

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

БАТИРОВ БЕХЗОД АМИНДЖАНОВИЧ

ҚОРИН БЎШЛИҒИ СИМУЛТАН ПАТОЛОГИЯСИНИ
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИК ТЕХНОЛОГИЯЛАР ЁРДАМИДА
ДАВОЛАШНИ КЛИНИК АСОСЛАШ

14.00.27 – Хирургия

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

Самарқанд – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Content of the abstract of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD)

Батиров Бехзод Аминджанович

Қорин бўшлиғи симултан патологиясини эндовидеохирургик технологиялар
ёрдамида даволашни клиник асослаш..... 3

Батиров Бехзод Аминджанович

Клиническое обоснование хирургической коррекции симультанной
абдоминальной патологии с использованием эндовидеохирургических
технологий..... 27

Batirov Bekhzod Aminjanovich

Clinical Justification of Surgical Correction of Simultaneous Abdominal Pathology
using Endovideosurgical Technologies..... 51

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of pulished works 56

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

БАТИРОВ БЕХЗОД АМИНДЖАНОВИЧ

ҚОРИН БЎШЛИҒИ СИМУЛТАН ПАТОЛОГИЯСИНИ
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИК ТЕХНОЛОГИЯЛАР ЁРДАМИДА
ДАВОЛАШНИ КЛИНИК АСОСЛАШ

14.00.27 – Хирургия

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

Самарқанд – 2025

Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2024.1.PhD/Tib4333 рақам рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертациянинг уч тилдаги (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) автореферати Илмий Кенгаш веб саҳифаси (www.sammu.uz) ва «Ziyonet» (www.ziyonet.uz) ахборот-таълим порталида жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Эшонходжаев Отабек Джураевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Шоназаров Искандар Шоназарович
тиббиёт фанлари доктори, доцент.

Етакчи ташкилот:

В.И.Разумовский номидаги Саратов давлат тиббиёт университети (Россия Федерацияси)

Диссертация ҳимояси Самарқанд Давлат тиббиёт университети ҳузуридаги илмий даражаларлар берувчи DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 рақамли Илмий Кенгашнинг 2025 йил «___» _____ соат ___ даги мажлисида бўлиб ўтади. Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Анкабай кўчаси, 6-уй. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

Диссертация билан Самарқанд Давлат тиббиёт университетининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№. _____ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Амир Темур кўчаси, 18-уй. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75;

Диссертация автореферати 2025 йил «___» _____ да тарқатилди.

(2025 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси)

Н.Н. Абдуллаева

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

К.В. Шмырина

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

З.Б. Курбаниязов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясига аннотация)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Бугунги кунда замонавий абдоминал жарроҳликни ривожлантиришнинг ҳозирги босқичида бир вақтнинг ўзида бир неча органларга бир вақтда амалга ошириладиган операцияларнинг технологияларини янада такомиллаштириш ва кенгроқ жорий қилиш масалалари ўта муҳим ҳисобланади, бу ҳолат қорин бўшлиғи органларининг бир вақтдаги касалликлари бўлган беморлар сонининг барқарор ўсиши билан боғлиқ. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) экспертлари кўмитаси маълумотларига кўра, «...бир вақтнинг ўзида тузатишни талаб қиладиган касалликлар жарроҳлик профилидаги беморларнинг 20% - 30% ҳолатларида қайд этилган...»¹. Умумий бир вақтда учрайдиган жарроҳлик касалликлари диапазони 2,8% дан 63% гача ўзгариб туради. Бир вақтда амалга ошириладиган операцияларнинг бир қатор аниқ афзалликларига қарамай, шу жумладан энг юқори тиббий самарага эришиш ва ижтимоий-иқтисодий юқламани камайтириш, уларнинг улуши ҳозирги вақтгача 25% дан ошмайди.

Дунё миқёсида перспектив йўналишлардан бири бу минимал инвазив технологиялардан фойдаланиб, қорин бўшлиғи органларига бир вақтнинг ўзида амалга ошириладиган операциялардир. Бироқ, минимал инвазив усулларнинг барча афзалликлари тан олинганига қарамай, барча абдоминал операциялардан бир вақтда амалга ошириладиган лапароскопик операциялар фоизи аниқ клиникага боғлиқ ҳолда 20% дан 70% гача ўзгаради. Жарроҳларнинг бир вақтнинг ўзида лапароскопик операциялар тўғрисидаги эҳтиёткор позициялари операция вақтининг сунъий карбоксиперитонеум шароитида кескин узайиши билан изоҳланади, бу ҳолат юрак-томир ва нафас олиш тизимлари фаолиятига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Яна бир тўсиқ бу – ёши катта ва қария беморларда юқори Операциядан олдинги хавфнинг мавжудлиги, чунки уларнинг ички органлари билан боғлиқ ёшга оид ўзгаришлардан ташқари, жиддий коморбид соматик касалликлари ҳам мавжуд. Бунда юрак-томир ва нафас олиш тизимлари касалликлари 90% гача, эндокрин тизим касалликлари эса 57% гача етиши мумкин. Жарроҳлик стресси интеркуррент касалликларнинг кучайишига олиб келади ва бу ҳолат интраоперацион ва операциядан кейинги оғир асоратларни келтириб чиқаради. Кўп йиллик тажриба ва жарроҳлик ёндашувларини такомиллаштириш, замонавий анестезиология, реаниматология ва фармакологиянинг ютуқларига қарамай, қорин бўшлиғи органлари, хусусан, гепатобилиар тизим касалликларини даволаш натижалари етарли даражада деб ҳисобланмайди, чунки операциядан кейинги асоратлар даражаси юқори бўлиб, операциядан кейинги дастлабки даврда асоратлар учраш эҳтимоли 3,8% дан 40,2% гача етади.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимида аҳолига кўрсатилаётган жарроҳлик ёрдами сифатини тубдан яхшилаш ва кўламини сезиларли даражада кенгайтириш бўйича кенг кўламли мақсадли чора-тадбирлар амалга

¹ Jones M. Gallbladder Gallstones (Calculi) / M. Jones, C. Weir, Ghassemzadeh S. // Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. – 2019. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459370/>)

оширилмоқда. Шу муносабат билан, 2022-2026 йилларда мамлакат ривожланиши стратегиясида «...аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимларининг салоҳиятини ошириш ва 2022-2026 йилларда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш дастурини тадбиқ этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини амалга ошириш...»². каби вазифалар белгиланган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон “Бирламчи соғлиқни сақлаш муассасалари фаолиятига принципиал янги механизмларни жорий этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон “Соғлиқни сақлаш соҳасида давлат бошқаруви тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон “Фуқаролар саломатлигини таъминлашда доир қўшимча чора-тадбирлар 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 технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, жарроҳлик бўлимларига ётқизилган беморларнинг 20-30% да қорин бўшлиғи органларининг бир вақтдаги касалликлари аниқланади, уларнинг фақат 4-6% да симултан операциялар (СО) амалга оширилади. Қорин бўшлиғи органларининг бир вақтдаги касалликларидан энг кўп учраган ҳолатлар 12-45% да ўт тош касаллиги ва кичик таносил аъзолари гинекологик касалликларининг бирга учраши, 15-25% ҳолатларда Кастен триадаси, 11,8-16,5% да эса қорин деворининг чуррасига эга бўлган беморларда бошқа жарроҳлик касалликлари аниқланади, улар бир вақтнинг ўзида жарроҳлик тузатишни талаб қилади [Альтмарк Е.М., 2007, Аль Бикай Рами А.А., 2009, Лебедева Е.А., 2010, Кочкин А.Д., ва бошқ. 2013].

Шунчалик юқори кўрсаткичли бир вақтдаги касалликлар жарроҳлар ва анестезиологларни бир вақтнинг ўзида бир неча патологияларни тузатиш муаммосини ҳал қилишга мажбур қилади. Симултан операцияларнинг инкор этиб бўлмайдиган афзаллиги шундаки, бир вақтнинг ўзида икки ёки ундан ортиқ жарроҳлик касалликлари бартараф этилади, уларнинг жарроҳлик даволаши кейинги муддатга қолдирилган эди. Бу билан қайта наркоз ва унинг асоратлари хавфи йўқотилади, қайта текширув ва операцияга тайёргарлик кўриш зарурияти йўқолади [Фёдоров В.Д., 2000, Галлямов Э.А., ва бошқ. 2008,

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сонли «2022 - 2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг таракқиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони.

Тимурбулатов В.М., ва бошқ, 2016, Дронова В.Л., ва бошқ. 2013, Рахматуллаев Р. 2014, S. Sinno et.all, 2012, Hart S, 2010].

Бироқ, тўсқинлик қилувчи омиллардан бири бу операция вақтининг сезиларли даражада узайиши ва ҳаёт учун муҳим бўлган аъзоларнинг ҳамроҳ касалликлари бўлган беморларда операциянинг юқори хавфли эканлигидир. Тиббиётда янги технологияларнинг ривожланиши эндовидео-жарроҳлик каби янги йўналишнинг пайдо бўлишига тўртки бўлди. Қорин бўшлиғи аъзоларининг бир вақтдаги касалликларида лапароскопик операцияларнинг кенг имкониятлари уларни амалий тиббиётга жорий қилишни қўллаб-қувватловчилар сонининг ортишига сабаб бўлмоқда [Кащеев В.И.,2006, Ханов В.О. 2008, Брехов Е.И., 2010, Галимов О.В, ва бошқ. 2010, Assalia A.,et.all, 2012].

Юқоридаги маълумотларга кўра, замонавий абдоминал жарроҳликни ривожлантиришнинг ҳозирги босқичида симултан лапароскопик операцияларнинг техник жиҳатларини ишлаб чиқиш, уларни босқичма-босқич бажариш ва лапароскопик усулни минилапаротомик кириш билан қўшиб олиб бориш имконияти ва мақсадга мувофиқлиги ўта долзарб ҳисобланади.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим ёки илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт университети наъмунавий дастурнинг «Шикастланишлар, жарроҳлик касалликлари ва ўсмаларнинг олдини олиш, диагностика қилиш ва даволаш бўйича замонавий технологияларни яратиш ва жорий этиш» (Давлат рўйхати №012400287) бўйича режалаштирилган тадқиқот ишлари доирасида амалга оширилган.

Тадқиқотнинг мақсади қорин бўшлиғининг бир вақтдаги патологияларида эндовидео-жарроҳлик технологияларини қўллаш орқали симултан операциялар натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

сурункали калкулёз холецистит билан касалланган беморларда бир вақтдаги жарроҳлик патологиясининг нозологик тузилмаси ва клиник-типологик вариантларини ўрганиш;

қорин бўшлиғи патологиясининг тури ва локализациясига қараб лапароскопик техникадан фойдаланиб симултан операцияларнинг тактик-техник жиҳатларини оптималлаштириш;

симултан операцияларда нейрогуморал кўрсаткичлар орқали операциявий стресси бўйича жарроҳлик агрессияси даражасини аниқлаш ва унинг инвазия даражасини баҳолаш учун шкала ишлаб чиқиш;

қорин бўшлиғи ва қорин девори органларида лапароскопик симултан операцияларнинг клиник самарадорлигини асослаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2019-2022 йилларда Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармокли клиникасининг жарроҳлик бўлимига ётқизилган, ўт тош касаллиги, сурункали калкулёз холецистит ва қорин

бўшлиғи органларининг бир вақтдаги патологияси бўлган 157 нафар бемор олинган.

Тадқиқотнинг предметини ўт тош касаллиги, сурункали холецистит ва қорин бўшлиғи органларининг бир вақтдаги патологияси бўлган беморларни эндовидео-жарроҳлик технологияларидан фойдаланган ҳолда комплекс текширув ва жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилиш эди.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни бажариш учун қуйидаги тадқиқот усуллари қўлланилди: умумклиник, биокимёвий, инструментал ва статистик усуллар.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

сурункали калкулёз холецистит билан касалланган беморларда бир вақтдаги жарроҳлик патологиясининг нозологик тузилмаси ва клиник-типологик вариантлари аниқланди, қорин деворининг чурралари, аёлларда эса кичик таносил аъзолари патологиясининг устунлиги ҳамда Чарлсон индекси бўйича юқори даражадаги коморбидлик мавжудлиги аниқланган;

лапароскопик техникадан фойдаланган ҳолда сурункали калкулёз холецистит билан касалланган беморларда бир вақтдаги қорин бўшлиғи патологиясининг тури ва жойлашувига қараб симултан операцияларнинг тактик-техник жиҳатлари ва уларни амалга ошириш кетма-кетлиги оптималлаштирилган;

жарроҳлик стресси гормонал компонентларининг динамикасини ўрганишга асосланган симултан операцияларнинг травматиклигини аниқлайдиган шкала таклиф этилди ва лапароскопик симултан операцияларда жарроҳлик киришининг минимал инвазия даражаси исботланган;

лапароскопик симултан операцияларнинг клиник самарадорлиги жисмоний фаолликнинг эрта тикланиши, оғриқ синдромининг камайиши, Clavin-Dindo тизими бўйича операциядан кейинги асоратлар сони ва даражасининг пасайиши ҳамда реабилитация муддатларининг қисқариши асосланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

симултан операцияларни амалга ошириш беморни бир вақтда анестезиологик ва жарроҳлик ёрдами доирасида даволаш имконини беради, шу билан бирга «ёзилмаган» ва «асимптоматик» бир вақтдаги патологиянинг клиник вариантлари (45,2% гача) беморларни операциягача чуқур текширувдан ўтказишни талаб қилади;

эндовидео-жарроҳлик технологиялари патологияга учраган органларнинг бир-биридан анча узоқ жойлашган ҳолатда симултан қорин бўшлиғи патологияларини минимал қон йўқотиш билан (1,6 мартагача) даволаш имконини беради ва операциянинг умумий давомийлигини сезиларли даражада узайтирмайди;

лапароскопик симултан операцияларнинг гормонал компонентлар асосида жарроҳлик стресси кўрсаткичлари бўйича хавфсизлиги исботланган, бу анъанавий кириш орқали бажариладиган аралашувлардан фарқ қилади;

эндовидео-жарроҳлик технологияларини қўллаган ҳолда бир вақтдаги қорин бўшлиғи патологияларини жарроҳлик йўли билан тузатишнинг тактик-техник жиҳатлари таклиф қилинган, бу операциядан кейинги асоратлар хавфи ва оғирлик даражасини камайтиришга ҳамда жарроҳлик стационарининг ишини клиник ва иқтисодий самарадорлик нуқтаи назаридан оптималлаштиришга ёрдам беради.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги илмий-тадқиқот ишида фойдаланилган замонавий, бир бирини тўлдирувчи ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада материал танланганлиги, қўлланилган усулларнинг халқаро ҳамда маҳаллий муаллифлар маълумотлари билан таққосланганлиги, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлаганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундаки, олинган хулоса ва таклифлар ўзининг назарий аҳамиятига эга бўлиб, бир вақтдаги қорин бўшлиғи патологияларини жарроҳлик даволаш хусусиятларини ўрганишга катта ҳисса қўшади. Қорин бўшлиғи органларида бир вақтдаги патологиялар учун симултан операцияларнинг зарурлиги исботланган. Қорин бўшлиғи ва қорин девори органларини тузатишда эндовидео-жарроҳлик операцияларининг афзалликлари асосланган. Жарроҳлик стресси гормонал компонентларининг динамикасини ўрганиш орқали лапароскопик усуллардан фойдаланилган операцияларда жарроҳлик инвазия даражаси минимал эканлиги исботланган, очик жарроҳлик аралашувларида эса юқори даражадаги инвазия кузатилган. Лапароскопик симултан операцияларнинг самарадорлиги реабилитация муддатларининг қисқариши, операциядан кейинги даврда асоратлар сонининг камайиши билан асосланган.

Тадқиқотнинг амалий қиймати шундаки, сурункали калкулёз холецистит ва бир вақтдаги қорин бўшлиғи органлари ҳамда қорин девори патологиялари билан касалланган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг тактик-техник жиҳатлари ишлаб чиқилган. Қорин чурралари ва диафрагма тешигининг чурралари, аёлларда кичик таносил аъзолари патологиялари ҳамда жигар кисталарида симултан эндовидео-жарроҳлик операциялари клиник амалиётга жорий қилинган. Симултан жарроҳлик аралашувларининг клиник ва иқтисодий самарадорлиги беморнинг бир вақтдаги жарроҳлик ва анестезиологик ёрдам давомида патологияларни даволаш билан исботланган. Таклиф қилинган шкала аралашувларнинг инвазивлик даражасини аниқлаш ва мумкин бўлган асоратлар хавфини прогноз қилиш имконини беради.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Қорин бўшлиғи симултан патологиясини эндовидеохирургик технологиялар ёрдамида даволашни клиник асослаш бўйича олиб борилган илмий-тадқиқот натижалари асосида (Ўзбекистон Республикаси ССВ ҳузуридаги Илмий техник кенгашининг 13.11.2024 й. 08/52-сон хулосаси):

биринчи илмий янгилик: сурункали калкулёз холецистит билан касалланган беморларда бир вақтдаги жарроҳлик патологиясининг нозологик тузилмаси ва клиник-типологик вариантлари аниқланди, қорин деворининг чурралари, аёлларда эса кичик таносил аъзолари патологиясининг устунлиги ҳамда Чарлсон индекси бўйича юқори даражадаги коморбидлик мавжудлиги аниқланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси 17.10.2024 й. 3819-7-107-ТВ/2024-сон буйруғи ва Самарқанд вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази 16.10.2024 й. 376-U-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: симултан операцияларни амалга ошириш беморни бир вақтда анестезиологик ва жарроҳлик ёрдами доирасида даволаш имконини беради, шу билан бирга «ёзилмаган» ва «асимптоматик» бир вақтдаги патологиянинг клиник вариантлари (45,2% гача) беморларни операциягача чуқур текширувдан ўтказишни талаб қилади. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: сурункали калкулёз холецистит билан касалланган беморларда бир вақтдаги жарроҳлик аралашуви доирасида беморларнинг стационар шароитда даволаш одатда умумий ўртача 8-10 кун учун 2 841 320 сўм. Беморларнинг барча лаборатор-инструментал текширишларига жами 955 200 сўм сарфланади. лапароскопик ёндошувлар ёрдамида операция қилинганда стационар даволаниш 2 кунга қисқариб, иқтисодий кўрсаткич 1 125 500 сўмни ташкил этади (бир нафар бемор учун). Хулоса: Сурункали калкулёз холецистит билан касалланган беморларда бир вақтдаги жарроҳлик патологиясининг нозологик тузилмасига кўра вентрал чурралар устунлик қилади – 47,1%, аёлларда эса кичик таносил аъзолари патологияси ҳам (19,8%) кузатилади. Клиник ҳолат юқори даражадаги коморбидлик билан характерланади – 67,1%. Шу билан бирга, қорин бўшлиғи патологиясининг клиник-типологик вариантлари ажратилди: «типик» (54,8%), «ёзилмаган» (19,7%) ва «асимптоматик» (25,4%).

иккинчи илмий янгилик: лапароскопик техникадан фойдаланган ҳолда сурункали калкулёз холецистит билан касалланган беморларда бир вақтдаги қорин бўшлиғи патологиясининг тури ва жойлашувига қараб симултан операцияларнинг тактик-техник жиҳатлари ва уларни амалга ошириш кетма-кетлиги оптималлаштирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси 17.10.2024 й. 3819-7-107-ТВ/2024-сон буйруғи ва Самарқанд вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази 16.10.2024 й. 376-U-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: эндовидео-жарроҳлик технологиялари патологияга учраган органларнинг бир-биридан анча узоқ жойлашган ҳолатда симултан қорин бўшлиғи патологияларини минимал қон йўқотиш билан (1,6 мартагача) даволаш имконини беради ва операциянинг умумий давомийлигини сезиларли даражада узайтирмайди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: лапароскопик техникадан фойдаланган ҳолда сурункали калкулёз холецистит билан касалланган беморларда миниинвазив

технологиялардан фойдаланиш натижасида ижобий натижалар 2 баробар кўп ҳолатда кузатилганлигини ҳисобга олсак, йиллик иқтисодий кўрсаткич 5 258 400 сўмни ташкил этади. Хулоса: Лапароскопик симултан операциялар асептика қоидаларига риоя қилган ҳолда ва соддадан мураккабга тамойилига асосланиб ўтказилиши керак, қорин деворининг пластикаси операциянинг якуний босқичида бажарилади. Лапароскопик симултан операциялар давомийлиги анъанавий операциялардан 1,2 марта узунроқ ($137,5 \pm 6,7$ дақиқа ва $117,2 \pm 6,1$ дақиқа мос равишда) $p < 0.01$), аммо интраоперацион қон йўқотиш ҳажми 1,6 марта кам бўлган ($171,1 \pm 4,2$ мл ва $264,2 \pm 4,0$ мл мос равишда) $p < 0.01$).

учинчи илмий янгилик: жарроҳлик стресси гормонал компонентларининг динамикасини ўрганишга асосланган симултан операцияларнинг травматиклигини аниқлайдиган шкала таклиф этилди ва лапароскопик симултан операцияларда жарроҳлик киришининг минимал инвазия даражаси исботланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси 17.10.2024 й. 3819-7-107-ТВ/2024-сон буйруғи ва Самарқанд вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази 16.10.2024 й. 376-U-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: лапароскопик симултан операцияларнинг гормонал компонентлар асосида жарроҳлик стресси кўрсаткичлари бўйича хавфсизлиги исботланган, бу анъанавий кириш орқали бажариладиган аралашувлардан фарқ қилади. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: лапароскопик симултан операцияларнинг гормонал компонентлар асосида операциясидан кейинги даврда одатда умумий ўртача 1 364 300 сўм сарфланади. Хулоса: Симултан операцияларда жарроҳлик агрессиясининг даражаси нейрогуморал кўрсаткичлар (дофамин, адреналин, норадреналин, β -эндорфин биокимёвий ўзгаришлари динамикаси) асосида эндовидео-жарроҳликнинг самарадорлигини исботлайди. Лапароскопик симултан операцияларда 89,5% ҳолатда паст даражадаги травматиклик, 10,5% ҳолатда ўрта даражадаги травматиклик қайд этилган ($p < 0.01$), очиқ симултан операцияларда эса 85,9% ҳолатда юқори даражадаги травматиклик кузатилган ($p < 0.01$).

тўртинчи илмий янгилик: лапароскопик симултан операцияларнинг клиник самарадорлиги жисмоний фаолликнинг эрта тикланиши, оғрик синдромининг камайиши, Clavin-Dindo тизими бўйича операциядан кейинги асоратлар сони ва даражасининг пасайиши ҳамда реабилитация муддатларининг қисқариши асосланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси 17.10.2024 й. 3819-7-107-ТВ/2024-сон буйруғи ва Самарқанд вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази 16.10.2024 й. 376-U-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: эндовидео-жарроҳлик технологияларини қўллаган ҳолда бир вақтдаги қорин бўшлиғи патологияларини жарроҳлик йўли билан тузатишнинг тактик-техник

жиҳатлари таклиф қилинган, бу операциядан кейинги асоратлар хавфи ва оғирлик даражасини камайтиришга ҳамда жарроҳлик стационарининг ишини клиник ва иқтисодий самарадорлик нуқтаи назаридан оптималлаштиришга ёрдам беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: реабилитация муддатларининг қисқариши туфайли беморларни стационар шароитда даволаш одатда умумий ўртача 4 257 400 сўм сарфланади. Йиллик иқтисодий кўрсаткич эса ўз навбатида 20% гача бюджет маблағларини тежашга олиб келади. Хулоса: Эндовидео-жарроҳлик технологияларини қўллаган ҳолда симултан операциялар Clavin-Dindo I ва II даражадаги операциядан кейинги асоратларни 14,5% дан 4,9% гача, III ва IV даражаларни эса 3,6% дан 1,0% гача камайтириш орқали бир вақтдаги патологияларнинг жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашга имкон беради ($p < 0.01$). Клиник самарадорлик оғриқ синдромини камайтириш, жисмоний фаолликнинг эрта тикланиши ва стационарда қолиш давомийлигини 3,8 марта қисқартириш (ЛСОВда $2,8 \pm 0,4$ кун, ТСОВда $7,9 \pm 1,6$ кун) ($p < 0.001$) орқали тасдиқланган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий конференцияларда, жумладан 2 та халқаро ва 2 та Республика илмий-амалий конференцияларда муҳокама қилинди.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 11 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертацияларни асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан 5 таси маҳаллий ва 1 таси хорижий журналларда чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, беш боб, хулоса, амалий тавсиялардан ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 111 саҳифадан иборат.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация ишининг долзарблиги ва зарурати асослаб берилган, мақсади ва вазифалари, тадқиқотнинг объекти ва предмети шакллантирилган, тадқиқотларнинг Ўзбекистон Республикасида фан ва технологияларни ривожлантиришнинг истиқболли йўналишларига мослиги келтирилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари берилган, олинган натижаларнинг назарий ва амалий аҳамияти ёритилган, маълумотларнинг ишончилиги асосланган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, наشر этилган ишлар ва диссертация ишининг тузилиши тўғрисидаги маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг биринчи боби «Қорин бўшлиғи аъзоларида симултан жарроҳлик аралашувлари» бўлиб, унда қорин бўшлиғи аъзоларида лапароскопик симултан операцияларнинг (ЛСОВ) муаммосига бағишланган адабиётлар шарҳи келтирилган. Бу боб ушбу масаланинг юқори даражада тиббий-ижтимоий аҳамиятга эга эканлигини кўрсатиб беради ва ушбу усулни клиник амалиётда илмий асосланган ҳолда қўллаш учун янада батафсил ўрганиш ва такомиллаштириш зарурлигини таъкидлайди. Симултан операцияларнинг оғирлик даражасини объектив баҳолаш, кўрсатмаларни оптималлаштириш ва уларни амалга оширишнинг техник жиҳатлари билан боғлиқ бир қатор масалалар очик ҳолда қолмоқда. Бу контингентда тахминий асоратлар оғирлигига қараб даволовчи ва реабилитация жараёнларига персоналлаштирилган ёндашувнинг аҳамияти тобора ортиб бормоқда.

Диссертациянинг иккинчи бобида «Тадқиқот материаллари ва усуллари» келтирилган. Тадқиқотда 2019-2022 йилларда Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармокли клиникасининг жарроҳлик бўлимига ётқизилган, ўт тош касаллиги, сурункали калкулёз холецистит ва қорин бўшлиғи аъзоларининг бир вақтдаги патологияси билан касалланган 157 беморнинг даволаш натижалари ўрганилди.

Беморлар шартли равишда икки гуруҳга бўлинди: 55 нафар ўт тош касаллиги, сурункали калкулёз холецистит ва қорин бўшлиғи аъзолари ҳамда қорин деворида симултан патологияга эга бўлган ва очик жарроҳлик аралашувлари орқали даволанган беморлар қиёсий гуруҳни ташкил қилди. Асосий гуруҳни 102 нафар сурункали калкулёз холецистит ва қорин бўшлиғи аъзолари ҳамда қорин деворида симултан патологияга эга бўлган ва лапароскопик усулда даволанган беморлар ташкил қилди.

Жинс кўрсаткичларига кўра беморлар куйидагича тақсимланди: аёллар — 126 (80,3%), эркеклар — 31 (19,7%). Тадқиқотдаги беморларнинг ўртача ёши $55,2 \pm 5,9$ ёшни ташкил қилди. Улар орасида ёши катта беморлар кўпчилиқни ташкил қилди.

Барча беморларда асосий жарроҳлик касаллиги ўт тош касаллиги ва сурункали калкулёз холецистит бўлиб, улар шу сабабдан госпитализация қилинган. Стационарда ўтказилган текширувлар давомида беморларда қорин бўшлиғи девори ва аъзоларининг бир вақтдаги жарроҳлик патологиялари аниқланган. Қиёсий гуруҳда жами 62 та бир вақтдаги жарроҳлик патологияси

аниқланган бўлса, асосий гуруҳда бу кўрсаткич 128 тани ташкил қилди, шуларнинг баъзиларда 2 ёки ундан ортиқ касалликлар бўлган. Улар орасида қорин бўшлиғидаги ёпишмалар касаллиги 12 (21,8%) ва 21 (20,6%), жигарнинг паразит бўлмаган кисталари 3 (5,5%) ва 13 (12,7%), жигар эхинококкози 10 (18,2%) ва 19 (18,6%), қорин деворининг чурралари 26 (47,3%) ва 48 (47,1%), диафрагма тешиги чурралари 2 (3,6%) ва 11 (10,8%), аёлларда кичик таносил аъзолари патологиялари 9 (16,4%) ва 16 (15,7%) беморларда мувофиқ қиёсий ва асосий гуруҳларда аниқланган (жадвал 1).

1-жадвал

Тадқиқотдаги гуруҳларда беморларда учрайдиган қорин бўшлиғи аъзолари ва қорин девори ҳамроҳ жарроҳлик касалликларининг тузилмаси

Симультан патология	Такослаш гуруҳи		Асосий гуруҳ		Жами	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Қорин бўшлиғининг ёпишмалар касаллиги. Сурункали, ўткир суст ичаклар ўтмаслиги	12	21,8	21	20,6	33	21,1
Жигарнинг паразит бўлмаган кистаси	3	5,5	13	12,7	16	10,2
Жигар эхинококкози	10	18,2	19	18,6	29	18,4
Тухумдон кистаси	4	7,3	11	10,8	15	9,5
Бачадон миомаси	5	9,1	5	4,9	10	6,4
Қорин оқ чизиги чурраси	2	3,6	4	3,9	6	3,8
Киндик чурраси	10	18,1	21	20,6	31	19,7
Чов чурраси	3	5,4	7	6,8	10	6,4
Операциядан кейинги вентрал чурра	11	20	16	15,7	27	17,2
Диафрагма тешиги чурраси	2	3,6	11	10,8	13	8,3
Жами	62	100	128	100	190	100

Ёши катта шахсларнинг устунлиги коморбидликнинг анча юқори даражасини белгилади. Шундай қилиб, 107 (68,1%) беморда ҳамроҳ соматик касалликлар аниқланган, шу билан бирга 31,8% ҳолатларда турли органлар ва тизимлар томонидан бир вақтнинг ўзида бир неча касалликлар кузатилган. Жарроҳлик патологиясининг оғирлиги ва коморбид соматик касалликлар жамланмасига кўра II даражадаги хавфга мансуб беморлар устунлик қилган (ASA классификацияси бўйича). Шу билан бирга, барча беморларда операция-анестезиологик хавф III даражадан ошмаган, бу ҳамроҳ терапевтик патологиянинг компенсацияланганлигини кўрсатган ва жарроҳлик аралашувини режалаштиришга имкон берган (2-жадвал).

Тадқиқ қилинган беморларнинг операцион-анестезиологик хавф даражаси (ASA классификацияси) ва коморбид ҳолатнинг объектив баҳоланиши (Чарлсон индекси) бўйича тақсимланиши (абс. сони, %).

Операцион хавф даражаси, коморбидлик индекси	Тадқиқ қилинганлар гуруҳи (n=157)
ASA классификацияси бўйича хавф даражаси	
I даража хавф	50 (31,8)
II даража хавф	96 (61,1)
III даража хавф	11 (7)
Чарлсон индекси бўйича коморбид ҳолат	
< 3,0 балл	50(31,8)
3,0-5,0 балл	59(37,8)
>5 балл	48(30,2)
Жами	157(100,0)

Биокимёвий маркер сифатида COB (симултан операцияларнинг) травматиклигини баҳолашнинг мезонларидан бири сифатида стресс-реализатор (гипофиз-адренал: адреналин, норадреналин, дофамин) ва стресс-чекитирувчи тизимларнинг (гамма-аминомасляная кислота, β-эндорфин) гормонал компонентларининг функционал интеграциясини динамикада ўрганишдан фойдаланилди. Стресс-реализатор тизими ҳолати кўрсаткичлари суткалик чиқарилган катехоламинлар даражасини таҳлил қилиш орқали юқори самарали қайтарилган фазали суюқлик хроматографияси усулида суюқлик хроматографида ўрганилди.

Гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) нейромедиатор тизими даражаси оригинал идиотип-антиидиотипик тест тизимидан фойдаланган ҳолда рақобатли уч фазали иммунфермент таҳлили усулида ўрганилди. β-эндорфин концентрацияси қонда иммунфермент таҳлили орқали аниқланди («Bachem-BCM Diagnostics» тест тизимлари).

Қорин бўшлиғи органларининг бир вақтдаги патологиясида COB икки босқични ўз ичига олган: асосий ва симултан босқич. COBни амалга ошириш кетма-кетлиги Г. М. Рутенбург (2007) тавсияларига кўра аниқланган. Лапароскопик жарроҳликнинг асосий талабларига мувофиқ, икки монитрдан фойдаланилган бўлиб, улар жарроҳ ва ёрдамчилар томонидан тўғридан-тўғри қабул қилинадиган чизик бўйлаб жойлаштирилган. Операция жамоасининг жойлашуви Америка технологиясига кўра амалга оширилди.

Операция зонасининг анатомик хусусиятлари ва қон томирсиз соҳаларга алоҳида эътибор қаратилди. Визуал мониторинг остида эндоскопик инструментлар киритиш учун бошқа троакарлар асосан анъанавий жойларда ўрнатилди. Тўқималарнинг диссекцияси моно ва биполяр электрокоагуляция режимида амалга оширилди. Макропрепаратнинг экстракцияси эпигастраль соҳада ўрнатилган троакар орқали бажарилди. Қорин бўшлиғи пастки қисмида бир вақтдаги жарроҳлик патологияси локализация қилинганда миграция

килувчи троакар усули қўлланилди, бу эса қўшимча троакар ўрнатиш заруриятини истисно қилди.

Лапароскопик ва очик герниопластика амалга оширилганда синтетик сетка материаллари «Ethicon Physiomesh» ва «Эсфил Линтекс» қўлланилди.

Лапароскопик холецистэктомия усули: операция аралашуви Ю. И. Галлингер ва А. Д. Тимошин (1991) томонидан таклиф этилган методологияга мувофиқ амалга оширилди.

Лапароскопик герниопластика усули 25 нафар асосий гуруҳдаги беморларга пупок чурраси ва қорин оқ чизиғи чурраси бўйича қўлланилди: операция аралашуви интраабдоминал пластика (intraperitoneal onlay mesh PROM) стандартлаштирилган методикасига кўра амалга оширилди. Чурра соҳасидаги дефект EndoClose игнаси орқали трансфасциал шовлар қўйиш йўли билан бартараф этилди.

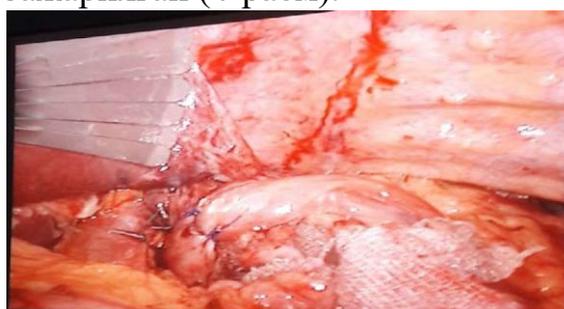
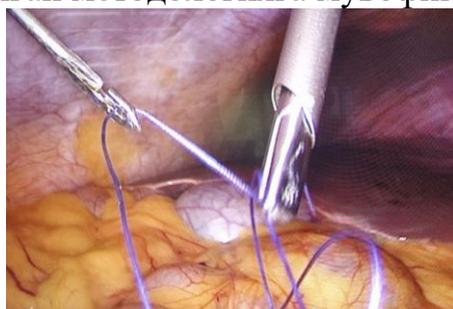


1-расм. Бемор К., 52 ёшда, сурункали калкулёз холецистит ва пупок чурраси билан бир вақтда симулант операция ўтказиш учун амалга оширилган жарроҳлик кириши.

2-расм. Брюшина томонидан кўриниш: Endo Close модификацияланган игнаси орқали шов ипининг чиқарилиши.

16 беморда кичик ва ўрта ҳажмдаги чурра дефектлари бўлган операциядан кейинги вентрал чурраларда лапароскопик герниопластика усули қўлланилган бўлиб, имплантни преперитонеал жойлаштириш орқали уни париетал перитонеум ва аввал ажратилган чурра қопи билан перитонизация қилиш амалга оширилган (3-расм); ўрта ва катта ҳажмли чурраларда операция жараёнида чурра қопи ажратилмаган, трансплантатнинг экстраперитонизацияси катта эпиаалоон ярдамида амалга оширилган.

Диафрагманинг ошқозон тешиги чуррасида 11 беморга лапароскопик фундопликация усули қўлланилган, операция R. Nissen томонидан таклиф этилган ва Т. Geagea ва В. Dallemagne томонидан 1991 йилда модификация қилинган методологияга мувофиқ бажарилган (4-расм).



3-расм. Бемор Ж., 61 ёш. Операциядан кейинги вентрал чуррада Endo Close модификацияланган игнаси ёрдамида стандарт сетка имплантини перитонизация қилиш.

4-расм. Бемор В., 58 ёш. Ошқозон тешиги диафрагмасининг аксил чурраси. Диагноз: ўт тош касаллиги, сурункали калкулёз холецистит, II босқичдаги фиксацияланмаган аксил кардиал диафрагма тешиги чурраси, гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги. Манжет шакллантириш.

Чов чуррасида лапароскопик герниопластика усули: 7 беморда (23,3%) операция стандартлаштирилган трансабдоминал преперитонеал пластика (ТАРР) методикасига мувофиқ ўтказилди. Сеткатузилма материалнинг оптимал ўлчамини танлашда қуйидаги қоидаларга амал қилинди: имплант чегаралари ligamentum Cooper'ни, апоневротик қисм musculus rectus abdominis ва pyramidalis'ни pubicus тугмачасида, ligamentum ilioinguinalis, чурра эшикларининг юқори ва пастки чегараларини 1,5-2,0 смга ёпиши керак. Сеткатузилма материал 10 миллиметрли троакар орқали ўралган ҳолда киритилди. Эндопротезнинг перитонизацияси герниостеплер ёрдамида амалга оширилди (5-расм).



5-расм. Бемор М., 72 ёш. Ўнг томонлама тўғри чов чуррасида ТАРР операциясининг симултан босқичи. Эндопротезнинг перитонизацияси.

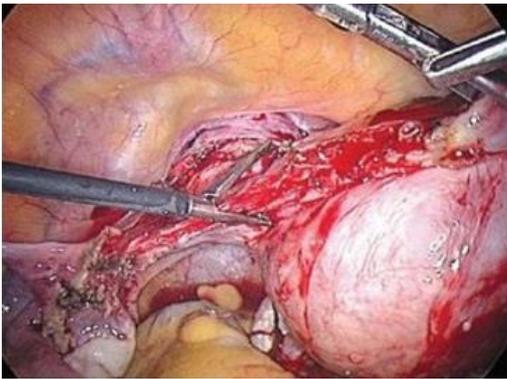


6-расм. Бемор С., 29 ёш. Жигарнинг V сегментидан эхинококкэктомия операциясининг симултан босқичи.

Лапароскопик фенестрация усули жигарнинг паразит бўлмаган кисталарини 13 беморда амалга оширилди. Лапароскопик холецистэктомия учун стандартлаштирилган киришдан фойдаланилди; жигарнинг чап ҳиссасида жойлашган кисталарда қўшимча 10мм троакар чап қорин остига киритилди, VII - VIII сегментларда жойлашган кисталарда эса ўнг томонда киритилди.

Лапароскопик эхинококкэктомия усули: операция С. Tomus, F. Zaharie, L. Mosan (2013) томонидан таклиф этилган методологияга мувофиқ амалга оширилди (6-расм).

Асосий гуруҳдаги 5 нафар беморга лапароскопик гистерэктомия (7-расм), 11 нафар беморга эса тухумдон кисталаридан лапароскопик кистэктомия амалга оширилди (8-расм).



7-расм. Бемор К., 49 ёш. Гистерэктомиа операциясининг симултан босқичи. Ички оғиз даражасида бачадон томирларининг коагуляцияси.

8-расм. Бемор В., 52 ёш. Чап тухумдон кистомасини олиб ташлаш операциясининг симултан босқичи.

Операциядан олдинги даврда беморларни бошқариш ERAS – тез тикланиш дастури принципларига мувофиқ олиб борилди. Лапароскопик симултан операциялар асептика қоидаларига ва соддадан мураккабга қадар тамойилига амал қилган ҳолда бажарилди, қорин деворининг пластикаси операциянинг якуний босқичида амалга оширилди.

Диссертациянинг учинчи боби «Қорин бўшлиғи органларининг бир вақтдаги патологияси бўлган беморларнинг нозологик тузилмаси ва клиник хусусиятлари»га бағишланган. Барча 157 (100,0%) беморларда ўт тош касаллиги ва сурункали калкулёз холецистит ташхиси тасдиқланган. Касаллик давомийлиги ўртача 6,7±1,3 йилни ташкил этган. Кўпчилик беморларда – 144 (91,7%) симптоматик кечиш кузатилган бўлса, 13 (8,3%) ҳолатда беморлар асимптоматик (латент) кечишга эга бўлган.

Беморларнинг 37 (50,9%) нафариди бирламчи (вентрал) қорин деворининг чурралари аниқланган: 6 (50,9%) ҳолатда эпигастраль, 31 (49,1%) ҳолатда пупок чурраси кузатилган. Беморларнинг ўртача ёши 42,3±9,8 йилни ташкил қилган. Чурра давомийлиги 2 ойдан 14 йилгача бўлган (ўртача 2,1±1,2 йил). Европа герниологлар жамияти таснифига мувофиқ, 64,7% беморларда кичик ўлчамли, 28,8% беморларда ўртача ўлчамли ва 6,5% беморларда катта ўлчамли бирламчи ўрта чизик чурралари аниқланган. 28,4% беморларда чурралар тузатиб бўлмайдиган бўлган. Бирламчи чуррага эга бўлган 22 (59,4%) беморда клиник жиҳатдан аниқ симптомлар бўлган, 15 беморда эса асимптоматик кечиш кузатилган.

Чов чурра 10 (6,3%) беморда тасдиқланган. Беморларнинг ўртача ёши 46,6±4,1 йилни ташкил қилган. Жинси бўйича беморлар куйидагича тақсимланган: эркаklar – 9 (90%), аёллар – 1 (10%). Чурра давомийлиги 1 ойдан 15 йилгача (ўртача – 2,5±1,1 йил) бўлган. Паховая чурраларнинг тузилмаси бўйича (паховая каналнинг бузилиш даражасига кўра) беморларда тўғри чурралар устунлик қилган – 7 (70%), қийшиқ чурралар – 3 (30%) бўлган. Беморларнинг кўпчилигида ўнг томонлама чурра – 6 (60%), чап томонлама – 2 (20%), икки томонлама паховая чурра – 2 (20%) ва рецидив чурра – 1 (10%) аниқланган.

Операциядан кейинги қорин девори чурралари 27 беморда аниқланган. Беморларнинг ўртача ёши $52,3 \pm 11,1$ йилни ташкил қилган. Аёллар сони 20, эркеклар эса 7 нафарни ташкил қилган. Чурра давомийлиги 1 ойдан 3 йилгача (ўртача $1,3 \pm 0,4$ йил) бўлган. Кўпчилик беморларда чурралар қориннинг ўрта чизиғи бўйлаб – 23 ҳолатда, ўнг тўпик соҳасида – 2 ҳолатда ва ўнг қўлтик соҳасида – 2 ҳолатда жойлашган. Кичик ўлчамли чурралар 5 беморда, ўртача ўлчамли чурралар 17 беморда, катта ўлчамли чурралар эса 5 беморда кузатилган. 11 беморда чурралар тузатиб бўлмайдиган ёки қисман тузатиб бўлмайдиган бўлган. Рецидив чурралар 3 беморда аниқланган.

Қорин бўшлиғи перитонеумидаги ёпишмалар жараёни (СПБ) 33 (21,1%) беморда аниқланган. Беморларнинг ўртача ёши $51,3 \pm 10,2$ йилни ташкил қилган, шунда беморларнинг кўпчилиги 40 дан 60 ёшгача бўлганлар – 71,2%. СПБ давомийлиги 10 ойдан 11 йилгача (ўртача $4,8 \pm 0,6$ йил) бўлган.

Битишма жараёнининг (СП) даражаси бўйича беморлар қуйидагича тақсимланган: 1-даража СП (ўтказилган операциядан қолган чандик ҳудуди билан чегараланган маҳаллий СП) 36,8% беморда кузатилган; 2-даража (маҳаллий СП бошқа қорин бўшлиғи ҳудудларидаги яқка ёпишмалар билан бирга) 40,8% беморда кузатилган; 3-даража (қорин бўшлиғи этажи бўйлаб тўлиқ ёпишмалар билан характерланадиган) 22,4% беморда аниқланган. Беморларнинг кўпчилигида – 83,8% ҳолатларда клиник жиҳатдан яққол намоён бўлган, 16,2% беморда эса асимптоматик кечган.

Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги (ГЭРБ) билан бирга диафрагма ошқозон тешиги чурраси (ГПОД) 13 (8,2%) беморда аниқланган. Беморларнинг ўртача ёши $52,5 \pm 4,2$ йилни ташкил қилган. Касаллик давомийлиги 4 ойдан 9 йилгача (ўртача $4,8 \pm 1,1$ йил) бўлган. Кўпчилик беморларда ГПОДнинг II босқичи – 9 (68,4%), I босқичи эса 4 (31,6%) ҳолатда аниқланган. Эндоскопик текширув натижаларига кўра (Лос-Анжелес классификацияси, 1996 й.) В-даражадаги рефлюкс-эзофагит беморлар орасида устунлик қилган – 8 (64,6%); А-даража 3 (29,2%) ва С-даража 2 (6,2%) беморда аниқланган.

Жигарнинг паразит бўлмаган кистаси 16 (10,2%) беморда аниқланган. Беморларнинг ўртача ёши $56,4 \pm 2,1$ йилни ташкил қилган. Аёллар – 13 (81,2%), эркеклар – 3 (18,8%) ташкил қилган. Нозологик вариантга кўра кисталар қуйидагича тақсимланган: 14 (87,5%) беморда ҳақиқий серозли, 2 (12,5%) беморда эса жароҳатдан кейинги фибринозли кисталар аниқланган. Паразит бўлмаган кисталар асосан жигарнинг ўнг бўлағида – 51,7%, чап бўлағида – 32,5% ва икки бўлақда – 15,8% беморда жойлашган. Кўп сонли кисталар 4,4%, яқка кисталар 80,1% беморда, шундан 15,5% беморда иккита солитар кисталар кузатилган. УЗИ маълумотларига кўра, кўп сонли кисталарнинг ўлчами 4,0 дан 15 см гача, солитар кисталарнинг ўлчами 3,0 дан 28 см гача бўлган. Ўрта ўлчамли кисталар (диаметри 10 см гача) 67,3%, катта ўлчамли кисталар (10 см ва ундан катта) 32,7% беморда аниқланган.

Жигар эхинококкози 29 (18,5%) беморда аниқланган. Беморларнинг ўртача ёши $40,5 \pm 2,6$ йилни ташкил қилган. Аёллар – 18 (62,1%), эркеклар – 11

(37,9%) ташкил қилган. Касаллик давомийлиги 12 ойдан 7 йилгача (ўртача $3,6 \pm 1,1$ йил) бўлган. Бирламчи эхинококкоз 26, рецидив эхинококкоз эса 3 беморда тасдиқланган. Солитар эхинококкоз 25 (78,1%), кўп сонли эхинококкоз 4 (21,9%) беморда аниқланган. Кисталар асосан жигарнинг II-IV сегментларида – 14 (50,9%) ва V-VI сегментларида – 15 (49,1%) беморда жойлашган. Эхинококк кисталарининг кўпчилиги ўрта ўлчамли (5 дан 10 см гача) – 22 (85,1%) бўлган. Ультратовуш тасвирлари бўйича Charbi (1981) ва Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) модификацияси таснифига кўра [308, 319], беморларда асосан CL-CE1 турдаги кисталар – 23 (88,1%), CE2 турдаги кисталар эса 2 (3,0%) беморда аниқланган. Кўпчилик беморларда жигар эхинококкози асимптоматик кечган – 25 (65,5%).

Ўтказилган тадқиқот натижаларига кўра, биз ўрганган ҳолатларда режалаштирилган операциянинг асосий сабаби сурункали калкулёз холецистит бўлиб, 157 (100,0%) ҳолатда аниқланган. Бир вақтдаги жарроҳлик патологиясининг нозологик тузилмасида қорин деворининг чурралари устунлик қилган — 84 (53,5%) беморда, уларнинг асосий қисмида қорин оқ чизиғи чурраси — 6 (3,8%) ва диастаз билан боғлиқ пупок чурраси — 31 (19,7%) кузатилган, диафрагманинг ошқозон тешиги чурраси (ГПОД) 13 (8,2%) ҳолатни ташкил қилган. Операциядан кейинги чурралар 13 (8,2%) беморда қайд этилган. Қорин бўшлиғи органларининг бир вақтдаги патологиясининг клиник кечиш хусусиятларига асосан учта клиник-типологик вариант ажратилди: "типик (классик)" — ХКХнинг аниқ симптомлари ва бир вақтдаги касалликнинг клиник белгилари билан характерланади, диагностикаси мураккаблик туғдирмайди (кўпчилик — 86 (54,8%) беморларда аниқланган); "ёзилмаган" — бир вақтдаги касалликлардан бири клиник симптомларини устунлик қилмаслиги билан характерланиб, қорин бўшлиғи органларининг субклиник ифодаланган белгилари бўлган (31 (19,7%) беморда тасдиқланган); ва "асимптоматик" — ХКХ ва қорин бўшлиғи органларининг бир вақтдаги касалликлари симптомларсиз кечган (40 (25,4%) беморда аниқланган).

Шундай қилиб, юқоридаги патологиялардан бири аниқланганда, қорин бўшлиғи органларида мумкин бўлган бир вақтдаги касалликни верификация қилиш мақсадида асосли ва мукамал текширув зарур.

Диссертациянинг тўртинчи бобида «Қорин бўшлиғи ва қорин девори органларида симултан операциялар натижалари операция технологиясига боғлиқ ҳолда» келтирилган. Лапароскопик симултан операциялар давомийлиги анъанавий операциялардан 1,2 марта узунроқ бўлган ($137,5 \pm 6,7$ дақиқа ва $117,2 \pm 6,1$ дақиқа мос равишда, $p < 0.01$), аммо интраоперацион қон йўқотиш ҳажми 1,6 марта кам бўлган ($171,1 \pm 4,2$ мл ва $264,2 \pm 4,0$ мл мос равишда, $p < 0.01$).

Интраоперацион асоратлар 6 (3,8%) беморда юзага келган. Лапароскопик технологиялардан фойдаланилган СОВ (симултан операциялар) жараёнида 2 (1,9%) ҳолатда конверсия зарур бўлган, 2 (1,9%) ҳолатда лапаротомияга ўтишсиз ҳал қилинган. Маҳаллий асоратлар

тузилмасида асосан ЛХЭ (лапароскопик холецистэктомия) билан боғлиқ қон кетишлар кузатилган: бир ҳолатда ЛСОВда (0,9%) ва ТСОВда 1 беморда (1,8%) қон кетиши қайд этилган. Лапароскопик СОВда ушбу асоратни бартараф этиш учун операция лапаротомияга ўтиш орқали давом эттирилган. Қон кетиш сабаби – манипуляция ҳудудини кенгайтириш мақсадида, жигар артерияси яқинида пуфак артериясини ажратишдан олдин пуфак йўлини лигатура билан боғлашга уриниш. Жигар пуфак ётоғидан қон кетиши бир ҳолатда ЛСОВда (0,9%) ва икки беморда ТСОВда (3,6%) кузатилган. ГПОДга фундопликация жараёнида чап диафрагмал калтак ажратилиши натижасида плевра шикастланиши 1 беморда ЛСОВда (0,9%) кузатилган. Плеврани тиклаш учун конверсия зарур бўлмаган.

Эрта операциядан кейинги даврда асоратлар 16 (10,1%) беморда қайд этилган (умумий ва махсус асоратлар ҳисобга олинган). ЛСОВдан кейинги махсус асоратлар билан боғлиқ беморлар улуши 1 (0,9%) ни ташкил этган бўлиб, бу ТСОВ билан солиштирилганда (6 (10,9%)) камроқ бўлган ($p=0,006$, $p=0,004$ мос равишда).

ТСОВ гуруҳида қайта жарроҳлик аралашувини ўтказиш 1 (1,8%) беморда талаб қилинган: III даражали семизликка эга беморда ичакни апоневрозга параумбилик яра шовлари билан қисилиши натижасида strangulational ичак ўтмаслиги ривожланган. 2 (3,6%) беморда эхинококкэктомиядан кейин жигар қолдиқ бўшлиғидан сафро оқиши кузатилган. 3 (5,4%) беморда операциядан кейинги яраинг септик асорати аниқланган.

Умумий асоратлар туфайли интенсив терапия бўлимида махсус даволаш ўтказиш ЛСОВдан кейин 5 (4,9%) беморда талаб қилинган: 1 (0,9%) беморда II даражали антриовентрикуляр блокада (анамнезида юрак етишмовчилиги (ХСН) билан, ASA классификацияси бўйича III синф, Charlson индекси - 4,0 балл), 1 (0,9%) беморда операциядан кейинги 3-куни гипертония кризи, яна 1 беморда пневмония (анамнезида гипертония билан, ASA классификацияси бўйича II синф, Charlson индекси - 3,0 балл). 1 ҳолатда ўткир панкреатит, яна бир ҳолатда тромбофлебит ривожланган. ТСОВ гуруҳида умумий соматик асоратлар 4 (7,3%) беморда кузатилган.

3-жадвал

Тадқиқ қилинган гуруҳларда эрта операциядан кейинги асоратларнинг ифодаланиш даражаси (Clavin-Dindo классификацияси бўйича) (абсони, %)

Тадқиқ қилинган гуруҳлар	Эрта операциядан кейинги асоратларнинг ифодаланиш даражаси	
	I и II синф	III и IV синф
ЛСОВ (n=102)	5 (4,9%)	1 (1,0%)
ТСОВ (n=55)	8 (14,5%)	2 (3,6%)

Изоҳлар: * - $p<0,05$ – ЛСОВ-Ф кўрсаткичлари билан фарқларнинг ишончилиги.

•• - $p<0,001$ – ЛСОВ кўрсаткичлари билан фарқларнинг ишончилиги.

Эндовидео-жарроҳлик технологияларидан фойдаланган ҳолда ўтказилган симултан операциялар, Clavin-Dindo I ва II даражадаги операциядан кейинги асоратларни 14,5% дан 4,9% га, III ва IV даражаларни эса 3,6% дан 1,0% гача камайтириш орқали жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашга имкон берди ($p < 0.01$).

ЛСОВдан кейин беморларнинг эртароқ фаоллашуви кузатилди: биринчи 6 соат ичида 85,8% бемор ўтириш ва ётоқ яқинида туришга қодир бўлса, 12 соатдан кейин 64,0% беморлар палата ичида ҳаракатланишган ($p=0,047$, $p < 0,001$ мос равишда). Биринчи операциядан кейинги суткада ЛСОВдан кейин кўпчилик – 89,1% беморлар коридор бўйлаб ҳаракатланишган. Иккинчи суткага келиб, 94,4% беморлар ўзини мустақил равишда, ёрдамсиз таъминлай олган, бу натижа ТСОВ билан солиштирганда ишончли даражада юқори бўлган ($p < 0,001$).

Лапароскопик технологиялардан фойдаланган ҳолда СОВ ўтказилган беморларда 6 соатдан кейин оғриқ синдромининг ифодаланиши ТСОВ билан солиштирганда ишончли даражада паст ($p < 0,001$) бўлган. Бу натижалар шундан далолат берадики, операциядан кейинги биринчи соатлардан бошлаб ЛСОВ гуруҳидаги беморлар кучли оғриқни ҳис қилмаган. Оғриқнинг интенсивлиги камайган ва 12 соатдан сўнг ўртача даражада бўлган (ВАШБ шкаласи бўйича ўртача балл $3,9 \pm 0,3$), 24 соатдан сўнг оғриқнинг интенсивлиги енгил бўлган ($2,9 \pm 0,1$ балл). 48 соатдан сўнг СОВдан кейин оғриқ синдромининг янада пасайиш тенденцияси кузатилган (ўртача балл $2,0 \pm 0,2$). ТСОВдан кейинги беморларда ҳаракатланганда кучли оғриқ бутун кузатув давомида сақланиб турган ва кўшимча оғриқ қолдирувчи дориларни қўллаш талаб қилинган: операциядан 12 соат ўтгач, ТСОВ гуруҳидаги беморларда оғриқ синдромининг интенсивлиги $8,8 \pm 0,2$ балл, 24 соатдан сўнг – $8,9 \pm 0,1$ балл, 48 соатдан сўнг – $6,4 \pm 0,5$ баллни ташкил қилган ва ЛСОВ кўрсаткичлари билан солиштирганда ишончли даражада юқори бўлган ($p < 0,001$).

ЛСОВдан кейин 48 соат ўтгач, оғриқ синдромининг йўқолиши 92,9%, ТСОВда эса 61,1% беморларда кузатилган ($p=0,001$).

Лапароскопик технологиялардан фойдаланиб ўтказилган СОВдан кейин беморларнинг стационарда бўлиш давомийлиги ТСОВ билан солиштирганда ишончли даражада паст ($p < 0,001$) бўлган. ЛСОВ гуруҳида минимал операциядан кейинги кунлар сони 2 кунни, ТСОВ гуруҳида эса 5 кунни ташкил қилган; максимал – мос равишда 14 ва 16 кун бўлган. ЛСОВдан кейин госпитализациянинг энг қисқа давомийлиги ТСОВ билан солиштирганда 3,8 марта камроқ бўлган ($p < 0,001$), бу эса лапароскопик операциялардан кейин тезроқ тикланишни тасдиқлайди.

Қорин бўшлиғи органларининг бир вақтдаги патологияси бўлган беморларда СОВнинг травматиклик даражаси стресс-реализатор ва стресс-чекилтирувчи тизимлар фаоллигининг ифодаланишига, дофамин, адреналин, норадреналин, ГАМК ва β -эндорфин динамикасига боғлиқ ҳолда баҳоланган.

Текширув муддатлари операциядан олдинги давр, операциядан кейинги 1, 2 ва 5-суткаларни ташкил қилган.

Операциядан кейинги даврда, операциядан 1 сутка ўтгач, барча гуруҳларда стресс-реализатор тизимининг максимал кўрсаткичлари қайд этилди. ЛСОВдан кейин суткалик дофамин чиқарилиши операциядан олдинги кўрсаткичларга нисбатан 1,3 марта юқори ($p < 0,001$) ва ТСОВ билан солиштирилганда 1,5 марта паст бўлган ($p < 0,001$). Адреналин даражаси операциядан олдинги кўрсаткичларга нисбатан 1,8 марта ($p < 0,001$) ошган ва ТСОВ билан солиштирилганда статистик жиҳатдан аҳамиятли даражада 1,8 марта юқори бўлган ($p < 0,001$). Норадреналин миқдори операциядан олдинги кўрсаткичлардан 1,1 марта юқори ($p < 0,001$) ва ТСОВ билан солиштирилганда 1,6 марта паст бўлган ($p < 0,001$).

Стресс-реализатор тизимининг фаоллашуви билан бир қаторда стресс-чекилтирувчи тизимнинг фаоллиги ҳам ўсган, бу ТСОВдан кейин камроқ ифодаланган: ГАМК даражаси операциядан олдинги кўрсаткичларга нисбатан 1,4 марта ошган ($p < 0,001$) ва ЛСОВ билан солиштирилганда 1,2 марта паст бўлган ($p = 0,002$). В-эндорфин бўйича ҳам шунга ўхшаш ҳолат кузатилган: ТСОВдан кейинги кўрсаткичлар 1,9 марта ошган ($p < 0,001$) ва ЛСОВдан кейинги кўрсаткичлардан 1,4 марта юқори бўлган ($p = 0,015$).

Операциядан кейинги 2-суткага келиб дофамин ва адреналин кўрсаткичлари операциядан олдинги даражалардан статистик фарқланмаган ($p > 0,05$) ва ТСОВ билан солиштирилганда 1,6 марта паст бўлган ($p < 0,001$). Норадреналин суткалик чиқарилишида ҳам ижобий динамика барча тадқиқ қилинган гуруҳларда кузатилган, аммо ТСОВдан кейинги кўрсаткичлар ЛСОВ билан солиштирилганда 1,5 марта юқори бўлган ($p = 0,003$). ГАМКнинг стресс-реализатор тизимига кўрсатган таъсири барча гуруҳларда синтез кучайиши билан боғлиқ ҳолда кузатилган, аммо ТСОВдан кейинги кўрсаткичлар ЛСОВ билан солиштирилганда 1,2 марта паст бўлган ($p = 0,006$). В-эндорфин даражаси ҳам ошган, ЛСОВдан кейинги кўрсаткичлар ТСОВдан кейинги кўрсаткичлардан 1,5 марта юқори бўлган ($p = 0,018$). ЛСОВ гуруҳида эндокрин-метаболик жавобнинг пастроқ ифодаланганлиги ва стресс-реализатор/стресс-чекилтирувчи тизимлар кўрсаткичларининг ўзгариши синергизми операция стрессининг марказий ва периферик даражалардаги патологик намоёнларини тезроқ чеклашга имкон берган ва операциядан кейинги 5 суткада гормонал компонентлар миқдорининг тўлиқ тикланишини таъминлаган.

Қорин бўшлиғи органларининг бир вақтдаги патологияси бўлган СОВнинг травматиклигини баҳолаш учун биокимёвий махсус маркерларнинг диагностика аҳамиятини ўрганиш асосида (операциядан кейинги 2 ва 5 суткада дофамин, адреналин, норадреналин, ГАМК ва β -эндорфин кўрсаткичларининг ўзгариши динамикаси) инвазивлик даражасини паст, ўрта ва юқори даражаларга ажратиш имконини берадиган шкала таклиф этилди. Натижалар балллар билан баҳоланди: 0-4 балл – паст даража, 5-9 балл – ўрта даража, ва >10 балл – СОВнинг юқори даражадаги травматиклиги.

4-жадвал

Қорин бўшлиғи органларининг бир вақтдаги патологиясида симултан жарроҳлик аралашувларининг травматиклигини баҳолаш шкаласи

Кўрсаткичлар	Балли баҳолаш					
	0		1		2	
	2 кун	5 кун	2 кун	5 кун	2 кун	5 кун
Дофамин, мкг/кун	209,0-229,0	178,0-198,0	230,0-250,0	199,0-219,0	251,0 ва ундан юқори	220,0 ва ундан юқори
Адреналин, мкг/кун	22,0-32,0	16,0-24,0	33,0-43,0	25,0-35,0	44,0 ва ундан юқори	36,0 ва ундан юқори
Норадреналин, мкг/кун	46,0-55,0	42,0-48,0	56,0-66,0	49,0-55,0	67,0 ва ундан юқори	56,0 ва ундан юқори
ГАМК, пмоль/мл	871,0-891,0	829,0-862,0	870,0-850,0	863,0-896,0	849,0 ва ундан паст	897,0 ва ундан юқори
β-эндорфин, нмоль/мл	44,0-48,0	33,0-41,0	43,0-39,0	42,0-49,0	38,0 ва ундан паст	32,0 ва ундан паст

Изоҳлар: 0-4 балл – паст даража, 5-9 балл – ўрта даража ва >10 балл – СОВнинг юқори даражадаги травматиклиги.

Операция кириши технологияси ва Операциядан олдинги бошқарув хусусиятларига боғлиқ ҳолда СОВнинг биокимёвий маркерларида ишончли фарқлар аниқланди. ЛСОВда паст даражадаги травматиклик 89,5% ҳолатда, ўрта даражадаги травматиклик эса 10,5% ҳолатда қайд этилган; ТСОВда эса асосан юқори даражадаги травматиклик – 85,9% ($p < 0,001$), ўрта даражадаги травматиклик 14,1% беморда кузатилган ($p < 0,001$). Шундай қилиб, ЛСОВда паст даражадаги травматикликка эга беморлар сони ТСОВга нисбатан 1,7 марта кўп ($p < 0,01$), ўрта даражадаги беморлар сони эса 4,6 марта кам бўлган ($p < 0,001$). Паст ва ўрта даражадаги травматикликка эга ЛСОВ беморларида ўртача балл мос равишда $1,8 \pm 0,4$ ва $5,9 \pm 0,6$ ни ташкил қилган ва бу кўрсаткичлар ТСОВ билан солиштирганда ишончли даражада паст бўлган: паст даражадаги травматикликда ўртача балл $3,4 \pm 0,6$ ($p < 0,05$), ўрта даражада эса $7,8 \pm 0,7$ ($p < 0,05$) бўлган. ТСОВда ўрта даражадаги травматикликка эга беморларда ўртача балл $8,6 \pm 0,4$ ни ташкил қилган ва ЛСОВ билан солиштирганда ишончли даражада юқори бўлган ($p < 0,01$), юқори даражадаги беморларда эса ўртача балл $15,2 \pm 3,1$ ни ташкил қилган ($p < 0,001$). Олинган натижалар кўрсатадики, жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашда беморларнинг эрта мобилизацияси ва тикланишига йўналтирилган Операциядан олдинги бошқарув тадбирлари муҳим аҳамият касб этади.

Шундай қилиб, операциядан кейинги СОВ ўтказилган беморларда операция кириши технологияси ва Операциядан олдинги бошқарув

хусусиятларига боғлиқ ҳолда «жарроҳлик агрессияси» даражасининг комплекс таҳлили, клиник натижалар ва нейрогуморал кўрсаткичлар (операцион стресс) ўзгаришларини баҳолашга асосланган бўлиб, лапароскопик СОВ қўлланилиши қорин бўшлиғи органларининг бир вақтдаги патологиясида жарроҳлик даволашнинг энг самарали усули эканлигини кўрсатди.

ХУЛОСА

1. Сурункали калкулёз холецистит билан касалланган беморларда бир вақтдаги жарроҳлик патологиясининг нозологик тузилмасига кўра вентрал чурралар устунлик қилади – 47,1%, аёлларда эса кичик таносил аъзолари патологияси ҳам (19,8%) кузатилади. Клиник ҳолат юқори даражадаги коморбидлик билан характерланади – 67,1%. Шу билан бирга, қорин бўшлиғи патологиясининг клиник-типологик вариантлари ажратилди: «типик» (54,8%), «ёзилмаган» (19,7%) ва «асимптоматик» (25,4%).

2. Лапароскопик симултан операциялар асептика қодаларига риоя қилган ҳолда ва соддадан мураккабга тамойилига асосланиб ўтказилиши керак, қорин деворининг пластикаси операциянинг якуний босқичида бажарилади. Лапароскопик симултан операциялар давомийлиги анъанавий операциялардан 1,2 марта узунроқ ($137,5 \pm 6,7$ дақиқа ва $117,2 \pm 6,1$ дақиқа мос равишда) $p < 0.01$), аммо интраоперацион қон йўқотиш ҳажми 1,6 марта кам бўлган ($171,1 \pm 4,2$ мл ва $264,2 \pm 4,0$ мл мос равишда) $p < 0.01$).

3. Симултан операцияларда жарроҳлик агрессиясининг даражаси нейрогуморал кўрсаткичлар (дофамин, адреналин, норадреналин, β -эндорфин биокимёвий ўзгаришлари динамикаси) асосида эндовидео-жарроҳликнинг самарадорлигини исботлайди. Лапароскопик симултан операцияларда 89,5% ҳолатда паст даражадаги травматиклик, 10,5% ҳолатда ўрта даражадаги травматиклик қайд этилган ($p < 0.01$), очик симултан операцияларда эса 85,9% ҳолатда юқори даражадаги травматиклик кузатилган ($p < 0.01$).

4. Эндовидео-жарроҳлик технологияларини қўллаган ҳолда симултан операциялар Clavin-Dindo I ва II даражадаги операциядан кейинги асоратларни 14,5% дан 4,9% гача, III ва IV даражаларни эса 3,6% дан 1,0% гача камайтириш орқали бир вақтдаги патологияларнинг жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашга имкон беради ($p < 0.01$). Клиник самарадорлик оғриқ синдромини камайтириш, жисмоний фаолликнинг эрта тикланиши ва стационарда қолиш давомийлигини 3,8 марта қисқартириш (ЛСОВда $2,8 \pm 0,4$ кун, ТСОВда $7,9 \pm 1,6$ кун) ($p < 0.001$) орқали тасдиқланган.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ САМАРКАНДСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

БАТИРОВ БЕХЗОД АМИНДЖАНОВИЧ

**КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
СИМУЛЬТАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ
ТЕХНОЛОГИЙ**

14.00.27 – Хирургия

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

Самарканд – 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инновации Республики Узбекистан под № B2024.1.PhD/Tib4333.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

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

Научный руководитель: **Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич**
доктор медицинских наук, профессор.

Официальные оппоненты: **Эшонходжаев Отабек Джураевич**
доктор медицинских наук, профессор.

Шоназаров Искандар Шоназарович
доктор медицинских наук, доцент.

Ведущая организация: **Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского (Российская Федерация)**

Защита состоится «__» _____ 2025 г. в ____ часов на заседании Научного Совета DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 при Самаркандском государственном медицинском университете (Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Анкабай 6. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского государственного медицинского университета (зарегистрирована за № _____). Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура 18. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2025 года.

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

Н.Н. Абдуллаева

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

К.В. Шмырина

Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор философии (PhD) по медицинским наукам, доцент

З.Б. Курбаниязов

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. На сегодняшний день на современном этапе развития абдоминальной хирургии чрезвычайно важным представляется изучение аспектов дальнейшего совершенствования и более широкого внедрения технологий симультанных оперативных вмешательств, что связано с неуклонным ростом числа больных с сочетанной патологией органов брюшной полости. По материалам Комитета экспертов ВОЗ, «...сочетанная патология, требующая единовременной коррекции, регистрируется у пациентов хирургического профиля в 20%-30% случаев...»¹. Диапазон сочетанных хирургических заболеваний колеблется от 2,8% до 63%. Несмотря на ряд очевидных преимуществ симультанных оперативных вмешательств, в том числе достижения максимального медицинского эффекта и снижения социально-экономической нагрузки, их удельный вес до настоящего времени составляет не более 25%.

Во всем мире перспективным направлением является проведение симультанных оперативных вмешательств на органах брюшной полости с применением минимально инвазивных технологий. Однако, невзирая на всеобщую известность преимуществ минимально инвазивных методов, процент реализации симультанных лапароскопических вмешательств от всех абдоминальных операций значительно зависит от конкретной клиники и варьирует от 20 до 70%. Сдержанная позиция хирургов касательно лапароскопических симультанных операций объясняется значительным увеличением продолжительности оперативного вмешательства в условиях искусственного напряженного карбоксиперитонеума, способного оказывать негативное воздействие на функции сердечно-сосудистой и респираторной систем. Другим сдерживающим фактором является высокий периоперационный риск у лиц пожилого и старческого возраста, имеющих, помимо возрастных особенностей со стороны внутренних органов, случаев серьезных коморбидных соматических заболеваний. При этом до 90% составляет кардиоваскулярная и респираторная патология, до 57% - заболевания эндокринной системы. Хирургический стресс закономерно обостряет интеркуррентные заболевания, приводящие к тяжелым осложнениям интраоперационного и послеоперационного периода. Несмотря на многолетний опыт и совершенствование хирургических подходов, достижения современной анестезиологии, реаниматологии и фармакологии, результаты лечения заболеваний органов брюшной полости, в частности, гепатобилиарной системы, не могут считаться достаточными в связи с высоким уровнем послеоперационных осложнений, частота которых в раннем послеоперационном периоде составляет от 3,8 до 40,2%.

В нашей стране в отечественном здравоохранении предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и

¹ Jones M. Gallbladder Gallstones (Calculi) / M. Jones, C. Weir, Ghassemzadeh S. // Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. – 2019. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459370/>)

существенному расширению диапазона оказываемой населению хирургической помощи. В связи с этим приоритетными направлениями стратегии развития страны на 2022-2026 годы являются «...мероприятия, направленные на охрану здоровья населения, повышение потенциала медицинских работников и реализацию комплекса мероприятий программ развития системы здравоохранения на 2022-2026 годы...»².

Данная диссертационная работа в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах 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 проводимых в системе здравоохранения реформ», Постановлениях Президента Республики Узбекистан №ПП-4887 от 10 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения», №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также в других нормативно-правовых документов принятых в данной сфере.

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

Степень изученности проблемы. По данным ВОЗ, у 20-30% больных, госпитализированных в хирургические отделения, выявляются сочетанные заболевания органов брюшной полости, из них лишь у 4-6% больных выполняются СО. Наиболее часто из сочетанных заболеваний органов брюшной полости отмечается сочетание ЖКБ и гинекологических заболеваний органов малого таза 12-45%, триада Кастена в 15-25% случаях, у 11,8-16,5 больных с грыжей передней брюшной стенки выявляются другие хирургические заболевания органов брюшной полости, которые требуют одно-временной хирургической коррекции [Альтмарк Е.М., 2007, Аль Бикай Рами А.А., 2009, Лебедева Е.А., 2010, Кочкин А.Д., и др. 2013].

Такие высокие показатели диагностируемых сочетанных заболеваний ставят хирургов и анестезиологов перед решением непростой задачи - возможности одномоментной коррекции сочетанной патологии, Неоспоримым преимуществом СО является одновременное устранение двух или более хирургических заболеваний, оперативное лечение которых откладывалось на более поздний срок, устраняется риск повторного наркоза и его осложнений, отпадает необходимость в повторном обследовании и предоперационной подготовке [Фёдоров В.Д., 2000, Галлямов Э.А., и др. 2008,

² Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № ПФ-60 «О новой стратегии развития Узбекистана на 2022-2026 годы»

Тимурбулатов В.М., и др, 2016, Дронова В.Л., и др. 2013, Рахматуллаев Р., ир.2014, S. Sinno et.all, 2012, Hart S, 2010].

Однако, сдерживающим фактором является существенное увеличение продолжительности оперативного вмешательства, высокий риск операции у больных с сопутствующими заболеваниями жизненно-важных органов. Развитие новых технологий в медицине способствовало появлению нового направления в медицине – эндовидеохирургии. Широкие возможности лапароскопических операций при СХЗ органов брюшной полости привлекают все больше сторонников их внедрения в практическую медицину [Кащеев В.И.,2006, Ханов В.О. 2008, Брехов Е.И., 2010, Галимов О.В, и др. 2010, Assalia A.,et.all, 2012].

В связи с вышеизложенным, на современном этапе развития абдоминальной хирургии весьма актуальным является разработка технических аспектов выполнения СЛО, их этапность выполнения, и возможность и целесообразность сочетания лапароскопического метода операции с минилапаротомным доступом.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения или научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского университета по теме: «Создание и внедрение современных технологий профилактики, диагностики и лечения травм, хирургических заболеваний и опухолей» (Госреестр № 012400287).

Целью исследования является улучшение результатов симультанных операций при сочетанной абдоминальной патологии с использованием эндовидеохирургических технологий.

Задачи исследования:

изучить нозологическую структуру и клинико-типологические варианты течения сочетанной хирургической патологии у больных хроническим калькулезным холециститом;

оптимизировать тактико-технические аспекты выполнения симультанных операций в зависимости от типа и локализации абдоминальной патологии с использованием лапароскопической техники;

определить степень хирургической агрессии при симультанных операциях в зависимости от техники вмешательств по нейрогуморальным показателям операционного стресса и разработать шкалу степени ее инвазивности;

обосновать клиническую эффективность лапароскопических симультанных оперативных вмешательств на органах брюшной полости и передней брюшной стенки.

Объектом исследования явились 157 больных с желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом и сопутствующей патологией органов брюшной полости, поступивших в отделение хирургии

многопрофильной клиники Самаркандкого государственного медицинского университета в период 2019-2022 гг.

Предмет исследования составил анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом и сопутствующей патологией органов брюшной полости с использованием эндовидеохирургических технологий.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы исследования: общеклинические, биохимические, инструментальные и статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

определена нозологическая структура и клинико-типологические варианты течения сочетанной хирургической патологии у больных хроническим калькулезным холециститом и установлено преобладание грыж передней брюшной стенки, у женщин патология органов малого таза, с высоким уровнем коморбидности по индексу Charlson;

оптимизированы тактико-технические аспекты и очередность выполнения симультанных операций у пациентов с хроническим калькулезным холециститом в зависимости от типа и локализации абдоминальной патологии с использованием лапароскопической техники;

предложена шкала позволяющая идентифицировать травматичность симультанных оперативных вмешательств, базирующаяся на изучении динамики гормонального компонента хирургического стресса и доказана минимизация травматичности операционного доступа при лапароскопических симультанных оперативных вмешательствах;

обоснована клиническая эффективность лапароскопических симультанных оперативных вмешательств ранним восстановлением физической активности, снижением болевого синдрома, числа и выраженности послеоперационных осложнений по Clavin-Dindo, сокращением сроков реабилитации.

Практические результаты исследования заключается в следующем:

выполнение симультанных операций позволяет излечить пациента в рамках единовременного анестезиологического и хирургического пособия, при этом «стертая» и «асимптомная» клинические варианты течения сочетанной патологии (до 45,2%) требуют тщательного дооперационного исследования больных;

эндовидеохирургические технологии позволяют корригировать симультанную абдоминальную патологию при значительном взаимном удалении патологических органов с минимизацией кровопотери (до 1,6 раз), без значимого увеличения продолжительности операций;

обосновано и доказано безопасность выполнения симультанных лапароскопических операций по показателям гормонального компонента хирургического стресса в отличие от вмешательств традиционным доступом;

предложенные тактико-технические аспекты хирургической коррекции сочетанной абдоминальной патологии с использованием эндовидеохирургических технологий позволили снизить риск развития и степень тяжести послеоперационных осложнений и оптимизировать работу хирургического стационара с позицией клинической и экономической эффективности.

Достоверность результатов исследования обосновывается на современном, взаимодополняющем теоретическом подходе и методах, используемых в исследовательской работе, методологической корректности проведенного исследования, подборе достаточного материала, сравнении используемых методов с данными международных и отечественных авторов, подтверждении полученных результатов компетентными органами.

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 хирургического лечения больных с сочетанной абдоминальной патологией. Доказано необходимость выполнения симультанных операций при сочетанной патологии органов брюшной полости. Обосновано преимущество эндовидеохирургических операций в коррекции и патологии органов брюшной полости и передней брюшной стенки. Изучением динамики гормональных компонентов хирургического стресса доказана минимальная степень травматичности при использовании лапароскопических методик, в отличие от открытых оперативных вмешательств, где наблюдалась высокая степень травматичности. Обосновано эффективность лапароскопических симультанных оперативных вмешательств уменьшением сроков реабилитации, меньшим количеством осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Практическая ценность работы заключается в том, что разработаны тактико-технические аспекты хирургического лечения больных с хроническим калькулезным холециститом и сочетанной патологией органов брюшной полости и передней брюшной стенки. Внедрены в клиническую практику симультанные эндовидеохирургические операции при грыжах живота и пищеводного отверстия диафрагмы, патологии органов малого таза у женщин и кистах печени. Клиническая и экономическая эффективность симультанных оперативных вмешательств доказано излечением сочетанной хирургической патологии в ходе единого хирургического и анестезиологического пособия. Предложенная шкала позволяет идентифицировать степень инвазивности вмешательств и прогнозировать риск возможных осложнений.

Внедрение результатов исследования. По результатам исследований, проведенных по клиническому обоснованию хирургической коррекции симультанной абдоминальной патологии с использованием эндовидеохирургических технологий (заключение Научно-технического совета при МЗ Республики Узбекистан от 13.11.2024 г. № 08/52):

первая научная новизна: определена нозологическая структура и клинико-типологические варианты течения сочетанной хирургической патологии у больных хроническим калькулезным холециститом и установлено преобладание грыж передней брюшной стенки, у женщин патология органов малого таза, с высоким уровнем коморбидности по индексу Charlson. Внедрение научной новизны в практику: внедрены в медицинскую практику Самаркандской городской медицинской объединении от 17.10.2024 г. приказами 3819-7-107-ТВ/2024 и Самаркандской областной многопрофильный медицинский центр от 16.10.2024 й. № 376-U. Социальная эффективность научной новизны: выполнение симультанных операций позволяет излечить пациента в рамках единовременного анестезиологического и хирургического пособия, при этом «стертая» и «асимптомная» клинические варианты течения сочетанной патологии (до 45,2%) требуют тщательного дооперационного исследования больных. Экономическая эффективность научной новизны: стационарное лечение больных хроническим калькулезным холециститом в рамках одного хирургического вмешательства обычно обходится в 2 841 320 сумов в общей сложности в течение 8-10 дней. На все лабораторные и инструментальные исследования пациентов будет потрачено 955,2 тыс. сумов. При выполнении операции с использованием лапароскопических доступов срок стационарного лечения сокращается на 2 дня, а экономический показатель составляет 1 125 500 сумов (на одного пациента). Заключение: в нозологической структуре сочетанной хирургической патологии у больных с хроническим калькулезным холециститом доминируют вентральные грыжи – 47,1%, у женщин также патология органов малого таза (19,8%), клинический статус характеризуется высоким уровнем коморбидности – 67,1%. При этом выделены клинико-типологические варианты течения сочетанной абдоминальной патологии – «типичный» (54,8%), «стертый» (19,7%) и «асимптомный» (25,4%).

вторая научная новизна: оптимизированы тактико-технические аспекты и очередность выполнения симультанных операций у пациентов с хроническим калькулезным холециститом в зависимости от типа и локализации абдоминальной патологии с использованием лапароскопической техники. Внедрение научной новизны в практику: внедрены в медицинскую практику Самаркандской городской медицинской объединении от 17.10.2024 г. приказами 3819-7-107-ТВ/2024 и Самаркандской областной многопрофильный медицинский центр от 16.10.2024 й. № 376-U. Социальная эффективность научной новизны: эндовидеохирургические технологии позволяют корригировать симультанную абдоминальную патологию при значительном взаимном удалении патологических органов с минимизацией кровопотери (до 1,6 раз), без значимого увеличения продолжительности операций. Экономическая эффективность научной новизны: учитывая, что у больных хроническим калькулезным холециститом при использовании лапароскопической техники положительные результаты наблюдались в 2 раза чаще, чем у больных с применением малоинвазивных технологий, годовой

экономический показатель составляет 5 258 400 сум. Заключение: лапароскопические симультанные операции следует выполнять с соблюдением принципа асептики и от простого к сложному, пластика передней брюшной стенки выполняется на завершающем этапе. Продолжительность лапароскопических симультанных операций превышала в 1,2 раза показатели традиционных операций ($137,5 \pm 6,7$ мин и $117,2 \pm 6,1$ мин соответственно) $p < 0.01$), однако объем интраоперационной кровопотери в 1.6 раза ниже (171.1 ± 4.2 мл и 264.2 ± 4.0 мл соответственно) $p < 0.01$).

третья научная новизна: предложена шкала позволяющая идентифицировать травматичность симультанных оперативных вмешательств, базирующаяся на изучении динамики гормонального компонента хирургического стресса и доказана минимизация травматичности операционного доступа при лапароскопических симультанных оперативных вмешательствах. Внедрение научной новизны в практику: внедрены в медицинскую практику Самаркандской городской медицинской объединении от 17.10.2024 г. приказами 3819-7-107-ТВ/2024 и Самаркандской областной многопрофильный медицинский центр от 16.10.2024 й. № 376-U. Социальная эффективность научной новизны: обосновано и доказано безопасность выполнения симультанных лапароскопических операций по показателям гормонального компонента хирургического стресса в отличие от вмешательств традиционным доступом. Экономическая эффективность научной новизны: в послеоперационном периоде лапароскопических симультанных операций на основе гормональных компонентов обычно расходует в среднем 1 364 300 сум.. Заключение: степень хирургической агрессии при симультанных операциях доказывает эффективность эндовидеохирургии по нейрогуморальным показателям операционного стресса (динамики биохимических изменений дофамина, адреналина, норадреналина, β -эндорфина). При лапароскопических симультанных операциях низкая степень травматичности отмечена у 89,5%, средняя – 10,5% ($p < 0.01$), при открытых симультанных операциях наблюдалась высокая степень травматичности у 85,9% ($p < 0.01$).

четвертая научная новизна: обоснована клиническая эффективность лапароскопических симультанных оперативных вмешательств ранним восстановлением физической активности, снижением болевого синдрома, числа и выраженности послеоперационных осложнений по Clavin-Dindo, сокращением сроков реабилитации. Внедрение научной новизны в практику: внедрены в медицинскую практику Самаркандской городской медицинской объединении от 17.10.2024 г. приказами 3819-7-107-ТВ/2024 и Самаркандской областной многопрофильный медицинский центр от 16.10.2024 й. № 376-U. Социальная эффективность научной новизны: предложенные тактико-технические аспекты хирургической коррекции сочетанной абдоминальной патологии с использованием эндовидеохирургической технологий позволили снизить риск развития и степень тяжести послеоперационных осложнений и оптимизировать работу хирургического стационара с позицией клинической и

экономической эффективности. Экономическая эффективность научной новизны: за счет сокращения сроков реабилитации общая стоимость лечения больных в стационарных условиях обычно составляет 4 257 400 сумов. Годовой экономический показатель, в свою очередь, приводит к экономии бюджетных средств до 20%.. Заключение: симультанные операции с использованием эндовидеохирургии позволяют добиться улучшения результатов хирургического лечения сочетанной патологии уменьшением послеоперационных осложнений по Clavin-Dindo I и II класса с 14,5% до 4,9%, III и IV с 3,6% до 1,0% ($p < 0.01$). Клиническая эффективность подтверждается уменьшением болевого синдрома, ранним восстановлением физической активности и продолжительности госпитализации в 3,8 раза ($2,8 \pm 0,4$ дня при ЛСОВ, $7,9 \pm 1,6$ дня при ТСОВ) ($p < 0.001$).

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

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, из них 6 журнальных статей, 5 из которых в республиканских и 1 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность, цель и задачи исследования, дана характеристика объекта и предмета, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий в республике, обозначена научная новизна и практические результаты исследования, раскрыта научная и практическая значимость полученных результатов, результаты внедрены в практическую деятельность учреждения, дается информация об опубликованных работах и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Симультанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости»** представлен обзор литературы, посвященной проблеме ЛСОВ на органах брюшной полости, свидетельствует о высокой медико-социальной значимости данного вопроса, который требует более подробного изучения и совершенствования с целью научно-обоснованного применения данного метода в клинической практике. Открытыми остаются ряд аспектов относительно объективной оценки степени тяжести СОВ, оптимизации показаний и технических особенностей их выполнения. Все более актуализируется необходимость персонифицированного подхода к лечебно-реабилитационной тактике данного контингента в зависимости от прогнозируемой тяжести постоперационных осложнений.

Во второй главе диссертации представлены **«Материал и методы исследования»**. В основу исследования включены результаты лечения 157 больных с желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом и сопутствующей патологией органов брюшной полости, поступивших в отделение хирургии многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период 2019-2022 гг.

Пациенты условно разделены на 2 группы: 55 больных с ЖКБ, хроническим калькулезным холециститом и симультанной патологией органов брюшной полости и передней брюшной стенки, оперированные посредством открытых вмешательств составили группу сравнения. Основную группу составили 102 больных также с хроническим калькулезным холециститом и симультанной патологией органов брюшной полости и передней брюшной стенки оперированные лапароскопической методикой.

По гендерным показателям пациенты распределились следующим образом: женщины - 126 (80,3%), мужчины - 31 (19,7%). Средний возраст исследованных составил $55,2 \pm 5,9$ года. При этом преобладали пациенты пожилого возраста.

У всех больных основным хирургическим заболеванием было ЖКБ, хронический калькулезный холецистит по поводу чего они госпитализированы. При обследовании в стационаре у больных выявлено сопутствующая хирургическая патология брюшной стенки и органов брюшной полости. Всего сопутствующих хирургических патологий выявлено

62 в группе сравнения, 128 основной группе и при этом у некоторых больных по 2 и более. Среди них превалировала спаечная болезнь брюшной полости 12 (21,8%) и 21 (20,6%), непаразитарные кисты печени 3 (5,5%) и 13 (12,7%), эхинококкоз печени 10 (18,2%) и 19 (18,6%), у 26 (47,3%) и 48 (47,1%) больных были грыжи передней брюшной стенки, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у 2 (3,6%) и 11 (10,8%), патология органов малого таза у женщин 9 (16,4%) и 16 (15,7%) соответственно в группах сравнения и основной группе больных (табл. 1).

Таблица 1

Структура сопутствующих хирургических заболеваний органов брюшной полости и передней брюшной стенки у больных в исследуемых группах

Симультанная патология	Группа сравнения		Основная группа		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Спаечная болезнь брюшной полости. Хроническая, подострая кишечная непроходимость	12	21,8	21	20,6	33	21,1
Непаразитарная киста печени	3	5,5	13	12,7	16	10,2
Эхинококкоз печени	10	18,2	19	18,6	29	18,4
Киста яичника	4	7,3	11	10,8	15	9,5
Миома матки	5	9,1	5	4,9	10	6,4
Грыжа белой линии живота	2	3,6	4	3,9	6	3,8
Пупочная грыжа	10	18,1	21	20,6	31	19,7
Паховая грыжа	3	5,4	7	6,8	10	6,4
Послеоперационная вентральная грыжа	11	20	16	15,7	27	17,2
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	2	3,6	11	10,8	13	8,3
Всего	62	100	128	100	190	100

Превалирование лиц пожилого возраста обусловило достаточно высокий уровень коморбидности. Так, сопутствующие соматические заболевания выявлены у 107 (68,1%) больных, при этом в 31,8% случаев наблюдалось одновременно несколько заболеваний со стороны различных органов и систем. По совокупности тяжести хирургической патологии и коморбидных соматических заболеваний преобладали больные, относящиеся ко II степени риска по классификации ASA. При этом все пациенты имели операционно-анестезиологический риск, не превышающий III степень, что свидетельствовало о компенсированности сопутствующей терапевтической патологии и позволяло планировать оперативное вмешательство (табл. 2).

Таблица 2

Распределение исследованных по степени операционно-анестезиологического риска (классификация ASA) и объективной оценке коморбидного статуса (индекс Charlson) (абс. число, %)

Степень операционного риска, индекс коморбидности	Группа исследованных (n=157)
Степень риска по классификации ASA	
I степень риска	50 (31,8)
II степень риска	96 (61,1)
III степень риска	11 (7)
Индекс коморбидности Charlson	
< 3,0 баллов	50(31,8)
3,0-5,0 баллов	59(37,8)
>5 баллов	48(30,2)
Всего	157(100,0)

В качестве биохимического маркера одного из критериев травматичности СОВ нами использована оценка функциональной интеграции гормональных компонентов стресс-реализующей (гипофиз-адреналовой - адреналин, норадреналин, дофамин) и стресс-лимитирующей системы (гамма-аминомасляная кислота, β -эндорфин) в динамике. Уровень показателей состояния стресс-реализующей системы изучали по суточной экскреции катехоламинов с мочой методом высокоэффективной обращено-фазовой жидкостной хроматографии на жидкостном хроматографе.

Уровень нейромедиаторной системы гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) изучали методом конкурентного трехфазного иммуноферментного анализа с использованием оригинальной идиотип-антиидиотипической тест-системы. Концентрацию β -эндорфина в сыворотке крови определяли иммуноферментным анализом (тест-системы «Bachem-BCM Diagnostics»).

СОВ при сочетанной патологии органов брюшной полости содержали два этапа: основной и симульный. Последовательность выполнения СОВ устанавливали согласно рекомендациям Г. М. Рутенбурга (2007). Согласно базовым требованиям лапароскопической хирургии, нами использовались два монитора, располагающиеся на одной линии прямого восприятия со стороны оперирующего хирурга и ассистентов. Расположение операционной бригады согласно Американской технологии.

Особое внимание уделялось анатомической специфике зоны операции и бессосудистой области. Под визуальным мониторингом устанавливали другие троакары для введения эндоскопического инструментария, большей частью, в традиционных позициях. Диссекцию тканей выполняли в режиме моно и биполярной электрокоагуляции. Экстракцию макропрепарата осуществляли через троакар, установленный в эпигастральной области. При локализации сочетанной хирургической патологии в нижнем этаже брюшной полости

использовали методику мигрирующего троакара, что в свою очередь, исключало установку дополнительного троакара.

При выполнении лапароскопической и открытой герниопластики применяли синтетические сетчатые пластиковые материалы «Ethicon Physiomesh» и «Эсфил Линтекс».

Метод лапароскопической холецистэктомии: оперативное пособие выполнялось согласно методологии, предложенной Ю. И. Галлингером и А. Д. Тимоциным (1991).

Метод лапароскопической герниопластики 25 пациентам основной группы при пупочной грыже и грыже белой линии живота: оперативное пособие осуществлялось согласно стандартизированной методике интраабдоминальной пластики (intraperitoneal onlay mesh IPOM). Дефект в области грыжи ликвидировали посредством наложения трансфасциальных швов посредством иглы EndoClose.



Рис.1 Больная К., 52 г., Оперативный доступ при симультанном оперативном вмешательстве по поводу хронического калькулезного холецистита в сочетании с пупочной грыжей

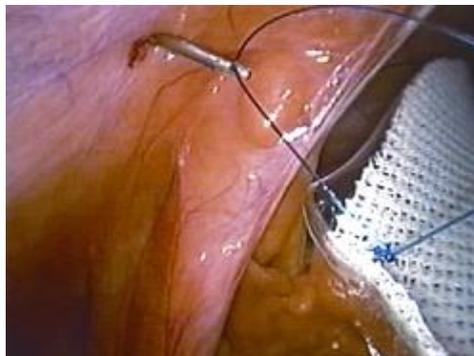


Рис.2. Выведение шовной нити модифицированной иглой Endo Close (вид со стороны брюшной полости)

У 16 больных метод лапароскопической герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах с наличием грыжевых дефектов малых и средних размеров использовали пластику с преперитонеальным расположением импланта с перитонизацией его париетальной брюшиной и ранее выделенным грыжевым мешком (рис. 3); при грыжах средних и значительных размеров грыжевой мешок во время оперативного вмешательства не выделяли, а экстраперитонизацию трансплантата осуществляли посредством большого сальника.

Метод лапароскопической фундопликации при грыже пищеводного отверстия диафрагмы выполнено 11 пациентам, оперативное пособие выполнялось согласно методологии, предложенной R. Nissen в модификации T. Geagea B. Dallemagne (1991) (рис. 4).

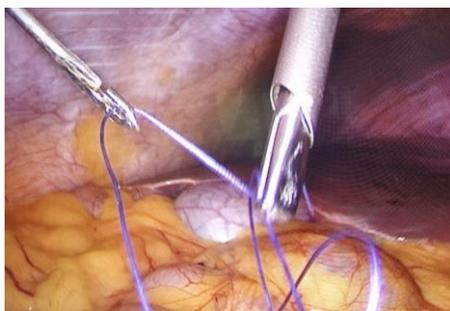


Рис. 3. Больная Ж. 61 лет. Перитонизация стандартного сетчатого имплантата с помощью модифицированной иглы Endo Close при послеоперационной вентральной грыже



Рис. 4. Больная В., 58 лет. Аксиальная грыжа пищевого отверстия диафрагмы. Диагноз: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Аксиальная кардиальная нефиксированная грыжа пищевого отверстия диафрагмы II стадии. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Формирование манжеты.

Метод лапароскопической герниопластики при паховой грыже: оперативное пособие выполнялось согласно стандартизированной методике трансабдоминальной преперитонеальной пластики (ТАРР) у 7 больных (23,3%). При подборе оптимальной величины сетчатого материала руководствовались следующими принципами: границы импланта должны на 1,5-2,0 см закрывать ligamentum Cooper'a, апоневротическую часть musculus rectus abdominis и pyramidalis у tuberculum pubicus, ligamentum ilioinguinalis, верхний и нижний край грыжевых ворот. Сетчатый материал вводили в свернутом виде посредством 10-миллиметрового троакара. Перитонизация эндопротеза выполнялась с использованием герниостеплера (рис. 5).

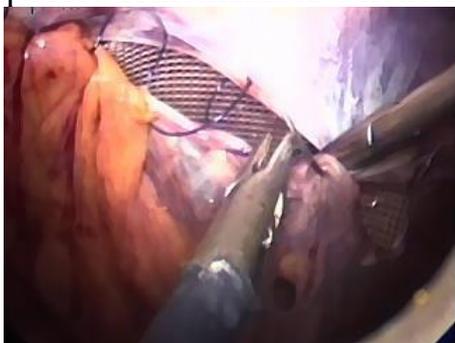


Рис. 5. Больной М. 72 года, Симультанный этап операции ТАРР при правосторонней прямой паховой грыже. Перитонизация эндопротеза.



Рис. 6. Больная С. 29 лет. Симультанный этап операции эхинококкэктомия из V сегмента печени

Метод лапароскопической фенестрации непаразитарной кисты печени выполнено 13 пациентам. применяли стандартизированный для лапароскопической холецистэктомии доступ; при размещении кист в левой доле печени вводили добавочный 10мм троакар в левом подреберье, при локализации кист в VII - VIII сегментах в правом.

Метод лапароскопической эхинококкэктомии: оперативное пособие выполнялось согласно методологии, предложенной С. Tomus, F. Zaharie, L. Mosan (2013) (рис. 6).

В основной группе 5 пациенткам произведена лапароскопическая гистерэктомия (рис. 7) и у 11 произведена лапароскопическая кистэктомия из яичников (рис. 8).

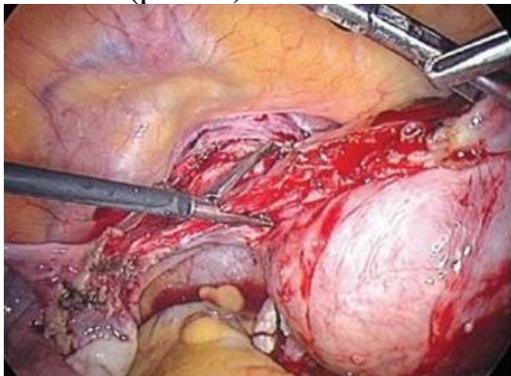


Рис. 7. Больная К. 49 лет. Симультаный этап операции гистерэктомия. Коагуляция маточных сосудов на уровне внутреннего зева

Рис. 8. Больная В. 52 года. Симультаный этап операции удаление кисты левого яичника

Алгоритм периоперационного ведения больных проводился согласно принципам ERAS – программы ускоренного выздоровления.

Лапароскопические симультаные операции выполняли с соблюдением принципа асептики и от простого к сложному, пластика передней брюшной стенки выполнялось на завершающем этапе.

Третья глава диссертации «**Нозологическая структура и клиническая характеристика пациентов сочетанной абдоминальной патологией**». У всех 157 (100,0%) обследованных верифицирован диагноз ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Длительность заболевания составила в среднем 6,7+ 1,3 лет. У большинства - 144 (91,7%) обследованных наблюдалось симптоматическое течение, у 13 (8,3%) - бессимптомное (латентное).

Первичные (вентральные) грыжи передней брюшной стенки диагностированы у 37 (50,9%) обследованных: эпигастральная - в 6 (50,9%), пупочная - в 31 (49,1%) случаев. Средний возраст пациентов составил 42,3±9,8 лет. Срок грыженосительства составил от 2 месяцев до 14 лет (в среднем 2,1±1,2 года). В соответствии с классификацией Европейского общества герниологов, первичные срединные грыжи малых размеров наблюдались у 64,7%, средних - у 28,8% и больших размеров - у 6,5%. У 28,4% пациентов грыжи были невправимые. У 22 (59,4%) больных с установленной первичной грыжей отмечалось клинически выраженное течение, у 15 - бессимптомное.

Паховая грыжа верифицирована у 10 (6,3%) обследованных. Средний возраст пациентов составил 46,6±4,1 лет. По полу больные распределились следующим образом: мужчины - 9 (90%), женщины - 1 (10%). Продолжительность грыженосительства составила от 1 месяца до 15 лет (в среднем - 2,5±1,1 года). В структуре паховых грыж (по степени разрушения

пахового канала) у пациентов преобладали прямые - у 7 (70%), косые - у 3 (30%). При этом в большинстве случаев наблюдалась правосторонняя - в 6 (60%), левосторонняя - в 2 (20%) случаев; двусторонняя паховая грыжа зарегистрирована у 2 (20%) и рецидивная - у 1 (10%).

Послеоперационные грыжи передней брюшной стенки диагностированы у 27 обследованных. Средний возраст пациентов составил $52,3 \pm 11,1$ лет. Преобладали лица женского пола - 20, мужчины составили 7. Срок грыженосительства составил от 1 месяца до 3 лет (в среднем $1,3 \pm 0,4$ года). Преимущественно у больных грыжи локализовались по средней линии живота - в 23, в правой подвздошной области - в 2, в правом подреберье - в 2 случаев. Грыжи малых размеров наблюдались у 5, средних - у 17, обширных размеров - у 5, при этом у 11 пациентов грыжи были невосправляемыми или частично невосправляемыми. Рецидивные грыжи выявлены у 3 обследованных.

Спаечный процесс брюшины (СПБ) диагностирован у 33 (21,1%) обследованных. Средний возраст пациентов составил $51,3 \pm 10,2$ лет, при этом большинство находилось в возрасте от 40 до 60 лет - 71,2%. Длительность наличия СПБ составила от 10 месяцев до 11 лет (в среднем $4,8 \pm 0,6$ лет).

По уровню спаечного процесса (СП), пациенты распределились следующим образом: 1 степень СП (характеризующаяся наличием локального СП, ограниченного зоной послеоперационного рубца) наблюдалась у 36,8%; 2 (отличающаяся локальным СП в комбинации с одиночными спайками в иных зонах брюшной полости) - у 40,8%; 3 (характеризующаяся сплошным СП, занимающим этаж брюшной полости) регистрировалась у 22,4% больных. У большинства - 83,8% обследованных наблюдалось клинически выраженное течение, у 16,2% - бессимптомное течение.

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) в сочетании с ГЭРБ диагностирована у 13 (8,2%) обследованных. Средний возраст пациентов составил $52,5 \pm 4,2$ лет. Продолжительность заболевания составила от 4 месяцев до 9 лет (в среднем - $4,8 \pm 1,1$ года). У большинства обследованных диагностирована ГПОД II стадии - 9 (68,4%), ГПОД I стадии - у 4 (31,6%). По данным картины эндоскопического исследования (в соответствии с типологией Лос-Анджелесской классификации, 1996 г.) преобладали больные с рефлюкс-эзофагитом В-степени - 8 (64,6%); А-степень выявлена у 3 (29,2%) и С-степень - у 2 (6,2%) больных.

Непаразитарная киста печени диагностирована у 16 (10,2%) обследованных. Средний возраст пациентов составил $56,4,6 \pm 2,1$ лет. Женщины - 13 (81,2%), мужчины - 3 (18,8%). По нозологическому варианту кисты распределились следующим образом: у 14 (87,5%) больных - истинные серозные, у 2 (12,5%) - посттравматические фибринозные. Преимущественно непаразитарные кисты локализовались в правой доле печени - у 51,7%, в левой - у 32,5% и в обеих долях - у 15,8% пациентов. Множественные кисты наблюдались у 4,4%, единичные - у 80,1%, при этом у 15,5% обследованных регистрировалось по две солитарных кисты. По данным УЗИ размеры множественных кист составляли от 4,0 до 15 см, солитарных - от 3,0 до 28,0 см.

Кисты средних размеров (диаметр до 10 см) верифицированы у 67,3%, крупные (10 см и более) - у 32,7%.

Эхинококкоз печени диагностирован у 29 (18,5%) обследованных. Средний возраст пациентов составил $40,5 \pm 2,6$ лет. Преобладали лица женского пола - 18 (62,1%), мужского - 11 (37,9%). Длительность заболевания - от 12 месяцев до 7 лет (в среднем $3,6 \pm 1,1$ лет). Первичный эхинококкоз верифицирован у 26, рецидивный - у 3. Солитарный эхинококкоз наблюдался у 25 (78,1%), множественный - у 4 (21,9%). Преимущественно кисты локализовались во II-IV сегментах печени - у 14 (50,9%), в V-VI- у 15 (49,1%) обследованных. Преобладали эхинококковые кисты средних размеров (от 5 до 10 см) - у 22 (85,1%). В соответствии с типологией ультразвуковых изображений эхинококковых кист по Charbi (1981 г.) в модификации ВОЗ [308, 319] преимущественно регистрировались кисты CL-CE1- типов - у 23 (88,1%) пациентов, наименьший удельный вес составили кисты CE2- типа - 2 (3,0%). У большинства обследованных эхинококкоз печени протекал бессимптомно - 25 (65,5%).

Результаты проведенного исследования показали, что основной причиной проведения планового оперативного лечения в нашем исследовании являлся хронический калькулезный холецистит - в 157 (100,0%) случаев. В нозологической структуре сочетанной хирургической патологии доминировали грыжи передней брюшной стенки - 84 (53,5%), среди которых преимущественно наблюдались грыжа белой линии живота - 6 (3,8%) и пупочная грыжа в сочетании с диафрагмой прямых мышц живота - 31 (19,7%), ГПОД составила 13 (8,2%). Послеоперационные грыжи регистрировались у 13 (8,2%) больных. На основании особенностей клинического течения сочетанной патологии органов брюшной полости выделены три клинко-типологических варианта: «типичный (классический)», характеризующийся выраженными симптомами ХКХ и клиническими симптомами сочетанного заболевания, диагностика которых не вызывает сложностей (установлен у большинства - 86 (54,8%) обследованных), «стертый», при котором отсутствовало превалирование клинических симптомов одного из сочетанных заболеваний при наличии субклинически выраженных признаков патологии органов брюшной полости (верифицирован у 31 (19,7%) больных) и «асимптомный» - ХКХ и сочетанные заболевания органов брюшной полости протекали бессимптомно (40 (25,4%) обследованных).

Таким образом, при диагностике одной из вышеуказанной патологии, требуется основательное прицельное исследование с целью верификации возможного сочетанного заболевания органов брюшной полости.

В четвертой главе диссертации **«Результаты симультанных оперативных вмешательств на органах брюшной полости и передней брюшной стенки в зависимости от технологии операции»**. Продолжительность лапароскопических симультанных операций превышала в 1,2 раза показатели традиционных операций ($137,5 \pm 6,7$ мин и $117,2 \pm 6,1$ мин

соответственно) $p < 0.01$), однако объем интраоперационной кровопотери в 1.6 раза ниже (171.1 ± 4.2 мл и 264.2 ± 4.0 мл соответственно) $p < 0.01$).

Интраоперационные осложнения возникли у 6 (3,8%) больных. При выполнении СОВ с использованием лапароскопических технологий в 2 (1,9%) случаев потребовалась конверсия доступа, в 2 (1,9%) - были преодолены без перехода на лапаротомию. В структуре местных осложнений преимущественно наблюдались кровотечения, связанные с выполнением ЛХЭ: кровотечение из пузырной артерии вследствие ее пересечения возле общепеченочной артерии регистрировалось в одном случае при ЛСОВ (0,9%), у 1 больной при ТСОВ (1,8%) больных. При выполнении лапароскопических СОВ для устранения данного осложнения оперативное вмешательство продолжено посредством перехода на лапаротомию. Причина кровотечения - попытка выделения пузырной артерии из инфильтрата до выделения и лигирования пузырного протока с целью расширения зоны манипуляции. Кровотечение из ложа желчного пузыря наблюдалось в одном случае при ЛСОВ (0,9%) и у двух больных при ТСОВ (3,6%). Повреждение плевры при выполнении фундопликации по поводу ГПОД, возникшее при выделении левой диафрагмальной ножки, наблюдалось у 1 пациента при ЛСОВ (0,9%). Для ушивания плевры конверсии не потребовалось.

В раннем послеоперационном периоде осложнения регистрировались (при анализе учитывались как общие, так и специфические) у 16 (10,1%) больных. Необходимо отметить, что удельный вес пациентов со специфическими осложнениями после выполненных ЛСОВ, составил 1 (0,9%), что было меньше в сравнении с ТСОВ - 6 (10,9%) ($p=0,006$, $p=0,004$ соответственно).

В группе ТСОВ выполнение повторного хирургического вмешательства потребовалось в 1 (1,8%) случае: у пациентки с III степенью ожирения возникла странгуляционная кишечная непроходимость, вызванная ущемлением петли тонкой кишки в швах, наложенных на апоневроз в параумбиликальной ране. У 2 (3,6% пациенток наблюдалось желчеистечение из остаточной полости печени после эхинококкэктомии. Нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 3 (5,4%) больных.

Проведение специального лечения в отделении интенсивной терапии вследствие общих осложнений, потребовалось у 5 (4,9%) пациентов после ЛСОВ: у 1 (0,9%) вследствие развившейся атриовентрикулярной блокады II степени (с ХСН в анамнезе, относящегося к III классу по ASA, индекс Charlson - 4,0 балла), 1 (0,9%) - на 3-и послеоперационные сутки возник гипертонический криз и еще у 1 пациентки пневмония (с гипертонической болезнью в анамнезе, относящегося к II классу по ASA, индекс Charlson - 3,0 балла). В 1 случае развился острый панкреатит, в 1 тромбоз. Осложнения общесоматического характера в группе ТСОВ наблюдались у 4 (7,3%) пациентов.

Таблица 3

Степень выраженности ранних послеоперационных осложнений (классификация Clavin-Dindo) в исследованных группах (абс. число, %)

Группы исследованных	Степень выраженности ранних послеоперационных осложнений	
	I и II класс	III и IV класс
ЛСОВ (n=102)	5 (4,9%)	1(1,0%)
ТСОВ (n=55)	8 (14,5%)	2 (3,6%)

Примечание - *- $p < 0,05$ - достоверность различий с показателями ЛСОВ-Ф; ** - $p < 0,001$ - достоверность различий с показателями ЛСОВ

Симультанные операции с использованием эндовидеохирургии позволили добиться улучшения результатов хирургического лечения сочетанной патологии уменьшением послеоперационных осложнений по Clavin-Dindo I и II класса с 14,5% до 4,9%, III и IV с 3,6% до 1,0% ($p < 0.01$).

Более ранняя активизация наблюдалась после выполненных ЛСОВ: в течение первых 6 ч. 85,8% пациента могли сидеть и стоять возле кровати, а через 12 ч. 64,0% - ходили в пределах палаты ($p=0,047$, $p < 0,001$, соответственно). В 1 послеоперационные сутки большинство - 89,1% больных, после выполненных ЛСОВ, могли передвигаться по коридору. На 2 сутки 94,4% - могли обслужить себя без посторонней помощи, что достоверно превышало результаты после ТСОВ ($p < 0,001$).

Через 6 часов у больных, перенесших СОВ с применением лапароскопических технологий, выраженность болевого синдрома была достоверно ($p < 0,001$) ниже в сравнении с СОВ из традиционного доступа. Полученные результаты свидетельствовали о том, что начиная с первых часов послеоперационного периода пациенты группы ЛСОВ не испытывали выраженной боли. Интенсивность боли снижалась, оставаясь умеренной через 12 часов (средний балл по шкале ВАШБ составил $3,9 \pm 0,3$), а через 24 часа была слабой ($2,9 \pm 0,1$ балла). Спустя 48 часов после СОВ наблюдалась тенденция к дальнейшему спаду выраженности болевого синдрома (средний балл был равен $2,0 \pm 0,2$). У больных после ТСОВ выраженный болевой синдром при движениях сохранялся на протяжении всего периода наблюдения и требовал дополнительного введения обезболивающих средств: через 12 часов после оперативного вмешательства в данной группе интенсивность болевого синдрома составила $8,8 \pm 0,2$, через 24 часа - $8,9 \pm 0,1$, через 48 часов - $6,4 \pm 0,5$ баллов и была достоверно ($p < 0,001$) выше в сравнении с показателями ЛСОВ.

После ЛСОВ нивелирование болевого синдрома через 48 ч. наблюдалось у 92,9%, ТСОВ - у 61,1% пациентов ($p=0,001$).

Длительность пребывания больных в стационаре после выполненных СОВ с применением лапароскопических технологий была достоверно ($p < 0,001$) ниже в сравнении с СОВ из традиционного доступа. Минимальный послеоперационный койко-день в группах ЛСОВ составил 2, в группе ТСОВ -

5 дней; максимальный – 14 и 16 день соответственно. При этом наименьшая продолжительность госпитализации регистрировалась после ЛСОВ в сравнении ТСОВ - в 3,8 раза ($p < 0,001$), что подтверждает более раннее восстановление после лапароскопических операций.

Степень травматичности СОВ у больных с сочетанной патологией органов брюшной полости оценивали по выраженности активности стресс-реализующей и стресс-лимитирующей систем в зависимости от динамики дофамина, адреналина, норадреналина, ГАМК и β -эндорфина. Сроками исследования являлись: предоперационный период, 1, 2 и 5 послеоперационные сутки.

В послеоперационном периоде спустя 1 сутки после оперативного вмешательства у больных регистрировался максимальный подъем показателей стресс-реализующей системы во всех группах, менее выраженный после выполненных ЛСОВ концентрация суточной экскреции дофамина превосходила предоперационные значения в 1,3 раза ($p < 0,001$) и была достоверно ниже показателей ТСОВ - в 1,5 раза ($p < 0,001$); уровень адреналина увеличился в 1,8 раза ($p < 0,001$) относительно предоперационных значений и также статистически значимо отличался от показателей ТСОВ - в 1,8 раза ($p < 0,001$); содержание норадреналина превосходило предоперационные значения в 1,1 раза ($p < 0,001$) и было достоверно ниже в сравнении с ТСОВ - в 1,6 раза ($p < 0,001$).

Наряду с активацией стресс-реализующей системы отмечалось динамичное увеличение активности стресс-лимитирующей системы, наименее выраженное после ТСОВ: уровень ГАМК повысился в 1,4 раза относительно предоперационных значений ($p < 0,001$) и был достоверно ниже в сравнении с ЛСОВ - в 1,2 ($p = 0,002$). В отношении β -эндорфина наблюдалась аналогичная картина: показатели после ТСОВ увеличились в 1,9 раза ($p < 0,001$) и статистически значимо отличались от значений при ЛСОВ - в 1,4 ($p = 0,015$).

На 2 сутки после оперативного вмешательства значения дофамина и адреналина не имели статистических отличий от предоперационных показателей ($p > 0,05$) и были достоверно ниже в сравнении ТСОВ - в 1,6 ($p < 0,001$).

Положительная динамика суточной экскреции норадреналина также наблюдалась во всех исследованных группах, однако значения после выполненных ТСОВ были достоверно выше в сравнении с ЛСОВ - в 1,5 раза ($p = 0,003$). Направленность и выраженность показателей ГАМК на сдвиги в стресс-реализующей системе определялись усиленным синтезом во всех исследованных группах, однако после ТСОВ наблюдались достоверно более низкие значения в сравнении с ЛСОВ - в 1,2 ($p = 0,006$). Уровень β -эндорфина также вырос, при этом более выраженная динамика отмечалась после ЛСОВ показатели превышали значения после ТСОВ - в 1,5 раза ($p = 0,018$). Менее выраженная интенсивность эндокринно-метаболического ответа на операционную травму и синергизм изменений показателей стресс-реализующей/стресс-лимитирующей системы в группе ЛСОВ позволила в

более ранние сроки ограничить патологические проявления операционного стресса на центральном и периферическом уровнях регуляции и через 5 суток после оперативного вмешательства обеспечило полное восстановление содержания гормональных компонентов.

На основании изучения диагностической значимости биохимических специфических маркеров для оценки травматичности СОВ при сочетанной патологии органов брюшной полости (динамика изменений показателей дофамина, адреналина, норадреналина, ГАМК, β -эндорфина на 2 и 5 сутки после операции) предложена шкала, позволяющая стратифицировать степень инвазивности вмешательства на низкую, среднюю и высокую. Результаты представляются в виде оценок в баллах: 0-4 баллов - низкая степень, 5-9 баллов - средняя и >10 баллов - высокая степень травматичности СОВ.

Таблица 4

Шкала оценки травматичности симультанных оперативных вмешательств при сочетанной патологии органов брюшной полости

Показатели	Балльная оценка					
	0		1		2	
	2 сутки	5 сутки	2 сутки	5 сутки	2 сутки	5 сутки
Дофамин, мкг/сут	209,0-229,0	178,0-198,0	230,0-250,0	199,0-219,0	251,0 и выше	220,0 и выше
Адреналин, мкг/сут	22,0-32,0	16,0-24,0	33,0-43,0	25,0-35,0	44,0 и выше	36,0 и выше
Норадреналин, мкг/сут	46,0-55,0	42,0-48,0	56,0-66,0	49,0-55,0	67,0 и выше	56,0 и выше
ГАМК, пмоль/мл	871,0-891,0	829,0-862,0	870,0-850,0	863,0-896,0	849,0 и ниже	897,0 и выше
β -эндорфин, нмоль/мл	44,0-48,0	33,0-41,0	43,0-39,0	42,0-49,0	38,0 и ниже	32,0 и ниже

Примечания - 0-4 баллов - низкая степень, 5-9 баллов - средняя и >10 баллов - высокая степень травматичности СОВ

Выявлены достоверные отличия биохимических маркеров травматичности СОВ в зависимости от технологии оперативного доступа и особенностей периоперационного ведения. При ЛСОВ низкая степень травматичности регистрировалась у 89,5% и средняя - у 10,5%; при ТСОВ преимущественно наблюдалась высокая степень травматичности - у 85,9% ($p<0,001$), средняя - у 14,1% больных ($p<0,001$). Таким образом, при ЛСОВ число больных с низкой степенью травматичности в 1,7 раза было выше ($p<0,01$), а со средней - в 4,6 раза ниже ($p<0,001$) в сравнении с ТСОВ. При этом, у больных с низкой и средней степенью травматичности СОВ, которым выполнены ЛСОВ, средний балл составил $1,8\pm 0,4$ и $5,9\pm 0,6$ соответственно и был достоверно ниже в сравнении с ТСОВ: при низкой степени

травматичности средний балл был равен $3,4 \pm 0,6$ ($p < 0,05$), при средней - $7,8 \pm 0,7$ ($p < 0,05$). У больных со средней степенью травматичности СОВ при ТСОВ средний балл составил $8,6 \pm 0,4$ и достоверно превышал значения ЛСОВ ($p < 0,01$), с высокой степенью - $15,2 \pm 3,1$ баллов ($p < 0,001$). Полученные данные свидетельствует о том, что значимую роль в улучшении результатов хирургического лечения играют мероприятия периоперационного ведения пациентов, направленных на раннюю мобилизацию и восстановление больного.

Таким образом, проведенный комплексный анализ степени «хирургической агрессии» у больных после выполненных СОВ в зависимости от технологии оперативного доступа и особенностей периоперационного ведения, базирующийся на оценке клинических результатов и изменений нейро- гуморальных показателей «операционного стресса» показал, что применение лапароскопических СОВ является наиболее эффективным способом хирургического лечения сочетанной патологии органов брюшной полости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В нозологической структуре сочетанной хирургической патологии у больных с хроническим калькулезным холециститом доминируют вентральные грыжи – 47,1%, у женщин также патология органов малого таза (19,8%), клинический статус характеризуется высоким уровнем коморбидности – 67,1%. При этом выделены клинико-типологические варианты течения сочетанной абдоминальной патологии – «типичный» (54,8%), «стертый» (19,7%) и «асимптомный» (25,4%).

2. Лапароскопические симультанные операции следует выполнять с соблюдением принципа асептики и от простого к сложному, пластика передней брюшной стенки выполняется на завершающем этапе. Продолжительность лапароскопических симультанных операций превышала в 1,2 раза показатели традиционных операций ($137,5 \pm 6,7$ мин и $117,2 \pm 6,1$ мин соответственно) $p < 0.01$), однако объем интраоперационной кровопотери в 1.6 раза ниже (171.1 ± 4.2 мл и 264.2 ± 4.0 мл соответственно) $p < 0.01$).

3. Степень хирургической агрессии при симультанных операциях доказывает эффективность эндовидеохирургии по нейрогуморальным показателям операционного стресса (динамики биохимических изменений дофамина, адреналина, норадреналина, β -эндорфина). При лапароскопических симультанных операциях низкая степень травматичности отмечена у 89,5%, средняя – 10,5% ($p < 0.01$), при открытых симультанных операциях наблюдалась высокая степень травматичности у 85,9% ($p < 0.01$).

4. Симультанные операции с использованием эндовидеохирургии позволяют добиться улучшения результатов хирургического лечения сочетанной патологии уменьшением послеоперационных осложнений по Clavin-Dindo I и II класса с 14,5% до 4,9%, III и IV с 3,6% до 1,0% ($p < 0.01$). Клиническая эффективность подтверждается уменьшением болевого синдрома, ранним восстановлением физической активности и продолжительности госпитализации в 3,8 раза ($2,8 \pm 0,4$ дня при ЛСОВ, $7,9 \pm 1,6$ дня при ТСОВ) ($p < 0.001$).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 FOR THE
AWARD OF ACADEMIC DEGREES AT SAMARKAND STATE
MEDICAL UNIVERSITY**

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

BATIROV BEKHZOD AMINDJANOVICH

**CLINICAL JUSTIFICATION OF SURGICAL CORRECTION OF
SIMULTANEOUS ABDOMINAL PATHOLOGY USING
ENDOVIDEOSURGICAL TECHNOLOGIES**

14.00.27 – Surgery

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

Samarkand – 2025

The topic of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation in medical sciences is registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under № B2024.1.PhD/Tib4333.

The dissertation was completed at Samarkand State Medical University.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the Scientific Council (www.sammu.uz) and the Information and Educational Portal “Ziyonet” (www.ziyonet.uz).

Research leader:	Babajanov Akhmadjon Sultanbaevich Doctor of Medical Sciences, Professor
Official opponents:	Eshonkhodjaev Otabek Djuraevich Doctor of Medical Sciences, Professor Shonazarov Iskandar Shonazarovich Doctor of Medical Sciences, Docent
Leading organization:	Saratov State Medical University named after V.I.Razumovsky (Russian Federation)

The defense will take place “__” _____ 2025 at ___ hours at a meeting of the Scientific Council DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 at Samarkand State Medical University (Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, Ankabai St. 6. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

The dissertation can be found at the Information Resource Center of Samarkand State Medical University (registered under No. _____). Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, st. Amira Temura 18. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75.

The abstract of the dissertation was sent out “__” _____ 2025.
(mailing protocol register No. ____ dated _____ 2025).

N.N. Abdullaeva

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

K.V. Shmirina

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

Z.B. Kurbaniazov

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

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

The aim of the study is to improve the results of simultaneous operations for combined abdominal pathology using endovideosurgical technologies.

The object of the study was 157 patients with cholelithiasis, chronic calculous cholecystitis and concomitant pathology of the abdominal cavity, who were admitted to the surgical department of the State Clinical Hospital No. 1 in Samarkand in the period 2019-2022.

The scientific novelty of the study is as follows:

the nosological structure and clinical and typological variants of the course of combined surgical pathology in patients with chronic calculous cholecystitis were determined and the predominance of hernias of the anterior abdominal wall was established, in women pathology of the pelvic organs, with a high level of comorbidity according to the Charlson index;

the tactical and technical aspects and the sequence of simultaneous operations in patients with chronic calculous cholecystitis have been optimized, depending on the type and localization of abdominal pathology using laparoscopic techniques;

A scale is proposed that allows to identify the traumaticity of simultaneous surgical interventions, based on the study of the dynamics of the hormonal component of surgical stress and the minimization of the traumaticity of surgical access in laparoscopic simultaneous surgical interventions;

The clinical effectiveness of laparoscopic simultaneous surgical interventions is substantiated by early recovery of physical activity, reduction of pain syndrome, number and severity of postoperative complications according to Clavin-Dindo, and reduction of rehabilitation time.

Implementation of research results.

Based on the results of studies conducted on the clinical justification of surgical correction of simultaneous abdominal pathology using endovideosurgical technologies (conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated November 13, 2024, No. 08/52):

the first scientific novelty: the nosological structure and clinical and typological variants of the course of combined surgical pathology in patients with chronic calculous cholecystitis were determined and the predominance of hernias of the anterior abdominal wall was established, in women, pathology of the pelvic organs, with a high level of comorbidity according to the Charlson index. Implementation of scientific novelty in practice: implemented in medical practice of the Samarkand City Medical Association dated 17.10.2024 by orders 3819-7-107-TB / 2024 and the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center dated 16.10.2024. No. 376-U. Social efficiency of scientific novelty: performing simultaneous operations allows to cure the patient within the framework of a one-time anesthetic and surgical care, while the "erased" and "asymptomatic" clinical variants of the course of combined pathology (up to 45.2%) require a thorough preoperative examination of patients. Economic efficiency of scientific novelty: inpatient treatment of patients with chronic calculous cholecystitis within the framework of one surgical intervention usually costs 2,841,320 soums in total for 8-

10 days. All laboratory and instrumental examinations of patients will cost 955.2 thousand soums. When performing surgery using laparoscopic approaches, the period of inpatient treatment is reduced by 2 days, and the economic indicator is 1,125,500 soums (per patient). Conclusion: in the nosological structure of combined surgical pathology in patients with chronic calculous cholecystitis, ventral hernias dominate - 47.1%, in women also pathology of the pelvic organs (19.8%), the clinical status is characterized by a high level of comorbidity - 67.1%. At the same time, clinical and typological variants of the course of combined abdominal pathology are identified - "typical" (54.8%), "erased" (19.7%) and "asymptomatic" (25.4%).

the second scientific novelty: the tactical and technical aspects and the sequence of performing simultaneous operations in patients with chronic calculous cholecystitis have been optimized depending on the type and localization of abdominal pathology using laparoscopic techniques. Implementation of scientific novelty in practice: introduced into medical practice of the Samarkand City Medical Association dated 10/17/2024 by orders 3819-7-107-TB / 2024 and the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center dated 10/16/2024. No. 376-U. Social effectiveness of scientific novelty: endovideosurgical technologies make it possible to correct simultaneous abdominal pathology with significant mutual removal of pathological organs with minimization of blood loss (up to 1.6 times), without a significant increase in the duration of operations. Economic efficiency of scientific novelty: taking into account that in patients with chronic calculous cholecystitis, positive results were observed 2 times more often when using laparoscopic technique than in patients using minimally invasive technologies, the annual economic indicator is 5,258,400 sum. Conclusion: laparoscopic simultaneous operations should be performed in compliance with the principle of asepsis and from simple to complex, plastic surgery of the anterior abdominal wall is performed at the final stage. The duration of laparoscopic simultaneous operations exceeded the indicators of traditional operations by 1.2 times (137.5 ± 6.7 min and 117.2 ± 6.1 min, respectively) $p < 0.01$), but the volume of intraoperative blood loss was 1.6 times lower (171.1 ± 4.2 ml and 264.2 ± 4.0 ml, respectively) $p < 0.01$).

the third scientific novelty: a scale is proposed that allows identifying the trauma of simultaneous surgical interventions, based on the study of the dynamics of the hormonal component of surgical stress, and minimization of the trauma of surgical access in laparoscopic simultaneous surgical interventions is proven. Implementation of scientific novelty in practice: introduced into medical practice of the Samarkand City Medical Association dated October 17, 2024 by orders 3819-7-107-TB / 2024 and the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center dated October 16, 2024. No. 376-U. Social effectiveness of scientific novelty: the safety of performing simultaneous laparoscopic operations based on the indicators of the hormonal component of surgical stress is substantiated and proven, in contrast to interventions by traditional access. Economic efficiency of scientific novelty: in the postoperative period of laparoscopic simultaneous operations based on hormonal components, an average of 1,364,300 sum is usually spent. Conclusion: the degree

of surgical aggression in simultaneous operations proves the effectiveness of endovideosurgery by neurohumoral indicators of surgical stress (dynamics of biochemical changes in dopamine, adrenaline, norepinephrine, β -endorphin). In laparoscopic simultaneous operations, a low degree of trauma was noted in 89.5%, average - 10.5% ($p < 0.01$), in open simultaneous operations, a high degree of trauma was observed in 85.9% ($p < 0.01$). the fourth scientific novelty: the clinical effectiveness of laparoscopic simultaneous surgical interventions is substantiated by early restoration of physical activity, reduction of pain syndrome, number and severity of postoperative complications according to Clavin-Dindo, reduction of rehabilitation periods. Implementation of scientific novelty in practice: introduced into medical practice of the Samarkand City Medical Association dated 10/17/2024 by orders 3819-7-107-TB / 2024 and the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center dated 10/16/2024. No. 376-U. Social effectiveness of scientific novelty: the proposed tactical and technical aspects of surgical correction of combined abdominal pathology using endovideosurgical technologies made it possible to reduce the risk of development and severity of postoperative complications and optimize the work of the surgical hospital from the position of clinical and economic efficiency. Economic efficiency of scientific novelty: due to the reduction of rehabilitation periods, the total cost of inpatient treatment of patients usually amounts to 4,257,400 soums. The annual economic indicator, in turn, leads to budget savings of up to 20%. Conclusion: simultaneous operations using endovideosurgery allow to improve the results of surgical treatment of combined pathology by reducing postoperative complications according to Clavin-Dindo classes I and II from 14.5% to 4.9%, III and IV from 3.6% to 1.0% ($p < 0.01$). Clinical efficiency is confirmed by the reduction of pain syndrome, early restoration of physical activity and the duration of hospitalization by 3.8 times (2.8 ± 0.4 days for LSOV, 7.9 ± 1.6 days for TSOV) ($p < 0.001$).

The structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of the text material is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Батиров Б.А. Оценка уровня травматичности хирургического вмешательства при симультанных операциях // Проблемы биологии и медицины. - 2023, №6 (150). - С. 59-61. (14.00.00, №19).
2. Батиров Б.А. Классификация симультанных операций на органах брюшной полости // Проблемы биологии и медицины. - 2023, №6 (150). - С. 418-421. (14.00.00, №19).
3. Бабажанов А.С., Батиров Б.А. Тактико-технические аспекты симультанных операций при сочетанной патологии передней брюшной стенки и брюшной полости с использованием лапароскопической техники. // Вестник Ташкентской медицинской академии. - 2024, №4. - С. 119-123. (14.00.00, №13).
4. Батиров Б.А., Бабажанов А.С. Симультанные операции в абдоминальной хирургии (обзор литературы) // Проблемы биологии и медицины. - 2024, №1. - С. 78-82. (14.00.00, №24).
5. Батиров Б.А., Бабажанов А.С. Клиническая эффективность и технические аспекты эндовидеохирургической коррекции сочетанной абдоминальной патологии // Проблемы биологии и медицины. - 2024, №1. - С. 71-77. (14.00.00, №24).
6. Batirov B.A., Babajanov A.S. Optimization of Technical Aspects of Endovideo Surgery for Combined Abdominal Pathology // American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2024, №14. - С. 227-230. (14.00.00, №2).

II бўлим (II часть; part II)

7. Батиров Б.А. Симультанные лапароскопические вмешательства при сочетанной патологии передней брюшной стенки и брюшной полости // International Multidisciplinary Research in Academic Science (IMRAS). - 2024, №1. - С. 641-647.
8. Батиров Б.А. Лапароскопические вмешательства при сочетанной абдоминальной патологии // International Multidisciplinary Research in Academic Science (IMRAS). - 2024, №1. - С. 641-647.
9. Батиров Б.А., Бабажанов А.С. Оптимизация симультанных _операций при сочетанной патологии передней брюшной стенки и брюшной полости с использованием лапароскопической техники // Spanish international scientific online conference prospects and main trends in modern science - 2024, №1 (part 26). - С. 142-144.
10. Батиров Б.А., Бабажанов А.С. Пути улучшения симультанных операций на органах брюшной полости // Innovative achievements in science-2024, №1 (part 26). - С. 142-145

11. Батиров Б.А., Бабажанов А.С. Выбор метода хирургических операциях при сочетанных травмах брюшной полости // Scientific aspects and trends in the field of scientific research International scientific online conference-2024, №1 (part 26). - С. 208-210.