

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ПИРМАТОВ ШЕРЗОД ШАРИПОВИЧ

**ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЛАРДА МАГИСТРАЛ ЎТ ЙЎЛЛАРИ
КАСАЛЛИКЛАРИНИ ХОЛЕДОХОСКОПИК ТАШХИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШ**

14.00.27 – Хирургия

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

Бухоро – 2025

**Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси
автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)
по медицинским наукам**

**Contents of dissertation abstract of Doctor of Philosophy (PhD)
on Medical Sciences**

Пирматов Шерзод Шарипович

Холедохолитиазларда магистрал ўт йўллари касалликларини
холедохоскопик таъхислаш ва даволаш..... 3

Пирматов Шерзод Шарипович

Холедохоскопическая диагностика и лечение заболеваний магистральных
желчных протоков при холедохолитиазах..... 23

Pirmatov Sherzod Sharipovich

Choledochoscopic diagnosis and treatment of diseases of the trunk bile ducts in
choledocholithiasis..... 43

Эълон қилинган ишлар рўйхати

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

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ПИРМАТОВ ШЕРЗОД ШАРИПОВИЧ

**ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЛАРДА МАГИСТРАЛ ЎТ ЙЎЛЛАРИ
КАСАЛЛИКЛАРИНИ ХОЛЕДОХОСКОПИК ТАШХИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШ**

14.00.27 – Хирургия

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

Бухоро – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2022.2.PhD/Tib2904 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб саҳифасида (www.bsmi.uz) ва «Ziyonet» Ахборот-таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Янгибаев Зариббай

тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Сафоев Бақодир Барноевич

тиббиёт фанлари доктори, профессор

Лигай Руслан Ефимович

тиббиёт фанлари доктори (DSc)

Етакчи ташкилот:

Абуали ибни Сино номидаги Тожикистон

давлат тиббиёт университети

(Тожикистон Республикаси)

Диссертация ҳимояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 рақамли Илмий кенгашнинг 2025 йил "28" ОКТАБР соат 14⁰⁰ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 200126, Бухоро шаҳри, Гиждувон кўчаси, 23-уй. Тел.: (+998-95) 911-00-50, e-mail: info@bsmi.uz).

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (76 рақам билан рўйхатга олинган) (Манзил: 200126, Бухоро шаҳри, Гиждувон кўчаси, 23-уй).

Диссертация автореферати 2025 йил 17 ОКТАБР куни тарқатилган.

(2025 йил 17 ОКТАБР даги 44-рақамли реестр баённомаси)



Ш.Т. Уроқов

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

Н.Н. Казакова

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

Б.З. Хамдамов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Охирги йилларда аҳоли орасида овқат ҳазм қилиш тракти касалликлари орасида холедохолитиаз билан касалланиш кўпайиб бормоқда, бу эса тиббий-ижтимоий, иқтисодий муаммоларга сабаб бўлмоқда. Айниқса, бу патологияни ташхислаш ва даволашда мураккаблик вужудга келтириши билан алоҳида ўрин тутмоқда. Аниқланишича «...сўнгги 20 йил давомида ўтказилган тадқиқотлар холедохолитиаз мавжуд беморлар 31% гача, турли касалликлар билан бирга келиши эса 42% гача кузатилиши...»¹ қайд этилган. Шу билан бирга «... ҳазм тракти касалликлари мавжуд беморларда холедохолитиаз касаллигининг устунлик қилиши ҳамда 78,3% дан 95,3% гача кузатилиши патологиянинг кўп тарқалганлигидан гувоҳлик қилади...»². Бу ҳолат патология бошланғич босқичларининг аниқ клиник белгиларсиз кечиши, ҳам клиник, ҳам лаборатор текширувларда ўзгаришлар тўғрисида етарлича маълумотлар олиш имкониятининг, мутахассислар орасида ягона этиологик қарашлар йўқлиги билан алоҳида ажралиб туради. Келтирилган асослар ушбу тиббий муаммонинг даволаш ва олдини олиш усулларини такомиллаштириш заруратини кўрсатмоқда.

Дунё миқёсида холедохолитиазда магистрал ўт йўллари касалликларини текшириш усуллари орасида холедохоскопик ташхислаш ва даволаш амалиёти муҳимлиги таъкидланмоқда. Ушбу усул ёрдамида объектив ташхислаш ва даволаш усули ҳозирги кунда нафақат Ўрта Осиё давлатларида ҳаттоки дунё миқёсида кенг қўлланилмасдан келмоқда. Айнан бу усул холедохолитиаз, холедох терминал қисми (ХТҚ) ва Фатер сўрғичи (ФС) ўтказувчанлигининг тош ёки стеноз - торайишлар туфайли бузилишини ташхислашда ва даволашда, жарроҳлик амалиёти давомида қўлланиладиган барча усуллар ичида ишончли бўлиб ҳисобланади.

Мамлакатимизда аҳолининг ижтимоий ҳимояси ҳамда соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш, жумладан, беморлардаги соматик касалликлар, хусусан холедохолитиазлар ва магистрал ўт йўллари касалликлари билан оғриган беморларни холедохоскопик ташхислаш ва даволашга эътибор қаратилмоқда. Бу борада 2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш Стратегиясида кўрсатилган 7 та устувор йўналишнинг 4 - қисм 56 - мақсадида “...аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимлари потенциалини ошириш ва соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг 2022-2026 йилларга мўлжалланган дастурини амалга оширишга йўналтирилган комплекс чоратadbирларни такомиллаштириш...”³ вазифалари белгиланган. Ушбу вазифаларни бажариш беморларда холедохолитиаз касаллигини камайтириш ва сифатли тиббий хизмат кўрсатишда замонавий технологияларни қўллашни такомиллаштириш орқали касалланиш кўрсаткичлари ва унинг асоратларини камайтириш имконини берган.

¹ Аскарлов П.А., Хайитов Л.М. Эффективность интраоперационной фиброхоледохоскопии при лечении больных с холедохолитиазом // Экспериментал тадқиқотлар журнали.- Тошкент, 2023. – №7. –С.15-21.

² Yayun Xu, Jianfa Wang, Xubo Wu, Hui Jing, Shilong Zhang, Zhiqiu Hu, Longhua Rao, Qimeng Chang, Lishun Wang, Ziping Zhang. Gut microbiota alteration after cholecystectomy contributes to post-cholecystectomy diarrhea via bile acids stimulating colonic serotonin // Gut Microbes. 2023; 15(1).-P.2168101.

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида» ги Фармони

Мазкур диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон “Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлар тўғрисида”ги Фармони ҳамда мазкур фармонга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилган.

Тадқиқотнинг республикада фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мослиги. Ушбу тадқиқот иши Ўзбекистон Республикасида фан ва технологияларни ривожлантиришнинг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Хориж муаллифлари ва илмий изланувчиларининг тадқиқодларига кўра дунё бўйича 40 ёшгача бўлган аҳолининг 20% и да ҳамда 70 ёшдан катта бўлганларнинг эса 30% и да ўт йўлларида холедохолитиаз белгиларининг кузатилиши аниқланган. Холедохолитиазни ташхислаш ва даволаш усулларини такомиллаштириш, янги усулларни ишлаб чиқиш ва амалиётган тадбиқ қилиш ҳеч қачон ўз долзарблигини йўқотмасдан, долзарб муоммолардан бири бўлиб қолади (Atstupens K.et.al., 2020).

Ўт тош касаллиги 65 ёшгача бўлган эркаклар орасида 6,7% гача, аёлларда 14,6% гача ҳолларда учраса, 65 ёшдан катталарда бу кўрсаткич эркакларда 17,5% ни, аёлларда 27,7% ни ташкил қилади. Тахминан 60 ёшдан ошган аҳолининг тўртдан бири ва 70 ёшдан ошган аҳолининг учдан бири ўт тош касаллиги билан касалланади. Кўп йиллар давомида бутун дунёда ўт тош касаллиги одатдагидек, ёши катта инсонлар патологияси ҳисобланиб келинган лекин бугунги кунга келиб жуда кўплаб изланишлар натижасида ёшлар орасида ҳам барқарор ўсиш тенденцияси мавжудлиги таъкидланмоқда (Хаджибаев Ф.А. ва ҳаммулл., 2020).

Мамлакатимизда ўт тош касаллиги холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилишларини олдини олиш борасида қатор илмий - тадқиқот ишлари олиб борилмоқда. Холедохолитиаз (ХЛ), Фатер сўрғичи (ФС), яхши сифатли стенозлари (ЯСС), бутун дунёда лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭК), лапароскопик холедохолитотомия (ЛХЛТ), эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), лапароскопик холедоходуоденоанастомоз (ЛХДА) қўйиш орқали самарали даволаниш қайд қилинади (Арипова Н.Ў., 2021, Асқаров П.А., 2024).

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг илмий - тадқиқот ишлари режасига мавофиқ №011800230 «Инсоннинг жарроҳлик касалликларини ташхислаш ва даволашдаги янги ёндашувлар (2019-2022 йй.)» мавзуси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади. Холедохолитиазда магистрал ўт йўллари касалликлари билан асоратланган беморларни холедохоскопик ташхислаш ва даволаш натижаларини такомиллаштиришдан иборат бўлган.

Тадқиқотнинг вазифалари:

холедохолитиаз, холедох терминал қисми, Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилиши билан оғриган беморларда лапароскопик холецистэктомия жарроҳлик

амалиёти пайтида интраоперацион холедохоскопия ва холедохолитоэкстракция усулини такомиллаштириш;

холедохнинг терминал қисмининг торайиши ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлигининг бузилиши мавжуд бўлган беморларда холедохоскопик балонли дилатация ёрдамида холедох терминал қисмини кенгайтириш ҳамда ўт суюқлигини ўн икки бармоқли ичакка ўтказувчанлигини яхшилаш мақсадида стент қўйиш усулини қўллаш;

холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи торайишида холедохоскоп ёрдамида ўт суюқлигини ўн икки бармоқли ичакка ўтказувчанлигини яхшилаш ҳамда майда миграцияловчи конкрементларни тушишини таъминлаш, холедохда конкрементларни йиғилишини олдини олиш мақсадида Фатер сўрғичинининг кенгайтирилишида интраоперацион антеград папиллосфинктеротомия амалиётининг самарадорлигини аниқлаш;

тадқиқот гуруҳларида холедохолитиаз билан касалланган беморларни жарроҳлик даволашнинг бевосита ва узоқ муддатли натижаларини қиёсий баҳолаш;

холелитиаз, холедохолитиаз, механик сариқлик, йирингли холангит, умумий ўт йўли терминал қисми ва Фатер сўрғичи стенозининг оғир даражаларини интраоперацион холедохоскопик ташхислаш ва жарроҳлик даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2005-2023 йилларда Хоразм вилоятида холелитиаз ва унинг асоратлари холедохолитиаз, механик сариқлик, умумий ўт йўли терминал қисми, Фатер сўрғичи стенози ёки стриктураси ҳамда бошқа касалликлар билан стационар шароитда даволанган жами 275 нафар беморлар клиник – лаборатор, диагностик текширилган беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида холелитиаз ва унинг асоратлари холедохолитиаз, механик сариқлик, умумий ўт йўли терминал қисми, Фатер сўрғичи стенози ёки стриктураси билан даволанган беморларда интраоперацион холедохоскопик ташхислаш ва даволаш ўтказилган ва холедохоскопия қилинмаган беморларнинг операциядан кейинги яқин ва узоқ муддатдаги кўрсаткичлари, шифохонага қайта мурожаат қилганлик даражаларини клиник ва биохимиявий кўрсаткичларини баҳолаш материаллари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш учун холелитиаз ва унинг асоратлари яъни холедохолитиаз, механик сариқлик, умумий ўт йўли терминал қисми, Фатер сўрғичи стенози ёки стриктураси билан шифохонага ётқизилган беморларни баҳолашда клиник, лаборатор, инструментал, статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор лапароскопик ҳамда очик усулдаги жарроҳлик амалиёти пайтида интраоперацион ультра нозик 2,6 мм ли холедохоскопнинг қўлланилиши орқали холедохоскопик холедохолитоэкстракция техникаси такомиллаштирилган;

Фатер сўрғичини торайиши мавжуд бўлганда эндоскопик ретроград панкреатохолангиография ва эндоскопик попиллосфинктеротомия (ЭРПХГ+ЭПСТ) амалиётини амалга оширишни имконсиз бўлса, ошқозонда ўтказилган ҳар хил турдаги амалиётлар ўтказган беморларда холедохоскоп

ёрдамида ўт суюқлигини ўтказувчанлигини яхшилаш, майда миграцияловчи конкрементларни ўн икки бармоқли ичакка тушишини таъминлаш, холедоҳда конкрементларни йиғилишини олдини олиш мақсадида Фатер сўрғичини папиллотом ёрдамида интраоперацион антеград папиллосфинктеротомия асосланган;

илк бор холедоҳ терминал қисми торайиши мавжуд бўлган беморларда ретроград панкреатохолангиография ва эндоскопик попиллосфинктеротомия амалиётини амалга ошириш пайтидаги кузатилиши мумкин бўлган қон кетиш, панкреатит, перитонит, йирингли холангит, ҳар хил-турдаги ятрогениялар каби асоратларни олдини олиш мақсадида холедоҳоскопик балонли дилатация ёрдамида холедоҳ терминал қисмини кенгайтириш ҳамда ўт суюқлигини ўн икки бармоқли ичакка ўтишини яхшилаш мақсадида холедоҳ терминал қисмига стент қўйиш амалиёти асосланган;

холелитиаз ва унинг холедоҳолитиаз, механик сариқлик, йирингли холангит, умумий ўт йўли терминал қисми, Фатер сўрғичи стенози даражаларида минимал инвазив усуллардан фойдаланиш учун ташхислаш ва жарроҳлик даволаш алгоритми такомиллаштирилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

магистрал ўт йўлларида конкрементларни олиб ташлашнинг янги усули таклиф этилиб, бу анъанавий усуллардан арзонлиги, техник соддалиги ва бажарилиш тезлиги билан фарқ қилади, бу эса ўз навбатида холедоҳоскоп ёрдамида холедоҳолитозэкстракцияни осонлик билан амалга оширилишини кўрсатиб, махсус техникаларни талаб қилмайди, бу эса уни барча даражадаги тиббиёт муассасаларнинг жарроҳлик бўлимларида қўллаш имконини берган;

холедоҳ терминал қисмининг торайиши ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлигининг бузилиши бўлган беморларда ретроград панкреатохолангиография ва эндоскопик попиллосфинктеротомия, лапароскопик ҳамда очиқ усулдаги холецистэктомия амалиётларидан кейин кузатилиши мумкин бўлган қон кетиш, панкреатит, панкреанекроз, перитонит, йирингли холангит, холангиал абсцесс каби асоратларни олдини олиш мақсадида интраоперацион холедоҳоскопия қилиш орқали балонли дилатация ҳамда стент қўйиш холедоҳ терминал қисминининг ўтказувчанлигини яхшилаш билан бирга ўт суюқлигининг ўн икки бармоқли ичакка ўтишини таъминланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги: қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, текширилган беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотда қўлланилган замонавий ўзаро бир - бирини тўлдирувчи клиник, лаборатор, инструментал, статистик усуллар ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, холелитиаз, холедоҳолитиаз, холедоҳ терминал қисми ва Фатер сўрғичи торайиши, стриктуралари интраоперацион холедоҳоскопия амалиётини ўтказиш учун оптимал вариантларини коррекциялашда халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулосалар, олинган натижаларнинг ваколатли ташкилотлар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти биринчидан ультра нозик яъни 2,6

мм ўлчамдаги холедохоскоп ёрдамида магистрал ўт йўлларидаги ва жигар ички ўт йўлларидаги конкрементларни аниқлаш ҳамда аниқланган конкрементларни олиш учун фойдаланиш. Холедохолитиаз билан оғриган беморларни бир босқичли минимал инвазив жарроҳлик даволашда Лапароскопик ёки очик усулда холецистэктомия, холедохолитотомия, холецистотомия амалиётлари пайтида холедохоскопиядан фойдаланилганлиги билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларнинг амалий аҳамияти жарроҳлик амалиётида тавсия этилган ультра нозик холедохоскопиянинг афзалликлари замонавий тадқиқот усуллари ёрдамида клиник материалларда исботланган, уни қўллаш учун кўрсатмалар ва операция техникасини такомиллаштиради. Анъанавий усулдан устунликка эга бўлган минимал инвазив киришнинг янги модификациялари таклиф этилган бўлиб, холелитиаз ва унинг асоратлари яъни холедохолитиаз, механик сариклик, умумий ўт йўли терминал қисми, Фатер сўрғичи стенози ёки стриктураси билан оғриган беморларда минимал инвазив жарроҳлик даволаш усуллари танлаш мақсадида ташхислаш ва жарроҳлик даволаш алгоритмининг ишлаб чиқилганлиги амалий соғлиқни сақлаш учун муҳимлиги кўрсатиб берилганлиги билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий техник кенгашнинг илмий-тадқиқот ишлари натижаларини амалиётга татбиғи бўйича 2025 йил 15 январдаги 11/01 – сон хулосасига кўра:

биринчи илмий янгилик: илк мартаба, лапароскопик ҳамда очик усулдаги жарроҳлик амалиёти пайтида интраоперацион ультра нозик 2,6 ммлик холедохоскопнинг қўлланилиши орқали холедохоскопик холедохолитоэкстракция техникаси такомиллаштирилган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* лапароскопик ҳамда очик усулдаги жарроҳлик амалиёти пайтида интраоперацион ультра нозик 2,6 ммлик холедохоскопнинг қўлланилиши магистрал ўт йўлларидаги ва жигар ички ўт йўлларидаги конкрементларни аниқлаш ҳамда аниқланган конкрементларни олиш, бир босқичли минимал инвазив жарроҳлик даволаш натижасида беморлар рухий саломатлиги тез қайта тикланган ва эрта ташхислаш натижасида қайта шифохонага холедохолитиаз билан мурожаат қилиниши сон жихатдан камайган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* ультра нозик яъни 2,6 мм ўлчамдаги холедохоскоп ёрдамида магистрал ўт йўлларидаги ва жигар ички ўт йўлларидаги конкрементларни аниқлаш ҳамда аниқланган конкрементларни олиш усули бўйича олинган илмий натижалар қуйидаги соғлиқни сақлаш муассасаларида амалиётга тадбиқ этилган, булар жумласидан Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича (05.10.2023 йилдаги 142-И-сонли буйруғи) ва Қорақалпоғистон Республикаси У.Холмуратов номидаги кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича (26.10.2023 йилдаги 36-сонли буйруғи). *Ижтимоий самарадорлиги:* ультра нозик яъни 2,6 мм ўлчамдаги холедохоскоп ёрдамида магистрал ўт йўлларидаги ва жигар ички ўт йўлларидаги конкрементларни аниқлаш ҳамда аниқланган конкрементларни олиш усули беморларни шифохонага қайта мурожаат қилишини олдини олган ҳолда ташхислаш ва даволашга сарф қилиниши мумкин бўлган дори-дармон ва лаборатор текширув ва бошқа харажатларини камайтириш туфайли стационар

шароитда моддий харажатларини камайтиришга эришилди. *Иқтисодий самарадорлиги:* илк маротаба, лапароскопик ҳамда очик усулдаги жарроҳлик амалиёти пайтида интраоперацион ультра нозик 2,6 ммлик холедохоскопнинг қўлланилиши беморлар саломатлигининг тез қайта тикланиши ва асоратларнинг олдини олиш, ўлим кўрсаткичини камайтирган. *Хулоса:* ультра нозик яъни 2,6 мм ўлчамдаги холедохоскоп ёрдамида магистрал ўт йўлларидаги ва жигар ички ўт йўлларидаги конкрементларни аниқлаш ҳамда аниқланган конкрементларни олиш натижасида холедохолитиаз асорати, холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлигининг бузилиши кузатилган беморларни жарроҳлик усули билан даволашда интраоперацион холедохоскопиядан фойдаланиш натижасида холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилишининг аниқ даражалари аниқланди ҳамда бу адекват жарроҳлик усулини тўғри танлаш имкониятини берди, шу сабабли жарроҳлик даволаш натижалари даволаш учун сарфланадиган харажатлари қисқарган, беморларни такрорий шифокорларга мурожаат қилиши, касаллик рецидивланиши сусайган, бошқа қўшимча текширувлардан фойдаланмаслик хисобига иқтисод қилинган ва эрта аниқлаш орқали юзага келиши мумкин бўлган асоратларнинг олди олинди.

Иккинчи илмий янгилик: Фатер сўрғичини торайиши мавжуд бўлганда ретроград панкреатохолангиография ва эндоскопик попиллосфинктеротомия (ЭРПХГ+ЭПСТ) амалиётини амалга оширишни имконсиз бўлса, яъни катта дуоденал сўрғич дивертикул ичида жойлашганда, ошқозонда ўтказилган ҳар хил турдаги амалиётлар ўтказган беморларда холедохоскоп ёрдамида ўт суюқлигининг ўтказувчанлигини яхшилаш, майда миграцияловчи конкрементларни ўн икки бармоқли ичакка тушишини таъминлаш, холедохда конкрементларни йиғилишини олдини олиш мақсадида Фатер сўрғичини папиллотом ёрдамида интраоперацион антеград папиллосфинктеротомия самарадорлиги асосланган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* Фатер сўрғичининг торайиши мавжуд бўлган беморларда ретроград панкреатохолангиография ва эндоскопик попиллосфинктеротомия амалиётини амалга оширишни имкони бўлмаган ҳолатларда, яъни катта дуоденал сўрғич дивертикул ичида жойлашганда, ошқозонда ўтказилган ҳар хил турдаги амалиётлар ўтказган беморларда холедохоскоп ёрдамида ўт суюқлигини ўн икки бармоқли ичакка ўтказувчанлигини яхшилаш ҳамда майда миграцияловчи конкрементларни ўн икки бармоқли ичакка тушишини таъминлаш, холедохда конкрементларни йиғилишини олдини олиш мақсадида Фатер сўрғичини папиллотом ёрдамида интраоперацион антеград папиллосфинктеротомия амалиёти учун ишлаб чиқилган даволаш-профилактик алгоритмининг қўллаш орқали беморлар саломатлигини тез қайта тикланган ва эрта ташхислаш натижасида беморлар сон жихатдан камайган, ҳаёт сифати янгиланган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* Фатер сўрғичини торайиши мавжуд бўлган беморларда ретроград панкреатохолангиография ва эндоскопик попиллосфинктеротомия амалиётини амалга оширишни имкони бўлмаган ҳолатларда, яъни катта дуоденал сўрғич дивертикул ичида жойлашганда, ошқозонда ўтказилган ҳар хил турдаги амалиётлар ўтказган беморларда холедохоскоп ёрдамида ўт суюқлигини ўн икки бармоқли ичакка ўтказувчанлигини яхшилаш ҳамда майда миграцияловчи

конкрементларни ўн икки бармоқли ичакка тушишини таъминлаш, холедоҳда конкрементларни йиғилишини олдини олиш мақсадида Фатер сўрғичини папиллотом ёрдамида интраоперацион антеград папиллосфинктеротомия усули бўйича илмий натижалар соғлиқни сақлаш муассасаларида амалиётга тадбиқ этилган, булар жумласидан Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича (05.10.2023 йилдаги 142-И-сонли буйруғи) ва Қорақалпоғистон Республикаси Қорақалпоғистон Республикаси У.Холмуратов номидаги кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича (26.10.2023 йилдаги 36-сонли буйруғи). *Ижтимоий самарадорлиги:* Фатер сўрғичини торайиши мавжуд бўлган беморларда ретроград панкреатохолангиография ва эндоскопик попиллосфинктеротомия амалиётини амалга оширишни имкони бўлмаган ҳолатларда, яъни катта дуоденал сўрғич дивертикул ичида жойлашганда, ошқозонда ўтказилган ҳар хил турдаги амалиётлар ўтказган беморларда холедоҳоскоп ёрдамида ўт суюқлигини ўн икки бармоқли ичакка ўтказувчанлигини яхшилаш ҳамда майда миграцияловчи конкрементларни ўн икки бармоқли ичакка тушишини таъминлаш, холедоҳда конкрементларни йиғилишини олдини олиш мақсадида Фатер сўрғичини папиллотом ёрдамида интраоперацион антеград папиллосфинктеротомия амалиёти орқали касалликнинг рецедив шаклларга ўтиб кетиши олди олинади, қайта стационар даво олишга мухтож эмаслиги ҳисобига иқтисод қилишга эришилган. *Иқтисодий самарадорлиги:* Фатер сўрғичини торайиши мавжуд бўлган беморларда ретроград панкреатохолангиография ва эндоскопик попиллосфинктеротомия амалиётини амалга оширишнинг имкони бўлмаган ҳолатларда, яъни катта дуоденал сўрғич дивертикул ичида жойлашганда, ошқозонда ўтказилган ҳар хил турдаги амалиётлар ўтказган беморларда холедоҳоскоп ёрдамида ўт суюқлигини ўн икки бармоқли ичакка ўтказувчанлигини яхшилаш ҳамда майда миграцияловчи конкрементларни ўн икки бармоқли ичакка тушишини таъминлаш, холедоҳда конкрементларни йиғилишини олдини олиш мақсадида Фатер сўрғичини папиллотом ёрдамида интраоперацион антеград папиллосфинктеротомия амалиёти усули алгоритм бўйича комплекс даволаш харажатлар сметасига кўра бир даволаниш курсига кетадиган харажатлар 1 бемор ҳисобига бюджет маблағларини иқтисод қилиш имконини берган. *Хулоса:* Фатер сўрғичининг торайиши мавжуд бўлган беморларда ретроград панкреатохолангиография ва эндоскопик попиллосфинктеротомия амалиётини амалга оширишни имкони бўлмаган ҳолатларда, яъни катта дуоденал сўрғич дивертикул ичида жойлашганда, ошқозонда ўтказилган ҳар хил турдаги амалиётлар ўтказган беморларда холедоҳоскоп ёрдамида ўт суюқлигини ўн икки бармоқли ичакка ўтказувчанлигини яхшилаш ҳамда майда миграцияловчи конкрементларни ўн икки бармоқли ичакка тушишини таъминлаш натижасида даволаш учун сарфланадиган харажатлари қисқарган, беморларни такрор шифокорларга мурожаат қилиши, касаллик рецидивланиши сусайган, бошқа қўшимча текширувлардан фойдаланмаслик ҳисобига иқтисод қилинган ва эрта аниқлаш орқали юзага келиши мумкин бўлган асоратларнинг олди олинди.

Учинчи илмий янгилик: илк маротоба, холедоҳ терминал қисми торайиши мавжуд бўлган беморларда ретроград панкреатохолангиография+эндоскопик

попиллосфинктеротомия амалиётини амалга ошириш пайтидаги кузатилиши мумкин бўлган қон кетиш, панкреатит, перитонит, йирингли холангит, ҳар хил турдаги ятрогениялар каби асоратларни олдини олиш мақсадида холедохоскопик балонли дилатация ёрдамида холедох терминал қисмини кенгайтириш ҳамда ўт суюқлигини ўн икки бармоқли ичакка ўтишини яхшилаш мақсадида холедох терминал қисмига стент қўйиш амалиёти асосланган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* илк маротоба, холедох терминал қисми торайиши мавжуд бўлган беморларда ретроград панкреатохолангиография+эндоскопик попиллосфинктеротомия амалиётини амалга ошириш пайтидаги кузатилиши мумкин бўлган қон кетиш, панкреатит, перитонит, йирингли холангит, ҳар хил-турдаги ятрогениялар каби асоратларни олдини олиш мақсадида холедохоскопик балонли дилатация ёрдамида холедох терминал қисмини кенгайтириш ҳамда ўт суюқлигини ўн икки бармоқли ичакка ўтказувчанлигини яхшилаш мақсадида холедох терминал қисмига стент қўйиш амалиёти орқали кейинги специфик асоратларнинг ҳамда касалликнинг қайталанишини камайтиришга олиб келди. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* холедох терминал қисми торайиши мавжуд бўлган беморларда ретроград панкреатохолангиография ва эндоскопик попиллосфинктеротомия амалиётини амалга ошириш пайтидаги кузатилиши мумкин бўлган қон кетиш, панкреатит, перитонит, йирингли холангит, ҳар хил-турдаги ятрогениялар каби асоратларни олдини олиш мақсадида холедохоскопик балонли дилатация ёрдамида холедох терминал қисмини кенгайтириш ҳамда ўт суюқлигини ўн икки бармоқли ичакка ўтказувчанлигини яхшилаш мақсадида холедох терминал қисмига стент қўйиш усули бўйича илмий натижалар соғлиқни сақлаш муассасаларида амалиётга тадбиқ этилган, булар жумласидан Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича (05.10.2023 йилдаги 142-И-сонли буйруғи) ва Қорақалпоғистон Республикаси Қорақалпоғистон Республикаси У.Холмуратов номидаги кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича (26.10.2023 йилдаги 36-сонли буйруғи). *Ижтимоий самарадорлиги:* холедох терминал қисми торайиши мавжуд бўлган беморларда ЭРПХГ+ЭПСТ амалиётини амалга ошириш пайтидаги кузатилиши мумкин бўлган қон кетиш, панкреатит, перитонит, йирингли холангит, ҳар хил турдаги ятрогениялар каби асоратларни олдини олиш мақсадида холедохоскопик балонли дилатация ёрдамида холедох терминал қисмига стент қўйишнинг асосий вазифаси холедох терминал қисмини кенгайтириш ҳамда ўт суюқлигини ўн икки бармоқли ичакка ўтказувчанлигини яхшилашдан иборат. *Иқтисодий самарадорлиги:* 1 нафар беморни сақлаш харажатларидан келиб чиққан ҳолда амалга оширилди. 2023 йилда вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 1 беморга бир кунлик ётишга 226718 сўм сарфланди. Бир марта беморни ой давомида сақлаш учун 6801540 сўм талаб қилинади. *Хулоса:* холедох терминал қисми торайиши мавжуд бўлган беморларда ретроград панкреатохолангиография ва эндоскопик попиллосфинктеротомия амалиётини амалга ошириш пайтидаги кузатилиши мумкин бўлган қон кетиш, панкреатит, перитонит, йирингли холангит, ҳар хил турдаги ятрогениялар каби асоратларни олдини олиш мақсадида холедохоскопик балонли дилатация ёрдамида холедох терминал қисмига стент қўйиш орқали беморларни такрор шифокорларга мурожаат

қилиши, касаллик рецидивланиши сусайган, бошқа қўшимча текширувлардан фойдаланмаслик хисобига иқтисод қилинган ва касалликни эрта аниқлаш орқали юзага келиши мумкин бўлган асоратларнинг олди олинди.

Тўртинчи илмий янгилик: холелитиаз ва унинг холедохолитиаз, механик сариклик, йирингли холангит, умумий ўт йўли терминал қисми, Фатер сўрғичи стенози даражаларида минимал инвазив усуллардан фойдаланиш учун ташхислаш ва жарроҳлик даволаш алгоритми ишлаб чиқилган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* холелитиаз ва унинг холедохолитиаз, механик сариклик, йирингли холангит, умумий ўт йўли терминал қисми, Фатер сўрғичи стенози даражаларида минимал инвазив усуллардан фойдаланиш учун ташхислаш ҳамда жарроҳлик даволашни такомиллаштириш усули орқали илмий натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши холелитиазларда холедох терминал қисми ва ФС ўтказувчанлиги бузилишларини даволаш бўйича устувор аҳамиятга эга эканлигини баҳолаш асосида касалликнинг олдини олиш профилактик ва соғломлаштириш тадбирларини йўлга қўйиш орқали беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш кўникмаларини ҳосил қилиш имконини берди. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* холелитиаз ва унинг холедохолитиаз, механик сариклик, йирингли холангит, умумий ўт йўли терминал қисми, Фатер сўрғичи стенози даражаларида минимал инвазив усуллардан фойдаланиш учун ташхислаш ҳамда жарроҳлик даволашни такомиллаштириш усули бўйича илмий натижалар соғлиқни сақлаш муассасаларида амалиётга тадбиқ этилган, булар жумласидан Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича (05.10.2023 йилдаги 142-И-сонли буйруғи) ва Қорақалпоғистон Республикаси Қорақалпоғистон Республикаси У.Холмуратов номидаги кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича (26.10.2023 йилдаги 36-сонли буйруғи). *Ижтимоий самарадорлиги:* холелитиаз ва унинг холедохолитиаз, механик сариклик, йирингли холангит, умумий ўт йўли терминал қисми, Фатер сўрғичи стенози даражаларида минимал инвазив усуллардан фойдаланиш учун ташхислаш ҳамда жарроҳлик даволашни такомиллаштириш натижасида ушбу беморларни постхолецистэктомик синдром билан қайта шифохонага мурожаат қилишини олди олинади. *Иқтисодий самарадорлиги:* холелитиаз ва унинг холедохолитиаз, механик сариклик, йирингли холангит, умумий ўт йўли терминал қисми, Фатер сўрғичи стенози даражаларида минимал инвазив усуллардан фойдаланиш учун ташхислаш ҳамда жарроҳлик даволашни такомиллаштириш орқали постхолецистэктомик синдром билан қайта шифохонага мурожаат қилишини олдини олган ҳолда беморда моддий ва маънавий ҳамда иқтисодий зарар кўришини олдини олди. *Хулоса:* холелитиаз ва унинг холедохолитиаз, механик сариклик, йирингли холангит, умумий ўт йўли терминал қисми, Фатер сўрғичи стенози даражаларида минимал инвазив усуллардан фойдаланиш учун ташхислаш ҳамда жарроҳлик даволашни такомиллаштириш орқали ижтимоий, иқтисодий зарар ва беморларда қўшимча стресс, қайта шифохонага мурожаат қилишини олдини олди.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 9 та илмий - амалий анжуманларда, жумладан, 6 та халқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси

бўйича жами 25 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг таркиби ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хотима, хулоса, амалий тавсиялар, иловалар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 117 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида бажарилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати, тадқиқот мақсади, вазифалари, объекти ва предмети тавсифланган, тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари устувор йўналишларига мослиги, илмий янгилиги ва унинг амалий натижалари ўз ифодасини топган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти кўрсатилган, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилиниши, чоп этилган илмий ишлар ва диссертация таркибий тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Холедохолитиазларда магистрал ўт йўллари касалликларини холедохоскопик ташхислаш ва даволашга замонавий ёндашувлар (адабиётлар шарҳи)**» деб номланган биринчи бобида муайян тиббий-биологик муаммони ҳал қилиш учун замонавий илмий манбалар таҳлилидан фойдаланган ҳолда ушбу муаммони батафсил ўрганиш, тўлиқ ечимини топмаган саволларни аниқлаш ва шундан сўнг ушбу муаммони ҳал қилиш учун алоҳида эътибор қаратилган. Шу муносабат билан, ушбу бобда катталар популяциясида холедохолитиазларда магистрал ўт йўллари касалликларининг шаклланиши, ривожланиши, ташхисоти ва давосининг клиник-микробиологик, иммунологик жиҳатлари бўйича адабиётлар таҳлили маълумотларини холедохолитиазларда магистрал ўт йўллари касалликларинининг тарқалиши, таснифи ва кечиш хусусиятлари, ривожланишининг иммунологик жиҳатлари замонавий тадқиқотларнинг чуқур таҳлили ўтказилган шарҳлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Материал ва тадқиқот усуллари**» деб номланган иккинчи бобида 275 нафар беморларни иккита гуруҳга яъни асосий ва назорат гуруҳларига ажратилган. Шундан асосий гуруҳга кирган беморлар 144 (52,4%) нафарни ва назорат гуруҳига кирган беморлар 131 (47,6%) нафарни ташкил қилди. Холедохолитиаз, холедох терминал қисми (ХТҚ), Фатер сўргичи (ФС) ўтказувчанлиги бузилиши туфайли комплекс текширилган ҳамда интраоперацион холедохоскопия қилинган беморлар асосий гуруҳга киритилган бўлиб, 144 (52,4%) нафарни ташкил қилди. 18-44 ёш оралиғи 62 (22,5%); 45-59 ёш оралиғи 91 (33,1%) ва 60-74 ёш оралиғи 97 (35,3%); 75-90 ёш 25 (9,1%) нафарни ташкил қилди (1-жадвал).

1 - жадвал

Тадқиқотдаги беморларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши

Ёши	аёллар		эркаклар		Жами	
	абс	%	абс	%	абс	%
18-44	45	72,6	17	27,4	62	22,5

45-59	57	62,6	34	37,4	91	33,1
60-74	55	56,7	42	43,3	97	35,3
75-90	13	52	12	48	25	9,1
Жами	170	61,8	105	38,2	275	100

Асосий ва назорат гуруҳдаги беморларнинг клиник белгилари, клиник кўриниши оғириқ радиацияси кўшма касалликларининг тури ва сони, ҳамда бажарилган жарроҳлик операциялар турига ва уларнинг натижаларига қараб тақсимланиши келтирилган. Беморларимизнинг аксарияти механик сариклик белгилари билан (анамнезида ёки қабул қилинганларида аниқланган) ташриф буюрганларни ташкил қилади (2-жадвал).

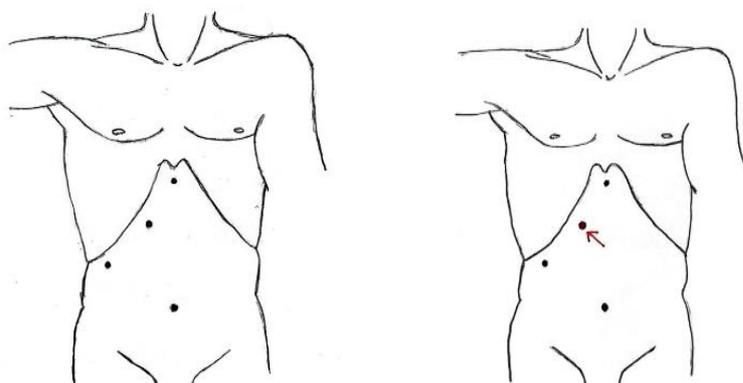
2-жадвал

Холедохолитиазда умумий ўт йўли терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлигининг бузилишидаги асосий клиник кўринишлари

№	Беморлардаги клиник белгилар	Сони					
		Асосий гуруҳ n=144		Назорат гуруҳ n=131		Жами n=275	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	Оғриқлар асосан	133	92,3%	103	78,9%	133	92,3%
А)	Ўнг қовурғи равоғи остида	90	62,5%	74	56,2%	90	62,5%
Б)	Эпигастрал соҳада	60	41,3%	54	41,1%	60	41,3%
В)	Қорининг юқори қисмида белбоғсимон оғриқ	62	43,3%	52	39,4%	62	43,3%
2.	Сариклик, аҳолик нажас	116	80,8%	82	62,9%	116	80,8%
3.	Диспепсия	123	85,6%	89	68,0%	123	85,6%
4.	Хуруж пайтида вақтинчалик гипертермия	75	51,9%	70	53,7%	75	51,9%
5.	Озиб кетиш	24	16,3%	23	17,6%	24	16,3%
6.	Ва бошқалар (терининг қичиши, бош оғриғи, йўтал, диатез ва бошқалар)	47	32,7%	42	31,9%	47	32,7%

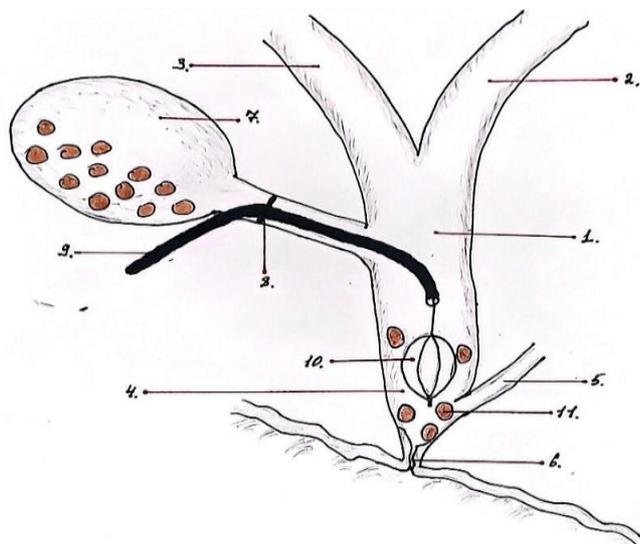
Диссертациянинг «Холедохолитиаз ва магистрал ўт йўллари касалликларини интраоперацион холедохоскопик ташхислаш ҳамда даволаш усули» деб номланган учинчи бобида инструментал лапароскопик холецистэктомия пайтида биз томонимиздан ишлаб чиқилган янги амалиёт усулларни қўллаш ёрдамида интероперацион холедохоскопия амалиётини амалга ошириш усулини ишлаб чиқиш ва клиник амалиётга жорий этишга ёрдам берди.

Расмда лапароскопик жамланмалар ёрдамида А-ЛХЭЖ пайтида, Б-ЛХЭЖ босқичида холедохоскопиядан фойдаланиш схематик тарзда кўрсатилган (қизил нуқта 5 мм троакар ёрдамида кириш жойини кўрсатади (1-расм).



1-расм. Лапароскопик холецистэктомия (А), интраоперацион холедохоскопия (Б) пайтида кириш нуқталари.

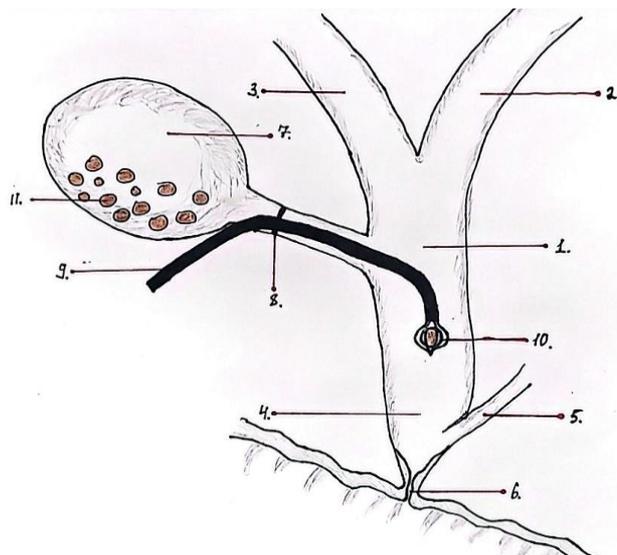
Қуйидаги расмда холедохоскопнинг ўт қопи йўли орқали тахминан 3 мм атрофида кесилиб, киритилиш жараёнида холедох терминал қисмида тошларнинг жойлашиши, холедохоскоп орқали Дормиа саватчасини киритилиши ҳамда холедохоскопнинг визуал тазорати остида умумий ўт йўли ва терминал қисмидаги тошларнинг кўриниши кўрсатилган (2-расм).



2-расм. Холедохоскопнинг ўт қопи йўли орқали тахминан 3 мм атрофида кесилиб, киритилиш жараёнида холедох терминал қисмида тошларнинг жойлашиши кўрсатилган.

1-умумий ўт йўли, 2-чап томонлама жигар ички ўт йўли, 3-ўнг томонлама жигар ички ўт йўли, 4-холедох терминал қисми,

5 – ошқозон ости бези йўли, 6 – Катта дуоденал сўрғич, 7-ўт қопи, 8-ўт қопи йўли орқали холедохоскоп киритилиши, 9-холедохоскоп, 10-Дормиа саватчаси, 11-холедох терминал қисмидаги тошларнинг жойлашиши.

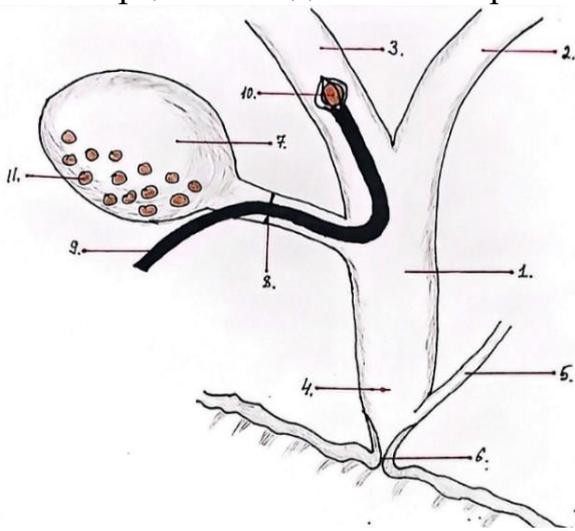


3-расм. Холедохоскопнинг визуал назорати остида ўт қопи йўли орқали тахминан 3 мм атрофида кесилиб, холедох терминал қисмидаги тошларни Дормиа саватчаси ёрдамида олиш жараёни кўрсатилган.

1-умумий ўт йўли, 2-чап томонлама жигар ички ўт йўли, 3-ўнг томонлама жигар ички ўт йўли, 4-холедох терминал қисми, 5-ошқозон ости бези йўли, 6-Катта дуоденал сўрғич, 7-ўт қопи, 8-ўт қопи йўли орқали холедохоскоп киритилиши, 9-холедохоскоп, 10-Дормиа саватчасига тошларнинг жойлашиши, 11-ўт қопида тошларнинг жойлашиши.

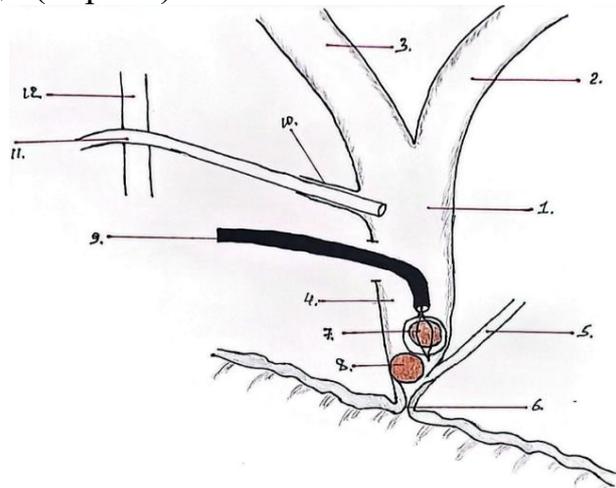
Холедохоскопнинг ўт қопи йўли орқали тахминан 3 мм атрофида кесилиб, холедохоскопнинг визуал назорати остида ишчи йўли орқали Дормиа саватчаси ёрдамида умумий ўт йўли ва терминал қисмидаги тошларнинг олиниш жараёни кўрсатилган (3-расм). Холедохоскопнинг ўт қопи йўли орқали тахминан 3 мм атрофида кесилиб, киритилиш жараёнида холедохоскопнинг визуал назорати остида ишчи йўли орқали Дормиа саватчаси ёрдамида жигар ички ўт йўлларида тошларнинг олиниш жараёни кўрсатилган (4-расм).

Агарда холедохоскопик ревизияда конкремент ўлчами 4 ммдан катта бўлса яъни ўт қопи бўйинчаси орқали олишни имкони бўлмаса ва магистрал ўт йўллариининг диаметри 1см ва ундан ҳам катта бўлган тақдирда магистрал ўт йўлларидаги тошларнинг ўлчамидан келиб чиққан ҳолда 1 смгача холедохотомик кесма орқали холедохоскоп киритилади (5–расм).



4–расм. Холедохоскопнинг визуал назорати остида жигар ички ўт йўлларида тошларни Дормиа саватчаси ёрдамида олиш жараёни кўрсатилган.

1–умумий ўт йўли, 2–чап томонлама жигар ички ўт йўли, 3–ўнг томонлама жигар ички ўт йўли, 4–холедох терминал қисми, 5–ошқозон ости бези йўли, 6–Катта дуоденал сўрғич, 7–ўт қопи, 8–ўт қопи йўли орқали холедохоскоп киритилиши, 9–холедохоскоп, 10–Дормиа саватчасига тошларнинг жойлашиши, 11–ўт қопида тошларнинг жойлашиши.



5–расм. Холедохотомик кесма орқали холедохоскопнинг визуал назорати остида холедох терминал қисмидаги катта ўлчамдаги тошларни Дормиа саватчаси ёрдамида олиш жараёни кўрсатилган.

1–умумий ўт йўли, 2–чап томонлама жигар ички ўт йўли, 3–ўнг томонлама жигар ички ўт йўли, 4–холедох терминал қисми, 5–ошқозон ости бези йўли, 6–Катта дуоденал сўрғич, 7–Дормиа саватчасига тошларнинг жойлашиши, 8–холедох терминал қисмидаги катта хажмдаги тош, 9–холедохоскоп, 10–ўт қопи чўлтоғи, 11–ўт қопи чўлтоғи орқали умумий ўт йўлига қўйилган найча, 12–қорин девори.

Дормиа саватчаси тутқичи ёрдамида жигар ички ва магистрал ўт йўлларида холедохоскопнинг визуал назорати остида тошлар тутқичга ушлаб, тортиб олиб, умумий ва магистрал ўт йўлларидаги тошларни ўлчамини инобатга олган ҳолда тошлар ўт қопи бўйинчасидан ёки холедохотомик кесма орқали механик равишда чиқарилади. Видео лапароскоп назорати остида холедохдаги тошлар махсус идишга жойлаштирилади ёки қисқич билан чиқарилади.

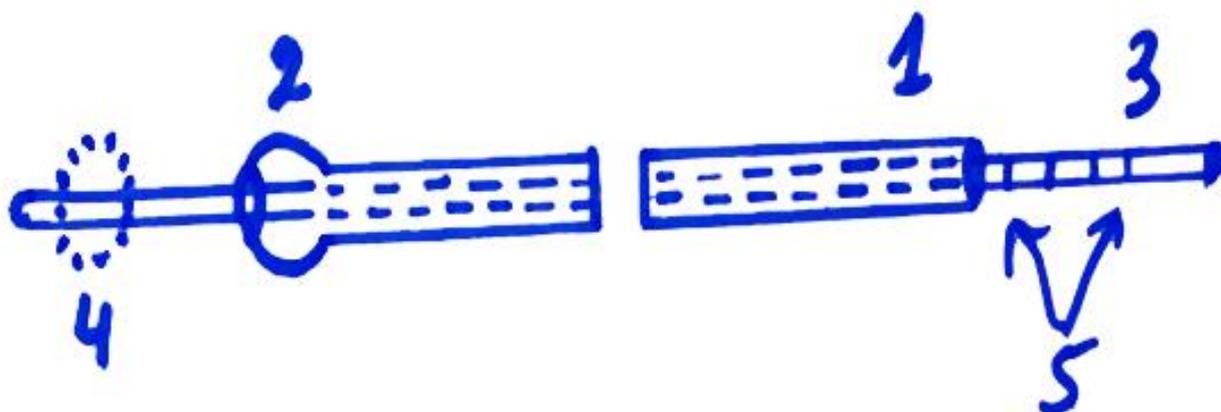
Ушбу касаллик билан мурожаат қилган беморларда ўтказиладиган клиник лаборатор, УТТ, КТ, ЭРПХГ, МРТ холангиография, трансиллюминация, холедохоскопия каби текшириш усуллари ҳар доим ҳам ФССнинг аниқ ташхисини ва айниқса унинг даражасини аниқлашнинг имконини бермайди.

Бу муаммони фақат махсус қурилма-биз биринчи марта таклиф қилган балон катетери (А. S. 1187787) ёрдамида ҳал қилиш мумкин, яъни у ёрдамида деярли ҳар доим аниқ таъхисни айниқса Фатер сўрғичи стенозини даражаларини тўлиқ аниқлаш имконини беради. Шунинг учун биз холелитиазда ва унинг мураккаб асоратларидан бири бўлган Фатер сўрғичи стенозини даражасини аниқлашнинг янги содда, тезроқ, арзонроқ усулини ишлаб чиқишга қарор қилдик. Ушбу таклиф қилинаётган қурилма ёрдамида холелитиазда ва унинг мураккаб асоратлари билан муурожаат қилган беморларда Фатер сўрғичи стенозини аниқлаш учун ишлатилиши мумкин.

Фойдали моделнинг мақсади холелитиаз билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш, Фатер сўрғичи стенози даражасини аниқлаш орқали жарроҳликнинг янада адекват турини танлаш имконини беришдан иборат бўлган.

Фойдали моделнинг вазифаси. Холелитиазларда Фатер сўрғичи стенозини даражасини аниқлашнинг янги усулини ишлаб чиқиш.

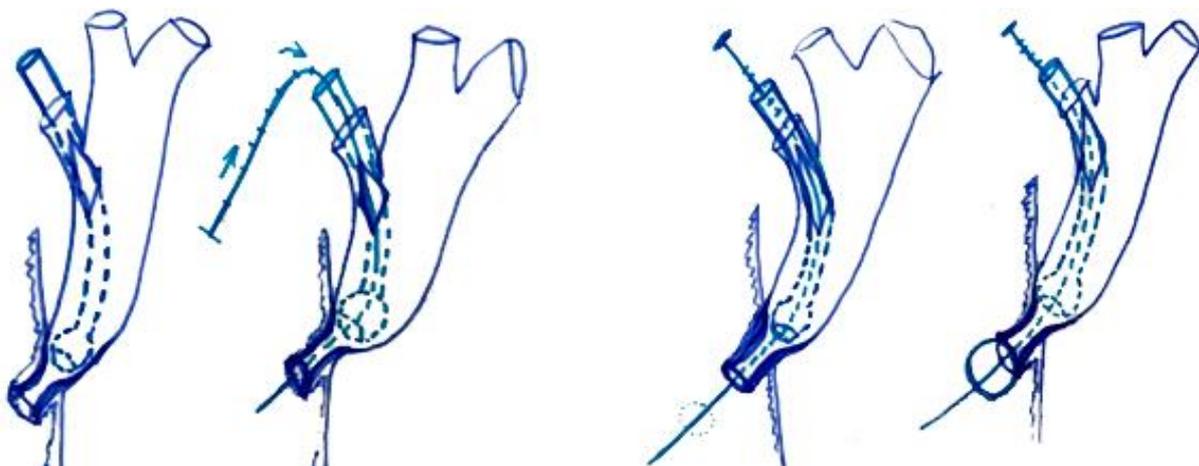
Фойдали модел вазифасининг бажарилганлик даражаси. Махсус қурилмани ишлаб чиқиш, холелитиазларда ва унинг турли хил мураккаб асоратларида Фатер сўрғичи стенози даражасини аниқлашда фойдаланиш усулини ишлаб чиқиш орқали ҳал қилинди.



6-расм. Фатер сўрғичининг стеноз даражасини аниқловчи қурилма

Бу қурилма (6,7-расмлар) эластик рангсиз зондсимон катетер. 1. зайтун меваси шаклида шишириладиган зонд. 2. ҳаракатлаувчи катетер. 3. Катетер балони.

4. (балон катетер) катетер проксимал қисми. 5. ўлчов шкаласи.



7-расм. ФСС даражасини аниқлаш учун яратилган қурилмадан фойдаланишнинг схематик кўриниши. А,Б,В,Г фойдаланиш босқичлари.

Диссертациянинг «Холедохолитиазда магистрал ўт йўллари касалликлари билан асоратланган беморларни холедохоскопик ташхислаш ва даволаш натижаларини қиёсий таққослаш ҳамда клиник хусусиятлари» деб номланган тўринчи бобида асосий гуруҳдаги холедохолитиаз, механик сариқлик, умумий ўт йўли ва Фатер сўрғичи стенози касалликлари билан мурожаат қилган 144 нафар беморларнинг 94 (65,3%) нафари аёллар, эркаклар 50 (34,7%) нафарни ташкил қилди. Асосий гуруҳдаги 144 нафар беморлар 2005 йилдан 2023 йилгача бўлган шифохонада даволаниб чиққан беморлар ичидан саралаб олинди. Шифохонанинг жарроҳлик бўлимларига қабул қилингандан сўнг, барча беморлар мавзу бўйича олинган натижалардан фойдаланган ҳолда тўлиқ текширилди, дастлабки ташхислар келтирилган (3-жадвал).

3-жадвал

Асосий гуруҳга киритилган беморларда аниқланган касаллик турларига асосан ташхислаш

№	Жарроҳлик бўлимига қабул қилинган беморларнинг патологик жараёнининг хусусиятлари	Касалликлар сони	Касалликлар фоизи %	р
1	ЎТК. Сурункали тошли холецистит. Холедохолитиаз	135	(49,1±3,01%)	p>0,01
2	ЎТК. Сурункали тошли холецистит. Холедохолитиаз. Механик сариқлик	108	(39,3±2,94%)	p>0,05
3	ЎТК. Сурункали тошли холецистит. Холедохолитиаз. Механик сариқлик. Йирингли холангит	9	(3,3±1,07%)	p>0,05
Жами		252	(91,6±1,67%)	p>0,05

Асосий гуруҳдаги қабул қилинган барча беморлар зарур диагностик ва инструментал текширувлардан ўтказилди ва қуйидаги амалиётлар амалга оширилди (4-жадвал).

4-жадвал

Асосий А,Б,В гуруҳга кирувчи беморларини жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлили

№	Операция турлари	Сони	%	р
А	Лапароскопик интраоперацион холедохоскопия, холецистэктомия, санация	45	16,4±2,23	p<0,001
Б	Лапаротомия, холецистэктомия, интраоперацион холедохоскопия, холедохолитотомия, ХДА	56	20,4±2,43	p<0,001
В	Лапаротомия, холецистэктомия, интраоперацион холедохоскопия, холедохолитотомия, ташқи найчалаш	43	15,6±2,19	p<0,001

Жами	144	52,4±3,01	p<0,001
------	-----	-----------	---------

Асосий гуруҳга кирувчи беморларда операциядан олдинги ва кейинги давр динамикаси ҳамда келтирилган клиник, биохимик ва лаборатор таҳлилларни таҳлил қилиш орқали баҳоланди (5-жадвал).

5-жадвал

Асосий гуруҳ беморларида операциядан кейинги лаборатор таҳлиллар динамикаси

Кўрсаткичлар	1-кун	3 кун	5 кун	Натижа	р
Гемоглабин	86,53±0,56	87,4±0,57	87,49±0,60	87,4±0,60	p<0,001
Лейкоцит	6,65±0,21	6,65±0,21	6,72±0,21	6,62±0,21	p<0,01
Эоинофил	2,22±0,03	2,33±0,03	2,33±0,03	2,33±0,03	p<0,01
СОЭ	13,52±0,43	13,7±0,41	13,44±0,41	13,4±0,41	p<0,01
АЛТ	100,18±4,5	97,6±3,36	56,56±1,1	56,52±1,1	p<0,001
АСТ	55,99±1,87	51,76±3,1	35,86 ±0,9	35,86±0,9	p<0,001
Билирубин умумий	49,94±2,99	54,36±2,5	37,17±1,23	36,76±1,23	p<0,001
Билирубин боғланган	49,77±4,19	53,58±3,3	34,37±1,92	33,34±1,9	p<0,001
Билирубин эркин	20,7±0,59	22,36±1,0	18,43±0,45	18,56±0,4	p<0,001
Қондаги қанд миқдори	5,49±0,08	5,71±0,12	5,81±0,12	5,8±0,12	p<0,01
Диастаза	70,97±5,05	70,14±5,1	69,7±5,05	69,8±5,05	p<0,01
Умумий оқсил	70,53±0,32	70,38±0,3	71,02±0,32	71,15±0,3	p<0,01

Эслатма: * операциядан олдин кўрсаткичлар билан операциядан кейинги кўрсаткичларнинг фарқи ва ишончлилик даражаси p<0,01дан p<0,001 гача кузатилди.

Операциядан кейинги даврда асосий гуруҳнинг барча беморлари мураккаб яллиғланишга қарши, антибактериал, антиферментал, дезинтоксикацион, тромбоземболияни олдини олиш мақсадида даво муолажаларини олдилар. Очиқ ва Лапароскопик усулда операция қилинган беморларни ўт йўлларида қўйилган дренаж найчаларда чиқаётган сафро миқдори алоҳида текширилиб ўлчаниб борилди.

2005 йилдан 2023 йилгача ётқизилган беморларда назорат А,Б,В гуруҳга кирувчи беморларини жарроҳлик даволаш ўтказилган натижалар таҳлили (6-жадвал).

Назорат гуруҳга кирувчи беморларда операциядан олдинги ва кейинги давр динамикаси ҳамда келтирилган клиник, биохимик ва лаборатор таҳлилларни таҳлил қилиш орқали баҳоланди (7-жадвал).

6-жадвал

Назорат А, Б, В гуруҳга кирувчи беморларини жарроҳлик даволаш натижаларининг таҳлили

№	Операция турлари	Сони	%
А	Лапароскопик холецистэктомия, холедохолитотомия, ташқи найчалаш	65	(23,6±2,56)
Б	Лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, ХДА	31	(11,3±1,91)
В	Лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия,	35	(12,7±2,01)

ташқи найчалаш		
Жами	131	47,6±3,01

7-жадвал

Назорат гуруҳ беморларида операциядан кейинги лаборатор тахлиллар динамикаси

Кўрсаткичлар	1-кун	3 кун	5 кун	Натижа
Гемогабин	84,18±1,45	84,77±1,5	85,77±1,42	86,02±1,4
Лейкоцит	6,89±0,34	6,9±0,34	6,84±0,34	6,82±0,34
Эозинофил	2,48±0,22	2,54±0,22	2,54±0,22	2,54±0,22
СОЭ	13,78±0,95	14,53±1,0	14,51±1,04	14,51±1,0
АЛТ	104,6±7,7	107,5±8,4	104,3±7,8	104,3±7,8
АСТ	73,58±7,25	68,35±6,5	72,74±11,0	64,31±6,3
Билирубин умумий	78,41±9,68	77,35±8,7	77,93±9,18	77,93±9,2
Билирубин боғланган	66,93±8,42	61,2±7,76	67,17±8,55	67,17±8,5
Билирубин эркин	33,7±3,94	33,7±1,0	30,55±3,17	30,55±3,2
Қондаги қанд миқдори	5,95±0,29	5,81±0,27	5,66±0,27	5,66±0,27
Диастаза	116,8±12,7	120,0±12,8	117,7±13,0	117,7±13,0
Умумий оқсил	70,07±0,59	70,65±0,57	70,7±0,55	70,71±0,58

Эслатма: * операциядан олдин кўрсаткичлар билан операциядан кейинги кўрсаткичларнинг фарқи кузатилди.

Операциядан кейинги даврда назорат гуруҳнинг барча беморлари мураккаб яллиғланишга қарши, антибактериал, антиферментал, дезинтоксикацион, тромбоемболияни олдини олиш мақсадида даво муолажаларини олдилар. Очик ва Лапароскопик усулда операция қилинган беморларни ўт йўлларида қўйилган дренаж найчаларда чиқаётган сафро миқдори алоҳида текширилиб ўлчаниб борилди.

ХУЛОСА

1. Холедохолитиаз, холедох терминал қисми, Фатер сўрғичи ўтказувчанлигининг бузилиши билан мурожаат қилган беморларни лапароскопик ҳамда очик усулда жарроҳлик амалиёти пайтида 2,6 ммлик холедохоскоп ёрдамида интраоперацион холедохоскопик кўрув ва санация қилиш орқали асосий гуруҳдаги 144 нафар (100%) беморларда умумий ва жигар ички ўт йўлларида қолдиқ тошларни қолиб кетиши ва беморларда постхолецистэктомик синдромнинг ривожланишини олдини олди.

2. Холедох терминал қисмининг торайиши ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлигининг бузилиши бўлган беморларда РПХГ+ЭПСТ, лапароскопик ва очик усулдаги холецистэктомия амалиётларидан кейин кузатилиши мумкин бўлган қон кетиш, панкреатит, панкреанекроз, перитонит, йирингли холангит, холангиал абсцесс каби асоратларни олдини олиш мақсадида интраоперацион холедохоскопия қилиш орқали балонли дилатация ҳамда стент қўйиш холедох терминал қисмининг ўтказувчанлигини яхшилади ва ўт суюқлигининг ўн икки бармоқли ичакка ўтишини таъминлайди.

3. Холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи торайиши мавжуд бўлган беморларда РПХГ+ЭПСТ амалиётини амалга оширишни имкони бўлмаган

ҳолатларда яъни катта дуоденал сўрғич дивертикул ичида жойлашганда, ошқозонда ўтказилган ҳар хил турдаги амалиётлар ўтказган беморларда холедохоскоп ёрдамида ўт суюқлигини ўн икки бармоқли ичакка ўтказувчанлигини яхшилаш ҳамда майда миграцияловчи конкрементларни ўн икки бармоқли ичакка тушишини таъминлаш, холедоҳда конкрементларни йиғилишини олдини олиш мақсадида Фатер сўрғичини интраоперацион антеград папиллосфинктеротомия орқали кенгайтириш холедоҳда конкрементларни йиғилишини олдини олишга олиб келди.

4. Тадқиқот гуруҳларининг даволаш натижаларини қиёсий тахлили холедоҳолитиаз, холедоҳ терминал қисми, Фатер сўрғичи торайиши билан мурожаат қилган беморларни холедоҳоскопик ташхислаш ва жарроҳлик даволаш натижалари жарроҳлик амалиётидан кейинги специфик асоратларнинг ҳамда касаликнинг қайталанишини камайтиришга олиб келди.

5. Холелитиаз, холедоҳолитиаз, механик сариқлик, йирингли холангит, умумий ўт йўли терминал қисми ва Фатер сўрғичи стенозининг оғир даражаларида интраоперацион холедоҳоскопик ташхислаш ва каминвазив жарроҳлик амалини қўллаш учун ишлаб чиқилган алгоритм, ушбу касалликни даволашда кузатиладиган асоратларни ҳамда ПХЭС билан шифоҳонага қайта мурожаат қилишни, қўшимча стресс, депрессияга тушиш, ортиқча иқтисодий ва маънавий йўқотишларни олдини олишга имкон берган.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSC.04/27.09.2024.Tib.93.03 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНА**

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

ПИРМАТОВ ШЕРЗОД ШАРИПОВИЧ

**ХОЛЕДОХОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ**

14.00.27 – Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам**

Бухара – 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за номером № В2022.2.PhD/Tib2904.

Диссертация выполнена в Ташкентском государственном медицинском университете.

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

Научный руководитель:	Янгибаев Зариббай доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Сафоев Бақодир Барноевич доктор медицинских наук, профессор Лигай Руслан Ефимович доктор медицинских наук (DSc)
Ведущая организация:	Таджикистанский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино (Республика Таджикистан)

Защита диссертации состоится «28 октябрь 2025 г. в 14⁰⁰ часов на заседании Научного совета по присуждению ученых степеней DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 при Бухарском государственном медицинском институте. (Адрес: 200126, г. Бухара, ул.Гиждуванская, 23., Тел.: (+998-95) 911-00-50. e-mail: info@bsmi.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована под № 76). (Адрес: 200126, г. Бухара, ул. Гиждуванская, 23).

Автореферат диссертации разослан «17 октябрь 2025 г.
(Протокол реестра № 44 от «17 октябрь 2025 г.)



Ш.Т. Уроков
Председатель Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Н.Н. Казакова
Ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук (DSc), доцент

Б.З. Хамдамов
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. В последние годы среди населения наблюдается рост случаев холедохолитиаза среди заболеваний пищеварительного тракта, что является причиной медико-социальных, экономических проблем. В частности, эта патология занимает особое место в появлении сложности диагностики и лечения. Как было определено, «...исследования, проведенные за последние 20 лет, показали, что холедохолитиаз наблюдается у до 31% существующих пациентов, а в сочетании с различными заболеваниями - до 42%...»⁴. В то же время «... преобладание холедохолитиаза у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, а также наблюдение у пациентов от 78,3% до 95,3% свидетельствует о распространенности патологии...»⁵. Это состояние отличается тем, что начальные стадии патологии проходят без четких клинических признаков, без возможности получения достаточных данных об изменениях как клинических, так и лабораторных анализов, отсутствием единых этиологических взглядов у специалистов. Приведенные причины указывают на необходимость совершенствования методов лечения и профилактики этой медицинской проблемы.

Подчеркнута важность практики холедохоскопической диагностики и лечения среди методов обследования заболеваний магистральных желчных протоков при холедохолитиазе в мировом масштабе. Метод объективной диагностики и лечения с использованием этого метода в настоящее время не применяется широко не только в странах Центральной Азии, но даже в мировом масштабе. Именно этот метод считается надежным при диагностике и лечении нарушений проходимости холедохолитиаза, терминальной части холедоха (ХТQ) и фатеровой присоски (FS) из-за камней или стенозирующего сужения, в рамках всех методов, используемых во время хирургической процедуры.

В нашей стране основное внимание уделяется совершенствованию социальной защиты населения и системы здравоохранения, включая холедохоскопическую диагностику и лечение пациентов с соматическими заболеваниями, в частности холедохолитиазами и заболеваниями магистральных желчных протоков. В связи с этим частью 4 из 7 приоритетов, обозначенных в Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы, является 56-я цель «...реализация комплексных мер, направленных на реализацию на 2022-2023 годах программы развития системы здравоохранения, охраны здоровья населения и повышения потенциала медицинских работников ...»⁶ Выполнение этих задач позволило снизить заболеваемость и ее осложнения у пациентов за счет снижения заболеваемости холедохолитиазом и совершенствования использования

⁴ Аскарлов П.А., Хайитов Л.М. Эффективность интраоперационной фиброхоледохоскопии при лечении больных с холедохолитиазом // Экспериментал тадқиқодлар журнали.- Тошкент, 2023. – №7. –С.15-21.

⁵ Yayun Xu, Jianfa Wang, Xubo Wu, Hui Jing, Shilong Zhang, Zhiqiu Hu, Longhua Rao, Qimeng Chang, Lishun Wang, Ziping Zhang. Gut microbiota alteration after cholecystectomy contributes to post-cholecystectomy diarrhea via bile acids stimulating colonic serotonin // Gut Microbes. 2023; 15(1).-P.2168101.

⁶ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида» ги Фармони

современных технологий при оказании качественных медицинских услуг.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит реализации задач, поставленных в Указе Президента Республики Узбекистан от 12 ноября 2020 года № УП- 6110 "О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ " и других нормативно- правовых актах, связанные с настоящим указом.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий в республике. Данная научно-исследовательская работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий в Республике Узбекистан VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Согласно исследованиям зарубежных авторов и научных исследователей, симптомы холедохолитиаза в желчных протоках наблюдались у 20% жителей мира в возрасте до 40 лет и у 30% лиц старше 70 лет. Совершенствование диагностики и лечения холедохолитиаза, разработка новых методов и практика внедрения никогда не утрачивают своей актуальности останутся одним из наиболее актуальных проблем (Atstupens K. et.al., 2020).

Желчнокаменная болезнь встречается у 6,7% мужчин в возрасте до 65 лет, у женщин - в 14,6% случаев, в то время как у взрослых старше 65 лет этот показатель составляет 17,5% у мужчин и 27,7% у женщин. Около четверти населения старше 60 лет и треть населения старше 70 лет страдают желчнокаменной болезнью. В течение многих лет желчнокаменная болезнь считалась патологией пожилых людей, как это принято во всем мире, но по сей день, в результате огромного количества изысканий, она обладает тенденцией к неуклонному росту даже среди молодежи (Хаджибаев Ф.А. и Хаммулл., 2020).

В нашей стране проводится ряд научно-исследовательских работ по профилактике нарушений проводимости терминального отдела холедоха и Фатеровой присоски при желчнокаменной болезни. Эффективное лечение подтверждается проведением операций по лечению холедохолитиаза (ХЛ), Фатерового присоска (ФС), стенозов хорошего качества (СХК), лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭК), лапароскопической холедохолитотомии (ЛХЛТ), эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПС), лапароскопических холедоходуоденоанастомозов (ЛХДА) по всему миру (Арипова Н.О., 2021 г., Аскарлов П.А., 2024).

Связь темы диссертации с планом научно-исследовательских работ высшего учебного заведения. Выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено по плану научно-исследовательской работы Ташкентской медицинской академии в рамках темы №011800230 «Новые подходы к диагностике и лечению хирургических заболеваний человека (2019-2022 гг.)».

Целью исследования было совершенствование результатов холедохоскопической диагностики и лечения пациентов с осложнениями

заболеваний магистральных желчных протоков при холедохолитиазе.

Задачи исследования:

совершенствование метода интраоперационной холедохоскопии и холедохолитоэкстракции при лапароскопической холецистэктомии в период хирургической практики у пациентов с холедохолитиазом, терминальным отделением холедоха, нарушением проводимости через Фатерова сосочка;

у пациентов с сужением терминального отдела холедоха и нарушением Фатерова сосочек проводимости желчного пузыря возможно применение холедокоскопической баллонной дилатации, применение метода введения стента с целью расширения терминального отдела холедоха и улучшения проницаемости желчи в двенадцатиперстную кишку;

определение эффективности практики интраоперационной антеградной папиллосфинктеротомии при сужении Фатерова сосочек с целью предотвращения скопления конкрементов в холедохе, обеспечения попадания мелких мигрирующих конкрементов и улучшения проходимости желчи в двенадцатиперстную кишку с помощью холедохоскопа при сужении терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка;

сравнительная оценка непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с холедохолитиазом в контрольных группах;

разработка алгоритма интраоперационной холедохоскопической диагностики и хирургического лечения холедохолитиаза, механической желтухи, гнойного холангита, патологии терминального отдела холедоха и стеноза Фатерова сосочки.

Объект исследования: в 2005-2023 годах в Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр поступило в общей сложности 275 пациентов, находившихся на стационарном лечении с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями, холедохолитиаз, механическая желтуха, стеноз или стриктура Фатерова сосочка, с которыми были проведены клинико-лабораторные, диагностические исследования.

Предмет исследования: Пациентам, получавшим лечение с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями, холедохолитиаз, механическая желтуха, стеноз или стриктура Фатерова сосочки, были проведены интраоперационная холедохоскопическая диагностика и лечение, а также получены материалы для оценки клинических и биохимических показателей послеоперационного непосредственного и отдаленного периода у пациентов, которым не проводилась холедохоскопия, частоты повторного направления в больницу.

Методы исследования. При обследовании госпитализированных пациентов с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями, такими как холедохолитиаз, механическая желтуха, терминальная часть общего желчного протока, стеноз или стриктура Фатера, были использованы клинические, лабораторные, инструментальные, статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующих:

впервые, усовершенствована техника холедохоскопической холедохолитоэкстракции применением интраоперационного ультратонкого 2,6-

миллиметрового холедохоскопа во время первой операции как лапароскопическим, так и открытым методом;

оценена эффективность практики интраоперационной антеградной папиллосфинктеротомии при сужении Фатерова сосочка с целью предотвращения скопления конкрементов в холедохе, обеспечения попадания мелких мигрирующих конкрементов в двенадцатиперстную кишку и улучшения проницаемости желчной жидкости для двенадцатиперстной кишки с помощью холедохоскопа у пациентов при сужении терминальной части холедоха и Фатерова сосочка, которым были выполнены различные виды операций на желудке, в тех случаях, когда невозможно провести процедуру ретроград панкреатохолангиография и эндоскопик попиллосфинктеротомия (ЭРПХГ+ЭПСТ), то есть когда большая присоска двенадцатиперстной кишки расположена внутри дивертикула;

впервые применена практика стентирования терминального отдела холедоха с целью улучшения проходимости желчи для желчевыводящих путей, а также расширения терминального отдела холедоха с помощью холедохоскопической баллонной дилатации с целью предотвращения таких осложнений, как наблюдаемое кровотечение, панкреатит, перитонит, гнойный холангит, различного рода ятрогении у пациентов с сужением терминального отдела холедоха, во время осуществления практики ретроград панкреатохолангиография и эндоскопик попиллосфинктеротомия;

разработан алгоритм диагностики и хирургического лечения с применением малоинвазивных методов на уровнях желчнокаменной болезни и холедохолитиаза, механической желтухи, гнойного холангита, терминального отдела общих желчевыводящих путей, стеноза Фатерова сосочка.

Практические результаты исследования:

предложен новый способ удаления конкрементов из магистралей, который отличается от традиционных методов низкой стоимостью, технической простотой и скоростью выполнения, что, в свою очередь, не требует специальных техники, что свидетельствует о том, что холедохолитоэкстракция легко проводится с помощью холедохоскопа, что позволяет применять его в хирургических отделениях медицинских учреждений всех уровней;

у пациентов с сужением терминального отдела холедоха и нарушением всасывающей проводимости Фатерова сосочка рекомендуется баллонная дилатация и стентирование с помощью интраоперационной холедохоскопии с целью предотвращения таких осложнений, как панкреатит, панкреанекроз, перитонит, гнойный холангит, холангиальный абсцесс, наблюдаемых после практики ретроград панкреатохолангиография и эндоскопик попиллосфинктеротомия, лапароскопии, а также открытой холецистэктомии, наряду с улучшением проходимости терминальной части, обеспечивает прохождение желчи в двенадцатиперстную кишку кишечника.

Достоверность результатов исследования: обоснована тем, что применяемые теоретические подходы и методы, методологическая корректность проведенных тестов, адекватность количества обследованных пациентов, современная методика, использованная в исследовании, обработаны с

использованием дополнительных клинических, лабораторных, инструментальных, статистических методов, а также сужения желчнокаменной болезни, холедохолитиаза, терминальной части холедоха и Фатерова сосочка, стриктуры которых сравниваются с международными, а также местными экспериментами по коррекции оптимальных вариантов проведения практики интраоперационной холедохоскопии, выводы, полученные результаты подтверждены компетентными организациями.

Научная и практическая значимость результатов исследования: научная значимость результатов исследования заключена в использовании ультратонкого холедохоскопа размером 2,6 мм для выявления конкрементов в магистральных желчных протоках и внутренних желчных протоках печени и получении идентифицированных конкрементов. Применение одноэтапного минимально инвазивного хирургического вмешательства у пациентов с холедохолитиазом было обосновано применением холедохоскопии во время лапароскопической или открытой холецистэктомии, холедохолитотомии, холецистотомии.

Практическая значимость результатов исследования, преимущества ультратонкой холедохоскопии, рекомендованной в хирургии, были доказаны на клинических материалах с использованием современных методов исследования, совершенствованием рекомендаций и техники проведения операций по ее применению. Предложены новые модификации малоинвазивного доступа, имеющие преимущество перед традиционным методом, и разработан алгоритм диагностики и хирургического лечения с целью выбора малоинвазивных методов хирургического лечения у пациентов с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями, такими как холедохолитиаз, механическая желтуха, терминальная часть общего желчного протока, стеноз или стриктура Фатерова сосочка.

Внедрение результатов исследования в практику. Согласно заключению научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан № 11/01 от 15 января 2025 года о применении результатов научно-исследовательской работы на практике:

первая научная новизна: впервые, усовершенствована техника холедохоскопической холедохолитоэкстракции применением интраоперационного ультратонкого 2,6-миллиметрового холедохоскопа во время первой операции как лапароскопическим, так и открытым методом. *Значимость научной новизны:* использование интраоперационного ультратонкого холедохоскопа диаметром 2,6 мм во время лапароскопических и открытых хирургических вмешательств для выявления конкрементов в магистральных желчных протоках и внутренних желчных протоках печени, а также для получения идентифицированных конкрементов, одномоментное малоинвазивное хирургическое лечение, улучшение здоровья пациентов. Был быстро восстановлен, а лечение в стационаре рецидивирующего холедохолитиаза в результате ранней диагностики. *Внедрение в практику:* научные результаты, полученные методом выявления конкрементов в магистральных и внутренних желчных протоках печени с помощью ультратонкого 2,6-миллиметрового холедохоскопа, а также получения идентифицированных конкрементов, были внедрены в следующих медицинских учреждениях, в том числе в Хорезмском

областном многопрофильном медицинском центре (приказ № 142-І от 05.10.2023) и Республики Каракалпакстан в соответствии с медицинский центр имени У.Холмуратова (Приказ № 36 от 26.10.2023). *Социальная эффективность:* Ультратонкий обнаружение конкрементов в магистральных и внутренних желчных протоках печени с помощью холедохоскопа диаметром 2,6 мм и метод получения идентифицированных конкрементов позволили снизить материальные затраты в стационарных условиях за счет проведения медикаментозных и лабораторных исследований и других затрат, которые могут быть потрачены на диагностику и лечение пациентов, предотвращая их повторное обращение в больницу. *Экономическая эффективность:* впервые использование интраоперационного ультратонкого холедохоскопа диаметром 2,6 мм во время лапароскопических операций и операций с открытым контуром снизило уровень смертности, предотвратив быстрое восстановление здоровья пациента и осложнения. *Заключение:* применение интраоперационной холедохоскопии для хирургического лечения пациентов с осложнениями холедохолитиаза, терминального отдела холедоха и нарушениями проходимости желчных протоков в результате выявления конкрементов в магистральных желчных протоках и внутренних желчных протоках печени с помощью ультратонкого холедохоскопа размером 2,6 мм, а также получение обнаруженных конкрементов дали возможность правильно выбрать этот метод адекватного оперативного вмешательства, следовательно, результаты хирургического лечения позволили снизить стоимость лечения, направление пациентов к повторным врачам, ослабили рецидив заболевания, исключили возможность использования других дополнительных методов. обследования были экономичными, а возможных осложнений удалось избежать благодаря раннему выявлению.

вторая научная новизна: оценена эффективность практики интраоперационной антеградной папиллосфинктеротомии при сужение Фатеровой сосочки с целью предотвращения скопления конкрементов в холедохе, обеспечения попадания мелких мигрирующих конкрементов в двенадцатиперстную кишку и улучшения проницаемости желчной жидкости для двенадцатиперстной кишки с помощью холедохоскопа у пациентов при сужении терминальной части холедоха и Фатеровой сосочки, которым были выполнены различные виды операций на желудке, в тех случаях, когда невозможно провести процедуру ретроград панкреатохолангиография и эндоскопик попиллосфинктеротомия (ЭРПХГ+ЭПСТ), то есть когда большая присоска двенадцатиперстной кишки расположена внутри дивертикула. *Значимость научной новизны:* в случаях, когда невозможно провести процедуру ретроград панкреатохолангиография и эндоскопик попиллосфинктеротомия у пациентов с сужением ФС, то есть когда большая дуоденальная сосочка расположена внутри дивертикула, пациенты, перенесшие различные виды операций на желудке, используют холедохоскоп для диагностики. улучшают проходимости желчи двенадцатиперстной кишки, а также, при использовании лечебно-профилактического алгоритма, разработанного для практики проведения интраоперационной антеградной папиллосфинктеротомии с использованием папиллотомы ФС с целью предотвращения накопления конкрементов в желчном

пузыре, было быстро восстановлено здоровье пациентов и, в результате ранней диагностики, у пациентов уменьшилась нагрузка, улучшилось качество жизни.

Внедрение в практику: в случаях, когда невозможно проводить практику ретроград панкреатохолангиография и эндоскопик попиллосфинктеротомия у пациентов с сужением ФС, то есть когда большая дуоденальная сосочка расположена внутри дивертикула, пациентам, которые выполняли различные виды практик, выполняемых в желудке с использованием холедохоскоп для улучшения проходимости желчи, научные результаты по методу интраоперационной антеградной папиллосфинктеротомии с помощью папиллотомы ФС целью проходимости скопления конкрементов в холедохе внедрены в практику учреждений здравоохранения, к числу которых относится обеспечение Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра (Приказ № 142-І от 05.10.2023 г.) и Республики Каракалпакстан в соответствии с медицинский центр имени У.Холмуратова (приказ № 36 от 26.10.2023).

Социальная эффективность: в случаях, когда невозможно провести процедуру ретроград панкреатохолангиография+эндоскопик попиллосфинктеротомия у пациентов с сужением ФС, то есть когда большая дуоденальная сосочка расположена внутри дивертикула, у пациентов, которые выполняли различные виды процедур, выполняемых в желудке, с использованием холедохоскопа для улучшения проходимости желчи двенадцатиперстной кишки, а также благодаря практике интраоперационной антеградной папиллосфинктеротомии с помощью папиллотомы ФС с целью предотвращения накопления конкрементов, предотвращается прогрессирование заболевания до рецидивирующих форм, достигается экономия за счет того, что не имеет возможности самостоятельно получать стационарное лечение.

Экономическая эффективность: в случаях, когда невозможно провести процедуру ретроград панкреатохолангиография и эндоскопик попиллосфинктеротомия у пациентов с сужением ФС, то есть когда большая дуоденального сосочка расположена внутри дивертикула, пациенты, которые выполняли различные виды процедур в желудке, используют холедохоскоп для улучшения проходимости желчи в двенадцатиперстную кишку, а также для обеспечения того, чтобы практиковался метод интраоперационной антеградной папиллосфинктеротомии с использованием папиллотомы ФС с целью предотвращения накопления конкрементов в отверстии., согласно комплексной оценке стоимости лечения по разработанному алгоритму, стоимость одного курса лечения позволила с экономить бюджетные средства за счет 1 пациента.

Заключение: в тех случаях, когда невозможно провести практику ретроград панкреатохолангиография+эндоскопик попиллосфинктеротомия у пациентов с сужением ФС, то есть когда большая дуоденального сосочка расположена внутри дивертикула, у пациентов, которым выполнялись различные виды операций на желудке с помощью холедохоскопа, улучшается проходимость попадания желчи в двенадцатиперстную кишку, а также обеспечение попадания мелких мигрирующих конкрементов в двенадцатиперстную кишку, отказ от других дополнительных обследований были экономичными, а возможные осложнения были предотвращены благодаря раннему выявлению.

третье научная новизна: впервые применена практика стентирования терминального отдела холедоха с целью улучшения проходимости желчи для

желчевыводящих путей, а также расширения терминального отдела холедоха с помощью холедохоскопической баллонной дилатации с целью предотвращения таких осложнений, как наблюдаемое кровотечение, панкреатит, перитонит, гнойный холангит, различного рода ятрогении у пациентов с сужением терминального отдела холедоха, во время осуществления практики ретроград панкреатохолангиография и эндоскопик попиллосфинктеротомия. *Значимость научной новизны:* с целью предотвращения таких осложнений, как кровотечение, панкреатит, перитонит, гнойный холангит, различных видов ятрогений, которые могут наблюдаться при выполнении ретроград панкреатохолангиография и эндоскопик попиллосфинктеротомия, у пациентов с сужением терминального отдела холедоха рекомендуется расширять терминальный отдел холедоха и стентировать терминальный отдел холедоха улучшение проходимости желчи к уменьшению рецидивов дальнейших специфических осложнений, а также самого заболевания. *Внедрение в практику:* научные результаты по расширению терминального отдела холедоха с помощью холедохоскопической баллонной дилатации с целью предотвращения таких осложнений, как наблюдаемое кровотечение, панкреатит, перитонит, гнойный холангит, различного вида ятрогении, на момент проведения ретроград панкреатохолангиография и эндоскопик попиллосфинктеротомия у пациентов с сужением терминальный отдел холедоха, а также способ стентирования терминального отдела холедоха, к ним относятся Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр (Приказ № 142-І от 05.10.2023 г.) и Республики Каракалпакстан в соответствии с медицинский центр имени У.Холмуратова (Приказ № 36 от 26.10.2023 г.). *Социальная эффективность:* у пациентов с сужением терминального отдела холедоха основной задачей стентирования терминального отдела холедоха с использованием холедохоскопической баллонной дилатации во избежание осложнений, таких как наблюдаемое кровотечение, панкреатит, перитонит, гнойный холангит, различного вида ятрогении, во время выполнения ретроград панкреатохолангиография+эндоскопик попиллосфинктеротомия, является расширение диапазона лечения терминальная отдела холедоха, а также улучшает проходимости желчи. *Экономическая эффективность:* была достигнута исходя из затрат на содержание 1 пациента. В 2023 году областной многопрофильный медицинский центр потратил 226 718 сумов на 1 койко-день пациента. Единоразово на содержание пациента в течение месяца требуется 680-1540 сумов. *Заключение:* пациентам с сужением терминального отдела холедоха было проведено лечение путем наложения стента на терминальный отдел холедоха с использованием холедохоскопической баллонной дилатации, чтобы избежать таких осложнений, как наблюдаемое кровотечение, панкреатит, перитонит, гнойный холангит, различные виды ятрогений на момент проведения ретроград панкреатохолангиография и эндоскопик попиллосфинктеротомия, рецидив риск заболевания был снижен, использование других дополнительных тестов не было экономичным, а возможные осложнения были устранены благодаря раннему выявлению заболевания.

четвертая научная новизна: разработан алгоритм диагностики и хирургического лечения с применением малоинвазивных методов на уровнях желчнокаменной болезни и холедохолитиаза, механической желтухи, гнойного

холангита, терминального отдела общих желчевыводящих путей, стеноза Фатерова сосочка. *Значимость научной новизны:* желчнокаменная болезнь и сопровождающий ее холедохолитиаз, механическая желтуха, гнойный холангит, терминальный отдела общего желчного протока. Практическая реализация научных результатов с помощью метода усовершенствования диагностики и хирургического лечения с использованием малоинвазивных методов на уровнях стеноза желчевыводящих путей позволила сформировать у пациентов навыки улучшения качества жизни путем разработки профилактических и оздоровительных мер по предотвращению заболевания, основанных на оценке того, что желчнокаменная болезнь имеет приоритетное значение в лечении терминальной отдела холедоха, нарушения проходимости ФС. *Внедрение в практику:* желчнокаменная болезнь и ее методика лечения холедохолитиаза, механической желтухи, гнойного холангита, терминального отдела общих желчевыводящих путей, стеноза маточной трубы для применения малоинвазивных методов на уровне диагностики и хирургического лечения, научные результаты внедрены в учреждениях здравоохранения, к ним относятся Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр (Приказ № 142-I от 05.10.2023 г.) и Республики Каракалпакстан в соответствии с медицинский центр имени У.Холмуратова (Приказ № 36 от 26.10.2023 г.). *Социальная эффективность:* в результате диагностики и усовершенствования хирургического лечения этих пациентов с применением малоинвазивных методов на уровнях желчнокаменной болезни и холедохолитиаза, механической желтухи, гнойного холангита, терминального отдела общего желчного протока, стеноза ФС получена повторная госпитализация с синдромом постхолецистэктомии. *Экономическая эффективность:* предотвращен материальный и моральный, а также экономический ущерб пациенту за счет предотвращения реанимации пациента с постхолецистэктомическим синдромом путем диагностики и усовершенствования хирургического лечения с использованием малоинвазивных методов на уровнях желчнокаменной болезни и холедохолитиаза, механической желтухи, гнойного холангита, терминального отдела общего желчного протока, стеноз ФС. *Заключение:* благодаря использованию малоинвазивных методов лечения желчнокаменной болезни и холедохолитиаза, механической желтухи, гнойного холангита, терминального отдела общего желчного протока, стеноза ФС, удалось предотвратить социальный, экономический ущерб и дополнительный стресс у пациентов, их реанимацию в стационаре за счет улучшения диагностики и хирургического лечения.

Апробация результатов исследования: результаты данного исследования представлены и обсуждены на 9 научно-практических конференциях, в том числе на 6 международных и на 3 республиканских научно-практических конференциях.

Публикация результатов исследования. Всего было опубликовано 25 научные работы по теме диссертации, из которых 6 статей опубликованы в научных изданиях, в том числе 4 - в республиканских и 2- в зарубежных журналах, в которых Высшей аттестационной комиссией было рекомендовано опубликовать основные научные результаты диссертаций.

Структура и объем диссертации: диссертационная работа состоит из

введения, четырех глав, заключения, практических рекомендаций, приложений и списка использованной литературы. Объем диссертации составил 117 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **введении** описываются актуальность и востребованность проведенных исследований, цель, задачи, объект и предмет исследования, отражено соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологии Республики, выражается научная новизна и его практические результаты, показывается научная и практическая значимость полученных результатов, даны сведения о внедрении результатов исследований в практику, апробации, опубликованности результатов, объему и структуре диссертации.

В первой главе диссертации, озаглавленной **«Современные подходы к холедохоскопической диагностике и лечению заболеваний магистральных желчных протоков при холедохолитиазах (обзор литературы)»**, необходимо было подробно изучить данную проблему с использованием анализа современных научных источников для решения конкретной медико-биологической задачи, выявить вопросы, которые не нашли полного решения, а затем этому уделяется особое внимание. В связи с этим в этой главе приведены данные анализа литературы по клиничко-микробиологическим, иммунологическим аспектам формирования, развития, диагностики и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта при холедохолитиазе у взрослого населения, обзоры, посвященные распространению, классификации и особенностям отторжения заболеваний желудочно-кишечного тракта при холедохолитиазе, иммунологическим аспектам их развития, дан углубленный анализ современных исследований.

Во второй главе диссертации, **«Материалы и методы исследования»**, проведен анализ экспериментальной работы: 275 пациентов разделены на две группы: основную и контрольную. Из них пациентов основной группы было 144 (52,4%), а пациентов контрольной группы 131 (47,6%). Пациенты, которым была проведена интраоперационная холедохоскопия и комплексно обследованы в связи с нарушением холедохолитиаза, терминальной части холедоха (ТОХ), проходимости желчного пузыря (ФС), были включены в основную группу, составив 144 человека (52,4%). Возрастной диапазон от 18-44 года - 62 (22,5%); от 45 до 59 лет составил 91 (33,1%) человек, от 60 до 74 лет - 97 (35,3%) человек, от 75 до 90 лет - 25 (9,1%) человек (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов в исследовании по возрасту и полу

Возраст	женщины		мужчины		общий	
	абс	%	абс	%	абс	%
18-44	45	72,6	17	27,4	62	22,5
45-59	57	62,6	34	37,4	91	33,1
60-74	55	56,7	42	43,3	97	35,3
75-90	13	52	12	48	25	9,1
Всего	170	61,8	105	38,2	275	100

Представлены клинические признаки пациентов основной и контрольной групп, клиническая картина тяжелых видов и количества дополнительных заболеваний, а также их распределение в зависимости от вида выполненных хирургических операций и их результатов. Большинство пациентов обращаются к нам с признаками механической желтухи (выявленными в их истории болезни или на приеме) (табл. 2).

Таблица 2

Основные клинические проявления в холедохолитиазе поражение терминальной отдела общего желчного протока и нарушение проходимости Фатерова сасочки

№	Клинические признаки у пациентов	Количество					
		Основная группа n=144		Контрольная группа n=131		Общий n=275	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	Боли в основном	133	92,3%	103	78,9%	133	92,3%
А)	Под правым ребром пульсирует боль	90	62,5%	74	56,2%	90	62,5%
Б)	В эпигастральной области	60	41,3%	54	41,1%	60	41,3%
В)	Поясничная боль в верхней части живота	62	43,3%	52	39,4%	62	43,3%
2.	Желтуха, ахолик кал	116	80,8%	82	62,9%	116	80,8%
3.	Диспепсия	123	85,6%	89	68,0%	123	85,6%
4.	Временная гипертермия во время повышенной чувствительности	75	51,9%	70	53,7%	75	51,9%
5.	Худеть	24	16,3%	23	17,6%	24	16,3%
6.	И другие (кожный зуд, головная боль, кашель, диатез и т.д.)	47	32,7%	42	31,9%	47	32,7%

В третьей главе диссертации, озаглавленной «**Интраоперационная холедохоскопическая диагностика и лечение холедохолитиаза и заболеваний магистральных желчных протоков**», описана новая методика, разработанная нами при инструментальной лапароскопической холецистэктомии, которая помогла разработать и внедрить в клиническую практику способ выполнения интраоперационной холедохоскопии с применением новых методов.

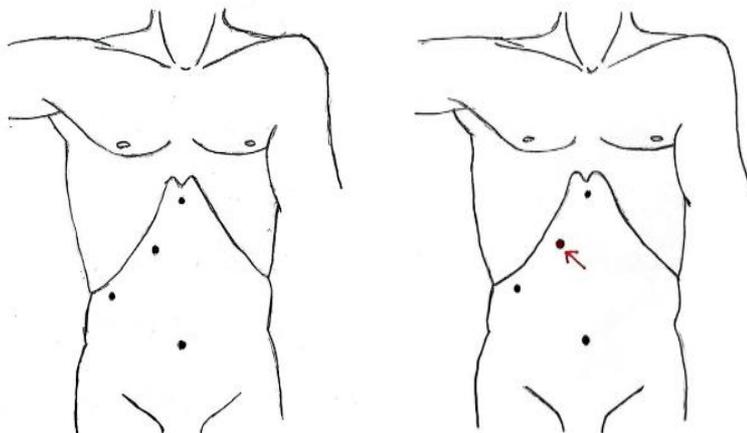


Рисунок 1. Точки доступа при лапароскопической холецистэктомии (А), интраоперационной холедохоскопии (Б).

На рисунке схематично показаны входные данные для проведения холедохоскопии на этапе А-ЛХЭК с использованием лапароскопических агрегатов, на этапе Б-ЛХЭК (красная точка показана без дополнительных входных данных с использованием 5-миллиметрового троакара в качестве устройств ввода) (рис. 1).

На рисунке ниже показано расположение камней в терминальной отдела холедохоскопа в процессе введения, введение корзины Дормиа через холедохоскопа и появление камней в общем осевом направлении и терминальной отдела при визуальном контрастировании холедохоскопа (рис. 2).

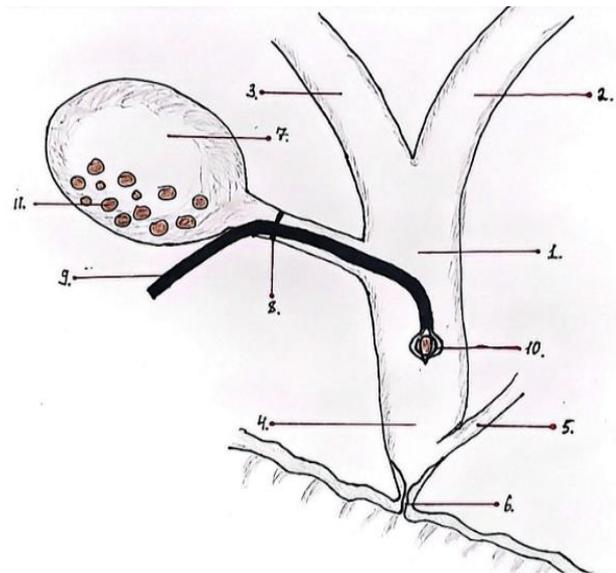
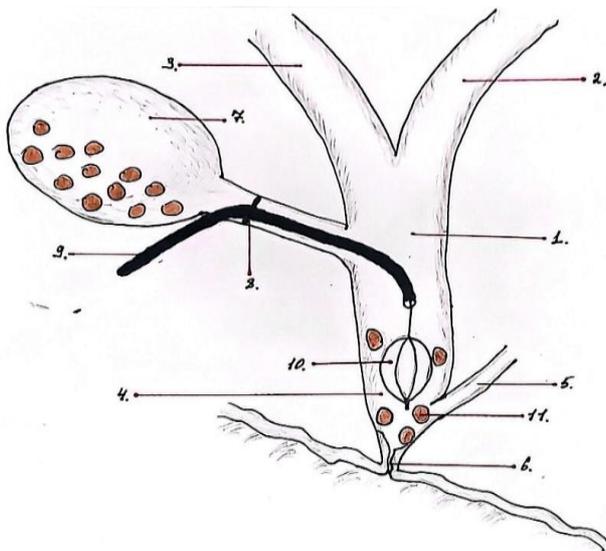


Рисунок 2. Холедохоскоп прорезается примерно на 3 мм по осевому каналу, что показывает расположение камней в концевой части холедоха в процессе введения.

1-общий желчный проток, 2-левосторонний печеночный внутренний желчный проток, 3-правосторонний печеночный внутренний желчный проток, 4-концевая секция холедоха, 5-панкреатический канал, 6-большая двенадцатиперстная кишка, 7-желчный пузырь, 8-введение холедохоскопа по канавке, 9-холедохоскоп, 10-корзина Дормиа, 11-расстановка камней в терминальной части холедоха.

Рисунок 3. Под визуальным контролем холедохоскопа показан процесс извлечения камней из терминальной части холедоха с помощью корзины Дормиа, путем разрезания примерно на 3 мм по осевой траектории.

1-общий желчный проток, 2-левый печеночный внутренний желчный проток, 3-правый печеночный внутренний желчный проток, 4-конечная часть желчного пузыря, 5-панкреатический проток, 6-большая двенадцатиперстная кишка, 7-желчный пузырь, 8- введение холедохоскопа через желчный пузырь, 9-холедохоскоп, 10- размещение камней в корзинка Дормиа, 11-размещение камней в желчном пузыре.

Холедохоскоп разрезается примерно на 3 мм по осевой траектории, и показан

процесс получения камней в общей осевой траектории и концевой части с помощью корзины Дормиа по рабочей траектории под визуальным контролем холедохоскопа (рис. 3).

Холедохоскоп проходит примерно на 3 мм через желчный проток, и процесс введения показывает процесс извлечения камней из внутренних желчных протоков печени с помощью корзины Дормиа через рабочий канал под визуальным контролем холедохоскопа (рис. 4).

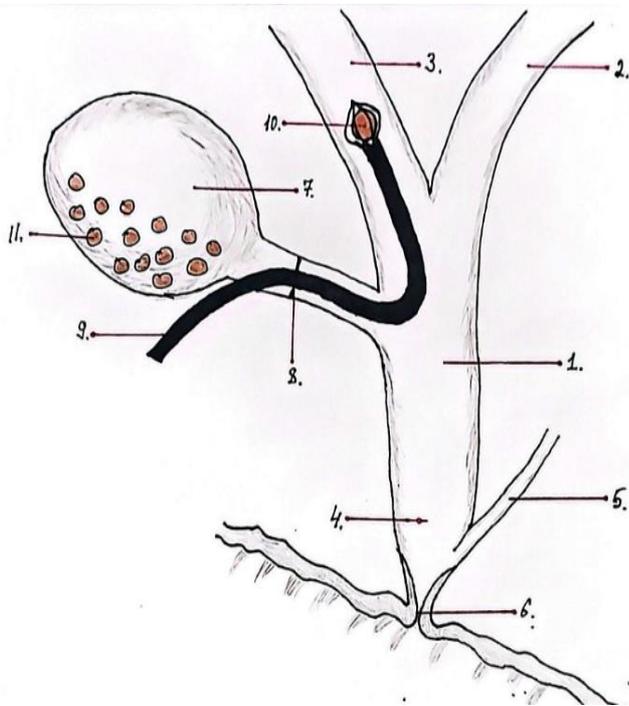


Рисунок 4. Под визуальным контролем холедохоскопа показан процесс извлечения камней из внутренних желчных протоков печени с помощью корзины Дормиа.

1-общий желчный проток, 2-левосторонний внутренний желчный проток печени, 3-правый боковой печеночный внутренний желчный проток, 4-терминальная часть холедоха, 5 -панкреатический канал, 6-большая двенадцатиперстная кишка, 7-желчный пузырь, 8-проток желчного пузыря для введения холедохоскопа, 9-холедохоскоп, 10-размещение камней в корзине Дормиа, 11-размещение камней в желчном пузыре.

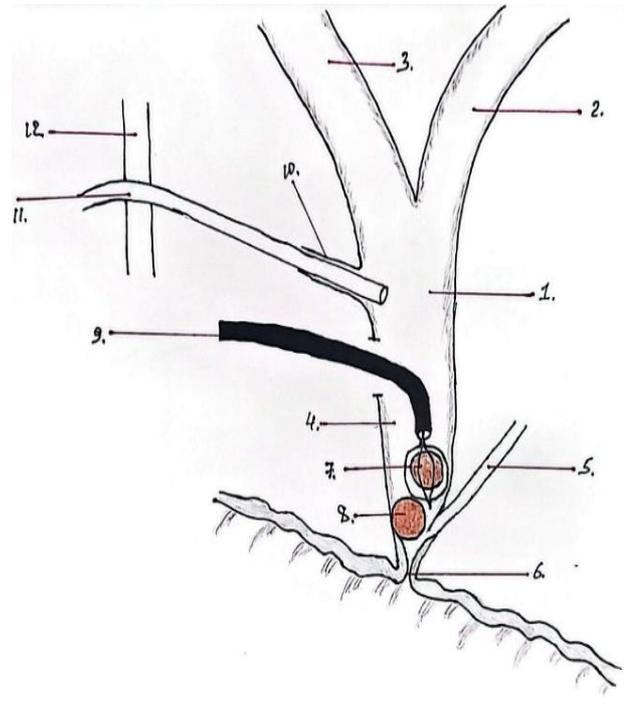


Рисунок 5. Через холедохотомический разрез показан процесс получения камней крупного размера в терминальном отделе холедоха под визуальным контролем холедохоскопа с использованием корзины Дормиа.

1-общий желчный проток, 2-левый печеночный внутренний желчный проток, 3-правый печеночный внутренний желчный проток, 4-терминальная часть холедоха, 5-панкреатический проток, 6-большая двенадцатиперстная кишка, 7-расположение камней в корзине Дормиа, 8-большой камень в терминальной части холедоха, 9-холедохоскоп, 10-желчный проток, 11-трубка, вводимая в общий желчный проток через проток желчного пузыря, 12-брюшная стенка.

Холедохоскоп вводится через холедохотомический разрез длиной до 1 см в зависимости от размера камней на дорожках ствола желчного пузыря, если размер конкремента превышает 4 мм в случае холедохоскопической ревизии – то есть его невозможно получить через шейку желчного пузыря (рис.5).

С помощью ручки-корзины Дормиа производят механическое удаление камней из внутренних и магистральных желчных протоков печени под визуальным контролем холедохоскопа, удерживая и втягивая камни в ручку, с учетом размера камней в общем и магистральных желчных протоках, через шейку желчного пузыря или через холедохотомический разрез механическим путем. Под контролем видеолапароскопа камни в холедохе помещаются в специальный контейнер или удаляются с помощью зажима.

Такие методы обследования, как клиническая лабораторная диагностика, УЗИ, КТ, ЭРПХГ, МРТ-холангиография, трансиллюминация, холедохоскопия, которые проводятся у пациентов с этим заболеванием, не всегда позволяют установить точный диагноз СФС и особенно его степень.

Эту проблему можно решить только благодаря специальному устройству - баллонному катетеру (А. S. 1187787), то есть с его помощью почти всегда можно полностью определить точный диагноз, особенно уровни стеноза Фатерова сосочки. Поэтому мы решили разработать новый, более простой, быстрый и дешевый метод определения уровня стеноза Фатерова сосочки при желчнокаменной болезни и одном из ее сложных осложнений. С помощью предлагаемого устройства оно может быть использовано для выявления стеноза Фатерова сосочки при холелитиазе и у пациентов, которые обратились с ее сложными осложнениями.

Целью изобретения было улучшить результаты лечения пациентов с болезнью холелитиаза, сделать возможным выбор более адекватного вида хирургического вмешательства путем определения степени стеноза Фатерова сосочки

Задача полезный модел. Разработка нового способа определения уровня стеноза Фатерова сосочки при холелитиазе.

Степень выполнения задачи полезный модел. Задача создания специального устройства была решена путем разработки метода его использования при определении уровня стеноза желчевыводящих путей при желчнокаменной болезни и ее различных сложных осложнениях.

Это устройство (рис. 6,7) представляет собой эластичный бесцветный зонд-катетер. 1- надувной зонд в форме плода оливы, 2- несущий катетер, 3- баллонный катетер, 4- (баллонный катетер) проксимальная часть катетера, 5- шкала весов.

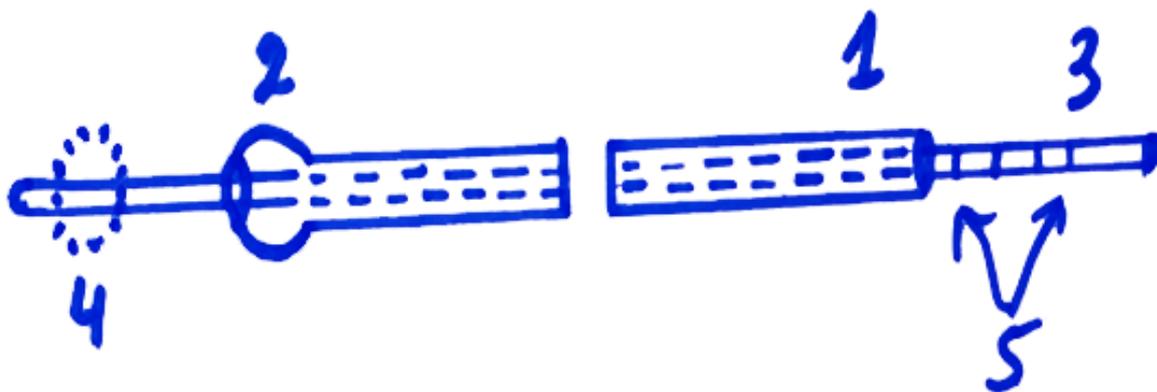


Рис 6. Устройство для определения степени стеноза Фатерова сосочки.

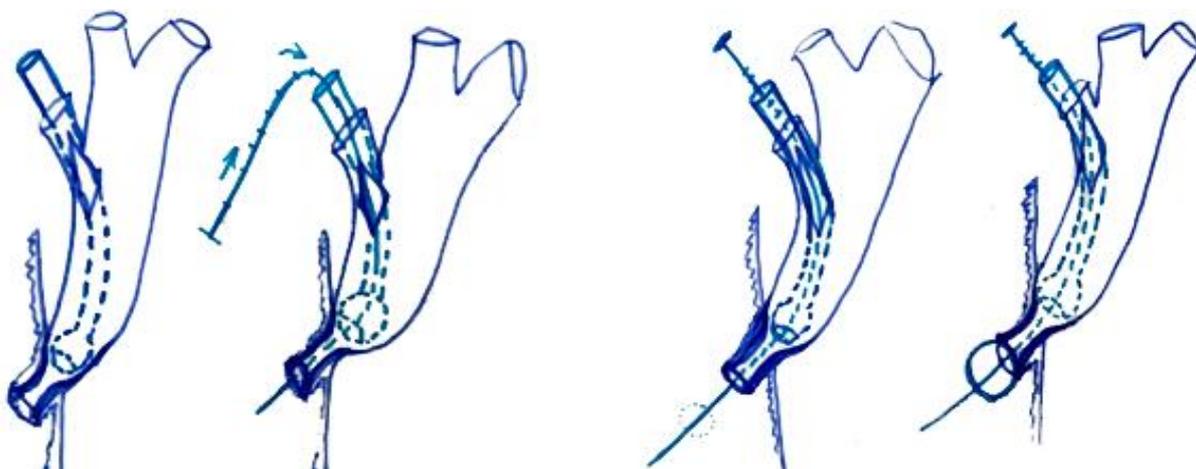


Рис 7. Схематический вид использования устройства, созданного для определения уровня СФС. Этапы использования А, Б, В, Г.

В четвертой главе диссертации, озаглавленной «Сравнительное изучение результатов холедохоскопической диагностики и лечения, а также клинических особенностей пациентов с осложнениями заболеваний магистральных желчных протоков при холедохолитиазе», описаны 94 (65,3%) из 144 пациентов основной группы с холедохолитиазом, механической желтухой, стенозом общих желчевыводящих путей и Фатерова сосочки, женщины - 94 (65,3%), мужчины - 50 (34,7%). 144 пациента в основной группе были отобраны из числа пациентов, проходивших лечение в больнице с 2005 по 2023 год. После поступления в хирургические отделения больницы все пациенты были полностью обследованы с использованием результатов, полученных по теме, представлены предварительные диагнозы (табл. 3.)

Таблица 3

Диагностика на основе типов заболеваний, выявленных у пациентов, включенных в основную группу

№	Особенности патологического процесса у пациентов, поступивших в хирургическое	Количество заболеваний n	Процент заболеваний %	p
---	---	-----------------------------	--------------------------	---

	отделение			
1	ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз	135	(49,1±3,01%)	p>0,01
2	ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха	108	(39,3±2,94%)	p>0,05
3	ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Гнойный холангит	9	(3,3±1,07%)	p>0,05
Всего		252	(91,6±1,67%)	p>0,05

Все поступившие пациенты основной группы прошли необходимые диагностические и инструментальные обследования, а также были проведены следующие мероприятия (табл. 4.).

Таблица 4

Анализ результатов хирургического лечения пациентов основной группы А, Б, В

№	Виды хирургических вмешательств	Номер	%	p
А	Лапароскопическая интраоперационная холедохоскопия, холецистэктомия, санация	45	16,4±2,23	p<0,001
Б	Лапаротомная, холецистэктомия, интраоперационная холедохоскопия, холедохолитотомия, ХДА	56	20,4±2,43	p<0,001
В	Лапаротомная, холецистэктомия, интраоперационная холедохоскопия, холедохолитотомия, наружные трубки	43	15,6±2,19	p<0,001
Общий		144	52,4±3,01	p<0,001

У пациентов основной группы оценивалась динамика течения пред- и послеоперационного периода, а также приведенные клинические, биохимические и лабораторные анализы (табл. 5).

Таблица 5

Динамика лабораторных показателей после хирургического вмешательства у пациентов основной группы

Показатели	1-день	3 день	5 день	Результат	p
Гемоглабин	86,53±0,56	87,4±0,57	87,49±0,60	87,4±0,60	p<0,001
Лейкоциты	6,65±0,21	6,65±0,21	6,72±0,21	6,62±0,21	p<0,01
Эозинофилы	2,22±0,03	2,33±0,03	2,33±0,03	2,33±0,03	p<0,01
СОЭ	13,52±0,43	13,7±0,41	13,44±0,41	13,4±0,41	p<0,01
АЛТ	100,18±4,5	97,6±3,36	56,56±1,1	56,52±1,1	p<0,001
АСТ	55,99±1,87	51,76±3,1	35,86 ±0,9	35,86±0,9	p<0,001
Билирубин общий	49,94±2,99	54,36±2,5	37,17±1,23	36,76±1,23	p<0,001
Билирубин связанный	49,77±4,19	53,58±3,3	34,37±1,92	33,34±1,9	p<0,001

Билирубин свободный	20,7±0,59	22,36±1,0	18,43±0,45	18,56±0,4	p<0,001
Уровень сахара в крови	5,49±0,08	5,71±0,12	5,81±0,12	5,8±0,12	p<0,01
Диастаза	70,97±5,05	70,14±5,1	69,7±5,05	69,8±5,05	p<0,01
Общий белок	70,53±0,32	70,38±0,3	71,02±0,32	71,15±0,3	p<0,01

*Примечание: * наблюдались различия и уровни достоверности послеоперационных показателей с дооперационными показателями от p<0,01 до p<0,001.*

В послеоперационном периоде все пациенты основной группы получали комплексные противовоспалительные, антибактериальные, антиферментные, дезинтоксикационные лечебные процедуры с целью профилактики тромбозов. Количество выделяемой желчи в дренажных трубках, помещенных в желчные протоки пациентов, прооперированных открытым и лапароскопическим способом, исследовалось и измерялось отдельно.

Анализ результатов проведенного хирургического лечения контрольных пациентов групп А,Б,В у госпитализированных пациентов с 2005 по 2023 гг. (табл. 6).

Таблица 6

Анализ результатов хирургического лечения пациентов контрольных групп а, б, в

№	Виды хирургических вмешательств	Номер	%
А	Лапароскопическая холецистэктомия, наружные дренирование	65	(23,6±2,56)
Б	Лапаротомия, холецистэктомия, холецистэктомия, ХДА	31	(11,3±1,91)
В	Лапаротомия, холецистэктомия, холецистэктомия, наружные дренирование	35	(12,7±2,01)
Всего		131	47,6±3,01

Контроль оценивался путем анализа динамики предоперационного и послеоперационного периода у пациентов, входящих в группу, а также цитируемых клинических, биохимических и лабораторных анализов (табл. 7)

Таблица 7

Динамика послеоперационных лабораторных анализов у пациентов контрольной группы

Показания	1-день	3 день	5 день	Результат
Гемоглабин	84,18±1,45	84,77±1,5	85,77±1,42	86,02±1,4
Лейкоциты	6,89±0,34	6,9±0,34	6,84±0,34	6,82±0,34
Эозинофилы	2,48±0,22	2,54±0,22	2,54±0,22	2,54±0,22
СОЭ	13,78±0,95	14,53±1,0	14,51±1,04	14,51±1,0
АЛТ	104,6±7,7	107,5±8,4	104,3±7,8	104,3±7,8
АСТ	73,58±7,25	68,35±6,5	72,74±11,0	64,31±6,3
Билирубин общий	78,41±9,68	77,35±8,7	77,93±9,18	77,93±9,2
Билирубин связанный	66,93±8,42	61,2±7,76	67,17±8,55	67,17±8,5
Билирубин свободный	33,7±3,94	33,7±1,0	30,55±3,17	30,55±3,2

Уровень сахара в крови	5,95±0,29	5,81±0,27	5,66±0,27	5,66±0,27
Диастаза	116,8±12,7	120,0±12,8	117,7±13,0	117,7±13,0
Общий белок	70,07±0,59	70,65±0,57	70,7±0,55	70,71±0,58

*Примечание: * наблюдалась разница между предоперационными показаниями и послеоперационными показаниями.*

В послеоперационном периоде все пациенты контрольной группы получали комплексное противовоспалительное, антибактериальное, антиферментное, дезинтоксикационное лечение с целью профилактики тромбоза эмболии. Количество выделяемой желчи в дренажных трубках, помещенных в желчные протоки пациентов, прооперированных открытым и лапароскопическим способом, исследовалось и измерялось отдельно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Остатки камней в общих и внутренних желчных протоках печени был обнаружен у 144 (100%) пациентов в основной группе путем интраоперационного холедохоскопического осмотра и санации с использованием холедохоскопа 2,6 мм во время лапароскопической и открытой хирургической процедуры пациентов, обратившихся с холедохолитиазом, терминальной отдела холедоха, нарушением проходимости Фатерова сосочка, предотвращает образование камней и развитие постхолецистэктомического синдрома у больных.

2. ЭРПХГ+ЭПСТ у пациентов с сужением терминальной отдела холедоха и нарушением проходимости Фатерова сосочка - это интраоперационная процедура для предотвращения таких осложнений, как кровотечение, панкреатит, панкреанекроз, перитонит, гнойный холангит, холангиальный абсцесс, которые могут наблюдаться после лапароскопических и открытых процедур холецистэктомии баллонная дилатация, а также установка стента путем холедохоскопии улучшают проходимость терминальной отдел холедоха и обеспечивает проходимость желчий в двенадцатиперстную кишку.

3. В случаях, когда невозможно выполнить процедуру ЭРПХГ+ЭПСТ у пациентов с терминальной отдела холедоха и сужением Фатерова сосочка, то есть когда большой дуоденальный сосок расположен внутри дивертикула, у пациентов, перенесших различные типы операций, можно использовать холедохоскоп для улучшения проходимости желчий в двенадцатиперстную кишку, а также обеспечить попадания мелких мигрирующих конкрементов в двенадцатиперстную кишку, расширение Фатерова сосочка с интраоперационной антеградной папиллосфинктеротомии с целью предотвращения скопления конкрементов в холедохе привело к предотвращению скопления конкрементов в холедохе.

4. Сравнительный анализ результатов лечения исследовательских групп показал, что результаты холедохоскопической диагностики и хирургического лечения пациентов с холедохолитиазом, терминальной отдела холедоха, сужением Фатерова сосочка привели к снижению частоты конкретных послеоперационных осложнений, а также рецидивов заболевания.

5. Алгоритм, разработанный для применения интраоперационной

холедохоскопической диагностики и малоинвазивной хирургии при тяжелых степенях желчнокаменной болезни, холедохолитиаза, механической желтухи, гнойного холангита, терминальной отдела общего желчного протока и стеноза Фатерова сосочка, позволяет предотвратить осложнения, наблюдаемые при лечении этого заболевания, а также повторное посещение больницы с ПХЭС, избежать дополнительные стрессы, депрессии, чрезмерные экономические и моральные потери.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 ON AWARDING
SCIENTIFIC DEGREES AT BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE
NAMED AFTER ABU ALI IBN SINA**

TASHKENT STATE MEDICAL UNIVERSITY

PIRMATOV SHERZOD SHARIPOVICH

**CHOLEDOCHOSCOPIC DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DISEASES OF
THE TRUNK BILE DUCTS IN CHOLEDOCHOLITHIASIS**

14.00.27 – Surgery

**DISSERTATION ABSTRACT
of the Doctor of Philosophy (PhD) on Medical Sciences**

Bukhara – 2025

The theme of the dissertation for a Doctor of Philosophy (PhD) on Medical Sciences was registered under No. B2022.2.PhD/Tib2904 by the Supreme Attestation Commission under the Ministry of Higher education, science and innovation of the Republic of Uzbekistan.

The dissertation accomplished at Tashkent State Medical University.

The dissertation abstract in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) has been placed on the website of the Scientific Council (www.bsmi.uz) and the Informational and Educational Portal «ZiyoNet» (www.ziyo.net).

Scientific advisor:

Yangibaev Zaribbay
Doctor of Medical Sciences, Professor

Official opponents:

Safiev Baqodir Barnoevich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Ligay Ruslan Yefimovich
Doctor of Medical Sciences (DSc)

Leading organization:

**Tajikistan State Medical University named
after Abuali ibni Sino
(Republic of Tajikistan)**

The dissertation defense will be held on 28 October, 2025 at 14⁰⁰ o'clock at a meeting of Scientific Council DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 at Bukhara State Medical Institute (Address: 200126, 23. Gijduvon street, Bukhara. Phone: (+998-95) 911-00-50. e-mail: info@bsmi.uz).

The dissertation available at the Information Resource Center of the Bukhara State Medical Institute (registered under No. 76). (Address: 200126, 23. Gijduvan street, Bukhara, Uzbekistan.)

The dissertation abstract was distributed on 17 October, 2025.

(Mailing report register No 44 on 17 October, 2025)



Sh.T. Urokov

Chairman of the Scientific Council on awarding scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

N.N. Kazakova

Scientific secretary of the Scientific Council on awarding scientific degrees, Doctor of Medical Sciences (DSc), Associate Professor

B.Z. Khamdamov

Chairman of the Scientific Seminar under the Scientific Council on awarding scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

The aim of the study was to improve the results of choledochoscopic diagnostics and treatment of patients with complications of diseases of the main bile ducts in choledocholithiasis.

The object of the study in 2005-2023, a total of 275 patients were admitted to the Khorezm Regional Multidisciplinary Medical Center for inpatient treatment with cholelithiasis and its complications, such as choledocholithiasis, mechanical jaundice, terminal section of the common bile duct, stenosis or stricture of Vater sucker, as well as other diseases for which clinical, laboratory, and diagnostic studies were carried out.

Scientific novelty of the study consists in the following:

for the first time, the use of an intraoperative Ultra-thin 2.6 mm choledochoscope during laparoscopic as well as open-method surgery has improved the technique of choledochoscopic choledocholithoextraction;

in cases where it is not possible to carry out the ERCP+EPST practice in patients with narrowing of the Vater sucker, that is, when the large duodenal sucker is located inside the diverticulum, patients who have performed various types of operations on the stomach use a choledochoscope to improve the permeability of bile fluid to the duodenum as well as to ensure that small the effectiveness of papillosphincterotomy practice has been assessed;

the practice of expanding the choledoch terminal part using choledochoscopic balloon dilation in order to prevent complications such as observable bleeding, pancreatitis, peritonitis, purulent cholangitis, various-type iatrogenies in patients with narrowing of the choledoch terminal part as well as stenting the choledoch terminal part in order to improve the permeability of bile fluid to the duodenum;

diagnosis and improvement of surgical treatment for the use of minimally invasive methods at the levels of cholelithiasis and its choledocholithiasis, mechanical jaundice, purulent cholangitis, terminal part of the common biliary tract, Vater sucker stenosis.

Implementation of the research results. According to the conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 11/01 dated January 15, 2025 on the application of research results in practice:

The first scientific novelty: for the first time, the technique of choledochoscopic choledocholithoextraction has been improved by using an intraoperative ultrathin choledochoscope with a diameter of 2.6 mm for both laparoscopic and open surgeries.

The significance of the scientific novelty: the use of an intraoperative ultrathin choledochoscope with a diameter of 2.6 mm during laparoscopic and open surgical procedures to detect nodules in the main bile ducts and internal bile ducts of the liver, as well as to obtain identified nodules, simultaneous minimally invasive surgical treatment, and improvement of patient health. He was quickly restored, and hospital treatment for recurrent choledocholithiasis resulted from an early diagnosis.

Implementation into practice: the scientific results obtained by detecting concretions in the main and internal bile ducts of the liver using an ultrathin 2.6mm choledochoscope, as well as obtaining identified concretions, were implemented in the following medical institutions, including the Khorezm Regional Multidisciplinary Medical Center (Order

No. 142-I dated 05.10.2023) and the Republic of Karakalpakstan in accordance with the medical center named after U.Kholmuratov (Order No. 36 dated October 26, 2023). *Social efficiency:* Ultra-fine detection of concretions in the main and internal bile ducts of the liver using a 2.6 mm diameter choledochoscope and a method for obtaining identified concretions have reduced material costs in inpatient settings by conducting medical and laboratory tests and other costs that can be spent on diagnosing and treating patients, preventing their re-admission to the hospital. *Cost-effectiveness:* for the first time, the use of an intraoperative ultrathin choledochoscope with a diameter of 2.6 mm during laparoscopic and open-contour surgeries reduced the mortality rate, preventing rapid recovery of patient's health and complications. *Conclusion:* the use of intraoperative choledochoscopy for the surgical treatment of patients with complications of choledocholithiasis, terminal choledochus, and bile duct patency disorders as a result of the detection of nodules in the main bile ducts and internal bile ducts of the liver using an ultrathin 2.6 mm choledochoscope, as well as obtaining the detected nodules, made it possible to choose this method of adequate surgical intervention correctly, therefore, the results surgical treatment allowed to reduce the cost of treatment, referral of patients to repeat doctors weakened the recurrence of the disease, eliminated the possibility of using other additional methods. The examinations were economical, and possible complications were avoided due to early detection.

The second scientific novelty: is that in cases where it is impossible to practice ERCP+EEPST in patients with narrowing of the colon sucker, that is, when the large duodenal sucker is located inside the diverticulum, patients who have undergone various types of gastric surgery use a choledochoscope to improve their condition. patency of bile for the duodenum, based on the effectiveness of the practice of intraoperative antegrade papillosphincterotomy using a papillotome FS in order to prevent the accumulation of nodules in the choledochus. *The importance of scientific novelty:* in cases where it is impossible to carry out the procedure of ERCP+EPST in patients with narrowing of the FS, that is, when the large duodenal papilla is located inside the diverticulum, patients who have undergone various types of gastric surgery use a choledochoscope for diagnosis. They improve the patency of the duodenal bile, and also, when using a therapeutic and prophylactic algorithm developed for the practice of intraoperative antegrade papillosphincterotomy using a papillotome FS in order to prevent the accumulation of concretions in the gallbladder, patients' health was quickly restored and, as a result of early diagnosis, patients' workload decreased and their quality of life improved. *Implementation in practice:* in cases where it is impossible to carry out the practice of EPST+EPST in patients with FS narrowing, that is, when the large duodenal papilla is located inside the diverticulum, patients who have performed various types of practices performed in the stomach using a choledochoscope to improve bile patency, scientific results on the method of intraoperative antegrade papillosphincterotomy using a FS papillotome for patency of concretions in the choledochus have been introduced into the practice of healthcare institutions, These include the provision of the Khorezm regional Multidisciplinary Medical Center (Order No. 142-I dated 05.10.2023) and the Republic of Karakalpakstan in accordance with the medical center named after U.Kholmuratov (Order No. 36 dated 26.10.2023). *Social efficiency:* in cases where it is impossible to carry out the EPST procedure+EPST in

patients with FS narrowing, that is, when the large duodenal papilla is located inside the diverticulum, in patients who have performed various types of procedures performed in the stomach using a choledochoscope to improve the patency of duodenal bile, and also through the practice of intraoperative antegrade papillosphincterotomy using FS papillotomy to prevent the accumulation of concretions, the progression of the disease is prevented before the recurrent forms, savings are achieved due to the fact that it is not possible to receive inpatient treatment on its own. *Cost-effectiveness*: in cases where it is not possible to carry out the ERCP+EPST in patients with narrowing of the FS, that is, when the large duodenal papilla is located inside the diverticulum, patients who have performed various types of procedures in the stomach use a choledochoscope to improve the passage of bile into the duodenum, as well as to ensure that intraoperative antegrade papillosphincterotomy using the FS papillotome is practiced in order to prevent the accumulation of concretions in the orifice., according to a comprehensive assessment of the cost of treatment according to the developed algorithm, the cost of one course of treatment allowed saving budget funds at the expense of 1 patient. *Conclusion*: in cases where it is impossible to carry out the practice of ERCP+EPST in patients with narrowing of the FS, that is, when the large duodenal papilla is located inside the diverticulum, in patients who underwent various types of gastric surgery using a choledochoscope, the patency of bile entering the duodenum improves, as well as ensuring that small migrating nodules enter the duodenum, the rejection of other additional examinations were economical, and possible complications were prevented due to early detection.

The third scientific novelty: is based on the practice of expanding the terminal part of the choledochus using choledochoscopic balloon dilation in order to prevent complications such as bleeding, pancreatitis, peritonitis, purulent cholangitis, various iatrogenics in patients with narrowing of the terminal part of the choledochus and stenting of the terminal part of the choledochus. in order to improve the permeability of bile. *The importance of scientific novelty*: in order to prevent complications such as bleeding, pancreatitis, peritonitis, purulent cholangitis, and various types of iatrogenism that may occur during ERCP+EPST, in patients with narrowing of the terminal part of the choledochus, it is recommended to expand the terminal part of the choledochus and stent the terminal part of the choledochus, improving bile patency to reduce the recurrence of further specific complications, as well as the disease itself. *Implementation into practice*: scientific results on the expansion of the terminal choledochus using choledochoscopic balloon dilation in order to prevent complications such as observed bleeding, pancreatitis, peritonitis, purulent cholangitis, various types of iatrogenism, at the time of ERCP+EPST in patients with narrowing of the terminal part of the choledochus, as well as a method of stenting of the terminal part of the choledochus, These include the Khorezm Regional Multidisciplinary Medical Center (Order No. 142-I dated 05.10.2023) and the Republic of Karakalpakstan in accordance with the medical center named after U.Kholmuratov (Order No. 36 dated 26.10.2023). *Social effectiveness*: in patients with narrowing of the terminal part of the choledochus, the main task of stenting the terminal part of the choledochus using choledochoscopic balloon dilation in order to avoid complications such as observed bleeding, pancreatitis, peritonitis, purulent cholangitis, various types of iatrogenism, during ERCP+EPST, is

an extension of the treatment range of terminal choledochus, and also improves the patency of bile. *Cost-effectiveness*: was achieved based on the cost of maintaining 1 patient. In 2023, the regional multidisciplinary medical center spent 226,718 soums per 1 patient bed-day. 680-1540 soums are required for one-time maintenance of a patient for a month. *Conclusion*: patients with narrowing of the terminal part of the choledochus were treated by applying a stent to the terminal part of the choledochus using choledochoscopic balloon dilation in order to avoid complications such as bleeding, pancreatitis, peritonitis, purulent cholangitis, various types of iatrogenism at the time of the ERCP+EPST, the risk of disease recurrence was reduced, the use of other additional tests was not economical, and possible complications were eliminated due to early detection of the disease.

The fourth scientific novelty: improved diagnosis and surgical treatment using minimally invasive methods at the levels of cholelithiasis and choledocholithiasis, obstructive jaundice, purulent cholangitis, terminal section of the common bile duct, FS stenosis. *The significance of scientific novelty*: cholelithiasis and its accompanying choledocholithiasis, mechanical jaundice, purulent cholangitis, terminal section of the common bile duct. The practical implementation of scientific results using the method of improving diagnosis and surgical treatment using minimally invasive methods at the levels of biliary tract stenosis has allowed patients to develop skills to improve their quality of life by developing preventive and health-improving measures to prevent the disease, based on the assessment that cholelithiasis is of priority importance in the treatment of terminal choledochus, impaired patency of the FS. *Introduction to practice*: cholelithiasis and its treatment methods for choledocholithiasis, obstructive jaundice, purulent cholangitis, terminal biliary tract, fallopian tube stenosis for minimally invasive methods at the diagnostic and surgical treatment level, scientific results have been implemented in healthcare institutions, including the Khorezm Regional Multidisciplinary Medical Center (Order No. 142-I of 05.10.2023) and the Republic of Karakalpakstan in accordance with the medical center named after U.Kholmuratov (Order No. 36 dated 26.10.2023). *Social effectiveness*: as a result of the diagnosis and improvement of surgical treatment of these patients using minimally invasive methods at the levels of gallstone disease and choledocholithiasis, obstructive jaundice, purulent cholangitis, terminal common bile duct, and FS stenosis, repeated hospitalization with postcholecystectomy syndrome was obtained. *Economic efficiency*: material, moral, as well as economic damage to the patient was prevented by preventing resuscitation of a patient with postcholecystectomy syndrome by diagnosing and improving surgical treatment using minimally invasive methods at the levels of cholelithiasis and choledocholithiasis, obstructive jaundice, purulent cholangitis, terminal common bile duct, FS stenosis. *Conclusion*: thanks to the use of minimally invasive methods of treatment of cholelithiasis and choledocholithiasis, obstructive jaundice, purulent cholangitis, terminal common bile duct, FS stenosis, it was possible to prevent social, economic damage and additional stress in patients, their intensive care in the hospital by improving diagnosis and surgical treatment.

The volume and structure of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusions, and a list of references. The volume of the dissertation is 117 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Янгибаев О.З., Исмаилов У.С., Янгибаев З., Батиров Д.Ю., Пирматов Ш.Ш. Холелитиазда катта дуоденал сўрғич стенози давомийлигини ташхислаш усули // Ўзбекистон Республикаси адлия вазирлиги. Тошкент, 2024. № FAP 2561.
2. Пирматов Ш.Ш. Холедохолитиаз, холедох териминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилган беморларни даволашда интраоператив холедохоскопиянинг роли // Тиббиётда янги кун. – Бухоро, 2025. – № 3 (77). – Б. 10-14. (14.00.00; №22).
3. Pirmatov Sh.Sh. Advantage of choledochoscopy in cholelithiasis and its choledocholithiasis, choledox terminal part, Fater sucker conduction disorders // American Journal of Medicine and Medical Sciences, – USA, 2025. – №19 (02). P. 45-48. (14.00.00; №2).
4. Янгибаев О.З., Пирматов Ш.Ш., Янгибаев З. Трансдуоденал папиллосфинктеропластиканинг бугунги ўрни // Тиббиётда янги кун. - Бухоро, 2024. - № 1 (63). - Б. 328-333. (14.00.00; №22).
5. Пирматов Ш.Ш., Янгибаев О.З., Янгибаев З. Янги ултранозик фиброхолангиоскопиянинг холелитиазлардаги роли // Тиббиётда янги кун. - Бухоро, 2024. - № 1 (63). - Б. 334-338. (14.00.00; №22).
6. Pirmatov Sh.Sh., Yangibaev Z. Main long-term negative results (surgical complications) after biliary tract surgery for cholelithiasis // The multidisciplinary journal of science and technology. – 2023. – № 3 (4). - P. 263-271. (IF: 8.848).
7. Янгибаев З., Батиров Д.Ю., Пирматов Ш.Ш. Янгибаев О.З. Холелитиазларда холедохоскопиянинг ахамияти // Хоразм Маъмун академияси ахборотномаси. – Хива, 2021. – № 10. Б. 471–473. (ОАК Раёсатининг 2016 йил 29 декабрдаги 223/4-сон қарори).

II бўлим (II часть; II part)

8. Yangibaev O.Z., Zaribbayev U.R., Yangibaev Z. and Muhammad Arsalan Ali Sajid., Pirmatov Sh.Sh. The role of fibrocholangioscopy in choledocholithiasis. // World Journal of Advanced Research and Reviews. – 2023. – № 19 (02). P. 45-48. (IF: 7.8)
9. Янгибаев О.З., Пирматов Ш.Ш., Янгибаев З. Холелитиазларни даволашнинг янги усули // Journal of science-innovative research in Uzbekistan. – Ташкент, 2023. – № 1 (8). – Б. 716-721. (IF: 8.654)
10. Янгибаев О.З., Зариббаев У., Батиров Д.Ю., Юсупов Д.Д., Янгибаева З.О., Пирматов Ш.Ш. Трансдуоденальная папиллосфинктероластика при осложненном холелитиазе. // Научная перспектива. Научно-аналитический журнал. – Россия, Уфа, 2023. - № 3. Т. 157. С. 54–57.
11. Янгибаев О.З., Зариббаев У., Батиров Д.Ю., Юсупов Д.Д., Янгибаев З., Пирматов Ш.Ш. Двойное дренирование желчных путей при нарушениях проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова соска при холелитиазе. // Научная перспектива. Научно-аналитический журнал. – Уфа, 2023. – № 3. С. 57–61.
12. Янгибаев З., Пирматов Ш.Ш., Каландоров М.Б. Лапараскопическая

холецистэктомия и холедохолитотомия после резекция желудка, // Научная перспектива. Научно-аналитический журнал. Уфа, 2023. – № 3. Т. 157. С. 63 – 65.

13. Пирматов Ш.Ш. Холедохолитиазда холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилишини оператив даволашдаги долзарб муоммолар // “Илм – фан ва инновацион ютуқларни ривожлантиришнинг долзарб муаммолари” Республика илмий-амалий конференцияси. – Тошкент, 2023. – № 15. Б. 87-91.

14. Пирматов Ш.Ш. Холедохолитиазларни ташхислаш ва даволашда Лапароскопик интраоперацион холедохоскопиядан фойдаланиш усуллари // “Илм – фан ва инновацион ютуқларни ривожлантиришнинг долзарб муаммолари” Республика илмий-амалий конференцияси. – Тошкент, 2023. – № 15. Б. 92-96.

15. Пирматов Ш.Ш. Холедохнинг терминал қисми ҳамда ўн икки бармоқли ичакнинг Фатер сўрғичи функцияси бузилган беморларни интраоперацион холедоскопиядан фойдаланган ҳолда ташхислаш ва даволаш // «Замонавий дунёда табиий фанлар: Назарий ва амалий изланишлар» номли илмий-амалий, масофавий, онлайн конференцияси. – Тошкент, 2023. – №11 (37). Б. 28-31.

16. Пирматов Ш.Ш. Холедохолитиазларда холедохоскопиянинг ўзига хос хусусиятлари ва муаммолари // “Илм – фан ва инновацион ютуқларни ривожлантиришнинг долзарб муаммолари” Республика илмий-амалий конференцияси. – Тошкент, 2023. – № 16. Б. 55-58.

17. Pirmatov Sh.Sh. In choledocholithiasis choledoxoscopy specific Features and problems // World Bulletin of Public Health (WBPH) Available Online. – Berlin, Germany, 2023. – № 28. P. 169-171.

18. Pirmatov Sh.Sh. Methods of using laparoscopic interoperational choledochoscopy in the diagnosis and treatment of choledocholithiasis // Confrencea – Virtual International Conferences. – Dubai, 2023. – P. 173-179.

19. Pirmatov Sh.Sh. The function of the colon is part of the terminal in choledox fingers and twelve patients with impaired fat nipple interoperasion at choledochoscopy used for the diagnosis and treatment allow // 12th-TECH-FEST- International Multidisciplinary Conference. – England, 2023. – P. 287-291.

20. Pirmatov Sh.Sh. In choledocholithiasis choledoxoscopy specific Features and problems // ICARHSE International Conference on Advance Research in Humanities, Sciences and Education. – Berlin, Germany, 2023. – P. 149-153.

21. Янгибаев З., Ботиров Д.Ю., Пирматов Ш.Ш., Янгибаев О.З. Проблемы хирургии терминальной части холедоха и нарушение проходимости Фатерова сосочка. // Сборник статей IX Всероссийский научно-практической конференции. – Россия, Пенза 2021. – С. 102-105.

22. Янгибаев З., Батиров Д.Ю., Пирматов Ш.Ш. Янгибаев О.З. Лечение больных с заболеваниями терминальной части холедоха и нарушениями функции Фатерова сосочек двенадцатиперстной кишки // Сборник статей XXXIII международной научно-практической конференции. – Россия, Пенза, 2021. - С. 150-153.

23. Янгибаев О.З., Янгибаев З., Батиров Д.Ю., Пирматов Ш.Ш. Холедохолитиазларда холедохоскопиянинг ахамияти // Услубий тавсиянома. – Хоразм, 2023. – 21 б.

24. Янгибаев О.З., Янгибаев З., Батиров Д.Ю., Пирматов Ш.Ш. Холелитиазларда холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилишларини даволашларда компрессион холедоходуоденоанастомоз усулини қўллаш // Услубий тавсиянома. – Хоразм, 2023. – 17 б.

25. Янгибаев О.З., Янгибаев З., Батиров Д.Ю., Пирматов Ш.Ш. Холелитиазларда холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилишларини хирургик даволаш усуллари // Услубий тавсиянома. – Хоразм, 2023. – 20 б.

**Avtoreferatning o'zbek, rus va ingliz tilidagi matnlari
"IPAKYO'LI" nashriyotida tahrirdan o'tqizildi.**



**Bosishga ruxsat etildi: 29.09.2025.
Qog'oz bichimi 60x84 1/16.
Times New Roman garniturasida chop etildi.
Hajmi 3 bosma taboq. Adadi 100 nusxa. Buyurtma № 407.**

**"West Media Express" MCHJ bosmaxonasida chop etildi.
Bosmaxona manzili: Buxoro shahri,
Qayum Murtazoyev ko'chasi 15A uy.
Tel: +998 55 311 39 00**