**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ЭГАМБЕРДИЕВ БОБИР АЛИШЕРОВИЧ

ШОШИЛИНЧ ЖАРРОХЛИКДА СЕМИЗЛИК ФОНИДА ТАШРИХДАН КЕЙИНГИ САФРОЛИ ОҚМАЛАРДА ЖАРРОХЛИК ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

14.00.27 – Хирургия

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

Андижон – 2025

УЎК: 616.366-089.85.612.357

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Эгамбердиев Бобир Алишерович
Шошилинч жаррохликда семизлик фонида ташрихдан кейинги сафроли оқмаларда жаррохлик тактикасини такомиллаштириш..... 3

Эгамбердиев Бобир Алишерович
Оптимизация хирургической тактики при послеоперационном желчеистечении на фоне ожирения в ургентной хирургии..... 25

Egamberdiev Bobir Alisherovich
Optimization of surgical tactics for postoperative bile leakage due to obesity in urgent surgery..... 45

Эълон қилинган ишлар рўйхати
Список опубликованных работ
List of published works……...…….. 49

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ЭГАМБЕРДИЕВ БОБИР АЛИШЕРОВИЧ

ШОШИЛИНЧ ЖАРРОХЛИКДА СЕМИЗЛИК ФОНИДА ТАШРИХДАН КЕЙИНГИ САФРОЛИ ОҚМАЛАРДА ЖАРРОХЛИК ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

14.00.27 – Хирургия

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

Андижон – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2023.4.PhD/Tib4151 рақам билан рўйҳатга олинган.

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

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

Илмий раҳбар:	**Ботиров Акрам Кодиралиевич** тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оппонентлар:	**Акбаров Миршавкат Миралимович** тиббиёт фанлари доктори, профессор
	Мусашайхов Хусан Таджибаевич тиббиёт фанлари доктори, доцент
Етакчи ташкилот:	**Бухоро давлат тиббиёт институти**

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2025 йил «____»_____соат____даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю. Атабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz, Андижон давлат тиббиёт институти).

Диссертация билан Андижон давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____рақами билан рўйҳатга олинган). Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Атабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Диссертация автореферати 2025 йил «___» _____ куни тарқатилди.

(2025 йил «__ _» _____ даги _____-рақамли реестр баённомаси).

М.М. Мадазимов
Илмий жаражалар берувчи илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

М.Ф. Нишанов
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Б.Р. Абдуллажанов
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
қошидаги илмий семинар раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, ҳозирги вақтда дунё аҳолисининг 10% дан ортиғи ўт тош касаллигидан (ЎТК) азият чекади ва касалликларнинг умумий таркибида юрак-қон томир касалликлари ва қандли диабетдан кейин учинчи ўринда туради[1]. ЎТК 30% беморларнинг хирургик стационарларга ётиш сабабчисидир. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари билан касалхонага ётқизилган беморлар таркибида ўткир холецистит ўткир аппендицитдан (26,4%) кейин иккинчи (24,4%), шошилинч ва тезкор ташрихлар таркибида аппендектомиядан (42,5%) кейин иккинчи ўринда (25,3%) туради. Бугунги кунда бу кўрсаткичлар йилига тахминан 1,5 миллионни ташкил этади ва қорин бўшлиғида бажарилган барча бошқа аралашувлар сонидан ошиб кетади. Холецистэктомиядан (ХЭ) кейинги эрта асоратлар орасида энг муҳими – йилига 1 дан 4% гача учрайдиган сафро оқиши (СО) ҳисобланади. Бу кўрсаткич лапароскопик ХЭ дан фойдаланиш билан, шунингдек, конверсия ҳолатларида, хирургик аралашув пайтида қийинчиликлар ва асоратлар пайдо бўлганда ортади. Сафро оқиши очиқ ХЭ дан сўнг 5-15%, кичик кесмали ХЭ дан сўнг 3,6% ва ЛХЭ дан кейин 2-5% ҳолларда кузатилади. Замонавий жарроҳликнинг ривожланиши ва муваффақиятларига қарамай, 16-25% беморларда “кечиктирилган”, 0,6-17% беморларда эса “беҳуда” қайта ташрихлар ўтказилади. Ўт пуфагининг (ЎП) яллиғланиш касалликлари семизлик фонида юзага келадиган беморлар мутлақо ўзига хос гуруҳни ташкил қилади. Республикамизда ҳам семизлик мавжуд одамлар сони ортиб бораётганлиги ташвишлидир. Шошилинч ташрихлардан кейин сафро оқиши туфайли қайта ташрихларнинг частотаси ва ташрихдан кейинги ўлим даражаси барқарор равишда юқори бўлиши ҳам хавотирлидир. Шу муносабат билан, сафро оқишида жарроҳлик тактикасини оптималлаштиришга ёрдам берадиган такомиллаштирилган ташхисот ва даволаш алгоритмларини ишлаб чиқиш эътиборга лойиқдир.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда ўт тош касаллигининг шошилинч жарроҳлигида сафро оқиш ҳолатларида илмий асосланган клиник кўрсатмаларни ишлаб чиқиш энг долзарб бўлиб қолмоқда. Бир қатор мақсадли тадқиқотлар олиб борилмоқда, мураккаб лапароскопик холецистэктомия пайтида шикастланишнинг олдини олиш учун флуоресцент бўёқ сифатида индоцианин яшилидан фойдаланган ҳолда ўт йўли анатомик тузилмаларини интраоператив визуализация қилиш имкониятларини ўрганиш, субтотал холецистэктомия билан боғлиқ бўлган сафро оқишини башорат қилиш учун кўп логистик регрессия модели ишлаб чиқиш, шунингдек, мавжуд мета-таҳлиллар асосида турли хил холецистэктомия усулларининг хавфсизлигини аниқлаш учун кўп марказли тадқиқотлар улардан энг долзарблари ҳисобланади.

[1] https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/indicator-groups/indicator-group-details/MDB/gallbladder-and-biliary-diseases

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг замонавий жиҳатлари ташхислаш ва хирургик даволашнинг замонавий тамойиллари ва усулларини жорий этиш орқали ўт йўлларининг ўткир жарроҳлик патологиясини даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чора-тадбирларни ўз ичига олади. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган[2]. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан семизлик фонида тошли холециститнинг шошилинч жарроҳлигида сафро оқишини даволаш натижаларини жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш орқали яхшилаш, ушбу патологиянинг юқори тиббий-ижтимоий аҳамияти туфайли шошилинч хирургиянинг, ва умуман олганда, тиббиётнинг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 4 октябрдаги ПҚ-5254-сон “Хирургия хизматини трансморфация қилиш, ҳудудларда жарроҳлик амалиётлари сифатини ошириш ва кўламини кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида” ва 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги Қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мувофиқлиги. Тадқиқот иши республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. “Тиббиёт ва фармакология” устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, бугунги кунда ЎТК ўт йўллари тизимининг турли касалликларининг 50-65% ни ташкил қилади (Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти, 2017). Хорижий адабиёт маълумотларига кўра, АҚШда 20 миллионга яқин одам ЎТК дан азият чекади ва ҳар йили тахминан 1 млн янги ҳолат пайдо бўлади (Ивашкин В.Т., 2016; Жукова Е.В., 2018; Бебуришвили А.Г., 2019; Никитин И.Г., 2020; Натрошвили А.Г., 2021; Littlefield, A., 2019; Ravindra N., 2023). Яқин вақтгача ўткир холециститни хирургик даволашда ўлим даражаси 4-6% га, катта ёшдаги гуруҳларда эса 10-26% га етар эди (Луцевич О.Е., 2021). Ҳозирги вақтда ХЭ билан боғлиқ ўлим холециститнинг мураккаблигига қараб 0,45 дан 6% гачани ташкил қилади (Курбонов К.М., 2015; Мишалов В.Г., 2021; Шляхто Е.В., 2017; Basso L., 2020; de Mestral C., 2024; Elshaer M., 2023). Релапаротомияни талаб қиладиган ташрихдан

[2]Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60 сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

кейинги асоратлар кўпинча шошилинч жарроҳлик аралашувларидан кейин юзага келади (Савельев В.С., 2006). Бир қатор жарроҳларнинг таъкидлашича, бугунги кунгача шошилинч жарроҳлик аралашувлардан сўнг қорин бўшлиғи асоратлари ва релапаротомиядан кейин ўлим даражаси доимий равишда юқори бўлиб қолмоқда. Бунда ўлим даражаси 20,9-37,2% ни ташкил қилади (Измайлов А.Г., 2017; Зубрицкий В.Ф., 2019; Zhou C. et al., 2018). В.С. Савельев ва ҳаммуал. Маълумотларига кўра (2006) диффуз йирингли перитонит билан оғриган ҳар бешинчи бемор такрорий жарроҳлик амалиётидан ўтади.

Сафро оқиши - бу ХЭ дан кейинги ҳолат бўлиб, операциядан кейин бир неча кун давомида жигар ости соҳасидаги дренаждан кунига 20 мл дан ортиқ сафро чиқишидир (Назиров Ф.Г., 2019; Veerank N., 2018). Бу кўрсаткич ўт пуфагини олиб ташлаш учун лапароскопик усулларни қўллашда, шунингдек, конверсия қилиш ҳолатларида, операция вақтида қийинчиликлар ва асоратлар пайдо бўлганда ортади (Курбанов Д.М., 2019; Алтиев Б.К., 2016; Куликовский В.Ф., 2018; Назиров Ф.Г., 2019; Barband A.R., 2021). Релапаротомия - бу мураккаб жарроҳлик аралашувидир, аммо, қорин бўшлиғи аъзоларининг прогрессив патологиясини тузатиш ва юзага келган патологик шароитларни бартараф этишнинг энг самарали усули бўлиб қолмоқда (Бебуришвили А.Г., 2019; Красильников Д.М., 2017; Gero D., 2017). Бироқ, кузатувларнинг 20,8-29,7 фоизида қорин бўшлиғи ичи асоратлари аниқланмай қолади (Врублевский Н.М., 2018). Операциядан кейинги сафро оқиши ривожланишининг сабаблари ҳар хил (Галингер Ю.И., 2007; Куликовский В.Ф., 2018; Лебедев Н.В., 2021). Ятроген шикастланиш ўт йўллари жарроҳлигидаги энг оғир асоратлардан биридир (Курбаниязов З.Б., 2021). Операциядан кейинги эрта асоратлар муаммоси ва қорин бўшлиғининг айрим ўткир касалликларини даволашда релапаротомиядан фойдаланиш бўйича кўплаб нашрларга қарамай, у ҳамон ҳал қилинмаган. АҚШ ва Буюк Британияда жарроҳларнинг 50% гача бўлган қисми ўз касбий фаолияти давомида холецистэктомия пайтида жигардан ташқари ўт йўллари шикастланишининг 1-2 ҳолатини бошдан кечиришади (Connor S, 2022). Кўп сонли нашрларга қарамасдан, умумий қабул қилинган даволаш стратегияси мавжуд эмас ва узоқ муддатли натижалар ҳар доим ҳам қониқарли эмас (Seon Ung Yun, 2017).

Статистик маълумотлар шуни кўрсатадики, бутун дунё бўйлаб семизликдан азият чекадиганлар сони уч баравар кўпайган. Ҳозирда семириш эпидемияга айланди: 2016 йил ҳолатига кўра, бутун дунё бўйлаб катталарнинг 39 фоизи ортиқча вазнга эга (Бахвалова М., 2020; NCD, 2017). Ривожланган мамлакатларда аҳолининг 54 фоизи ортиқча вазнга эга, шу жумладан 19 фоизида семизлик мавжуд (OECD, 2017). Ортиқча вазнни ҳамда семизликни ташхислаш ва унинг даражасини баҳолаш учун тана вазнини, бўйни ўлчаш ва ТВИни аниқлаш тавсия этилади (ЖССТ, 2018; Дедов И.И., 2020). Ҳозирги вақтда юқумли бўлмаган касаллик сифатида тан олинган семизлик жуда долзарбдир (ЖССТ, 2022). Республикамизда ҳам семизлик мавжуд одамлар сони ортиб бораётганлиги ташвишлидир.

Ўтказилган адабиёт маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, бугунги кунгача операциядан кейинги қорин бўшлиғи асоратлари, хусусан, СО, шунингдек, қайта операция кўламини ўз вақтида ташхислаш масалалари кенг муҳокама қилинмоқда. Шошилинч жарроҳлик шароитида ўт тош касаллиги семизлик билан бирга кузатилганда вазият янада оғирлашади. Бироқ, ҳозирги кунга қадар операциядан кейинги эрта асоратларни олдини олиш, юзага келган асоратни ишончли тарзда коррекциялаш ва ҳар бир алоҳида ҳолат учун уни тугатиш усули бўйича асосли тавсиялар мавжуд эмас. Семизлик мавжуд беморларда сафро оқишида қайта операция қилиш зарур бўлганда, кўпинча кеч ташхислаш ва кечиктирилган такрорий жарроҳлик аралашуви кузатилади. Буларнинг барчаси семизлик фонидаги ЎТХни хирургик даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кейинги тадқиқотларга эҳтиёж борлигини кўрсатади.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институтининг илмий ишлари режасига мувофиқ “Инсон хирургик касалликларини ташхислаш, даволаш ва олдини олишда илғор технологияларни ишлаб чиқиш” мавзуси доирасида бажарилган (2022-2024 й.).

Тадқиқотнинг мақсади семизлик фонида тошли холециститнинг шошилинч жарроҳлигида хирургик тактикани оптималлаштириш орқали сафро оқишини даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

семизлик фонида калькулёз холецистит шошилинч жарроҳлигида сафро оқишини даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш, шунингдек, ташрихдан кейинги асоратлар хусусиятлари, тузилиши ва ўлим частотасини аниқлаш;

семизлик фонида калькулёз холецистит шошилинч жарроҳлигида сафро оқишида жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш имконини берувчи ташхисот ва даволаш алгоритмини ишлаб чиқиш ва жорий этиш;

шошилинч жарроҳликда семизлик фонида ташрихдан кейинги сафро оқиши ҳолатларида инвагинацион қийшиқ-кўндаланг холедоходуодено-анастомознинг модификацияланган усулини ишлаб чиқиш ва унинг самарадорлигини асослаш;

оптималлаштирилган жарроҳлик тактикасидан фойдаланган ҳолда шошилинч жарроҳликда семизлик фонида сафро оқишини хирургик даволаш натижаларини қиёсий баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2011 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалида ва АДТИ Клиникасининг 3-хирургия бўлимида шошилинч хирургияда семизлик фонида сафро оқиши туфайли қайта ташрих ва қайта лапароскопия ўтказилган 72 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети семизлик фонида калькулёз холециститнинг шошилинч жарроҳлигида сафро оқиши ҳолатларида оптималлаштирилган хирургик тактиканинг самарадорлигини баҳолашдан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни ҳал қилиш учун умумий клиник, лаборатор, инструментал, махсус ва статистик тадқиқот усуллари қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

семизлик фонида тошли холециститнинг шошилинч жарроҳлигида сафро оқиши ҳолатларида ташрихдан кейинги асоратлар, частотаси, хусусиятлари ва сабаблари аниқланган;

семизлик фонида калькулёз холециститнинг шошилинч жарроҳлигида сафро оқиши ҳолатларида хирургик тактикани оптималлаштириш имконини берувчи такомиллаштирилган ташхисот ва даволаш ёндашуви ишлаб чиқилган;

семизлик фонида калькулёз холециститнинг шошилинч жарроҳлигида ташрихдан кейинги сафро оқишида яхшироқ арефлюкс хусусиятларга эга бўлган, холедоходуоденоанастомоз стенозини бартараф қилиш ҳамда холангит ва чоклар етишмовчилиги ривожланиши эҳтимолини камайтириш билан тавсифланувчи модификацияланган инвагинацион қийшиқ-кўндаланг холедоходуоденоанастомоз усули ишлаб чиқилган;

калькулёз холециститнинг шошилинч жарроҳлигида асорат сифатида ташрихдан кейинги сафро оқишида семизлик даражаси, асорат сабаблари ва йиғилган сафро суюқлиги миқдорини инобатга олган ҳолда каминвазив ёки очиқ усулдаги қайта ташрихларни ўтказишга кўрсатмаларни аниқлаштириш билан тавсифланувчи хирургик тактика ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат**:**

семизлик фонида калькулёз холециститнинг шошилинч жарроҳлигида сафро оқиши ҳолатларида ишлаб чиқилган ташхисот ва даволаш ёндашувининг клиник самарадорлиги асосланган;

семизлик фонида калькулёз холециститнинг шошилинч жарроҳлигида ташрихдан кейинги сафро оқишида инвагинацион қийшиқ-кўндаланг холедоходуоденоанастомознинг модификацияланган усулини клиник қўллаш самарадорлиги аниқланган;

семизлик фонида калькулёз холециститнинг шошилинч жарроҳлигида ташрихдан кейинги сафро оқиши ҳолатларида релапароскопия ва релапаротомия қилиш кўрсатмалари аниқлаштирилган;

семизлик фонида калькулёз холециститнинг шошилинч жарроҳлигида ташрихдан кейинги сафро оқишида оптималлаштирилган жарроҳлик тактикасини қўллаш самарадорлиги исботланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Натижаларнинг ишончлилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, лаборатор ва инструментал диагностиканинг замонавий усулларидан фойдаланилганлиги, услубий ёндашувлар хамда статистик таҳлил жамланмаларининг тўғри қўлланилганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва берилган тавсиялар назарий аҳамиятга эга бўлиб, семизлик фонида калькулёз холециститнинг шошилинч жарроҳлигида сафро оқиши ҳолатларида

ташрихдан кейинги асоратлар ҳамда ўлимнинг тузилиши, частотаси, хусусиятлари ва сабабларига, шунингдек, семизлик даражаси, асорат сабаблари ва йиғилган сафро суюқлиги миқдорини инобатга олган ҳолда каминвазив ёки очиқ усулдаги қайта ташрихларни ўтказишга кўрсатмаларни аниқлаштиришга оид мавжуд билимларни кенгайтиришга муҳим ҳисса қўшиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, ўтказилган клиник тадқиқотлар асосида семизлик фонида калькулёз холециститнинг шошилинч жарроҳлигида сафро оқиши ҳолатларида хирургик тактикани оптималлаштириш имконини берувчи такомиллаштирилган ташхисот ва даволаш алгоритми ҳамда инвагинацион қийшиқ-кўндаланг холедоходуоденоанастомознинг модификацияланган усули ишлаб чиқилганлиги, натижада қайта ташрихлар ўтказиш, асоратлар ривожланиши ва ўлим ҳолатлари частоталари камайганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилиниши. Семизлик фонида тошли холециститнинг шошилинч жарроҳлигида сафро оқишини даволаш натижаларини яхшилаш бўйича илмий тадқиқот натижаларига кўра (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 13 ноябрдаги 8/5-сон хулосаси):

биринчи илмий янгилик: семизлик фонида тошли холециститнинг шошилинч жарроҳлигида сафро оқиши ҳолатларида ташрихдан кейинги асоратлар, частотаси, хусусиятлари ва сабаблари аниқланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Олинган илмий-амалий маълумотлар РШТЁИМ Наманган филиали бўйича буйруқ (04.05.2024 й.; №79) ва РШТЁИМ Фарғона филиали бўйича буйруқ (18.10.2024 й.; №138) билан клиник бўлимлар амалиётига жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги. Семизлик фонидаги ўткир тошли холециститни хирургик даволашда ташрихдан кейинги сафро оқиши ҳолатларида ташрихдан кейинги асоратлар ҳамда ўлимнинг тузилиши, частотаси, хусусиятлари ва сабабларини инобатга олиш асоратлар частотасини камайтиради ва беморлар хаёт сифатини яхшилайди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: семизлик фонидаги ўткир тошли холециститни хирургик даволашда ташрихдан кейинги сафро оқиши ҳолатларида ташрихдан кейинги асоратлар ҳамда ўлимнинг тузилиши, частотаси, хусусиятлари ва сабабларини инобатга олган ҳолда хирургик тактикани такомиллаштириш натижасида 1 нафар беморнинг шифохонада қолиш муддати ўртача 10,8 кундан 5,4 кунгача қисқариб, шифохонада қолиш тўлов миқдори 999 минг сўмга камайган; шифохонада бўлиш давринг бир неча кунга қисқартирилиши ҳисобига дори-дармон кам талаб этилган. Хулоса: такомиллаштирилган хирургик тактикани амалиётга жорий қилиниши билан ётоқ-ўрин айланмасининг ҳисобига ҳаражат камайишидан бир нафар бемор учун 999 минг сўмни, тадбиқ кўлами бўйича ўртача (29 бемор) 28971000 сўмни иқтисод қилиш имконини беради.

иккинчи илмий янгилик: семизлик фонида калькулёз холециститнинг шошилинч жарроҳлигида сафро оқиши ҳолатларида хирургик тактикани оптималлаштириш имконини берувчи такомиллаштирилган ташхисот ва даволаш ёндашув ишлаб чиқилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Олинган илмий-амалий маълумотлар РШТЁИМ Наманган филиали бўйича буйруқ (04.05.2024 й.; №79) ва РШТЁИМ Фарғона филиали бўйича буйруқ (18.10.2024 й.; №138) билан клиник бўлимлар амалиётига жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги. семизлик фонида калькулёз холециститнинг шошилинч жарроҳлигида сафро оқиши ҳолатларида ишлаб чиқилган ташхисот ва даволаш алгоритмининг қўлланилиши асоратларни эрта ташхислаш ва даволашнинг мақбул усулини танлаш имконини беради, натижада беморларда жарроҳлик амалиётларидан ногиронликни камайтиришга ва меҳнат қобилиятини тиклашга эришилади. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: ишлаб чиқилган ташхисот ва даволаш алгоритмининг қўлланилиши сабабли даволашга сарфланган ҳаражатларнинг пасайиши ҳисобига 1 нафар бемор учун (прейскурант бўйича 1 кунлик ётоқ ўрин 270 минг сўм) 999 минг сўм пул тежалишига имкон берган. Хулоса: ташрихидан кейинги асоратларни олдини олишга сарфланган материаллар ва дори воситаларини қисқартириш ҳисобига бир нафар бемор учун 9970000 сўмни иқтисод қилиш имконини беради.

учинчи илмий янгилик: семизлик фонида калькулёз холециститнинг шошилинч жарроҳлигида ташрихдан кейинги сафро оқишида яхшироқ арефлюкс хусусиятларга эга бўлган, холедоходуоденоанастомоз стенозини бартараф қилиш ҳамда холангит ва чоклар етишмовчилиги ривожланиши эҳтимолини камайтириш билан тавсифланувчи модификацияланган инвагинацион қийшиқ-кўндаланг холедоходуоденоанастомоз усули ишлаб чиқилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Олинган илмий-амалий маълумотлар РШТЁИМ Наманган филиали бўйича буйруқ (04.05.2024 й.; №79) ва РШТЁИМ Фарғона филиали бўйича буйруқ (18.10.2024 й.; №138) билан клиник бўлимлар амалиётига жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги. семизлик фонида калькулёз холециститнинг шошилинч жарроҳлигида ташрихдан кейинги сафро оқишида инвагинацион қийшиқ-кўндаланг холедоходуоденоанастомознинг модификацияланган усули ХДА стенозини бартараф қилиш ҳамда холангит ва чоклар етишмовчилиги ривожланиши эҳтимолини камайтиради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: ишлаб чиқилган холедоходуоденоанастомознинг модификацияланган усулини амалиётга жорий қилиш 1 нафар беморнинг шифохонада қолиш муддатини ўртача 10,8 кундан 5,4 кунгача қисқартириши хисобига дори-дармон кам талаб этилган. Хулоса: ишлаб чиқилган холедоходуоденоанастомознинг модификацияланган усули ётоқ-ўрин айланмасининг ошиши ҳисобига ҳаражат камайишидан 1350000 минг сўмни иқтисод қилиш имконини беради.

тўртинчи илмий янгилик: калькулёз холециститнинг шошилинч жарроҳлигида асорат сифатида ташрихдан кейинги сафро оқишида семизлик

даражаси, асорат сабаблари ва йиғилган сафро суюқлиги миқдорини инобатга олган ҳолда каминвазив ёки очиқ усулдаги қайта ташрихларни ўтказишга кўрсатмаларни аниқлаштириш билан тавсифланувчи хирургик тактика ишлаб чиқилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Олинган илмий-амалий маълумотлар РШТЁИМ Наманган филиали бўйича буйруқ (04.05.2024 й.; №79) ва РШТЁИМ Фарғона филиали бўйича буйруқ (18.10.2024 й.; №138) билан клиник бўлимлар амалиётига жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги. Ишлаб чиқилган хирургик тактикани қўллаш асоратлар частотасини камайтиришга, хаёт сифатини оширишга, шунингдек ўлими частотасини пасайтиришга имкон беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: Тавсия этилган тактикадан фойдаланиш асоратларни олдини олиш имконини беради, қўшимча даволанишга бўлган эҳтиёжни камайтиради. Стационар даволаниш учун энг кам харажат ҳар бир кун учун 270000 сўмни ташкил қилгани ҳолда, шифохонада қолиш муддатлари қисқариши ҳисобига 1 нафар беморга 1 кунда 270000 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилинади. Хулоса: Тавсия этилган тактика келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларни камайтиради ва касалхонада бўлиш вақтини қисқартиради ҳамда тадқиқот кўлами бўйича ушбу усул қўлланилган 29 нафар беморларда 1 кун учун 7830000 сўм бюджет маблағлари тежалади.

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

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 15 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, 3 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, бешта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 147 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Диссертациянинг **кириш қисмида** диссертация ишининг долзарблиги асослаб берилган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари ифодалаб берилган, олинган натижаларнинг илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти келтирилган, иш натижаларини пробацияси ва эълон қилинганлиги, диссертациянинг ҳажми ва тузилиши ҳақида маълумотлар тақдим этилган.

Диссертациянинг **«Семизлик фонида шошилинч холецистэктомиядан сўнг юзага келган операциядан кейинги сафро оқиши ҳолатларида релапаротомия ва релапароскопия муаммосининг ҳолати»** деб номланган биринчи бобида ўткир тошли холецистит ва операциядан кейинги сафро оқиши муаммосининг эпидемиологияси ва замонавий ҳолати, семизликнинг эпидемиологияси, клиник жиҳатлари ва бу муаммонинг бугунги ҳолати,

шунингдек абдоминал жарроҳликда релапаротомия ва релапароскопияга (тушунчалар, сабаблар, ташхислаш, даволаш ва олдини олиш чоралари) бағишланган адабиётлар шарҳи келтирилган. Адабиёт маълумотлар шуни кўрсатадики, ҳозирги вақтда ягона жарроҳлик тактикаси мавжуд эмас ва даволаш ва диагностика алгоритмлари такомиллаштиришни талаб қилади. Бугунги кунда тиббиёт фанлари, техникаси ва амалий жарроҳлик ютуқлари нуқтаи назаридан, шошилинч жарроҳлик шароитида семизлик шароитида операциядан кейинги СОда релапаротомия ва релапароскопия самарадорлиги масалалари муаммоли бўлиб қолмоқда. Буларнинг барчаси ушбу тадқиқотни ўтказиш учун сабаб бўлди.

Диссертациянинг **“Клиник материал хусусиятлари ва тадқиқот усуллари”** деб номланган иккинчи бобида тадқиқотнинг асосий йўналишлари ҳақида маълумот берилган бўлиб, тадқиқот иши 2016-2023 йилларда РШТЁИМ Андижон филиалининг биринчи ва иккинчи жарроҳлик бўлимлари, шунингдек, Андижан давлат тиббиёт институти клиникасининг 3-жарроҳлик бўлими клиник базаларида ЎТК бўйича операция қилинган 2169 бемордан 72 нафарида операциядан кейинги СО ни жарроҳлик даволаш ретроспектив ва проспектив таҳлили натижаларига асосланган.

Истисно мезонлари: семизлик аломатларисиз кечаётган ўткир холецистит; морбид семизлик аниқланиши; жарроҳлик муолажасидан воз кечиш; кейинги кузатувни амалга ошириш имконияти йўқлиги; беморнинг ёши 18 ёшдан кичик бўлиши; ҳомиладорлик; механик сариқлик билан ёки ундансиз кечаётган холедохолитиаз мавжудлиги; тадқиқотда иштирок этишга тўсқинлик қилувчи оғир руҳий бузилишлар; декомпенсация босқичида бўлган ҳамроҳ терапевтик патология мавжудлиги.

Тадқиқотнинг мақсад ва вазифаларига мувофиқ равишда беморлар шартли равишда икки гуруҳга бўлинди:

- назорат гуруҳи – (2016-2019 йиллар) – анъанавий ёндашувларга мувофиқ жарроҳлик даволаш натижалари ретроспектив таҳлил қилинган 43 (59,7%) бемор;

– асосий гуруҳ – (2020–2023 йиллар) – 29 (40,3%) бемор, уларга оптималлаштирилган хирургик тактикадан фойдаланган ҳолда жарроҳлик даволаш бўйича проспектив тадқиқот ўтказилган.

Тадқиқотга олинган беморларни Халқаро соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ, 2021)нинг ёш классификациясига мувофиқ тақсимланди. Шунга мувофиқ, катта ёшдаги (60-74 йил) ва қария ёшдаги (75-90 йил) беморлар битта гуруҳда бирлаштирилган. Асосий хирургик патологиянинг бир хиллиги, махсус ёрдам кўрсатиш шароити тенглиги, ҳамроҳ касалликларининг бир хиллиги ва уларнинг учрашиш жиҳати тенглиги, шунингдек, операция интервенцияларининг характери миқдорий кўрсаткичларни бирлаштирилган шаклда тақдим этиш имконини берди.

Ўткир калькулёз холециститда (ЎКХ), ўт пуфагига (ЎП) жарроҳлик аралашувлардан сўнг, операциядан кейинги СО бўлган беморларнинг энг катта контингенти 45-59 ёшда - 41 (56,9%), яъни, балоғат ёшида аҳолининг энг меҳнатга лаёқатли қисмини ташкил этувчи ва муҳим тиббий ва

иқтисодий аҳамиятга эга ёшни ташкил қилди. 45-59 ёшдаги беморларнинг касалланиш даражаси 19-44 ёшдагиларга қараганда 4,5 баравар (↑ 4,5%) ва 60 ва ундан катта ёшдагиларга нисбатан 2 баравар юқори. 19-44 ёшдаги 9 нафар (12,5%) беморда операциядан кейинги СО ташхиси қўйилган. 60 ёш ва ундан катта ёшда, яъни кексаларда – 22 (30,6%) бемор, бу катта тиббий-ижтимоий аҳамиятга эга. Бундан ташқари, 60 ва ундан катта ёшдаги одамларда касалланиш 19-44 ёшдаги беморларга қараганда 2,5 баравар юқори (↑ 2,4%).

СО билан оғриган беморлар жинси бўйича таҳлил қилинганда, 33 (45,8%) эркаклар ва 39 (54,2%) аёлларни ташкил қилди. Бизнинг маълумотларимизга кўра, ОҲда эркаклар ва аёллар нисбати ўртача 1:4 бўлсада, операциядан кейинги СО пайдо бўлганда, эркакларда аёлларга қараганда 1,2 % камроқ содир бўлганлиги аниқланди, бу эса кейинчалик ушбу вазиятни чуқурроқ таҳлил қилиш учун сабаб бўлди.

ЎТКда операциядан кейинги СО бўлган энг катта контингент 2-даражали семириш билан бўлган - 41 (56,9%) беморни ташкил қилди. Тадқиқотга олинган беморларда биринчи даражали семизлик 19 (26,4%) беморда аниқланган – (2 марта кам – p <0,001), ва учинчи даражали семизлик 12 (16,7%) беморда аниқланган – (3 марта кам – p <0,001). Барча кўрсаткичлардаги фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлган. Барча даражали семизлик ҳолатларида жарроҳлик тактикаси ва техникаси нуқтаи назаридан муайян муаммолар юзага келган, лекин улар учинчи даражали семизликда янада яққолроқ намоён бўлган (1-жадвал).

1-жадвал

Семизлик даражаси бўйича тақсимот

	Семириб кетиш даражалари							
	биринчи		**иккинчи**		**учинчи**		**Жами**	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Жами	19	26.4	41	56.9	12	16.7	72	100
	-		←↑↑ ***		←↑↑ ***, ↖ ↑ **		-	

Эслатма : ← - олдинги устунга муносабат, ↖ - олдинги устунга муносабат, ↑ - ошиш. ↖ ↑ ** - p<0,01, ←↑↑ * - p<0,001.**

Операциядан кейинги СО даражаси Morgenstern L. (2006) таснифи бўйича аниқланди.

Операциядан кейинги ЖИ, семизлик фонда, энг кўп флегмоноз шаклда аниқланган – 33 (45,8%) беморда. Семизлик фонда, операциядан кейинги ЖИ оддий шаклда 25 (34,7%) беморда аниқланган – (1,5 марта камроқ – p <0,01), ва гангреноз шаклда 14 (19,4%) беморда аниқланган – (1,3 марта камроқ – p <0,001). Барча кўрсаткичлардаги фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлган (2-жадвал).

Тадқиқотга олинган беморларда операциядан кейинги даврда СО даражалари қуйидагича асоратланган: I даражали СО – 33 (45,8%), II даражали СО – 29 (40,3%) беморда ва III даражали СО – 10 (13,9%) беморда. I даражали СО билан II даражали СО орасидаги нисбат 1,14% (p <0,001)

бўлган ва III даражали СО га нисбатан бу фарқ 3 марта кўп (р <0,01). Шу билан бирга, II даражали СО билан III даражали СО орасидаги нисбат 3 мартадан кўп бўлган (р <0,001). Барча кўрсаткичлардаги фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлган.

2-жадвал

Ўт пуфагидаги патологик ўзгаришлар даражаси бўйича тақсимлаш

	ўт пуфагидаги патологик ўзгаришлар даражалари							
	оддий		**флегмоноз**		**гангреноз**		**жами**	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Жами	25	34.7	33	45.8	14	19.4	72	100
	-		←↑↑ ***		←↑↑ ***, ↖ ↑ **		-	

Эслатма : ← - олдинги устунга муносабат, ↖ - олдинги устунга муносабат, ↑ - ошиш. ↖ ↑ ** - p<0,01, ←↑↑ * - p<0,001.**

Операциядан кейинги СОнинг манбалари 11 кузатишда ўт пуфаги ўриндиғидаги қўшимча (аберрант) сафро йўллари (Люшка йўли) билан боғлиқ бўлган, 29 кузатишда лигатура ва клипсанинг сирғаниши сабабли ўт пуфаги чўлтоғи етишмовчилиги, 19 кузатишда – магистрал сафро йўлларининг ятроген шикастланиши, 3 беморда – гепатикохоледох деворидаги деффектдан СОдан келиб чиққан ва 4 беморда умумий сафро йўлидаги дренажнинг ўз-ўзидан чиқиб кетиши туфайли СО аниқланган. 6 кузатишда манба аниқланмаган, чунки СО ўз-ўзидан тўхтаган. Семизлик фонида операциядан кейинги СО ЛХЭ (лапароскопик холецистэктомия)дан сўнг 30 (41,7%) беморда, мини-доступдан ХЭ дан сўнг 26 (36,1%) беморда ва «анъанавий» ХЭдан сўнг 16 (22,2%) беморда содир бўлган. 33 (45,8%) беморда турли хил ҳамроҳ терапевтик патологиялар аниқланган. Икки ва ундан ортиқ терапевтик патологиялар мавжуд бўлган беморларда (6 (8,3%)) хирургик тактикани аниқлашда катта муаммолар юзага келган.

Диссертациянинг **«Назорат гуруҳида ургент хирургияда операциядан кейинги сафро оқишини хирургик даволаш»** деб номланган учинчи бобида, белгиланган мақсадга мувофиқ, биринчи (ретроспектив) босқичда операциядан кейинги даврда сафро оқиши билан асоратланган беморлар хирургик даволаш натижалари таҳлил қилинган, бунда 2016–2019 йилларда релапаротомия ва релапароскопияда анъанавий ёндашувлар қўлланилган (назорат гуруҳи – 43 бемор). Кузатишнинг ушбу босқичи натижалари шошилинч жарроҳлик аралашувлардан сўнг СО якунларини ва ичакларо анастомозларнинг чокларининг етишмовчилигини (операциядан кейинги асоратларнинг табиати ва частотаси, йирингли-септик асоратлар ва умумий асоратлар, шунингдек ўлим кўрсаткичлари) ўрганиш учун асос бўлди.

Шундай қилиб, семизлик фонида назорат гуруҳида операциядан кейинги СО 34 (3,7%) беморда, йирингли-септик (жарохат) асоратлари ва 63 (6,8%) беморда операциядан кейинги умумий асоратлар ривожланиши кузатилган ва 6 (0,7%) ҳолатда ўлим билан якунланган. Турли жарроҳлик ёндошувларини солиштирганда, анъанавий холецистэктомиядан (ТХЭ) сўнгги асоратлар

частотаси мини-ёндошув билан амалга оширилган холецистэктомияга (МХЭ) нисбатан 6 баравар (p<0,001) ва лапароскопик холецистэктомияга (ЛХЭ) нисбатан 3 баравар (p<0,001) кўп бўлган. Мини-ёндошувда юзага келган йиринглаш кўринишидаги асоратлар ЛХЭга нисбатан 2 баравар камайган (p<0,001). Умумий асоратлар частотаси ТХЭда мини-ёндошув орқали амалга оширилган ХЭга нисбатан 3 баравар кўпроқ (p<0,001) ва ЛХЭга нисбатан деярли 2 баравар кўпроқ (p<0,001) кузатилган. Бироқ, мини-ёндошув орқали бажарилган ХЭда умумий характердаги асоратлар ЛХЭга нисбатан 1,5 баравар камроқ кузатилган (p<0,05).

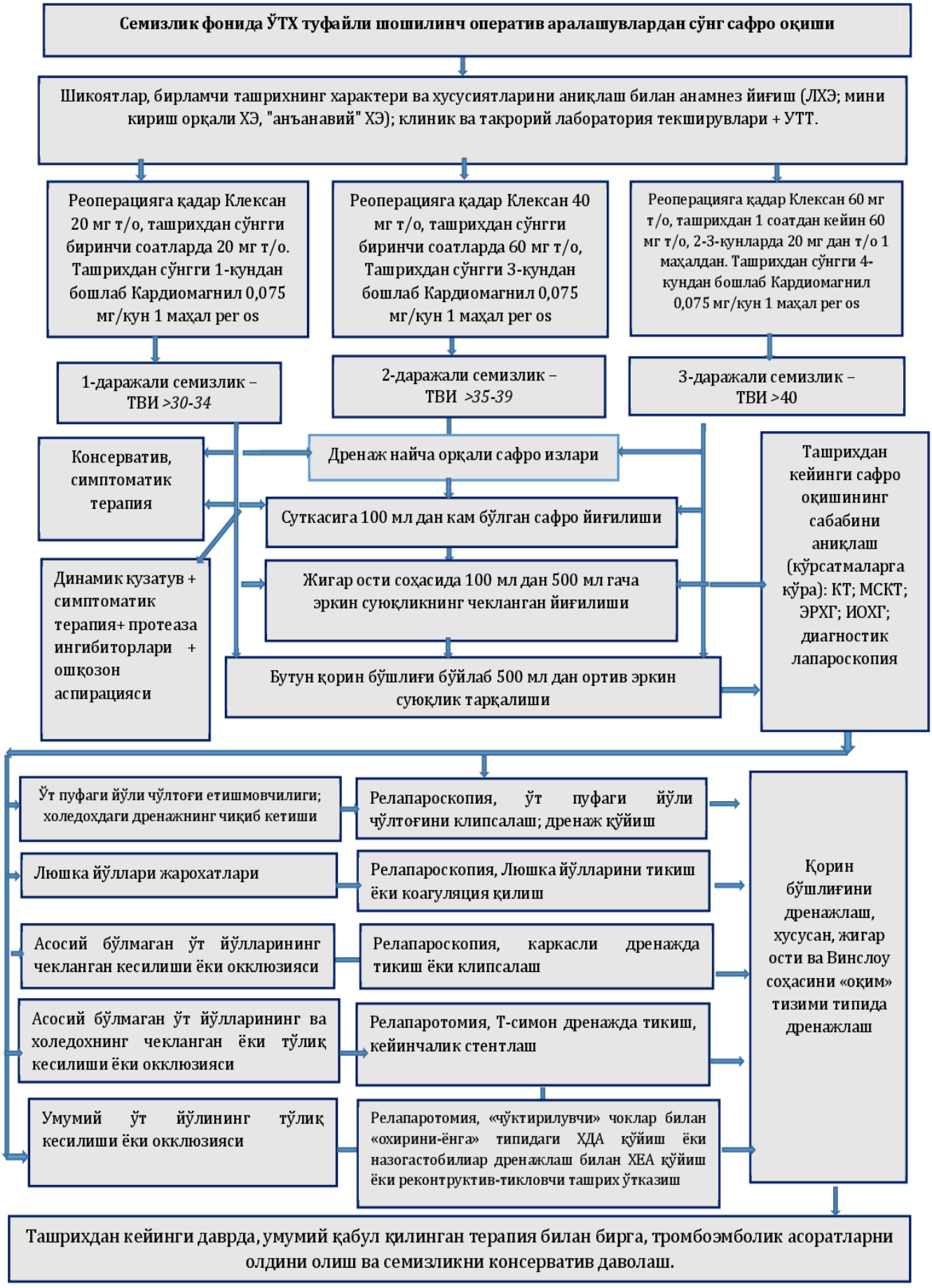
Операциядан кейинги мониторинг натижаларига кўра, ўткир юрак етишмовчилиги ТХЭда мини-ёндошув орқали бажарилган ХЭга нисбатан 2 баравар кўпроқ (p<0,001) ва ЛХЭга нисбатан 1,5 баравар кўпроқ (p<0,05) кузатилган. Ўткир жигар-бўйрак етишмовчилиги ТХЭда мини-ёндошув орқали ХЭга нисбатан 2 баравар (p<0,001) ва ЛХЭга нисбатан 1,5 баравар (p<0,05) кўпроқ аниқланган. Ўпка артерияси тромбоэмболияси (ТЭЛА) ЛХЭ ва мини-ёндошув орқали ХЭга нисбатан 1,5 баравар кўпроқ ҳолатда кузатилган (p<0,001). Юрак блокадаси мини-ёндошув орқали ХЭда ТХЭга нисбатан 2 баравар (p<0,001) ва ЛХЭга нисбатан 1,5 баравар (p<0,05) кўпроқ ҳолатда аниқланган.

Диссертациянинг “**Шошилинч жарроҳликда операциядан кейинги сафро оқишида жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш йўллари”** деб номланган тўртинчи бобида**,** ЎТК учун шошилинч операциялардан кейин операциядан кейинги сафро оқиши учун ҳаракатларнинг такомиллаштирилган алгоритми кўриб чиқилган. Таклиф этилган ҳаракатлар алгоритми 1-расмда келтирилган.

Таклиф этилаётган даволаш ва диагностика алгоритмига кўра, семизлик фонида ЎТК да шошилинч жарроҳлик аралашувлардан сўнг беморларда операциядан кейинги СО (сафроли перитонит) учун шикоятларни таҳлил қилиш, бирламчи операциянинг хусусиятларини аниқлаш билан анамнез йиғиш (ЛХЭ, мини-киришдан ХЭ ёки “анъанавий” ХЭ, қайта ЭКГ, клиник ва такрорий лаборатор текширувлар (қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, биокимёвий таҳлиллар) ўтказилди. Ҳамроҳ терапевтик патологиялар аниқланган ҳолларда, хирургия бўлимида уларнинг тузатилиши терапевтлар, кардиологлар, эндокринологлар ва бошқа мутахассислар (патологиянинг хусусиятига қараб) билан ҳамкорликда амалга оширилди.

Параллел равишда, биринчи навбатда, энг кўп фойдаланиладиган ва ноинвазив бўлган нур-ташхисот усули сифатида УТТ ўтказилди. Кўрсатмаларга мувофиқ, ушбу текширувни замонавий кўчма ускуналар ёрдамида бемор жойида ҳам ўтказиш мумкин.

Олдин ўтказилган операцияни инобатга олган ҳолда, алоҳида эътибор қуйидагиларга қаратилди: қорин бўшлиғида экссудат мавжудлиги ва унинг тарқалиш даражаси, жарроҳлик аралашуви соҳасининг ҳолати, дренаж найчаларининг ҳолати (айниқса умумий ўт йўли дренажланган ҳолларда), шунингдек, ятроген шикастланиш ёки окклюзия (холедохнинг қисман ёки тўлиқ клипсаланиши ёки кесиб юборилиши) хусусиятига.



1-расм. Сафро оқишида даволаш ва диагностика алгоритми

Чунончи, бизнинг контингент турли даражадаги семизликка эга беморлардан иборат бўлгани учун, биз Келли (2022) томонидан таклиф қилинган тана вазни индекси (ИМТ)ни аниқлаш формуласидан фойдаландик.

Семизликнинг 1-босқичи аниқланганда (БМИ 30-34), ташхисни аниқлаштириш ва жарроҳлик тактикасини аниқлаш учун тадқиқот давомида Клексан билан терапия бошланди - тери остига 20 мг қайта операциядан олдин, 20 мг қайта операциядан кейин, шунингдек кардиомагнил билан терапия - операциядан кейинги биринчи кундан бошлаб 0,075 мг / кун.

Семизликнинг 2-даражаси аниқланганда (БМИ 35-39), Клексан билан терапия бошланди - қайта операциядан олдин тери остига 40 мг, қайта операциядан кейинги биринчи кунларда 60 мг, шунингдек, кардиомагнил билан терапия - қайта операциядан кейинги учинчи кундан бошлаб - кунига 0,075 мг. Семизликнинг 3-даражаси (БМИ 40) аниқланганда, Клексан билан терапия бошланди - қайта операциядан олдин тери остига 40 мг, қайта операциядан бир соат ўтгач ва 2-3-куни - кунига 1 марта 20 мг. Кардиомагнил терапияси - кунига 0,075 мг, қайта операциядан кейинги 4 кундан бошлаб амалга оширилди.

Агар операциядан кейинги даврда нохуш ўзгаришлар сабабли чегараланган перитонит мавжуд бўлиши эҳтимол қилинса, релапароскопияга мурожаат қилинди. Диагностик босқич кўпчилик беморларда даволаш лапароскопик усуллари билан тугалланди.

Агар қорин бўшлиғида эркин суюқлик мавжуд бўлмаса, одатий постоперацион муолажалар комплекси (симптоматик терапия) давом эттирилиши лозим. Ультратовуш текширувида суюқлик излари ёки унинг 100 мл дан кам миқдорда мавжудлиги аниқланганда, консерватив терапияни давом эттириш билан фаол динамик мониторинг зарур. Протеаза ингибиторлари ва антисекретор препаратлар қўшилиши керак, шунингдек, доимий декомпрессия трубкаси ёрдамида ошқозон аспирация қилиниши керак.

Қорин бўшлиғида 100 мл дан 500 мл гача эркин суюқликнинг чегараланган йиғилиши чегараланган шикастланишни ва жараённинг чекланганлигигиа шубҳа қилиш имконини беради. Агар эркин суюқлик қорин бўшлиғи бўйлаб тарқалиб, ҳажми 500 мл дан ошса, бу ҳаёт учун хавфли асоратнинг пайдо бўлишини кўрсатади. Ушбу контингент шошилинч равишда (кўрсаткичларга кўра) КТ ёки МСКТдан ўтиши керак. Тегишли - даволаш стратегиясини аниқлаш учун ЭРПХГни ўтказиш керак. Ўт пуфаги йўли орқали интраоператив холангиография ўтказиш гипертензия сабабини бартараф қилишга имкон беради. Бундай ноқулай шартларда унинг сабабини бартараф этишни очиқ усулда амалга ошириш осонроқ ва хавфсизроқдир.

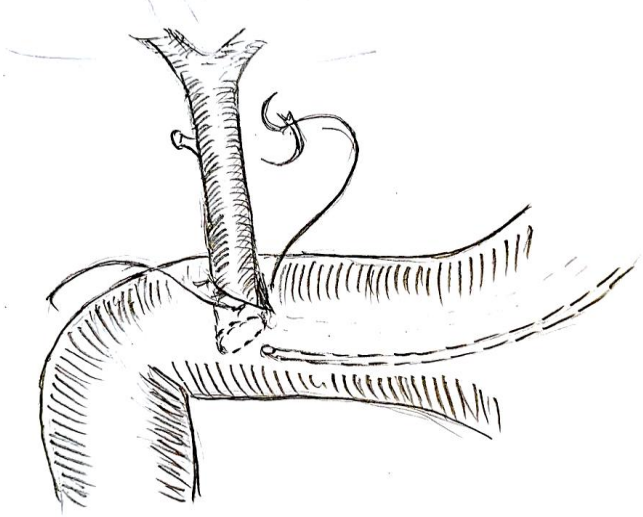
Лапароскопик аралашув тактикаси холангиография натижаларидан келиб чиқиб аниқланади ва у ўт пуфаги йўлини клипсалаш, уни дренажлаш ёки операция ҳажмини кенгайтиришдан иборат бўлиб, лапаротомияга ўтишни ҳам ўз ичига олиши мумкин. Барча ушбу муолажалар қайта операцияга фаол тайёргарлик кўриш давомида, анестезиолог-реаниматолог ва тегишли мутахассислар (хамроҳ терапевтик патологиянинг мавжудлиги ва

хусусиятига қараб) билан биргаликда амалга оширилади. Муайян клиник ҳолатларда релапароскопия қайта операция қилиш усули бўлиши мумкин.

Умуман олганда, олинган маълумотлар қайта операция усулини оптималлаштириш имкониятини берди, яъни видеолапароскопик ёки «анъанавий» усулда.

Инвагинацион қия-кўндаланг холедоходуоденоанастомознинг модификацияланган усули (14.10.2023 й.даги IAP-7763-сон ихтиро учун патент). Кўрсатмаларга мувофиқ, Кохер усулида дуоденум мобилизацияси ўтказилади ва супрадуоденал бўлимда қисқичлар орасида, холедохнинг дистал охирининг диаметридан ½ дан ошиқча бўлган миқдорда қатъий равишда кўндаланг кесма қилинади. Латерал томондан холедохнинг дистал охирининг девори бўйлаб 0,5 см узунликда бўйлама кесма қилинади, бу холедохнинг диаметрини кенгайтиришга ва ХДА қўйилганда унинг физиологик диаметрига нисбатан торайишини олдини олишга ёрдам беради. Ичак бўшлиғига қалин назогастродуоденал зонд киритилади, унга олдиндан тайёрланган ён тешиклари бўлган ингичка полихлорвинил зонднинг найчанинг проксимал учи маҳкамланади ва дистал охири умумий ўт йўлига шундай киритиладики, ён тешикларнинг бир қисми умумий ўт йўлининг бўшлиғида, бир қисми эса, ичак бўшлиғида жойлашади (2-расм).

Биринчи зонд олиб ташланганидан сўнг, иккинчиси унинг ўрнида қолдирилади. Тугунли бир қаторли чоклар атравматик игнадаги №4 викрил иплари билан қўйилади, бунда холедохнинг латерал (қуйи) қирраси ичак бўшлигига 0,2–0,3 см, медиал (юқори) қирраси эса 0,5 см чуқурликда чўктирилади. Натижада холедохнинг дистал қисми ичак бўшлигига инвагинация қилинади, унинг медиал (юқори) қирраси эса табиий лахтак ҳосил қилади, бу лахтак химус ўтиш жараёнида холедох бўшлиғини ёпиб турадиган “клапан-қопқоқ” вазифасини бажаради.



2-расм. Умумий ўт йўлининг ҳосил бўлган дистал қисмини ўн икки бармоқли ичакнинг супрадуоденал қисмига киритиш босқичи

Шу тарзда инвагинацион қия-кўндаланг ХДА шакллантирилади, унинг арефлюкс хусусиятлари яхшиланган бўлиб, холедохнинг латерал (қуйи)

деворида қилинган кесма орқали ҳосил қилинган қия-кўндаланг кесма ҳисобига стенозланиш эҳтимолини истисно қилади, ичак сақланмасининг холедох бўшлигига тушиши ва холангит ривожланиши эҳтимолини камайтиради, шунингдек, №4 рақамли викрил иплари ва атравматик игна қўлланилиши, анастомоз соҳасида доимий декомпрессия яратилиши ҳамда супрадуоденал бўлимнинг айланма мушак тузилмасини сақлаб қолиш орқали шикастланишнинг камлиги ҳисобига ХДА чокларининг етишмовчилиги ҳолатлари камайишига эришилади.

Диссертациянинг **“Асосий гуруҳда шошилинч жарроҳликда семириш фонида операциядан кейинги СОни хирургик даволаш”** деб номланган бешинчи бобида асосий гуруҳдаги жарроҳлик тактикаси масалалари кўриб чиқилган. **Иккинчи босқичда** релапаротомия ва релапароскопияни танлашга дифференциал ёндашувни ўрнатиш ва жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш, шунингдек, 2019 йилдан 2023 йилгача чоклар этишмовчилигини олдини олиш чораси сифатида модификацияланган инвагинацион ХДА усулини қўллаш учун даволаш ва диагностика алгоритми жорий этилган (29 бемор).

Операциядан кейинги СО 45-59 ёшдаги эркакларда 19-44 ёшдаги беморларга қараганда 8 баравар ва 60 ва ундан катта ёшдаги беморларга қараганда 2 баравар юқори ($p<0,001$) бўлган. Бундан ташқари, 60 ёш ва ундан катта ёшдаги беморларда касалланиш 19-44 ёшдагиларга нисбатан 4 баравар юқори ($p<0,001$) бўлган. 60 ёш ва ундан катта ёшдаги катталар ва 19-44 ёшдагилар билан солиштирганда 45-59 ёшдагилар орасида сезиларли даражада катта фарқлар мавжуд ($p<0,001$). Барча кўрсаткичлар бўйича фарқлар сезиларли бўлди. Аниқланишича, эркаклар ва аёллар нисбати деярли 1:1 бўлган, гарчи аёллар ўт тош касаллигидан 4-5 марта тез-тез азият чекишади.

ЎТКнинг оддий шаклида жарроҳлик аралашувлар 11 (37,9%) беморда, флегмоноз шаклда - 12 (41,4%) ва гангреноз шаклида - 6 (20,7%) беморларда амалга оширилди. ЎТК нинг оддий шаклида, 1-даражали семизлик билан солиштирганда 2-даражали семизлик билан оғриган беморларда операциядан кейинги СО частотаси 2 марта (5,0%) тез-тез ($p<0,001$) ва 3-даражали семириш билан 7 марта (5,0%) тез-тез учради ($p<0,001$). ЎТК нинг флегмоноз шаклида 2-даражали семизлик билан оғриган беморларда операциядан кейинги СО частотаси 1-даражали семизлик ($p<0,001$) билан оғриган беморларга нисбатан 2 баравар (2,3%) ва 3-даражали беморларга нисбатан 3,5 марта (2,75%) юқори ($p<0,001$). Барча кўрсаткичлар ишончли бўлди.

Деструктив шакллар орасида энг кўп тарқалгани флегмоноз шакл (41,4%), аммо прогностик нуқтаи назардан, энг оғир контингент гангреноз шаклга эга бўлганлардан иборат (20,7%). Шунингдек, тез-тез шошилинч операциялар иккинчи даражадаги семириш билан амалга оширилганлиги - 15 (51,7%), аммо учинчи даражали - 6 (20,7%) билан жарроҳлик тактикасини аниқлашда сезиларли қийинчиликлар пайдо бўлганлиги, бу эса жарроҳлик даволаш натижаларига таъсир қилгани таъкидланди.

2-даражали семизлик билан оғриган беморларда операциядан кейинги СО 1-даражали семизлик билан оғриган беморларга қараганда 2,5 баравар (2,4%) кўпроқ (p<0,001) ва 3-даражали семизлик билан оғриган беморларга қараганда 6 марта (6,0%) тез-тез учрайди (p<0,001). II даражали семизлик билан оғриган беморларда операциядан кейинги СО III даражали семизлик билан беморларга нисбатан 2,5 марта (2,5%) тез-тез учрайди (p<0,001). Барча кўрсаткичлар бўйича фарқлар сезиларли бўлди.

Шуни таъкидлаш керакки, операциядан кейинги I ва II даражали СО мос равишда 55,2 ва 34,5% да ташкил этган. Шу билан бирга, СОнинг III даражаси (10,3%) сезиларли даражада камроқ ташхисланди, аммо бу контингент ҳаёт учун хавфли оқибатларга олиб келиши мумкин; Вазият мос равишда 3 (10,3%) ва 2 (6,9%) беморда аниқланган иккинчи ва учинчи даражали семириш билан бирлашганда оғирлашади.

Операциядан кейинги СО флегмоноз шаклда ва иккинчи даражали семизлик даражаси биринчи даражали семизлик билан оғриган беморларга нисбатан 3 баробар (1,75%) (p<0,001) ва учинчи даражали семизлик билан беморларга нисбатан 3 марта (3,0%) паст (p<0,001). Иккинчи даражали оддий семизлик билан оғриган беморларда операциядан кейинги СО биринчи даражали семизлик билан беморларга нисбатан 8,0% камроқ (p<0,001) қайд этилди.

Операциядан олдинги комплекс тайёргарлик дастурининг умумий мақсади: ташхис қўйилган қўшимча терапевтик касалликларни дори-дармонлар билан даволаш, юрак-ўпка дисфункциясини ва сув-электролитлар балансини тузатиш, шунингдек, жарроҳлик жароҳатидан келиб чиққан йирингли-септик ва тромбоэмболик асоратларнинг олдини олиш.

Асосий гуруҳда 1247 бемор ЎТХ бўйича операция қилинган, бунда операциядан кейинги СО 29 (2,3%) ҳолатда содир бўлган. ЛХЭ 656 беморда бажарилгандан сўнг, операциядан кейинги давр 16 (2,4%) ҳолатда СО билан асоратланган. 158 беморда амалга оширилган мини-киришдан ХЭ сўнг, операциядан кейинги давр 5 (3,2%) ҳолатда СО билан асоратланган.

ТХЭ 379 беморда бажарилгандан сўнг, операциядан кейинги давр 8 (1,9%) ҳолатда СО билан асоратланган. Мини-киришдан ХЭ сўнг, 1-даражали операциядан кейинги СО анъанавий ХЭ ўтказган беморларга нисбатан 2 марта тез-тез (2,0%) кузатилди (p<0,001). ЛХЭ дан кейин операциядан кейинги СО нинг иккинчи даражаси мини-кириш орқали ХЭ дан ўтган беморларга нисбатан 2 марта (1,7%) кўпроқ кузатилди (p<0,05); операциядан кейинги СО нинг 2-даражаси билан, анъанавий беморларга нисбатан 1,5 марта камроқ (1,5%) кузатилди. Анъанавий ХЭ сўнг, ЛХЭ қилинган беморларга нисбатан 3 марта (3,0%) камроқ қайд этилган (p<0,001).

Кўпинча операциядан кейинги СО мини-киришдан ХЭ жарроҳлик аралашувлар пайтида кузатилган - 21 (14,8%).

Лапароскопик холецистэктомия бажарилиши вақтида ўт пуфагининг бўйин қисми ва ўт йўли қисмида тўқималарни ажратишда техник қийинчиликлар кузатилди, чунки семизлик сабабли ёғ тўқимаси кучли ривожланган бўлиб, бу ҳолат Кало учбурчаги ва ўт пуфаги бўйни соҳасини

фарқлашда муайян муаммоларни келтириб чиқаради. Техник қийинчиликлар, шунингдек, катта чарвида ёғ тўқимасининг кучли ривожланганлиги билан боғлиқ бўлиб, бу ўз навбатида эндо-визуал назорат учун қорин бўшлиғидаги фойдали маконни камайтиради. Биз тери ости ёғ қатлами қалинлигига, ёғ қатламларининг конфигурациясига ва қорин олди деворининг эркин ҳаракатланиш қобилиятига алоҳида эътибор берамиз. Ўт пуфаги устидаги манипуляцияларни енгиллаштириш мақсадида операция столи бош қисми 20–25° кўтарилади ва чап томонга эгилиб жойлаштирилади.

Лапароскопик холецистэктомиядан сўнг (656 бемор), 16 нафар (2,4%) беморда операциядан кейинги СО кузатилди, шулардан 6 та (0,9%) ҳолатда релапаротомия, 10 та (1,5%) ҳолатда эса релапароскопия ўтказилди. 3 нафар (0,7%) беморда ўлим қайд этилди.

Мини-киришдан (158 бемор) сўнг, операциядан кейинги СО бўлган 5 (3,1%) бемордан 2 (1,2%) ҳолатда релапаротомия ва 3 (1,9%) ҳолатда релапароскопия қилинган, 1 (0,6%) беморда ўлим билан якунланган.

ТХЭдан сўнг (433 бемор), операциядан кейинги СО бўлган 8 (1,8%) бемордан 2 (0,4%) ҳолатда релапаротомия ва 6 (1,3%) ҳолатда релапароскопия қилинган.

Асосий гуруҳда СО бўлган беморлар орасида операциядан кейинги жарохат асоратлари 19 та (1,5%) ҳолатда аниқланди. Операцион ёндашувларни солиштиришда, ТХЭдан кейинги асоратлар частотаси мини ёндошув орқали ўтказилган холецистэктомияга нисбатан 3 мартага ($p<0,001$), ҳамда лапароскопик холецистэктомияга нисбатан ҳам 3 мартага ошгани кузатилди ($p<0,001$). Мини ёндошув орқали бажарилган ХЭдан сўнг жарохатнинг йирингланиши частотаси ЛХЭ билан солиштирилганда ишончли фарқга эга бўлмади.

Анъанавий холецистэктомия (ТХЭ) бажарилган беморларда операциядан кейинги мониторинг натижасида, ўткир юрак етишмовчилиги ҳолатлари мини ёндошув орқали ўтказилган ХЭга нисбатан 2 марта, ЛХЭ ўтказилган беморларга нисбатан эса 1,6 марта кўпроқ кузатилгани аниқланди ($p<0,001$). ТХЭ бажарилган беморларда ўткир жигар-бўйрак етишмовчилиги ҳолатлари, мини ёндошув орқали ўтказилган холецистэктомия (ХЭ) ва лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) ўтказилган беморларга нисбатан 1,5 марта кўпроқ учрагани аниқланди ($p<0,05$). Мини ёндошув орқали ўтказилган ХЭдан сўнг бронхопульмонал асоратлар, ТХЭ ўтказган беморларга нисбатан деярли 2 марта, ЛХЭ ўтказган беморларга нисбатан эса 1,5 марта кўпроқ кузатилгани аниқланди ($p<0,001$). Мини ёндошув орқали ХЭ ва ЛХЭ ўтказилган беморлар орасида асоратлар жиҳатидан фарқ ишончли бўлмаган. Умуман олганда, семизлик фонида ўтказилган шошилинч операциялардан сўнг асосий гуруҳда СО бўлган беморлар орасида 19 та (1,5%) беморда йирингли-септик асоратлари ва 33 та (2,6%) беморда умумий хусусиятга эга операциядан кейинги асоратлар кузатилди, улардан 3 та (0,2%) беморда ўлим ҳолати кузатилди.

Хирургик даволаш натижаларини қиёсий баҳолаш.

Ретроспектив таҳлил натижаларига кўра, 922 та бемордан, шошилинч тартибда ЎТХ бўйича операция қилинган беморларда, операциядан кейинги СО 43 та (4,7%) ҳолатда аниқланди, шулардан 30 та (3,3%) беморга релапаротомия бажарилган, 9 та (1,0%) беморда ўлим кузатилган ва 13 та (1,4%) беморга релапароскопия амалга оширилган. Жароҳат асоратлари 34 та (3,7%) беморда аниқланди, умумий хусусиятга эга асоратлар эса 63 та (6,8%) беморда кузатилди, шулардан 6 та (0,7%) беморда ўлим кузатилган. Семизлик фонидаги деструктив шаклдаги ЎТХ бўйича шошилинч операцияларнинг ретроспектив таҳлили, камчиликлар ва нуқсонларни ўрганиш учун асос бўлди, бу эса хирургик тактика самарадорлигини оптималлаштириш ва операциядан кейинги СОни олдини олиш чораларини ишлаб чиқиш учун асос бўлди.

Асосий гуруҳда хирургик даволаш натижалари таҳлилига кўра, 1247 та бемордан операциядан кейинги СО 29 та (2,3%) ҳолатда аниқланди, шулардан 10 та (0,8%) беморга релапаротомия амалга оширилган, 1 та (0,1%) беморда ўлим кузатилган ва 19 та (1,5%) беморга релапароскопия бажарилган. Асосий гуруҳда операциядан кейинги йирингли-септик асоратлар 19 та (1,5%) беморда кузатилган, операциядан кейинги умумий асоратлар эса 33 та (2,6%) беморда аниқланиб, 3 та (0,2%) беморда ўлим кузатилган.

Шундай қилиб, таклиф этилган такомиллаштирилган даволаш-диагностик алгоритми ва шу жумладан модификацияланган инвагинацион қия-кўндаланг ХДА усули хирургик тактика оптималлаштиришга ёрдам берди. Шунингдек, мазкур асорат пайдо бўлганида, реоперация ҳажми ва хусусияти операциядан кейинги СО ҳажмидан эмас, балки унинг пайдо бўлиш сабабидан боғлиқ эканлиги аниқланди. Агар ўт йўлларининг найсимон структуралари шикастланган бўлса, кўпинча операцияни танлашда релапаротомия бажариш асосий усул ҳисобланади. Бошқа сабаблар бўлган тақдирда эса релапароскопия амалга оширилади.

Ушбу контингентдаги беморларни хирургик даволаш натижалари таҳлили шуни кўрсатдики, операциядан кейинги СО пайдо бўлиши ва ривожланиши ҳолатларининг сони 43 та (4,7%) дан 29 та (2,3%) га, релапаротомия бажарилиши 30 тадан (3,3%) 10 тага (0,8%), ўлим ҳолатилари эса 8 тадан (0,9%) 1 тага (0,1%) камайганини кўрсатди. Шу билан бирга, жарохат асоратларининг сони 34 тадан (3,7%) 19 тага (1,5%), умумий асоратлар сони эса 63 тадан (6,8%) 33 тага (2,6%) камайган ва ўлим холатлари сони 6 тадан (0,7%) 3 тага (0,2%) қисқарган.

ХУЛОСА

1. Беморларнинг 2/3 қисмида СО сабаблари “кичик” жароҳатларни, беморларнинг 1/3 қисмида эса “катта” жароҳатларни ташкил қилади. Таклиф этилган даволаш ва диагностика алгоритми семизлик фонида калькулёз холециститнинг шошилинч жарроҳлигида операциядан кейинги СОда ўз

вақтида СО манбасини мониторинг қилиш, такрорий операциялар (релапаротомия ва релапароскопия) учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни аниқлаштириш имконини беради.

2. Модификация қилинган инвагинацион қийшиқ-кўндаланг холедоходуоденоанастомоз қўйиш усули семизлик фонида калкулёз холециститнинг шошилинч жарроҳлигида операциядан кейинги сафро оқиши ҳолатларида, унинг стенозини баратараф этиш, холангитнинг ривожланиш эҳтимолини камайтириш, шунингдек, ХДА чоклари етишмовчилиги частотасини камайтириш хамда яхшиланган арефлюкс хусусиятларга эга.

3. Операциядан кейинги сафро оқишининг профилактикаси, олдиндан шошилинч ҳолатларга олиб келадиган омиллар комплексини йўқотишни ўз ичига олади. Релапароскопия қуйидаги ҳолатларда амалга оширилади: агар тахмин қилинган асоратни аниқлаш учун ноинвазив усуллардан фойдаланиш имконсиз бўлса; эндохирургик усуллар билан асоратларни коррекциялаш учун. Релапаротомия қуйидаги ҳолатларда амалга оширилади: операциядан олдинги босқичда кам инвазив аралашув ўтказилиши мақсадга мувофиқ эмаслиги аниқ бўлса; диагностик лапароскопия натижасида асоратнинг сабабини эндохирургик усуллар билан олиб ташлаш имконсизлиги аниқланса.

4. Семизлик фонида калькулёз холециститнинг шошилинч жарроҳлигида операциядан кейинги СО учун оптималлаштирилган жарроҳлик тактикаси унинг пайдо бўлишини 4,7 дан 2,3% гача, релапаротомиялар частотасини 3,3 дан 0,8% гача ва ўлимга олиб келадиган натижаларни 0,9 дан 0,1% гача камайтиришни таъминлади. Шу билан бирга, жарохат асоратлари частотаси 3,7 дан 1,5% гача, умумий асоратлар 6,8 дан 2,6% гача, ўлим холатлари частотаси 0,7 дан 0,2% гача камайди.

НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01
ПРИ АНДИЖАНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ЭГАМБЕРДИЕВ БОБИР АЛИШЕРОВИЧ

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНIІ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГIІ

14.00.27 – Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦIІ ДОКТОРА ФИЛОСОФIІ (PhD) ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ

Андижан – 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за № B2023.4.PhD/Tib4151.

Диссертация выполнена в Андижанском государственном медицинском институте.

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

Научный руководитель:	**Ботиров Акрам Кодиралиевич** доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	**Акбаров Миршавкат Миралимович** доктор медицинских наук, профессор
	Мусашайхов Хусан Таджибаевич доктор медицинских наук, доцент
Ведущая организация:	**Бухарский государственный медицинский институт**

Защита состоится «____» _____ 2025 г. в ____часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 при Андижанском государственном медицинском институте по присуждению ученых степеней (Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz, Андижанский государственный медицинский институт).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Андижанского государственного медицинского института (зарегистрирована за №___). Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2025 года.
(реестр протокола рассылки № ____ от _____ 2025 года).

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

М.Ф. Нишанов
Ученый секретарь научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

Б.Р. Абдуллажанов
Председатель научного семинара при научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения в настоящее время желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдает более 10% населения земли и занимает третье место в общей структуре заболеваний после сердечно сосудистых заболеваний и сахарного диабета[1]. ЖКБ является причиной госпитализации в хирургические стационары 30% больных. В структуре госпитализируемых пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости острый холецистит занимает второе место (24,4%) после острого аппендицита (26,4%), а холецистектомия (ХЭ) – в структуре экстренных и неотложных операций (25,3%) после аппендектомии (42,5%). Сегодня эти показатели находятся на отметке около 1,5 млн в год и превышают число вцех других абдоминальных вмешательств. Среди ранних осложнений после ХЭ, основное значение имеет желчеистечение (ЖИ), который колеблется от 1 до 4% в год. Этот показатель увеличивается при использовании ЛХЭ, а также в случаях конверсии, когда возникают трудности и осложнения во время хирургического вмешательства. После открытой ХЭ утечка желчи наблюдается в 5-15% случаев, после ХЭ из мини-доступа, в 3,6%, после ЛХЭ, в 2-5% случаев. Несмотря на прогресс и успехи современной хирургии, 16–25% пациентам выполняют «запоздалые» реоперации, а 0,6–17% пациентам «напрасные» реоперации. Совершенно особую группу составляют больные, у которых воспалительные заболевания желчного пузыря (ЖП) возникают на фоне ожирения. Тревожным является тот факт, что отмечается рост людей с ожирением и в нашей Республике. Вызывает тревогу ситуация, когда частота реопераций и послеоперационная летальность при желчеистечении после ургентных операций сохраняется стабильно высокой. В связи с этим, разработка усовершенствованных лечебно-диагностических алгоритмов, способствующих оптимизации хирургической тактики при ЖИ, заслуживают самого пристального внимания.

В мировой практике в настоящее время разработка научно обоснованных клинических рекомендаций при желчеистечении в экстренной хирургии ЖКБ остается наиболее актуальной проблемой. Проводится ряд целевых научных исследований, наиболее актуальными из которых являются изучить возможности интраоперационной визуализации желчных анатомических структур с использованием индоцианина зеленого в качестве флуоресцентного красителя для предотвращения повреждений при сложной лапароскопической холецистектомии, разрабатывается модельь множественной логистической регрессии для прогнозирования утечки желчи, связанной с субтотальной холецистектомией, а также многоцентровые исследования по определению безопасности различных способов холецистектомии на основе существующих метаанализов.

[1] https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/indicator-groups/indicator-group-details/MDB/gallbladder-and-biliary-diseases

Современные аспекты развития отечественного здравоохранения включают множество мер, направленных на улучшение результатов лечения острой хирургической патологии желчевыводящих путей за счет внедрения современных принципов и методов диагностики и хирургического лечения. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг[2]. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов лечение желчеистечения в ургентной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения, путем оптимизации хирургической тактики, является одним из наиболее актуальных направлений неотложной хирургии и медицины в целом, что обусловлено высокой медицинской и социальной значимостью этой патологии.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 17 декабрья 2018 года, Постановлениями Президента Республики Узбекистан «О мерах по трансформации хирургической службы, повышению качества и расширению масштаба хирургических операций в регионах» за №ПП-5254 от 4 октября 2021 года и «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профильактике» за №ПП-4891 от 12 ноябрья 2020 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

Соответствие темы диссертации приоритетным направлениям научно-исследовательских работ в республике. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. По данным ВОЗ на сегодняшний день, ЖКБ среди различных заболеваний желчевыводящей системы занимает 50-65% (World Health Organization, 2017). По данным зарубежной литературы в США около 20 млн. человек страдают ЖКБ, и приблизительно 1 миллион новых случаев появляется ежегодно (Ивашкин В.Т., 2016; Жукова Е.В., 2018; Бебуришвили А.Г., 2019; Никитин И.Г., 2020; Натрошвили А.Г., 2021; Littlefield, A., 2019; Ravindra N., 2023). Еще совсем недавно летальность при хирургическом лечении ОХ достигала 4-6%, а в старших возрастных группах - 10-26% (Луцевич О.Э., 2021). Смертность, связанная с ХЭ, в настоящее время составляет от 0,45 до 6% в зависимости от сложности холецистита (Курбонов К.М., 2015; Мишалов В.Г., 2021; Шляхто Е.В., 2017; Basso L., 2020; de Mestral C., 2024; Elshaer M., 2023). Послеоперационные осложнения, требующие выполнения релапаротомии чаще всего возникают после

[2]Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов

экстренных хирургических вмешательств (Савельев В.С., 2006). Ряд хирургов отмечают, что по сей день после ургентных оперативных вмешательств частота внутрибрюшных осложнений и летальность после релапаротомий остаются стабильно высокими. Летальность при этом составляет 20,9 - 37,2 % (Измайлов А.Г., 2017; Зубрицкий В.Ф., 2019; Zhou C. et al., 2018). По данным В.С. Савельева и соавт. (2006) каждый пятый пациент с разлитым гнойным перитонитом оперируется повторно.

Под желчеистечением понимается такое состояние после ХЭ, при котором по дренажу из подпеченочного пространства выделяется более 20 мл желчи за сутки в течение нескольких дней после операции (Назыров Ф.Г., 2019; Veerank N., 2018). Этот показатель увеличивается при использовании лапароскопической техники для удаления ЖП, а также в случаях конверсии, когда возникают трудности и осложнения во время хирургического вмешательства (Курбанов Д.М., 2019; Алтыев Б.К., 2016; Куликовский В.Ф., 2018; Назыров Ф.Г., 2019; Barband A.R., 2021). Релапаротомия представляет собой сложное оперативное вмешательство, однако, именно релапаротомия остается наиболее эффективным методом коррекции прогрессирующей патологии органов брюшной полости и устранения возникших патологических состояний (Бебуришвили А.Г., 2019; Красильников Д.М., 2017; Gero D., 2017). Тем не менее в 20,8-29,7% наблюдений внутрибрюшные осложнения остаются не распознанными (Врублевский Н.М., 2018). Причины развития послеоперационного желчеистечения многообразны (Галингер Ю.И., 2007; Куликовский В.Ф., 2018; Лебедев Н.В., 2021). Ятрогенные повреждения - одно из наиболее тяжелых осложнений в желчной хирургии (Курбаниязов З.Б., 2021). Несмотря на значительное количество публикаций по проблеме ранних послеоперационных осложнений и применения релапаротомии для лечения некоторых острых заболеваний брюшной полости она далека от разрешения. В США и Великобритании до 50% хирургов за свою профессиональную карьеру отмечают от 1 до 2 случаев повреждений внепеченочных желчных протоков при выполнении холецистектомии (Connor S, 2022). Несмотря на большое количество публикаций, общепринятая тактика лечения отсутствует, а отдаленные результаты остаются не всегда удовлетворительными (Seon Ung Yun, 2017).

Приводятся статистические данные, согласно которым число людей, страдающих ожирением, во всем мире выросло более чем втрое. К настоящему времени, ожирение приняло форму эпидемии: по состоянию на 2016 г., в мире было зарегистрировано 39% взрослых с избыточным весом (Бахвалова М., 2020; NCD, 2017). В развитых странах 54% населения имеют избыточный вес, в том числе 19% страдают ожирением (OECD, 2017). Для диагностики избыточной массы тела, диагностики ожирения и оценки его степени рекомендуются измерение массы тела, роста и определение ИМТ (ВОЗ, 2018; Дедов И.И., 2020). В настоящее время, ожирение признанная как неинфекционная болезнь имеет чрезвычайную актуальность (Лавренова Е.А., 2020; ВОЗ, 2022). Тревожным является тот факт, что отмечается рост людей с ожирением и в нашей Республике.

Проведённый анализ литературных данных показал, что по сей день широко дискутируются вопросы своевременной диагностики послеоперационных внутрибрюшных осложнений, и, в частности, ЖИ, а также объем реоперации. Ситуация усугубляется при сочетании желчнокаменной болезни с ожирением в условиях ургентной хирургии. Однако, по сей день нет обоснованных рекомендаций по мерам профильактики ранних послеоперационных осложнений, надежно корригирующей возникшее осложнение и способу ее завершения в каждом конкретном случае. При необходимости выполнения реоперации по поводу ЖИ у больных с ожирением нередко отмечается поздняя диагностика и запоздалое повторное хирургическое вмешательство. Все это свидетельствует, что при ОКХ на фоне ожирения существует настоятельная необходимость проведения дальнейших исследований, направленных на улучшение результатов хирургического лечения.

Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Андижанского государственного медицинского института по проекту «Разработка передовых технологий в диагностике, лечении и профильактике хирургических заболеваний человека» (2022-2024 гг.).

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения желчеистечении в ургентной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения, путем оптимизации хирургической тактики.

Задачи исследования:

провести ретроспективный анализ результатов лечения ЖИ в ургентной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения, а также определить частоту, структуру, характер послеоперационных осложнений и летальности;

разработать и внедрить лечебно-диагностический алгоритм при желчеистечении в ургентной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения, позволяющий оптимизировать хирургическую тактику;

разработать модифицированный способ инвагинационного косопоперечного холедоходуоденоанастомоза, при послеоперационном желчеистечении в ургентной хирургии и обосновать их эффективность;

провести сравнительную оценку результатов хирургического лечения желчеистечении в ургентной хирургии на фоне ожирения с применением оптимизированной хирургической тактики.

Объектом исследования явились 72 больных с послеоперационным ЖИ на фоне ожирения в ургентной хирургии, подлежащим релапаротомии и релапароскопии с 2011 по 2022 гг. в Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и 3-ем хирургическом отделении Клиники АГМИ.

Предметом исследования составляет оценка эффективности оптимизированной хирургической тактики при ЖИ в ургентной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использовались общеклинические, лабораторные, инструментальные, специальные и статистические методы исследования.

Научная новизна исследований заключается в следующем:

определена частота, характеристика и причины послеоперационных осложнений при желчеистечении в ургентной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения;

разработан усовершенствованный диагностический и лечебный подход, позволяющий оптимизировать хирургическую тактику при желчеистечении в ургентной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения;

разработан модифицированный способ инвагинационного косопоперечного холедоходуоденоанастомоза характеризующийся улучшенными арефлюксными свойствами, исключающий его стенозирование, уменьшающий вероятность развития холангита, а также частоты несостоятельности швов холедоходуоденоанастомоза, при послеоперационном желчеистечении в ургентной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения;

разработана хирургическая тактика при послеоперационном желчеистечении в неотложной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения, которая характеризуется уточнением показаний к малоинвазивным или открытым реоперациям с учетом степени ожирения, причин осложнений и количества скопившейся желчи.

Практические результаты исследования заключаются в следующем**:**

обоснована клиническая эффективность разработанного лечебно-диагностического подхода при послеоперационном желчеистечении на фоне ожирения в ургентной хирургии калькулезного холецистита;

определена эффективность клинического применения модифицированного способа инвагинационного косопоперечного холедоходуоденоанастомоза, при послеоперационном желчеистечении в ургентной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения;

уточнены показании к выполнению релапароскопию и релапаротомию при послеоперационном желчеистечении в неотложной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения;

доказана эффективность применения оптимизированной хирургической тактики при послеоперационном желчеистечении в ургентной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов обоснована использованием объективных критериев оценки состояния пациентов, современных методов лабораторной и инструментальной диагностики, корректным применением методологических подходов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования заключается в том, что выводы и рекомендации имеют теоретическое значение и вносят существенный вклад в расширение имеющихся знаний о структуре, частоте, особенностях и причинах послеоперационных осложнений и летальности при послеоперационной

желчеистечении в экстренной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения, а также в уточнение показаний к малоинвазивным или открытым реоперациям с учетом степени ожирения, причин осложнений и объем скопившейся желчи.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что на основании проведенных клинических исследований разработаны усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм позволившую оптимизировать хирургическую тактику и модифицированный способ инвагинационного косопоперечного холедоходуоденоанастомоза при послеоперационной желчеистечении в экстренной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения, что привило к снижению частоты повторных операций, осложнений и летальности.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по оптимизации хирургической тактики при послеоперационном ЖИ в ургентной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения:

разработан «Модифицированный способ инвагинационного косопоперечного холедоходуоденоанастомоза» (патент на на изобретение №IAP7763 от 14.10.2023 г). Разработанный способ обладает улучшенными арефлюксными свойствами, исключающий его стенозирование, уменьшающий вероятность развития холангита, а также частоты несостоятельности швов холедоходуоденоанастомоза;

разработаны методические рекомендации «Оптимизированная хирургическая тактика при послеоперационном желчеистечении в ургентной хирургии на фоне ожирения» (утверждена Экспертным советом Андижанского государственного медицинского института №6i-69/u от 29.12.2023 года). Предложенные рекомендации позволили оптимизировать хирургическую тактику при послеоперационном ЖИ и тем самым уменьшить частоту осложнений и летальности в ургентной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения;

полученные научные результаты внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в отделение хирургии Наманганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (приказ №79 от 4 мая 2024 года) и в отделение хирургии Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (приказ №138 от 18 октября 2024 года) (Заключение Научно-технического совета при Министерства здравоохранения №8/5 от 13.11.2024 года). Внедрение результатов исследования в клиническую практику за счет оптимизации хирургической тактики при послеоперационном ЖИ в ургентной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения, позволило снизить общую частоту послеоперационных осложнений и летальности.

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

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 15 научных работ, из них 5 журнальных статей, 3 из которых в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 147 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦII

Во введении обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, приводится научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и краткой структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Состояние проблемы релапаротомии и релапароскопии при послеоперационном желчеистечении после ургентных холецистектомий на фоне ожирения»** представлен обзор литературы, где рассмотрены эпидемиология и современное состояние проблемы острого калькулезного холецистита и послеоперационного желчеистечения, эпидемиология, клинические аспекты и современное состояние проблемы ожирения, а также релапаротомия и релапароскопия в абдоминальной хирургии (понятия, причины, диагностика, лечение и профильактика). Литературные данные позволяют заключить, что в настоящее время не существует единой хирургической тактики, а лечебно-диагностические алгоритмы требуют совершенствования. В свете достижений сегодняшней медицинской науки, технологий и практической хирургии, проблемными остаются вопросы эффективности применения релапаротомии и релапароскопии при послеоперационном ЖИ на фоне ожирения в условиях ургентной хирургии. Все это послужило поводом для проведения настоящего исследования.

Во второй главе диссертации **«Клиническая характеристика и методы исследования»** даны сведения по основным направлениям исследования, где в основу работы положены результаты ретроспективного и проспективного анализа хирургического лечения послеоперационного ЖИ у 72 больных из числа 2169 больных, оперированных по поводу ОКХ за период 2016–2023гг. на клинических базах первого и второго хирургического отделений АФ РЦЕМП, а также в 3 хирургическом отделении Клиники Андижанского государственного медицинского института.

Критерии исключения: острый холецистит без признаков ожирения; диагностирование морбидного ожирения; отказ от оперативного лечения; невозможность дальнейшего наблюдения; возраст больных моложе 18 лет; беременность; наличие холедохолитиаза с механической желтухой или без

нее; грубые психические расстройства, препятствующие включению в исследование; наличие сопутствующей терапевтической патологии в стадии декомпенсации.

Согласно цели и задачам исследуемые больные условно разделены на две группы: - контрольная – (2016-2019 годы) - 43 (59,7%) больных, которым проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения с соблюдением традиционных подходов;

- основная – (2020-2023 годы) - 29 (40,3%) больных, которым проведено проспективное исследование хирургического лечения с использованием оптимизированной хирургической тактики.

Распределение исследуемых больных, мы провели согласно Международной возрастной классификации ВОЗ (2021 г.). При этом больные пожилого (60-74 года) и старческого (75-90 лет) возраста объединены в одну группу. Однотипность основной хирургической патологии, равные условия оказания специализированной помощи, однотипность сопутствующих заболеваний и равная частота их встречаемости, а также характер оперативных вмешательств позволили привести количественные характеристики в объединенном виде.

При остром калькулезном холецистите (ОКХ), после оперативных вмешательств на желчном пузыре (ЖП), наибольший контингент больных с послеоперационным ЖИ составили в возрасте 45-59 лет – 41 (56,9%), т.е. в зрелом возрасте, которые составляют наиболее трудоспособную часть населения и имеет важное медицинское и экономическое значение. Заболевшие пациенты в возрасте 45-59 лет встречались в 4,5 раза больше (↑ 4,5%) чем в возрасте 19-44 лет, и в 2 раза больше чем в возрасте 60 и старше. В возрасте 19-44 лет, т.е. в молодом возрасте у наблюдаемых, послеоперационное ЖИ диагностировано у 9 (12,5%) больных, которые являются будущим нашего общества. В возрасте 60 лет и старше, т.е. в пожилом возрасте – 22 (30,6%) больных, что имеет важное медико-социальное значение. Также видно, что заболеваемость в 2,5 раза выше (↑ 2,4%) у людей в возрасте 60 и старше, чем у пациентов в возрасте 19-44 лет.

При анализе по половому признаку больных с послеоперационным ЖИ, мужчины составили 33 (45,8%), а женщины – 39 (54,2%). Хотя по нашим данным, ОХ соотношение мужчин к женщинам составляло, в среднем 1:4, то при возникновении послеоперационного ЖИ, установлено, что у мужчин на 1,2% встречается меньше, чем женщин, которое в последующем явилось причиной более тщательного анализа данного положения.

При ОКХ, наибольший контингент с послеоперационным ЖИ составили с ожирением второй степени - у 41 (56,9%) больных. У исследуемых, первая степень ожирения установлена – у 19 (26,4%) – (меньше в 2 раза - $p < 0,001$) и с третьей степенью – у 12 (16,7%) больных – (меньше в 3 раза - $p < 0,001$). Разница во вцех показателях были достоверны. При вцех степенях ожирения возникали определенные сложности в плане тактики и техники оперирования, которые, однако более выражены при третьей степени (табл.1).

Таблица 1

Распределение по степени ожирения

Исследуемые	Степени ожирения							
	первая		вторая		третья		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Всего	19	26,4	41	56,9	12	16,7	72	100
	–		←↑↑ ***		←↑↑ ***, ↖↑ **		–	

Примечание: ← - отношение к предыдущему столбцу, ↖ - отношение к самому предыдущему столбцу, ↑ - увеличение. ↖↑ ** - p <0,01, ←↑↑ * - p <0,001.**

Степень послеоперационного ЖИ определяли придерживались классификации Morgenstern L. (2006).

Наиболее часто послеоперационное ЖИ на фоне ожирения установлена при флегмонозной форме – у 33 (45,8%) больных. На фоне ожирения, послеоперационное ЖИ установлена при простой форме – у 25 (34,7%) – (меньше более чем в 1,5 раза (p <0,01)) и гангренозной – у 14 (19,4%) больных – (меньше в 1,3 раза (p <0,001). Разница во вцех показателях были достоверны (табл.2.).

Таблица 2

Распределение по степени патологических изменений в ЖП

Исследуемые	степени патологических изменений в ЖП							
	простая		флегмонозная		гангренозная		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Всего	25	34,7	33	45,8	14	19,4	72	100
	–		←↑↑ ***		←↑↑ ***, ↖↑ **		–	

Примечание: ← - отношение к предыдущему столбцу, ↖ - отношение к самому предыдущему столбцу, ↑ - увеличение. ↖↑ ** - p <0,01, ←↑↑ * - p <0,001.**

У исследуемых послеоперационный период осложнился ЖИ I степени – 33 (45,8%), II степени – у 29 больных (40,3%) и III степени – у 10 (13,9%) больных. Соотношение послеоперационного ЖИ I степени по отношению к II степени составило 1,14% (p <0,001), а к III степени превышало в 3 раза (p <0,01). При этом, соотношение послеоперационного ЖИ II степени к III степени превышало в больше чем в 3 раза (p <0,001). Все показатели были достоверны.

Источником послеоперационного ЖИ в 11 наблюдениях были дополнительные (аберрантные) желчные протоки (ходы Люшка) в ложе желчного пузыря, в 29 наблюдениях – несостоятельность культи пузырного протока вследствие соскальзывания лигатуры и клипс, в 19 – ятрогенные повреждения магистральных желчных протоков, у 3 пациентов ЖИ из дефекта в стенке гепатикохоледоха и у 4 - вследствие самопроизвольного выпадения установленного дренажа из общего желчного протока. В 6 наблюдениях источник не идентифицирован, вследствие его самостоятельного прекращения ЖИ. При ОКХ на фоне ожирения

послеоперационное ЖИ возникло после ЛХЭ у 30 (41,7%) больных, после ХЭ из мини доступа – у 26 (36,1%) и после «традиционной» ХЭ – у 16 (22,2%). У 33 (45,8%) больных диагностирована различного рода сопутствующая терапевтическая патология. Значительные сложности возникали при определении хирургической тактики при сочетании двух и более терапевтической патологии, которая установлена у 6 (8,3%) больных.

В третьей главе диссертации **«Хирургическое лечение послеоперационного желчеистечения в ургентной хирургии в контрольной группе»** в соответствии с поставленной целью **на первом (ретроспективном) этапе** осуществлен анализ результатов хирургического лечения больных, у которых послеоперационный период осложНился ЖИ, где придерживались традиционных подходов при релапаротомии и релапароскопии с 2016 по 2019 годы (контрольная группа – 43 больных). Результаты этого этапа наблюдения явились базой для изучения исходов ЖИ и несостоятельности швов межкишечных анастомозов после ургентных оперативных вмешательств (характера и частоты послеоперационных осложнений, гнойно-септических осложнений и осложнений общего характера, а также летальности).

Таким образом, на фоне ожирения послеоперационное ЖИ в контрольной группе сопровождалось развитием гнойно-септических (раневых) осложнений у 34 (3,7%) больных и послеоперационных осложнений общего характера у 63 (6,8%) больных с летальным исходом в 6 (0,7%) случаев. При сравнении операционных доступов частота осложнений после ТХЭ увеличилась в 6 раз по сравнению с мини доступом ХЭ ($p<0,001$) и в 3 раза по сравнению с ЛХЭ ($p<0,001$). Осложнения в виде нагноения при мини доступе снизились в 2 раза по сравнению с ЛХЭ ($p<0,001$). Общая частота осложнений при выполнении ТХЭ отмечено в 3 раза чаще по сравнению с ХЭ из мини доступа ($p<0,001$) и почти в 2 раза чаще по сравнению с ЛХЭ ($p<0,001$). Однако при выполнении ХЭ из мини доступа частота осложнений общего характера отмечена в 1,5 раза реже по сравнению с ЛХЭ ($p<0,05$).

Послеоперационный мониторинг показал, что острая сердечная недостаточность была в 2 раза выше при ТХЭ по сравнению с мини-доступом ХЭ ($p<0,001$) и в 1,5 раза выше по сравнению с ЛХЭ ($p<0,05$). Диагностирование острой печеночно-почечной недостаточности было в 2 раза чаще при ТХЭ по сравнению с ХЭ из мини доступа ($p<0,001$) и в 1,5 раза чаще по сравнению с ЛХЭ ($p<0,05$). ТЕЛА была обнаружена в 1,5 раза более чаще по сравнению с ЛХЭ и ХЭ из мини-доступа ($p<0,001$). Блокада сердца установлено в 2 раза чаще при ХЭ мини доступа по сравнению в ТХЭ ($p<0,001$) и в 1,5 раза чаще чем при ЛХЭ ($p<0,05$).

В четвертой главе «Пути оптимизации хирургической тактики при послеоперационном желчеистечении в ургентной хирургии» рассмотрен усовершенствованный алгоритм действий при ЖИ после ургентных операций по поводу ОКХ. Предложенный алгоритм действий представлен на рис. 1.

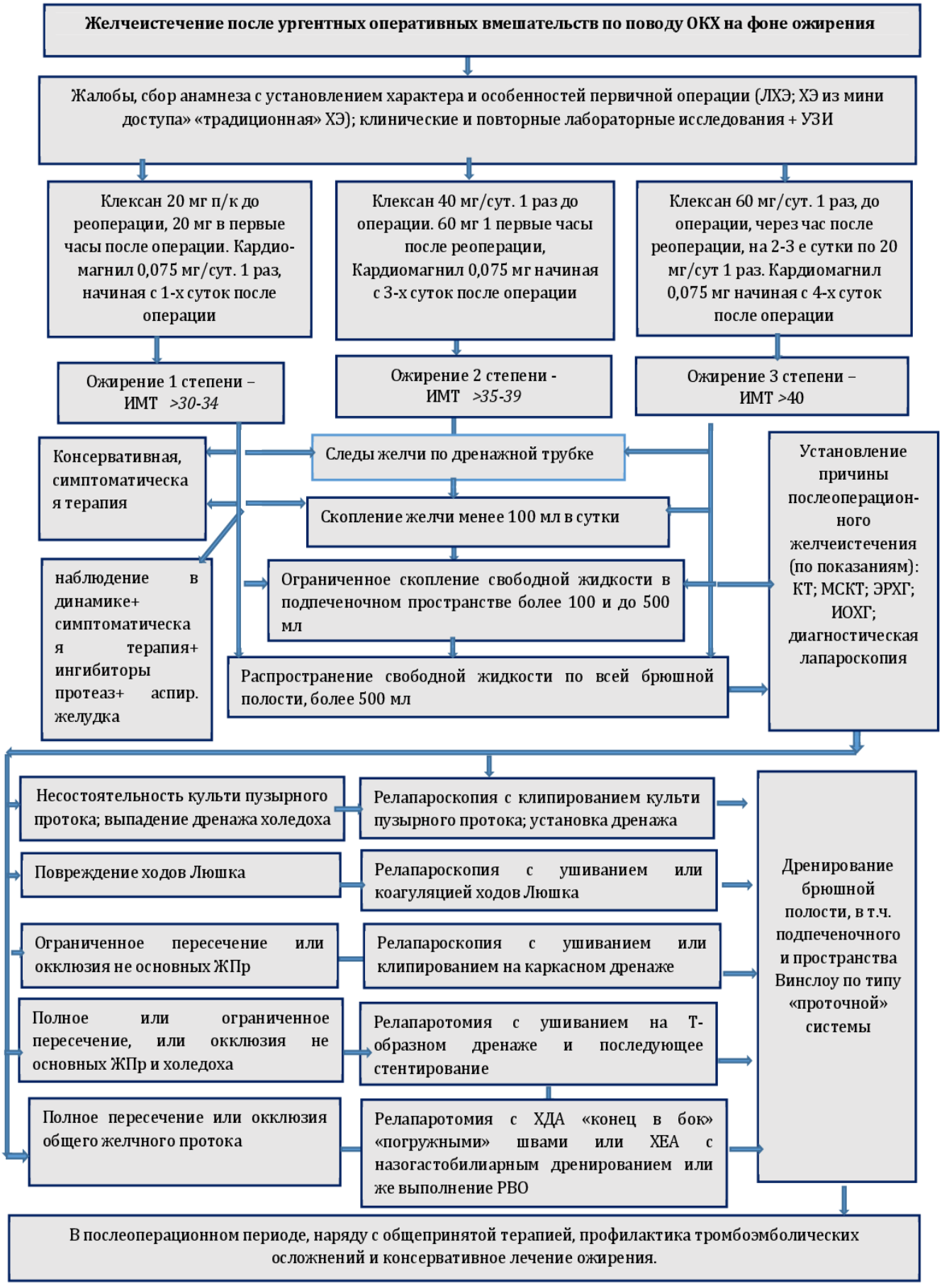


Рис.1. Лечебно-диагностический алгоритм при желчеистечении

Согласно предлагаемому лечебно-диагностическому алгоритму при послеоперационном ЖИ (желчном перитоните) у больных после ургентных оперативных вмешательств по поводу ОКХ на фоне ожирения, наряду с анализом жалоб, сбором анамнеза с установлением особенностей первичной операции (ЛХЭ, ХЕ из мини доступа или «традиционная» ХЕ), повторное ЭКГ, проводились клинические и повторные лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи, биохимические анализы). При диагностировании сопутствующей терапевтической патологии, в отделении хирургии проводили их коррекцию совместно с терапевтами, кардиологами, эндокринологами и так далее (в зависимости от характера патологии).

Паралельно, в первую очередь, проводилось УЗИ как наиболее доступный и неинвазивный метод лучевой диагностики. Данное исследование, по показаниям, возможно проводить у постели больного современной передвижной аппаратурой.

С учетом ранее перенесенной операции, особое внимание уделяли наличию экссудата в брюшной полости, степень его распространения, состоянию области оперативного вмешательства, состоянию дренажных трубок (особенно при дренировании общего желчного протока), а также на характер ятрогенного повреждения или окклюзии (частичное или полное клипирование холедоха или его пересечения).

Так как наш контингент состоял из больных с той или иной степенью ожирения, мы пользовались формулой определения индекса массы тела (ИМТ) по Келли (2022). При установлении ожирения 1 степени (ИМТ 30-34), при проведении исследования по уточнению диагноза и определению хирургической тактики, начинали терапию клексаном – 20 мг п/к до реоперации, 20 мг после реоперации, а также терапию кардиомагнилом – 0,075 мг/сут, 1 раз начиная с первых суток послеоперационного периода.

При установлении ожирения 2 степени (ИМТ 35-39), начинали терапию клексаном – 40 мг п/к до реоперации, 60 мг в первые после реоперации, а также терапию кардиомагнилом – 0,075 мг/сут, начиная с третьих суток после реоперации. При установлении ожирения 3 степени (ИМТ 40), начинали терапию клексаном – 40 мг п/к до реоперации, через час после реоперации и на 2-3 -е сутки – 20 мг, 1 раз в сутки. Терапию кардиомагнилом – 0,075 мг/сут, проводили с 4-х суток после реоперации.

К релапароскопии прибегали, когда при неблагоприятном течении послеоперационного периода предполагалось наличие отграниченного перитонита. Диагностический этап у большинства пациентов был завершен лечебным лапароскопическим пособием.

При отсутствии свободной жидкости в брюшной полости, следует продолжать обычный комплекс послеоперационных процедур (симптоматическую терапию). При УЗИ, определение следов жидкости или его наличие менее 100 мл, необходимо активное наблюдение в динамике, с продолжением консервативной терапии. Следует добавить ингибиторы протеаз и антисекреторные препараты, а также аспирацию желудочного содержимого с использованием зонда для постоянной декомпрессии.

Ограниченное скопление свободной жидкости в подпеченочном пространстве более 100 мл и до 500 мл, позволяет заподозрить ограниченное повреждение и ограничение процесса. При распространение свободной жидкости по всей брюшной полости, превышающая объем более 500 мл, позволяет судить о возникновении жизнеугрожающего осложнения. Этому контингенту, в экстренном порядке (по показаниям) следует провести КТ или МСКТ. Чтобы определить соответствующую лечебную тактику необходимо произвести ЭРХГ. Интраоперационная холангиография (ИОХГ) через культю пузырного протока позволяет установить причину гипертензии. Устранить ее причину в столь неблагоприятных условиях, проще и безопаснее «открытым» способом.

Тактика лапароскопического вмешательства зависит от результатов холангиографии и заключается в клипировании пузырного протока, его дренировании или расширении объема операции с вероятным переходом на лапаротомию. Все эти процедуры проводятся с активной предоперационной подготовкой к реоперации, совместно с анестезиологом-реаниматологом, а также соответствующими специалистами (в зависимости от наличия и характера сопутствующей терапевтической патологии). В определенных клинических ситуациях релапароскопия может быть способом реоперации.

В целом, полученные данные позволяли оптимизировать выбор способа реоперации – видеолапароскопическим или «традиционным» способом.

Модифицированный способ инвагинационного косопоперечного холедоходуоденоанастомоза (патент на изобретение № IAP 7763 от 14.10.2023 г.). По показаниям проводят мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру и в супрадуоденальном отделе между держалками производится разрез строго в поперечном направлении на ½ превышающий диаметр дистального конца общего желчного протока (холедоха). По латеральному (нижнему) краю стенки дистального конца холедоха проводится продольный разрез длиной 0,5 см, что позволяет увеличить диаметр холедоха и предохраняет от его сужения относительно физиологического диаметра при накладывании швов ХДА. В просвет кишки выводится толстый назогастродуоденальный зонд, к которому фиксируется проксимальный конец заранее приготовленного тонкого, полихлорвинилового зонда с боковыми отверстиями, а дистальный конец вводится в холедох так, чтобы часть боковых отверстий находилась в просвете холедоха, а часть в просвете кишечника (рис. 2).

После извлечения первого зонда, второй остается на месте первого. Узловые однорядные швы накладываются викрилом №4 на атравматической игле таким образом, чтобы латеральный (нижний) край холедоха оказался погруженным в просвет кишки на 0,2-0,3 см, а медиальный (верхний) край – на 0,5 см. В результате дистальный участок холедоха инвагинируется в просвет кишки, а его медиальный (верхний) край образует естественный лоскут, который при прохождении химуса способствует перекрытию просвета холедоха ввиде «клапана-затворки».

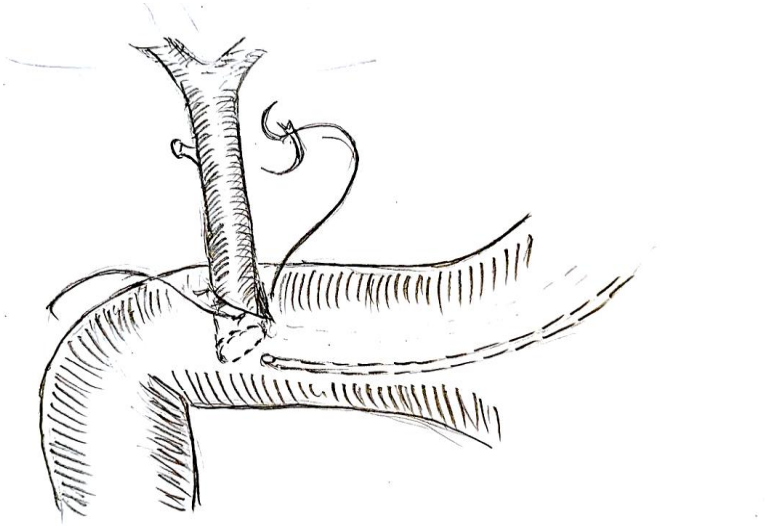


Рис. 2. Этап введения сформированного дистального отдела холедоха в супрадуоденальный отдел двенадцатиперстной кишки

Таким образом осуществляется формирование инвагинационного косопоперечного ХДА с улучшенными арефлюксными свойствами, исключающий его стенозирование образованного косопоперечным сечением за счет разреза латеральной (нижней) стенки холедоха, уменьшающий вероятность попадания содержимого кишечника в просвет холедоха и развития холангита, а также уменьшения частоты несостоятельности швов ХДА использованием викрила №4 на атравматической игле, созданием постоянной декомпрессии области анастомоза и наименьшей травматичностью путем сохранения циркулярных мышц супрадуоденального отдела.

В пятой главе **«Хирургическое лечение послеоперационного ЖИ на фоне ожирения в ургентной хирургии в основной группе»** рассмотрены вопросы хирургическая тактики в основной группе. **На втором этапе проведено** внедрение лечебно-диагностического алгоритма позволяющий установить дифференцированный подход к выбору релапаротомии и релапароскопии и оптимизировать хирургическую тактику, а также использование модифицированного способа инвагинационного косопоперечного ХДА, как меру профильактики несостоятельности швов с 2019 по 2023 годы (основная группа – 29 больных).

Частота послеоперационного ЖИ у мужчин в возрасте 45-59 лет было 8 раз чаще по отношению к пациентам в возрасте 19-44 лет и в 2 раза чаще по отношению пациентов в возрасте 60 лет и старше ($p < 0{,}001$). К тому же, заболеваемость у пациентов в возрасте 60 лет и старше было в 4 раза чаще по сравнению с 19-44 годами ($p < 0{,}001$). Существуют достоверно большие различия в возрасте 45-59 лет по сравнению с взрослыми в возрасте 60 лет и старше, а также в возрасте 19-44 лет ($p < 0{,}001$). Разница во вцех показателях были достоверны. Установлено, что соотношение числа мужчин к женщинам составило почти 1:1, хотя ЖКБ женщины страдают в 4-5 раза чаще.

При простой форме ОКХ оперативные вмешательства выполнены у 11 (37,9%) больных, при флегмонозной –у 12 (41,4%) и при гангренозной - у 6 (20,7%) больных. При простой форме ОКХ частота послеоперационного ЖИ у пациентов с ожирением второй степени соотношением ожирением первой степени встречается в 2 раза (5,0%) чаще (р <0,001) и 7 раза (5,0%) чаще при ожирении третьей степени (р <0,001). При флегмонозной форме ОКХ частота послеоперационного ЖИ у больных с ожирением второй степени более чем в 2 раза (2,3%) больше по отношению пациентам с ожирением первой степени (р <0,001) и в 3,5 раза (2,75%) больше по отношению к пациентам с ожирением третьей степени (р <0,001). Все показатели были достоверны.

Среди деструктивных форм, наиболее часто имелось флегмонозная форма (41,4%), но в прогностическом плане наиболее тяжелый контингент составляют с гангренозной формой (20,7%). Также отмечено, что наиболее часто ургентные операции выполнялись при второй степени ожирения – 15 (51,7%), однако значительные сложности в определении хирургической тактики возникали при третьей степени ожирения – 6 (20,7%), что сказалось на исходах хирургического лечения.

Частота послеоперационного ЖИ при ожирении второй степени отмечено более чем в 2,5 раза (2,4%) чаще по отношению к пациентам с ожирением первой степени (р <0,001) и в 6 раз (6,0%) чаще по отношению к пациентам с ожирением третьей степени (р <0,001). Частота послеоперационного ЖИ при ожирении первой степени отмечается 2,5 раза (2,5%) чаще по отношению к пациентам с ожирением третьей степени (р <0,001). Разница во вцех показателях были достоверны.

Важно отметить, что послеоперационное ЖИ I и II степени установлено в 55,2 и 34,5%, соответственно. При этом III степень ЖИ (10,3%) диагностирована значительно меньше, однако, именно у этого контингента могут иметься более высокая вероятность развития жизнеугрожающих последствий. Ситуация усугубляется при сочетании с ожирением второй и третьей степени, которая установлена у 3 (10,3%) и 2 (6,9%) больных, соответственно.

Частота послеоперационного ЖИ при флегмонозной форме и ожирении второй степени оказалось в 3 раза меньше (1,75%) по отношению к пациентам с ожирением первой степени (р <0,001) и 3 раза (3,0%) по отношению к пациентам с ожирением третьей степени (р <0,001). Частота послеоперационного ЖИ при простой форме с ожирением второй степени по отношению к пациентам с ожирением первой степени отмечено на 8,0% реже (р <0,001).

Программа комплексной предоперационной подготовки в целом имела цель: медикаментозное лечение диагностированных сопутствующих терапевтических заболеваний, коррекцию нарушений сердечно-легочной деятельности и водно-электролитного баланса, а также профильактику тромбоэмболических и гнойно-септических осложнений со стороны операционной раны.

В основной группе по поводу ОКХ оперировано 1247 больных, где послеоперационное ЖИ возникло в 29 (2,3%) случаев. После ЛХЭ, выполненной у 656 больных послеоперационный период осложНился ЖИ в 16 (2,4%) случаев. После ХЭ из мини доступа выполненной у 158 больных, послеоперационный период осложнился ЖИ в 5 (3,2%) случаев.

После ТХЭ, выполненной у 379 больных послеоперационный период осложнился ЖИ в 8 (1,9%) случаев. После ХЭ из мини доступа 1 степень послеоперационного ЖИ отмечено в 2 раза чаще (2,0%) по отношению к пациентам, перенесшим традиционную ХЭ (p <0,001). После ЛХЭ вторая степень послеоперационного ЖИ отмечено в 2,0 раза (1,7%) чаще по отношению к пациентам, перенесшим ХЭ из мини доступа (p <0,05), после ХЭ из мини доступа при 2 степени послеоперационного ЖИ отмечено в 1,5 раза реже (1,5%) по отношению к пациентам перенесших традиционную ХЭ (p <0,05). После традиционной ХЭ – отмечено в 3 раза (3,0%) реже по отношению к пациентам перенесших ЛХЭ (p <0,001).

Наиболее часто послеоперационное ЖИ наблюдалось при выполнении оперативных вмешательств в виде ХЭ из мини доступа – 21 (14,8%).

Выполнение ЛХЭ сопровождалось с техническими трудностями при выделении шеечно-протокового отдела ЖП, где жировая клетчатка является выраженной в связи с ожирением, которое создавало определенные сложности в дифференцировке в зоне треугольника Кало и шейки ЖП. Сложности в техническом плане также обусловлены значительным развитием жировой ткани большого сальника, что в свою очередь уменьшает полезное пространство брюшной полости для эндо-визуального контроля. Особое внимание уделяем толщине подкожно-жировой клетчатки в общем, конфигурации жировых складок, а также свободной экскурсии передней брюшной стенки. Для облегчения выполнения манипуляций на ЖП, головной конец операционного стола приподнимали на 20-25^0 и наклоняется влево.

После ЛХЭ (656 больных) из 16 (2,4%) больных с послеоперационным ЖИ в 6 (0,9%) случаев подлежали релапаротомии, а в 10 (1,5%) – релапароскопии, с летальным исходом у 3 (0,7%) больных.

После ХЭ из мини доступа (158 больных) из 5 (3,1%) больных с послеоперационным ЖИ в 2 (1,2%) случаев подлежали релапаротомии, а в 3 (1,9%) – релапароскопии, с летальным исходом у 1 (0,6%) больного.

После ТХЭ (433 больных) из 8 (1,8%) больных с послеоперационным ЖИ в 2 (0,4%) случаев подлежали релапаротомии, а в 6 (1,3%) – релапароскопии.

В основной группе у больных с ЖИ послеоперационные раневые осложнения диагностированы в 19 (1,5%) случаев. При сравнении операционных доступов частота осложнений после ТХЭ увеличилась в 3 раза (p<0,001) по сравнению с ХЭ мини доступа и в 3 раза по сравнению с ЛХЭ (p<0,001). Частота нагноений послеоперационной раны после ХЭ из мини доступа по отношению к ЛХЭ не имело достоверные различия.

При выполнении ТХЭ послеоперационный мониторинг показал, что острая сердечная недостаточность была в 2 раза чаще по сравнению с мини-доступом ХЭ и в 1,6 раза чаще по отношению к пациентам перенесших ЛХЭ ($p<0,001$). При выполнении ТХЭ установлено возникновение острой печеночно-почечной недостаточности в 1,5 раза чаще по отношению к пациентам, перенесшим ХЭ из мини доступа и в 1,5 раза чаще по отношению к пациентам перенесших ЛХЭ ($p<0,05$). После выполнения ХЭ из мини доступа частота бронхолегочных осложнений отмечено почти в 2 раза чаще по отношению к пациентам перенесших ТХЭ ($p<0,001$) и в 1,5 раза чаще по отношению к пациентам перенесших ЛХЭ. Разница показателей частоты осложнений между пациентами, перенесшими ХЭ из мини доступа и ЛХЭ были не достоверными. В целом, после ургентных оперативных вмешательств на ЖП на фоне ожирения послеоперационное ЖИ в основной группе сопровождалось развитием гнойно-септических (раневых) осложнений у 19 (1,5%) больных и послеоперационных осложнений общего характера у 33 (2,6%) с летальным исходом в 3 (0,2%) случаев.

Сравнительная оценка результатов хирургического лечения.

Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения показал, что из 922 больных, оперированных в экстренном порядке по поводу ОКХ послеоперационное ЖИ отмечено в 43 (4,7%) случаев, где релапаротомии выполнены у 30 (3,3%) с летальным исходом у 9 (1,0%) и релапароскопии у 13 (1,4%) больных. Раневые осложнения отмечены у 34 (3,7%) больных, а осложнения общего характера – у 63 (6,8%) с летальным исходом в 6 (0,7%) случаев. Ретроспективный анализ результатов ургентных оперативных вмешательств при деструктивных формах ОКХ на фоне ожирения явилось базой для изучения недочетов и упущений, что явилось основанием для определения путей оптимизации хирургической тактики и разработки мер профильактики возникновения послеоперационного ЖИ.

В основной группе анализ результатов хирургического лечения показал, что из 1247 больных, послеоперационное ЖИ отмечено в 29 (2,3%) случаев, где релапаротомии выполнены у 10 (0,8%) с летальным исходом у 1 (0,1%) и релапароскопии у 19 (1,5%) больных. В основной группе, послеоперационные гнойно-септические осложнения отмечены у 19 (1,5%) больных, а послеоперационные осложнения общего характера – у 33 (2,6%) с летальным исходом в 3 (0,2%) случаев.

Таким образом, предложенный усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм и в т.ч. модифицированный способ инвагинационного косопоперечного ХДА позволили оптимизировать хирургическую тактику. Также установлено, что при возникновении данного осложнения объем и характер реоперации зависит не от объема послеоперационного ЖИ, а от причины его возникновения. При повреждении трубчатых структур желчевыводящих путей, операцией выбора в большинстве случаев является выполнение релапаротомии, при других причинах (ЖИ из культи ППр, ходов Люшка и ложа ЖП) – релапароскопии.

Анализ результатов хирургического лечения у данного контингента

показал, что за последующий аналогичный промежуток времени частота возникновения и развития послеоперационного ЖИ уменьшилось с 43 (4,7%) до 29 (2,3%), частота выполнения релапаротомий уменьшилось с 30 (3,3%) до 10 (0,8%) и летальных исходов с 8 (0,9%) до 1 (0,1%). Вместе с тем частота раневых осложнений уменьшилось с 34 (3,7%) до 19 (1,5%), а осложнения общего характера уменьшились с 63 (6,8%) до 33 (2,6%) и частота летальных исходов – с 6 (0,7%) до 3 (0,2%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Причинами ЖИ у 2/3 больных являются «малые» повреждения, у 1/3 больных - «большие» повреждения. Предложенный лечебно-диагностический алгоритм, позволяют своевременно проводить мониторинг источника ЖИ, уточнить показания, противопоказания к реоперациям (релапаротомии и релапароскопии) при послеоперационном ЖИ в ургентной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения.
2. Модифицированный способ инвагинационного косопоперечного холедоходуоденоанастомоза, при послеоперационном желчеистечении в ургентной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения обладает улучшенными арефлюксными свойствами, исключающий его стенозирование, уменьшающий вероятность развития холангита, а также частоты несостоятельности швов ХДА.
3. Профилактика послеоперационного ЖИ включает устранение комплекса предрасполагающих факторов. Релапароскопии показаны при: верификации предполагаемого осложнения, когда возможности не инвазивных методов исчерпаны; коррекции осложнений эндохирургическими методами. Релапаротомии показаны при: очевидной нецелесообразности малоинвазивного вмешательства на дооперационном этапе; диагностической лапароскопии установлена невозможность устранения причины осложнения эндохирургически.
4. Оптимизированная хирургическая тактика при послеоперационном ЖИ в ургентной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения дал возможность уменьшить частоту его возникновения с 4,7 до 2,3%, уменьшить частоту выполнения релапаротомий - с 3,3 до 0,8% и летальных исходов с 0,9 до 0,1%. Вместе с тем частота раневых осложнений уменьшилось с 3,7 до 1,5%, а осложнения общего характера - 6,8 до 2,6% и частота летальных исходов – 0,7 до 0,2%.

SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01
AT THE ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE
ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

EGAMBERDIEV BOBIR ALISHEROVICH

OPTIMIZATION OF SURGICAL TACTICS FOR POSTOPERATIVE BILE LEAKAGE DUE TO OBESITY IN URGENT SURGERY

14.00.27 – Surgery

DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES

Andijan–2025

The theme of the dissertation of the doctor of philosophy degree (PhD) is registered in the Supreme attestation commission at the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan for B2023.4.PhD/Tib4151.

The dissertation is carried out at the Andijan state medical institute.

An abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is available on the website of the Scientific Council (www.adti.uz) and on the Information and Educational Portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific supervisor:	**Botirov Akram Kodiralievich** doctor of medical sciences, professor
Official opponents:	**Akbarov Mirshavkat Miralimovich** doctor of medical sciences, professor
	Musashaikhov Husan Tadjibaevich doctor of medical sciences, docent
Leading organisation:	**Bukhara state medical institute**

The dissertation will be defended on «____» _____ 2025 at ___ p.m. hours at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 at the Andijan State Medical Institute (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Andijan State Medical Institute (Registration number №____) (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50).

Abstract of the dissertation sent out on «___» _____ 2025.
(mailing report №_____ of _____ 2025).

M.M. Madazimov
Chairman of the scientific council on award of scientific degrees, doctor of medical science, professor

M.F. Nishanov
Scientific secretary of the scientific council on award of scientific degrees, doctor of medical science, professor

B.R. Abdullajanov
Chairman of the scientific seminar at the scientific council for the awarding of academic degrees, doctor of medical sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

The aim of the study is to improve the results of treatment of bile leakage in urgent surgery of calculous cholecystitis against the background of obesity, by optimizing surgical tactics.

The object of the study were 72 patients with postoperative bile leakage against the background of obesity in urgent surgery, subject to relaparotomy and relaparoscopy from 2011 to 2022 in the Andijan branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care and the 3rd surgical department of the Clinic of the Andijan State Medical Institute.

The scientific novelty of the study is as follows:

the frequency, characteristics, and causes of postoperative complications due to biliary leakage in emergency surgery for calculous cholecystitis in obese patients were determined;

an improved diagnostic and therapeutic approach has been developed, which enables the optimization of surgical tactics in emergency surgery for calculous cholecystitis with biliary leakage against the background of obesity;

a modified method of invagination oblique cross-ductal choledochojejunostomy has been developed, characterized by improved antireflux properties, preventing stenosis, reducing the likelihood of cholangitis, and decreasing the frequency of suture failure in choledochojejunostomy after postoperative biliary leakage in emergency surgery for calculous cholecystitis in obese patients;

a surgical tactic has been developed for postoperative biliary leakage in emergency surgery for calculous cholecystitis in obese patients, which involves clarifying the indications for minimally invasive or open reoperations, taking into account the degree of obesity, the causes of complications, and the amount of accumulated bile.

Implementation of research results. Based on the results of a scientific study on the optimization of surgical tactics for postoperative GI in urgent surgery for calculous cholecystitis due to obesity:

a "Modified method of intussusceptional oblique transverse choledochoduodenoanastomosis" was developed (patent for invention No. IAP7763 dated 14.10.2023). The developed method has improved areflux properties, eliminating its stenosis, reducing the likelihood of cholangitis, as well as the frequency of choledochoduodenoanastomosis suture failure;

methodological recommendations "Optimized surgical tactics for postoperative bile leakage in urgent surgery against the background of obesity" were developed (approved by the Expert Council of the Andijan State Medical Institute No. 6i-69 / u dated December 29, 2023). The proposed recommendations made it possible to optimize surgical tactics for postoperative bile leakage and thereby reduce the incidence of complications and mortality in urgent surgery for calculous cholecystitis against the background of obesity;

the obtained scientific results have been implemented in practical healthcare activities, in particular, in the surgery department of the Namangan branch of the

Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (order No. 79 of May 4, 2024) and in the surgery department of the Fergana branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (order No. 138 of October 18, 2024) (Conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health No. 09/09 of November 26, 2024). The implementation of the research results in clinical practice by optimizing surgical tactics for postoperative GI in urgent surgery for calculous cholecystitis against the background of obesity made it possible to reduce the overall incidence of postoperative complications and mortality.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of the dissertation is 147 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Абдуллажонов Б.Р., Ботиров А.К., Эгамбердиев Б.А., Ботиров Ж.А. Модифицированный способ инвагинационного косопоперечного холедоходуоденоанастомоза // Центр интеллектуальной собственности при Министерстве Юистиции Республики Узбекистан, Патент на изобретение №IAP7763 от 14.10.2023 г.
2. Ботиров А.К., Абдуллажонов Б.Р., Хакимов Д.М., Эгамбердиев Б.А., Бозоров Н.Э., Ботиров Ж.А., Бобоев У.Н. Эпидемиология, клинические аспекты и современное состояние проблемы ожирения // Научный журнал «Спорт и медицина ». 2023, №2. С.49-53 (14.00.00, №23).
3. Ботиров А.К., Абдуллажонов Б.Р., Эгамбердиев Б.А., Бозоров Н.Э., Отакузиев А.З., Эгамов С.Ш. Релапаротомия и релапароскопия в абдоминальной хирургии // Научный журнал «Спорт и медицина ». 2023, №2. С.58-61 (14.00.00, №23).
4. Ботиров А.К., Эгамбердиев Б.А., Усмонов У.Д., Ботиров Ж.А. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения послеоперационного желчеистечения на фоне ожирения в ургентной хирургии Научный журнал «Проблемы биологии и медицины». 2024, №4(155). С.288-292 (14.00.00, №19).
5. Botirov A.K., Egamberdiev B.A., Botirov Zh.A. Comparative Evaluation of the Results of Surgical Treatment of Postoperative Bile Leakage on the Background of Obesity in Urgent Surgery// American Journal of Medicine and Medical Sciences; 2024; 14(12): P.3158-3162. doi: 10.5923/j.ajmms.20241412.15 (14.00.00, №2).
6. Botirov A.K., Egamberdiev B.A., Botirov Zh.A. Therapeutic and diagnostic algorithm for postoperative bile leakage on the background of obesity in urgent surgery // American Journal of Medicine and Medical Sciences; 2024; 14(12): P.3168-3171. doi: 10.5923/j.ajmms.20241412.17 (14.00.00, №2).

II бўлим (II часть; II part)

7. Ботиров А.К. Эгамбердиев Б.А., Бобоев У.Н. Оптимизация хирургической тактики при послеоперационном желчеистечении на фоне ожирения в ургентной хирургии. Методические рекомендации. Андижан, 2023. 24 с.
8. Эгамбердиев Б.А., Ботиров А.К. Лечебно-диагностический алгоритм при послеоперационном желчеистечении в ургентной хирургии калькулезного холецистита на фоне ожирения // Центр по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ. № DGU 27876 от 06.10.2023 г.

9. Botirov.A.K., Abdullajanov B.R., Egamberdiev B.A., Otakuziev A. Z., Botirov J. A. Therapeutic and diagnostic algorithm for postoperative bile leakage on the background of obesity in urgent surgery // International Journal of Formal Education Volume: 2 Issue: 6 | Jun – 2023 ISSN: 2720-6874.

10. Botirov A.K., Abdullazhanov B.R., Egamberdiev B.A., Otakuziev A.Z., Botirov Zh.A. Comparative evaluation of the results of surgical treatment of postoperative bile leakage against the background of obesity in urgent surgery World Bulletin of Public Health (WBPH) Available Volume-23, June 2023 ISSN: 2749-3644.

11. Эгамбердиев Б.А., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А. Оптимизация хирургической тактики при послеоперационном желчеистечении на фоне ожирения в ургентной хирургии // Материалы XXVII Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения - 2023» «Роль малоинвазивных, высокотехнологичных и гибридных оперативных вмешательств в трансформации хирургической службы страны». 26-27 октября, г.Самарканд. Журнал “Хирургия Узбекистана”, №3(99), 2023. С.87-88.

12. Хакимов Д.М., Эгамбердиев Б.А., Бобоев У.Н., Касимов Н.А. Сравнительная оценка результатов лечения послеоперационного желчеистечения при остром калькулезном холецистите на фоне ожирения // Материалы XXVIII Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения - 2024» «50-летию Республиканского специализированного научно-практического центра хирургии имени академика В.Вахидова». 27 сентября 2024 года, г.Ташкент. Журнал “Хирургия Узбекистана”, №3(103), 2024. С.81-82.

13. Ботиров А.К. Эгамбердиев Б.А., Усмонов У.Д. Послеоперационное желчеистечение при холецистектомии из мини доступа на фоне ожирения и пути улучшения результатов // Материалы Международной конференции академических наук. Россия. С.63-65.

14. Ботиров А.К. Эгамбердиев Б.А., Хамидов Ф.Ш. Сравнительная оценка результатов лечения послеоперационного желчеистечения при остром калькулезном холецистите на фоне ожирения // Материалы Международной конференции академических наук. Россия. С.66-68.

15. Botirov.A.K., Egamberdiev B.A., Egamov S.SH. Some typological features of postoperative bile leakage in acute calculosis cholecystitis in the background of obesity // Academic international conference on multi-disciplinary studies and education Hosted from Pittsburgh, USA. P.4-5.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Босмахона лицензияси:

9338

Бичими: 84x60 $^{1}/_{16}$. «Times New Roman» гарнитураси.
Рақамли босма усулда босилди.
Шартли босма табоғи: 3,5. Адади 100 дона. Буюртма № 15/25.

Гувоҳнома № 851684.
«Tipograff» МЧЖ босмахонасида чоп этилган.
Босмахона манзили: 100011, Тошкент ш., Беруний кўчаси, 83-уй.