

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

---

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

**ЯНГИБАЕВ ОТАБЕК ЗАРИББАЕВИЧ**

**ХОЛЕЛИТИАЗЛАРДА ХОЛЕДОХ ТЕРМИНАЛ ҚИСМИ ВА ФАТЕР  
СЎРҒИЧИ ЎТКАЗУВЧАНЛИГИ БУЗИЛИШЛАРИНИ ЖАРРОХЛИК  
ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАН ДОКТОРИ (DSc)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**Докторлик диссертацияси (DSc) автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата докторской диссертации (DSc)**

**Contents of dissertation abstract of doctoral dissertation (DSc)**

**Янгибаев Отабек Зариббаевич**

Холелитиазларда холедох терминал қисми ва Фатер сўғичи

ўтказувчанлиги бузилишларини жарроҳлик даволашни

такомиллаштириш .....3

**Янгибаев Отабек Зариббаевич**

Совершенствование методов хирургического лечения нарушения проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова соска

при холелитиазе.....31

**Yangibaev Otabek Zaribbaevich**

Improvement of surgical treatment methods for obstruction of the terminal part of the common bile duct and the ampulla of Vater in cholelithiasis.....57

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ

List of published works .....61

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ  
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**

**DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

**ЯНГИБАЕВ ОТАБЕК ЗАРИББАЕВИЧ**

**ХОЛЕЛИТИАЗЛАРДА ХОЛЕДОХ ТЕРМИНАЛ ҚИСМИ ВА ФАТЕР  
СЎРҒИЧИ ЎТКАЗУВЧАНЛИГИ БУЗИЛИШЛАРИНИ ЖАРРОХЛИК  
ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАН ДОКТОРИ (DSc)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**Фан доктори (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2023.3.DSc/Tib924 рақами билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Тошкент давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертация автореферати илмий Кенгаш сайтида икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) ([www.adti.uz](http://www.adti.uz)) ва «Ziynet» ахборот-таълим порталида ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий маслаҳатчи:**

**Исмаилов Ўктам Сафаевич**

тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар:**

**Буриев Илья Михайлович**

тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Тешаев Октябрь Рухуллаевич**

тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Салахиддинов Камолитдин Зухриддинович**

тиббиёт фанлари доктори, доцент

**Етакчи ташкилот:**

**И.М.Сеченов номидаги Биринчи Москва давлат тиббиёт университети (Россия Федерацияси)**

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгашининг 2025 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50; e-mail: [info@adti.uz](mailto:info@adti.uz)).

Диссертация билан Андижон давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (\_\_\_\_- рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50.

Диссертация автореферати 2025 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_да тарқатилди.  
(2025 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_даги \_\_\_\_\_рақамли реестр баённомаси).

**М.М. Мадазимов**

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

**М.Ф. Нишанов**

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

**Б.Р. Абдуллажанов**

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

## **КИРИШ (докторлик (DSc) диссертацияси аннотацияси)**

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Ўт тош касаллиги (ЎТК) абдоминал жарроҳликнинг энг муҳим муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Турли эпидемиологик тадқиқотлар маълумотларига кўра, ривожланган мамлакатларда катта ёшли аҳолининг 10–20% да ЎТК аниқланади, кексалар орасида эса бу кўрсаткич 30% дан ошиши мумкин. Охирги ўн йилликларда касалликнинг тарқалиши изчил ошиб бормоқда, бу эса овқатланиш тарзи, ҳаёт тарзи ҳамда умр давомийлигининг ортиши билан боғлиқ деб ҳисобланади. Ушбу касаллик ташхиси, даволаши ва реабилитация жараёнлари учун катта иқтисодий харажатларни талаб қилади. Билиар хирургияда асосий ва энг кўп учрайдиган патологиялардан бири – бу тош ёки стеноз сабабли келиб чиқадиган умумий ўт йўли терминал қисмининг ҳамда Фатер сўрғичи ўтказувчанлигининг бузилишлари ҳисобланади.

Замонавий тиббиётда ушбу патологияларнинг ташхисоти 85-98% гача кўтарилди, ташхис қўйилганидан сўнг эса, 90% гача бўлган ҳолатларда замонавий эндохирургик усуллар ёрдамида даволанаётганлиги сабабли касаллик ва унинг асоратларини даволаш енгиллашди. Аммо, бугунгача ҳам 2-15% гача кузатилаётган конверсия, 2% қон кетиш ҳолатлари, 13% гача кузатилаётган сафро оқмалари ва жигар ости абсцесси, жигардан ташқари ўт йўлларини 2,5% гача ятроген жароҳатланишлари ва энг асосийси 2% гача бўлган ўлим кўрсаткичи, шунингдек, эндоскопик трансдуоденал амалиётлардан кейинги панкреатитнинг 3-10% гача учраши, панкреонекроз ва ретродуоденал флегмоналарнинг эса 1-2% гача учраши мавжуд даволаш усулларини такомиллаштириш ҳамда янги, юқори самарали, техник томондан қулай ва каминвазив усулларни ишлаб чиқиш заруратини тақозо қилади.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда ўт тоши касаллиги ва унинг асоратларини ташхислаш ва даволашда мавжуд кам инвазив эндовизуал-эндохирургик технологияларни такомиллаштириш ҳамда янгиларини ишлаб чиқишга қаратилган тадқиқотлар долзарб бўлиб қолмоқда, хусусан, бир ташрих доирасида холецистэктомия билан бирга робот-ассистенция асосидаги холедохотомия ва холедохоскопияни амалга ошириш имкониятлари ўрганилмоқда, ўт йўлларига кириб бора оладиган ва обструкцияларни электрокоагуляция усули билан бартараф этишга қодир бўлган TrainBot магнитли миллироботларини қўллаш, шунингдек, билиар стриктураларни даволашда хирургик аралашувга муқобил усул сифатида жадал ривожланаётган магнитли компрессияли аностомозлардан фойдаланиш имкониятлари бўйича инновацион экспериментал тадқиқотлар олиб борилмоқда.

Мамлакатимизда хирургияни ривожлантиришнинг замонавий жиҳатлари ўт тош касаллиги ва унинг асоратлари билан касалланган беморларни даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чора-тадбирларни ўз ичига олади. Янги Ўзбекистоннинг 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш

сифатини ошириш вазифалари киритилган<sup>1</sup>. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилишлари билан касалланган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш, ушбу патологиянинг юқори тиббий ва ижтимоий аҳамияти туфайли билиар хирургиянинг ва умуман олганда, тиббиётнинг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади.

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

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

**Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий тадқиқотлар шарҳи.**<sup>2</sup> Ўт тош касаллиги фонида холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилишлари билан касалланган беморларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини яхшилашга қаратилган илмий-тадқиқот ишлари, кўплаб халқаро илмий жарроҳлик жамиятлари ва ташкилотлари томонидан, жумладан: The European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and American Gastroenterological Association (AGA), Japan Gastroenterological

<sup>1</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг. 28. 01 2022 йилдаги «Янги Ўзбекистоннинг 2022-2026 йилларга мўлжалланган ривожланиш стратегияси тўғрисида» ПК-60 сонли Фармони.

<sup>2</sup> Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи Caroline J. et.al. Access and reattachment of biliary tree anomaly through Roux-en-Y hepaticojejunostomy: Radiol Case Rep. 2024 Aug; T.19. №8. P.3358–3362. Choong-Kyun Noh, Woohyun Jung, et al. Alteration of the fecal microbiome in patients with cholecystectomy: potential relationship with postcholecystectomy diarrhea – before and after study. Int J Surg. 2023 Sep; T.109. №9. P.2585–2597. Divya Jain, Somanath Malage, et al. Post Cholecystectomy Bile Duct Injury in an Acute Setting: Categorization, Triaging, and Management Algorithm.Cureus. 2024 Mar; T.16.№3 e55828. Durga Sowmya et al. Ge Zhang, Jie Lin Li, et.al.Successful treatment of cholecystolithiasis by ERCP: J Dig Dis. 2022 May-Jun; T.23. № 5-6. p: 341–344. Guo-Cai Li, Yong Xu. Et al. Operative timing and the safety of emergency laparoscopic cholecystectomy: A retrospective analysis.Medicine (Baltimore) 2023 Nov 17; 102(46): e35873. Han Wang, Yu-qi He, et.al. Recurrence of common bile duct stones after choledocholithotomy in elderly patients: risk factor analysis and clinical prediction model development.Front Med (Lausanne) 2023; 10: 1239902 Hong-Ze Zeng, Hang Yi, et.al.,Current treatment of biliary Sphincter of Oddi Dysfunction. Front Med (Lausanne) 2024; 11: 1380640. Jaimy Villavicencio Kim, George Y. et.al., Update on Sphincter of Oddi Dysfunction: A Review. J Clin Transl Hepatol. 2022 Jun 28; T.10. № 3. P. 515–521. Ji Young Chang, Hye-Kyung Jung. Development of functional gastrointestinal disorder symptoms following laparoscopic cholecystectomy: a prospective cohort study. // Front Med (Lausanne) 2023; 10: 1248465. Marina Kegnæs, Srdan Novovic, Daniel Monsted Shabanazadeh. Dysfunction of Biliary Sphincter of Oddi-Clinical, Diagnostic and Treatment Challenges. J Clin Med. 2023 Jul; T. 12. № 14.: 4802. Mohamed H Emara, Mohammed Hussien Ahmed, et.al.,Post-cholecystectomy iatrogenic bile duct injuries: Emerging role for endoscopic management. World J Gastrointest Surg. 2023 Dec 27; 15(12): p.2709–2718. ва бошқа манбалар асосида амалга оширилган.

Endoscopy Society (JGES); Albert Ludwigs National Institutes of Health (NIH)- US-Washington, LIV HOSPITAL (Stambul), Mount Sinai Hospital,-NY, Rotterdam Netherlands; Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Medicine, Temerty Faculty of Medicine at the University of Toronto, Toronto, Canada; Division of Gastroenterology, Department of Medicine, Duke University, North Carolina, USA; LIV-Hospital. In stambul, Pilgrim Hospital in BOSTON. Department of Gastroenterology, ostfold Hospital Trust, Grålum, Norway; Ludwig Demling Endoscopy Center of Excellence, Division of Gastroenterology, Friedrich-Alexander-University, Germany; Division of Gastroenterology, University of California San Diego, California, USA; Clinical Trials Unit, Department of Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London; Department of Medicine Unit III, Jinnah Postgraduate Medical Centre, Karachi, Pakistan; Department of Gastroenterology, Royal Wolverhampton NHS Trust, Wolverhampton, UK; Department of Gastroenterology, Ondokuz Mayis University, Faculty of Medicine, 55100, Samsun, Turkey; Department of Preventive Medicine and Public Health, Faculty of Medicine, Fukuoka University, Japan; “А.В. Вишневский номидаги хирургия миллий тиббий тадқиқот маркази” Федерал давлат бюджет муассасаси (Россия Федерацияси); Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази (Ўзбекистон), Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббий маркази (Ўзбекистон); Тошкент давлат тиббиёт университетида (Ўзбекистон) амалга оширилмоқда.

Ўт тош касаллиги фонида холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилишлари билан касалланган беморларда жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш бўйича дунёда олиб борилган тадқиқотлар асосида бир қатор илмий натижалар олинган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Ҳозирги давр жарроҳлигида, айниқса, ЎТК жарроҳлигида янги эндовизуал - эндохирургик, робототехник ва бошқа илғор технологияларнинг ушбу соҳага жадал суратларда кириб келиши, уларнинг янада ривожланиши ҳамда, клиник амалиётда мустаҳкам ўрин топаётгани, кенг қўлланила бориши мисли кўрилмаган тарақиётга - юксалишга, яъни, ҳаттоки инқилобий ўзгаришларгача олиб келаётганини тўлиқ ишонч билан қайд қилиш мумкин. Бунга, хорижий ва юртимиз олимлари томонидан олиб борилган илмий изланишлар, ЎТК ва унинг асоратларини тасхишлашда даволашдаги янги, замонавий жарроҳлик усуллари бағишланган жуда кўплаб маълумотларнинг борлиги ва уларнинг сони кун сайин янада кўпайиб бораётганлиги, шунга қарамасдан, бу соҳада ҳанузгача қатор муаммолар борлигидан дарак бермоқда<sup>3</sup>. Ўт тоши касаллиги ва унинг асоратларини ташхислаш, айниқса, даволаш жараёнлари, кейинги йилларда янги эндоскопик

<sup>3</sup>Mohammed A. Omar, Ayman Kamal, et.al. Post-cholecystectomy major bile duct injury: ideal time to repair based on a multicentre randomized controlled trial with promising results. Int J Surg. 2023 May; T.109. № 5. P.1208–1221. Oliver Burckhardt, Sarah Peisl, et.al. Length of the Remnant Cystic Duct and Bile Duct Stone Recurrence: a Case–Control Study. Gastrointest Surg. 2023; T.27. № 6. P.1122–1129. Rang-Lang Huang, Wen-Kai Huang, et.al. Diagnosis and treatment of post-cholecystectomy diarrhoea. World J Gastrointest Surg. 2023 Nov 27; T.15. № 11. P. 2398–2405. Rishi Pawa, Robert Dorrell, Swati Pawa Endoscopic management of cystic duct stones and Mirizzi’s syndrome: experience at an academic medical center. Endosc Int Open. 2022 Jan; T.10. №1. P.135–144.

- эндовизуал-эндохирургик технологиялар асосида амалга ошириш йўллари мунтазам равишда таракқий қилмоқда.

Билиар жарроҳликда асосий ва энг кўп учрайдиган патологиялардан бири - бу холелитиазларда, тош ёки стеноз сабабли келиб чиқадиган УЎЙТҚ ва ФС ўтказувчанлиги бузилиши ҳисобланади. Булар 90% гача ҳолатларда ушбу патология ва унинг турли асоратлари кузатилган беморлар ҳам замонавий эндохирургик усуллар ёрдамида даволанмоқдалар. Шу билан бирга манбааларда қайд қилинишича, бу борада охиригача аниқланмаган, мукамал ҳал қилинмаган, қоловерса қатор баҳсли муаммолар ҳам мавжуд бўлиб, улар ҳам бугунда ўз ечимини кутаётганлигининг гувоҳи бўламиз<sup>4</sup>. Ўт тоши касаллигида “асоратланмаган” тошли холециститни (АТХЦТ) тўлиқ ва аниқ ташхислаш (УТТ, ЭПХГ, МРТ холангиографиялар ёрдамида), айниқса, уни даволаш муаммолари деярли барча клиникаларда ўт қопини асосан эндохирургик-лапароскопик усуллари билан олиб ташлаш, яъни, ЛХЭК орқали ишончли даволанмоқда. Бу усул бугунда бутун дунёда тошли холециститни даволашдаги “олтин стандарт” даражасигача кўтарилганлиги тўлиқ тан олинган<sup>5</sup>.

Бу касалликнинг энг асосий асоратлари ҳисобланадиган тош ёки стеноз сабабли келиб чиқадиган УЎЙТҚ ва ФСЎБ бузилишлари каби учрайдиган асоратлари ҳам янги эндоскопик усуллар ёрдамида ЭПСТ (ЭПСТ ва ўт йўллари санацияси билан биргаликдаги), лапароскопик холедохолитотомия, лапароскопик холедоходуоденоанастомозлар ва ҳ.к.лар ёрдамида) бартараф қилинмоқда. Аммо, ЎТҚни, айниқса, унинг асоратларини бундай анъанавий ташхис, техник ва тактик усуллар орқали даволаш натижалари аксарият беморларимизни ҳам, жарроҳларимизни ҳам ҳаттоки асоратланмаган холелитиазларни даволашлардаги ноаниқ жараён бўлиб қолаётган литолизис, литотрипсия, холецистолитотомияларнинг аянчли натижаларини ҳисобга олинганда ҳанузгача тўлиқ қаноатлантира олмаяпти.

Ўт йўлларидаги қайта операцияларининг аксарияти рецидив ёки резидуал холедохолитиаз, Фатер сўргичининг яхши сифатли торайиши - стенози туфайли ўтказилиб, улар ҳам эндохирургик - эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) орқали (ўт йўллари санациялари билан) – мукамал даволанаётганликлари ҳам келтирилади. Аммо ЎТҚи ва унинг асоратларини бундай замонавий ва мукамал даво муолажаларидан кейинги юзага келаётган турли асоратлар, яъни, операциядан кейинги дастлабки даврлардаги сафро оқмалари, сафроли перитонитлар, жигар ости абцесси, операциядан кейинги ўткир панкреатит-панкреонекроз, холангит ва айниқса,

<sup>4</sup>. Rohit Gupta, Anil Kumar, et.al. Anatomical variations of cystic artery, cystic duct, and gall bladder and their associated intraoperative and postoperative complications: an observational study. // Ann Med Surg (Lond) 2023 Aug; T.85. №8: p.3880–3886. Roshani Shrestha, Prangtip Chayaput, et.al., Prevalence and predictors of postcholecystectomy syndrome in Nepalese patients after 1 week of laparoscopic cholecystectomy: a cross-sectional study. Sci Rep. 2024; 14: 4903.

<sup>5</sup>Saket Kumar et.al., Surgical management of cystic duct stump calculi causing post-cholecystectomy syndrome: A prospective study. J Minim Access Surg. 2023 Apr-Jun; T. 19. №2. P.257–262. Gustavo Salgado-Garza, et.al., Single-operator cholangioscopy and electrohydraulic lithotripsy for the treatment of Mirizzi syndrome. Ann Med Surg (Lond) 2021 Feb; 62: p.274–277. Michal Żorniak, Simon Sirtl, et.al., The LMU Microlithiasis Expert Survey Team. Consensus definition of sludge and microlithiasis as a possible cause of pancreatitis. Gut. 2023 Oct; T.72. №10. P.1919–1926.



операциядан кейинги узок муддатларидаги рецидив ёки резидуал холедохолитиазлар, стенозлар, ўт йўллари стриктуралари, механик сарикликлар, сурункали панкреатитлар, холангитлар, билиар гепатит-цирроз, сурункали ўт оқмалари каби асоратлар сабабли беморлар қайта - қайта даволанишлари, ҳатто қайта операция бўлишлари кўп манбааларда келтирилган<sup>6</sup>. Шулар билан бир қаторда, ҳозирги кунларгача ўта кенг тарқалган бу операция усуллари (ЛХЭК ва ЭПСТ ўт йўллари санацияси билан) тош ёки торайиш сабабли УЎЙТҚ ва ФС ЎБларида, кўпчилик ҳолатларда, икки босқичда амалга оширилмоқда. Дастлаб, ЛХЭК, ундан кейин эса ЭПСТ ўт йўллари санацияси билан ёки аксинча, беморлар биринчи операцияни бошидан ўтказганларидан кейин, яна қайта операция ўтказишга, анестезиологик, психологик, моддий ва бошқа турдаги ноқулайликларни ва бошқа хавфларни яна қайтадан, яъни, камида икки марта бошидан ўтказишга мажбур бўлмоқдалар.

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, бизнинг ушбу илмий тадқиқот ишимиздан асосий мақсадимиз холелитиаз ва унинг асосий асоратлари бўлган холедохолитиаз, УЎЙТҚ ва ФСЎБ кузатилган беморларни хирургик усулда даволаш натижаларини яхшилашдан иборат. Шунинг учун биз, дастлаб, ушбу соҳадаги кўп йиллик тажрибаларимизга, юртимиз ва хорижий адабиётлардаги маълумотларга, бир қатор юқори малакали жарроҳларнинг тажирибаларига таянган ҳолда, холелитиаз, УЎЙТҚ ва ФСЎБ кузатилган беморларни хирургик даволашда янги, юқори самарали, каминвазив, техник томондан қўлай, стандарт, имконияти борича тўлақонли эндохирургик усулларни ёки эндохирургик усуллар билан каминвазив бўлган очик усуллар комбинациясини ишлаб чиқиш, ЛХЭК пайтида бир вақтда биргаликда амалга ошириш имконини берувчи усуллар ва уларни амалиётга татбиқ қилишга ҳаракат қилганмиз.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Тошкент давлат тиббиёт университетининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ 011800230-сон “Инсоннинг жарроҳлик касалликларини ташхислаш ва даволашдаги янги ёндашувлар” мавзуси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** ташхислаш ҳамда хирургик даволаш усулларини такомиллаштириш орқали холелитиазларда холедохнинг терминал қисми ва Фатер сўрғичининг ўтказувчанлиги бузилишларини даволаш натижаларни яхшилашдан иборат.

#### **Тадқиқотнинг вазифалари:**

ўт тош касаллиги ва унинг асосий асоратлари бўлган холедохолитиаз, умумий ўт йўллари ўтказувчанлигини бузилиши ва Фатер сўрғичи стенозининг эпидемиологик жиҳатларини Қорақалпоғистон Республикаси ва Хоразм вилояти мисолида таҳлил қилиш;

---

<sup>6</sup>Saif Ullah, Bao-Hong Yang, et.al. Are laparoscopic cholecystectomy and natural orifice transluminal endoscopic surgery gallbladder preserving cholecystolithotomy truly comparable? A propensity matched study. World J Gastrointest Surg. 2022 May 27; T.14. № 5. P.470–481. Junichi Kaneko, Masaki Takinami, et.al., Endoscopic cystic duct remnant stone removal using peroral cholangioscopy. Endoscopy. 2023 Dec; 55(Suppl 1): E251–E252.

холедохнинг терминал қисми ва Фатер сўрғичининг стенозида анъанавий ташхисот усуллари самарадорлигини таҳлил қилиш асосида аниқланган камчиликларни бартараф этиш имконини берувчи янги ташхисот усуллари ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этиш;

холелитиазларда холедохнинг терминал қисми ва Фатер сўрғичининг ўтказувчанлиги бузилиши кузатилган беморларни хирургик даволашдаги камчиликларни, салбий натижаларнинг сабабларини ўрганиш ҳамда ушбу асоратлар ривожланиши этиопатогенезининг айрим жиҳатларини таҳлил қилиш;

ўт тош касаллигида холедохнинг терминал қисми ва Фатер сўрғичининг ўтказувчанлиги бузилиши кузатилган беморларни хирургик даволашда такомиллаштирилган усуллари ишлаб чиқиш;

ўт тош касаллиги ва унинг асоратларида холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилишини даволашда қўлланилган такомиллаштирилган хирургик даволаш усуллариининг дастлабки ва якуний натижаларини таҳлил қилиш;

холедохнинг терминал қисми ва Фатер сўрғичининг стенозини хирургик даволашнинг такомиллаштирилган усуллари бажаришга кўрсатмаларни аниқлаштириш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 2012-2023 йиллар мобайнида Акад. В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий амалий тиббиёт марказининг Хоразм филиали жарроҳлик бўлимида ўт тош касаллиги ва унинг асосий асоратлари бўлган холедохолитиаз, умумий ўт йўллари ўтказувчанлигининг бузилиши ва Фатер сўрғичи стенози туфайли стационар шароитда даволанган 206 нафар беморлар олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** ўт тош касаллигида холедохнинг терминал қисми ва Фатер сўрғичининг ўтказувчанлиги бузилишларини ташхислаш ва хирургик даволаш учун ишлаб чиқилган ва такомиллаштирилган усуллар самарадорлигини 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** қуйидагилардан иборат:

Қорақалпоғистон Республикаси ва Хоразм вилояти мисолида ўт тош касаллиги ва унинг асоратларининг эпидемиологик жиҳатлари холелитиазнинг тарқалганлиги 13,6%, холедохолитиаз учраши 55,8-60,6%, умумий ўт йўлининг терминал қисми стенози 12,7-16,4% ҳамда Фатер сўрғичи ўтказувчанлигининг бузилиши 23,1-31,4% эканлиги билан тавсифланиши аниқланган ва бу республикамизнинг ўртача кўрсаткичларидан юқори эканлиги қайд қилинган;

холелитиазда Фатер сўрғичи стенозининг давомийлигини ташрих вақтида аниқлаш учун ташқи диаметри 4-6 мм, ички диаметри эса 3-4 мм бўлган найчадан фойдаланган ҳолда ўт қопи чўлтоғи ёки холедохотомик тешик орқали холедохга киритилиб катта дуоденал сўрғични зондлаш орқали унинг проксимал ва дистал чегараларини ўлчаш билан тавсифланувчи янги “қўш найчали зонд” усули ишлаб чиқилган;

Фатер сўрғичи стенози даражасини ва стеноз давомийлигининг аниқ ўлчамларини аниқлаш ва шу билан папиллосфинктеротомия амалиёти вақтида катта дуоденал сўрғич ампула қисмининг олдинги деворини қанча узунликда кесиш кераклигини ёки папиллосфинктеропластикага эҳтиёж бор ёки йўқлигини аниқлашда интраоперацион баллонопапиллография усулининг самарадорлиги исботланган;

катта дуоденал сўрғич стенозида кесувчи қисми уч бурчак шаклида ва ишчи ҳолатда ўта қисқа бўлган папиллотомдан фойдаланган ҳолда Фатер сўрғичи стенозининг фақат торайган қисминигина ва қатъий белгиланган ўлчамда интраоперацион хавфсиз кесишга имкон берувчи хирургик даволаш усули ишлаб чиқилган;

холелитиазларда умумий ўт йўлининг терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилишларининг 1-2 даражаларида эндоскопик папиллосфинктеротомияга муқобил тарзда интраоператив қўлланиладиган, махсус папиллотом ва баллонли найчани ўт қопи чўлтоғи ёки холедохотомик тешик орқали холедохга киритиб антеград папиллотомияни амалга оширишга асосланган катта дуоденал сўрғич стенози билан асоратланган холелитиазни хирургик даволаш усули такомиллаштирилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

ўт тош касаллиги ва унинг обструктив асоратларини хирургик даволашда анъанавий ва лапароскопик ташрихлар вақтида ҳамда ташрихдан кейинги даврда қўллаш имкониятига эга бўлган ультранозик фиброэндоскоп орқали фиброхоледохохолангиоскопия усули амалиётга жорий этилган;

холедохнинг терминал қисми ҳамда Фатер сўрғичи стенозини ва унинг давомийлигини аниқлашда рентген контраст модданинг ошқозон ости беzi йўлига рефлюксини бартараф этувчи, проксимал “престенотик” ва дистал “постстенотик” қисмларни қамраб олган ҳолда ўтказилувчи баллонопапиллохолангиография текширув усули ишлаб чиқилган;

Фатер сўрғичи стенозининг давомийлиги 10 мм гача бўлган холларда ўт қопи чўлтоғидан ёки холедохотомиядан киритилувчи папиллосфинктеротомик аппаратлардан фойдаланган ҳолда папиллосфинктеротомияни бажариш усули такомиллаштирилган;

Фатер сўрғичи стенозининг давомийлиги 10 мм дан катта бўлган холларда ўт қопи чўлтоғидан ёки холедохотомиядан, ёхуд дуоденотомиядан киритилган йўналтирувчи найча орқали қўлланиладиган махсус тикув аппаратларидан ва клипапликатордан фойдаланган ҳолда папиллосфинктеропластика қилиш усули такомиллаштирилган;

умумий ўт йўлининг терминал қисми ҳамда Фатер сўрғичи стенозини ва унинг давомийлигини аниқлаш учун таклиф қилинган “қўш найчали зонд”, баллонопапиллохолангиография ва фиброхолангиоскопия усуллариининг диагностик аҳамияти ва такомиллаштирилган операция усуллариининг ижобий натижалари исботланган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, ташҳислаш ва даволашнинг замонавий

усуллари, услубий ёндашувлар ва статистик таҳлил тўпламларини тўғри қўлланилганлиги билан асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижалар назарий аҳамиятга эга бўлиб, ўт тош касаллиги ва унинг асосий асоратлари бўлган холедохолитиаз, умумий ўт йўллари ўтказувчанлигини бузилиши ва Фатер сўргичи стенозининг эпидемиологик жиҳатлари, ушбу асоратларнинг ривожланиши патогенезида холедох терминал қисми ва айниқса Фатер сўргичи анатомик структураларининг етакчи аҳамияти ҳамда ташхислаш ва даволашнинг янги каминвазив усуллари ҳақидаги мавжуд билимларни кенгайтиришга муҳим ҳисса қўшганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижалар асосида ўт тош касаллигида умумий ўт йўлининг терминал қисми ҳамда Фатер сўргичи стенозини ва унинг давомийлигини аниқлашнинг янги диагностик усуллари ишлаб чиқилганлиги, ушбу асоратларни хирургик даволашда каминвазив бўлган усуллари такомиллаштирилганлиги, бу эса оператив аралашув вақтида ва ундан кейинги даврларда асоратларнинг ривожланиш хавфини сезиларли даражада камайтирганлиги, шунингдек, специфик асоратлар частотаси хавфини камайтириши ҳисобига яхши яқин ва узоқ муддатли натижалар улушини оширишга имкон берганлиги билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилиниши.** Холелитиазларда холедохнинг терминал қисми ва Фатер сўргичининг ўтказувчанлиги бузилишларини хирургик даволаш натижаларни яхшилаш бўйича илмий тадқиқот натижаларига кўра:

биринчи илмий янгилик: Қорақалпоғистон Республикаси ва Хоразм вилояти мисолида ўт тош касаллиги ва унинг асоратларининг эпидемиологик жиҳатлари холелитиазнинг тарқалганлиги 13,6%, холедохолитиаз учраши 55,8-60,6%, умумий ўт йўлининг терминал қисми стенози 12,7-16,4% ҳамда Фатер сўргичи ўтказувчанлигининг бузилиши 23,1-31,4% эканлиги билан тавсифланиши аниқланган ва бу республикамизнинг ўртача кўрсаткичларидан юқори эканлиги қайд қилинганлиги Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали томонидан 2023 йил 29 сентябрда 90-сон билан тасдиқланган “Холелитиазларда холедох терминал қисми ва Фатер сўргичи ўтказувчанлиги бузилишларини хирургик даволаш усуллари” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2023 йил 5 октябрдаги 147/І-сон ва Қорақалпоғистон Республикаси У.Халмуратов номидаги кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2023 йил 26 октябрдаги 40-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 25 сентябрдаги 06/33-сон хулосаси). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: Республикамизнинг ушбу ҳудудларида ўт тош касаллиги ва унинг асоратларининг эпидемиологик жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда профилактик чора-тадбирларни амалга ошириш касалланиш кўрсаткичларини камайтиришга ва даволаш тактикасини

тўғри танлашга имкон беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: ушбу янгиликдан фойдаланиш касалланиш ва асоратли кечиш кўрсаткичларини камайтиради. Ўт тош касаллиги ва унинг асоратлари билан касалланган 1 нафар беморнинг стационар даволаниши учун сарфланадиган ўртача 7800000 сўм маблағлар иқтисод қилинишга имкон беради. Хулоса: Республикамизнинг ушбу ҳудудларида ўт тош касаллиги ва унинг асоратларининг эпидемиологик жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда профилактик чора-тадбирларни амалга ошириш 1 нафар беморнинг стационар даволаниши учун сарфланадиган ўртача 7800000 сўм маблағлар иқтисод қилинишини таъминлайди.

иккинчи илмий янгилик: холелитиазда холелитиазда Фатер сўрғичи стенозининг давомийлигини ташриҳ вақтида аниқлаш учун ташқи диаметри 4-6 мм, ички диаметри эса 3-4 мм бўлган найчадан фойдаланган ҳолда ўт қоғи чўлтоғи ёки холедохотомик тешик орқали холедохга киритилиб катта дуоденал сўрғични зондлаш орқали унинг проксимал ва дистал чегараларини ўлчаш билан тавсифланувчи янги “қўш найчали зонд” усули ишлаб чиқилганлиги Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали томонидан 2023 йил 29 сентябрда 90-сон билан тасдиқланган “Холелитиазларда холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилишларини хирургик даволаш усуллари” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2023 йил 5 октябрдаги 147/І-сон ва Қорақалпоғистон Республикаси У.Халмуратов номидаги кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2023 йил 26 октябрдаги 40-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 25 сентябрдаги 06/33-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: холелитиазда Фатер сўрғичи стенозининг давомийлигини аниқлашнинг янги усули адекват ташриҳ усулини танлашга, асоратлар сонининг камайишига, даволаш самарадорлигини оширишга ва беморларнинг ҳаёт сифатининг яхшиланишига имкон беради. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: Тадқиқотга 102 нафар бемор (назорат гуруҳи) жалб этилган бўлиб, уларнинг 25,5%да анъанавий усуллар қўлланилганда турли асоратлар юзага келган, бу эса беморларни касалхонада бўлиш муддатини ўртача 3 кунга узайтирган. Янги усулни жорий этиш ушбу асоратларнинг олдини олиш имконини берди, бу эса беморларнинг стационарда бўлиш муддатини ва даволаниш харажатларини сезиларли даражада қисқартирди. Бир бемор учун 1 кунлик тежамкорлик 350000 сўмни, 3 кун учун эса 1050000 сўмни ташкил қилди. Хулоса: янги ташхислаш усулидан фойдаланиш 1 нафар бемор учун 1050000 сўм иқтисод қилинишига имкон беради.

учинчи илмий янгилик: Фатер сўрғичи стенози даражасини ва стеноз давомийлигининг аниқ ўлчамларини аниқлаш ва шу билан папиллосфинктеротомия амалиёти вақтида катта дуоденал сўрғич ампула қисмининг олдинги деворини қанча узунликда кесиш кераклигини ёки папиллосфинктеропластикага эҳтиёж бор ёки йўқлигини аниқлашда интраоперацион баллонопапиллография усулининг самарадорлиги

исботланганлиги Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали томонидан 2023 йил 29 сентябрда 89-сон билан тасдиқланган “Холелитиазларда холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилишларини даволашда компрессион холедоходуоденоанастомоз усулини қўллаш” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2023 йил 5 октябрдаги 146/I-сон ва Қорақалпоғистон Республикаси У.Халмуратов номидаги кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2023 йил 26 октябрдаги 40-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 25 сентябрдаги 06/33-сон ҳулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: Фатер сўрғичи стенози даражасини ва стеноз давомийлигининг аниқ ўлчамларини аниқлаш ва ташрихга кўрсатмаларни аниқлашда тавсия этилган усул адекват ташрих усулини танлашга, асоратлар сонининг камайишига, даволаш самарадорлигини оширишга ва беморларнинг ҳаёт сифатининг яхшиланишига имкон беради. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: Тадқиқотга 102 нафар бемор (назорат гуруҳи) жалб этилган бўлиб, уларнинг 25,5%да анъанавий усуллар қўлланилганда турли асоратлар юзага келган, бу эса беморларни касалхонада бўлиш муддатини ўртача 3 кунга узайтирган. Янги усулни жорий этиш ушбу асоратларнинг олдини олиш имконини берди, бу эса беморларнинг стационарда бўлиш муддатини ва даволаниш харажатларини сезиларли даражада қисқартирди. Бир бемор учун 1 кунлик тежамкорлик 350000 сўмни, 3 кун учун эса 1050000 сўмни ташкил қилди. Хулоса: янги ташхислаш усулидан фойдаланиш 1 нафар бемор учун 1050000 сўм иқтисод қилинишига имкон беради.

тўртинчи илмий янгилик: катта дуоденал сўрғич стенозида кесувчи қисми уч бурчак шаклида ва ишчи ҳолатда ўта қисқа бўлган папиллотомдан фойдаланган ҳолда Фатер сўрғичи стенозининг фақат торайган қисминигина ва қатъий белгиланган ўлчамда интраоперацион хавфсиз кесишга имкон берувчи хирургик даволаш усули ишлаб чиқилганлиги Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали томонидан 2023 йил 29 сентябрда 90-сон билан тасдиқланган “Холелитиазларда холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилишларини хирургик даволаш усуллари” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2023 йил 5 октябрдаги 147/I-сон ва Қорақалпоғистон Республикаси У.Халмуратов номидаги кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2023 йил 26 октябрдаги 40-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 25 сентябрдаги 06/33-сон ҳулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: ишлаб чиқилган янги хирургик даволаш усулидан фойдаланиш оператив амалиётдан кейинги асоратларни камайтиради ва беморларнинг реабилитациясини тезлаштиради. Бу эса даволаш сифатини яхшилашга тикланиш учун зарур бўлган вақтни қисқартиришга ёрдам беради. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: янги даволаш усулидан фойдаланиш ташрихдан

кейинги панкреатит асоратини 7,9% га (8 нафар беморда асорат кузатилмаган) камайтиришга имкон бергани ҳолда 1 нафар бемор учун қўшимча даволаниш учун харажатларни 7450000 сўмга камайтирди. Хулоса: янги даволаш усулидан фойдаланиш орқали асорат кузатилмаган беморлар ҳисобига жами 59600000 сўм маблағлар иқтисод қилинган;

бешинчи илмий янгилик: холелитиазларда умумий ўт йўлининг терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилишларининг 1-2 даражаларида эндоскопик папиллосфинктеротомияга муқобил тарзда интраоператив қўлланиладиган, махсус папиллотом ва баллонли найчани ўт қопи чўлтоғи ёки холедохотомик тешик орқали холедохга киритиб антеград папиллотомияни амалга оширишга асосланган катта дуоденал сўрғич стенози билан асоратланган холелитиазни хирургик даволаш усули такомиллаштирилганлиги Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали томонидан 2023 йил 29 сентябрда 90-сон билан тасдиқланган “Холелитиазларда холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилишларини хирургик даволаш усуллари” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2023 йил 5 октябрдаги 147/І-сон ва Қорақалпоғистон Республикаси У.Халмуратов номидаги кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2023 йил 26 октябрдаги 40-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 25 сентябрдаги 06/33-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: ишлаб чиқилган янги даволаш усули такрорий жарроҳлик аралашувлар сонини камайтириб, беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилайдиган ва уларнинг реабилитация қилиш вақтини қисқартиради. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: янги даволаш усулидан фойдаланиш ташрихдан кейинги панкреонекроз асоратини 1,96% га (2 нафар беморда асорат кузатилмаган) камайтиришга имкон бергани ҳолда 1 нафар бемор учун қўшимча даволаниш учун харажатларни 10800000 сўмга камайтирди. Хулоса: янги даволаш усулидан фойдаланиш орқали асорат кузатилмаган беморлар ҳисобига жами 21600000 сўм маблағларни тежаш имконини берган.

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

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 22 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 9 та мақола, жумладан, 7 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

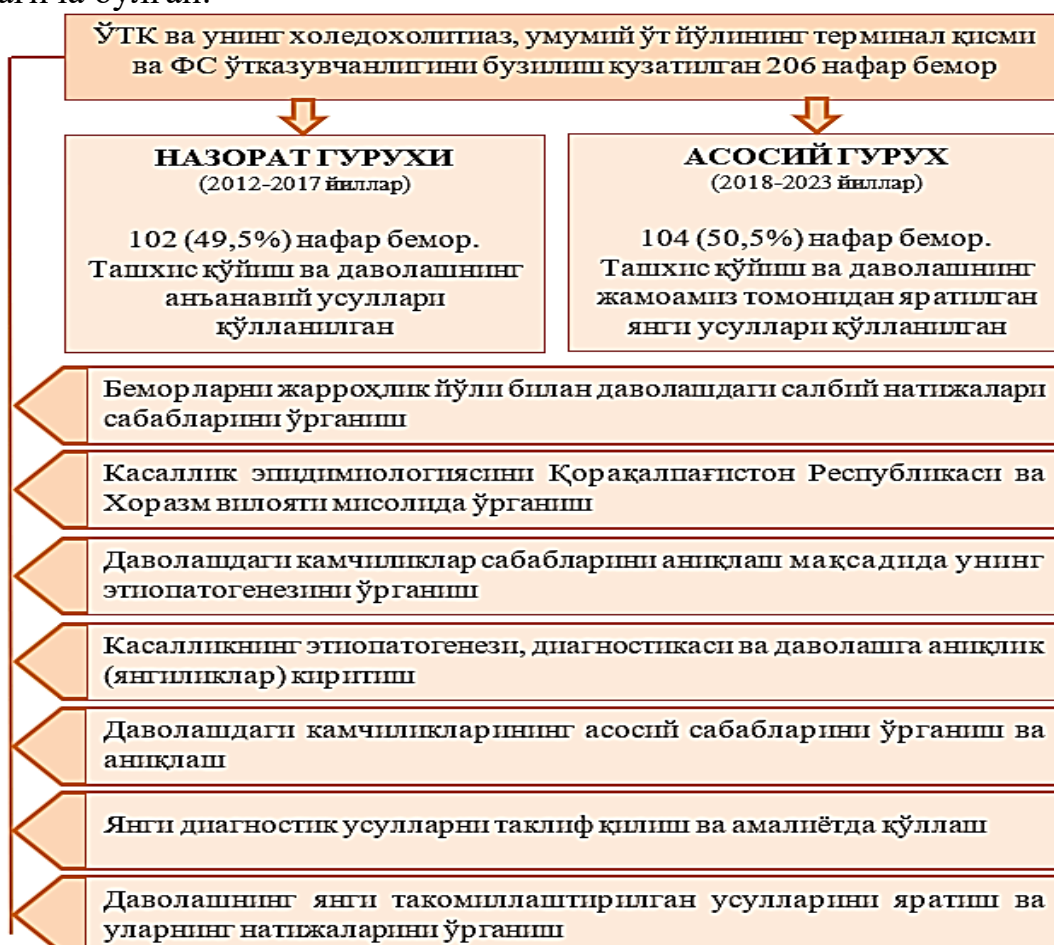
**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация кириш, етти боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 236 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Диссертациянинг **кириш қисмида** ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурияти асосланган, тадқиқотнинг объекти ва предмети тавсифланган, тадқиқотнинг Республика фан ва техниканинг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти, тадқиқот натижаларининг жорий этилиши, чоп этилган ишлар тўғрисидаги маълумотлар берилган.

Диссертациянинг **“Холелитиазларда холедох терминал қисми ва Фатер сўргичи ўтказувчанлигини бузилишларидаги айрим жарроҳлик муаммолари”** деб номланган биринчи бобида адабиёт маълумотлари шарҳи келтирилган. Ўт тоши касаллигининг эпидемиологияси таҳлил қилинган. Холелитиаз ва унга бугунги кунда замонавий қарашлар кўриб чиқилган. Шунингдек, ўт тош касалигида қўлланиладиган асосий текшириш усуллари ҳамда холелитиазларда холедох терминал қисми ва Фатер сўргичи ўтказувчанликларининг бузилишларини жарроҳлик йўли билан даволашларнинг муаммоли масалалари муҳокама қилинган.

Диссертациянинг **“Диссертацияда қўлланилган клиник материаллар ва текшириш усуллари”** деб номланган иккинчи бобида тадқиқот материаллари ва усуллари келтирилган. Диссертация тадқиқотининг дизайни қуйидагича бўлган:



1-расм. Тадқиқот дизайни.



Беморларни даволаш натижаларини яхшилашда уларнинг ёши ва жинсини ўрганиш катта аҳамиятга эга, бизнинг ҳар икки гуруҳдаги беморларимизнинг ёши ва жинси ҳақидаги маълумотлар 1-жадвалда келтирилган.

# 1-жадвал

## Текшириш гуруҳидаги беморларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши

Беморлар ёши	Эркаклар		Аёллар		Жами	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Назорат гуруҳи						
18-44 ёш	4	3,9	16	15,7	20	19,6
45-59 ёш	12	11,7	30	2,9	42	41,2
60-74 ёш	19	18,6	17	16,6	36	35,3
75 ёшдан катта	1	0,9	3	2,9	4	3,9
Умумий сони	36	35,3	66	64,7	102	100
Асосий гуруҳ						
18-44 ёш	4	3,8	25	24,1	29	27,9
45-59 ёш	8	7,7	25	24,1	33	31,8
60-74 ёш	14	13,5	21	20,2	35	33,6
75 ёшдан катта	4	3,8	3	2,8	7	6,7
Умумий сони	30	28,8	74	71,2	104	100

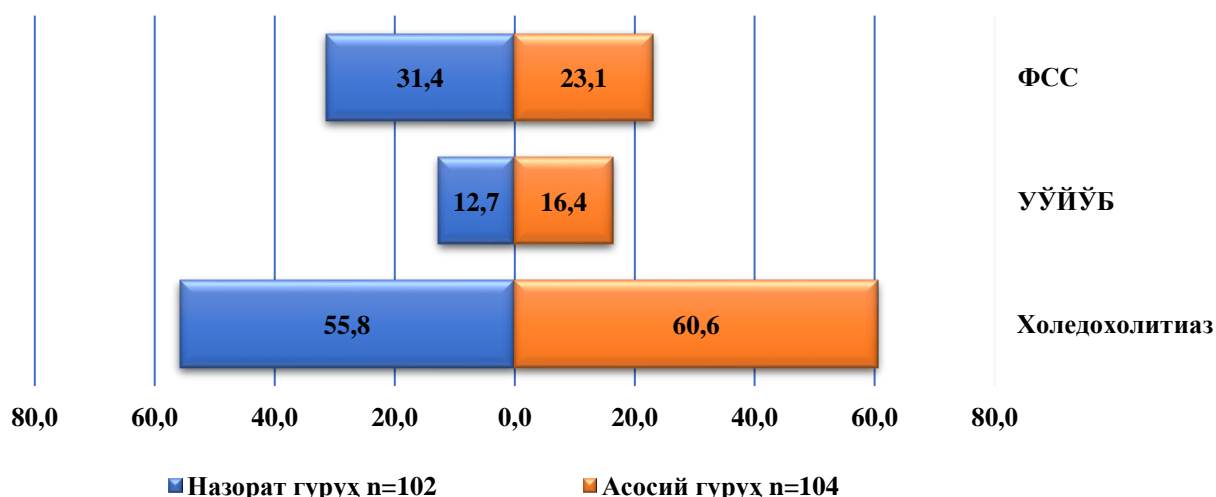
1-жадвалдан кўриниб турибдики, назорат гуруҳида жами 36 (35,3%) нафар эркаклар, 66 (64,7%) нафарини эса аёллар ташкил қилган. Асосий гуруҳдаги беморлардан 30 (28,8%) нафарини эркаклар ва 74 (71,2%) нафарини аёллар ташкил қилган. Умуман беморларнинг жинси солиштирилганида назорат гуруҳидаги беморлар репрезентативлиги аниқланди.

Назорат гуруҳидаги беморлар ичидан 20 (19,6%) нафари 18-44 ёш, 42 (41,2%) нафари 45-59 ёш, 36 (35,3%) нафари 60-74 ёшдаги ва 4 (3,9%) нафари 75 ва ундан катта ёшдаги беморлар ташкил қилган.

Асосий гуруҳдаги беморлар ичидан эса 29 (27,9%) нафар беморлар 18-44 ёш, 33 (31,8%) нафари 45-59 ёш, 35 (33,6%) нафари 60-74 ёшдаги ва 7 (6,7%) нафари 75 ва ундан катта ёшдаги беморлар ташкил қилган.

ЎТК асорати турлари, уларнинг кечиши ва оғирлик даражаси асосий касалликни даволаш натижаларига бевосита таъсир қилади. Текширувдаги беморлардаги ЎТК асоратлари тури ва сони 2-расмда келтирилган.

ЎТК нинг холедохолитиаз асорати назорат гуруҳи беморларидан 57 (55,8%) нафарида ва асосий гуруҳ беморларидан 63 (60,6%) нафарида аниқланган, УЎЙЎБ асорати назорат гуруҳи беморларидан 13 (12,7%) нафарида ва асосий гуруҳ беморларидан 17 (16,4%) нафарида аниқланган, ФСС асорати эса назорат гуруҳи беморларидан 32 (31,4%) нафарида ва ўз навбатида асосий гуруҳ беморларидан 24 (23,1%) нафарида аниқланган. Ушбу маълумотлардан кўриниб турибдики ҳар икки гуруҳ беморларда ЎТК асоратларининг аниқланиши кўрсаткичларидан катта фарқ йўқ.



**2-расм. Текширувдаги беморлардаги ЎТК асоратлари тури ва сони.**

Беморларда аниқланган асосий касаллик ва унинг асоратлари билан бир қаторда хирургик ва терапевтик ҳамроҳ касалликлар аниқланган. Ушбу ҳамроҳ касалликлар ҳақидаги маълумотлар 2-жадвалда келтирилган.

**2-жадвал**

**Текширув гуруҳидаги беморларда аниқланган ҳамроҳ касалликлар**

Қўшимча касалликлар тури	Асосий гуруҳ n=104		Назорат гуруҳ n=102	
	абс.	%	абс.	%
ЮИК	14	13,5	13	12,7
Артериал гипертензия	28	26,9	27	26,5
Сурункали бронхит	11	10,6	9	8,8
Бронхиал астма	6	5,7	4	3,9
Сурункали гастродуоденит	19	18,3	16	15,6
Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яраси	5	4,8	7	6,8
Сурункали гепатит	19	18,3	14	13,7
Жигар циррози	17	16,4	13	12,7
Буйрак патологияси	13	12,5	14	13,7
Қандли диабет	24	23,1	22	21,6
Гинекологик касалликлар	14	13,5	11	10,8
Чурралар	13	12,5	12	11,7
Анемия	41	39,4	37	36,3
Семизлик	12	11,5	10	9,8
Варикоз касаллиги	11	10,6	11	10,7

Текширувдаги беморларнинг ҳамроҳ касалликлари ўрганилганида касалликлар солиштирма маълумотларда кескин фарқланишлар аниқланмади. Шунга қармасдан умумий касалликлар ичидан ҳар икки гуруҳ беморлари ичидан камқонлик кўпроқ ҳолатларда (асосий гуруҳ беморларидан 41 (39,4%) ва назорат гуруҳидаги беморлардан 37 (36,3%) ҳолатда) аниқланган. Кўп учраши бўйича кейинги ўринда артериал гипертензия (асосий гуруҳ беморларидан 28 (26,9%) ва назорат гуруҳи беморларидан 27 (26,5%) ҳолатда)

аниқланган. Таъкидлаб ўтиш керакки қандли диабет асосий гуруҳ беморларидан 24 (23,1%) ва назорат гуруҳи беморларидан 22 (21,6%) нафарида аниқланган.

Барча беморларга кўрсатмалар асосида умумий клиник, лабаратор, УТТ, рентген, ЭФГДС, КТ, РПХГ, МРТ холангиография текширувлари ўтказилган.

Диссертациянинг учинчи боби “**Ўт тош касаллигининг эпидемиологик хусусиятлари ва беморларнинг антропометрик жиҳатлари**” деб номланган бўлиб, унда ЎТК ни Ўзбекистон Республикасида Қорақалпоғистон Республикаси ва Хоразм вилоятларида икки хил даврда 2012-2017 ҳамда 2018-2023 йилларда учрашини ҳамда унинг динамикаси ўрганилган. Ушбу ҳудудларнинг демографик кўрсаткичлари ўрганилганда, ер майдонинг ва аҳолининг ўртача зичликлари ўртасида кескин фарқ бўлишига қарамасдан ҳар икки даврда ҳам аҳолини ўртача сони ўртасида деярли фарқ йўқлиги аниқланди (3-жадвал).

### 3-жадвал

#### Қорақалпоғистон Республикаси ва Хоразм вилоятлари демографик кўрсаткичлари.

№	Худудлар	Ер майдони км²	Аҳолининг ўртача сони		Аҳолининг ўртача зичлиги	
			2012-2017	2018-2023	2012-2017	2018-2023
1	ҚР	166 600	1884,4	1923,8	10,7 км²	11,5 км²
2	Хоразм	6300	1795,9	1995,8	317,7 км²	323,7 км²

Беморларнинг ЎТК ва унинг асоратлари билан ушбу ҳудудлар клиникаларига жами 60600 бемор госпитализация қилинган, шундан 29173,6 нафари Қорақалпоғистон Республикаси клиникаларига ва 31426,4 Хоразм вилояти клиникаларига ётқизилган. 2-давр ичида жами 79693,6 бемор госпитализация қилинган, шундан 37658,5 нафари Қорақалпоғистон Республикаси клиникаларига ва 42035,1 Хоразм вилояти клиникаларига ётқизилган. Стационарга госпитализация қилинган 2-давр ичидаги беморлар ўртача сони, 1-давр беморларининг ўртача сонидан бир мунча кўплиги қайд қилинган (4-жадвал).

### 4-жадвал

#### Беморларининг госпитализация қилиниши ҳолати (ҳар минг аҳоли сонига нисбатан).

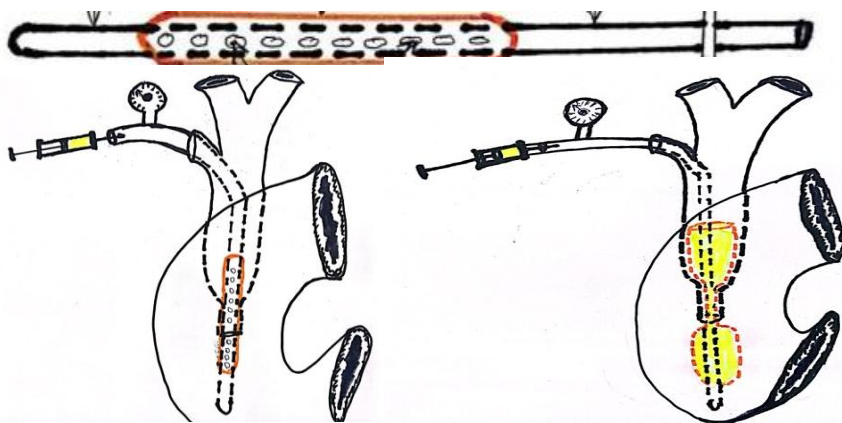
1-давр (2012-2017 й.)								
Худудлар	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Жами	Ўртача
ҚР	3571,2	4207,1	4723,4	5678,2	4851,5	6142,2	29173,6	4862,3
Хоразм	4436,3	5131,5	6201,1	4739,1	4381,2	6537,2	31426,4	5237,7
Умумий:	8007,5	9338,6	10924,5	10417,3	9232,7	12679,4	60600	10100
2-давр (2018-2023 й.)								
Худудлар	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Жами	Ўртача
ҚР	5634,1	6311,5	5812,1	6564,2	6101,2	7235,4	37658,5	6276,4
Хоразм	5958,4	7369,2	6645,7	7240,3	7132,2	7689,3	42035,1	7005,8
Умумий:	11592,5	13680,7	12457,8	13804,5	13233,4	14924,7	79693,6	13282,3

ЎТК билан касалланиш кўрсаткичи таҳлил қилинганда 2012-2017 йй даврида 100 минг аҳолига нисбатан минимал кўрсаткич 8,1 ни, максимал кўрсаткич эса 10,0 ни ташкил этди, 2018-2023 йй даврида эса 8,8-15,6 ни ташкил этди. ЎТК ва унинг асоратлари эпидемиологик ҳолати ўрганилганида ЎТКги билан касалланиш Дунё ва Республикамиз кўрсаткичларига нисбатан 13,6% эканлиги, Холедохолияз сонининг 55,8-60,6%, Умумий ўт йўлининг терминал қисми стенози 12,7-16,4%, Фатер сўрғич ўтказувчанлигининг бузилиши 23,1-31,4% эканлиги аниқланди. Ушбу рақамлардан кўриниб турибдики ЎТК ва унинг асоратларидан холедохолияз бизнинг текширувимиздаги беморларда ортганлиги умумий ўт йўлининг терминал қисми стенози эса пастлиги аниқланди.

Диссертациянинг “Холелитиазларда холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилишларининг диагностикаси” деб номланган тўртинчи бобида холелитиазларда холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилишлари диагностикасининг мавжуд асосий усуллари ва янги усуллари баён этилган.

Холелитиазларда холедох терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлиги бузилишлари диагностикасидаги қийинчиликлар, ноқулайликлар, имкониятларнинг чекланганликларини инобатга олиб ушбу патология диагностикасини енгиллаштириш мақсадида биз 3 та янги диагностика усуллари таклиф қилганмиз.

**Биринчи усул** “Интраоперацион баллонапапиллография усули” бўлиб, бунда ишлатиладиган нозик резина баллонли эластик найча ёрдамида ФС соҳаси проксимал “престенотик” ва дистал “постстенотик” қисмларини қамраб олган ҳолатда рентген контрастли текширув ҳисобланади. Бунда рентген контраст модданинг ошқозон ости беги йўлига рефлюксининг бутунлай олди олинади. Натижада рентген тасвирда ФСС ва айниқса, стеноз узунлигининг аниқ ўлчами кузатилади (3-расм).



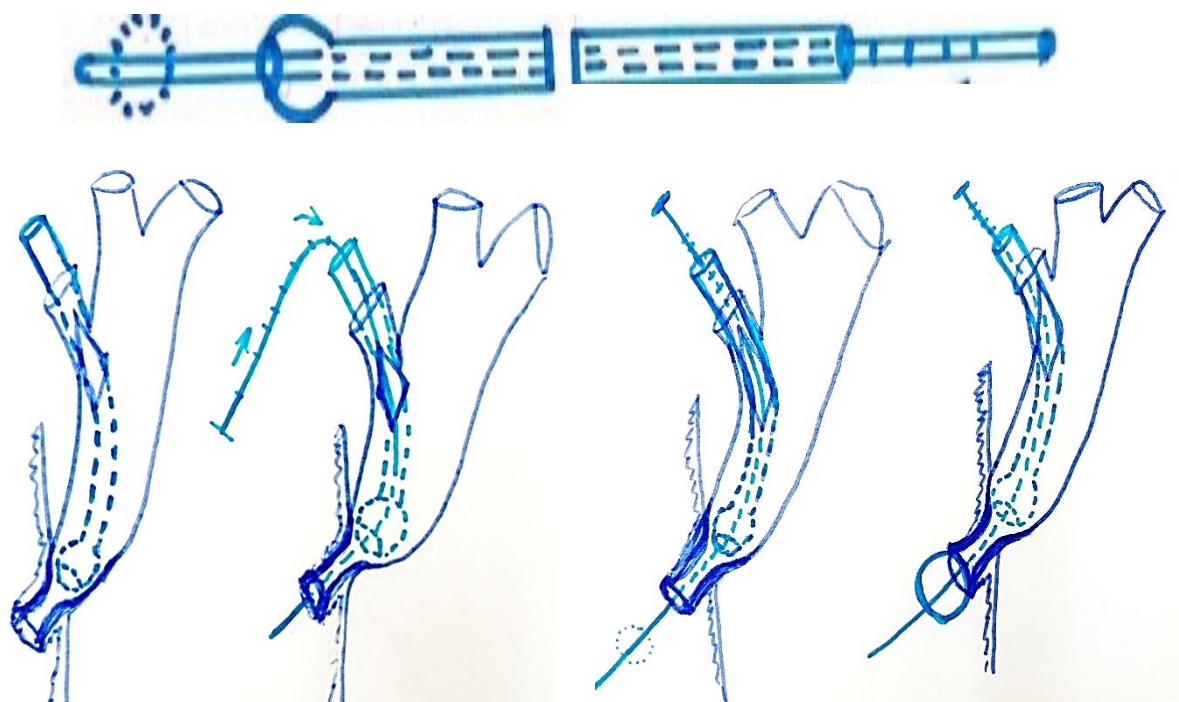
**3-расм. Баллонли эластик найча ва унинг ёрдамида**

**“Баллонапапиллография”ни ўтказишнинг схематик кўриниши.**

Бу мослама, айниқса, стеноз давомийлигини тўғри аниқлаш имконини беради ва бу билан операция турини тактикасини, яъни, ПСТда ФС ампула

қисмининг олдинги деворини қанча узунликда кесиш кераклигини ёки ПСПга эҳтиёж бор ёки йўқлигини аниқлашга ёрдам беради.

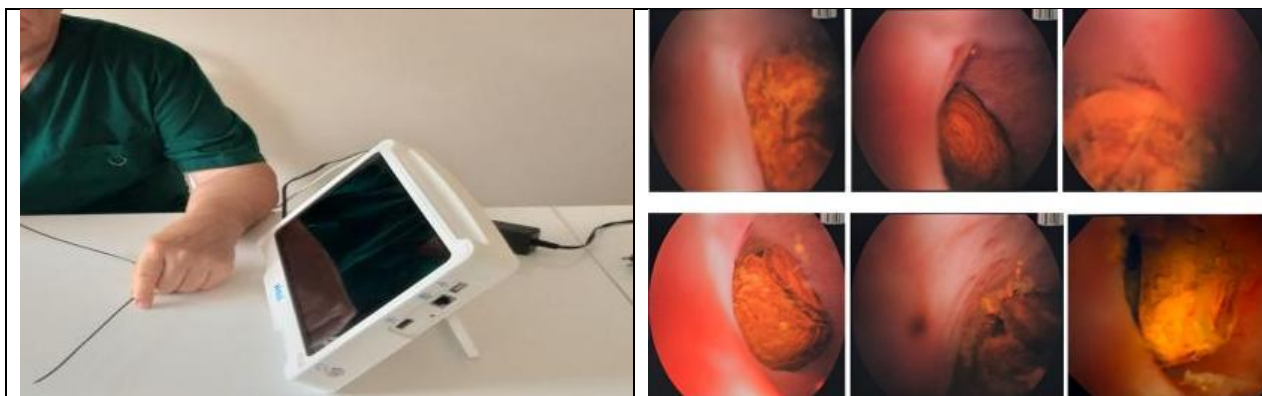
**Иккинчи усул “Қўш найчали зонд”** усулидир. Бунда, ташқи диаметри 4-6 мм, ички диаметри эса 3-4 мм бўлган найча ташқи найча бўшлиғига Фогарти катетерининг худди ўзига ўхшаш эластик иккинчи найча жойлаштирилган мосламадан фойдаланилади. Дастлаб, кўрсатилган махсус мослама ўт қопи чўлтоғи ёки холедохотомия орқали холедохга киритилиб ФСни зондлаш амалга оширилади. Бунда агар УЎЙТҚ ва ФС торайиши мавжуд бўлса, диаметри 4-6 мм бўлган ташқи зонд ФСдан ЎИБИ бўшлиғига эркин ўтмайди, унинг учи ФС нинг торайган соҳасининг проксимал қисмида тўхтайдди. Ушбу ҳолатда ички зонд ФС дан дуоденумга ўтказилади. Найча учининг ЎИБИ бўшлиғига ўтказгандан кейин унинг резина баллонига 5 -10 мл суюқлик юборилади ва унинг баллони шиширилади. Кейин бу ички катетер аста-секинлик билан орқага тортилади. Агар УЎЙТҚ ва ФС соҳасида торайиш мавжуд бўлса, иккинчи ички найчанинг шиширилган баллон ФС торайган соҳасининг пастки чегарасига келиб тақалади. Ташқи зонднинг дистал учи эса торайган соҳанинг проксимал чегарасида жойлашади. Ташқи зонднинг дистал қисми билан ички зонд баллонининг проксимал қисми орасидаги масофа УЎЙТҚ ва ФС соҳасидаги торайиш ўлчамини кўрсатади (4-расм).



**4-расм. Баллонли-зонд ёрдамида УЎЙТҚ ва ФС торайган қисми ва унинг давомийлигини аниқлашнинг схематик кўриниши.**

**Учунчи усул** “Ультранозик фиброэндоскоп орқали объектив аниқлаш” усулидир. Ушбу усул фиброхоледохохолангиоскоп аппаратида амалга оширилади. Ушбу аппаратни юртимизда биринчилардан бўлиб 2018 йилдан буён операцияларда қўллаб келмоқдамиз. Ушбу усулнинг энг аҳамиятли томонларидан бири шундаки, уни нафақат лапароскопик ёки очиқ усуллардаги

операция жараёнларида, балки, операциядан олдин ҳам – агар ташқи ўт оқмаси мавжуд бўлган беморларда ва операциядан кейинги исталган даврларда ҳам, ҳаттоки амбулатор шароитларда ҳам –назорат найчалар орқали, ташқи ўт оқмалари йўли орқали ўт йўлларида қолиб кетган тошларни аниқлашда ва уларни олишда ҳамда ўт йўлларида санація қилишда ҳам кенг қўлланиши мумкин (5-расм).



**5-расм. ФССни ультранозик фиброэндоскоп орқали объектив аниқлаш усули.**

Биз таклиф этаётган “баллонапапиллохолангиография”, ФСС ни “Қўш зонд” ва янги ультранозик фиброэндоскоп орқали текшириш усуллари ФСС даражаси ва унинг узунлигини аниқлашнинг энг оддий, зарур ва ишончли усуллар ҳисобланади ва улар мазкур тоифадаги беморларни даволашда қўлланилиши мақсадга мувофиқдир.

Диссертациянинг “**Холелитиазда холедох терминал қисми ва Фатер сўргичи ўтказувчанлиги бузилишини хирургик даволаш усуллари тақомиллаштириш**” деб номланган бешинчи бобида холелитиазда холедох терминал қисми ва Фатер сўргичи ўтказувчанлиги бузилишини хирургик даволаш усулларида айрим муаммолари ёритилган ва ЎТК нинг этиопатогенези ҳақидаги айрим фикр-таклифлар баён этилган, шунингдек холелитиазларда холедох терминал қисми ва Фатер сўргичи ўтказувчанлиги бузилишларини хирургик даволашнинг тақомиллаштирилган усуллари келтирилган.

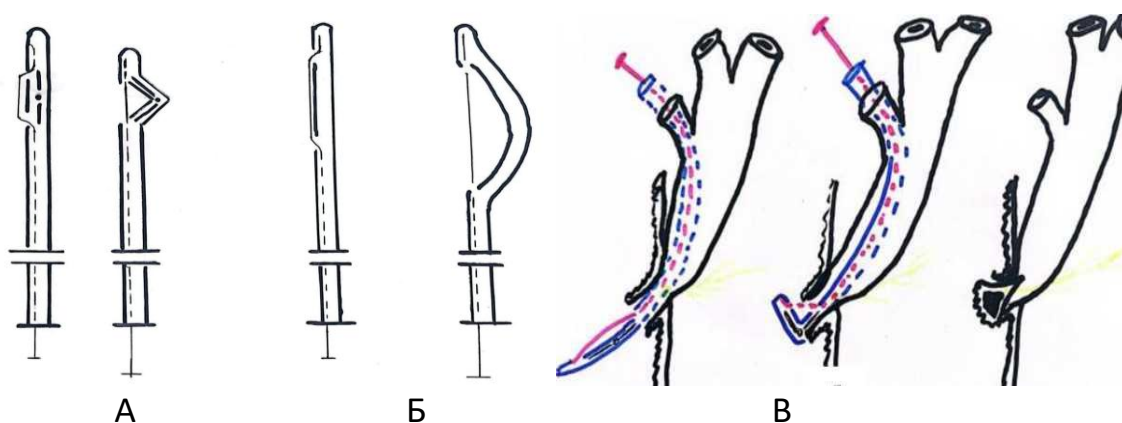
Кейинги йилларда кўпчилик тадқиқотчилар, шу жумладан, бизнинг жамоамиз ходимлари ҳам, ПСТ ва ПСПларнинг янги тақомиллаштирилган вариантларини яратиш борасида изланишлар олиб бормоқдалар. Улар қаторида, шахсан биз ҳам, ўзимиз яратган “Папиллотом”ларимиз ёрдамида ПСТларни, баъзан эса ПСП, ҚИБДА каби операцияларнинг айнан, кейинчалик уларнинг эндохирургик вариантларида ҳам қўллаш имконини берадиган уларнинг янги турларини қўллаш техникасини ва улар учун махсус мосламалар яратишга ҳаракат қилдик.

Биз томонимиздан яратилган ва таклиф қилинаётган папиллотомлар ёрдамида бажариш мумкин бўлган ПСТ усулларида алоҳида ПСТ ёки уларни ПСП ва асосан ХДА билан биргаликда бажаришларда мос келадиган икки усулни синовдан ўтказдик. Ушбу папиллотомларнинг аввалгиларидан асосий



фарқи шундаки, улар ФССнинг фақат торайган қисминигина ва қатъий – стандарт ўлчамда, яъни ПСТ ни ўта хавфсиз амалга оширишга ёрдам беради.

**Таклиф этилаётган биринчи** папиллотомнинг асосий ишчи қисми ПСТ ни бажариш жараёнида уч бурчак шаклида бўлганлиги учун унинг кесувчи сими ўта қисқадир (Расм 6 А), эскисида -анъанавий турида эса “камонсимон” кўринишда бўлганлиги учун (Расм 6 Б) унинг кесувчи сими бизникдан 3-4 баробар узундир. Бу эса ПСТ жараёнида перфорация, қон кетиш хавфини тўғдириши мумкин. Ундан ташқари ФСС да (чин стенозларида) уни ФС каналига ретроград тарзда киритиш 75% гача бўлган ҳолатларда анча қийинчилик тўғдиради (6-расм). Ушбу бизнинг усулга фойдали модел учун FAP2559-сон патент олинган.



**6-расм. Таклиф этилган бизнинг биринчи папиллотомнинг (А), анъанавий папиллотомдан (Б) фарқи яққол кўринади. В – да 1-папиллотом ёрдамидаги ПСТ ни бажаришнинг схематик кўриниши.**

**Таклиф этилаётган иккинчи папиллотомнинг** ташқи диаметри 4-6 мм бўлиб, таркибида коагуляцион кесувчи сими бўлган найча ва унинг ичига баллон резервуари бўлган иккинчи эластик найча жойлаштирилган. (7-расм).

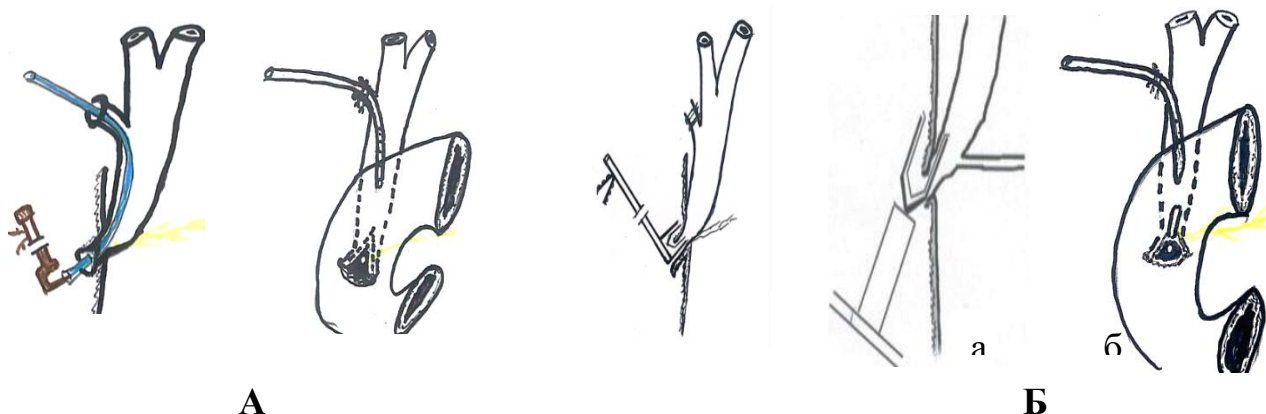


**7-расм. Таклиф этилаётган иккинчи папиллотом ва унинг ишлатилишининг схематик кўриниши.**

Папиллотом ўт пуфаги чўлтоғи ёки холедохотомия орқали УЎЙ га киритилади. Агар ФСС мавжуд бўлса унинг ташқи найчасининг дистал қисми стенознинг проксимал қисмида тўхтади, унинг ички баллонли найчаси эса ФС дан дуоденумга ўтказилади. Ундан кейин унинг дистал қисмидаги баллон резервуарига 5-10 мл суюқлик юборилади ва у орқага тортилади. Бунда унинг резервуари-баллони, агарда ФС стенози мавжуд бўлса ФС нинг ташқи тешигида тўхтади.

Шундай ҳолатда ташқи найчанинг кесувчи сими учига электро кесувчи – коагуляция қилувчи жиҳоз уланади. Бунда ФССнинг олди девори кесилиб-коагуляция қилиниб кесилади - ФС кенгайтирилади ва шундан кейин ташқи найча дуоденумга бемалол ўтади, яъни, ФС стенози ташқи найча диаметригача кенгаяди. Ушбу усуллар холелитиазларда УЎЙТҚ ва ФСларнинг ўтказувчанлиги бузулишларининг 1-2 даражаларида қўлланилган ЭПСТ га альтернатив тарзда интраоператив қўлланилган. Ушбу усулга фойдали модел учун FAP2560-сон патент олинган.

ФС нинг давомли стенозларида ва касалликнинг асоратланган турларида яъни, ФС стенозининг 2-3 даражаларида, касалликни радикал коррекция қилиш учун ПСП зарурияти туғилади. Чунки нормадаги ФС нинг интрамурал қисмининг ўлчамининг 4 мм дан то 27 мм гача эканлигини инобатга оладиган бўлсак ҳар бир ЭПСТ жараёнида, унинг экстрадуоденал қисмининг шикастланиш хавфи ҳамиша сақланиб қолади. Шунинг учун биз ПСП нинг ҳам 2 та янги усулларини таклиф қилганмиз. Шулардан биринчиси махсус (ПСТ-20, СПП-20 ва ҳ.) тикув аппаратлари ёрдамида, иккинчиси эса махсус клипапplikаторлар ёрдамида (8-расм).



**8 -расм. Махсус яратилган тикув аппарати (А) ва клипапplikатор (Б) ёрдамидаги ПСП нинг схематик кўринишлари.**

Диссертациянинг “Холелитиазларда холедох терминал қисми ва Фатер сўргичи ўтказувчанлиги бузилишини такомиллаштирилган хирургик даволаш усуллариининг дастлабки натижалари” деб номланган олтинчи бобида такомиллаштирилган хирургик даволаш усуллариининг дастлабки натижалари келтирилган.



Асосий гуруҳ беморларида ХЭК операцияси 31 дақиқа, назорат гуруҳи беморларида эса 41 дақиқа давом этган, ПСП операцияси эса асосий гуруҳ беморларида 12 дақиқа назорат гуруҳида эса 24 дақиқа давом этган. Умумий соатларни ўртача дақиқаси асосий гуруҳ беморларида 69 дақиқани, назорат гуруҳида 139 дақиқани ташкил этган. Ушбу маълумотлар шуни кўрсатадики, биз таклиф этган операциялар натижасида асосий гуруҳда операциялар давомийлиги қисқарган (5-жадвал).

#### 5-жадвал

#### ХЦЛТ, ХДЛТТ ва ФСС лардаги операция давомийлигининг қиёсий-такқосий кўриниши

Операция босқичлари	Операциянинг ўртача давомийлиги (дақиқаларда)	
	Асосий гуруҳ - 104	Назорат гуруҳ - 102
ХЭК	31,5±0,23	41,00±1,35
ХДЛТТ	3,0±0,02	4,5±0,04
ПСТ	2,5±0,01	-
ПСП	12,00±0,03	24,00±0,02
ХДА	-	42,00±1,21
(ПСТ+ХДА (ҚИБДА))	20,00	-
<b>Жами</b>	<b>69,00</b>	<b>139,00</b>

Асосий гуруҳ беморларда кузатилган операциялардан кейинги дастлабки даврлардаги турли хил нохуш сезгилар ва жами асоратлар сони, асосий гуруҳ беморларида 9,61% ҳолатда кузатилган, назорат гуруҳи беморларида эса 25,49% ҳолатда кузатилган. Асосий гуруҳдаги беморларда операциядан кейинги панкреатит белгилари 2 нафар беморда қайд этилган. Яна 4 нафар беморларимизда жигар остига қўйилган назорат найчадан қисқа муддатли геморагия ва лимфорея ҳамда 2 нафар беморда қисқа муддатли ўт аралаш суюқлик чиқиши кузатилган. Уларнинг барчаси 3-6 кун давомида ўз-ўзидан тўхтаб қолган. Бошқа спесифик асоратлар кузатилмаган. Операциядан кейинги жароҳатларнинг йирингланиши 4 (3,54%) нафар беморда кузатилган. Операциядан кейинги ўлим ҳолати асосий гуруҳда кузатилмаган. Шундай қилиб, асосий гуруҳ беморларида асоратлар жами 9,61% ҳолатда кузатилган, назорат гуруҳи беморларида эса 25,49% ҳолатда кузатилган, яхшиланиш 15,88% га тенг бўлди (6-жадвал).

Диссертациянинг “Холелитиазларда холедох терминал қисми ва Фатер сўргичининг ўтказувчанлиги бузилишларини такомиллаштирилган хирургик даволаш усуллариининг якуний натижалари” деб номланган еттинчи бобида такомиллаштирилган хирургик даволаш усуллариининг якуний натижалари келтирилган.

Асосий гуруҳ беморларида сурункали холангиогепатит жами 5 (4,8%) нафар беморларда, назоарт гуруҳи беморларида эса 7 (6,8%) ҳолатда кузатилган. Сурункали панкреатит асосий гуруҳ беморларида 9 (8,6%) ҳолатда, назорат гуруҳида эса 21 (20,6%) ҳолатда кузатилган. Умуман олганда ПХЭС асосий

гуруҳ беморларида 13 (12,5%) ҳолатда ва назорат гуруҳ беморларида эса 58 (56,8%) ҳолатда кузатилган, яхшиланиш 44,3% ни ташкил қилган (7-жадвал).

6-жадвал

**Холелитиазлардаги УЎЙТҚ ва ФС ўтказувчанлиги бузилишлари (стенот  
ёки тош, ёхуд стенот + тош) туфайли операция қилинган беморларда  
операциядан кейин кузатилган дастлабки даврдаги асосий асоратлар**

№	Операция турлари								
	Асорат турлари	Асосий гуруҳ n=104							
		ПСТ n=44		ПСП n=13		ЎЙҚИД n=47		Жами n=104	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	Операциядан кейинги панкреатит	1	2,27	2	15,38	2	4,25	5	4,8
а	Диастазурия	1	2,27	1	7,69	1	2,12	3	2,88
б	Шиш шакли	0	0	1	7,69	1	2,12	2	1,92
в	Панкреонекроз	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	Қон кетиш	0	0	1	7,69	0	0	1	0,96
3.	Ўт оқмаси	1	2,27	1	7,69	0	0	2	1,92
4.	Лимфорея	0	0	1	7,69	1	2,12	2	1,92
5.	Ўлим	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>Жами</b>	<b>2</b>	<b>5,4</b>	<b>5</b>	<b>38,46</b>	<b>3</b>	<b>6,38</b>	<b>10*</b>	<b>9,61</b>
№	Операция турлари								
	Асорат турлари	Назорат гуруҳ n=102							
		ХДЛТТТ n=56		ХДА n=40		ПСП n=6		Жами n=102	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	Операциядан кейинги панкреатит	5	8,92	7	17,5	1	16,6	13	12,74
а	Диастазурия	3	5,35	3	7,5	1	16,6	7	6,86
б	Шиш шакли	2	3,57	2	5	0	0	4	3,92
в	Панкреонекроз	0	0	2	5	0	0	2	1,96
2.	Қон кетиш	1	1,78	1	2,5	0	0	2	1,96
3.	Ўт оқмаси	4	7,14	1	2,5	1	16,6	6	5,88
4.	Лимфорея	2	3,57	1	2,5	0	0	3	2,94
5.	Ўлим	0	0	2	5	0	0	2	1,96
	<b>Жами</b>	<b>12</b>	<b>21,42</b>	<b>12*</b>	<b>30</b>	<b>2</b>	<b>33,33</b>	<b>26*</b>	<b>25,49</b>

\*Булар жами асоратлар сони. Бир беморда бир нечта асоратлар биргаликда учраган.

Тадқиқотимиз давомида операция қилинган беморларнинг якуний натижалари 3 та критериялар асосида баҳоланди. Шулардан биринчиси бунда беморлар операциядан кейинги даврда ўзларини тўлиқ соғлом ҳисоблаганларни операция натижаларини яхши, агарда, беморлар операциядан кейинги

ахволининг анча яхшиланганини эътироф этганларни эса қаниқарли ва ниҳоят операциядан кейин ҳам яна қайта-қайта даволанишга муҳтож ва қайта операция қилинганларнинг натижалари қаниқарсиз деб баҳоланган.

#### 7-жадвал

#### Холелитиазлардаги УЎЙТҚ ва ФС ўтказувчанлиги бузилишлари (стеноз ёки тош, стеноз+тош) туфайли операция қилинган беморларда операциядан кейинги узок мудатда кузатилган асоратлари

Операция турлари (Асосий гуруҳ-104)				
Асоратлар тури	ПСТ 44	ПСП 13	ЎЙҚИД 47	Жами
Рецидив-резидуал ХДЛТ ва ФСС	0	0	0	0
Сурункали холангиогепатит	2 (4,5%)	1 (7,7%)	2 (4,35%)	5 (4,8%)
Сурункали панкреатит	5 (11,4%)	1 (7,7%)	3 (6,4%)	9 (8,6%)
“Кўр халта” синдроми	0	0	0	0
“ПХЭС”, яъни юқоридагиларнинг жами	7 (15,9%)	1 (7,7%)	5 (10,6%)	13* (12,5%)
Операция турлари (Назорат гуруҳ-102)				
Асоратлар тури	ХДЛТТ 56	ХДА 40	ПСП 6	Жами
Рецидив-резидуал ХДЛТ ва ФСС	6 (10,7%)	12 (30,0%)	0	18 (17,6%)
Сурункали холангиогепатит	5 (8,9%)	2 (5%)	0	7 (6,8%)
Сурункали панкреатит	11 (19,6%)	9 (22,5%)	1 (16,6%)	21 (20,6%)
“Кўр халта” синдроми	0	12 (30,0%)	0	12 (11,7%)
“ПХЭС”, яъни юқоридагиларнинг жами	22 (39,3%)	35 (87,5%)	1 (16,6%)	58* (56,8%)

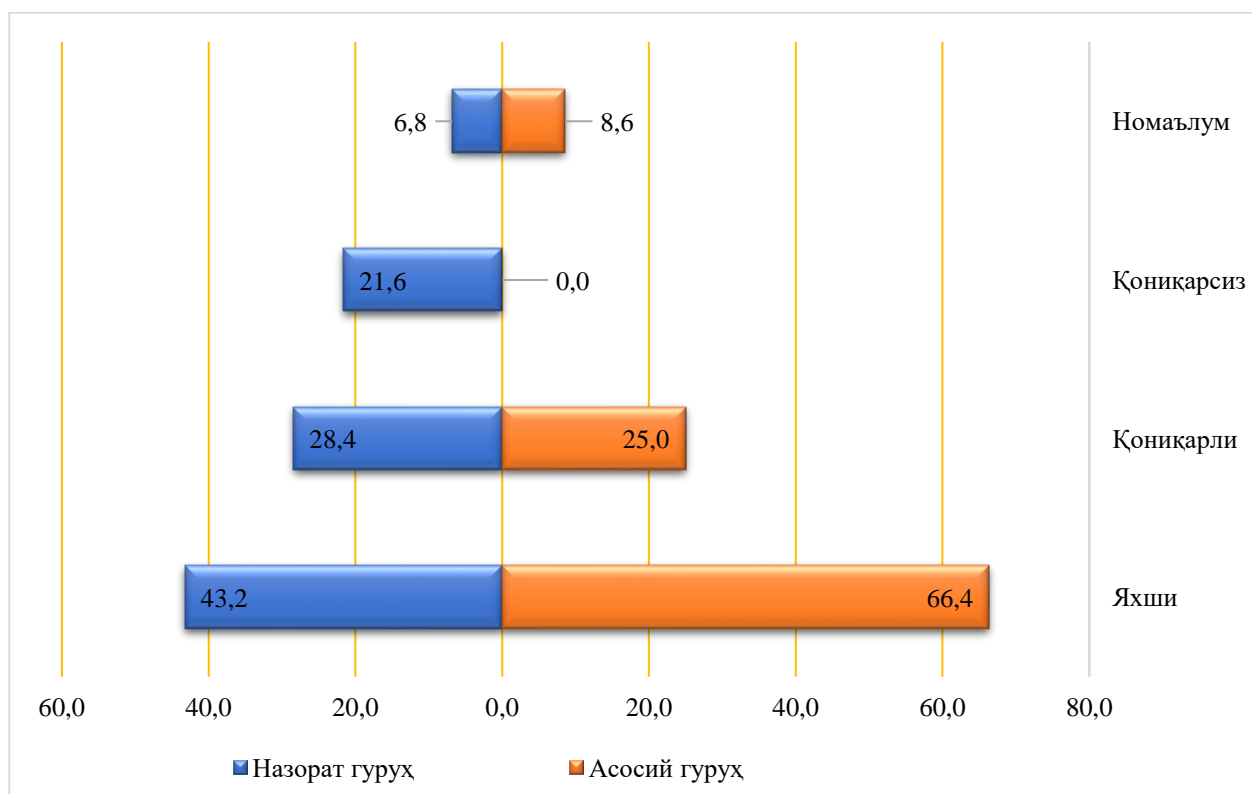
\*Булар жами асоратлар сони. Бир беморда бир нечта асоратлар биргаликда учраган.

Асосий гуруҳ беморларида 69 (66,4%) ҳолатда яхши натижалар олинган, назорат гуруҳида эса 44 (43,2%) ҳолатда, яхшиланиш 23,2%. Қониқарли ҳолат асосий гуруҳ беморларида 26 (25,0%) ҳолатда, назорат гуруҳида эса 29 (28,4%) ҳолатда кузатилган, пасайиш 3,4% га. Қониқарсиз ҳолат асосий гуруҳ беморларида кузатилмаган, назорат гуруҳ беморларида 22 (21,6%) кузатилган, пасайиш 100% га. Кейинги пайтларда асосий гуруҳ беморларидан 9 (8,6%) нафарида, назорат гуруҳи беморларидан 7 (6,8%) нафарида манзили ўзгарганликлари ва бошқа сабабларга кўра улардаги операцияларнинг узок муддатдаги натижаларини аниқлаш имконияти бўлмади.

Назорат гуруҳидаги беморларидан клиникамиздан чиқарилган 100 нафар беморларни операциядан кейинги узок муддатдаги натижалари 88 нафарида

ўрганилиб, қониқарсиз натижалар кузатилган беморлар қайта-қайта даволанишларга ва 10 (11,4%) нафари эса бемор қайта операция ўтказилишига мажбур бўлганлар.

Шундай қилиб, олиб борилган илмий тадқиқот натижасида ПХЭС асосий гуруҳ беморларида 13 (12,5%) ҳолатда ва назорат гуруҳ беморларида эса 58 (56,8%) ҳолатда кузатилган, яхшиланиш 44,3% га тенг бўлди. Асосий гуруҳ беморларида 69 (66,4%) ҳолатда яхши натижалар олинган, назорат гуруҳида эса 44 (43,2%) ҳолатда, яхшиланиш 23,2% га тенг бўлди. Қониқарли ҳолат асосий гуруҳ беморларида 26 (25,0%) ҳолатда, назорат гуруҳида эса 29 (28,4%) ҳолатда кузатилган, пасайиш 3,4% га эришилди. Қониқарсиз ҳолат асосий гуруҳ беморларида кузатилмаган, назорат гуруҳ беморларида 22 (21,6%) кузатилган (9-расм).



**9-расм. ЎТКда УЎЙТҚ ва ФС ўтказувчанлиги бузилиши (стеноз, тош ёки стеноз + тош) туфайли операция қилинган беморларда операциядан кейинги узоқ муддатдаги натижалари**

## ХУЛОСА

1. Тошли холецистит касаллиги ва унинг асоратлари бўлган холедохолитиаз, УЎЙТҚ ЎБ ва Фатер сўрғичи стенозини даволашда қўлланилаётган барча анъанавий операция турларидан (ЛХЭК, ЛХДЛТТ, ЭПСТ, ХДА) кейинги, бугунгача ҳам кузатилаётган дастлабки даврдаги асоратлар (ўт окмалари, қон кетиш, жигар ости абцесси, панкреатит ва ҳ.лар), айниқса операциядан кейинги узоқ муддатдаги асоратлар (сурункали холангит, гепатит, панкреатит, рефлюкс гастрит-эзофагит, диарея, рецидив ва резидуал

ХДЛТТ, ФСС, “кўр халта” синдроми ва ҳ.лар) то 25-50% гача (баъзан бундан ҳам анча кўпроқ) ҳолатларда учраши давом этмоқда.

2. Қорақалпоғистон Республикаси ва Хоразм вилоятларида касалланиш кўрсаткичлари 2012-2017 йй даврида 100 минг аҳолига нисбатан минимал кўрсаткич 8,1 ни, максимал кўрсаткич эса 10,0 ни ташкил этди. Ўз навбатида ушбу кўрсаткич 2018-2023 йй даврида 100 минг аҳоли сониغا нисбатан 8,8-15,6 ни ташкил этди. Умуман, 2012 йил касалланиш кўрсаткичи 8,1 ни ташкил этган бўлса 2017 йили ушбу кўрсаткич – 8,5 ни ташкил этган. Текширувдаги беморларимизнинг 2-даври 2018 йилда ЎТК нинг 100 минг аҳолига нисбатан 9,5 ва 2023 йилда эса – 13,6 ни ташкил этганлиги аниқланди.

3. Ўт тош касаллиги ва унинг энг кўп учрайдиган асоратлари холедохолитиаз, УЎЙЎБ ва ФСС ларини даволашда анъанавий ташхис ва даволаш усулларидадан кейинги, айниқса операциядан кейинги узоқ даврлардаги асоратлар асосан, ўт димланиши этиопатогенезининг тўлиқ аниқланмаганлигидан ёки унинг адекват коррекция қилинмаганлиги билан узвий боғлиқ бўлиб, натижада 51,7% беморларнинг қайта даволанишга, 10-25% гача ҳолатда қайта операцияга муҳтожлиги аниқланди.

4. Ўт тош касаллиги ва унинг асосий асоратларини аниқлашда ишлатиладиган барча анъанавий ташхис усуллари мажмуаси (клиник-лаборатор, УТТ, рентген, эндоскопия, РПХГ, МРТ ва интероперацион холангиография, ФС зондлаш ва ҳ.) ўт тошини ўт йўлларида каерларида бўлишидан қатъий назар (холецистолитиаз, холедохолитиаз) 95-98% гача тўлиқ аниқлаш имконияти мавжуддир. Аммо уларнинг фонидаги УЎЙТҚ ва ФС ЎБ ларини, ва айниқса, ФС стеноз даражаси ва айнан унинг узунлигини аниқлаш имкониятлари анча чеклангандир. Айнан булар даволаш турини танлашда асосий рол ўйнашини ҳисобга олиб уларга аниқлик киритувчи учта янги ташхис усуллари (“Баллонапапиллография”, “қўш найчали зонд” усули ва ультранозик фиброэндоскоп орқали объектив ташхис усуллари) ишлаб чиқилди ва амалиётга тадбиқ этилди.

5. Холелитиаз ва унинг асосий асоратлари ҳисобланадиган умумий ўт йўли терминал қисми ўтказувчанлигининг бузулиши ва Фатер сўргичи стенозини даволашда биз таклиф қилган ПСТ, ПСП ва ҚИБДА нинг янги усуллари ушбу операцияларнинг бажарилишини анча осонлаштиради, енгиллаштиради, соддалаштиради, тезлаштиради, ҳамда операция этапларини стандартлаштиради, уларнинг жароҳатлилигини камайтиради, натижада бу касалликка чалинган беморларни даволаш натижаларини яхшилайдди. Тақомиллаштирилган ушбу операция усулларидадан кейинги дастлабки даврлардаги натижалари таҳлили асосий гуруҳ беморларида турли хил асоратлар сони 9,61% ҳолатда кузатилган, назорат гуруҳи беморларида эса 25,49% ҳолатда кузатилган, 15,88% яхшиланишга эришилган.

6. Тақомиллаштирилган операция усулларидадан кейинги якуний натижалари таҳлилида ПХЭС асосий гуруҳ беморларида 13 (12,5%) ҳолатда, назорат гуруҳи беморларида эса 58 (56,8%) ҳолатда кузатилган, 44,3% яхшиланишга эришилди. Асосий гуруҳ беморларида 69 (66,4%) ҳолатда яхши натижалар олинган, назорат гуруҳида эса 44 (43,2%) ҳолатда, яхши натижалар

улуши 23,2% га ортган. Қониқарли натижалар мос равишда 26 (25,0%) ва 29 (28,4%) ҳолатда кузатилган, 3,4% камайтиришга эришилди. Қониқарсиз натижалар эса асосий гуруҳ беморларида кузатилмаган, назорат гуруҳи беморларида 22 (21,6%) ҳолатда кузатилган, яъни қониқарсиз натижаларга барҳам берилган.

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

---

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

**ЯНГИБАЕВ ОТАБЕК ЗАРИББАЕВИЧ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА  
ХОЛЕДОХА И ФАТЕРОВА СОСКА ПРИ ХОЛЕЛИТИАЗЕ**

**14.00.27 – Хирургия**

**АВТОРЕФЕРАТ ДОКТОРСКОЙ (DSc) ДИССЕРТАЦИИ  
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**АНДИЖАН – 2025**

**Тема докторской диссертации (DSc) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за № B2023.3.DSc/Tib924.**

Диссертация выполнена в Ташкентском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.adti.uz](http://www.adti.uz)) и Информационно-образовательном портале «Ziynet» ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

**Научный консультант:**

**Исмаилов Уктам Сафаевич**  
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты:**

**Буриев Илья Михайлович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Тешаев Октябрь Рухуллаевич**  
доктор медицинских наук, профессор

**Салахиддинов Камолиддин Зухриддинович**  
доктор медицинских наук, доцент

**Ведущая организация:**

**Первый Московский государственный  
медицинский университет имени И.М. Сеченова  
(Российская Федерация)**

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](mailto: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 докторской диссертации (DSc))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) остаётся одной из наиболее значимых проблем абдоминальной хирургии. По данным различных эпидемиологических исследований, ЖКБ выявляется у 10-20% взрослого населения в развитых странах, а у пожилых лиц частота может превышать 30%. В последние десятилетия отмечается стабильный рост заболеваемости, что связывают с изменением питания, образом жизни, увеличением продолжительности жизни. Заболевание требует существенные экономические затраты на диагностику, лечение и реабилитацию. В билиарной хирургии одной из основных и наиболее часто встречающихся патологий являются нарушения проходимости терминального отдела общего желчного протока и Фатерова соска, возникающие вследствие камней или стеноза. В современной медицине диагностика этих патологий достигла уровня 85–98%, а благодаря применению современных эндохирургических методов после постановки диагноза удаётся провести лечение в 90% случаев, что значительно облегчает лечению заболевания и его осложнений. Однако до настоящего времени сохраняются высокие показатели осложнений, такие как конверсия в 2-15% случаев, кровотечения – до 2%, желчеистечения и подпечёчные абсцессы – до 13%, ятрогенные повреждения внепечёчных желчных путей – до 2,5%, а также летальность – до 2%. Кроме того, после эндоскопических трансдуоденальных вмешательств отмечается развитие панкреатита в 3-10% случаев, панкреонекроза и ретродуоденальных флегмон – до 1-2%, что обуславливает необходимость совершенствования существующих методов лечения и разработки новых, высокоэффективных, технически удобных и малоинвазивных методов вмешательства.

В мировой практике на сегодняшний день актуальными остаются исследования, направленные на совершенствование существующих и разработку новых малоинвазивных эндовизуально-эндохирургических технологий для диагностики и лечения желчнокаменной болезни и её осложнений, в частности, исследуются возможности робот-ассистированной холедохотомии и холедохоскопии в рамках одной операции вместе с холецистэктомией, проводятся инновационные экспериментальные исследования по применению магнитных миллироботов TrainBot, способных проникать в желчные пути и выполнять электрокаутеризацию обструкций, а также по применению магнитных компрессионных анастомозов, активно развивающихся как альтернатива хирургическому вмешательству при лечении билиарных стриктур.

Современные аспекты развития отечественной хирургии включают множество мер, направленных на улучшение результатов лечения больных с желчнокаменной болезнью и её осложнениями. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению

квалифицированных медицинских услуг<sup>1</sup>. Реализация данных задач, в том числе, улучшения результатов лечения больных с нарушением проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка является одним из актуальных направлений билиарной хирургии и медицины в целом, ввиду высокой медико-социальной значимости данной патологии.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 17 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 исследования с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан VI. «Медицина и фармакология».

**Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации.**<sup>2</sup> Научно-исследовательские работы, направленные на улучшение качества оказываемой медицинской помощи пациентам с нарушением проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка на фоне ЖКБ проводятся многими международными научными хирургическими обществами и организациями, в том числе The European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and American Gastroenterological Association (AGA), Japan

---

<sup>1</sup>Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов.

<sup>2</sup>Обзор зарубежных исследований по теме диссертации проведено на основе: Inayat F, Ur Rahman A, Wahab A, Riaz A, Zahid E, Bejarano P, Pimentel R. Gastric Inflammatory Fibroid Polyp: A Rare Cause of Occult Upper Gastrointestinal Bleeding. J Investig Med High Impact Case Rep. 2020 Jan-Dec;8:2324709620936840. doi: 10.1177/2324709620936840; Acar N, Acar T, Cengiz F, Şuataman B, Tavusbay C, Hacıyanlı M. Endoscopic resection for giant oesophageal fibrovascular polyp. Ann R Coll Surg Engl. 2020 Apr;102(4):e89-e90. doi: 10.1308/rcsann.2020.0008; Cha JH, Jang JS. Correlation between healing type of lesion and recurrence in gastric neoplastic lesions after endoscopic submucosal dissection. Turk J Gastroenterol. 2020 Jan;31(1):36-41. doi: 10.5152/tjg.2020.18764; Santos CEOD, Nader LA, Scherer C, Furlan RG, Pereira-Lima JC. Small as well as large colorectal lesions are effectively managed by endoscopic mucosal resection technique. Arq Gastroenterol. 2022 Jan-Mar;59(1):16-21. doi: 10.1590/S0004-2803.202200001-04; Ni X, Yin J, Chen L, Zhu Z. Endoscopic resection of a rare duodenal polypoid mass: duodenal angiolipoma. Rev Esp Enferm Dig. 2023 Jun;115(6):332-333. doi: 10.17235/reed.2022.9268/2022; Khsiba A, Bradai S, Nakhli A, Chelbi E, Azouz MM. Solitary gastric Peutz-Jeghers polyp: a case report. Pan Afr Med J. 2022 Jan 24;41:65. doi: 10.11604/pamj.2022.41.65.29526; Kourti A, Dimopoulou A, Zavras N, Sakellariou S, Palamaris K, Kanavaki I, Fessatou S. Inflammatory fibroid polyp of the anus in a 12-month-old girl: Case report and review of the literature. J Paediatr Child Health. 2022 Aug;58(8):1313-1316. doi: 10.1111/jpc.16080; Trecca A, Catalano F, Bella A, Borghini R. Robotic colonoscopy: efficacy, tolerability and safety. Preliminary clinical results from a pilot study. Surg Endosc. 2020 Mar;34(3):1442-1450. doi: 10.1007/s00464-019-07332-6; Garmpis N, Damaskos C, Garmpi A, Dimitroulis D. Inflammatory Fibroid Polyp of the Gastrointestinal Tract: A Systematic Review for a Benign Tumor. In Vivo. 2021 Jan-Feb;35(1):81-93. doi: 10.21873/invivo.12235; Hehir C, Calpin G, Dowling G, Spillane C, Kilgallen C, Hill ADK. Inflammatory fibroid polyp of the small intestine presenting as small bowel obstruction with intussusception: a case report. J Surg Case Rep. 2024 Jan 4;2024(1):rjad695. doi: 10.1093/jscr/rjad695.

Gastroenterological Endoscopy Society (JGES); Albert Ludwigs National Institutes of Health (NIH)- US-Washington, LIV HOSPITAL (Stambul), Mount Sinai Hospital,-NY, Rotterdam Nitherlands; Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Medicine, Temerty Faculty of Medicine at the University of Toronto, Toronto, Canada; Division of Gastroenterology, Department of Medicine, Duke University, North Carolina, USA; LIV-Hospital. In stambul, Pilgrim Hospital in BOSTON. Department of Gastroenterology, ostfold Hospital Trust, Grålum, Norway; Ludwig Demling Endoscopy Center of Excellence, Division of Gastroenterology, Friedrich-Alexander-University, Germany; Division of Gastroenterology, University of California San Diego, California, USA; Clinical Trials Unit, Department of Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London; Department of Medicine Unit III, Jinnah Postgraduate Medical Centre, Karachi, Pakistan; Department of Gastroenterology, Royal Wolverhampton NHS Trust, Wolverhampton, UK; Department of Gastroenterology, Ondokuz Mayis University, Faculty of Medicine, 55100, Samsun, Turkey; Department of Preventive Medicine and Public Health, Faculty of Medicine, Fukuoka University, Japan; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» (Россия), Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (Узбекистан), Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова (Узбекистан), Ташкентском государственном медицинском университете (Узбекистан).

На основе исследований, проведённых в мире по улучшению результатов хирургического лечения у пациентов с нарушением проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка на фоне жёлчнокаменной болезни, получен ряд научных результатов.

**Степень изученности проблемы.** В настоящее время в хирургии, особенно в хирургии жёлчнокаменной болезни, можно с полной уверенностью отметить, что стремительное внедрение в эту сферу новых эндовизуальных, эндохирургических, робототехнических и других передовых технологий, их дальнейшее развитие и широкое применение в клинической практике приводят к беспрецедентному прогрессу – подъёму, вплоть до революционных изменений. Об этом свидетельствуют многочисленные научные исследования, проведённые как зарубежными, так и отечественными учёными, а также обилие информации, посвящённой новым, современным хирургическим методам диагностики и лечения жёлчнокаменной болезни и её осложнений, количество которой с каждым днём продолжает расти. Несмотря на это, наличие ряда нерешённых проблем в данной области остаётся очевидным<sup>3</sup>. Диагностика жёлчнокаменной болезни и её осложнений, а особенно процессы лечения, в последние годы неуклонно развиваются за счёт

---

<sup>3</sup>Mohammed A. Omar, Ayman Kamal, et.al. Post-cholecystectomy major bile duct injury: ideal time to repair based on a multicentre randomized controlled trial with promising results. Int J Surg. 2023 May; T.109. № 5. P.1208–1221. Oliver Burckhardt, Sarah Peisl, et.al. Length of the Remnant Cystic Duct and Bile Duct Stone Recurrence: a Case–Control Study. Gastrointest Surg. 2023; T.27. № 6. P.1122–1129. Rang-Lang Huang, Wen-Kai Huang, et.al. Diagnosis and treatment of post-cholecystectomy diarrhoea. World J Gastrointest Surg. 2023 Nov 27; T.15. № 11. P. 2398–2405.

внедрения новых эндоскопических, эндовизуальных и эндохирургических технологий.

Одной из основных и наиболее распространённых патологий в билиарной хирургии являются нарушения проходимости терминального отдела общего жёлчного протока (ТООЖП) и Фатерова сосочка (ФС), возникающие при холелитиазе вследствие наличия камней или стеноза. Вплоть до 90% случаев пациенты с данной патологией и её различными осложнениями проходят лечение с применением современных эндохирургических методов. В то же время, как отмечается в источниках, в этой области всё ещё существуют до конца не изученные, не полностью решённые и даже спорные проблемы, которые до сих пор остаются актуальными и ожидают своего окончательного решения<sup>4</sup>. При жёлчнокаменной болезни диагностика «неосложнённого» калькулёзного холецистита (КХЦТ) с использованием УЗИ, ЭРХПГ и МРТ-холангиографии, а особенно вопросы его лечения, в большинстве клиник надёжно решаются путём удаления жёлчного пузыря преимущественно эндохирургическим – лапароскопическим методом, то есть с помощью ЛХЭК. Этот метод сегодня признан во всём мире как «золотой стандарт» в лечении калькулёзного холецистита<sup>5</sup>.

Осложнения, такие как нарушения проходимости терминального отдела общего жёлчного протока и ФС, возникающие вследствие камней или стеноза и считающиеся одними из самых серьёзных осложнений данного заболевания, также устраняются с помощью современных эндоскопических методов. К ним относятся ЭПСТ (эндоскопическая папиллосфинктеротомия в сочетании с санацией жёлчных путей), лапароскопическая холедохолитотомия, лапароскопическое холедоходуоденоанастомозирование и другие подобные вмешательства. Однако лечение жёлчнокаменной болезни, особенно её осложнений, с помощью таких традиционных диагностических, технических и тактических методов до сих пор не в полной мере удовлетворяет ни большинство наших пациентов, ни самих хирургов. Это касается даже случаев лечения неосложнённого холелитиаза, учитывая неутешительные результаты таких методов, как литолизис, литотрипсия и холецистолитотомия, которые до сих пор остаются неоднозначными и недостаточно предсказуемыми.

Большинство повторных операций на жёлчных путях проводится по причине рецидивирующего или резидуального холедохолитиаза, а также доброкачественного стеноза Фатерова сосочка. Отмечается, что такие состояния эффективно лечатся с помощью эндохирургического метода –

---

<sup>4</sup>. Rohit Gupta, Anil Kumar, et.al. Anatomical variations of cystic artery, cystic duct, and gall bladder and their associated intraoperative and postoperative complications: an observational study. // Ann Med Surg (Lond) 2023 Aug; T.85. №8: p.3880–3886. Roshani Shrestha, Prangtip Chayaput, et.al., Prevalence and predictors of postcholecystectomy syndrome in Nepalese patients after 1 week of laparoscopic cholecystectomy: a cross-sectional study. Sci Rep. 2024; 14: 4903.

<sup>5</sup>Saket Kumar et.al., Surgical management of cystic duct stump calculi causing post-cholecystectomy syndrome: A prospective study. J Minim Access Surg. 2023 Apr-Jun; T. 19. №2. P.257–262. Gustavo Salgado-Garza, et.al., Single-operator cholangioscopy and electrohydraulic lithotripsy for the treatment of Mirizzi syndrome. Ann Med Surg (Lond) 2021 Feb; 62: p.274–277. Michal Żorniak, Simon Sirtl, et.al., The LMU Microlithiasis Expert Survey Team. Consensus definition of sludge and microlithiasis as a possible cause of pancreatitis. Gut. 2023 Oct; T.72. №10. P.1919–1926.

эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в сочетании с санацией жёлчных путей. Однако во многих источниках подчёркивается, что даже после современных и, казалось бы, совершенных методов лечения жёлчнокаменной болезни и её осложнений у пациентов нередко развиваются различные послеоперационные осложнения. К ним относятся: ранние осложнения – утечка жёлчи, билиозный перитонит, подпечёчный абсцесс, послеоперационный острый панкреатит или панкреонекроз, холангит; а также отдалённые последствия – рецидив или резидуальный холедохолитиаз, стенозы, стриктуры жёлчных путей, механическая желтуха, хронический панкреатит, холангит, билиарный гепатит или цирроз, хронические жёлчные свищи. Из-за этих осложнений пациенты вынуждены проходить повторное лечение, а нередко и повторные оперативные вмешательства<sup>6</sup>. Наряду с этим, до настоящего времени широко применяемые оперативные методы – лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭК) и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ с санацией жёлчных путей) – в большинстве случаев при наличии камней или стеноза в терминальном отделе общего жёлчного протока и ФС выполняются в два этапа. Сначала выполняется лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭК), затем – эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с санацией жёлчных путей, или наоборот. В результате пациенты, уже перенёсшие первую операцию, вынуждены проходить повторное хирургическое вмешательство, испытывая при этом повторные анестезиологические, психологические, финансовые и иные неудобства и риски, как минимум дважды.

Исходя из вышеизложенного, основной целью нашего настоящего научного исследования является улучшение результатов хирургического лечения пациентов с холелитиазом и его основными осложнениями – холедохолитиазом, нарушением проходимости терминального отдела общего жёлчного протока и ФС. Именно поэтому, опираясь на многолетний практический опыт в данной области, а также на данные отечественной и зарубежной литературы и практику ряда высококвалифицированных хирургов, мы стремились разработать новые, высокоэффективные, малоинвазивные, технически удобные, стандартизированные и максимально полноценно выполнимые эндохирургические методы, а также их комбинации с малоинвазивными открытыми вмешательствами для хирургического лечения пациентов с холелитиазом, нарушением проходимости терминального отдела общего жёлчного протока и ФС. Мы также прилагали усилия к внедрению таких методик, которые позволяют выполнять комбинированное вмешательство одновременно с лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭК) в рамках одной операции.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где**

---

<sup>6</sup>Saif Ullah, Bao-Hong Yang, et.al. Are laparoscopic cholecystectomy and natural orifice transluminal endoscopic surgery gallbladder preserving cholecystolithotomy truly comparable? A propensity matched study. World J Gastrointest Surg. 2022 May 27; T.14. № 5. P.470–481. Junichi Kaneko, Masaki Takinami, et.al., Endoscopic cystic duct remnant stone removal using peroral cholangioscopy. Endoscopy. 2023 Dec; 55(Suppl 1): E251–E252.

**выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Ташкентского государственного медицинского университета в рамках темы №011800230 – «Новые подходы в диагностике и лечении хирургических заболеваний человека».

**Целью исследования** является улучшение результатов лечения нарушений проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка при холелитиазе путём совершенствования методов диагностики и хирургического лечения.

**Задачи исследования:**

проанализировать эпидемиологические аспекты жёлчнокаменной болезни и её основных осложнений – холедохолитиаза, нарушения проходимости общего жёлчного протока и стеноза Фатерова сосочка на примере Республики Каракалпакстан и Хорезмской области;

разработать и внедрить в практику новые диагностические методы, позволяющие устранить выявленные недостатки традиционных диагностических подходов при стенозе терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка, на основе анализа эффективности существующих методов диагностики;

изучить недостатки и причины неблагоприятных исходов хирургического лечения пациентов с холелитиазом, осложнённым нарушением проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка, а также проанализировать отдельные аспекты этиопатогенеза развития данных осложнений;

разработать усовершенствованные методы хирургического лечения пациентов с жёлчнокаменной болезнью, у которых наблюдаются нарушения проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка;

проанализировать предварительные и окончательные результаты применения усовершенствованных методов хирургического лечения нарушений проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка при жёлчнокаменной болезни и её осложнениях;

уточнить показания к применению усовершенствованных методов хирургического лечения нарушений проходимости терминального отдела общего желчного протока и Фатерова сосочка.

**Объектом исследования** явились 206 пациенты, проходивших стационарное лечение по поводу жёлчнокаменной болезни и её основных осложнений – холедохолитиаза, нарушения проходимости терминального отдела общего жёлчного протока и стеноза Фатерова сосочка в период с 2012 по 2023 годы в хирургическом отделении Хорезмского филиала Республиканского научно-практического медицинского центра специализированной хирургии имени акад. В.Вахидова.

**Предметом исследования** составляет анализ эффективности разработанных и усовершенствованных методов диагностики и хирургического лечения нарушений проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка при жёлчнокаменной болезни.

**Методы исследования.** Для достижения цели исследования и решения поставленных задач были применены общеклинические, лабораторные, инструментальные, специальные и статистические методы исследований.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

установлено, что эпидемиологические аспекты желчнокаменной болезни и её осложнений в Республике Каракалпакстан и Хорезмской области характеризуются следующими показателями: распространённость холелитиаза – 13,6%, частота выявления холедохолитиаза – 55,8-60,6%, стеноз терминального отдела общего жёлчного протока – 12,7-16,4%, нарушение проходимости Фатерова сосочка – 23,1-31,4%, что превышает средние показатели по республике;

разработан новый способ «двойного трубчатого зондирования» для интраоперационного определения протяжённости стеноза Фатерова сосочка при холелитиазе, который заключается во введении в холедох через культю жёлчного пузыря или холедохотомическое отверстие двойной трубки с внешним диаметром 4–6 мм и внутренним диаметром 3–4 мм, позволяющие четко определить проксимальной границ стеноза, с последующим зондированием большого дуоденального сосочка позволяющие четко определить дистальной границ стеноза;

доказана эффективность интраоперационного метода баллонопапиллографии для определения степени стеноза Фатерова сосочка и точной протяжённости стеноза, что позволяет во время выполнения папиллосфинктеротомии точно определить, на какую длину необходимо рассекать переднюю стенку ампулярной части большого дуоденального сосочка, а также установить необходимость проведения папиллосфинктеропластики;

разработан хирургический метод лечения стеноза большого дуоденального сосочка, при котором используется папиллотом с треугольной режущей частью и крайне короткой рабочей длиной, что позволяет выполнять интраоперационный безопасный разрез строго в пределах суженного участка Фатерова сосочка и с точно заданными размерами;

совершенствован метод хирургического лечения холелитиаза, осложнённого стенозом большого дуоденального сосочка, при нарушениях проходимости терминального отдела общего жёлчного протока и Фатерова сосочка I–II степени, который основан на выполнении антеградной папиллотомии с использованием специального папиллотома и баллонной трубки, вводимых в холедох через культю жёлчного пузыря или холедохотомическое отверстие, и применяется интраоперационно как альтернатива эндоскопической папиллосфинктеротомии.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

внедрён в клиническую практику метод фиброхоледохолангиоскопии с использованием ультратонкого фиброэндоскопа, который может применяться как во время традиционных и лапароскопических операций по поводу желчнокаменной болезни и её обструктивных осложнений, так и в послеоперационном периоде;

разработан метод баллонопапиллохолангиографии, при котором обеспечивается устранение рефлюкса рентгеноконтрастного вещества в проток поджелудочной железы, а также охватываются проксимальный «престенотический» и дистальный «постстенотический» участки, что позволяет точно определить наличие и протяжённость стеноза терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка;

совершенствован метод папиллосфинктеротомии при стенозе Фатерова сосочка протяжённостью не более 10 мм с использованием разработанных папиллосфинктеротомических аппаратов, вводимых через культю жёлчнопузырного протока или холедохотомии;

совершенствован метод папиллосфинктеропластики при стенозе Фатерова сосочка протяжённостью более 10 мм с использованием направительного зонда, вводимого через желчнопузырного протока или холедохотомии или же через дуоденотомическое отверстие, при помощи специальных сшивающих аппаратов и специальных клиппаторов;

доказана диагностическая значимость и роль предложенных методов «двойного трубчатого зонда», баллонопапиллохолангиографии и фиброхолангиоскопии для определения стеноза терминального отдела общего жёлчного протока и Фатерова сосочка, а также его протяжённости, а также результативность усовершенствованных способов операции.

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

**Научная и практическая значимость результатов исследования.** Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в расширение существующих представлений о желчнокаменной болезни и её основных осложнениях – холедохолитиазе, нарушениях проходимости общих жёлчных путей и стенозе Фатерова сосочка, а также об эпидемиологических аспектах этих осложнений, ведущей роли анатомических структур терминального отдела холедоха и, особенно, Фатерова сосочка в их патогенезе, и о новых малоинвазивных методах диагностики и лечения.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что на основании полученных результатов разработаны новые диагностические методы для выявления стеноза терминального отдела общего жёлчного протока и Фатерова сосочка, а также определения его протяжённости при желчнокаменной болезни, совершенствованы малоинвазивные методы хирургического лечения указанных осложнений, что позволило значительно снизить риск развития интра- и послеоперационных осложнений, а также повысить долю благоприятных ближайших и отдалённых результатов за счёт уменьшения частоты специфических осложнений.

**Внедрение результатов исследования в практику.** По результатам научного исследования по улучшению результатов хирургического лечения



нарушений проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка при холелитиазе:

разработан «Хирургический метод лечения стеноза большого дуоденального сосочка при холедохолитиазе» (патент на полезную модель Министерства юстиции Республики Узбекистан №FAP 2559 от 20 июля 2024 года). В предложенном способе используется папиллотом с треугольной режущей частью и крайне короткой рабочей длиной, что позволяет безопасно выполнять интраоперационный разрез строго в пределах суженного участка Фатерова сосочка с точно заданными размерами.

разработан «Способ хирургического лечения холелитиаза, осложнённого стенозом большого дуоденального сосочка» (патент на полезную модель Министерства юстиции Республики Узбекистан №FAP 2560 от 20 июля 2024 года). Предложенный способ основан на выполнении антеградной папиллотомии с использованием специального папиллотома и баллонной трубки, вводимых в холедох через культю жёлчного пузыря или холедохотомическое отверстие, и применяется интраоперационно как альтернатива эндоскопической папиллосфинктеротомии.

усовершенствован «Метод диагностики продолжительности стеноза большого дуоденального сосочка при холелитиазе» (патент на полезную модель Министерства юстиции Республики Узбекистан №FAP 2561 от 23 июля 2024 года). Предложенный способ позволяет точно определить протяжённость стеноза терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка при холелитиазе;

разработаны методические рекомендации «Применение метода компрессионного холедоходуоденоанастомоза при нарушениях проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка при холелитиазе» (Заключение научно-технического совета при Министерстве здравоохранения №06/33 от 25 сентября 2024 г.). Предложенные рекомендации позволили улучшить результаты хирургического лечения больных с нарушениями проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка при холелитиазе.

разработаны методические рекомендации «Хирургические методы лечения нарушений проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка при холелитиазе» (Заключение научно-технического совета при Министерстве здравоохранения №06/33 от 25 сентября 2024 г.). Предложенные рекомендации позволили улучшить результаты хирургического лечения больных с нарушениями проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка при холелитиазе за счёт снижения частоты специфических осложнений.

полученные научные результаты внедрены в практику Хорезмского многопрофильного медицинского центра (приказ №147/І от 05.10.2023г.) и Многопрофильного медицинского центра им. У.Халмуратова Республики Каракалпакстан (приказ №40 от 26.10.2023г.) (Заключение научно-технического совета при Министерстве здравоохранения №06/33 от 25 сентября 2024 г.). Внедрение результатов исследования в клиническую

практику позволило снизить риск развития интра- и послеоперационных осложнений, а также увеличить долю благоприятных ближайших и отдалённых результатов.

**Апробация результатов исследования.** Результаты этого исследования обсуждались на 3 международных и 3 республиканских научно-практических конференциях.

**Опубликованность результатов исследования.** Всего по теме диссертации опубликовано 22 научных работ, в том числе, 9 журнальных статей, 7 из которых в Республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, обзора литературы, шести глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитированной литературы. Объем текстового материала составляет 236 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** диссертации обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, характеризуются объекты и предметы, показано соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологий Республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертационной работы **«Некоторые хирургические проблемы при нарушении проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка при холелитиазе»** приводится обзор литературных данных. Проанализирована эпидемиология желчнокаменной болезни, рассмотрены современные взгляды на холелитиаз. Также обсуждены основные методы обследования, применяемые при желчнокаменной болезни, а также проблемные вопросы хирургического лечения нарушений проходимости терминального отдела холедоха (НПТОХ) и Фатерова сосочка (ФС) при холелитиазе.

Во второй главе диссертации **«Клинический материал и методы исследования, использованные в диссертации»** приводятся материалы и методы исследования. Дизайн диссертационного исследования представлен на рисунке 1.

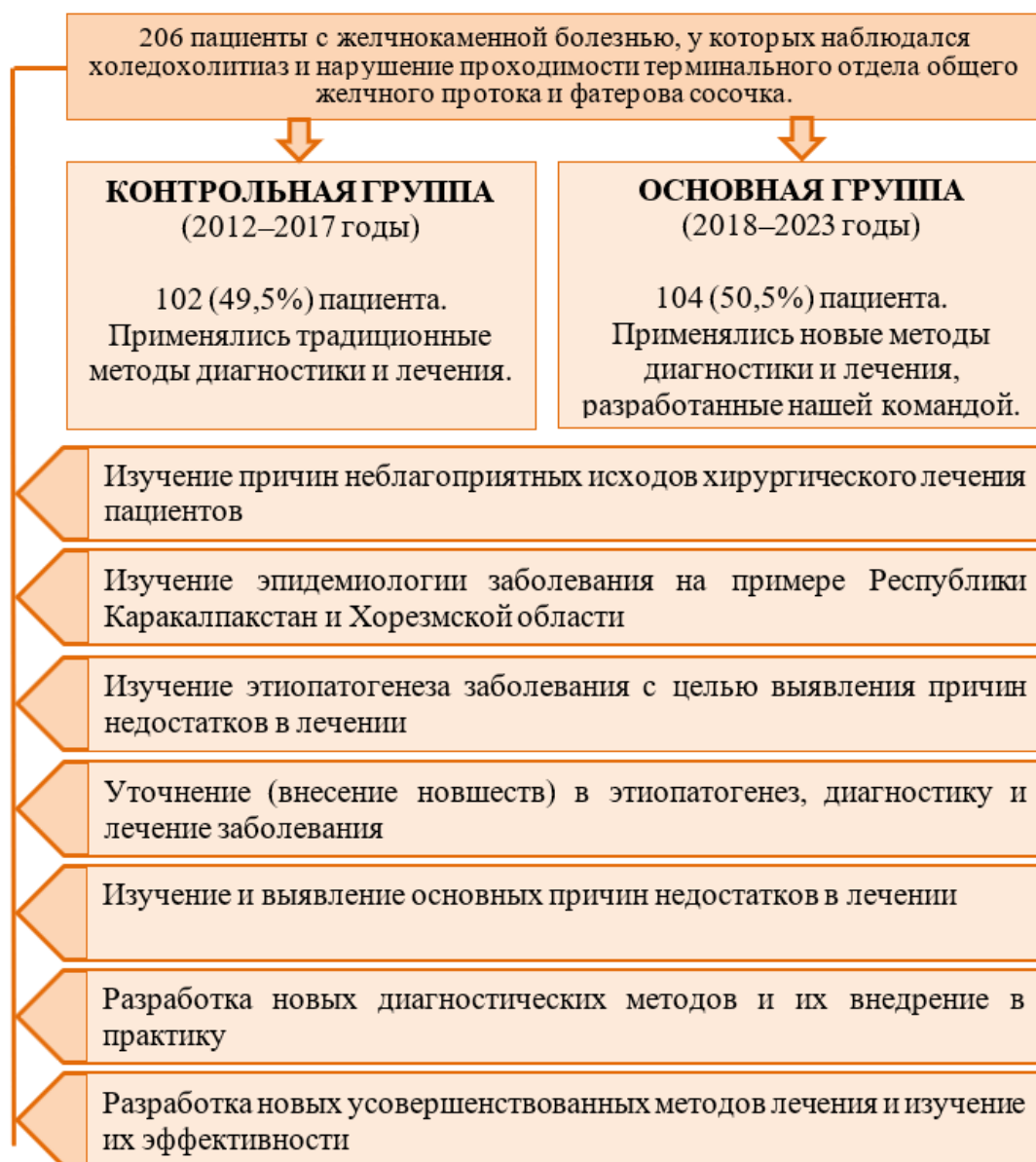


Рис. 1. Дизайн исследования.

Изучение возраста и пола пациентов имеет большое значение для улучшения результатов лечения. Сведения о возрасте и поле пациентов в обеих группах приведены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, в контрольной группе всего было 36 (35,3%) мужчин и 66 (64,7%) женщин. В основной группе 30 (28,8%) пациентов составляли мужчины и 74 (71,2%) – женщины. В целом, при сравнении пола пациентов установлена репрезентативность контрольной группы.

Среди пациентов контрольной группы 20 (19,6%) были в возрасте 18–44 лет, 42 (41,2%) – в возрасте 45–59 лет, 36 (35,3%) – в возрасте 60–74 лет, и 4 (3,9%) пациента были в возрасте 75 лет и старше.

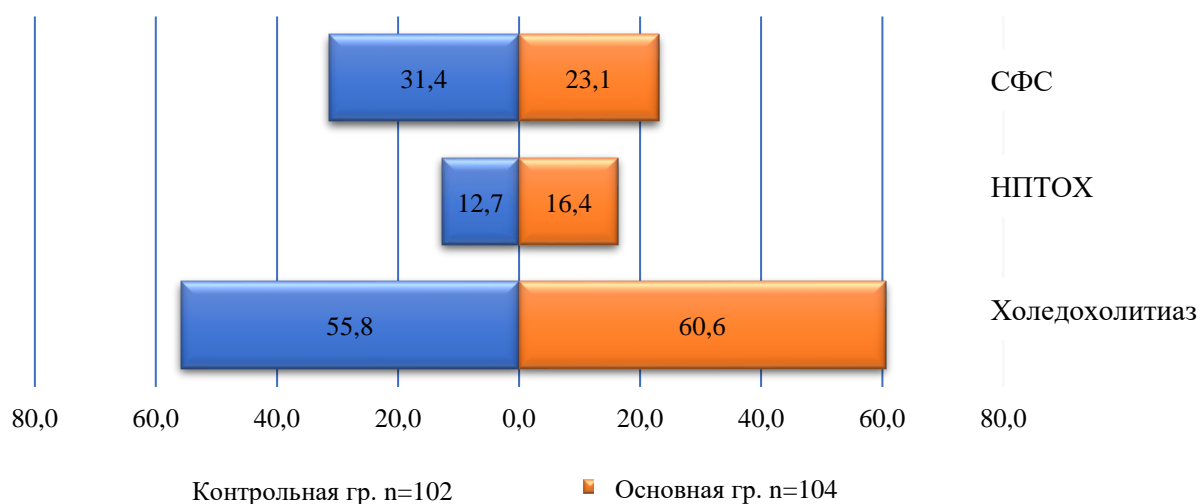
Среди пациентов основной группы 29 (27,9%) были в возрасте 18–44 лет, 33 (31,8%) – в возрасте 45–59 лет, 35 (33,6%) – в возрасте 60–74 лет, и 7 (6,7%) пациентов были в возрасте 75 лет и старше.

Таблица 1

**Распределение пациентов исследуемых групп по возрасту и полу.**

Возраст больных	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Контрольная группа</b>						
18-44	4	3,9	16	15,7	20	19,6
45-59	12	11,7	30	2,9	42	41,2
60-74	19	18,6	17	16,6	36	35,3
75 и старше	1	0,9	3	2,9	4	3,9
Всего	36	35,3	66	64,7	102	100
<b>Основная группа</b>						
18-44	4	3,8	25	24,1	29	27,9
45-59	8	7,7	25	24,1	33	31,8
60-74	14	13,5	21	20,2	35	33,6
75 и старше	4	3,8	3	2,8	7	6,7
Всего	30	28,8	74	71,2	104	100

Осложнения желчнокаменной болезни, их течение и степень тяжести напрямую влияют на результаты лечения основного заболевания. Виды и количество осложнений желчнокаменной болезни у обследованных пациентов представлены на рисунке 2.



**Рис.2. Виды и количество осложнений желчнокаменной болезни у обследованных пациентов.**

Осложнение ЖКБ в виде холедохолитиаза было выявлено у 57 (55,8%) пациентов контрольной группы и у 63 (60,6%) пациентов основной группы; осложнение НПТОХ – у 13 (12,7%) пациентов контрольной группы и у 17 (16,4%) пациентов основной группы; осложнение СФС – у 32 (31,4%) пациентов контрольной группы и у 24 (23,1%) пациентов основной группы. Из приведённых данных видно, что показатели выявления осложнений ЖКБ у пациентов обеих групп существенно не отличаются.

У пациентов наряду с основным заболеванием и его осложнениями были выявлены сопутствующие хирургические и терапевтические заболевания. Сведения об этих сопутствующих заболеваниях приведены в таблице 2.

**Таблица 2.**

**Сопутствующие заболевания, выявленные у пациентов исследуемой группы**

Вид сопутствующих заболеваний	Основная группа n=104		Контрольная группа n=102	
	абс.	%	абс.	%
ИБС	14	13,5	13	12,7
Артериальная гипертензия	28	26,9	27	26,5
Хронический бронхит	11	10,6	9	8,8
Бронхиальная астма	6	5,7	4	3,9
Хронический гастродуоденит	19	18,3	16	15,6
ЯБДПК	5	4,8	7	6,8
Хронический гепатит	19	18,3	14	13,7
Цирроз печени	17	16,4	13	12,7
Патология почек	13	12,5	14	13,7
Сахарный диабет	24	23,1	22	21,6
Гинекологические заболевания	14	13,5	11	10,8
Грыжи	13	12,5	12	11,7
Анемия	41	39,4	37	36,3
Ожирение	12	11,5	10	9,8
Варикозная болезнь	11	10,6	11	10,7

При изучении сопутствующих заболеваний у обследованных пациентов существенных различий в сравнительных данных не выявлено. Тем не менее, среди общих заболеваний чаще всего встречалась анемия: у 41 пациента (39,4%) из основной группы и у 37 пациентов (36,3%) из контрольной группы. На втором месте по частоте встречаемости находилась артериальная гипертензия – у 28 пациентов (26,9%) из основной группы и у 27 пациентов (26,5%) из контрольной группы. Следует отметить, что сахарный диабет был выявлен у 24 пациентов (23,1%) из основной группы и у 22 пациентов (21,6%) из контрольной группы.

Всем пациентам согласно показаниям были проведены общеклинические, лабораторные исследования, а также УЗИ, рентгенография, ЭФГДС, КТ, РПХГ и МРТ-холангиография.

Третья глава диссертации «Эпидемиологические особенности желчнокаменной болезни и антропометрические характеристики пациентов» посвящена изучению распространённости ЖКБ в Республике Узбекистан – в Республике Каракалпакстан и Хорезмской области – в два различных периода: 2012–2017 и 2018–2023 годы, а также анализу её динамики. При изучении демографических показателей указанных регионов было установлено, что, несмотря на резкую разницу между площадью

территории и средней плотностью населения, в оба исследуемых периода средняя численность населения практически не различалась (таблица 3).

**Таблица 3.**

**Демографические показатели Республики Каракалпакстан и Хорезмской области.**

№	Регионы	Площадь территории	Средняя численность населения		Средняя плотность населения	
			2012-2017	2018-2023	2012-2017	2018-2023
1	ҚР	166 600 км²	1884,4	1923,8	10,7 км²	11,5 км²
2	Хоразм	6300 км²	1795,9	1995,8	317,7 км²	323,7 км²

Всего с диагнозом ЖКБ и её осложнениями в клиники указанных регионов было госпитализировано 60 600 пациентов: из них 29 173,6 – в клиники Республики Каракалпакстан и 31 426,4 – в клиники Хорезмской области. Во втором периоде было госпитализировано 79 693,6 пациента: из них 37 658,5 – в клиники Республики Каракалпакстан и 42 035,1 – в клиники Хорезмской области. Отмечено, что среднее количество пациентов, госпитализированных во втором периоде, несколько превышает аналогичный показатель за первый период (таблица 4).

**Таблица 4.**

**Состояние госпитализации пациентов (в расчёте на тысячу населения).**

1-й период (2012–2017 гг.)								
Регионы	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Всего	Средн.
РК	3571,2	4207,1	4723,4	5678,2	4851,5	6142,2	29173,6	4862,3
Хорезм	4436,3	5131,5	6201,1	4739,1	4381,2	6537,2	31426,4	5237,7
Всего:	8007,5	9338,6	10924,5	10417,3	9232,7	12679,4	60600	10100
2-й период (2018–2023 гг.)								
Регионы	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Всего	Средн.
РК	5634,1	6311,5	5812,1	6564,2	6101,2	7235,4	37658,5	6276,4
Хорезм	5958,4	7369,2	6645,7	7240,3	7132,2	7689,3	42035,1	7005,8
Всего:	11592,5	13680,7	12457,8	13804,5	13233,4	14924,7	79693,6	13282,3

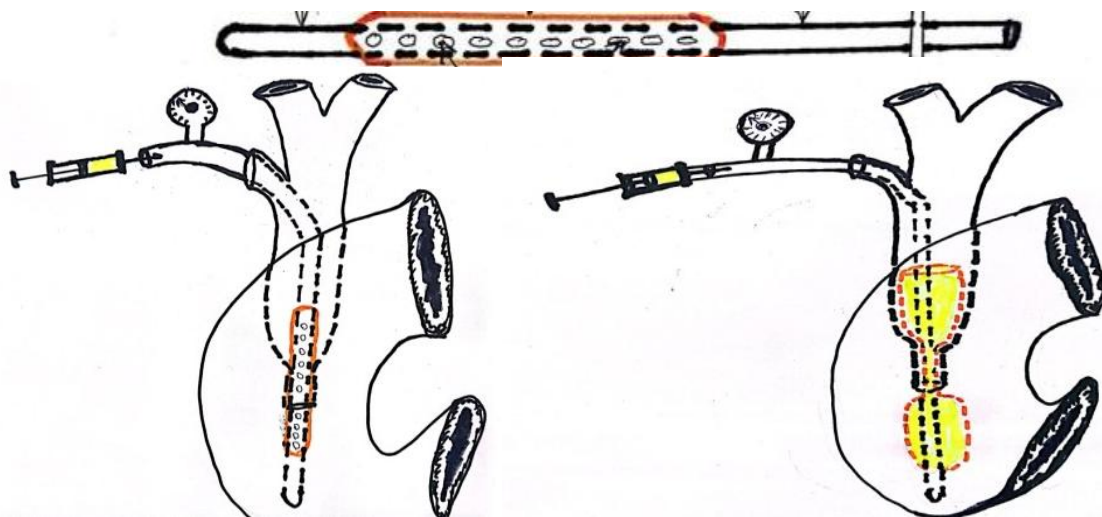
При анализе показателя заболеваемости ЖКБ было установлено, что в период 2012–2017 годов минимальный показатель на 100 тысяч населения составил 8,1, а максимальный – 10,0. В период 2018–2023 годов этот показатель составил от 8,8 до 15,6. При изучении эпидемиологической ситуации по ЖКБ и её осложнениям было установлено, что заболеваемость ЖКБ составляет 13,6% по сравнению с показателями в мире и в нашей республике. Частота холедохолитиаза варьирует от 55,8% до 60,6%, стеноз терминального отдела общего желчного протока – от 12,7% до 16,4%, а нарушение проходимости Фатерова сосочка – от 23,1% до 31,4%. Из этих данных видно, что среди осложнений ЖКБ у обследованных нами пациентов

наиболее часто встречался холедохолитиаз, тогда как стеноз терминального отдела общего желчного протока отмечался реже.

В четвёртой главе диссертации «**Диагностика нарушений проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка при холелитиазе**», изложены как основные существующие, так и новые методы диагностики указанных нарушений при холелитиазе.

С учётом трудностей, неудобств и ограниченных возможностей при диагностике нарушений проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка при холелитиазе, нами были предложены три новых метода диагностики с целью упрощения выявления данной патологии.

**Первый метод** – «Интраоперационная баллон-папиллография», при котором с помощью тонкой эластичной трубки с резиновым баллоном проводится рентгеноконтрастное исследование, охватывающее проксимальный «престенотический» и дистальный «постстенотический» участки области Фатерова сосочка (ФС). При этом полностью предотвращается рефлюкс контрастного вещества в панкреатический проток. В результате на рентгеновском изображении чётко визуализируется Фатеров сосочек, особенно длина стеноза. Данное устройство позволяет точно определить протяжённость стеноза, что в свою очередь помогает правильно выбрать тактику оперативного вмешательства – определить, на какую длину необходимо рассекать переднюю стенку ампулы ФС при ПСТ (папиллосфинктеротомии) или есть ли необходимость в выполнении ПСП (папиллосфинктеропластики) (рис. 3).



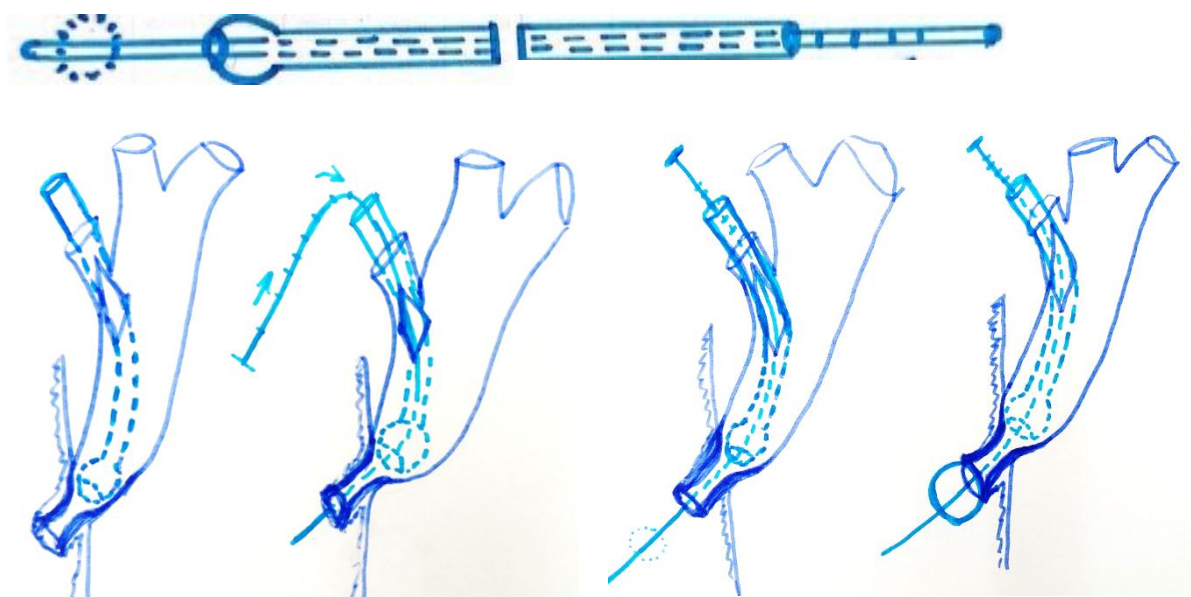
**Рис. 3. Эластичная трубка с баллоном и схематическое изображение проведения метода «Баллонопапиллография».**

**Второй метод** – метод «Двухтрубчатого зонда». В нём используется специальное устройство, состоящее из наружной трубки диаметром 4–6 мм и размещённой внутри неё второй эластичной трубки (внутреннего зонда), аналогичной катетеру Фогарты, диаметром 1-1,5мм. Сначала указанное устройство вводится в холедох через культю желчного пузыря или через



выполненную холедохотомию. Далее проводится зондирование Фатерова сосочка (ФС). Если имеется стеноз в области терминального отдела общего жёлчного протока (ТООЖП) и ФС, то наружный зонд диаметром 4–6 мм не проходит свободно в просвет двенадцатиперстной кишки через ФС – его конец останавливается в проксимальной части суженного участка. В этом случае через наружную трубку проводится внутренний зонд, который продвигается через ФС в просвет двенадцатиперстной кишки. После того как его конец достигает просвета кишки, в баллон зонда вводится 5–10 мл жидкости, и он раздувается. Затем баллон постепенно подтягивается назад.

Если в области ТООЖП и ФС имеется сужение, то раздувшийся баллон внутреннего зонда упирается в нижнюю границу стенозированного участка, тогда как дистальный конец наружного зонда остаётся у его верхней границы. Расстояние между дистальным концом наружного зонда и проксимальной частью баллона внутреннего зонда соответствует длине сужения в области ТООЖП и ФС (рис. 4).



**Рис. 4. Схематическое изображение определения степени и протяжённости стеноза терминального отдела общего жёлчного протока и Фатерова сосочка с помощью наружного и внутреннего баллонного зонда.**

**Третий метод** – это объективное определение с помощью ультратонкого фиброэндоскопа. Данный метод осуществляется с использованием аппарата фиброхоледохохолангиоскопа. Мы одними из первых в стране начали применять этот аппарат в хирургической практике с 2018 года. Одним из наиболее значимых преимуществ данного метода является его универсальность: он может использоваться не только во время лапароскопических или открытых операций, но также и до операции – при наличии наружного жёлчного свища у пациента, в послеоперационном периоде на любом этапе, а также в амбулаторных условиях. С помощью этого метода возможно: визуально определить наличие оставшихся камней в



жёлчных путях; выполнить их удаление; провести санацию (очистку) жёлчных протоков через дренажные трубки и наружные жёлчные свищи. Это делает метод незаменимым в комплексной диагностике и лечении осложнённого холелитиаза (рис. 5).



**Рис. 5. Объективный метод определения стеноза ФС с помощью ультратонкого фиброэндоскопа.**

Предлагаемые нами – «баллонопапиллохолангиография», методы исследования СФС с использованием «двойного зонда» и нового ультратонкого фиброэндоскопа являются наиболее простыми, необходимыми и надёжными способами определения степени и протяжённости СФС и целесообразны для применения при лечении пациентов данной категории.

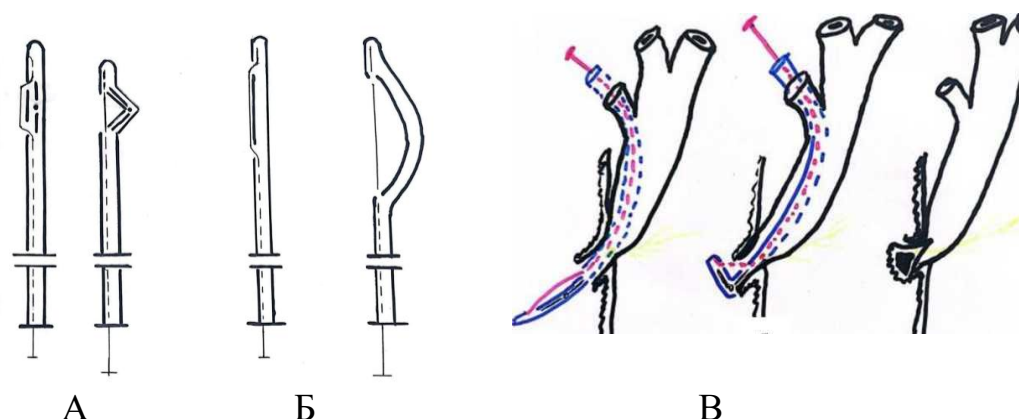
В пятой главе диссертации **«Совершенствование методов хирургического лечения нарушений проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка при холелитиазе»**, освещены отдельные проблемы хирургического лечения нарушений проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка при холелитиазе, изложены некоторые соображения и предложения относительно этиопатогенеза холелитиаза, а также представлены усовершенствованные методы хирургического лечения указанных нарушений при ЖКБ.

В последние годы многие исследователи, в том числе и сотрудники нашей группы, ведут поиски по созданию новых усовершенствованных вариантов ПСТ и ПСП. В их числе и мы разработали собственные «папиллотомы», с помощью которых выполняем ПСТ, а в некоторых случаях такие операции, как ПСП и двойной внутренний билио-дигестивный анастомоз (ДВБДА). Мы стремились создать новые виды инструментов, которые впоследствии могли бы применяться и в их эндохирургических вариантах, а также разработать специальную технику их применения и соответствующие приспособления.

Разработанные и предлагаемые нами папиллотомы позволяют выполнять различные варианты ПСТ, в том числе – как отдельную ПСТ, так и в сочетании с ПСП, а также, в основном, с ХДА. Мы испытали два метода, подходящих для таких случаев. Основное отличие этих папиллотомов от предыдущих моделей заключается в том, что они позволяют производить разрез строго в пределах суженного участка СФС и в точно заданных – стандартных – размерах, что обеспечивает максимально безопасное выполнение ПСТ.

Так как основная рабочая часть предлагаемого **первого папиллотом** (На данный метод получен патент на полезную модель №FAP2559) имеет треугольную форму, то при выполнении ПСТ его режущая проволока очень короткая (рисунок 6 А), а из-за «дугообразного» вида старого-известного (рисунок 6 Б) его режущая нить в 3-4 раза длиннее нашей.

Кроме того, при СФС введение известного инструмента в канал Фатерова сосочка вызывало значительные затруднения в до 75% случаев (рис. 6).



**Рис. 6. Разница между нашим первым предложенным папиллотомом (А) и традиционным папиллотомом (Б) очевидна. Схематическое изображение выполнения ПСТ с использованием папиллотом (В).**

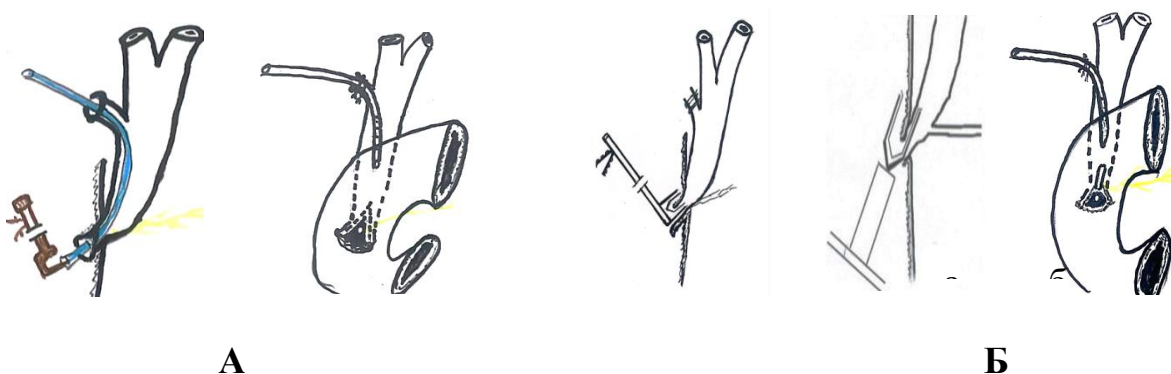
**Предлагаемый второй папиллотом** имеет внешний диаметр 4–6 мм и состоит из трубки с коагуляционной режущей проволокой, внутри которой размещена вторая эластичная трубка с баллонным резервуаром. Папиллотом вводится в область ФС через культю жёлчного пузыря или через холедохотомию. Если имеется СФС, дистальный конец наружной трубки папиллотомостанавливается в проксимальной части стеноза, а внутренняя баллонная трубка проводится через Фатеров сосочек в двенадцатиперстную кишку. Затем в баллонный резервуар, расположенный на дистальном конце трубки, вводится 5–10 мл жидкости, и он осторожно подтягивается назад. При наличии стеноза ФС баллон останавливается у наружного отверстия Фатерова сосочка. В таком случае к режущей проволоке внешней трубки подключается электрохирургический – коагулирующий аппарат. При этом передняя стенка Фатерова сосочка (СФС) рассекается и коагулируется, за счёт чего происходит его расширение, и затем внешняя трубка свободно проходит в двенадцатиперстную кишку. Таким образом, стеноз Фатерова сосочка расширяется до диаметра внешней трубки (рис. 7).

Данные методы были использованы интраоперационно в качестве альтернативы ЭПСТ при 1–2 степенях нарушения проходимости терминального отдела общего жёлчного протока и Фатерова сосочка при холелитиазе. На этот метод получен патент на полезную модель №FAP2560.



**Рис. 7. Схематическое изображение предлагаемого второго папиллотомы и принципа его применения.**

При протяженных стенозах Фатерова сосочка (ФС) и осложнённых формах заболевания, то есть при стенозе ФС II–III степени, возникает необходимость в выполнении ПСП для радикальной коррекции патологии. Поскольку длина интрамуральной части нормального ФС может варьировать от 4 до 27 мм, поэтому при каждом проведении ЭПСТ сохраняется риск повреждения его экстрадуоденальной части. Поэтому нами предложены два новых метода ПСП. Первый из них – с помощью специальных сшивающих аппаратов (ПСТ-20, СПП-20 и др.), а второй – с помощью специальных клиппапликаторов (рис. 8).



**Рис. 8. Применение специально разработанных инструментов (А) и клиппапликаторов (Б) при выполнении ПСП в случаях, когда длина ФСС составляет более 10 мм**

В шестой главе диссертации приведены «Ранние результаты применения усовершенствованных методов хирургического лечения нарушений проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка при холелитиазе».

У пациентов основной группы операция ХЭЖ длилась в среднем 31 минуту, тогда как у пациентов контрольной группы – 41 минуту. Операция ПСП в основной группе выполнялась за 12 минут, а в контрольной – за 24 минуты. Средняя общая продолжительность операций составила 69 минут в основной группе и 139 минут в контрольной. Эти данные свидетельствуют о

том, что предложенные нами методы позволили существенно сократить продолжительность операций в основной группе (табл. 5).

**Таблица 5.**

**Сравнительный анализ продолжительности операций при ХЦЛТ, ХДЛТТ и СФС**

Этапы операции	Средняя продолжительность операции (мин.)	
	Основная группа - 104	Контрольная группа - 102
ХЭК	31,5±0,23	41,00±1,35
ХДЛТТ	3,0±0,02	4,5±0,04
ПСТ	2,5±0,01	-
ПСП	12,00±0,03	24,00±0,02
ХДА	-	42,00±1,21
(ПСТ+ХДА (ДВБДА))	20,00	-
<b>Всего</b>	<b>69,00</b>	<b>139,00</b>

У пациентов основной группы различные неприятные ощущения и общее количество послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде наблюдались в 9,61% случаев, тогда как у пациентов контрольной группы – в 25,49% случаев. У двух пациентов из основной группы были зафиксированы признаки послеоперационного панкреатита. Ещё у четырёх пациентов наблюдались кратковременные геморрагия и лимфорея из контрольного дренажа, установленного в подпечёночной области, а у двух пациентов – кратковременное выделение желчесодержащей жидкости. Все эти явления самостоятельно прекратились в течение 3–6 суток. Других специфических осложнений выявлено не было. Нагноение послеоперационных ран зарегистрировано у 4 пациентов (3,54%). Летальных исходов в основной группе не отмечено. Таким образом, общее количество осложнений в основной группе составило 9,61%, тогда как в контрольной группе – 25,49%, что свидетельствует об улучшении на 15,88% (табл. 6).

В седьмой главе диссертации представлены **«Итоговые результаты применения усовершенствованных методов хирургического лечения нарушений проходимости терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка при холелитиазе»**.

У пациентов основной группы хронический холангиогепатит был выявлен в 5 случаях (4,8%), тогда как в контрольной группе – в 7 случаях (6,8%). Хронический панкреатит наблюдался у 9 пациентов (8,6%) в основной группе и у 21 пациента (20,6%) – в контрольной. В целом, постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) зарегистрирован у 13 пациентов основной группы (12,5%) и у 58 пациентов контрольной группы (56,8%), что свидетельствует об улучшении на 44,3% (табл. 7).

В ходе нашего исследования окончательные результаты операций у пациентов оценивались по трём критериям. Первый критерий: если пациент в послеоперационном периоде считал себя полностью здоровым – результат операции оценивался как хороший; если пациент отмечал значительное

улучшение состояния – результат считался удовлетворительным; если пациент нуждался в повторном лечении или повторной операции – результат считался неудовлетворительным.

**Таблица 6.**

**Основные осложнения в раннем послеоперационном периоде у пациентов, оперированных по поводу нарушений проходимости ТООЖП и ФС при холелитиазе (стеноз или конкремент; стеноз + конкремент)**

№	Виды осложнений	Виды операций							
		Основная группа n=104							
		ПСТ n=44		ПСП n=13		ДВБДА n=47		Всего n=104	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	П/о панкреатит	1	2,27	2	15,38	2	4,25	5	4,8
а	Диастазурия	1	2,27	1	7,69	1	2,12	3	2,88
б	Отечная форма	0	0	1	7,69	1	2,12	2	1,92
в	Панкреонекроз	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	Кровотечения	0	0	1	7,69	0	0	1	0,96
3.	Желчный свищ	1	2,27	1	7,69	0	0	2	1,92
4.	Лимфорей	0	0	1	7,69	1	2,12	2	1,92
5.	Летальность	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Итого</b>		<b>2</b>	<b>5,4</b>	<b>5</b>	<b>38,46</b>	<b>3</b>	<b>6,38</b>	<b>10*</b>	<b>9,61</b>
№	Виды осложнений	Контрольная группа n=102							
		ХДЛТТТ n=56		ХДА n=40		ПСП n=6		Всего n=102	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	П/о панкреатит	5	8,92	7	17,5	1	16,6	13	12,74
а	Диастазурия	3	5,35	3	7,5	1	16,6	7	6,86
б	Отечная форма	2	3,57	2	5	0	0	4	3,92
в	Панкреонекроз	0	0	2	5	0	0	2	1,96
2.	Кровотечения	1	1,78	1	2,5	0	0	2	1,96
3.	Желчный свищ	4	7,14	1	2,5	1	16,6	6	5,88
4.	Лимфорей	2	3,57	1	2,5	0	0	3	2,94
5.	Летальность	0	0	2	5	0	0	2	1,96
<b>Итого</b>		<b>12</b>	<b>21,42</b>	<b>12*</b>	<b>30</b>	<b>2</b>	<b>33,33</b>	<b>26*</b>	<b>25,49</b>

\* Это общее количество осложнений. У одного пациента могли одновременно наблюдаться несколько осложнений.

Хорошие результаты были получены у 69 пациентов основной группы (66,4%) и у 44 пациентов контрольной группы (43,2%), улучшение составило 23,2%. Удовлетворительные результаты отмечены у 26 пациентов основной группы (25,0%) и у 29 пациентов контрольной группы (28,4%), снижение составило 3,4%. Неудовлетворительные результаты в основной группе не наблюдались, тогда как в контрольной группе они зафиксированы у 22 пациентов (21,6%), что составляет снижение на 100%. В последующие годы у

9 пациентов из основной группы (8,6%) и у 7 пациентов из контрольной группы (6,8%) не удалось определить отдалённые результаты операции из-за смены места жительства и других причин.

**Таблица 7.**

**Осложнения, выявленные в отдалённый послеоперационный период у пациентов, прооперированных по поводу нарушений проходимости ТООЖП и ФС при холелитиазе**

<b>Виды операций (Основная группа - 104)</b>				
<b>Виды осложнений</b>	<b>ПСТ 44</b>	<b>ПСП 13</b>	<b>ДВБДА 47</b>	<b>Всего</b>
Рецидив-резидуал. ХДЛТ и СФС	0	0	0	0
Хронический холангиогепатит	2 (4,5%)	1 (7,7%)	2 (4,35%)	5 (4,8%)
Хронический панкреатит	5 (11,4%)	1 (7,7%)	3 (6,4%)	9 (8,6%)
Синдром “слепого мешка”	0	0	0	0
Всего случ. ПХЭС	7 (15,9%)	2 (15,4%)	5 (10,6%)	13* (12,5%)
<b>Виды операций (Контрольная группа - 102)</b>				
<b>Виды осложнений</b>	<b>ХДЛТТ 56</b>	<b>ХДА 40</b>	<b>ПСП 6</b>	<b>Всего</b>
Рецидив-резидуал. ХДЛТ и СФС	6 (10,7%)	12 (30,0%)	0	18 (17,6%)
Хронический холангиогепатит	5 (8,9%)	2 (5%)	0	7 (6,8%)
Хронический панкреатит	11 (19,6%)	9 (22,5%)	1 (16,6%)	21 (20,6%)
Синдром “слепого мешка”	0	12 (30,0%)	0	12 (11,7%)
Всего случ. ПХЭС	22 (39,3%)	35 (87,5%)	1 (16,7%)	58* (56,8%)

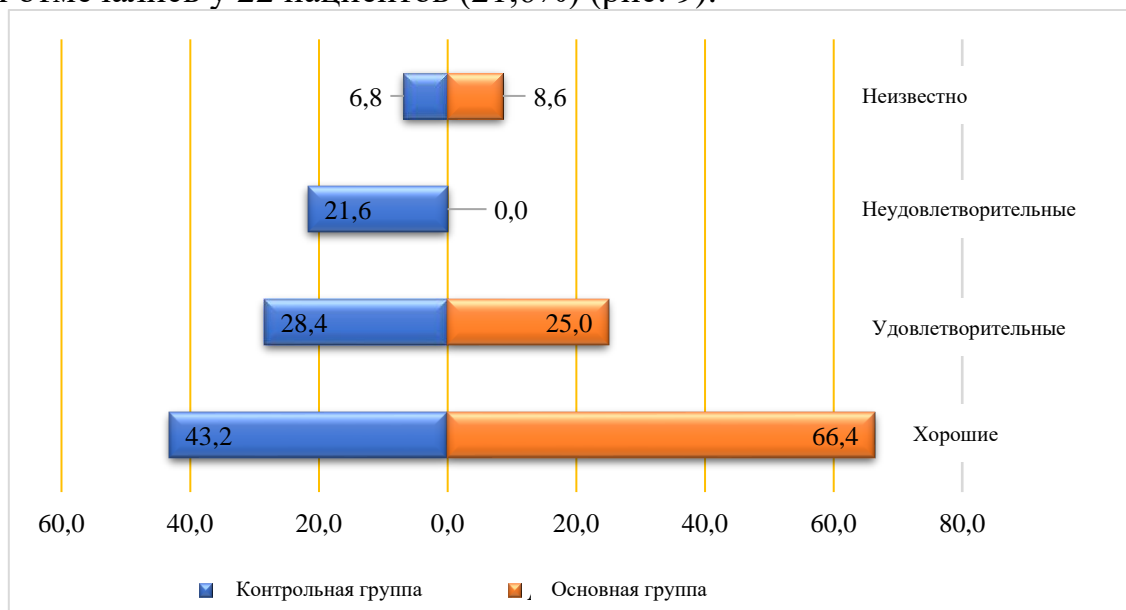
*\* Это общее количество осложнений. У одного пациента могли одновременно наблюдаться несколько осложнений.*

Из 100 пациентов контрольной группы, выписанных из нашей клиники, в отдалённом послеоперационном периоде удалось проследить результаты у 88 из них. У пациентов с неудовлетворительными результатами наблюдалась необходимость в повторных курсах лечения, а 10 больные (11,4%) были вынуждены перенести повторные операции.

Таким образом, в результате проведённого научного исследования ПХЭС был выявлен у 13 пациентов (12,5%) основной группы и у 58 пациентов (56,8%) контрольной группы, что свидетельствует об улучшении показателя на 44,3%. Хорошие результаты лечения были зафиксированы у 69 пациентов (66,4%) основной группы и у 44 пациентов (43,2%) контрольной группы, что



составляет улучшение на 23,2%. Удовлетворительные исходы наблюдались у 26 пациентов (25,0%) основной группы и у 29 пациентов (28,4%) контрольной группы, достигнуто снижение на 3,4%. Неудовлетворительные результаты не были зарегистрированы в основной группе, тогда как в контрольной группе они отмечались у 22 пациентов (21,6%) (рис. 9).



**Рис.9. Отдаленные послеоперационные результаты у пациентов, прооперированных по поводу нарушения проходимости ТООЖП и ФС на фоне холелитиаза.**

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Желчнокаменная болезнь и его осложнения в виде холедохолитиаза, стеноза терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка после всех традиционно применяемых видов операций (ЛХЭК, ЛХДЛТТ, ЭПСТ, ХДА) до сих пор сопровождаются как ранними послеоперационными осложнениями (желчные свищи, кровотечения, подпечёчные абсцессы, панкреатит и др.), так и особенно – поздними осложнениями (хронический холангит, гепатит, панкреатит, рефлюкс-гастрит-эзофагит, диарея, рецидивный и резидуальный ХДЛТТ, стеноз ФС, синдром «слепого мешка» и др.), которые продолжают встречаться в 25–50% случаев (а иногда и значительно чаще).

2. В Республике Каракалпакстан и Хорезмской области в период 2012–2017 годов показатели заболеваемости составляли от минимального значения 8,1 до максимального – 10,0 случаев на 100 тысяч населения. В свою очередь, в период 2018–2023 годов этот показатель составил от 8,8 до 15,6 случаев на 100 тысяч населения. В целом, если в 2012 году показатель заболеваемости составлял 8,1, то в 2017 году – 8,5. У обследованных пациентов во 2-й период было установлено, что в 2018 году частота ЖКБ составила 9,5 на 100 тысяч населения, а в 2023 году – 13,6.

3. Желчнокаменная болезнь и его наиболее частые осложнения – холедохолитиаз, нарушения проходимости терминального отдела общего жёлчного протока и стеноз большого дуоденального сосочка после

применения традиционных методов диагностики и лечения, особенно в отдалённые послеоперационные сроки, нередко сопровождаются осложнениями. Это, главным образом, связано с тем, что этиопатогенез застоя жёлчи до конца не изучен или не была проведена его адекватная коррекция. В результате установлено, что 51,7% пациентов нуждаются в повторном лечении, а в 10–25% случаев – в повторной операции.

4. Для выявления жёлчнокаменной болезни и её основных осложнений применяется весь комплекс традиционных диагностических методов (клинико-лабораторные, УЗИ, рентген, эндоскопия, РПХГ, МРТ, интраоперационная холангиография, зондирование БДС и др.), которые позволяют с точностью до 95–98% выявить камни в жёлчных путях независимо от их локализации (холецистолитиаз, холедохолитиаз). Однако на их фоне возможности точного определения нарушений проходимости терминального отдела общего жёлчного протока и БДС, особенно степени стеноза БДС и его протяжённости, остаются весьма ограниченными. Учитывая, что именно эти данные играют ключевую роль при выборе метода лечения, были разработаны и внедрены в практику три новых диагностических метода, уточняющих эти состояния: «баллонная папиллография», метод «двойного зондирования» и объективный метод диагностики с применением ультратонкого фиброэндоскопа.

5. Предложенные нами новые модификации операций ПСТ, ПСП и ДВБДА при лечении нарушений проходимости терминального отдела общего жёлчного протока и стеноза Фатерова сосочка как осложнений холелитиаза, значительно упрощают, облегчают, ускоряют выполнение операций, делают их этапы более стандартизированными, уменьшают травматичность вмешательства и, в конечном итоге, способствуют улучшению результатов лечения пациентов с данной патологией. Анализ ранних послеоперационных результатов показал, что у больных основной группы частота различных осложнений составила 9,61%, тогда как в контрольной группе – 25,49%, что свидетельствует о повышении эффективности лечения на 15,88%.

6. Анализ итоговых результатов после усовершенствованных оперативных вмешательств показал, что постхолецистэктомический синдром наблюдался у пациентов основной группы в 13 (12,5%) случаях, а в контрольной группе – в 58 (56,8%) случаях, что свидетельствует об улучшении на 44,3%. Хорошие результаты были получены у 69 (66,4%) пациентов основной группы и у 44 (43,2%) пациентов контрольной группы, то есть доля хороших результатов увеличилась на 23,2%. Удовлетворительные результаты были отмечены соответственно в 26 (25,0%) и 29 (28,4%) случаях, достигнуто снижение на 3,4%. Неудовлетворительные результаты в основной группе не наблюдались, в то время как в контрольной группе они имели место в 22 (21,6%) случаях, то есть неудовлетворительные исходы были полностью устранены.



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

---

**TASHKENT STATE MEDICAL UNIVERSITY**

**YANGIBAEV OTABEK ZARIBBAEVICH**

**IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT METHODS FOR  
OBSTRUCTION OF THE TERMINAL PART OF THE COMMON BILE  
DUCT AND THE AMPULLA OF VATER IN CHOLELITHIASIS**

**14.00.27 - Surgery**

**ABSTRACT OF DOCTORAL (DSc) DISSERTATION  
IN MEDICAL SCIENCES**

**ANDIJAN – 2025**

**The theme of doctoral (DSc) dissertation is registered at the Supreme Attestation Commission at the Ministry of higher education, science and innovation of the Republic of Uzbekistan under the number B2023.3.DSc/Tib924.**

The dissertation is carried out at the Tashkent State Medical University.

The abstract of the dissertation is posted in three (Uzbek, Russian and English (resume)) languages on the website of Scientific Council ([www.adti.uz](http://www.adti.uz)) and Informational and Educational portal of “Ziyonet” ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

<b>Scientific consultant:</b>	<b>Ismailov Uktam Safaevich</b> doctor of medical sciences, professor
<b>Official opponents:</b>	<b>Buriev Ilya Mikhailovich</b> doctor of medical sciences, professor <b>Teshaev Oktyabr Rukhullaevich</b> doctor of medical sciences, professor <b>Salakhiddinov Kamoliddin Zukhriddinovich</b> doctor of medical sciences, docent
<b>Leading Organization:</b>	<b>First Moscow state medical university named after I.M. Sechenov (Russian Federation)</b>

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](mailto: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 (ANNOTATION OF DOCTORAL DISSERTATION)

**The aim of the study** is to improve treatment outcomes for obstructions of the terminal part of the common bile duct and the ampulla of Vater in cholelithiasis by enhancing diagnostic and surgical methods.

**The object of the study** were 206 patients who underwent inpatient treatment for cholelithiasis and its main complications - choledocholithiasis, obstruction of the common bile duct and stenosis of the Vater's papilla in the period from 2012 to 2023 in the surgical department of the Khorezm branch of the Republican Scientific and Practical Medical Center for Specialized Surgery named after Academician V. Vakhidov.

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

it has been established that the epidemiological aspects of gallstone disease and its complications in the Republic of Karakalpakstan and Khorezm region are characterized by the following indicators: prevalence of cholelithiasis – 13.6%, incidence of choledocholithiasis – 55.8–60.6%, stenosis of the terminal part of the common bile duct – 12.7–16.4%, obstruction of the Vater's papilla – 23.1–31.4%, which exceeds the national average rates;

a new method of “double-tube probing” has been developed for intraoperative determination of the extent of stenosis of the Vater's papilla in cholelithiasis. This method consists of introducing into the common bile duct, through the gallbladder stump or a choledochotomy opening, a double tube with an outer diameter of 4–6 mm and an inner diameter of 3–4 mm, which makes it possible to clearly determine the proximal boundary of the stenosis, followed by probing of the major duodenal papilla to accurately define the distal boundary of the stenosis;

the effectiveness of the intraoperative method of balloon papillography has been proven for determining the degree of stenosis of the Vater's papilla and the exact length of the stenotic segment. This allows, during papillosphincterotomy, to accurately determine how far the anterior wall of the ampullary part of the major duodenal papilla should be incised, as well as to establish the necessity of performing papillosphincteroplasty;

a surgical method has been developed for the treatment of stenosis of the major duodenal papilla, in which a papillotome with a triangular cutting edge and an extremely short working length is used. This enables a safe intraoperative incision strictly within the narrowed segment of the Vater's papilla with precisely controlled dimensions;

an improved surgical method has been introduced for the treatment of cholelithiasis complicated by stenosis of the major duodenal papilla, in cases of impaired patency of the terminal part of the common bile duct and Vater's papilla of degrees I–II. This technique is based on performing antegrade papillotomy using a special papillotome and balloon tube inserted into the common bile duct through the gallbladder stump or a choledochotomy opening, and is applied intraoperatively as an alternative to endoscopic papillosphincterotomy.

**Implementation of research results into clinical practice.** Based on the findings of the scientific research aimed at improving surgical outcomes in the

treatment of obstructions of the terminal portion of the common bile duct and the ampulla of Vater in cholelithiasis:

a «Surgical method for treating stenosis of the major duodenal papilla in choledocholithiasis» was developed (Utility Model Patent No. FAP 2559, issued by the Ministry of Justice of the RUz on 20.07.2024). The proposed method utilizes a papillotome with a triangular cutting edge and an extremely short working length, allowing for a safe intraoperative incision strictly within the narrowed segment of the ampulla of Vater with precisely defined dimensions;

a «Method of surgical treatment of cholelithiasis complicated by stenosis of the major duodenal papilla» was developed (Utility Model Patent No. FAP 2560, issued by the Ministry of Justice of the RUz on 20.07.2024). This method is based on antegrade papillotomy using a specialized papillotome and balloon catheter inserted into the common bile duct via the gallbladder stump or a choledochotomy opening, and is applied intraoperatively as an alternative to endoscopic papillosphincterotomy;

the «Diagnostic method for determining the extent of stenosis of the major duodenal papilla in cholelithiasis» was improved (Utility Model Patent No. FAP 2561, issued by the Ministry of Justice of the RUz on 23.07.2024). The proposed technique allows for precise measurement of the length of stenosis in the terminal portion of the CBD and the ampulla of Vater in cholelithiasis;

methodological guidelines titled «Application of the compression choledochoduodenoanastomosis method in obstructions of the terminal portion of the common bile duct and the ampulla of Vater in cholelithiasis» were developed (Approved by the Scientific and Technical Council of the Ministry of Health, No. 06/33, 25.09.2024). These guidelines contributed to improved surgical outcomes for patients with such obstructions;

methodological guidelines titled «Surgical methods for treating obstructions of the terminal portion of the common bile duct and the ampulla of Vater in cholelithiasis» were also developed (Approved by the Scientific and Technical Council of the M.H, No. 06/33, 25.09.2024). These recommendations helped improve surgical outcomes by reducing the incidence of specific complications;

the scientific results were implemented into clinical practice at the Khorezm Multidisciplinary Medical Center (Order No. 147/I, 05.10.2023) and at the U. Khalmuradov Multidisciplinary Medical Center of the Republic of Karakalpakstan (Order No. 40, 26.10.2023) (as per the conclusion of the Scientific and Technical Council of the Ministry of Health, No. 06/33, 25.09.2024). The implementation of these research outcomes in clinical settings led to a reduction in the risk of intra- and postoperative complications, and an increase in the rate of favorable short-term and long-term outcomes.

**The structure and scope of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, a literature review, six chapters, conclusion, inferences, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of the work is 236 pages.

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

**I бўлим (I часть; I part)**

1. Янгибаев О.З. Холелитиазда умумий ўт йўлининг терминал қисми ва Фатер сўрғичи ўтказувчанлигининг бузилишларини жарроҳлик даволаш. Монография. – Урганч. “Ижодкор Хоразм”. 2022. – 144 б.
2. Янгибаев О.З. Холелитиаз ва унинг асосий асоратларини даволаш Монография. – Урганч. “Ижодкор Хоразм”. 2025. – 226 б.
3. Янгибаев О.З. Холелитиазларни даволашдаги жарроҳлик тактика ва техникаларни такомиллаштириш // Ж. «Тиббиётда янги кун»; №12 (62) 2023; С.278-283. (14.00.00; №22).
4. Янгибаев О.З., Арипова Н.У., Зариббаева З.О., Янгибаев З. Некоторые сегодняшние проблемы в лечении холелитиаза // Ж. «Хирургия Узбекистана»; №1; 2025; С.121-127. (14.00.00, №9).
5. Khamdamova M.T., Ismailov U.S., Yangibaev O.Z. Some reasons postcholecystectomy syndrome // Журнал «Новый день в медицине»; №11 (61) 2023; С.513-518. (14.00.00. №22)
6. Янгибаев О.З., Пирматов Ш.Ш., Янгибаев З. Трансдуоденал папиллосфинктеропластиканинг бугунги ўрни // Ж. «Тиббиётда янги кун»; №1 (63) 2024; С.328-333. (14.00.00; №22).
7. Янгибаев О.З., Арипова Н.У., Пирматов Ш., Янгибаев З. Роль фиброхолангиоскопии при желчнокаменной болезни // Ж. «Хирургия Узбекистана»; №1; 2025; С.130-132. (14.00.00, №9).
8. Пирматов Ш.Ш., Янгибаев О.З., Янгибаев З. Янги ультранозик фиброхолангиоскопиянинг холелитиазлардаги роли // Ж. «Тиббиётда янги кун»; №1 (63) 2024; С.334-338. (14.00.00; №22).
9. Янгибаев О.З., Арипова Н.У., Зариббаева З.О., Янгибаев З. Некоторые анатомо-морфологические структуры большого сосочка двенадцатипрестной кишки при холелитиазе // Ж. «Хирургия Узбекистана»; №1; 2025; С.127-130. (14.00.00, №9).
10. Batirov D.Y., Yangibaev Z.R., Yangibaev O.Z., Rakhimov A.P. Simultaneous laparoscopic operations in patients with a high degree of operational risk with chronic calculous cholecystitis // American Journal of Medicine and Medical Sciences; 2020; 10(11): P.858-865. (14.00.00, №2)
11. Yangibaev O.Z. Some causes and prophylactic factors of postcholecystectomy syndrome // American Journal of Medicine and Medical Sciences; 2025. 3(15): P.666-669. (14.00.00; №2).

## II-бўлим (II часть; II part)

12. Янгибаев З., Исмаилов Ў.С., Янгибаев О.З. Холедохолитиазда катта дуоденал сўрғич стенозини хирургик даволаш усули // Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлигининг 2024 йил 14 августдаги FAP 2559-сонли фойдали модел учун патенти.

13. Янгибаев З., Исмаилов Ў.С., Янгибаев О.З. Катта дуоденал сўрғич стенози билан асоратланган холелитиазни хирургик даволаш усули // Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлигининг 2024 йил 14 августдаги FAP 2560-сонли фойдали модел учун патенти.

14. Янгибаев О.З., Исмаилов Ў.С., Янгибаев З., Батиров Д.Ю., Пирматов Ш.Ш. Холелитиазда катта дуоденал сўрғич стенози давомийлигини ташхислаш усули // Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлигининг 2024 йил 14 августдаги FAP 2561-сонли фойдали модел учун патенти.

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

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

17. Янгибаев О.З. Эндоскопическо-эндохирургическое лечение холедохолитиаза // «Замонавий дунёда табиий фанлар: Назарий ва амалий изланишлар» номли илмий-амалий, масофавий, онлайн конференцияси» материаллари. – Тошкент, 2023. – № 11 (37). Б. 19-20.

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

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

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

Босмахона лицензияси:



9338

Бичими: 84x60 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. «Times New Roman» гарнитураси.  
Рақамли босма усулда босилди.  
Шартли босма табағи: 3,5. Адади 100 дона. Буюртма № 39/25.

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