

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

**ШОМУРОДОВ ХАБИБУЛЛО АБДУМАЛИК ЎҒЛИ**

**ЎТКИР ДЕСТРУКТИВ ХОЛЕЦИСТИТДА ЛАПАРОСКОПИК  
ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШНИНГ КЛИНИК ВА  
ТЕХНИК ЖИҲАТЛАРИ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**Самарқанд – 2026**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD)**

<b>Шомуродов Хабибулло Абдумалик ўғли</b> Ўткир деструктив холециститда лапароскопик технологияларни такомиллаштиришнинг клиник ва техник жиҳатлари .....	3
<b>Шомуродов Хабибулло Абдумалик угли</b> Клинические и технические аспекты совершенствования лапароскопических технологий при остром деструктивном холецистите .....	21
<b>Shomurodov Khabibullo Abdumalik ugli</b> Clinical and technical aspects of improving laparoscopic technologies in acute destructive cholecystitis .....	39
<b>Эълон қилинган ишлар рўйхати</b> Список опубликованных работ List of published works .....	44

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

**ШОМУРОДОВ ХАБИБУЛЛО АБДУМАЛИК ЎҒЛИ**

**ЎТКИР ДЕСТРУКТИВ ХОЛЕЦИСТИТДА ЛАПАРОСКОПИК  
ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШНИНГ КЛИНИК ВА  
ТЕХНИК ЖИҲАТЛАРИ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**Самарқанд – 2026**

**Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2025.1.PhD/Tib5637 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Самарқанд Давлат тиббиёт университетида бажарилган.

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

**Илмий раҳбар:** **Даминов Фируз Асадуллаевич**  
тиббиёт фанлари доктори, доцент

**Расмий оппонентлар:** **Шербек Улугбек Ахрорович**  
тиббиёт фанлари доктори, доцент.

**Матмуродов Қувондиқ Жуманиёзович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор.

**Етакчи ташкилот:** **Бошқирдистон давлат тиббиёт университети**  
(Россия Федерацияси)

Диссертация ҳимояси Самарқанд Давлат тиббиёт университети ҳузуридаги илмий даражаларлар берувчи DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03 рақамли Илмий Кенгашнинг 2026 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Анкабай кўчаси, 6-уй. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: [sammu@sammu.uz](mailto:sammu@sammu.uz)

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

Диссертация автореферати 2026 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ да тарқатилди.

(2026 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_ рақамли реестр баённомаси)

**Н.Н. Абдуллаева**

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

**К.В. Шмирина**

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

**З.Б. Курбаниязов**

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

## КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясига аннотация)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, «...ўт йўллари касалликлари, шу жумладан ўткир деструктив холецистит қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир жарроҳлик патологиялари орасида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди ва шошилиш касалхонага ётқизиш ва жарроҳлик аралашувларининг тез-тез учрайдиган сабабларидан бири ҳисобланади...»<sup>1</sup>. Замонавий тиббиётнинг муҳим вазифаси нафақат ушбу ҳолатни ўз вақтида ташхислаш ва даволаш, балки шикастланишни минималлаштириш, касалхонага ётқизиш ва тикланиш муддатларини қисқартириш, шунингдек, операциядан кейинги асоратлар частотасини камайтиришни ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик аралашувининг оптимал усулини танлашдир. Жарроҳлик даволашнинг кам инвазив усуллари, биринчи навбатда лапароскопик холецистэктомия, анъанавий очик жарроҳликнинг самарали муқобили сифатида ўзини оқлади. Бироқ, ўткир деструктив яллиғланиш жараёни шароитида кам инвазив аралашувнинг техник бажарилиши бир қатор қийинчиликлар ва асоратлар хавфининг ортиши билан бирга кечиши мумкин.

Шу муносабат билан каминвазив жарроҳликнинг турли ёндашувларини, шу жумладан эрта ва кечиктирилган лапароскопик холецистэктомияни қиёсий таҳлил қилиш, шунингдек, перкутан холетсистостомия ва гибрид усуллар каби муқобил усуллардан фойдаланиш долзарб бўлиб қолмоқда. «...Ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини ошириш ва даволаш натижаларини яхшилаш учун клиник ва лаборатория маълумотлари асосида жарроҳлик тактикасини танлашни оптималлаштириш, шунингдек, кам инвазив аралашувлар самарадорлиги ва хавфсизлигининг прогностик омилларини баҳолаш муҳим аҳамиятга эга...»<sup>2</sup>. Мавжуд усулларнинг қиёсий таҳлилининг ўтказиш нафақат уларнинг афзалликлари ва чекловларини объектив баҳолаш, балки беморларни бошқаришнинг стандартлаштирилган алгоритмларини ишлаб чиқиш имконини беради, бу эса ушбу мавзунинг юқори илмий ва амалий аҳамиятини таъкидлайди.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимида аҳолига кўрсатилаётган жарроҳлик ёрдами сифатини тубдан яхшилаш ва кўламини сезиларли даражада кенгайтириш бўйича кенг кўламли мақсадли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Шу муносабат билан, 2022-2026 йилларда мамлакат ривожланиши стратегиясида «...аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимларининг салоҳиятини ошириш ва 2022-2026 йилларда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш дастурини тадбиқ этишга

<sup>1</sup> Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Акбаров М.М., Бабаджанов А.Х., Курбаниязов З.Б., Байбеков Р.Р. Хирургическое лечение «свежих» повреждений и посттравматических рубцовых стриктур магистральных желчных протоков // Материалы пленума правления ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, г. Ереван, 29-30 апреля 2019 г. С.103-104

<sup>2</sup> Давлатов С. С., Анарбаев С. А., Алиева С. З. Холецистэктомия из мини-доступа в лечении пациентов с острым деструктивным холециститом // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2018. – №. 2. – С. 68-71.

қаратилган чора-тадбирлар мажмуини амалга ошириш...»<sup>3</sup>. каби вазифалар белгиланган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон “Бирламчи соғлиқни сақлаш муассасалари фаолиятига принципиал янги механизмларни жорий этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон “Соғлиқни сақлаш соҳасида давлат бошқаруви тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон “Фуқаролар саломатлигини таъминлашда доир кўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига боғлиқлиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Замонавий адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ўткир деструктив холециститни даволашда бир нечта йўналишлар мавжуд: анъанавий ва миниинвазив жарроҳлик аралашувлар. Очиқ холецистэктомия каби анъанавий усуллар, ўзининг исботланган самарадорлигига қарамай, кўпроқ шикастланиш, операциядан кейинги узоқ муддатли тикланиш ва асоратларнинг юқори хавфи билан бирга келади. (Хаджибаев А.М. 2016).

Олинган натижалар асосида ўткир деструктив холециститни жарроҳлик йўли билан даволашнинг кам инвазив усулларини жорий этиш ва янада ривожлантириш мақсадга мувофиқ деган хулосага келиш мумкин. Улар юқори самарадорлик, хавфсизлик ва анъанавий очиқ операцияларга нисбатан беморларнинг тезроқ тикланишига ёрдам беради. Бундан ташқари, таҳлил шуни кўрсатадики, лапароскопик усулларни ўз вақтида қўллаш операциядан кейинги асоратлар хавфини камайтиради ва касалхонада ётиш муддатини қисқартиради. (Prudkov M.I. 2019).

Адабиётларда нафақат жарроҳлар, балки гастроэнтерологлар, анестезиологлар ва интенсив терапия мутахассисларини ўз ичига олган беморларни бошқаришга мултидисциплинар ёндашувнинг аҳамиятига эътибор қаратилган. Бу комплекс текширувни, операциядан олдинги адекват тайёргарликни ва операциядан кейинги даврда мониторингни таъминлайди.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим ёки илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт университети наъмунавий дастурнинг «Шикастланишлар, жарроҳлик касалликлари ва ўсмаларнинг олдини олиш, диагностика қилиш ва даволаш бўйича замонавий технологияларни яратиш ва жорий этиш» (Давлат рўйхати

---

<sup>3</sup>Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сонли «2022 - 2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони.

№012400287) бўйича режалаштирилган тадқиқот ишлари доирасида амалга оширилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** жарроҳлик тактикасини такомиллаштириш орқали ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

минилапаротом, лапароскопик ва лапаротом йўллари орқали холецистэктомия бажаришда жарроҳлик стресси туфайли юзага келадиган эндокрин ўзгаришларнинг хусусиятларини ўрганиш;

жарроҳлик аралашувининг энг оқилона вариантини танлашга таъсир қилувчи омилларни ҳисобга олган ҳолда ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларни даволаш ва ташхислаш алгоритминини ишлаб чиқиш ва оптималлаштириш;

лапароскопик холецистэктомияда ўт пуфаги чўлтоғининг герметиклигини таъминлайдиган ҳаво камерасига эга модификацияланган дренаж қурилмасининг самарадорлигини баҳолаш;

турли хил жарроҳлик йўллари орқали амалга оширилган холецистэктомиянинг клиник ва функционал натижаларини қиёсий таҳлил қилиш.

**Тадқиқотнинг объекти** Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий шошинч тиббиёт маркази Самарқанд филиалининг жарроҳлик бўлимида 2020-2024 йиллар давомида стационар даволанган ўткир деструктив тошли холецистит билан оғриган 201 нафар беморлар олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларни жарроҳлик ёндашувини танлашда дифференциал ёндашувдан фойдаланган ҳолда, махсус тадқиқот усуллари қўллаган ҳолда комплекс текшириш ва жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилган.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ҳал қилиш учун қуйидаги усуллардан фойдаланилган: умумий клиник, инструментал (ультратовуш, эндоскопик, нурли тадқиқот усуллари), статистик тадқиқот усуллари.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

турли кириш йўллари (лапаротом, минилапаротом ва лапароскопик) билан бажарилганда холецистэктомияларда жарроҳлик стресси билан боғлиқ эндокрин ўзгаришлар тахлили эндовидеохирургик холецистэктомия операциядан кейинги даврда гормонал статуснинг ишончли равишда эртарок нормаллашуви ( $p < 0,05$ ) кузатилиши аниқланган;

холецистэктомияда жарроҳлик тактикасини дифференциал танлаш учун клиник ва инструментал маълумотларни интеграл баҳолаш орқали оригинал даволаш-диагностик алгоритм ишлаб чиқилган ва ушбу алгоритмни амалиётга жорий этиш натижасида операция давомийлигини ишончли равишда  $66,5 \pm 4,9$  дақиқадан  $42,1 \pm 2,9$  дақиқагача қисқартириши аниқланган;

илк бор лапароскопик холецистэктомия жараёнида ўт пуфаги чўлтоғини герметизация қилиш мақсадида интеграциялашган ҳаво камерасига эга бўлган модификация қилинган дренаж қурилмасини қўллаш орқали эрта билиар асоратлар частотасини 7,3% дан 2,5% гача ишончли равишда камайиши ҳамда

деструктив холецистит шаклларида операциядан кейинги ўт оқишларининг олдини олиниши асосланган;

холецистэктомия жарроҳлик амалиётларида ҳаёт сифати баҳолашнинг оптималлаштирилган шкаласи билан ўт пуфаги чултоғини ҳимоя қилишга қаратилган оригинал техник ечимни бирга қўллаш орқали постхолецистэктомик синдромни 24,0% дан 6,3% гача ( $p=0,031$ ) ишончли равишда камайтириши аниқланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

жарроҳлик ёндашувини оптималлаштириш ва даволаш натижаларини яхшилаш имконини берувчи касаллик кечишининг оғирлигини балли баҳолашни ўз ичига олган даволаш тактикасини танлаш учун ишлаб чиқилган алгоритм асосида мирилапаротом, лапароскопик ва лапаротом ёндашувлар орқали холецистэктомия ўтказишга кўрсатмалар аниқланган;

лапароскопик холецистэктомияда ўт пуфаги чултоғининг ишончли герметиклигини таъминлайдиган ҳаво камерасига эга дренаж қурилмаси ўзгартирилди, бу эса операциядан кейинги эрта асоратларнинг олдини олишга ёрдам беради ва очиқ операцияга ўтиш хавфини камайтиради;

холецистэктомиядан кейинги беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш шкаласи жисмоний, рухий-ҳиссий ва ижтимоий фаолиятга таъсир қилувчи асосий омилларни ҳисобга олган ҳолда кучайтирилди ва такомиллаштирилди, бу эса даволаш натижаларини янада аниқроқ баҳолаш ва самарали реабилитация ўтказиш имконини беради.

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

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган хулосалар ва таклифлар назарий аҳамиятга эга бўлиб, ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларни даволашда замонавий ёндашувларни ишлаб чиқишга катта ҳисса қўшиши билан изоҳланади. Ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг ретроспектив таҳлили шуни кўрсатдики, асосий жарроҳлик аралашуви пайтида ва операциядан кейинги учинчи кун танланган жарроҳлик йўлини ҳисобга олган ҳолда, холецистэктомиянинг турли усулларида организмнинг эндокрин жавобининг ўзига хос хусусиятларини аниқлаш имконини берган. Беморнинг индивидуал биологик ва клиник хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларни даволашнинг жарроҳлик тактикасини танлаш дастури ишлаб чиқилган ва жорий этилган, бу эса даволашни шахсийлаштириш ва унинг самарадорлигини оширишга ёрдам беради. Лапароскопик холецистэктомияда ўт пуфаги чултоғининг ишончли герметиклигини таъминлайдиган ҳаво камерасига эга такомиллаштирилган

дренаж қурилмаси яратилди, бу эса операциядан кейинги сафро оқиши ва сафроли перитонит ривожланиш хавфини сезиларли даражада камайтиради. Холецистэктомиядан кейинги беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолашнинг ўзига хос шкаласи операциядан кейинги даврнинг кечишига ва холецистэктомиядан кейинги синдромнинг ривожланиш эҳтимолига таъсир қилувчи омилларни текширишни ҳисобга олган ҳолда оптималлаштирилди, бу эса беморларнинг аҳволини аниқроқ кузатиш ва уларнинг реабилитациясини яхшилаш имконини беради.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти ишдаги асосий хулосалар ва тавсиялардан турли даражадаги тиббиёт муассасаларида ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларни ташхислаш ва даволашда фойдаланиш мумкинлиги билан изоҳланади. Жарроҳлик ёндашувини оптималлаштириш ва даволаш натижаларини яхшилаш имконини берувчи касаллик кечишининг оғирлигини балли баҳолашни ўз ичига олган даволаш тактикасини танлаш учун ишлаб чиқилган алгоритм асосида миnilапаротом, лапароскопик ва лапаротом ёндашувлар орқали холецистэктомия ўтказишга кўрсатмалар аниқланди. Лапароскопик холецистэктомияда ўт пуфаги чўлтоғининг ишончли герметиклигини таъминлайдиган ҳаво камерасига эга дренаж мосламаси ўзгартирилди, бу операциядан кейинги эрта асоратларнинг олдини олишга ёрдам беради ва очик операцияга конверсия қилиш хавфини камайтиради. Холецистэктомиядан кейинги беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш шкаласи жисмоний, психоэмотсионал ва ижтимоий фаолиятга таъсир қилувчи асосий омилларни ҳисобга олган ҳолда кучайтирилди ва такомиллаштирилди, бу эса даволаш натижаларини янада аниқроқ баҳолаш ва самарали реабилитация қилиш имконини беради.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Ўткир деструктив холециститда лапароскопик технологияларни такомиллаштиришнинг клиник ва техник жиҳатлари бўйича олиб борилган илмий-тадқиқот натижалари асосида:

биринчи илмий янгилик: турли кириш йўллари (лапаротом, миnilапаротом ва лапароскопик) билан бажарилганда холецистэктомияларда жарроҳлик стресси билан боғлиқ эндокрин ўзгаришлар тахлили эндовидеохирургик холецистэктомия операциядан кейинги даврда гормонал статуснинг ишончли равишда эртароқ нормаллашуви ( $p < 0,05$ ) кузатилиши аниқланган ва бу бўйича тавсиялар Самарқанд давлат тиббиёт университетининг 2025-йил 26-мартдаги №8-сон Илмий кенгаши томонидан тасдиқланган «Ўткир тошли холецистит: клиникаси, асоратлари, диагностикаси ва давоси» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Бу таклифлар амалиётга 2025-йил 3-апрелдаги №70-І/СН-сонли буйруқ билан Қашқадарё вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказида ва 2025-йил 22-мартдаги №52-сонли буйруқ билан Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Сирдарё филиалида жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 7 июлдаги 21/72-сонли хулосасига кўра). Ижтимоий самарадорлиги: жарроҳлик ёндашувини оптималлаштириш ва даволаш натижаларини яхшилаш имконини берувчи

касаллик кечишининг оғирлигини балли баҳолашни ўз ичига олган даволаш тактикасини танлаш учун ишлаб чиқилган алгоритм асосида минилапаротом, лапароскопик ва лапаротом ёндашувлар орқали холецистэктомия ўтказишга кўрсатмалар аниқланган. Иқтисодий самарадорлиги: комплекс терапия билан фаол жарроҳлик тактикаси билан беморларнинг стационар шароитда даволаш одатда умумий ўртача 2176480 сўм. Беморларнинг барча лаборатор-инструментал текширишларига жами 355300 сўм сарфланади. Хулоса: турли кириш йўллари (лапаротом, минилапаротом ва лапароскопик) билан холецистэктомия бажарилганда жарроҳлик стресси билан боғлиқ эндокрин ўзгаришларнинг хусусиятларини ўрганишга қаратилган тадқиқот шуни кўрсатдики, гормонал силжишларнинг кўтарилиш томонига энг кўп ифодаланганлиги лапаротом холецистэктомияда кузатилган.

иккинчи илмий янгилик: холецистэктомияда жарроҳлик тактикасини дифференциал танлаш учун клиник ва инструментал маълумотларни интеграл баҳолаш орқали оригинал даволаш-диагностик алгоритм ишлаб чиқилган ва ушбу алгоритмни амалиётга жорий этиш натижасида операция давомийлигини ишончли равишда  $66,5 \pm 4,9$  дақиқадан  $42,1 \pm 2,9$  дақиқাগача қисқартириши аниқланган ва бу бўйича тавсиялар Самарқанд давлат тиббиёт университетининг 2025-йил 26-мартдаги №8-сон Илмий кенгаши томонидан тасдиқланган «Ўткир тошли холецистит: клиникаси, асоратлари, диагностикаси ва давоси» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Бу таклифлар амалиётга 2025-йил 3-апрелдаги №70-І/СН-сонли буйруқ билан Қашқадарё вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказида ва 2025-йил 22-мартдаги №52-сонли буйруқ билан Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Сирдарё филиалида жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 7 июлдаги 21/72-сонли хулосасига кўра). Ижтимоий самарадорлиги: лапароскопик холецистэктомияда ўт пуфаги чўлтоғининг ишончли герметиклигини таъминлайдиган ҳаво камерасига эга дренаж қурилмаси ўзгартирилди, бу эса операциядан кейинги эрта асоратларнинг олдини олишга ёрдам беради ва очик операцияга ўтиш хавфини камайтиради. Иқтисодий самарадорлиги: даволашнинг патогенетик асосли усулини танлаш билан беморлар даволаниши орқали умумий ўртача 1170500 сўм сарфланади. Хулоса: клиник маълумотлар, ультратовуш текшируви ва диагностик лапароскопия натижалари асосида касаллик кечишининг оғирлигини балли баҳолашни ўз ичига олган ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларни олиб боришнинг ишлаб чиқилган ва оптималлаштирилган даволаш-ташхисот алгоритми жарроҳлик аралашувининг энг оқилона вариантини асосли равишда танлаш имконини берди.

учинчи илмий янгилик: илк бор лапароскопик холецистэктомия жараёнида ўт пуфаги чултоғини герметизация қилиш мақсадида интеграциялашган ҳаво камерасига эга бўлган модификация қилинган дренаж қурилмасини қўллаш орқали эрта билиар асоратлар частотасини 7,3% дан 2,5% гача ишончли равишда камайиши ҳамда деструктив холецистит шаклларида операциядан кейинги ўт оқишларининг олдини олиниши асосланган ва бу бўйича тавсиялар

Самарқанд давлат тиббиёт университетининг 2025-йил 26-мартдаги №8-сон Илмий кенгаши томонидан тасдиқланган «Ўткир тошли холецистит: клиникаси, асоратлари, диагностикаси ва давоси» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Бу таклифлар амалиётга 2025-йил 3-апрелдаги №70-І/СН-сонли буйруқ билан Қашқадарё вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказида ва 2025-йил 22-мартдаги №52-сонли буйруқ билан Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Сирдарё филиалида жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 7 июлдаги 21/72-сонли хулосасига кўра). Ижтимоий самарадорлиги: холецистэктомиядан кейинги беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш шкаласи жисмоний, руҳий-ҳиссий ва ижтимоий фаолиятга таъсир қилувчи асосий омилларни ҳисобга олган ҳолда кучайтирилди ва такомиллаштирилди, бу эса даволаш натижаларини янада аниқроқ баҳолаш ва самарали реабилитация ўтказиш имконини беради. Иқтисодий самарадорлиги: лапароскопик холецистэктомияда такомиллаштирилган дренаж қурилмасини қўллашда умумий ўртача 23542200 сўм иқтисод қилинади. Хулоса: лапароскопик холецистэктомияда ўт пуфаги чўлтоғининг герметиклигини таъминлайдиган ҳаво камерасига эга модификацияланган дренаж қурилмасининг самарадорлигини баҳолаш жарроҳлик ёрдами сифатининг сезиларли даражада яхшиланишини кўрсатди, бу эрта билиар асоратлар частотасини 7,3% дан 2,5% гача камайтирди.

тўртинчи илмий янгилик: холецистэктомия жарроҳлик амалиётларида ҳаёт сифати баҳолашнинг оптималлаштирилган шкаласи билан ўт пуфаги чўлтоғини химоя қилишга қаратилган оригинал техник ечимни бирга қўллаш орқали постхолецистэктомик синдромни 24,0% дан 6,3% гача ( $p=0,031$ ) ишончли равишда камайтириши аниқланган ва бу бўйича тавсиялар Самарқанд давлат тиббиёт университетининг 2025-йил 26-мартдаги №8-сон Илмий кенгаши томонидан тасдиқланган «Ўткир тошли холецистит: клиникаси, асоратлари, диагностикаси ва давоси» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Бу таклифлар амалиётга 2025-йил 3-апрелдаги №70-І/СН-сонли буйруқ билан Қашқадарё вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказида ва 2025-йил 22-мартдаги №52-сонли буйруқ билан Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Сирдарё филиалида жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 7 июлдаги 21/72-сонли хулосасига кўра). Ижтимоий самарадорлиги: холецистэктомиядан кейин беморларнинг аҳволини аниқроқ кузатиш ва уларнинг реабилитациясини яхшилаш имконини берган. Иқтисодий самарадорлиги: реабилитация муддатларининг қисқариши, ҳаёт сифатининг яхшиланиши ва меҳнат фаолиятининг тикланиши туфайли йиллик иқтисодий кўрсаткич эса ўз навбатида 30% гача бюджет маблағларини тежашга олиб келади. Хулоса: ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш учун ишлаб чиқилган даволаш-ташхислаш алгоритми ва холецистэктомияда узун чўлтоқни қолдириш туфайли деструктив холециститда қўлланиладиган ҳаво камераси бўлган махсус дренаж қурилмаси операциядан кейинги эрта асоратлар частотасини 13,4% дан (таққослаш гуруҳида 11 бемор) 2,5% гача (асосий гуруҳда 3 бемор)

камайтиришга олиб келди ( $\chi^2 = 4,954$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,027$ ), шунингдек, узок муддатли даврда ПХЭС сонининг 24,0% дан 6,3% гача камайишига олиб келди.

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

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 13 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

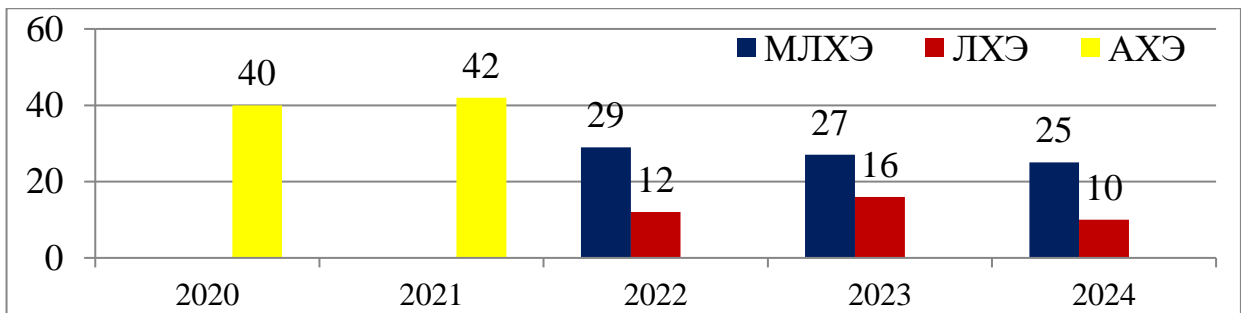
**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулоса, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 116 бетни ташкил этади.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш қисмида** ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объект ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **"Ўткир холециститнинг деструктив шакллари жарроҳлик йўли билан даволашга замонавий қарашлар"** деб номланган **биринчи бобда** ўткир холециститнинг деструктив шакллари муаммосининг моҳияти, унинг этиопатогенези, ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари, шунингдек, ушбу патология билан оғриган беморларни олиб боришнинг долзарб масалалари ёритилган адабиётлар шарҳи келтирилган. Ушбу бобда муаммонинг ҳолати, ўт тош касаллиги жарроҳлигида қўлланиладиган холецистэктомия усуллари ва уларнинг қиёсий тавсифи келтирилган. Шунингдек, замонавий жаҳон адабиётлари маълумотларига кўра ўткир деструктив холецистит жарроҳлигида каминвазив аралашувлар алоҳида тавсифланган.

Диссертациянинг **"Материалларнинг клиник тавсифи ва қўлланилган тадқиқот усуллари"** деб номланган **иккинчи бобда** тадқиқот материали ва усуллари тавсифланган, клиник материалнинг умумий тавсифи, клиник ва инструментал тадқиқот усуллари берилган. Тадқиқот учун Республика ихтисослаштирилган шошилиш тиббий ёрдам илмий-амалий маркази Самарқанд филиалининг жарроҳлик бўлимларига 2020-2024 йиллар давомида ўткир деструктив холецистит билан ётқизилган 201 нафар бемор асос бўлиб хизмат қилди. Беморлар шартли равишда икки гуруҳга бўлинган: таққослаш гуруҳини фақат анъанавий кенг кириш йўли билан холецистэктомия қилинган 82 (40,8%) бемор, асосий гуруҳни лапароскопик усулда ва минилапаротомик кириш йўли билан холецистэктомия қилинган 119 (59,2%) бемор ташкил этди (1-расм).



*Расм 1. Ўткир холецистит билан оғриган беморларда операция турини танлаш бўйича холецистэктомия частотаси*

Иккала гуруҳдаги беморларда 2-3 даражали гипертония, юрак ишемик касаллиги, 2-3 даражали семизлик энг кўп учради (фарқлар таққослаш гуруҳи билан солиштириганда ишончли,  $p < 0,05$ ). Беморларнинг учдан бир қисмидан кўпроғида 2 ёки ундан ортиқ ёндош касалликлар аниқланган. Ёндош касалликлари бўлмаган беморлар сони 19,3 дан 20,7% гача ўзгариб турди. Беморларнинг умумий ҳолати, ёндош касалликларнинг оғирлик даражаси, шунингдек, жарроҳлик аралашуви ва анестезия хавфи бўйича беморлар Америка анестезиологлар ассоциацияси (American Society of Anesthesiologists - АСА) томонидан таклиф қилинган шкала бўйича тақсимланган.

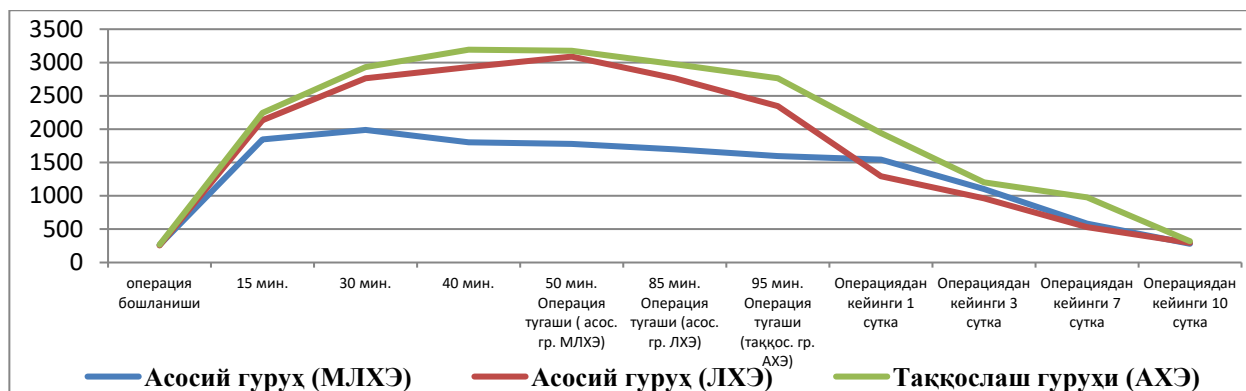
Диссертациянинг **"Турли жарроҳлик йўлларида холецистэктомияда стресс гормонлари даражасини қиёсий баҳолаш"** деб номланган **учинчи боби** холецистэктомияда турли йўллarning (лапароскопик, минилапаротом, лапаротом) травматиклигини таққослашга бағишланган. Қиёсий баҳолаш учун биз стрессор гормонлар ҳолатини ўргандик.

Объектив маълумотларни олиш учун биз ўткир деструктив холецистит билан оғриган 57 нафар беморни текширдик, уларда турли сабабларга кўра холецистэктомиянинг учта варианты - лапароскопик, минилапаротомик ва лапаротомик кириш амалга оширилди. Турли оператив ёндашувлардан холецистэктомияга нейроэндокрин жавобдаги ўзгаришларни баҳолаш учун биз бир қатор "стрессор" гормонлар деб аталадиган ўзгаришларни операциядан олдин, операция пайтида ва ундан кейинги учинчи кунда ўргандик.

Жарроҳлик стрессига энг кўп жавоб берадиган гормонлардан бири бўлган пролактин 57 беморда ўрганилган. Биз операциядан олдин пролактиннинг ўртача кўрсаткичлари  $215,2 \pm 21,6$  дан  $283,0 \pm 113$  Мме/мл гача бўлганлигини аниқладик, бу ўртача меъёрлар чегарасида эди.

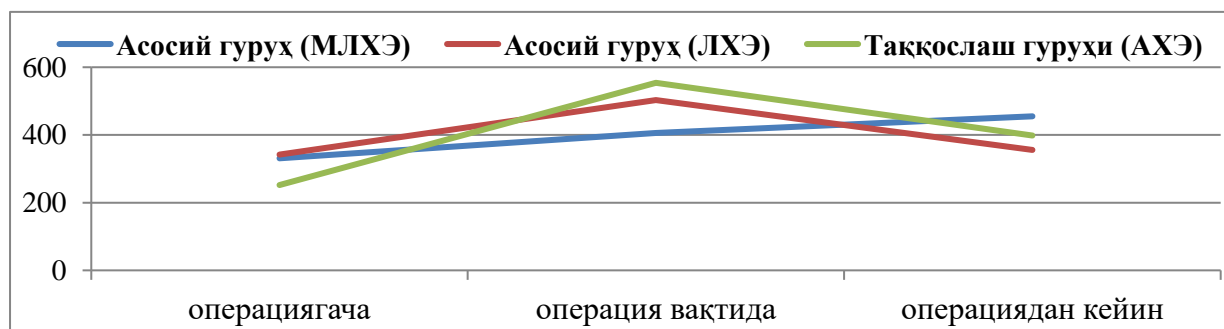
Ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, операция вақтида ўт пуфагини ажратишда пролактин ўртача миқдорининг ўзгариши минилапаротом (+315%) ва лапароскопик (+623,1%) усулдаги холецистэктомияга қараганда анъанавий усулда, яъни кенг кириш йўли билан холецистэктомияда (+832,2%) 1,5 баравар юқори эканлигини кўрсатди (2-расм).

Бизнинг маълумотларимизга кўра, анъанавий холецистэктомияда лапароскопик ва минилапаротомик операцияларга нисбатан пролактиннинг сезиларли даражада ошиши кузатилди. Жарроҳлик пайтида ва ундан кейинги 3-куни пролактин даражасининг ўзгариши бўйича минилапаротомик кириш орқали жарроҳлик аралашувлар лапароскопик ва лапаротомик операциялар ўртасида оралиқ аҳамиятга эга.



**Расм 2.** Тадқиқотнинг барча босқичларида пролактин даражаси

Кортизол - биз текширган беморларда унинг дастлабки даражаси  $252,1 \pm 42,6$  дан  $342,1 \pm 48,2$  нмол/л гача ўзгариб турди, бу нормал кўрсаткичлар чегарасида эди. Лапароскопик (+56,1%) ва минилапаротом холецистэктомия (+19,6%) бошқа усулларга қараганда ўт пуфагини лапаротомик усулда олиб ташлаш босқичида кортизол даражасининг максимал ўсиши кузатилди (+106,5%). Операциядан кейинги 3-куни кортизол миқдорининг нормаллашиш тенденцияси лапароскопик ва минилапаротом холецистэктомиядан кейин беморларда қайд этилди, бунда гормонларнинг ўртача миқдорининг ўзгариши дастлабки кўрсаткичга нисбатан мос равишда +4,5% ва 37,6%, лапаротом холецистэктомияда эса +59,2% ни ташкил этди (3-расм).



**Расм 3.** Тадқиқотнинг барча босқичларида кортизол даражаси

Тиреоид гормонлар (Т4, ТТГ) - гипофиз билан функционал боғланган ва турли жарроҳлик аралашувларида ўзгаради. Операция пайтида холецистэктомиянинг турли вариантларида Т4 даражаси дастлабки кўрсаткичлардан паст эди. Лапароскопик ва минилапаротомик усулларда Т4 нинг операциядан кейинги ўзгаришлари интраоператсион ўзгаришларга мос келди ва фақат лапаротомик холецистэктомияда гормон миқдорининг сезиларли даражада ошиши (12,9%) аниқланди.

ТТГ концентрациясининг ўзгариши, унинг дастлабки маълумотларга нисбатан оғиш даражаси лапароскопик (+91,2%) ва минилапаротомик операцияларда (+71,6%) лапаротомик (+15,2%) холецистэктомияга қараганда анча юқори. Лапароскопик холецистэктомиядан сўнг олинган маълумотларнинг дастлабки маълумотлардан оғиш фоизи минилапаротомик ёндашувли операцияларга қараганда сезиларли даражада камроқ (+11,2%) бўлган (+52,2%). Лапаротом кириш орқали ўтказилган операциялардан сўнг ТТГнинг ошиш

тенденцияси кузатилди ва унинг дастлабки маълумотлардан оғиш даражаси ўт пуфагини олиб ташлаш вақтидагига (+15%) нисбатан юқори бўлди (+48,1%).

Шундай қилиб, лапароскопик холецистэктомия мирилапаротом ва лапаротом киришларга нисбатан камроқ ифодаланган ва тезроқ компенсацияланган нейроэндокрин стрессни таъминлайди, бу жарроҳлик жароҳатини минималлаштириш ва тикланишни тезлаштириш нуктаи назаридан унинг афзалликларини тасдиқлайди. Мирилапаротом кириш гормонал стресс даражаси бўйича оралиқ ўринни эгаллайди, лапаротом кириш эса гормонал фаоллашувнинг максимал даражаси билан тавсифланади. Ушбу натижалар гормонал стрессни камайтириш ва беморларнинг операциядан кейинги мослашувини яхшилашни ҳисобга олган ҳолда ўт йўллари касалликларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг оптимал усули сифатида лапароскопик ёндашувни танлашнинг мақсадга мувофиқлигини асослайди.

Диссертациянинг **"Ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш"** деб номланган тўртинчи бобида Республика ихтисослаштирилган шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиалида ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларда қўлланиладиган тактик-техник ёндашувларга бағишланган. Биз ўт-тош касаллигини жарроҳлик йўли билан даволашга кўрсатмаларни балли баҳолаш дастурини ишлаб чиқдик (1-жадвал).

**Жадвал 1.**

**Холецистэктомия усуллари танлашнинг балли тизими**

№	Операция танловига таъсир этувчи омиллар	Омиллар характеристикаси	Баллар	
1	Ўткир деструктив холециститнинг клиник белгилари	Йўқ	0	
		Бор	1	
2	УТТ белгилари	Ўт пуфаги деворининг қалинлиги	< 3 мм	4
			3 – 5 мм	6
			> 5 мм	8
3	Диагностик лапароскопия	Перивезикал инфилтрат	10	
		Перивезикал абсцесс	12	
4	Қўшимча касалликлари	Йўқ	0	
		Юрак-қон томир касалликлари	8	
		Нафас йўллариининг сурункали касалликлари	6	
		Қандли диабет	4	
		Семизлик	2	

Ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларда операцияни танлашга таъсир қилувчи омилларни балли баҳолаш учун ишлаб чиқилган дастур организмнинг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда оптимал операция усулини танлаш имконини берди ва даволаш натижаларини яхшилади. Ишлаб чиқилган балл шкаласи бўйича 0 дан 5 баллгача тўплаган беморларга лапароскопик холецистэктомия ва 5 баллдан юқори тўплаган беморларга мирилапаротом кириш орқали холецистэктомия тавсия этилади (1-жадвал). Ўткир деструктив холециститнинг клиник шакли ва ёндош соматик патологияга қараб асосий гуруҳдаги беморларнинг тақсимланиши 2 жадвалга келтирилган.

**Жадвал 2.**

**Ўткир деструктив холециститнинг клиник шакли ва ёндош соматик патологияга қараб асосий гуруҳдаги беморларнинг тақсимланиши**

Ёндош соматик патология	Ўткир деструктив холециститнинг клиник шакллари					
	Асоратлар-сиз ўткир флегмоноз холецис-тит	Асоратлар-сиз ўткир гангреноз холецис-тит	Перивезикал инфилтрат	Перивезикал абсцесс	Маҳаллий перитонит	Жами
ЮИК	7	5	3	-	-	15
ГК	12	2	5	1	-	20
ЎСОК	4	-	1	-	-	5
ҚД	2	1	1	2	2	8
Қорин бўшлиғи битишма касаллиғи	1	2	2	-	1	6
II-III даражадаги семизлик	3	1	3	1	-	8
2-3 триместрдаги ҳомиладорлик	1	-	-	-	-	1
2 ва ундан ортиқ ёндош касалликлар	14	9	8	2	-	33
Ёндош касалликларсиз	14	3	4	2	-	23
Жами	58	23	27	8	3	119

**Изоҳ:**  - 0 дан 5 баллгача тўплаган беморларга ЛХЭ ўтказилди;

- 5 баллдан юқори балл тўплаган беморларга МЛХЭ ўтказилди.

Асосий гуруҳдаги беморларда дастлаб лапароскопик усулда холецистэктомия 47 нафар (119 нафардан 39,5%) беморга режалаштирилган, аммо операцияни давом эттиришнинг мураккаблиги ва диагностик лапароскопия маълумотларига кўра, 47 нафар бемордан 9 нафари (19,1%) 5 баллдан юқори балл тўплади, улар конверсияга учради. Конверсия сабаби 3-жадвалда келтирилган.

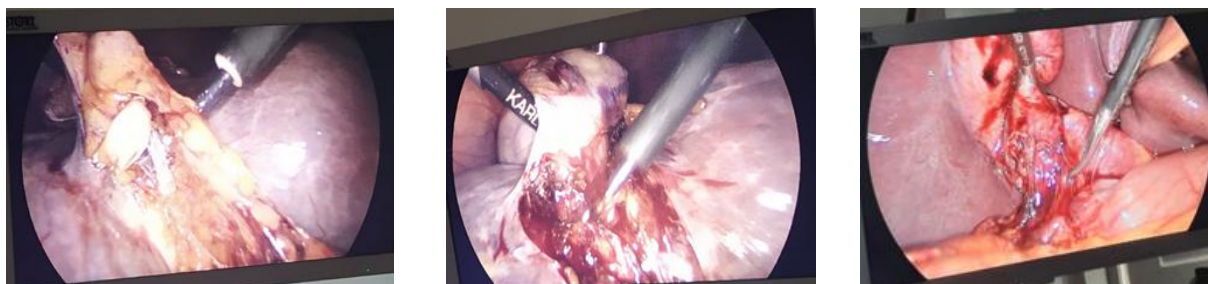
**Жадвал 3.**

**Асосий гуруҳда лапароскопик холецистэктомия конверсия сабаби**

Конверсия сабаби	Беморлар сони (n=9)	
	абс.	%
Операция давомийлиги 30 дақиқадан ортиқ	3	77,8
Ўт пуфаги йўли ва умумий ўт йўли идентификация қилинмади	3	44,4
Девори қалинлашган кенг пуфак йўли аниқланади, клипсаларнинг сирпаниб тушиш хавфи мавжуд	2	22,2
Қон кетиш	1	11,1

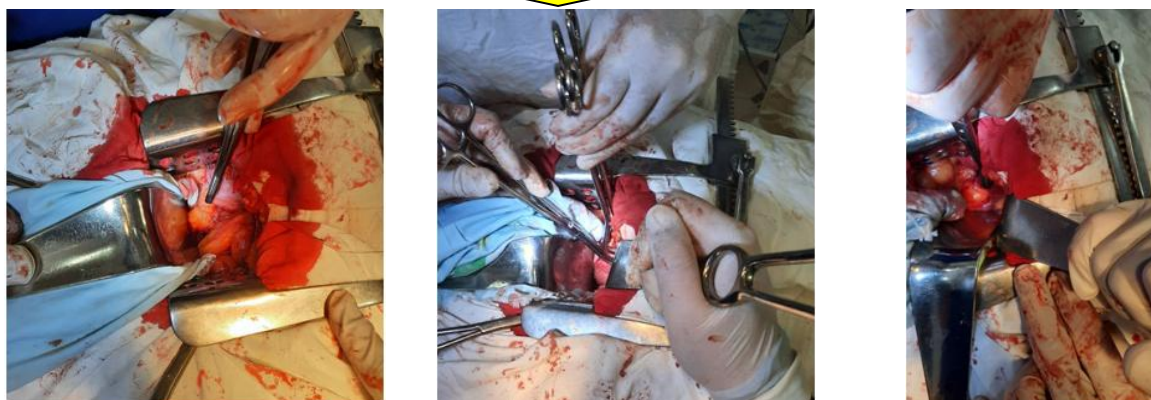
3-жадвалдан кўришиб турибдики, конверсия сабаби 3 нафар беморда ўт йўли ва магистраль ўт йўллари аниқлаш давомийлиги 30 дақиқадан ортиқ бўлган, яна 3 нафар беморда жигар ости соҳасидаги зич инфилтрат туфайли ўт пуфаги деворини аниқлаш учун 30 дақиқадан кўпроқ вақт кетган (4-5-расмлар).

2 ҳолатда ишлаб чиқилган дастур бўйича беморлар диагностик лапароскопия маълумотларига кўра 5 баллдан юқори балл тўплашди, уларда қалин деворли кенг пуфак йўли туфайли клипсаларнинг сирпаниши хавфи бор эди. 1 ҳолатда конверсиянинг сабаби ўт пуфаги артериясидан қон кетиши бўлиб, ижобий натижа билан тугади.



**Расм 4.** Диагностик лапароскопия босқичлари (бемор Ш. 43 ёш, к/т 6291/538). Ўт пуфаги йўли ва магистрал ўт йўлларини аниқлаш давомийлиги 30 дақиқадан ортиқ бўлди

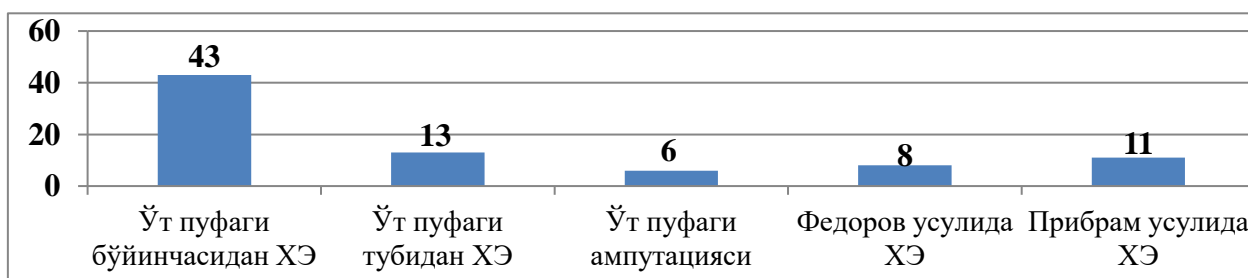
Конверсия



**Расм 5.** Кичик кесим орқали тубдан холецистэктомияга ўтиш (бемор Ш. 43 ёш, 6291/538-сон бемор)

Ўткир холецистит кечишининг клиник белгилари, мавжуд ёндош соматик патология ва ультратовуш текшируви маълумотларини ҳисобга олган ҳолда 72 нафар беморда (119 нафардан 60,5%) холецистэктомия минилапаротом кириш йўли орқали амалга оширилди.

Шундай қилиб, беморларнинг асосий гуруҳида холецистэктомия лапароскопик усулда 38 нафар (119 тадан 31,9%) беморда ва минилапаротом кириш орқали ўткир деструктив холецистит билан оғриган 81 нафар (119 тадан 68,1%) беморда амалга оширилди.

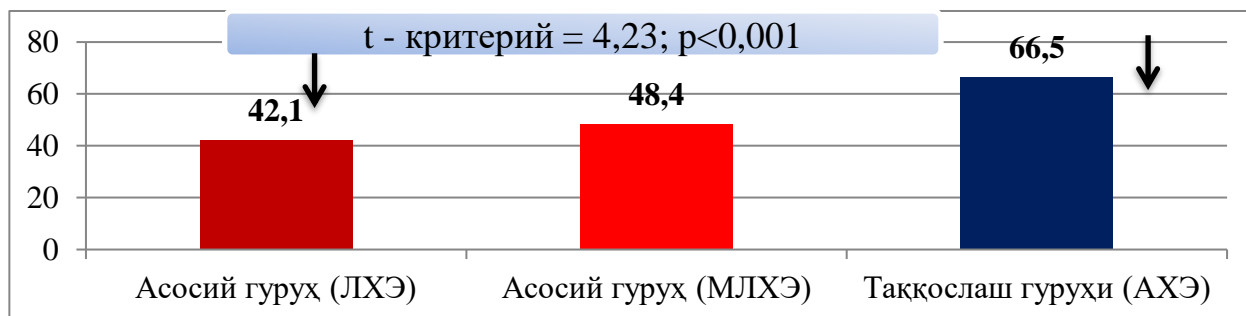


**Расм 6.** Минилапаротомия орқали амалга оширилган холецистэктомия усулига қараб асосий гуруҳдаги беморларнинг тақсимланиши

Ўткир деструктив холецистит билан оғриган 81 бемордан стандарт МЛХЭ 43 (53,1%) беморда амалга оширилган; МЛХЭ - 27 (33,3%) нафар беморда, улардан 6 (22,2%) нафарида ўт пуфаги ампутацияси ва 8 (29,6%) нафарида ўт пуфаги бўйинчасидаги зич инфильтрат ва гепатикохоledохнинг

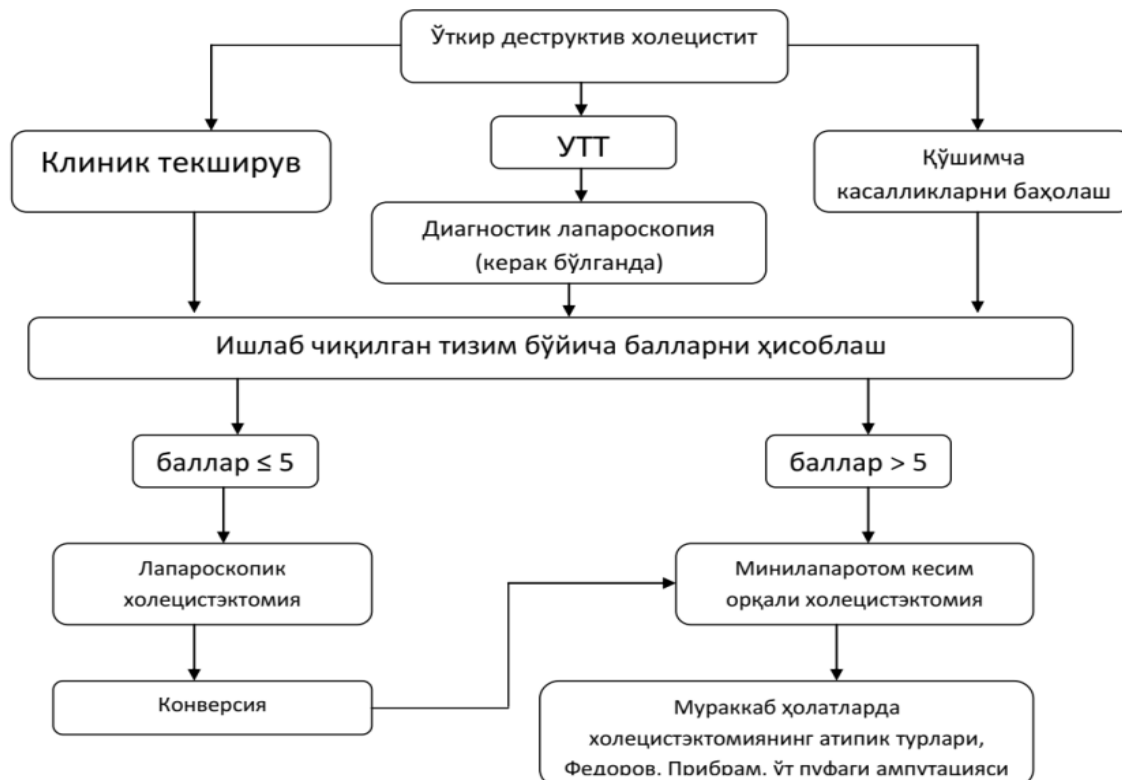
шикастланиш хавфи туфайли Федоров усули бўйича холецистэктомия бажарилган; Прибрам бўйича МЛХЭ - 11 (13,6%) беморда (6-расм).

Амалга оширилган ёндашувга қараб операция давомийлигининг дақиқалардаги қиёсий кўрсаткичлари 7-расмда келтирилган. Ушбу кўрсаткичлар бўйича ҳам ишончли фарқ қайд этилди ( $p < 0,001$ ).



**Расм 7.** Қабул қилинган холецистэктомия усулига қараб операция давомийлигининг қиёсий кўрсаткичлари (мин)

Шундай қилиб, касаллик кечишининг клиник белгилари, УТТ ва диагностик лапароскопия маълумотларини ҳисобга олган ҳолда касаллик кечишининг оғирлигини балли баҳолаш билан ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларда холецистэктомия усуллари танлашнинг таклиф этилган дастури операция давомийлигини  $66,5 \pm 4,9$  дан  $42,1 \pm 2,9$  дақиқагача қисқартириш имконини берди ( $t$ -мезон = 4,23;  $p < 0,001$ ).



**Расм 8.** Ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларни даволаш-тактик алгоритми

Касалликнинг клиник кечиши ва ўткир деструктив холециститнинг жарроҳлик тактикасини танлашни аниқлаш учун дастур асосида биз ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларни олиб боришнинг оптимал

даволаш-тактик алгоритмини ишлаб чиқдик ва клиник амалиётга жорий этдик (8-расм).

Интраоперацион техник қийинчиликларни минималлаштириш ва операциядан кейинги эрта даврда асоратларни олдини олиш мақсадида лапароскопик холецистэктомия усули такомиллаштирилди. Ўт пуфаги ампутациясидан сўнг чўлтоқни герметизациялаш ва ишончли дренажлашни таъминлаш учун унинг бўшлиғига ишчи қисмида интеграциялашган ҳаво камераси бўлган махсус конструкцияли дренаж катетери киритилди (9-расм).



*Расм 9. Деструктив холециститда лапароскопик холецистэктомия босқичлари ўт пуфаги чўлтоғини ҳаво камераси бўлган махсус дренаж билан дренажлаш*

Ушбу усул оғир яллиғланиш инфилтрати ва ўт йўллари визуализация қилиш қийинлиги билан боғлиқ мураккаб клиник вазиятларда лапароскопик холецистэктомия хавфсизлигини оширади, интраоперацион ва операциядан кейинги асоратлар хавфини камайтиради.

Диссертациянинг **"Ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари"** деб номланган бешинчи бобида олинган натижаларни ишончли баҳолашнинг барча асосий жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда таклиф этилган даволаш усуллари жорий этиш натижалари келтирилган. 2020-2021 йилларга нисбатан операциядан кейинги асоратлар частотаси 13,4 дан 2,5% гача, яъни 5 барабар камайди. Сафро оқиши (2 марта) каби асоратлар анча кам учрай бошлади, сафроли перитонит ва ўт йўллари шикастланиши каби оғир асоратлар кузатилмади.

Ўткир деструктив холецистит бўйича операция қилинган 201 нафар бемордан 129 (64,2%) нафарида узок муддатли натижалар таҳлил қилинди. ПХЭСнинг органик шакли билан оғриган беморлар таққослаш гуруҳида (10%) асосий гуруҳга (2,6%) қараганда кўпроқ бўлган. Умуман олганда, операциядан кейинги узок даврда ПХЭС билан оғриган беморлар 24,0% дан (таққослаш гуруҳидаги 12 бемор) 6,3% гача (асосий гуруҳидаги 5 беморда) камайди ( $\chi^2$  мезони = 4.692; Df=1; p=0,031).

Беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш мақсадида дастур ишлаб чиқилди, унга кўра операциядан кейинги даврда кузатилган 129 бемордан 40 (31,0%) нафарида холецистэктомия ўтказган беморларнинг ҳаёт сифати баҳоланди. Улардан 18 та бемор таққослаш гуруҳидан ва 22 та бемор асосий гуруҳдан. Шундай қилиб, асосий гуруҳда аъло ва яхши натижалар 95,4% (22 бемордан 21 тасида), таққослаш гуруҳида эса бу кўрсаткич 83,3% (18 бемордан 15 тасида) ни ташкил этди. Умуман олганда, барча натижалар бўйича асосий гуруҳда ишончли энг яхши қиймат олинди (гуруҳлар ўртасида  $\chi^2 = 43.087$ ;

## ХУЛОСАЛАР

**«Ўткир деструктив холециститда лапароскопик технологияларни такомиллаштиришнинг клиник ва техник жиҳатлари»** мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертация иши бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижалари асосида қуйидаги хулосалар шакллантирилган:

1. Турли кириш йўллари (лапаротом, минилапаротом ва лапароскопик) билан холецистэктомия бажарилганда жарроҳлик стресси билан боғлиқ эндокрин ўзгаришларнинг хусусиятларини ўрганишга қаратилган тадқиқот шуни кўрсатдики, гормонал силжишларнинг кўтарилиш томонига энг кўп ифодаланганлиги лапаротом холецистэктомияда кузатилган. Шу билан бирга, операциядан кейинги учинчи кунга келиб, гормонал кўрсаткичларнинг дастлабки даражасига энг тез тикланиши лапароскопик аралашувни бошдан кечирган беморларда қайд этилган. ( $p < 0,05$ ).

2. Клиник маълумотлар, ультратовуш текшируви ва диагностик лапароскопия натижалари асосида касаллик кечишининг оғирлигини балли баҳолашни ўз ичига олган ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларни олиб боришнинг ишлаб чиқилган ва оптималлаштирилган даволаш-ташхисот алгоритми жарроҳлик аралашувининг энг оқилона вариантини асосли равишда танлаш имконини берди. Асосий гуруҳда ушбу алгоритм 31,9% ҳолларда лапароскопик холецистэктомияни ва 68,1% ҳолларда мини-кириш орқали холецистэктомияни амалга оширишни таъминлади, бу эса операция давомийлигини  $66,5 \pm 4,9$  дан  $42,1 \pm 2,9$  дақиқагача сезиларли даражада қисқартиришга ёрдам берди ( $t = 4,23$ ;  $p < 0,001$ ).

3. Лапароскопик холецистэктомияда ўт пуфаги чўлтоғининг герметиклигини таъминлайдиган ҳаво камерасига эга модификацияланган дренаж қурилмасининг самарадорлигини баҳолаш жарроҳлик ёрдами сифатининг сезиларли даражада яхшиланишини кўрсатди, бу эрта билиар асоратлар частотасини 7,3% дан 2,5% гача камайтирди. Ушбу натижалар шуни кўрсатадики, ушбу қурилмадан фойдаланиш хавфсизликни оширади ва беморларнинг операциядан кейинги тикланишини янада муваффақиятли бўлишига ёрдам беради.

4. Ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш учун ишлаб чиқилган даволаш-ташхислаш алгоритми ва холецистэктомияда узун чўлтоқни қолдириш туфайли деструктив холециститда қўлланиладиган ҳаво камераси бўлган махсус дренаж қурилмаси операциядан кейинги эрта асоратлар частотасини 13,4% дан (таққослаш гуруҳида 11 бемор) 2,5% гача (асосий гуруҳда 3 бемор) камайтиришга олиб келди ( $\chi^2 = 4,954$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,027$ ), шунингдек, узок муддатли даврда ПХЕС сонининг 24,0% дан (таққослаш гуруҳидаги 12 нафар бемор) 6,3% гача (асосий гуруҳдаги 5 нафар бемор) камайтиришга олиб келди ( $\chi^2 = 4,692$ ;  $Df = 1$ ;  $p = 0,031$ ).

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ САМАРКАНДСКОМ  
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

---

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

**ШОМУРОДОВ ХАБИБУЛЛО АБДУМАЛИК УГЛИ**

**КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ  
ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инновации Республики Узбекистан под № В2025.1.PhD/Tib5637.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском институте.

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

**Научный руководитель:** **Даминов Феруз Асадуллаевич**  
доктор медицинских наук, доцент

**Официальные оппоненты:** **Шербек Улугбек Ахрорович**  
доктор медицинских наук, доцент.  
**Матмуродов Кувондик Жуманиёзович**  
доктор медицинских наук, профессор.

**Ведущая организация:** **Башкирский государственный медицинский университет (Российская Федерация)**

Защита состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного Совета DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03 при Самаркандском государственном медицинском университете (Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Анкабай 6. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: [sammu@sammu.uz](mailto:sammu@sammu.uz))

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

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 года.

(реестр протокола рассылки № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2026 года).

**Н.Н. Абдуллаева**

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

**К.В. Шмырина**

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

**З.Б. Курбаниязов**

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

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** По данным Всемирной организации здравоохранения, «...заболевания желчевыводящих путей, включая острый деструктивный холецистит, занимают одно из ведущих мест среди острых хирургических патологий органов брюшной полости и являются одной из частых причин экстренных госпитализаций и хирургических вмешательств...»<sup>1</sup>. Особенно важной задачей современной медицины становится не только своевременная диагностика и лечение данного состояния, но и выбор оптимального метода оперативного вмешательства с учетом минимизации травматичности, сокращения сроков госпитализации и восстановления, а также снижения частоты послеоперационных осложнений. Малоинвазивные методы хирургического лечения, в первую очередь лапароскопическая холецистэктомия, зарекомендовали себя как эффективная альтернатива традиционной открытой хирургии. Однако в условиях острого деструктивного воспалительного процесса техническое выполнение малоинвазивного вмешательства может сопровождаться рядом трудностей и повышенным риском осложнений.

В связи с этим актуальным становится вопрос сравнительного анализа различных подходов к малоинвазивной хирургии, включая раннюю и отсроченную лапароскопическую холецистэктомию, а также возможное использование альтернативных техник, таких как перкутанная холецистостомия и гибридные методы. «...Оптимизация выбора хирургической тактики на основе клинических и лабораторных данных, а также оценка прогностических факторов эффективности и безопасности малоинвазивных вмешательств, имеет важное значение для повышения качества медицинской помощи и улучшения исходов лечения пациентов с острым деструктивным холециститом...»<sup>2</sup>. Проведение сравнительного анализа существующих методик позволяет не только объективно оценить их преимущества и ограничения, но и выработать стандартизированные алгоритмы ведения пациентов, что подчеркивает высокую научную и практическую значимость данной темы.

В нашей стране в отечественном здравоохранении предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению хирургической помощи. В связи с этим приоритетными направлениями стратегии развития страны на 2022-2026 годы являются «...мероприятия, направленные на охрану здоровья населения, повышение потенциала медицинских работников и реализацию комплекса мероприятий программ развития системы здравоохранения на 2022-2026 годы...»<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Акбаров М.М., Бабаджанов А.Х., Курбаниязов З.Б., Байбеков Р.Р. Хирургическое лечение «свежих» повреждений и посттравматических рубцовых стриктур магистральных желчных протоков // Материалы пленума правления ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, г. Ереван, 29-30 апреля 2019 г. С.103-104

<sup>2</sup> Давлатов С. С., Анарбаев С. А., Алиева С. З. Холецистэктомия из мини-доступа в лечении пациентов с острым деструктивным холециститом // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2018. – №. 2. – С. 68-71.

<sup>3</sup> Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № ПФ-60 «О новой стратегии развития Узбекистана на 2022-2026 годы»

Данная диссертационная работа в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», Постановлениях Президента Республики Узбекистан №ПП-4887 от 10 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения», №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также в других нормативно-правовых документах принятых в данной сфере.

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

**Степень изученности проблемы.** Анализ современной литературы показывает, что имеются несколько направлений в лечении острого деструктивного холецистита (ОДКХ): традиционные и миниинвазивные оперативные вмешательства. Традиционные методы, такие как открытая холецистэктомия, несмотря на свою доказанную эффективность, сопровождаются большей травматичностью, длительным послеоперационным восстановлением и более высоким риском осложнений (Хаджибаев А.М. 2016).

На основании полученных результатов можно сделать вывод о целесообразности внедрения и дальнейшего развития малоинвазивных методов хирургического лечения острого деструктивного холецистита. Они демонстрируют высокую эффективность, безопасность и способствуют более быстрому восстановлению пациентов по сравнению с традиционными открытыми операциями. Кроме того, анализ показал, что своевременное применение лапароскопических техник снижает риск послеоперационных осложнений и сокращает длительность госпитализации (Prudkov M.I. 2019).

В ряде исследований подчёркивается необходимость стандартизации подходов к диагностике и лечению, что позволит снизить вариабельность клинических решений и повысить качество медицинской помощи. Литература акцентирует внимание на важности мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов, включающего не только хирургов, но и гастроэнтерологов, анестезиологов и специалистов интенсивной терапии.

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

**Целью исследования** является улучшение результатов лечения больных с острым деструктивным холециститом путем совершенствования хирургической тактики.

**Задачи исследования:**

изучить особенности эндокринных изменений, обусловленных хирургическим стрессом, при выполнении холецистэктомии через минилапаротомный, лапароскопический и лапаротомный доступы;

разработать и оптимизировать лечебно-диагностический алгоритм ведения пациентов с острым деструктивным холециститом с учетом факторов, влияющих на выбор наиболее рационального варианта оперативного вмешательства;

оценить эффективность модифицированного дренажного устройства с воздушной камерой, обеспечивающей герметичность культи желчного пузыря, при лапароскопической холецистэктомии;

провести сравнительный анализ клинических и функциональных результатов холецистэктомии, выполненной через различные операционные доступы.

**Объектом исследования** явились 201 больной с острым деструктивным калькулезным холециститом, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении Самаркандского филиала Республиканского специализированного научно - практического экстренного медицинского центра в сроки с 2020 по 2024 год.

**Предмет исследования** составил анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения больных ОДКХ с использованием дифференцированного подхода к выбору хирургического доступа, применения специальных методов исследования.

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

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

выявлено, что анализ эндокринных изменений, связанных с хирургическим стрессом при холецистэктомии, выполненной различными доступными путями (лапаротомным, минилапаротомным и лапароскопическим), показал, что эндовидеохирургическая холецистэктомия в послеоперационном периоде достоверно раньше ( $p < 0,05$ ) нормализует гормональный статус;

разработан оригинальный лечебно-диагностический алгоритм с интегральной оценкой клинических и инструментальных данных для дифференцированного выбора хирургической тактики при холецистэктомии; внедрение данного алгоритма в практику позволило достоверно сократить продолжительность операции с  $66,5 \pm 4,9$  минут до  $42,1 \pm 2,9$  минут;

впервые обосновано, что применение модифицированного дренажного устройства с интегрированной воздушной камерой для герметизации культи желчного пузыря во время лапароскопической холецистэктомии приводит к достоверному снижению частоты ранних билиарных осложнений с 7,3% до 2,5%, а также позволяет предотвратить послеоперационное желчеистечение при деструктивных формах холецистита;

установлено, что совместное применение оригинального технического решения, направленного на защиту культи желчного пузыря, и оптимизированной шкалы оценки качества жизни при холецистэктомии позволяет достоверно снизить частоту постхолецистэктомического синдрома с 24,0% до 6,3% ( $p=0,031$ ).

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

определены показания к выполнению холецистэктомии через минилапаротомный, лапароскопический и лапаротомный доступы на основании разработанного алгоритма выбора тактики лечения, включающего балльную оценку тяжести течения заболевания, что позволяет оптимизировать хирургический подход и улучшить исходы лечения;

модифицировано дренажное устройство с воздушной камерой, обеспечивающей надежную герметичность культи желчного пузыря при лапароскопической холецистэктомии, что способствует профилактике ранних послеоперационных осложнений и снижает риск необходимости конверсии в открытую операцию;

усилена и доработана шкала оценки качества жизни пациентов после холецистэктомии с учетом ключевых факторов, влияющих на физическое, психоэмоциональное и социальное функционирование, что позволяет более точно оценивать результаты лечения и проводить эффективную реабилитацию.

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

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования определялось тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в разработку современных подходов в лечении пациентов с ОДКХ. Ретроспективным анализом хирургического лечения больных острым деструктивным холециститом доказано, что во время основного хирургического вмешательства и на третий день после операции с учетом выбранного операционного доступа, позволило выявить особенности эндокринного ответа организма при различных методах холецистэктомии. Разработана и внедрена программа выбора хирургической тактики лечения больных с острым деструктивным холециститом, учитывающая индивидуальные биологические и клинические особенности пациента, что способствует персонализации лечения и повышению его эффективности. Создано усовершенствованное дренажное устройство с воздушной камерой, обеспечивающей надежную герметичность культи желчного пузыря при лапароскопической холецистэктомии, что значительно снижает риск послеоперационного желчеистечения и развития желчного перитонита. Оптимизирована специфическая шкала оценки качества жизни пациентов после холецистэктомии с учетом верификации факторов, влияющих на течение послеоперационного периода и вероятность развития

постхолецистэктомического синдрома, что позволяет более точно мониторировать состояние пациентов и улучшать их реабилитацию.

Практическая ценность работы заключается в том, что основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы при диагностике и лечении больных с ОДКХ в медицинских учреждениях различного уровня. Определены показания к выполнению холецистэктомии через минилапаротомный, лапароскопический и лапаротомный доступы на основании разработанного алгоритма выбора тактики лечения, включающего балльную оценку тяжести течения заболевания, что позволяет оптимизировать хирургический подход и улучшить исходы лечения. Модифицировано дренажное устройство с воздушной камерой, обеспечивающей надежную герметичность культи желчного пузыря при лапароскопической холецистэктомии, что способствует профилактике ранних послеоперационных осложнений и снижает риск необходимости конверсии в открытую операцию. Усилена и доработана шкала оценки качества жизни пациентов после холецистэктомии с учетом ключевых факторов, влияющих на физическое, психоэмоциональное и социальное функционирование, что позволяет более точно оценивать результаты лечения и проводить эффективную реабилитацию.

**Внедрение результатов исследования.** На основании результатов научных исследований по клинико-техническим аспектам совершенствования лапароскопических технологий при остром деструктивном холецистите:

первая научная новизна: выявлено, что анализ эндокринных изменений, связанных с хирургическим стрессом при холецистэктомии, выполненной различными доступными путями (лапаротомным, минилапаротомным и лапароскопическим), показал, что эндовидеохирургическая холецистэктомия в послеоперационном периоде достоверно раньше ( $p < 0,05$ ) нормализует гормональный статус, и рекомендации по этому поводу включены в содержание методических рекомендаций "Острый калькулезный холецистит: клиника, осложнения, диагностика и лечение," утвержденных Ученым советом Самаркандского государственного медицинского университета № 8 от 26 марта 2025 года. Эти предложения были внедрены в практику приказом №70-И/СН от 3 апреля 2025 года в Кашкадарьинский областной многопрофильный медицинский центр и приказом №52 от 22 марта 2025 года в Сырдарьинский филиал РНЦЭМП (согласно заключению Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения №21/72 от 7 июля 2025 года). Социальная эффективность: определены показания к холецистэктомии с использованием минилапаротомного, лапароскопического и лапаротомного доступов на основании разработанного алгоритма выбора тактики лечения, включающего балльную оценку тяжести течения заболевания, что позволяет оптимизировать хирургический подход и улучшить результаты лечения. Экономическая эффективность: стационарное лечение пациентов с активной хирургической тактикой с комплексной терапией обычно составляет в среднем 2176480 сум. Общая стоимость всех лабораторно-инструментальных исследований пациентов составляет 355300 сумов. Заключение: исследование, направленное на изучение особенностей эндокринных изменений, связанных с хирургическим стрессом при выполнении холецистэктомии с различными

доступными путями (лапаротомной, минилапаротомной и лапароскопической), показало, что наиболее выраженные гормональные сдвиги в сторону подъема наблюдались при лапаротомной холецистэктомии.

вторая научная новизна: разработан оригинальный лечебно-диагностический алгоритм с интегральной оценкой клинических и инструментальных данных для дифференцированного выбора хирургической тактики при холецистэктомии; внедрение данного алгоритма в практику позволило достоверно сократить продолжительность операции с  $66,5 \pm 4,9$  минут до  $42,1 \pm 2,9$  минут, и рекомендации по этому поводу включены в содержание методических рекомендаций "Острый калькулезный холецистит: клиника, осложнения, диагностика и лечение," утвержденных Ученым советом Самаркандского государственного медицинского университета № 8 от 26 марта 2025 года. Эти предложения были внедрены в практику приказом №70-И/СН от 3 апреля 2025 года в Кашкадарьинский областной многопрофильный медицинский центр и приказом №52 от 22 марта 2025 года в Сырдарьинский филиал РНЦЭМП (согласно заключению Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения №21/72 от 7 июля 2025 года). Социальная эффективность: изменено дренажное устройство с воздушной камерой, обеспечивающее надежную герметичность культи желчного пузыря при лапароскопической холецистэктомии, что способствует предотвращению ранних послеоперационных осложнений и снижает риск перехода на открытую операцию. Экономическая эффективность: при выборе патогенетически обоснованного метода лечения на лечение пациентов в среднем затрачивается 1170500 сум. Вывод: разработанный и оптимизированный лечебно-диагностический алгоритм ведения больных с острым деструктивным холециститом, включающий балльную оценку тяжести течения заболевания на основании клинических данных, результатов ультразвукового исследования и диагностической лапароскопии, позволил обоснованно выбрать наиболее рациональный вариант хирургического вмешательства.

третья научная новизна: впервые обосновано, что применение модифицированного дренажного устройства с интегрированной воздушной камерой для герметизации культи желчного пузыря во время лапароскопической холецистэктомии приводит к достоверному снижению частоты ранних билиарных осложнений с 7,3% до 2,5%, а также позволяет предотвратить послеоперационное желчеистечение при деструктивных формах холецистита, и рекомендации по этому поводу включены в содержание методических рекомендаций "Острый калькулезный холецистит: клиника, осложнения, диагностика и лечение," утвержденных Ученым советом Самаркандского государственного медицинского университета №8 от 26 марта 2025 года. Эти предложения были внедрены в практику приказом №70-И/СН от 3 апреля 2025 года в Кашкадарьинский областной многопрофильный медицинский центр и приказом №52 от 22 марта 2025 года в Сырдарьинский филиал РНЦЭМП (согласно заключению Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения №21/72 от 7 июля 2025 года). Социальная эффективность: шкала оценки качества жизни пациентов после холецистэктомии была усилена и усовершенствована с учетом основных факторов, влияющих на физическую, психоэмоциональную и социальную активность, что позволяет более точно оценить результаты лечения и провести

эффективную реабилитацию. Экономическая эффективность: использование усовершенствованного дренажного устройства при лапароскопической холецистэктомии экономит в среднем в общей сложности 23542200 сум. Заключение: оценка эффективности модифицированного дренажного устройства с воздушной камерой, обеспечивающей герметичность культи желчного пузыря при лапароскопической холецистэктомии, показала значительное улучшение качества хирургической помощи, что позволило снизить частоту ранних билиарных осложнений с 7,3% до 2,5%.

четвертая научная новизна: установлено, что совместное применение оригинального технического решения, направленного на защиту культи желчного пузыря, и оптимизированной шкалы оценки качества жизни при холецистэктомии позволяет достоверно снизить частоту постхолецистэктомического синдрома с 24,0% до 6,3% ( $p=0,031$ ), и рекомендации по этому поводу включены в содержание методических рекомендаций "Острый калькулезный холецистит: клиника, осложнения, диагностика и лечение", утвержденных Ученым советом Самаркандского государственного медицинского университета №8 от 26 марта 2025 года. Эти предложения были внедрены в практику приказом №70-И/СН от 3 апреля 2025 года в Кашкадарьинский областной многопрофильный медицинский центр и приказом №52 от 22 марта 2025 года в Сырдарьинский филиал РНЦЭМП (согласно заключению Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения №21/72 от 7 июля 2025 года). Социальная эффективность: позволила более точно наблюдать за состоянием пациентов после холецистэктомии и улучшить их реабилитацию. Экономическая эффективность: годовой экономический показатель за счет сокращения сроков реабилитации, улучшения качества жизни и восстановления трудовой деятельности, в свою очередь, приводит к экономии до 30% бюджетных средств. Заключение: разработанный лечебно-диагностический алгоритм выбора тактики хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом и специальное дренажное устройство с воздушной камерой, применяемое при деструктивном холецистите за счет оставления длинной культи при холецистэктомии, привели к снижению частоты ранних послеоперационных осложнений с 13,4% (11 больных в группе сравнения) до 2,5% (3 больных в основной группе) ( $\chi^2 = 4,954$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,027$ ), а также к уменьшению количества ПХЭС в отдаленном периоде с 24,0% до 6,3%.

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

**Опубликованность результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, из них 5 журнальных статей, 4 из которых в республиканских и 1 в зарубежном журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитированной литературы. Объем текстового материала составляет 116 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

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

В первой главе диссертации «Современный взгляд к хирургическому лечению деструктивных форм острого холецистита» представлен обзор литературы, раскрывающий суть проблемы деструктивных форм острого холецистита, его этиопатогенез, современные методы диагностики и лечения, а также актуальные вопросы ведения больных с данной патологией. В главе представлены состояние проблемы, способы холецистэктомии, применяемые в хирургии желчекаменной болезни и их сравнительная характеристика. Также отдельно описаны малоинвазивные вмешательства в хирургии острого деструктивного холецистита по данным современной мировой литературы.

Во второй главе диссертации «Клиническая характеристика материалов и использованные методы исследований» описаны материалы и методы исследования, дана общая характеристика клинического материала, клинических и инструментальных методов исследования. Основу для исследования составили 201 больной острым деструктивным холециститом, поступивших в хирургические отделения Самаркандского филиала Республиканского специализированного научно - практического экстренного медицинского центра (СФ РСНПЭМЦ) за период с 2020 по 2024 годы. Пациенты условно разделены на две группы: группу сравнения составили 82 (40,8%) больных, которым холецистэктомия было произведено только традиционным широким доступом, основную группу составили 119 (59,2%) больных, которым холецистэктомия произведена лапароскопическим методом и из минилапаротомного доступа (рис. 1).

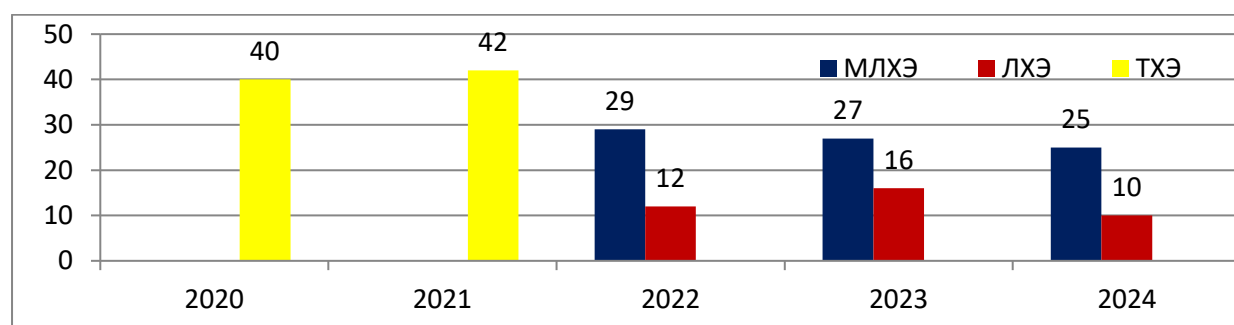


Рисунок 1. Частота холецистэктомий по типу доступа у больных с острым холециститом

Наиболее часто у больных обеих групп встречались гипертоническая болезнь 2–3 степени, ишемическая болезнь сердца, ожирение 2–3 степени (различия достоверны в сравнении с группой сравнения, при  $p < 0,05$ ). Более чем у трети больных выявлено 2 и более сопутствующих заболеваний. Количество пациентов без сопутствующих заболеваний варьировало от 19,3%

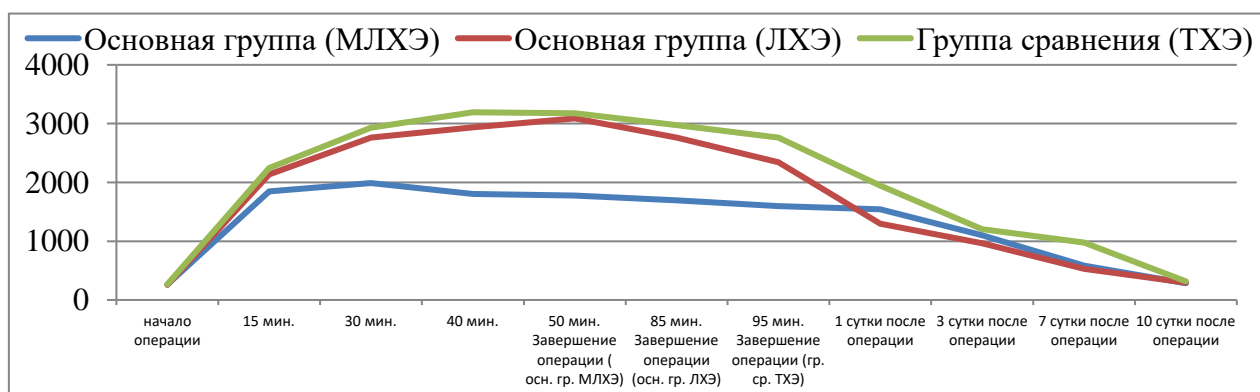
до 20,7%. По общему статусу, степени тяжести сопутствующих заболеваний, а также риску хирургического вмешательства и анестезии больные были распределены по шкале, предложенной Американской ассоциацией анестезиологов (American Society of Anesthesiologists – ASA).

**Третья глава диссертации «Сравнительная оценка уровня стрессорных гормонов при холецистэктомии из различных хирургических доступов»,** посвящена сравнению травматичности различных доступов при холецистэктомии (лапароскопической, минилапаротомной, лапаротомной). Для сравнительной оценки нами изучено состояние стрессорных гормонов.

Для получения объективных данных нами обследованы 57 пациентов с ОДКХ, у которых по различным причинам были выполнены три варианта холецистэктомий – лапароскопическая, из минилапаротомного и лапаротомного доступов. Для оценки изменений нейроэндокринного ответа на холецистэктомию из разных оперативных доступов, нами изучены изменения ряда, так называемых, «стрессорных» гормонов до, во время операции и на третьи сутки после нее.

Пролактин – являющийся одним из наиболее показательно реагирующих на хирургический стресс гормонов изучен у 57 больных. Нами установлено, что до операции средние показатели пролактина колебались от  $215,2 \pm 21,6$  до  $283,0 \pm 113$  ММЕ/мл, что было в пределах средних норм.

Проведенные исследования показали, что во время операции при выделении желчного пузыря изменяемость среднего количества пролактина показала, что при выделении желчного пузыря она была в 1,5 раза выше при традиционной методике, т.е. при холецистэктомии из широкого доступа (+832,2%), чем при холецистэктомии из минилапаротомного (+315%) и лапароскопического (+623,1%) способа (рис. 2).

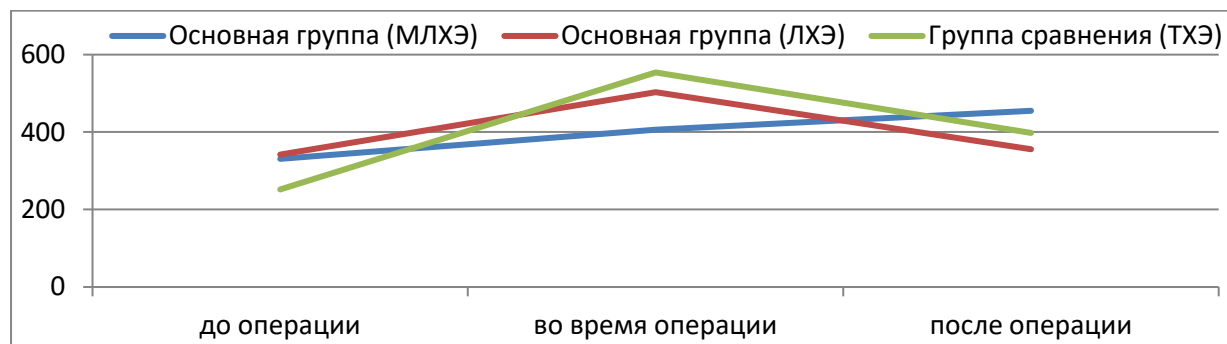


**Рисунок 2.** Уровень пролактина на всех этапах исследования

По нашим данным, значительное повышение пролактина имело место при ТХЭ по сравнению с операциями из лапароскопического и минилапаротомного доступов. По изменяемости уровня пролактина во время операции и на 3 сутки после нее хирургические вмешательства из минилапаротомного доступа занимает промежуточное значение между лапароскопической и лапаротомной операциями.

Кортизол – у обследованных нами больных исходный уровень его колебался от  $252,1 \pm 42,6$  до  $342,1 \pm 48,2$  нмоль/л, что было в пределах нормальных показателей. Максимальное повышение уровня кортизола отмечалось на этапе удаления желчного пузыря лапаротомным способом

(+106,5%), чем при других методиках, лапароскопической (+56,1%) и минилапаротомной холецистэктомий (+19,6%). На 3 сутки после операции наиболее выраженные тенденции к нормализации содержания кортизола отмечены у больных после лапароскопической и минилапаротомной холецистэктомий, при которых изменимость среднего количества гормонов по сравнению с исходным составило соответственно +4,5% и 37,6%, а при лапаротомной +59,2% (рис. 3).



*Рисунок 3. Уровень кортизола на всех этапах исследования*

Тиреоидные гормоны (Т4, ТТГ) – функционально связанные с гипофизом и изменяющиеся при различных хирургических вмешательствах. Во время операции уровень Т4 при разных вариантах холецистэктомии был ниже исходных показателей. Послеоперационные изменения Т4 при лапароскопической и минилапаротомной методиках соответствовали интраоперационным и лишь при лапаротомной холецистэктомии выявлено значительное повышение содержания гормона (12,9%).

Изменения концентрации ТТГ, уровень отклонения его по сравнению с исходными данными значительно выше при лапароскопической (+91,2%) и минилапаротомной операциях (+71,6%), чем при лапаротомной (+15,2%) холецистэктомиях. После лапароскопической холецистэктомии процент отклонения полученных данных от исходных был значительно меньше (+11,2%) чем при операциях из минилапаротомного (+52,2%) доступов. После операций из лапаротомного доступа отмечена тенденция к повышению ТТГ и степень его отклонения от исходных данных была выше (+48,1%), чем во время удаления желчного пузыря (+15%).

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия обеспечивает менее выраженный и более быстро компенсируемый нейроэндокринный стресс по сравнению с минилапаротомным и лапаротомным доступами, что подтверждает её преимущества с позиции минимизации хирургической травмы и ускорения восстановления. Минилапаротомный доступ занимает промежуточное положение по уровню гормонального стресса, а лапаротомный — характеризуется максимальной степенью гормональной активации. Данные результаты обосновывают целесообразность выбора лапароскопического доступа как оптимального метода хирургического лечения заболеваний желчных путей с учетом снижения гормонального стресса и лучшей послеоперационной адаптации пациентов.

**Четвертая глава** диссертации «Хирургическое лечение больных с острым деструктивным холециститом» посвящена тактико-техническим

подходам, используемым в СФ РСНПЭМЦ у пациентов с острым деструктивным холециститом. Нами разработана программа балльной оценки показаний к хирургическому лечению желчекаменной болезни (табл. 1).

**Таблица 1.**

**Балльная система выбора методов холецистэктомии**

№	Факторы влияющие на выбор операции	Характеристика факторов		Баллы
1	Клинические признаки острого деструктивного холецистита	Нет		0
		Есть		1
2	Признаки УЗИ	Толщина стенки желчного пузыря	< 3 мм	4
			3 – 5 мм	6
			> 5 мм	8
3	Диагностическая лапароскопия	Перивезикальный инфильтрат		10
		Перивезикальный абсцесс		12
4	Сопутствующая патология	Нет		0
		Сердечно-сосудистые заболевания		8
		Хронические заболевания дыхательных путей		6
		Сахарный диабет		4
		Ожирение		2

Разработанная программа для балльной оценки факторов, влияющих на выбор операции у больных с острым деструктивным холециститом, позволил выбрать оптимальный способ операции с учетом индивидуальных особенностей организма и улучшил результаты лечения.

**Таблица 2.**

**Распределение больных основной группы в зависимости от клинической формы ОДХ и сопутствующей соматической патологии**

Сопутствующая соматическая патология	Клинические формы острого деструктивного холецистита					
	Неосложнённый острый флегмонозный холецистит	Неосложнённый острый гангренозный холецистит	Перивезикальный инфильтрат	Перивезикальный абсцесс	Местный перитонит	Всего
ИБС	7	5	3	-	-	15
ГБ	12	2	5	1	-	20
ХОБЛ	4	-	1	-	-	5
СД	2	1	1	2	2	8
Спаечная болезнь брюшной полости	1	2	2	-	1	6
Ожирение II-III степени	3	1	3	1	-	8
Беременность 2-3 триместр	1	-	-	-	-	1
2 и более сопутствующих заболеваний	14	9	8	2	-	33
Без сопутствующей патологии	14	3	4	2	-	23
Всего	58	23	27	8	3	119

**Примечание:**  - больные набравшие от 0 до 5 баллов, им произведено ЛХЭ;  
 - больные набравшие более 5 баллов, им произведено МЛХЭ.

По разработанной балльной шкале больным, набравшим от 0 до 5 баллов, рекомендуем лапароскопическую холецистэктомию и больным, набравшим выше 5 баллов холецистэктомию, рекомендуем через минилапаротомный доступ (табл. 2).

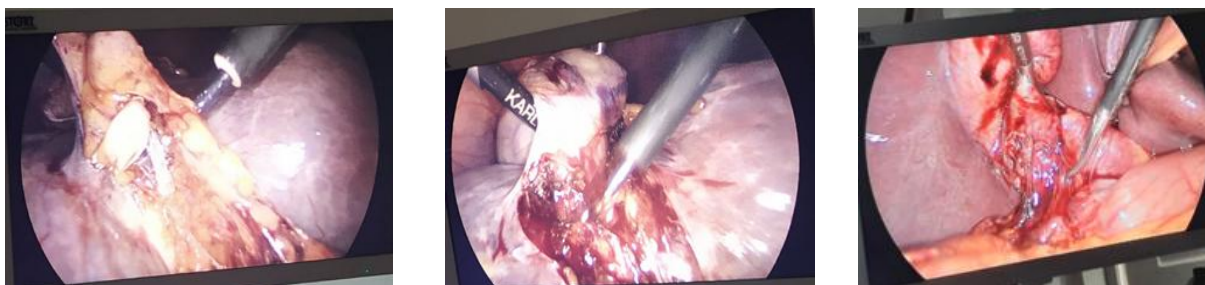
В основной группе больных изначально холецистэктомию 47 (39,5% из 119) больным планировалась лапароскопическим методом, но из-за сложности продолжения операции и по данным диагностической лапароскопии из 47 больных 9 (19,1%) пациентов набрали выше 5 баллов, они подверглись конверсии. Причина конверсии представлена в таблице 3.

**Таблица 3.**

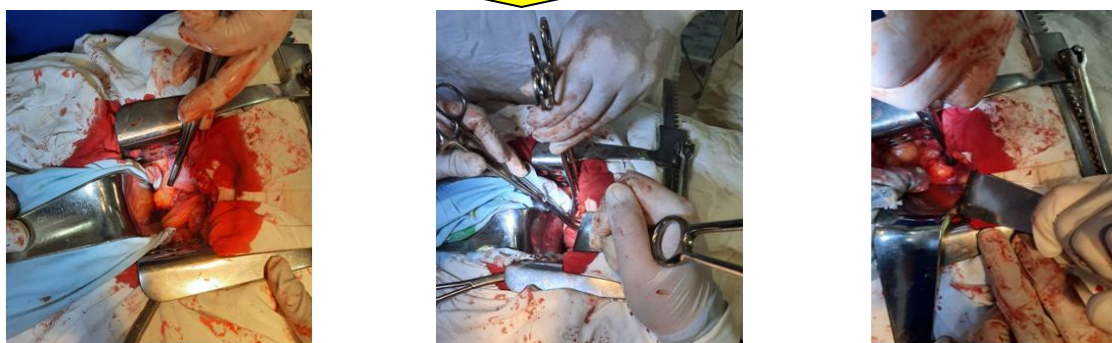
**Причина конверсии лапароскопической холецистэктомии в основной группе**

Причина конверсии	Количество больных (n=9)	
	абс.	%
Продолжительность операции более 30 мин.	3	77,8
Не идентифицируется пузырный и общий желчный проток	3	44,4
Идентифицируется широкий пузырный проток с утолщенной стенкой, имеется опасность соскальзывания клипс	2	22,2
Кровотечение	1	11,1

Как видно из таблицы 3, причина конверсии заключалась в том, что у 3 пациентов длительность выявления желчного протока и магистральных желчных протоков составила более 30 минут, а еще у 3 пациентов для выявления стенки желчного пузыря из-за плотного инфильтрата в подпеченочной области потребовалось более 30 минут (рис. 4-5).



**Рисунок 4.** Этапы диагностической лапароскопии (больная Ш. 43 лет, и/б 6291/538). Продолжительность идентификации пузырного протока и магистральных желчных путей было более 30 минут

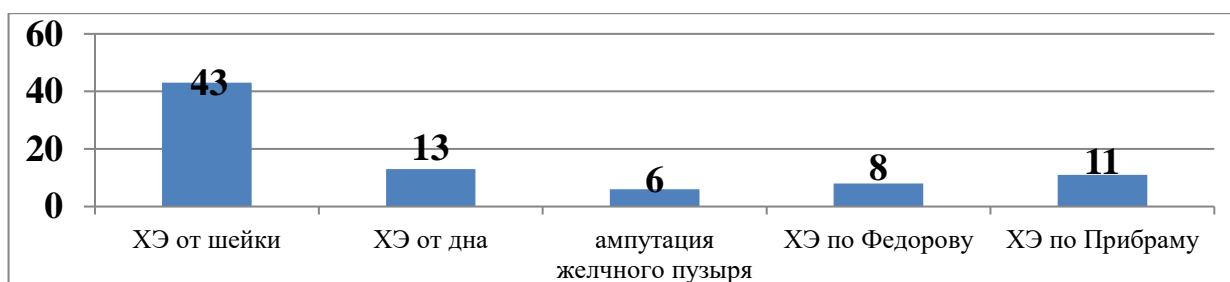


**Рисунок 5.** Переход на холецистэктомию от дна из мини доступа (больная Ш. 43 лет, и/б 6291/538).

В 2 случаях по разработанной программе больные набрали более 5 баллов по данным диагностической лапароскопии у них имелась опасность соскальзывания клипс из-за широкого пузырного протока с утолщенной стенкой. В 1 случае причиной конверсии послужило кровотечение из пузырной артерии с благоприятным исходом. 72 (60,5% из 119) больным учитывая клинические признаки течения острого холецистита, имеющуюся сопутствующую соматическую патологию и данные УЗ исследования холецистэктомия была произведена через минилапаротомный доступ.

Таким образом, в основной группе больных 38 (31,9% из 119) больным холецистэктомия выполнена лапароскопическим методом и 81 (68,1% из 119) больному с острым деструктивным холециститом холецистэктомия выполнена через минилапаротомный доступ.

Из 81 больного острым деструктивным холециститом, стандартная МЛХЭ выполнена у 43 (53,1%) больных; МЛХЭ от дна – у 27 (33,3%) больных, из них у 6 (22,2%) выполнена ампутация желчного пузыря и у 8 (29,6%) холецистэктомия выполнена по методу Федорова из-за плотного инфильтрата в шейки желчного пузыря и опасности повреждения гепатикохоледоха; МЛХЭ по Прибраму – у 11 (13,6%) больных (рис. 6).



**Рисунок 6.** Распределение больных основной группы в зависимости от выполненного метода холецистэктомии из минилапаротомного доступа

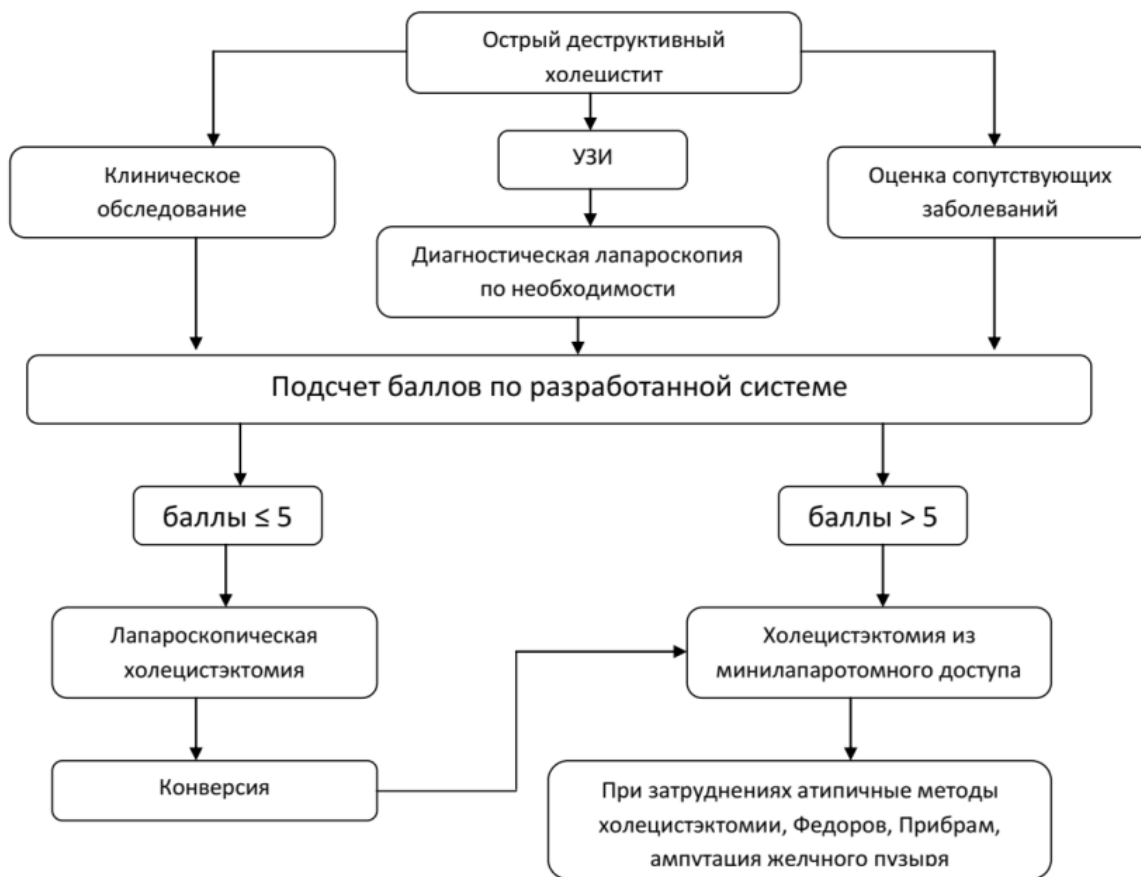
Сравнительные показатели продолжительности операции в минутах в зависимости от предпринятого доступа приведены на рис. 7. По этим значениям также отмечено достоверное отличие ( $p < 0,001$ ).



**Рисунок 7.** Сравнительные показатели продолжительности операции (мин) в зависимости от предпринятого метода холецистэктомии

Таким образом, предложенная программа выбора методов холецистэктомии у больных с острым деструктивным холециститом с балльной оценкой тяжести течения заболевания, учитывающей клинические признаки течения заболевания, данные УЗИ и диагностической лапароскопии, позволил сократить продолжительность операции с  $66,5 \pm 4,9$  до  $42,1 \pm 2,9$  минут (t-критерий = 4,23;  $p < 0,001$ ).

На основе клинического течения заболевания и программе для определения выбора хирургической тактики острого деструктивного холецистита нами разработан и внедрен в клиническую практику оптимальный лечебно-тактический алгоритм ведения больных острым деструктивным холециститом (рис. 8).



**Рисунок 8.** Лечебно-тактический алгоритм ведения больных с острым деструктивным холециститом

Другим немаловажным инновационным с целью минимизации интраоперационных технических трудностей и профилактики осложнений в раннем послеоперационном периоде нами была усовершенствована методика лапароскопической холецистэктомии. После ампутации желчного пузыря для герметизации культи и обеспечения надежного дренирования в её просвет вводился специально сконструированный дренажный катетер с интегрированной воздушной камерой на рабочей части (рис. 9).



**Рисунок 9.** Этапы лапароскопической холецистэктомии при деструктивном холецистите с дренированием культи желчного пузыря специальным дренажем с воздушной камерой

Данная методика повышает безопасность лапароскопической холецистэктомии в сложных клинических ситуациях, связанных с выраженным воспалительным инфильтратом и затруднённой визуализацией желчных протоков, снижая риск интраоперационных и послеоперационных осложнений.

В пятой главе диссертации «**Результаты хирургического лечения больных острым деструктивным холециститом**» приведены собственно результаты внедрения предложенных методов лечения с учетом всех основных аспектов достоверной оценки полученных результатов. По сравнению с 2020-2021 гг. частота послеоперационных осложнений снизилась с 13,4 до 2,5%, т.е. в 5 раз. Значительно реже стали встречаться такие осложнения, как желчеистечение (в 2 раз), не было таких грозных осложнений как желчный перитонит и повреждение желчных протоков.

Проанализированы отдаленные результаты у 129 (64,2%) из 201 оперированных больных по поводу острого деструктивного холецистита. Больные с органической формой ПХЭС были больше в группе сравнения (10%), чем в основной группе (2,6%). В целом в отдаленном послеоперационном периоде больные с ПХЭС снизились с 24,0% (12 пациентов в группе сравнения) до 6,3% (у 5 пациентов в основной группе) (критерий  $\chi^2 = 4.692$ ; Df=1; p=0,031).

С целью оценки качества жизни пациентов, разработана программа, по которой оценивали качество жизни пациентов перенесших холецистэктомию - 40 (31,0%) больных из 129 наблюдавших в послеоперационном периоде. Из них 18 больных из группы сравнения и 22 больных из основной группы. Так, отличные и хорошие результаты в основной группе составили 95,4% (у 21 из 22 пациентов), тогда как в группе сравнения этот показатель составил – 83,3% (у 15 из 18 пациентов). В целом по всем результатам в совокупности было получено достоверное лучшее значение в основной группе (между группами критерий  $\chi^2 = 43.087$ ; Df=3; p<0,001).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе результатов, полученных при выполнении диссертационной работы на тему «**Клинические и технические аспекты совершенствования лапароскопических технологий при остром деструктивном холецистите**» были сделаны следующие выводы:

1. Проведённое исследование, направленное на изучение особенностей эндокринных изменений, обусловленных хирургическим стрессом при выполнении холецистэктомии различными доступами (лапаротомным, минилапаротомным и лапароскопическим), показало, что наибольшая выраженность гормональных сдвигов в сторону повышения наблюдалась при лапаротомной холецистэктомии. При этом к третьим суткам после операции наиболее быстрое восстановление гормональных показателей до исходного уровня отмечено у пациентов, перенесших лапароскопическое вмешательство ( $p < 0,05$ ).

2. Разработанный и оптимизированный лечебно-диагностический алгоритм ведения пациентов с острым деструктивным холециститом, включающий балльную оценку тяжести течения заболевания на основе клинических данных, результатов ультразвукового исследования и диагностической лапароскопии, позволил обоснованно выбрать наиболее рациональный вариант оперативного вмешательства. В основной группе данный алгоритм обеспечил выполнение лапароскопической холецистэктомии в 31,9% случаев и холецистэктомии из минидоступа — в 68,1%, что способствовало значительному сокращению продолжительности операции с  $66,5 \pm 4,9$  до  $42,1 \pm 2,9$  минут ( $t = 4,23$ ;  $p < 0,001$ ).

3. Оценка эффективности модифицированного дренажного устройства с воздушной камерой, обеспечивающей герметичность культи жёлчного пузыря при лапароскопической холецистэктомии, продемонстрировала значительное улучшение качества хирургической помощи, выразившееся в снижении частоты ранних билиарных осложнений с 7,3% до 2,5%. Данные результаты свидетельствуют о том, что использование данного устройства повышает безопасность и способствует более успешному послеоперационному восстановлению пациентов.

4. Разработанный лечебно – диагностический алгоритм выбора тактики хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом и разработанное устройство специальный дренаж с воздушной камерой применяемый при деструктивном холецистите из-за оставления длинной культи при холецистэктомии привел к снижению частоты ближайших послеоперационных осложнений с 13,4% (11 пациентов в группе сравнения) до 2,5% (3 пациента в основной группе) ( $\chi^2 = 4,954$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,027$ ), а также уменьшению числа ПХЭС в отдалённом периоде с 24,0% (12 пациентов в группе сравнения) до 6,3% (5 пациентов в основной группе) ( $\chi^2 = 4,692$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,031$ ).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03 FOR THE  
AWARD OF ACADEMIC DEGREES AT SAMARKAND STATE  
MEDICAL UNIVERSITY**

---

**SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY**

**SHOMURODOV KHABIBULLO ABDUMALIK UGLI**

**CLINICAL AND TECHNICAL ASPECTS OF IMPROVING  
LAPAROSCOPIC TECHNOLOGIES IN ACUTE DESTRUCTIVE  
CHOLECYSTITIS**

**14.00.27 – Surgery**

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

**Samarkand – 2026**

**The topic of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation in medical sciences is registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under № B2025.1.PhD/Tib5637.**

The dissertation was completed at Samarkand State Medical University.

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

**Research leader:** **Daminov Feruz Asadullaevich**  
Doctor of Medical Sciences, Docent

**Official opponents:** **Sherbekov Ulugbek Akhrorovich**  
Doctor of Medical Sciences, Docent

**Matmurodov Kuvondik Jumaniozovich**  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**Leading organization:** **Bashkir State Medical University** (Russian Federation)

The defense will take place “\_\_” \_\_\_\_\_ 2026 at \_\_\_ hours at a meeting of the Scientific Council DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03 at Samarkand State Medical University (Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, Ankabai St. 6. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75; e-mail: [sammu@sammu.uz](mailto:sammu@sammu.uz))

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

The abstract of the dissertation was sent out “\_\_” \_\_\_\_\_ 2026.

(mailing protocol register No. \_\_\_\_ dated \_\_\_\_\_ 2026).

**N.N. Abdullaeva**

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

**K.V. Shmirina**

Scientific Secretary of the Scientific Council for Awarding Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Docent

**Z.B. Kurbaniyazov**

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

## **INTRODUCTION (abstract of the doctor of philosophy (PhD) dissertation)**

**The aim of the study** is to improve the treatment results of patients with acute destructive cholecystitis by improving surgical tactics.

**The object of the study** were 201 patients with acute destructive calculous cholecystitis who were treated in the surgical department of the Samarkand branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Emergency Medical Center from 2020 to 2024.

**The scientific novelty of the study** is as follows:

analysis of endocrine changes associated with surgical stress in cholecystectomies performed with various access points (laparotomic, minilaparotomic, and laparoscopic) revealed that endovideosurgical cholecystectomy leads to a significantly earlier normalization of hormonal status ( $p < 0.05$ ) in the postoperative period;

an original therapeutic and diagnostic algorithm for the differentiated choice of surgical tactics in cholecystectomy was developed by integrating clinical and instrumental data, and as a result of the implementation of this algorithm, it was found that the duration of the operation was reliably reduced from  $66.5 \pm 4.9$  minutes to  $42.1 \pm 2.9$  minutes;

for the first time, a reliable reduction in the frequency of early biliary complications from 7.3% to 2.5% and prevention of postoperative bile leakage in destructive forms of cholecystitis was substantiated by the use of a modified drainage device with an integrated air chamber for the purpose of hermetizing the gallbladder capsule during laparoscopic cholecystectomy;

it was established that cholecystectomy in surgical interventions reliably reduces postcholecystectomy syndrome from 24.0% to 6.3% ( $p = 0.031$ ) through the combined use of an original technical solution aimed at protecting the gallbladder stump with an optimized quality of life assessment scale.

**Implementation of research results.** Based on the results of scientific research on the clinical and technical aspects of improving laparoscopic technologies in acute destructive cholecystitis:

first scientific novelty: analysis of endocrine changes associated with surgical stress in cholecystectomies performed with various access points (laparotomic, minilaparotomic, and laparoscopic) revealed that endovideosurgical cholecystectomy leads to a significantly earlier normalization of hormonal status ( $p < 0.05$ ) in the postoperative period, and recommendations on this topic are included in the content of the methodological recommendation "Acute calculous cholecystitis: clinical presentation, complications, diagnosis and treatment," approved by the Academic Council No. 8 of the Samarkand State Medical University on March 26, 2025. These proposals were put into practice by order No. 70-I/CH dated April 3, 2025 in the Kashkadarya Regional Multidisciplinary Medical Center and by order No. 52 dated March 22, 2025 in the Syrdarya branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (according to the conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health No. 21/72 dated July 7, 2025). Social effectiveness: indications for cholecystectomy

using minilaparotomy, laparoscopic, and laparotomy approaches were determined based on the developed algorithm for choosing treatment tactics, including a point assessment of the severity of the disease course, which allows optimizing the surgical approach and improving treatment outcomes. Economic efficiency: inpatient treatment of patients with active surgical tactics with complex therapy usually costs an average of 217,6480 soums. A total of 355,300 soums will be spent on all laboratory and instrumental examinations of patients. Conclusion: a study aimed at studying the features of endocrine changes associated with surgical stress during cholecystectomy with various access points (laparotomic, minilaparotomic, and laparoscopic) showed that the most pronounced hormonal shifts in the ascending direction were observed during laparotomic cholecystectomy.

second scientific novelty: an original therapeutic and diagnostic algorithm has been developed for the differentiated selection of surgical tactics in cholecystectomy through an integral assessment of clinical and instrumental data, and as a result of the implementation of this algorithm, it was found that the duration of the operation is reliably reduced from  $66.5 \pm 4.9$  minutes to  $42.1 \pm 2.9$  minutes, and recommendations for this are included in the content of the methodological recommendation "Acute calculous cholecystitis: clinical presentation, complications, diagnosis and treatment," approved by the Academic Council No. 8 of the Samarkand State Medical University on March 26, 2025. These proposals were put into practice by order No. 70-I/CH dated April 3, 2025 in the Kashkadarya Regional Multidisciplinary Medical Center and by order No. 52 dated March 22, 2025 in the Syrdarya branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (according to the conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health No. 21/72 dated July 7, 2025). Social effectiveness: the drainage device with an air chamber, which ensures reliable hermetic seal of the gallbladder stump during laparoscopic cholecystectomy, has been modified, which contributes to the prevention of early postoperative complications and reduces the risk of switching to open surgery. Economic efficiency: with the choice of a pathogenetically justified treatment method, a total of 117,500 soums are spent on the treatment of patients. Conclusion: the developed and optimized treatment and diagnostic algorithm for the management of patients with acute destructive cholecystitis, including a point assessment of the severity of the disease course based on clinical data, the results of ultrasound examination and diagnostic laparoscopy, made it possible to reasonably choose the most rational option of surgical intervention.

third scientific novelty: for the first time, a reliable reduction in the frequency of early biliary complications from 7.3% to 2.5% and the prevention of postoperative bile leakage in destructive forms of cholecystitis using a modified drainage device with an integrated air chamber for the purpose of hermetizing the gallbladder sheath during laparoscopic cholecystectomy has been substantiated, and recommendations on this topic are included in the content of the methodological recommendation "Acute calculous cholecystitis: clinic, complications, diagnosis and treatment," approved by the Academic Council No. 8 of the Samarkand State Medical University on March 26, 2025. These proposals were put into practice by order No.

70-I/CH dated April 3, 2025 in the Kashkadarya Regional Multidisciplinary Medical Center and by order No. 52 dated March 22, 2025 in the Syrdarya branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (according to the conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health No. 21/72 dated July 7, 2025). Social effectiveness: the scale for assessing the quality of life of patients after cholecystectomy has been strengthened and improved, taking into account the main factors influencing physical, psycho-emotional, and social activity, which allows for a more accurate assessment of treatment outcomes and effective rehabilitation. Economic efficiency: the use of an improved drainage device in laparoscopic cholecystectomy saves an average of 23542200 soums. Conclusion: assessment of the effectiveness of a modified drainage device with an air chamber, ensuring the tightness of the gallbladder stump during laparoscopic cholecystectomy, showed a significant improvement in the quality of surgical care, which reduced the frequency of early biliary complications from 7.3% to 2.5%.

fourth scientific novelty: it was found that cholecystectomy reliably reduces postcholecystectomy syndrome from 24.0% to 6.3% ( $p=0.031$ ) through the combined use of an original technical solution aimed at protecting the gallbladder stump with an optimized quality of life assessment scale in surgical interventions, and recommendations in this regard are included in the content of the methodological recommendation "Acute calculous cholecystitis: clinical presentation, complications, diagnosis and treatment," approved by the Academic Council No. 8 of the Samarkand State Medical University on March 26, 2025. These proposals were put into practice by order No. 70-I/CH dated April 3, 2025 in the Kashkadarya Regional Multidisciplinary Medical Center and by order No. 52 dated March 22, 2025 in the Syrdarya branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (according to the conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health No. 21/72 dated July 7, 2025). Social effectiveness: made it possible to more accurately monitor the condition of patients after cholecystectomy and improve their rehabilitation. Economic efficiency: due to a reduction in rehabilitation periods, an improvement in the quality of life, and the restoration of labor activity, the annual economic indicator, in turn, leads to savings of up to 30% of budget funds. Conclusion: the developed treatment and diagnostic algorithm for choosing the tactics of surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis and a special drainage device with an air chamber, used in destructive cholecystitis due to leaving a long stump during cholecystectomy, led to a decrease in the frequency of early postoperative complications from 13.4% (11 patients in the comparison group) to 2.5% (3 patients in the main group) ( $\chi^2 = 4.954$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.027$ ), and also led to a decrease in the number of PCES in the long term from 24.0% to 6.3%.

**The structure and scope of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, findings, practical recommendations and a list of references. The volume of text material is 116 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; part I)**

1. Шомуродов Х.А., Даминов Ф.А., Рахманов К.Э. Лапароскопическая холецистэктомия при остром деструктивном холецистите: преимущества, ограничения и прогнозы // Тиббиётда янги кун. - 2025, №1 (75). - С. 563-567. (14.00.00, №22).

2. Шомуродов Х.А., Даминов Ф.А., Рахманов К.Э. Применение лапароскопии в хирургическом лечении острого деструктивного холецистита // Биомедицина ва амалиёт журнали. – 2025. №2. Том 10. - С. 418-422. (14.00.00, №24)

3. Даминов Ф.А., Шомуродов Х.А., Рахманов К.Э. Оптимизация хирургической тактики при остром деструктивном холецистите: роль лапароскопической холецистэктомии и анализа факторов риска // Биомедицина ва амалиёт журнали. – 2025. №1. Том 10. - С. 539-543. (14.00.00, №24)

4. Даминов Ф.А., Шомуродов Х.А. Возможности лапароскопии при хирургическом лечении острого деструктивного холецистита: сравнительный анализ результатов // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2024, №6 (157). - С. 58-60. (14.00.00, №19).

5. Shomurodov K.A., Daminov F.A., Rakhmanov K.E. Optimization of Surgical Tactics in Acute Destructive Cholecystitis: A Comparative Analysis of Access Methods and the Use of Modified Drainage // American Journal of Medicine and Medical Sciences, Vol. 15 No. 8, 2025, pp. 2594-2597. (14.00.00, №2)

**II бўлим (II часть; part II)**

6. Shomurodov Kh.A. Clinical effectiveness of diareptic, endoscopic, and x-ray surgical methods in the treatment of gallstone disease complications // The latest pedagogical and psychological innovations in education. International online conference. 2025. P.38.

7. Шомуродов Х.А., Шавази Р.Н. Современные лапароскопические подходы к лечению острого калькулёзного холецистита // Science, education, innovation: modern tasks and prospects. International online conference. 2025. P.45-46.

8. Шомуродов Х.А. Клиническая эффективность диапевтических, эндоскопических и рентгенохирургических методов в лечении осложнений желчнокаменной болезни // Methods of applying innovative and digital technologies in the educational system. International online conference. 2025. P.102-104.

9. Шомуродов Х.А., Абсаломов М.У. Использование диапевтических и рентгеноэндобилиарных вмешательств в коррекции осложнений после холецистэктомии // Modern digital technologies in education: problems and prospects. International online conference. 2025. P.34-35.

10. Шомуродов Х.А. Малоинвазивные подходы к лечению острого калькулёзного холецистита // *Ilm-fan va innovatsiya ilmiy-amaliy konferensiyasi.* – 2024. P.55-56.

11. Шомуродов Х.А. Выбор метода хирургического лечения острого калькулёзного холецистита // *Ilm-fan va innovatsiya ilmiy-amaliy konferensiyasi.* – 2024. P.57-58.

12. Шомуродов Х.А., Даминов Ф.А., Рахманов К.Э. Ўтқир тошли холецистит: клиникаси, асоратлари, диагностикаси ва давоси // *Методические рекомендации.* Самарканд 2025. 33 с.

13. Шомуродов Х.А., Даминов Ф.А. Ўтқир деструктив калькулёз холециститни диагностикаси ва даволаш усулини танлаш учун дастур // *Ўзбекистон Республикаси Адлия Вазирлиги ҳузуридаги интеллектуал мулк агентлиги* 16.04.2025 йил. DGU-49703.

Автореферат (Биология ва тиббиёт муаммолари) журнали тахририятида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус, инглиз тилларида (резюме) даги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

**Отпечатано в типографии “SARVAR MEXROJ BARAKA” 140100.г.**

**Самарканд, ул. Мирзо Улугбек, 3.**

**Подписано в печать 09.04.2026 Формат 60x84<sup>1/16</sup>. Гарнитура “Times New Roman”. усл. печ. л. 2,79 Тираж: 60 экз. Заказ № 123/2026**

**Тел/факс: +998 94 822-22-87. e-mail: [sarvarmexrojbaraka@gmail.com](mailto:sarvarmexrojbaraka@gmail.com)**