крови и мочи, биохимические анализы, в последнее время тесты на Covid – 19; ЭКГ, рентгенография грудной клетки и брюшной полости, УЗИ, затем определяли наличие и степень выраженности сопутствующей терапевтической патологии.

С целью определения степени ожирения мы пользовались формулой определения индекса массы тела. Также для получения информации о свободной экскурсии передней брюшной стенки и полезного пространства брюшной полости (на случай выполнения ЛХЭ) до операции, в положении больного лежа на спине, производился захват кожной складки двумя руками с тракцией вверх и вниз.

Измеряли окружность живота сантиметровой лентой в фазе максимального выдоха точно над пупком перпендикулярно к позвоночному столбу. Зафиксировав первый параметр, предлагается максимально надуть живот для повторного замера. Разница параметров с учетом релаксации давало возможность судить о возможном полезном объеме брюшной полости при ХЭ у пациентов на фоне ожирения.

При диагностировании сопутствующей терапевтической патологии, в отделении хирургии проводили их коррекцию совместно с терапевтами, кардиологами, эндокринологами и так далее (в зависимости от характера патологии). В этой группе показания к ХЭ (сроки и характер оперативного вмешательства) определяли проведением консилиумов врачей при участии анестезиолога-реаниматолога.

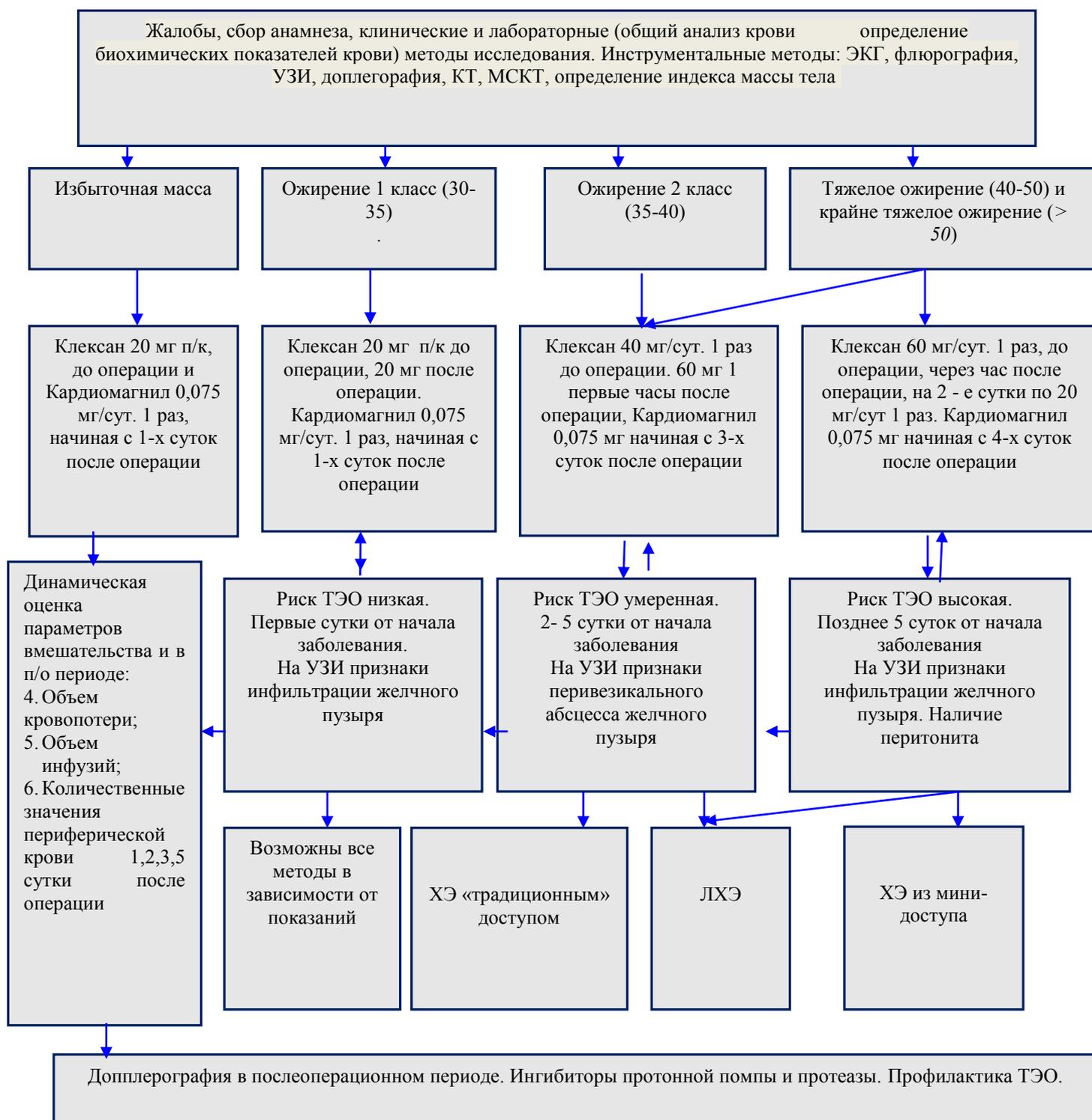


Рис.1. Алгоритм диагностики и хирургического лечения ОКХ на фоне ожирения с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови

С целью безопасного оперирования, нами создана рабочая классификация состояния передней брюшной стенки на фоне ожирения с точки зрения хирурга-лапароскописта (рац. предложение №54 от 20.02.2023):

I-вариант: развитие подкожно-жировой клетчатки умеренное, до 2-3 см, имеется возможность захвата жировых складок между пальцами, экскурсия

передней брюшной стенки не ограничено. Рельеф мышц брюшного пресса при нагрузке вырисовывается.

II–вариант: подкожно-жировая клетчатка развита хорошо, до 3-5 см, имеются широкие жировые складки. Экскурсия брюшной стенки ограничено. Рельеф мышц брюшного пресса при нагрузке вырисовывается умеренно.

III–вариант: подкожно-жировая клетчатка развита выражено, от 5 до 8 см, свисание жировых складок живота, в положении лежа захват жировых складок пальцами затруднен. Свободная экскурсия передней брюшной стенки определяется с трудом или невозможен. Рельеф мышц брюшного пресса при нагрузке определяется на ощупь, но не вырисовывается - «отвислый» живот.

IV-вариант: подкожно-жировая клетчатка развита выражено, но более 8 см, наличие свисающих жировых складок. Рельеф мышц брюшного пресса при нагрузке определяется на ощупь не определяется - «дряблый» живот.

Инструментальная диагностика начиналось с УЗИ современными аппаратами, которая давала необходимую информацию. Для уточнения локализации ЖП, а также оптимального выбора способа операции и доступа, дополнительно проводилось КТ или МСКТ. По ходу проведения инструментальной диагностики, проводился забор крови для определения состояния свертывающей и антисвертывающей системы крови и тем самым определялось степень риска к ТЭО. Полученные данные позволяли предпринять меры специфической и неспецифической профилактики ТЭО.

В послеоперационном периоде наряду общепринятой терапией, нами проводилась целенаправленная профилактика ТЭО под контролем свертывающей и антисвертывающей системы крови, постепенно переходя к антикоагулянтам непрямого действия и по показаниям - к таблетированным препаратам. В основной группе, в результате оптимизированной хирургической тактики по отношению к группе сравнения число оперативных вмешательств в первые 6 часов уменьшились с 214 (47,1%) до 161 (27,8%) – (уменьшение на 19,3%). В основной группе, основной объем оперативных вмешательств выполнены в первые 6-48 часов – 345 (59,6%), тогда как в группе сравнения – лишь у 114 (25,1%) - (увеличение на 34,5%) (табл.5).

Таблица 5

Сроки выполнения оперативных вмешательств при ОКХ на фоне ожирения

Клинические группы	Сроки выполнения								Всего (n=1033)	
	1-6 часов		6-48 часов		3 сутки		4-7 сутки			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Сравнения	214	47,1	114	25,1	83	18,3	43	9,5	454	43,9
р	0,91									
Основная	161	27,8	345	59,6	55	9,5	18	3,1	579	56,1
Всего	375	36,3	459	44,4	138	13,4	61	5,9	1033	100,0

В связи с высоким риском развития ТЭО в основной группе оперативные вмешательства выполнены в первые 3 суток у 55 (9,5%) больных, а в группе сравнения – у 83 (18,2%), что было связано наличием высокого риска оперативного вмешательства на фоне деструктивно измененного ЖП, но без клинических признаков перитонита. На 4-7 сутки в основной группе лишь 18 (3,1%) больных, тогда как в группе сравнения – у 43 (7,2%).

В основной группе «традиционная» ХЭ выполнена у 89 (15,3%) больных, тогда как в группе сравнения - 171 (37,6%). При этом ХЭ из минидоступов в основной группе выполнено у 235 (40,5%) больных, а в группе сравнения – у 152 (33,4%). В основной группе ЛХЭ выполнена у 255 (44,1%) больных, тогда как в группе сравнения – у 131 (28,8%).

Сравнительная оценка ближайших результатов показала, что в основной группе по отношению к группе сравнения частота ятрогенных повреждений при ЛХЭ уменьшились на 19,6% (с 24,4 до 4,7%), из минидоступа на 12,8% (с 15,8 до 3,0%), у больных, оперированных традиционным доступом, уменьшились на 10,2% (с 16,9 до 6,7%). В результате, в основной группе удалось снизить общее количество ятрогенных повреждений от 18,7% (85 больных) до 4,3% (25 больных), т.е. на 14,4%.

В группе сравнения послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством отмечено у 27 (5,9%) больных. Из них в первые сутки отмечено несостоятельность культи ЖП с желчным перитонитом у 27 (5,9%) больных, у которых в 19 (4,1%) случаях было проведена повторная операция (релапароскопия - 8, релапаротомия - 11). При этом у 6 (1,3%) больных с последующим в связи с развитием полиорганной недостаточности наступил летальный исход. В основной группе послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством отмечено у 5 (0,8%). Из них в первые сутки у 5 (0,8%) больных диагностировали несостоятельность культи ЖП с перитонитом, с летальным исходом в 1 (0,2%) случае.

В основной группе частота послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством, уменьшилось с 5,9 до 0,8%, частота летальности с 1,3 до 0,2% и гнойно-септических осложнений - с 5,7 до 0,7%.

Во время выполнения операции ХЭ общесвертывающая активность крови по тестам толерантность плазмы к гепарину и времени рекальцификации была повышена и составила соответственно $392 \pm 4,1$ сек. и 46 ± 6 сек. ($p < 0,001$). Время свертывания крови достоверно снижалось в среднем до $268 \pm 16,3$ сек. Количество фибриногена оказалось повышенным (537 ± 23 мг%). Отмечено увеличение концентрации проакцелирина (V фактор) в среднем до $113 \pm 4\%$ и понижение ретракции сгустка в среднем до $34 \pm 1,6\%$. Антикоагулянтная активность крови при выполнении ХЭ соответствовала исходным данным ($p > 0,05$.) Со стороны фибринолитической активности крови отмечено значительное её повышение. Средняя величина её составила $16,2 \pm 1,6\%$ ($p < 0,001$). На 2-3-й день после ХЭ отмечалось

повышение толерантности плазмы к гепарину в среднем до $391 \pm 2,7$ сек. ($p < 0,001$). К 5-7 дню толерантность плазмы к гепарину соответствовало к исходным данным ($p > 0,05$) и к 9-14 дню послеоперационного периода она оказалась пониженной ($p < 0,01$). Общесвертывающая активность крови по тестам времени свертывания и рекальцификации в послеоперационном периоде не изменилась ($p > 0,05$). Только к 9-14 дню после операции время свертывания достоверно понижалась в среднем до 271 ± 11 сек.

Статистическая обработка полученных результатов показала дальнейшее увеличение содержания фибриногена в послеоперационном периоде, особенно на 2-3-й день ($p < 0,001$). К 9-14 дню после операции фибриноген соответствовал исходным цифрам ($p > 0,001$). Количество прокоагулянтов (протромбиновый индекс, проакцелирин, проконвертин) после ХЭ оставалось прежним ($p > 0,05$). Только к 9-14 дню послеоперационного периода наблюдалось достоверное понижение протромбина в среднем до $91 \pm 2\%$. Не изменились также ретракции сгустка, время кровотечения кальций в сыворотке крови ($p > 0,05$). Количество тромбоцитов на 5-7-й день после операции было повышено и в среднем составило $270,000 \pm 8,454$. Тромботест при выполнении ХЭ оказался повышенным у 5-ти больных. На 2-3-й день после ХЭ тромботест был повышен у 2, в пределах нормы – у 7. На 5-7-й день тромботест оказался повышенным у 4, нормальная степень тромботеста обнаружена у 5 больных. К 9-14 дню после операции тромботест у 7 больных пришел к норме, у 2-х оставался повышенным (7 степень).

Изменения со стороны антисвертывающей системы крови: гепариновое время в послеоперационном периоде оставалась в пределах исходных величин ($p > 0,05$). Фибринолитическая активность крови на 2-7-й день после ХЭ, как правило, понижалось и соответственно составила $8,1 \pm 0,7$ и $8,7 \pm 0,6\%$. К 9-14 дню фибринолиз соответствовал исходным данным ($p > 0,05$). Свободный гепарин на 2-3-й день после ХЭ был повышен в среднем до $2,8 \pm 0,4$ ед/мл. С 5-го дня уровень свободного гепарина повышался и удерживался вплоть до 14-го дня послеоперационного периода ($p < 0,05$).

Установлено, что состояние показателей свертывающей и антисвертывающей системы крови у больных ОКХ на фоне ожирения выражается в повышении общесвертывающей активности крови по 3 тестам (укорочение времени свертывания, рекальцификации плазмы, повышении толерантности плазмы к гепарину) повышении концентрации проконвертина (VII фактор) и в увеличении более чем в 1,5 раза содержание фибриногена крови. Показатели антисвертывающей системы крови (свободный гепарин, фибринолитическая активность крови) значительно повышены.

При выполнении ХЭ наблюдается дальнейшее повышение общей коагулирующей активности крови, содержания фибриногена, понижение ретракции сгустка и повышение проакцелирина (V фактор). Фибринолитическая активность крови, как правило повышалось и повышалось с повышенным содержанием фибриногена крови. Это позволяет

нам рассматривать повышенную активность фибринолитической системы как целесообразную защитную реакцию организма, в ответ на повышение фибриногена крови. В послеоперационном периоде мы наблюдали повышение толерантности плазмы к гепарину до 5-го дня. Закономерно повышалось содержание фибриногена крови при одновременном значительном повышении фибринолитической активности. На 2-3-й день после операции свободный гепарин также повышался. Количество прокоагулянтов оставалась на прежнем уровне. Повышение толерантности плазмы к гепарину является одной из причин повышенной склонности крови к тромбообразованию. При этом, происходит активация гепарина, снижается антикоагулянтная активность крови и повышается склонность её к тромбообразованию.

Снижение антикоагулянтной активности крови и повышение толерантности плазмы к гепарину после ХЭ в основном, связано с образованием в процессе свертывания крови, происходящего на месте повреждения сосудов во время операции, антигепаринового фактора сыворотки. Повышение фибриногена при выполнении ХЭ и в послеоперационном периоде, является проявлением защитной реакции организма на операционную травму. Значительное снижение фибринолитической активности крови в послеоперационном периоде создает благоприятные условия для тромбообразования. В результате, в условиях нарушения механизма физиологического фибринолиза не происходит лизис как крупных, так и мелких тромбов, что является ведущим фактором, способствующим тромбообразованию. Изменения содержания прокоагулянтов (ПТИ, тромбоциты) имеют второстепенное значение.

Таким образом, наблюдается значительное повышение общей коагулирующей активности крови, увеличение концентрации фибриногена и проконвертина, повышение количества тромбоцитов. При этом функциональная активность антисвертывающей системы крови значительно снижена - уменьшена концентрация свободного гепарина и фибринолитическая активность. При выполнении ХЭ общесвертывающая активность крови по 2 тестам (время рекальцификации, толерантность плазмы к гепарину) повышается. Закономерно повышается количество фибриногена и фибринолитическая активность крови, а также увеличивается концентрация проакцелирина. Протромбиновая активность во время операции не меняется.

В послеоперационном периоде изменения коагулограммы сводятся к дальнейшему значительному увеличению фибриногена крови, повышение толерантности плазмы к гепарину и снижению антикоагулянтной и фибринолитической активности крови. Количество прокоагулянтов (протромбин, проакцелирин, проконвертин), а также ретракция сгустка, кальций в сыворотке крови оставались прежним. Снижение антикоагулянтной и фибринолитической активности крови, повышение количества фибриногена, толерантность плазмы к гепарину имеет

существенное значение в механизме послеоперационного внутрисосудистого тромбообразования.

В группе сравнения до операции профилактика ТЭО антикоагулянтными препаратами проводилась не системно. У основной группы во всех случаях до начала оперативного вмешательства с учётом полученных данных в профилактике ТЭО, важное место неспецифические мероприятия по бинтованию нижних конечностей эластическими бинтами, ранняя активация больного в кровати (повороты, усаживание, вставание), санация трахео - бронхиального дерева. С целью специфической профилактики под контролем свёртывающей системы крови в течении 4-5 суток нами применялся гепарин по 2500-5000 ЕД подкожно 2-4 раза в сутки. Затем в течении 4 – 5 суток назначали фенилин, а с 6-7 суток никотиновую кислоту, папаверин и др. Так, мы пользовались препаратом клексаном (антикоагулянт прямого действия - эноксапарин натрий, наиболее хорошо изученный низкомолекулярный гепарин) и антиагрегантным препаратом - кардиомагнилом.

В основной группе с умеренным риском ТЭО назначили клексан 20мг/день, в течении 3 дней, с последующим (с 5-го дня) переходом применения антикоагулянта непрямого действия, т.е. перорального - кардиомагнила по 75 мг x 1 раз в сутки. Первую дозу клексана 20мг вводили подкожно за 2 часа до операции холецистэктомии. При высоком риске ТЭО назначили клексан 40мг/день, в течении 4-5 дней, с последующим (с 5-го дня) переходом применения кардиомагнила 75 мг x 1 раз в сутки. Первую профилактическую дозу клексана 40мг вводили подкожно за 12 часов до операции холецистэктомии. В результате проведенного исследования, установлено, что, в основной группе при проведении профилактики клексаном развивалась существенное снижение риска возникновения ТЭО.

В группе сравнения у 23 (5,1%) диагностированы случаи ТЭО. Из них у 8 (1,7%) была отмечена тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) с летальным исходом у 3 (0,7%) больных. У 6 (1,3%) больных в 5-сутки после ХЭ, развивался тромбофлебит подкожных вен правой голени, у 5 (1,1%) - тромбоз глубоких вен левой голени, т.е. как раз в 5-сутки после холецистэктомии. На 7-сутки после операции ХЭ у 4 (0,8%) возникло тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии. В основной группе ВТЭО осложнений в послеоперационном периоде осложнения отмечены лишь у 2 (0,4) больных, что было обусловлено ТЭЛА с летальным исходом только в 1 (0,2%) случае.

Таким образом, в результате оптимизированной тактики при ОКХ на фоне ожирения с учетом состояния свертывающей и противосвертывающей системы крови, в основной группе по отношению к группе сравнения частота ятрогенных осложнений уменьшилось на 14,4% (с 18,7% до 4,3%), послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством уменьшились на 13,7% (с 16,3% до 2,6%), раневые (гнойно-септические) осложнения – на 5,1% (с 5,8% до 0,7%) и снизить частоту летальности на

2,8% (с 3,4% до 0,6%), а также сократить число релапаротомий с 4,2% до 0,3% и конверсий после ЛХЭ и МЛ с 2,6% до 0,3% ($p=0,005$). Также, при ОКХ определена взаимосвязь ожирения и состояния свертывающей и антисвертывающей системы крови, а также обоснована необходимость их учета для профилактики и лечения ятрогенных повреждений, послеоперационных осложнений и летальности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. При ОКХ на фоне ожирения сопровождается некоторыми типологическими особенностями: ожирение наиболее часто отмечается - в зрелом возрасте - 67,3%, второй степенью - у 75%, длительность заболевания от 6 месяцев до 1 года - у 73,9%, оперативные вмешательства - на первые и 2-5 сутки после госпитализации - у 81,3% и флегмонозные формы - у 63,9%.

2. Состояние показателей свертывающей и антисвертывающей системы крови при ОКХ на фоне ожирения выражается в повышении общесвертывающей активности крови по 3 тестам (укорочение времени свертывания, рекальцификации плазмы, повышении толерантности плазмы к гепарину), концентрации проконвертина (VII фактор) и в увеличении более чем в 1,5 раза содержание фибриногена крови. Показатели антисвертывающей системы крови (свободный гепарин, фибринолитическая активность крови) значительно повышены $-3,8 \pm 5$ ед/мл и $10,2 \pm 5\%$, соответственно.

3. Начиная со 2-3 суток после ХЭ изменения коагулограммы сводится к дальнейшему повышению общей коагулирующей активности крови, достигающего своего максимума к 5-7 суткам, которая является ведущим фактором в возникновении внутрисосудистого тромбообразования, что вызывает настоятельную необходимость проведения специфических и неспецифических мер профилактики. При этом, восстановление показателей коагулограммы начинаются с 9-х суток и нормализуются к исходу 14-х суток.

4. Усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм при ОКХ на фоне ожирения с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови, а также способ ХЭ из мини доступа и рабочая классификация состояния передней брюшной стенки, позволяет оптимизировать хирургическую тактику.

5. Оптимизация хирургической тактики позволила снизить частоту ятрогенных осложнений в основной группе по отношению на 14,1%, послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством - на 13,7%, гнойно-септические - на 5,1%, летальность - на 2,8%, релапаротомий - на 3,9% и конверсий после ЛХЭ и МЛ - на 2,3% ($p=0,005$).

**THE SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12. 2019.Tib.95.01
ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES AT THE
ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE**

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

MIRZABAYEV GAYRAT ERKINOVICH

**OPTIMIZATION OF SURGICAL TACTICS FOR ACUTE CALCULOUS
CHOLECYSTITIS AGAINST THE BACKGROUND OF OBESITY**

14.00.27 – Surgery

ABSTRACT OF PhD DISSERTATION ON MEDICAL SCIENCES

ANDIJAN – 2024

Subject of the doctoral dissertation (PhD) was registered in the Higher Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for the № B2022.4.PhD/Tib3216.

The dissertation is carried out at the Andijan State Medical Institute.

Abstract of the dissertation is available in two languages (Uzbek, Russian and English (abstract)) on the web page of the Scientific Council (www.adti.uz) and Informational and educational portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific supervisor: **Khakimov Dilshodbek Mamadalievich**
doctor of medical sciences, professor

Official opponents: **Akbarov Mirshavkat Miralimovich**
doctor of medical sciences, professor

Orazaliev Gafur Bazarbaevich
doctor of medical sciences

Leading organisation: **Bukhara State Medical Institute**

The dissertation will be defended on «___» _____ 2024 at ___ p.m. hours at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 at the Andijan State Medical Institute (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Andijan State Medical Institute (Registration number №___) (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50).

Abstract of the dissertation sent out on «___» _____ 2024.
(mailing report №___ of _____ 2024).

M.M. Madazimov
Chairman of the scientific council on award
of scientific degrees, doctor of medical
science, professor

M.F. Nishanov
Scientific secretary of the scientific council
on award of scientific degrees,
doctor of medical science, professor

B.R. Abdullajanov
Chairman of the scientific seminar at the
scientific council for the awarding of academic
degrees, doctor of medical sciences, docent

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The aim of the study is to improve the results of surgical treatment of acute calculous cholecystitis associated with obesity by optimizing surgical tactics taking into account the blood coagulation and anticoagulation systems.

The subjects of the study were 1033 (34.7%) patients with acute calculous cholecystitis due to obesity, who underwent various types of surgical interventions in the first and second surgical departments of the Andijan branch of the Republican Center for Emergency Medicine for the period 2020-2021.

The scientific novelty of the research is as follows:

typological features of acute calculous cholecystitis against the background of obesity and predictors of disorders of the blood coagulation and anticoagulation systems were identified, pathogenetic mechanisms occurring in the circulatory system with varying degrees of severity of the inflammatory process in the biliary tract were clarified;

it has been established that in acute calculous cholecystitis against the background of obesity, activation of the blood coagulation system occurs in comparison with the anticoagulation system, which is the cause of thromboembolic complications in the postoperative period (on days 5-7) and requires immediate measures for specific and nonspecific prevention;

an improved treatment and diagnostic algorithm has been developed for acute calculous cholecystitis on the background of obesity, taking into account the increase in the concentration of fibrinogen and proconvertin, an increase in the number of platelets, which made it possible to optimize surgical tactics in this category of patients;

it has been proven that a deterministic approach to the choice of surgical treatment method depending on the parameters of the blood coagulation and anticoagulation system reduces the frequency of iatrogenic complications in the main group relative to the comparison group by 14.1%, postoperative complications associated with surgery - by 13.7% , purulent-septic complications - by 5.1%, mortality by 2.8%, as well as relaparotomies - by 3.9% and conversions after LCE and ML - by 2.3% ($p = 0.005$).

Implementation of the research results. According to the results of a scientific study to improve the results of surgical treatment of ACC due to obesity:

methodological recommendations have been developed "Optimization of surgical tactics for acute calculous cholecystitis against the background of obesity" (conclusion of the expert council of the Andijan State Medical Institute No. 06/3 dated January 30, 2024). The proposed surgical tactics can improve the results of surgical treatment of patients with acute calculous cholecystitis in patients with obesity and blood clotting disorders;

Scientific results have been obtained to improve the results of surgical treatment and introduced into the practical activities of healthcare, in particular, into the daily clinical practice of the Andijan and Namangan branches of the Russian Research Center for Emergency Medicine (conclusion of the expert council of the Andijan State Medical Institute No. 06/3 dated January 30, 2024).

Optimized surgical tactics taking into account the blood coagulation and anticoagulation system made it possible to reduce the frequency of iatrogenic complications in the main group by 14.1%, postoperative complications associated with surgery - by 13.7%, purulent-septic complications - by 5.1%, and mortality by 2.8%, as well as relaparotomy - by 3.9% and conversions after LCE and ML - by 2.3% ($p = 0.005$).

The structure and scope of the thesis. The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of text material is 124 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Mirzabaev G.E., Khakimov D.M., Botirov A.K., Otakuziev A.Z., Botirov Zh.A. Pulmonary embolism and the role of the blood clotting system in acute calculous cholecystitis on the background of obesity // Журнал биомедицины и практики. Ташкент 2022. том 7, номер 4. С.401-407. (14.00.00. №24)

2. Khakimov D.M., Mirzabaev G.E., Botirov A.K., Otakuziev A.Z., Botirov Zh.A. Surgical tactics in acute calculous cholecystitis on the background of obesity, taking into account the coagulation and antiserum system of the blood // Журнал биомедицины и практики. Тошкент 2022. том 7, номер 4. С.408-416. (14.00.00. №24)

3. Мирзабаев Г.Э., Хакимов Д.М., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А. Ближайшие результаты хирургического лечения при остром холелитиазе на фоне ожирения с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови // Новый день в медицине. – Бухара, 2023. №4(54) С.84-88. (14.00.00. №22)

Epidemiological Aspects and the Current State of the Problem of Acute Calculous Cholecystitis on the Background of Obesity (Review) // International Journal of Health Systems and Medical Sciences ISSN: 2833-7433 Volume 2 | No 5 | May -

5. Khakimov D.M., Mirzabaev G.E., Botirov A.K., Otakuziev A.Z. Thromboembolic Complications and Its Relationship with the State of the Blood Coagulation and Anticoagulation System in Acute Calculous Cholecystitis // International Journal of Current Science Research and Review ISSN: 2581-8341 Volume 06 Issue 05 May 2023 | Page No. 3053-3058.

II бўлим (II часть; part II)

6. Мирзабаев Г.Э., Хакимов Д.М., Бобаев У.Н. Оптимизация хирургической тактики при остром калькулёзном холецистите на фоне ожирения // Методические рекомендации. АГМИ. Андижан, 2023. 24с.

7. Хакимов Д.М., Мирзабаев Г.Э., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А. Состояние свертывающей и антисвертывающей системы крови в ближайшие сроки после холецистэктомии // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования № 4 (65) Апрель 2023 г. Москва. Стр. 61-65.

8. Хакимов Д.М., Мирзабаев Г.Э., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А. Состояние свертывающей и антисвертывающей системы крови при остром калькулёзном холецистите на фоне ожирения // Международная конференция академических наук. Россия. 10.05.2023. Стр. 12-14.

9. Хакимов Д.М., Мирзабаев Г.Э., Ботиров Ж.А. Хирургическая тактика при ОКХ на фоне ожирения с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови // Academic international conference on multi-disciplinary studies and education Hosted from Pittsburgh, USA 11.05.2023. Pages: 112-113.

10. Хакимов Д.М., Мирзабаев Г.Э., Ботиров Ж.А. Хирургическая тактика при ОКХ на фоне ожирения с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови // International conference on business management and humanities multi-disciplinary studies and education Hosted from Delhi, India 12.05.2023 | Pages: 108-109.

11. Мирзабаев Г.Э., Хакимов Д.М., Отакузиев А.З. Особенности холецистэктомии из мини доступа при остром калькулезном холецистите на фоне ожирения // Innovative research in modern education Hosted from Toronto, Canada 13.05.2023 | Pages: 70-71.