

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

ИСМАИЛОВ МУЗАФФАРБЕК ЎКТАМ ЎГЛИ

**МЕХАНИК САРИҖЛИК БИЛАН АСОРАТЛАНГАН
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗНИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ХИРУРГИК
ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ**

14.00.27 – Хирургия

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

Андижон – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Исмаилов Музаффарбек Үктам ўғли

| | |
|--|---|
| Механик сариқлик билан асоратланган холедохолитиазни дифференциал хирургик даволаш тактикаси..... | 3 |
|--|---|

Исмаилов Музаффарбек Үктам угли

| | |
|--|----|
| Тактика дифференцированного хирургического лечения холедохолитиаза, осложненного механической желтухой..... | 27 |
|--|----|

Ismailov Muzaffarbek Uktam ugli

| | |
|--|----|
| Tactics of differentiated surgical treatment of choledocholithiasis complicated by mechanical jaundice..... | 49 |
|--|----|

Эълон қилинган ишлар рўйхати

| | |
|---|----|
| Список опубликованных работ List of published works..... | 52 |
|---|----|

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

ИСМАИЛОВ МУЗАФФАРБЕК ЎКТАМ ЎГЛИ

**МЕХАНИК САРИҚЛИК БИЛАН АСОРАТЛАНГАН
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗНИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ХИРУРГИК
ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ**

14.00.27 – Хирургия

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

Андижон – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги хузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2022.2.PhD/Tib2898 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

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

Илмий раҳбар:

Тешаев Октябр Рухиллаевич
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Расмий оппонентлар:

Касимов Адҳам Лутфуллаевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Атаджанов Шухрат Камилович
тиббиёт фанлари доктори

Етакчи ташкилот:

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Диссертация химояси Андижон давлат тиббиёт институти хузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақами илмий кенгашининг 2025 йил «_____» соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси 1-й. Тел/факс: (+99878) 223-94-50, e-mail: 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-й. Тел/факс: (+99878) 223-94-50.

Диссертация автореферати 2025 йил «_____» _____ да тарқатилди.

(2025 йил «_____» _____ даги _____ рақами реестр баённомаси)

М.М. Мадазимов

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

М.Ф. Нишанов

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

Б.Р. Абдуллажанов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Ўт тош касаллиги кенг тарқалган ошқозон-ичак касалликларидан бири бўлиб, катта ёшдаги аҳолининг 10-15 фоизида учрайди. Касалликнинг ўсиши мураккаб асоратланган шакллари ривожланишининг юқори частотаси (35% гача) билан тавсифланади. Нисбатан юқори асорат ва ўлим даражаси туфайли ўт тош касаллигининг механик сариқлик билан асоратини жарроҳлик йўли билан даволаш ҳозирги кунда хиургиянинг долзарб масаласидир. Даволашнинг сезиларли даражада яхшиланишига қарамай, шошилинч жарроҳликдан сўнг ўт тош касаллигининг мураккаб шакллари учун ўлим даражаси танланган жарроҳлик аралашувларига қарамасдан юқори бўлиб қолмоқда. Масалан, турли статистик маълумотларга кўра, асоратланган ўт тош касаллиги билан оғриган беморларнинг операциядан кейинги ўлим даражаси 6,2% дан 13,6% гача ташкил қиласиди¹.

Жаҳон амалиётида ҳозирга вақтда турли хил этиологияли механик сариқлик синдроми кузатилган беморларда ташхислаш, дифференциал ташхислаш ҳамда комплекс даволаш усулларини такомиллаштиришга қаратилган тадқиқотлар энг долзарб бўлиб қолмоқда, хусусан, ёмон сифатли механик сариқлик ташҳисотининг ўзига хос хусусиятларини аниқлаш, механик сариқликда даволаш-диагностик алгоритмларни ишлаб чиқиш, ўсма генезли механик сариқликда эндобилиар оператив аралашув усулларини такомиллаштириш, механик сариқликда гепатопротекциянинг замонавий усулларини жорий этишни экспериментал ва клиник жиҳатдан асослаш шулар жумласидандир.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг замонавий жиҳатлари ташхислаш ва хиургик даволашнинг замонавий тамойиллари ва усулларини жорий этиш орқали механик сариқлик билан асоратланган холедохолитиазни даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чора-тадбирларни ўз ичига олади. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган². Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан кам инвазив аралашувларга дифференциал комплекс ёндашув орқали механик сариқлик билан асоратланган холедохолитиазни даволашни бевосита натижаларини яхшилаш, ушбу патологиянинг юқори тиббий-ижтимоий аҳамияти туфайли хиургиянинг, ва умуман олганда, тиббиётнинг долзарб йўналишларидан бири хисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан

¹ Стойко Ю.М. Возможности современных методов диагностики и обоснование хирургической тактики при механической желтухе / Ю.М. Стойко, А.Л. Левчук, В.Г. Бардаков, П.С. Ветшев // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2020. — №2. — С. 24-32.

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

такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 4 октябрдаги ПҚ-5254-сон “Хиургия хизматини трансморфация қилиш, ҳудудларда жарроҳлик амалиётлари сифатини ошириш ва қўламини кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида” ва 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги Қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-хуқуқий хужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қиласди.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Ўт тош касаллиги билан касалланишнинг кўпайиши унинг мураккаб шаклларининг частотасининг ошиши билан бирга келади. Механик сариқликнинг энг кенг тарқалган сабаби холедохолитиаздир: 48,8 дан 91% гача. Механик сариқлик фонида бажариладиган жарроҳлик операциялари кўплаб асоратлар билан кечади, операциядан кейинг ўлим 15 - 30% га етади. Шу муносабат билан механик сариқлик билан асоратланган ўт тош касаллигига минимал инвазив даволаш усуллари кўпроқ қўлланила бошланди, бу минимал жарроҳлик жароҳати билан максимал натижаларга эришиш имконини беради. Сўнгги пайтларда механик сариқликни бир босқичда, билиар декомпрессия билан даволашнинг икки босқичли ёндашуви тобора кўпроқ қабул қилинмоқда. Эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) кўпчилик муаллифлар томонидан декомпрессиянинг оптимал усули сифатида тан олинган³. Бироқ, баъзи жарроҳлар, қон кетиш, ўткир панкреатит, ўткир холангит, ретродуоденал тешилиш ва беморларнинг 5,4 - 18,3 фоизида юзага келадиган бошқа носпективик асоратлар каби бир қатор жиддий асоратларни ривожланиш хавфи туфайли ушбу техникага еҳтиёткорлик билан муносабатда бўлишади. Шулар билан бирга ўн икки бармоқли ичак катта сўргичининг сфинктер аппарати яхлитлигини бузиш билан боғлиқ салбий баёнотлар мавжуд. Шу сабабли айрим мутахассистлар эндоскопик папиллосфинктеротомияни балон дилатацияси билан алмаштиришни хоҳлашади.

Механик сариқликда сариқлик интенсивлиги жигар фаолиятининг бузилиши частотасини белгилайди. Бошқа томондан, механик сариқлик интенсивлиги билиар гипертензия даражасига боғлиқ ҳисобланади. Ҳозирги вақтда қорин бўшлиғи жарроҳлигининг ривожланиши клиник амалиётга диагностиканинг янги, юқори информацион усуллари ва минимал инвазив жарроҳлик муолажаларининг кенг жорий этилиши билан тавсифланади. Улар

³ Ravipati C, Ramakrishnan KK, Ramaswami S, Natarajan P. Comparative Efficacy of Magnetic Resonance Cholangiopancreatography vs. Percutaneous Transhepatic Cholangiography With Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage Stenting in Evaluating Obstructive Jaundice: A Prospective Study in South India. Cureus. 2024 Jul 24;16(7)

жарроҳлик хавфини камайтириши ва беморлар учун даволаш имкониятларини кенгайтириши мумкин. Бундан ташқари, ушбу усуллар анъанавий усулларни ўрнини босади ва қўплаб асоратланган беморларни даволашда етакчи ўринни эгаллайди. Бироқ, илмий адабиётларнинг катта қисми ўт тош касаллиги асоратланмаган шаклларини даволашда янги технологиялардан фойдаланишга бағищланган. Ўт тош касаллигида механик сариқлик ва йирингли холангит билан асоратланган беморларда даволаниш натижаларидан қониқмаслик эндоскопик ва эндобиллиар жараёнлар билан бир қаторда эндовидеожарроҳлик технологиясидан фойдаланган ҳолда комплекс даволашни белгилайди. Сўнгги нашрлар ушбу муаммони жарроҳлик йўли билан ҳал қилишга қарши бўлган ёндашувларга ишора қилмоқда.

Ўтказилган адабиёт маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатди, баъзи муаллифлар эндоскопик папиллосфинктеротомия, литотрипсия ва литоэкстракция, эндоскопик стентлаш, назобилиар найдалаш, кейин эса анъанавий усулда холецистэктомия билан ўн икки бармоқли ичак сўрғичини кесишдан кўра ретроград эндоскопик транспапилляр сфинктеротомияни афзал кўрадилар. Юқорида айтилганларнинг барчаси механик сариқлик билан асоратланган ўт тош касаллигии даволаш тактикасини ишлаб чиқишига қаратилган диссертация тадқиқотини ўтказиш учун сабаб бўлди.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг илмий ишлари режасига мувофиқ «Касалликларнинг олдини олиш, даволашнинг дифференциал усуллари ва янги диагностика усулларини ишлаб чиқиши ҳамда хавф омилларининг таъсирини ўрганиш» мавзуси доирасида бажарилган (2022-2024 й.).

Тадқиқотнинг мақсади кам инвазив аралашувларга дифференциал комплекс ёндашув орқали механик сариқлик билан асоратланган холедохолитиазни даволашни бевосита натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

холедохолитиазли механик сариқликда миниинвазив декомпрессия усулларининг самарадорлигини қиёсий баҳолаш;

каминвазив даволаш усулларини – диагностик ретроград, тери-жигар орқали дренажлаш ва стентлашдан кейинги радикал ёки дренажловчи ташрих турларини танлаш орқали ташрихдан кейинги натижаларини яхшилаш;

механик сариқликнинг декомпрессия босқичида даволашнинг каминвазив усулларидан фойдаланган ҳолда ташрихдан кейинги яқин натижаларни яхшилаш;

ўт йўллари декомпрессиясининг ҳар хил турларининг самарадорлигини аниқлаш асосида каминвазив усулларни қўллаш орқали ўт тош этиологияли механик сариқликни даволаш алгоритмини ишлаб чиқиши.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2020-2024 йилларда Тошкент шаҳар 1-сон шаҳар шифохонасининг жарроҳлик бўлимида механик сариқлик билан асоратланган ўт тош касаллиги туфайли даволанган 128 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети қониқарсиз натижаларнинг ўзига хос сабабларини аниқлаш билан холедохолитиазли механик сариқликни даволашнинг мавжуд тактикаси самарадорлигини, шунингдек, такомиллаштирилган ёндашувлардан фойдаланган ҳолда ушбу тоифадаги беморларни даволаш натижаларини таҳлил қилишдан иборат.

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

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қўйидагилардан иборат:

ўт тош касаллиги фонида ривожланган механик сариқликни таҳислаш жараёнида ультратовуш, мультиспирал компьютер томография, магнитрезонанс томография, эндоскопикпанкреатохолангриография, тери ва жигар орқали холангриография инструментал текширув усулларнинг ўт йўллари патологиясини аниқлашдаги юқори сезгирилиги, специфиллиги ва умумий хаққонийлик даражалари аниқланган;

механик сариқлик билан оғриган ўт тош этиологияли холедохолитиазли беморларда ўт йулларини эндоскопик папиллосфинктеротомия, тери ва жигар орқали холангистомия, тери ва жигар орқали холецистостомия декомпрессия усулларининг самарадорлиги қиёсий асосланган;

ўт йўлларини биринчи навбатда ички ва ташқи декомпрессияси ўтказилгандан кейин қўлланилган хирургик даво усулларининг яқин натижалар таҳлил қилинган;

дифференциал комплекс ёндашув асосида холедохолитиаз билан асоратланган механик сариқликни даволашнинг янги хирургик алгоритми ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қўйидагилардан иборат:

холедохолитиазли механик сариқликда транспапилляр эндоскопик аралашувлар диагностикада энг самарали усул ва шу билан бирга фиксациялашмаган тошларни олиб ташлашда энг оптимал декомпрессия усули эканлиги аниқланган;

механик сариқлик билан оғриган беморларда миниинвазив даволаш-диагностика усуллардан комплекс фойдаланиш ва дифференциал ёндашув асоратлар сонини сезиларли даражада камайтириши исботланган;

миниинвазив технологиялардан фойдаланган ҳолда механик сариқликни ташхислаш ва даволашга комплекс ёндашув даволаниш сифатини, яқин натижаларни яхшилашга, операциядан кейинги асоратлар сонини камайтиришга, шифохонада ётиш вақтини қисқартиришга имкон бериши аниқланган;

механик сариқликни ташхислаш ва даволашда тавсия этилган алгоритм диагностика самарадорлигини оширади, тактика ва кейинги даволанишни индивидуаллаштиришга имкон бериши асосланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Натижаларнинг ишончлилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, лаборатор ва инструментал диагностиканинг замонавий усулларидан

фойдаланилганлиги, услугбий ёндашувлар хамда статистик таҳлил жамланмаларининг тўғри қўлланилганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва берилган тавсиялар назарий аҳамиятга эга бўлиб, ўт тош этиологияли холедохолитиаз билан асоратланган механик сариқлиқда даволаш-диагностика жараёнида турли хил миниинвазив аралашувларнинг ўрни ва самарадорлигини аниқлашга, механик сариқлик билан оғриган ўт тош этиологияли холедохолитиазли беморларда сафро декомпрессиясининг турли хил миниинвазив усуллари самарадорлигини асослашга муҳим хисса қўшиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, тадқиқот натижалари асосида ўт йўллари декомпрессиясининг ҳар хил турларининг самарадорлигини асослаш асносида кам инвазив усулларни қўллаш билан ўт тош этиологияли механик сариқликни даволашнинг дифференциал тактикаси ишлаб чиқилганлиги, холедохолитиазли механик сариқлиқда транспапилляр эндоскопик аралашувлар диагностикада энг самарали усул ва шу билан бирга фиксациялашмаган тошларни олиб ташлашда энг оптимал декомпрессия усули эканлиги аниқланганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Кам инвазив аралашувларга дифференциал комплекс ёндашув орқали механик сариқлик билан асоратланган холедохолитиазни даволашни бевосита натижаларини яхшилаш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида:

биринчи илмий янгилик: ўт тош этиологияли холедохолитиаз билан асоратланган механик сариқлик сабабларини аниқлаш жараёнида қўлланиладиган текширув усулларнинг сезгирилиги, спецификлиги ва умумий хаққонийлик даражалари асосида ўт йўллар патологиясини юқори диагностик самарадорликни аниқлаш имконияти таъминлашга масосланган Тошкент тиббиёт академияси Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 13 майда 05-24/320-т-сон билан тасдиқланган «Механик сариқликни ташхислаш усуллари» номли услугбий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг кўп тармоқли клиникасининг 2025 йил 3 январдаги 2-сон ва Тошкент шахар 7-клиник шифохонасининг 2025 йил 27 январдаги 55AU/T 2025-сон буйруқлари билан амалиётта жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 25 апрелдаги 16/17-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: механик сариқликни эрта даврларда аниқлаш, кераксиз текширишларни ўтказмаслик, текширувларни маълум кетма кетлик асосида ўтказиш, ўтказиладиган жарроҳлик операцияларни самадорлигини ошириш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: ўт тош этиологияли холедохолитиаз билан асоратланган механик сариқлик билан оғриган 1 нафар беморнинг шифохонада ишлатиладиган текширув усулларини тиббий ашёлар учун жами 447000 сўм миқдоридаги давлат бюджети маблағлари сарфланади.

Бир нафар беморни шифохонада бўлиш муддатини ўртacha 2 кунга қисқартириш 894000 сўм давлат маблағлари иқтисод қилинишига имкон беради. Хулоса: ўт тош этиологияли холедохолитиаз билан асоратланган механик сариқлик билан оғриган беморларнинг шифохонада диагностика қилиш муддатини ўртacha 2 кунга қисқартириш ҳисобига тадқиқот кўлами бўйича (n=62) 59800000 сўм давлат бюджети маблағлари тежалишини таъминлайди.

иккинчи илмий янгилик: механик сариқлик билан оғриган ўт тош этиологияли холедохолитиазли беморларда ўт йулларни ички ва ташқи декомпрессиясининг турли хил усуллари самарадорлиги қиёсий асосланганлиги Тошкент тиббиёт академияси Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 13 майда 05-24/320-т-сон билан тасдиқланган «Механик сариқликни ташхислаш усуллари» номли услугбий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг кўп тармоқли клиникасининг 2025 йил 3 январдаги 2-сон ва Тошкент шаҳар 7-клиник шифохонасининг 2025 йил 27 январдаги 55AU/T 2025-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 25 апрелдаги 16/17-сон хулоаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: ўт тош этиологияли холедохолитиаз билан асоратланган механик сариқликда эрта давларида эндоскопик папиллосфинктертомия, тери ва жигар орқали холангистомия, тери ва жигар орқали холецистомия ўт йулларини миниинвазив декомпрессия усуларини кўллаш механик сариқлик асоратлар частотасини камайтиришга, ананавий радикал операцияларни (Лапароскопик холецисэктомия, минилапратом холецистэктомия, билиодигестив анатомозлар) сифатли ўтказишга, беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилашга ва уларни реабилитация қилиш вақтини қисқартиришга имкон беради. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: Тавсия этилган усулдан фойдаланиш асоратларни олдини олиш имконини беради, қўшимча даволанишга бўлган эҳтиёжни камайтиради. Стационар даволаниш учун энг кам ҳаражат ҳар бир кун учун 428000 сўмни ташкил қилгани ҳолда, шифохонада қолиш муддатлари қисқариши ҳисобига 1 нафар беморга 1 кунда 428000 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилинади. Хулоса: Тавсия этилган усул келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларни камайтиради ва касалхонада бўлиш вақтини қисқартиради ҳамда тадқиқот кўлами бўйича ушбу усул кўлланилган 16 нафар беморларда 1 кун учун 7650200 сўм бюджет маблағлари тежалади;

учинчи илмий янгилик: беморнинг умумий соматик фон ҳолати хисобга олган ҳолда, индивидуал ёндашув, ҳар бир бемор учун хавфсиз ва самарали операцион тактика танлашга, беморларда «танлов операциялари» деб номланувчи, яни олдиндан пухта режалаштирилган ва беморнинг оптимал ҳолатида бажариладиган эндоскопик ёки лапароскопик операциялар кўлланилган ва жаррохлик амалиётларидан кейинги яқин натижалар таҳлил қилинган. Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: ўт тош

этиологияли холедохолитиаз билан асоратланган механик сариқлик билан оғриган 1 нафар беморнинг шифохонада 1 кунлик даволанишига дори-дармон учун жами 322000 сўм миқдоридаги давлат бюджети маблағлари сарфланади. Бир нафар беморни шифохонада бўлиш муддатини ўртacha 2 кунга қисқартириш дори-дармон харажатлари ҳисобига 644000 сўм давлат бюджети маблағлари иқтисод қилинишига имкон беради. Хулоса: ўт тош этиологияли холедохолитиаз билан асоратланган механик сариқлик билан оғриган беморларнинг шифохонада бўлиш муддатини ўртacha 2 кунга қисқартириш дори-дармон харажатлари ҳисобига тадқиқот кўлами бўйича ($n=62$) 4020000 сўм давлат бюджети маблағлари тежалишини таъминлайди.

тўртинчи илмий янгилик: ўт йўлларини ички ва ташқи декомпрессия турларининг самарадорлигини асослаш, радикал хирургик кам инвазив усулларни қўллаш билан механик сариқлик билан асоратланган холедохолитиазни комплекс ёндашув асосида даволашнинг дифференциал хирургик тактикаси ишлаб чиқилганлиги Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлигидан рўйхатдан ўтган № ДГУ 31152 сонли «Механик сариқлик билан асоратланган холедохолитиазни дифференциал хирургик даволаш тактикаси» номли услубий дастури мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини кшвожлантириш марказининг куп тармокли клиникаси нинг 2025 йил 3 январдаги 2-сон ва Тошкент шахар 7-клиник шифохонасининг 2025 йил 27 январдаги 55AU/T 2025-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 25 апрелдаги 16/17-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: холедохолитиаз билан асоратланган механик сариқликни даволаш чораларининг ишлаб чиқилган оптимал алгоритми ва такомиллаштирилган ёндашувни қўллаш жаррохлик амалиётдан кейинги асоратлар частотасини камайтиришга, хаёт сифатини оширишга, шунингдек ўлим ҳолатлари частотасини пасайтиришга имкон беради. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: Тавсия этилган алгоритм ва ёндашувдан фойдаланиш асоратларни оддини олиш имконини беради, қўшимча даволанишга бўлган эҳтиёжни камайтиради. Стационар даволаниш учун энг кам харажат ҳар бир кун учун 447000 сўмни ташкил қилгани ҳолда, шифохонада қолиш муддатлари қисқариши ҳисобига 1 нафар беморга 1 кунда 447000 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилинади. Хулоса: Тавсия этилган алгоритм ва ёндашувдан фойдаланиш тадқиқот кўлами бўйича ушбу ёндашувлар қўлланилган 62 нафар беморларда 1 кун учун 27714000 сўм бюджет маблағлари тежалади.

Тадқиқот натижаларининг аprobацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 3 та ҳалқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида мухокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 11 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий

натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 4 та мақола, жумладан, 3 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, тўртта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 136 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

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

Диссертациянинг **«Механик сариқлик билан асоратланган ўт тош касаллиги диагноз ва даволаш муаммолари»** деб номланган **биринчи бобида** тадқиқот натижалари ва тадқиқот иши мавзуси бўйича маҳаллий ҳамда хорижий адабиётларнинг батафсил таҳлили баён этилган. Шунингдек, механик сариқлик тарқалиши, таснифи, этиопатогенезининг хусусиятлари, клиник кечиш хусусиятлари, диагностикаси ва даволаш услублари таҳлил қилинган.

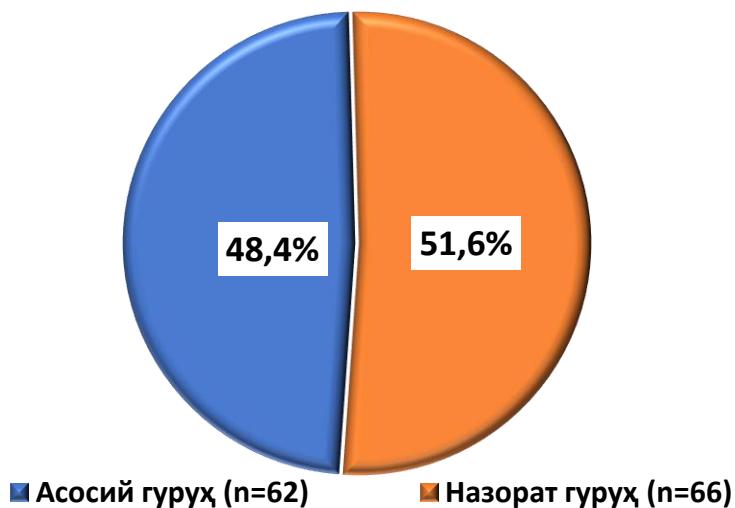
Диссертациянинг **«Материал ва тадқиқот усуллари»** деб номланган **иккинчи бобида** турли хил этиологияли механик сариқлик синдроми билан оғриган 128 нафар бемор тадқиқ қилинган. Тадқиқотга касалхонада 2015 йилдан 2024 йилгача даволанган беморлар киритилган. Тадқиқот 1-сон шахар шифохонаси жарроҳлик бўлимида олиб борилган. Бундай беморларни текшириш учун лаборатория ва инструментал текшириш усуллари қўлланилган. Диагностика алгоритми клиник ва лаборатория текширув усулларини, қорин бўшлиғи аъзоларини ультратовуш текширувни ва эндоскопик ультратовуш текширувни, катта ўн икки бармоқли ичак сўрғичини тасвирлаш билан юқори ошқозон-ичак эндоскопик текширувни, фистулохолангографияни ёки ЭРПХГ ни ўз ичига олган.

Тадқиқотларимизнинз репрезентабеллигини ва эффективлигини кўрсатиш учун беморларни шартли равишда 2 гуруҳга ажратдик:

Назорат гурухни (n=66) клиникамизда 2015 йилгача беморлар ташкил этган бўлиб, бу гурух беморларга дифференциаллашмаган тактика асосида диагностика ва даволаш муолажалари ўтказилган.

Асосий гурух беморларини (n=62) 2015 йилдан кейинги беморлар ташкил этиб, бу гурух беморларда диагностика ва даволаш муолажалари дифференциаллашган тактика асосида олиб борилди.

Дифференциаллашган тактика бу – ўт тош касаллиги этиологияли холедохолитиазли механик сариқлик билан асоратланган беморларда замонавий услублар қўлланилиши билан бирга уларнинг ўрни ва эффективлиги, ҳамда асоратлар эҳтимоллигини инобатга олган ҳолда яратилган алгоритм асосида диагностик ва даволаш ишларини олиб боришидир (1-расм).

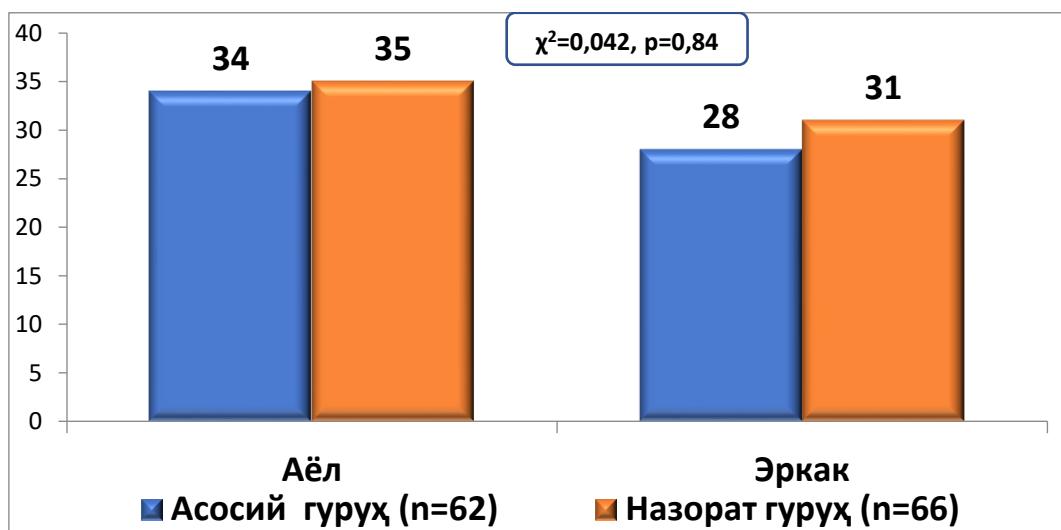


1-расм. Беморларнинг гуруҳларига қараб тақсимланиши

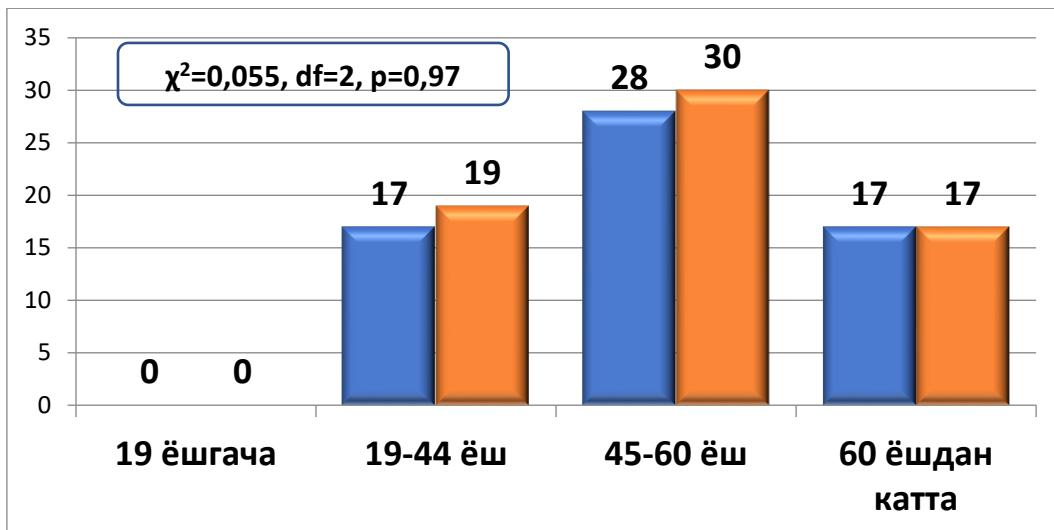
Бунда солиштирилаётган гуруҳлар структураси, яъни bemорлар ёши, жинси ва механик сариқлик оғирлик даражаси, ёндош касалликлар бўйича бир биридан ишончли даражада фарқ қилмади ($p>0,05$).

Ўрганилаётган bemорлар 49 (38,3%) таси эркаклар ва 79 (61,7%) таси аёллар (2-расм), bemорларнинг ўртача ёши $61,4\pm8,6$ (36 ёшдан 78 ёшгacha) ёш эди (3-расм). Шуни таъкидлаш керакки, механик сариқлик синдроми билан оғриган bemорларнинг 73,4 фоизи 60 ёшгacha, яъни иш қобилятига эга даврда бўлган.

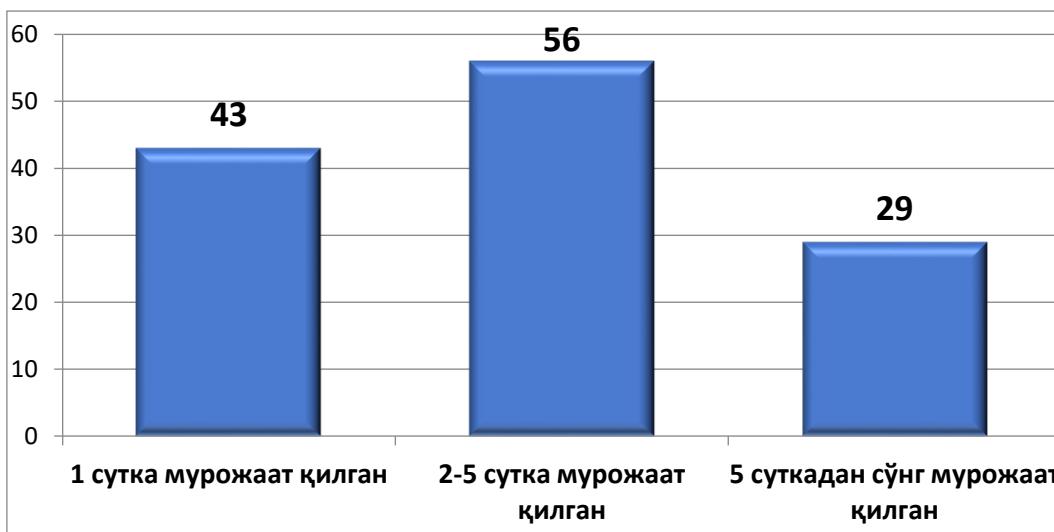
Механик сариқлик билан оғриган bemорларнинг аксарияти касаллик белгилари бошланганидан кейинги биринчи кунида касалхонага ётқизилган – 33,6%. 2-5 кун давомида, оғриқнинг тақрорий кучайиши билан, жигар коликасининг пасайиши фонида, барча bemорларнинг 43,7 фоизи касалхонага ётқизилган ва bemорларнинг 22,7 фоизи дори терапиясининг таъсири йўқлиги фонида касаллик бошланганидан 5 кундан кўпроқ вақт давомида клиникага ётқизилган (4 расм).



2-расм. Механик сариқлик билан асоратланган bemорлар жинсига кўра тақсимоти



3-расм. Механик сариқлик билан асоратланган bemорлар ёшига кўра тақсимоти

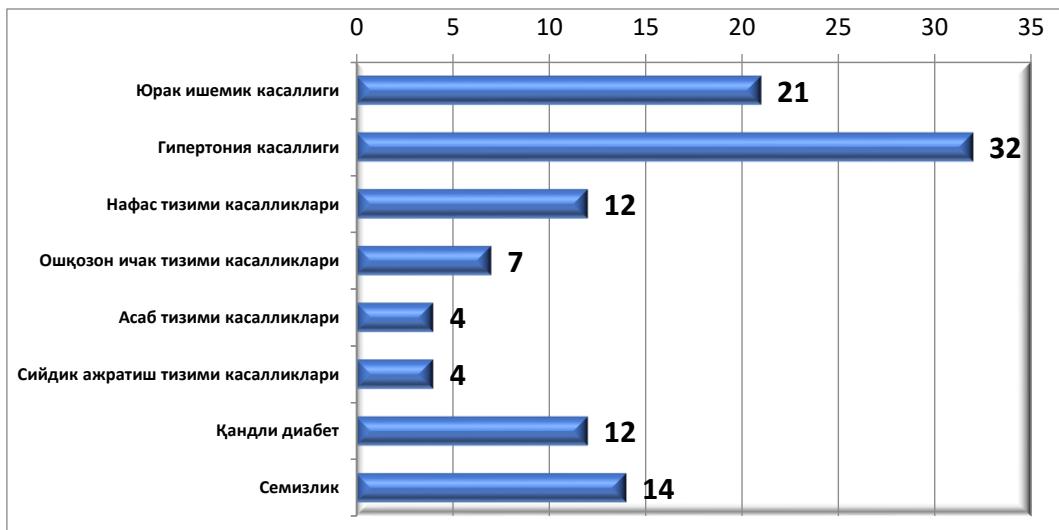


4-расм. Механик сариқлик билан асоратланган bemорлар касаллик анамнезига кўра тақсимоти

Холедохолитиаз ва механик сариқлик билан асоратланган ўткир холецистит билан оғриган bemорларнинг аксарияти полиморбидлик билан ажralиб турарди. Кўпинча (58,7%) асосий патологиянинг артериал гипертензия, юрак томирлари касаллиги ва нафас олиш тизими касалликлари билан комбинацияси мавжуд эди. Холедохолитиаз ва механик сариқлик билан оғриган bemорларда ўт пуфагида ҳалокатли жараёнларнинг мавжудлиги даволашнинг энг адекват ва оқилона усулини танлашни қийинлаштириди (5-расм).

Механик сариқликда bemорлар ҳолатининг оғирлиги ва жигар этишмовчилиги даражасини аниқлашнинг бир қанча таснифи мавжуд. Бироқ, В.Г. Ившиннинг (2000) фикрини маъқуллаган ҳолда биз bemорлар ҳолатининг оғирлигини механик сариқликнинг давомийлиги, билирубин даражаси, жигар этишмовчилигининг клиник белгилари ва ёндош касалликларнинг мавжудлигига кўра баҳоладик.

Касалхонага ётқизилган беморларда умумий билирубин даражаси 26,6 дан 408 мкмоль/л гача (ўртача $210,3 \pm 32,3$ мкмоль/л). Тошларнинг ўлчами 0,6 дан 2,0 см гача (ўртача $1,3 \pm 0,2$ см) бўлган.



5-расм. Механик сариқлик билан асоратланган беморлар ёндош касалликларига кўра тақсимоти

Жигар етишмовчилиги оғирлиги табиати бўйича беморлар қуидагича тақсимланди. Шундай қилиб, 128 беморнинг 69 тасида (53,9%) ўртача ва оғир механик сариқлик билан асоратланган холедохолитиаз, 59 тасида (46,1%) енгил механик сариқлик бўлган. Холедохолитиаз ва механик сариқлик билан асоратланган беморларнинг оғирлигининг ҳал қилувчи омиллари гипербилирубинемия ва коморбид патологиянинг декомпенсацияси эди (1-жадвал).

1-жадвал
Ўт тош касаллигининг механик сариқлик билан асоратланган беморлар оғирлик даражасига кўра тақсимоти (В.Г. Ившин (2000) бўйича)

| Билирубинемия | Асосий гурух (n=62) | | Назорат гурух (n=66) | |
|---------------------------------------|--------------------------------|------|-------------------------|------|
| | n | % | n | % |
| Умумий билирубин 100 мкмоль/л гача | 28 | 21,9 | 30 | 23,4 |
| Умумий билирубин 100 -200 мкмоль/л | 26 | 20,3 | 28 | 21,9 |
| Умумий билирубин 200 мкмоль/л данк ўп | 8 | 6,3 | 8 | 6,3 |
| p | $\chi^2=0,018$, df=2, p=0,991 | | | |

Тақдим этилган 2.1-жадвалдан кўриниб турибдики, беморларнинг 58 тасида (45,3%) билирубинемия даражаси 100 мкмоль/л дан ошмаган, 54 тасида (42,2%) - унинг даражаси 100 дан 200 мкмоль/л гача, 16 тасида (12,5%) – бу 200 мкмоль/л дан юқори еди. ўткир холецистит, ўт пуфаги деворида (ультратовуш

маълумотларига кўра) билиар гипертензия бор ёки йўқлигидан қатъий назар, аниқ ҳалокатли ўзгаришлар бўлмаганида, транспапилляр аралашувларни амалга ошириш имконияти аниқ эди. 104 (81,3%) кузатувларда механик сариқлик билан асоратланган холецистохоледохолитиаз тизимли яллиғланиш асоратлари билан бирга бўлмаган, қолган 24 (18,7%) кузатувларда холангит (n=16) ва билиар сепсис (n=8) содир бўлган.

Сариқлик намоён бўлишининг давомийлиги 3 кундан 51 кунга қадар ўзгариб турди. Сариқлик бошланган пайтдан бошлаб то беморларни қабул қилишгача бўлган вақт 2-жадвалда келтирилган.

2-жадвал

Асосий гурух беморларни госпитализасияга қадар механик сариқлик давомийлигига кўра тақсимланиши

| Госпитализацияга механик сариқлик давомийлиги | n (%) |
|---|-------------|
| 14 кунгача | 56 (57,14%) |
| 15 кундан 28 кунгача | 29 (29,59%) |
| 28 кундан ортиқ | 13 (13,27%) |
| Жами | 98 (100%) |

Ташхисни аниқлаштириш учун умумий клиник, лаборатор, инструментал ва ошқозон ости безини текширишнинг морфологик усуллари қўлланилади. Тадқиқот усуллари механик сариқлик бўлган беморларда клиник текширув ва антропометрия, сўровнома, биокимёвий тадқиқотларни ўз ичига олди.

Беморларнинг клиник ва инструментал тадқиқотлари гепатопанкреатобилиодуоденал касалликлари билан оғриган беморларни текшириш учун ишлаб чиқилган алгоритмга мувофиқ амалга оширилди, бу ерда асосий ўринни энг замонавий эндоскопик (ЭФГДС, ЭРПХГ, ЭПСТ) ва радиологик (ультратовуш, КТ, МРТ МРХГ билан) тадқиқот усуллари эгаллайди.

Ультратовуш замонавий ультратовуш аппарати Siemens X300 (Германия) да чизиқли ва конвекс сенсори билан амалга оширилди. Агар беморга КТ ёки МРТ ўтказилган бўлса, унда ушбу тадқиқот усулларига кўра ошқозон ости бези паренхимасидаги ўзгаришлар баҳоланади.

ЭФГДС bemорларда Olimpus эндоскопик мажмуаси (Япония) ёрдамида умумий қабул қилинган усул бўйича эндоскопик текширувдан ўтказилди. Қизилўнгач, ошқозон, ўн икки бармоқли ичакнинг шиллик қавати ва катта дуоденал сўрғичи ўз ичига олган кенг қамровли текширув ўтказилди. Катта дуоденал сўрғичининг шишиши ва гиперемияси сафро чиқишининг тўлиқ блокланишининг билвосита белгилари сифатида қабул қилинди.

Патологик жараённинг тарқалишини топикал диагностика қилиш учун 62 та ҳолатда мультиспирал компьютер томографияси ўтказилди.

Магнит-резонанс холангипанкреатография билан тўлдирилган магнит-резонанс томография 143 bemорда магнит майдон кучи 3 Т бўлган Signa 3

Тесла ГЕ томографида ўтказилди. Анъанавий эксенел тасвиirlар хариталанган холангиопанкреатограммаларни олиш учун асос бўлди. МРПХГ дан олинган маълумотларга асосланиб, максимал сезгирикни проексиялаш алгоритми ёрдамида З та Д-реконструксия қилинган.

Эндоскопик ретроград панкреатохолангиография катта дуоденал сўргичи соҳасини текшириш билан фибродуоденоископия (ЛГ-П 30 ён оптикаси билан фибродуоденоископ (Olympus, Япония), эндоскопик ретроград холангиография (Phillips, Голландиянинг электрон-оптик конверторли «Diagnostis 73» рентген аппарати) амалга оширилди.

ЭРПХГ ни бажариш техникаси патологияни (яра касаллиги, ўсма касаллиги) аниқлаш, катта дуоденал сўргични (КДС) кўриқдан ўтказиши ва қулай ҳолатга олиб чиқиши, рентген назорати остида канюляция ва ўт йўлларига контраст модда киритиши учун ошқозон ва ўн икки бармоқ ичаклар ревизиясини ўз ичига олади.

Жигар ичи ва ташки ўт йўлларида тери орқали муолажалар S-arm Stenohoscope 9600 (АҚШ) мобил рентгент ускунаси, конвекс ва пункцион датчиклари (3,5 МҲз) мавжуд Алока 500 ультратовуш сканери билан таъминланган жарроҳлик амалиётхонасида олиб борилган.

Маълумотлар таҳлили «Statistica» статистик пакетининг 6.0 версиясидан фойдаланган ҳолда биологик ва тиббий тадқиқотларда материални статистик қайта ишлаш тамойиллари ва талабларига риоя қилган ҳолда амалга оширилди. Нормал тақсимотга эга бўлган миқдорий характеристикалар М форматида тасвиirlанган $\pm m$ (ўртача \pm ўртача стандарт хато).

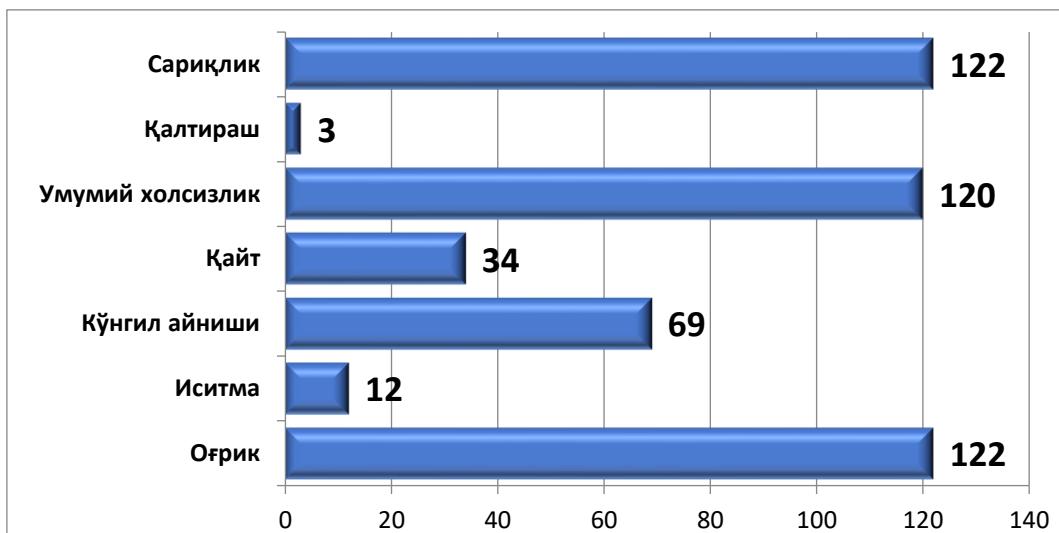
Диссертациянинг «Ўт тош касаллиги механик сариқлик билан асоратланган беморларнинг диагностикаси» деб номланган учинчи **бобида** беморлар клиникага мурожатида шикоятлари, умумий ҳолатида, текшириш услубларида бир биридан фарқ қилмаганлиги сабабли таққослов гурухларига ажратилмаган ҳолда ўрганилиниди. 128 беморнинг барчасида обструктив сариқлик тарихи кузатилган.

Беморларнинг кўпчилиги (104) касалхонага ётқизилганидан кейин ўртача оғир аҳволда, 24 нафари еса оғир аҳволда эди. Беморларнинг 56,7 фоизида асосий касалликнинг оғирлиги юрак-қон томир тизими, нафас олиш тизими, экскреция ва эндокрин безларнинг бирга келадиган касалликлари билан оғирлашди. Билиар коликанинг узоқ давом етган хужуми билан, айниқса кекса беморларда, 14,2% ҳолларда юрак-ўпка ва қон томир етишмовчилиги белгилари мавжуд.

Ўнг гипохондрийда ўткир оғриқлар 45 (38,9%) беморларда, симилловчи оғриқлар еса 69 (52,6%) беморларда кузатилган. 7 (8,5%) беморда оғриқсиз сариқлик кузатилди. Қусиши 63,6%, қўнгил айниши 91,4%, ҳолсизлик 42%, озиб кетиш 28,7%, сийдикнинг қорайиши 100%, нажас ранги ўзгариши 81,8% ҳолатда кузатилган. Беморларнинг 41,8 фоизида жигар кенгайиши кузатилган. Қондаги билирубин даражаси 36 дан 344 мкмоль/л гача. Беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш тиббий тактикани аниқлаш учун катта аҳамиятга эга.

Механик сариқлик билан асоратланган ўт тош касаллиги билан беморларнинг асосий гурухида холедохолитиазнинг асосий ва биринчи

белгиларидан бири оғриқ әди. Бу қисман ўтқир холециститнинг оғриғига үхшаш чуқур вицерал хусусиятга әга. Оғриқ зерикарли, оғриқли ёки жуда ўтқир, интенсивликдаги кичик сакрашлар билан кечади. Оғриқ эпигастрал соҳақада ёки ўнг қовугалар ости соҳасида жойлашган бўлиб, қўпинча орқа томонга тарқалади (6-расм).



6-расм. Механик сариқлик билан асоратланган ўт тош касаллиги билан беморларнинг касалхонага мурожаат вақтидаги шикоятлари

Оғриқ деярли барча беморларда (95,3%) қайд этилган. Ўн икки бармоқли ичакка тош қўйилганда, оғриқ синдроми ўтқир панкреатитда бўлгани каби ўтқир характерга әга бўлди. Энг кучли оғриқ синдроми ўтқир реактив панкреатит ёки панкреатик некрозга учраган 4 беморда (3,1%) кузатилди.

Механик сариқлик билан асоратланган холедохолитиазнинг иккинчи белгиси обструктив сариқлик бўлиб, қоида тариқасида оғриқ бошланганидан 12-18 соат ўтгач ривожланади, баъзида жараён 24 соатгача давом этган. Шу билан бирга, оғриқ синдроми камайди ёки бутунлай йўқолди.

Умумий ўт йўлининг сезиларли блокировкаси билан узок давом етган холедохолитиаз билан беморларнинг 67 фоизида ахолик нажас ва қуюқ рангли сийдик аниқланади. 24 (18,7%) беморда холедохолитиаз холангит билан асоратланган, уларда титроқ, иситма ва интоксикация белгилари (кўнгил айниши, қусиши, умумий ҳолсизлик) кузатилган (3-жадвал).

3-жадвал

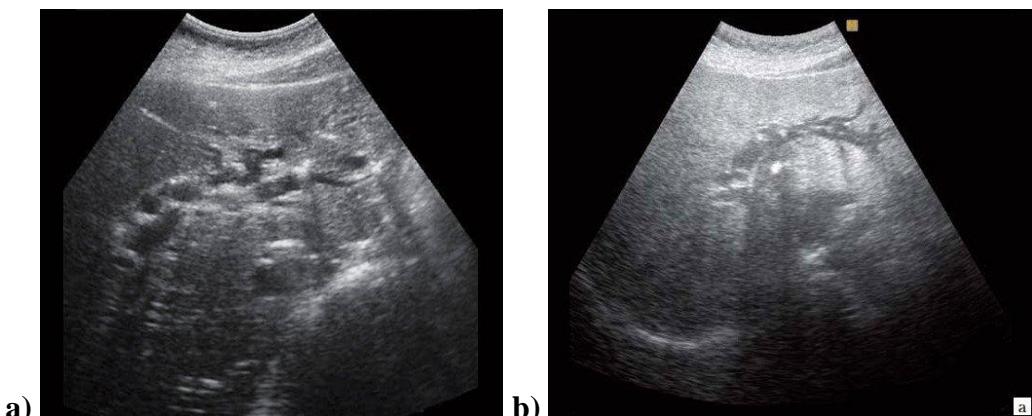
Механик сариқлаб билан асоратланган ўт тош касаллиги билан беморларда кузатилган асоратлар

| Кузатилган асоратлар | n | % |
|--------------------------|----|-------|
| Холестатик гепатит | 28 | 21,9% |
| Холангит | 24 | 18,7% |
| Ўтқир реактив панкреатит | 22 | 17,2% |
| Панкреонекроз | 2 | 1,6% |
| Холангиоген сепсис | 2 | 1,6% |

Беморларнинг тадқиқот гуруҳида қон зардобидаги умумий билирубиннинг қуидаги ўсиш даражаси қайд етилган: 9 кишида 100 мкмоль/л гача (36%), 14 кишида 100 дан 200 мкмоль/л гача (56%), 2 кишида 200 мкмоль/л дан ортиқ (8%). Ўт йўлларининг обструкцияси тўғридан-тўғри билирубиннинг қонга киришига олиб келади, бу еса конюгацияланган билирубин фракцияси туфайли умумий билирубин концентрациясининг ошишига олиб келади.

Механик сариқлик ташхисини қўйишида энг катта маълумот ультратовуш текшируви орқали олинади. Гепатопанкреатодуоденал зонани ўрганиш натижаларини баҳолаш қуидаги мезонларга мувофиқ амалга оширилади: жигар ичи ва жигардан ташқари ўт йўлларининг кенгайиши, тошлар, ўт йўлларининг торайиши. Бизнинг тадқиқотимизда bemорларнинг 95,3 фоизида (122 киши) ўт пуфаги тошлари, 3,9 фоизида (5 киши) постхолецистэктомик синдроми кўринишидаги ўзгаришлар, 1,6 фоизида (2 киши) – холедохнинг стриктураси аниқланди.

Ультратовуш текширувидаги механик сариқликнинг асосий белгиси жигар ичи ўт йўлларининг кенгайиши ҳисобланади (7-расм).



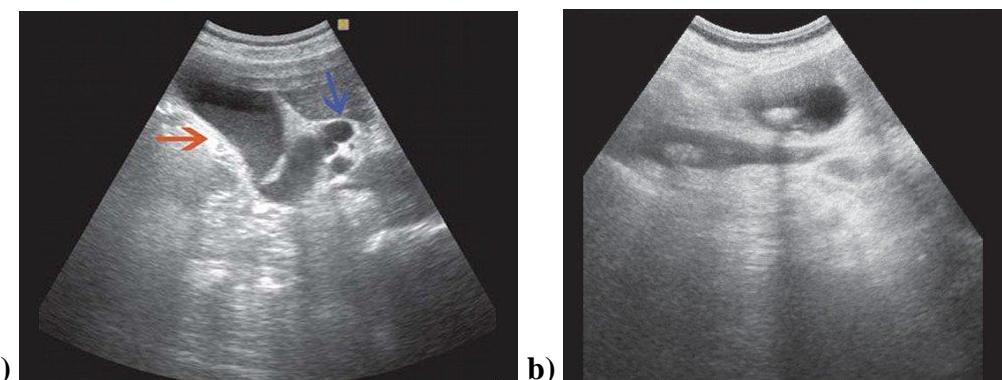
7-расм. Механик сариқлик билан билиар гипертензиянинг ультратовушли тасвири (а) ва жигар ичи ўт йўллари кенгайиши (б))

Ультратовуш нафақат билиар гипертензияни аниқлашга, балки блок даражасини аниқлашга ҳам имкон беради. Юқори билиар блокда (жигар дарвозаси даражасида обтурация) ультратовуш ёрдамида умумий сариқ каналнинг нормал диаметри (6 мм гача) бўлган кенгайган жигар ичи каналлар тасвирланади, ўт пуфаги одатда нормал даражада ёки камаяди.

Паст билиар блокда (холедох даражасида обтурация, ўн икки бармоқли ичак катта сўрғичи сиқилган тоши) кенгайган интрагепатик каналларга қўшимча равишда жигардан ташқари ўт йўллари кенгайган ва ўт пуфаги катталашган (8-расм).

Шундай қилиб, 128 bemorda ультратовуш текширувидаги ўзгаришлар аниқланди: жигар диффуз катталашган, унинг тузилиши бир хил емас - 51, жигар катталашмаган, тузилиши бир жинсли - 31, ошқозон ости бези катталашган, контурлари нотекис, унинг эхогенлиги ошди - 36, ошқозон ости бези катталашмаган, унинг эхогенлиги ортиши - 7, ўт пуфагидаги тошлар - 127, интрагепатик литиаз - 6, кенгайган умумий ўт йўлида эхогеник суспензия

- 22, кенгайган умумий ўт йўлидаги тошлар – 37, ўт пуфаги деформацияланган, ундаги тошлар аниқланмаган - 1, умумий ўт йўлининг кенгайиши - 124, жигар ичидаги ўт йўлларининг кенгайиши ва қалинлашиши - 87, умумий ўт йўли кенгаймаган, тошлар унда аниқланмаган - 2, Вирсунг каналининг кенгайиши - 19, ўнг буйрак кистаси - 4.



8-расм. Холедохолитиаз ва механик сариқлик билан асоратланган ўт тош қасаллиги: ўт қопи (а) ва кенгайган умумий ўйўли тоши (б)

Фиброгастродуоденоскопия 117 нафар холедохолитиазли беморда стандарт усуллар бўйича клиникада ЭПСТ дан олдин ўтказилди. 129 нафар беморда обструктив сариқлик, 12 нафарида сурункали панкреатит, 22 нафарида еса постхолециститик синдром бор эди. Касалликнинг бевосита ва билвосита белгилари мавжудлигига алоҳида эътибор қаратилди.

ЭФГДС қуидаги ўзгаришларни аниқлади: сурункали гастрит – 39, эрозив гастрит - 9, сурункали гастродуоденит – 11, эзофагит - 12, ўн икки бармоқли ичак рефлюкси - 46, катта дуоденал сўргичи орқали ўтнинг секин оқиши - 37, дивертикулит билан ўн икки бармоқли ичак дивертикуллари - 7, ўн икки бармоқли ичак ампуласининг деформацияси ва торайиши - 3, папиллит – 8.

Биз компьютер томографияси бўлимида 42 беморда МСКТ ўтказилган. МСКТ умумий ўт йўлининг тошларини 40 (92,8%), ўт пуфагидаги тошларни – 40, ошқозон ости бези йўли тошларини – 1, ўт йўлларининг пневматизациясини – 2, сурункали панкреатитни аниқлашга имкон берди. – 4, ўнг буйракдаги тош – 1, жигарнинг ўнг бўлагининг гемангиомаси – 1. Ўт йўллари блокини ўрнатишдаги қийинчиликларни таъкидлаш керак. Шундай қилиб, ошқозон ости бези ўсимтасини индуратив панкреатитдан, холедох ўсимтасини унинг чандик стриктурасидан ажратиш қийин. Умумий ўт йўлининг терминал қисмидаги холестерин тошлари ошқозон ости безининг катталашган боши фонида деярли кўринмади.

Холангиопанкреатография режимида олинган магнит-резонанс томография ҳозирги кунга қадар сариқларнинг дифференциал диагностикаси, ўт йўлларининг обтурациясининг аниқ локализацияси, узунлиги ва генезисини аниқлаш, оқилона жарроҳлик аралашувни танлаш долзарблигини йўқотмайди. Жарроҳлик бўлимида даволанган холедохолитиазли 112 беморда МРТ-тадқиқот натижалари таҳлил қилинди. Сурункали калкулёз холецистит 106

(76,6%) беморда, холедохолитиаз 106 (76,6%) да бўлган. МРХПГдаги тошлар юқори интенсив ўт йўллари бўшлиғида юмалоқ ёки овал тўлдириш нуқсонлари – Т2 - гипоинтенс ўчоқлари шаклида тасвирланган.

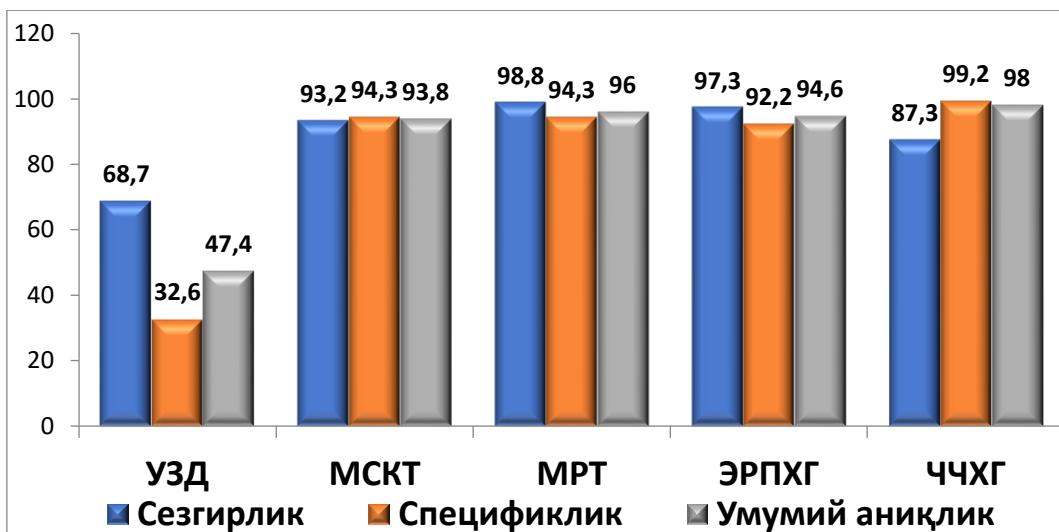
Сўнгти 8 йил ичида эндосякопик жарроҳлик бўлимида ЭПСТдан олдин ўтказилган 112 та эндосякопик ретрографад холангиопанкреатография таҳлили ўтказилди, бу мураккаб холедохолитиаз билан оғриган беморларнинг 85,3 фоизини ташкил этди. Холедохнинг ўтиш қобилиятини бузиш сабаблари: холедохолитиаз 98 (92,3%) ҳолатда, папиллитни тўхтатиш 14 (13,0%). 34 (28,6%) беморда холедохолитиаз турли даражадаги одди сфинктер стенози билан бирлаштирилган. ЧЧХГ клиникада 55-66 ёшдаги 8 нафар «механик сариқлик» ташхиси билан касалланган беморларда ўтказилди. Обтурацион сариқликнинг сабаблари қуидагилардан иборат еди: холедох тошлари – 7 ҳолатда; илгари холецистэктомиядан сўнг умумий ўт йўлининг чандиқ структураси ва майда тошлар – 1; умумий ўт йўлидаги дағал шаклидаги масса – 1; КДС ичига ётқизилган тош, КДС стенози – 1.

Бизнинг илмий ишимииз давомида турдаги холедохолитиаз учун ҳар хил диагностика белгиларининг (клиник, лаборатория, инструментал) информацион таркиби ўрганилди. Натижаларга кўра билирубиннинг холедохолитиаз маркери сифатида сезгирилиги 67,3%, ўзига хослиги 63,5%, ишқорий фосфатазалар 67,3% ва 65,0%, Алт 52,6% ва 52,6%, амилазалар мос равища 44,2% ва 44,0% ни ташкил этди. Холедохолитиаз билан лаборатория кўрсаткичлари ўртасида ҳар доим ҳам тўлиқ мослик қузатилган емас.

Бизнинг маълумотларга кўра, холедохолитиазнинг ультратовуш диагностикаси аниқлиги 47,4%, сезгирилик - 68,7% ни ташкил этди. Агар операция пайтида ультратовуш текшируви қўлланилса, усулнинг самарадорлиги 98,2% гача кўтарилади, шу билан бирга интраоператив холангиографиядан воз кечиш мумкин. Холедохолитиаз диагностикасида комплекс МРТ тадқиқотнинг холедохолитиаздаги сезгирилиги 98,8%, ўзига хослиги 94,3%, аниқлиги 96% ни ташкил этди. Холедохолитиаз диагностикасида ЧЧХГ сезгирилиги 87,3%, умумий аниқлиги 98% ни ташкил этди. ЭРПХГ холедохолитиазни аниқлашда юқори самарадорликни кўрсатди. Диагностик аниқлик 97,4% ни ташкил этди. Аммо беморларнинг 10 тасида (1,8%) ўтказилган ушбу тадқиқот консерватив чоралар билан бартараф этилган турли хил асоратлар (панкреатит, холангит) билан бирга келди.

Ушбу тадқиқот усулининг ультратовуш билан комбинацияси холедохолитиазни аниқлашга ва сариқликнинг сабабини 96 – 97,2% ҳолларда аниқлашга имкон беради. Агар ЭРПХГ дан кейин жиддий асоратларнинг частотасини ҳисобга олсак, унда кўп ҳолларда уни МРПХГ билан алмаштириш мумкин (9-расм).

Агар конкретментларнинг ўлчамлари 0,5 см дан ошса, холецисто - ва холедохолитиаз диагностикасида МРХПГ нинг умумий аниқлиги 100% га етади, бу ЭРПХГ нинг аниқлигидан кам мас. Холедолитиазни аниқлашда МРТ ва МРХПГ нинг умумий аниқлиги 89-97%, сезгирилиги 81-100%, ўзига хослиги 85-100% ни ташкил қиласди. Бундан ташқари, бу усул инвазив эмас ва ионлаштирувчи нурланиш йўқ.



9-расм. Механик сариқлик билан оғриган bemорларда турли инструментал текширишлар информативлиги

Диссертациянинг «Механик сариқлик билан асоратланган ўт тош касаллигини даволаш натижалари» деб номланган түрттинчи бобида механик характерли сариқликни аниқлашда даволаш стратегияси тиббий муассасанинг аппарат-инструментал ва кадрлар имкониятлари асосида аниқланган билиар декомпрессия усулини ва муддатини танлаш билан аниқланган.

Ўт тош касаллиги сабабли механик сариқлик билан оғриган bemорларнинг (n=128) 120 нафарида (95,2%) ретрографад муолажалар ўтказилди. Бу муолажа 4 нафар Билрот II бўйича ошқозон резекцияси ўрказган, механик сариқлик билан асоратланган bemорларда, шунингдек, ўт тош касаллигига холедохда ҳам, жигар ичи ўт йўллари тотал холедохолитиаз аниқланган 2 нафар ва МРТ текшируvida Мириззи синдроми аниқланган 2 та bemорда ўтказилмади.

Биз bemорларнинг ушбу гурухини ташхислаш ва даволашда эндоскопик аралашув босқичларини таҳлил қилдик (4-жадвал).

4-жадвал

Ўтказилган эндоскопик муолажалар турлари

| Эндоскопик муолажа | Асосий гурӯҳ (n=62) | | Назорат гурӯҳ (n=66) | |
|-----------------------------------|------------------------------------|------|-------------------------|------|
| | n | % | n | % |
| Ретрографад панкреотография | 59 | 95,2 | 61 | 92,4 |
| Эндоскопик папиллотомия | 59 | 95,2 | 61 | 92,4 |
| Эндоскопик механик литоэкстраксия | 58 | 93,5 | 54 | 81,8 |
| Эндоскопик механик литотрипсия | 12 | 19,4 | 0 | 0 |
| Билиар стентлаш | 24 | 38,7 | 0 | 0 |
| Назобилиар дренажлаш | 14 | 22,6 | 0 | 0 |
| Жами | 59 | 95,2 | 61 | 92,4 |
| n | $\chi^2=44,68$, df=5, p<0,0000001 | | | |

Жадвалдан кўриниб турибдики, кўпчилик эндоскопик аралашувлар бир босқичда (86,7%) амалга оширилган (жадвал 4.2). Биз беморларнинг ушбу тоифаси учун даволашнинг асоратлари турлари ва сонини таҳлил қилдик (жадвал 4.3). Жадвал шуни кўрсатадики, энг кўп учрайдиган асоратланиш ЭРПХГ томонидан қўзғатилган панкреатит (1,6%) ва папиллотомия ярасидан қон кетиш (1,4%) ташкил этди. Механик сариқликда асосий гурух беморларида назорат гурухи беморларига қараганда ишончли даражада ($p<0,0000001$) юқори технологик амалиётлар кўп ўтказилган.

Шу билан бирга асосий гурух беморларида назорат гурухи беморларига қараганда кўп этапли ретроград текширишлари ўтказилган (5-жадвал).

5-жадвал

Ўтказилган эндоскопик муолажалар этаплари

| Эндоскопик муолажа этаплари | Асосий гурух (n=62) | | Назорат гурух (n=66) | |
|-----------------------------|--------------------------------------|------|-------------------------|------|
| | n | % | n | % |
| 1 этапли | 44 | 71,0 | 60 | 90,9 |
| 2 этапли | 11 | 17,7 | 1 | 1,5 |
| 3 ва ундан ортиқ этапли | 4 | 6,5 | 0 | 0,0 |
| Жами | 59 | 95,2 | 61 | 92,4 |
| p | $\chi^2=54,23$, df=2, $p<0,0000001$ | | | |

Таҳлил қилинган беморларда 4 та ўлим кузатилди (4 та бемор ҳам назорат гуруҳида). Барча ҳолатларда ўлим эндоскопик аралашув билан боғлиқ эмас, балки беморларнинг қабул қилингандаги умумий аҳволи оғирлиги ва кўп ҳаётий зарур аъзолар етишмовчилиги белгиларининг кучайиши билан боғлиқ бўлди. Ўтказилган муолажаларда 6 беморда эндоскопик транспапилляр аралашувлар самарасиз деб топилди. Бу 5 % ни ташкил этди. Муваффақиятсизликнинг асосий сабаблари ўт йўлларидағи тошларнинг катталиги, техник носохликлар ва парапапилляр дивертикуллар бўлди.

Шундай қилиб, бизнинг аралашувларимиз 114 беморда (95%) самарали бўлди, 6 беморда (5%) самарасиз ёки муваффақиятсиз бўлди. 14 беморда (3,5%) асоратлар кузатилди ва 4 та летал ҳолат кузатилди.

6-жадвал

Транспапилляр муолажалар асоратлари частотаси ва характери

| Эндоскопик муолажа этаплари | Асосий гурух (n=62) | | Назорат гурух (n=66) | |
|----------------------------------|--------------------------|-----|-------------------------|------|
| | n | % | n | % |
| Папиллотом жароҳатидан қон кетиш | 2 | 3,2 | 6 | 9,1 |
| Постманипуляцион панкреатит | 3 | 4,8 | 7 | 10,6 |
| Постманипуляцион панкреанекроз | 0 | 0,0 | 2 | 3,0 |
| Ретродуоденал перфорация | 0 | 0,0 | 1 | 1,5 |
| Жами | 5 | 8,1 | 16 | 24,2 |
| p | $\chi^2=6,55$, $p=0,01$ | | | |

Ўт йўлларининг бутунича яхши контрастланиши 116 қузатилувчидан кузатилди (96,7%) (n=120). Холедохолитиаз барча 120 нафар беморда аниқланди. Холедох структураси 14 нафар беморда аниқланиб, уларнинг 8 нафарида сурункали панкреатит ҳам мавжуд бўлиб, 10 нафари илгари ўт тош касаллиги туфайли холецистэктомияни бошдан кечирган.

106 та ҳолатда (88,3%) (n = 120) беморларнинг сезиларли даражада ахволи яхшилангани, шунингдек механик сариқлик ва жигар етишмовчилиги белгиларининг камайгани қайд этилди.

Тери орқали жигар орқали муолажалари 6 беморда ретрографад муолажаси ўтказиб бўлмаганлиги сабабли ва 8 та беморда ўт қопи ва унинг атрофида операциядан сўнг асоратлар сабабли амалга оширилди. 2 та кузатувда, тери орқали жигар орқали муолажадан кейин сариқликни ҳал қилишнинг иложи бўлмади, гипербилирубинемиянинг янада кўпайиши қайд этилди. Ультратовуш назорати остида қайта дренажлашда холедохни декомпрессиясини амалга оширилиб қониқарли натижага еришиш мумкин бўлди. 2 та кузатувларда тери орқали жигар орқали муолажадан кейин жарроҳлик аралашувни талаб қилмайдиган ҳолат қайд этилди. Тадқиқот ва дренаж билан боғлиқ ўлимлар қайд этилмаган.

Шундай қилиб, минимал инвазив эндоскопик ва тери орқали жигар орқали декомпрессия аралашувлари сафро тизимининг обструкцияси пайтида сафро оқимини тиклашнинг самарали усули ҳисобланади. Ушбу усуллар механик сариқлик ва холангитни тез ва самарали равишда йўқ қилишга имкон беради, жарроҳлик аралашувларни энг кулай шароитларда, режалаштирилган тартибда амалга оширишга имкон беради ва ошқозон ва ўн икки бармоқ иачакда амалиётлат ўтқизган, оғир коморбид патологияси бўлган кекса беморларда улар жарроҳлик даволашга муқобил бўлиши мумкин.

Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, ҳозирги вақтда лапароскопик холецистэктомия калкулёзли холецистит ва обструктив сариқлик учун энг кенг тарқалган операция бўлиб, у 42 ҳолатда амалга оширилган; шулардан 6 (12,8%) беморда умумий ўт йўлларининг ташқи дренажи билан бирга бўлган, кўпинча Пиковский бўйича - 10 (10,6%) ҳолатда, камроқ - 2 (2,2%) Кер бўйича амалга оширилган. Беморларнинг 106 (84,1%) да дастлаб ўт йўлларидан ЭРПХГ, ЭПСТ ёрдамида ўт тошлари олинди. 4 (3,2%) беморда мини кесма билан холецистэктомияси амалга оширилди. Умумий ўт йўлининг кўр тикуви қўлланилмади. 8 нафар беморда тош олиб ташлангандан кейин умумий ўт йўлининг ўтказувчанлиги бузилган: рентген текшируvida структура туфайли контраст тўлиқ бўшалмаган.

Шахсий тактик ёндашувни қўллаш натижасида асоратлар сони ва уларнинг фоизи ўзгарди. Уларнинг умумий сони ва фоизлари тахминан икки баравар камайди: 16 (12,7%) дан 8 (6,3%) гача ($p<0,05$), холедохнинг ташқи дренажланиши билан — 22 (17,5%) дан 10 (7,9%) гача ($p<0,05$). Лапаротомия, холецистэктомия, холедох ва қорин бўшлигининг дренажланиши ўт пуфаги ва каналларда, диафрагмал ости бўшлиқда, ошқозон ости бези ва ретроперитонеал йирингли-яллиғланишли ўзгаришлар билан амалга оширилди.

Корин ва ретроперитонеал йириングли-некротик асоратлар билан бир хил частотада учрайди орган ва тизимли асоратлар: шахсийлаштирилган тактикалар жорий этилгандан сўнг, улар 19 (28,8%) ҳолатдан 5 (8,1%) гача камайди ($p<0,05$). Эътибор берадиган иккинчи нарса — холангит билан оғриган беморлар гуруҳига асоратлар сонининг «силижиши», бу ерда шахсийлаштирилган ёндашувни амалга оширгандан сўнг йириングли маҳаллий асоратлар сони яра йиринглаш ҳолатларининг 3 (4,5%) дан 1 (1,6%) гача камайди ($p< 0,05$). Корин бўшлиғидаги яллиғланиш-септик жараёнларда операциядан кейинги перитонит билан оғриган одамларда асоратлар сони 3 (4,5%) ҳолатдан 1 (1,6%) гача камайди ($p < 0,05$). Турли босқичларда механик сариқликни даволаш усулини танлаш схемасидан фойдаланиш асоратлар сони операциядан сўнг 28,8% дан 8,1% гача камайтирди; ЭРПХГ ва ЭПСТ дан кейин — 24,2% дан 8,1% гача камайтирди.

Клиникамизда механик сариқлик билан асоратланган ўт тош касаллигига бажариладиган амалиётлар кетма кетлигини кўрсатувчи алгоритм таклиф қилдик (10-расм).



10-расм. Механик сариқлик билан асоратланган беморларда кам инвазив муолажалар ҳисобга олинган даволаш алгоритми (DGU №2354)

Мураккаб механик сариқлик билан ўт тош касаллигини даволаш учун ишлатиладиган минимал инвазив жарроҳликнинг ҳар қандай тури билан ижобий натижага эришишга имкон берадиган афзалликлар мавжуд, аммо камчиликлар ҳам мавжуд. Асосийси, техник жиҳатдан қийин ҳолатларда аралашув вақтининг узайиши ва бундай вазиятларда операция ичидаги асоратлар хавфи юқори. Турли хил операцияларнинг имкониятларини ва шу билан бирга ривожланаётган жарроҳлик тажовуз омилларини ҳисобга олиш механик сариқлик билан жарроҳлик даволашни унинг босқичига қараб

индивидуаллаштиришга имкон беради. Холестатик сариқлик билан «танлов операциялари» реабилитация жараёнини тезлаштирадиган ва яхши косметик натижа берадиган кам травматик эндоскопик операциялардир.

ХУЛОСАЛАР

1. Ўт тош этиологияли механик сариқлиги билан транспапилляр эндоскопик аралашувлар диагностика ва даволашнинг энг самарали усуллари бўлиб, агар транспапилляр аралашувлар амалга ошириш мумкин бўлмаса тери орқали жигар орқали усули билан декомпрессия амалга оширилиши керак.

2. Миниинвазив эндоскопик ва тери орқали жигар орқали декомпрессия аралашувлари сафро тизимининг обструкцияси пайтида сафро оқимини тиклашнинг самарали усули ҳисобланади. Миниинвазив усуллардан фойдаланиш механик сариқлик билан оғриган беморларда асоратлар сонини 24,4% дан 8,1% гача сезиларли даражада камайтирди.

3. Миниинвазив технологиялардан фойдаланган ҳолда механик сариқликни ташхислаш ва даволашга комплекс ёндашув даволаниш сифатини ва яқин натижаларни яхшилашга, касалхонага ётқизиш вақтини қисқартиришга имкон беради (механик сариқлик билан оғриган беморларнинг умумий ётоқ куни мос равишда $16,17 \pm 2,83$ дан $8,47 \pm 1,47$ кунда камайди).

4. Механик сариқликни ташхислаш ва даволашда тавсия этилган текшириш алгоритмидан фойдаланиш яқин асоратлар сонини 28,8% дан 8,1% гача ЭРПХГ ва ЭПСТ дан кейин — 24,2% дан 8,1% гача камайтирди.

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

ИСМАИЛОВ МУЗАФФАРБЕК УКТАМ УГЛИ

**ТАКТИКА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

14.00.27 – Хирургия

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

Андижан – 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за B2022.2.PhD/Tib2898.

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещён на веб-странице научного совета (www.adti.uz) и информационно-образовательном портале “ZiyoNet” (www.ziyonet.uz).

Научный руководитель: **Тешаев Октябр Рухиллаевич**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Касимов Адхам Лутфуллаевич**
доктор медицинских наук, профессор
Атаджанов Шухрат Камилович
доктор медицинских наук

Ведущая организация: **Самаркандский государственный медицинский университет**

Захита диссертации состоится «____» 2025 г. в _____ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 по присуждению учёных степеней при Андижанском государственном медицинском институте (Адрес: 170100, г.Андижан, ул. Ю.Атабекова, дом 1. Тел./Факс: (+99874) 223-94-50, e-mail: info@adti.uz).

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

Автореферат диссертации разослан «____» 2025 год.
(Протокол рассылки №____ от «____» 2025 года)

М.М. Мадазимов

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

М.Ф. Нишанов

Учёный секретарь научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

Б.Р. Абдуллажанов

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Жёлчнокаменная болезнь является одним из широко распространённых заболеваний желудочно-кишечного тракта и встречается у 10–15% взрослого населения. Рост заболеваемости характеризуется высокой частотой развития осложнённых форм (до 35%). Из-за относительно высокой частоты осложнений и летальности, осложнение жёлчнокаменной болезни в виде механической желтухи остаётся актуальной проблемой современной хирургии. Несмотря на значительное улучшение методов лечения, уровень смертности при осложнённых формах жёлчнокаменной болезни после экстренного хирургического вмешательства остаётся высоким, независимо от выбранной хирургической тактики. Например, по различным статистическим данным, послеоперационная летальность у пациентов с осложнённой жёлчнокаменной болезнью составляет от 6,2% до 13,6%¹.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными остаются исследования, направленные на совершенствование методов диагностики, дифференциальной диагностики и комплексного лечения пациентов с синдромом механической желтухи различной этиологии. В частности, к ним относятся: выявление специфических особенностей диагностики злокачественной механической желтухи, разработка лечебно-диагностических алгоритмов при механической желтухе, совершенствование методов эндобилиарных оперативных вмешательств при опухолевом генезе, а также экспериментальное и клиническое обоснование внедрения современных методов гепатопротекции при механической желтухе.

В нашей стране современные направления развития системы здравоохранения включают в себя комплекс мер, направленных на улучшение результатов лечения холедохолитиаза, осложнённого механической желтухой, путём внедрения современных принципов и методов диагностики и хирургического лечения. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022–2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг². Реализация данных задач, в том числе, улучшение непосредственных результатов лечения холедохолитиаза, осложнённого механической желтухой за счёт применения дифференцированного комплексного подхода к малоинвазивным вмешательствам является одним из актуальных направлений хирургии и медицины в целом.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию

¹ Стойко Ю.М. Возможности современных методов диагностики и обоснование хирургической тактики при механической желтухе / Ю.М. Стойко, А.Л. Левчук, В.Г. Бардаков, П.С. Ветшев // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2020. — №2. — С. 24-32.

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

системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 17 декабря 2018 года, Постановлениями Президента Республики Узбекистан «О мерах по трансформации хирургической службы, повышению качества и расширению масштаба хирургических операций в регионах» за №ПП-5254 от 4 октября 2021 года и «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике» за №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

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

Степень изученности проблемы. Рост заболеваемости жёлчнокаменной болезнью сопровождается увеличением частоты её осложнённых форм. Наиболее распространённой причиной механической желтухи является холедохолитиаз – от 48,8% до 91% случаев. Хирургические операции, выполняемые на фоне механической желтухи, сопровождаются множеством осложнений, а послеоперационная летальность достигает 15–30%. В связи с этим при жёлчнокаменной болезни, осложнённой механической желтухой, всё чаще применяются минимально инвазивные методы лечения, которые позволяют достичь максимальных результатов при минимальной хирургической травме. В последнее время всё большее распространение получает двухэтапный подход к лечению механической желтухи с выполнением билиарной декомпрессии в первом этапе. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) признана многими авторами в качестве оптимального метода декомпрессии³. Однако некоторые хирурги относятся к данной методике с осторожностью из-за риска развития ряда серьёзных осложнений, таких как кровотечение, острый панкреатит, острый холангит, ретродуоденальная перфорация и другие неспецифические осложнения, возникающие у 5,4–18,3% пациентов. Кроме того, имеются отрицательные мнения, связанные с нарушением анатомической целостности сфинктерного аппарата большого дуоденального сосочка. В связи с этим некоторые специалисты предпочитают замену эндоскопической папиллосфинктеротомии на баллонную дилатацию.

Интенсивность желтухи при механической желтухе определяет частоту нарушения функции печени. С другой стороны, выраженность желтухи зависит от степени билиарной гипертензии. В настоящее время развитие абдоминальной хирургии характеризуется широким внедрением в клиническую практику новых, высокинформативных методов диагностики и минимально инвазивных хирургических вмешательств. Эти методы позволяют снизить хирургический риск и расширить возможности лечения для пациентов. Кроме того, они постепенно заменяют традиционные подходы и занимают ведущие позиции в

³ Ravipati C, Ramakrishnan KK, Ramaswami S, Natarajan P. Comparative Efficacy of Magnetic Resonance Cholangiopancreatography vs. Percutaneous Transhepatic Cholangiography With Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage Stenting in Evaluating Obstructive Jaundice: A Prospective Study in South India. Cureus. 2024 Jul 24;16(7)

лечении многих осложнённых случаев. Однако значительная часть научной литературы посвящена применению новых технологий в лечении неосложнённых форм жёлчнокаменной болезни. Недостаточная удовлетворённость результатами лечения пациентов с жёлчнокаменной болезнью, осложнённой механической желтухой и гнойным холангитом, определяет необходимость комплексного подхода с использованием не только эндоскопических и эндобилиарных процедур, но и технологий эндовидеохирургии. Последние публикации указывают на подходы, выступающие против исключительно хирургического решения данной проблемы.

Анализ литературных данных показал, что ряд авторов вместо рассечения большого дуоденального сосочка при выполнении традиционной холецистэктомии предпочитают ретроградную эндоскопическую транспапиллярную сфинктеротомию с литотрипсией и литоэкстракцией, эндоскопическим стентированием, назобилиарным дренированием, а затем — выполнение холецистэктомии в традиционном объёме. Всё изложенное выше послужило основанием для проведения диссертационного исследования, направленного на разработку тактики лечения жёлчнокаменной болезни, осложнённой механической желтухой.

Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом научных работ Ташкентской медицинской академии в рамках темы «Профилактика заболеваний, разработка дифференцированных методов лечения и новых методов диагностики, а также изучение влияния факторов риска» (2022–2024 гг.).

Целью исследования явилось улучшение непосредственных результатов лечения холедохолитиаза, осложнённого механической желтухой за счёт дифференцированного комплексного подхода к малоинвазивным вмешательствам.

Задачи исследования:

сравнительная оценка эффективности миниинвазивных методов декомпрессии при механической желтухе, обусловленной холедохолитиазом;

улучшение послеоперационных результатов путём выбора тактики радикального или дренирующего вмешательства после применения малоинвазивных методов лечения — диагностической ретроградной холангиопанкреатографии, чрезкожно-чреспечёночного дренирования и стентирования;

разработка алгоритма лечения механической желтухи жёлчнокаменной этиологии с применением малоинвазивных методов на основе оценки эффективности различных видов декомпрессии жёлчных путей.

Объектом исследования явились 128 больные, проходивших лечение по поводу жёлчнокаменной болезни, осложнённой механической желтухой, в хирургическом отделении Городской клинической больницы №1 города Ташкента в период с 2020 по 2024 годы.

Предметом исследования является анализ эффективности существующей тактики лечения механической желтухи при холедохолитиазе с выявлением характерных причин неудовлетворительных результатов, а также оценка результатов лечения данной категории пациентов с применением усовершенствованных подходов.

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

Научная новизна исследований заключается в следующем:

определенны чувствительность, специфичность и общая диагностическая достоверность таких инструментальных методов обследования, как ультразвуковое исследование, мультиспиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, а также чреспечёночная холангиография при диагностике механической желтухи, развившейся на фоне жёлчнокаменной болезни;

проведено сравнительное обоснование эффективности различных методов декомпрессии жёлчных путей: эндоскопической папиллосфинктеротомии, чреспечёночной холангиостомии и чреспечёночной холецистостомии у пациентов с холедохолитиазом жёлчнокаменной этиологии, осложнённым механической желтухой;

проанализированы ближайшие результаты хирургического лечения, применённого после предварительной внутренней и наружной декомпрессии жёлчных путей;

разработан новый хирургический алгоритм лечения механической желтухи, осложнённой холедохолитиазом на основе дифференцированного комплексного подхода.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

установлено, что при механической желтухе, обусловленной холедохолитиазом, транспапиллярные эндоскопические вмешательства являются наиболее эффективным методом диагностики, а также оптимальным способом декомпрессии для удаления нефиксированных конкрементов;

доказано, что комплексное применение малоинвазивных методов диагностики и лечения, а также дифференцированный подход у пациентов с механической желтухой значительно снижает количество осложнений;

установлено, что комплексный подход к диагностике и лечению механической желтухи с использованием миниинвазивных технологий позволяет повысить качество лечения, улучшить ближайшие результаты, снизить количество послеоперационных осложнений и сократить срок пребывания пациентов в стационаре;

обосновано, что предложенный алгоритм диагностики и лечения МЖ повышает эффективность диагностического процесса, а также позволяет индивидуализировать тактику и последующее лечение пациентов.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов обоснована использованием объективных критериев оценки состояния

пациентов, современных методов лабораторной и инструментальной диагностики, корректным применением методологических подходов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования заключается в том, что полученные выводы и представленные рекомендации имеют теоретическое значение и вносят важный вклад в определение роли и эффективности различных малоинвазивных вмешательств в диагностико-лечебном процессе при механической желтухе, осложнённой холедохолитиазом жёлчнокаменной этиологии, а также они обосновывают эффективность различных малоинвазивных методов билиарной декомпрессии у данной категории пациентов.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что на основе анализа эффективности различных видов декомпрессии жёлчных путей разработана дифференцированная тактика лечения механической желтухи жёлчнокаменной этиологии с применением малоинвазивных методов, а также установлено, что при механической желтухе, обусловленной холедохолитиазом, транспапиллярные эндоскопические вмешательства являются наиболее эффективным методом диагностики и, одновременно, оптимальным способом декомпрессии для удаления нефиксированных камней.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению непосредственных результатов лечения холедохолитиаза, осложнённого механической желтухой путём дифференциированного комплексного подхода к малоинвазивным вмешательствам:

разработаны методические рекомендации «Методы диагностики механической желтухи» (заключения Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №16/17 от 25.04.2025 года). Комплексный подход к диагностике и лечению механической желтухи с применением миниинвазивных технологий позволил повысить качество лечения и улучшить ближайшие результаты, а также сократить срок пребывания пациентов в стационаре;

полученные научные результаты внедрены в практическую деятельность Многопрофильной клиники Центра профессионального развития медицинских работников и 7-й клинической больницы города Ташкента (заключения Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №16/17 от 25.04.2025 года). Применение рекомендованного диагностического алгоритма при диагностике и лечении механической желтухи позволило снизить количество осложнений с 28,8% до 8,1%; после проведения ЭРХПГ и ЭПСТ – с 24,2% до 8,1%.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 5 научно-практических конференциях, в том числе, на 3 международных и 2 республиканских.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, в том числе 4 журнальных статей, 3 из которых в республиканских и 1 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей

аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала работы составляет 136 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснованы актуальность и востребованность темы диссертации, сформулированы цель и задачи, объект и предмет исследования, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, изложены научная новизна и практические результаты исследования, обоснована достоверность полученных результатов, раскрыта их теоретическая и практическая значимость, приведены перечень внедрений в практику результатов исследования, результаты апробации работы, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

Первой главе диссертации **«Проблемы диагностики и лечения желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой»** изложены результаты исследования и подробный анализ отечественной и зарубежной литературы по теме исследования. Также проанализированы распространенность, классификация, особенности этиопатогенеза, особенности клинического течения, методы диагностики и лечения механической желтухи.

Во второй главе диссертации **«Материал и методы исследования»** исследованы 128 больных с синдромом механической желтухи различной этиологии. В исследование были включены пациенты, проходившие лечение в стационаре с 2015 по 2024 год. Исследование проводилось в хирургическом отделении Городской больницы №1. Для обследования таких больных использовались лабораторные и инструментальные методы исследования. Алгоритм диагностики включал клинико-лабораторные методы исследования, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и эндоскопическое исследование верхней части желудочно-кишечного тракта с изображением сосочка двенадцатиперстной кишки, фистулохолангиография или ретроградная панкреатохолангиографическая исследования.

Чтобы показать репрезентативность и эффективность наших исследований, мы условно разделили пациентов на 2 группы: Контрольную группу ($n=66$) составили пациенты нашей клиники до 2015 года, которым проводились диагностические и лечебные процедуры на основе недифференцированной тактики. Основную группу пациентов ($n=62$) составили пациенты после 2015 года, у этой группы пациентов диагностика и лечение проводилось на основе дифференцированной тактики (рис. 1).

Дифференцированная тактика - это проведение диагностической и лечебной работы у больных с механической желтухой с холедохолитиазом желчнокаменной этиологии с применением современных методов на основе разработанного алгоритма с учетом их роли и эффективности, а также вероятности осложнений.



Рис. 1. Распределение пациентов по группам

При этом структура сравниваемых групп, т.е. возраст, пол и степень тяжести механической желтухи, достоверно не отличались друг от друга по сопутствующим заболеваниям ($p>0,05$).

Среди обследованных пациентов 49 (38,3%) мужчин и 79 (61,7%) женщин (рис. 2), средний возраст пациентов составил $61,4\pm8,6$ лет (от 36 до 78 лет) (рис. 3).

Следует отметить, что 73,4% пациентов с синдромом механической желтухи были в возрасте до 60 лет, то есть в трудоспособном возрасте.

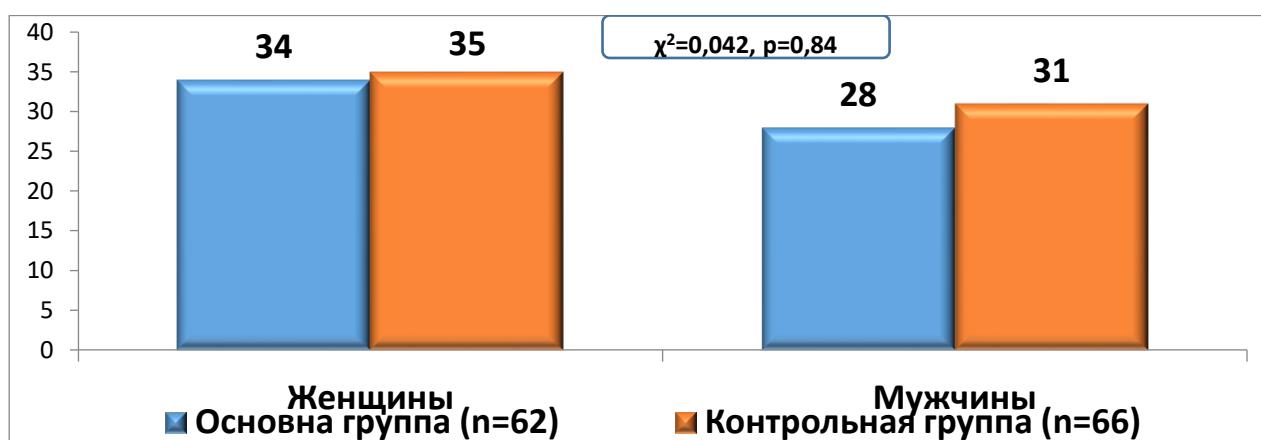


Рис. 2. Распределение больных с механической желтухой по полу

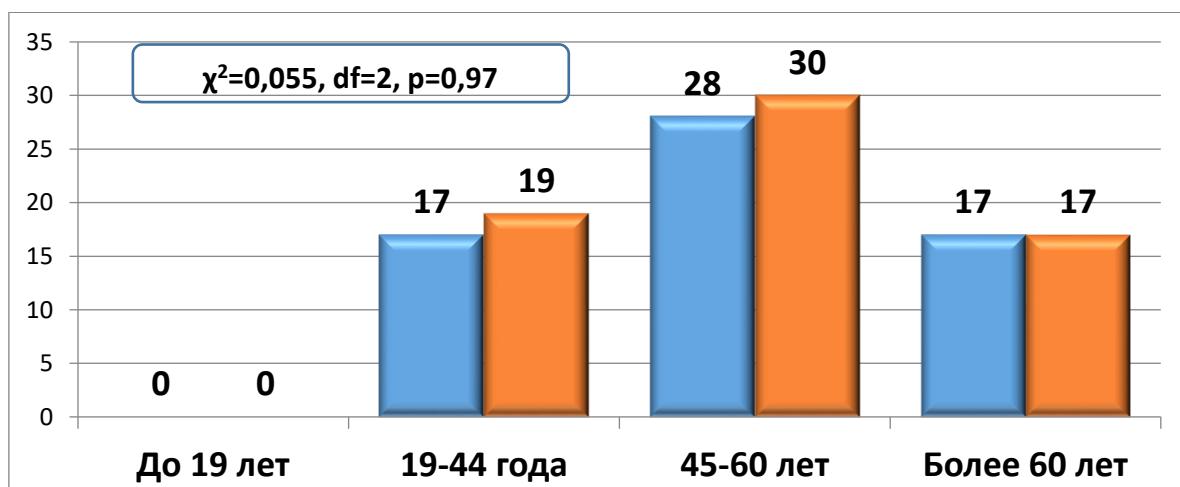


Рис. 3. Распределение больных с механической желтухой в зависимости от возраста

Большинство больных с механической желтухой были госпитализированы в первые сутки после появления симптомов заболевания - 33,6%. В течение 2-5 дней, с повторным усилением боли, на фоне уменьшения печеночной колики, 43,7% всех пациентов были госпитализированы, а 22,7% пациентов были госпитализированы в клинику более 5 дней с начала заболевания на фоне отсутствия эффекта медикаментозной терапии (рис. 4).

Большинство больных острым холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой, отличались полиморбидностью. Чаще всего (58,7%) отмечалось сочетание основной патологии с артериальной гипертензией, заболеваниями сердечно-сосудистой системы и заболеваниями органов дыхания. Наличие фатальных процессов в желчном пузыре у больных с холедохолитиазом и механической желтухой затрудняло выбор наиболее адекватного и рационального метода лечения (рис. 5).

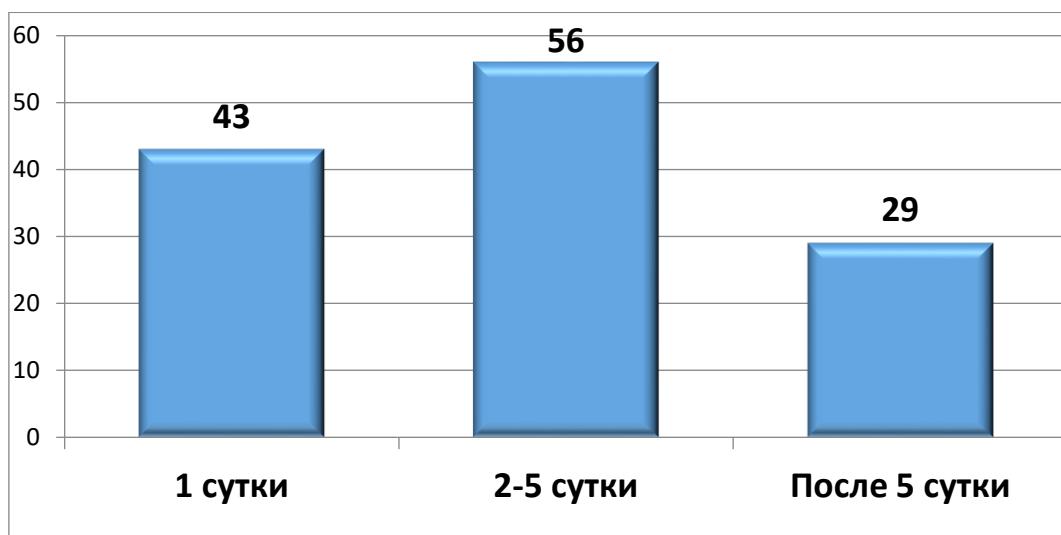


Рис. 4. Распределение больных с механической желтухой в зависимости от анамнеза

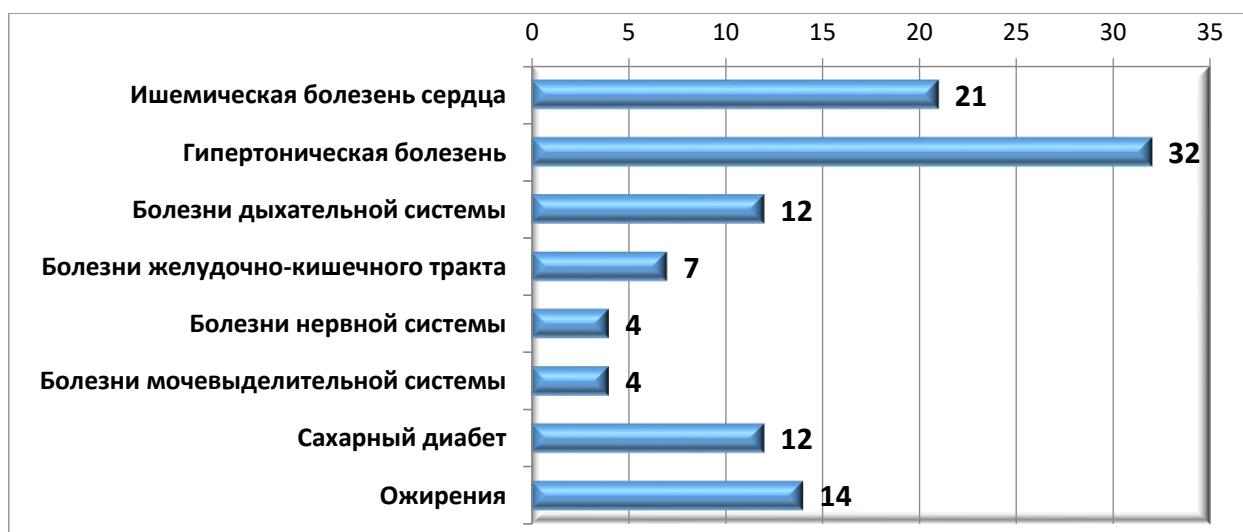


Рис. 5. Распределение больных с механической желтухой по сопутствующим заболеваниям

Существует несколько классификаций определения тяжести состояния и степени печеночной недостаточности у пациентов с механической желтухой. Однако, соглашаясь с мнением В.Г. Ившина (2000), мы оценивали тяжесть состояния больных по длительности механической желтухи, уровню билирубина, наличию клинических признаков печеночной недостаточности и сопутствующих заболеваний.

Уровень общего билирубина у госпитализированных больных колебался от 26,6 до 408 мкмоль/л (в среднем $210,3 \pm 32,3$ мкмоль/л). Размер камней колебался от 0,6 до 2,0 см (в среднем $1,3 \pm 0,2$ см).

По характеру тяжести печеночной недостаточности больные были распределены следующим образом. Так, из 128 больных у 69 (53,9%) был холедохолитиаз, осложненный умеренной и тяжелой механической желтухой, у 59 (46,1%) была легкая механическая желтуха. Решающими факторами тяжести больных, осложненных холедохолитиазом и механической желтухой, были гипербилирубинемия и декомпенсация коморбидной патологии (табл. 1).

Таблица 1
Распределение больных желчнокаменной болезнью, осложненной
механической желтухой по степени тяжести (по В.Г. Ившину 2000 год)

| Билирубинемия | Основная группа (n=62) | | Контрольная группа (n=66) | |
|-----------------------------------|--------------------------------|------|---------------------------|------|
| | n | % | n | % |
| Общий билирубин до 100 мкмоль/л | 28 | 21,9 | 30 | 23,4 |
| Общий билирубин 100 -200 мкмоль/л | 26 | 20,3 | 28 | 21,9 |
| Общий билирубин выше 200 мкмоль/л | 8 | 6,3 | 8 | 6,3 |
| P | $\chi^2=0,018$, df=2, p=0,991 | | | |

Из представленной таблицы 1 видно, что у 58 (45,3%) больных уровень билирубинемии не превышал 100 мкмоль/л, у 54 (42,2%) - его уровень был от 100 до 200 мкмоль/л, у 16 (12,5%) - он был выше 200 мкмоль/л. При остром холецистите, наличии или отсутствии билиарной гипертензии в стенке желчного пузыря (по данным УЗИ), при отсутствии выраженных деструктивных изменений, была очевидна возможность проведения транспапиллярных вмешательств (ERCP, EPST). В 104 (81,3%) наблюдениях холецистохоледохолитиаз, осложненный механической желтухой, не сопровождался системными воспалительными осложнениями, в остальных 24 (18,7%) наблюдениях имели место холангит (n=16) и билиарный сепсис (n=8).

Продолжительность проявлений желтухи варьировала от 3 до 51 дня. Время от начала желтухи до приёма пациентов представлено в таблице 2.

Таблица 2
Распределение больных основной группы по длительности
механической желтухи до госпитализации

| Продолжительность механической желтухи до госпитализации | n (%) |
|--|------------------|
| До 14 дней | 56 (57,14%) |
| От 15 до 28 дней | 29 (29,59%) |
| Более 28 дней | 13 (13,27%) |
| Всего | 98 (100%) |

Для уточнения диагноза используются общеклинические, лабораторные, инструментальные и морфологические методы исследования поджелудочной железы. Методы исследования включали клиническое обследование и антропометрию, анкетирование, биохимические исследования у больных с механической желтухой.

Клинико-инструментальные исследования пациентов проводились в соответствии с разработанным алгоритмом обследования пациентов с гепатопанкреатобилиодуоденальными заболеваниями, где основное место занимают самые современные эндоскопические (ЭФГДС, ЭРПХГ, ЭПСТ) и рентгенологические (УЗИ, КТ, МРТ с МРХГ) методы исследования.

Эндоскопическое обследование больных с ЭФГДС проводили по общепринятой методике с помощью эндоскопического комплекса Olympus (Япония). Было проведено комплексное обследование, включающее слизистую оболочку пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки и большой дуоденальный сосочек.

Ультразвук проводился на современном ультразвуковом аппарате Siemens X300 (Германия) с линейным и выпуклым датчиком. Если пациенту была проведена КТ или МРТ, то по этим методам исследования оцениваются изменения в паренхиме поджелудочной железы.

Для топической диагностики распространенности патологического процесса в 62 случаях была проведена компьютерная томография. Использовались однокомпонентные томографы General Electric Sytec 20001, а также спиральные томографы Toshiba Aquilón 64 и Toshiba Aquilón Prime.

Магнитно-резонансная томография, дополненная магнитно-резонансной холангиопанкреатографией, была проведена 143 пациентам на томографе Signa 3 Tesla GE с силой магнитного поля 3 Тл. Традиционные осевые изображения стали основой для получения картированных холангиопанкреатограмм. На основании данных, полученных из MRCP, были выполнены 3 D-реконструкции с использованием алгоритма проецирования максимальной чувствительности.

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография проводилась в эндоскопическом отделении Республиканского специализированного научно-практического центра хирургии им. академика В.Вахидова. При этом

выполнялась фибродуоденоскопия с исследованием области большого дуоденального сосочка (фибродуоденоскоп с боковой оптикой LG-P 30 (Olympus, Япония), эндоскопическая ретроградная холангиография (Philips, рентгеновский аппарат «Diagnostic 73» с электронно-оптическим преобразователем из Голландии).

Техника выполнения ЭРПХГ включает выявление патологии (язвенной болезни, опухолевой болезни), осмотр большого дуоденального сосочка (БДС) и постановку его в удобное положение, ревизию желудка и двенадцатиперстной кишки под рентгенологическим контролем для канюляции и введения контрастного вещества в желчные протоки.

Методика ЭПСТ включала следующие этапы: оценка показаний к ЭРХПГ и ЭПСТ, введение папиллотома и его правильное установление, разобщение крышки ампулы КДС, завершение ЭПСТ, выполненной в типичном (канюляционном) варианте, и предварительное разобщение при нетипичном выполнении, также выполняется эндоскопическая супрапапиллярная холедоходуоденостомия.

Внутрипеченочные и внепеченочные чрескожные процедуры проводились в операционной, оснащенной мобильным рентгеновским оборудованием C-Arm Sthenoscope 9600 (GE, США), ультразвуковым сканером Aloka 500 с выпуклыми и функциональными датчиками (3,5 МГц).

Анализ данных проводился с использованием статистического пакета «STATISTICA» версии 6.0 с соблюдением принципов и требований статистической обработки материала в биологических и медицинских исследованиях. Качественные характеристики с нормальным распределением представлены в формате $M \pm m$ (среднее \pm средняя стандартная ошибка).

В третьей главе диссертации представлены «**Диагностика больных желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой**» жалобы пациентов при обращении в клинику изучались без разделения на группы сравнения в связи с тем, что их общее состояние, методы обследования не отличались друг от друга. У всех 128 больных имелся анамнез обструктивной желтухи.

Большинство (104) пациентов находились в состоянии средней тяжести, а 24 - в тяжелом состоянии после госпитализации. У 56,7% пациентов тяжесть основного заболевания усугублялась сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, экскреторных и эндокринных желез. При длительном приступе билиарной колики, особенно у пожилых пациентов, в 14,2% случаев имеются признаки сердечно-легочной и сосудистой недостаточности.

Острые боли в правой подвздошной области наблюдались у 45 (38,9%) пациентов, а ноющие боли - у 69 (52,6%) пациентов. У 7 (8,5%) больных отмечалась безболезненная желтуха. Рвота наблюдалась в 63,6%, тошнота в 91,4%, слабость в 42%, потеря веса в 28,7%, потемнение мочи в 100%, изменение цвета стула в 81,8% случаев. У 41,8% пациентов наблюдалось увеличения печени. Уровень билирубина в крови колеблется от 36 до 344

мкмоль/л. Оценка общего состояния больного имеет большое значение для определения медицинской тактики (рис. 6).

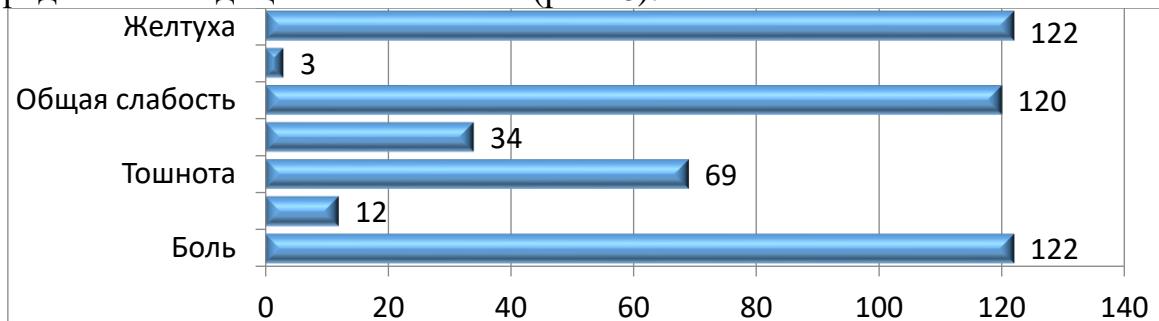


Рис. 6. Жалобы пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой, на момент поступления в стационар

Боль отмечалась практически у всех больных (95,3%). При введении камня в двенадцатиперстную кишку болевой синдром приобрел такой же острый характер, как и при остром панкреатите. Наиболее выраженный болевой синдром наблюдался у 4 (3,1%) больных с острым реактивным панкреатитом или некрозом поджелудочной железы.

Вторым признаком холедохолитиаза, осложненного механической желтухой, является обструктивная желтуха, которая обычно развивается через 12-18 часов после начала боли, иногда процесс длится до 24 часов. При этом болевой синдром уменьшился или полностью исчез.

У 67% пациентов с длительным холедохолитиазом с выраженной блокадой общего желчного протока выявляются ахолический стул и темная моча. У 24 (18,7%) больных холедохолитиаз осложнился холангитом, у них отмечались озноб, лихорадка и признаки интоксикации (тошнота, рвота, общая слабость) (табл.3).

Таблица 3
Осложнения у пациентов с осложненной механической желтухой

| Осложнения | n | % |
|------------------------------|----|-------|
| Холестатический гепатит | 28 | 21,9% |
| Холангит | 24 | 18,7% |
| Острый реактивный панкреатит | 22 | 17,2% |
| Панкреонекроз | 2 | 1,6% |
| Холангиогенный сепсис | 2 | 1,6% |

В исследуемой группе больных отмечался следующий уровень повышения общего билирубина в сыворотке крови: до 100 мкмоль/л у 9 (36%), от 100 до 200 мкмоль/л у 14 (56%), более 200 мкмоль/л у 2 (8%). Обструкция желчных протоков приводит к попаданию прямого билирубина в кровь, что приводит к увеличению концентрации общего билирубина за счет фракции конъюгированного билирубина.

Наибольшая информация при диагностике механической желтухи получается с помощью ультразвукового исследования. Оценка результатов

исследования гепатопанкреатодуоденальной зоны проводилась по следующим критериям: расширение внутрипеченочных и внепеченочных желчных протоков, камни, сужение желчных протоков. В нашем исследовании у 95,3% больных (122 человека) были обнаружены камни в желчном пузыре, у 3,9% (5 человек) - изменения в виде постхолецистэктомического синдрома, у 1,6% (2 человека) - стриктура холедоха.

При ультразвуковом исследовании основным признаком механической желтухи является расширение внутрипеченочных желчных протоков (рис. 7).

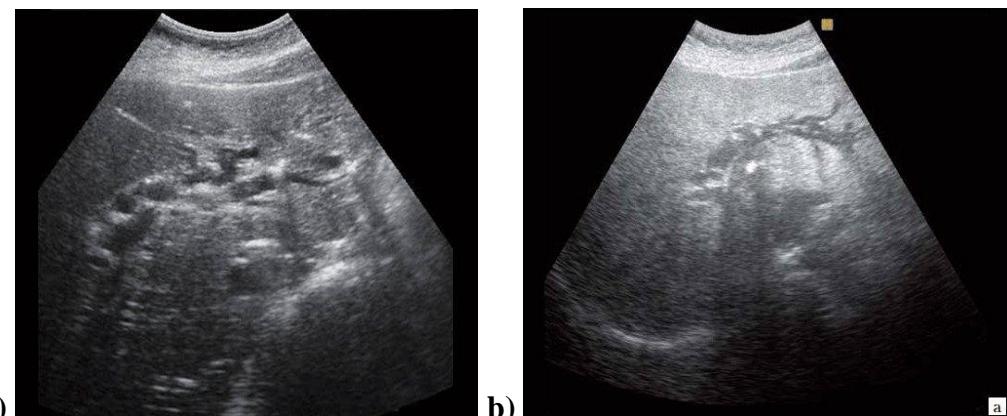


Рис. 7. Ультразвуковое исследование билиарной гипертензии с механической желтухой (а) и расширением внутрипеченочных желчных протоков

Ультразвук позволяет определить не только билиарную гипертензию, но и уровень блокады. При верхнем билиарном блоке (обтурация на уровне ворот печени) с помощью ультразвука визуализируются расширенные внутрипеченочные протоки с нормальным диаметром общего желтого протока (до 6 мм), желчный пузырь обычно находится на нормальном уровне или уменьшен.

При низком билиарном блоке (обтурация на уровне холедоха, сдавленный камень большого дуоденального сосочка) в дополнение к расширенным внутрипеченочным каналам расширены внепеченочные желчные протоки и увеличен желчный пузырь (рис. 8).

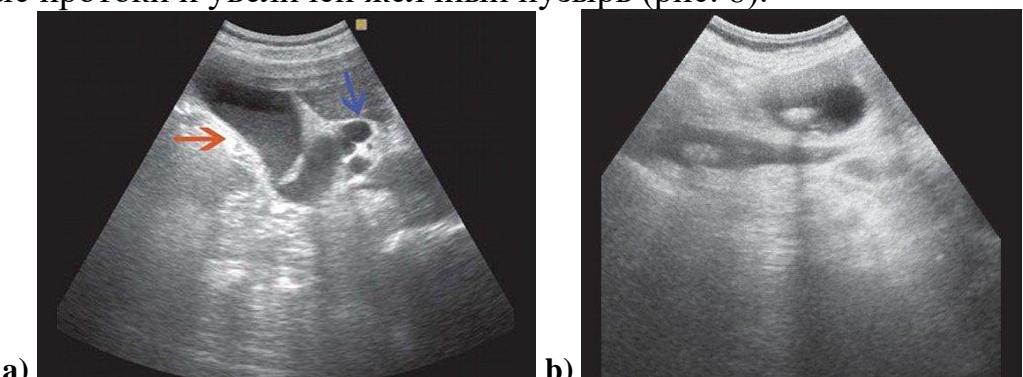


Рис. 8. Желчнокаменная болезнь, осложненная холедохолитиазом и механической желтухой: расширенный камень желчного пузыря (а) и общий желчный проток (б)

Так, у 128 больных при ультразвуковом исследовании выявлены следующие изменения: печень диффузно увеличена, ее структура неоднородна - 51, печень не увеличена, структура однородна - 31, поджелудочная железа увеличена, контуры неровные, ее эхогенность повышена - 36, поджелудочная железа не увеличена, ее эхогенность повышена - 7, камни в желчном пузыре - 127, интрагепатический литий - 6, эхогенная супензия в расширенном общем желчном протоке - 22, камни в расширенном общем желчном протоке - 37, желчный пузырь деформирован, камни в нем не обнаружены - 1, расширение общего желчного протока - 124, расширение и утолщение внутрипеченочных желчных протоков - 87, общий желчный проток не расширен, камни в нем не обнаружены - 2, расширение канала Вирсунга - 19, киста правой почки - 4. У 16 из 128 больных выявлены признаки энтрагепатического лития.

Фиброгастродуоденоскопия проведена у 117 больных с холедохолитиазом в возрасте от 24 до 79 лет по стандартным методам в клинике перед ЭПСТ. У 129 больных отмечалась обструктивная желтуха, у 12 - хронический панкреатит, у 22 - постхолецистэктомический синдром. Особое внимание уделялось наличию прямых и косвенных симптомов заболевания.

ЭФГДС выявила следующие изменения: хронический гастрит - 39, эрозивный гастрит - 9, хронический гастродуоденит - 11, эзофагит - 12, рефлюкс двенадцатиперстной кишки - 46, медленный отток желчи через большой дуоденальный сосочек - 37, дивертикулы двенадцатиперстной кишки с дивертикулитом - 7, деформация и сужение ампулы двенадцатиперстной кишки - 3, папиллит - 8.

Мы проанализировали эксперимент МСКТ, проведенный 42 пациентами в отделении компьютерной томографии. Во время операции у всех 42 больных диагностирован холедохолитиаз, у 41 больного хронический калькулярный холецистит, у 1 больного хронический бескалькулезный холецистит. Следует отметить трудности при установке блока желчных протоков. Таким образом, трудно отличить отросток поджелудочной железы от индуративного панкреатита, отросток холедоха от его рубцовой структуры. Холестериновые камни в терминальной части общего желчного протока были практически невидимы на фоне увеличенной головки поджелудочной железы.

Магнитно-резонансная томография, полученная в режиме холангиопанкреатографии, по сей день не теряет актуальности для дифференциальной диагностики желтухи, определения точной локализации, длины и генеза обтурации желчных протоков, выбора рационального хирургического вмешательства. Проанализированы результаты МРТ-исследования у 112 больных с холедохолитиазом, находившихся на лечении в хирургическом отделении. Хронический калькулезный холецистит был у 106 (76,6%) больных, холедохолитиаз - у 106 (76,6%). Камни при МРХПГ были описаны в виде очагов круглого или овального дефекта заполнения - Т2-гипунтенса в просвете высокоинтенсивных желчных протоков.

За последние 8 лет в отделении эндоскопической хирургии был проведен анализ 112 эндоскопических ретроградных холангиопанкреатографий,

выполненных до ЭПСТ, что составило 85,3% больных со сложным холедохолитиазом. Причины нарушения проходимости холедоха: холедохолитиаз в 98 (92,3%) случаях, купирование папиллита в 14 (13,0%). У 34 (28,6%) больных холедохолитиаз сочетался со стенозом простого сфинктера различной степени тяжести.

В ходе нашей научной работы был изучен информационный состав различных диагностических признаков (клинических, лабораторных, инструментальных) для различных типов холедохолитиаза. Согласно результатам, чувствительность билирубина как маркера холедохолитиаза составила 67,3%, специфичность 63,5%, щелочные фосфатазы 67,3% и 65,0%, Алт 52,6% и 52,6%, амилазы 44,2% и 44,0% соответственно. Не всегда наблюдалось полное соответствие между холедохолитиазом и лабораторными показателями.

По нашим данным, точность ультразвуковой диагностики холедохолитиаза составила 47,4%, чувствительность - 68,7%. Если во время операции применяется ультразвуковое исследование, эффективность метода повышается до 98,2%, при этом возможно отказаться от интраоперационной холангиографии. При диагностике холедохолитиаза чувствительность комплексного МРТ-исследования при холедохолитиазе составила 98,8%, специфичность 94,3%, точность 96%.

Чувствительность ЧЧХГ в диагностике холедохолитиаза составила 87,3%, общая точность - 98%. ЭРПХГ показала высокую эффективность в выявлении холедохолитиаза. Диагностическая точность составила 97,4%. Однако данное исследование, проведенное у 10 (1,8%) больных, сопровождалось различными осложнениями (панкреатит, холангит), которые были устранены консервативными мероприятиями.

Сочетание данного метода исследования с ультразвуком позволяет выявить холедохолитиаз и определить причину желтухи в 96-97,2% случаев. Если учесть частоту серьезных осложнений после ЭРПХГ, то в большинстве случаев ее можно заменить МРСР (рис. 9).

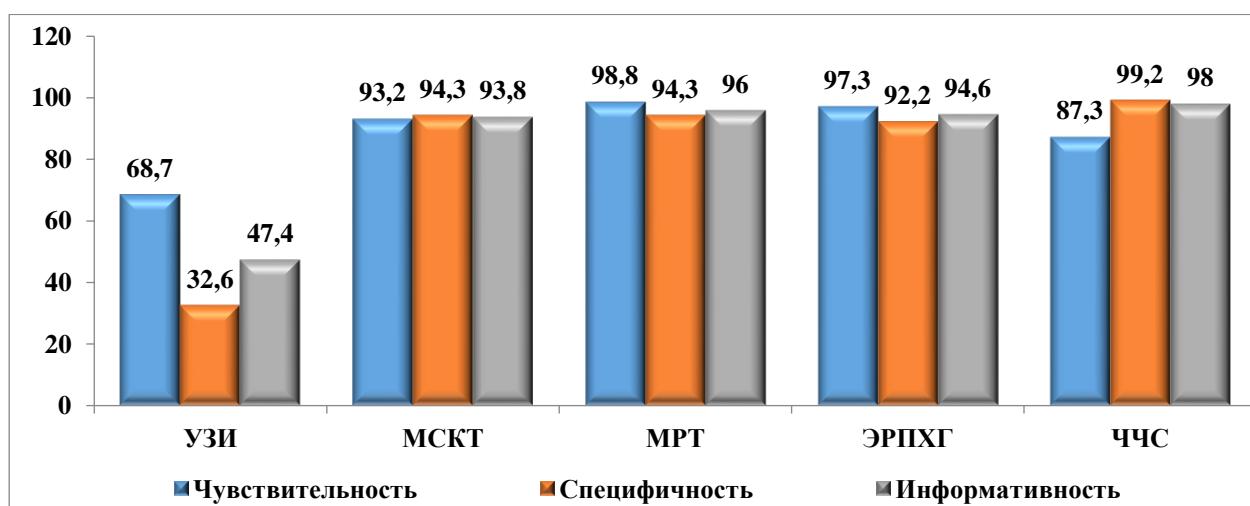


Рис. 9. Информативность различных инструментальных исследований у больных механической желтухой

Если размер конкрементов превышает 0,5 см, то общая точность МРХПГ в диагностике холецисто-и холедохолитиаза достигает 100%, что не уступает точности ЭРХГ. Общая точность МРТ и МРХПГ при выявлении холедолитиаза составляет 89-97%, чувствительность 81-100%, специфичность 85-100%. Кроме того, этот метод неинвазивен и не содержит ионизирующего излучения.

В четвертой главе диссертации «**Результаты лечения желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой**» при выявлении желтухи механического характера стратегия лечения должна определяться выбором метода и сроков декомпрессии желчного пузыря, определяемых на основе аппаратно-инструментальных и кадровых возможностей медицинского учреждения. При этом часто требуются аспекты индивидуального подхода в технических и клинических дискуссиях, взаимодействия различных служб лечения в каждом клиническом наблюдении при тяжести состояния больных с механической желтухой, в том числе с развитием определенных осложнений.

У 120 (95,2%) больных с механической желтухой по поводу желчнокаменной болезни (n=128) проведены ретроградные процедуры. Данная процедура не проводилась у 4 больных, которым выполнена резекция желудка по Бильроту II, осложненная механической желтухой, а также при желчнокаменной болезни в холедохе, у 2 больных с тотальным холедохолитиазом внутрипеченочных желчных протоков и у 2 больных с синдромом Мириззи при МРТ исследовании.

Нами проанализированы этапы эндоскопического вмешательства в диагностике и лечении данной группы больных. Как видно из таблицы 4 большинство эндоскопических вмешательств выполнялось в один этап (86,7%). Мы проанализировали виды и количество осложнений лечения для данной категории больных. Как видно из таблицы, наиболее частыми осложнениями были панкреатит, индуцированный ЭРПХГ (1,6%), и кровотечение из папиллотомической язвы (1,4%).

Таблица 4
Виды эндоскопических вмешательств

| Название эндоскопических вмешательств | Основная группа (n=62) | | Контрольная группа (n=66) | |
|---------------------------------------|------------------------------------|------|---------------------------|------|
| | n | % | n | % |
| Ретроградная панкреатография | 59 | 95,2 | 61 | 92,4 |
| Эндоскопическая папиллотомия | 59 | 95,2 | 61 | 92,4 |
| Эндоскопическая литоэкстракция | 58 | 93,5 | 54 | 81,8 |
| Эндоскопическая литотрепсия | 12 | 19,4 | 0 | 0 |
| Билиарная стентирования | 24 | 38,7 | 0 | 0 |
| Назобилиарная дренирования | 14 | 22,6 | 0 | 0 |
| Всего | 59 | 95,2 | 61 | 92,4 |
| p | $\chi^2=44,68$, df=5, p<0.0000001 | | | |

Как видно из таблицы при механической желтухе у пациентов основной группы выполнялось достоверно больше высокотехнологичных операций ($p<0.0000001$), чем у пациентов контрольной группы. При этом у больных основной группы было проведено многоэтапное ретроградное обследование по сравнению с больными контрольной группы (табл. 5).

Таблица 5

Этапы проведенных эндоскопических процедур

| Этапы эндоскопических вмешательств | Основная группа (n=62) | | Контрольная группа (n=66) | |
|------------------------------------|--------------------------------------|------|---------------------------|------|
| | n | % | n | % |
| Одно этапная | 44 | 71,0 | 60 | 90,9 |
| Двух этапная | 11 | 17,7 | 1 | 1,5 |
| Трех и более этапное | 4 | 6,5 | 0 | 0,0 |
| Всего | 59 | 95,2 | 61 | 92,4 |
| p | $\chi^2=54,23$, df=2, $p<0.0000001$ | | | |

У анализируемых больных было 4 летальных исхода (4 больных также в контрольной группе). Во всех случаях летальность была связана не с эндоскопическим вмешательством, а с тяжестью общего состояния больных при поступлении и нарастанием симптомов поливитальной органной недостаточности. В проведенных процедурах эндоскопические транспапиллярные вмешательства были признаны неэффективными у 6 пациентов. Это составило 5%. Основными причинами неудачи были крупные камни в желчных протоках, технические неисправности и парапапиллярные дивертикулы.

Так, наши вмешательства были эффективными у 114 больных (95%), неэффективными или безуспешными у 6 больных (5%). У 14 (3,5%) больных наблюдались осложнения и 4 летальных исхода.

Таблица 6

Частота и характер осложнений транспапиллярных вмешательств

| Осложнения | Основная группа (n=62) | | Контрольная группа (n=66) | |
|-----------------------------------|--------------------------|-----|---------------------------|------|
| | n | % | n | % |
| Кровотечения после папиллотомии | 2 | 3,2 | 6 | 9,1 |
| Постманипуляционный панкреатит | 3 | 4,8 | 7 | 10,6 |
| Постманипуляционный панкреанекроз | 0 | 0,0 | 2 | 3,0 |
| Ретродуоденальная перфорация | 0 | 0,0 | 1 | 1,5 |
| Всего | 5 | 8,1 | 16 | 24,2 |
| p | $\chi^2=6,55$, $p=0,01$ | | | |

Хорошая контрастность желчных протоков в целом наблюдалась у 116 наблюдаемых (96,7%) (n = 120). Холедохолитиаз выявлен у всех 120 больных. Структура холедоха была выявлена у 14 пациентов, из них у 8 также был хронический панкреатит, а у 10 ранее была проведена холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни.

В 106 случаях (88,3%) (n=120) отмечено значительное улучшение состояния больных, а также уменьшение симптомов механической желтухи и печеночной недостаточности. Процедура была проведена у 6 пациентов из-за невозможности проведения ретроградной процедуры и у 8 пациентов из-за послеоперационных осложнений желчного пузыря и его окружения.

В 2 наблюдениях после чрескожной чрескожной процедуры не удалось купировать желтуху, отмечалось дальнейшее увеличение гипербилирубинемии. При повторном дренировании под ультразвуковым контролем удалось добиться удовлетворительного результата, проведя декомпрессию холедоха. В 2 наблюдениях отмечено состояние, не требующее хирургического вмешательства после чрескожной чрескожной процедуры. Летальных исходов, связанных с исследованием и дренированием, не зарегистрировано.

Таким образом, малоинвазивные эндоскопические и чрескожные чрепеченочные декомпрессионные вмешательства являются эффективным способом восстановления желчеоттока при обструкции желчевыводящей системы. Эти методы позволяют быстро и эффективно ликвидировать механическую желтуху и холангит, позволяют проводить хирургические вмешательства в наиболее благоприятных условиях, в запланированном порядке и могут служить альтернативой хирургическому лечению у пожилых пациентов с тяжелой коморбидной патологией, перенесших операции на желудке и двенадцатиперстной кишке.

Как видно из данных, в настоящее время лапароскопическая холецистэктомия является наиболее распространенной операцией при калькулезном холецистите и обструктивной желтухе, которая выполнена в 42 случаях; из них у 6 (12,8%) пациентов она сопровождалась наружным дренированием общих желчных протоков, чаще по Пиковскому - в 10 (10,6%) случаях, реже - по Керу - в 2 (2,2%). У 106 (84,1%) больных вначале из желчных протоков удаляли желчные камни с помощью ЭРПХГ, ЭПСТ. У 4 (3,2%) больных выполнена холецистэктомия с мини-срезом. Слепой шов общего желчного протока не был применен. У 8 больных после удаления камня нарушена проходимость общего желчного протока: при рентгенологическом исследовании контраст не полностью опорожнен из-за структуры.

В результате применения индивидуального тактического подхода изменилось количество осложнений и их процент. Их общее количество и процент снизились примерно в два раза: с 16 (12,7%) до 8 (6,3%) ($p<0,05$), с наружным дренированием холедоха - с 22 (17,5%) до 10 (7,9%) ($p<0,05$). Проводили лапаротомию, холецистэктомию, дренирование холедоха и брюшной полости с гнойно-воспалительными изменениями в желчном пузыре

и протоках, поддиафрагмальном пространстве, поджелудочной железе и забрюшинном пространстве.

Органо-системные осложнения встречаются с одинаковой частотой с абдоминальными и забрюшинными гноино-некротическими осложнениями: после внедрения персонализированной тактики они снизились с 19 (28,8%) случаев до 5 (8,1%) ($p < 0,05$).

Второе, на что следует обратить внимание - «сдвиг» количества осложнений в группу больных холангитом, где после проведения персонализированного подхода количество местных гнойных осложнений уменьшилось с 3 (4,5%) до 1 (1,6%) случаев нагноения раны ($p < 0,05$). При воспалительно-септических процессах в брюшной полости у лиц с послеоперационным перитонитом частота осложнений снизилась с 3 (4,5%) случаев до 1 (1,6%) ($p < 0,05$).

Нами было разработан алгоритм, демонстрирующий последовательность операций, выполняемых при желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой (рис. 10).

Использование алгоритма выбора метода лечения механической желтухи на разных этапах позволило снизить количество осложнений после операции с 28,8% до 8,1%; После ЭРПХГ и ЭПСТ - с 24,2% до 8,1%.

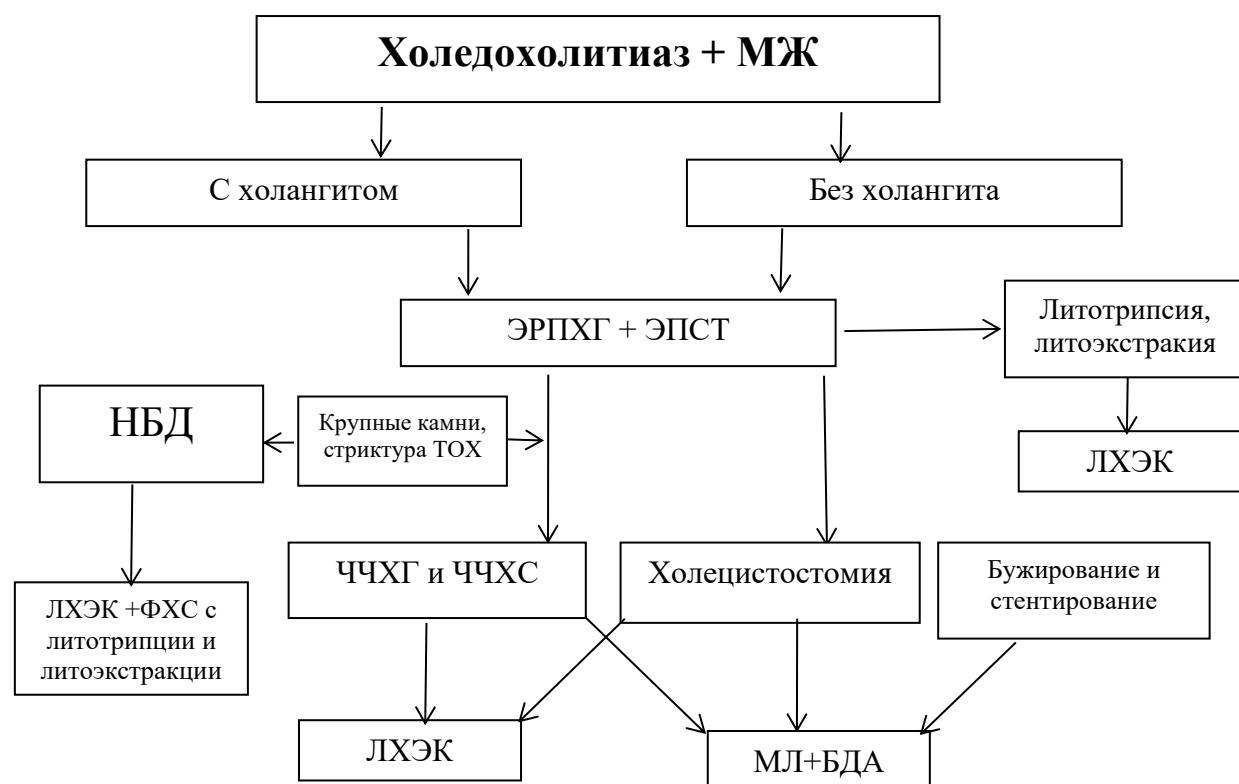


Рис. 10. Алгоритм лечения больных с механической желтухой с учетом малоинвазивных процедур (DGU 2354)

Существуют преимущества, позволяющие добиться положительного результата при любом виде малоинвазивной хирургии, применяемой для лечения сложной механической желтухи и желчнокаменной болезни, однако

есть и недостатки. Главный из них заключается в том, что в технически сложных случаях увеличивается продолжительность вмешательства, и в таких ситуациях повышается риск интраоперационных осложнений. Учет возможностей различных операций и одновременно факторов развивающейся хирургической агрессии позволяет индивидуализировать хирургическое лечение механической желтухи в зависимости от ее стадии. «Операциями выбора» при холестатической желтухе являются малотравматичные эндоскопические вмешательства, которые ускоряют процесс реабилитации и обеспечивают хороший косметический результат.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Транспапиллярные эндоскопические вмешательства при механической желтухе желчнокаменной этиологии являются наиболее эффективными методами диагностики и лечения, и если транспапиллярные вмешательства невозможны, следует проводить декомпрессию через кожу через печень.

2. Миниинвазивные эндоскопические и чрескожные чрепеченоочные декомпрессионные вмешательства являются эффективным способом восстановления оттока желчи при обструкции желчевыводящих путей. Использование миниинвазивных методов позволило значительно снизить частоту осложнений у больных с механической желтухой с 24,4% до 8,1%.

3. Комплексный подход к диагностике и лечению механической желтухи с использованием миниинвазивных технологий позволяет улучшить качество лечения и ближайшие результаты, сократить сроки госпитализации (общий койко-день больных с механической желтухой сократился с $16,17 \pm 2,83$ до $8,47 \pm 1,47$ суток соответственно).

4. Использование предложенного алгоритма обследования в диагностике и лечении механической желтухи позволило снизить частоту ближайших осложнений с 28,8% до 8,1% после ЭРПХГ и ЭПСТ - с 24,2% до 8,1%.

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

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

ISMAILOV MUZAFFARBEK UKTAM UGLI

**TACTICS OF DIFFERENTIATED SURGICAL TREATMENT OF
CHOLEDOCHOLITHIASIS COMPLICATED
BY MECHANICAL JAUNDICE**

14.00.27 – Surgery

**DOCTOR OF PHILOSOPHY IN MEDICAL SCIENCES (PhD)
DISSERTATION ABSTRACT**

Andijan – 2025

The theme of the dissertation of the doctor of philosophy degree (PhD) is registered in the Supreme attestation commission at the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan for B2022.2.PhD/Tib2898.

The dissertation is carried out at the Tashkent Medical Academy.

The dissertation abstract is available in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) on the website of the Scientific Council (www.adti.uz) and on the information and educational portal "ZiyoNet" (www.ziyonet.uz) is placed.

Scientific advisor:

Teshaev Oktyabr Rukhillaevich
doctor of medical sciences, professor

Official opponents:

Kasimov Adkham Lutfullaevich
doctor of medical sciences, professor

Atadjanov Shukhrat Kamilovich
doctor of medical sciences

Lead organization:

Samarkand State Medical University

Dissertation defense at Andijan State Medical Institute The meeting of the Scientific Council No. DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 will be held on "____" _____ at _____ in 2025. (Address: 170100, Andijan city, Yu.Otabekov street, house 1. Tel/fax: (+99878) 223-94-50, e-mail: info@adti.uz)

The dissertation can be viewed at the Information and Resource Center of the Andijan State Medical Institute (registered under number ____). (Address: 170100, Andijan city, Yu. Otabekov street, house 1. Tel/fax: (+99878) 223-94-50.

The dissertation abstract was distributed on "____" _____ in 2025.

(Registered minutes No. _____ dated "____" _____, 2025)

M.M. Madazimov

Chairman of the academic council awarding scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

M.F. Nishanov

Scientific secretary of the scientific council that grants scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

B.R. Abdullajanov

Chairman of the scientific seminar under the scientific council that awards scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

The aim of the study was to improve the immediate results of treatment of choledocholithiasis complicated by mechanical jaundice through a differentiated comprehensive approach to minimally invasive interventions.

The object of the study were 128 patients who underwent treatment for cholelithiasis complicated by mechanical jaundice in the surgical department of the City Clinical Hospital No. 1 of Tashkent in the period from 2020 to 2024.

The scientific novelty of the research is as follows:

the sensitivity, specificity and overall diagnostic reliability of such instrumental examination methods as ultrasound, multispiral computed tomography, magnetic resonance imaging, endoscopic retrograde cholangiopancreatography and transhepatic cholangiography in the diagnosis of mechanical jaundice that developed against the background of cholelithiasis were determined;

a comparative substantiation of the effectiveness of various methods of biliary decompression was carried out: endoscopic papillosphincterotomy, transhepatic cholangiostomy and transhepatic cholecystostomy in patients with choledocholithiasis of cholelithiasis etiology complicated by mechanical jaundice;

the immediate results of surgical treatment applied after preliminary internal and external decompression of the biliary tract were analyzed;

a new surgical algorithm for the treatment of mechanical jaundice complicated by choledocholithiasis has been developed based on a differentiated comprehensive approach.

Implementation of the research results. Based on the results of a scientific study to improve the immediate results of the treatment of choledocholithiasis complicated by mechanical jaundice through a differentiated integrated approach to minimally invasive interventions:

methodological recommendations "Methods for diagnosing mechanical jaundice" were developed (conclusions of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 16/17 dated 04/25/2025). An integrated approach to the diagnosis and treatment of mechanical jaundice using minimally invasive technologies made it possible to improve the quality of treatment and improve the immediate results, as well as reduce the length of patients' stay in the hospital;

the obtained scientific results were implemented in the practical activities of the Multidisciplinary Clinic of the Center for Professional Development of Medical Workers and the 7th Clinical Hospital of Tashkent (conclusions of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 16/17 dated 04/25/2025). The use of the recommended diagnostic algorithm in the diagnosis and treatment of mechanical jaundice made it possible to reduce the number of complications from 28.8% to 8.1%; after ERCP and EPST - from 24.2% to 8.1%.

Structure and size of the dissertation. The dissertation consists of 4 chapters, conclusion, summary, practical recommendations, list of references. The volume of the dissertation is 136 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Тешаев О.Р., Исмаилов М.У. Опыт лечения больных с синдромом механической желтухи // Ж. «Тиббиётда янги кун»; №5 (67); 2024; стр. 644-647. (14.00.00, №22).
2. Тешаев О.Р., Исмаилов М.У. Хирургическая тактика у больных холедохолитиазом, осложненным механической желтухой // Ж. «Ўзбекистон врачлар ассоциацияси бюллетени»; №2 (115); 2024; стр. 46-49. (14.00.00. №17).
3. Исмаилов М.У., Тешаев О.Р. Методы декомпресии билиарной системы в лечении больных с синдромом механической желтух // Ж. «Тиббиётда янги кун»; №5 (67); 2024; стр. 654-658. (14.00.00, №22).
4. Teshaev O.R., Ismailov M.U. Mechanical jaundice of calculous etiology: Pathogenesis, complications and therapeutic tactics // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2024, 14(9): 2299-2302 DOI: 10.5923/j.ajmms.20241409.37 (14.00.00; №2).

II бўлим (II часть; II part)

5. Тешаев О.Р., Исмаилов М.Ў. Механик сариқлик сабаблари, клиникаси ва қиёсий диагностикаси // Услубий тавсиянома. Тошкент, 2024 й. с.31.
6. Исмаилов М.У. Механик сариқлик билан асоратланган холедохолитиазни дифференциал хирургик даволаш тактикаси // Центр по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин. 09.12.2023 г., № DGU 31152.
7. Мадатов К.А., Исмаилов У.С., Арипова Н.У., Худайбергенов Ш.А., Исмаилов М.У. Результаты трансдуоденальных эндоскопических декомпрессий желчевыводящих путей при механической желтухе // Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию Ташкентской медицинской академии, «100 лет Ташкентской медицинской академии-эпоха больших свершений и открытый» Ташкент 2020 г. С.47.
8. Тешаев О.Р., Исмаилов М.У. Усовершенствование диагностической и хирургической тактики у больных с механической желтухой // Замонавий дунёда инновацион тадқиқотлар: “Назария ва амалиёт” номли илмий масофавий, онлайн конференция, Тошкент 2025 й. 159 б.
9. Мадатов К.А., Исмаилов У.С., Арипова Н.У., Исмаилов М.У. О лучевой диагностике механической желтухи // Материалы XVI Всероссийского национального конгресса лучевых диагностов и терапевтов «Радиология - 2022», г. Красногорск, 2022 г., стр. 173.

10. Teshaev O.R., Ismailov M.U. Modern aspects of diagnosis and treatment of mechanical jaundice // International scientific -online conference: Intellectual education technological solutions and innovative digital tools; Amsterdam; June 3 2025; p.129.

11. Teshaev O.R., Ismailov M.U. Modern aspects of diagnosis and treatment of obstructive jaundice // International scientific -online conference “Theoretical aspects in the formation of pedagogical sciences”; Great Britain; Jun 26, 2025; p.110-111.

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

Босмахона лицензияси:



9338

Бичими: 84x60 ¹/₁₆. «Times New Roman» гарнитураси.

Рақамли босма усулда босилди.

Шартли босма табоғи: 3,5. Адади 100 дона. Буюртма № 29/25.

Гувоҳнома № 851684.

«Tipograff» МЧЖ босмахонасида чоп этилган.

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