

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

РАДЖАБОВ АНВАР ИСЛОМОВИЧ

**ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎТКИР КАЛЬКУЛЁЗ
ХОЛЕЦИСТИТЛИ БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

**Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси
АВТОРЕФЕРАТИ**

Бухоро – 2025

УЎК: 616.366-003.7-06-089.86

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Раджабов Анвар Исломович

Холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калькулёз холециститли
беморларни даволаш тактикасини такомиллаштириш3

Раджабов Анвар Исломович

Усовершенствование тактики лечения больных острым калькулезным
холециститом, осложненным холедохолитиазом.....33

Radjabov Anvar Islomovich

Improving the tactics of treatment of patients with acute calculous cholecystitis
complicated by choledocholithiasis63

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works69

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

РАДЖАБОВ АНВАР ИСЛОМОВИЧ

**ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎТКИР КАЛЬКУЛЁЗ
ХОЛЕЦИСТИТЛИ БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

**Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси
АВТОРЕФЕРАТИ**

Бухоро – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида №B2023.2.PhD/Tib3631 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

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

Илмий раҳбар:

Сафоев Бакодир Барноевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Ходжиев Данияр Шамуратович
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Алиджанов Фатих Бакиевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

**Академик В.Воҳидов номидаги республика
ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий
тиббиёт маркази**

Диссертация химояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 рақамли Илмий кенгашнинг 2025 йил "___" _____ куни соат ___ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Ғиждувон кўчаси, 23-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: buhmi@mail.ru.)

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (___ рақам билан рўйхатга олинган). (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Ғиждувон кўчаси, 23-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50.)

Диссертация автореферати 2025 йил "___" _____ куни тарқатилди.
(2025 йил "___" _____ даги ___ рақамли реестр баённомаси).

Ш.Т.Уроқов

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

Н.Н.Казакова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори
(DSc), доцент

Б.З.Хамдамов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳонда холедохолитиаз билан асоратланган ўткир холецистит билан оғриган беморлар сонининг тобора ортиб бориши ва касалликни даволашда тактик ёндашувлар ноаниқлиги шароитида ўт йўллари олдидан декомпрессия қилган ҳолда замонавий жарроҳлик усулида босқичли даволаш тобора муҳим аҳамият касб этиб бормоқда. Ўт тош касаллиги билан турли ёшдаги аҳолининг 10 дан 40 фоизгача азият чекади. Шошилиш жарроҳликда «...ўткир калькулёз холецистит билан оғриган турли ёшдаги беморларда ўлим даражаси 1 дан 50% гача ёки ундан ҳам кўпни ташкил этмоқда...»¹. Ўткир яллиғланиш белгилари бартараф этилганлиги фонида, беморларни ҳар томонлама текшириш ва тайёрлашдан сўнг бажарилган режали ва кечиктирилган шошилиш амалиётларидан кейин ўлим даражаси 0,5-1% дан ошмайди. Бугунги кунда ўт тош касаллиги ва асоратларининг минимал инвазив хирургик даволашни такомиллаштириш тиббиёт соҳасидаги жарроҳликнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда.

Дунё миқёсида холедохолитиаз ҳамда холангит билан асоратланган ўткир калькулёз холециститларни радикал жарроҳлик аралашувларидан сўнги асоратлар ривожланиши ва ўлимнинг даражаси 4,5-9% га етади. Обтурацион холецистит ва билиар гипертензия ҳолатида «...ўт пуфагининг ўз вақтида декомпрессия қилишга эътибор бермаслик беморларнинг 70% да унинг деворининг деструкциясига олиб келади...»², бу перивезикал соҳада аниқ инфилтратнинг шаклланиши ва операция вақтидаги ҳамда жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларнинг янада кучайиши билан бирга ривожланиб, кўпинча конверсияга сабаб бўлади.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини жаҳон талаблари асосида сифат жиҳатдан ривожлантириш ва тиббиёт тизими самарадорлигини ошириш бўйича амалга оширилаётган ислохотлар таркибида, жумладан холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калькулёз холециститли беморларни эрта ташхислаш, касалликнинг олдини олиш ва асоратларини бартараф этишга қаратилган мақсадли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. «...Аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш дастурини амалга ошириш, тиббиёт ходимлари салоҳиятини ошириш ва соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришга қаратилган комплекс чора-тадбирлар...»³ каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалардан келиб чиққан ҳолда холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калькулёз холециститли беморларни даволашда минимал инвазив даволаш усуллари такомиллаштириш юзасидан амалга оширилаётган тадқиқотларни янада чуқурлаштириш мақсадга мувофиқ.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 - йил 28 - январдаги ПФ-

¹ Галимова Х. И., Минахметова Р. С., Ахкямова Ч. Р. Ўт тош касаллиги. Сурункали калькулёз холецистит // Столица науки. – 2020. – №. 4. – Б. 62-68.

² Ермолов А.С. ва бошқалар. Холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калькулёз холециститни даволаш тактикаси // Н.И. Пирогов номли Хирургия журнали 2022;(1): Б. 10-14.

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022-йил 28-январдаги “2022-2026-йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида” ги ПФ-60-сон фармони.

60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида», 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «Бирламчи соғлиқни сақлаш муассасалари фаолиятига принципиал янги механизмларни жорий этиш ва соғлиқни сақлаш тизимини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармонлари, 2021 йил 25 майдаги ПҚ-5124-сон «Соғлиқни сақлашнинг комплекс ривожлантириш бўйича қўшимча чора-тадбирлари тўғрисида», 2021 йил 28 июлдаги ПҚ-5199-сон «Соғлиқни сақлаш соҳасида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Ҳар йили бутун дунё бўйлаб жарроҳлар билиар тизим касалликлари бўйича 2,5 миллионга яқин жарроҳлик амалиётларини амалга оширадilar. Россия Федерациясида ҳар йили 300 мингга яқин холецистэктомиа амалга оширилади (З.Б. Қурбаниязов ва бошқалар, 2021; Тао L et al., 2023).

Меҳнатга лаёқатли ёшдаги беморларнинг ўт йўллариининг жарроҳлик касалликлари билан кўп касалланиши ва узоқ муддатли вақтинчалик ва доимий меҳнатга яроқсизлик вужудга келиши туфайли, ушбу касаллик муҳим тиббий ва ижтимоий-иқтисодий муаммодир (Ф.Г.Назыров ва бошқалар, 2024; Х.И. Галимов, 2020; Reddy S et al., 2021).

Ўт тош касаллиги билан оғриган беморларни даволашнинг консерватив усуллари: экстракорпорал литотрипсия, литолитик терапия нопатогенетик ва самарасиздир, чунки улар юқори даражадаги эга ва касалликнинг қайталанишига олиб келади, шунинг учун жарроҳлик йўли билан даволашга муқобил усул бўла олмайди (М.Ш. Хакимов ва бошқалар., 2020). Ўт тош касаллиги билан оғриган беморларни даволашнинг асосий усуллари жарроҳлик усуллари ҳисобланади. Беморларни комплекс даволашда консерватив усуллар зарур. Қорин бўшлиғи аъзоларининг замонавий жарроҳлигида жарроҳлик муолажаларини амалга ошириш учун турли ёндашувлар ишлаб чиқилган ва амалиётга татбиқ этилган: лапаротомия, мини-лапаротомия, видео лапароскопия, гибрид амалиётлар (М.М. Акбаров ва бошқалар, 2023).

Замонавий минимал инвазив жарроҳликда ўт тош касаллиги билан оғриган беморларда ўт пуфагини видеолапароскопик усул ёрдамида олиб ташлаш “олтин стандарт” ҳисобланади (М.Ш. Хакимов ва бошқ., 2020; Тао L et al., 2023). Турли муаллифларнинг фикрига кўра, жигар ташқариси ўт йўлларида жарроҳлик аралашувлари учун лапаротомия 37% гача бўлган асоратларни ривожланишига ёрдам беради.

Ўзбекистонда шароитида сўнгги бир неча йил ичида турли касалликларни ташхислаш ва даволашда юқори технологияли усуллардан фойдаланиш

кўпаймоқда. Бу жиҳатдан жарроҳлик муолажалари хусусан, жарроҳлик соҳасида ҳам сезиларли натижаларни кўрсатмоқда, бироқ, холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калькулёз холециститли беморларни даволаш тактикаси такомиллаштирилмаган.

Ўт йўлларидаги патологиялар бўйича жуда кўплаб илмий изланишлар олиб борилишига қарамасдан, олинган натижалар турли хил ва бир-бирини инкор қилади. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда, етакчи мутахассислар нуқтаи назаридан ушбу патологияни чуқур ўрганиш, касалликнинг ривожланишини башоратлаш, уни даволашнинг замонавий комплекс индивидуаллаштирилган жарроҳлик давосини ишлаб чиқиш тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари билан боғлиқлиги. Мазкур тадқиқот Бухоро давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ (02.2024 PhD 189) «COVID-19 дан кейинги даврда Бухоро вилояти аҳолиси саломатлигига таъсир этувчи патологик омилларни эрта аниқлаш, ташҳислаш ҳамда янги даволаш профилактика усуллари ишлаб чиқиш» мавзусидаги илмий лойиҳа доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калькулёз холециститли беморларни даволаш тактикасини такомиллаштириш бўйича таклиф ва тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат бўлган.

Тадқиқотнинг вазифалари:

холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларни даволашнинг анъанавий усуллари натижаларини ўрганиш;

холедохолитиазда нитроглицерин қўлланилишини даволаш самарадорлигини ўрганиш;

минимал инвазив даволаш усуллари қўллаш орқали нитроглицерин ва электроактивланган сувли эритмани - А ёрдамида холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларни даволаш самарадорлигини аниқлаш;

олинган натижаларни таҳлил қилиш асосида холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларни даволашнинг янада такомиллаштирилган ва самарали усулини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Ўзбекистон Республикаси Ички ишлар вазирлиги Марказий госпиталининг умумий жарроҳлик бўлимида даволанган, холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган 160 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети бўлиб қўлланилган даволаш комплексига ўт йўллардаги конкрементларни бартараф қилиш самарасини яхшилаш мақсадида нитроглицерин препарати ёрдамида силлиқ мушаклар тонусини бўшатиш ҳамда холангит жараёнини бартараф этиш вақтини тезлаштириш мақсадида микроорганизмларга ва яллиғланишга қарши, антибактериал таъсири ифодаланган электроактивланган - А нинг сувли эритмаси билан умумий ўт йўллари ретроград лаваж қилиниб беморларнинг анамнестик,

клиник ва лаборатор кўрсаткичларини баҳолаш материаллари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда клиник, лаборатор, инструментал ва эндоскопик текширув ҳамда интоксикация кўрсаткичларини баҳолаш каби усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат бўлган:

илк бор холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларни даволашда нитроглицеринни қўллаш умумий ўт йўлларининг силлиқ мушаклар тонусини бўшатиш натижасида ўт йўли конкрементларини бартараф этишда эндоскопик ретроград литоэкстракция амалиёти самарадорлигига ижобий таъсири асосланган;

илк бор холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларни даволашда холангит асоратини бартараф этишни янгича самарали усули ишлаб чиқилган;

илк бор эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва эндоскопик папиллосфинктеротомия амалиётини бажаришда бир вақтда ўт йўлларнинг силлиқ мушакларини тонусини бўшатиш ҳамда ўт йўллари инфекцияланаши ва яллиғланишини бартараф қилиш, холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларни даволаш натижаларига ижобий таъсир кўрсатиши исботланган;

илк бор холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларни даволашда эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва эндоскопик папиллосфинктеротомия амалиётидан сўнг назобилиар зонд орқали электроактивланган сувли эритма - А билан ретроград лаваж бажаришнинг оптималлиги асосланган;

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат бўлган:

холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларда электроактивланган сувли эритма - А билан умумий ўт йўлларини ретроград лаважи холангитни бартараф этиш вақтини тезлаштиришда ўрни баҳоланган;

эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва эндоскопик папиллосфинктеротомия амалиётини бажариш вақтида нитроглицеринни тил остига 0,5 мг дозада қўллаш ва шу вақтнинг ўзида литоэкстракция билан бирга электроактивланган сувли эритма - А билан ретроград лаваж бажариш холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларни даволаш самарадорлиги баҳоланган;

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда замонавий усул ва ёндашувлардан фойдаланилгани, ўтказилган текширувларнинг услубий тўғрилиги, беморлар сонининг етарлилиги, олинган натижалар ва хулосалар далиллар ва тиббиёт тамойилларига асосланиб, уларга статистик қайта ишлов берилгани ҳамда натижаларнинг амалиётга жорий этилгани ваколатли ташкилотлар томонидан тасдиқланганлиги билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган хулосалар ва таклифлар холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларни даволаш хусусиятларига оид назарий билимларни бойитишга ва

беморларни даволашда эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва эндоскопик папиллосфинктеротомия амалиётини такомиллаштиришга хизмат қилиши билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти беморларда холангитни бартараф этиш вақтини тезлаштириши орқали холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холециститли беморларда икки босқичли амалиётларни ўтказиш имкониятини оширган ва шу ўринда асоратларни камайтириш билан бирга беморларни даволаш вақтини 3-4 кунга қисқартиришга эришилган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Илмий техник кенгашининг 2024 йил 13 ноябрдаги 8/2-сон хулосасисига кўра:

биринчи илмий янгилик: холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларни даволашда нитроглицеринни қўллаш самарадорлиги аниқланган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган хулосалар ва таклифлар холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холестит билан оғриган беморларни даволаш хусусиятларини ўрганишга катта ҳисса қўшадиган ўзига хос назарий аҳамиятга эга эканлиги билан белгиланган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* олинган илмий-амалий маълумотлар Тошкент шаҳар тез тиббий ёрдам клиник шифохонаси бўйича буйруқ (12.10.2024-йилдаги 152 АФ -сонли) Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича буйруқ (12.10.2024-йилдаги 156/г-1-сонли) билан амалиётга жорий этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат:* эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва эндоскопик папиллосфинктеротомия ва литоэкстракцияни бажаришда нитроглицеринни тил остига 0,5 мг дозада қўллаш литоэкстракция бажарилишини осонлаштиришга ёрдам бериши ва асоратларни камайтиришга олиб келган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат:* эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва эндоскопик папиллосфинктеротомия амалиётини бажариш вақтида нитроглицеринни тил остига 0,5 мг дозада қўллаш ва шу вақтнинг ўзидеда литоэкстракция билан бирга электроактивланган сувли эритма - А билан ретроград лаваж бажариш холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холециститли беморларни даволашда ҳар бир беморга сарфланган маблағнинг 230 000 сўмгача тежалишини кўрсатган. Бу эса маблағни тежалиши, мукаммаллаштирилган ташхислаш жараёнини таъминлаган. Стационар даволаниш вақти эса 3 кунга қисқарган. *Хулоса:* Холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холециститли беморларни даволашда анъанавий эндоскопик ретроград холангиопанкреатография, папилосфинктеротомия ва литоэкстракцияни, кейин эса холецистэктомияни қўллаш 25,8% гача тошни муваффақиятли олиб ташлаш имконини бермайди. 9,7% ҳолларда папиллотомия кесмасидан қон кетиши кузатилади, шунинг учун беморларнинг 35,5% да мажбурий бир босқичли холецистэктомия холедохолитотомия билан бирга бажарилади, муваффақиятли эндоскопик ретроград холангиопанкреатографиянинг ўртача давомийлиги $52,2 \pm 2,8$ минутни ташкил этган. Бунда билирубин ва

интоксикация кўрсаткичларини нормаллаштиришнинг ўртача вақти 8-9 кунни ташкил этган. Бундай беморлар учун ўрин кунларининг ўртача давомийлиги $12,6 \pm 1,8$ кун, бу эса даволаш усулларини такомиллаштиришга қаратилган кўшимча чора-тадбирларни ишлаб чиқишни талаб қилган. *Илмий янгиликдан кенгайтирилган ҳолда фойдаланиши:* «Ўткир холедохолитиаз билан оғриган беморларни даволашда миниинвазив усулларни қўллаш усули» мавзусида илмий янгиликни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Бухоро давлат тиббиёт институти эксперт кенгаши раисига Бухоро давлат тиббиёт институти илмий ишлар ва инновациялар проректори томонидан 2024 йил 11 октябрдаги 04/9400-сон хати юборилган.

иккинчи илмий янгилик: холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларни даволашда электроактивланган сувли эритмани - А маҳаллий қўллаш самарадорлиги аниқланган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва эндоскопик папиллосфинктеротомия амалиётини бажариш вақтида литоэкстракция билан бирга электроактивланган сувли эритма - А билан ретроград лаваж бажариш самарадорлиги ўрганилган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* олинган илмий-амалий маълумотлар Тошкент шаҳар тез тиббий ёрдам клиник шифохонаси бўйича буйруқ (12.10.2024-йилдаги 152 АФ -сонли) Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича буйруқ (12.10.2024-йилдаги 156/г-I-сонли) билан амалиётга жорий этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат:* электроактивланган сувли эритма - А билан умумий ўт йўллари ретроград лаважи холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холециститли беморларда холангитни бартараф этиш вақтини тезлаштирган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат:* эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва эндоскопик папиллосфинктеротомия амалиётини бажариш вақтида литоэкстракция билан бирга электроактивланган сувли эритма - А билан ретроград лаваж бажариш холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларни даволашда ҳар бир беморга сарфланган маблағнинг 230 000 сўмгача тежалишини кўрсатган. Бу эса маблағни тежалиши, мукамаллаштирилган ташхислаш жараёнини таъминлаган. Стационар даволаниш вақти эса 3 кунга қисқарган. *Хулоса:* холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холециститли беморларни даволашда кам инвазив усуллардан эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва эндоскопик папиллосфинктеротомия ва литоэкстракция бажаришда нитроглицерин ва электроактивланган сувли эритмани - А дан фойдаланиш даволаш натижаларига янада самарали таъсир кўрсатган, бунда муваффақиятсиз эндоскопик ретроград холангиопанкреатография сони 25,8% дан 10,8% гача, мажбурий бир босқичли холецистэктомия холедохолитотомия билан бирга 35,5% дан 10,8 % гача камайган. Муваффақиятли эндоскопик ретроград холангиопанкреатографиянинг ўртача давомийлиги $52,2 \pm 2,8$ дақиқадан $35,4 \pm 1,9$ дақиқাগача қисқарган. Икки босқичли амалиётлар сони 64,5% дан 89,1 % гача ошган. Амалиёт вақтидаги қон кетиш асоратлари 9,7% дан 2,1 % гача

камайган. Билирубин ва интоксикация кўрсаткичларини нормаллашишининг ўртача вақти 3 кунни ташкил этган. Бундай беморлар учун ўрин кунларининг ўртача давомийлиги $8,4 \pm 1,2$ кунни ташкил этган. *Илмий янгиликдан кенгайтирилган ҳолда фойдаланиш:* «Холедохолитиаз билан оғриган беморларни даволашда миниинвазив усулларни қўллаш усули» мавзусида илмий янгиликни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Бухоро давлат тиббиёт институти эксперт кенгаши раисига Бухоро давлат тиббиёт институти илмий ишлар ва инновациялар проректори томонидан 2024 йил 11 октябрдаги 04/9400-сон хати юборилган.

учинчи илмий янгилик: эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва эндоскопик папиллосфинктеротомия амалиётини бажариш вақтида нитроглицеринни тил остига 0,5 мг дозада қўллаш ва шу вақтнинг ўзида литоэкстракция билан бирга электроактивланган сувли эритма – А билан ретроград лаваж бажариш холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холециститли беморларни даволаш натижаларига ижобий таъсир кўрсатиши ва шу билан бирга беморларни даволаш вақтини 3-4 кунга қисқартириши исботланган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* Тошкент шаҳар тез тиббий ёрдам клиник шифохонаси бўйича буйруқ (12.10.2024-йилдаги 152 АФ -сонли) Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича буйруқ (12.10.2024-йилдаги 156/г-I-сонли) билан амалиётга жорий этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат:* Ўтказилган тадқиқотлар асосида холедохолитиаз билан оғриган беморларни даволашнинг анъанавий усулларининг натижалари ўрганилган. Холедохолитиаз билан оғриган беморларни холедохолитиазнинг асоратлари билан даволашнинг анъанавий усулини ўрганиш натижаларининг қиёсий таҳлиллари ўтказилган. Тадқиқот натижаларининг қиёсий таҳлилини ҳисобга олган ҳолда холедохолитиазли беморларни нитроглицерин ёрдамида даволашнинг оптимал жарроҳлик усули ишлаб чиқилган. Ушбу тадқиқотнинг мақсад ва вазифаларини бажариш холедохолитиазли холелитиёзли беморларни даволашнинг янада самарали усулини ишлаб чиқишга олиб келади, интраоператив ва жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни камайтиришга ёрдам беради, шунингдек, жарроҳлик амалиётининг давомийлиги ва стационарда қолиш муддатини қисқартирган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат:* эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва эндоскопик папиллосфинктеротомия амалиётини бажариш вақтида нитроглицеринни тил остига 0,5 мг дозада қўллаш ва шу вақтнинг ўзидеда литоэкстракция билан бирга электроактивланган сувли эритма - А билан ретроград лаваж бажариш холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холециститли беморларни даволашда ҳар бир беморга сарфланган маблағнинг 230 000 сўмгача тежалишини кўрсатган. Бу эса маблағни тежалиши, мукамаллаштирилган ташхислаш жараёнини таъминлаган. Стационар даволаниш вақти эса 3 кунга қисқарган. *Хулоса:* тадқиқот натижаларининг қиёсий таҳлилини ҳисобга олган ҳолда холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холециститли беморларни даволашда кам инвазив жарроҳлик усулларини бажаришда

нитроглицерин ва электроактивланган сувли эритмани - А фойдаланган ҳолда даволашнинг оптимал усули ишлаб чиқилган. *Илмий янгиликдан кенгайтирилган ҳолда фойдаланиши:* «Ўткир холедохолитиаз билан оғриган беморларни даволашда миниинвазив усулларни қўллаш усули» мавзусида илмий янгиликни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Бухоро давлат тиббиёт институти эксперт кенгаши раисига Бухоро давлат тиббиёт институти илмий ишлар ва инновациялар проректори томонидан 2024 йил 11 октябрдаги 04/9400-сон хат юборилган.

тўртинчи илмий янгилик: холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холециститли беморларни даволашда эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва эндоскопик папиллосфинктеротомия амалиётини бажариш вақтида нитроглицеринни тил остига 0,5 мг дозада қўллаш ва шу вақтнинг ўзида литоэкстракция билан бирга электроактивланган сувли эритма - А билан ретроград лаваж бажаришни оптимал усули ишлаб чиқилган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холециститли беморларни даволашнинг оптимал усули ишлаб чиқилган. Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва эндоскопик папиллосфинктеротомия ва литоэкстракцияни бажаришда нитроглицеринни тил остига 0,5 мг дозада қўллаш ва электроактивланган сувли эритма - А билан умумий ўт йўллари ретроград лаважи литоэкстракция бажариш имкони бўлган беморлар сонини оширади ва беморларда холангитни бартараф этиш вақтини тезлаштириши билан холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холециститли беморларда икки босқичли амалиётларни ўтказиш имкониятини беради ва шу ўринда асоратларни камайтириш орқали беморларни стационар даволаниш вақтини 3-4 кунга қисқартирган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* Тошкент шаҳар тез тиббий ёрдам клиник шифохонаси бўйича буйруқ (12.10.2024-йилдаги 152 АФ -сонли) Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича буйруқ (12.10.2024-йилдаги 156/г-І-сонли) билан амалиётга жорий этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат:* ушбу тадқиқотнинг мақсад ва вазифаларини бажариш холедохолитиазли беморларни нитроглицерин ёрдамида даволаш усулини ишлаб чиқишга олиб келади, бу янада самарали усул бўлиб, интраоператив ва жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни камайтиришга ёрдам беради, шунингдек жарроҳлик амалиёти муддатини қисқартиради ва беморларнинг касалхонадаги ўрин кунини қисқартирган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат:* холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларни даволашда эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва эндоскопик папиллосфинктеротомия амалиётини бажариш вақтида нитроглицеринни тил остига 0,5 мг дозада қўллаш ва шу вақтнинг ўзида литоэкстракция билан бирга электроактивланган сувли эритма - А билан ретроград лаваж бажариш ҳар бир беморга сарфланган маблағнинг 230 000 сўмгача тежалишини кўрсатган. Бу эса маблағни тежалиши, мукаммаллаштирилган ташхислаш

жараёнини таъминлайди. Стационар даволаниш вақтини эса 3 кунга қисқартирган. *Хулоса:* тадқиқот натижасида олинган маълумотларга асосланиб, биз қуйидаги хулосага келиш мумкин. Тадқиқот натижаларининг қиёсий таҳлилини ҳисобга олган ҳолда холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холециститли беморларни даволашда кам инвазив жарроҳлик усулларини бажаришда нитроглицерин ва электроактивланган сувли эритмани - А фойдаланган ҳолда даволашнинг оптимал усули ишлаб чиқилган. *Илмий янгиликдан кенгайтирилган ҳолда фойдаланиши:* «Холедохолитиаз билан оғриган беморларни даволашда миниинвазив усулларни қўллаш усули» мавзусида илмий янгиликни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Бухоро давлат тиббиёт институти эксперт кенгаши раисига Бухоро давлат тиббиёт институти илмий ишлар ва инновациялар проректори томонидан 2024 йил 11 октябрдаги 04/9400-сон хати юборилган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 6 та илмий-амалий анжуманда, жумладан 3 та халқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 18 та илмий иш нашр, шундан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия қилинган илмий нашрларда 5 та мақола (4 та республика ва 1 та хорижий журналларда) эълон қилинган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация иши кириш, бешта боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 124 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объекти ва предметлари тавсифланган. Республика фан ва технологияларини ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг ишончлилиги асосланган, уларнинг назарий ва амалий аҳамиятлари очиқ берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш рўйхати, ишнинг апробацияси натижалари, нашр қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Ўткир калкулёз холециститнинг этиопатогенези ва даволаш муаммоларининг ҳозирги ҳолати**» деб номланган биринчи бобида хорижий ва маҳаллий адабиётлар материаллари таҳлил қилинган. Унда холедохолитиаз билан хасталанган беморларни диагностик текширув ва даволашнинг замонавий минимал инвазив усулларининг ҳозирги тенденциялари ва давом этаётган ўзгаришлар ҳақидаги замонавий маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Материал, тадқиқот усуллари ва даволаш**» номли

иккинчи бобида беморларнинг клиник хусусиятлари, тадқиқот материаллари, муаммонинг ечимини таъминлайдиган услубий ёндашувлар ва усуллар келтирилган.

Диссертация асосини 2018-2023-йилларда Ўзбекистон Республикаси Ички ишлар вазирлиги Тиббиёт бошқармаси Марказий госпиталининг умумий жарроҳлик бўлимида даволанган, холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холецистит билан оғриган 160 нафар беморларни текшириш ва даволаш натижалари ташкил этган.

Барча беморлар даволаш усулига қараб 3 гуруҳга бўлинган: I – таққослаш гуруҳини 2018-2020 йилларда анъанавий жарроҳлик даволаш усуллари қўлланилган ҳолда даволанган холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган 62 нафар бемор ташкил этган: уларга ЭРХПГ ва ЭПСТ литоэкстракция билан кўрсатмаларга мувофиқ амалга оширилган. II - назорат гуруҳи ўткир калкулёз холецистит билан оғриган 52 нафар бемордан иборат бўлган. Бу беморни комплекс даволашда ўт йўллари кенгайтиришга олиб келувчи кучли силлиқ мушак релаксанти бўлган нитроглицерин қўлланилган. III - асосий гуруҳни холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган 46 нафар бемор ташкил этган. Уларни даволаш комплексида юқорида қўлланилган усуллардан ташқари холангитни бартараф этиш вақтини тезлаштириш мақсадида умумий ўт йўлини электроактивланган эритма ЭАЭ-А билан ретроград лаваж қилиш қўлланилган.

I гуруҳда 19 ёшдан 75 ёшгача (ўртача ёши $48,4 \pm 2,1$ ёш) бўлган 45 (72%) нафар эркаклар ва 17 (27,4%) аёллар бўлган. II гуруҳда 17 ёшдан 70 ёшгача бўлган (ўртача ёши $49,4 \pm 1,8$ ёш) 36 (69,2%) нафар эркаклар ва 16 (30,7%) нафар аёллар бўлган, яъни гуруҳлар жинси ва ёши бўйича қиёсий бўлган.

Барча беморлар касалхонага шошилинич ётқизилган куни тана ҳарорати ва нафас олиш сони ўлчанган, жигарни объектив текшириш (пальпация, перкуссия), ултратовуш текшируви, кўрсатма бўлганда қорин бўшлиғи органларининг МСКТ ёки КТ текширувлари ўтказилган. Шунингдек қоннинг лаборатор текширувлари, консерватив умумқувватловчи ва симптоматик терапия, ҳамда минимал инвазив жарроҳлик амалиёти (ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция) учун тайёргарлик ўтказилган.

Холедохолитиазга шубҳа бўлса, механик сарикликнинг сабабини аниқлаш ва амалиётдан олдин ўт йўллари анатомиясини ўрганиш учун ЭРХПГ ўтказилган. Агар ўт йўлларининг обтурацияси ёки торайиши аниқланса, қўшимча муолажалар ўтказилган:

- 1) ортиқча сафрони чиқариб ташлаш учун катетер киритиш;
- 2) ўт йўлларида тошларни олиб ташлаш;
- 3) сфинктеротомия: умумий ўт йўлининг ташқи очилиши соҳасидаги кичик кесма қилиш, бу сафронинг нормал чиқиши ва майда тошларнинг чиқиш кетишини таъминлайди.

Эндоскопик папиллосфинктеротомия кўшимча назорат учун қўлланиладиган замонавий рентгенографик ускуналар билан жиҳозланган амалиёт хонасида амалга оширилган.

Муолажа эндоскопик ускуналар ва кесувчи учи бўлган ингичка найчадан иборат бўлган махсус асбоб ёрдамида амалга оширилган.

Асосий процедуралар тугагандан сўнг, кўрсатмаларга мувофиқ тошлар олиб ташланган ва зарурат бўлганда, биопсия ўтказилган.

Электр фаоллаштирилган сувли эритма тайёрлаш учун 1998 йилда “СредазНИИгаз” Тошкент институти ходими С.А.Алехин томонидан ишлаб чиқилган НПФ “Эсперо-1” апаратидан фойдаланилган. “Эсперо-1” типидagi биоэлектроактиваторни тиббиёт ва клиник амалиётда қўлланиладиган дори воситаларини ишлаб чиқариш учун ишлатиш Ўзбекистон Республикаси Фармацевтика кўмитаси томонидан рухсат этилган бўлиб, Академик В.В.Воҳидов номидаги хирургия илмий-амалий маркази ва Тошкент тиббиёт академияси ходимлари томонидан кенг қўлланилган.

Назорат ва асосий гуруҳлардаги барча беморлар 30 % гача ҳолатларда қониқарли аҳволда ва 70% гача ҳолатларда ўртача оғирликда қабул қилинган. Кўп ҳолларда беморлар тана ҳароратининг кўтарилиши, умумий ҳолсизлик ва безовталиқ, кўп терлаш, иштаҳанинг йўқлиги ва ўнг қовурға ёйи ости соҳасидаги оғриқларга шикоят қилиб мурожаат қилган.

Ретроград холангиографик амалиёт ўтказиш вақтида ўт йўлларида бактериологик текшириш учун материаллар олинган. Антибиотикотерапия аниқланган микрофлора ва унинг сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилган. Микроорганизмларнинг сезгирлигини «дискли диффуз» усули билан аниқланган.

Шунингдек нейтрофил лейкоцитларнинг лимфоцитларга, моноцитларга ва эозинофилларга нисбати, яъни интоксикациянинг лейкоцитар индекси (ИЛИ) ва лимфоцитар индекси (ЛИ) алоҳида баҳоланган.

Эндоген интоксикация даражаси 210 нм тўлқин узунлигидаги спектрометрия ёрдамида ўрта молекуляр оғирликдаги пептидлар (МСМ) ҳажми (даражаси) билан баҳоланган.

Қабул қилинган пайтдан бошлаб барча беморларда қондаги умумий билирубин, АЛТ ва АСТ миқдори аниқланган.

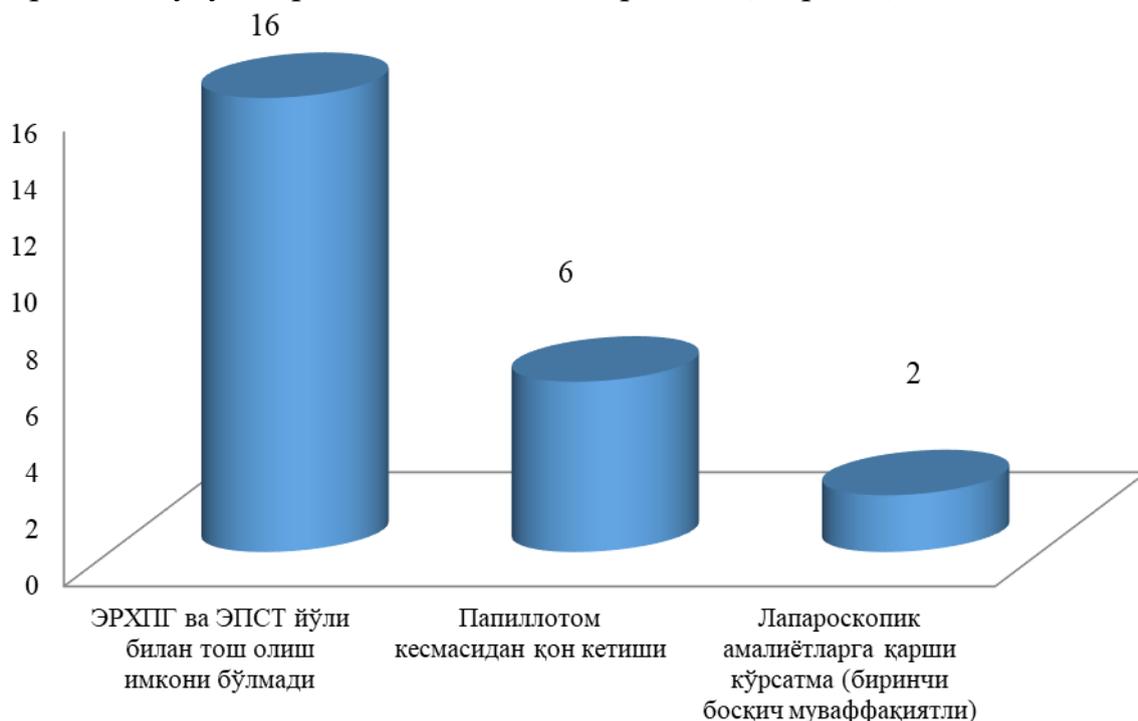
Қон зардобидаги билирубин миқдори Ван ден Берг усули билан аниқланган.

Олинган натижаларни математик қайта ишлаш вариацион статистика усулида олиб борилган. Вариацион статистика усули ёрдамида ўртача арифметик қиймат (M), унинг хатоси ($\pm m$), 95% ишонч оралиғи ДИ, Стьюдента критерийси (t) турли даражадаги аҳамиятлиликда (P) аниқланган. $P < 0,05$ бўлганда натижалар ишончли деб ҳисобланган.

Диссертациянинг «**Холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холецистит билан оғриган беморларни даволашнинг анъанавий усуллари натижалари**» деб номланган учинчи бобида холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган 62 нафар беморда

қўлланилган анъанавий даволаш усуллари самарадорлиги баҳоланган.

16 (25,8%) нафар беморда умумий ўт йўлининг мушак тузилмаларининг кучли спазми фонида тошнинг зич тикилиб ва юқори жойлашиши туфайли амалиётнинг биринчи босқичи муваффақиятсиз тугаган – ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция билан тошларни олиб ташлаш имкони бўлмаган. 6 (9,7%) ҳолатда, даволашнинг биринчи босқичида техник қийинчиликлар туфайли манипуляция пайтида папиллотомия кесмасидан интраоперацион қон кетиши кузатилган. Юқоридаги сабабларга кўра 22 (35,5%) беморда конверсияга ўтиш амалга оширилиб ўткир холецистит фонида организмни юқори интоксикацияси билан бир вақтнинг ўзида холецистэктомия билан бирга умумий ўт йўлларидаги тошларни антеград йўл билан олиш ва ўт йўллари дренажлаш бажарилган. ЭРХПГ ва ЭПСТ ёрдамида тошлар биринчи босқичда муваффақиятли олиб ташланган 40 (64,5%) нафар беморларда умумий детоксикацион ва яллиғланишга қарши консерватив даводан сўнг 7-8 кунга бориб кечиктирилган холецистэктомия амалиётлари ўтказилган: лапароскопик усулда 38 (61,3%) нафар беморларда ва лапароскопик амалиётларга қарши кўрсатмаларга эга бўлган 2 (3,2%) нафар беморда очик лапаротомия бажарилган. Шундай қилиб, беморларнинг назорат гуруҳида 24 (38,7%) ҳолатда жарроҳлик амалиётлари очик усулларда, яъни ўрта лапаротомия усули ёрдамида амалга оширилган (1- расм).



1-расм. Даволашнинг биринчи босқичида очик усулда амалиёт қилинган назорат гуруҳидаги беморларнинг конверсия сабаблари бўйича тақсимланиши

Кўплаб беморларда, 90% дан ортиқ ҳолатларда механик сариклик фонида холангит ва гипербилирубинемия белгилари аниқланган. Ультратовуш текширувида холангитнинг белгилари, интоксикациянинг кучайиши фонида

ўт йўллари деворининг қалинлашиши ва қондаги умумий билирубин миқдорининг асосан бевосита билирубин сабабли кўпайиши билан ифодаланган.

1 расмда кўрсатилганидек биринчи босқичда ўтказилган амалиётларнинг сабаблари бўйича бўлинган беморларда клиник ва жарроҳлик тактикаларининг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, уларни даволаш натижаларини алоҳида таҳлил қилишга қарор қилинган.

ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция ёрдамида ўт йўлларида тошни олиб ташлашнинг иложи бўлмаганлиги сабабли, биринчи босқичда очик усулда амалиёт қилинган назорат гуруҳидаги беморларни даволаш натижаларини таҳлил қилиш.

I назорат гуруҳидаги ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция ёрдамида тошни олиш имкони бўлмаган. 30 (48,4 %) нафар бемордан, 7 (23,3%) нафарда тошлар умумий ўт йўлининг юқори учдан бир қисмида жойлашган, 9 (30%) нафар беморда конкремент локализацияси умумий ўт йўлининг ўрта қисмларида аниқланган, 14 (46,6%) нафар беморларда эса обтурацион тош умумий ўт йўлининг пастки қисмларида жойлашган (2 -расм).



2-расм. ЭРХПГ амалиёти муваффақиятсиз ўтказилган I гуруҳ беморларида конкрементнинг умумий ўт йўлидаги локализацияси.

Ушбу тоифадаги барча беморларга ЭРХПГ ва ЭПСТ амалиёти стандарт усуллардан фойдаланган ҳолда амалга оширилган. 16 (53,3%) нафар беморда тошнинг зич текилиб ва умумий ўт йўлининг юқори учлигида жойлашиши ва тошлар ўлчами камида 7-8 мм ни ташкил қилгани туфайли ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракцияни бажарилиши техник қийинчиликларга дуч келган ва ушбу амалиётларнинг муваффақитсизлигига сабаб бўлган. ЭРХПГ ва папилосфинктротомияни муваффақиятли бажарилганига қарамай, 30-40

дақиқа давомида ўт йўлининг ичидан тошларни олиб ташлаш имкони бўлмаган. Шу сабабли, ушбу амалиётлар тўхтатилиб, амалиётдан олдинги тегишли тайёргарликдан сўнг шошилиш кечиктирилган лапаротомияга ўтишга қарор қилинган. 14 (46,6%) беморда тошлар умумий ўт йўлининг пастки қисмида жойлашганлигига қарамай, тошнинг катталиги ва ўт йўли деворида зич тикилиб турганлиги туфайли, уларни ЭРХПГ ёрдамида ўт йўлидан олишнинг имкони бўлмаган. Бу беморларга ҳам шошилиш кечиктирилган равишда очиқ жарроҳлик усулида амалиётлар ўтказилган.

I таққослаш гуруҳидаги текширилган беморларнинг организм интоксикацияси кўрсаткичлари натижаларини таҳлил қилиш орқали қуйидаги ўзгаришлар аниқланган: даволашнинг биринчи кунларида беморларнинг тана ҳарорати ўртача $38,2 \pm 0,04^\circ\text{C}$ ни ташкил этган. Қонда лейкоцитлар миқдори ўртача $8,1 \pm 0,21 \times 10^9/\text{л}$ бўлган. Ўртача молекулаларнинг ҳажми ўртача $0,176 \pm 0,008$ бирликни ташкил этган. Шунга муносиб равишда ИЛИ ва ЭЧТ ўсиши қайд этилган.

Кейинги даволаш ва кузатиш даврида, ўнинчи кунга келиб, ЭЧТ дан ташқари барча таҳлил қилинган интоксикация кўрсаткичлари нормал чегараларда бўлган.

Беморларнинг аҳволини баҳолашнинг навбатдаги лаборатория мезони биокимёвий кўрсаткичларни ўрганиш бўлган: қондаги билирубин, АЛТ, АСТ миқдори (1-жадвал).

1-жадвал

ЭРХПГ ва ЭПСТ пайтида тошни олиб ташлашнинг имкони бўлмаганлиги сабабли биринчи босқичда очиқ усул билан амалиёт қилинган I гуруҳ беморларда биокимёвий қон параметрларининг динамикаси (n = 30)

Кўрсаткичлар	1 кун	3 кун	5 кун	8 кун	12 кун
Умумий билирубин	$96,6 \pm 4,2$	$42,4 \pm 2,3^{***}$	$32,6 \pm 1,1^{**}$	$19,4 \pm 2,8^{**}$	$18,8 \pm 1,2^*$
Бевосита билирубин	$78 \pm 5,2$	$24,5 \pm 2,1^*$	$15,7 \pm 1,2^{**}$	$3,1 \pm 0,6^{**}$	$2,7 \pm 0,4^{**}$
Билвосита билирубин	$18,4 \pm 3,3$	$17,9 \pm 1,4^*$	$16,9 \pm 0,14^{**}$	$16,3 \pm 0,12^{**}$	$16,1 \pm 0,5^*$
АЛТ	$46,8 \pm 3,3$	$42,1 \pm 3,3^{**}$	$37,3 \pm 2,9^{**}$	$36,1 \pm 1,1^{**}$	$34,8 \pm 1,2^*$
АСТ	$44,6 \pm 4,1$	$39,8 \pm 2,1^{**}$	$33,4 \pm 3,1^{**}$	$32,4 \pm 1,2^{**}$	$31,6 \pm 1,1^*$

Эслатма: * - олдинги кун маълумотларига нисбатан фарқларнинг ишончлилиги сезиларли (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$).

Жарроҳлик амалиётидан сўнг, комплекс даволаш фониди, ушбу кўрсаткичлар бешинчи кун ва ундан кейин нормаллашиш тенденциясига эга бўлди ва 8-9 кунларда улар нормал қийматлар даражасида бўлган.

Ушбу тоифадаги беморларни стационар даволанишининг ўртача давомийлиги $12 \pm 1,2$ кунни ташкил этган.

Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, назорат гуруҳидаги 5 нафар беморда биринчи босқичдаги амалиётларнинг муваффақиятли ўтганига, яъни ЭРХПГ, ЭПСТ ва литотэкстракция ёрдамида ўт йўлларидаги тошлар олиб ташланганига қарамай, лапароскопик амалиётларга мавжуд бўлган қарши кўрсатмалар туфайли, ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция амалиётдан кейин бир кун ўтгач, тегишли тайёргарликдан сўнг очик холецистэктомия амалиёти амалга оширилган.

Ушбу тоифадаги беморлар учун стационар даволанишнинг ўртача давомийлиги ҳам 12-13 кунни ташкил этган.

Назорат гуруҳидаги беморларни даволаш натижаларини таҳлил қилиш, иккинчи босқичда лапароскопик усулда амалиёт бажарилган (холецистэктомия).

Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, назорат гуруҳидаги 40 (64,5%) беморларда биринчи босқичда ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция муваффақиятли бажарилган, умумий дезинтоксикация ва яллиғланишга қарши консерватив терапиядан сўнг, кечиктирилган амалиётлар 7-8 кунда лапароскопик усулда холецистэктомия бажарилган. Амалиётлар STEMA номли лапароскопик ускунаси ёрдамида амалга оширилган.

Назорат гуруҳидаги беморларда лапароскопик амалиётларнинг ўртача давомийлиги ўртача $57,7 \pm 3,4$ дақиқани ташкил этган.

Лапароскопик усулда амалиёт бажарилган I гуруҳдаги текширилган беморлар организмнинг интоксикация кўрсаткичлари натижаларини таҳлил қилиш қуйидаги ўзгаришларни берган: даволанишнинг биринчи кунда беморларнинг тана ҳарорати ўртача $38,3 \pm 0,06^{\circ}\text{C}$, қондаги лейкоцитлар микдори ўртача $8,3 \pm 0,18 \times 10^9/\text{л}$. Ўртача молекулаларнинг ҳажми ўртача $0,182 \pm 0,018$ бирликни ташкил этган. Худди шундай, ИЛИ ва ЭЧТ ошиши қайд этилган.

Кейинги даволаш ва кузатишнинг ўнинчи кунига келиб, қон ЭЧТ дан ташқари барча таҳлил қилинган интоксикация кўрсаткичлари нормал чегараларда бўлган.

Беморларнинг аҳволини баҳолаш учун қуйидаги биокимёвий лаборатория мезонлари кўрсаткичлари ўрганилган: қонда билирубин, АЛТ, АСТ (2-жадвал).

Жарроҳлик амалиётидан сўнг, комплекс даволаш фониди, бу кўрсаткичлар бешинчи кун ва ундан кейин нормаллашишга мойил бўлган ва 8-9 кун ичида улар нормал қийматлар чегарасига етган.

Шундай қилиб, холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холецистит билан оғриган беморларда умумий билирубин (бевосита билирубин туфайли) кўрсаткичлари қабул қилинган кунда нормадан сезиларли даражада юқори бўлган ва даволаниш давомида аста-секин амалиётдан кейинги 8-9 кунларда нормаллашган.

I гуруҳ беморларда биокимёвий қон параметрларининг динамикаси, лапароскопик усулда амалиёт бажарилган (n=40).

Кўрсаткичлар	1 кун	3 кун	5 кунлик	8 кун	12 кунлик
Умумий билирубин	97,7 ±3,4	48,5±2,7***	29,5 ±1,4**	18,6±2,4**	18,1 ±1,3**
Билирубин бевосита	79 ±3.8	22,6 ±1,9*	13,8 ±1,1**	3,0 ±0,4**	2,5 ±0,3**
Билирубин билвосита	18,5 ±2,8	17,6 ±1,3*	16,8±0,11**	16,6±0,1**	16,1 ±0,4**
АЛТ	45,7 ±2,8	40,3 ±3,5**	37,6±2,9**	37,2±1,3**	33,9 ±1,4*
АСТ	43,8 ±3,7	38,6 ±2,7**	35,9±2,3**	32,4±1,7**	31,6 ±1,3**

Эслатма: * - олдинги кун маълумотларига нисбатан фарқларнинг ишончлилиги сезиларли (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$).

Стационар даволанишнинг ўртача давомийлиги $12,6 \pm 1,8$ кунни ташкил этган.

ЭРХПГ ва ЭПСТ вақтида умумий ўт йўли девори мушакларининг спазмини бартараф этиш усуллари тақомиллаштириш ушбу тоифадаги беморларни даволаш натижаларини яхшилашга ёрдам берган, бу эса ўт йўли деворининг спазми туфайли сиқилган тошларни олишни осонлаштирган.

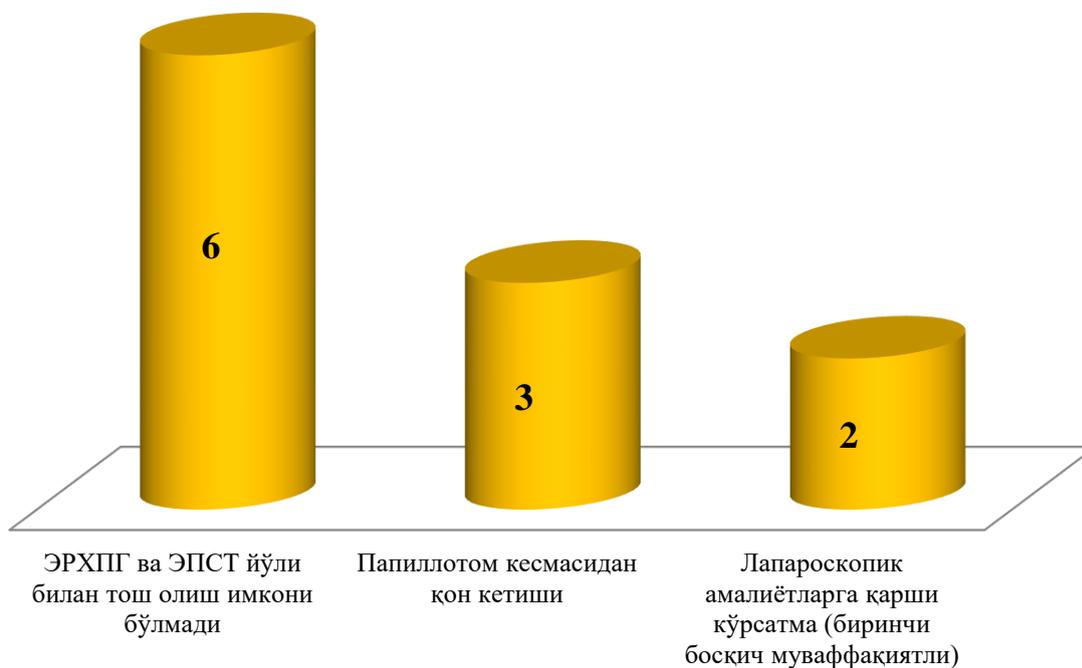
Тадқиқотимизнинг кейинги боби ушбу муаммони ҳал қилишга ва холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холециститли беморларни даволаш натижаларини яхшилашга бағишланган.

Диссертациянинг «Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ўтказишда холедохолитиазли беморларда нитроглицеринни қўллаш самарадорлигини баҳолаш» деб номланган тўртинчи бобида холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холециститли беморларни даволаш самарадорлигини баҳолаш натижалари келтирилган, ўт йўллариининг кенгайишига олиб келадиган силлиқ мушак кучли релаксанти бўлган нитроглицерин қўлланилган.

II гуруҳда 52 нафар бемор текширилган. Ушбу беморларнинг барчасига ташхис қўйилгандан сўнг куйидаги даволаш усули қўлланилган, жумладан: биринчи босқичда ЭРХПГ ва ЭПСТ амалиётлари бемор тил остига нитроглицерин таблеткаларини 0,5 мг дозада қабул қилганидан 3-5 минут ўтгач амалга оширилган. Агар амалиётнинг биринчи босқичи муваффақиятли яқунланган бўлса, фаол инфузион-дезинтоксикация ва симптоматик терапия ўтказилган. Зарарланган ўчоғда ўткир яллиғланиш жараёнини бартараф этгандан ва интоксикация кўрсаткичлари, қондаги билирубин даражаси нормаллашгандан сўнг, шунингдек, 7-8 кун ичида жарроҳлик аралашувининг иккинчи босқичи холецистэктомия амалга оширилган. Иккинчи гуруҳдаги 6 (11,5%) беморларда умумий ўт йўлининг мушак тузилмаларининг кучли спазми фонида тошнинг зич ва юқори жойлашиши туфайли амалиётнинг биринчи босқичи ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция бажариш имкони

бўлмаган. 3 (5,7%) ҳолатда техник қийинчиликлар туфайли манипуляция биринчи босқичи вақтида папиллотомия кесмасидан қон кетиш кузатилган. 9 (17,3%) беморда ўткир холецистит фонида организмнинг юқори интоксикацияси ва перитонит белгилалари бўлганлиги сабабли бир вақтнинг ўзида холедохолитотомия ва холецистэктомия, холедохни дренажлаш бажарилган. 43 (82,6%) беморда биринчи босқичда муваффақиятли ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция амалиёти бажарилган. 41 (78,8%) беморда умумий дезинтоксикация ва яллиғланишга қарши консерватив терапиядан сўнг 7-8 кунларда кечиктирилган амалиётлар: лапароскопик усулда холецистэктомия бажарилган, 2 беморда биринчи босқич муваффақиятли бажарилгандан сўнг, иккинчи босқичда лапароскопик амалиётларга қарши кўрсатмалар мавжудлиги сабабли 7-8 кун ичида очик лапаротомия усули ёрдамида холецистэктомия бажарилган. 5 (8,0%) беморда лапароскопик амалиётларга қарши кўрсатмалар бўлганлиги сабабли амалиётнинг иккинчи босқичи режали равишда традицион очик усулда холецистэктомия бажарилган.

Шундай қилиб, иккинчи гуруҳдаги беморлардан фақат 11 (21,1%) ҳолатда амалиётлар очик усулда традицион амалга оширилган (3-расм). Улардан 2 нафар беморда амалиётнинг биринчи босқичи ЭРХПГ, ЭПСТ ва - литоэкстракцияни муваффақиятли бажарилган ва 7-8 кунларда иккинчи босқич очик усулда амалга оширилган. 9 нафар беморда амалиётнинг биринчи босқичи муваффақиятли бажариш имкони бўлмаган, шу сабабли очик усулда амалиётлар бажарилган.



3-расм. II гуруҳ беморларнинг тақсимланиши. Даволашнинг биринчи босқичида турли сабабларга кўра очик усулда амалиёт бажарилган.

II гуруҳдаги беморлар организмида интоксикация кўрсаткичлари натижаларини таҳлил қилиш орқали қуйидаги ўзгаришлар аниқланган: даволашнинг биринчи кунда тана ҳарорати $38,4 \pm 0,07$ оралиғида ўзгарган.

Умумий қон таҳлилида лейкоцитлар миқдори ўртача $8,3 \pm 0,21 \times 10^9/\text{л}$ ни ташкил этган. Ўртача молекулаларнинг ҳажми $0,181 \pm 0,009$ бирлик оралиғида ўзгарган. ЭЧТ ва ИЛИ нинг ошиши ҳам кузатилган.

Кўп ҳолларда, 48 (92,3%) беморда механик сариқлик фонида холангит ва гипербилирубинемия белгилари аниқланган. Ультратовуш текширувида холангит белгилари, интоксикациянинг кучайиши фонида ўт йўллари деворининг қалинлашиши ва қонда асосан билвосита билирубин туфайли умумий билирубин миқдорининг кўпайиши пайдо бўлган.

Клиник ва жарроҳлик тактикасининг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, 3-расмда кўрсатилган биринчи босқичда очиқ лапаротомия орқали амалга оширилган амалиётларнинг сабабларига кўра бўлинган беморлар худди назорат гуруҳидаги беморлар каби алоҳида таҳлил қилинган.

Биринчи босқичда ЭРХПГ ва ЭПСТ пайтида конкрементни олиб ташлашнинг имкони йўқлиги сабабли очиқ усул ёрдамида амалиёт бажарилган иккинчи гуруҳ беморларини даволаш натижалари таҳлил қилинган.

ЭРХПГ пайтида конкрементни олиб ташлашнинг имкони бўлмаган иккинчи гуруҳдаги 9 беморнинг 4 тасида (44,4%) конкремент умумий ўт йўлининг юқори учлигида, 3 тасида (33,3) ўрта учлигида, 2 (22,2%) беморда тўсқинлик қилувчи конкремент умумий ўт йўлининг пастки учлигида жойлашган (4-расм).



4-расм. ЭРХПГ пайтида конкрементни олиб ташлашнинг имкони бўлмаган II гуруҳдаги беморларда умумий ўт йўлидаги тошнинг локализацияси.

Ушбу беморларнинг барчасида, шунингдек, I гуруҳ беморлари сингари қабул қилинган пайдан бошлаб кенг қамровли диагностика текшируви билан параллел равишда умумий детоксикация ва симптоматик даво олиб борилган.

Лаборатория маълумотларидан биринчи навбатда қонда умумий интоксикация, билирубин, АЛТ ва АСТ кўрсаткичлари ўрганилган.

Ушбу беморларнинг барчасида тошларнинг ўлчами 7-8 мм.дан кам бўлмаган, бу 30-40 дақиқа давомида ЭРХПГ ва ЭПСТ, литоэкстракциянинг бажариш муваффақиятсиз бўлишининг асосий сабаби бўлган. Шу муносабат билан манипуляцияни тўхтатиш ва белгиланган очик усулдаги амалиётдан олдинги тайёргарликдан сўнг шошилиш кечиктирилган лапаротомияга ўтишга қарор қилинган.

Текширилаётган беморларнинг организмида интоксикация кўрсаткичлари натижаларини таҳлил қилиш орқали қуйидаги ўзгаришлар аниқланган: даволашнинг биринчи кунда беморларнинг тана ҳарорати ўртача $38,4 \pm 0,007$ ни ташкил этган. Қонда лейкоцитлар миқдори ўртача $8,3 \pm 0,21 \times 10^9$ /л ни ташкил этган. Ўртача молекулаларнинг ҳажми ўртача $0,181 \pm 0,009$ бирликни ташкил этди. Худди шундай, ИЛИ ва ЭЧТ кўрсаткичи ўсиши қайд этилган.

Кейинги даволаниш ва кузатиш давомида саккизинчи кунга келиб, қон таҳлилларидан ЭЧТ дан ташқари барча таҳлилларда интоксикация кўрсаткичлари нормал кўрсаткичда бўлган, бу биринчи гуруҳдаги беморлар учун мос келадиган кўрсаткичлардан ўртача 2 кун олдинда бўлган.

Беморларнинг аҳволини баҳолаш учун қуйидаги биокимёвий лаборатория мезонлари кўрсаткичлари ўрганилди: қонда билирубин, АЛТ, АСТ (3- жадвал).

3-жадвал

II гуруҳдаги беморларда биокимёвий қон кўрсаткичларининг динамикаси, ЭРХПГ ва ЭПСТ литоэкстракция вақтида тошни олиб ташлашнинг имкони йўқлиги сабабли биринчи босқичда очик усулда амалиёт бажарилган (n=9)

Кўрсаткичлар	1-кун	3-кун	5-кун	8-кун	12-кун
Умумий билирубин	$98,4 \pm 3,3$	$41,5 \pm 1,9^{***}$	$30,4 \pm 1,2^{**}$	$18,6 \pm 2,8^{**}$	$18,2 \pm 1,3^{**}$
Билирубин бевосита	$79,7 \pm 53,3$	$23,6 \pm 1,4^*$	$13,7 \pm 1,1^{**}$	$3,5 \pm 0,3^{**}$	$2,1 \pm 0,1^{**}$
Билирубин билвосита	$18,6 \pm 2,7$	$17,9 \pm 1,4^*$	$16,6 \pm 0,17^{**}$	$15,1 \pm 0,14^{**}$	$16,1 \pm 0,4^{**}$
АЛТ	$47,9 \pm 3,1$	$40,1 \pm 3,1^{**}$	$38,8 \pm 0,9^{**}$	$39,1 \pm 1,3^{**}$	$34,5 \pm 0,9^*$
АСТ	$45,8 \pm 3,7$	$35,1 \pm 1,3^{**}$	$33,4 \pm 0,8^{**}$	$31,9 \pm 1,1^{**}$	$31,4 \pm 0,8^{**}$

Эслатма: * - олдинги кун маълумотларига нисбатан фарқларнинг аҳамияти сезиларли (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$).

Жарроҳлик амалиётидан сўнг, комплекс даволаш фониди, бу кўрсаткичлар бешинчи кун ва ундан кейин нормаллашган ва 8-9 кунларда улар нормал қийматларда бўлган.

Ушбу тоифадаги беморлар учун стационар даволанишнинг ўртача давомийлиги $12 \pm 1,2$ кунни ташкил этган.

Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, 2 беморда лапароскопик аралашувларга қарши кўрсатма бўлганлиги сабабли биринчи босқичда муваффақиятли ЭРХПГ ва ЭПСТ, литоэкстракциядан 1 кун ўтгач амалиётдан олдинги тегишли тайёргарликдан сўнг очик усулда холецистэктомия амалга оширилган.

Бу амалиётларнинг барчаси умумий анестезия ёрдамида юқори-ўрта лапаротомия орқали амалга оширилган. Ушбу беморларнинг биокимёвий кўрсаткичлари ва интоксикация кўрсаткичлари ушбу гуруҳнинг юқорида таҳлил қилинган беморларидан унчалик фарқ қилмаган.

Ушбу тоифадаги беморлар учун стационар даволанишнинг ўртача давомийлиги ҳам 12-13 кунни ташкил этган.

Шуни таъкидлаш керакки, биринчи босқичда ЭРХПГ ва ЭПСТ литоэкстракция имкони йўқлиги сабабли очик усулда амалиёт бажарилган I-II гуруҳ беморлари ўртасида ўтказилган қиёсий таҳлилда кўрсаткичлар натижалари сезиларли даражада фарқлар бўлмаган.

Шу билан бирга, ушбу тоифадаги беморларнинг II гуруҳдаги (21,1%) I гуруҳга (70,9%) нисбатан кескин камайганлиги диққатга сазовордир. Бу ЭРХПГ ва ЭПСТ вақтида нитроглицериннинг ижобий спазмолитик таъсири билан боғлиқ бўлиб, умумий ўт йўлидан тошларни муваффақиятли олинган беморлар сонининг кўпайишига ёрдам берган.

Иккинчи босқичда лапароскопик усулда (холецистэктомия) амалиёт бажарилган II гуруҳ беморларининг даволаш натижаларини таҳлил қилинган.

Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, II гуруҳдаги 43 (82,6%) беморларда биринчи босқичда ЭРХПГ ва ЭПСТ литоэкстракция билан муваффақиятли тошлар олиб ташланган, умумий дезинтоксикация ва яллиғланишга қарши консерватив давондан сўнг, 41 (78,8%) беморда давонинг 7-8 кунда лапароскопик усулда холецистэктомия амалиёти бажарилган.

Лапароскопик усулда амалиёт қилинган текширилаётган беморларнинг организмида интоксикация кўрсаткичлари натижаларини таҳлил қилиш натижасида қуйидаги ўзгаришлар аниқланган: даволашнинг биринчи кунда беморларнинг тана ҳарорати ўртача $38,6 \pm 0,07^{\circ}\text{C}$. Қонда лейкоцитлар миқдори ўртача $8,50 \pm 0,11 \times 10^9/\text{л}$ ни ташкил этган. Ўртача молекулаларнинг ҳажми ўртача $0,188 \pm 0,014$ бирликни ташкил этган. Худди шундай, ИЛИ ва ЭЧТ ўсиши қайд этилган.

Кейинги даволаш ва кузатув давомида, ўнинчи кунга келиб, ЭЧТ дан ташқари барча таҳлил қилинган қондаги интоксикация кўрсаткичлари нормал чегараларда бўлган.

Беморларнинг ахволини баҳолашнинг қуйидаги лаборатория мезонлари биокимёвий кўрсаткичлар ўрганилган: қондаги билирубин, АЛТ, АСТ (4-жадвал).

II гуруҳ беморларда қоннинг биокимёвий параметрларининг динамикаси, лапароскопик усулда амалиёт бажарилган (n=22)

Кўрсаткичлар	1-кун	3-кун	5-кун	8-кун	12-кун
Умумий билирубин	97,9 ±3,1	44,7±2,5***	27,7 ±1,3**	18,3 ±1,7**	17,8 ±1,6**
Билирубин бевосита	79,6 ±2,1	27,3 ±1,8*	11,2±1,2**	2,3 ±0,3**	2,0 ±0,2**
Билирубин билвосита	18.3 ±2.3	17,4 ±1,1*	16,5±0,13**	16,0 ±0,2**	15,8 ±0,3**
АЛТ	48.9 ±2.1	42,0 ±3,1**	37,3 ±2,2**	37,0 ±1,2**	32,8 ±1,3*
АСТ	47.3 ±3.2	39,1 ±2,1**	32,2 ±1,9**	29,7 ±1,2**	29,4 ±1,1**

Эслатма: * - олдинги кун маълумотларига нисбатан сезиларли фарқларнинг ишончлилиги (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$).

Ушбу кўрсаткичлар бешинчи кун ва ундан кейин нормаллашишга мойил бўлган ва 8-9 кун ичида улар нормал қийматларни кўрсатган.

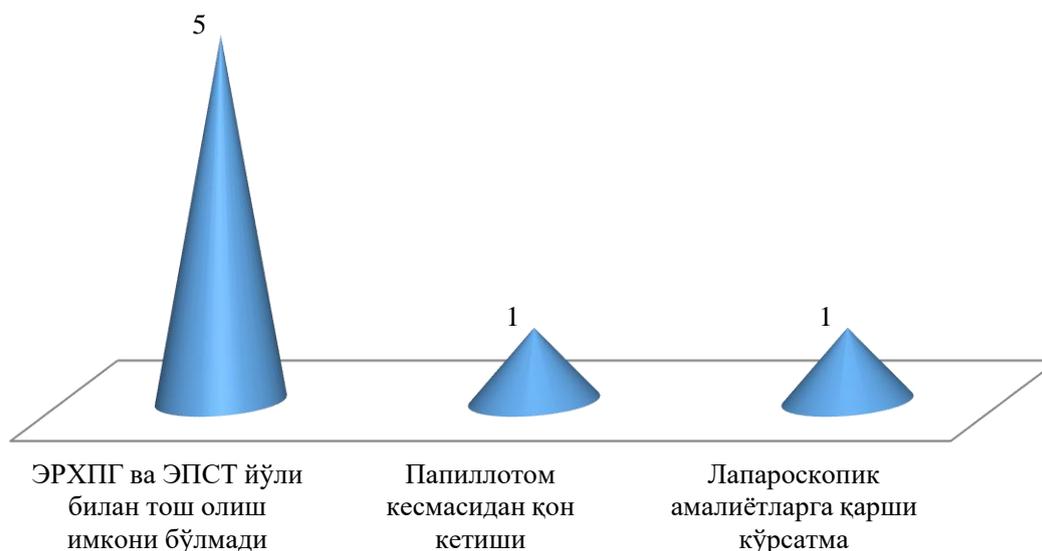
Шуни таъкидлаш керакки, билирубинни нормаллашиш вақти, шунингдек, қонда интоксикация кўрсаткичлари. I ва II гуруҳда беморларда сезиларли фарқ қилмаган.

Диссертациянинг «Холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холециститли беморларни даволашда нитроглицерин ва ЭАР қўллаш билан минимал инвазив усуллардан фойдаланиш» деб номланган бешинчи бобида Холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холецистит билан оғриган 46 беморнинг самарадорлигини баҳолаш натижалари тақдим этилган. Бунда II гуруҳда қўлланилган даволаш комплексига холангит жараёнини бартараф этиш вақтини тезлаштириш мақсадида микробларга ва яллиғланишга қарши, антибактериал таъсири ифодаланган ЭАР-А нинг электроактивланган сувли эритмаси билан холедохни ретроград лаваж қилиш қўшилган.

Учинчи гуруҳдаги 46 нафар текширилган беморнинг 41 нафарида (89,1%) амалиётнинг биринчи босқичи муваффақиятли ўтган ва умумий ўт йўлидан конкрементни тўлиқ олиш билан яқунланган. ЭРХПГ ва ЭПСТ, литоэкстракция муваффақиятли яқунланган учинчи гуруҳ беморларида амалиётнинг биринчи босқичининг давомийлиги ўртача $35,4 \pm 1,9$ дақиқани ташкил этган.

Бундай беморларнинг барчасида зарарланиш ўчоғидаги ўткир яллиғланиш жараёни бартараф этилгандан сўнг, қонда интоксикация ва билирубин кўрсаткичлари нормаллашганлиги сабабли 5-6 кунда жарроҳлик аралашувининг иккинчи босқичи холецистэктомиялар амалга оширилган. Учинчи гуруҳдаги 5 (10,8%) беморларда тошнинг умумий ўт йўлининг юқори қисмида жойлашиши ва ўт йўли деворига тиқилиб туриши, мушак

тузилмаларининг кучли спазми фонида амалиётнинг биринчи босқичи ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракцияни муваффақиятли тугатиш имкони бўлмаган. 1 (2,1%) ҳолатда техник қийинчиликлар туфайли пайтида биринчи манипуляция вақтида папиллотомиядан кейинги кесмадан қон кетиш кузатилган. 5 (10,8%) беморда ўткир тошли холецистит фонида организмдаги кучли интоксикация ва перитонит мавжудлиги сабабли очик усулда холедохолитотомия ва холецистэктомия, антеград йўл билан холедохни дренажлаш бажарилган. 41 (89,1%) беморларнинг биринчи босқичда ЭРХПГ ва ЭПСТ ёрдамида тошлар муваффақиятли олиб ташланган, 40 (97,5%) беморда умумий дезинтоксикация ва яллиғланишга қарши консерватив даврдан сўнг, 5-6 кунга келиб кечиктирилган амалиётлар: холецистэктомия лапароскопик усулда бажарилган. 1 (2,1%) беморда иккинчи босқичда лапароскопик амалиётларга қарши кўрсатма мавжудлиги сабабли, муваффақиятли ЭРХПГ ва ЭПСТ, литоэкстракциядан сўнг 6-кунда очик лапаротомия усули ёрдамида холецистэктомия ўтказилган.



5-расм. III гуруҳ беморларининг тақсимланиши, биринчи босқичда турли сабаблар билан конверсия ва очик усулда амалиёт бажарилган.

Шундай қилиб, учинчи гуруҳ беморларида, фақат 7 (15,2%) ҳолатда, амалиётлар ўрта лапаротомиядан фойдаланган ҳолда очик усулда амалга оширилган (5-расм).

III гуруҳ беморларнинг организмда интоксикация кўрсаткичлари натижаларини таҳлил қилиш орқали қуйидаги ўзгаришлар аниқланган: даволашнинг биринчи кунда тана ҳарорати $38,8 \pm 0,06$ оралиғида ўзгарган. Умумий қон таҳлилида лейкоцитлар миқдори ўртача $8,7 \pm 0,17$ ни ташкил этган. Ўртача молекулаларнинг ҳажми $0,192 \pm 0,011$ оралиғида ўзгарган. Қонда ЭЧТ ва ИЛИ нинг ортиши ҳам кузатилган.

Кўп ҳолларда 44 (95,6%) беморларда механик сариклик фонида холангит ва гипербилирубинемия белгилари намоён бўлган.

5-расмда таснифланган биринчи босқичда турли сабаблар билан конверсия ва очик усулда амалиёт бажарилган беморларда олдинги гуруҳдаги каби, клиник ва жарроҳлик тактикасининг ўзига хос хусусиятлари алоҳида таҳлил қилинган.

Учинчи гуруҳ беморларининг даволаш натижаларини таҳлил қилиш, биринчи босқичда ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция вақтида тошни олиб ташлашнинг имконсизлиги сабабли очик усулдан фойдаланган ҳолда амалиёт бажарилган.

ЭРХПГ вақтида тошни олиб ташлашнинг имкони бўлмаган учинчи гуруҳдаги 4 беморнинг 2 (50%) тасида конкремент умумий ўт йўлининг юқори учлигида, 1 (25%) тасида умумий ўт йўлининг ўрта учлигида жойлашган, 1 (25%) тасида конкремент умумий ўт йўлининг пастки учлигида жойлашган.

Ушбу беморларнинг барчасида тошларнинг ўлчами 7-8 мм.дан кам бўлмаган, бу 30-40 дақиқа давомида ЭРХПГ ва ЭПСТ, литоэкстракциянинг бажариш муваффақиятсиз бўлишининг асосий сабаби бўлган. Шу муносабат билан манипуляцияни тўхтатиш ва белгиланган очик усулдаги амалиётдан олдинги тайёргарликдан сўнг шошилиш кечиктирилган лапаротомияга ўтишга қарор қилинган.

III гуруҳдаги беморларда очик амалиётларнинг ўртача давомийлиги $65 \pm 3,1$ дақиқани ташкил этган.

Қорин бўшлиғидан дренаж найлар 5-6-куни олинган. Даволашнинг 8-9-кунида холедохдан дренаж олинган.

III гуруҳ беморларнинг организмида интоксикация кўрсаткичлари натижаларини таҳлил қилиш орқали қуйидаги ўзгаришлар аниқланган: даволашнинг биринчи кунида беморларнинг тана ҳарорати ўртача $38,8 \pm 0,06$ ни ташкил этган. Қон лейкоцитларининг сони ўртача $8,7 \pm 0,17 \times 10^9/\text{л}$ бўлган. Ўртача молекулаларнинг ҳажми ўртача $0,192 \pm 0,011$ бирликни ташкил этган. Худди шундай, ИЛИ ва ЭЧТ ўсиши қайд этилган.

Кейинги даволаниш ва кузатиш давомида саккизинчи кунга келиб, қон ЭЧТ дан ташқари барча таҳлил қилинган интоксикация кўрсаткичлари нормал қийматда бўлган. Бу натижага биринчи ва иккинчи гуруҳдаги беморлар учун тегишли кўрсаткичлардан ўртача икки кун олдин эришилган.

Беморларнинг аҳволини баҳолашнинг қуйидаги лаборатория мезонлари биокимёвий кўрсаткичлар ўрганилган: қондаги билирубин, АЛТ, АСТ (5-жадвал).

Бешинчи кун ва ундан кейин барча биокимёвий кўрсаткичлар нормаллашишга мойил бўлган ва 7-8 кун ичида улар нормал даражада келган.

Ушбу тоифадаги беморлар учун стационар даволанишнинг ўртача давомийлиги $12 \pm 1,2$ кунни ташкил этган.

III гуруҳдаги беморларнинг қон биокимёвий кўрсаткичлари динамикаси, биринчи босқичда ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция имконсизлиги сабабли беморларда очиқ усулда амалиёт бажарилган (n=6).

Кўрсаткичлар	1 кун	3 кунлик	5 кунлик	8 кун	12 кунлик
Умумий билирубин	99,3 ±2,7	28,3±1,9**	19,4±1,1**	17,9±1,3**	17,7±1,1**
Билирубин бевосита	80.2 ±2.6	11,4 ±1,2*	5,7 ±0,9**	3,3 ±0,3**	2,1 ±0,1**
Билирубин билвосита	19.1 ±1.8	16,9 ±1,3*	14,9±1,1**	14,6±1,3**	14,6±0,4**
АЛТ	49,9 ±2,9	41,1±2,3**	35,7±0,8**	34,1±1,3**	33,7 ±0,8*
АСТ	48.1 ±1.9	39,1±1,1**	29,8±0,8**	36,7±1,2**	26,4±0,7**

Эслатма: * - олдинги кун маълумотларига нисбатан фарқларнинг аҳамияти сезиларли (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$).

Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, III гуруҳ беморларда, биринчи босқичга ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция муваффақиятли бўлишига қарамасдан, қорин бўшлиғида лапароскопик аралашувларга мавжуд бўлган қарши кўрсатмалар туфайли, бир беморда ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция амалиётдан бир кун ўтгач, тегишли амалиётдан олдинги қисқа тайёргарлик сўнг очиқ усулда холецистэктомия бажарилган. Жарроҳлик амалиёти умумий анестезия остида, юқори-ўрта лапаротомия орқали амалга оширилган. Жарроҳлик амалиёти давомийлиги $65 \pm 3,1$ дақиқа ташкил этган. Амалиётдан кейинги дастлабки давр муаммосиз ўтган. Амалиётдан кейинги 5-куни қорин бўшлиғидан дренаж най олинган. Бемор даволанишнинг 9-кунида касалхонадан чиқарилган.

Шуни таъкидлаш керакки, III гуруҳдаги беморларнинг қиёсий таҳлилида амалиётлар давомийлиги олдинги гуруҳлардаги беморларнинг амалиётлари давомийлигидан сезиларли даражада фарқ қилмаган. Ушбу тоифадаги барча беморларда ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция бажариш имкони бўлмаганлиги сабабли бир хил жарроҳлик тактикалари қўлланилган.

III гуруҳ беморлари даволаш натижаларини таҳлил қилиш, иккинчи босқичда лапароскопик амалиёт бажарилган.

Юқорида қайд этилганидек, асосий гуруҳдаги беморларнинг 41(89,1%) нафаридан биринчи босқичда ЭРХПГ ва ЭПСТ ёрдамида литоэкстракция ёрдамида муваффақиятли бажарилган ва умумий дезинтоксикация ва яллиғланишга қарши консерватив даврдан сўнг 40 (86,9%) нафарида 5-6 кунларда кечиктирилган амалиётлар: лапароскопик усулда холецистэктомия амалга оширилган.

Бир беморда лапароскопик амалиётга қарши кўрсатма бўлганлиги сабабли традицион холецистэктомия амалга оширилди.

Лапароскопик усулда амалиёт бажарилган III гуруҳдаги текширилган беморлар организмнинг интоксикация кўрсаткичлари натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатганки, даволанишнинг биринчи кунда беморларнинг тана ҳарорати ўртача $38,8 \pm 0,06^{\circ}\text{C}$ ни ташкил этган. Қонда лейкоцитлар миқдори ўртача $8,7 \pm 0,14 \times 10^9/\text{л}$. Ўртача молекулаларнинг ҳажми ўртача $0,192 \pm 0,016$ бирликни ташкил этган. Худди шундай, ИЛИ ва ЭЧТ ошиши қайд этилган.

Кейинги даволаниш ва кузатувнинг ўнинчи кунда, қон ЭЧТ кўрсаткичидан ташқари барча таҳлил қилинган интоксикация кўрсаткичлари нормал даражада бўлган.

Беморларнинг аҳволини баҳолашнинг қуйидаги лаборатория мезонлари биокимёвий кўрсаткичлар ўрганилган: қондаги билирубин, АЛТ, АСТ (6-жадвал).

6-жадвал

III гуруҳдаги беморларда қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари динамикаси, лапароскопик усулда амалиёт бажарилган (n=22).

Кўрсаткичлар	1-кун	3-кун	5-кун	8-кун	12-кун
Умумий билирубин	$98,9 \pm 2,9$	$22,2 \pm 1,3^{***}$	$18,1 \pm 1,1^{**}$	$17,3 \pm 1,2^{**}$	$17,1 \pm 1,46^{**}$
Билирубин бевосита	$79,9 \pm 1,9$	$6,7 \pm 0,8^*$	$3,1 \pm 0,4^{**}$	$2,7 \pm 0,3^{**}$	$1,8 \pm 0,3^{**}$
Билирубин билвосита	$19,0 \pm 1,1$	$15,5 \pm 1,1^*$	$15,0 \pm 0,12^{**}$	$14,6, \pm 0,3^{**}$	$15,8 \pm 0,4^{**}$
АЛТ	$40,7 \pm 1,3$	$39,4 \pm 1,1^{**}$	$33,4 \pm 2,1^{**}$	$30,0 \pm 1,2^{**}$	$30,0 \pm 1,3^*$
АСТ	$46,1 \pm 2,3$	$32,1 \pm 1,8^{***}$	$26,9 \pm 1,3^{***}$	$26,7 \pm 0,9^{***}$	$26,4 \pm 1,1^{***}$

Эслатма: * - олдинги кун маълумотларига нисбатан фарқларнинг ишончлилиги сезиларли (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$).

Бу кўрсаткичлар бешинчи кун ва ундан кейин нормаллашишга мойил бўлган ва 5-6 кунларда улар нормал чегарада бўлган.

Шундай қилиб, III гуруҳ беморларида олиб борган тадқиқотимиз уларни I ва II гуруҳдаги беморларни даволаш натижалари билан қиёсий таҳлил қилганда муҳим амалий аҳамиятга эга бўлган қуйидаги хусусиятларни аниқланган: (7-жадвал).

I-, II-, III - гуруҳлардаги беморлар асосий кўрсаткичларнинг қиёсий натижалари

№	Кўрсаткичлар	Беморлар гуруҳлари		
		I (n= 62)	II (n=52)	III (n= 46)
1	ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция муваффақиятсиз тугади	16 (25,8%)	6 (11,5 %)	5 (10,8%)
2	Муваффақиятли ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция сони	40 (64,5%)	43 (82,6 %)	41 (89,1%)
3	Папиллотомия кесмасидан қон кетиши	6 (9,7%)	3 (5,7 %)	1(2,1%)
4	Мажбурий бир босқичли очик холецистэктомия холедохолитотомия билан бирга	22 (35,5 %)	9 (17,3 %)	5(10,8%)
5	Лапароскопик холецистэктомияга қарши кўрсатмалар	2 (3,2 %)	2 (3,8 %)	1(2,1%)
6	Муваффақиятли ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция ўртача давомийлиги	52,2±2,8 мин	32,8±2,4 мин	35,4 ±1,9 мин
7	Иккинчи босқичда очик холецистэктомия амалиётлари сони	2 (3,2%)	2(3,8%)	1(2,1%)
8	Лапароскопик холецистэктомия сони	36 (58,1%)	41 (78,8%)	40 (86,9%)
9	Очик усулда бажариладиган амалиётлар ўртача давомийлиги	67±3,3 мин	66±2,9 мин	65±3,1 мин
10	Қорин бўшлиғидан дренаж найларнинг олиш вақти.	9-10 кун	7 кун	5-6 кун
11	Лапароскопик усулда бажарилган амалиётлар ўртача давомийлиги	57,6±3,4 мин	54,1±2,6 мин	46,3±2,7 мин
12	Узоқ муддатли холангитли беморлар сони	11 (17,7%)	5 (9,6%)	-
13	Билирубинни нормаллашиш муддати	8-9 кун	6-7 кун	3 кун
14	Интоксикация кўрсаткичларини нормаллашиш муддати	7-8 кун	5-6	3-4 кун
15	Ўрин кунларининг ўртача давомийлиги	12,6±1,8	10±1,2	8,4±1,7

ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция ёрдамида умумий ўт йўлидан тош олиб ташланганидан кейин 3-4 кун ичида ЭАР-А ёрдамида ретроград санация ва умумий ўт йўлини назобилиар зонд орқали лаваж қилш узок муддатли холангитнинг асоратларини 17,7% га камайтирган, умумий билирубинни нормаллашиш вақтини ва организмнинг интоксикациясини 8 кундан 3-4 кунгача тезлаштирган.

Холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холециститли беморларни даволашда нитроглицеринни қўллаш ва ЭАР-А нинг электрфаоллаштирилган сувли эритмаси билан ретроград санация ва лаваж қилиш даволаш натижаларини яхшилашга ёрдам берган ва беморларнинг ушбу тоифаси учун стационар даволаниш муддатини 12,6 дан 8,4 кунгача қисқартирган. Буларнинг барчаси таклиф этилган ҳамда иқтисодий жиҳатдан самарали бўлган даволаш усулини клиник амалиётда кенг қўллашни тавсия этиш имконини берган.

ХУЛОСА

1. Холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холециститли беморларни даволашда анъанавий эндоскопик ретроград холангиопанкреатография, папилосфинктеротомия ва литоэкстракцияни, кейин эса холецистэктомияни қўллаш 25,8% гача тошни муваффақиятли олиб ташлаш имконини бермайди. 9,7% ҳолларда папиллотомия кесмасидан қон кетиши кузатилади, шунинг учун беморларнинг 35,5% да мажбурий бир босқичли холецистэктомия холедохолитотомия билан бирга бажарилади, муваффақиятли ЭРХПГнинг ўртача давомийлиги $52,2 \pm 2,8$ минутни ташкил этади. Бунда билирубин ва интоксикация кўрсаткичларини нормаллашишининг ўртача вақти 8-9 кунни ташкил этади. Бундай беморлар учун ўрин кунларининг ўртача давомийлиги $12,6 \pm 1,8$ кун, бу эса даволаш усулларини такомиллаштиришга қаратилган қўшимча чора-тадбирларни ишлаб чиқишни талаб қилади.

2. ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция бажараётганда нитроглицеринни қўлланилиши натижаларга ижобий таъсир кўрсатади, бунда муваффақиятсиз ЭРХПГ сони 25,8% дан 11,5% гача камаяди, мажбурий бир босқичли холецистэктомия холедохолитотомия билан бирга 35,5% дан 17,3% гача камаяди. Муваффақиятли ЭРХПГнинг ўртача давомийлиги $52,2 \pm 2,8$ дақиқадан $32,8 \pm 2,4$ дақиқাগача қисқаради. Икки босқичли амалиётлар сони 64,5% дан 82,6% гача ошади. Амалиёт вақтидаги қон кетиш асоратлари 9,7% дан 5,7% гача камаяди. Билирубин ва интоксикация кўрсаткичларини нормаллашишининг ўртача вақти 5-7 кунни ташкил этади. Бундай беморлар учун ўрин кунларининг ўртача давомийлиги $10 \pm 1,2$ кунни ташкил этади.

3. Холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холециститли беморларни даволашда кам инвазив усуллардан ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция бажаришда нитроглицерин ва ЭАР-А дан фойдаланиш даволаш натижаларига янада самарали таъсир кўрсатади, бунда

муваффақиятсиз ЭРХПГ сони 25,8% дан 10,8% гача, мажбурий бир босқичли холецистэктомия холедохолитотомия билан бирга 35,5% дан 10,8 % гача камаяди. Муваффақиятли ЭРХПГнинг ўртача давомийлиги $52,2 \pm 2,8$ дақиқадан $35,4 \pm 1,9$ дақиқагача қисқаради. Икки босқичли амалиётлар сони 64,5% дан 89,1 % гача ошади. Амалиёт вақтидаги қон кетиш асоратлари 9,7% дан 2,1 % гача камаяди. Билирубин ва интоксикация кўрсаткичларини нормаллашишининг ўртача вақти 3-4 кунни ташкил этади. Бундай беморлар учун ўрин кунларининг ўртача давомийлиги $8,4 \pm 1,2$ кунни ташкил этади.

4. Тадқиқот натижаларининг қиёсий таҳлилинини ҳисобга олган ҳолда холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холециститли беморларни даволашда кам инвазив жарроҳлик усулларини бажаришда нитроглицерин ва ЭАР-А фойдаланган ҳолда даволашнинг оптимал усули ишлаб чиқилди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ
DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 ПРИ БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

РАДЖАБОВ АНВАР ИСЛОМОВИЧ

**УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ**

14.00.27 – Хирургия

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

Бухара – 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за №B2023.2.PhD/Tib3631

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещена веб-странице Научного совета (www.bsmi.uz) и Информационно-образовательного портала «ZiyoNet» (www.ziynet.uz).

Научный руководитель	Сафоев Бакодир Барноевич доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты	Ходжиев Данияр Шамуратович доктор медицинских наук, доцент Алиджанов Фатих Бакиевич доктор медицинских наук, профессор
Ведущая организация	Республиканский специализированный центр хирургии им.акад. В.В. Вахидова

Защита диссертации состоится «___» _____ 2025 года в ___ часов на заседании научного совета DSc.04/27.09.2024Tib.93.03 при Бухарском государственном медицинском институте имени (Адрес: 200118, г. Бухара, пр-т. Гижувон, дом 23. Тел/факс: (+99865) 223-00-50; Веб-сайт: www.bsmi.uz, e-mail: buhmi@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за №_). Адрес: 200118, Республика Узбекистан, г. Бухара, пр-т. Гижувон, 23. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50. Веб-сайт: www.bsmi.uz, e-mail: buhmi@mail.ru).

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2025 года.

(реестр протокола рассылки № ___ от _____ 2025 года).

Ш.Т.Уроков

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

Н.Н.Казакова

Ученый секретарь Научного Совета по присуждению учёных степеней (DSc), доктор медицинских наук, доцент

Б.З.Хамдамов

Председатель Научного семинара при Научном Совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность проблемы и востребованность темы диссертации. Во всем мире тактические подходы к лечению больных острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, в различных лечебных учреждениях неоднозначны и до сих пор дискутируются. Наиболее широко используется этапная тактика с предварительной декомпрессией билиарных протоков. В связи с этим, «...лечение болезни благополучия, как образно назвали желчнокаменную болезнь, является одной из наиболее важных проблем современной хирургии...»¹. По данным различных авторов желчнокаменной болезнью страдают от 10 до 40% населения различного возраста. Летальность в разных возрастных группах при остром калькулезном холецистите в условиях экстренной хирургии варьирует от 1 до 50% и более. При плановых и отсроченных операциях, выполненных на фоне купированных острых воспалительных явлений, после всестороннего обследования и подготовки больных не превышает 0,5—1%.

В мире развития осложнений и смертности после радикального хирургического вмешательства при остром калькулезном холецистите, осложненном холедохолитиазом и холангитом, достигает 4,5-9%. В условиях обтурационного холецистита и желчной гипертензии «...игнорирование своевременной декомпрессии желчного пузыря приводит у 70% больных к деструкции его стенки...»², сопровождается формированием выраженного инфильтрата в перивезикальной области и в дальнейшем увеличением интра- и послеоперационных осложнений, а также является частой причиной конверсии доступа.

В нашей стране, среди реализуемых широкомасштабных мероприятий по совершенствованию системы здравоохранения, особое внимание уделяется ранней диагностике заболевания, предупреждению и снижению их осложнений. В связи с этим 4 из 7 приоритетных направлений, указанных в стратегии развития нового Узбекистана на 2022-2026 годы, было отмечено: «...комплексные меры, направленные на реализацию программы по здоровью населения, повышение потенциала медицинских работников и развитие системы здравоохранения на 2022-2026 годы...»³.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указе Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности

¹ Галимова Х. И., Минахметова Р. С., Ахкямова Ч. Р. Жёлчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит //Столица науки. – 2020. – №. 4. – С. 62-68.

² Ермолов А.С. и др. Тактика лечения острого холецистита, осложненного холедохолитиазом // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2022 (1). – С. 10-14.

³ Указ Президента Республики Узбекистан № УП-60 «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы» от 28 января 2022 года.

реформ в системе здравоохранения», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данном направлении.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики V1. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Хирургами всего мира каждый год выполняется около 2,5 млн. оперативных вмешательств по поводу заболеваний билиарной системы. В Российской Федерации ежегодно осуществляется около 300 тыс. холецистэктомий (З.Б. Курбаниязов и соавт., 2021; Tao L et al., 2023).

В связи с частым поражением пациентов в трудоспособном возрасте и возникающей у них длительной временной и стойкой нетрудоспособности, хирургические заболевания билиарной системы являются значимой медицинской и социально-экономической проблемой (Ф.Г. Назыров и соавт., 2024; Х.И. Галимова, 2020; Reddy S et al., 2021).

Консервативные способы лечения больных ЖКБ: экстракорпоральная литотрипсия, литолитическая терапия являются непатогенетическими и неэффективными, так как имеют высокую частоту осложнений, приводят к рецидиву заболевания и поэтому не являются альтернативой хирургическому лечению (М.Ш. Хакимов и соавт., 2020). Оперативные способы лечения больных желчнокаменной болезнью являются основными. Консервативные методы необходимы в комплексной терапии пациентов. В современной хирургии органов брюшной полости разработаны и внедрены в практику разнообразные доступы для выполнения хирургических манипуляций: лапаротомия, мини-лапаротомия, видеолапароскопия, гибридные операции (М.М. Акбаров и соавт., 2023).

Удаление желчного пузыря у больных ЖКБ путем видеолапароскопии в современной малоинвазивной хирургии является «золотым стандартом» (М.Ш. Хакимов и соавт., 2020; Tao L et al., 2023). По данным разных авторов, выполнение лапаротомии для хирургических вмешательств на внепеченочных желчных протоках способствует развитию осложнений с частотой до 37 %.

С точки зрения ведущих специалистов, объяснение данной патологии, прогнозирование развития заболевания, разработка комплексных, индивидуализированных методов лечения данной патологии и лечебно-профилактических мероприятий, считаются одной из актуальных проблем современности.

Связь темы диссертации с планом научно-исследовательских работ высшего учебного заведения. Настоящее исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Бухарского государственного медицинского института (02.2024 PhD 189) и темой «Раннее выявление, диагностика, разработка новых методов лечения и профилактики патологических состояний, влияющих на здоровье населения Бухарского региона в пост-COVID-19 периоде» (2022-2026 гг.)».

Цель исследования улучшение результатов лечения больных острым калькулёзным холециститом, осложненным холедохолитиазом, путем использования миниинвазивных методов лечения с применением нитроглицерина и электроактивированного водного раствора – А (ЭАР-А).

Задачи исследования:

изучить результаты традиционного метода лечения больных острым калькулёзным холециститом, осложненным холедохолитиазом.

изучить эффективность лечения применения нитроглицерина при холедохолитиазе.

определить эффективность применения миниинвазивных методов с применением нитроглицерина и электроактивированного водного раствора при лечении больных острым калькулёзным холециститом, осложненным холедохолитиазом.

на основе анализа полученных результатов разработать более усовершенствованный и эффективный способ лечения больных острым калькулёзным холециститом, осложненным холедохолитиазом.

Объектом исследования явились 160 больных острым калькулёзным холециститом, осложненным холедохолитиазом, находившихся на лечении в отделении общей хирургии Центрального госпиталя медицинского управления МВД РУз.

Предметом исследования явились с целью повышения эффективности устранения застойных явлений в желчевыводящих путях был использован нитроглицерин для расслабления тонуса гладкой мускулатуры и для устранения процесса холангита, использован ретроградный лаваж холедоха электроактивированным водным раствором-А с его антимикробным, противовоспалительным и антибактериальным действием, оценку эффективности получали путем анамнестических, клинико-лабораторных показателей больных.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы клинико-инструментальные методы исследования, эндоскопические методы исследования, оценка показателей интоксикации, оценка динамики биохимических показателей.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

впервые обосновано положительное влияние на эффективность выполнения эндоскопической ретроградной литоэкстракции применение нитроглицерина у больных с острым калькулёзным холециститом, осложненным холедохолитиазом, при удалении конкрементов желчных путей за счет расслабления тонуса гладкой мускулатуры желчевыводящих путей;

впервые разработан новый эффективный способ устранения холангита у больных с острым калькулёзным холециститом, осложненным холедохолитиазом;

впервые доказано, что при выполнении эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии, расслабления гладкой мускулатуры желчевыводящих путей и устранение инфекции и воспаления желчевыводящих путей, острого калькулёзного

холецистита, осложненного холедохолитиазом положительно повлияет на результаты лечения больных пациентов;

впервые обосновано оптимальность выполнения ретроградного лаважа электроактивированным водным раствором - А через назобилиарный зонд при лечении больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, после эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

оценена роль ретроградного лаважа общих желчных протоков электроактивированным водным раствором - А в ускорении разрешения холангита у больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом;

оценена эффективность лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом сублингвальном введении нитроглицерина в дозе 0,5 мг и одновременном ретроградном лаваже электроактивированным водным раствором - А на фоне литоэкстракции при проведении эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Достоверность полученных результатов обоснована использованными современными методами и подходами в исследовательской работе, соответствие теоретических данных с полученными результатами, методологическая правильность проведенных обследований, адекватность количества больных, применение клинических, лабораторных, инструментальных, статистических методов исследования, клинических особенностей возникновения острого калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом, а также усовершенствование методов их диагностики и лечения. Совершенствуется тактика, результаты исследований сравниваются с международными и отечественными исследованиями. Заключение строится на основании подтверждения полученных результатов компетентными структурами. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей острого калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом. Изучение эффективности применения нитроглицерина в дозе 0,5 мг под язык при выполнении эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, эндоскопической папиллосфинктеротомии и литоэкстракции с одномоментным ретроградным лаважом электроактивированным водным раствором – А для лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом в клинических исследованиях. Разработан оптимальный способ применения нитроглицерина в дозе 0,5 мг под язык при выполнении эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии,

эндоскопическая папиллосфинктеротомия и литоэкстракции с одномоментным ретроградным лаважом электроактивированным водным раствором – А являются эффективными способами лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом.

Практическая ценность работы заключается в том, что разработан оптимальный способ лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом. Применение нитроглицерина в дозе 0,5 мг под язык с одномоментным ретроградным лаважом электроактивированным водным раствором – А при выполнении эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия способствует увеличению числа успешных выполнений литоэкстракции и ускорению сроков купированию холангита, тем самым способствует увеличению возможностей выполнения двухэтапных операций больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, что уменьшает осложнения и приводит к сокращению сроков лечения на 3-4 дня.

Внедрение результатов исследования. Внедрение результатов исследований. Согласно заключению №8/2 от 13 ноября 2024 года Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

первая научная новизна: определена эффективность применения нитроглицерина в лечении больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом. *Значимость научной новизны:* научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют определенную теоретическую ценность, что в значительной степени способствует изучению особенностей лечения больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом. *Внедрение научной инновации на практике:* получена научно-практическая информация Приказ о клинической больнице скорой медицинской помощи города Ташкента (№ 152 АФ от 12.10.2024 г.) Приказ о многопрофильном медицинском центре Хорезмской области (№ 156/р-I от 12.10.2024 г.) 2024 г.) был реализован на практике. Социальная эффективность научной инновации заключается в следующем: Полученные результаты показывают, что применение нитроглицерина в дозе 0,5 мг под язык при проведении эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия и литоэкстракции способствует облегчению литоэкстракции и снижению осложнений. Экономическая эффективность научной разработки заключается в следующем: применение нитроглицерина в дозе 0,5 мг под язык при эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия и ретроградном лаваже электроактивированным водным раствором А одновременно с литоэкстракцией при острым калькулезном холецистите, осложненном холедохолитиаз стоимости на одного пациента при лечении больных пациентов Показана экономия до 230 000 сум. Это обеспечило экономию средств и улучшение процесса диагностики. Мы сократили время до 3 дней. *Вывод:* применение традиционной эндоскопической ретроградной

холангиопанкреатографии, папиллосфинктеротомии и литоэкстракции с последующей холецистэктомией при лечении больных острым каменным холециститом, осложненным холедохолитиазом, не позволяет добиться успешного удаления камней в 25,8%. Кровотечение из папиллотомного разреза наблюдается в 9,7% случаев, поэтому у 35,5% больных в обязательном порядке выполняют одномоментную холецистэктомию совместно с холедохолитотомией, средняя продолжительность успешной эндоскопической ретроградная холангиопанкреатография составляет $52,2 \pm 2,8$ минуты. Средний срок нормализации показателей билирубина и интоксикации составляет 8-9 дней. Средняя продолжительность пребывания таких больных в стационаре составляет $12,6 \pm 1,8$ дней, что требует разработки дополнительных мероприятий, направленных на совершенствование методов лечения. *Расширенное использование научной инновации:* «Способ применения мини-инвазивных методов в лечении больных острым холедохолитиазом» председателю экспертного совета Бухарского государственного медицинского института по внедрению научной инновации в другие учреждения здравоохранения. проректор по научной работе и инновациям Бухарского государственного медицинского института 11 октября 2024 г. 04 Направлено письмо №9400.

вторая научная новизна: определена эффективность местного применения электроактивированного водного раствора - А в лечении больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом. *Значимость научной инновации:* изучена эффективность ретроградного лаважа электроактивированным водным раствором-А совместно с литоэкстракцией в практике эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия. *Внедрение научной инновации на практике:* получена научно-практическая информация Приказ о клинической больнице скорой медицинской помощи города Ташкента (№ 152 АФ от 12.10.2024 г.) Приказ о многопрофильном медицинском центре Хорезмской области (№ 156/р-І от 12.10.2024 г.) 2024 г.) был реализован на практике. *Социальная эффективность научной разработки заключается в следующем:* ретроградный лаваж общего желчного протока электроактивированным водным раствором - А ускорил разрешение холангита у больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом. *Экономическая эффективность научной инновации заключается в следующем:* выполнение ретроградного лаважа электроактивированным водным раствором-А наряду с литоэкстракцией при процедурах эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия показало экономию до 230 000 сум на одного пациента при лечении больных острым калькулезным холецистит, осложненный холедохолитиазом. Это обеспечило экономию средств и улучшение процесса диагностики. Мы сократили время до 3 дней. *Вывод:* при лечении больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, применение нитроглицерина и электроактивированного водного раствора при выполнении малоинвазивных методов эндоскопическая

ретроградная холангиопанкреатография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия и литоэкстракции оказывает более эффективное влияние на результаты лечения, при этом увеличивается количество неудачных эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. составляет от 25,8% до 10,8%, обязательна одноэтапная холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией. Она снизится с 35,5% до 10,8%. Средняя продолжительность успешной эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография снижается с $52,2 \pm 2,8$ минуты до $35,4 \pm 1,9$ минуты. Число двухэтапных операций увеличивается с 64,5% до 89,1%. Количество осложнений в виде кровотечений во время операции снижается с 9,7% до 2,1%. Среднее время нормализации показателей билирубина и интоксикации составляет 3 дня. Средняя продолжительность госпитализации таких пациентов составляет $8,4 \pm 1,2$ дня. *Расширенное использование научной новинки:* внедрение научного новшества на тему «Использование минимально инвазивных методов при лечении пациентов с острым холедохолитиазом» в другие медицинские учреждения было направлено в адрес председателя экспертного совета Бухарского государственного медицинского института проректором по научной работе и инновациям Бухарского государственного медицинского института письмом от 11 октября 2024 года (№ 04/9400).

третья научная новизна: применение нитроглицерина под язык в дозировке 0,5 мг во время выполнения эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и эндоскопическая папиллосфинктеротомия операций, а также выполнение ретроградного лаважа с литоэкстракцией и электроактивированной водной раствор А при лечении пациентов с острым калькулезным холециститом и осложнением в виде холедохолитиаза показало положительный эффект, а также сокращение времени лечения на 3-4 дня. *Внедрение научной новинки в практику:* приказом Ташкентской городской клинической больницы скорой помощи (от 12.10.2024 года, № 152 АФ) и приказом Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра (от 12.10.2024 года, № 156/r-I) научная новинка была внедрена в практику. Социальная эффективность новшества заключается в том, что на основе проведенных исследований были изучены результаты традиционных методов лечения пациентов с холедохолитиазом. Был проведен сравнительный анализ результатов традиционных методов лечения пациентов с холедохолитиазом и осложнениями. На основе результатов сравнительного анализа исследования был разработан оптимальный хирургический метод лечения таких пациентов с помощью нитроглицерина. Выполнение целей и задач этого исследования приведет к разработке более эффективного метода лечения пациентов с холедохолитиазом, снижению интраоперационных и послеоперационных осложнений, а также сокращению продолжительности операции и времени нахождения пациентов в стационаре. Экономическая эффективность научной новинки заключается в следующем: использование нитроглицерина под язык в дозе 0,5 мг вовремя эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии, а также выполнение ретроградного лаважа с литоэкстракцией и

электроактивированной водной раствор А позволяет сэкономить до 230 000 сум на каждого пациента. Это также улучшает процесс диагностики. Время пребывания в стационаре сокращается на 3 дня. *Вывод:* на основе результатов исследования можно сделать вывод, что сравнительный анализ показывает, что разработан оптимальный метод лечения пациентов с острым калькулезным холециститом и осложнением в виде холедохолитиаза с использованием минимально инвазивных хирургических методов и нитроглицерина, а также с использованием электроактивированного водного раствора. *Расширенное использование научной новинки:* внедрение научного новшества на тему «Использование минимально инвазивных методов при лечении пациентов с острым холедохолитиазом» в другие медицинские учреждения было направлено в адрес председателя экспертного совета Бухарского государственного медицинского института проректором по научной работе и инновациям Бухарского государственного медицинского института письмом от 11 октября 2024 года (№ 04/9400).

четвертая научная новизна: разработан оптимальный метод лечения пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, с использованием нитроглицерина в дозировке 0,5 мг под язык во время выполнения эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и эндоскопическая папиллосфинктеротомия операций, а также ретроградного лаважа с литоэкстракцией и электроактивированной водной раствор -А. *Значение научной новизны:* разработан оптимальный метод лечения пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом. Применение нитроглицерина в дозе 0,5 мг под язык вовремя эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, эндоскопической папиллосфинктеротомии и литоэкстракции с ретроградным лаважом с электроактивированной водной раствор А позволяет увеличить количество пациентов, у которых возможно выполнение ретроградного лаважа с литоэкстракцией. Это способствует ускорению устранения холангита и уменьшению времени лечения. В результате повышается возможность проведения двухэтапных операций и сокращается время пребывания в стационаре на 3-4 дня, а также уменьшается количество осложнений. *Внедрение научной новизны в практику:* новизна была внедрена в Ташкентской городской клинической больнице скорой помощи (приказ от 12.10.2024, № 152 АФ) и Хорезмском областном многопрофильном медицинском центре (приказ от 12.10.2024, № 156/r-I). *Социальная эффективность:* эта исследовательская работа привела к разработке более эффективного метода лечения пациентов с холедохолитиазом с использованием нитроглицерина. Это помогает уменьшить интраоперационные и послеоперационные осложнения, а также сокращает продолжительность операции и времени пребывания в стационаре. *Экономическая эффективность:* применение нитроглицерина в дозе 0,5 мг под язык в ходе эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и эндоскопическая папиллосфинктеротомия операций, а также ретроградного

лаважа с литоэкстракцией и электроактивированной водной раствор А позволяет сэкономить до 230 000 сум на каждого пациента. Это ведет к сокращению затрат и улучшению процесса диагностики. Также сокращается время пребывания пациента в больнице на 3 дня. *Вывод:* исходя из полученных данных исследования, можно сделать вывод, что использование нитроглицерина и электроактивированной водной раствор А при выполнении минимально инвазивных хирургических вмешательств у пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, является оптимальным методом лечения. *Расширенное применение данной научной новинки:* внедрение метода «Использование минимально инвазивных методов лечения при остром холедохолитиазе» в другие медицинские учреждения было направлено в адрес председателя экспертного совета Бухарского государственного медицинского института проректором по научной работе и инновациям Бухарского государственного медицинского института письмом от 11 октября 2024 года (№ 04/9400).

Перечень научных изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций. Результаты данного исследования были представлены и доложены на 3-х международных и 3-х республиканских научно-практических конференциях и съездах.

Публикация полученных результатов. По теме диссертации опубликовано 18 научных работ, из которых 5 журнальных статей, в том числе 4 - в республиканских и 1 - в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан, для публикации основных научных результатов диссертации.

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

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновываются актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи, характеризуются объект и предмет изучения. Показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов. Приведены данные по внедрению результатов исследования в практику здравоохранения, представлены сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации названной **«(Обзор литературы.) Современное состояние проблемы этиопатогенеза и лечения больных острым калькулезным холециститом»** приведен анализ современной литературы, в том числе представлены материалы результатов исследований различных авторов посвященные современным взглядам диагностики и лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным

холедохолитиазом. Обсуждены результаты современных миниинвазивных методов лечения больных с данной патологией.

Во второй главе диссертации названной **«Материал, методы исследования»** дана клиническая характеристика больных и описаны используемые средства, клинико-лабораторные, инструментальные методы исследования и методы лечения больных.

В основу работы положены результаты обследования и лечения 160 больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, находившихся на лечении в отделении общей хирургии Центрального госпиталя медицинского управления МВД РУз., за период 2018-2023 гг.

Все больные в зависимости от метода лечения были разделены на 3 группы: I – группу сравнения составили 62 больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, проходивших лечение в 2018-2020 годах, к которым были применены традиционные хирургические методы лечения: по показаниям выполнена ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией, II – контрольную группу составили 52 больных острым калькулезным холециститом. Этим больным в комплексе лечения применялся нитроглицерин, который является мощным релаксантом гладкой мускулатуры, вызывающий дилатацию желчных путей. III – основную группу составили 46 больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, в комплексе лечения которых помимо примененных методов, применялся ретроградный лаваж просвета холедоха электроактивированным раствором ЭАР – А, с целью ускорения сроков купирования процесса холангита.

В I группе было 45 (72%) мужчин и 17 (27,4%) женщин в возрасте от 19 до 75 лет (средний возраст составил $48,4 \pm 2,1$ лет). Во II группе – 36 (69,2%) мужчин и 16 (30,7%) женщин в возрасте от 17 до 70 лет (средний возраст составил $49,4 \pm 1,8$ лет), т.е. группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Всем обследованным больным, в день поступления в экстренном порядке измеряли температуру тела, частоту дыхания, проводилось объективное исследование печени (пальпация, перкуссия), УЗИ, и при необходимости МСКТ или КТ органов брюшной полости. Проводились лабораторные исследования крови, консервативная общеукрепляющая и симптоматическая терапия и подготовка к малоинвазивному хирургическому вмешательству - ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией.

ЭРХПГ выполняли при подозрении на холедохолитиаз, для выяснения характера механической желтухи и для изучения анатомии протоков перед операцией. При обнаружении закупорки или сужения протоков проводили дополнительные процедуры:

- 1) ведение катетера с целью удаления избыточного количества желчи;
- 2) удаление жёлчных камней из желчных протоков;

3) сфинктеротомия: небольшой разрез в области наружного отверстия общего желчного протока, что обеспечивает нормальный отток желчи и выход небольших желчных камней.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия проводилась в операционной, оснащенной современным рентгенографическим оборудованием, используемым для дополнительного контроля.

Процедура проводилась с применением эндоскопического оборудования и специального инструмента, представляющего собой тонкую трубку с режущим наконечником.

После завершения основных манипуляций по показаниям проводили удаление камней, при необходимости выполняли биопсию.

Для приготовления электроактивированного водного раствора нами был использован Аппарат НПФ «Эсперо-1», разработанный в 1998 году сотрудником Ташкентского института СредазНИИГаз С.А.Алехиным. Биоэлектроактиватор типа «Эсперо-1» разрешен Фармкомитетом РУз для получения препаратов, применяемых в лечебно-клинической практике, и широко использовался сотрудниками НИИ имени В.В.Вахидова и клиники ТашГосМИ № 2.

Все обследованные больные, как в контрольной так и основной группе, поступали в удовлетворительном состоянии до 30% и в состоянии средней степени тяжести до 70%. В большинстве случаев пациенты поступали с жалобами на повышение температуры тела, общую слабость и недомогание, потливость, отсутствие аппетита, боли в области правого подреберья.

При проведении ретроградного холангиографического вмешательства из содержимого желчных ходов взяты материалы для бактериологического исследования. Антибиотикотерапия проводилась с учетом чувствительности, выявленной микрофлоры. Чувствительность микроорганизмов определяли «диско-диффузионным» методом.

А также отдельно оценивали лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) – соотношение нейтрофильных лейкоцитов к лимфоцитам, моноцитам и эозинофилам и лимфоцитарный индекс (ЛИ).

Уровень эндогенной интоксикации расценивали по объему (степени) среднемолекулярных пептидов (МСМ), спектрометрией при протяженности волны 210 нм.

Всем больным с момента поступления определяли содержание общего билирубина в крови, АЛТ и АСТ.

Содержание билирубина в сыворотке крови определяли методом Ван ден Берга.

Математическая обработка полученных данных результатов проводилась методами вариационной статистики. С помощью метода вариационной статистики определялась средняя арифметическая (М), ее ошибка ($\pm m$), 95% доверительный интервал ДИ, критерий Стьюдента (t) при различных уровнях значимости (P). Достоверными считались результаты при $P < 0,05$.

В третьей главе диссертации названной **«Результаты традиционных**

методов лечения больных острым калькулёзным холециститом, осложненным холедохолитиазом» дана оценка эффективности традиционного лечения 62-х больных с острым калькулёзным холециститом, осложненным холедохолитиазом.

У 16 (25,8%) больных из-за плотного заклинения и высокого расположения конкремента на фоне сильного спазма мышечных структур холедоха, первый этап операции был неуспешным – путем ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией не удалось удалить конкременты. В 6 (9,7%) случаях на первом этапе лечения во время манипуляции из-за технических трудностей наблюдались интраоперационные кровотечения из папиллотомного разреза. Из-за вышеизложенных причин, у 22 (35,5%) больных переходили к конверсии и выполняли удаление камней холедоха антеградным путём, с дренированием его просвета, с одномоментной холецистэктомией на фоне острого холецистита, при высокой интоксикации организма. У 40 (64,5%) больных, которым на первом этапе с помощью ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией успешно удалены конкременты, после проведения общей дезинтоксикационной и противовоспалительной консервативной терапии к 7-8 суткам проводились отсроченные операции холецистэктомии: лапароскопическим способом 38 (61,3%) больным и открытым лапаротомным способом у 2 (3,2%) больных, у которых были противопоказания к лапароскопическим операциям. Таким образом, в контрольной группе больных в 24 (38,7%) случаях выполнены открытые методы операции срединным лапаротомным доступом (рис.1).

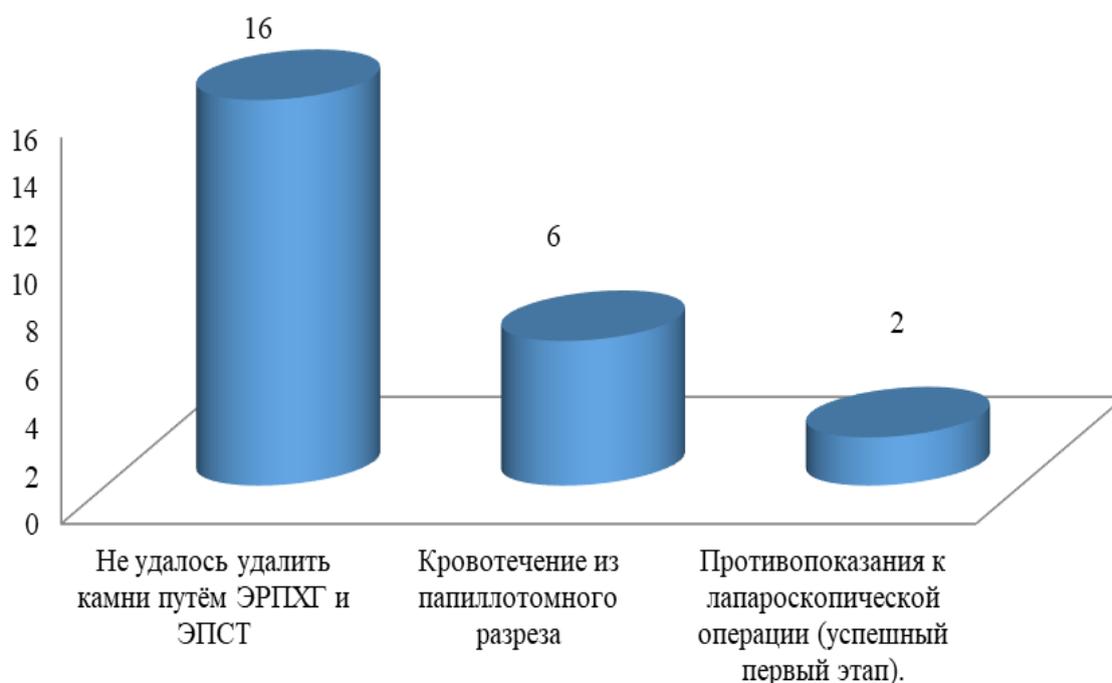


Рисунок 1. Распределение больных контрольной группы, оперированных открытым методом, по причинам конверсии, на первом этапе лечения

У большинства больных, в более 90% случаях, были выявлены признаки холангита и гипербилирубинемия на фоне механической желтухи. Признаками холангита на УЗИ являлись утолщение стенки желчных протоков на фоне повышения показателей интоксикации и увеличение общего билирубина крови преимущественно за счет прямого билирубина.

Учитывая особенности клинической и хирургической тактики у больных, распределенных по причинам операций, выполненных на первом этапе, которые приведены в рисунке 1, мы решили отдельно анализировать результаты их лечения.

Анализ результатов лечения больных контрольной группы, оперированных открытым методом, на первом этапе из-за невозможности удаления конкремента при ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией.

Из 30 (48,4%) больных I контрольной группы, которым не удалось удалить конкремент при ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией, у 7 (23,3%) больных конкремент общего желчного протока локализовался в верхней трети холедоха, у 9 (30%) больных выявлена локализация конкремента в средних отделах холедоха, у 14 (46,6%) больных обтурирующий конкремент был расположен в нижних отделах общего желчного протока (рис. 2).

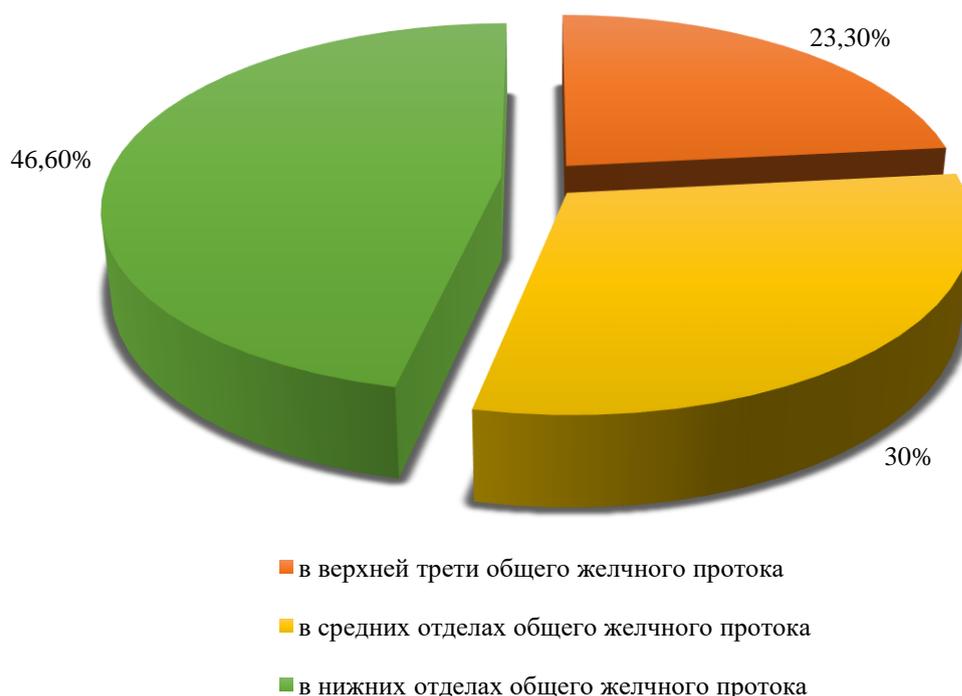


Рисунок 2. Локализация конкремента общего желчного протока у больных I группы при неуспешной ЭРХПГ.

Всем больным данной категории ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией выполнялись по стандартной методике. У 16 (53,3%) больных из-за высокого расположения и плотной фиксации камня в желчном протоке, при размере камня не менее 7-8 мм, выполнение ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией намного технически усложнялась и была основной причиной неуспешности

данной операции. Несмотря на выполнение успешных ЭРХПГ и папилосфинктротомии, не удалось вывести конкременты из просвета желчного протока в течение 30-40 минут. Из-за чего было решено приостановить процедуру и перейти к экстренно-отложенной лапаротомии после соответствующей предоперационной подготовки. У 14 (46,6%) больных, хотя конкременты располагались в нижних отделах общего желчного протока, из-за больших размеров камня с плотными вклинениями в стенку желчного протока также не удалось удалить камни путем ЭРХПГ. Эти больные также были оперированы открытым путём в экстренно отсроченном порядке.

Анализ результатов показателей интоксикации организма обследованных больных I группы сравнения выявили нижеследующие изменения: в первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем $38,2 \pm 0,04^{\circ}\text{C}$. Содержание лейкоцитов крови было в среднем $8,1 \pm 0,21 \times 10^9/\text{л}$. Объем средних молекул составил в среднем $0,176 \pm 0,008$ ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ.

При дальнейшем лечении и наблюдении к десятым суткам все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы.

Следующим лабораторным критерием оценки состояния больных было изучение биохимических показателей: билирубина, АЛТ, АСТ крови (табл. 1)

Таблица 1

Динамика биохимических показателей крови у больных I группы, оперированных открытым методом на первом этапе из-за невозможности удаления конкремента при ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией (n=30)

Показатель	1-день	3-день	5-день	8-день	12-день
Общий билирубин	$96,6 \pm 4,2$	$42,4 \pm 2,3^{***}$	$32,6 \pm 1,1^{**}$	$19,4 \pm 2,8^{**}$	$18,8 \pm 1,2^{*}$
Билирубин прямой	$78 \pm 5,2$	$24,5 \pm 2,1^{*}$	$15,7 \pm 1,2^{**}$	$3,1 \pm 0,6^{**}$	$2,7 \pm 0,4^{**}$
Билирубин не прямой	$18,4 \pm 3,3$	$17,9 \pm 1,4^{*}$	$16,9 \pm 0,14^{**}$	$16,3 \pm 0,12^{**}$	$16,1 \pm 0,5^{*}$
АЛТ	$46,8 \pm 3,3$	$42,1 \pm 3,3^{**}$	$37,3 \pm 2,9^{**}$	$36,1 \pm 1,1^{**}$	$34,8 \pm 1,2^{*}$
АСТ	$44,6 \pm 4,1$	$39,8 \pm 2,1^{**}$	$33,4 \pm 3,1^{**}$	$32,4 \pm 1,2^{**}$	$31,6 \pm 1,1^{*}$

Примечание: * - достоверность различия относительно данных предыдущих суток значимы (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$).

После операции на фоне комплексного лечения эти показатели к пятым суткам и в дальнейшем имели тенденции к нормализации, и к 8-9 суткам составляли в пределах нормальных значений.

Средняя длительность стационарного лечения этой категории больных составила $12 \pm 1,2$ дня.

Как было отмечено выше, у 5 больных контрольной группы, несмотря на проведенный успешный первый этап операции, ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией с удалением желчных камней, из-за имеющихся противопоказаний к лапароскопическим вмешательствам, через сутки после ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией проводились операции холецистэктомии открытым доступом после соответствующей предоперационной подготовки.

Средняя длительность стационарного лечения этой категории больных также составила 12-13 дней.

Анализ результатов лечения больных контрольной группы, оперированных во втором этапе лапароскопическим методом (холецистэктомия).

Как было отмечено выше, у 40 (64,5%) больных контрольной группы, которым на первом этапе с помощью ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией, успешно удалены конкременты, после проведения общей дезинтоксикационной и противовоспалительной консервативной терапии к 7-8 суткам проводились отсроченные операции: холецистэктомии лапароскопическим способом. Операции выполнялись с помощью лапароскопической стойки (STEMA).

Средняя длительность лапароскопических операций больных контрольной группы составила в среднем $57,7 \pm 3,4$ мин.

Анализ результатов показателей интоксикации организма обследованных больных I группы, оперированных лапароскопическим методом, выявили следующие изменения: в первые сутки лечения температура тела больных была в среднем $38,3 \pm 0,06$ °C, содержание лейкоцитов в крови было в среднем $8,3 \pm 0,18 \times 10^9$ /л. Объем средних молекул составил в среднем $0,182 \pm 0,018$ ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ.

При дальнейшем лечении и наблюдении к десятым суткам все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы.

Следующим лабораторным критерием оценки состояния больных было изучение биохимических показателей: билирубина, АЛТ, АСТ крови (табл. 2)

После операции на фоне комплексного лечения эти показатели к пятым суткам и в дальнейшем имели тенденции к нормализации, и к 8-9 суткам достигли предела нормальных значений.

Таким образом, все показатели общей интоксикации крови, а также показатели общего билирубина (за счет прямого) у больных калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, в день поступления имелись достоверные отклонения от нормы и в процессе лечения постепенно нормализовались к 8-9 суткам после операции.

Динамика биохимических показателей крови у больных I группы, оперированных лапароскопическим методом (n=40).

Показатели	1-день	3-день	5-день	8-день	12-день
Общий билирубин	97,7±3,4	48,5±2,7***	29,5±1,4**	18,6±2,4**	18,1±1,3**
Билирубин прямой	79±3,8	22,6±1,9*	13,8±1,1**	3,0±0,4**	2,5±0,3**
Билирубин не прямой	18,5±2,8	17,6±1,3*	16,8±0,11**	16,6±0,1**	16,1±0,4**
АЛТ	45,7±2,8	40,3±3,5**	37,6±2,9**	37,2±1,3**	33,9±1,4*
АСТ	43,8±3,7	38,6±2,7**	35,9±2,3**	32,4±1,7**	31,6±1,3**

Примечание: * - достоверность различия относительно данных предыдущих суток значимы (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$).

Средняя продолжительность стационарного лечения при этом составляла $12,6 \pm 1,8$ дня.

Все эти результаты нас не удовлетворили и указывали на необходимость поиска новых усовершенствованных методов лечения данной категории больных.

По нашим представлениям усовершенствование методов устранения мышечного спазма стенки общего желчного протока при ретроградной холедохолитоэктомии способствует улучшению результатов лечения данной категории больных, путем облегчения удаления камней, фиксированных за счет спазма стенки желчного протока.

Следующая глава нашего исследования посвящается решению данной проблемы и улучшению результатов лечения больных калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом.

В четвертой главе диссертации, названной **«Оценка эффективности применения нитроглицерина у больных холедохолитиазом при выполнении эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии»**, представлены результаты оценки эффективности лечения больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, которым применялся нитроглицерин, являющимся мощным релаксантом гладкой мускулатуры, вызывающий дилатацию желчных путей.

Обследованы во II группе 52 больных. Всем этим больным после установления диагноза применялся метод лечения, который включал в себя: первым этапом выполненные операции ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией, которые проводились через 3-5 минут после приема больными таблетки нитроглицерина под язык в дозе 0,5 мг. При удачном выполнении первого этапа операции проводились активная инфузионно-детоксикационная и симптоматическая терапия. После купирования острого воспалительного процесса в очаге поражения и нормализации показателей интоксикации, а

также уровня билирубина крови к 7-8 суткам выполнялся второй этап хирургического вмешательства – холецистэктомия. У 6 (11,5%) больных второй группы из-за плотного заклинения и высокого расположения конкремента на фоне сильного спазма мышечных структур холедоха, первый этап операции были неуспешным – путем ЭРХПГ И ЭПСТ с литоэкстракцией не удалось удалить конкременты. В 3 (5,7%) случаях на первой операции во время манипуляции из-за технических трудностей наблюдались интраоперационные кровотечения из сосудов холедоха. 9 (17,3%) больным вынуждены были выполнить удаление камней холедоха антеградным путём с дренированием просвета холедоха, с одномоментной холецистэктомией, на фоне острого холецистита при высокой интоксикации организма. Из 43 (82,6%) больных, которым на первом этапе с помощью ЭРХПГ И ЭПСТ с литоэкстракцией успешно были удалены конкременты, у 41 (78,8%) больного после проведения общей дезинтоксикационной и противовоспалительной консервативной терапии к 7-8 суткам проведены отсроченные операции: холецистэктомии лапароскопическим способом. У 2-больных после успешного удаления конкрементов с помощью ЭРХПГ, в связи с наличием противопоказаний к лапароскопическим операциям, вторым этапом к 7-8 суткам выполняли холецистэктомию открытым лапаротомным методом. У 5 (8,0%) больных, у которых имелись противопоказания к лапароскопическим операциям, второй этап операции - холецистэктомия выполнена в плановом порядке.

Таким образом, у больных второй группы всего в 11 (21,1%) случаях выполнены операции открытым методом - срединным лапаротомным доступом (рис. 3). Из них 2 пациента перенесли успешный первый этап операции - ЭРХПГ И ЭПСТ с литоэкстракцией с удалением конкрементов. У 9 больных первый этап операции был безуспешным. Этим больным второй этап операции: холецистэктомия проводилась в плановом порядке к 7-8 суткам лечения.

Анализ результатов показателей интоксикации организма больных II группы выявили нижеследующие изменения: в первый день лечения температура тела варьировалась в диапазоне $38,4 \pm 0,07$. В общем анализе крови содержание лейкоцитов составляло в среднем $8,3 \pm 0,21 \times 10^9/\text{л}$. Объём средних молекул варьировался в диапазоне $0,181 \pm 0,009$ ед. Также наблюдалось увеличение СОЭ и ЛИИ.

В большинстве случаев, у 48 (92,3%) больных, были выявлены признаки холангита и гипербилирубинемии на фоне механической желтухи. Признаками холангита на УЗИ явились утолщение стенки желчных протоков на фоне повышения показателей интоксикации и увеличение общего билирубина крови, преимущественно за счет прямого билирубина.

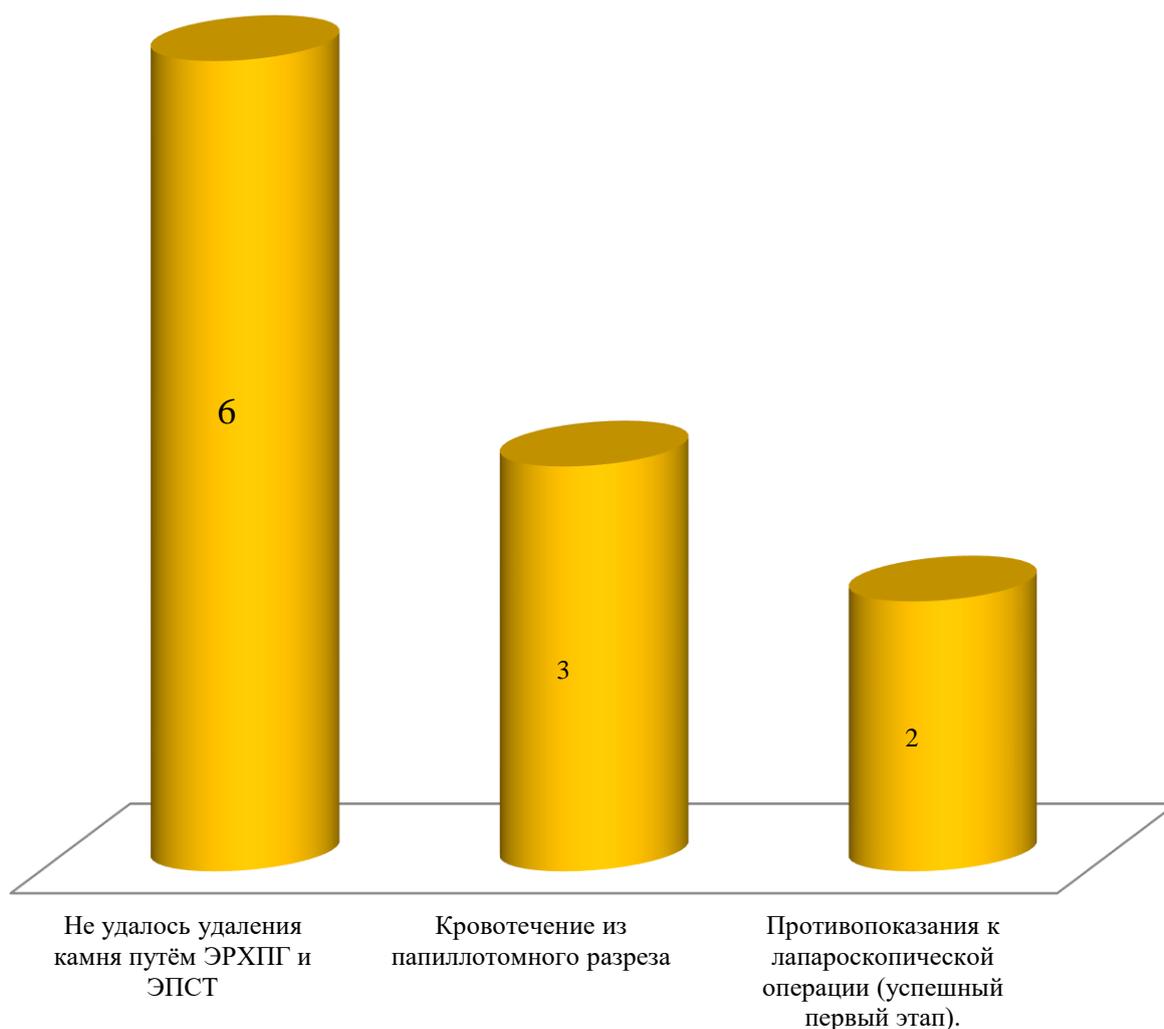


Рисунок 3. Распределение больных II группы, оперированных открытым методом на первом этапе лечения по причинам

Учитывая особенности клинической и хирургической тактики, больных распределенных по причинам операций, выполненных открытым лапаротомным доступом на первом этапе, приведенных на рисунке 3, проводили отдельный анализ, так же как у больных контрольной группы.

Анализ результатов лечения больных второй группы, оперированных открытым методом в связи с невозможностью удаления конкремента при ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией на первом этапе.

Из 9 больных второй группы, у которых не удалось удалить конкремент при ЭРХПГ, у 4 (44,4%) конкремент общего желчного протока локализовался в верхней трети холедоха, у 3 (33,3%) больных конкремент общего желчного протока локализовался в средних отделах желчного протока, у 2 (22,2%) больных обтурирующий конкремент было расположен в нижних отделах общего желчного протока (Рис. 4).

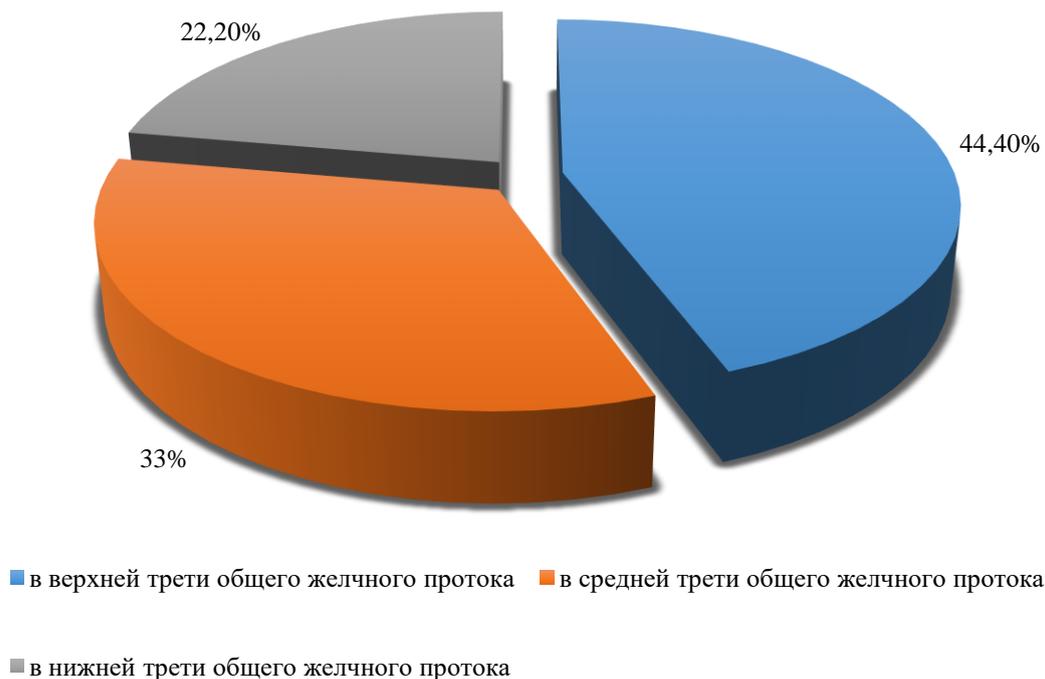


Рисунок 4. Локализация конкремента общего желчного протока у больных II группы при неуспешной ЭРХПГ.

Всем этим больным, так же как у больных I группы, с момента поступления параллельно комплексному диагностическому исследованию проводились общая детоксикационная и симптоматическая терапия. Из лабораторных данных в первую очередь изучены показатели общей интоксикации, билирубина, АЛТ, АСТ крови.

У всех этих больных размеры конкрементов были не менее 7-8 мм, что явилось основной причиной неудачного выполнения ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией в течение 30-40 мин. В связи с этим было решено приостановить процедуру и перейти к экстренно-отсроченной лапаротомии после соответствующей предоперационной подготовки.

Анализ результатов показателей интоксикации организма обследованных больных выявили нижеследующие изменения: в первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем $38,4 \pm 0,007$. Содержание лейкоцитов в крови было в среднем $8,3 \pm 0,21 \times 10^9/\text{л}$. Объем средних молекул составил в среднем $0,181 \pm 0,009$ ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ.

При дальнейшем лечении и наблюдении к восьмым суткам все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы, что опередило соответствующие показатели больных первой группы в среднем на 2 дня.

Следующими лабораторными критериями оценки состояния больных было изучение биохимических показателей: билирубина, АЛТ, АСТ крови (табл 3).

Динамика биохимических показателей крови у больных II группы, оперированных открытым методом на первом этапе из-за невозможности удаления конкремента при ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией (n=9)

Показатели	1-день	3-день	5-день	8-день	12-день
Общий билирубин	98,4±3,3	41,5±1,9***	30,4±1,2**	18,6±2,8**	18,2±1,3**
Билирубин прямой	79,7±53,3	23,6±1,4*	13,7±1,1**	3,5±0,3**	2,1±0,1**
Билирубин не прямой	18,6±2,7	17,9±1,4*	16,6±0,17**	15,1±0,14**	16,1±0,4**
АЛТ	47,9±3,1	40,1±3,1**	38,8±0,9**	39,1±1,3**	34,5±0,9*
АСТ	45,8±3,7	35,1±1,3**	33,4±0,8**	31,9±1,1**	31,4±0,8**

*Примечание: * - достоверность различия относительно данных предыдущих суток значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001).*

После операции на фоне комплексного лечения эти показатели к пятым суткам и в дальнейшем имели тенденции к нормализации, и к 8-9 суткам составляли в пределах нормальных значений.

Средняя длительность стационарного лечения этой категории больных составила 12±1,2 дня.

Как было отмечено выше, у 2 больных несмотря на то, что проведен успешный первый этап операции ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией с удалением желчных камней из-за имеющихся противопоказаний к лапароскопическим вмешательства в брюшной полости, через сутки после ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией проведены операции холецистэктомии открытым путём после соответствующей предоперационной подготовки.

Все эти операции выполнены под общим наркозом через верхнесрединный доступ. Биохимические показатели и показатели интоксикации этих больных особо не отличались от выше анализированных больных данной группы.

Средняя длительность стационарного лечения этой категории больных также составила 12-13 дней.

Следует отметить, что сравнительный анализ результатов анализируемых показателей между I - II группами больных, оперированных открытым методом в первом этапе из-за невозможности удаления конкремента при ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией значительных отличий не выявил. Однако обращает на себя внимание резкое уменьшение числа данной категории больных во II группе (21,1%) по сравнению с I группой (70,9%). Это, на наш взгляд, связано с положительным спазмолитическим эффектом нитроглицерина при ЭРХПГ и ЭПСТ, что способствовало увеличению числа больных, которым выполнено успешное удаление камней из общего желчного протока.

Анализ результатов лечения больных II группы, оперированных лапароскопическим методом (холецистэктомия) на втором этапе.

Как было отмечено выше, у 43 (82,6%) больных II группы, которым на первом этапе с помощью ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией успешно были удалены конкременты, после проведения общей дезинтоксикационной и противовоспалительной консервативной терапии у 41 (78,8%) больных к 7-8 суткам проводились отложенные операции: холецистэктомии лапароскопическим способом.

Анализ результатов показателей интоксикации организма обследованных больных, оперированных лапароскопическим методом выявили нижеследующие изменения: в первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем $38,6 \pm 0,07^{\circ}\text{C}$. Содержание лейкоцитов крови было в среднем $8,5 \pm 0,11 \times 10^9/\text{л}$. Объем средних молекул составил в среднем $0,188 \pm 0,014$ ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ.

При дальнейшем лечении и наблюдении к десятым суткам все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы.

Следующими лабораторными критериями оценки состояния больных явилось изучение биохимических показателей: билирубина, АЛТ, АСТ крови (табл 4).

Таблица 4

Динамика биохимических показателей крови у больных II группы, оперированных лапароскопическим методом (n=22)

Показатели	1-день	3-день	5-день	8-день	12-день
Общий билирубин	$97,9 \pm 3,1$	$44,7 \pm 2,5^{**}$ *	$27,7 \pm 1,3^{**}$	$18,3 \pm 1,7^{**}$	$17,8 \pm 1,6^{**}$
Билирубин прямой	$79,6 \pm 2,1$	$27,3 \pm 1,8^*$	$11,2 \pm 1,2^{**}$	$2,3 \pm 0,3^{**}$	$2,0 \pm 0,2^{**}$
Билирубин не прямой	$18,3 \pm 2,3$	$17,4 \pm 1,1^*$	$16,5 \pm 0,13^*$ *	$16,0 \pm 0,2^{**}$	$15,8 \pm 0,3^{**}$
АЛТ	$48,9 \pm 2,1$	$42,0 \pm 3,1^{**}$	$37,3 \pm 2,2^{**}$	$37,0 \pm 1,2^{**}$	$32,8 \pm 1,3^*$
АСТ	$47,3 \pm 3,2$	$39,1 \pm 2,1^{**}$	$32,2 \pm 1,9^{**}$	$29,7 \pm 1,2^{**}$	$29,4 \pm 1,1^{**}$

Примечание: * - достоверность различия относительно данных предыдущих суток значимы (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$).

Эти показатели к пятым суткам и в дальнейшем имели тенденции к нормализации, и к 8-9 суткам составляли в пределах нормальных значений.

Следует отметить, что сроки нормализации билирубина, а также показателей интоксикации крови больных I и II группы достоверных отличий не имеют.

В пятой главе диссертации, названной «Использование миниинвазивных методов с применениями нитроглицерина и ЭАР при лечении больных острым калькулёзным холециститом, осложненным холедохолитиазом», представлены результаты оценки эффективности 46

больных острым калькулёзным холециститом, осложненным холедохолитиазом, которым комплекс лечения, примененный во II группе, с целью ускорения сроков купирования процесса холангита, дополняли ретроградным лаважом просвета холедоха электроактивированным водным раствором ЭАР – А, который имеет следующие свойства, выраженные антимикробными, противовосполительными, антибактериоцидными действиями.

Из 46 обследованных больных третьей группы у 41 (89,1%) больного первый этап операции был успешным и завершился полным удалением конкрементов из холедоха. Длительность первого этапа операций у больных третьей группы с успешным завершением ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией в среднем составила $35,4 \pm 1,9$ минут.

Всем таким больным после купирования острого воспалительного процесса в очаге поражения и нормализации показателей интоксикации, а также билирубина крови к 5-6 суткам выполнялся второй этап хирургического вмешательства – холецистэктомия. У 5 (10,8%) больных третьей группы, из-за плотного вклинения и высокого расположения конкремента на фоне сильного спазма мышечных структур холедоха, первый этап операции был неуспешным – путем ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией не удалось удалить конкременты. В 1 (2,1%) случае на первой операции во время манипуляции из-за технических трудностей наблюдалось интраоперационное кровотечение из сосудов холедоха. У 5 (10,8%) больных вынужденно выполнено удаление камней холедоха антеградным путём с дренированием просвета холедоха и одномоментной холецистэктомией на фоне острого холецистита при высокой интоксикации организма. Из 41 (89,1%) больных, у которых на первом этапе с помощью ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией успешно удалены конкременты, у 40 (97,5%) больных после проведения общей дезинтоксикационной и противовосполительной консервативной терапии, к 5-6 суткам проводились отсроченные операции: холецистэктомии лапароскопическим способом. У 1 (2,1%) больного из-за наличия противопоказания к лапароскопическим операциям на втором этапе на 6 сутки после успешного ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией была выполнена холецистэктомия открытым лапаротомным методом.

Таким образом, у больных третьей группы всего в 7 (15,2%) случаях выполнены операции открытым методом срединным лапаротомным доступом (рис. 5).

Анализы результатов показателей интоксикации организма больных III группы выявили нижеследующие изменения: в первый день лечения температура тела варьировалась в диапазоне $38,8 \pm 0,06$. В общем анализе крови содержание лейкоцитов составляло в среднем $8,7 \pm 0,17$. Объём средних молекул варьировался в диапазоне $0,192 \pm 0,011$. Также наблюдалось увеличение СОЭ и ЛИИ.

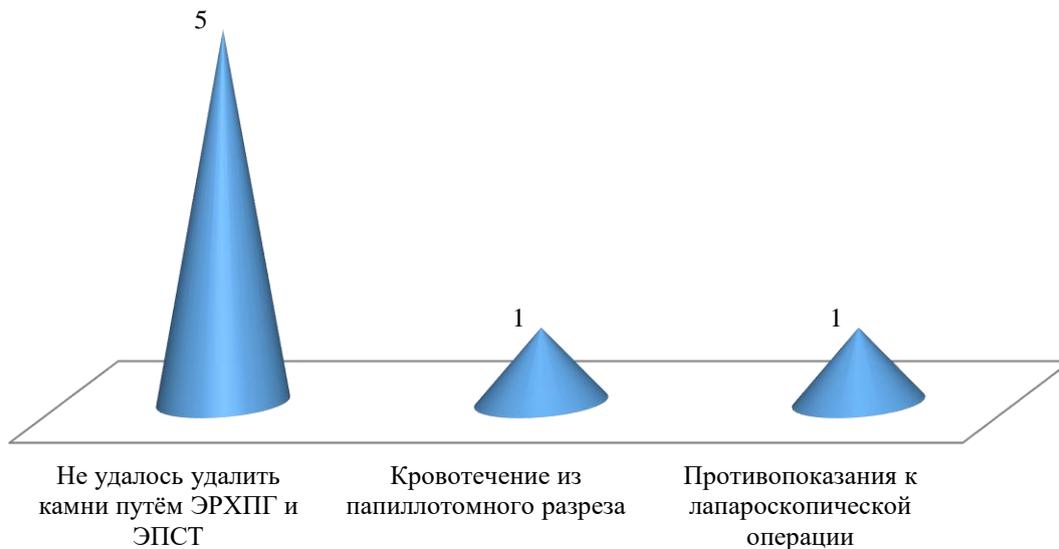


Рисунок 5. Распределение больных III группы, оперированных открытым методом на первом этапе по причинам конверсий.

В большинстве случаев, у 44 (95,6%) больных были выявлены признаки холангита и гипербилирубинемия на фоне механической желтухи.

Учитывая особенности клинической и хирургической тактики, у больных распределенных по причинам операции, выполненных на первом этапе, открытым лапаротомным доступом, приведенным на рисунке 5 проводился отдельный анализ, как в предыдущей группе.

Анализ результатов лечения больных третьей группы, оперированных открытым методом из-за невозможности удаления конкремента при ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией на первом этапе.

Из 4 больных третьей группы, у которых не удалось удалить конкремент при ЭРХПГ, у 2 (50%) конкремент общего желчного протока локализовался в верхней трети холедоха, у 1 (25%) больного выявлена локализация конкремента в средней трети общего желчного протока, у 1 (25%) больного обтурирующий конкремент был расположен в нижней трети общего желчного протока.

У всех этих больных размеры камней были не менее 7-8 мм, что явилось основной причиной неудачного выполнения ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией в течение 30-40 мин. В связи с чем было решено приостановить процедуру и переход к экстренно-отложенной лапаротомии после соответствующей предоперационной подготовки.

Средняя продолжительность открытых операций у больных III группы составила $65 \pm 3,1$ минут.

Дренажные трубки из брюшной полости удалены на 5-6-е сутки. Дренаж из общего желчного протока удален к 8-9-е суткам лечения.

Анализ результатов показателей интоксикации организма обследованных больных III группы выявили нижеследующие изменения: в первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем

38,8±0,06. Содержание лейкоцитов крови было в среднем 8,7±0,17x10⁹/л. Объем средних молекул составил в среднем 0,192±0,011ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ.

При дальнейшем лечении и наблюдении к восьмым суткам все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы. Это опередило соответствующие показатели больных первой и второй группы в среднем на два дня.

Следующими лабораторными критериями оценки состояния больных явилось изучение биохимических показателей: билирубина, АЛТ, АСТ крови (табл. 5).

Таблица 5

Динамика биохимических показателей крови больных у III группы, оперированных открытым методом из-за невозможности удаления конкремента при ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией на первом этапе (n=6)

Показатели	1-день	3-день	5-день	8-день	12-день
Общий билирубин	99,3±2,7	28,3±1,9**	19,4±1,1**	17,9±1,3**	17,7±1,1**
Билирубин прямой	80,2±2,6	11,4±1,2*	5,7±0,9**	3,3±0,3**	2,1±0,1**
Билирубин не прямой	19,1±1,8	16,9±1,3*	14,9±1,1**	14,6±1,3**	14,6±0,4**
АЛТ	49,9±2,9	41,1±2,3**	35,7±0,8**	34,1±1,3**	33,7±0,8*
АСТ	48,1±1,9	39,1±1,1**	29,8±0,8**	36,7±1,2**	26,4±0,7**

Примечание: * - достоверность различия относительно данных предыдущих суток значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001).

Все биохимические показатели к пятым суткам и в дальнейшем имели тенденцию к нормализации, и к 7-8 суткам были в пределах нормальных цифр.

Средняя длительность стационарного лечения этой категории больных составила 12±1,2 дней.

Как было отмечено выше, у больных III группы, несмотря на проведенный успешный первый этап операции ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией с удалением желчных камней, из-за имеющихся противопоказаний к лапароскопическим вмешательствам в брюшной полости, у одного больного через сутки после ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией проведена операция холецистэктомия открытым путём после соответствующей предоперационной подготовки. Операция выполнена под общим наркозом, верхнесрединным доступом. Длительность операции составила 65±3,1 мин. Ранний послеоперационный период протекал без особенностей. Дренажные трубки из брюшной полости удалены на 5-е сутки после операции. Больной выписан на 9 сутки лечения.

Следует отметить, что при сравнительном анализе, длительность операций больных III группы достоверно не отличалась от длительности операций больных предыдущих групп. Так как у всех больных этой категории

была применена идентичная хирургическая тактика, в связи с неуспешностью ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией на первом этапе.

Анализ результатов лечения больных III группы, оперированных лапароскопическим методом на втором этапе.

Как было отмечено выше, из 41 (89,1%) больных основной группы, которым на первом этапе с помощью ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией успешно удалены конкременты, после проведения общей дезинтоксикационной и противовоспалительной консервативной терапии у 40 (86,9) больных на 5-6-е сутки проводились отсроченные операции: холецистэктомии лапароскопическим способом.

У одного больного из-за наличия противопоказания к лапароскопическим операциям, в отложенном порядке была выполнена холецистэктомия открытым способом.

Анализ результатов показателей интоксикации организма обследованных больных III группы, оперированных лапароскопическим методом, что в первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем $38,8 \pm 0,06^{\circ}\text{C}$. Содержание лейкоцитов крови было в среднем $8,7 \pm 0,14 \times 10^9/\text{л}$. Объем средних молекул составил в среднем $0,192 \pm 0,016$ ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ.

При дальнейшем лечении и наблюдении на десятые сутки все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы.

Следующими лабораторными критериями оценки состояния больных явилось изучение биохимических показателей: билирубина, АЛТ, АСТ крови (табл. 6).

Таблица 6

Динамика биохимических показателей крови у больных III группы, оперированных лапароскопическим методом (n=22).

Показатели	1-день	3-день	5-день	8-день	12-день
Общий билирубин	$98,9 \pm 2,9$	$22,2 \pm 1,3^{***}$	$18,1 \pm 1,1^{**}$	$17,3 \pm 1,2^{**}$	$17,1 \pm 1,46^{**}$
Билирубин прямой	$79,9 \pm 1,9$	$6,7 \pm 0,8^*$	$3,1 \pm 0,4^{**}$	$2,7 \pm 0,3^{**}$	$1,8 \pm 0,3^{**}$
Билирубин не прямой	$19,0 \pm 1,1$	$15,5 \pm 1,1^*$	$15,0 \pm 0,12^{**}$	$14,6 \pm 0,3^{**}$	$15,8 \pm 0,4^{**}$
АЛТ	$40,7 \pm 1,3$	$39,4 \pm 1,1^{**}$	$33,4 \pm 2,1^{**}$	$30,0 \pm 1,2^{**}$	$30,0 \pm 1,3^*$
АСТ	$46,1 \pm 2,3$	$32,1 \pm 1,8^{***}$	$26,9 \pm 1,3^{***}$	$26,7 \pm 0,9^{***}$	$26,4 \pm 1,1^{***}$

Примечание: * - достоверность различия относительно данных предыдущих суток значимы (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$).

Эти показатели к пятым суткам и в дальнейшем имели тенденции к нормализации, и к 5-6 суткам были в пределах нормальных цифр.

Таким образом, проведенное нами исследование у больных III группы при сравнительном анализе их с результатами лечения больных I и II группы выявили следующие особенности, которые имеют важное практическое значение: (таб. 7).

**Сравнительные результаты основных показателей
больных I-, II- и III – группы**

№	Показатели	Группы больных		
		I (n=62)	II (n=52)	III (n=46)
1	Не удалось удаление камня путём ЭРХПГ и ЭПСТ	16 (25,8%)	6 (11,5%)	5 (10,8%)
2	Количество успешных ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией	40 (64,5%)	43 (82,6%)	41(89,1%)
3	Кровотечение из папиллотомного разреза	6 (9,7%)	3 (5,7%)	1(2,1%)
4	Вынужденная одноэтапная холецистэктомия с холедохотомией открытым способом	22 (35,5%)	9 (17,3%)	5(10,8 %)
5	Противопоказания к лапараскопической холецистэктомии	2 (3,2%)	2 (3,8%)	1(2,1%)
6	Средняя длительность успешных ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией	52,2±2,8 мин	32,8±2,4 мин	35,4±1,9 мин
7	Число открытых операций холецистэктомии на втором этапе	2 (3,2%)	2(3,8%)	1(2,1%)
8	Число лапараскопических холецистэктомий	36 (58,1%)	41 (78,8%)	40 (86,9%)
9	Средняя длительность операций, выполненных открытым методом	67±3,3 мин	66±2,9 мин	65±3,1 мин
10	Сроки удаления дренажных трубок из брюшной полости.	9-10 сутки	7 сутки	5-6 сутки
11	Средняя длительность операций, выполненных лапараскопическим методом	57,6±3,4 мин	54,1±2,6 мин	46,3±2,7 мин

№	Показатели	Группы больных		
		I (n=62)	II (n=52)	III (n=46)
12	Количество больных с длительным холангитом	11 (17,7%)	5 (9,6%)	-
13	Сроки нормализации билирубина	8-9 сутки	6-7 сутки	3-сутки
14	Сроки нормализации показателей интоксикации	7-8 сутки	5-6	3-4 сутки
15	Средняя длительность койко-дней	12,6±1,8	10±1,2	8,4±1,7

Применение ретроградной санации и лаважа общего желчного протока с применением ЭАР – А, в течение 3-4 дней после удаления камня из холедоха путем ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией, уменьшает осложнения длительного холангита на 17,7%, ускоряя сроки нормализации показателей общего билирубина и показателей интоксикации организма от 8 до 3-4 суток.

При лечении больных острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, применение нитроглицерина и ретроградной санации и лаважа холедоха с электроактивированным водным раствором ЭАР – А, способствует улучшению результатов лечения и сокращению сроков стационарного лечения данной категории больных от 12,6 до 8,4 дней. Все это позволяет нам широко рекомендовать применение в клинической практике предлагаемый нами метод лечения, который имеет экономическую эффективность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. При лечении больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, применение традиционного метода лечения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией с папилосфинктеротомией и литоэкстракцией с последующей холецистэктомией не дает успешного удаления камней до 25,8%. В 9,7% случаев отмечается кровотечение из папиллотомного разреза, из-за чего в 35,5% случаев больным выполняется вынужденная одноэтапная холецистэктомия с холедохотомией, средняя длительность успешной ЭРХПГ при этом составляет 52,2±2,8 мин. При этом средние сроки нормализации билирубина и нормализации показателей интоксикации составляют 8-9 суток. Средняя длительность койко-дней этих больных составляет 12,6±1,8, что требует разработки дополнительных мероприятий, направленных на совершенствование методов лечения.

2. Применение нитроглицерина при выполнении ЭРХПГ, ЭПСТ и литоэкстракции положительно влияет на результаты, при этом количество не успешных ЭРХПГ уменьшается от 25,8% до 11,5%, вынужденные

одноэтапные холецистэктомии с холедохотомией уменьшаются от 35,5% до 17,3%. Средняя длительность успешной ЭРХПГ сокращается от $52,2 \pm 2,8$ мин до $32,8 \pm 2,4$ мин. Количество двухэтапных операций увеличивается от 64,5% до 82,6%. Интраоперационные осложнения кровотечений уменьшаются от 9,7% до 5,7%. Сроки нормализации билирубина и нормализации показателей интоксикации составляют 5-7 суток. Средняя длительность койко-дней этих больных составляет $10 \pm 1,2$ дня.

3. Применение миниинвазивных методов в сочетании нитроглицерина и ЭАР-А при лечении больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, во время выполнения ЭРХПГ, ЭПСТ и литоэкстракции более эффективно влияет на результаты лечения, при этом количество неуспешных ЭРХПГ уменьшается от 25,8% до 10,8%, вынужденные одноэтапные холецистэктомии с холедохотомией от 35,5% до 10,8%. Средняя длительность успешной ЭРХПГ сокращается от $52,2 \pm 2,8$ мин до $35,4 \pm 1,9$ мин. Количество двухэтапных операций увеличивается от 64,5% до 89,1%. Интраоперационные осложнения кровотечения уменьшаются от 9,7% до 2,1%. Сроки нормализации билирубина и нормализации показателей интоксикации составляют 3-4 суток. Средняя длительность койко-дней таких больных составляет $8,4 \pm 1,2$ дня.

4. С учетом сравнительного анализа полученных результатов исследований, разработан оптимальный метод лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, путем использования миниинвазивных методов хирургического лечения с применением нитроглицерина и ЭАР-А.

SCIENTIFIC COUNCIL FOR AWARDED ACADEMIC DEGREES
DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 AT BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE
BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE

RADJABOV ANVAR ISLOMOVICH

**IMPROVEMENT OF TREATMENT TACTICS FOR PATIENTS WITH
ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS COMPLICATED BY
CHOLEDOCHOLITHIASIS**

14.00.27 - Surgery

**ABSTRACT OF THE DISSERTATION OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
IN MEDICAL SCIENCES**

Bukhara - 2025

Doctor of Philosophy (PhD) dissertation topic in medical sciences registered at the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under No. B2023.2.PhD/Tib3631.

The dissertation was completed at the Bukhara state medical institute.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the scientific council (www.bsmi.uz) and the information and educational portal "ZiyoNet" (www.ziynet.uz).

Scientific supervisor: **Safoev Bakodir Barnoevich**
doctor of medical sciences, professor

Official opponents: **Khodjiev Daniyar Shamuratovich**
doctor of medical sciences, associate professor

Alidjanov Fatix Bakievich
doctor of medical sciences, professor

The leading organization: **The Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V. Vakhidov**

The defense of the dissertation will take place "____" _____ 2025 at _____ hours at a meeting of the scientific council DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 at the Bukhara State medical institute (address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, Gijduvan str. 23. Phone/fax: (+99865) 223-00-50; Phone: (+99865) 223-17-53, e-mail: buhmi@mail.ru).

The dissertation can be found at the Information Resource Center of the Bukhara State medical institute (registered number № ____). (Address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, Gijduvan str. 23. Phone: (+99865) 223-00-50)

Abstract of dissertation sent out on « ____ » _____ 2025 year
(mailing report № ____ on « ____ » _____ 2025 year)

Sh.T.Urokov

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

N.N. Kazakova

Scientific Secretary of the Scientific Council for Awarding Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences (DSc), associate professor

B.Z. Khamdamov

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

INTRODUCTION (abstract of Doctor of Philosophy (PhD) dissertation)

The purpose of the study. To improve the treatment outcomes of patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis by using minimally invasive treatment methods with the application of nitroglycerin and electroactivated aqueous solution A (EAS-A).

Object of the study was 160 patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis, who were treated in the Department of General Surgery of the Central Hospital of the Medical Department of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Uzbekistan.

Scientific novelty is as follows:

for the first time, the use of nitroglycerin in patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis has been shown to have a positive effect on the effectiveness of endoscopic retrograde lithoextraction when removing biliary tract nodules by relaxing the tone of the smooth muscles of the biliary tract;

at first, a new effective method of eliminating cholangitis in patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis was developed;

it has been proven for the first time that performing endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic papillosphincterotomy, relaxing the smooth muscles of the biliary tract and eliminating infection and inflammation of the biliary tract, acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis has a positive effect on the treatment results of sick patients;

for the first time, the optimality of performing retrograde lavage with an electroactivated aqueous solution - A through a nasobiliary probe in the treatment of patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis after endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic papillosphincterotomy has been substantiated.

Implementation of the research results.

According to the conclusion No. 08/02 dated November 13, 2024 on the implementation of the results of scientific research work of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan:

the first scientific innovation: the effectiveness of the use of nitroglycerin in the treatment of patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis has been determined. *Significance of scientific innovation:* The scientific significance of the research results is determined by the fact that the conclusions and proposals obtained have a certain theoretical value, which greatly contributes to the study of the features of the treatment of patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis. Implementation of scientific innovation in practice: Scientific and practical information was received The Order on the clinical hospital of emergency medical care of Tashkent city (12.10.2024; No. 152 AF) The order on the multidisciplinary medical center of Khorezm region (12.10.2024; No. 156/r-I 2024) was implemented in practice. *Social efficiency:* The results show that the use of nitroglycerin at a dose of 0.5 mg under the tongue during ERCP, EPST and lithoextraction facilitates lithoextraction and

reduces complications. *Economic efficiency*: the use of nitroglycerin at a dose of 0.5 mg under the tongue in ERCP, EPST and retrograde lavage with electroactivated aqueous solution A (EAS-A) simultaneously with lithoextraction in acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis per patient in the treatment of sick patients, savings of up to 230,000 soums are shown. This has provided cost savings and improved the diagnostic process. We have reduced the time to 3 days. *Conclusion*: the use of traditional endoscopic retrograde cholangiopancreatography, papillosphincterotomy and lithoextraction followed by cholecystectomy in the treatment of patients with acute stone cholecystitis complicated by choledocholithiasis does not allow for successful stone removal in 25.8%. Bleeding from a papillotomy incision is observed in 9.7% of cases, therefore, in 35.5% of patients, simultaneous cholecystectomy together with choledocholithotomy is mandatory, the average duration of successful ERCP is 52.2 ± 2.8 minutes. The average period of normalization of bilirubin and intoxication is 8-9 days. The average length of stay of such patients in the hospital is 12.6 ± 1.8 days, which requires the development of additional measures aimed at improving treatment methods. Expanded use of scientific innovation: "A method of using mini-invasive methods in the treatment of patients with acute choledocholithiasis" to the chairman of the Expert Council of the Bukhara State Medical Institute for the introduction of scientific innovation in other healthcare institutions. The Vice-rector for Scientific Work and Innovations of the Bukhara State Medical Institute Sent letter No. 9400 on October 11, 2024. 04;

the second scientific innovation: the effectiveness of topical application of electroactivated aqueous solution - A (EAS-A) in the treatment of patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis has been determined. *Significance of scientific innovation*: the effectiveness of retrograde lavage with electroactivated aqueous solution - A (EAS-A) together with lithoextraction in the practice of ERCP and EPST has been studied. Implementation of scientific innovation in practice: Scientific and practical information was received The Order on the clinical hospital of emergency medical care of Tashkent city (12.10.2024; No. 152 AF) The order on the multidisciplinary medical center of Khorezm region (12.10.2024; No. 156/r-I 2024) was implemented in practice. *Social efficiency*: retrograde lavage of the common bile duct with electroactivated aqueous solution - A (EAS-A) accelerated the resolution of cholangitis in patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis. *Economic efficiency*: performing retrograde lavage with electroactivated aqueous solution-A (EAS-A) along with lithoextraction during ERCP and EPST procedures showed savings of up to 230,000 soums per patient in the treatment of patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis. This has provided cost savings and improved the diagnostic process. We have reduced the time to 3 days.

Conclusion: in the treatment of patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis, the use of nitroglycerin and EAS-A when performing minimally invasive methods of ERCP, EPST and lithoextraction has a more effective effect on treatment results, while increasing the number of unsuccessful ERCP. It ranges from 25.8% to 10.8%, one-stage cholecystectomy in

combination with choledocholithotomy is mandatory. It will decrease from 35.5% to 10.8%. The average duration of successful ERCP decreases from 52.2 ± 2.8 minutes to 35.4 ± 1.9 minutes. The number of two-stage operations increases from 64.5% to 89.1%. The number of complications in the form of bleeding during surgery decreases from 9.7% to 2.1%. The average time for normalization of bilirubin and intoxication is 3 days. The average duration of hospitalization of such patients is 8.4 ± 1.2 days. Expanded use of scientific novelty: the introduction of a scientific innovation on the topic "The use of minimally invasive methods in the treatment of patients with acute choledocholithiasis" to other medical institutions was sent to the Chairman of the Expert Council of the Bukhara State Medical Institute by the Vice-Rector for Research and Innovation of the Bukhara State Medical Institute by letter dated October 11, 2024 (No. 04/9400);

the third scientific innovation: the use of nitroglycerin under the tongue at a dosage of 0.5 mg during ERCP and EPST operations, as well as the performance of retrograde lavage with lithoextraction and electroactivated aqueous solution A (EAS-A) in the treatment of patients with acute calculous cholecystitis and a complication in the form of choledocholithiasis showed a positive effect, as well as a reduction in treatment time by 3-4 of the day. Introduction of scientific novelty into practice: scientific and practical information was obtained by order of the Tashkent City Clinical Emergency Hospital (12.10.2024; No. 152 AF) and by order of the Khorezm Regional Multidisciplinary Medical Center (12.10.2024; No. 156/r-I 2024). *Social efficiency:* of the innovation lies in the fact that, based on the studies conducted, the results of traditional methods of treating patients with choledocholithiasis were studied. A comparative analysis of the results of traditional methods of treatment of patients with choledocholithiasis and complications was carried out. Based on the results of a comparative analysis of the study, an optimal surgical method for treating such patients with nitroglycerin was developed. The fulfillment of the goals and objectives of this study will lead to the development of a more effective method of treating patients with choledocholithiasis, reducing intraoperative and postoperative complications, as well as reducing the duration of surgery and the time spent by patients in the hospital. *Cost-effectiveness:* the use of nitroglycerin under the tongue at a dose of 0.5 mg during ERCP and EPST operations, as well as performing retrograde lavage with lithoextraction and electroactivated aqueous solution A (EAS-A) allows you to save up to 230,000 soums per patient. It also improves the diagnostic process. The hospital stay is reduced by 3 days. *Conclusion:* based on the results of the study, it can be concluded that a comparative analysis shows that an optimal method has been developed for the treatment of patients with acute calculous cholecystitis and a complication in the form of choledocholithiasis using minimally invasive surgical methods and nitroglycerin, as well as using EAS-A. Expanded use of scientific novelty: the introduction of a scientific innovation on the topic "The use of minimally invasive methods in the treatment of patients with acute choledocholithiasis" to other medical institutions was sent to the Chairman of the Expert Council of the Bukhara State Medical Institute by the Vice-Rector for Research and Innovation of the Bukhara State Medical Institute by letter dated October 11, 2024 (No. 04/9400);

the fourth scientific innovation: an optimal method has been developed for the treatment of patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis using nitroglycerin at a dosage of 0.5 mg under the tongue during ERCP and EPST operations, as well as retrograde lavage with lithoextraction and electroactivated aqueous solution A (EAS-A). *The significance of scientific innovation:* The optimal method of treatment of patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis has been developed. The use of nitroglycerin at a dose of 0.5 mg under the tongue during ERCP, EPST and retrograde lavage lithoextraction with electroactivated aqueous solution A (EAS-A) allows to increase the number of patients who can perform retrograde lavage with lithoextraction. This helps to accelerate the elimination of cholangitis and reduce the treatment time. As a result, the possibility of two-stage operations increases and the hospital stay is reduced by 3-4 days, as well as the number of complications decreases. *The introduction of scientific novelty into practice:* The novelty was introduced in the Tashkent City Clinical Emergency Hospital (12.10.2024; No. 152 AF) and by order of the Khorezm Regional Multidisciplinary Medical Center (12.10.2024; No. 156/r-I 2024). *Social efficiency:* the implementation of the goals and objectives of this study will lead to the development of a method for treating patients with choledocholithiasis with nitroglycerin, which is a more effective method that helps reduce intraoperative and postoperative complications, as well as shorten the duration of the operation and shorten the number of days of hospitalization of patients. *Economic efficiency:* the use of nitroglycerin under the tongue in a dose of 0.5 mg during the implementation of ERCP and EPST in the treatment of patients with acute calculous cholecystitis, complicated by choledocholithiasis, and at the same time retrograde lavage with electroactivated aqueous solution - A (EAS-A) with lithoextraction, showed a savings of up to 230,00 rubles per patient spent. This provided savings, a perfected diagnostic process. And we reduced the time to 3 days.

Conclusion: based on the data obtained as a result of the study, we can come to the following conclusion. Taking into account the comparative analysis of the results of the study, an optimal method of treatment using nitroglycerin and EAS-A was developed when performing less invasive surgical methods in the treatment of patients with acute stone cholecystitis, which is complicated by choledocholithiasis. The Expert Council of the Bukhara State Medical Institute on the introduction of scientific innovation to other health institutions on the topic: "method of applying miniinvasive methods in the treatment of patients with acute choledocholithiasis" was sent a letter dated October 11, 2024 No. 04/9400 by the vice-rector of scientific works and innovations of the Bukhara State Medical Institute.

Structure and volume of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, practical recommendations and a list of references. The volume of the dissertation consists of 124 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORK

I бўлим (I часть; part I)

1. Сафоев Б.Б., Ражабов А.И., Ярикулов Ш.Ш. Сравнительные оценки результаты лечение больным с острым калькулёзным холециститом осложненной холедохолитиазом // Новый день в медицине. ISSN 2181-712X. E-ISSN 2181-2187. 1(63)2024. -С. 305-308 (14.00.00; № 22).

2. Safoev B.B., Rajabov A.I., Yarikulov Sh.Sh. Modern view on the diagnosis and treatment of acute cholecystitis in persons over 60 ears of age // A new day in medicine / ISSN 2181-712X. E-ISSN 2181-2187. 6(56)2023. -P. 68-74 (14.00.00; № 22).

3. Ражабов А.И., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш., Атаджанов М.Р. Холедохолитиаз как грозное осложнение острого калькулезного холецистита (обзор литературы) // Военная медицина Узбекистана / 2024 Май 2(7) -С. 119-129. (04.00.00; Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссияси Раёсатининг 2023-йил 29- августдаги 342/5-сон қарори).

4. Раджабов А.И., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш. Результаты традиционных хирургических методов лечения больных острым холедохолитиазом // Вестник ТМА №9, 2024 -С. 158-162. (14.00.00; № 13).

5. Radjabov A.I., Safoev B.B., Boltaev T.Sh. Improvement of the method of treatment of patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis// American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2024. - № 14 (12). - P. 3185-3190. (14.00.00; № 2).

II бўлим (II часть; part II)

6. Radjabov A.I, Safoev B.B., Yarikulov Sh.Sh. Improving the results of treatment of patients with choledocholithiasis by using minimally invasive methods of treatment with the use of nitroglycerin and electroactivated solution // Journal of applied medical sciences Volume-7, Issue-6, Published |20-06-2024| ISSN(Online): 2984-6730 -P. 71-79.

7. Ражабов А.И., Очилов У.Б., Болтаев Т.Ш. Метод применения нитроглицерина при лечении больных с острым холедохолитиазом // Евразийский журнал медицинских и естественных наук / Том 4 Выпуск 8, Август 2024. -С. 48-59.

8. Сафоев Б.Б., Раджабов А.И., Ярикулов Ш.Ш. Эффективности методы лечения при остром холециститом осложнённом холедохолитиазом // Западноевропейский журнал медицины и медицинской науки 2024 г. Май, Том 2, Выпуск 5, ISSN (E): 2942-1918 -С. 49-60.

9. Radjabov A.I., Safoev B.B., Yarikulov Sh.Sh. Evaluation of the effectiveness of traditional surgical methods of treatment of patients with acute choledocholithiasis // International Multidisciplinary Research in Academic Science (IMRAS) Volume. 7, Issue 07, July (2024) -P. 127-136.

10. Раджабов А.И., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш. Результаты хирургических методов лечения больных с острым калькулёзным холециститом осложнённый холедохолитиазом // *Анналы клинических дисциплин*. Том 2, № 2, 2024. -С. 251-263.

11. Сафоев Б.Б., Ражабов А.И., Болтаев Т.Ш. Холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холетсиститли беморларни даволаш тактикасини такомиллаштириш // *XXI асрда инновацион технологиялар, фан ва таълим тараққиётидаги долзарб муаммолари* – Тошкент, 2-Том, 5-сон, - 2024. - 519 б.

12. Ражабов А.И., Сафоев Б.Б., Болтаев Т.Ш. Холедохолитиаз билан асоратланган ўткир холетсиститни даволашнинг янги усули // "Янги ўзбекистонда табиий ва ижтимоий-гуманитар фанлар" Республика илмий-амалий конференцияси – Тошкент, 2-Том, 5-сон, - 2024. - 188-194 б.

13. Сафоев Б.Б., Ражабов А.И., Болтаев Т.Ш. Применение миниинвазивного метода лечения больных с холедохолитиазом // *Международная конференция по междисциплинарной науке*, Том 01, выпуск 05, 2024. США -С. 173-180.

14. Radjabov A.I., Safoev B.B. A New Method of Treatment of Acute Cholecystitis Complicated by Choledocholithiasis // *International Congress on Biological, Physical And Chemical Studies*. - June 01, 2024 Indonesia, Garuda city -P. 229– 231.

15. Radjabov A.I., Boltaev T.Sh. A new method of treating patients with acute choledocholithiasis // *Science and Innovation International Scientific Journal* Volume 3 ISSUE 5 May 2024 ISSN: 2181-3337 Switzerland, Geneva - P. 582-585.

16. Radjabov A.I., Ochilov U.B. Application of minimally invasive method of treatment of patients with choledocholithiasis // "Natural Sciences in the Modern World: Theoretical and Practical Research" Remote, online conference Volume 3 № 8 – 2024. Tashkent -P. 12-14.

17. Ражабов А.И., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш. Метод применения нитроглицерина при лечении больных с острым холедохолитиазом // *Методические рекомендации*. Бухара, 2024. -21 с.

18. Ражабов А.И., Сафоев Б.Б. Способ применения миниинвазивных методов лечения у больных с острым калькулёзным холециститом, осложнённым холедохолитиазом // *Методические рекомендации*. Бухара, 2024. -20 с.

Avtoreferat “Durdoni” nashriyotida tahrirdan o‘tkazildi hamda o‘zbek, rus va ingliz tillaridagi matnlarning mosligi tekshirildi.

Bosishga ruxsat etildi: 29.01.2025 yil. Bichimi 60x84 1/16 , «Times New Roman» garniturada raqamli bosma usulida bosildi.
Shartli bosma tabog‘i 4,5 Adadi: 100 nusxa. Buyurtma №61.

Guvohnoma AI №178. 08.12.2010.
“Sadriiddin Salim Buxoriy” MChJ bosmaxonasida chop etildi.
Buxoro shahri, M.Iqbol ko‘chasi, 11-uy. Tel.: 65 221-26-45

