

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

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

СОЛИЖОНОВ ЗИЁДИЛЛО БАХТИЁР ЎҒЛИ

**СУРУНКАЛИ ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТ ХИРУРГИЯСИДА
ТАКОМИЛЛАШТИРИЛГАН КИЧИК КЕСМАЛИ
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ТАШРИҲИНИНГ АҲАМИЯТИ ВА ЎРНИ**

14.00.27 – Хирургия

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

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Солижонов Зиёдилло Бахтиёр ўғли

Сурункали тошли холецистит хирургиясида такомиллаштирилган кичик кесмали холецистэктомия ташриҳининг аҳамияти ва ўрни..... 3

Солижонов Зиёдилло Бахтиёр угли

Роль и место модифицированной холецистэктомии из мини доступа в хирургии хронического калькулезного холецистита..... 25

Solijonov Ziyodillo Bahtiyor ugli

The role and place of modified cholecystectomy from a mini access in surgery for chronic calculous cholecystitis..... 45

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 49

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

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

СОЛИЖОНОВ ЗИЁДИЛЛО БАХТИЁР ЎҒЛИ

**СУРУНКАЛИ ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТ ХИРУРГИЯСИДА
ТАКОМИЛЛАШТИРИЛГАН КИЧИК КЕСМАЛИ
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ТАШРИҲИНИНГ АҲАМИЯТИ ВА ЎРНИ**

14.00.27 – Хирургия

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

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясида B2023.2.PhD/Tib2909 (B2022.2.PhD/Tib2909) рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.adti.uz) ва «Ziynet» ахборот-таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Ботиров Акрам Кодиралиевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Ходжиматов Гуломидин Минходжиевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Нуритдинов Арифжон Талибович
тиббиёт фанлари доктори

Етакчи ташкилот:

Тошкент тиббиёт академияси

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2024 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Атабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz, Андижон давлат тиббиёт институти).

Диссертация билан Андижон давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Атабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Диссертация автореферати 2024 йил «___» _____ куни тарқатилди.

(2024 йил «___» _____ даги рақами реестр баённомаси).

М.М. Мадазимов

Илмий жаражалар 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, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Ўт тош касаллиги (ЎТК) касалликларнинг умумий таркибида юрак-қон томир касалликлари ва қандли диабетдан кейин учинчи ўринни эгаллаб, ҳанузгача аҳоли ҳаётига сезиларли таъсир кўрсатадиган ва кўпинча ҳаёт учун хавфли асоратлар ривожланиши, шунингдек, хирургик аралашувлар частотасининг ортиши туфайли муҳим тиббий-ижтимоий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. VI Бутунжаҳон гастроэнтерологлари конгресси маълумотларига кўра, "...дунё аҳолисининг 10 фоизи ЎТКдан азият чекади. Ривожланган мамлакатларда касаллик ҳар ўн йилда икки баравар кўпаймоқда, энг юқори касалланиш етук ёшда (45-59 ёш) кузатилади ва касалланишнинг "ёшариши" кузатилмоқда..."¹. Сурункали тошли холецистит (СТХ) частотасининг ошиши билан ЎТКнинг асоратланган шакллари билан оғриган беморлар сони ортиб бормоқда ва шунга мос равишда ташрихлар сони ортиб бормоқда. Анъанавий лапаротомия, лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) ва минилапаротомия ташрихлари каби турли усуллар қўлланилади. Бироқ, ушбу тоифадаги беморларни даволашнинг ягона стандарти ҳали ҳам мавжуд эмас ва натижада бир усулни бошқасига нисбатан танлаш жарроҳнинг танловига ва клиника анъаналарига асосланади. Шу муносабат билан СТХ ташхисоти ва хирургик даволаш муаммоси нафақат тиббий, балки катта ижтимоий-иқтисодий аҳамиятга эга ва холецистэктомия (ХЭ) усуллари оптималлаштириш ва такомиллаштириш билан боғлиқ клиник тадқиқотлар замонавий хирургияда энг долзарб масалалардан бири ҳисобланади.

Жаҳон амалиётида ҳозирга вақтда лапароскопик ва каминвазив холецистэктомиянинг янги усуллари ишлаб чиқишга қаратилган тадқиқотлар энг долзарб бўлиб қолмоқда, коморбид беморларда лапароскопик холецистэктомия ва кичик кесмали холецистэктомиянинг самарадорлиги ва хавфсизлигини баҳолаш, шунингдек гистоморфологик баҳолаш билан муцин экспрессиясини миқдорий таҳлил қилиш бўйича тадқиқотлар олиб борилмоқда, сурункали тошли холециститда зардоб Th1 ва Th2 цитокинлари экспрессияси ўртасидаги боғлиқлик ўрганилмоқда, ўткир ва сурункали тошли холецистит билан оғриган беморларни "1 кунлик стационар" тамойилида хирургик даволашнинг рационал тактикасини ишлаб чиқиш бўйича тадқиқотлар алоҳида аҳамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлашни ривожлантиришнинг замонавий жиҳатлари профилактика, консерватив ва хирургик даволашнинг замонавий тамойилларини татбиқ этиш орқали ўт тош касаллиги билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чора-тадбирларни ўз ичига олади. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали

¹ Вахрушев Я.М., Хохлачева Н.А. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика //Архив внутренней медицины. -2016. –т.6, №3 (29). - с. 30-35.

тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган². Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан, ташхисот ва даволаш алгоритмини такомиллаштириш ҳамда кичик кесмали холецистэктомия усулини модификациялаш ушбу патологиянинг юқори тиббий ва 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 Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 4 октябрдаги ПҚ-5254-сон «Хирургия хизматини трансморфация қилиш, ҳудудларда жарроҳлик амалиётлари сифатини ошириш ва кўламини кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида» ва Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид кўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги Қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меърий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Ўт тош касаллиги (ЎТК) биринчи марта 1507 йилда Антонио Бенивьени томонидан тасвирланган. Илк бор бажарилган ХЭ 1882 йилга тўғри келади, ўшанда Лангебух Берлинда ушбу жарроҳлик аралашувини муваффақиятли амалга оширган³. Ўшандан бери СТХни жарроҳлик йўли билан даволашда сезиларли ютуқларга эришилди, ҳаёт сифати яхшиланди, касалланиш ва ўлим даражаси пасайди. Бироқ, бу касалликнинг барқарор ўсиши ва ҳаёт учун хавfli бўлиши мумкин бўлган асоратларни ривожланиши, кўпинча унинг юрак-қон томир касалликлари ва қандли диабет билан бирга келиши, шунингдек, замонавий диагностика ускуналарини клиник амалиётга жорий этилиши ва жарроҳлик асбобларини такомиллаштирилиши жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган тактикани янада оптималлаштиришни талаб қилади. Олимларнинг ушбу муаммони ҳал қилиш бўйича турли хил қарашлари ушбу муаммога ноаниқ муносабатни таъкидлайди, унинг таркибида илмий тадқиқотларнинг устувор йўналиши замонавий даволаш ва диагностика имкониятларини ҳисобга олган ҳолда комплекс диагностикани такомиллаштириш бўлиб қолмоқда, бу ЎТКда даволаш тактикасини дифференциаллаш ва касалликнинг якуини башоратлаш имконини беради⁴.

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг. 28. 01 2022 йилдаги «Янги Ўзбекистоннинг 2022-2026 йилларга мўлжалланган ривожланиш стратегияси тўғрисида» ПҚ-60 сонли Фармони.

³ Shehadi W.H. The biliary system through the ages. Int /Surg. 1979; 64 (5) 63-78.

⁴ European Association for the Study of the Liver (EASL). Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones //Journal of Hepatology. - 2016. -Vol. 65.- № 1. -P. 146-181.

Кичик кесма орқали холецистэктомия ва лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) каби кам шикастли ташрихлар СТХда тан олинган операциялар ҳисобланади, чунки улар ушбу янги талабларга тўлиқ жавоб беради. Сўнги ўн йилликларда ЎТКни даволашда ЛХЭ ва кичик кесмали ХЭ кенг тарқалди, аммо ҳали ҳам ягона даволаш стандарти мавжуд эмас. Ўт пуфагига кичик кесмали кириш орқали холецистэктомиянинг маълум усуллари қўлланиш бўйича чекловлар мавжуд, бу чекланган фойдаланишга сабаб асбоблар дизайнининг мураккаблиги билан боғлиқ, шунингдек кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни аниқлашда жарроҳлар ўртасидаги мавжуд келишмовчиликлар туфайли асоратлар билан бирга келади. Бу сурункали тошли холециститда жарроҳлик усуллари ва тактикасини оптималлаштиришга бўлган қизиқишнинг ортиши билан изоҳланади⁵.

Ташхисот ва жарроҳлик тактикасини аниқлаш нуқтаи назаридан, тиббиёт саноатининг ривожланиши ва УТТ, Эндо-УТТ каби замонавий ташхисот ускуналарининг жорий этилиши билан сезиларли ютуқларга эришилди, бу эса операциядан олдинги даврда яллиғланиш жараёнининг оғирлигини аниқлаш ва ҳаракатлар алгоритмини белгилаш ва агар жарроҳлик аралашуви зарур бўлса, операция усулини танлаш имконини беради. Ҳозирги вақтда холецистэктомия (ХЭ) учун қийшиқ кўндаланг, ўрта ва бошқа кенг кесмалар, шунингдек, видеолапароскопик қўллов билан 4-портли, техник жиҳатдан мураккаб бўлмаган ҳолларда 3-портли, махсус мини-ассистент ёрдамида қорин тўғри мушакларини қаватлаш ёки латерал силжитиш билан мини-лапаротомия усуллари кенг қўлланилмоқда⁶. Ўт пуфаги жарроҳлигида жарроҳлик аралашувининг асосий талабларига кўра, жарроҳлик кириш усули етарли кўринишни ва гепатобилиар сохани текшириш имкониятини таъминлаши керак. Асосиз кенг ёки аксинча, кичик кириш усули жарроҳлик аралашуви пайтида ва уларни амалга оширгандан сўнг яқин келажакда ҳаёт учун хавfli асоратлар шаклида сезиларли салбий оқибатларга олиб келиши мумкин. Анъанавий холецистэктомия бир қатор камчиликлар билан бирга келади, бундай киришнинг асосий афзалликларидан бири - жарроҳлик соҳасининг қулай кўриниши ҳисобланади. ЛХЭ да, анъанавийдан фарқли ўлароқ, ўт пуфаги билан жарроҳлик манипуляциясининг бутун мажмуасини бажариш мумкин, шунингдек, кам шикастлилик, яхши косметик самара ва жарроҳлик пайтида ва операциядан кейинги даврда камроқ асоратлар билан ажралиб туради. Бироқ, кучли намоён бўлган перивезикуляр инфилтрат ҳамда қорин бўшлиғи битишмалари бўлган ҳолларда ушбу усулга қарши кўрсатмалар мавжуд. Агар ЛХЭни бажаришга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, кенг кесмадан фойдаланишнинг барча афзалликлари сақланувчи, аммо пневмоперитонеум қўлламаган ҳолда кичик кесма орқали ХЭни бажариш мумкин.

⁵ Amjad S., Rizvi A., Asmat S., Akhtar S., Faridi S., Ahmad M. Forecast of difficult Laparoscopic cholecystectomy by Sonography: An added advantage. Biomedical Research. 2012;23(3):425-429.

⁶ Шмаков Д.А., Щербатых А.В., Соколова С.В. и др. Дифференцированный подход к выбору оперативного доступа при калькулезном холецистите. Сибирское медиц. обозрение 2020; (1):66-72

Адабиёт маълумотларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ЎТҚда кам шикастли кириш усуллари орқали ташрихларни бажаришнинг тактик ва техник хусусиятлари, шунингдек, ЛХЭ ва кичик кесмали ХЭ дан фойдаланиш имкониятларини табақалаштирилган баҳолаш билан боғлиқ масалалар ҳали ҳам тўлиқ ўрганилмаган ва баҳсли. Бундай ноаниқлик бизни сурункали тошли холециститда натижаларнинг қиёсий таҳлилини ўтказишга, шунингдек, ушбу тоифадаги беморларни хирургик даволашда ҳар бир ташрих усулининг аҳамияти ва ўрнини аниқлашга ундади.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институтининг илмий тадқиқот ишлари режасига мувофиқ 01.07.0069-сон «Одам хирургик касалликларини ташхислаш ва даволашда янги технологияларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш» мавзуси доирасида бажарилган (2021-2024 й.).

Тадқиқотнинг мақсади ташхисот ва даволаш алгоритминини ҳамда кичик кесма орқали холецистэктомия усулини такомиллаштириш орқали сурункали тошли холециститни хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

сурункали тошли холециститни даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш, шунингдек, ташрихдан кейинги асоратлар ҳамда ўлимнинг структураси ва частотасини аниқлаш;

хирургик тактикани оптималлаштириш имконини берувчи ташхисот ва даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этиш;

сурункали тошли холециститда кичик кесмали холецистэктомия усулини такомиллаштириш;

лапароскопик холецистэктомия, кичик кесмали холецистэктомия ва “анъанавий” холецистэктомияга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни аниқлаштириш ҳамда унга усулнинг ҳар бирининг афзалликлари ва камчиликларини асослаш;

усулларнинг ҳар бири ўртасида қиёсий таҳлил ўтказган ҳолда такомиллаштирилган кичик кесмали холецистэктомиянинг аҳамияти ва ўрнини аниқлаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2016-2021 йиллар мобайнида АДТИ Клиникасининг 3-хирургия бўлимида сурункали тошли холецистит туфайли ташрих ўтказилган 1929 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети сурункали тошли холецистит билан оғриган беморларда кичик кесмали, “анъанавий” ва лапароскопик холецистэктомияни амалга оширишда клиник ва лаборатор маълумотлар натижалари ва хулосаларини таҳлил қилишдан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни ҳал қилиш учун умумий клиник, лаборатор, инструментал, маҳсул ва статистик тадқиқот усуллари тадқиқот қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

сурункали тошли холециститда хирургик тактикани оптималлаштириш имконини берувчи даволаш ва ташхисот алгоритминини ишлаб чиқиш ва

жорий этиш имконини берган ташрихдан кейинги асоратлар ҳамда ўлимнинг структураси ва частотаси аниқланган;

сурункали тошли холециститда кичик кесмали холецистэктомия усули такомиллаштирилган;

лапароскопик, “анъанавий” ва кичик кесмали холецистэктомияга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар аниқлаштирилган ҳамда учта усулларни ҳар бирининг афзалликлари ва камчиликларини асосланган;

сурункали тошли холецистит хирургиясида усулларнинг ҳар бири ўртасида қиёсий таҳлил ўтказган ҳолда такомиллаштирилган кичик кесмали холецистэктомиянинг аҳамияти ва ўрни аниқланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

сурункали тошли холециститда хирургик тактикани оптималлаштириш имконини берувчи даволаш ва ташхисот алгоритми ишлаб чиқилган;

сурункали тошли холециститда ҳар қандай тана тузилиши тури ҳамда ўт пуфагининг жойлашувида кесманинг универсаллигини ва чандикнинг косметиклигини таъминлайдиган, шунингдек, қориннинг ўнг тўғри мушаги яхлитлигини сақлаб қолиш ҳисобига ташрихнинг шикастлилигини камайтирувчи кичик кесмали холецистэктомиянинг такомиллаштирилган усулини қўллаш имконияти асосланган;

сурункали тошли холецистит хирургиясида лапароскопик холецистэктомияга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда афзалроқ бўлган такомиллаштирилган кичик кесмали холецистэктомиянинг аҳамияти ва ўрни аниқланган;

ташрихдан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатларини камайтиришга имкон берган ҳар бир холецистэктомия усулининг кўрсатмалари, қарши кўрсатмалари, афзалликлари ва камчиликлари аниқлаштирилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, ташҳислаш ва даволашнинг замонавий усуллари, услубий ёндашувлар ва статистик таҳлил тўпламларини тўғри қўлланилганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижалар, ҳулосалар ва амалий тавсиялар назарий аҳамиятга эга бўлиб, сурункали тошли холециститни жарроҳлик йўли билан даволашга ва унинг натижаларига муҳим ҳисса қўшганлиги, шунингдек, диссертация ишининг алоҳида жиҳатлари сурункали тошли холецистит билан оғриган беморларни ташхислаш ва хирургик даволаш бўйича талабалар, магистрлар ҳамда клиник ординаторларнинг ўқув дастурлари мазмуни ва тузилишини яхшилашга имкон берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, тавсия этилган ташхисот ва даволаш алгоритми ҳамда такомиллаштирилган кичик кесмали холецистэктомия хирургик тактикани оптималлаштириш, ва шу билан сурункали холециститни хирургик даволаш натижаларини яхшилаш имконини берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 25 июндаги 01/30-сон хулосасига кўра (илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига Андижон давлат тиббиёт институтининг 2024 йил 20 июндаги 06-2211-сон хати юборилган):

биринчи илмий янгилик: сурункали тошли холециститда хирургик тактикани оптималлаштириш имконини берувчи даволаш ва ташхисот алгоритмини ишлаб чиқиш ва жорий этиш имконини берган ташрихдан кейинги асоратлар ҳамда ўлимнинг структураси ва частотаси аниқланганлиги Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан 2023 йил 4 январда 8н-р/3-сон билан тасдиқланган «Ўт-тош касаллиги ва унинг асоратларини даволашда хирургик тактикани оптималлаштиришда кичик кесмали холецистэктомиянинг такомиллаштирилган усули ҳамда ташхисот ва даволаш алгоритми» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Мазкур таклиф Наманган вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 18.09.2023 йилдаги 281-сон, Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 15.09.2023 йилдаги 79-сон ҳамда Андижон вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 21.09.2023 йилдаги 36-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 25 июндаги 01/30-сон хулосаси). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: Операциядан кейинги асоратларнинг частотасини аниқлаш, тактик ва техник камчиликларни аниқлаш сурункали тошли холецистит аниқланган беморлар учун жарроҳлик тактикасини қайта кўриб чиқиш, таклиф этилаётган 3 усулнинг камчилиги ва қарши кўрсатмаларни аниқлашга ва шу орқали билим ва кўникмаларни ривожлантиришга катта ҳисса қўшди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: Ташрихдан кейинги асоратларни тузилишини ҳамда ташрих вақтидаги тактик ва техник ҳатоларни аниқлаштириш орқали умумий ёндашувгина ушбу гуруҳдаги самарадорликни ошириши мумкин. Ушбу лойиҳа натижаларининг иқтисодий самарадорлиги қуйидаги таркибий қисмлардан шаклланади: ўт тош касаллиги аниқланган беморлар даволаш натижаларини яхшилаш; ташрих давомийлигини қисқартириш, ҳамда ҳаёт сифатини яхшилаш; ногиронликнинг камайиши. Хулоса: Холецистэктомиядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичлари, тактик ва техник камчиликлар тузилишини аниқлаштириш сурункали тошли холецистит аниқланган беморлар учун жарроҳлик тактикасини оптималлаштиришга имкон беради, вақтинча меҳнатга лаёқатсизлик муддатини камайтиради ва бу орқали 241.178.100 сўм тежаш имконини беради.

иккинчи илмий янгилик: сурункали тошли холециститда кичик кесмали холецистэктомия усули такомиллаштирилганлиги Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан 2023 йил 4 январда 8н-р/3-сон билан тасдиқланган «Ўт-тош касаллиги ва унинг асоратларини даволашда хирургик тактикани оптималлаштиришда кичик кесмали холецистэктомиянинг такомиллаштирилган усули ҳамда ташхисот ва даволаш алгоритми» номли

услугий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Мазкур таклиф Наманган вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 18.09.2023 йилдаги 281-сон, Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 15.09.2023 йилдаги 79-сон ҳамда Андижон вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 21.09.2023 йилдаги 36-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 25 июндаги 01/30-сон хулосаси). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: Муқобиллаштирилган кичик кесмали холецистэктомия ташрихи техник жиҳатдан қулай ва осон, ҳамда беморларда ўнг томонлама қорин олд девори тўғри мускулини сақлаш ҳисобига жароҳатлилигини камайтириб, ҳар қандай тана тузилишидаги ва ўт пуфагини жойлашишидан қатъий назар ташрих жароҳатини қулайлигига эришилади. Лапароскопик холецистэктомияга қарши кўрсатмалар бўлганда ҳам таклиф этилаётган усулни қўллаш мумкин ва ташрихдан кейинги давр лапароскопиядан фарқ қилмайди, бемор қисқа муддатларда фаоллашади. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: Шифохонада бир бемор учун 1 кун ётиш тўлови учун 242000 сўм, умумий 344500 сўмга харажатларни қисқартиришга асос бўлган. Хулоса: Муқобиллаштирилган кичик кесмали холецистэктомия усули ятроген шикастланишлар частотасини 14,1% га, конверсиялар сонини 5,6% га, жарроҳлик билан боғлиқ операциядан кейинги асоратлар частотасини 3,9% га камайтиришга имкон беради. Реллапаротомиялар сонини 2,4 фоизга камайтириш ва шу орқали ногиронликни камайтириш ҳисобига 138874635 сўмни тежаш имконини беради.

учинчи илмий янгилик: лапароскопик, “анъанавий” ва кичик кесмали холецистэктомияга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар аниқлаштирилган ҳамда учта усулларни ҳар бирининг афзалликлари ва камчиликларини асосланганлиги Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан 2023 йил 4 январда 8н-р/3-сон билан тасдиқланган «Ўт-тош касаллиги ва унинг асоратларини даволашда хирургик тактикани оптималлаштиришда кичик кесмали холецистэктомиянинг такомиллаштирилган усули ҳамда ташхисот ва даволаш алгоритми» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Мазкур таклиф Наманган вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 18.09.2023 йилдаги 281-сон, Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 15.09.2023 йилдаги 79-сон ҳамда Андижон вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 21.09.2023 йилдаги 36-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 25 июндаги 01/30-сон хулосаси). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: Холецистэктомиянинг турли усуллари учун жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш жарроҳлик билан боғлиқ операциядан кейинги асоратларнинг частотасини - 0,6% гача, ўлимни - 0,2% гача, лапароскопик холецистэктомиядан кейинги конверсияларни - 0,5% ва такрорий операцияларни 0,1%гача камайтиришга имкон беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: Натижаларининг иқтисодий самарадорлиги қуйидаги таркибий қисмлардан шаклланади: ўт тош касаллиги аниқланган беморлар даволаш натижаларини яхшилаш; ташрих

давомийлигини қисқартириш, ҳамда ҳаёт сифатини яхшилаш; ногиронликнинг камайиши.. Хулоса: Турли усулдаги холецистэктомия ташрихларига кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар ва уларнинг афзалликларини аниқлаш билан хирургик тактикани такомиллаштириш меҳнатга лаёқатсизлик вақтини қисқартиш орқали 24178100 сўмни, ногиронликни камайтириш орқали 138874635 сўмни тежаш имконини беради.

тўртинчи илмий янгилик: сурункали тошли холецистит хирургиясида усулларнинг ҳар бири ўртасида қиёсий таҳлил ўтказган ҳолда такомиллаштирилган кичик кесмали холецистэктомиянинг аҳамияти ва ўрни аниқланганлиги Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан 2023 йил 4 январда 8н-р/3-сон билан тасдиқланган «Ўт-тош касаллиги ва унинг асоратларини даволашда хирургик тактикани оптималлаштиришда кичик кесмали холецистэктомиянинг такомиллаштирилган усули ҳамда ташхисот ва даволаш алгоритми» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Мазкур таклиф Наманган вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 18.09.2023 йилдаги 281-сон, Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 15.09.2023 йилдаги 79-сон ҳамда Андижон вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 21.09.2023 йилдаги 36-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 25 июндаги 01/30-сон хулосаси). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: Ўтказилган тадқиқотлар таклиф этилган усулга кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар ва афзалликларни аниқлаш орқали юқори анестезиологик ва операцион ҳавф бўлган беморларда ташрихга кўрсатмаларни кенгайтиришга ҳамда умумий характердаги асоратларни 6,8% га ва ўлимни 4,0% га камайтиришга имкон беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: Шифохонада бир бемор учун 1 кун ётиш тўлови учун 242000 сўм, умумий 344500 сўмга харажатларни иқтисод қилиш имконини берган. Хулоса: Клиник таснифни ҳисобга олган ҳолда, тактик-техник алгоритми асосида сурункали тошли холецистит учун ишлаб чиқилган такомиллаштирилган кичик кесмали холецистэктомиядан фойдаланган ҳолда жарроҳлик тактикасини оптималлаштиришдан 40 бемор мисолида меҳнатга лаёқатлигини вақтинча йўқотишдан 241178100 сўмни тежашга, шунингдек ногиронликни камайтиришдан 138874635 сўмни тежашга имкон беради.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 6 та илмий анжуманларда, жумладан 2 та ҳалқаро ва 4 та республика илмий-амалий анжуманларда муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 14 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 4 та мақола, жумладан, 2 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, бешта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 106 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Диссертациянинг **кириш қисмида** диссертация ишининг долзарблиги асослаб берилган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари ифодалаб берилган, олинган натижаларнинг илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти келтирилган, иш натижаларини пробацияси ва эълон қилинганлиги, диссертациянинг ҳажми ва тузилиши ҳақида маълумотлар тақдим этилган.

Диссертациянинг **«Ўт тош касаллигини хирургик даволаш муаммосининг ҳозирги ҳолати»** деб номланган биринчи бобида эпидемиологик ва тиббий-ижтимоий жиҳатлар, шунингдек, ЎТК ни “анъанавий” ХЭ (АХЭ), ЛХЭ ва кичик кесмали ХЭ амалга ошириш йўли билан хирургик даволаш муаммоси ҳолати ёритилган адабиётлар шарҳи тақдим этилган. Таъкидланишича, кўплаб жарроҳлар томонидан тажриба йўқлиги сабабли кичик кесмали ХЭ дан фойдаланиш ҳақли равишда чекланган. Адабиётларни таҳлил қилиш натижасида кейинчалик ўрганиш ва ишлаб чиқишни талаб қиладиган мунозарали ва ҳал қилинмаган масалалар кўрсатилган.

Диссертациянинг **«Клиник-экспериментал материал ва тадқиқот усуллари**нинг тавсифи» деб номланган иккинчи бобида тадқиқотнинг асосий йўналишлари тўғрисида маълумотлар берилган бўлиб, 2016-2021 йиллар мобайнида АДТИ клиникасининг 3-хирургия бўлимида сурункали тошли холецистит туфайли режали равишда ташрих ўтказилган 1929 нафар беморлар диссертация тадқиқотининг асосини ташкил қилган ҳамда тадқиқот мақсадига кўра, шартли равишда 2 гуруҳга бўлинган:

- таққослаш гуруҳи: 776 (40,3%) нафар бемор, улар 2016 йилдан 2018 йилгача ташрих қилинган бўлиб, ретроспектив таҳлил ўтказилган;

- асосий гуруҳ: 1153 (59,7%) нафар бемор 2019 йилдан 2021 йилгача бўлган даврда ташрих қилинган бўлиб, уларда такомиллаштирилган усуллар ва ташрихнинг техник услублари ҳамда оптималлаштирилган жарроҳлик тактикаси қўлланилган.

Таққослаш гуруҳидаги (776 бемор) 75 (9,6%) беморда АХЭ, 536 (69,1%) нафарида ЛХЭ ва 165 (21,3%) беморда кичик кесмали ХЭ амалга оширилган. Асосий гуруҳда (1153 бемор) 76 (6,6%) беморда АХЭ, 715 (62,0%) нафарида ЛХЭ ва 362 (31,4%) беморда кичик кесмали ХЭ амалга оширилган. Бундан кичик кесмали ХЭ 220 (19,1%) беморда ва такомиллаштирилган кичик кесмали ХЭ 142 (12,3%) беморда бажарилган (1-жадвал).

Клиник таҳлил давомида биз ЖССТ (2021) томонидан қабул қилинган ёш таснифига амал қилдик. Таққослаш гуруҳида 38 (4,9%) бемор, асосий гуруҳда эса 73 (6,3%) бемор ўсмирлик даврида ташрих қилинган. Иккала гуруҳда ҳам ёш (25-45 ёш) беморларнинг улуши сезиларли даражада устунлик қилди, мос равишда 341 (43,9%) ва 462 (40,1%) ни ташкил этди.

Қўлланилган ХЭ усулларига кўра беморларнинг тақсимланиши

Аралашув тури	Таққослаш гуруҳи (n=776)		P	Асосий гуруҳ (n=1153)		Жами (n=1929)	
	абс	%		абс	%	абс	%
Анъанавий	75	9.66	0,972	76	6.59	151	7.8
Лапароскопик ХЭ	536	69.07		715	62.01	1251	64.8
Кичик кесмали ХЭ	165	21.26		362	31.40	527	27.3
Жами	776	100		1153	100	1929	100

Таққослаш гуруҳида ўрта ёшдаги (46-59 ёш) беморлар сони 211 (27,2%) нафарни ва асосий гуруҳда эса 356 (30,9%) нафарни ташкил этди. 60 ёшдан ошган беморлар, таққослаш гуруҳида 128 (16,5%) ва асосий гуруҳда - 182 (15,8%) нафарни, 75 ёш ва ундан катталар, мос равишда, 58 (7,5%) ва 80 (6,9%) нафарни ташкил этди. Таққослаш гуруҳида 274 (35,3%) беморда ва асосий гуруҳда 439 (38,1%) беморда касалликнинг давомийлиги 1 йилгача бўлган. Таққослаш гуруҳида касалликнинг давомийлиги 1 йилдан 5 йилгача 502 кишида (64,7%), асосий гуруҳда эса 714 кишида (61,9%) аниқланган. Таққослаш гуруҳида 25 (3,2%) ва асосий гуруҳда 31 (2,7%) беморда симультан ташрихлар ўтказилган хамрох хирургик патологиялар аниқланган.

2-жадвалдан кўриниб турибдики, ЎТК нинг клиник симптомлар мажмуаси оғриқ, умумий ва маҳаллий симптомлардан иборат.

Ўт тош касаллиги ва ва унинг асоратларининг клиник белгилари

Аломатлар	Беморлар гуруҳлари				
	Таққослаш гуруҳи (n=776)		P	Асосий гуруҳ (n=1153)	
	абс	%		абс	%
1. Оғриқ синдроми:					
а) кучсиз	694	89.4	0,97	977	84.7
б) кучли	82	10.6		176	15.3
2. Оғриқнинг локализацияси:					
а) ўнг қовурға ёйи остида	662	85.3	0,97	975	84.6
б) эпигастрал соҳада	114	14.7		178	15.4
3. Оғриқнинг иррадиацияси:					
а) ўнг курак ва елка	348	44.8	0,99	564	48.9
б) орқа ва бел соҳаси	212	27.3		289	25.1
в) иррадиациясиз	125	16.1		168	14.6
д) юрак соҳаси	91	11.7		132	11.4
4. Диспептик бузилишлар:					
3. кўнгил айниш	86	11.1	0,99	163	14.1
4. қусиш	63	8.1		102	8.8
5. сариқлик	77	9.9		86	7.5

Диссертациянинг «Сурункали тошли холециститда таққослаш гуруҳида қўлланилган жарроҳлик тактикаси» деб номланган учинчи бобида анъанавий ёндашувлар ёрдамида бажариладиган ташрихларнинг хусусиятлари кўриб чиқилган, жарроҳлик тактикасидаги камчиликлар

аниқланган ва ишлаб чиқилган кичик кесмали ХЭ нинг техникасини тақдим этилган. Таққослаш гуруҳида анъанавий холецистэктомия 75 беморда амалга оширилган. 23 (30,7%) беморда юқори ўрта чизиқли лапаротомиядан фойдаланилган, улардан 6 (8,0%) нафари эркаклар ва 17 (22,7%) нафари аёлларни ташкил этган. 52 (69,3%) беморда анъанавий холецистэктомия ўнг қовурға ёйи остидан Кохер ва Федоров бўйича кесма билан амалга оширилган. Улардан 6 нафари (8,0%) эркаклар, 46 нафари (61,3%) аёллардир. АХЭ фақат 57 (76,0%) беморда ва ўт пуфаги резекцияси 4 (5,3%) беморда амалга оширилган. ТХЭ билан бир вақтда 14 (18,7%) беморда симультан ташрихлар ўтказилган.

Ушбу касалликнинг асоратланмаган кечишида ЛХЭ 536 беморда ўтказилган. Улардан 76 (14,2%) ҳолатда конверсия амалга оширилган, уларнинг сабаблари қон кетиши (48) ва умумий ўт йўлларининг тошлари (28) билан жигарнинг ятrogen шикастланиши бўлган. Ятrogen шикастланиш сабабларини таҳлил қилиш атипик найсимон тузилмаларни тўлиқ фарқлаш ва жарроҳлик техникасида аниқликни сақлаш зарурлигини кўрсатди. 536 та лапароскопик аралашувдан 451 (84,1%) тасида изоляцияланган ЛХЭ ўтказилди. Ўт пуфаги склерози ва буришишида 1 (0,2%) беморда ўт пуфаги резекцияси ўтказилди. 9 (1,8%) беморда ЛХЭ ва симультан ташрихлар бажарилди. Таққослаш гуруҳида конверсия 76 (14,2%) беморда амалга оширилган. Улардан 48 (8,9%) беморда конверсия сабаби ятrogen шикастланишлар, 28 тасида (3,6%) эса техник қийинчиликлар бўлган.

Таққослаш гуруҳи таҳлил қилинганда бир қатор тактик ва техник камчиликлар аниқланди. Шундай қилиб, 11 беморда АХЭ холангит фонида амалга оширилган, бу эса ташрихдан кейинги даврда ўт пуфаги йўли етишмовчилигига ва ўлимга олиб келадиган ўтли перитонитга олиб келган. 48 (6,2%) беморда мажбурий минимал инвазив кириш истаги ятrogen шикастланишга олиб келган, 6 (0,8%) ҳолатда ўлим кузатилган. 7 беморда етарли даражада тайёргарлик кўрилмаган, хамрох жигар патологиясида (жигар циррози) ўт пуфаги ўринидиган қон кетишига олиб келган ва бу ташрих вақтида тўхтатилган.

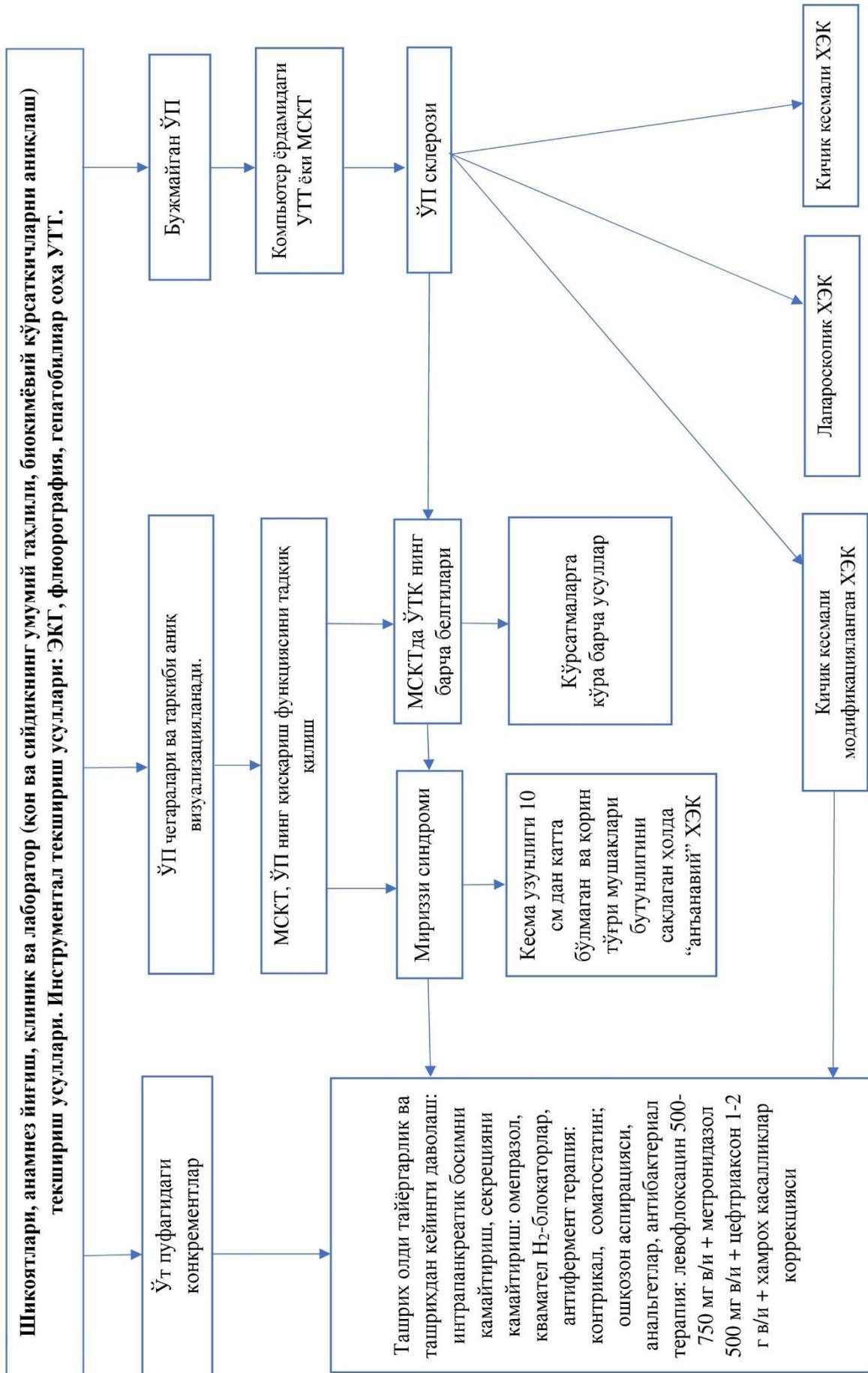
Умуман олганда, ташрихдан кейинги давр 29 (3,7%) беморда ўт пуфаги йўли чоклари етишмовчилиги, 7 тасида (0,9%) ташрихдан кейинги панкреатит, 9 тасида (1,2%) ўт оқмаси ва 13 тасида (3,7%) (1,7%) холангит билан асоратланган. 5 (0,6%) беморда ташрихдан кейинги давр тромбоэмболик асоратлар (ТЭА) билан асоратланган. Улардан 4 нафар беморда оёқ веналарининг ўткир тромбофлебити кузатилган. Комплекс чоратадбирлар кўрилганидан сўнг беморлар тузалган. 5-куни 1 (0,1%) беморда ўлим билан яқунланган ўпка артериялари тромбоэмболияси кузатилган. Таҳлил шуни кўрсатдики, ТЭА профилактикаси амалга оширилмаган.

Назорат гуруҳидаги жарроҳлик даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш, биз бир қатор тактик ва техник камчиликларга йўл қўйганимизни кўрсатди. Хусусан: 1) Федоров бўйича ўнг қовурға ёйи остидан кенг лапаротомия қориннинг ўнг тўғри мушакларини кесиш билан кўпинча ташрихдан кейинги чурра ривожланишига сабаб бўлган; 2)

жарроҳлик тактикасини аниқлаш ва ташрих усулини танлашда ўт пуфагидаги ўзгаришларнинг табиати, тошларнинг жойлашиши ва диаметри ҳар томонлама ҳисобга олинмаган; 3) холангит ташхиси қўйилганда, умумий ўт йўлини дренажлашсиз холецистэктомия қилинган; 4) ЛХЭ да кам шикастли кириб боришга интилиш конверсияга олиб келган; 5) бужмайган ўт пуфаги мавжуд бўлганда, ЛХЭ қўлланилган, бу ўт пуфаги ўриндигидан қон кетишининг ривожланишига сабаб бўлган; 6) кичик кесмали ХЭ дастлаб беморнинг жисмоний ҳолатини олдиндан баҳоламасдан қўлланилган. 165 та ҳолатдан 116 тасида (70,3%), ўт пуфаги склерози ва бужмайиши бўлган ҳолларда эса 4 тасида (2,4%) кичик кесмали такомиллаштирилган ХЭ изоляцион ҳолда амалга оширилган. Кичик кесмали такомиллаштирилган ХЭ пайтида 4 (2,4%) беморда симультан ташрихлар бажарилган. Конверсия 41 (24,9%) беморда амалга оширилган. Сурункали тошли холециститда 94 (22,7%) беморда кичик кесмали такомиллаштирилган ХЭ усули қўлланилган.

Диссертациянинг «**Асосий гуруҳда сурункали тошли холециститда жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш**» деб номланган тўртинчи бобида ташрихдан олдинги тайёргарлик ва ташрихдан кейинги даволашга тизимли ёндашув тақдим этилган, такомиллаштирилган даволаш ва диагностика алгоритми ишлаб чиқилган, такомиллаштирилган тактик ва техник ёндашувлар ҳисобга олган ҳолда бажарилган ташрихларнинг хусусиятлари кўриб чиқилган, шунингдек, ҳар бир жарроҳлик усулига кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, уларнинг афзалликлари ва камчиликлари аниқлаштирилган. Ташрихдан олдинги тайёргарлик ва ташрихдан кейинги даволаниш жарроҳлик аралашувнинг ижобий натижасининг таркибий қисмларидан бири ҳисобланади. Умумий қабул қилинган чора-тадбирлар билан бир қаторда, ўт пуфаги ва ўт йўлларида органик ўзгаришлар мавжудлигига, унинг диаметрига, шунингдек, ўт пуфаги ва унинг бўйин соҳаси тузилмаларини аниқлашга, асоратларни ва бирга келадиган жарроҳлик ва хамроҳ терапевтик касалликларнинг мавжудлигига алоҳида эътибор қаратилди. Хамроҳ касалликларнинг мавжудлиги, айниқса юрак-қон томир ва нафас олиш тизимларининг оғир патологияси бўлган беморларда ташрихдан олдинги ва ташрихдан кейинги даврда қўшимча терапевтик чораларни талаб қилди ва инфузион терапиядан фойдаланишни чеклади. Барча беморларда тегишли мутахассислар билан бирга хамроҳ касаллик (унинг табиатидан қатъий назар) коррекция қилинди. ТЭА ни олдини олиш учун кўрсатмаларга мувофиқ специфик ва носпецифик профилактика чоралари кўрилди. Даволаш чораларининг ҳажми ва мазмуни касалликнинг шаклига, беморларнинг ёшига ва бирга келадиган терапевтик патологиянинг мавжудлигига қараб белгиланади.

Ташрихдан кейинги даврни бошқариш ташрихдан олдинги тайёргарлик ва ташрих даврида бошланган ягона терапевтик тадбирлар дастурининг давоми сифатида кўриб чиқилиши керак, бу ерда умумий қабул қилинган чора-тадбирлар билан бир қаторда ичак моторикасини эрта рағбатлантириш, овқатлантириш, эрта фаоллаштириш ва ТЭА профилактикасига аҳамият берилган.



1-расм. Ўт тош касаллигида такомиллаштирилган ташхисот-даволаш алгоритми

Сурункали тошли холециститни жарроҳлик даволаш натижаларидан қоникмаслик ва уларни таҳлил қилиш бизни диагностика ва жарроҳлик усулини танлаш бўйича ҳаракатларни ишлаб чиқишга ундади, бу эса схематик равишда 1-расмда келтирилган жарроҳлик тактикасини оптималлаштиришга имкон берди. (DГУ 2023 1254. 24.02.2023).

Таклиф этилган алгоритмга кўра, барча беморларда клиник ва анамнестик маълумотлар (шикоятлар, касаллик тарихи ва ҳаёт тарихи) аниқланади. Бундай ҳолда, олдинги ташрихларга (айниқса, қорин бўшлиғининг юқори қаватида) ва бирга келадиган жарроҳлик патологиясининг мавжудлигига алоҳида эътибор қаратилди.

Шундан сўнг клиник ва лаборатор текширувлари ўтказилади – умумий қон ва сийдик таҳлиллари, биокимёвий таҳлиллар ва охириги даврда Ковид-19 учун тест; ЭКГ, кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи рентгенографияси, УТТ; Кейин ҳамроҳ терапевтик патологиянинг мавжудлиги ва оғирлиги аниқланади. Ҳамроҳ терапевтик патологиянинг компенсацияланган шакллари ташхисланганда, уларни коррекциялаш хирургия бўлимида терапевтлар, кардиологлар, эндокринологлар ва бошқалар билан биргаликда амалга оширилди (патологиянинг табиатига қараб).

Субкомпенсацияланган шакллари ташхисланганда даволаш тегишли мутахассислар - терапевтлар, кардиологлар, эндокринологлар ва бошқалар назорати остида ихтисослаштирилган бўлимларда амалга оширилди (патологиянинг хусусиятига қараб). Даволашдан сўнг хирургик даволаш учун кўрсатмалар аниқланди.

Баъзи ҳолларда УТ текшируви пайтида ўт пуфагининг баъзи кўрсаткичлари (ҳажми, диаметри, деворлари қалинлиги) аниқ кўринмайди ёки заиф акустик соя аниқланади. Аниқроқ ташхис қўйиш учун кейинги қадам - МСКТ. Бундай ҳолларда ушбу тадқиқот (МСКТ) юқори нурланиш дозаси билан бирга бўлса ҳам, ўт пуфаги ва жигардан ташқари ўт йўллариининг зарур хусусиятларини аниқ аниқлаш имконини беради. Холедохолитазсиз УТК ташхиси тасдиқланган ҳолларда кичик кесмали ХЭ ва ЛХЭ танлов ташрихи ҳисобланади.

Бужмайган ўт пуфаги ва унинг интрагепатик жойлашувида УТТ ёки МСКТ қилиш керак бўлади. Бужмайган ўт пуфаги (склероз) мавжудлиги ва унинг интрагепатик жойлашуви тўғрисидаги маълумотларни аниқланганда, кичик кесмали ХЭ танлов ташрихи ҳисобланади, гарчи ХЭ ни кесма узунлиги 10 см дан ортиқ бўлмаган, қориннинг ўнг тўғри мушакларининг яхлитлигини сақлаган ҳолда анъанавий кириш орқали амалга ошириш имкони бор.

Таққослаш гуруҳида жарроҳлик даволашнинг қоникарсиз натижалари диагностика нуқтаи назаридан ҳам, оптимал киришни танлаш нуқтаи назаридан ҳам, ташрих ҳажми бўйича ҳам жарроҳлик тактикасини қайта кўриб чиқишга олиб келди. Шунингдек, беморларни ташрихдан олдинги тайёргарлик ва ташрихдан кейинги даволашда камчиликлар ва хатолар аниқланди.

Беморларнинг асосий гуруҳида анъанавий усул билан холецистэктомия усулини танлашда биз қуйидаги тамойилга амал қилдик: муваффақиятли ташрих тўғри танланган жарроҳлик ёндашувга боғлиқ. Шу билан бирга, биз беморнинг жисмоний ҳолатини ҳисобга олдик, қовурға ёйи бурчагига эътибор қаратдик, шунингдек, ўт пуфаги тузилмаларини ва унинг бўйин майдонини, асоратларни, қўшма жарроҳлик ва терапевтик патология мавжудлигини аниқладик ва ўт пуфагига “анъанавий” киришнинг бир ёки бошқа турини танлашга имкон берди.

Асосий гуруҳда 28 (36,8%) беморда юқори ўрта чизикли лапаротомия билан холецистэктомия амалга оширилди. Шу билан бирга, эркаклар ва аёллар нисбати тенг бўлиб чиқди - ҳар бири 14 (18,4%). 48 (63,2%) беморда ўнг қовурға ёйи ости кесмаси орқали ХЭ (Кохер ва Федоров бўйича) амалга оширилди. Шундан 3 нафари (3,9%) эркаклар ва 45 нафари (59,3%) аёллардир. Юқори ўрта чизикли лапаротомия учун кўрсатмалар қорин оқ чизиги чурраси, оператив аралашув талаб қиладиган хамроҳ хирургик патология (ошқозон яраси, жигар эхинококкози), шунингдек астеник тана тузилиши бўлди. АХЭ 54 (71,1%) беморда, ўт пуфаги резекцияси эса 4 (5,3%) беморда амалга оширилди. 14 (18,7%) беморда ХЭ симультан ташрихлар билан бирга бажарилган. 18 (23,7%) беморда АХЭ дан олдин РПХ ва ЭПСТ ўтказилди. Умумий ўт йўлини ташқи дренажлаш билан ХЭ 4 (5,3%) беморда амалга оширилди.

Асосий гуруҳда 715 беморла лапароскопик холецистэктомия ўтказилди, ундан 2 та ҳолатда конверсия қилинган. Унинг сабаби жигарнинг маргинал шикастланиши ва қон кетиш бўлган.

Фақат ХЭ (изоляцияланган) холецистэктомия 691 (96,6%) беморда, ўт пуфаги резекцияси эса 3 (0,5%) беморда амалга оширилди. 19 (2,7%) беморларда ЛХЭ билан бир вақтда симультан ташрихлар ўтказилди – меъда резекцияси - 3 (0,5%), жигардан эхинококкэктомия - 3 (0,5%), аппендэктомия - 1 (0,1%), бачадон экстирпация - 4 (0,6%), тухумдон кистасини олиш - 7 (0,9%) ва умумий ўт йўлини ташқи дренажлаш - 4 (0,6%). 38 (5,3%) беморда ЛХЭ га қадар РПХ ва ЭПСТ ўтказилди. Иккинчи босқичда ЛХЭ ўтказилди. Умумий ўт йўлини ташқи дренажлаш ЛХЭ 4 (0,6%) беморда амалга оширилди.

362 нафар беморнинг 348 нафарида (96,1%) модификацияланган кичик кесмали холецистэктомия, 4 (1,1%) нафарида эса ЎП резекцияси амалга оширилди. Модификацияланган кичик кесмали холецистэктомия пайтида 7 (1,9%) беморда симультан ташрихлар ўтказилди. Шу билан бирга, “анъанавий” киришга ўтиш 1 (0,3%) ҳолатда амалга оширилди. Конверсия битишма жараёни, шунингдек, баъзи ҳолларда семиришга боғлиқ бўлди. 22 (6,7%) беморда модификацияланган кичик кесмали холецистэктомиядан олдин РПХ ва ЭПСТ ўтказилди. Улардан 5 (1,3%) беморда умумий ўт йўли дренажланган.

Жарроҳлик аралашувининг маълум усулларига кўрсатмаларни аниқлашда тадқиқотчилар ЎТК ни ўткир ва сурункали шаклларини ажратмайди. Шу муносабат билан, иш жараёнида биз сурункали

холецистэктомия учун АХЭ, ЛХЭ ва кичик кесмали ХЭ нинг афзалликлари, камчиликлари ва қарши кўрсатмаларини аниқладик.

“Анъанавий” ХЭ юқори ўрта лапаротомия ёки қовурға ёйи остидан Кохер ва Федоров бўйича қийшиқ кесмалардан амалга оширилади, бу ўт пуфаги, экстрагепатик ўт йўллари, жигар, ошқозон ости беши ва ўн икки бармоқли ичакка кенг киришни таъминлайди. Ҳозирги вақтда АХЭ перитонит билан асоратланган ЎТҚда, кучли намоён бўлган битишма жараёнида, ўт пуфагининг жигар ичи жойлашувида, шунингдек, умумий ўт йўлига ЎП бўйинчаси яқинидаги катта тошларни қисман тикилиб қолишида қўлланилади.

“Анъанавий” холецистэктомиянинг камчиликлари қуйидагилардир: қорин олд девори тузилмаларининг сезиларли даражада шикастланиши; ташрихдан кейинги ичак парезининг ривожланишига олиб келадиган ўртача даражадаги хирургик травма; жуда кўп эрта ва кечки даврдаги жароҳат асоратлари (хусусан, ТКВЧ); ТЭА ва битишма жараёнлари ривожланиш хавфининг ортиши; сезиларли косметик нуқсон; анестезиядан кейинги ва ташрихдан кейинги реабилитациянинг узокроқ даври (4-6 ҳафта). “Анъанавий” холецистэктомияга қарши кўрсатмалар мавжуд эмас, гарчи вақт омили травматик ташрихни бажаришни чеклаб қўйса, ташрих хавфи юқори бўлган беморларда ундан воз кечиш керак.

Эндоскопик ташрихларнинг афзалликлари: қорин деворининг катта кесмаси (7-30 см) ўрнига 0,5-1 см ли 3-5 троакар тешиклари амалга оширилади. Натижада: 1) ташрихдан кейинги даврда кучли оғриқлар бўлмайди; 2) мукамал косметик натижа таъминланади; 3) анестезиядан тиклангандан сўнг, беморни ўша куни фаоллаштириш мумкин (ётоқдан туриш ва юриш мумкин); 4) ташрихдан кейин шифохонада қолиш муддати 3-4 кунгача; 5) Ташрихдан 14-15 кун ўтгач, оддий иш ва уй ишларини бошлаш мумкин; 5) йирингли-септик асоратлар, шунингдек, ташрихдан кейинги чурралар жуда кам учрайди; 6) асбобларнинг оптик йирик катталаштириши ва ҳаракатчанлиги қорин бўшлиғининг турли эажаларида атрофдаги органлар ва тўқималарга минимал травма билан қўшма жарроҳлик патологиясини ўз вақтида ташхислаш ва ташрих қилиш имконини беради.

Эндожарроҳлик техникасининг камчиликлари: 1) Нарх. Қимматбаҳо асбоб-ускуналар, асбобларнинг мўртлиги, бир марталик импорт қилинадиган сарф материаллари, махсус тайёргарликка бўлган эҳтиёж, техниканинг ўзига хослиги - буларнинг барчаси эндожарроҳлик ташрихларининг нисбатан юқори нархига олиб келади; 2) Анестезия. ЛХЭни бажариш учун қорин бўшлиғини 10-14 мм сим.уст. босим остида газ билан тўлдириш керак; 3) Давомийлиги. Баъзи манипуляция эркинлигининг йўқолиши, қўлни тўғридан-тўғри ишлата олмаслик ва бошқа бир қатор сабабларга кўра ЛХЭ кичик киришдан кўра кўпроқ вақт талаб қилиши мумкин; 4) Жарроҳлик майдонининг икки ўлчовли тасвири.

ЛХЭ учун қарши кўрсатмалар қуйидагиларни ўз ичига олади: 1) ҳамроҳ касалликларнинг беқарор кечиши ҳамда 3 ва 4-даражали анестезия хавфи; 2) 2-3 даражали семизлик, бу жарроҳга жарроҳлик соҳасида ишончли ҳаракат

қилиш имконини бермайди; 3) қорин бўшлиғининг юқори қавати органларида илгари очик катта ташрихлар ўтказилганлиги, чунки бу троакарларни киритиш пайтида қорин бўшлиғи органларига зарар етказиш хавфини кескин оширади, қорин олд деворига ёпишган органлар ва жигар остидаги битишма жараёни туфайли ўт пуфагига кириш эҳтимolini камайтиради; 4) коррекция қилиб бўлмайдиган қон ивиш бузилишлари; 5) қорин бўшлиғи ичидаги босимнинг 15 мм сим.уст. дан юқори бўлиши; 6) ҳомиладорликнинг III-триместри; 7) ошиқча таранглашган пневмоперитонеум шароитида; 8) ЎП нинг бўйин қисмида кўпроқ маҳкамланган ва умумий ўт йўлига ўтиш қисмидаги 30 мм тошлар; 9) склерозланган ва бужмайган ўт пуфагининг интрагепатик жойлашиши; 10) билио-билиар ёки билио-дигестив оқмалар; 11) ўт пуфаги саратони; қорин девори терисининг йирингли касалликлари.

Модификацияланган кичик кесмали ХЭ юқори анестезик хавфи бўлган ва лапароскопиядан фойдаланишга қарши кўрсатмалар бўлган, хамроҳ касалликларга чалинган беморларда амалга оширилади. Буларнинг барчаси холецистэктомияни кичик кесма орқали амалга оширишга имкон беради: юрак-қон томир етишмовчилиги; ЮИК; гипертония касаллиги; анамнезида миокард инфаркти; юрак нуқсонлари; ўпканинг обструктив касалликлари, шу жумладан бронхиал астма; имплантация қилинган юрак стимулятори.

Кичик кесмали холецистэктомиянинг афзалликлари: беморнинг ҳар қандай тана тузилишида ХЭ қилиш имконияти; травманинг камайиши - қорин олд деворининг минимал шикастланиши (мушаклар кесилмайди, лекин толалар бўйлаб бир-биридан ажратилади, бу ташрихдан кейин кучли оғриқларга олиб келмайди ва жароҳатни битишини тезлаштиради), натижада жароҳат осон ва тез битади, кўринарли чандиксиз; ташрихдан кейинги кечиш ЛХЭ дан унчалик фарқ қилмайди; ташрихдан кейинги асоратларни ривожланиш хавфини камайтириши; қорин олд деворида илгари ташрих қилинган беморларни ташрих қилиш имконияти; жарроҳ ўз ҳаракатларини видео экранда эмас, балки тўғридан-тўғри ўз кўзлари билан кузатади (шунинг натижасида ўт пуфагининг атрофдаги органларига зарар етказиш хавфи камайди); анестезиядан минимал фойдаланиш; наркотик анальгетикларни қўллашнинг ҳожати йўқ; ҳомиладорликнинг 2 ва 3 триместрларида қўллаш мумкин; косметик тери чокларини қўллаш имконияти; ичак парези содир бўлмайди. ЛХЭ га қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, кичик кесмали ХЭ бажарилади.

ЛХЭ да конверсияга ўтишда биринчи навбатда кичик кесмага ўтиш керак. Агар кичик кесмали ХЭ билан боғлиқ қийинчиликлар юзага келса, унда кесма анъанавий ўлчамга кенгайтирилиши керак, лекин бундан кесма 15 см катта бўлмаслиги ва қориннинг ўнг тўғри мушаклари яхлитлиги мажбурий сақланиши лозим.

Кичик кесмали ХЭ нинг камчиликлари бу – жигардан ташқари ўт йўлларида жарроҳлик аралашувлар заруратида қийинчиликлар бўлиши, айниқса семиз беморларда; жигардаги атрофик ўзгаришлар ва қовурға ёйи четидан юқори жойлашуви.

Кичик кесмали ХЭ га қарши кўрсатмалар – тарқалган ва умумий сафроли перитонитнинг мавжудлиги (ЎИТ да), эндотрахеал анестезия учун қарши кўрсатмалар мавжуд бўлиши ва барча умумий қабул қилинган шартлар.

Шундай қилиб, ташрихдан олдинги тайёргарлик дастурига тузатишлар киритиш, такомиллаштирилган даволаш ва диагностика алгоритмини ва кичик кесмали ХЭ усулини ишлаб чиқиш ва жорий этиш, шунингдек, АХЭ, ЛХЭ ва ККХЭ нинг афзалликлари, камчиликлари ва қарши кўрсатмаларини аниқлаш орқали сурункали тошли холециститда жарроҳлик тактикасини оптималлаштиришга муваффақ бўлдик. ЛХЭ га қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, танлов усул модификацияланган кичик кесмали ХЭ усули бўлди.

Диссертациянинг «Хирургик даволашнинг бевосита натижалари» деб номланган бешинчи бобда таққосланган гуруҳлардаги бевосита натижалар келтирилган. Қиёсий таҳлил шуни кўрсатдики, асосий гуруҳда АХЭ да таққослаш гуруҳига нисбатан ятроген шикастланишлар частотаси 10,8% га (14,7 дан 3,9% гача), ЛХЭ дан кейин конверсиялар сонининг 7% га камайиши билан (7,5 дан 0,5% гача) 8,6% га (12,9 дан 4,3% гача), кичик кесмали холецистэктомиядан сўнг, конверсиялар сони 5,6% га (6,5 дан 0,5% гача) камайиши билан 14,1% га (15,2 дан 1,1% гача) камайди.

Қиёсий таҳлил шуни кўрсатдики, асосий гуруҳда АХЭ ни ўтказишда оператив аралашув билан боғлиқ ташрихдан кейинги асоратларнинг частотаси 12,1% га (14,7 дан 2,6% гача), ЛХЭдан кейин релапароскопиялар сонининг 1,7% га (1,8 дан 0,1% гача) камайиши билан 5,0% га (5,7 дан 0,7% гача) ва кичик кесмали ХЭ дан кейин релапаротомиялар сонининг 2,4% га (2,4 дан 0% гача) камайиши билан 3,9% га (4,2 дан 0,3% гача) камайди.

АХЭ да, таққослаш гуруҳига нисбатан йирингли-септик асоратлар 8,1% га (10,7 дан 2,6% гача), ЛХЭ дан кейин - 2,7% га (2,8 дан 0,1% гача), кичик кесмали ХЭ дан кейин - 4,7% га (4,8 дан 0,1% гача) камайди, бу ҳам жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш билан боғлиқ.

Беморларимизда ташрихдан кейинги умумий асоратлар ва улар билан боғлиқ ўлим ҳолатлари мавжуд бўлди. “Анъанавий” усуллардан фойдаланган ҳолда ХЭ дан сўнг, таққослаш гуруҳида умумий характердаги ташрихдан кейинги асоратлар 13 (12,0%) беморда 4 (5,3%) ҳолатда ўлим билан, асосий гуруҳда эса 4 (5,2%) ҳолатда ва 1 (1,3%) ҳолатда ўлим билан яқунланганлиги аниқланган (умумий асоратлар 6,8% га ва ўлим 4,0% га камайган). ЛХЭ дан кейин, 14 (2,6%) беморда ташхисланган ва 4 тасида ўлим билан яқунланган, асосий гуруҳда эса - 3 (0,4%) беморда ва 1 (0,1%) ўлим ҳолати қайд этилган. (умумий характердаги ташрихдан кейинги асоратлар сони - 2,2% га ва ўлим - 0,6% га қисқарган). Кичик кесмали холецистэктомиядан сўнг, 10 (6,1%) беморда ташхисланган ва 2 (1,2%) тасида ўлим билан яқунланган, асосий гуруҳда эса фақатгина 1 (0,3%) беморда ташхисланган, аммо ўлим ҳолати кузатилмаган (ташрихдан кейинги умумий асоратлар сони ўлим ҳолатисиз 5,8% га камайган).

Тадқиқот давомида, асосий гуруҳда таққослаш гуруҳига нисбатан ятроген шикастланишлар частотаси 10,8% га (14,7 дан 3,9% гача), жарроҳлик

билан боғлиқ ташрихдан кейинги асоратлар - 12,1% га (14,7 дан 2,6% гача) ва жарохат асоратлари (йирингли-септик) - 8,1% га (10,7 дан 2,6% гача) камайган, бу ҳам ташрихдан кейинги асоратлари бўлмаган беморларнинг улушини - 14,9 дан 1,5% гача ошириш, ўлим даражасини 1,2 дан 0,2% гача камайтиришга имкон берди. ЛХЭ дан кейин конверсиялар 1,8 дан 0,1% гача, шунингдек, реллапаротомиялар сонини 8,5 дан 0% гача камайган (n=0,005).

Бажарилган ишларни сарҳисоб қилар эканмиз, шуни таъкидлашни истардикки, бугунги кунда сурункали тошли холецистит жарроҳлигида ЛХЭ “олтин стандарт” бўлиб, ҳақли равишда танлов ташрихи ҳисобланади (тадқиқотларимизда ЛХЭ таққослаш гуруҳида 69,1% ва асосий гуруҳда 62,0% холларда амалга оширилган). Шуни таъкидлаш керакки, биз, шу жумладан абдоминал жарроҳлар, замонавий тиббиёт ютуқларига қарамай, маълум клиник ҳолатларда “анъанавий” ХЭ дан фойдаланишга мажбур бўлишади (тадқиқотларимизда “анъанавий” ХЭ таққослаш гуруҳида 9,6% ва асосий гуруҳ 6,6% холларда бажарилган).

Шундай қилиб, олиб борилган илмий-амалий тадқиқотлар натижасида кичик кесмали модификацияланган холецистэктомиянинг аҳамияти ва ўрни аниқланди (тадқиқотларимизда кичик кесмали ХЭ таққослаш гуруҳида 21,3% ва асосий гуруҳда 31,4% холларда бажарилган). Ушбу усул юқори клиник самарадорлик билан тавсифланади, айниқса ЛХЭ га қарши кўрсатмалар бўлганда, беморларда сурункали тошли холециститни хирургик даволашнинг рақобатдош эмас, балки бир-бирини тўлдирувчи усули ҳисобланади.

ХУЛОСА

1. Сурункали тошли холецистит учун модификацияланган холецистэктомия усули (№IAP 07410. 17.05.2023) техник жиҳатдан содда бўлиб, ҳар қандай тана тузилиши ва ўт пуфаги жойлашуви учун кесманинг универсал бўлишини, шунингдек, кам травматикликни ва чандикнинг косметик кўринишини таъминлайди.

2. Тавсия этилган ташхисот ва даволаш алгоритми (№DGU 2023 1254. 24.02.2023) аниқлаштирилган кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар ва ХЭнинг ҳар бир усулининг афзалликлари ва камчиликларини асослаш билан жарроҳлик тактикасини оптималлаштиришга имкон беради.

3. Қиёсий нуктаи назардан, оптималлаштирилган жарроҳлик тактикасига риоя қилган ҳолда, усулларнинг ҳар бири ўртасида параллел ўтказиш, сурункали тошли холецистит жарроҳлигида кичик кесмали модификацияланган холецистэктомиянинг аҳамияти ва ўрнини аниқлаш имконини берди.

4. Жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш ва ЛХЭ га қарши кўрсатмалар бўлган тақдирда модификацияланган кичик кесмали холецистэктомиядан фойдаланиш қиёсий гуруҳга нисбатан ятроген шикастланишлар частотасини 14,7 дан 3,9% гача, жарроҳлик билан боғлиқ ташрихдан кейинги асоратларни 14,7 дан 2,6% гача ва жарохат асоратларини 10,7 дан 2,6% гача камайтириш имконини берди, бу эса ташрихдан кейинги

асоратлари бўлмаган беморлар улушини 14,9 дан 1,5% гача оширишга, ўлим даражасини 1,2 дан 0,2% гача ва ЛХЭдан кейинги конверсияларни 1,8 дан 0,1% гача камайтиришга имкон берди, шунингдек, релапаротомияларни олдини олди (8,5 дан 0% гача) ($p=0,005$).

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

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

СОЛИЖОНОВ ЗИЁДИЛЛО БАХТИЁР УГЛИ

**РОЛЬ И МЕСТО МОДИФИЦИРОВАННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ
МИНИ ДОСТУПА В ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКОГО
КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

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 №B2023.2.PhD/Tib2909 (№B2022.2.PhD/Tib2909).

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 «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научный руководитель: **Ботиров Акрам Кодиралиевич**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Ходжиматов Гуломидин Минходжиевич**
доктор медицинских наук, профессор

Нуритдинов Арифжон Талибович
доктор медицинских наук

Ведущая организация: **Ташкентская медицинская академия**

Защита состоится «___» _____ 2024 г. в ___ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 при Андижанском государственном медицинском институте по присуждению ученых степеней (Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz, Андижанский государственный медицинский институт).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Андижанского государственного медицинского института (зарегистрирована за №___). Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 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 учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

Б.Р. Абдуллажанов

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ), занимая третье место в общей структуре заболеваний после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета, по сей день является одной из важной медицинской и социальной проблемой, которая оказывает существенное влияние на жизнедеятельность населения и нередко, омрачается развитием жизнеугрожающих осложнений, а также ростом частоты оперативных вмешательств. По данным VI Всемирного конгресса гастроэнтерологов «...10% населения земного шара страдает ЖКБ. В развитых странах частота заболевания увеличивается в два раза за каждое десятилетие, наибольшая заболеваемость приходится на зрелый возраст (45–59 лет) и отмечается «омоложение» заболеваемости...»¹. С увеличением частоты хронического калькулезного холецистита (ХКХ) растет число больных осложненными формами ЖКБ и соответственно, увеличивается количество операций. Используются различные методы, такие как традиционная лапаротомия, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), минилапаротомные операции. Однако до сих пор нет единого стандарта лечения данной категории больных и по итогу выбор одного метода над другим, основывается на предпочтениях хирурга и традициях клиники. В связи с этим, проблема диагностики и хирургического лечения ХКХ имеет не только медицинское, но и важное социально-экономическое значение, а клинические исследования, касающиеся оптимизации и совершенствования методов холецистэктомии (ХЭ) являются одними из наиболее актуальных в современной хирургии.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными продолжают оставаться исследования, направленные на разработку новых методов лапароскопической и малоинвазивной холецистэктомии, проводится исследование по оценке эффективности и безопасности лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии из мини-доступа у коморбидных пациентов, а также по количественному анализу экспрессии муцина с гистоморфологической оценкой, изучается корреляция между экспрессией сывороточных цитокинов Th1 и Th2 при хроническом калькулезном холецистите, особую значимость имеет разработка рациональной тактики хирургического лечения больных острым и хроническим калькулезным холециститом с последующей их выпиской в течение 1 суток с момента поступления.

Современные аспекты развития отечественного здравоохранения включают множество мер, направленных на улучшение результатов лечения больных с желчнокаменной болезнью, нуждающихся в оперативном лечении за счет внедрения современных принципов профилактики, консервативного и хирургического лечения. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-

¹ Вахрушев Я.М., Хохлачева Н.А. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика //Архив внутренней медицины. -2016. –т.6, №3 (29). - с. 30-35.

2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг². Реализация данных задач, в том числе, путем усовершенствования лечебно-диагностического алгоритма и модифицированной холецистэктомии из минидоступа, является одним из актуальных направлений абдоминальной хирургии и медицины в целом, ввиду высокой клинической и социальной значимости этой серьезной проблемы.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 17 декабря 2018 года, Постановлениями Президента Республики Узбекистан «О мерах по трансформации хирургической службы, повышению качества и расширению масштаба хирургических операций в регионах» за №ПП-5254 от 4 октября 2021 года и «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике» за №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

Соответствие темы диссертации приоритетным направлениям научно-исследовательских работ в республике. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) впервые описано Антонио Бенивьени в 1507г. Первое выполнение ХЭ датируется 1882 годом, когда в Берлине Лангебух успешно выполнил данное оперативное вмешательство³. С тех пор в хирургическом лечении ХКХ достигнут значительный прогресс с улучшением качества жизни и уменьшением частоты осложнений и летальности. Однако, неуклонный рост данного заболевания с развитием осложнений, которые могут носить жизнеугрожающий характер и нередко, его сочетания сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом, а также внедрение в клиническую практику современной диагностической аппаратуры и совершенствованием хирургического инструментария вызывают необходимость дальнейшей оптимизации тактики, направленной на улучшение исходов хирургического лечения. Различные взгляды ученых на решение данной проблемы подчеркивает неоднозначное отношение к этой проблеме, в структуре которой приоритетным направлением научного поиска остается совершенствование комплексной диагностики, с учетом современных лечебно-диагностических возможностей, которая позволяет дифференцировать лечебную тактику и прогнозировать исход заболевания

²Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов

³ Shehadi W.H. The biliary system through the ages. Int /Surg. 1979; 64 (5) 63-78.

при ЖКБ⁴. Такие малотравматичные операции как ХЭ из мини-доступа и лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) являются признанными операциями выбора при ХКХ, поскольку полностью отвечают этим новым требованиям. В последние десятилетия ЛХЭ и ХЭ из мини-доступов получили широкое распространение в лечении ЖКБ, однако до сих пор нет единого стандарта лечения. Известные способы холецистэктомии из мини-доступа на ЖП ограничены в применении, что связано со сложностью конструкции инструментов, которое явилось причиной ограниченного применения, а также сопровождаются осложнениями в связи с существующими разногласиями хирургов при определении показаний и противопоказаний. Этим объясняется повышенный интерес к оптимизации хирургических пособий и хирургической тактики при ХКХ⁵.

В плане диагностики и определения хирургической тактики достигнуты значительные успехи с развитием медицинской промышленности и внедрением более современного диагностического оборудования, таких как УЗИ, ЭндоУЗИ, которые в дооперационном периоде позволяют определить степень выраженности воспалительного процесса и наметить алгоритм действий, а в случае необходимости оперативного вмешательства - выбрать способ операции. В настоящее время при холецистэктомии (ХЭ) широко используются косопоперечный, срединный и другие широкие доступы, а также 4-портовый при видеолапароскопической поддержке, 3-портовый в технически несложных случаях, минилапаротомный с расслоением или смещением в латеральном направлении прямой мышцы живота с использованием специального мини-ассистента⁶. Согласно основным требованиям хирургического вмешательства в хирургии ЖП, оперативный доступ должен обеспечить достаточный обзор и возможность проведения ревизии гепатобилиарной зоны. Неоправданно широкий или, наоборот, малый доступ значительно могут нести негативные последствия в виде возникновения жизнеугрожающих осложнений во время выполнения оперативного вмешательства, так и в ближайшие сроки после их выполнения. Традиционная ХЭ сопровождается рядом недостатков, которые нивелирует один из основных преимуществ такого доступа - удобный обзор операционного поля. При ЛХЭ в отличие от традиционной имеется возможность выполнения всего комплекса хирургических манипуляций с ЖП, а также отличается малой травматичностью, хорошим косметическим эффектом, меньшим числом осложнений во время оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде. Однако, к данной методике имеются противопоказания при выраженном перивезикулярном инфильтрате, при ранее перенесенных оперативных вмешательствах,

⁴ European Association for the Study of the Liver (EASL). Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones //Journal of Hepatology. - 2016. -Vol. 65.- № 1. -P. 146-181.

⁵ Amjad S., Rizvi A., Asmat S., Akhtar S., Faridi S., Ahmad M. Forecast of difficult Laparoscopic cholecystectomy by Sonography: An added advantage. Biomedical Research. 2012;23(3):425-429.

⁶ Шамаков Д.А., Щербатых А.В., Соколова С.В. и др. Дифференцированный подход к выбору оперативного доступа при калькулезном холецистите. Сибирское медиц. обозрение 2020; (1):66-72

особенно в верхнем этаже и спаечном процессе в брюшной полости. Если имеются противопоказания к выполнению ЛХЭ, возможно выполнение ХЭ из мини-доступа, где сохраняются все преимущества широкого доступа, но не сопровождается наложением пневмоперитонеума.

Проведённый анализ литературных данных показал, что вопросы, касающиеся тактических и технических особенностей выполнения операций из малотравматичных доступов, а также дифференцированной оценки возможностей применения ЛХЭ и ХЭ из мини-доступа при ЖКБ остаются до конца не изученными и дискуссионными. Такая неопределенность побудила нас в сравнительном аспекте провести анализ результатов при ХКХ, а также определить роль и место каждого способа операций в хирургическом лечении данной категории больных.

Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Андиганского государственного медицинского института по научному проекту №01.07.0069 «Разработка и внедрение новых технологий в диагностике и лечении хирургических заболеваний человека» (2021-2024 гг.).

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения хронического калькулезного холецистита, путем усовершенствования лечебно-диагностического алгоритма и холецистэктомии из минидоступа.

Задачи исследования:

провести ретроспективный анализ результатов лечения хронического калькулезного холецистита, а также определить структуру и частоту послеоперационных осложнений и летальности;

разработать и внедрить лечебно-диагностический алгоритм, позволяющий оптимизировать хирургическую тактику;

усовершенствовать способ холецистэктомии из мини-доступа при хроническом калькулезном холецистите;

уточнить показания, противопоказания и обосновать преимущества и недостатки каждого из трех способов – лапароскопической холецистэктомии, холецистэктомии из мини-доступа и “традиционной” холецистэктомии;

в сравнительном аспекте провести параллели между каждым из методов, тем самым определить роль и место усовершенствованного способа холецистэктомии из мини доступа.

Объектом исследования явились 1929 пациентов с хроническим калькулезным холециститом, подлежащих хирургическому лечению в 3-ем хирургическом отделении базы кафедры хирургии Андиганского государственного медицинского института в период с 2016 по 2021 гг.

Предмет исследования составил анализ результатов и заключений клинических и лабораторных данных при выполнении холецистэктомии из мини доступа, «традиционными» способами и лапароскопией у больных с хроническим калькулезным холециститом.

Методы исследования. Для достижения цели исследования использованы общеклинические, лабораторные, инструментальные, специальные и статистические методы исследований.

Научная новизна исследований заключается в следующем:

установлена структура и частота послеоперационных осложнений и летальности, что позволило разработать и внедрить лечебно-диагностический алгоритм, позволяющий оптимизировать хирургическую тактику при хроническом калькулезном холецистите;

усовершенствован способ холецистэктомии из мини-доступа при хроническом калькулезном холецистите;

уточнены показания, противопоказания и обоснованы преимущества и недостатки каждого из трех способов лапароскопической, “традиционной” и холецистэктомии из мини-доступа;

проведены параллели между каждым из методов в сравнительном аспекте, тем самым определена роль и место усовершенствованного способа холецистэктомии из мини доступа в хирургии хронического калькулезного холецистита.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

разработан лечебно-диагностический алгоритм, позволяющий оптимизировать хирургическую тактику при хроническом калькулезном холецистите;

обоснована возможность применения усовершенствованного способа холецистэктомии из мини доступа при хроническом калькулезном холецистите, которая обеспечивает универсальность разреза для любого телосложения и расположения желчного пузыря, а также уменьшает травматичность операции за счет сохранения целостности правой прямой мышцы живота и обеспечивает косметичность рубца;

определено роль и место модифицированной холецистэктомии из мини доступа в хирургии хронического калькулезного холецистита, которая предпочтительна при наличии противопоказаний к лапароскопической холецистэктомии;

уточнены показания, противопоказания, преимущества и недостатки каждого из методов холецистэктомии, что способствовало снижению частоты послеоперационных осложнений и летальности.

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

Научная и практическая значимость результатов исследования. Теоретическая значимость полученных результатов исследования заключается в том, что полученные положения, выводы и практические рекомендации вносят существенный вклад в хирургическое лечение хронического калькулезного холецистита и на его результаты, отдельные положения диссертационной работы могут быть использованы в совершенствовании содержания и структуры программы обучения

студентов, а также магистров и клинических ординаторов по диагностике и хирургическому лечению больных с ХКХ.

Практическая ценность работы заключается в том, что предложенный лечебно-диагностический алгоритм и модифицированная холецистэктомия из мини-доступа позволяет оптимизировать хирургическую тактику и тем самым улучшить результаты оперативного лечения при ХКХ.

Внедрение результатов исследования. По итогам научного исследования по улучшению результатов хирургического лечения хронического калькулезного холецистита:

усовершенствован «Способ холецистэктомии из мини-доступа» (патент на изобретение Республики Узбекистан IAP 07410 от 17 мая 2023 года). Предложенный способ обеспечивает универсальность разреза для любого телосложения и расположения желчного пузыря, а также уменьшает травматичность операции и обеспечивает косметичность рубца;

разработаны методические рекомендации «Модифицированный способ холецистэктомии из мини-доступа и лечебно-диагностический алгоритм в оптимизации хирургической тактики в лечении желчнокаменной болезни и её осложнений» (заключения Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №01/30 от 25.06.2024 года). Предложенные рекомендации позволили оптимизировать тактико-технические аспекты и тем самым уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальности при хроническом калькулезном холецистите;

полученные научные результаты по улучшению результатов хирургического лечения хронического калькулезного холецистита внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, Наманганского, Ферганского и Андижанского областного многопрофильного медицинского центра (заклучения Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №01/30 от 25.06.2024 года). Внедрение результатов исследований за счет оптимизации хирургической тактики и применение модифицированной холецистэктомии из мини доступа (при противопоказаниях к ЛХЭ) позволили снизить частоту послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством - до 0,3%, летальность - до 0,3%, конверсий – до 0,5%.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 6 научно-практических конференциях в том числе на 2 международных и 4 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 14 научных работ, из них 4 журнальных статей, 2 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, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 106 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, приводится научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и краткой структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Современное состояние проблемы хирургического лечения желчнокаменной болезни**» представлен обзор литературы, где рассмотрены эпидемиология, медицинские и социальные аспекты, а также состояние проблемы хирургического лечения желчнокаменной болезни путем выполнения «традиционной» ХЭ, ЛХЭ и ХЭ из мини-доступа. Отмечено, что многими хирургами применение ХЭ из мини-доступа незаслуженно ограничено из-за отсутствия опыта работы. В результате проведенного анализа литературы определены нерешенные задачи и пути их решения.

Во второй главе диссертации «**Характеристика клинического материала и методов исследования**» даны сведения по основным направлениям исследования, где основу работы составили 1929 больных с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ), оперированных в плановом порядке, за период с 2016 по 2021 гг. в 3-ем хирургическом отделении базы кафедры хирургии и урологии клиники АндГосМИ, которые согласно цели исследования условно разделены на 2 группы:

- группа сравнения: 776 (40,3%) больных, оперированных за период с 2016 по 2018 годы, которые подлежали ретроспективному анализу.

- основная группа: 1153 (59,7%) больных, оперированных за период с 2019 по 2021 годы, которым применены усовершенствованные методики и технические приемы операций, и оптимизированная хирургическая тактика.

В группе сравнения (776 больных) ТХЭ выполнена у 75 (9,6%) больных, ЛХЭ - у 536 (69,1%) и ХЭ из мини-доступа - у 165 (21,3%). В основной группе (1153 больных), ТХЭ выполнена у 76 (6,6%) больных, ЛХЭ - у 715 (62,0%), ХЭ из мини-доступа выполнена у 362 (31,4%). При этом, ХЭ из мини-доступа - у 220 (19,1%) и усовершенствованная ХЭ из мини-доступа - у 142 (12,3%) (табл.1.).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от использованных методов ХЭ

Вид вмешательства	Группа сравнения (n=776)		p	Основная группа (n=1153)		Всего (n=1929)	
	абс.	%		абс.	%	абс.	%
Традиционная	75	9,66	0,972	76	6,59	151	7,8
Лапароскопическая	536	69,07		715	62,01	1251	64,8
ХЭ из мини-доступа	165	21,26		362	31,40	527	27,3
Всего	776	100		1153	100	1929	100

При клиническом анализе, мы придерживались возрастной классификации принятой ВОЗ (2021). В группе сравнения в юношеском возрасте оперировано 38 (4,9%), а в основной группе - 73 (6,3%) больных. В обеих группах существенно преобладала доля больных в молодом возрасте (25 - 45 лет), что составили 341 (43,9%) и 462 (40,1%), соответственно. В группе сравнения в среднем возрасте (46 - 59 лет), число больных составило 211 (27,2%) и в основной группе 356 (30,9%). Больные старше 60 лет, в группе сравнения составили - 128 (16,5%), а в основной - 182 (15,8%), а в возрасте 75 лет и выше - 58 (7,5%) и 80 (6,9%), соответственно. В группе сравнения длительность заболевания до 1 года установлено у 274 (35,3%) больных, в основной группе у 439 (38,1%) больных. В группе сравнения длительность заболевания сроками от 1 до 5 лет установлено у 502 (64,7%), тогда как в основной – у 714 (61,9%). Сочетанные хирургические патологии, при которых выполнены симультанные операции, диагностированы у 25 (3,2%) больных группы сравнения и 31 (2,7%) основной.

Таблица 2

Клиническая симптоматика ЖКБ и ее осложнений

Симптомы	Группы больных				
	сравнения (n=776)		p	основная (n=1153)	
	абс	%		абс	%
1. Болевой синдром:					
а) умеренные	694	89,4	0,97	977	84,7
б) интенсивные	82	10,6		176	15,3
2. Локализация боли:					
а) в правом подреберье	662	85,3	0,97	975	84,6
б) эпигастрии	114	14,7		178	15,4
3. Иррадиация боли в:					
а) правую лопатку и плечо	348	44,8	0,99	564	48,9
б) спину и поясничную область	212	27,3		289	25,1
в) без иррадиации	125	16,1		168	14,6
г) область сердца	91	11,7		132	11,4
4. Диспептические расстройства:					
3. тошнота	86	11,1	0,99	163	14,1
4. рвота	63	8,1		102	8,8
5. желтуха	77	9,9		86	7,5

Как видно из таблицы 2, клинический симптомокомплекс при ЖКБ, складывался из болевых, общих и местных симптомов.

В третьей главе диссертации «Хирургическая тактика при хроническом калькулезном холецистите в группе сравнения» рассмотрены характер выполненных операций при традиционных подходах, определены упущения в хирургической тактике и представлена разработанная модифицированная методика ХЭ из мини доступа.

В группе сравнения традиционная ХЭ выполнено у 75 больных. В качестве доступа применена верхнесрединная лапаротомия у 23 (30,7%)

больных, из них мужчины составили - 6 (8,0%), а женщины - 17 (22,7%). Традиционная ХЭ с правым подреберным доступом по Кохеру и Федорову произведена у 52 (69,3%) пациентов. Из них мужчины составили - 6 (8,0%), а женщины - 46 (61,3%). ТХЭ выполнено лишь у 57 (76,0%) больных, а резекция ЖП - у 4 (5,3%). Наряду с ТХЭ, у 14 (18,7%) больных выполнены симультанные операции.

При неосложненном течении данного заболевания ЛХЭ выполнено у 536 больных. Из них в 76 (14,2%) случаев выполнена конверсия, причинами которой явились ятрогенные повреждения печени с кровотечением (48) и камни общего желчного протока (28). Анализ причин возникновения ятрогенных повреждений показали необходимость полной дифференциации атипичных трубчатых структур и необходимость соблюдения прецензионности хирургической техники. Из 536 лапароскопических вмешательств в 451 (84,1%) случаев выполнена ЛХЭ в изолированном виде. При склерозе и сморщенном ЖП у 1 (0,2%) больного произведена резекция ЖП. У 9 (1,8%) больных выполнение ЛХЭ сочеталось симультанными операциями. В группе сравнения конверсии выполнены у 76 (14,2%) больных. Из них у 48 (8,9%) больных причинами явились ятрогенные повреждения, а у 28 (3,6%) – технические сложности.

При анализе в группе сравнения, установлены ряд тактико-технических упущений. Так у 11 больных ТХЭ выполнена на фоне холангита, что в послеоперационном периоде привело к несостоятельности культи пузырного протока и желчному перитониту с летальным исходом. У 48 (6,2%) больных стремление к обязательному малоинвазивному доступу привело к ятрогенным повреждениям, с летальностью в 6 (0,8%) случаях. У 7 больных недостаточная подготовка, при сопутствующей патологии печени (цирроз печени) привело к кровотечению из ложа ЖП, которая диагностирована и остановлена во время операции.

В целом, послеоперационный период у 29 (3,7%) пациентов осложнился несостоятельностью швов культи пузырного протока, у 7 (0,9%) - послеоперационным панкреатитом, у 9 (1,2%) - желчным свищом и у 13 (1,7%) - холангитом. У 5 (0,6%) пациентов послеоперационный период осложнился тромбоэмболическими осложнениями. Из них у 4 пациентов осложнился острым тромбозом вен нижней конечности. После проведенных комплексных мер пациенты выписаны с выздоровлением. У 1 (0,1%) пациента на 5 сутки возникло ТЭЛА с летальным исходом. Анализ показал, что профилактика ТЭО не проводилось.

Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения в контрольной группе показал, что нами допущены ряд тактических и технических упущений. В частности: 1) применение широкой лапаротомии в правом подреберье по Федорову с пересечением правой прямой мышцы живота, нередко являлось причиной развития послеоперационной грыжи; 2) при определении хирургической тактики и выбора способа операции комплексно не учитывались характер изменений в ЖП, локализация и диаметр конкрементов; 3) при диагностировании холангита выполнено

холецистэктомия без дренирования общего желчного протока; 4) стремление к малотравматичному доступу при ЛХЭ являлось нередкой причиной конверсии; 5) при наличии сморщенного ЖП применена ЛХЭ, что явилось причиной развития кровотечения из ложа ЖП; 6) ХЭ из мини-доступа применялась в начальном без предварительной оценки телосложения больного. Из 165 случаев ХЭ из усовершенствованного мини-доступа в изолированном виде выполнена у 116 (70,3%) больных, а при склерозе и сморщенном ЖП - у 4 (2,4%). При ХЭ из усовершенствованного мини-доступа у 4 (2,4%) больных выполнены симультанные операции. Конверсия доступа выполнено у 41 (24,9%) больного. Модифицированный способ ХЭ из мини-доступа при ЖКБ применен у 94 (22,7%) больных.

В четвертой главе диссертации **«Оптимизация хирургической тактики при хроническом калькулезном холецистите в основной группе»** представлен системный подход к предоперационной подготовке и послеоперационному ведению, разработан усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм, рассмотрены характер выполненных операций с учетом усовершенствованных тактико-технических подходов, а также уточнены показания, противопоказания, преимущества и недостатки каждого метода операции. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение являлись одной из составляющих благоприятного исхода оперативного вмешательства. Наряду с общепринятыми мероприятиями, уделяли особое внимание на наличие органических изменений в ЖП и желчевыводящих путях, её диаметр, а также идентификацию структур ЖП и области его шейки, наличие осложнений и сочетанной хирургической и сопутствующей терапевтической патологии. Наличие сопутствующих заболеваний требовало дополнительных лечебных мероприятий в предоперационном и послеоперационном периодах, ограничивало применение инфузионной терапии, особенно у больных с выраженной патологией сердечно-сосудистой и бронхо-легочной систем. У всех больных мы проводили коррекцию сопутствующей патологии совместно со специалистами соответствующего профиля. Для профилактики ТЭО по показаниям проводились специфические и неспецифические меры их профилактики. Объем и содержание лечебных мероприятий определяется в зависимости от формы заболевания, возраста больных и наличия сопутствующей терапевтической патологии. Ведение послеоперационного периода следует рассматривать как продолжение единой программы лечебных мероприятий, начатых в ходе предоперационной подготовки и самой операции, где наряду с общепринятыми мероприятиями, важное значение уделялось ранней стимуляции перистальтики кишечника, питанию, ранней активизации больного и профилактике ТЭО.

Неудовлетворенность результатами хирургического лечения при хроническом калькулезном холецистите (ХКХ) и их анализ привел нас к разработке действий в плане диагностики и выбора способа операции, которые способствовали оптимизации хирургической тактики, что представлено на схематическом рисунке 1. (DGU 2023 1254 – от 24.02.2023).

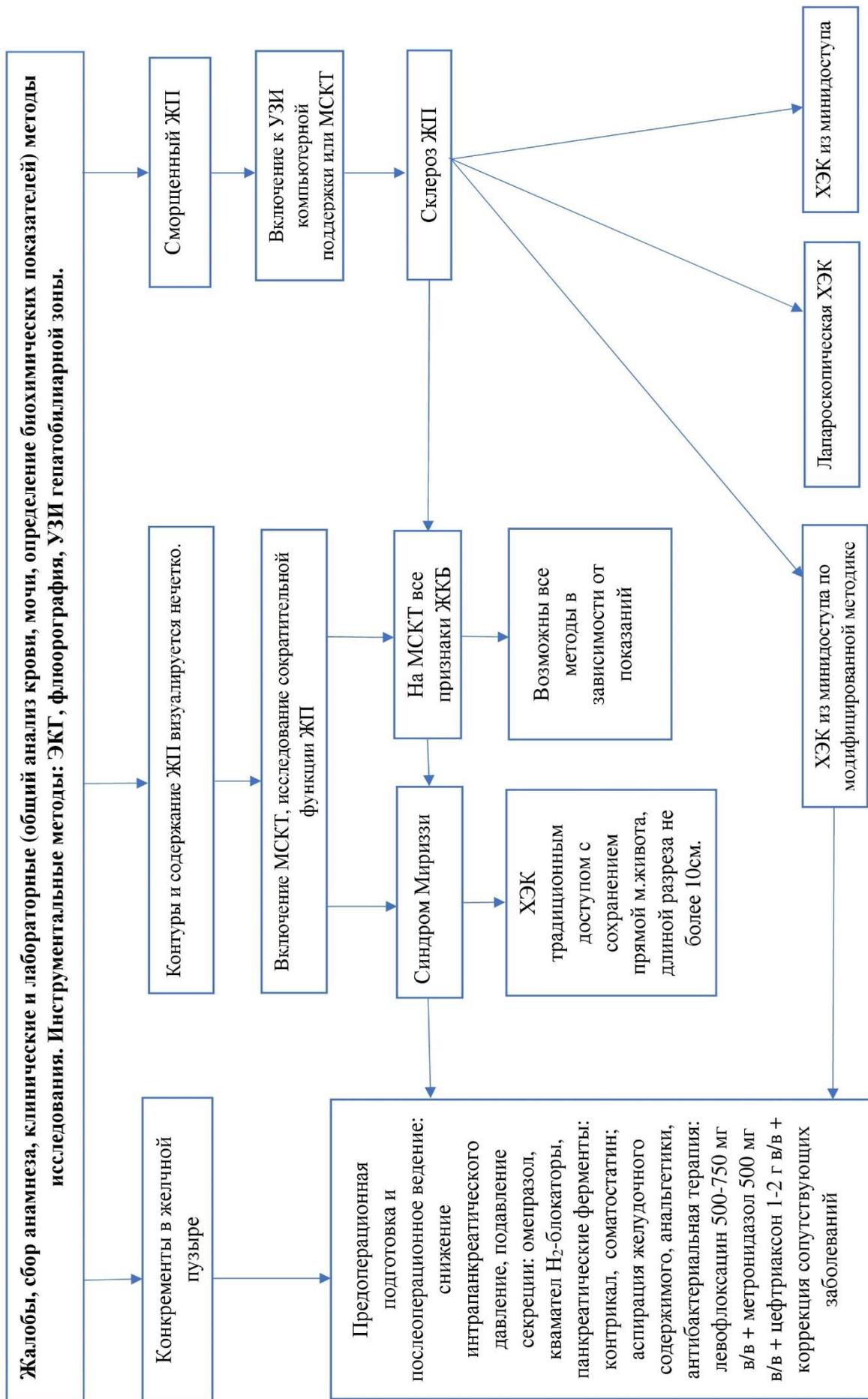


Рис. 1. Усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм при желчнокаменной болезни

Согласно предлагаемому алгоритму всем больным проводили определение клинико-anamnestических данных (жалобы, анамнез заболевания и жизни). При этом особое внимание уделяли на ранее перенесенные операции (особенно в верхнем этаже брюшной полости) и наличию сочетанной хирургической патологии.

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. При диагностировании компенсированных форм сопутствующей терапевтической патологии, в отделении хирургии проводили их коррекцию совместно с терапевтами, кардиологами, эндокринологами и так далее (в зависимости от характера патологии).

При диагностировании субкомпенсированных форм сопутствующей терапевтической патологии, лечение с коррекцией проводили в специализированных отделениях под контролем соответствующих специалистов - терапевты, кардиологи, эндокринологи и так далее (в зависимости от характера патологии). После проведенного лечения определяли показания к оперативному лечению.

В некоторых случаях при проведении УЗИ некоторые параметры ЖП (размеры, диаметр, ширина стенок) четко не визуализируется или же определяется слабая акустическая тень. Следующим этапом для уточненной диагностики проводится МСКТ. Данное исследование (МСКТ) в таких случаях хотя сопровождается выраженной лучевой нагрузкой, однако позволяет в точности определить необходимые характеристики ЖП и внепеченочных ЖПр. В случае подтверждения диагноза ЖКБ без холедохолитиаза операцией выбора является ХЭ из мини-доступа и ЛХЭ.

При проведении УЗИ диагностирование сморщенного ЖП и его внутрипеченочном расположении возникает необходимость проведения УЗИ с компьютерной поддержкой или же МСКТ. При уточнении данных о наличии сморщенного ЖП (склероз) и его внутрипеченочного расположения, операцией выбора является ХЭ из мини-доступа, хотя возможно выполнение ХЭ из традиционного доступа длиной разреза не более 10 см с сохранением целостности правой прямой мышцы живота. В случае определения синдрома Миризи, предпочтительна традиционная ХЭ длиной разреза не более 10 см и сохранением целостности правой прямой мышцы живота.

Неудовлетворительные результаты хирургического лечения в группе сравнения привело пересмотру хирургической тактики как в плане диагностики, так и в плане выбора оптимального доступа, а также объема операции. Также были определены упущения и ошибки при предоперационной подготовке и послеоперационном ведении больных.

В основной группе больных, к выбору метода ХЭ при традиционном способе мы придерживались такого принципа: успешное проведение

операции зависит от правильно выбранного хирургического доступа. При этом, учитывали телосложение больного, обращали внимание на угол реберной дуги, а также идентификацию структур ЖП и области его шейки наличие осложнений и сочетанной хирургической и сопутствующей терапевтической патологии, что позволяли нам выбрать то или иной вид «традиционного» доступа к ЖП.

В основной группе ХЭ с верхнесрединной лапаротомией произвели у 28 (36,8%) больных. При этом соотношение мужчин и женщин оказалось равным – по 14 (18,4%). ХЭ из доступа в правом подреберье (по Кохеру и Федорову) произведена у 48 (63,2%) пациентов. Из этого числа мужчины составили 3 (3,9%), а женщин 45 (59,3%). Показаниями к верхнесрединной лапаротомии являлись наличие грыжи белой линии живота, сочетанная патология, подлежащая оперативному вмешательству (язвенная болезнь, эхинококкоз печени), а также астенический тип телосложения. ТХЭ выполнена у 54 (71,1%) больных, а резекция ЖП - у 4 (5,3%). У 14 (18,7%) больных ХЭ сопровождалась выполнением симультанных операций. У 18 (23,7%) больных до проведения ТХЭ, произведено РПХ и ЭПСТ. ХЭ с наружным дренированием холедоха произведено у 4 (5,3%) больных.

В основной группе ХЭ лапароскопическим доступом выполнена у 715 больных с конверсией в 2 случаях. Его причиной явилось краевое повреждение печени с кровотечением.

ХЭ в изолированном виде выполнена у 691 (96,6%) больных, а резекция ЖП произведена у 3 (0,5%) больных. У 19 (2,7%) больных, наряду с ЛХЭ выполнены симультанные операции - резекция желудка - у 3 (0,5%), эхинококкэктомия печени - у 3 (0,5%), аппендэктомия – у 1 (0,1%), экстирпацией матки – у 4 (0,6%), удаление кисты яичника – 7 (0,9%) и наружное дренирование холедоха – у 4 (0,6%). У 38 (5,3%) больных до проведения ЛХЭ, произведено РПХ и ЭПСТ. Вторым этапом, выполнена ЛХЭ. ЛХЭ с наружным дренированием холедоха произведено у 4 (0,6%) больных.

Из 362 больных ХЭ из модифицированного мини-доступа выполнена у 348 (96,1%) больных, а резекция - у 4 (1,1%). При ХЭ из модифицированного мини-доступа симультанные операции выполнены у 7 (1,9%) больных. При этом, конверсия в «традиционный» доступ выполнено в 1 (0,3%) случае. Конверсия доступа, было обусловлено спаечным процессом, а также в отдельных случаях, ожирением. У 22 (6,7%) больных до проведения ХЭ из мини-доступа, произведено РПХ и ЭПСТ. Из них у 5 (1,3%) больных произведено дренирование общего ЖПр.

При определении показаний к известным методам оперативных вмешательств, исследователи не разграничивают острые и хронические формы ЖКБ. В связи с этим в процессе проведенной работы нами уточнены преимущества, недостатки и противопоказания к ТХЭ, ЛХЭ и ХЭ из мини-доступа при ХКХ.

Традиционную ХЭ выполняют из верхнесрединного или косых подреберных разрезов по Кохеру и Федорову, которые обеспечивают широкий доступ к ЖП, внепеченочным ЖПр, печени, поджелудочной железе и ДПК. В настоящее время ТХЭ используется при ЖКБ, осложненной перитонитом, при выраженном спаечном процессе, внутрипеченочном расположении ЖП, а также больших камнях у шейки, частично вклинившиеся в просвет общего ЖПр.

Недостатками традиционной ХЭ являются: значительная травма структур передней брюшной стенки, операционная травма средней тяжести, ведущая к развитию послеоперационного пареза кишечника; значительное число ранних и поздних раневых осложнений (в частности, ПОВГ); повышенный риск развития ТЭО и спаечного процесса; существенный косметический дефект; более длительный период посленаркозной и послеоперационной реабилитации (требуется от 4 до 6 недель). Противопоказаний к «традиционной» ХЭ не существуют, хотя следует воздерживаться у больных с высоким операционным риском, когда фактор времени лимитирует выполнения травматичной операции.

Преимущества эндоскопических операций: вместо широкого разреза брюшной стенки (от 7 до 30 см в длину) выполняется три – пять троакарных проколов по 0,5-1 см. В результате: 1) в послеоперационном периоде отсутствуют сильные боли; 2) обеспечивается прекрасный косметический; 3) после отхождения от наркоза в тот же день можно активизировать больного (можно вставать с постели и ходить); 4) длительность нахождения в стационаре после операции составляет до 3-4 дней; 5) через 14-15 суток после операции можно приступать к обычной трудовой и бытовой деятельности; 5) гнойно-септические осложнения, а также послеоперационные грыжи возникают крайне редко; 6) многократное оптическое увеличение и подвижность инструментов позволяет своевременно диагностировать и оперировать сочетанную хирургическую патологию на разных этапах брюшной полости с минимальной травмой окружающих органов и тканей.

Недостатки эндохирургической методики: 1) Стоимость. Дорогая аппаратура, недолговечность инструментов, одноразовые импортные расходные материалы, необходимость специального обучения, уникальность методики – все это приводит к относительно высокой стоимости эндохирургических операций; 2) Наркоз. Для выполнения ЛХЭ необходимо заполнить брюшную полость газом под давлением 10-14 мм рт. ст.; 3) Длительность. За счет некоторой потери в свободе манипуляций, отсутствии возможности использовать непосредственно руку и по ряду других причин ЛХЭ может протекать дольше, чем из мини-доступа; 4) Двумерное изображение операционного поля.

Противопоказаниями к ЛХЭ относятся: 1) риск анестезии 3 и 4 степени с нестабильным течением сопутствующих заболеваний; 2) ожирение 2 -3 степени, не позволяющее хирургу уверенно ориентироваться в

операционном поле; 3) ранее перенесенные открытые большие операции на органах верхнего этажа брюшной полости, так как при этом резко возрастает опасность повреждения органов брюшной полости при введении троакаров и уменьшается вероятность доступа к ЖП из-за припаянных к передней брюшной стенке органов и спаечного процесса в подпеченочном пространстве; 4) не корригируемые нарушения свертываемости крови; 5) уровень внутрибрюшного давления более 15 мм рт. ст.; 6) III триместр беременности; 7) в условиях достаточно напряженного пневмоперитонеума; 8) конкременты ЖП более 30 мм, фиксированные у его шейки с локализацией у входа в холедох; 9) внутripеченочное расположение ЖП со сморщиванием и склерозом; 10) билио-билиарные или билио-дигестивные свищи; 11) рак ЖП; гнойничковые заболевания кожи брюшной стенки.

ХЭ из модифицированного мини-доступа выполняется у пациентов с высоким анестезиологическим риском и сопутствующими заболеваниями, при которых применение лапароскопии противопоказано. Все это позволяет выполнять ХЭ из мини-доступа при: сердечно-сосудистой недостаточности; ИБС; гипертонической болезни; инфаркте миокарда в анамнезе; пороках сердца; обструктивных заболеваниях легких, в том числе при бронхиальной астме; имплантированном кардиостимуляторе.

Преимущества ХЭ из мини-доступа: возможность ХЭ при любом телосложении пациента; снижение травматичности - минимальное повреждение передней брюшной стенки (мышцы не рассекаются, а раздвигаются вдоль волокон, что не вызывает сильной боли после операции и ускоряет заживление раны) вследствие рана заживает легко и быстро, без видимого рубца; послеоперационное течение мало чем отличается от ЛХЭ; снижение риска развития послеоперационных осложнений; возможность оперировать пациентов, которым ранее были проведены операции на передней брюшной стенке; хирург наблюдает за своими действиями не на видеоэкране, а непосредственно собственными глазами (за счет этого снижается риск повреждения окружающих ЖП органов); минимальное применение наркоза; нет необходимости применять наркотические анальгетики; методику можно применять во 2 и 3 триместре беременности; возможность наложения косметических кожных швов; не возникает парез кишечника. ХЭ из мини-доступа показана при наличии противопоказаний к ЛХЭ.

При переходе на конверсии при ЛХЭ, сначала надо перейти в мини-доступ. Если возникают сложности и при ХЭ из мини-доступа, то следует расширить разрез до размеров традиционной, но не более 15 см и с обязательным сохранением целостности правой прямой мышцы живота.

Недостатками ХЭ из мини-доступа могут быть сложности при необходимости оперативных вмешательств на внепеченочных желчных протоках, в особенности у тучных больных; атрофические изменения печени с высоким расположением от края реберной дуги.

Противопоказаниями к ХЭ из мини-доступа наличие разлитого и общего желчного перитонита (при ОКХ); все общепринятые состояние, когда имеются противопоказания к эндотрахеальному наркозу.

Таким образом, внесением корректив в программу предоперационной подготовки, разработав и внедрив усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм и модифицированный способ ХЭ из мини-доступа, а также уточнив преимущества, недостатки и противопоказания к ТХЭ, ЛХЭ и ХЭ из мини-доступа при ХКХ нам удалось оптимизировать хирургическую тактику при данном заболевании. При наличии противопоказаний к ЛХЭ, методом выбора явилось модифицированный способ ХЭ из мини-доступа.

В пятой главе диссертации **«Ближайшие результаты хирургического лечения»** дана характеристика ближайших результатов в сравниваемых группах. Сравнительный анализ показал, что в основной группе при ТХЭ по отношению к группе сравнения частота ятрогенных повреждений уменьшились на 10,8% (с 14,7 до 3,9%), после ЛХЭ, уменьшились на 8,6% (с 12,9 до 4,3%), с уменьшением количества конверсий на 7% (с 7,5 до 0,5%), после ХЭ из мини-доступа, уменьшились на 14,1% (с 15,2 до 1,1%), с уменьшением числа конверсий на 5,6% (с 6,5 до 0,5%).

Сравнительный анализ показал, что в основной группе при выполнении ТХЭ частота послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством уменьшилось на 12,1% (с 14,7 до 2,6%), после ЛХЭ - на 5,0% (с 5,7 до 0,7%), с уменьшением количества релапароскопий на 1,7% (с 1,8 до 0,1%) и после ХЭ из мини доступа - на 3,9% (с 4,2 до 0,3%), с уменьшением количества релапаротомий на 2,4% (с 2,4% до 0).

При ТХЭ, гнойно-септические осложнения по отношению к группе сравнения уменьшились на 8,1% (с 10,7 до 2,6%), после ЛХЭ - на 2,7% (с 2,8 до 0,1%), после ХЭ из мини-доступов - на 4,7% (с 4,8 до 0,1%), что также обусловлено оптимизацией хирургической тактики.

У наших больных имело место послеоперационные осложнения общего характера и летальность, связанная с нею. После ХЭ «традиционными» доступами послеоперационные осложнения общего характера в группе сравнения в целом, диагностированы у 13 (12,0%) больных с летальным исходом в 4 (5,3%) случаев, тогда как в основной группе - у 4 (5,2%) больных с летальным исходом в 1 (1,3%) случае (уменьшение осложнений общего характера на 6,8% и летальности на 4,0%). После ЛХЭ, диагностированы у 14 (2,6%) больных с летальным исходом в 4 (0,7%) случаев, тогда как в основной – 3 (0,4%) больных с летальным исходом в 1 (0,1%) случае (уменьшение числа послеоперационных осложнений общего характера - на 2,2% и летальности - на 0,6%). После ХЭ из мини-доступов, диагностированы у 10 (6,1%) больных с летальным исходом в 2 (1,2%) случаев, тогда как в основной – лишь у 1 (0,3%) с благоприятным исходом

(уменьшение числа послеоперационных осложнений общего характера на 5,8% без летального исхода).

В процессе исследования, в основной группе частота ятрогенных повреждений по отношению к группе сравнения уменьшилось на 10,8% (14,7 до 3,9%), послеоперационные осложнения связанные с оперативным вмешательством - на 12,1% (с 14,7 до 2,6%) и раневые (гнойно-септические) – на 8,1% (с 10,7 до 2,6%), что также позволило увеличить долю больных с отсутствием послеоперационных осложнений - с 14,9 до 1,5%, снизить частоту летальности с 1,2 до 0,2% и конверсий после ЛХЭ с 1,8 до 0,1%, а также устранить число релапаротомий с 8,5 до 0% и ($p=0,005$).

Подводя итог проделанной работе, хотим отметить, что на сегодняшний день ЛХЭ при ХКХ являясь «золотым стандартом» по праву является операцией выбора (в наших исследованиях ЛХЭ выполнена – в группе сравнения у 69,1% и в основной – у 62,0%). Важно отметить, что мы и в т.ч. все абдоминальные хирурги, несмотря на достижения сегодняшней медицины, при определенных клинических ситуациях вынуждены применять «традиционную» ХЭ (в наших исследованиях «традиционная» ХЭ выполнена - в группе сравнения у 9,6% и в основной – у 6,6%).

Таким образом, проведенным научно-практическим исследованием определена роль и место модифицированной ХЭ из мини доступа (в наших исследованиях ХЭ из мини-доступа выполнена - в группе сравнения у 21,3% и в основной – у 31,4%), отличающаяся высокой клинической эффективностью, особенно у больных при наличии противопоказаний к ЛХЭ, являясь при этом, не конкурирующими, а взаимно дополняющими способами хирургического лечения ХКХ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Модифицированный способ холецистэктомии из мини доступа (IAP 07410 от 17.05.2023) при хроническом калькулезном холецистите технически прост, обеспечивает универсальность разреза для любого телосложения и расположения ЖП, а также малотравматичен и обеспечивает косметичность рубца.

2. Предложенный лечебно-диагностический алгоритм (DGU 2023 1254 – от 24.02.2023), с уточненными показаниями, противопоказаниями и обоснованием преимуществ и недостатков каждого из способов ХЭ, позволяют оптимизировать хирургическую тактику.

3. Проведение в сравнительном аспекте параллели между каждым из методов придерживаясь оптимизированной хирургической тактики, позволили определить роль и место модифицированной ХЭ из мини доступа в хирургии хронического калькулезного холецистита.

4. Оптимизация хирургической тактики и применение модифицированной ХЭ из мини доступа при противопоказаниях к ЛХЭ позволили снизить частоту ятрогенных повреждений по отношению к

группе сравнения с 14,7 до 3,9%, послеоперационные осложнения связанные с оперативным вмешательством - с 14,7 до 2,6% и раневые – с 10,7 до 2,6%, что также позволило увеличить долю больных с отсутствием послеоперационных осложнений - с 14,9 до 1,5%, снизить частоту летальности с 1,2 до 0,2% и конверсий после ЛХЭ с 1,8 до 0,1%, а также устранить число релапаротомий - с 8,5 до 0% ($p=0,005$).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01
AT THE ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE
ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES**

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

SOLIJONOV ZIYODILLO BAHTIYOR UGLI

**THE ROLE AND PLACE OF MODIFIED CHOLECYSTECTOMY FROM
A MINI ACCESS IN SURGERY FOR CHRONIC CALCULOUS
CHOLECYSTITIS**

14.00.27 – Surgery

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

ANDIJAN–2024

Subject of dissertation (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for the №B2023.2.PhD/Tib2909 (№B2022.2.PhD/Tib2909).

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

An abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is available on the website of the Scientific Council (www.rscs.uz) and on the Information and Educational Portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific supervisor: **Botirov Akram Kodiralievich**
doctor of medical sciences, professor

Official opponents: **Khodjimatov Gulomidin Minkhodjievich**
doctor of medical sciences, professor

Nuritdinov Arifjon Talibovich
doctor of medical sciences

Leading organisation: **Tashkent Medical Academy**

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, professor

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

The aim of the study is to improve the results of surgical treatment of chronic calculous cholecystitis by improving the diagnostic and treatment algorithm and mini-access cholecystectomy.

The subjects of the study were 1929 patients with chronic calculous cholecystitis subject to surgical treatment in the 3rd surgical department of the base of the Department of Surgery of the Andijan State Medical Institute in the period from 2016 to 2021.

The scientific novelty of the study is as follows:

the structure and frequency of postoperative complications and mortality were established, which made it possible to develop and implement a treatment and diagnostic algorithm that allows optimizing surgical tactics for chronic calculous cholecystitis;

the method of cholecystectomy from a mini-access for chronic calculous cholecystitis has been improved;

the indications, contraindications were clarified and the advantages and disadvantages of each of the three methods of laparoscopic, “traditional” and cholecystectomy from a mini-access were substantiated;

parallels were drawn between each of the methods in a comparative aspect, thereby determining the role and place of the improved method of cholecystectomy from a mini access in the surgery of chronic calculous cholecystitis.

Implementation of research results. Based on the results of a scientific study to improve the results of surgical treatment of chronic calculous cholecystitis:

the “Method of cholecystectomy from a mini-access” has been improved (patent for invention of the Republic of Uzbekistan IAP 07410 dated May 17, 2023). The proposed method ensures the versatility of the incision for any body type and location of the gallbladder, and also reduces the trauma of the operation and ensures the cosmetic appearance of the scar;

methodological recommendations have been developed “A modified method of cholecystectomy from a mini-access and a treatment and diagnostic algorithm in optimizing surgical tactics in the treatment of cholelithiasis and its complications” (conclusions of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 01/30 dated June 25, 2024). The proposed recommendations made it possible to optimize tactical and technical aspects and thereby reduce the incidence of postoperative complications and mortality in chronic calculous cholecystitis;

the scientific results obtained to improve the results of surgical treatment of chronic calculous cholecystitis have been introduced into the practical activities of healthcare, in particular, the Namangan, Fergana and Andijan regional multidisciplinary medical centers (conclusions of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 01/30 dated June 25, 2024). The implementation of research results by optimizing surgical tactics and the use of modified cholecystectomy from a mini access (in

case of contraindications to LCE) made it possible to reduce the frequency of postoperative complications associated with surgery to 0.3%, mortality to 0.3%, conversions to 0.5%.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of the dissertation is 106 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Ботиров А.К., Абдуллажанов Б.Р., Солижонов З.Б., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А. Способ холецистэктомии из мини-доступа // Центр интеллектуальной собственности при Министерстве Юстиции Республики Узбекистан, Патент на изобретение №IAP 07410 от 17.05.2023 г.

2. Ботиров А.К., Абдуллажанов Б.Р., Солижонов З.Б., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А., Ахмедов М.М. Роль малоинвазивных и традиционных вмешательств в хирургии желчнокаменной болезни и её осложнений // Научный журнал «Проблемы биологии и медицины». 2023, №2(143). С.50-54 (14.00.00, №19).

3. Ботиров А.К., Абдуллажанов Б.Р., Солижонов З.Б., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А. Ближайшие результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни и холедохолитиаза в зависимости от способов холецистэктомии // Научный журнал «Проблемы биологии и медицины». 2023, №2(143). С.55-58 (14.00.00, №19).

4. Botirov A.K., Solijonov Z.B., Otakuziev A.Z., Botirov J.A. The Current State of Epidemiological Aspects and Medical and Social Significance of the Problem of Cholelithiasis and its Complications // International Journal of Current Science Research and Review ISSN:2581-8341. Volume 05 Issue 12 December 2022. P.4733-4738.

5. Botirov A.K., Solijonov Z.B., Otakuziev A.Z., Botirov J.A., The Role and Place of Mini-Approach Cholecystectomy in Surgery for Chronic Calculous Cholecystitis //RA JOURNAL OF APPLIED RESEARCH ISSN: 2394-6709 DOI:10.47191/rajar/v8i12.11. Volume: 08 Issue: 12 December-2022 P.908-912.

II бўлим (II часть; part II)

6. Солижонов З.Б., Ботиров А.К. Модифицированный способ холецистэктомии из мини-доступа и лечебно-диагностический алгоритм в оптимизации хирургической тактики в лечении желчнокаменной болезни и её осложнений. Методические рекомендации. Андижан, 2023. 30 с.

7. Ботиров А.К., Солижонов З.Б., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А. Ўт тош касаллиги ва холедохолитиазда такомиллаштирилган даволаш-диагностик алгоритм // DGU 22525-сонли ЭХМ учун дастур. Ўзбекистон Республикасининг Дастурий махсулотлар давлат реестрида 24.02.2023 й. рўйхатдан ўтказилган.

8. Ботиров А.К., Солижонов З.Б., Отакузиев А.З. Модифицированный способ холецистэктомии // Материалы Международной научно-практической конференции «Применение инновационных технологий в профилактической медицине», 10-11 июня 2022. г. Андижан, С.574-576.

9. Ботиров А.К., Солижонов З.Б., Отакузиев А.З. Особенности холецистэктомия из модифицированного мини-доступа при желчекаменной болезни и её осложнениях // Материалы Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии», 12 октября 2022. г. Андижан, С.291-292.

10. Ботиров А.К., Солижонов З.Б., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А. Лечебно-диагностический алгоритм при желчнокаменной болезни и холедохолитиазе // Материалы XXVI республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения - 2022». Научно-практический журнал «Хирургия Узбекистана». Ташкент, 2022. №2(94). С.217.

11. Ботиров А.К., Солижонов З.Б., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А., Эгамов С.Ш. Модифицированный способ холецистэктомии из минидоступа // Материалы Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии», 6 октября 2023 г. Андижан, С.66-68.

12. Солижонов З.Б., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А. Усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм при хроническом калькулезном холецистите // Материалы Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии», 6 октября 2023 г. Андижан, С.300-302.

13. Solijonov Z.B., Botirov A.K., Otakuziev A.Z., Botirov J.A. Determination of indications and contraindications to the methods of surgical interventions in chronic calculous cholecystitis and choledocholithiasis // SPAIN International Scientific Online Conference: «Solution of social problems in management and economy» A collection of articles by Central Asian Scholars Issue 4, Part 1 March 31, 2023. P.56-58.

14. Solijonov Z.B., Botirov A.K., Otakuziev A.Z., Botirov J.A. Role and place of minimally invasive, minimally invasive and traditional interventions in gallstone surgery and its complications // BRITISH International Scientific Online Conference: «Theoretical aspects in the formation of pedagogical sciences» A collection of articles by Central Asian Scholars Issue 7, Part 1 March 18, 2023. P.200-202.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали тахририятида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Босмахона лицензияси:



9338

Бичими: 84x60 ¹/₁₆. «Times New Roman» гарнитураси.

Рақамли босма усулда босилди.

Шартли босма табоғи: 3,25. Адади 100 дона. Буюртма № 35/24.

Гувоҳнома № 851684.

«Тирографф» МЧЖ босмахонасида чоп этилган.

Босмахона манзили: 100011, Тошкент ш., Беруний кўчаси, 83-уй.