

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТ ҚОШИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03
ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ИШАНКУЛОВ ОДИЛ АЗАМКУЛОВИЧ

**БИЛИАР ПАНКРЕАТИТНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ УСУЛИНИ
ТАНЛАШДА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ЁНДАШУВ**

14.00.27 – Хирургия

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

Самарқанд – 2025 йил

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor philosophy (PhD)

Ишанкулов Одил Азамкулович

Билиар панкреатитни жарроҳлик даволаш усулини танлашда дифференциал ёндашув 3

Ишанкулов Одил Азамкулович

Дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения билиарного панкреатита.....26

Ishankulov Odil Azamkulovich

Differentiated approach to the choice of surgical treatment method for biliary pancreatitis..... 48

Нашр этилган илмий ишлар руйхати

Список опубликованных работ

List of published works 53

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТ ҚОШИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03
ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ИШАНКУЛОВ ОДИЛ АЗАМКУЛОВИЧ

**БИЛИАР ПАНКРЕАТИТНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ УСУЛИНИ
ТАНЛАШДА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ЁНДАШУВ**

14.00.27 – Хирургия

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

Самарқанд – 2025 йил

Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2023.4.PhD/Tib4133 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида 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: **Курбаниязов Зафар Бобожонович**
тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Расмий оппонентлар: **Саттаров Ойбек Тохирович**
тиббиёт фанлари доктори, доцент
Давлатов Салим Сулайманович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот: **И.И.Мечников номидаги шимолий-ғарбий Санкт-Петербург 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

С.Э. Мамараджабов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. ЖССТ маълумотларига кўра, ошқозон ости беши ўткир яллиғланишлари кузатувларининг 26 – 60 % и билиар генезли панкреатит улушига мос келади. Панкреатит ривожланишининг асосий этиологик омилларидан бири жигардан ташқари ўт йўллариининг касалликлари ҳисобланади. Ўткир билиар панкреатитнинг сурункалига ўтиши 43 % ҳолатларда кузатилади. “Билиар” панкреатит патогенезининг етакчи омилларига жигардан ташқари ўт йўллари ва ошқозон ости беши чиқарув йўлларида оқимнинг бузилиши, ҳамда билиар – панкреатик рефлюкс юзага келиши орқали панкреатик каналчаларда гипертензия ривожланиши ҳисобланади. Панкреатобилиар тизимнинг анатомик ва функционал боғлиқлиги ўт тош касаллигида ўткир панкреатитнинг жуда тез ривожланиши учун зарур шароит юзага келтиради. Касалликнинг дастлабки босқичларида панкреатобилиар гипертензиянинг юзага келтирувчи омилларини аниқлаш ва панкреатодуоденал соҳа аъзоларидаги органик ва функционал ўзгаришларни ташхислаш мезонларини аниқлаш масалалари охиригача ўрганилмаган. Ошқозон ости беши каналчаларида гипертензия пайдо бўлишининг морфологик субстрати сифатида кўпинча билиар тошлар ташхис қилинади, улар эса ўз навбатида «транзитор» ўтиш даврида, ёки катта дуоденал сўрғичда қисилганда бош панкреатик канал кириш қисмининг босилиши натижасида ўткир панкреатит юзага келиши учун мойиллик қилади.

Ўзбекистонда ҳам ўткир панкреатит билан касалланиш ҳолатлари ортиб бормоқда, айниқса, кеч ташхис қўйиш, етарлича диагностик ускуналар етишмаслиги ва оғир ҳолатларда беморларни марказлаштирилган тиббиёт муассасаларига кечикиб олиб келиниши оқибатида жарроҳлик аралашуви зарурати кўп кузатилади. Мамлакатимизда шифокорлар томонидан ўткир панкреатитни даволашда замонавий минимал-инвазив технологияларни жорий этишга қаратилган ҳаракатлар амалга оширилмоқда. Шу билан бирга, ҳар бир беморда клиник-лаборатория кўрсаткичлар ва асоратлар хусусиятига қараб дифференциал ёндашувни қўллаш, шунингдек, прогнозлашнинг локал алгоритмларини яратиш амалиёт самарадорлигини оширишда муҳим аҳамиятга эга.

Ҳозирги вақтда мамлакатимизда аҳолини ижтимоий муҳофаза қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш борасида кенг қўламли ишлар амалга оширилмоқда. Ушбу йўналишда, хусусан, билиар панкреатит билан беморларда жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашда ижобий натижаларга эришилмоқда. 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...»¹ каби вазифалар

¹Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сонли «2022 - 2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони.

белгиланган. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, диагностика ва жарроҳлик тактикасини мақбуллаштириш орқали билиар панкреатит билан беморларда жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш, жарроҳлик даволаш усулларини такомиллаштириш устувор йўналишлардан бири бўлиб қолмоқда.

Мазкур диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022-йил 16-июндаги «Аҳолига шошилич тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини такомиллаштириш тўғрисида»ги ПҚ-283-сон қарори билан тасдиқланган вазифалар ижросига маълум даражада хизмат қилмоқда. Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги 2021-йил 26-июлдаги ПҚ-5198-сон Фармони, Вазирлар Маҳкамасининг 30-сентябрдаги 832-сон қарори; 2019-йил «Ўзбекистон Республикаси Давлат бюджети томонидан қопланадиган тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажмлари рўйхатини шакллантириш тартиби тўғрисидаги низомни тасдиқлаш ҳақида»ги қарори ҳамда ушбу соҳада қабул қилинган бошқа ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти хизмат қилган.

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. Билиар панкреатит — гастроэнтерология ва шошилич жарроҳлик соҳаларидаги долзарб патологиялардан бири бўлиб, унинг патогенезида жигар-ўт йўлларидаги тошлар (холелитиаз) ва холедохнинг тўсиқланиши орқали панкреатик ферментларнинг аномал фаоллашуви асосий роль ўйнайди (Acosta & Ledesma, 2021; UK Working Party, 2015). Сафронинг панкреатик йўлга ретроград кириши паренхимага зарар етказиб, ферментатив автолизни кўзғайди. Шу сабабли, билиар панкреатит клиникаси тез суръатда оғирлашувчи шаклда кечиши ва тезкор ташхис ҳамда даволашни талаб қилади.

Кейинги йилларда билиар панкреатитни даволашда жарроҳлик тактикасини танлаш борасида бир қатор тадқиқотлар олиб борилди. ERCP ва папиллосфинктеротомия биринчи босқичда қўлланилганда холедохдаги тўсиқни олиб ташлаш орқали ҳолатни барқарорлаштириш мумкинлиги кўрсатилган (Тоouli et al., 2010; Neoptolemos et al., 2008). Шу билан бирга, лапароскопик холецистэктомиyani шошилич равишда ўтказиш — рецидивларни олдини олишда ва яқин муддатли клиник натижаларда самарали эканлиги аниқланган (Frey et al., 2020).

Бироқ, ушбу жарроҳлик усулларини қўллаш пайти, кетма-кетлиги ва беморнинг ҳолатига мос равишда индивидуал танлов қилиш масаласи ҳанузгача баҳслидир. Баъзи тадқиқотчилар шок ва сепсис хавфи юқори

бўлган ҳолатларда биринчи навбатда ERCP билан декомпрессияни тавсия қилган бўлса (Tenner et al., 2013), бошқалар оғир бўлмаган ҳолатларда ERCPсиз ҳам лапароскопик холецистэктомияни дастлабки танлов сифатида кўрсатади (Sarela et al., 2015). Бунда бемор ёши, BISAP ва Ranson баҳолаш шкалаларига кўра оғирлик даражаси, сопул патологик ҳолатлар ҳисобга олинади.

Жаҳон тажрибасида дифференциал ёндашувни асослаш мақсадида клиник алгоритмлар таклиф қилинган бўлиб, уларда даволашнинг модуллашган стратегик ёндашуви белгиланган (Banks et al., 2013; IAP/APA Guidelines, 2013). Ўзбекистонда ҳам сўнгги йилларда билиар панкреатитни эрта ташхислаш ва оптимал жарроҳлик тактикаси танлашга қаратилган қатор амалий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Аммо умумэътироф этилган миллий протоколларни яратиш, турли даволаш усулларининг прогностик қийматини баҳолаш учун кўпроқ клиник тадқиқотлар талаб этилади.

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 (2024-2028).

Тадқиқотнинг мақсади ўткир ва сурункали билиар панкреатит билан огриган беморларда каминвазив аралашув усулларини устувор қўллаш ҳисобига жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

ўткир ва сурункали билиар панкреатит ривожланишининг этиопатогенетик омилларини ўрганиш;

билиар этиологияли панкреатитни тасдиқлаш учун зарур бўлган текшириш усуллари ҳажмини аниқлаш, ҳамда диагностик алгоритмни ишлаб чиқиш;

ўткир ва сурункали билиар панкреатитда каминвазив аралашувларни устувор қўллаш орқали жарроҳлик даволаш усулини танлашга дифференциал ёндашувни ишлаб чиқиш;

жарроҳлик даволашнинг каминвазив ва анъанавий усулларида кейинги беморлар яшаш сифатини ўрганиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2018 - 2023 йиллар давомида, Самарқанд давлат тиббиёт университети Кўп тармоқли клиникаси, ҳамда Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси жарроҳлик бўлимларида билиар панкреатит ташхиси тасдиқланган 116 нафар бемор олинди.

Тадқиқотнинг предмети ўткир ва сурункали билиар панкреатит билан бўлган беморларнинг текшириш ва жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилиш ташкил этди.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда кўрсатилган мақсадга эришиш ва қўйилган вазифаларни бажариш учун қуйидаги усуллардан фойдаланилди: умумий клиник, инструментал (нурли ва эндоскопик) ва статистик тадқиқот усуллари.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

холедохолитиаз, микрохоледохолитиаз ва Одди сфинктери функциясининг бузилиши, ҳамда уларни биргаликда келишининг оқибати сифатида билиар панкреатит ривожланишининг этиопатогенетик омиллари аниқланган;

замонавий нурли ва эндоскопик диагностика чора – тадбирларининг комплекси ишлаб чиқилган, билиар панкреатитда сафро микроскопиясининг зарурати асосланган;

билиар панкреатитнинг ўткир ва сурункали шаклларида трансдуоденал эндоскопик ва лапароскопик технологиялар, ҳамда уларнинг биргаликда қўллаш орқали жарроҳлик даволашни танлашга дифференциал ёндашув ишлаб чиқилган;

ўткир ва сурункали билиар панкреатитнинг операциядан кейинги эрта ва кечки даврлардаги даволаш натижаларига кўра миниинвазив технологиялар ва уларни биргаликда қўллашнинг самарадорлиги клиник жиҳатдан асосланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

билиар панкреатит юзага келиш этиопатогенетик омилларининг аниқланиши даволаш тактикасини дифференциал танлашга имкон беради;

морфологик текширувлар билан тўлдирилган, эндоскопик ва радиологик усулларни ўз ичига олган билиар панкреатит ташхисини тасдиқловчи диагностик алгоритмнинг ишлаб чиқилиши билиопанкреатодуоденал соҳадаги мавжуд патологик ўзгаришларнинг органик ва функционал табиатини фарқлаш имконини беради;

миниинвазив трансдуоденал эндоскопик ва лапароскопик технологиялар, ҳамда уларни биргаликда дифференциал қўлланилиши ўткир ва сурункали билиар панкреатитни даволаш натижаларини яққол яхшиланиши, беморларни даволаш муддатининг қисқартириш имконини берди;

миниинвазив аралашувлар бажарилганда оғриқ синдроми ва диспептик бузилишларнинг камайиши фонида меҳнат фаолияти, ҳамда жисмоний фаолликнинг анчагина тез қайта тикланиши кузатилади.

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 олинган хулосалар ва таклифлар назарий

аҳамиятга эга эканлиги билан белгиланади, бу билиопанкреатик канал касалликлари клиник кечишини ўзаро оғирлаштирувчи билиар панкреатит билан беморларни жарроҳлик даволаш хусусиятларини ўрганишга катта ҳисса қўшади. ЎТК ва КДС стриктуралари билан боғлиқ бўлган билиар генезли ўткир ва сурункали панкреатитнинг этиопатогенетик омиллари аниқланган. Панкреатобилиар йўл тизими обструкцияси сабабларини аниқлаш имконини берувчи, визуализациянинг радиологик усуллари, дуоденоскопия билан биргаликда гистологик текширув ва сафро микроскопиясини ўз ичига олган диагностик чора – тадбирлар комплекси ишлаб чиқилган. Касаллик этиопатогениза кўра эндоскопик, транспапилляр ва лапароскопик аралашувларни қўллаш орқали жарроҳлик даволаш усулини танлашга дифференциал ёндашув таклиф этилган. Амалиёт ўтказилган беморлар яшаш сифатининг кўрсаткичлари ўрганилган ва билиар панкреатит билан беморларни даволашда миниинвазив аралашувларнинг устунлиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, ўтказилган тадқиқот давомида билиар панкреатит билан беморларни даволашнинг тактик ва техник жиҳатлари ишлаб чиқилган. Клиника амалиётига эндоскопик транспапилляр аралашувлар ва сафро йўлларида лапароскопик операциялар жорий қилинган. Билиар панкреатит билан беморларни даволашга дифференциал ёндашунинг ишлаб чиқилиши операциядан кейинги асоратларнинг камайиши ва беморлар реабилитацияси даврининг қисқариши орқали даволаш натижаларини яққол яхшилаш имконини берди.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Замонавий миниинвазив технологиялардан фойдаланган ҳолда ўткир ва сурункали билиар панкреатитда жарроҳлик тактикасини танлашга дифференциал ёндашув — Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 25 октябрдаги №10/03-сонли хулосаси асосида амалиётга татбиқ этилган.

биринчи илмий янгилик: холедохолитиаз, микрохоледохолитиаз ва Одди сфинктери функциясининг бузилиши, ҳамда уларни биргаликда келишининг оқибати сифатида билиар панкреатит ривожланишининг этиопатогенетик омиллари аниқланган; Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: "Ўзбекистон темир йўллари" АЖ Самарқанд бекати бирлашган касалхонасининг (01.10.2024 й. №11), Самарқанд вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказининг (16.10.2024 й. №376-U) амалиётига тадбиқ этилди. Тадқиқот натижаларининг амалиётга татбиқ этилиши кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини яхшилашга, операциядан кейинги вақтини, амалиётдан кейинги асоратлар частотасини ва даволанишнинг реабилитация даврини камайтиришга имкон берган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: холедохолитиаз, микрохоледохолитиаз ва Одди сфинктери функциясининг бузилиши каби этиопатогенетик омилларни эрта аниқлаш орқали билиар панкреатитнинг оғир шакллари олдани олиш, беморларнинг меҳнат қобилиятини сақлаб қолиш, уларнинг ҳаёт сифатини

яхшилаш ва жамиятга фаол қайтишини тезлаштириш имкони яратилади. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: холедохолитиаз, микрохоледохолитиаз ва Одди сфинктери функциясининг бузилиши этиопатогенезда асосий омиллар сифатида аниқланиши ҳисобига билиар панкреатитни эрта босқичда аниқлаш ва мақсадли даволаш имкони туғилиб, оғир асоратларнинг олдини олиш ва беморни тўғри йўналтириш ҳисобига 1 нафар беморга бюджет маблағларини ўртача 980 000 сўмга, ҳамда бюджетдан ташқари маблағларни 1 460 000 сўмгача тежаш имконияти яратилди. Бу, ўз навбатида, стационарда қолиш кунларини қисқартириш, қайта госпитализациялар сонини камайтириш ва дори-дармон сарфини сезиларли даражада камайтиришга олиб келади. Хулоса: Холедохолитиаз, микрохоледохолитиаз ва Одди сфинктери функциясининг бузилиши каби этиопатогенетик омилларнинг аниқланиши билиар панкреатитнинг сабабларини эрта босқичда аниқлаш имконини яратиб, оғир шакллар ривожланишини 38% га камайтиришга хизмат қилди. Ташхис ва даволашдаги мақсадли ёндашув натижасида беморларни қайта госпитализация қилиш эҳтимоли 33% га камайди, стационарда қолиш муддати эса ўртача 27% га қисқарди.

Иккинчи илмий янгилик: замонавий нурли ва эндоскопик диагностика чора-тадбирларининг комплекси ишлаб чиқилган, билиар панкреатитда сафро микроскопиясининг зарурияти асосланган; Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: "Ўзбекистон темир йўллари" АЖ Самарқанд бекати бирлашган касалхонасининг (01.10.2024 й. №11), Самарқанд вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказининг (16.10.2024 й. №376-U) амалиётга татбиқ этилди. Тадқиқот натижаларининг амалиётга татбиқ этилиши кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини яхшилашга, операциядан кейинги вақтни, амалиётдан кейинги асоратлар частотасини ва даволанишнинг реабилитация даврини камайтиришга имкон берган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: ушбу янгиликни амалиётга жорий этиш билиар панкреатит билан касалланган беморларда ташхис қўйишдаги ноаниқликлар ва кечиктирилган даволаш ҳолатларини камайтириш орқали уларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш, оғрик синдроми ва диспептик белгиларни тез бартараф этилишига эришиш, шу билан бирга, беморларнинг иш қобилиятини тиклаш ва жамиятга тез қайтиш имконини яратди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: комплекс радиологик ва эндоскопик визуализация, сафро микроскопияси орқали обструкция манбасини аниқлаш имкони пайдо бўлиб, натижада ноаниқ ва такрорий ташхис чора-тадбирларининг олди олинди. Бу ҳисобга, ҳар бир беморга нисбатан бюджет маблағларини тахминан 860 000 сўмга, ҳамда бюджетдан ташқари маблағларни 1 280 000 сўмгача

тежаш имкони яратилди. Хулоса: замонавий нурли ва эндоскопик усуллар, шунингдек сафро микроскопиясини ўз ичига олган комплекс ташхис алгоритмини амалиётга жорий этиш натижасида билиар панкреатитнинг сабабларини аниқлашда ташхис қўйиш аниқлиги 27–32% га ошди, операциядан аввалги кечиктирилган ташхислар сони 46% дан 18% гача камайди, асоратлар ривожланиши 38% дан 19% гача туширилди, стационарда қолиш муддати 25% га қисқарди ва умумий тиббий харажатлар ўртача 43% га камайишига эришилди.

учинчи илмий янгилик: билиар панкреатитнинг ўткир ва сурункали шаклларида трансдуоденал эндоскопик ва лапароскопик технологиялар, ҳамда уларнинг биргаликда қўллаш орқали жарроҳлик даволашни танлашга дифференциал ёндашув ишлаб чиқилган; Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: "Ўзбекистон темир йўллари" АЖ Самарқанд бекати бирлашган касалхонасининг (01.10.2024 й. №11), Самарқанд вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказининг (16.10.2024 й. №376-U) амалиётига тадбиқ этилди. Тадқиқот натижаларининг амалиётга тадбиқ этилиши кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини яхшилашга, операциядан кейинги вақтини, амалиётдан кейинги асоратлар частотасини ва даволанишнинг реабилитация даврини камайтиришга имкон берган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги Таклиф этилган дифференциал ёндашув орқали билиар панкреатитнинг ҳар бир шакли учун мақсадли жарроҳлик тактикаси танланиши натижасида беморларда жарроҳликдан кейинги асоратлар камайди, шифохонада қолиш муддати қисқарди ва реабилитация жараёни тезлашди. Бу эса беморларнинг тезроқ соғлом ҳаёт тарзига қайтиши, иш қобилиятининг тикланиши ва жамиятдаги фаол иштирокини таъминлашга хизмат қилди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: 1) беморларнинг стационарда бўлиш вақти камайган; 2) беморларда операциядан кейинги даврда асоратлар кам кузатилганлиги ҳисобига доривоситаларга эҳтиёж кам бўлган. Хулоса: Трансдуоденал эндоскопик ва лапароскопик технологияларни мақсадли қўллаш орқали ортиқча ташхис ва асоратли жарроҳлик ҳолатлари олдини олиниб, ҳар бир бемор учун стационарда қолиш муддати қисқарди. Натижада 1 нафар бемор ҳисобида бюджет маблағларини 10 200 000 сўмга, ҳамда бюджетдан ташқари маблағларни 15 700 000 сўмгача тежаш имкони яратилди.

тўртинчи илмий янгилик: ўткир ва сурункали билиар панкреатитнинг операциядан кейинги эрта ва кечки даврлардаги даволаш натижаларига кўра миниинвазив технологиялар ва уларни биргаликда қўллашнинг самарадорлиги клиник жиҳатдан асосланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: "Ўзбекистон темир йўллари" АЖ Самарқанд бекати бирлашган касалхонасининг (01.10.2024 й. №11), Самарқанд вилояти кўп

тармоқли тиббиёт марказининг (16.10.2024 й. №376-U) амалиётига тадбиқ этилди. Тадқиқот натижаларининг амалиётга татбиқ этилиши кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини яхшилашга, операциядан кейинги вақтинин, амалиётдан кейинги асоратлар частотасини ва даволанишнинг реабилитатсия даврини камайтиришга имкон берган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги. Миниинвазив технологияларнинг операциядан кейинги даврларда юқори самарадорлиги исботланганлиги туфайли, уларни амалиётга жорий этиш орқали беморларда оғриқ камайиши, диспептик белгиларнинг тез бартараф этилиши ва қайта касалланиш ҳолатларининг камайиши таъминланди. Бу эса беморларнинг соғлом ҳаётга қайтиш муддатини қисқартириб, уларнинг иш қобилияти ва жамиятдаги фаоллигини тиклашга хизмат қилди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги Миниинвазив технологияларнинг операциядан кейинги даврларда самарали қўлланилиши ҳисобига стационарда қолиш муддати ва реабилитация даври қисқарди. Бу, ўз навбатида, 1 нафар бемор учун бюджет маблағларини 1 140 000 сўмга, ҳамда бюджетдан ташқари маблағларни 1 680 000 сўмгача тежаш имконини яратди. Хулоса: Ўткир ва сурункали билиар панкреатитда операциядан кейинги эрта ва кечки даврларда миниинвазив технологияларнинг самарадорлигини клиник жиҳатдан асослаб, уларни амалиётга жорий этиш орқали шифохонада қолиш муддати ўртача 29% га, операциядан кейинги асоратлар сони 34% га, реабилитация даври эса 26% га қисқартирилди. Шунингдек, оғриқ синдроми ва диспептик белгиларнинг бартараф этилиши 40% га тезлашди. Ушбу янгиликни қўллаш натижасида 1 нафар бемор ҳисобидан бюджет харажатлари 31%, бюджетдан ташқари маблағлар эса 35% миқдориди камайтирилди.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий конференцияларда, жумладан 3 та халқаро ва 1 та республика илмий-амалий конференцияларда муҳокама қилинди.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 13 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертацияларни асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 7 та мақола, жумладан 6 таси маҳаллий ва 1 таси хорижий журналларда чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, тўрт боб, хулоса, амалий тавсиялардан ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 120 саҳифадан иборат.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмда ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва талабгорлиги асослаб берилган, тадқиқотнинг мақсад ва вазифалари белгиланган, тадқиқот объекти ва предмети хусусиятлари кўрсатилган, тадқиқот натижалари республиканинг илмий ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқ эканлиги кўрсатилган, илмий янгиликлар ва тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилинганлиги, чоп этилган ишлар ва диссертация тузилиши ҳақида маълумотлар берилган.

Диссертациянинг биринчи боби «Билиар панкреатитни жарроҳлик йўли билан даволашнинг замонавий жиҳатлари» деб номланиб, адабиётларнинг таҳлилидан иборат бўлиб, билиар панкреатитнинг моҳияти, беморлардаги унинг этиопатогенези, замонавий ташхис ва даволаш усуллари, шунингдек, мазкур патологияга эга бўлган беморларни бошқаришдаги долзарб масалалар очиб берилган. Ушбу бобда қайд этилганки, проток гипертензиясини жарроҳлик йўли билан тузатиш, ўт сафроси ва ошқозон ости беши секретиясининг нормал оқишини тиклаш учун патогенетик асосланган ёндашувни талаб қилади. Оптимал функционал натижаларга эришиш учун билиар генезли панкреатитда ташхис ва даволаш бўйича замонавий алгоритмни ишлаб чиқиш зарурлиги қайд этилган.

Диссертациянинг **иккинчи боби «Тадқиқот материали ва методлари»** деб номланиб, 2018-2023 йиллар давомида Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси ва шаҳар тиббиёт бирлашмасида даволанган билиар генезли ўткир ва сурункали панкреатитга чалинган 116 нафар беморнинг текширув ва даволаш натижалари келтирилган.

Тадқиқот беморларнинг касаллик тарихлари ва клиник маълумотлари таҳлиliga асосланган. Тадқиқотга беморларни киритиш мезонлари куйидагиларни ўз ичига олган: холелитиаз фонида билиар гипертензия белгилари билан бирга клиник-инструментал тасдиқланган ўткир панкреатит мавжудлиги, ошқозон ости безининг ўринли ўзгаришлари (кисталар, умумий ўт йўлининг интрапанкреатик қисмидаги стриктуралар, индуратив панкреатит), панкреатобилиар гипертензия оқибатида ташқи секретия ёки эндокрин етишмовчилиги, жигар-ўт йўллари касаллиги ва умумий ўт йўлининг терминал қисмининг доброкачестваоли ўзгаришлари билан боғлиқ ҳолатлар.

116 нафар беморнинг 31 нафари (26,7%) эркаклар, 85 нафари (73,3%) эса аёллар бўлиб, уларнинг ёши 23 ёшдан 81 ёшгача (ўртача ёш $58,3 \pm 13,7$ йил) ташкил этган. Эркакларнинг ўртача ёши $59,1 \pm 14,4$ йил (20–81 йил), аёлларнинг эса $56,2 \pm 12,7$ йил (20–76 йил) бўлган. Эркак ва аёллар ўртасидаги нисбат 1:2,6 ни ташкил этган.

Оператив аралашувлар 94 нафар (81,1%) беморга амалга оширилган бўлса, 22 нафар (18,9%) беморга консерватив даволаш ўтказилган. Касалликнинг ўткир фазасида шошилишч кўрсатмалар бўйича 21 нафар

беморда жарроҳлик аралашуви амалга оширилган. Сурункали панкреатит бўйича жарроҳлик аралашувлари 73 нафар беморга ўтказилган (1-жадвал).

1 – жадвал

Танланган даволаш тактикасига кўра беморларнинг қиёслаш гуруҳлари

Жарроҳлик даволаш усуллари	Беморлар сони	
	абс.	%
Миниинвазив усуллар	71	75,5
Эндоскопик транспапилляр аралашувлар	18	19,1
Сафро йўлларидаги лапароскопик аралашувлар билан тўлдирилган эндоскопик транспапилляр аралашувлар	33	35,1
ЛХЭ, умумий ўт йўлини лапароскопик дренажлаш	18	19,1
ЛХЭ, эндоскопик транспапилляр аралашувлар билан тўлдирилган умумий ўт йўлини лапароскопик дренажлаш	2	2,1
Очиқ оператив аралашувлар	23	24,5
ХЭ, холедохолитотомия ва умумий ўт йўлини дренажлаш	16	17,0
ХЭ, холедохолитотомия, холедоходуоденоанастомоз	3	3,2
Бўйлама панкреатоеюностомия	2	2,1
Панкреатодуоденал резекция	2	2,1
Жами	94	100

Билиар панкреатит билан оғриган беморларни текшириш шикоятлар, касаллик анамнези, объектив текширув маълумотлари, лаборатор ва инструментал тадқиқот усуллари, шунингдек сўровномаларни ўрганиш асосида ўтказилди. (2– жадвал).

2 – жадвал

Беморларни текшириш усуллари

Текширув усули		Беморлар сони	
		абс.	%
Лаборатор текшириш усуллари	қоннинг биохимик кўрсаткичлари	116	100
	копрограмма	82	70,7
	онкомаркерлар даражаси	11	9,5
Ултрасонография		116	100
Фиброзофагогастроуденоскопия		116	100
Эндоскопик ретроград холангиопанкреатикография		51	43,9
Гистологик текширув		86	74,1
Фистулохолангиография		29	25,0
Компютерли томография		47	40,5
Магнит-резонансли томография		50	43,1
Сафро микроскопияси		20	17,2
Яшаш сифатини ўрганиш		94	81,0

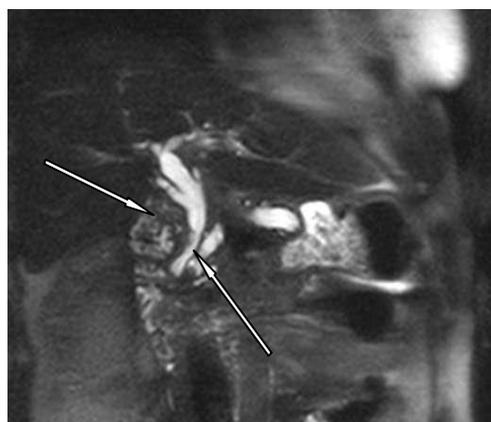
Беморларда ташхис қўйиш босқичида ва операциядан кейинги турли даврларда умумий клиник таҳлиллар, қоннинг биокимёвий таркиби, коагулограмма ва протеинограмма кўрсаткичлари, шунингдек, ошқозон ости бези ферментлари даражаси аниқланган. Бу ошқозон ости безининг функционал ҳолатини кузатиб бориш имконини берган.

Барча 116 нафар беморга даволаш курси давомида ва кейинги динамик кузатув жараёнида асосий скрининг усули сифатида трансабдоминал ультрасонография ўтказилган. Беморларнинг барчасига ЭГДС ўтказилган, 51 нафар (43,9%) беморда эса ушбу текширув РПХГ (ретроград холангиопанкреатография) билан тўлдирилган (1-расм).

Магнит-резонанс томография холангиопанкреатикография режимида 50 нафар (43,1%) беморда ўтказилган (2-расм).



1 – расм. Эндоскопик ретроград панкреатохолангиография.. Бемор М., 62 ёш. Ретроград контрастлашда бош панкреатик йўлнинг 5 ммгача, ҳамда умумий ўт йўлининг 12 ммгача кенгайиши аниқланади.



2 – расм. Фистулохолангиография. Бемор И., 50 ёш. 12 ммгача кенгайган умумий ўт йўли, ҳамда контраст модданинг 5 ммгача кенгайган бош панкреатик йўлга рефлюкси кузатилади.

Диссертациянинг учинчи боби «**Билиар генезли панкреатитни ташхислаш ва клиник хусусиятлари**» деб номланиб, лаборатор ва инструментал методлар билан тўлдирилган клиник текширув натижалари асосида беморларнинг этиопатогенетик гуруҳлари ажратилган. Ушбу гуруҳлар 3-жадвалда келтирилган.

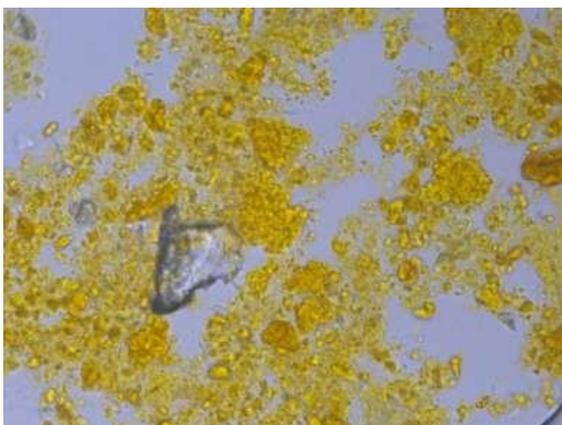
Холедохолитиаз билиар панкреатит бўлган беморларнинг 73 (62,9%) нафарида аниқланди. Уни ташхислаш комплекс равишда олиб борилди.

**Кенгайтирилган диагностик алгоритм қўллаш орқали текширув
натижалари асосида ажратилган беморларнинг гуруҳлари**

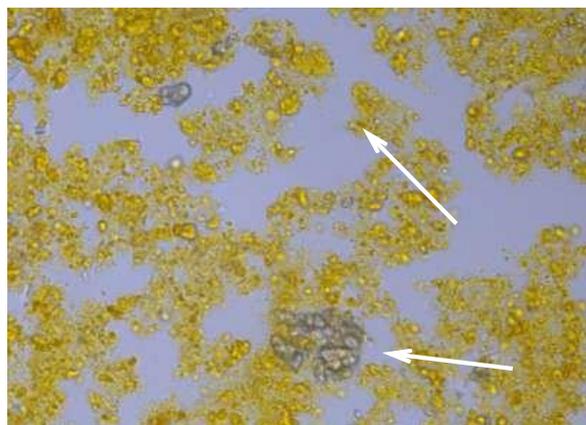
Этиопатогенетик гуруҳлар		Беморлар сони	
		абс.	%
Холедохолитиаз фонида юзага келган билиар панкреатит	Ўткир панкреатит	21	18,1
	Сурункали панкреатит	52	44,8
Микрохоледохолитиаз фонида юзага келган сурункали билиар панкреатит		17	14,6
Одди сфинктери дисфункцияси фонида юзага келган сурункали билиар панкреатит		26	22,4
Жами		116	100

Оғриқ синдроми ўткир ва сурункали билиар панкреатитнинг энг кўп учрайдиган клиник белгиларидан бири сифатида намоён бўлди. Бизнинг тадқиқотимизда оғриқ синдроми сурункали билиар панкреатитнинг 52 (71,2%) ҳолатида ва ўткир билиар панкреатитнинг 21 (28,8%) ҳолатида аниқланди. Ўткир билиар панкреатитда касалликнинг тўсатдан бошланиши ва яққол ифодаланган оғриқ синдроми, белбоғсимон характердаги ва спазмолитиклар томонидан бартараф этилмайдиган интенсив оғриқлар кузатилди. Айрим беморларда (n=9, 12.3%) оғриқ синдроми интенсивлиги юқори бўлганлиги сабабли ковак аъзолар тешилиши ва ўткир билиар панкреатитни қиёсий ташхислаш лозим бўлди. Сурункали билиар панкреатит бўлган 41 (56,2%) нафар беморда оғриқ синдроми кучли, ҳамда тез-тез қайталанганлиги сабабли, улар узоқ вақт давомида ностероид яллиғланишга қарши дорилар ва спазмолитиклардан фойдаланишга мажбур бўлган. Микрохоледохолитиаз фонида юзага келган сурункали билиар панкреатит 17 (14,6%) нафар беморларда аниқланди. Микрохоледохолитиаз фонида юзага келган билиар панкреатитнинг клиникаси макрохоледохолитиаздаги каби ёрқин кўринишга эга бўлмади. Барча беморларда сафро текширувида макроскопик сафро чўкмасидан иборат билиар сладж аниқланди. Ташхисни морфологик тасдиқлаш мақсадида, 12 (100%) нафар беморларда микролитлар мавжудлигини текшириш учун микроскопик текширув ўтказилди. Ўтувчи ёруғлик остида ўтказилган микроскопик текширув натижасида сафрода микролитлар аниқланди.

Кузатувларда микролитиазнинг 3–4 даражасига мос келувчи кристаллар сони аниқланди. Турли хилдаги тузилишга эга бўлган кристаллар 7 (58,3%) ҳолатда кузатилган. Қизил – жигар ранг куйқалар, ёки ёрқин – жигар ранг ёки қахраборанг тутамлардан иборат характерли гранулалар бўйича аниқланадиган алоҳида калций билирубинатнинг ўзи 6 (50,0%) нафар кузатувларда қайд этилди. Рангсиз, шаффоф, қирралари параллел бўлган, ўрта эгатчага эга тўртбурчак, поғонали ромбсимон тузилмалар кузатувларнинг 4 (33,3%) нафариди топилди (3,4-расм).



3 – расм. Сафро микрофотограммаси. Бемор С., 39 ёш. Ёруғлик микрокопияси (бўялмаган)



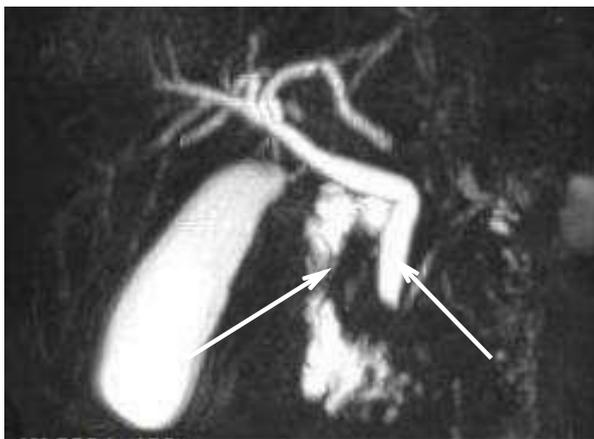
4 – расм. Сафро микрофотограммаси. Бемор А., 59 ёш. Ёруғлик микрокопияси (бўялмаган). Холестерин моногидрати ва калций билирубинат кристаллари кўрсаткич билан кўрсатилган

Шаффоф, рангсиз, ёки турли хилдаги ранглар жилосига эга бўлган карбонат калций кристаллари 2 (16,7%) ҳолатда аниқланди. Препаратда кристаллар сони бўйича калций билирубинат кристаллари устунлик қилди.

Одди сфинктерининг дисфункцияси 26 (100%) беморларда аниқланган бўлса, улардан 9 (34,6%) нафари операция қилинган, қолган 17 (65,4%) бемор эса консерватив даволанган. Умумий ўт йўли стриктураси ривожланиши натижасида юзага келган билиар гипертензия механик сариқлик, холедохоэктазия, холангит белгилари билан намоён бўлиб, 21 (80,8%) нафар беморда билиар панкреатит кечишини оғирлаштирди.

Аниқланган ўзгаришларни текшириш учун 22 (84,6%) беморда магнит-резонансли холангиопанкреатография қўлланилди. Умумий ўт йўли терминал қисмидаги чандиқли ўзгаришлар 9 (34,6%) беморда аниқланди, бундан ташқари, ушбу усулдан фойдаланиш 7 (26,9%) беморда панкреатобилиар гипертензия белгиларини аниқлаш, ўт йўллариининг анатомик вариантларини ўрганиш, ҳамда ўт пуфагидаги ҳамроҳ яллиғланиш табиатли ўзгариш белгиларини баҳолаш имконини берди.

ЭРХПГ дан фойдаланиш барча кузатувларда панкреатобилиар гипертензия белгиларини ташхислаш имконини берди, бу умумий ўт йўлининг 7 мм дан ортиқ ва бош панкреатик канал диаметрининг 3 мм дан ортиқ кенгайиши билан намоён бўлди (5,6-расм).



5 – расм. Магнит-резонансли холангиопанкреатография (Уч ўлчамли реконструкция). Бемор Т., 60 ёш. Катта дуоденал сўрғич соҳасидаги стриктура ва кенгайган бош панкреатик йўл (кўрсаткич билан белгиланган)



6 – расм. ЭРХПГ. Бемор Б., 59 ёш. Ретроград холангиографияда УЎЙ терминал қисмининг стриктураси контрастланади

Диссертациянинг туртинчи боби «Билиар панкреатит жарроҳлик давосини танлашга дифференциал ёндашув». Оператив даволаш 94 (81,0%) нафар беморларда ўтказилди. Жарроҳлик тактикасини аниқлаш, ҳамда операция усулини танлашда касалликнинг этиологик шаклига асосланди.

Ўткир билиар панкреатит 21 (28,8%) нафар беморда ташхисланди. Ўткир панкреатитда интоксикация даражаси 4 (19%) беморда енгил, 17 (81%) ҳолатда ўрта оғир даража деб баҳоланди. Холедохолитиаз фонида юзага келган ўткир билиар панкреатит бўлган 8 (38,1%) нафар беморга якуний жарроҳлик даволаш усули сифатида папиллосфинктеротомия бажарилди. Оператив аралашув барча ҳолатларда шифохонага ётқизилгандан кейинги илк 24 соат ичида бажарилди. УЎЙ нинг дистал қисмига текилиб қолган тош сабабли кучайиб борувчи механик сариқлик кечиктирилган шошилиш операцияга кўрсатма бўлиб хизмат қилди. Эндоскопик папиллосфинктеротомия, лапароскопик холецистэктомия ва УЎЙ ни дренажлаш 2 (9,5%) нафар беморда, шифохонада бўлишнинг дастлабки кунда симультан бажарилди. Даволашнинг ушбу тактикаси ўткир флегмоноз холецистит, ҳамда Фатер сўрғичига суқилиб қолган тош натижасида кучайиб борувчи механик сариқлик мавжудлиги сабабли танланди. Барча ҳолатларда оғриқ синдромининг камайиши, ёки бартараф этилиши, биокимёвий кўрсаткичлар (амилаза, билирубин, АЛТ, АСТ) нинг нормаллашиши билан намоён бўлувчи папиллосфинктеротомиянинг ижобий самарага дастлабки сутка давомида эришилди. Холецистэктомия, холедохолитотомия, умумий ўт йўлини ташқи дренажлаш ва кичик чарви халтасини дренажлаш холангит белгилари билан ўткир холецистит бўлган 7 (33,3%) беморга бажарилди. Ушбу операция лапароскопик усулда 4 (19,1%) нафар беморга ўтказилди. Холецистэктомиядан кейинги ушбу 11 (52,4%)

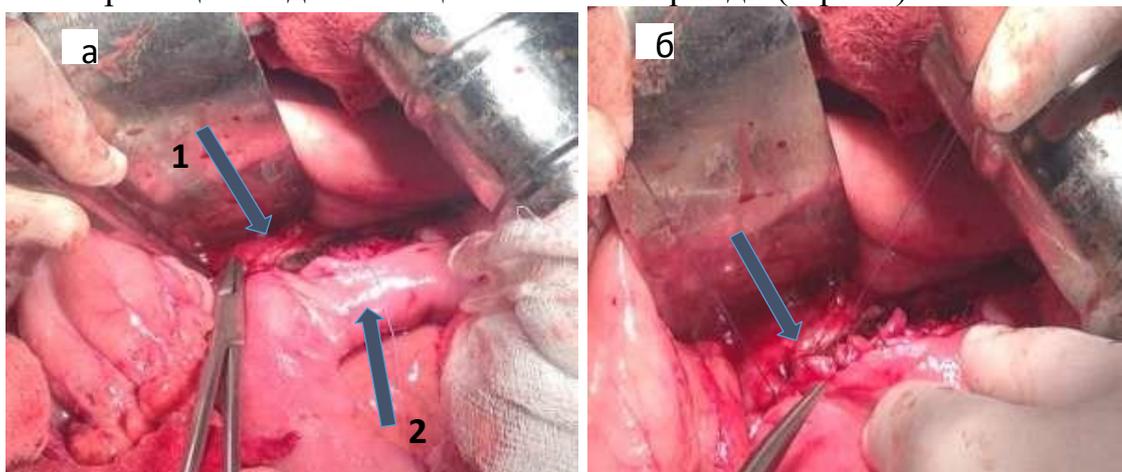
холатда операция қорин бўшлиғи ва чарви халтасини санацияси, ҳамда дренажлаш билан яқунланди.

Холелитиаз фонида юзага келган сурункали билиар панкреатит 52 (71,2%) нафар беморда ташхисланди. Холедохолитиаз фонида юзага келган ўткир билиар панкреатит бўлган 6 (11,5%) нафар беморга яқуний жарроҳлик даволаш усули сифатида папиллосфинктеротомия бажарилди. Жарроҳлик тактикаси дуоденоскопия, Фатер сўрғичи ампуласини транспапиляр кануляцияси, ҳамда папиллосфинктеротомиядан иборат бўлди. Ушбу беморларда сфинктерни кесиш учун ёнлама папиллотом қўлланилган бўлса, тошларни олиб ташлаш учун Дормиа саватчасидан фойдаланилди. Сурункали панкреатит билан беморларда операциядан олдин ўт пуфагида, ҳамда жигардан ташқари сафро йўлларида тош аниқланганда даволаш кўйидаги вариантларда ўтказилди. Кўп сонли йирик тошлар мавжуд бўлганда, ёки анатомик хусусиятлари сабабли 9 (17,3%) беморга холецистэктомия, холедохолитотомия, литоэкстракция, умумий ўт йўлини ташқи дренажлаш бажарилди. Лапароскопик холецистэктомия, умумий ўт йўлини ташқи дренажлашсиз папиллосфинктеротомия 30 (57,7%) беморда бажарилди. ЛХЭ с литоэкстракцией и дренированием ОЖП выполнена в 2 (3,8%) наблюдениях. Холелитиаз фонида юзага келган билиар панкреатитда холангит белгилар кузатилган кузатувларнинг 2 (3,8%) нафарида комбинирланган даво ЛХЭ, холангиография ва ўт йўлларини ташқи дренажлашдан бошланди. Беморларга интраоперацион холангиография ўтказилди. 3 (5,8%) нафар беморга ХЭ, холедохолитотомия ва холедоходуоденоанастомоз шакллантириш ўтказилди.

Лапароскопик холецистэктомия ва УЎЙ ни ташқи дренажлаш ўтказилган 12 нафар билиар генезли сурункали панкреатит бўлган беморларда микрохоледохолитиаз аниқланди. Барча кузатувларда операция вақтида аспирация қилинган сафро намуналарида микролитиазнинг 3-4 даражасига тўғри келадиган миқдордаги кристаллар аниқланди. Ўт йўлларининг декомпрессияси учун Пиковский дренажи қўлланилди. Барча беморларга 4 ҳафта давомида суткалик 500 мг дозада урсодезоксихолат кислота воситаларида даво ўтказилди. Дренажлар ўртача 1 ойдан кейин олиб ташланди. Дренажларни олиб ташлашдан олдин лаборатор ва инструментал текшириш усуллари ўтказилди. Назорат учун сафро микроскопияси барча 12 (100%) нафар беморларда ўтказилди. Ижобий динамика холестерин моногидрат, калций билирубинат ва калций карбонат кристаллари сонининг сезиларли даражада камайиши кўринишида қайд этилди. Даволаш фонида кристаллар сони микролитиазнинг 1-2 даражасига тўғри келди.

КДС соҳасида ўзгаришлар аниқланган 26 нафар беморлар орасидан 9 (34,6%) беморга оператив аралашувлар қўлланилди. КДС алоҳида стриктураси бўлган 2 (22,2%) беморга жарроҳлик давонинг яқунловчи усули сифатида папиллосфинктеротомия ўтказилди. Яна 2 (22,2%) беморга чўзилган стриктура сабабли УЎЙ ни стентлаш бажарилди. Папиллосфинктеротомиядан кейин умумий ўт йўлини ташқи дренажлашсиз лапароскопик холецистэктомия бажарилиши 1 (11,1%) кузатувда амалга

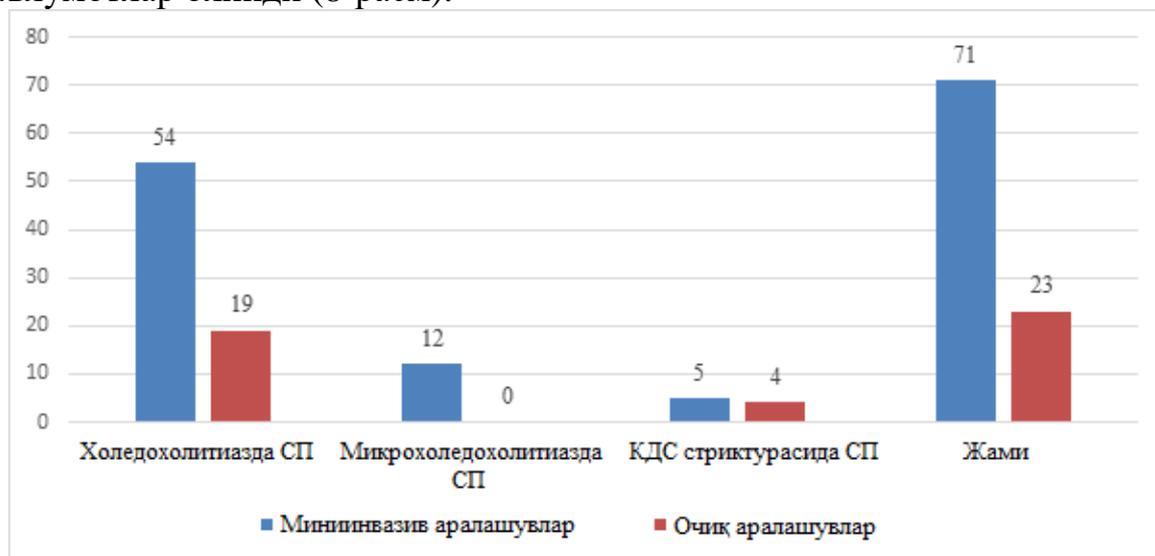
оширилди. КДС стриктураси ва ошқозон ости беги кисталари биргаликда бўлган 2 (16,7%) беморга лапаротомия ва бўйлама панкреатоеюноанастомоз шакллантириш ҳажмидаги очик амалиёт бажарилди (7-расм).



7 – расм. Бўйлама панкреатоеюностомия босқислари. Бемор П., 51 ёш; а: 1 – ошқозон ости беги паренхимаси, 2 – ингичка ичак қовузлоғи; б – шакллантирилган панкреатоеюноанастомоз зизиги

Псевдотумороз панкреатитда КДС стриктураси сабабли механик сариқлик кузатилган, ҳамда ўсмани истисно қилиш имконияти бўлмаган 2 (22,2%) нафар беморда панкреатодуоденал резекция амалга оширилди. Кўпкомпонентли консерватив даво Одди сфинктери дисфункцияси бўлган 17 (65,4%) нафар беморга ўтказилиб, билиар панкреатит кечишига ҳамкорлик қилувчи кўплаб синдромларни бартараф қилиш имконини берди. Беморлар амбулатор даво учун жавоб берилгандан сўнг, кўллаб – қувватловчи антисекретор даво ўтказилди (Нольпаза –суткасига 2 маҳал 20 мг дан). Полифермент даво ўтказиш зарурати копрологик текширув натижалари асосида аниқланди.

Қиёсий гуруҳлардаги билиар панкреатитда ўтказилган жарроҳлик аралашувлари турларининг тақсимланиши таҳлил қилганда қуйидаги маълумотлар олинди (8-расм).



8 – расм. Билиар панкреатит сабабли ўтказилган жарроҳлик аралашуви турларининг тақсимланиши

Мининвазив аралашувлар улуши якқол ошди – 74 (75,5%). Сафро йўлларида йирик тошларни олиш қийин бўлган беморларни даволашда очик аралашувлар ўз ўрнини сақлаб келмоқда ва 23 (24,5%) нафар беморда ўтказилган.

94 нафар операция ўтказилган беморларнинг 20 (21,2%) нафарида операциядан кейинги асоратлар ривожланди.

ЭПСТ соҳасидан қон кетиш асорати операциядан кейинги 4 (3,4%) ҳолатда кузатилди. Ушбу беморларга шиллик остига адреналин эритмаси юбориш, ҳамда электрокоагулятор қўллаш орқали комбинирланган эндоскопик гемостаз ўтказилди.

КДС соҳасида ўтказилган эндоскопик муолажалардан кейин 8 (8,5%) ҳолатда, эрта операциядан кейинги даврда (8 соатдан 48 соатгача) ўткир панкреатит кучайиб бориши белгиларисиз қон зардобидаги амилазанинг транзитор кўтарилиши (ўртача 410 Бирлик/л ни ташкил этди) кузатилди. Ушбу асоратни ўртача 5 кун давомида, антисекретор, ҳамда протеаза ингибиторларини қўллаш орқали ўтказилган панкреатотроп антифермент даво ўрдамида бартараф этишга эришилди. Беш нафар ҳолатларда оғрик синдромини камайтириш учун, қўшимча аналгетиклар тавсия этилди.

2 (2,1%) нафар беморда қон зардобидаги ошқозон ости беши ферментларининг доимий реактив фаоллиги фонида ўткир панкреатит клиникасининг ривожланиши билан эрта панкреатотроп давонинг самарасизлиги қайд этилди. Бундай ҳолатларда панкреатотроп давонинг антисекретор компоненти, Октреотид дозасини кунига 600 мг гача ошириш орқали, кенгайтирилди. Оғриқсизлантирувчи самарага спазмолитиклар, тизимли таъсирга эга бўлган ностероид яллиғланишга қарши дориларни биргаликда қўллаш, ҳамда эпидурал катетер ўрнатиш ва регионар анестетик юбориш орқали эришилди. Барча ҳолатларда асоратлар консерватив тактика ёрдамида бартараф этилди.

Очик оператив аралашувлар ўтказилгандан кейин куйидаги асоратлар ривожланди: 2 ҳолатда қорин бўшлиғи абсцесси ривожланди, 1 ҳолатда қорин бўшлиғига қон кетиш кузатилди. Юқорида айтиб ўтилган кузатувларда релапаротомия, қорин бўшлиғи санациса, ёки қон кетишини тўхтатиш ўтказилди. Холедоходуоденоанастомоз шакллантирилгандан кейин 1 ҳолатда йирингли холангит белгилари ривожланди, ҳамда беморни соҳайиши учун консерватив даво ўтказиш талаб этилди. Операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши 3 (3,2%) нафар беморда операциядан кейинги давр кечишини оғирлаштирди. Йирингли асоратлар кузатилган ҳолатларда цефалоспоринлар IV авлоди ва метронидазол воситаларини биргаликда қўллаш орқали антибактериал даво ўтказилди.

Бир кузатувда Пиковский бўйича қўйилган ўт йўллари ташқи дренажининг холангиопанкреатикография вақтида миграциса кузатилиб, ушбу беморга релапароскопия, қайта ўт йўллари ташқи дренажлаш муолажаси ўтказилди.

Умумсоматик характердаги асоратлар операциядан кейинги даврда 7 (7,4%) нафар беморда кузатилди. Ошқозон ўткир яраларидан қон кетиш (2 ҳолатда) эндоскопик гемостаз ёрдамида тўхтатилди. Операциядан кейинги пневмония кўринишидаги ўпка асоратлари 3 (3,2%) ҳолатда, ҳамда ягона ҳолатда ўпка артерияси кичик тармоғининг тромбоэмболияси кузатилди. Барча ҳолатларда ижобий самарали антибактериал даво ўтказилди.

Ўлим ҳолати бир ҳолатда кузатилди – бемор госпитализациянинг илк кунда олмадан ўтди. Генерализациялашган атеросклероз ва ҳилпилловчи аритмия фониди юзага келган миокард инфаркти бемор ўлимнинг сабаби бўлди.

4 – жадвалда танланган даволаш усулига боғлиқ ҳолда беморларда юзага келган Clavien-Dindo бўйича асоратлар кўрсатилган.

4 – жадвал

Жарроҳлик аралашув асоратларининг Clavien-Dindo оғирлик даражаси бўйича структураси

Clavien-Dindo бўйича асоратлар даражаси		Очиқ операциялар n=23		Миниинвазив операциялар, n=71	
		абс.	%	абс.	%
II		2	8,7	1	1,4
III	IIIa	7	30,4	8	11,3
	IIIb	1	4,3	-	-
IV					
V		1	4,3		
Умумий сони		11	47,8	9	12,7

Шундай қилиб, замонавий миниинвазив жарроҳлик усуллари дифференциаллашган босқичма-босқич қўллаш операциядан кейинги эрта даврда 87,3% ҳолатларда билиар панкреатит бўлган беморларни даволашда қониқарли натижаларга эришишга имконини берди.

Диссертациянинг бешинчи боби «Билиар панкреатит билан огриган беморларда турли хил жарроҳлик муолажаларидан сўнг ҳаёт сифати кўрсаткичлари» Яшаш сифати (ЯС) 94 (81,0%) нафар беморларда ўрганилди. Тадқиқот куйидаги вақт оралиғида беморлар томонидан сўровномаларни тўлдириш орқали ўтказилди: операциядан олдин ва жарроҳлик аралашувидан 6 ой ўтиб (n=94), кечки натижаларни баҳолаш учун – 2 йилдан 5 йилгача муддатларда (n=89).

Операциядан 6 ой ўтгач, билиар генезли сурункали панкреатит бўлган беморлар даволаш натижаларини баҳолашда яшаш сифати яхшиланганлиги кузатилди. EQ-5D сўровномаси маълумотларига кўра, ЯС кўрсаткичларининг нормал қийматларгача (1,0) тикланиши «хавотир/депрессия», «ҳаракатчанлик», «ўз – ўзига хизмат кўрсатиш» шкаллари бўйича қайд этилди.

Оператив даврдан кейин беморлар ЯС нинг яхшилангани қайд этилди. «Хавотир/депрессия», «оғрик/ноқулайлик», «ҳаракатчанлик» шкаллари

бўйича кўрсаткичлар операциядан олдинги натижаларга нисбатан аҳамиятли даражада юқори бўлиб, мос равишда $1,0\pm 0,34$; $1,13\pm 0,32$; $1,0\pm 0,31$ ва $1,43\pm 0,32$; $2,11\pm 0,46$; $1,41\pm 0,49$ на ташкил этди. EQ-5D–индекси динамикада операциядан олдинги ($0,511\pm 0,131$) га нисбатан юқори бўлиб, $0,91\pm 0,12$ ни ташкил этди. Оғрикни баҳолаш учун қўлланиладиган визуал аналогли шкаланинг қиймати (EQ-5D –термометр) $79,5\pm 13,2$ бўлиб, операциягача бўлган қиймат $59,9\pm 21,0$ ни ташкил этди. Оператив даволашдан олдинги яшаш сифатини баҳолашда ЯСКИ даражаси $150\pm 22,7$ баллни ташкил этди. Оператив даволашдан кейин беморларда ЯСКИ нинг $55\pm 17,0$ даражагача пасайиши кузатилди ва бу нормал қийматларга яқин кўрсаткич ҳисобланади.

Сўровномалар яшаш сифати кўрсаткичлари индекси (ЯСКИ) таркибий қисмларини ҳисобга олган ҳолда таҳлил қилинганда, билиар генезли сурункали панкреатит бўлган беморларда операциядан олдин оғриқ синдроми $105,0\pm 19,7$ балл билан устунлик қилди, диспептик бузилишларнинг юқори даражаси $55,0\pm 21,2$ баллни, ҳамда жисмоний иш қобилияти даражаси $33,0\pm 16,7$ баллни ташкил этди (9-расм).

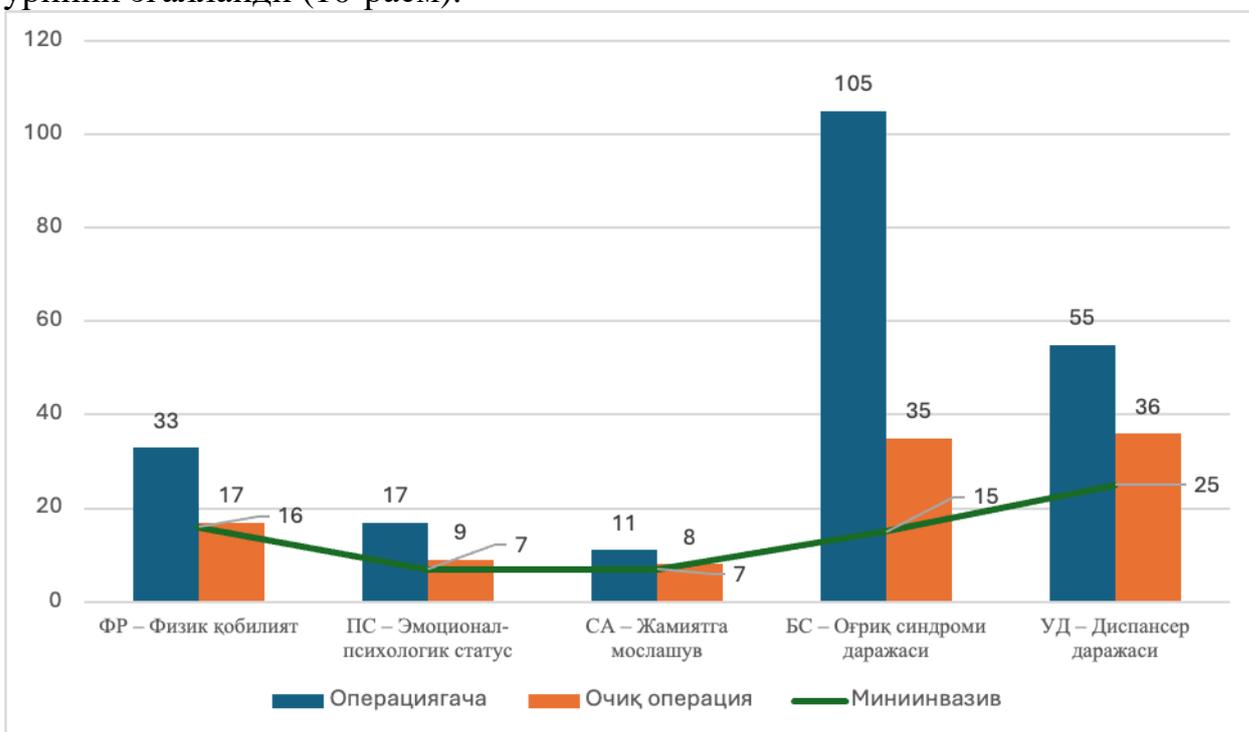


9-расм. Жарроҳликдан олдин ва 6 ой ўтгач ВХП шкалалари бўйича ИПКЖ таркибий қисмлари профили

ЯСКИ даражасининг пасайиши ва ЯС нинг яхшиланиши асосан оғриқ синдроминанинг камайиши ҳисобига содир бўлди, буни ЯС нинг операциядан олдинги «оғриқ синдроми» – $105,0\pm 19,7$ ва $46,9\pm 5,7$ ($p<0,05$), «жисмоний иш қобилияти» – $33,0\pm 16,7$ ва $14,0\pm 4,4$, ҳамда «диспепсия даражаси» – $55,0\pm 21,2$ ва $35,0\pm 11,4$ шкалалари бўйича қайд этилган аҳамиятли юқори кўрсаткичлари ҳам тасдиқлайди. Сурункали панкреатит сўровномасининг «ижтимоий мослашиш даражаси», «эмоционал-руҳий ҳолат» каби шкалалари бўйича ЯСКИ таркибий қисмлари таҳлил қилинганда кўрсаткичларнинг икки баробар камайганлиги кузатилиб, бу операциядан кейин иш қобилияти ва жимоний фаолликнинг секин-аста тикланиши билан мос келди.

Кечки кузатувлар 2 йилдан 5 йилгача бўлган муддатларда ўтказилди. 2 – 5 йилдан кейин даволаш натижалари жарроҳлик даво ўтказилган 72,3%

беморларда баҳоланди. Операциядан кейинги кечки муддатларда, EQ-5D сўровномаси маълумотларига кўра, беморларнинг яшаш сифатидаги ўзгаришлар асосан "оғриқ/ноқулайлик", "хавотир/депрессия" ва "кундалик фаолият" шкаллари бўйича кузатилди. EQ-5D сўровномаси маълумотларига кўра, яшаш сифатининг энг ёмон кўрсаткичлари очик жарроҳлик аралашувлари ўтказилган беморларда кузатилди, «хавотир/депрессия», «оғриқ/ноқулайлик» ва «кундалик фаолият» шкаллари бўйича натижалар даволашнинг бошқа усулларидадан кейинги беморларга қараганда анча паст бўлиб, мос равишда $1,56 \pm 0,34$, $1,50 \pm 0,27$ ва $1,7 \pm 0,32$ ни ташкил этди. EQ-5D–индекси, ҳамда визуал аналогли шкала (ВАШ) нинг қийматлари мос равишда $0,630 \pm 0,157$; $65,2 \pm 15,6$ ни ташкил этди. Тадқиқот гуруҳларида ЯСКИ ни ташкил этувчи бўғинлар СПС маълумотлари бўйича таҳлил қилинганда, операциядан кейинги кечки муддатларда диспептик бузилишлар етакчи ўринни эгаллайди (10-расм).



10-расм. Жарроҳликдан кейинги кеч даврда текширув гуруҳлари беморларида ВХП шкаллари бўйича ҳаёт сифати (ХС) профили

Кулланилган диаграммадан куришиб турибдики, Қўлланилган барча даволаш усулларида бошланғич даражага нисбатан оғриқ синдромининг камайиши статистик аҳамиятга эга. Миниинвазив аралашувлардан фойдаланилганда оғриқ синдромининг даражаси очик операцияларга қараганда статистик жиҳатдан анча паст бўлди.

ХУЛОСАЛАР

«Билиар панкреатитни жарроҳлик даволаш усулини танлашда дифференциал ёндашув» мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертация иши бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижалари асосида қуйидаги хулосалар шакллантирилган:

1. Панкреатит бўлган беморларни текшириш ва даволашда 62,2% ҳолатларда холедохолитиаз, 14,6% ҳолатларда микрохоледохолитиаз, ҳамда 22,4% ҳолатларда КДС соҳасидаги яллиғланишли ўзгаришлар сабабли юзага келиши аниқланган билиар генезини ҳисобга олиш керак.

2. Билиар панкреатитнинг диагностик алгоритми панкреатобилиар каналчалар тизимидаги обструкция сабабини аниқлаш имконини берувчи визуализациянинг радиологик усуллари, дуоденоскопия ва гистологик текширув, ҳамда сафро микроскопиясини ўз ичига олиши лозим.

3. Миниинвазив эндоскопик транспапилляр аралашувлар ва сафро йўлларидаги лапароскопик амалиётларнинг дифференциал, ёки биргаликда қўлланилиши кузатувларнинг 75,5% ида билиар панкреатит сабабларини бартараф этиш имконини беради. Каналчалар гипертензиясини бартараф этишнинг эндоскопик ва лапароскопик усуллариининг қўлланилиши операциядан кейинги оғир асоратлар ривожланиш хавфини 47,8% дан 12,7% гача камайишини кўрсатди.

4. Кечки муддатларда яшаш сифатининг энг яхши кўрсаткичлари миниинвазив деволаш усуллариини ўтказган беморларда кузатилди. Яшаш сифатининг яхшиланиши «оғриқ синдроми» ($105,0 \pm 19,7$ дан $46,9 \pm 5,7$ гача), ва «диспепсия даражаси» ($55,0 \pm 21,2$ дан $35,0 \pm 11,4$ гача) нинг пасайиши ҳисобига юз берди, шунингдек, «ижтимоий мослашув», «эмоционал ҳолат» шкалари бўйича кўрсаткичлар ҳам яхшиланди ва бу иш қобилиятининг тикланиши билан мос келди.

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

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

ИШАНКУЛОВ ОДИЛ АЗАМКУЛОВИЧ

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА**

14.00.27 – Хирургия

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

Самарканд – 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан под № B2023.4.PhD/Tib4133.

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

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

Научный руководитель:	Курбаниязов Зафар Бобожонович доктор медицинских наук, профессор.
Официальные оппоненты:	Саттаров Ойбек Тохирович доктор медицинских наук, доцент Давлатов Салим Сулайманович доктор медицинских наук, профессор
Ведущая организация:	ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» (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 б. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: samtmu@samtmu.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

С.Э. Мамараджабов

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. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), от 26 до 60 % случаев острого воспаления поджелудочной железы приходится на билиарный панкреатит. Одной из ведущих этиологических причин развития панкреатита считаются заболевания внепечёночных желчных путей. Хронизация острого билиарного панкреатита наблюдается в 43 % случаев. К основным патогенетическим механизмам билиарного панкреатита относят нарушение оттока в системе внепечёночных желчных и панкреатических протоков, билиарно-панкреатический рефлюкс, а также развитие гипертензии в панкреатических канальцах. Анатомическая и функциональная взаимосвязь панкреатобилиарной системы способствует быстрому прогрессированию острого панкреатита при желчнокаменной болезни. В начальных стадиях заболевания недостаточно изучены факторы, вызывающие панкреатобилиарную гипертензию, а также критерии диагностики органических и функциональных изменений органов панкреатодуоденальной зоны. Морфологическим субстратом гипертензии в протоках поджелудочной железы в большинстве случаев являются билиарные камни, которые при «транзиторном» прохождении или ущемлении в области большого дуоденального сосочка могут вызывать обструкцию устья главного панкреатического протока и провоцировать острый панкреатит.

В Узбекистане также наблюдается рост заболеваемости острым панкреатитом. Особенно остро стоит проблема поздней диагностики, дефицита современных диагностических технологий и несвоевременной доставки тяжёлых больных в специализированные медицинские учреждения, что зачастую требует экстренного хирургического вмешательства. В стране предпринимаются меры по внедрению современных малоинвазивных технологий в лечении острого панкреатита. Наряду с этим, важное значение приобретает дифференцированный подход к каждому пациенту с учётом клинико-лабораторных показателей и характера осложнений, а также разработка локальных алгоритмов прогноза для повышения эффективности лечения.

В настоящее время в Узбекистане реализуются широкомасштабные мероприятия по социальной защите населения и совершенствованию системы здравоохранения. В том числе достигаются положительные результаты в улучшении исходов хирургического лечения билиарного панкреатита. В этой связи в Стратегии развития страны на 2022–2026 годы определены задачи по «...защите здоровья населения, повышению квалификации медицинских кадров и реализации Программы развития системы здравоохранения в 2022–2026 гг....». Реализация этих задач, включая оптимизацию диагностики и хирургической тактики, совершенствование методов хирургического лечения больных с билиарным панкреатитом, остаётся одной из приоритетных направлений медицины.

Настоящее диссертационное исследование в определённой степени направлено на реализацию задач, обозначенных в Постановлении Президента Республики Узбекистан от 16 июня 2022 года № ПП-283 «О мерах по совершенствованию системы экстренной медицинской помощи населению». Оно также служит выполнению положений Указа Президента Республики Узбекистан от 26 июля 2021 года № ПП-5198 «О мерах по дальнейшему улучшению качества медицинской помощи, оказываемой населению», Постановления Кабинета Министров от 30 сентября 2019 года № 832 «Об утверждении Положения о формировании перечня гарантированных объёмов медицинской помощи, финансируемой из Государственного бюджета Республики Узбекистан», а также других нормативно-правовых актов, принятых в данной области.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан. Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии Республики Узбекистан – VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Билиарный панкреатит является одной из актуальных патологий в области гастроэнтерологии и неотложной хирургии. В его патогенезе основную роль играет аномальная активация панкреатических ферментов, вызванная обтурацией общего желчного протока (холедоха) и наличием камней в билиарной системе (холелитиаз) (Acosta & Ledesma, 2021; UK Working Party, 2015). Ретроградный заброс желчи в панкреатический проток приводит к повреждению паренхимы и активации процессов ферментативного аутолиза. В связи с этим клиническое течение билиарного панкреатита может стремительно прогрессировать и требует своевременной диагностики и неотложного лечения.

В последние годы проведён ряд исследований, направленных на выбор оптимальной хирургической тактики при билиарном панкреатите. Было показано, что выполнение ЭРХПГ (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография) с папиллосфинктеротомией на раннем этапе способствует устранению обструкции холедоха и стабилизации состояния пациента (Toouli et al., 2010; Neoptolemos et al., 2008). Кроме того, доказана эффективность экстренной лапароскопической холецистэктомии в профилактике рецидивов и достижении положительных краткосрочных клинических исходов (Frey et al., 2020).

Тем не менее, до сих пор остаётся дискуссионным вопрос о порядке применения этих вмешательств, их последовательности и индивидуальном подборе в зависимости от состояния пациента. Некоторые авторы рекомендуют первоочерёдную декомпрессию с помощью ЭРХПГ при высоком риске шока и сепсиса (Tenner et al., 2013), тогда как другие считают допустимым выполнение лапароскопической холецистэктомии в качестве первичного вмешательства у пациентов с лёгким течением заболевания без ЭРХПГ (Sarela et al., 2015). При этом учитываются такие параметры, как возраст пациента, показатели шкал BISAP и Ranson, а также наличие сопутствующих патологий.

В международной практике с целью обоснования дифференцированного подхода предложены клинические алгоритмы, основанные на модульной стратегической схеме лечения (Banks et al., 2013; IAP/APA Guidelines, 2013). В Узбекистане в последние годы также ведутся практические исследования, направленные на раннюю диагностику билиарного панкреатита и выбор оптимальной хирургической тактики. Однако для разработки общепринятых национальных протоколов и оценки прогностической значимости различных методов лечения требуется проведение дополнительных клинических исследований.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плановых научных разработок Самаркандского государственного медицинского университета по тематике «Разработка и внедрение современных технологий профилактики, диагностики и лечения травм, хирургических заболеваний и опухолей» (Государственный регистрационный номер №012400287) в соответствии с программой на 2024–2028 годы.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных острым и хроническим билиарным панкреатитом путем приоритетного применения миниинвазивных вмешательств.

Задачи исследования

изучить этиопатогенетические факторы развития острого и хронического билиарного панкреатита;

определить необходимый объем исследований для верификации билиарной этиологии панкреатита и разработать диагностический алгоритм;

разработать дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения острого и хронического билиарного панкреатита с приоритетным применением миниинвазивных вмешательств;

изучить качество жизни пациентов после миниинвазивных и традиционных вариантов хирургического лечения.

Объектом исследования явились 116 пациентов с подтвержденным диагнозом билиарный панкреатит в хирургических отделениях многопрофильной клинике СамГМУ и Самаркандского гормедобъединения в период с 2018 по 2023 гг.

Предмет исследования составил анализ результатов диагностики и лечения больных с острым и хроническим билиарным панкреатитом.

Методы исследований. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, инструментальные (лучевые, эндоскопические) и статистические методы.

Научная новизна исследований заключается в следующем:

выявлены этиопатогенетические факторы развития билиарного панкреатита как вследствие холедохолитиаза, микрохоледохолитиаза и нарушения функции сфинктера Одди, а также их сочетания;

разработан комплекс современных лучевых и эндоскопических диагностических мероприятий, обоснована необходимость микроскопии желчи при билиарном панкреатите;

разработан дифференцированный подход к выбору хирургического лечения острых и хронических форм билиарного панкреатита с использованием трансдуоденальных эндоскопических и лапароскопических технологий и их сочетания.

клинически обоснована эффективность использования миниинвазивных технологий и их сочетанного применение по результатам лечения острого и хронического билиарного панкреатита в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

выявление этиопатогенетических факторов развития билиарного панкреатита обеспечивает дифференцированный выбор тактики лечения;

разработанный диагностический алгоритм верификации билиарного панкреатита с включением эндоскопических, радиологических методов, дополненной морфологическими исследованиями позволяет дифференцировать органическую и функциональную природу имеющихся патологических изменений билиопанкреатодуоденальной зоны;

дифференцированное использование миниинвазивных трансдуоденальных эндоскопических и лапароскопических технологий, а также их сочетания, позволило значительно улучшить результаты лечения острого и хронического билиарного панкреатита, сократить сроки лечения больных;

при выполнении миниинвазивных вмешательств происходит более быстрое восстановление трудоспособности и физической активности на фоне уменьшения болевого синдрома и диспепсических расстройств.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов исследования подтверждена применением современных, широко используемых в практике клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что выводы и рекомендации имеют теоретическую значимость, вносящих существенный вклад в изучение особенностей хирургического лечения больных билиарным панкреатитом, как взаимоотношающее клиническое течение патологией билиопанкреатического тракта. Выявлены этиопатогенетические факторы острого и хронического панкреатита билиарного генеза, связанные с ЖКБ и стриктурами БДС. Разработан комплекс диагностических мероприятий включающий радиологические методы визуализации, дуоденоскопию с гистологическим исследованием и микроскопии желчи, позволяющий выявить причины обструкции панкреатобилиарной протоковой системы. Предложен дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения в

зависимости от этиопатогенеза заболевания с использованием эндоскопических, транспапиллярных и лапароскопических вмешательств. Изучены показатели качества жизни прооперированных больных и доказаны преимущества миниинвазивных вмешательств в лечении больных билиарным панкреатитом.

Практическая ценность работы заключается в том, что в ходе проведенного исследования разработаны тактико-технические аспекты лечения больных билиарным панкреатитом. Внедрены в клиническую практику эндоскопические транспапиллярные вмешательства и лапароскопические операции на желчных протоках. Разработанный дифференцированный подход в лечении больных билиарным панкреатитом значительно улучшило результаты лечения снижением послеоперационных осложнений и сроков реабилитации больных.

Внедрение результатов исследования. Дифференцированный подход к выбору хирургической тактики при остром и хроническом билиарном панкреатите с использованием современных миниинвазивных технологий — на основе заключения Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан от 25.10.2024 г. №10/03.

первая научная новизна: выявлены этиопатогенетические факторы развития билиарного панкреатита как вследствие холедохолитиаза, микрохоледохолитиаза и нарушения функции сфинктера Одди, а также их сочетания. Внедрение научной новизны в практику: результаты внедрены в клиническую деятельность объединённой больницы станции Самарканд АО «Узбекистон темир йўллари» (приказ от 01.10.2024 г. №11) и Многопрофильного медицинского центра Самаркандской области (приказ от 16.10.2024 г. №376-U). Социальная эффективность научной новизны: раннее выявление указанных факторов позволило предотвратить развитие тяжёлых форм билиарного панкреатита, сохранить трудоспособность пациентов, улучшить качество жизни и ускорить их возвращение к активной социальной деятельности. Экономическая эффективность научной новизны: а счёт раннего выявления и целенаправленного лечения — предотвращены тяжёлые осложнения, обеспечено правильное направление пациента. Это позволило сэкономить в среднем 980 000 сум из бюджета и до 1 460 000 сум из внебюджетных средств на одного пациента. Также удалось сократить сроки госпитализации, частоту повторных обращений и снизить потребление медикаментов. Заключение: выявление указанных факторов на ранних этапах позволило снизить частоту тяжёлых форм билиарного панкреатита на 38 %, вероятность повторной госпитализации — на 33 %, продолжительность пребывания в стационаре — на 27 %.

вторая научная новизна: разработанный диагностический алгоритм верификации билиарного панкреатита с включением эндоскопических, радиологических методов, дополненной морфологическими исследованиями позволяет дифференцировать органическую и функциональную природу имеющихся патологических изменений билиопанкреатодуоденальной зоны; Внедрение научной новизны в практику: внедрено в объединённой больнице

станции Самарканд АО «Узбекистон темир йўллари» (01.10.2024 г. № 11) и Многопрофильном медцентре Самаркандской области (16.10.2024 г. № 376-U). Социальная эффективность научной новизны: устранены диагностические неопределённости, снижены случаи позднего лечения, быстрее купированы болевой синдром и диспептические жалобы, восстановлена трудоспособность. Экономическая эффективность научной новизны: за счёт комплексной визуализации и микроскопии желчи удалось избежать повторных и ненужных диагностических процедур. Это дало возможность сэкономить в среднем 860 000 сум из бюджета и до 1 280 000 сум из внебюджетных средств на одного пациента. Заключение: внедрение комплексного диагностического алгоритма повысило точность диагностики на 27–32 %, число случаев поздней диагностики снизилось с 46 % до 18 %, частота осложнений — с 38 % до 19 %, длительность госпитализации — на 25 %, общие затраты на лечение — в среднем на 43 %.

третья научная новизна: дифференцированное использование миниинвазивных трансдуоденальных эндоскопических и лапароскопических технологий, а также их сочетания, позволило значительно улучшить результаты лечения острого и хронического билиарного панкреатита, сократить сроки лечения больных; Внедрение научной новизны в практику: реализовано в клиниках станции Самарканд АО «Узбекистон темир йўллари» (01.10.2024 г. № 11) и Многопрофильного медцентра Самаркандской области (16.10.2024 г. № 376-U). Социальная эффективность научной новизны: предложенный подход позволил подобрать целевую хирургическую тактику для каждой формы билиарного панкреатита, что способствовало снижению осложнений, сокращению сроков стационарного лечения и ускорению реабилитации, обеспечив более быстрое возвращение к труду и активной социальной жизни. Экономическая эффективность научной новизны: сокращено время пребывания в стационаре, снижена потребность в медикаментах благодаря уменьшению частоты осложнений. Заключение: целевое применение трансдуоденальных и лапароскопических технологий позволило избежать избыточной диагностики и осложнённых вмешательств, сократить сроки госпитализации. Экономия на одного пациента составила до 10 200 000 сум из бюджета и до 15 700 000 сум из внебюджетных источников.

четвертая научная новизна: при выполнении миниинвазивных вмешательств происходить более быстрое восстановление трудоспособности и физической активности на фоне уменьшения болевого синдрома и диспепсических расстройств. Внедрение научной новизны в практику: внедрено в объединённой больнице станции Самарканд АО «Узбекистон темир йўллари» (01.10.2024 г. № 11) и Многопрофильном медцентре Самаркандской области (16.10.2024 г. № 376-U). Социальная эффективность научной новизны: доказанная эффективность малоинвазивных технологий позволила быстрее купировать боль и диспептические симптомы, уменьшить число рецидивов, ускорить возвращение пациентов к активной жизни и трудовой деятельности. Экономическая эффективность научной новизны: сокращение сроков

госпитализации и реабилитации позволило сэкономить в среднем 1 140 000 сум из бюджета и до 1 680 000 сум из внебюджетных средств на одного пациента. Заключение: применение малоинвазивных технологий в послеоперационном периоде при остром и хроническом билиарном панкреатите позволило сократить срок пребывания в стационаре в среднем на 29 %, частоту осложнений — на 34 %, продолжительность реабилитации — на 26 %, а также ускорить купирование болевого синдрома и диспепсии на 40 %. Общие расходы из бюджета снижены на 31 %, внебюджетные — на 35 %.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 4 научно-практических конференциях, в том числе 3 международных и 1 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, из них 5 журнальных статей, 4 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 обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, внедренных в практику результатов исследования, даются сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Современные аспекты хирургического лечения билиарного панкреатита**» представлен обзор литературы, раскрывающий суть проблемы билиарного панкреатита у больных, ее этиопатогенез, современные методы диагностики и лечения, а также актуальные вопросы ведения больных с данной патологией. В главе отмечено, что патогенетически обоснованный подход к хирургической коррекции протоковой гипертензии, нормализации тока желчи и панкреатического секрета с оптимальными функциональными результатами требует разработки современного алгоритма диагностики и лечения при панкреатите билиарного генеза.

Вторая глава диссертации «**Материал и методы**» приведены результаты обследования и лечения 116 пациентов с острым и хроническим панкреатитом билиарного генеза. Исследование основано на анализе историй болезни и клинических данных больных многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета и городского медицинского объединения с 2018-2023 гг.

Критериями включения пациентов в исследование явились: наличие клинико-инструментального подтверждённого острого панкреатита в сочетании с признаками билиарной гипертензии на фоне холелитиаза, вторичных изменений поджелудочной железы (кисты, стриктуры интрапанкреатической части общего желчного протока, индуративный панкреатит) с внешнесекреторной или эндокринной недостаточностью на фоне панкреатобилиарной гипертензии, обусловленной желчекаменной болезнью и доброкачественными изменениями терминального отдела общего желчного протока.

Среди 116 больных было 31 (26,7%) мужчин и 85 (73,3%) женщин в возрасте от 23 до 81 лет ($58,3 \pm 13,7$ лет). Средний возраст мужчин составил $59,1 \pm 14,4$ лет (20–81 лет), женщин – $56,2 \pm 12,7$ лет (20–76 лет). Соотношение мужчин и женщин составило 1:2,6.

Оперативные вмешательства выполнены 94 (81,1%) пациентам, консервативное лечение проведено 22 (18,9%) больным. В острой фазе заболевания по срочным показаниям оперированы 21 пациент. Вмешательства по поводу хронического панкреатита выполнены 73 пациентам (табл. 1).

Таблица 1

**Группы сравнения пациентов в зависимости от избранной тактики
лечения**

Метод хирургического лечения	Количество пациентов	
	абс.	отн. %
Миниинвазивные методики	71	75,5
– Эндоскопические транспапиллярные вмешательства	18	19,1
– Эндоскопические транспапиллярные вмешательства, дополненные лапароскопическим вмешательством на желчных протоках	33	35,1
– ЛХЭ, лапароскопическое дренирование общего желчного протока	18	19,1
– ЛХЭ, лапароскопическое дренирование общего желчного протока, дополненное эндоскопическими транспапиллярными вмешательствами	2	2,1
Открытые оперативные вмешательства	23	24,5
– ХЭ, холедохолитотомия с дренированием общего желчного протока	16	17,0
– ХЭ, холедохолитотомия, холедоходуоденоанастомоз	3	3,2
– Продольная панкреатоеюностомия	2	2,1
– Панкреатодуоденальная резекция	2	2,1
Итого	94	100

Обследование больных с панкреатитом билиарного генеза проводилось на основании изучения жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного обследования, лабораторных, инструментальных методов исследования, а также методов анкетирования (табл. 2).

Таблица 2

Методы исследования больных

Вид исследования	Количество больных	
	абс.	отн. %
Лабораторные исследования		
- биохимические показатели крови	116	100
- копрограмма	82	70,7
- уровень онкомаркеров	11	9,5
Ультрасонография	116	100
Фиброэзофагогастродуоденоскопия	116	100
Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография	51	43,9
Гистологическое исследование	86	74,1
Фистулохолангиография	29	25,0
Компьютерная томография	47	40,5
Магнитно-резонансная томография	50	43,1
Микроскопия желчи	20	17,2
Изучение качества жизни	94	81,0

Общеклинические анализы, биохимический состав крови, показатели коагулограммы, протеинограмма, уровень панкреатических ферментов определялись у пациентов на этапе диагностики и в разные сроки после операции, что позволяло осуществлять мониторинг за функциональным состоянием поджелудочной железы.

Трансабдоминальная ультрасонография выполнена всем 116 пациентам в качестве первичного скринингового метода, на протяжении курса лечения и в ходе дальнейшего динамического наблюдения. ЭГДС также проведена всем пациентам с переходом на РПХГ у 51 (43,9%) пациентов (рис. 1).

Магнитно-резонансная томография в режиме холангиопанкреатикографии выполнена у 50 (43,1%) пациентов (рис. 2).

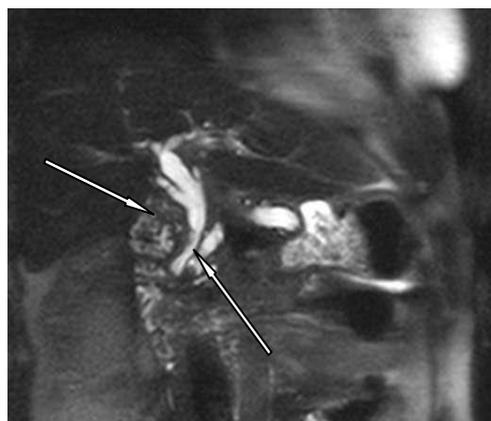


Рисунок 1. Холангиограмма больной М., 62 года. Расширенный до 5 мм главный панкреатический проток и до 12 мм общий желчный проток при ретроградном контрастировании

Рисунок 2. МРПХГ больной Ч., 49 лет. Конкременты общего желчного и главного панкреатического протоков (указаны стрелками)

Третья глава диссертации «Особенности диагностики и клиники панкреатита билиарного генеза». По результатам клинического обследования больных, дополненного лабораторными и инструментальными методами, выделены этиопатогенетические группы пациентов, представленные в таблице 3.

Таблица 3

Этиопатогенетические группы пациентов, выделенные по результатам обследования с применением расширенного диагностического алгоритма

Этиопатогенетические группы	Число больных	
	абс.	отн. %
Билиарный панкреатит на фоне холедохолитиаза	Острый панкреатит	21 18,1
	Хронический панкреатит	52 44,8
Хронический билиарный панкреатит на фоне микрохоледохолитиаза		17 14,6
Хронический билиарный панкреатит на фоне дисфункции сфинктера Одди		26 22,4
Итого		116 100

Холедохолитиаз выявлен у 73 (62,9%) пациентов с билиарным панкреатитом. Болевой синдром проявлялся как один из наиболее частых клинических признаков хронического и острого билиарного панкреатита. В нашем исследовании болевой синдром выявлен в 52 (71,2%) наблюдениях хронического билиарного панкреатита и в 21 (28,8%) острого. Клинические симптомы внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы выявлены у 68 (93,1%) больных. Диспептические расстройства отмечены в 37 (50,7%) наблюдениях. Снижение массы тела определялось в 40 (54,8%) наблюдениях. Клинические признаки внутрисекреторной недостаточности были выявлены в 27 (36,9%) случаях. Синдром билиарной гипертензии проявлялся симптомами механической желтухи и сочетался с синдромом холестаза на фоне холангита, осложняя течение хронического билиарного панкреатита у 41 (56,2%) больного.

Хронический билиарный панкреатит на фоне микрохоледохолитиаза выявлен у 17 (14,6%) пациентов. Клиническая картина билиарного панкреатита на фоне микрохоледохолитиаза не имела столь ярко выраженной картины как при макрохоледохолитиазе. При исследовании желчи у всех пациентов визуально определялся билиарный сладж, макроскопически представляющий собой осадок желчи. С целью морфологической верификации диагноза у 12 (100%) пациентов выполнено микроскопическое исследование желчи на предмет выявления микролитов. По результатам микроскопического исследования с использованием световой микроскопии выявлены микролиты в желчи.

В наблюдениях кристаллы выявлены в количестве, соответствовавшем 3–4-й степени микролитиаза. Сочетание кристаллов различного строения выявлено в 7 (58,3%) случаях. Билирубинат кальция, определяющийся по характерным гранулам, формирующими красно-коричневые сгустки, или в виде глыбок светло-коричневого или янтарного цвета, в изолированном виде выявлен в 6 (50,0%) наблюдениях. Кристаллы моногидрата холестерина в виде бесцветных, прозрачных, с параллельными краями, четырехугольных ромбовидных ступенчатых структур с часто имеющейся срединной бороздкой, визуализированы в 4 (33,3%) пробах (рис. 3, 4).

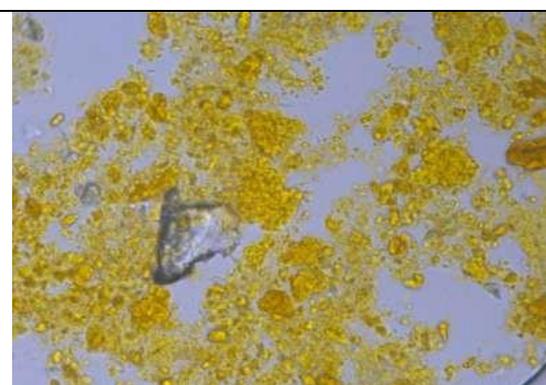


Рисунок 3. Микрофотография желчи больного С., 39 лет. Световая микроскопия (без окрашивания). Ув.×100

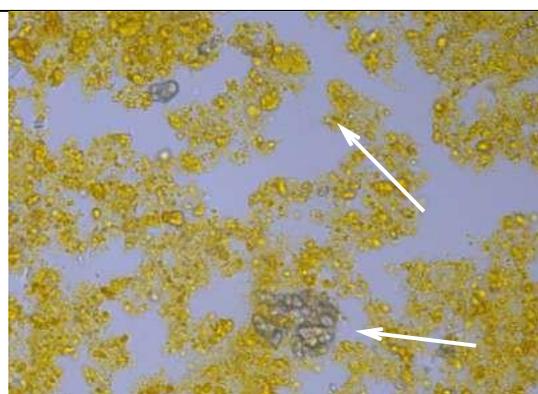


Рисунок 4. Микрофотография желчи больного А., 59 лет. Световая микроскопия (без окрашивания). Стрелками обозначены моногидраты холестерина, кристаллы кальция билирубината. Ув.×100

Прозрачные, бесцветные или с различными оттенками кристаллические структуры карбоната кальция определены в 2 (16,7%) случаях. По числу кристаллов в препарате преобладали гранулы билирубината кальция.

Дисфункция сфинктера Одди выявлена у 26 (100%) пациента, из которых 9 (34,6%) пациентов оперированы, а 17 (65,4%) пациента пролечены консервативно. Синдром билиарной гипертензии, в результате развития стриктуры общего желчного протока холедоха, манифестировал явлениями механической желтухи, холедохоэктазией, холангитом, осложняя течение билиарного панкреатита у 11 (42,3%) больных.

Для верификации выявленных изменений 22 (84,6%) пациентам применена магнитно-резонансная холангиопанкреатикография. Рубцовые изменения в терминальном отделе общего желчного протока выявлены у 9 (34,6%) пациентов, кроме того, использование данного метода позволило выявить признаки панкреатобилиарной гипертензии у 7 (26,9%) больных, а также изучить анатомические варианты желчных путей и оценить признаки сопутствующих воспалительных изменений желчного пузыря (рис. 5).

Применение РХПГ позволило диагностировать во всех наблюдениях признаки протоковой панкреатобилиарной гипертензии, что проявлялось расширением общего желчного протока более 7мм и главного панкреатического протока более 3мм в диаметре (рис. 6).

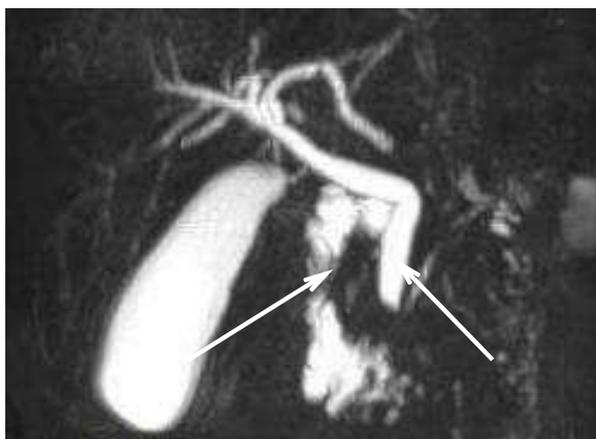


Рис. 5. Магнитно-резонансная холангиопанкреатограмма (трёхмерная реконструкция) больного Т., 60 лет. Зона стриктуры большого дуоденального сосочка и расширенный главный панкреатический проток (обозначены стрелками)



Рис. 6. Рентгенограмма больного Б., 59 лет. При ретроградной холангиографии контрастируется стриктура терминального отдела ОЖП

Четвертая глава «Дифференцированный подход к выбору хирургического лечения билиарного панкреатита». Оперативное лечение выполнено 94 (81,0%) пациентам. Определение хирургической тактики и выбор вида оперативного пособия основывались на этиологической форме заболевания.

Острый билиарный панкреатит диагностирован у 21 (28,8%) больных. Степень интоксикации при остром панкреатите оценивалась как легкая у 4 (9%), в 17 наблюдениях (81%) средняя степень интоксикации. При остром

билиарном панкреатите на фоне холедохолитиаза 8 (38,1%) пациентам выполнена папиллосфинктеротомия, как окончательный метод хирургического лечения. Во всех случаях оперативное вмешательство выполнено в первые 24 часа после поступления в стационар. Показаниями к срочной операции служила прогрессирующая механическая желтуха вследствие вклиненного камня в дистальном отделе ОЖП. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия и лапароскопическая холецистэктомия, дренирование ОЖП выполнены симультанно 2 (9,5%) пациентам в первые сутки нахождения в стационаре. Такая тактика лечения избрана в связи с наличием острого флегмонозного холецистита и прогрессирующей механической желтухи вследствие вклиненного камня в Фатеровом сосочке. Во всех случаях получен хороший клинический эффект папиллосфинктеротомии в течение первых суток, выражающийся в снижении или ликвидации болевого синдрома, нормализации биохимических показателей (амилазы, билирубина, АЛТ, АСТ). Холецистэктомия с холедохолитотомией наружным дренированием общего желчного протока и дренированием сальниковой сумки выполнена 7 (33,3%) пациентам по поводу острого холецистита с явлениями холангита. Лапароскопическим доступом данная операция выполнена 4 (19,1%) пациентам. В этих 11 (52,4%) случаях после холецистэктомии операция завершалась санацией и дренированием брюшной полости и сальниковой сумки.

Хронический билиарный панкреатит на фоне холедохолитиаза диагностирован у 52 (71,2%) больных. При хроническом билиарном панкреатите на фоне холедохолитиаза 6 (11,5%) пациентам выполнена папиллосфинктеротомия, как окончательный метод хирургического лечения. Хирургическая тактика сводилась к проведению дуоденоскопии, транспапиллярной канюляции ампулы фатерова сосочка, папиллосфинктеротомии. Данным пациентам выполнено предрассечение с применением торцевого папиллостома. Извлечение конкрементов осуществлялось с помощью корзины Дормиа. При диагностике на дооперационном этапе у пациентов с ХП конкрементов как в желчном пузыре, так и во внепеченочных желчных путях, лечение выполнено в следующих вариантах. В связи с наличием множественных крупных конкрементов, либо анатомических особенностей, 9 (17,3%) пациентам выполнена холецистэктомия, холедохолитотомия, литоэкстракция, наружное дренирование общего желчного протока. Лапароскопическая холецистэктомия без наружного дренирования общего желчного протока после папиллосфинктеротомии выполнена 30 (57,7%) пациентам. ЛХЭ с литоэкстракцией и дренированием ОЖП выполнена в 2 (3,8%) наблюдениях. В 2 (3,8%) наблюдениях хронического билиарного панкреатита на фоне холелитиаза с явлениями холангита, комбинированное лечение начинали с ЛХЭ с холангиографией и наружным дренированием желчных протоков. Интраоперационно пациентам выполнялась холангиография. У 3 (5,8%) пациентов выполнено ХЭ, холедохолитотомия и наложен холедоходуоденоанастомоз.

После лапароскопической холецистэктомии с наружным дренированием ОЖП у 12 больных с хроническим панкреатитом билиарного генеза выявлен микрохоледохолитиаз. Во всех наблюдениях в пробах желчи, аспирированной во время операции, выявлены кристаллы в количестве, соответствовавшем 3–4-й степени микролитиаза. Для декомпрессии желчных протоков использовано дренирование по Пиковскому. Всем пациентам проведена терапия препаратами урсодезоксихолевой кислоты в течение 4 недель в суточной дозе 500 мг. Дренажи удаляли в среднем через 1 месяц. Перед удалением дренажей проводилось обследование с использованием лабораторных и инструментальных методов. Контрольная микроскопия желчи выполнена у всех 12 (100%) больных. Отмечена положительная динамика в виде значимого уменьшения количества кристаллов моногидрата холестерина, билирубината кальция, карбоната кальция. На фоне лечения количество кристаллов соответствовало 1–2-й степени микролитиаза

Среди пациентов с изменениями в зоне БДС, диагностированном у 26 пациентов оперативные вмешательства выполнены 9 (34,6%). При изолированной стриктуре БДС 2 (22,2%) пациентам выполнена папиллосфинктеротомия, как окончательный метод хирургического лечения. В связи с наличием протяжённой стриктуры выполнено стентирование общего желчного протока 2 (22,2%) пациентам. Лапароскопическая холецистэктомия без наружного дренирования общего желчного протока после папиллосфинктеротомии выполнена в 1 (11,1%) наблюдение.

При стриктуре БДС в сочетании кист поджелудочной железы 2 (16,7%) пациентам (рис. 7) выполнено открытое хирургическое вмешательство в объеме лапаротомии и формирования продольного панкреатоеюноанастомоза.

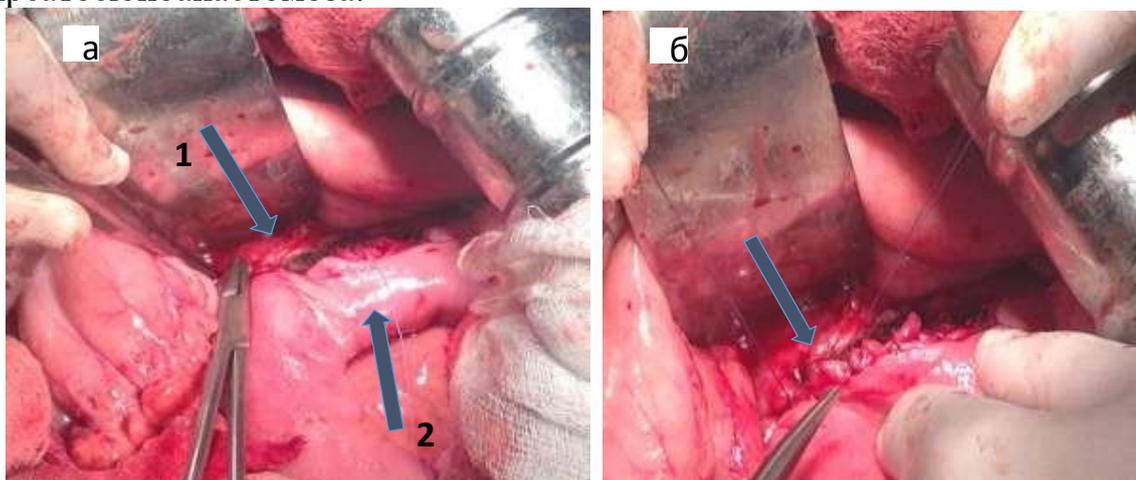


Рисунок 7 – Этапы продольной панкреатоеюностомии у больной П., 51 лет; а – стрелкой 1 указана паренхима поджелудочной железы, стрелкой 2 – петля тощей кишки; б – стрелкой указана линия формируемого панкреатоеюноанастомоза

Панкреотодуоденальная резекция выполнена 2 (22,2%) пациентам при механической желтухе вследствие стриктуры БДС при асевдотуморозным панкреатите и невозможности исключения опухоли. Многокомпонентная консервативная терапия проведена 17 (65,4%) пациентам с дисфункцией сфинктера Одди, что позволило купировать большинство синдромов,

сопровождаящих течение билиарного панкреатита. После выписки больных на амбулаторное лечение проводилась поддерживающая антисекреторная терапия (Нольпаза – 2 раза в сутки по 20 мг). Необходимость проведения заместительной полиферментной терапии определялась по результатам копрологического исследования. На фоне консервативного лечения достигнут положительный результат во всех 17 случаях.

При анализе распределения видов хирургических вмешательств по поводу панкреатита билиарного генеза в группах сравнения получены следующие данные (рис. 8).

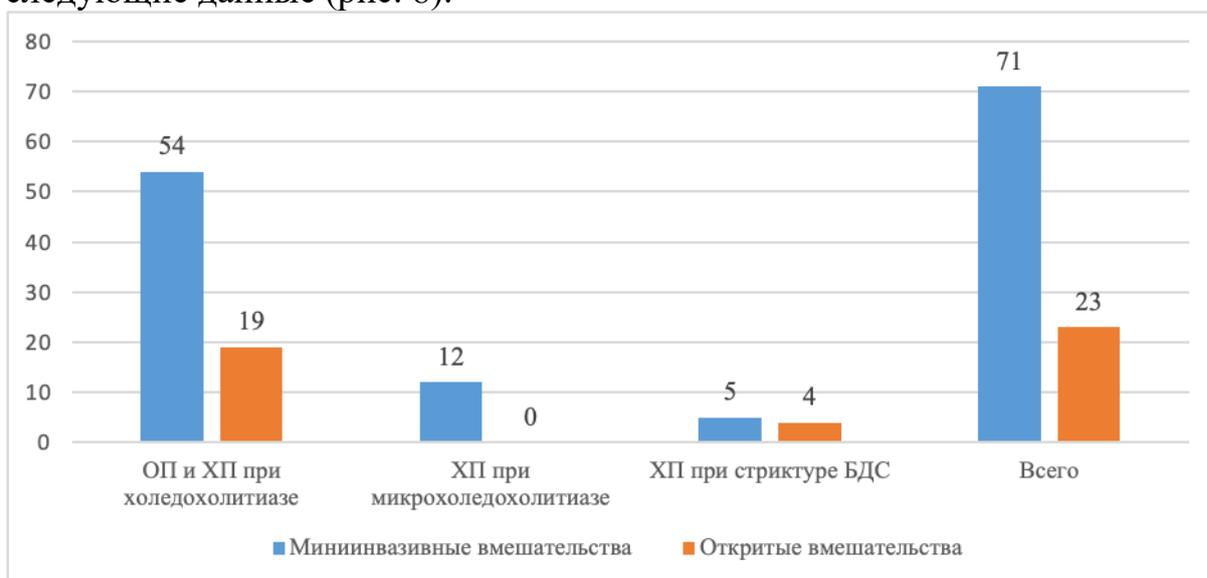


Рисунок 8. Распределение видов хирургических вмешательств по поводу билиарного панкреатита

Из данной диаграммы следует, что значительно увеличилась доля миниинвазивных вмешательств – 74 (75,5%). Открытые оперативные вмешательства сохраняют своё место в лечении таких пациентов, при технических трудностях извлечения крупных конкрементов из просвета желчных путей и выполнены 23 (24,5%) больным.

Развитие послеоперационных осложнений отмечено у 20 пациентов из 94 оперированных больных, что соответствовало 21,2%.

Кровотечение из зоны ЭПСТ осложнило течение послеоперационного периода в 4 (3,4%) случаях. Данным пациентам был осуществлён комбинированный эндоскопический гемостаз с подслизистым введением раствора адреналина и использованием электрокоагуляции.

В ближайшем послеоперационном периоде (от 8 до 48 часов) после эндоскопических манипуляций в зоне БДС в 8 (8,5%) наблюдениях диагностирован транзиторный подъем сывороточной амилазы (средний уровень составил 410 Ед/л) без признаков прогрессирования острого панкреатита. Данное осложнение удалось купировать в среднем в течение 5 дней посредством проведения панкреатотропной антиферментной терапии с использованием секретолитиков, ингибиторов протеаз. В пяти наблюдениях для уменьшения болевого синдрома дополнительно назначались анальгетические препараты.

Неэффективность ранней панкреатотропной терапии с развитием клиники острого панкреатита на фоне сохраняющейся реактивной активности панкреатических ферментов в сыворотке крови отмечена у 2 (2,1%) пациентов. В таких случаях расширяли антисекреторный компонент панкреатотропной терапии за счёт увеличения дозировки октреотида до 600мг в сутки. Анальгезирующая терапия достигалась сочетанным применением спазмолитиков, нестероидных противовоспалительных препаратов системного действия и установкой эпидурального катетера с регионарным введением анестетиков. Во всех случаях осложнения купированы с использованием консервативной тактики.

После выполнения открытых оперативных вмешательств развились следующие осложнения: в двух случаях возникли внутрибрюшные абсцессы, в одном – внутрибрюшное кровотечение. В вышеуказанных наблюдениях выполнена релапаротомия, с последующей санацией, либо остановкой кровотечения. После формирования холедоходуоденоанастомоза в одном случае возникла клиническая картина гнойного холангита, выздоровления пациента удалось добиться за счет проведения консервативной терапии. Нагноение послеоперационной раны осложнило течение послеоперационного периода у 3 (3,2%) пациентов. Для лечения гнойных осложнений проводили антибактериальную терапию с комбинацией цефалоспоринов IV поколения и препаратов метронидазола.

В одном наблюдении отмечалась миграция наружного дренажа желчных протоков, установленного по Пиковскому, при проведении холангиопанкреатикографии, что потребовало выполнения релапароскопии с повторной процедурой установки дренажа желчных протоков.

Осложнения общесоматического характера в послеоперационном периоде развились у 7 (7,4%) пациентов. Кровотечения из острых язв желудка (2 случая) остановлены при помощи эндоскопического гемостаза. Лёгочные осложнения в виде послеоперационной пневмонии возникли в 3 (3,2%) случаях и единичной тромбэмболии мелких ветвей лёгочной артерии. Во всех случаях проведена антибактериальная терапия с положительным результатом.

Летальный исход был в одном случае – больная умерла в первые сутки госпитализации. Причиной смерти пациентки явился острый инфаркт миокарда, возникший на фоне генерализованного атеросклероза и мерцательной аритмии.

В таблице 4. представлены осложнения среди пациентов в зависимости от избранного метода лечения по Clavien-Dindo.

Таблица 4

Структура осложнений хирургических вмешательств в соответствии со степенью тяжести по Clavien-Dindo

Степень осложнений по Clavien-Dindo		Открытые операции n=23		Миниинвазивные операции, n=71	
		абс.	отн. %	абс.	отн. %
II		2	8,7	1	1,4
III	IIIa	7	30,4	8	11,3
	IIIb	1	4,3	-	-
IV					
V		1	4,3		
Общее количество		11	47,8	9	12,7
#, * - значимое отличие по сравнению с группой №2 (p < 0,05)					

Таким образом, дифференцированное этапное применение современных минимально инвазивных хирургических методик позволяет достигнуть удовлетворительных результатов в лечении больных с панкреатитом билиарного генеза в 87,3 % случаев в ближайшем послеоперационном периоде.

Пятая глава «Показатели качества жизни больных билиарным панкреатитом после различных вариантов хирургического лечения». Изучение качества жизни (КЖ) выполнено у 94 (81,0%) пациентов. Исследование проводилось посредством заполнения анкет пациентами в следующие периоды времени: до операции и через 6 месяцев после хирургического вмешательства (n=94), для оценки отдалённых результатов – в сроки от 2 до 5 лет (n=89).

При оценке результатов лечения больных хроническим панкреатитом билиарного генеза через 6 месяцев после операции отмечается улучшение показателей качества жизни. По данным опросника EQ-5D восстановление показателя КЖ до нормальных значений (1,0) зарегистрировано по шкалам «тревога/депрессия», «подвижность», «уход за собой».

После оперативного лечения установлено улучшение КЖ пациентов. По шкалам «тревога/депрессия», «боль/дискомфорт», «подвижность» показатели были достоверно выше, чем до операции, и составили $1,0 \pm 0,34$ против $1,43 \pm 0,32$, $1,13 \pm 0,32$ против $2,11 \pm 0,46$, $1,0 \pm 0,31$ против $1,41 \pm 0,49$ соответственно. EQ-5D-индекс в динамике был выше, чем до лечения ($0,511 \pm 0,131$), и составил $0,91 \pm 0,12$. Значение визуально-аналоговой шкалы (EQ-5D –термометра) для оценки боли составило $79,5 \pm 13,2$ против $59,9 \pm 21,0$ исходного. При оценке качества жизни до оперативного лечения уровень ИПКЖ составил $150 \pm 22,7$ баллов. После оперативного лечения отмечено снижение ИПКЖ исследуемых больных до уровня $55 \pm 17,0$, что является близким к нормальным значениям.

При анализе карт с учётом составляющих ИПКЖ выявлено, что у больных хроническим панкреатитом билиарного генеза до операции преобладает болевой синдром – $105,0 \pm 19,7$ балла, высокий уровень

диспептических нарушений – $55,0 \pm 21,2$ баллов, снижение уровня физической работоспособности – $33,0 \pm 16,7$ балла (рис. 9).

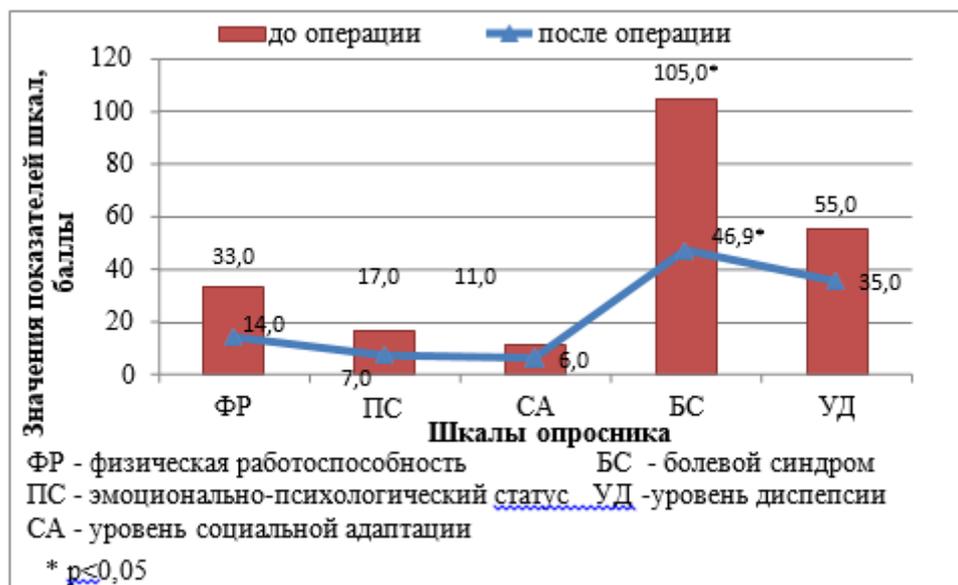


Рисунок. 9 – Профиль составляющих ИПКЖ по шкалам ВХП до и через 6 месяцев после операции

Снижение уровня ИПКЖ и улучшение КЖ произошло преимущественно за счёт снижения болевого синдрома, что подтверждается достоверно более высокими показателями КЖ, зарегистрированными в сравнении с дооперационными показателями по шкалам: «болевого синдрома» – $105,0 \pm 19,7$ и $46,9 \pm 5,7$ ($p < 0,05$), а также за счёт шкал «физическая работоспособность» – $33,0 \pm 16,7$ и $14,0 \pm 4,4$ и «уровень диспепсии» – $55,0 \pm 21,2$ и $35,0 \pm 11,4$. При анализе составляющих ИПКЖ по таким шкалам ВХП, как «уровень социальной адаптации», «эмоционально-психологический статус», показатели снизились более чем в два раза, что совпадало с постепенным восстановлением трудоспособности и физической активности после операции.

Отдалённые сроки наблюдения составили от 2 до 5 лет. Результаты лечения через 2-5 лет оценены у 72,3% больных, подвергшихся хирургическому лечению. В отдалённые сроки после оперативного вмешательства по данным опросника EQ-5D изменения качества жизни пациентов наблюдались главным образом по шкалам «боль/дискомфорт», «тревога/депрессия» и «повседневная деятельность». Наихудшие показатели качества жизни по данным опросника EQ-5D наблюдались у пациентов, которым было выполнено открытое оперативное вмешательство, на что указывают результаты по шкалам «тревога/депрессия», «боль/дискомфорт» и «повседневная деятельность», которые были достоверно ниже, чем у больных после других вариантов лечения и составили $1,56 \pm 0,34$, $1,50 \pm 0,27$ и $1,7 \pm 0,32$ соответственно. Значения EQ-5D-индекса и визуально-аналоговой шкалы (EQ-5D –термометра) составили: $0,630 \pm 0,157$, ВАШ= $65,2 \pm 15,6$. При анализе составляющих ИПКЖ в

исследуемых группах в отдалённом периоде после операции по данным ВХП прослеживается наибольшая роль диспептических нарушений (рис. 10).

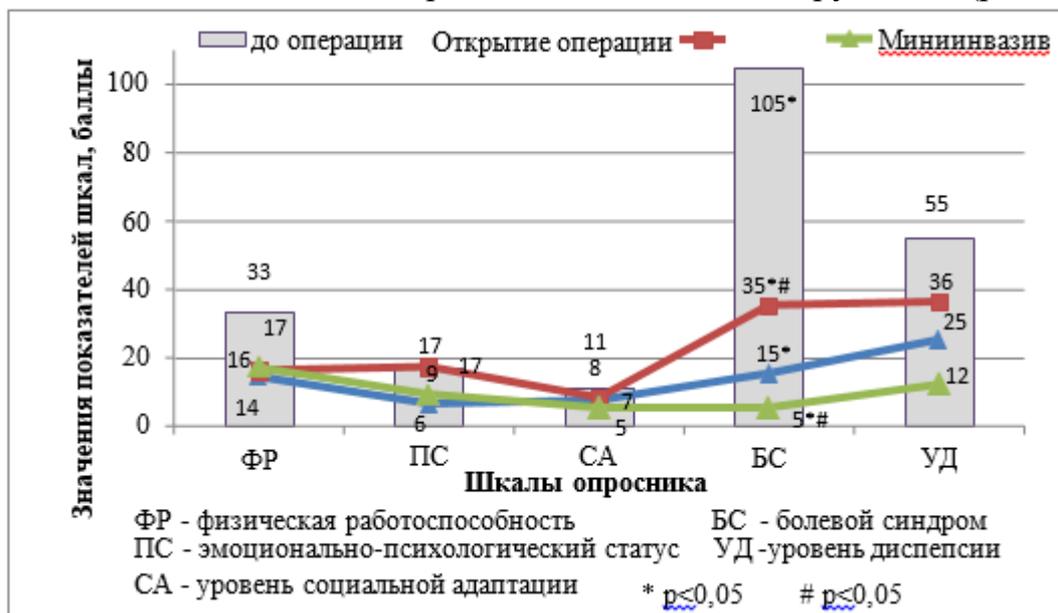


Рисунок 10. Профиль КЖ у больных исследуемых групп по шкалам ВХП в отдалённые сроки после операции

Из данной диаграммы следует, что при использовании всех методов лечения снижение болевого синдрома относительно исходного уровня статистически значимо. В случае использования миниинвазивных вмешательств уровень болевого синдрома статистически значимо меньше, чем после открытых операций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе проведенных исследований по диссертации доктора философии (PhD) по медицине на тему: «**Дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения билиарного панкреатита**» сформулированы следующие выводы:

1. В обследовании и лечении пациентов панкреатитом следует учесть билиарный генез заболевания – что выявлено как следствие холедохолитиаза у 62,2%, микрохоледохолитиаза – 14,6%, воспалительных изменений БДС – 22,4%.

2. Диагностический алгоритм билиарного панкреатита должен включать радиологические методы визуализации, дуоденоскопию с гистологическим исследованием и микроскопию желчи, что позволяет выявить причины обструкции в панкреатобилиарной протоковой системы.

3. Дифференцированное применение миниинвазивных эндоскопических транспапиллярных и лапароскопических вмешательств на желчных протоках или их сочетание позволяет 75,5% наблюдений добиться коррекции причин билиарного панкреатита. Использование эндоскопических и лапароскопических методов коррекции протоковой гипертензии показывает снижение риска развития тяжелых послеоперационных осложнений с 47,8% до 12,7%.

4. Наилучшие показатели качества жизни в отдаленном периоде наблюдались у пациентов перенесших миниинвазивные методы лечения. Улучшение качества жизни произошло за счет снижения «болевого синдрома» (с $105,0 \pm 19,7$ до $46,9 \pm 5,7$), «уровень диспепсии» (с $55,0 \pm 21,2$ до $35,0 \pm 11,4$), улучшились показатели по шкалам «социальная адаптация», «эмоциональный статус» что совпадало с восстановлением трудоспособности.

**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

ISHANKULOV ODIL AZAMKULOVICH

**Differentiated approach to the choice of surgical treatment method for
biliary pancreatitis**

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 № B2023.4.PhD/Tib4133.

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: **Kurbaniyazov Zafar Babajanovich**
Doctor of Medical Sciences, Professor

Official opponents: **Sattarov Oybek Tokhirovich**
Doctor of Medical Sciences, Docent

Davlatov Salim Sulaymanovich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Leading organization: **FSBE Institution of Higher Education 'North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov' (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

S.E. Mamaradjabov

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 outcomes of surgical treatment in patients with acute and chronic biliary pancreatitis through the prioritized use of minimally invasive interventions.

The object of the study included 116 patients with a confirmed diagnosis of biliary pancreatitis who were treated in the surgical departments of the multidisciplinary clinic of Samarkand State Medical University and the Samarkand City Medical Association between 2018 and 2023.

The scientific novelty of the study is as follows:

Etiopathogenetic factors contributing to the development of biliary pancreatitis have been identified, including choledocholithiasis, microcholedocholithiasis, and dysfunction of the sphincter of Oddi, as well as their combination.

A comprehensive set of modern radiological and endoscopic diagnostic procedures has been developed, and the necessity of bile microscopy in cases of biliary pancreatitis has been substantiated.

A differentiated approach to the selection of surgical treatment for acute and chronic forms of biliary pancreatitis has been proposed, involving the use of transduodenal endoscopic and laparoscopic technologies, both separately and in combination.

The clinical effectiveness of minimally invasive technologies, including their combined use, has been substantiated based on the outcomes of treating acute and chronic biliary pancreatitis in both early and long-term postoperative periods.

Implementation of research results.

A differentiated approach to the selection of surgical tactics in acute and chronic biliary pancreatitis using modern minimally invasive technologies has been implemented into clinical practice based on the conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated October 25, 2024, No.10/03:

the first scientific novelty: Etiopathogenetic factors contributing to the development of biliary pancreatitis have been identified, including choledocholithiasis, microcholedocholithiasis, and dysfunction of the sphincter of Oddi, as well as their combination. Implementation of scientific novelty into practice The results were implemented in the clinical practice of the Joint Hospital at the Samarkand Station of “Uzbekiston Temir Yo‘llari” JSC (Order No. 11 dated 01.10.2024) and the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center (Order No. 376-U dated 16.10.2024). Social effectiveness of scientific novelty: Early identification of these factors made it possible to prevent the development of severe forms of biliary pancreatitis, preserve patients' ability to work, improve their quality of life, and accelerate their return to active social life. Economic effectiveness of scientific novelty: Early detection and targeted treatment prevented severe complications and ensured appropriate patient routing. This resulted in an average savings of 980,000 UZS from the state budget and up to 1,460,000 UZS from non-budgetary funds per patient. Additionally, hospital stay

durations, readmission rates, and medication usage were significantly reduced. Conclusion: Early detection of these factors helped reduce the incidence of severe forms of biliary pancreatitis by 38%, the likelihood of readmission by 33%, and the average length of hospital stay by 27%.

the second scientific novelty: A comprehensive set of modern radiological and endoscopic diagnostic procedures has been developed, and the necessity of bile microscopy in cases of biliary pancreatitis has been substantiated. Implementation of scientific novelty into practice: Introduced at the Joint Hospital of the Samarkand Station of “Uzbekiston Temir Yo‘llari” JSC (01.10.2024, No. 11) and the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center (16.10.2024, No. 376-U). Social efficiency of scientific novelty: Diagnostic uncertainties were eliminated, delayed treatments were reduced, pain syndrome and dyspeptic complaints were more rapidly relieved, and patient work capacity was restored. Economic efficiency of scientific novelty: Through comprehensive imaging and bile microscopy, repeated and unnecessary diagnostic procedures were avoided, enabling savings of approximately 860,000 UZS from the budget and up to 1,280,000 UZS from non-budgetary funds per patient. Conclusion: The implementation of a comprehensive diagnostic algorithm improved diagnostic accuracy by 27–32%, reduced late diagnosis cases from 46% to 18%, complications from 38% to 19%, hospital stay by 25%, and overall treatment costs by an average of 43%.

the third scientific novelty: A differentiated approach to the selection of surgical treatment for acute and chronic forms of biliary pancreatitis has been proposed, involving the use of transduodenal endoscopic and laparoscopic technologies, both separately and in combination. Implementation of scientific novelty into practice: Realized in the clinical practice of the Samarkand Station Hospital of “Uzbekiston Temir Yo‘llari” JSC (01.10.2024, No. 11) and the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center (16.10.2024, No. 376-U). Social efficiency of scientific novelty: The proposed approach allowed for the selection of targeted surgical tactics for each form of biliary pancreatitis, reducing complications, shortening hospitalization times, and accelerating rehabilitation—thus enabling patients to return to work and social activity more rapidly. Economic efficiency of scientific novelty: Hospital stays were reduced, and the need for medication decreased due to fewer postoperative complications. Conclusion: Targeted use of transduodenal and laparoscopic technologies helped avoid excessive diagnostics and complex interventions, significantly shortened hospital stays. The savings per patient amounted to up to 10,200,000 UZS from the budget and up to 15,700,000 UZS from non-budgetary sources.

fourth scientific novelty: The clinical effectiveness of minimally invasive technologies, including their combined use, has been substantiated based on the outcomes of treating acute and chronic biliary pancreatitis in both early and long-term postoperative periods. Implementation of scientific innovation in practice: Implemented at the Joint Hospital of the Samarkand Station of “Uzbekiston Temir Yo‘llari” JSC (01.10.2024, No. 11) and the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center (16.10.2024, No. 376-U). Social efficiency of scientific

innovation: The proven effectiveness of minimally invasive techniques allowed for faster relief of pain and dyspeptic symptoms, a decrease in relapse rates, and accelerated return to active life and employment. Economic efficiency of scientific innovation: Reduction in hospital stay duration and rehabilitation period allowed an average savings of 1,140,000 UZS from the budget and up to 1,680,000 UZS from non-budgetary funds per patient. Conclusion: The use of minimally invasive technologies during the postoperative period in patients with acute and chronic biliary pancreatitis led to a 29% reduction in average hospital stay duration, a 34% reduction in complication rates, and a 26% decrease in the rehabilitation period. Pain relief and resolution of dyspeptic symptoms accelerated by 40%. Budgetary costs were reduced by 31%, and non-budgetary expenses by 35%.

Structure and scope of the dissertation.

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

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Ishankulov O.A., Kurbaniyazov Z.B., Zayniev A.F., Kurbaniyazov B.Z. Optimization of Surgical Treatment of Biliary Pancreatitis // American Journal of medicine and medical sciences. – 2024. – № 14 (2). – P. 248-251. (14.00.00; №2)
2. Ишанкулов О.А., Зайниев А.Ф. Острый и хронический панкреатит как осложнение желчекаменной болезни // Проблемы биологии и медицины. - 2023, № 6 (150). - С. 32-36. (14.00.00, №19).
3. Ишанкулов О.А., Курбаниязов З.Б., Зайниев А.Ф. Курбаниязов Б.З. Показатели качества жизни больных панкреатитомбилиарного генеза после различных вариантов хирургического лечения // Журнал биомедицины и практики. - 2023, № 6 (9). - С. 253-258. (14.00.00, №24).
4. Ишанкулов О.А. Диагностика и лечение желчеистечения в ранние сроки после холецистэктомии // Проблемы биологии и медицины. - 2020, № 3 (119). - С. 54-59. (14.00.00, №19).
5. Ишанкулов О.А., Мардонов Б.А. Clinic, diagnosis and surgical treatment of complications cholecystectomies and their methods corrections. Вестник Ташкентской медицинской академии, №7, 2023 год, С. 31-34. (14.00.00; №13)

II бўлим (II часть; part II)

6. Ишанкулов О.А., Курбаниязов З.Б. Выбор метода хирургического лечения билиарного панкреатита // Услуги тавсиянома. 2024 йил.
7. Ишанкулов О.А. Дифференциальный подход к выбору хирургической тактики при билиарном панкреатите: клинико-диагностические критерии и алгоритмы// Естественные науки в современном мире: теоретические и практические исследования // Научная онлайн конференция. – 2025. – С.85-86.
8. Ishankulov O.A. A Differential Approach to Surgical Strategy in Biliary Pancreatitis: Development of Clinical Decision-Making Algorithms. Theoretical aspects in the formation of pedagogical sciences // International scientific-online conference Zenodo».– Manchester, England, 2025. – P.85-86.
9. Ishankulov O.A. Minimally Invasive Versus Open Surgical Treatment of Biliary Pancreatitis: Risk Stratification and Outcome Analysis // International Conference on Advance Research in Humanities, Applied Sciences and Education. – Berlin, Germany, 2025. – P.81-82.
10. Ishankulov O.A. Optimization of Surgical Timing in Biliary Pancreatitis Using Severity Scoring Systems and Diagnostic Imaging // International

Conference on Advance Research in Humanities, Applied Sciences and Education». – Berlin, Germany, 2025. – P. 85-86.

11. Ишанкулов О.А. Оптимизация сроков и объема хирургического вмешательства при билиарном панкреатите на основе прогностических шкал // Научно-инновационные исследования в современной медицине и естественных науках. XVII Республиканская научно-практическая конференция. – 2025. – С.1-3.

12. Ишанкулов О.А. Сравнительная оценка открытых и малоинвазивных методов лечения билиарного панкреатита с учетом патогенетических механизмов // Научно-инновационные исследования в современной медицине и естественных науках. XVII Республиканская научно-практическая конференция. – 2025. – С.61-63.

13. Ишанкулов О.А., Зайниев А.Ф. Билиар панкреатитда жарроҳлик стратегиясини белгилашда дифференциал ёндашув // Ўзбекистон Республикаси Адлия Вазирлиги ҳузуридаги интеллектуал мулк агентлиги 21.05.2025 йил. DGU-51685.