

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

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ЙИГИТОВ АЮБХОН АЗИЗОВИЧ

**СИМУЛЬТАНТ ЛАПАРОСКОПИК ОПЕРАЦИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАШ
ОРҚАЛИ ҚОРИН БЎШЛИГИ ОРГАНЛАРИДА ҲАМРОХ
КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ЯХШИЛАШ**

14.00.27 – Хирургия

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

Андижон – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Йигитов Аюбхон Азизович

Симультант лапароскопик операцияларни қўллаш орқали қорин бўшлиғи органларида ҳамроҳ касалликларининг даволаш натижаларини яхшилаш..... 3

Йигитов Аюбхон Азизович

Улучшение результатов хирургического лечения сочетанных заболеваний органов брюшной полости путем применения симультанных лапароскопических операций..... 27

Yigitov Ayubkhon Azizovich

Enhancing surgical outcomes in the treatment of combined diseases of the abdominal organs through the application of simultaneous laparoscopic interventions..... 49

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works..... 53

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

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ЙИГИТОВ АЮБХОН АЗИЗОВИЧ

**СИМУЛЬТАНТ ЛАПАРОСКОПИК ОПЕРАЦИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАШ
ОРҚАЛИ ҚОРИН БЎШЛИГИ ОРГАНЛАРИДА ҲАМРОХ
КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ЯХШИЛАШ**

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 хузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2024.3.PhD/Tib4981 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

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

Илмий раҳбар:

Ходжиматов Гуломиддин Минходжиевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Мусашайхов Хусанбой Таджибаевич
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Ирматов Сарвар Ҳикматиллаевич
тиббиёт фанлари доктори

Етакчи ташкилот:

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Диссертация химояси Андижон давлат тиббиёт институти хузуридаги 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 рўйхатга 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 мутахассисларининг баҳолашича, 20-30% жарроҳлик беморларида бир вақтнинг ўзида бир неча жарроҳлик амалиётини ўтказиш зарурати юзага келади. Бир вақтнинг ўзида ўтказиладиган операциялар шубҳасиз терапевтик самарадорликни ошириш ва ижтимоий-иқтисодий юкни камайтириш имконини берса-да, бундай операцияларнинг умумий жарроҳлик амалиётларидағи улуши 6% дан ошмайди¹. Бу эса госпитализация муддатларининг узайишига, асоратлар сонининг кўпайишига, bemорларнинг ҳаёт сифати пасайишига ҳамда тиббий харажатларнинг ошишига олиб келмоқда. Қорин бўшлиғи аъзоларида симультан операцияларни минимал инвазив технологиялар асосида амалга ошириш истиқболи йўналишлардан бири ҳисобланади. Бироқ, лапароскопик усуллар оммалашшган бўлишига қарамасдан, улардан фойдаланиш даражаси тиббий муассасалар кесимида катта фарқ қиласи – 20% дан 70% гача². Асоратлар хавфни камайтириш ва даволаш натижаларини яхшилашнинг муҳим йўлларидан бири – бир вақтнинг ўзида ўтказиладиган операцияларда ташхис ва даво тактикасини оптималлаштириш ҳисобланади. Периоперацион хавфни баҳолашда турли предикторлар ва шкалалар қўлланилса-да, уларнинг маълумотлар бериш даражаси кўп ҳолларда етарли эмас. Шу боис, валидизациядан ўтган бир қатор маркерларни инобатга олган ҳолда ишлаб чиқиладиган прогностик моделларни яратиш устувор йўналишлардан бири сифатида қаралмоқда.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда қорин бўшлиғи аъзоларининг ҳамроҳ хирургик касалликларига чалинган bemорларни даволаш самарадорлигини оширишга қаратилган илмий асосланган клиник тавсияларни ишлаб чиқиш замонавий режали хирургиянинг энг долзарб вазифаларидан бири бўлиб қолмоқда ва бу борада бир қатор мақсадли тадқиқотлар олиб борилмоқда, жумладан, операция олди даври учун жисмоний машқлар, озиқланишни маъбуллаштириш ҳамда bemорларнинг психологик тайёргарлигини ўз ичига оловчи мультимодал преабилитация ва нутритив оптималлаштириш дастурлари ишлаб чиқилмоқда. Бундай чоралар оғир операциядан кейинги асоратлар хавфни ишончли даражада камайтиради. Шу билан бирга, bemорларнинг функционал натижаларини яхшилаш ҳамда режали симультан операциялар вақтида касалхонада бўлиш муддатини қисқартиришга хизмат қилувчи мослаштирилган ва компонентли тез тикланиш дастурлари амалиётга жорий этилмоқда.

Мамлакатимизда хирургияни ривожлантиришнинг замонавий жиҳатлари қорин бўшлиғи аъзоларининг ҳамроҳ хирургик касалликларини даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чора-тадбирларни ўз ичига олади. Янги Ўзбекистоннинг 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш

¹ Toleubaev E. A., Alibekov A. E., Balykbaeva A. M., Mamyтов B. A. Simultaneous operations in abdominal organ surgery. Meditsina i Ekologiya (Medicine and Ecology). 2021;(1):47–53.

² Vural A, Goksu K, Kahraman AN, et al. Increased gallstone formation after sleeve gastrectomy and the preventive role of ursodeoxycholic acid. Acta Gastroenterol Belg. 2020;83(1):33–38.

бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган³. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма хирургик касалликларида видеоэндохирургик симультан оператив аралашувлар натижаларини яхшилаш, ушбу патологиянинг юқори тиббий ва ижтимоий аҳамияти туфайли абдоминал хирургиянинг ва умуман олганда, тиббиётнинг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни саклаш 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 қўламини 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 қиласди.

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. Замонавий абдоминал жарроҳлик ривожланиши бир вақтнинг ўзида бажариладиган жарроҳлик усулларини такомиллаштириш заруриятини таъкидлайди. Жарроҳлик аралашувининг барча асосий жиҳатлари – анестезия, операция жароҳати, стресс, қон йўқотиши ва антибактериал терапия – организмнинг иммун ҳимоясини пасайтиради ва иккилламчи иммун етишмовчилиги ривожланишига замин яратади. Иммунодефицит даражаси ва асоратлар хавфи омилларини баҳолаш операциядан кейинги даврда беморни оптимал бошқариш учун ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Операция жароҳати ва анестезия вақтинча иммунсупрессияга олиб келади, у одатда 8–14 кун ичида компенсацияланади⁴. Бироқ, ҳатто қисқа муддатли иммун жавобининг пасайиши ҳам айниқса бошланғич иммун етишмовчилиги мавжуд бўлган беморларда жиддий оқибатларга олиб келиши мумкин. Организмнинг иммун тизими ҳолатидаги ўзгаришлар клиник натижага салбий таъсир кўрсатади, тикланиш даврини узайтиради ва ҳаёт сифатига, операция усули ёки периоперацион даврни олиб бориш хусусиятларидан қатъи назар, ёмон таъсир кўрсатади. Бундан ташқари, операциядан кейинги дастлабки кунларда қўлланилиши мумкин бўлган айрим физик таъсир чоралари (масалан, минерал

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 28. 01 2022 йилдаги «Янги Ўзбекистоннинг 2022-2026 йилларга мўлжалланган ривожланиш стратегияси тўғрисида» ПҚ-60 сонли Фармони.

⁴ Aliev M. Zh., Zubehina L. M., Niyazbekov K. I. Simultaneous operations for liver echinococcosis. Novosti Khirurgii (News of Surgery). 2021;29(1):13–19.

сувлар, фронтал гимнастика, инфрақизил лазертерапия) бўйича аниқ тавсиялар мавжуд эмас.

Миллий тадқиқотлар, айниқса ўзбек жарроҳлик мактаби томонидан олиб борилган ишлар, симультан аралашувлар бўйича далилларга асосланган илмий базага салмоқли ҳисса қўшмоқда. Жумладан, Самарқанд тиббиёт институтида ўтказилган тадқиқотда вентрал чурралар билан оғриган беморларда қўшма патологиялар учраши ҳолатлари 52,8% гача етиши аниқланган⁵. Шу билан бирга, стресс гормонлари (кортизол ва пролактин) дарражаси операциянинг симультан эмаслигига эмас, балки герниопластика усулига боғлиқ экани кўрсатилган. Кейинги тадқиқотларда эса чўзилмайдиган усуллар ва лапароскопияга устуворлик бериш операциядан кейинги асоратлар сонини 5,3% гача камайтириши ва госпитализация муддатини $8,3 \pm 0,6$ қунгача қисқартириши мумкинлиги тасдиқланган⁶. Абдоминал жарроҳликдан ташқари соҳаларда ҳам симультан аралашувларнинг хавфсизлиги исботланган, жумладан, кардиохирургияда: 75 нафар беморда каротид ва коронар томирларни бир вақтда реваскуляризация қилиш фақатгина 1,3% ўлим ҳолатлари билан кузатилган, операциялараро асоратлар эса қайд этилмаган⁷. Жигар эхинококкэктомиясида симультан аралашувлар бўйича уч йиллик кузатув натижалари рецидив ҳолатлари кузатилмаганини кўрсатган⁸. Бироқ, ушбу ишларда ҳам симультан лапароскопик аралашувларга мульти modal анальгезия, психокоррекция, физиотерапия ва “Fast Track” протоколларини интеграция қилиш бўйича стандартлаштирилган тавсиялар мавжуд эмас. Бундан ташқари, ушбу масала гинекологик нашрларда ҳам қайд этилган бўлиб, уларда асосан комбинирланган аралашувларнинг иқтисодий ва техник мақсадга мувофиқлигига эътибор қаратилган⁹. Шунингдек, Ўзбекистон Республикасида ҳозирги вақтгача қорин бўшлиғи аъзоларининг касалликлари қўшма ҳолда учраган беморларни симультан операциялар шароитида периоперацион даврда юритиш бўйича ягона клиник протоколлар ишлаб чиқилмаган.

Ўтказилган адабиёт маълумотларининг таҳлили шуни кўрсатдики, қорин бўшлиғи аъзоларида симультан операциялар бўйича терминология ва класификация масалалари, яқин давр натижаларини прогнозлаш ҳамда ушбу аралашувларнинг ижтимоий-иқтисодий самарадорлигини баҳолаш етарлича ўрганилмаган. Ушбу жиҳатларни аниқлаш, тизимлаштириш ва умумий тушунишни таъминлаш, персоналлаштирилган тиббий ёрдам ва давореабилитация тактикаси алгоритмини ишлаб чиқиш ҳамда уни илмий асослаш,

⁵ Kurbaniyazov Z. B., Sherbekov U. A., Mardonov B. A., Khudaynazarov U. R. Justification of simultaneous operations for abdominal hernias based on the study of stress hormones. Sciences of Europe. 2021;(70):34–38.

⁶ Sherbekov U. A., Radzhabov Zh. P. Optimization of surgical correction of combined abdominal pathology in ventral hernias. Research Focus. 2023;2(1):457–461.

⁷ Mashrapov O. A., Abdurakhmanov A. A., Obeid M. A., Rakhimov N. M., Abdukhalimov I. A., Mamataliev F. A., Dubrovchenko A. V. Comparative characteristics of simultaneous and staged operations in combined lesions of the carotid and coronary vessels. Vestnik Ekstrennoy Meditsiny (Bulletin of Emergency Medicine). 2023;16(1):5–13.

⁸ Aliev M. Zh., Zubehina L. M., Niyazbekov K. I. Simultaneous operations for liver echinococcosis. Novosti Khirurgii (News of Surgery). 2021;29(1):13–19.

⁹ Zakirova N. I., Suyarova Z. S., Tilavova Yu. M. Features of simultaneous operations in gynecology: a literature review. Voprosy Nauki i Obrazovaniya (Questions of Science and Education). 2018;29(41):104–110.

жарроҳлик усули имкониятларини кенгайтириш ва нафақат операция усулларини, балки беморларга периоперацион ёрдам кўрсатиш тамойилларини ҳам стандартлаштириш зарурати кейинги тадқиқотларни талаб этади. Шу сабабли, қорин бўшлиғи аъзоларидағи касалликларни симультан лапароскопик операциялар орқали даволаш мураккаб, етарлича ўрганилмаган ва расмийлаштирилмаган замонавий жарроҳлик йўналишларидан бири ҳисобланади. Мазкур ҳолат ушбу тадқиқотнинг юқори даражадаги илмий ва амалий долзарблигини белгилайди.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институтининг илмий ишлари режасига мувоғиқ “Инсоннинг жарроҳлик касалликларини ташхислаш ва даволашда янги технологияларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш” мавзусидаги илмий лойиҳа доирасида бажарилган (2021–2024 йй.).

Тадқиқот мақсади қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма хирургик касалликларида симультан оператив аралашувлар вақтида асоратлар ривожланиш хавфини камайтиришга қаратилган видеоэндохирургик усулларни қўллаш орқали даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

қорин бўшлиғи аъзоларида қўшма жарроҳлик патологияси мавжуд бўлган беморларда нозологик тузилмани ўрганиш ва симультан оператив аралашувлар ўтказилган беморларнинг клиник тавсифини тақдим этиш;

операциядан кейинги асоратлар ривожланиш хавфини прогнозлашга асосланган ташхис ва даво-реабилитация тактикалари алгоритмини ишлаб чиқиш ва уни илмий жиҳатдан асослаш;

қорин бўшлиғи аъзоларидаги симультан операцияларнинг натижаларини танланган операция тактикасига (лапароскопик симультан ва анъанавий симультан) ҳамда изоляцион бажарилган лапароскопик аралашувлар билан таққослаш асосида таҳлил қилиш;

қорин бўшлиғи аъзоларида ўтказилган симультан оператив аралашувларда иммунологик ҳолатнинг операция натижасига таъсирини ҳамда операция усулига боғлиқ ҳолда операциядан кейинги асоратлар шаклланишини ўрганиш;

қорин бўшлиғи аъзоларида қўшма касалликлар бўлган беморларда жарроҳлик даволашнинг яқин ва узоқ муддатли натижаларини операция усулига боғлиқ ҳолда баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2015-2024 йиллар давомида АДТИ Клиникаси ва РШТЁИМ Андижон филиалининг хирургия бўлимларида, ҳамда “Yigitov clinic” хусусий клиникасида қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма хирургик касалликлари туфайли оператив даволанган 404 нафар беморлар олинган.

Тадқиқот предмети қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма хирургик касалликлари туфайли амалга оширилган симультан анъанавий, симультан лапароскопик ва изоляцион лапароскопик операциялар натижаларини таҳлил қилишдан 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 қўйидагилардан иборат:

илк бор қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма жарроҳлик касалликлари бўлган беморларда етарли клиник материал асосида симультан операциялар шароитида иммунологик маркерлар динамикаси, қўлланилдиган хирургик усуллар ва периоперацион давр юритилишининг морфофункционал хусусиятлари аниқланган;

қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма хирургик касалликларини оператив даволашда изоляцион ёки бир ташрих давомида бажарилдиган аралашувларни ўтказиш заруратини комплекс баҳолаш билан симультан эндовидеохирургик ташрихларнинг тактик ва техник жиҳатлари аниқланган;

қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма хирургик касалликларини даволашда иммунологик ва лаборатор кўрсаткичларни (CD3+, CD4+, IL-6, СРО, лимфоцитлар) баҳолаган ҳолда иммуносупрессив фенотипни ҳамда иммунтанслик ҳолати эҳтимоллигини аниқлаш орқали иммунокоррекция қилиш модели ишлаб чиқилган;

қорин бўшлиғи аъзоларида симультан оператив аралашувлар вақтида асоратлар ривожланиш хавфини камайтиришга қаратилган ҳамда “тезкор тикланиш” (fts) концепциясига асосланган ҳолда индивидуаллаштирилган ташхисот ва даволаш-реабилитация тактик тартиботининг клиник самарадорлиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қўйидагилардан иборат:

қорин бўшлиғи аъзоларидаги қўшма жарроҳлик касалликларида амалга оширилдиган симультан операциялар таснифи замонавий абдоминал жарроҳлик стандартларига мос равища оптималлаштирилган;

қорин бўшлиғи аъзоларининг ҳамроҳ жарроҳлик касалликлари билан хасталанган беморларда индивидуаллаштирилган ташхислаш алгоритми ишлаб чиқилган;

қорин бўшлиғи аъзоларининг ҳамроҳ жарроҳлик касалликлари билан хасталанган беморларда индивидуаллаштирилган даволаш алгоритми ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Натижаларнинг ишончлилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, лаборатор ва инструментал диагностиканинг замонавий усулларидан фойдаланилганлиги, услубий ёндашувлар ҳамда 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, қорин бўшлиғи аъзоларидаги қўшма жарроҳлик касалликларида замонавий абдоминал жарроҳлик стандартларига мос равища амалга оширилдиган симультан операциялар таснифи таклиф қилинганлиги ҳамда ушбу касалликларни даволашда иммунологик ва лаборатор кўрсаткичларни баҳолаган ҳолда

иммуносупрессив фенотипни ҳамда иммунтанқислик ҳолати эҳтимоллиги аниқланганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижалар асосида қорин бўшлиғи аъзоларининг ҳамроҳ жарроҳлик касалликлари билан ҳасталанган беморларда индивидуаллаштирилган ташхислаш ва индивидуаллаштирилган даволаш алгоритмлари ишлаб чиқилганлиги, қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма хирургик касалликларини даволашда иммунологик ва лаборатор кўрсаткичларни баҳолаган ҳолда иммунокоррекция қилиш модели ишлаб чиқилганганлиги, шунингдек ишлаб чиқилган тартиботларнинг клиник самарадорлиги аниқланганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма хирургик касалликларини хирургик даволаш натижаларини яхшилаш бўйича олиб борилган илмий-тадқиқот натижалари асосида:

Биринчи илмий янгилик: илк бор қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма жарроҳлик касалликлари бўлган беморларда етарли клиник материал асосида симультан операциялар шароитида иммунологик маркерлар динамикаси, қўлланиладиган хирургик усуллар ва периоперацион давр юритилишининг морфофункционал хусусиятлари аниқланганлиги Андижон давлат тиббиёт институти кенгashi томонидан 2025 йил 22 апрелда 6i-41/u-сон билан тасдиқланган «Симультант лапароскопик операцияларни қўллаш орқали қорин бўшлиғи органларида ҳамроҳ касалликларининг даволаш натижаларини яхшилаш» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Фаргона филиалининг 28.04.2025 йилдаги 98/9-сон ҳамда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг 12.05.2025 йилдаги 71-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 10 июндаги 19/33-сон хulosasi). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: ушбу илмий янгиликдан фойдаланиш беморларни даволаш давомида юзага келиши мумкин бўлган асоратлар сонини кескин камайтиради; ташрихдан олдинги ва кейинги асоратларнинг частотасини камайтириш натижасида реабилитация вақти тезроқ амалга ошиб, bemorlarning ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма жарроҳлик касалликлари бўлган беморларда комплекс баҳоланган периоперацион давр хусусиятларини инобатга олиш ҳар бир bemorга кутилаётган сарф-харажатлар ўртacha 3922052,1 сўмни (беморнинг шифохонадаги дастлабки куни текширувлари, муолажалари, амалиётлари ва бошқ. Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази АФ преискуранти бўйича), таклиф қилинаётган жарроҳлик тактикасида ушбу қиймат 2792718,8 сўмни ташкил қиласи, яъни харажатларни 1,4 баробар камайтириш имконини беради. Хулоса: таклиф этилаётган жарроҳлик тактикасидаги комплекс усулларни амалиётга жорий этилиши бир bemor учун 1129333,3 сўм иқтисод қилинишига имкон беради. Бунинг натижасида йиллик иқтисодий самара 212314660,4 сўмни ташкил этади (188 нафар bemor учун).

иккинчи илмий янгилик: қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма хирургик касалликларини оператив даволашда изоляцион ёки бир ташрих давомида бажариладиган аралашувларни ўтказиши заруратини комплекс баҳолаш билан симультан эндовидеохирургик ташрихларнинг тактик ва техник жиҳатлари аниқланганлиги Андижон давлат тиббиёт институти кенгаши томонидан 2025 йил 22 апрелда 6i-41/u-сон билан тасдиқланган «Симультант лапароскопик операцияларни қўллаш орқали қорин бўшлиғи органларида ҳамроҳ касалликларининг даволаш натижаларини яхшилаш» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиалининг 28.04.2025 йилдаги 98/9-сон ҳамда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг 12.05.2025 йилдаги 71-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 10 июндаги 19/33-сон хulosаси). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: беморларни даволашда симультан эндовидеохирургик ташрихларнинг аниқлаштирилган тактик ва техник жиҳатлари беморларга бир вақтда қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма хирургик касалликларидан даволанишга, ҳайт сифатини оширишга, меҳнат қобилиятини тез тикланишига имкон беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: таклиф этилаётган усулларни комплекс қўллаш орқали беморларнинг ташрихдан кейинги эрта фаоллаштиришга эришилган, бунинг натижасида беморларнинг реанимация бўлимида қаров вақти ўртacha 23,1 соатдан 14,9 соатга қисқарган. Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази АФ прейскуранти бўйича (02.02.2024йил) реанимация бўлимида Ўзбекистон Республикаси фуқоролари учун реанимация қарови учун 1 соати-42000 сўм, 24 соати учун 1000000 сўмни ташкил этган. Ҳисоблашга кўра анъанавий-стандарт тактика қўлланилганда бир бемор учун реанимация бўлимида қаров учун 970200 ($23,1 \times 42000 = 970200$) сўм сарфланган, таклиф этилган усул жорий этилганда эса 625800 сўм ($14,9 \times 42000 = 625800$) сарфланган. Демак такомиллаштирилган усулни қўллаш натижасида бир бемордан 344400 сўм ($970200 - 625800 = 344400$) тежаш имконини беради. Хулоса: таклиф этилаётган комплекс усулларни амалиётга жорий этилиши бир бемор учун 344400 сўм иқтисод қилинишига олиб келди.

учинчи илмий янгилик: қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма хирургик касалликларини даволашда иммунологик ва лаборатор қўрсаткичларни (CD3+, CD4+, IL-6, СРО, лимфоцитлар) баҳолаган ҳолда иммуносупрессив фенотипни ҳамда иммунтанқислик ҳолати эҳтимоллигини аниқлаш орқали ишлаб чиқилган иммунокоррекция қилиш модели Андижон давлат тиббиёт институти кенгаши томонидан 2025 йил 22 апрелда 6i-41/u-сон билан тасдиқланган «Симультант лапароскопик операцияларни қўллаш орқали қорин бўшлиғи органларида ҳамроҳ касалликларининг даволаш натижаларини яхшилаш» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиалининг 28.04.2025 йилдаги 98/9-сон ҳамда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг 12.05.2025 йилдаги 71-сон

буйруқлари билан амалиётта жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 10 июндаги 19/33-сон холосаси). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: ишлаб чиқилган иммунокоррекция қилиш моделини қўллаш ташрихдан кейинги асоратлар сонини камайтириш, беморларнинг реабилитация вақтини қисқартириш, ташрихдан кейинги ўлим даражасини камайтиришга олиб келади. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма хирургик касалликларини даволашда таклиф этилаётган моделни қўллаш натижасида шифохонада қолиш муддати ўртacha 9 кундан 6 кунга қисқарган. Бунинг натижасида 1 bemornинг стационарда бўлиши 1 кунлик жами харажатларининг ўртacha миқдори (Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази АФ прейскуранти бўйича ётоқ-ўрини, дори-дармонлар, текширувлар билан биргаликда) 188222,6 сўмни ташкил этса, 3 кунлик харажат 564666,7 сўмни ташкил этади. Хулоса: таклиф этилаётган комплекс усулларни амалиётта жорий этилиши бир bemor учун 564666,7 сўм иқтисод қилинишига олиб келди. Хулоса: ушбу илмий янгиликдан фойдаланиш ўрин-кунларни қисқартириш ҳисобига тадқиқот кўлами бўйича (n=54) 30492001,8 сўм бюджет маблағлари тежалишига имкон беради.

тўртинчи илмий янгилик: қорин бўшлиғи аъзоларида симультан оператив аралашувлар вақтида асоратлар ривожланиш хавфини камайтиришга қаратилган ҳамда “тезкор тикланиш” (fts) концепциясига асосланган ҳолда индивидуаллаштирилган ташхисот ва даволаш-реабилитация тактик тартиботининг клиник самарадорлиги исботланганлиги Андижон давлат тиббиёт институти кенгаши томонидан 2025 йил 22 апрелда 6i-41/u-сон билан тасдиқланган «Симультант лапароскопик операцияларни қўллаш орқали қорин бўшлиғи органларида ҳамроҳ касалликларининг даволаш натижаларини яхшилаш» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётта жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиалининг 28.04.2025 йилдаги 98/9-сон ҳамда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг 12.05.2025 йилдаги 71-сон буйруқлари билан амалиётта жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 10 июндаги 19/33-сон холосаси). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: индивидуаллаштирилган жарроҳлик тактикасини қўллаш диагностик хатолар ва ташрихдан кейинги асоратлар сонини камайтириш, беморларнинг реабилитация вақтини қисқартириш, ташрихдан кейинги ўлим даражасини камайтиришга олиб келади. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: Ҳисоб-китобларга асосланиб, асосий гуруҳдаги bemорларда симультан лапароскопик амалиётларни ўтказищдан ўртacha иқтисодий самарадорлик 1 нафар bemорга 8413442 сўмни ташкил этди. Хулоса: индивидуаллаштирилган ташхисот ва даволаш-реабилитация тактик тартиботидан фойдаланиш тадқиқот кўлами бўйича (n=54) жами 454325868 сўм маблағлар тежалишига имкон беради.

Тадқиқот натижаларининг аprobацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 2 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 1 та ҳалқаро ва 1 та Республика

илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганини. Диссертация мавзуси бўйича жами 16 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 7 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, бешта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 140 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Диссертациянинг **кириш қисмида** диссертация ишининг долзарблиги асослаб берилган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари ҳамда олинган натижаларнинг илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти келтирилган, тадқиқот натижаларининг аprobацияси ва эълон қилинганини, диссертациянинг ҳажми ва тузилиши ҳақида маълумотлар тақдим этилган.

Диссертациянинг “**Адабиётлар шархи**” деб номланган биринчи боби тўртта кичик бобдан иборат. Уларда изчил равишда анъанавий ёндашувлар, лапароскопик методикалар ривожи ва видеоэндожарроҳликнинг замонавий имкониятлари, жумладан жигар эхинококкози, морбид семизлик ва чурралардаги симультан аралашувлар, шунингдек, жарроҳлик аралашувлари вақтида иммунологик ва лаборатор кўрсаткичларнинг ўзгариши масалалари кўриб чиқилган. Боб якунида янада чуқур ўрганишни талаб этувчи баҳсли масалалар келтирилган.

Диссертациянинг “**Тадқиқот материаллари ва усуллари**” деб номланган иккинчи боби беморлар тавсифи ва тадқиқотда қўлланилган усулларга бағищланган. Тадқиқот материали сифатида Андижон давлат тиббиёт институтининг жарроҳлик бўлимларида, Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали эндожарроҳлик бўлимида ва “YIGITOV CLINIC” клиникасида оператив даволаш олган 404 нафар бемор танланган. Биринчи (назорат) гурухга 2015–2020 йилларда анъанавий “очик” усулда симультан операция (СТО) ўтказилган 129 нафар бемор киритилган. Иккинчи (асосий) гурухни 2021–2024 йилларда симультан лапароскопик операция (СЛО) ўтказилган 147 нафар бемор ташкил этган. Учинчи гурух – таққослаш гурухи – 2021–2024 йилларда изоляцион (якка) лапароскопик операция (ИЛО) ўтказилган 128 нафар беморни ўз ичига олган.

Беморларни жинси ва ёши бўйича тақсимланиши шундан далолат бердики, барча клиник гурухларда, айниқса қўшма патология ҳолларида, аёллар устунлик қилди: I гурухда аёллар улуси 75% ни, II гурухда эса 79% ни ташкил этди (бошқача айтганда, эркакларга нисбатан уч баробар кам). Изоляцион бажарилган лапароскопик аралашувлар гурухида жинсий мувозанат нисбатан сақланган – 55,5% аёллар ва 44,5% эркаклар. Барча гурухларда bemорларнинг асосий қисми 21 ёшдан 60 ёшгача бўлган меҳнатга лаёқатли ёшдагилардан иборат эди.

Күшма жарроҳлик патологияси мавжуд бўлган ва анъанавий усулда операция қилинган беморларнинг нозологик тузилмасида асосий ўринни қуидаги ҳолатлар эгаллади: ҳисоб-тошли холециститнинг ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги билан биргалиқда учраши – 27%, жигарнинг эхинококкоз билан заарланиши – 26%, вентрал чурралар (19%) ва чов чурралар (15,5%). Шунингдек, беморларнинг тахминан 12% да жигардаги солитар кисталар аниқланган (1-расм).



1-расм. Назорат гуруҳидаги беморларда симультан операциялар тузилмаси

Симультан лапароскопик аралашувлар гуруҳида энг кенг тарқалган битишмалар холецистит ва морбид семизлик (37%), жигар эхинококкози (22%), вентрал ҳамда чов чурралар (ҳар бири тахминан 16%) ва жигар кисталари (9,5%) бўлди (2-расм).



2-расм. Симультан лапароскопик аралашувлар гуруҳида операциялар тузилмаси

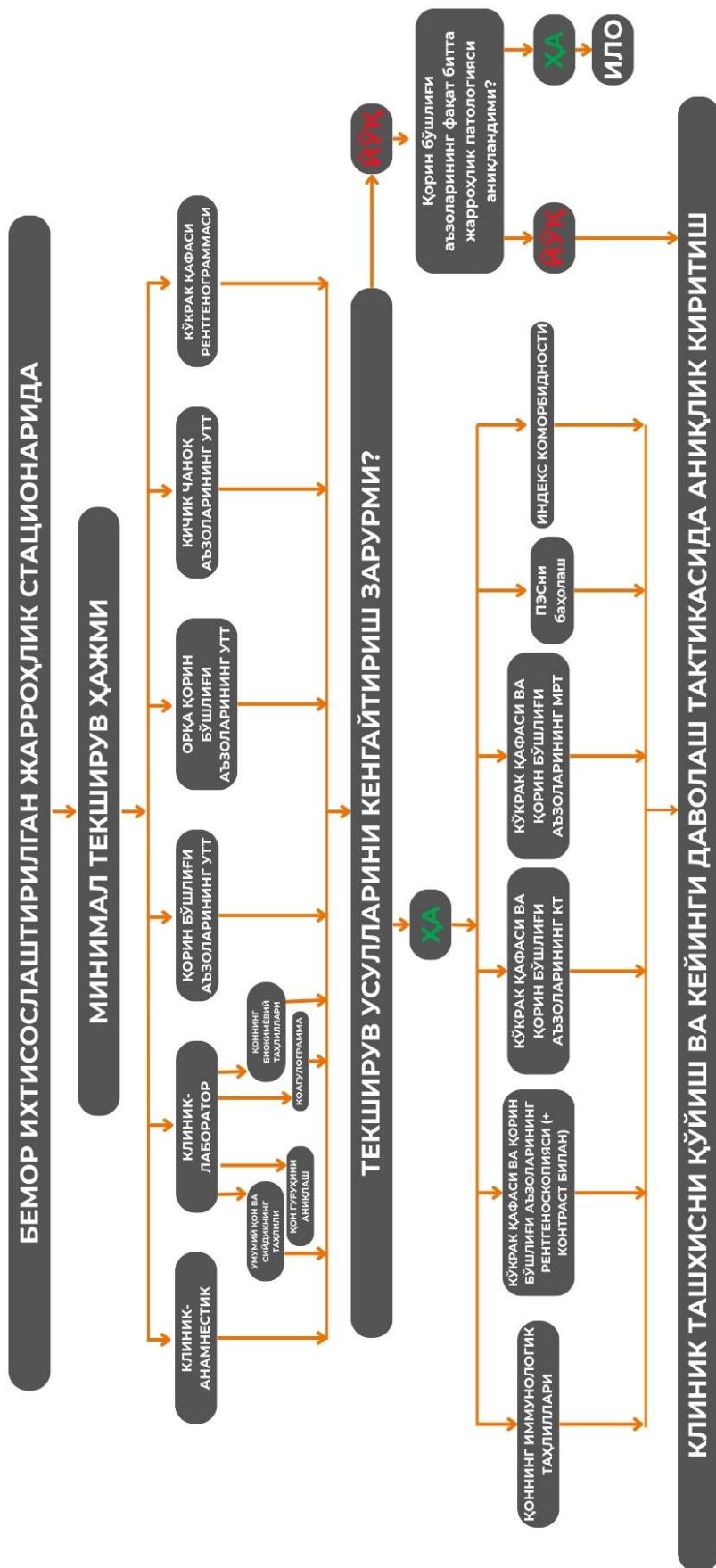
Изоляцион бажарилган лапароскопик операцияларни бошдан кечирган bemорлар орасида энг кўп амалга оширилган жарроҳлик чора-тадбирлари қуидагилардан иборат бўлди: холецистэктомия (23%), ошқозоннинг бўйлама резекцияси (21%), чов чуррани герниопластикаси (16%), вентрал чуррани герниопластикаси (14%), жигар эхинококк кисталарини олиб ташлаш (13%) ва солитар кисталарни резекция қилиш (12,5%). Ҳар учала гуруҳда ҳам режали операциялар устунлик қилди (71% дан 84% гача). Энг юқори шошилинч аралашувлар улуши I гуруҳда (тахминан 29%) кузатилган бўлса, энг кам кўрсаткич II гуруҳда (16%) қайд этилган.

Аниқланган нозологик хилма-хиллик ва битишмаларнинг турли тез-тезликда учраши ягона системалаштириш зарурлигини таъкидлайди. Амалдаги классификациялар патогенетик ўзаро боғлиқликларни акс эттиримайди, қарор қабул қилиш босқичини белгиламайди ва ортиқча терминологик юкланган бўлиб, даволаш тактикасини танлашда қийинчилик туғдиради. Шу боис ушбу тадқиқот доирасида шошилинчлик даражаси, усул ва кириш йўли, қарор қабул қилиш босқичи, патогенетик боғлиқлик, вақт бирлиги, анатомик локализация ҳамда операция натижаларини ҳисобга олган ҳолда, бирлашган жарроҳлик касалликларининг такомиллаштирилган классификацияси ишлаб чиқилди. Ушбу классификация диссертациянинг тегишли бобида батафсил баён этилган. Мазкур классификация 2024 йилда Андижон шаҳрида бўлиб ўтган «Профилактик тиббиёт: муаммолар, ечимлар, истиқболлар» халқаро конференциясида тасдиқланган ва Ўзбекистон соглиқни сақлаш амалиётида қўллаш учун тавсия этилган.

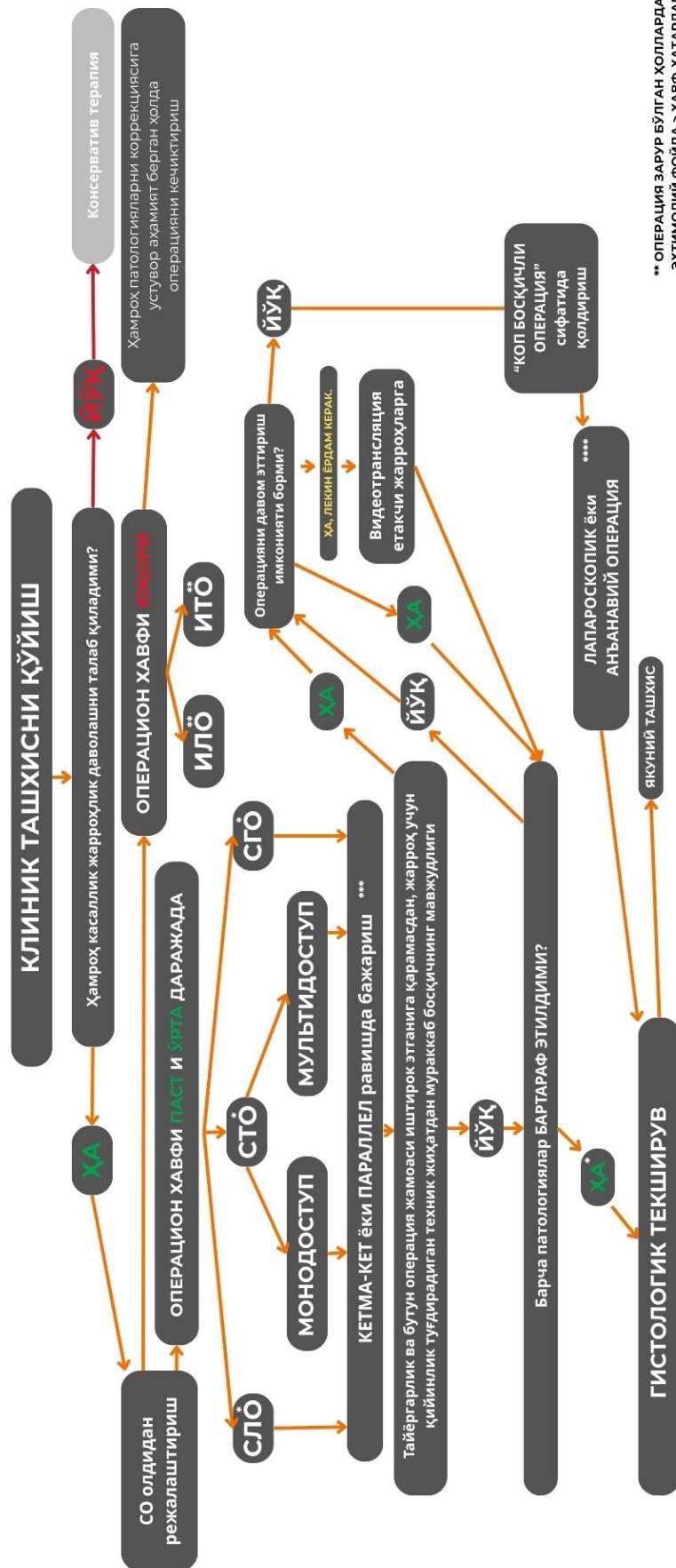
Шунингдек, тадқиқот доирасида қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма жарроҳлик касалликларида диагностика ва даволашнинг индивидуаллаштирилган алгоритмлари ишлаб чиқилган (DGU №34202; DGUNо 48978 ва DGU №34153) (3 ва 4-расмлар). Таклиф этилган алгоритмдан фойдаланиш СЛО (симультан лапароскопик операция) ёки СТО (симультан анъанавий операция) қўллаш зарурлигини асосли белгилаш имконини беради. Жарроҳлик кириш йўли ва операция босқичларининг изчиллиги операцияни бевосита амалга ошираётган жарроҳлар жамоаси томонидан аниқланади.

Диссертациянинг учинчи бобида **«Қорин бўшлиғи аъзоларидағи симультан операцияларнинг солиштирма тавсифи»** келтирилган. Симультан ва изоляцион бажарилган аралашувларнинг солиштирма тахлили ошқозонга операция ўтказилган bemорлар мисолида, саккизта асосий интраоперацион ва операциядан кейинги мезонлар бўйича амалга оширилди (1-жадвал).

Аниқланишича, лапароскопик симультан аралашувлар операция давомийлиги ва инфузион терапия ҳажми бўйича «очиқ» симультан ҳамда изоляцион бажарилган лапароскопик операциялар орасида ўртача ўринни эгаллайди. Шу билан бирга, операциядан кейинги тикланиш мезонлари (фаоллашув бошланиши, энтерал озиқлантириш, ичак орқали газларнинг чиқиши), оғриқ синдроми ва стационардаги кунлар сони бўйича 2 ва 3-гуруҳ кўрсаткичлари статистик жиҳатдан ўхшаш бўлган.



З-расм. Қорин бўшлиғи органларининг ҳамроҳ жарроҳлик касалликлари билан хасталанган bemорларни диагностик индивидуаллаштирилган алгоритми.



4-расм. Қорин бўшлиғи органларининг ҳамроҳ жарроҳлик касалликлари билан хасталанган bemorларни даволаш индивидулаштирилган алгоритми

СЛО - Симультан Альянсий операция; СТО - Симультан Гибрал операция; ИЛО - Изоляцион Латароскопик операция; ИТО - Изоляцион Альянсий операция

**Ошкозонда бажарилган симультан ва изоляцион аралашувларнинг асосий
интраоперацион ва операциядан кейинги мезонлар бўйича тавсифи**

1-жадвал.

Такъослаш мезонлари	Симультан анъанавий операциялар (n=35) I (назорат) гурӯҳ	Симультан лапароскопик операциялар (n=54) II (асосий) гурӯҳ	Изоляцион бажарилган операциялар (n=27) III гурӯҳ	Изоляцион бажарилган операциялар (n=27) III гурӯҳ	Games-Howell тест (Бонферрони тузатмаси билан), жуфтликда тақъослаш тести		
					I vs II p_adj	I vs III p_adj	II vs III p_adj
Операция вакти (дақиқада)	157,1±16,5	73,2±20,5	54,5±13,5	p < 0,05	p < 0,017	p < 0,017	p < 0,017
Интраоперацион инфузия ҳажми (мл)	2215,2±350,0	1428,2±372,0	937,0±316,4	p < 0,05	p < 0,017	p < 0,017	p < 0,017
Кўлланилган спазмолитиклар миқдори (мл)	64,8±3,5	27,5±4,5	25,5±4,0	p < 0,05	p < 0,017	p < 0,017	p > 0,017
Кўлланилган СКҚВ (НПВС) миқдори (мл)	59,0±6,0	17,0±6,0	15,0±5,0	p < 0,05	p < 0,017	p < 0,017	p > 0,017
Операциядан кейинги фаоллашув бошланиши (кун)	3,5±0,5	1,6±0,8	1,4±0,6	p < 0,05	p < 0,017	p < 0,017	p > 0,017
Таомланиш бошланиши (кун)	2,5±0,5	1,7±0,8	1,5±0,7	p < 0,05	p < 0,017	p < 0,017	p > 0,017
Газ чиқиши бошланиши (кун)	2,4±0,3	1,3±0,6	1,2±0,5	p < 0,05	p < 0,017	p < 0,017	p > 0,017
Операциядан кейинги шифохонада ётиш кун	12,9±0,6	2,9 ± 1,4	2,4 ± 1,6	p < 0,05	p < 0,017	p < 0,017	p > 0,017

Games-Howell тест
(Бонферрони тузатмаси билан),
жуфтликда тақъослаш тести
ишончли **p < 0,017**

ANOVA, F-тест
ишончли **p < 0,05**

Games-Howell тест
(Бонферрони тузатмаси билан),
жуфтликда тақъослаш тести
ишончиз **p > 0,017**

Анъанавий очиқ симультан аралашувлар эса операциянинг энг узок давом этиши, инфузион терапиянинг энг катта ҳажми, анальгетикларга юқори эҳтиёж ва функционал тикланишнинг секинлашуви билан тавсифланади, бу эса госпитализация муддатининг узайишига олиб келади.

ПАРС (регулятор тизимлар фаоллик қўрсаткичи) бўйича вегетатив регуляцияни баҳолаш натижаларига кўра, симультан лапароскопик операциялардан сўнг вегетатив зўрикиш даражаси ўртacha бўлган ва 7-кунга келиб барқарорлашган, анъанавий очиқ операцияларда эса кучли вегетатив ортиқча зўрикиш сақланиб қолган (2-жадвал).

2-жадвал.

Текширилаётган гуруҳларда ПАРС ўзгаришлари динамикаси қўрсаткичлари

I гурух Симультан анъанавий операциялар (n=35)			II гурух Симультан лапароскопик операциялар (n=54)			III гурух Изоляцион бажарилган операциялар (n=27)		
Опер-дан олдин	1-кун	3-кун	Опер-дан олдин	1-кун	3-кун	Опер-дан олдин	1-кун	3-кун
3,1±1,9	6,9±1,0	5,5±0,7	2,8±1,3	3,9±0,6	3,4±0,9	2,5±1,7	4,1±0,8	2,9±0,6

Симультан ва изоляцион операциялардан сўнг эрта давр кечишининг солиштирма таҳлили қоннинг 16 та лаборатор қўрсаткичи бўйича амалга оширилди. Барча гуруҳларда 7-кунга келиб эритроцитлар ва гемоглобин даражалари асосан бошланғич қийматларга яқинлашган, бироқ назорат гуруҳида (СТО) статистик жиҳатдан ишончли фарқ сақланиб қолган, бу эса гемопоэз функциясининг тўлиқ тикланмаганини кўрсатади. СОЭ ва фибриноген ўсиши барча ҳолатларда қузатилган, аммо уларнинг энг юқори ва узок давом этувчи қўрсаткичлари очиқ (лапаротомик) симультан киришдан сўнг аниқланган. Умумий оқсил даражаси операциядан кейинги биринчи суткада барча гуруҳларда ишончли пасайган, айниқса СТО гуруҳида, СТО ва СЛО гуруҳларида 7-кунга келиб ишончли тикланиш қузатилган, ИЛО гуруҳида эса кечиккан, бироқ статистик жиҳатдан аҳамиятли қўтарилиш қайд этилган. СЛО ва ИЛО гуруҳларида глюкоза даражаси операциягача гипергликемик ҳолатда бўлиб, 7-кунга келиб ишончли равишда пасайган. СТО гуруҳида биринчи суткада транзитор гипергликемия қайд этилган бўлиб, у статистик жиҳатдан ишончли пасайиш билан бошланғич даражага қайтган. Умумий билирубин барча гуруҳларда референс меъёрда сақланган, аммо тўғридан-тўғри билирубин даражаси ҳафта охрига келиб фақат очиқ симультан киришда ишончли қўтарилиган. АСТ, АЛТ ва амилаза даражалари фақат очиқ симультан аралашувлардан сўнг референс чегарасидан ошган ва 7-кунга нормаллашган, лапароскопик усулларда эса улар меъёр доирасида қолган. Креатинин, мочевина ва электролитлар фақат назорат гуруҳида ифодалангандек, ўртacha транзитор ўзгаришлар билан намоён бўлган, бироқ физиологик меъёрдан ташқарига чиқмаган. Протромбин индекси барча гуруҳларда биринчи суткада ишончли пасайган, энг кескин тушиш очиқ хирургик киришда қузатилган ва тўлиқ тикланиш 7-кунга келиб фақат лапароскопик аралашувларда қайд этилган.

Диссертациянинг тўртинчи бобида “**Қорин бўшлиғи аъзоларининг бир вақтнинг ўзида бир нечта касалликлари бўлган беморларда ўтказилган симультан жарроҳлик операцияларидан кейин иммун ҳолатни ўрганиш**” натижалари келтирилган. Иммунитетнинг хужайравий бўғини лейкоцитлар, нейтрофиллар, моноцитлар, В-лимфоцитлар ва Т-лимфоцитлар даражаси орқали баҳоланди. Очик ва лапароскопик жарроҳликда яллигланиш жавобини таққослаш натижасида аниқландики, лапароскопик усулда лейкоцитлар, таяқсимон ядровий нейтрофиллар, моноцитлар ва лимфоцитлар даражаси анъянавий операцияларга нисбатан анча паст бўлади.

Жарроҳлик амалиётлари иммун тизимининг барча бўғинларида – хужайравий, гуморал ва фагоцитар тизимларда ўзгаришларга сабаб бўлади. Шу сабабли, иммунокоррекция асоратларни олдини олиш ва даволаш мақсадида қўлланилайдиган хирургик амалиётнинг муҳим йўналишларидан бири бўлиб қолмоқда. Беморнинг иммун ҳолатини баҳолашда Т- ва В-хужайравий бўғинлар фаолияти, фагоцитар функция ҳамда цитокинлар ишлаб чиқарилиши даражаси таҳлил қилиниши лозим. Тўқималарнинг шикастланиши иммунсупрессияни келтириб чиқаради, бу эса Т-супрессорлар ($CD8^+$) миқдори ва фаоллигининг ортиши билан намоён бўлади. Бу ҳолат В-хужайравий иммунитет ва фагоцитар фаолиятни сусайтириши мумкин.

Иммунорегулятор субпопуляцияларни ўрганиш Т-хелперлар ($CD4^+$), Т-супрессорлар ($CD8^+$) ва уларнинг ўзаро нисбати ($CD4^+/CD8^+$) ни таҳлил қилишни ўз ичига олди (3-жадвал).

3-жадвал.

CD3+, CD4+, CD8+, CD4+/CD8+ Лимфоцитлар сонининг ўзгариш динамикаси,

Кўрсаткичлар	Кузатув муддатлари	Беморлар гуруҳи		
		I гуруҳ (n=25)	II гуруҳ (n=25)	III гуруҳ (n=25)
Лимфоцитлар	Операциядан олдин	1988,1±17,1	1841±14,1	1451,6±95,0
	Операциядан 1-куни	1180±23,8	1459±12,4	1301±83,7
	Операциядан 3-куни	1097±136,2	1582±40,9	1347,8±41
	Операциядан 7-куни	1263,2±26,6	1841,5±33	1482,51±23,5
CD 3+	Операциядан олдин	1474,1±14,7	1375 ± 12,2	1350 ± 34,8
	Операциядан 1-куни	1135 ± 15,0	1239 ± 21,8	1190 ± 25,9
	Операциядан 3-куни	880 ± 26,9	1095 ± 26,9	1135 ± 28,7
	Операциядан 7-куни	883±19,7	1340 ± 25,6	1330 ± 18,9
CD 4+	Операциядан олдин	889,30±9,80	824,9±11,4	817,33±38,5
	Операциядан 1-куни	629,35±11,4	745,1±13,9	718,28±45,1
	Операциядан 3-куни	483,07±17,6	651,2±19,9	678,7±27,2
	Операциядан 7-куни	513,54±13,29	798,92±14,02	805,6±12,14
CD 8+	Операциядан олдин	503,78±7,70	484,48±7,84	475,81±11,91
	Операциядан 1-куни	451,45±7,34	438,51±9,96	425,09±6,83
	Операциядан 3-куни	355,91±8,07	393,21±9,12	406,71±10,59
	Операциядан 7-куни	343,56±8,43	476,78±8,78	471,44±8,59
CD 4+ / CD 8+	Операциядан олдин	1,77±0,02	1,70±0,05	1,72±0,02
	Операциядан 1-куни	1,39±0,03	1,70±0,03	1,69±0,11
	Операциядан 3-куни	1,36±0,10	1,66±0,05	1,67±0,09
	Операциядан 7-куни	1,49±0,06	1,68±0,06	1,71±0,06

Бунда моноклонал антитаначалар қўлланилди. Баҳолаш операциядан олдин, шунингдек 1-, 3- ва 7-кунларда амалга оширилди. Лапароскопик симультан аралашувдан ўтган беморларда 7-кунга келиб хужайравий иммунитет кўрсаткичлари ($CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$) нисбатан тез тикланганлиги кузатилди. Очиқ анъанавий кириш усулида эса кучлироқ яллиғланиш жавоби қайд этилган бўлиб, 7-кунга келиб иммунитетда пасайиш кузатилган. Барча гурухларда В-лимфоцитлар ($CD19^+$) абсолют миқдори операциядан кейинги биринчи куннинг ўзида бироз пасайган, 7-кунга келиб эса уларнинг даражаси бошланғич кўрсаткичларга яқинлашган (3-жадвал).

Лейкоцитлар миқдорининг динамикасини таҳлил қилиш шундан далолат берадики, аралашувдан кейинги биринчи суткада барча гурухларда лейкоцитлар миқдори сезиларли даражада ошган, энг юқори лейкоцитоз эса анъанавий симультан операциялар (СТО) гуруҳида кузатилган. Кейинги кунларда барча гурухларда кўрсаткич босқичма-босқич пасайган. Еттинчи кунга келиб лейкоцитлар даражаси камайган бўлса-да, назорат гуруҳида уларнинг миқдори бошланғич даражадан аҳамиятли даражада юқори бўлиб қолган, II ва III гурухларда эса фақатгина ўртача даражада юқори бўлган.

Хулоса қилиш мумкинки, ҳар қандай жарроҳлик аралашуви маълум даражадаги иммун етишмовчилигини юзага келтиради ва бу ҳолат, эҳтимол, операциядан кейинги инфекцион асоратлар ривожланишининг муҳим хавф омилларидан бири бўлиши мумкин. Бироқ, айнан лапароскопик усуллар иммун тизимига нисбатан камроқ зарап етказади.

Диссертациянинг **“Натижаларни баҳолаш”** деб номланган бешинчи бобида қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма ва якка ҳолдаги патологиялари билан касалланган bemорларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари, шунингдек, лапароскопик симультан операцияларда қўлланган шахсийлаштирилган диагностика ва даво алгоритмининг клиник самарадорлиги традицион усуллар билан қиёсланган ҳолда баҳоланди. Таҳлил қуидаги мезонлар бўйича олиб борилди: Dindo-Clavien универсал классификациясига асосан операциядан кейинги асоратларнинг учраш тез-тезлиги ва оғирлик даражаси, стационарда қолиш давомийлиги, реабилитация муддатлари ва bemорларнинг 1-, 3- ва 5-кунлардаги ҳаёт сифати динамикаси («Ҳар қандай турдаги жарроҳликдан кейинги даврда bemорларнинг ҳаёт сифати» сўрвномаси асосида). Жами 195 нафар (48,3%) bemор тадқиқотда иштирок этди ва улар қуидагича гурухларга ажратилди: I гурух (назорат) – 69 нафар bemор, уларга симультан анъанавий операциялар қилинган; II гурух (асосий) – 73 нафар bemор, уларга симультан лапароскопик операциялар амалга оширилган; III гурух – 53 нафар bemор, уларга қорин бўшлиғи аъзоларида якка лапароскопик аралашувлар ўтказилган. II ва III гурух bemорлари муаллиф томонидан ишлаб чиқилган алгоритм асосида даволанган. Операциядан кейинги асоратлар Dindo-Clavien жарроҳлик асоратлари классификацияси асосида баҳоланди.

Эрта операциядан кейинги асоратларнинг умумий сони 46 (24%) bemорда қайд этилган. Улардан I (назорат) гуруҳдаги bemорлар орасида – 33 (72%), II (асосий) гуруҳда – 9 (20%) ва III гуруҳда – 4 (9%) ҳолат кузатилган. Асоратлар

уч гурух ўртасидаги фарқ статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлиб, $p < 0,01$ ни ташкил этди. Жуфт қиёслашда очиқ анъанавий симультан операциялардан сўнг асоратлар достурор равишда кўпроқ учрагани аниқланди ($p < 0,017$), лапароскопик симультан ва якка лапароскопик операциялар орасида эса фарқ аҳамиятсиз бўлган ($p > 0,017$) (4-жадвал).

4-жадвал.

Беморлар гурухларига кўра интра- ва операциядан кейинги асоратларнинг тақсимоти

Асоратлар	I гурух		II гурух		III гурух	
	N=69	nKCD	N=73	nKCD	N=53	nKCD
Операциядан кейинги яранинг ириши	6	II	2	II	1	II
Пневмония	4	II	1	II	0	-
Жигар эхинококкэктомиясидан сўнг жигар суюқлиги оқиши	5	III a	2	II	1	III a
Корин бўшлиғига киришда (пневмоперитонеум / лапаротомия) ичкаридан қон кетиши	0	-	1	III b	1	III b
Ўт қопи йўли культасининг етишмовчилиги ва чегараланган ўсма перитонити	3	III b	1	III b	1	III b
Ошқозон резекциясидан сўнг 12 бармоқли ичак культасининг етишмовчилиги	4	III b	0	-	0	-
Ошқозоннинг бўйлама резекциясидан сўнг тикилган жойдаги етишмовчилик	0	-	1	III b	0	-
Жигардан эхинококкэктомиядан сўнг колдик бўшлиқ ириши	7	III b	1	III b	0	-
Илк ёпишма туфайли ичак тутилиши	1	IV a	0	-	0	-
Ўлим ҳолати	3	V	0	-	0	-
Жами	33		9		4	

nKCD – Dindo-Clavien класификацияси бўйича белгиланган жарроҳлик.

Аниқланган маълумотларга кўра, очиқ симултан жарроҳликда асоратлар сони ишончли даражада юқори бўлиб ($p < 0,017$), симултан ва алоҳида лапароскопик аралашувлар орасида статистик фарқ мавжуд эмас (5-жадвал). III даражали оғир ҳолатлар асосан очиқ усулдан кейин кузатилган, лапароскопик амалиётлар эса бундай асоратлар бўйича паст кўрсаткичларни кўрсатган. Шу билан бирга, ҳар бир текширилган гурух ичида II ва III даражали асоратларнинг нисбий улуси сезиларли фарқ қилмаган.

5-жадвал.

Беморлар гурухларида Dindo-Clavien класификацияси бўйича операциядан кейинги асоратларнинг тақсимоти

Гурух	Асоратга учраган bemорлар сони		Dindo-Clavien класификацияси бўйича									
			II		IIIa		IIIb		IVa		V	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I (n = 69)	33	47,8	10	30	5	15	14	42	1	3	3	9,1
II (n = 73)	9	12,3	5	56	0	0	4	44	0	0	0	0
III (n = 53)	4	7,5	1	25	1	25	2	50	0	0	0	0
Фарқнинг ишончлилиги	$p < 0,017$		$p > 0,017$		$p > 0,017$		$p < 0,017$		$p > 0,017$		$p > 0,017$	

MOS SF-36 сўровномаси асосида эрта операциядан кейинги даврда ҳаёт сифати (ХС) динамикасини кузатиш натижаларига кўра, ХСнинг икки асосий компоненти – жисмоний ва руҳий ҳолат баҳоланди. II ва III гуруҳларда оғриқни сезмаган ёки жуда енгил оғриқни ҳис қилувчи беморлар улуши операциядан сўнг 27%дан 75%гача ошгани қузатилди ($p < 0,017$). Шу билан бирга, ўртача ва кучли оғриқ синдроми тез-тезлиги 73%дан 25%гача камайди. I (назорат) гуруҳида эса операциядан кейин «оғриқсиз / жуда енгил оғриқ» кўрсаткичи фақат 40%ни ташкил этди, оғир оғриқ тез-тезлиги эса 60% даражасида сақланди. II ва III гуруҳларда ўз ҳолатини «жуда яхши» ёки «яхши» деб баҳолаган беморлар улуши 3,3%дан 56,7%гача ошган, I гуруҳда эса бу ўсиш 37,1%ни ташкил этди. «Ёмон» деб баҳолаш улуши лапароскопик гуруҳларда 70,0%дан 11,7%гача пасайган ($p < 0,017$), назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич фақат 20%гача камайди. «Хаётий энергия» (VT) мезони бўйича «кўп вақт/тез-тез кайфиятда бўлиш» жавоблари II ва III гуруҳларда 11,7%дан 78,3%гача ошди, I гуруҳда эса бу кўрсаткич 45,7%га етди. «Хеч қачон кайфиятда эмас» жавоби лапароскопик гуруҳларда 58,3%дан 6,7%гача камайди, очиқ операция гуруҳида эса 11,4%ни ташкил этди. Ижтимоий чекловлар мавжуд эмас ёки кам деб ҳисоблаганлар улуши лапароскопик гуруҳларда 26,7%дан 83,3%гача ошган ($p < 0,017$), назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич 54,3% бўлган. Мулоқотда жиддий чекловлар 25,0%дан 3,3%гача камайган (II+III гуруҳларда), очиқ симулттан аралашувдан кейин эса 32,7% даражасида сақланган. Операциядан 3 кун ўтгач, алгоритм асосида даволанганди беморларда интеграл «жисмоний» компонент 41%га, «руҳий» компонент эса 27%га яхшиланган. Назорат гуруҳида бу кўрсаткичлар мос равища 24% ва 13%ни ташкил этган.

Жарроҳлик даволашнинг узоқ муддатли натижалари 95 нафар беморда таҳлил қилинди: I гуруҳда – 35, II гуруҳда – 35 ва III гуруҳда – 25 бемор. Тадқиқотда иштирок этганлар ёши 18 ёшдан 72 ёшгача бўлган. Гуруҳлар ёш, жинс ва ҳамроҳ патологиялар бўйича ўзаро фарқ қилмаган ($p > 0,05$), бу эса узоқ муддатли натижаларни тўғри таққослаш имконини беради. Беморларни кузатиш амбулатор шароитда олиб борилган.

Тақдим этилган алгоритмни амалиётга жорий этиш натижасида II ва III гуруҳларда кечиккан асоратлар умумий учраш ҳолатлари анъанавий очиқ симулттан операциялар билан таққослаганда мос равища тахминан 4,5 ва 13 баробарга камайди (6-жадвал).

Алоҳида нозологик шакллар бўйича натижалар қўйидагича намоён бўлди: ПХЭС (постхолецистэктомик синдром) учраш тез-тезлиги деярли 5 марта; Операциядан сўнги қорин бўшлиғи битишмалари – 6 марта, ХПОС (хроник постоперацион оғриқ синдроми) – 1,5 ва 2 марта, Инцизион чурралар эса лапароскопик гуруҳларда умуман қайд этилмади.

Visick шкаласи бўйича баҳолаш натижалари лапароскопик гуруҳларда аниқ устунликни кўрсатди: уларда яхши ва аъло натижалар кўрсатган беморлар улуши статистик жиҳатдан юқори бўлган ($p < 0,017$). Симулттан ва якка лапароскопик аралашувлар орасида фарқ қузатилмаган. I гуруҳда эса фақат 20% беморларда яхши (Visick III) ёки аъло (Visick IV) натижаларга

эришилган, қолган 80% беморларда натижалар қониқарсиз (31%) ва шунчаки қониқарли (48,5%) деб баҳоланган.

6-жадвал.

Тадқиқот қилинган гурухларда кечикиб намоён бўлган операциядан кейинги асоратлар

Кеч операциядан кейинги асоратлар	Тадқиқот қилинган гурухлар (n=95)		
	I (назорат) гурух (n=35)	II (асосий) гурух (n=35)	III гурух (n=25)
ПХЭС	5 (14,2%)	1 (2,9%)	-
Операциядан сўнги битишмалар	6 (17,1%)	1 (2,9%)	-
ХПОС	3 (8,6%)	2 (5,7%)	1 (4,0%)
Корин олд деворида инцизион чурра	4 (11,4%)	-	-
Асоратлар билан беморлар жами	18 (51,4)	4 (11,4%)	1 (4,0%)

Ҳисоб-китобларга қўра, асосий гуруҳдаги беморларни даволашда симультан лапароскопик операциялардан (ЛХЭ + ПРЖ) фойдаланиш натижасидаги умумий иқтисодий самара бир беморга ўртача 8 413 442 сўмни ташкил этган (54 нафар бемор учун жами 454 325 868 сўм).

Шундай қилиб, симультан лапароскопик операцияларни амалиётга жорий этиш стационарлар учун, жарроҳлик ёрдамининг ҳажмини ошириш, тўловли клиникаларга мурожаат қилувчи беморлар шахсий харажатларини камайтириш, мамлакат иқтисодиёти ва келгусида суғурта тиббиёт тизимига ўтиш шароитида суғурта ташкилотлари учун шубҳасиз иқтисодий мақсадга мувофиқлигини намоён этади.

ХУЛОСА

1. Корин бўшлиғининг бир вақтда юзага келадиган жарроҳлик патологиясининг нозологик тузилишини ўрганиш шуни кўрсатди, асосан кўпчилик ҳолларда беморларда кўп учрайдиган ташхис хроник хисобли холецистит бўлган. Традицион аралашувлар амалга оширилган беморлар орасида у 12 бармоқли ичакнинг яра касаллиги билан 35 та ҳолатда (27,1%) биргаликда кузатилган, жигарнинг эхинококкози – 34 (26,4%), вентрал чурралар – 25 (19,4%) ва чов чурралар – 20 (15,5%) ҳамда жигарнинг солитар кисталари – 15 (11,6%) ҳолатларда аниқланган. Лапароскопик аралашувлар ўтказилган беморлар гуруҳида эса морбид семизлик – 54 ҳолатда (36,7%), жигар эхинококкози – 32 (21,8%), вентрал чурралар – 24 (16,3%), чов чурралар – 23 (15,7%) ва жигар кисталари – 14 ҳолатда (9,5%) қайд этилган;

2. Олиб борилган солишириңма таҳлил шуни күрсатдик, лапароскопик симультан аралашувлар операция давомийлиги ва инфузион терапия ҳажми бүйича анъанавий очиқ ҳамда изоляцион бажарилған лапароскопик операциялар орасыда ўртача ўринни әгаллайди. Лекин, операциядан сүнг тикланиш мезонлари бүйича (фаолликни бошлаш, энтерал озиқлантириш, ичакларда газ ўтиши), оғриқ синдроми ва стационарда ётиш кунлари сони жиҳатидан лапароскопик симультан операциялар изоляцион (якка) бажарилған лапароскопик аралашувлардан қолиши майди ва бир вақтнинг ўзида бир нечта патологияни бартараф этиш имконини беради. Клинико-лаборатор күрсаткичлар динамикаси ҳам II (СЛО) ва III (ИЛО) гурухларда I (СТО) гурухига нисбатан барқарор ва қулайроқ бўлган;

3. Иммун ҳолатни ўрганиш шунга олиб келдики, операциядан кейинги иммунсупрессиянинг энг юқори даражаси очиқ симультан аралашувларни бошдан кечирган беморларда кузатилған. Лапароскопик операциялардан сүнг эса яллиғланиш жавоби камроқ ифодаланган бўлиб, ҳужайравий иммунитет күрсаткичлари (CD3+, CD4+, CD8+) 7-кунга келиб тикланган. Бу лапароскопик оператив йўлиниң иммун тизимга туширадиган юки нисбатан пастлигини тасдиқлайди ҳамда катта ҳажмдаги операцияларни режалаштиришда иммун ҳолатни ҳисобга олиш зарурлигини күрсатади;

4. Қорин бўшлиғининг бир вақтда учрайдиган жарроҳлик патологияси билан касалланган беморларда диагностика ва даволаш тактикаси бүйича ишлаб чиқилған индивидуаллаштирилған алгоритм юқори клиник ва ташкилий самарадорликни намоён этди. Ушбу алгоритм асосида даволанган беморларда эрта операциядан кейинги асоратлар 2 ва 3 гурухларда мос равища 12,3% (73 бемордан 9 нафар) ва 7,5% (53 бемордан 4 нафар) ҳолатларда қайд этилди, бу эса назорат гуруҳдаги 47,8% (69 бемордан 33 нафар) ҳолат билан солиширилғанда анча паст күрсаткичdir. Кечикиб юзага келган операциядан кейинги асоратлар 2 ва 3 гурухларда мос равища 11,4% (35 бемордан 4 нафар) ва 4% (25 бемордан 1 нафар) ҳолатларда учраган, назорат гурухи (1 гурух)да эса бу күрсаткич 51,4% (35 бемордан 18 нафар) ни ташкил этган. Госпитализация муддати 2,3 марта, тикланиш муддати эса 1,3 марта қисқарган. Visick шкаласи бүйича асосий гуруҳда “аъло” деб баҳоланган натижалар улуши ишончли даражада юқори бўлган ($p < 0,017$). Таклиф этилган такомиллаштирилған тасниф бир вақтда учрайдиган жарроҳлик касалликларини таърифлашда аввалги ёндашувларнинг чекловларини бартараф этади; у касалликларнинг шошилинчлиги, усули, анатомик локализацияси, патогенетик боғлиқлиги ва қарор қабул қилиш босқичи каби омилларни комплекс ҳисобга олади;

5. Яқин ва узоқ муддатли натижаларни ўрганиш шундан далолат бердики, симультан лапароскопик аралашувлар хавфсизлик жиҳатидан изоляцион (якка) бажарилған лапароскопик операциялардан қолиши майди ва очиқ аралашувлар билан солиширилғанда асоратлар тез-тезлиги, меҳнатга лаёқатсизлик ва госпитализация муддатини ишончли даражада камайтиради. Узоқ муддатли кузатувларда улар операциядан кейинги патологиялар (битиши жараёни, инцизион чурралар, постбульбар бузилишлар) камроқ

учрашини таъминлайди. MOS SF-36 маълумотларига кўра, бундай беморлар ҳаёт сифатининг юқорилигини қайд этганлар. Ҳисоб-китобларга кўра, ЛХЭ + ПРЖ операциясида бир bemorga тўғри келадиган ўртача иқтисодий самара 8,4 млн сўмдан зиёдни ташкил этган, бу эса ушбу стратегиянинг тиббиёт, давлат ва bemor учун рентабеллигини тасдиқлайди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 ПРИ АНДИЖАНСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ ПО
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ЙИГИТОВ АЮБХОН АЗИЗОВИЧ

**УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**

14.00.27 – Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (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 № В2024.3.PhD/Tib4981.

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:

Ходжиматов Гуломиддин Минходжиевич
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Мусашайхов Хусанбой Таджибаевич
доктор медицинских наук, доцент

Ирматов Сарвар Хикматиллаевич
доктор медицинских наук

Ведущая организация:

Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения

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 оценкам специалистов ВОЗ, у 20–30% хирургических больных наблюдаются случаи, когда требуется проведение нескольких вмешательств одновременно. Несмотря на очевидные преимущества одновременных операций, позволяющих добиться максимального терапевтического эффекта и снизить социально-экономическую нагрузку, их доля в общем количестве вмешательств не превышает 6%¹. Это приводит к удлинению сроков госпитализации, увеличению числа осложнений, снижению качества жизни пациентов и росту медицинских расходов. Проведение симультанных операций на органах брюшной полости с использованием минимально инвазивных технологий считается одним из перспективных направлений. Однако, несмотря на популярность лапароскопических методик, их применение существенно различается – от 20 до 70% в зависимости от учреждения². Снижение частоты осложнений и повышение эффективности хирургического лечения возможно за счёт совершенствования диагностических и лечебных стратегий при выполнении симультанных вмешательств. Несмотря на использование различных предикторов и шкал для оценки периоперационного риска, их информативность зачастую остаётся недостаточной. В этой связи разработка прогностических моделей, учитывающих комплекс валидизированных маркеров, является одним из приоритетных направлений.

В мировой практике одной из наиболее актуальных задач современной плановой хирургии является разработка научно обоснованных клинических рекомендаций, направленных на повышение эффективности лечения пациентов с сочетанными хирургическими патологиями органов брюшной полости. В этом направлении активно проводятся целенаправленные исследования, в рамках которых разрабатываются и внедряются программы мультимодальной преабилитации и нутриционной оптимизации предоперационного периода, которые включают физические тренировки, коррекцию питания и психологическую подготовку пациентов, что позволяет достоверно снижать риск тяжёлых послеоперационных осложнений, внедряются адаптированные и компонентные программы ускоренного восстановления пациентов способствующие улучшению функциональных результатов и сокращению сроков госпитализации при выполнении плановых сочетанных операций.

Современные аспекты развития хирургии в нашей стране включают комплекс мер, направленных на улучшение результатов лечения сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям

¹ Толеубаев Е. А. Симультанные операции в хирургии органов брюшной полости / Толеубаев Е. А., Алибеков А. Е., Балыкбаева А. М., Мамытов Б. А. // Медицина и экология. 2021. № 1. С. 47–53.

² Vural A, Goksu K, Kahraman AN, et al. Increased gallstone formation after sleeve gastrectomy and the preventive role of ursodeoxycholic acid. Acta Gastroenterol Belg. 2020;83(1):33–38.

включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг³. Реализация данных задач, в частности, повышение эффективности видеоэндохирургических симультанных оперативных вмешательств при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости, в связи с высокой медицинской и социальной значимостью данной патологии, остаётся одним из актуальных направлений абдоминальной хирургии и медицины в целом.

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 декабря 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 профилактике» за №ПП-4891 от 12 ноября 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. Современное развитие абдоминальной хирургии подчёркивает необходимость совершенствования методов одновременного выполнения хирургических вмешательств. Все основные аспекты оперативного вмешательства – анестезия, операционная травма, стресс, кровопотеря и антибактериальная терапия – снижают иммунную защиту организма и создают предпосылки для развития вторичного иммунодефицита. Оценка степени иммунодефицита и факторов риска осложнений имеет решающее значение для оптимального ведения больного в послеоперационном периоде. Операционная травма и анестезия вызывают временную иммуносупрессию, которая, как правило, компенсируется в течение 8–14 дней⁴. Однако даже кратковременное снижение иммунного ответа может привести к серьёзным последствиям, особенно у пациентов с исходной иммунной недостаточностью. Изменения в состоянии иммунной системы организма оказывают негативное влияние на клинический результат, удлиняют период восстановления и ухудшают качество жизни – независимо от выбранного метода операции или особенностей ведения периоперационного периода. Кроме того, на сегодняшний день отсутствуют чёткие рекомендации относительно применения некоторых физических методов воздействия в первые послеоперационные дни.

³Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов

⁴ Aliev M. Zh., Zubehina L. M., Niyazbekov K. I. Simultaneous operations for liver echinococcosis. Novosti Khirurgii (News of Surgery). 2021;29(1):13–19.

Отечественные исследования, преимущественно узбекской школы хирургии, вносят весомый вклад в доказательную базу по симультанным вмешательствам. Так, в Самаркандском медицинском институте установлено, что частота сочетанной патологии у больных с центральными грыжами достигает 52,8 %, при этом уровень гормонов стресса (кортизола и пролактина) зависит преимущественно от метода герниопластики, а не от факта симультанности операции⁵. В более позднем исследовании показано, что приоритет ненатяжных методик и лапароскопии снижает частоту послеоперационных осложнений до 5,3 % и сокращает госпитализацию до $8,3 \pm 0,6$ дня⁶. Вне абдоминальной хирургии безопасность симультанных вмешательств подтверждена в кардиохирургии: одномоментная реваскуляризация каротидного и коронарного русла у 75 пациентов сопровождалась летальностью лишь 1,3 %, а межоперационные осложнения отсутствовали⁷. При эхинококкэктомии печени симультанные вмешательства, по данным трёхлетнего наблюдения, не сопровождались рецидивами⁸. Однако, даже в этих работах отсутствуют стандартизированные рекомендации по интеграции мультимодальной аналгезии, психокоррекции, физиотерапии и Fast Track-протоколов в практику симультанных лапароскопических вмешательств. Это подчёркивается и в гинекологических публикациях, где акцент делается преимущественно на экономическую и техническую целесообразность комбинированных вмешательств⁹. Кроме того, в Республике Узбекистан пока не разработаны единые протоколы ведения пациентов с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости в периоде операции и в периоде при проведении симультанных операций.

Проведённый анализ литературных данных показал, что вопросы терминологии и классификации симультанных операций на органах брюшной полости, прогнозирование ближайших результатов, а также оценка их социально-экономической эффективности до настоящего времени изучены недостаточно. Выявление, систематизация и унификация этих аспектов, разработка и научное обоснование алгоритма персонализированной медицинской помощи и лечебно-реабилитационной тактики, расширение возможностей хирургических методов, а также стандартизация не только оперативных приёмов, но и принципов периоперационного ведения пациентов требуют проведения дальнейших исследований. В связи с этим лечение заболеваний органов брюшной полости с применением симультанных

⁵ Курбаниязов З.Б. Обоснование симультанных операций при грыжах живота по результатам исследования стрессовых гормонов / З.Б. Курбаниязов, У.А. Шербеков, Б.А. Мардонов, У.Р. Худайназаров // Sciences of Europe. – 2021. – № 70. – С. 34–38.

⁶ Шербеков У.А. Оптимизация хирургической коррекции сочетанной абдоминальной патологии при центральных грыжах / У.А. Шербеков, Ж.П. Раджабов // Research Focus. – 2023. – Т. 2, № 1. – С. 457–461.

⁷ Машрапов О.А. Сравнительная характеристика симультанных и этапных операций при сочетанном поражении каротидного и коронарного русла / О.А. Машрапов, А.А. Абдурахманов, М.А. Обейд, Н.М. Рахимов, И.А. Абдухалимов, Ф.А. Маматалиев, А.В. Дубровченко // Вестник экстренной медицины. – 2023. – Т. 16, № 1. – С. 5–13.

⁸ Алиев М.Ж. Симультанные операции при эхинококкозе печени / М.Ж. Алиев, Л.М. Зубехина, К.И. Ниязбеков // Новости хирургии. – 2021. – Т. 29, № 1. – С. 13–19.

⁹ Закирова Н.И. Особенности симультанных операций в гинекологии (обзор литературы) / Н.И. Закирова, З.С. Суярова, Ю.М. Тилавова // Вопросы науки и образования. – 2018. – № 29 (41). – С. 104–110.

лапароскопических операций следует рассматривать как одно из сложных, недостаточно изученных и пока неформализованных современных направлений хирургии. Указанные обстоятельства определяют высокую научную и практическую актуальность данного исследования.

Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом научных работ Андижанского государственного медицинского института в рамках научного проекта «Разработка и внедрение новых технологий в диагностике и лечении хирургических заболеваний человека» (2021–2024 гг.).

Цель исследования заключается в повышении эффективности лечения пациентов с сочетанными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости путём применения видеоэндохирургических методов, направленных на снижение риска развития осложнений во время симультанных оперативных вмешательств.

Задачи исследования:

изучить нозологическую структуру у больных с сочетанной хирургической патологией и представить клиническую характеристику пациентов, которым выполнены симультанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости.

разработать и научно обосновать алгоритм диагностической и лечебно-реабилитационной тактик, базирующихся на прогнозировании риска развития послеоперационных осложнений, а также усовершенствовать классификацию сочетанных хирургических заболеваний в зависимости от выбора оперативного доступа и особенностей периоперационного ведения больных;

проанализировать исходы симультанных оперативных вмешательств на органах брюшной полости в зависимости от выбранной оперативной тактики (лапароскопические симультанные и традиционные симультанные) и в сравнении с изолированными лапароскопическими вмешательствами;

изучить влияние иммунологического статуса на исход операции и формирование послеоперационных осложнений симультанных оперативных вмешательств на органах брюшной полости в зависимости от метода доступа;

оценить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости в зависимости от вида оперативного доступа.

Объектом исследования послужили 404 больные оперированные за период 2015–2024 г. по поводу сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости в Клинике Андижанского государственного медицинского института, Андижанском филиале РНЦЭМП и частной клинике “Yigitov clinic”.

Предмет исследования заключается в анализе результатов симультанных традиционных, симультанных лапароскопических и изолированных лапароскопических операций, выполненных по поводу сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости.

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:

определены динамика иммунологических маркеров, морфофункциональные особенности применяемых хирургических методов и ведения периоперационного периода в условиях симультанных операций на достаточном клиническом материале у больных с сочетанными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости;

определенны тактические и технические аспекты симультанных эндовоидеохирургических вмешательств при оперативном лечении сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости с комплексной оценкой необходимости проведения изолированных или одномоментных операций;

разработана модель иммунокоррекции, основанная на оценке иммунологических и лабораторных показателей (CD3+, CD4+, IL-6, СРО, лимфоциты) при лечении сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости, что позволило определить иммуносупрессивный фенотип и вероятность формирования иммунодефицитного состояния;

доказана клиническая эффективность индивидуализированного диагностического и лечебно-реабилитационного тактического протокола, основанного на концепции «быстрого восстановления» (FTS) и направленного на снижение риска развития осложнений при симультанных оперативных вмешательствах на органах брюшной полости.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

оптимизирована классификация симультанных операций в соответствии с современными стандартами абдоминальной хирургии, выполняемых при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости;

разработан индивидуализированный алгоритм диагностики у пациентов с сопутствующими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости;

разработан индивидуализированный алгоритм лечения у пациентов с сопутствующими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

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 исследований.

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что полученные выводы и представленные рекомендации имеют теоретическую ценность: предложена классификация симультанных операций при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости в соответствии с современными стандартами абдоминальной хирургии, а также выявлена вероятность формирования иммуносупрессивного фенотипа и иммунодефицитного состояния на основе оценки иммунологических и

лабораторных показателей при лечении данных заболеваний.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что на основе полученных данных разработаны индивидуализированные алгоритмы диагностики и лечения у пациентов с сопутствующими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, создана модель иммунокоррекции, основанная на оценке иммунологических и лабораторных показателей при лечении сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости, а также установлена клиническая эффективность разработанных методик.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению исходов хирургического лечения сочетанных заболеваний органов брюшной полости:

разработаны методические рекомендации «Улучшение результатов хирургического лечения сочетанных заболеваний органов брюшной полости путем применения симультанных лапароскопических операций» (утверждена Экспертным советом Андижанского государственного медицинского института №6i-41/u от 22.04.2025 года). Внедрение предложенных рекомендаций позволило сократить частоту ранних послеоперационных осложнений до 7,5%, поздних послеоперационных осложнений до 4%, длительность госпитализации в 2,3 раза и сроки восстановления в 1,3 раза.

полученные научные результаты внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в отделение хирургии Ферганского филиала РНЦЭМП (приказ №98/9 от 28.04.2025 г.) и Наманганского филиала РНЦЭМП (приказ №71 от 12.05.2025 г.). (Заключение Научно-технического совета при Министерства здравоохранения №19/33 от 10.06.2025 года). Внедрение результатов исследования в клиническую практику показало, что средняя экономическая выгода от симультанных лапароскопических вмешательств (например, сочетания лапароскопической холецистэктомии и продольной резекции желудка) в основной группе составила 8 413 442 сум на одного пациента. Общая суммарная эффективность по группе из 54 пациентов достигла 454 325 868 сум.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 2 научно-практических конференциях в том числе на 1 международных и 1 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 16 научных работ, из них 7 журнальных статей, 4 из которых в республиканских и 3 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 140 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

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** приведен обзор литературы, состоящий из четырёх подглав, где последовательно рассмотрены традиционные подходы, развитие лапароскопических методик и современные возможности видеоэндохирургии, включая симультанные вмешательства при эхинококкозе печени, морбидном ожирении и грыжах, а также изменение иммунологических и лабораторных показателей при оперативном вмешательстве.

В конце главы приведены дискуссионные вопросы, требующие дальнейшего исследования.

Вторая глава **«Материал и методы исследования»** посвящена характеристике больных, а также используемым методам исследования. Клинический материал исследования охватывает ретроспективно-проспективную выборку, включающую 404 пациента, прооперированных в период с 2015 по 2024 годы. Хирургическое лечение проводилось на базе кафедры хирургических болезней Андижанского государственного медицинского института, в хирургических отделениях Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, клиники Андижанского государственного медицинского института, а также в многопрофильной клинике “YIGITOV CLINIC”. Контрольную (первую) группу составили 129 больных, перенесших симультанные хирургические вмешательства традиционным лапаротомным доступом (СТО) в период 2015–2020 гг.

В основную (вторую) группу были включены 147 пациентов, которым в аналогичных клинических ситуациях выполнялись симультанные лапароскопические операции (СЛО).

Группа сравнения (третья группа) включала 128 пациентов, оперированных методом изолированных лапароскопических вмешательств (ИЛО) в 2021–2024 гг.

Распределение пациентов по полу и возрасту показало преобладание женщин во всех клинических группах, особенно среди больных с сочетанной патологией: в I группе доля женщин составила 75%, а во II группе - 79% (т.е. в 3 раза больше, чем мужчин).

В группе изолированных лапароскопических вмешательств соотношение было более сбалансированным – 55,5% женщин и 44,5% мужчин. Большинство пациентов во всех группах были трудоспособного возраста – от 21 до 60 лет.

В нозологической структуре пациентов с сочетанной хирургической патологией, прооперированных традиционным способом, преобладал калькулёзный холецистит в сочетании с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (27%), эхинококковым поражением печени (26%), вентральными и паховыми грыжами (19% и 15,5% соответственно), а также солитарными кистами печени (почти 12%) (рис.1).



Рис. 1. Структура симультанных операций в контрольной группе пациентов

В группе симультанных лапароскопических вмешательств наибольшее распространение получили сочетания холецистита с морбидным ожирением (37%), эхинококозом печени (22%), вентральными и паховыми грыжами (примерно по 16%), а также кистами печени (9,5%). Среди пациентов, перенесших изолированные лапароскопические операции, чаще всего выполнялись холецистэктомия (23%), продольная резекция желудка (21%), герниопластика паховых грыж (16%) и вентральных грыж (14%), удаление эхинококковых кист печени (13%) и солитарных кист (12,5%). Во всех трёх группах преобладали плановые вмешательства (от 71% до 84%). Наибольшая доля экстренных операций зафиксирована в группе I (около 29 %), а наименьшая – в группе II (16%) (рис.2).



Рис. 2. Количество выполненных симультанных лапароскопических операций различных видов

Выявленная нозологическая разнотипность и различная частота сочетаний подчёркивают необходимость единой систематизации. Действующие классификации не отражают патогенетические взаимосвязи, не

задают этапность и избыточно терминологичны, что затрудняет выбор тактики.

Поэтому в рамках исследования была усовершенствована классификация сочетанных хирургических заболеваний, учитываяющая срочность, метод и доступ, этап принятия решения, патогенетическую связь, единицу времени, анатомическую локализацию и исход операции.

Данная классификация подробно изложена в соответствующей главе диссертации. Она была утверждена на международной конференции «Профилактическая медицина: проблемы, решения, перспективы», состоявшейся в 2024 году в городе Андижане, и рекомендована к применению в практике здравоохранения Узбекистана.

Также в рамках исследования был разработан Персонализированный алгоритм диагностики и лечения при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости (DGU №34202; DGU №48978 и DGU №34153). Применение предложенного алгоритма позволяет обоснованно определить необходимость использования СЛО или СТО.

Выбор хирургического доступа и последовательность этапов оперативного вмешательства определяется командой хирургов, непосредственно выполняющей операцию (рис.3 и рис.4).

В третьей главе диссертации представлена **«Сравнительная характеристика симультанных операций на органах живота»**.

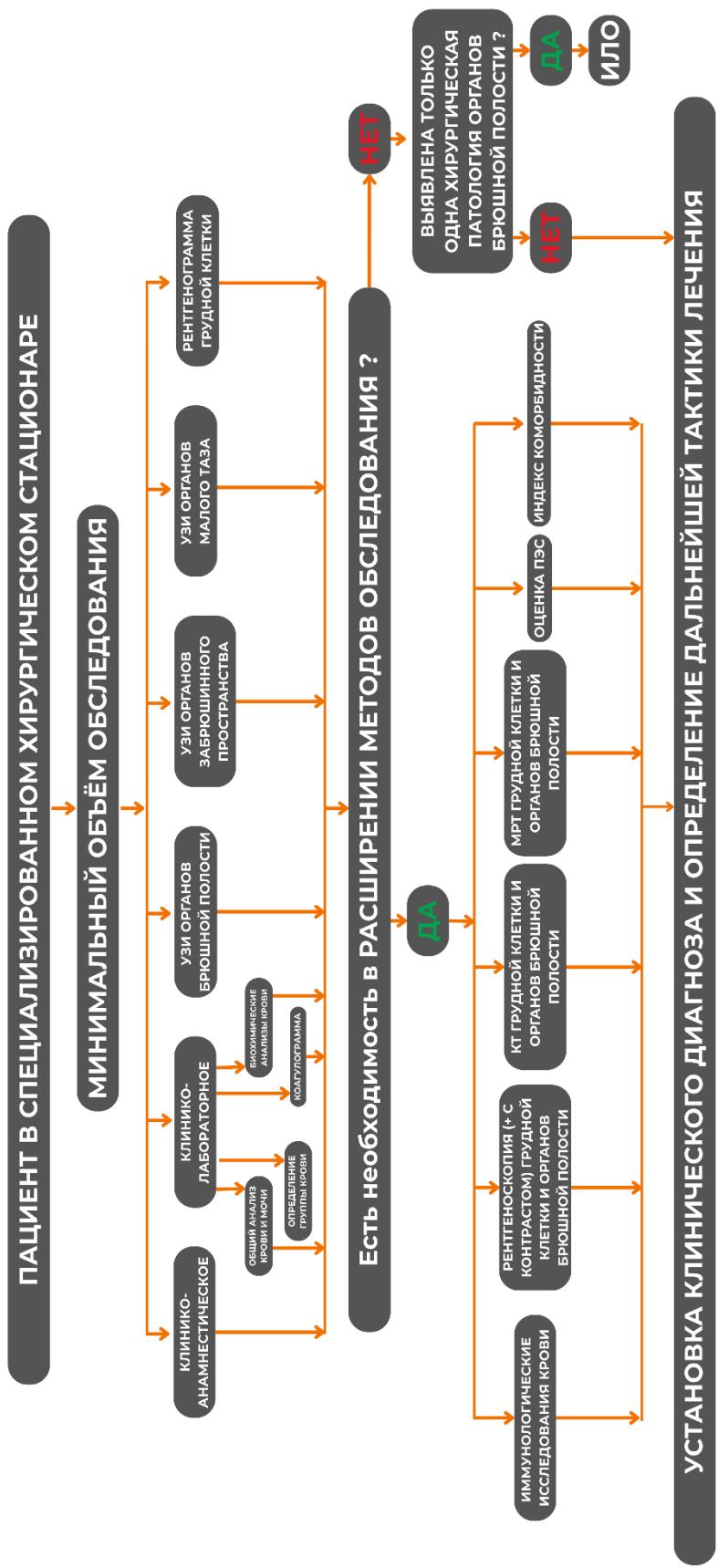
Сравнительный анализ симультанных и изолированных вмешательств был проведён на примере пациентов, перенёсших операции на желудке, по восьми ключевым интра- и послеоперационным критериям (табл.1).

Установлено, что лапароскопические симультанные вмешательства занимают промежуточное положение между «открытыми» симультанными и изолированными лапароскопическими операциями по длительности операции и объёму инфузационной терапии.

При этом по критериям послеоперационного восстановления (начало активизации, энтеральное питание, отхождение газов), болевому синдрому и количеству проведённых койко-дней показатели в группах 2 и 3 оказались статистически сопоставимыми.

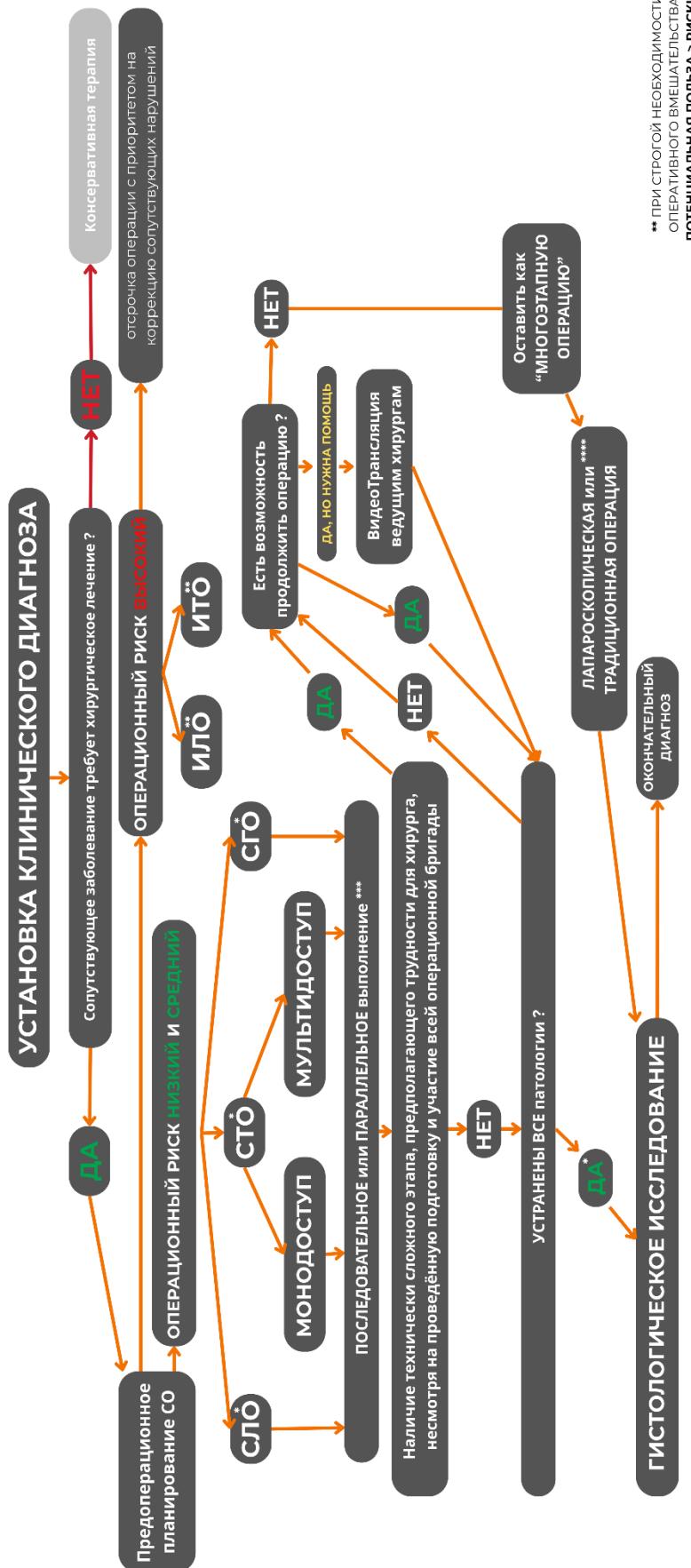
Традиционные открытые симультанные вмешательства демонстрируют максимальную продолжительность операции, наибольший объём инфузационной терапии, выраженную потребность в анальгетиках и замедленную функциональную реабилитацию, что обуславливает удлинение госпитализации.

Оценка вегетативной регуляции по ПАРС (показатель активности регуляторных систем) показала, что после симультанных лапароскопических операций уровень вегетативного напряжения был умеренным и стабилизировался уже на 7-е сутки, а при открытых операциях сохранялось выраженное вегетативное перенапряжение (табл.2).



УЗИ - Ультразвуковое исследование; ИЛО - Изолированная Традиционная операция; КТ - Компьютерная Томография; МРТ - Магнитно-резонансная томография; ПЭС - Психоэмоциональное состояние

Рис 3. Персонализированный алгоритм диагностики при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости



*АЛГОРИТМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРИНЦИПОВ КОНЦЕПЦИИ FAST TRACK SURGERY
отказ от седативной премедикации, ограничение инфузионной нагрузки,
отказ от рутинных дренажей, раннее начало энтерального питания,
активизация с первых суток, эффективное обезболивание без опиоидов.

ИЛ О - Изолированная Лапароскопическая операция; ИЛО - Изолированная традиционная операция

ИПО - Симптуың анттың иордандырылған операция; ИЛО - изолираннан лапароскопическая операция; ИЛО - изолираннан радиционная операция

卷之三

10

Рис 4. Персонализированный алгоритм лечения при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости

**Характеристика симультанных и изолированных вмешательств на желудке
по основным интра- и послеоперационным критериям**

Таблица 1.

Критерии сравнения	Симультанные традиционные операции (n=35) I (контрольная) группа	Симультанные лапароскопические операции (n=54) II (основная) группа	Изолированные операции (n=27) III группа	Достоверность различия, р	тест Games-Howell (с поправкой Бонферрони), попарный тест		
					I vs II p-adj	I vs III p-adj	II vs III p-adj
Длительность операции (мин)	157,1±16,5	73,2±20,5	54,5±13,5	p < 0,05	p < 0,017	p < 0,017	p < 0,017
Объем интраоперационных инфузий (мл)	2215,2±350,0	1428,2±372,0	937,0±316,4	p < 0,05	p < 0,017	p < 0,017	p < 0,017
Количество введенных спазмолитиков (мл)	64,8±3,5	27,5±4,5	25,5±4,0	p < 0,05	p < 0,017	p < 0,017	p > 0,017
Количество введенных НПВС (мл)	59,0±6,0	17,0±6,0	15,0±5,0	p < 0,05	p < 0,017	p < 0,017	p > 0,017
Начало активизации после операции (сутки)	3,5±0,5	1,6±0,8	1,4±0,6	p < 0,05	p < 0,017	p < 0,017	p > 0,017
Начало кормления (сутки)	2,5±0,5	1,7±0,8	1,5±0,7	p < 0,05	p < 0,017	p < 0,017	p > 0,017
Сроки отхождения газов (сутки)	2,4±0,3	1,3±0,6	1,2±0,5	p < 0,05	p < 0,017	p < 0,017	p > 0,017
Послеоперационный койко-день	12,9±0,6	2,9 ± 1,4	2,4 ± 1,6	p < 0,05	p < 0,017	p < 0,017	p > 0,017

тест Games-Howell (с поправкой
Бонферрони), попарный тест

достоверно	p < 0,05
недостоверно	p > 0,017

Таблица 2.

Показатели динамики изменений ПАРС в исследуемых группах

I группа Симультанные традиционные операции (n = 35)			II группа Симультанные лапароскопические операции (n = 54)			III группа Изолированные лапароскопические операции (n = 27)		
До операции	1 сутки	3 сутки	До операции	1 сутки	3 сутки	До операции	1 сутки	3 сутки
3,1±1,9	6,9±1, 0	5,5±0, 7	2,8±1,3	3,9±0, 6	3,4±0, 9	2,5±1,7	4,1±0, 8	2,9±0, 6

Сравнительный анализ особенностей течения раннего послеоперационного периода после симультанных и изолированных хирургических вмешательств проводился на основании оценки 16 лабораторных показателей крови. Во всех исследуемых группах к седьмым суткам показатели эритроцитов и гемоглобина в основном приближались к исходным значениям, однако в контрольной группе (СТО) сохранялись статистически достоверные изменения, что указывает на менее полное восстановление кроветворной функции. Рост СОЭ и фибриногена присутствовал везде, но был максимален и более долгим после открытого симультанного доступа. Общий белок достоверно снижался на первые сутки после операции у всех пациентов, особенно в группе СТО, с достоверным восстановлением к 7-м суткам в СТО и СЛО, а также с поздним, но статистически значимым подъёмом в ИЛО. Уровень глюкозы в группах СЛО и ИЛО демонстрировал исходную гипергликемию, которая достоверно снижалась к 7-м суткам. В СТО отмечался транзиторный статистически достоверный подъём глюкозы на первые сутки, за которым следовало снижение – достоверное по сравнению с исходным уровнем. Общий билирубин сохранялся в референсных пределах во всех группах, однако прямой билирубин достоверно повышался лишь к концу недели после открытого симультанного доступа. АСТ, АЛТ и амилаза превышали референс исключительно после открытых симультанных операций и нормализовались к седьмым суткам, тогда как при обеих лапароскопических методиках колебания оставались в пределах нормы. Креатинин, мочевина и электролиты показали лишь умеренные транзиторные изменения, наиболее выраженные в контрольной группе (СТО), но не выходившие за физиологические границы. Протромбиновый индекс достоверно снижался во всех трёх группах на первые сутки, наиболее резко при открытом хирургическом доступе, и полностью восстанавливался на 7й день после операции лишь при лапароскопических вмешательствах.

В четвертой главе диссертации приведено «Исследование иммунного статуса у больных перенесших симультанные операции по поводу сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости». Клеточное звено иммунитета оценивали по уровню лейкоцитов, нейтрофилов, моноцитов, В-лимфоцитов и Т-лимфоцитов. Сравнивая воспалительный ответ

при открытой и лапароскопической хирургии, выявлено, что при лапароскопии уровень лейкоцитов, палочкоядерных нейтрофилов, моноцитов и лимфоцитов значительно ниже, чем при традиционных операциях.

Т.к. хирургические операции вызывают изменения во всех звеньях иммунной системы – клеточном, гуморальном и фагоцитарном, иммунокоррекция остается важным направлением хирургической практики, применяемым как для профилактики, так и для лечения осложнений. Оценка иммунного статуса пациента должна включать анализ активности Т- и В-клеточного звеньев, фагоцитарной функции и продукции цитокинов.

Повреждение тканей вызывает иммуносупрессию, сопровождающуюся увеличением количества и функциональной активности Т-супрессоров (CD8+), что подавляет В-клеточный иммунитет и фагоцитарную активность.

Исследование иммунорегуляторных субпопуляций включало анализ Т-хелперов (CD4+), Т-супрессоров (CD8+) и их соотношения (CD4+/CD8+) с использованием моноклональных антител (табл.3).

Таблица 3.
Показатели динамики количества лимфоцитов, CD3+, CD4+, CD 8+, CD4+/CD8+, M \pm m

Показатели	Сроки наблюдений	Группы больных		
		I группа (n=25)	II группа (n=25)	III группа (n=25)
Лимфоциты	До операции	1988,1\pm17,1	1841\pm14,1	1451,6\pm95,0
	1 сутки после операции	1180 \pm 23,8	1459 \pm 12,4	1301 \pm 83,7
	3 сутки после операции	1097 \pm 136,2	1582 \pm 40,9	1347,8 \pm 41
	7 сутки после операции	1263,2\pm26,6	1841,5\pm33	1482,51\pm23,5
CD 3+	До операции	1474,1\pm14,7	1375\pm 12,2	1350\pm 34,8
	1 сутки после операции	1135 \pm 15,0	1239 \pm 21,8	1190 \pm 25,9
	3 сутки после операции	880 \pm 26,9	1095 \pm 26,9	1135 \pm 28,7
	7 сутки после операции	883\pm19,7	1340\pm 25,6	1330\pm 18,9
CD 4+	До операции	889,30\pm9,80	824,9\pm11,4	817,33\pm38,5
	1 сутки после операции	629,35 \pm 11,4	745,1 \pm 13,9	718,28 \pm 45,1
	3 сутки после операции	483,07 \pm 17,6	651,2 \pm 19,9	678,7 \pm 27,2
	7 сутки после операции	513,54\pm13,29	798,92\pm14,02	805,6\pm12,14
CD 8+	До операции	503,78\pm7,70	484,48\pm7,84	475,81\pm11,91
	1 сутки после операции	451,45 \pm 7,34	438,51 \pm 9,96	425,09 \pm 6,83
	3 сутки после операции	355,91 \pm 8,07	393,21 \pm 9,12	406,71 \pm 10,59
	7 сутки после операции	343,56\pm8,43	476,78\pm8,78	471,44\pm8,59
CD 4+ / CD 8+	До операции	1,77\pm0,02	1,70\pm0,05	1,72\pm0,02
	1 сутки после операции	1,39 \pm 0,03	1,70 \pm 0,03	1,69 \pm 0,11
	3 сутки после операции	1,36 \pm 0,10	1,66 \pm 0,05	1,67 \pm 0,09
	7 сутки после операции	1,49\pm0,06	1,68\pm0,06	1,71\pm0,06

Оценка проводилась перед операцией, а также на 1-е, 3-е и 7-е сутки после вмешательства. У пациентов, перенёсших лапароскопические симультанные вмешательства, наблюдается более быстрое восстановление показателей клеточного иммунитета (CD3+, CD4+, CD8+) к 7-м суткам, тогда как при открытом доступе сохраняется их подавление. Во всех исследуемых группах регистрировалось умеренное уменьшение популяции CD19⁺-лимфоцитов в

течение первых суток послеоперационного периода, при этом к концу недели их количественные параметры возвращались к уровням, зафиксированным до вмешательства.

При анализе динамики количества лейкоцитов на первые сутки после вмешательства лейкоциты значимо возросли во всех группах, однако наиболее выраженный лейкоцитоз сформировался при СТО. Дальнейшая динамика характеризовалась постепенным снижением показателя во всех группах. К седьмым суткам значения уменьшились, но сохранялись достоверно выше исходных в контрольной группе и умеренно превышали базовый уровень в группах II и III.

Можно сделать вывод, что любая хирургическая операция вызывает развитие иммунодефицитного состояния той или иной степени тяжести и вероятно, является одним из значимых факторов риска развития послеоперационных инфекционных осложнений. Однако меньшую иммунную травматичность наносят именно лапароскопические методы вмешательства.

В пятой главе «**Оценка результатов**» исследования проводилось внедрение и проверка эффективности предложенного персонализированного диагностико-лечебного алгоритма, ориентированного на ведение пациентов с множественными хирургическими патологиями органов брюшной полости. Объём выборки на данном этапе составил 195 наблюдений, что эквивалентно 48,3 % от общей совокупности.

Пациенты были распределены по трем аналитическим группам:

в первой (контрольной) – 69 человек, которым выполняли симультанные вмешательства с традиционным доступом;

во второй – 73 пациента, оперированных лапароскопически в рамках симультанного подхода;

в третьей – 53 случая изолированных лапароскопических операций на органах брюшной полости, использованных для сопоставления результатов различной тактики.

У пациентов, включённых во вторую и третью группы, лечебно-диагностические мероприятия проводились на основании предложенного алгоритмического подхода.

Оценка послеоперационных осложнений осуществлялась с применением классификационной системы Dindo-Clavien.

Общее количество ранних послеоперационных осложнений зарегистрировались у 46 (24%) больных, из них: у больных I группы – 33 (72%), II основной группы - 9 (20%) и у больных III группы – 4 (9%) и статистически различалось между тремя группами ($p < 0,01$).

В парных сравнениях осложнения достоверно чаще встречались после открытых симультанных операций ($p < 0,017$), тогда как разница между симультанной и изолированной лапароскопией была незначительной ($p > 0,017$) (табл.4).

Таблица 4.
Распределение интра- и послеоперационных осложнений по группам пациентов

Осложнения	I группа		II группа		III группа	
	N=69	nKCD	N=73	nKCD	N=53	nKCD
Нагноение послеоперационной раны	6	II	2	II	1	II
Пневмония	4	II	1	II	0	-
Желечеистечение после эхинококкэктомии печени	5	III a	2	II	1	III a
Внутрибрюшное кровотечение при доступе в брюшную полость (пневмоперитонеум/лапаротомия)	0	-	1	III b	1	III b
Несостоятельность культи пузырного протока и ограниченный желчный перитонит	3	III b	1	III b	1	III b
Несостоятельность культи 12-перстной кишки после резекции желудка	4	III b	0	-	0	-
Несостоятельность швов желудка после продольной резекции желудка	0	-	1	III b	0	-
Нагноение остаточной полости после эхинококкэктомии из печени	7	III b	1	III b	0	-
Ранняя спаечная кишечная непроходимость	1	IV a	0	-	0	-
Летальный исход	3	V	0	-	0	-
Всего	33		9		4	

, где nKCD – по классификации Dindo-Clavien.

Отмечается достоверно высокая суммарная частота осложнений при открытой симультанной хирургии ($p < 0,017$) и отсутствие статистической разницы между симультанной и изолированной лапароскопией. Тяжёлые события (IIIb) так же значительно чаще встречаются после открытого доступа, а лапароскопические методики демонстрируют сопоставимо низкий уровень тяжёлых осложнений, однако внутри каждой группы удельный вес осложнений II- и III-степени не различается (табл.5).

Таблица 5.
Распределение послеоперационных осложнений по классификации Dindo-Clavien в группах пациентов

Группа	Осложнение у пациентов по группам		По классификации Dindo-Clavien									
			II		IIIa		IIIb		IVa		V	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I (n = 69)	33	47,8	10	30	5	15	14	42	1	3	3	9,1
II (n = 73)	9	12,3	5	56	0	0	4	44	0	0	0	0
III (n = 53)	4	7,5	1	25	1	25	2	50	0	0	0	0
Достоверность различий	$p < 0,017$		$p > 0,017$		$p > 0,017$		$p < 0,017$		$p > 0,017$		$p > 0,017$	

Результаты, полученные по опроснику MOS SF-36, в ходе динамического мониторинга оценки качества жизни (КЖ) в раннем послеоперационном периоде, позволили оценить два основных компонента КЖ: физический и

психический. Во II и III группах доля пациентов, не испытывающих боли либо ощущающих её как очень слабую, выросла с 27 % до 75% после операции ($p<0,017$). Одновременно удельный вес умеренного и сильного болевого синдрома уменьшился с 73% до 25%. Тогда как в контрольной I группе после вмешательства показатель «без боли/очень слабая боль» составил лишь 40%, а доля умеренной и сильной боли сохранялась на уровне 60%. В группах II и III процент респондентов, оценивающих своё общее состояние как «очень хорошее» или «хорошее», повысился с 3,3 % до 56,7 % на трети сутки после операции, а в контрольной I группе аналогичный рост достиг лишь 37,1 %. Доля оценок «плохое» снизилась с 70,0 % до 11,7 % ($p<0,017$), тогда как в I группе уменьшилась только до 20 %. По критерию жизненная энергия (VT) частота ответов «бодрый большую часть времени / часто» во II и III группах возросла с 11,7 % до 78,3 %, в то время как в контрольной группе этот показатель достиг лишь 45,7 %. Категория «никогда не бодрый» сократилась с 58,3 % до 6,7 % (в лапароскопической группе) против 11,4 % после открытого симультанного вмешательства. У лапароскопических пациентов доля отсутствия или редкости социальных ограничений выросла с 26,7 % до 83,3 % ($p<0,017$), а в контрольной группе этот показатель составил 54,3 % на трети сутки после операции. Значительные ограничения общения снизились с 25,0 % до 3,3 % в II + III группах по сравнению с 32,7 % после открытого доступа. Через трое суток после операции интегральный «физический» компонент КЖ у пациентов, пролеченных по алгоритму, улучшился на 41 %, а «психологический» – на 27 % относительно предоперационного уровня, тогда как в контрольной группе прирост составлял лишь 24 % и 13 % соответственно.

Аналитическая выборка для изучения отдалённых эффектов включала 95 пациентов (I – 35, II – 35, III – 25), возрастной диапазон которых составлял от 18 до 72 лет. Межгрупповые различия по полу, возрасту и сопутствующим заболеваниям были статистически незначимыми ($p > 0,05$), что обеспечивает корректность сравнительного анализа. Все пациенты проходили обследование в амбулаторных условиях.

Применение разработанного алгоритма позволило добиться существенного снижения суммарной частоты отдалённых неблагоприятных последствий во II и III исследуемых группах – ориентировочно в 4,5 и 13 раз соответственно, по сравнению с показателями при традиционных открытых симультанных вмешательствах (Табл.6).

Относительно отдельных нозологических форм это выразилось следующим образом: частота ПХЭС (постхолецистэктомический синдром) уменьшилась почти в 5 раз, послеоперационных спаек – в 6 раз, ХПБС (хронического послеоперационного болевого синдрома) – в 1,5 и 2 раза, а инцизионные грыжи в лапароскопических группах не встречались совсем.

Оценка по шкале Visick продемонстрировала достоверно большую долю пациентов с отличным и хорошим результатом лечения в лапароскопических группах ($p<0,017$), при этом между симультанной и изолированной лапароскопией значимых различий не было. А в I группе лишь 20% пациентов

достили хорошего (Visick III) или отличного (Visick IV) результата, тогда как 80%: остались в категориях неудовлетворительных 31% и удовлетворительных 48,5% исходов.

Таблица 6.

Поздние послеоперационные осложнения в исследованных группах

Поздние послеоперационные осложнения	Группы исследованных (n=95)		
	I (контрольная) группа (n=35)	II (основная) группа (n=35)	III группа (n=25)
ПХЭС	5 (14,2%)	1 (2,9%)	-
Послеоперационные спайки	6 (17,1%)	1 (2,9%)	-
ХПБС	3 (8,6%)	2 (5,7%)	1 (4,0%)
Инцизионная грыжа ПБС	4 (11,4%)	-	-
Всего больных с осложнениями	18 (51,4)	4 (11,4%)	1 (4,0%)

На основании произведённой калькуляции установлено, что средняя величина экономической выгоды от проведения симультаных лапароскопических вмешательств (в частности, комбинации лапароскопической холецистэктомии и продольной резекции желудка) в основной группе составила 8 413 442 сум на одного пациента. Общая суммарная эффективность по группе из 54 пациентов достигла 454 325 868 сум.

Полученные данные подтверждают, что использование симультаных методик в хирургии органов брюшной полости является финансово оправданным решением. Это позволяет не только оптимизировать затраты стационаров и повысить клиническую продуктивность, но и существенно снизить индивидуальные расходы пациентов, особенно в условиях платной медицины. Кроме того, подобный подход обладает потенциалом к интеграции в модели страхового здравоохранения, где он может служить фактором экономии бюджетов страховых структур и рационального распределения финансовых ресурсов системы, в случае перехода на страховую систему здравоохранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Анализ нозологической структуры сочетанной хирургической патологии органов брюшной полости показал, что среди пациентов, перенёсших традиционные хирургические вмешательства, наиболее часто встречалась комбинация хронического калькулёзного холецистита с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки – 35 наблюдений (27,1 %), эхинококковое поражение печени – 34 случая (26,4 %), вентральные грыжи – 25 (19,4 %), паховые грыжи – 20 (15,5 %) и солитарные кисты печени – 15 (11,6 %). А у пациентов, оперированных лапароскопически, в структуре сочетанной патологии преобладали случаи морбидного ожирения – 54 (36,7 %), эхинококкоза печени – 32 (21,8 %), вентральных грыж – 24 (16,3 %), паховых

грыж – 23 (15,7 %) и кист печени – 14 (9,5 %);

2. Проведённый сравнительный анализ показал, что лапароскопические симультанные вмешательства занимают промежуточное положение между традиционными открытыми и изолированными лапароскопическими операциями по длительность операции и объёму инфузационной терапии. А по критериям послеоперационного восстановления (начало активизации, энтеральное питание, отхождение газов), болевому синдрому и количеству проведённых койко-дней лапароскопические симультанные операции не уступают изолированным лапароскопическим вмешательствам, при этом позволяют решить сразу несколько патологий. Динамика клинико-лабораторных параметров также была более стабильной и благоприятной у больных II (СЛО) и III (ИЛО) групп по сравнению с I (СТО) группой;

3. Исследование иммунного статуса выявило, что наибольшая степень постоперационной иммуносупрессии наблюдалась у пациентов, перенёсших открытые симультанные вмешательства. При лапароскопических операциях воспалительный ответ был менее выраженным, и показатели клеточного иммунитета (CD3+, CD4+, CD8+) восстанавливались к 7-м суткам. Это подтверждает меньшую иммунную нагрузку лапароскопического доступа и необходимость учёта иммунного статуса при планировании объёмных операций;

4. Внедрение персонализированного диагностико-лечебного алгоритма позволило достичь положительных результатов, выраженных в снижении частоты неблагоприятных исходов и более благоприятной динамике восстановительного периода. У больных, пролеченных с его применением, ранние послеоперационные осложнения встречались в 12,3% (у 9 пациентов из 73) и 7,5% (у 4x пациентов из 53) случаев (2 и 3 группы соответственно) против 47,8% (у 33 пациентов из 69) в контрольной группе, поздние послеоперационные осложнения встречались в 11,4% (у 4 пациентов из 35) и 4% (у 1 пациента из 25) случаев (2 и 3 группы соответственно) против 51,4% (у 18 пациентов из 35) в 1 группе, госпитализация сокращалась в 2,3 раза, а сроки восстановления – в 1,3 раза. По шкале Visick доля «отличных» результатов в основной группе была достоверно выше ($p < 0,017$). Предложенная усовершенствованная классификация сочетанных хирургических заболеваний устраняет ограничения предыдущих подходов за счёт комплексного учёта срочности, метода, анатомической локализации, патогенетической связи заболеваний и этапа принятия решения;

5. Изучение ближайших и отдалённых результатов показало, что симультанные лапароскопические вмешательства не уступают по безопасности изолированным, а по сравнению с открытыми достоверно снижают частоту осложнений, сроки нетрудоспособности и госпитализации. В отдалённой перспективе они обеспечивают меньшую частоту постоперационных патологий (спаечный процесс, инцизионные грыжи, постбульбарные расстройства), а по данным MOS SF-36 пациенты отмечают более высокое качество жизни. Средний экономический эффект составил

более 8,4 млн сум на одного пациента (при ЛХЭ+ПРЖ), что подтверждает рентабельность стратегии для медицины, государства и пациента.

**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**

YIGITOV AYUBKHON AZIZOVICH

**ENHANCING SURGICAL OUTCOMES IN THE TREATMENT OF
COMBINED DISEASES OF THE ABDOMINAL ORGANS THROUGH
THE APPLICATION OF SIMULTANEOUS LAPAROSCOPIC
INTERVENTIONS**

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 B2024.3.PhD/Tib4981.

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:

Khodjimatov Gulomiddin Minkhodjievich
doctor of medical sciences, professor

Official opponents:

Musashaykhov Khusanboy Tadjibaevich
doctor of medical sciences, docent

Irmatov Sarvar Khikmatillaevich
doctor of medical sciences

Leading organisation:

Fergana medical institute of public health

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 effectiveness of treatment of patients with combined surgical diseases of the abdominal organs by using video-endosurgical methods aimed at reducing the risk of complications during simultaneous surgical interventions.

The object of the study were 404 patients who underwent surgery for combined surgical diseases of the abdominal organs in the period 2015–2024 at the Clinic of the Andijan State Medical Institute, the Andijan branch of the Russian Scientific Center for Emergency Medicine and the private clinic "Yigitov Clinic".

The scientific novelty of the study is as follows:

the dynamics of immunological markers, morphofunctional characteristics of the surgical methods used, and perioperative management during simultaneous surgeries were determined using sufficient clinical material in patients with combined surgical diseases of the abdominal organs;

the tactical and technical aspects of simultaneous endovideosurgical interventions in the surgical treatment of combined surgical diseases of the abdominal organs were determined, with a comprehensive assessment of the need for isolated or single-stage surgeries;

a model of immunocorrection was developed based on the assessment of immunological and laboratory parameters (CD3+, CD4+, IL-6, FRO, lymphocytes) in the treatment of combined surgical diseases of the abdominal organs. This made it possible to determine the immunosuppressive phenotype and the likelihood of developing an immunodeficiency state;

the clinical effectiveness of an individualized diagnostic and treatment-rehabilitation tactical protocol based on the concept of "rapid recovery" (FTS) and aimed at reducing the risk of complications during simultaneous surgical interventions on abdominal organs has been proven.

Implementation of research results. According to the results of a scientific study on improving the outcomes of surgical treatment of combined diseases of the abdominal organs:

guidelines for "Improving the Outcomes of Surgical Treatment of Combined Abdominal Diseases Using Simultaneous Laparoscopic Surgeries" were developed (approved by the Expert Council of the Andijan State Medical Institute No. 6i-41/u dated April 22, 2025). Implementation of the proposed guidelines has reduced the incidence of early postoperative complications to 7.5%, late postoperative complications to 4%, the length of hospital stay by 2.3 times, and the recovery time by 1.3 times;

the obtained scientific results have been implemented in healthcare practices, specifically in the Surgery Department of the Fergana Branch of the Russian Scientific Center for Emergency Medicine (Order No. 98/9 dated April 28, 2025) and the Namangan Branch of the Russian Scientific Center for Emergency Medicine (Order No. 71 dated May 12, 2025). (Conclusion of the Scientific and Technical Council of the Ministry of Health No. 19/33 dated June 10, 2025). The implementation of the study results into clinical practice showed that the average

economic benefit of simultaneous laparoscopic interventions (e.g., a combination of laparoscopic cholecystectomy and longitudinal gastrectomy) in the study group was 8,413,442 soums per patient. The overall cumulative effectiveness for the group of 54 patients reached 454,325,868 soums.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of the dissertation is 140 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Ходжиматов Г.М., Йигитов А.А., Фозилжонов О.Ш. Результаты лапароскопической холецистэктомии с коррекцией сопутствующей хирургической патологии органов брюшной полости // Журнал современной медицины. 2025, 1 (8); С. 959-965. (14.00.00, Журнал включен в перечень научных изданий по медицинским наукам ВАК Республики Узбекистан №355/6 от 7 июня 2024 года).
2. Khodjimatov G.M., Yigitov A.A., Yahyoev S.M. Improving the outcomes of treatment of combined surgical diseases of abdominal organs using simultaneous laparoscopic surgeries // «Journal of Biomedicine and Practice» 10(2); 2025; С. 206-215. DOI: 10.26739/2181-9300 (14.00.00. №24).
3. Ходжиматов Г.М., Йигитов А.А., Яхёев С.М. Оценка результатов лапароскопической холецистэктомии с эхинококкэктомией из печени // Ж. «Тиббиётда янги кун»; 2(76); 2025; С. 414-419. (14.00.00, №22).
4. Ходжиматов Г.М., Йигитов А.А., Яхёев С.М., Фозилжонов О.Ш. Результаты лечения сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости с использованием симультанных лапароскопических операций // Журнал современной медицины. 2025, 1 (8); С. 966-976. (14.00.00, Журнал включен в перечень научных изданий по медицинским наукам ВАК Республики Узбекистан №355/6 от 7 июня 2024 года).
5. Khodzhimatov G.M., Egitov A.A. Results of laparoscopic cholecystectomy with correction of combined surgical pathology in adolescent and young adult patients // International Journal of Scientific Pediatrics 2024, 3(1) P. 445-449. Doi: 10.56121/2181-2926-2024-3-1-445-449 (14.00.00, Журнал включен в перечень иностранных журналов по медицинским наукам ВАК Республики Узбекистан. №346/6 30 ноября 20223 года).
6. Khodjimatov G.M. Yigitov A.A. Yahyoev S.M. The outcomes of treatment of combined surgical diseases of abdominal organs using simultaneous laparoscopic surgeries // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2024, 15(6): P. 1933-1937 DOI: 10.5923/j.ajmms.20251506.65 (14.00.00; №2).
7. Khodzhimatov G.M. Egitov A.A. Results of laparoscopic simultaneous operations for correction of combined surgical pathologies in adolescent and young adult patients // Central Asian Journal of Medical and Natural Sciences. Volume 5. Issue 1. 2024, ISSN: 2660-4159: P.377-380. DOI.org/10.51699/cajmns.v5i1.2337 (14.00.00. Index Copernicus №12).

II бўлим (II часть; II part)

8. Ходжиматов Г.М., Йигитов А.А. Улучшение результатов хирургического лечения сочетанных заболеваний органов брюшной полости

путем применения симультанных лапароскопических операций // Методические рекомендации. Андижан, 2025 год, стр.26.

9. Ходжиматов Г.М., Йигитов А.А., Фозилжонов О.Ш. Қорин бўшлиғи органлари қўшма хирургик касалликлари диагностик алгоритми // Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк маркази, Электрон ҳисоблаш машиналари учун яратилган дастурнинг расмий рўйхатдан ўтказилганлиги тўғрисидаги Гувоҳнома. 20.02.2024 й., №DGU 34153.

10. Ходжиматов Г.М., Йигитов А.А., Фозилжонов О.Ш. Қорин бўшлиғи органлари симултант лапароскопик операциялар алгоритми // Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк маркази, Электрон ҳисоблаш машиналари учун яратилган дастурнинг расмий рўйхатдан ўтказилганлиги тўғрисидаги Гувоҳнома. 22.02.2025 й., №DGU 34202.

11. Ходжиматов Г.М., Йигитов А.А., Фозилжонов О.Ш. Қорин бўшлиғи органларининг ҳамроҳ жарроҳлик касалликлари билан хасталанган беморларни ташхислаш ва даволашнинг индивидуаллаштирилган алгоритми // Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк маркази, Электрон ҳисоблаш машиналари учун яратилган дастурнинг расмий рўйхатдан ўтказилганлиги тўғрисидаги Гувоҳнома. 18.03.2025 й., №DGU 48978.

12. Khodzhimatov G.M., Khamdamov Kh.Kh., Kasimov N.A., Karaboev B.B., Yigitov A.A. Foziljonov O.Sh. Results of laparoscopic cholecystectomy with correction of combined surgical pathology in patients of adolescence and young age // Collection of materials International Scientific and Practical Conference on the topic «The Use of High Innovative Technologies in Preventive Medicine». Andijan, 30 April 2024. Vol. 2. P.470.

13. Yigitov A.A., Yahyoev S.M., Foziljonov O.Sh., Yuldashev X.A. Simultaneous operations by laparoscopic access for abdominal and retroperitoneal diseases // Collection of materials International Scientific and Practical Conference on the topic «The Use of High Innovative Technologies in Preventive Medicine». Andijan, 30 April 2024. Vol. 2. P.1064.

14. Yigitov A.A., Yahyoev S.M., Foziljonov O.Sh., Yuldashev X.A. Simultaneous surgical interventions on abdominal organs // Collection of materials International Scientific and Practical Conference on the topic «The Use of High Innovative Technologies in Preventive Medicine». Andijan, 30 April 2024. Vol. 2. P.1065.

15. Khodzhimatov G.M., Yigitov A.A. Simultaneous operations by laparoscopic access for abdominal and retroperitoneal diseases // Science of XXI century: Development, Main Theories and Achievements. Collection of scientific papers «SCIENTIA», 26 January 2024, Helsinki, Finland. P. 426–427.

16. Khodzhimatov G.M., Yigitov A.A. Simultaneous surgical interventions on abdominal organs // Science of XXI century: Development, Main Theories and Achievements. Collection of scientific papers «SCIENTIA», 26 January 2024, Helsinki, Finland. P. 428–429.

Автореферат «Тошкент давлат тиббиёт университети» 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 № 31/25.

Гувоҳнома № 851684.

«Tipograff» МЧЖ босмахонасида чоп этилган.

Босмахона манзили: 100011, Тошкент ш., Беруний кўчаси, 83-уй.