

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**  

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**САЙДУЛЛАЕВ ЗАЙНИДДИН ЯХШИБОВЕВИЧ**

**ЎТКИР ДЕСТРУКТИВ ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН БЕМОРЛАРНИНГ**  
**ХИРУРГИК ДАВОСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**Бухоро – 2021**

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

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

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

**Сайдуллаев Зайниддин Яхшибоевич**

Ўткир деструктив холецистит билан беморлар

хирургик давосини такомиллаштириш ..... 5

**Сайдуллаев Зайниддин Яхшибоевич**

Совершенствование хирургического лечения больных

с острым деструктивным холециститом..... 23

**Saydullaev Zayniddin Yakhshiboyevich**

Improvement of surgical treatment of patients

with acute destructive cholecystitis..... 43

**Эълон қилинган наشرлар рўйхати**

Список опубликованных работ

Lists of published works ..... 46

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ  
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 РАҚАМЛИ  
ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**САЙДУЛЛАЕВ ЗАЙНИДДИН ЯХШИБОВЕВИЧ**

**ЎТКИР ДЕСТРУКТИВ ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН БЕМОРЛАРНИНГ  
ХИРУРГИК ДАВОСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**Бухоро – 2021**

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2020.3.PhD/Tib1450 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) ва «Ziyonet» ахборот таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.


Илмий раҳбар	Давлатов Салим Сулаймонович PhD, доцент
Расмий оппонентлар	Абдурахманов Мамур Мустафаевич тиббиёт фанлари доктори Махмудов Улугбек Маруфджанович тиббиёт фанлари доктори
Етакчи ташкилот	Жанубий Қозоғистон тиббиёт академияси (Қозоғистон)


Диссертация ҳимояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 рақамли Илмий кенгашининг 2022 йил «20 сентябр» соат 12:30 даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро шаҳри, А.Навоий шоҳ кўчаси, 1-уй.Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).


Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (068-рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 200100, Бухоро шаҳри, А.Навоий шоҳ кўчаси 1-уй. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.

Диссертация автореферати 2021 йил «22» декабр да тарқатилди.  
(2021 йил «22» декабр даги 1/14 рақамли реестр баённомаси).



  
А.Ш. Инонов  
Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш  
раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

  
Д.Н. Ачилова  
Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш  
илмий котиби, тиббиёт фанлари бўйича  
фалсафа доктори (PhD), доцент

  
Н.А. Нуруллоев  
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 билан касалланиш ва у билан боғлиқ асоратлар сони йил сайин тобора ортиб бормоқда, уларнинг улуши бугунги кунга келиб ошқозон-ичак тракти касалликлари орасида 40% га етди. Ўртача, ҳар бешинчи аёл ва ҳар ўнинчи эркак ўт пуфагида тошлар аниқланмоқда. Ҳар йили 1 млн. одамда холелитиаз ташхиси аниқланмоқда. Турли муаллифларнинг фикрига кўра бутун дунё аҳолисининг ўт тош касаллиги билан касалланиши 10 – 12 %ни ташкил этади. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, дунёда ўт тош касаллиги билан касалланиш ҳолатларининг кўпайиши билан ушбу касалликнинг деструктив шакллари билан касалланганлар сонининг ошиши кузатилмоқда<sup>1</sup>. Ўт тош касаллигини даволашда кам инвазив жарроҳлигида эришган катта ютуқларга қарамасдан жарроҳлар орасида ушбу тоифадаги беморларни юритиш тактикаси, кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар тўғрисида аниқ бир фикрлар ҳали ҳам мавжуд эмас.

Бир қанча муаллифларнинг фикрига кўра кенг кесим орқали холецистэктомия ҳали ҳам ўткир холециститни самарали даволаш усули бўлиб қолмоқда. Перивезикал абсцесс билан асоратланган ўткир деструктив холециститни кенг лапаротомия учун кўрсатма деб ҳисоблайдилар<sup>2</sup>. Бу зич перивезикал инфилтрат юзага келиши билан асоратланган ўткир холециститнинг деструктив шаклларида минилапаротом усулда ўтказилган холецистэктомия бажаришдаги техник қийинчиликлар билан боғлиқ. Бу эса, конверсияга, яъни амалиётни кенг лапаротом усулга ўтилишига, ҳамда операциядан кейинги кўшилиб келувчи асоратлар ривожланишига сабабчи бўлади. Жигардан ташқари ўт йўллариининг, жигар ўн икки бармоқ ичак бойламларидаги, ҳамда жигар дарвозасидаги қон томирларнинг ятроген шикастланиши кўпинча, айнан перивезикал инфилтрат ривожланган беморларда миниинвазив холецистэктомия усуллари бажарилганда юзага келади. Шу билан биргаликда, инфилтрат билан асоратланган ўткир холециститни жарроҳлик давосида кенг лараротом усулга ўтилиши муаммонинг оптимал ечими ҳисобланмайди.

Мамлакатимизда аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш ва кўламини етарлича кенгайтириш юзасидан кенг қамровли дастурий тадбирлар амалга оширилмоқда. Шу билан бирга, тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини такомиллаштириш учун ўт тош касаллиги олдини олишнинг янгича усуллариининг самарадорлигини баҳолаш бўйича илмий – асосланган натижалар бўлиши талаб этилмоқда. «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича

<sup>1</sup> World Health Organization. Hernias: fact sheet no. 199. World Health Organization website. 2017. [www.who.int/iris/handle/10589/1111189](http://www.who.int/iris/handle/10589/1111189).

<sup>2</sup> Бабаджанов А.Х., Курбаниязов З.Б., Байбеков Р.Р. Факторы риска повреждений и посттравматических стриктур внепеченочных желчных протоков. // Вестник врача, 2019, №3, С. 162-171.

ҳаракатлар стратегиясида онкологик касалликларга чалинган беморлар ва аҳолининг заиф гуруҳларининг тўлақон ҳаёт кечиришини таъминлаш мақсадида, тиббий-ижтимоий ёрдам кўрсатиш тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган»<sup>3</sup>. Шунга кўра, хирургик тактикани такомиллаштириш ва операциядан кейинги даврда юзага келадиган асоратлар сонини камайтиришнинг самарали усуллари ишлаб чиқиш орқали ўткир деструктив тошли холецистит билан беморлар хирургик даволаш сифатини яхшилаш тадқиқот учун долзарб йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Мазкур диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармони, 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон «Аҳолининг соғлом овқатланишини таъминлаш бўйича қўшимча чора тадбирлар тўғрисида» ва 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид қўшимча чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республикада фан ва технологияларни ривожлантиришнинг истиқболли йўналишларига мослиги.** Мазкур диссертация тадқиқоти республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Адабиётлардаги маълумотлар таҳлили шуни кўрсатадики, ушбу йўналишда олиб борилган кўпгина илмий изланишлар борлигига қарамадан, ўткир деструктив тошли холецистит билан беморларни ташхислаш ва даволаш муаммолари шошилишч ўт йўллари хирургиясида долзарб мавзу бўлиб қолмоқда. Шу билан бирга, тадқиқотларнинг аксарияти ўткир деструктив тошли холецистит касаллигини анъанавий клиник, лаборатория ва инструментал текшириш усуллари ёрдамида ташхислаш ва даволашга бағишланган бўлиб, бу патологик жараённинг оғирлик даражасини тўлиқ аниқлаш ва унга таъсир қилиш имконини беради, аммо уларнинг инвазивлиги туфайли турли хилдаги асоратлар ривожланишига замин яратади (Назыров Ф.Г., ва ҳаммуаллифлар, 2010).

Замонавий адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ўткир деструктив тошли холециститни даволашнинг турли хил йўналишлари мавжуд, жумладан, анъанавий – очик ва миниинвазив жарроҳлик аралашувлар.

---

<sup>3</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017-йил 7 – февралдаги № ПҚ-4947 «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида». Қонун ҳужжатлари тўплами.

«Бирок, ўткир холецистит учун очик жарроҳлик аралашуви кундалик амалиётда энг қулай йўналиш бўлиб қолмоқда» (Хаджибаев А.М. ва ҳаммуаллифлар, 2019). Олинган натижаларга асосланиб, ўткир деструктив тошли холециститни операциядан олдин эрта ташхислаш жиҳатидан ҳам, операция ўтказувчи жарроҳлар техник маҳоратини ошириш жиҳатидан ҳам мутахассислар тайёрлаш масалаларини қайта кўриб чиқишга қарор қилинди (Прудков М.И., 2020).

Бугунги кунга келиб, «ўткир деструктив тошли холецистит билан асоратланган ўт тош касаллиги билан беморларда лапароскопик даволашнинг ишончли усулини ишлаб чиқиш» зарурати туғилмоқда (Тамм Т.И. ва ҳаммуаллифлар, 2016). Ва ниҳоят, муайян клиник ҳолатларда аниқ ҳаракат стандартларига эга бўлган ўткир деструктив тошли холецистит билан беморларни юритиш учун даволаш ва ташхислаш дастурий ишланмаси ишлаб чиқилмаган.

Ўтказилган адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ҳозирги вақтда, ўткир деструктив тошли холецистит билан беморларни даволаш - ташхислаш тактикаси замонавий соғлиқни сақлашнинг долзарб ва ҳали ҳал этилмаган муаммоларидан бири ҳисобланади. Касаллик клиник кечиш хусусиятларини баҳолаш, ҳамда касалликнинг зўрайиб бориш белгиларини аниқлаш имконини берувчи тиббий визуализациянинг ноинвазив усуллари берган маълумотлар асосида ўткир деструктив тошли холециститда оператив аралашувларнинг радикалик меъзонларини қайта кўриб чиқиш зарурати туғилмоқда, шу сабабли, ҳар бир алоҳида ҳолатда энг радикал жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш мақсадида ташхислаш алгоритминини мақбуллаштириш айниқса долзарб ҳисобланади.

**Диссертация тадқиқотининг бажарилган илмий-тадқиқот муассасасида илмий-тадқиқот ишларининг режаси билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт институтининг «Ўткир деструктив холецистит билан беморларни ташхислаш ва жарроҳлик даволашнинг такомиллаштирилган усуллари ишлаб чиқиш» мавзусидаги илмий-тадқиқот ишлари режаси доирасида бажарилган (2017 – 2021-йиллар).

**Тадқиқотнинг мақсади** ўткир деструктив холецистит билан беморларнинг даволаш натижаларини хирургик тактикани такомиллаштириш орқали яхшилашдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

минилапаротом, лапароскопик ва лапаротом усулда ўтказилган холецистэктомиялардаги жарроҳлик стрессининг эндокрин кўрсаткичларини аниқлаш;

ўткир деструктив холециститда жарроҳлик аралашувининг оқилона турини танлашга таъсир қилувчи меъзонларни ҳисобга олган ҳолда даволаш ва ташхислаш дастурий ишланмани мақбуллаштириш;

минилапаротом йўл орқали холецистэктомияни хавфсиз бажариш учун такомиллаштирилган жарроҳлик асбобининг самарадорлигини баҳолаш;

турли хилдаги оператив йўл орқали бажарилган холецистэктомиялар натижаларининг қиёсий таҳлилини ўтказиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 2017 – йилдан 2021 – йилгача бўлган даврда Самарқанд давлат тиббиёт институти 1 – клиникаси жарроҳлик бўлимида ўткир деструктив тошли холецистит сабабли стационар шароитда даволанган 201 нафар бемор киритилган.

**Тадқиқотнинг предмети ва усуллари** ўткир деструктив тошли холецистит билан беморларни жарроҳлик йўли, ҳамда махсус текшириш усуллари бажаришга табақалаштирилган ёндашувни қўллаш орқали, комплекс текшириш ва жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлили ташкил этди. Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни бажариш учун қуйидаги усуллардан фойдаланилди: умумий клиник, инструментал (ултратовуш, эндоскопик, нурли) ва статистик тадқиқот усуллари.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

стресс гормонларнинг миқдори динамикада, операциядан олдин, асосий жарроҳлик аралашуви вақтида ва танланган жарроҳлик усулига боғлиқ равишда операциядан кейинги 3 – суткада аниқланган;

организмнинг индивидуал ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда ўткир деструктив холецистит билан беморларни жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш учун дастур ишлаб чиқилган;

минилапаротом усулда холецистэктомияни хавфсиз бажариш, операция вақтида қон кетиш ва ўт йўллари ятроген шикастланишлари хавфини камайтириш имконини берувчи жарроҳлик асбоби – «жароҳат кенгайтиргич» такомиллаштирилган;

холецистэктомия ўтказган беморлар ҳаёт сифатини баҳолаш учун қўлланиладиган специфик шкала операциядан кейинги давр кечишига ва постхолецистэктомик синдром юзага келишига таъсир қилувчи омилларни ҳисобга олган ҳолда мақбуллаштирилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

касаллик кечишининг оғирлигини балли баҳолаш билан даволаш тактикасини танлашнинг тавсия этилган алгоритмининг ҳисобга олган ҳолда минилапаротом, лапароскопик ва лапаротом усулларда холецистэктомия бажариш учун кўрсатмалар аниқланган;

юқори даражадаги экспозицияга имкон берувчи ва конверсияга ўтиш хавфини олдини олувчи тавсия этилган жарроҳлик асбобини қўллаш орқали минилапаротом йўл билан холецистэктомия бажариш усули таҳрир қилинган;

холецистэктомия операцияси ўтказилган беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш шкаласи беморларнинг жисмоний, ақлий ва ижтимоий кундалик фаолиятига таъсир қилувчи асосий омилларни ҳисобга олган ҳолда такомиллаштирилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** диссертацияда кўриб чиқилган муаммолар ечимларининг ўткир деструктив тошли холецистит



билан беморларни жарроҳлик даволаш ва ташхислашнинг замонавий илмий – амалий қарашлари ва ёндашувларига асосланганлиги билан белгиланади. Тадқиқотдаги хулосалар Студент меъзони, ишончлилик интервали ва ишончлилик эҳтимолини ҳисоблаш орқали вариацион таҳлил каби замонавий математик статистика усуллари ёрдамида қайта ишланган натижалар асосида олинган.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган хулосаларнинг назарий аҳамиятга эга эканлиги, ҳамда ўткир деструктив тошли холецистит билан беморларни даволашда замонавий ёндашувларни ишлаб чиқишга улкан замин яратиши билан изоҳланади. Энг юқори даражадаги «стресс» бевосита лапароскопик операция вақтида кузатилиб, эрта операциядан кейинги даврда қўлланилган бошқа жарроҳлик йўллариغا нисбатан пастлиги ўткир деструктив холецистит билан беморлар жарроҳлик даволаш натижаларини ретроспектив таҳлили орқали исботланган. Ўткир деструктив холецистит билан беморларда, организмнинг индивидуал ўзига хос хусусиятларини инобатга олган ҳолда хирургик даволаш тактикасини танлаш учун дастур ишлаб чиқилган. Минилапаротом усулда холецистэктомияни хавфсиз бажаришга, операция вақтида қон кетиш ва ўт йўллари ятроген шикастланишлари хавфини камайтириш имконини берувчи жарроҳлик асбоби – «жароҳат кенгайтиргич» такомиллаштирилган. Холецистэктомия ўтказган беморлар ҳаёт сифатини баҳолаш учун қўлланиладиган специфик шкала операциядан кейинги давр кечишига ва постхолецистэктомик синдром юзага келишига таъсир қилувчи омилларни ҳисобга олган ҳолда мақбуллаштирилган. Тадқиқотнинг айрим натижалари ўткир деструктив тошли холецистит билан беморларни ташхислаш ва даволаш бўйича магистратура резидентлари, курсантлар ва клиник ординаторлар ўқитиш дастурининг таркибини такомиллаштириш мақсадида қўлланилиши мумкин.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти тадқиқот натижасида олинган хулосалар ва амалий тавсиялар ўткир деструктив тошли холецистит билан беморларни турли даражадаги даволаш профилактика муассасаларида ташхислаш ва даволаш учун қўллаш мумкинлиги билан изоҳланади. Касаллик кечишининг оғирлигини балли баҳолаш билан даволаш тактикасини танлашнинг тавсия этилган алгоритминини ҳисобга олган ҳолда минилапаротом, лапароскопик ва лапаротом усулларда холецистэктомия бажариш учун кўрсатмалар аниқланган. Юқори даражадаги экспозицияга имкон берувчи ва конверсияга ўтиш хавфини олдини олувчи тавсия этилган жарроҳлик асбобини қўллаш орқали минилапаротом йўл билан холецистэктомия бажариш усули таҳрир қилинган. Холецистэктомия ўтказилган беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш шкаласи беморларнинг жисмоний, ақлий ва ижтимоий кундалик фаолиятига таъсир қилувчи асосий омилларни ҳисобга олган ҳолда такомиллаштирилган. Операция натижаларини яхшилаш ва операциядан кейинги реабилитация

муддатларини қисқартириш имконини берувчи, ўткир деструктив тошли холецистит билан беморларда жарроҳлик тактикасини танлаш учун дастур ишлаб чиқилган.

**Тадқиқот натижаларининг тадбиқ қилиниши.** Ўткир деструктив холецистит билан беморларни жарроҳлик даволашни яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Ўткир деструктив холецистит хирургияси» номли методик тавсияномаси ишлаб чиқилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 1 ноябрдаги 8н-р/984-сон маълумотномаси), «Ўткир деструктив холецистит билан беморларни юритиш алгоритми» номли методик тавсияномаси ишлаб чиқилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 1 ноябрдаги 8н-р/996-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар операция йўлини танлашга ва ПХЭСни олдини олишга комплекс ёндашув орқали ўткир деструктив тошли холециститни жарроҳлик йўли билан даволаш тактикасини танлашни мақбуллаштириш имконини берган;

Ўткир деструктив тошли холецистит билан беморларни ташхислаш ва жарроҳлик йўли орқали даволаш сифатини яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш, хусусан, Самарқанд давлат тиббиёт институти 1-клиникаси жарроҳлик бўлими, Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси ва Бухоро вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази амалий фаолиятига жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 18 ноябрдаги № 8н-з/437-сон маълумотномаси). Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши операциядан кейинги эрта асоратлар частотасини 13,4% дан 1,7% гача, ПХЭС юзага келиш частотасини 24,0% дан 6,3% гача пасайтириши ҳисобига тиббий ёрдам кўрсатиш, ҳамда холецистэктомия ўтказган беморларда ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 15 декабрдаги № 08-09/19851-сонли хулосаси).

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Ушбу тадқиқот натижалари 12 та, шу жумладан 7 та халқаро ва 5 та республика илмий-амалий конференцияларида муҳокама қилинган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши.** Диссертация мавзуси бўйича жами 30 та илмий иш чоп этилган бўлиб, жумладан, 9 та мақола, улардан 5 таси республика ва 4 таси хорижий журналларда Ўзбекистон Республикаси Олий Аттестация Комиссияси томонидан диссертацияларнинг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларида чоп этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация кириш, тўрта боб, хотима, хулоса, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертация ҳажми 116 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш қисмида** ўтказилган тадқиқотнинг долзарблилиги, тадқиқот мақсади ва вазифаларига асосланган бўлиб, тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, тадқиқотнинг Республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқот натижаларининг илмий янгилиги ва амалий натижалари келтирилган, тадқиқотнинг амалиётга жорий қилинган натижалари илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, чоп этилган ишлар ва диссертация таркиби бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг биринчи боби **«Ўткир холецистит деструктив шакллари жарроҳлик даволашга замонавий қарашлар»** деб номланиб, ўткир холецистит деструктив шакллари муаммолари, этиопатогенези, даволаш ва ташхислашнинг замонавий усуллари, шунингдек, ушбу патология билан беморларни юритишнинг долзарб масалалари моҳиятини очиб берувчи адабиётлар шарҳи берилган.

Диссертациянинг иккинчи боби **«Беморларнинг клиник тавсифи ва қўлланилган текшириш усуллари»**. Беморлар ва текшириш усуллари баён этилиб, клиник материал, ҳамда клиник ва инструментал текшириш усуллари умумий тавсиф берилган. Тадқиқот асосини 2017 – 2021 йй. давомида СамДТИ 1 – клиникасининг жарроҳлик бўлимларига мурожаат қилиб келган, 201 нафар ўткир деструктив холецистит билан беморлар ташкил этган. Беморлар шартли равишда икки гуруҳга бўлинган: таққослаш гуруҳини лапароскопик ва кенг кесим орқали лапаротом усулда холецистэктомия бажарилган 82 (40,8%) нафар бемор ташкил қилган бўлса, асосий гуруҳни лапароскопик ва минилапаротом усулда холецистэктомия бажарилган 119 (59,2%) нафар беморлар ташкил этган.

Диссертациянинг учинчи боби **«Турли жарроҳлик усулларида бажарилган холецистэктомияларда стресс гормонлар даражасини қиёсий баҳолаш»**да холецистэктомия бажариш учун қўлланиладиган турли кесимлар (лапароскопик, минилапаротом ва лапаротом) нинг травматиклигини таққослашга бағишланган. Қиёсий баҳолаш учун стресс гормонлар ҳолати ўрганилган.

Объектив маълумотларни олиш учун бизлар турли сабабларга кўра холецистэктомиянинг уч хил тури – лапароскопик, минилапаротом ва лапаротом усулда операция ўтказган 57 нафар ўДТХ билан беморлар текширилган.

Ўрганилаётган гормонларни танлашда жарроҳлик стресси вақтида мослашув синдромининг энг муҳим ташкил этувчиси гипоталамус-гипофиз-буйрак усти беши тизими эканлиги, у танадаги ҳар қандай шикаст таъсирида глюкокортикоидлар секрециясини тез ва етарли даражада ошишини таъминлашдан келиб чиқилган, бунда жараён гипоталамус секрециясининг ва гипофизда АКТГ синтезининг кучайиши билан бошланади.

Юқоридагиларга асосланиб, турли хил жарроҳлик усулида ўтказилган холецистэктомияга нейроэндокрин жавоб реакцияларни баҳолаш учун операциядан олдин, операция вақтида ва ундан кейинги учинчи суткада «стрессор» деб аталувчи бир қатор гормонлардаги ўзгаришлар ўрганиб чиқилган.

57 нафар беморларда жарроҳлик стрессига энг сезгир ўзгарувчи гормонлардан бири бўлган пролактин ўрганилган. Операциядан олдин ўртача пролактин қийматлари  $215.2 \pm 21.6$  Мме/мл дан  $283.0 \pm 113$  Мме/мл гача бўлган, бу эса ўртача меъёрлар доирасида бўлган.

Ўтказилган тадқиқот натижалари шуни кўрсатганки, операция вақтида ўт пуфагини ажратишда пролактин ўртача миқдорининг ўзгарувчанлиги лапароскопик усулда (+832,2%) мирилапаротом (+315%) ва лапаротом (+623,1%) усулга нисбатан 1,5 марта юқори бўлган.

Операциядан кейинги 3 – суткада пролактин миқдорининг мўтадиллашишга интилишининг лапароскопик холецистэктомиядан кейин энг сезиларли бўлганлиги қайд этилган, бунда дастлабки маълумотлардан оғиш +123% ни ташкил этган бўлса, лапаротом усулда бу камроқ намоён бўлган (+286%). Шундай қилиб, биздаги маълумотларга кўра, пролактин миқдорининг ошиши мирилапаротом ва лапаротом усулларга қараганда ЛХЭ операциясида яққол кузатилган. Операция вақтида ва операциядан кейинги 3 – суткада пролактин даражаси ўзгарувчанлигининг мирилапаротом усулдаги жарроҳлик аралашувларидаги кўрсаткичи лапаротом ва лапароскопик операциялардаги кўрсаткичлар оралиғида бўлган.

Кортизолнинг текширилган беморлардаги дастлабки даражаси  $252,1 \pm 42,6$  дан  $342,1 \pm 48,2$  гача нмоль/л ни ташкил этган ва бу нормал кўрсаткичлар доирасида бўлган. Кортизол даражасининг максимал кўтарилиши лапароскопик (+56,1%) ва мирилапаротом (+19,6%) холецистэктомияга нисбатан лапаротом усулда (+106,5%) ўт пуфагини олиб ташлаш босқичида кузатилган. Операциядан кейинги 3 – суткада кортизол миқдорининг мўтадиллашишга интилишининг энг юқори даражаси лапароскопик ва мирилапаротом холецистэктомиядан кейин кузатилиб, мос равишда +4,5% ва 37,6% ни, лапаротом усулдаги холецистэктомияда эса бу кўрсаткич +59,2% ни ташкил этган.

Тиреоид гормонлар (Т4, ТТГ) – гипофиз беши билан функционал жиҳатдан боғлиқ бўлиб, турли жарроҳлик аралашувларида ўзгаради. Операция вақтида Т4 нинг даражаси турли хилдаги холецистэктомияларда дастлабки кўрсаткичлардан паст бўлган. Т4 нинг операциядан кейинги ўзгаришлари лапароскопик ва мирилапаротом усулларда операция вақтидаги кўрсаткичларга мос бўлган бўлса, лапаротом усулдаги холецистэктомияда унинг етарлича ошиши (12,9%) кузатилган.

ТТГ концентрациясининг ўзгариши, даражасининг дастлабки кўрсаткичлардан оғиши лапаротом холецистэктомияга нисбатан (+15,2%) лапароскопик (+91,2%) ва мирилапаротом (+71,6%) операцияларда яққол

юқори бўлган. Лапароскопик холецистэктомиядан кейин олинган натижаларнинг дастлабки кўрсаткичлардан оғиш фоизи (+11,2%) мирилапаротом операциялардаги кўрсаткичларга (+52,2%) нисбатан анча паст бўлган. Лапаротом усулда операциялардан кейин ТТГ миқдорининг ошишга мойиллиги кузатилган ва унинг дастлабки кўрсаткичлардан оғиши (+48,1%) операциядан кейинги кўрсаткичлардан (+15%) юқори бўлган.

Тадқиқот натижаларидан кўринадики, мирилапаротом усулда ўтказилган операцияларда гормонлар даражасининг кўтарилиш ифодаланиш даражаси бўйича лапароскопик ва лапаротом усулдаги холецистэктомиялар оралиғида туради. Айрим гормонлар даражасининг лапароскопик холецистэктомия вақтида яққол кўтарилишини етарлича стрессоген омил ҳисобланувчи таранглашган карбоксиперитонеумнинг таъсирида нерв охирларига бой бўлган қорин парданинг тортилиши билан боғлиқ деб тушунтириш мумкин. Аммо, лапароскопик холецистэктомияларда стресс гормонлар даражасининг дастлабки кўрсаткичларга тезда қайтиши кузатилган, бу эса ушбу операция вақтида мушак тўқималарининг кам шикастланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Шундай қилиб, ўт йўлларида ўтказилган операцияларда стрессор синдром даражасини қиёсий баҳолаш кўрсатдики, мирилапаротом усулда ўтказилган операциялар жарроҳлик агрессияси даражаси бўйича кам инвазив усуллар қаторига киритилиши мумкин. Лекин, жарроҳлик аралашуви давомийлигининг ошиб бориши билан стресс гормонлар миқдори параллел равишда ортиб боради.

Шунинг учун, тадқиқот натижалари бўйича, ўт йўллари яллиғланиш касалликларида оғир ҳамроҳ касалликлар (юррак – қон томир тизими ва сурункали ўпка касалликлари) бор беморларда, лапароскопик усул билан операция ўтказишга қарши кўрсатмалар бўлганда, ўрта давомийликдаги лапаротом усулга нисбатан кам травматик бўлган мирилапаротом усул жарроҳлик аралашувларининг энг оптимал тури ҳисобланган.

Диссертациянинг тўртинчи боби «**Ўткир деструктив холецистит билан беморларни жарроҳлик даволаш**» СамДТИ 1 – клиникасида ўткир деструктив холецистит билан беморларда қўлланиладиган тактик – техник ёндашувларга бағишланган. Ўт тош касаллигини жарроҳлик даволашга кўрсатмаларни баллли баҳолаш дастури ишлаб чиқилган.


Ўткир деструктив холецистит билан беморларда операция турини танлашга таъсир қилувчи омилларни ишлаб чиқилган баллик баҳолаш дастури, организм индивидуал хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда операциянинг оптимал усулини танлашга, ҳамда даволаш натижаларини яхшилашга имкон берган.

Ишлаб чиқилган балли шкала бўйича о дан 5 баллгача олган беморларга лапароскопик холецистэктомияни, 5 баллдан юқори олган беморларга мирилапаротом усулда холецистэктомия бажариш тавсия этилган (1 – жадвал).

**Асосий гуруҳдаги беморларни ўткир деструктив холецистит клиник шакли ва ҳамроҳ соматик касалликларга боғлиқ ҳолда тақсимланиши**

Ўткир деструктив холециститнинг клиник шакллари	Ҳамроҳ соматик касалликлар								Қўшма касалликлари 3	Жами
	ЮПК	ГК	ЎСОК	КД	Қорин бўшлиғи битишма касаллиги	Семизлик II-III дар.	Ҳомилдорлик 2-3 триместр	2 ва ундан ортқ ҳамроҳ касалликлар		
Асоратланмаган ўткир флегмоноз холецистит	7	12	4	2	1	3	1	14	14	58
Асоратланмаган ўткир гангреноз холецистит	5	2	-	1	2	1	-	9	3	23
Перивезикал инфилтрат	3	5	1	1	2	3	-	8	4	27
Перивезикал абсцесс	-	1	-	2	-	1	-	2	2	8
Маҳаллий перитонит	-	-	-	2	1	-	-	-	-	3
<b>Жами</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>33</b>	<b>23</b>	<b>119</b>

**Изоҳ:**

 - 0 дан 5 баллгача олган беморлар, уларга ЛХЭ бажарилди;

 - 5 баллдан ортқ олган беморлар, уларга МЛХЭ бажарилди.

Асосий гуруҳда 47 нафар беморга (119 нафар бемордан 39,5%) холецистэктомия аввалдан лапароскопик усулда бажариш мўлжалланган, лекин операцияни давом эттириш қийинчиликлари ва диагностик лапароскопия маълумотларига кўра, 47 нафар бемордан 9 нафари (19,1%) 5 дан юқори балл тўплаган, ҳамда уларга конверсия ўтказилган. Конверсия сабаблари 2 жадвалда кўрсатилган.

2 – жадвал

**Асосий гуруҳда лапароскопик холецистэктомия конверсиясининг сабаблари**

Конверсия сабаблари	Беморлар сони (n=9)	
	абс.	%
Операция давомийлиги 30 дақиқадан ортиқ.	3	77,8
Ўмумий ўт йўли ва ўт пуфаги йўлини аниқлашнинг имконсизлиги	3	44,4
Девори қалинлашган, кенгайган ўт пуфаги йўлининг аниқланиши, клипсаларнинг силжиш хавфи мавжуд	2	22,2
Қон кетиш	1	11,1

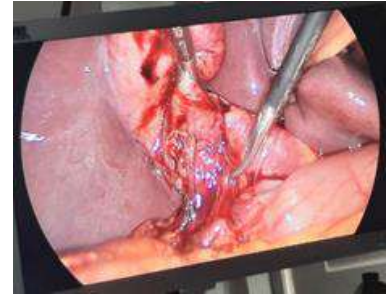
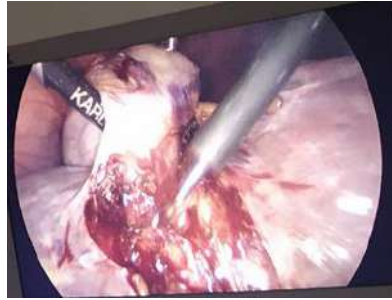
2 – жадвалдан кўриниб турибтики, 3 нафар беморда конверсиянинг сабаби ўт пуфаги йўли ва магистрал ўт йўлларини идентификация қилиш давомийлигининг 30 дақиқадан ортиқ бўлганлиги бўлса, яна 3 нафар беморда жигар ости соҳасидаги зич инфилтрат сабабли ўт пуфаги деворини идентификация қилиш 30 дақиқадан кўпга чўзилиб кетгани бўлган (1 – 2 – расм). Ишлаб чиқилган дастур ва диагностик лапароскопия маълумотлари бўйича беморлар 5 дан кўпроқ балл олди, ҳамда уларда ўт пуфаги йўлининг кенглиги ва деворининг қалинлашганлиги сабабли клипсаларнинг силжиш хавфи мавжуд бўлган. 1 нафар беморда конверсиянинг сабаби ўт пуфаги артериясидан қон кетиш бўлган ва ижобий натижа билан яқунланган.

72 нафар (119 нафар бемордан 60,5%) беморларга ўткир холециститнинг клиник кечиш белгиларини, мавжуд ҳамроҳ касалликларни ва УТТ маълумотларини ҳисобга олган ҳолда холецистэктомия кичик кесим орқали бажарилган.

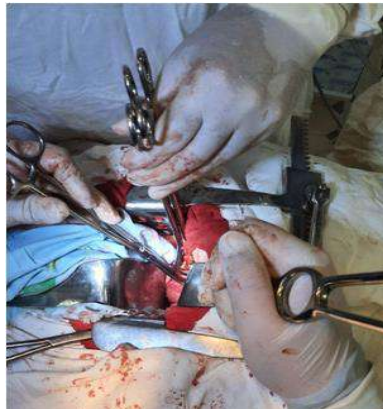
Шундай қилиб, ўткир деструктив холецистит билан асосий гуруҳдаги беморларнинг 38 нафарида (31,9%) холецистэктомия лапароскопик усулда, 81 нафарида эса (68,1%) кичик кесим орқали бажарилган.

Асосий гуруҳдаги беморларда МЛХЭ операцияси касаллик бошланишидан 72 соатдан кейин бажарилган, бунда дастлаб операциянинг стандарт усуллари қўлланилиб, уни бажаришда техник қийинчиликлар юзага келганда МЛХЭ нинг ностандарт усулларига ўтилган.





**1 – расм. Диагностик лапароскопия босқичлари (Бемор Ш. 43 ёш, к/т 6291/538). Ўт пуфаги йўли ва магистрал ўт йўллари аниқлаш давомийлиги 30 дақиқадан ортиқ бўлган**

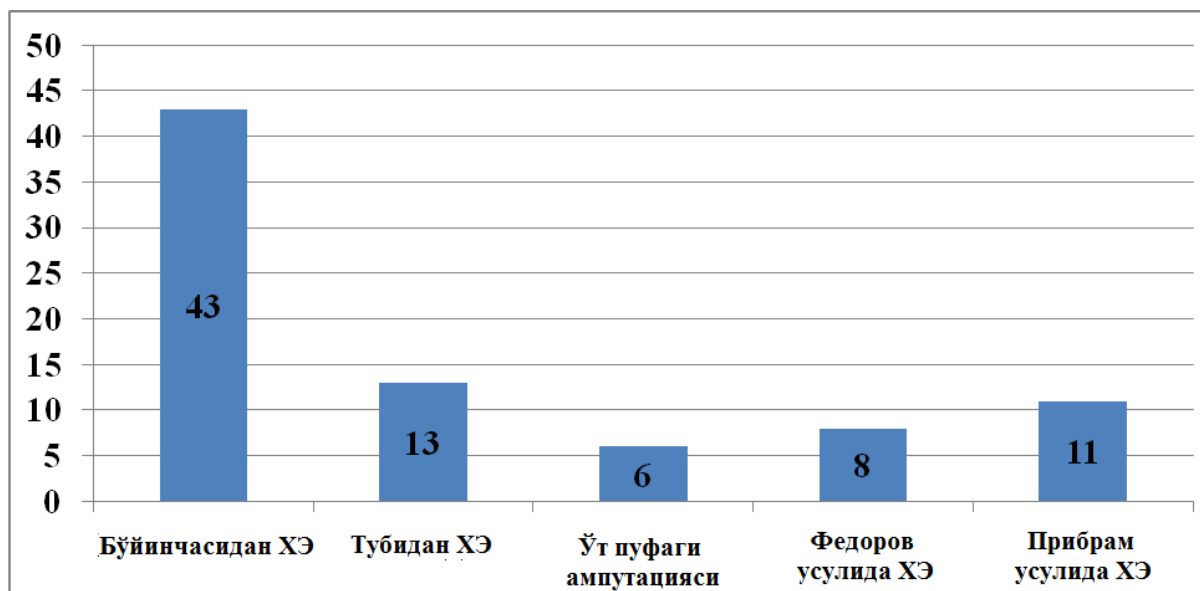


**2 – расм. Кичик кесим орқали, тубидан холецистэктомияга ўтилган (бемор Ш. 43 ёш, к/т 6291/538).**

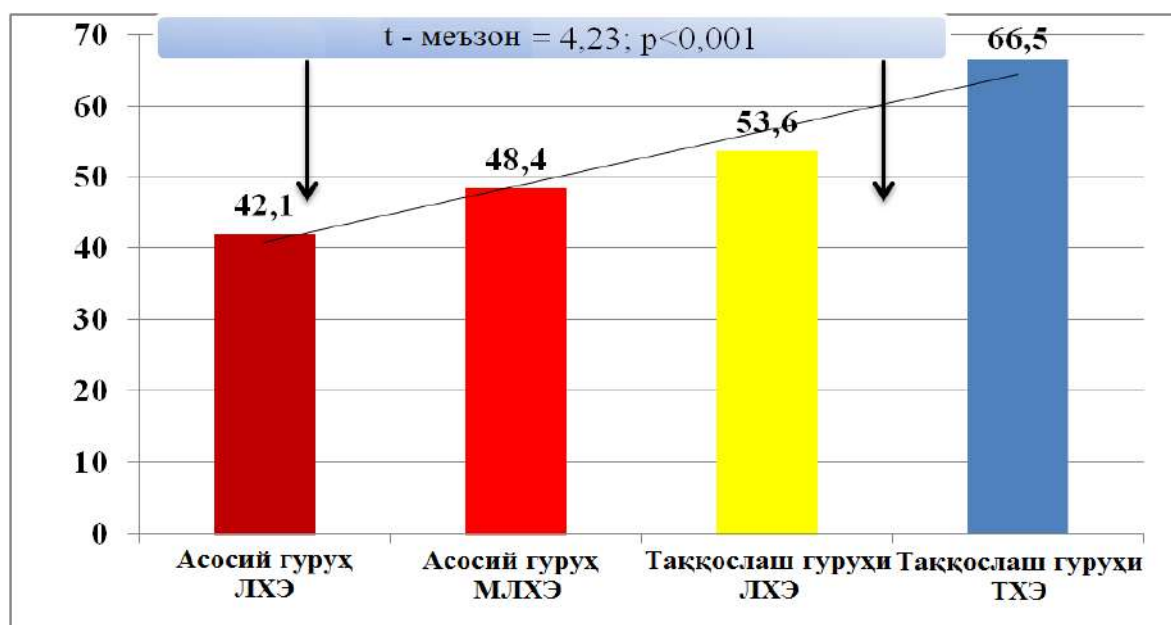
81 нафар ўткир деструктив холецистит билан беморларнинг 43 нафарида (53,1%) МЛХЭнинг стандарт усули бажарилган. Ўт пуфаги тубидан МЛХЭ 27 нафар (33,3%) беморда, улардан 6 нафарида (22,2%) ўт пуфаги ампутацияси, ўт пуфаги бўйинча соҳасидаги зич инфильтрат, ҳамда гепатикохоледох шикастланиш хавфи мавжудлиги туфайли 8 нафарида (29,6%) Федоров усулида холецистэктомия ўтказилган. Прибрам бўйича МЛХЭ 11 нафар (13,6%) беморда амалга оширилган (3 – расм).

4 – расмда қўлланилган операция усулига боғлиқ ҳолда, операция давомийлигининг дақиқалардаги қиёсий кўрсаткичлари келтирилган. Ушбу кўрсаткичлар бўйича ҳам ишонарли фарқ аниқланган ( $p < 0,001$ ).





3 – расм. Асосий гуруҳдаги беморларнинг мирилапаротом йўл орқали холецистэктомия бажариш усулига кўра тақсимланиши



4 – расм. Қўлланилган операция усулига боғлиқ ҳолда операция давомийлигининг (дақ.) қиёсий кўрсаткичлари

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

Касалликнинг клиник кечиши ва ўткир деструктив холецистит жарроҳлик тактикасини танлаш дастури асосида, ўткир деструктив

холецистит билан беморларни юритишнинг оптимал даволаш – тактик алгоритми ишлаб чиқилган ва клиника амалиётига жорий этилган (5 – расм).

Топик кичик кесимда жароҳлик аралашувлари сатҳини кенгайтиришга қаратилган бошқа муҳим инновацион ечимлардан бири жароҳат кенгайтиргич имкониятларидан фойдаланиб гепатобилиар тизимни тўлиқ тафтиш қилишдир, бу эса бориш қийин бўлган соҳаларни ҳам кўриш имконини берган.

Жароҳлик тактика ва холецистэктомия асосий босқичларини бажариш техникаси умумқабул қилинганлардан фарқ қилмаган. Минилапаротом усулда холецистэктомия ишлаб чиқилган жароҳат кенгайтиргич ёрдамида бажарилган (№ FAP 01385 рақамли фойдали моделнинг расмий рўйхатдан ўтказилганлиги тўғрисида маълумотнома, Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги, «Жароҳатни кенгайтирувчи асбоб», 6 – расм).



5 – расм. Ўткир деструктив холецистит билан беморларни юритишнинг даволаш – тактик алгоритми



**6 – расм. Ишлаб чиқилган жароҳат кенгайтириш қурилмаси ёрдамида, минилапаротом кесим орқали холецистэктомия**

Қўлланилиши таклиф этилаётган қурилма қулай, оддий ва кам травматик ҳисобланади. Операция соҳасини кенгайтириш мақсадида, амалий тиббиётда кенг қўллаш учун тавсия этилган.

Диссертациянинг бешинчи бобида «**Ўтқир деструктив холецистит билан беморларни жарроҳлик даволаш натижалари**» таклиф этилган даволаш усуларини жорий этиш натижалари, олинган маълумотларни ишончли баҳолашнинг барча жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда келтирилган. Ўтқир деструктив холецистит билан беморлар жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш, ҳамда жарроҳлик аралашув бажариш техникасининг такомиллаштирилиши, жарроҳлик даволаш усули травматиклигининг камайтирилиши, шунингдек, ушбу тадқиқот доирасида ишлаб чиқилган, ҳамда амалиётга жорий этилган бошқа янгиликлар ушбу категориядаги беморларни юритиш натижаларига ўз таъсирини кўрсатмасдан қолмади. Шундай қилиб, 2017 – 2018 йй. га нисбатан операциядан кейинги асоратлар 13,4% дан 1,7% гача камайди, яъни 8 марта. Сафро оқиши каби асоратлар частотаси яққол пасайди (5 марта), сафроли перитонит ва ўт йўллари шикастланишлари каби ўта оғир асоратлар умуман кузатилмаган.

Ўтқир деструктив холецистит сабабли операция ўтказган 201 нафар бемордан 129 нафариди (64,2%) даволашнинг кечки муддатлардаги натижалари таҳлил қилиб чиқилган. ПХЭС нинг органик шакллари билан беморлар таққослаш гуруҳида (10%) асосий гуруҳи нисбатан (2,6%) кўп бўлган (4 – жадвал).

## Тадқиқот гуруҳларида постхолецистэктомия синдром частотаси

ПХЭС шакли	Тадқиқот гуруҳлари												Жами, n=129	
	Таққослаш гуруҳи (n=50)				Асосий гуруҳ (n=79)									
	ЛХЭ дан кейинги ҳолат (n=14)		ТХЭ дан кейинги ҳолат (n=36)		ЛХЭ дан кейинги ҳолат (n=21)		МЛХЭ дан кейинги ҳолат (n=58)		абс.		%			
Холецистэктомия баъариш вақтида гўриланмаган ўзгаришлар сабабли юзага келган ПХЭС	резидуал холедохолитиаз	1	7,1									1	0,8	
	стенозловчи папиллит			1	2,8	1	4,8*					2	1,5	
Жарроҳлик аралашувлари натижасида юзага келган ўзгаришлар билан боғлиқ ПХЭС	ўт йўллариининг ятроген шикастланишлари	1	7,1									1	0,8	
	ўт чиқарувчи йўллариининг чандикли структура ва деформациялари, ҳамда сафро чиқарилишининг бузилиши	1	7,1	1	2,8							2	1,5	
	ўт пуфагининг қолдиқ чўлғоғи			2	5,6			1	1,7			3	2,3	
Холециститнинг узоқ муддат кечиши сабабли юзага келган, ҳамда холецистэктомия вақтида бартараф этилмаган гепатопанкреатодуоденал соҳа аъзолариининг зарарланишлари	сурункали панкреатит			1	2,8	1	4,8					2	1,5	
	сурункали холангиогепатит			1	2,8							1	0,8	
	сурункали гастродуоденит	1	7,1					1	1,7			2	1,5	
	сурункали колит			1	2,8							1	0,8	
	астеновегетатив синдром	1	7,1			1	4,8					2	1,5	
Жами ПХЭС	5	35,7	7	19,4	3	14,3**	2	3,4			17	13,2		
ПХЭС билан беморлар сони	4	28,6	5	13,9	2	9,5	1	1,7			12	9,3		
$\chi^2$ - мезъони	Df=1; $\chi^2 = 4.692$ ; p=0,031													

Изоҳ:

■ - ўт чиқарувчи йўллар бутунлигининг бузилиши билан кечувчи ПХЭС билан беморлар; ■ - ўт чиқарувчи йўллар бутунлигининг бузилишсиз ПХЭС нинг органик шакли билан беморлар; ■ - функционал характердаги ПХЭС билан беморлар.

\* - таққослаш гуруҳидаги кўрсаткичларга нисбатан фарқлар аҳамиятли (\* - P<0,05, \*\* - P<0,001).

2019 йилдан бошлаб, ПХЭС нинг ўт чиқарувчи йўллар бутунлигининг бузилиши ва бузилишисиз кечувчи шакллари билан беморлар сонининг яққол камайганлигини ўткир деструктив холецистит билан беморларни жарроҳлик давосида табақалаштирилган ёндашувга ўтилгани билан боғланган. Кичик кесим орқали холецистэктомияда ишлаб чиқилган янги, жароҳатни кенгайтирувчи асбобнинг қўлланилиши операциядан кейинги жарроҳлик даволашнинг эрта ва кечки натижаларини яхшилаш имконини берган.

Шундай қилиб, ишлаб чиқилган дастур, ўткир деструктив холецистит билан беморларни жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш алгоритми, ишлаб чиқилган кичик кесим орқали холецистэктомия бажаришга мўлжалланган жароҳатни кенгайтирувчи асбобнинг қўлланилиши операциядан кейинги эрта асоратлар частотасини 13,4% дан (таққослаш гуруҳидаги 11 нафар бемор) 1,7% гача (асосий гуруҳидаги 2 нафар бемор ( $\chi^2$  меъзони = 4.954; Df=1; p=0,027) ва операциядан кейинги кечки муддатларда ПХЭС нинг 24,0% дан (таққослаш гуруҳидаги 12 нафар бемор) 6,3% гача (асосий гуруҳидаги 5 нафар бемор ( $\chi^2$  меъзони = 4.692; Df=1; p=0,031) камайтириш орқали кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш имконини берган.

Беморларни ҳаёт сифатини баҳолаш мақсадида дастур ишлаб чиқилган бўлиб, холецистэктомия ўтказган беморларда объектив ва субъектив белгилар, ҳамда инструментал текшириш маълумотларидан фойдаланиб уларнинг кундалик жисмоний, руҳий ва ижтимоий фаолиятини баҳолаш мумкин.

Ишлаб чиқилган дастур бўйича, операциядан кейин кузатувда бўлган 129 нафар холецистэктомия ўтказган бемордан 40 нафарининг (31,0%) ҳаёт сифати ўрганилган. Бунда, аъло ва яхши натижалар асосий гуруҳда 95,4%ни ташкил этган бўлса (22 нафар бемордан 21 нафари), таққослаш гуруҳида ушбу кўрсаткич 83,3% ни ташкил этган (18 нафар бемордан 15 нафарида). Умуман олганда, барча умумлаштирилган натижалар бўйича асосий гуруҳда энг яхши ишончли натижалар олинган (гуруҳлар орасида  $\chi^2$  меъзони = 43.087; Df=3; p<0,001).

## ХУЛОСА

1. Холецистэктомия лапароскопик, мирилапаротом ва лапаротом усуллар орқали ўтказилган ўткир деструктив холецистит билан беморлар стресс гормонлари даражасини ўрганиш натижасида оператив аралашувнинг жарроҳлик агрессияси даражасига ЛХЭ да “пневмоперитонеум” ўтказилиши ва операция давомийлиги энг катта таъсир кўрсатиши аниқланган. Ўт йўлларида мирилапаротом кесим орқали ўтказилган операциялар жарроҳлик агрессияси ва стресс синдром даражаси бўйича кам инвазив усуллар қаторига киритилиши мумкин.

2. Ўткир деструктив холецистит билан беморларни юритишнинг, касаллик кечишининг оғирлик даражасини баллли баҳолаш дастури асосида тавсия этилган, даволаш – ташхислаш алгоритми асосий гуруҳдаги беморларнинг 31,9% ва 68,1% ида лапароскопик ва минилапаротом усулда холецистэктомия ўтказишга ва шу орқали операция давомийлигини  $66,5 \pm 4,9$  дақиқадан  $42,1 \pm 2,9$  дақиқাগача ( $t$ -меъзони  $=4,23$ ;  $p < 0,001$ ) қисқартириш имконини берган.

3. Ишлаб чиқилган «жароҳатни кенгайтирувчи асбоб»нинг қўлланилиши ҳисобига операциядан кейинги эрта асоратларни 10,2%дан 1,2%гача, операциядан кейинги кечки муддатларда ПХЭС ни 13,9%дан 1,7%гача камайтиришга, операция вақтидаги қон кетишлар, ҳамда ўт йўллариининг ятроген шикастланишларини умуман бўлмаслигига эришилган.

4. Операция усулини танлашга комплекс ёндашув асосида ишлаб чиқилган ўткир деструктив холецистит билан беморларни жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш алгоритми операциядан кейинги эрта асоратлар частотасини 13,4%дан (таққослаш гуруҳидаги 11 нафар бемор) 1,7%гача (асосий гуруҳдаги 2 нафар бемор ( $\chi^2$  меъзони  $= 4.954$ ;  $Df=1$ ;  $p=0,027$ ) ва операциядан кейинги кечки муддатларда ПХЭС нинг 24,0% дан (таққослаш гуруҳидаги 12 нафар бемор) 6,3%гача (асосий гуруҳдаги 5 нафар бемор ( $\chi^2$  меъзони  $= 4.692$ ;  $Df=1$ ;  $p=0,031$ ) камайтириш орқали кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш имконини берган.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 ПРИ  
БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ  
ИНСТИТУТЕ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**  

---

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ**

**САЙДУЛЛАЕВ ЗАЙНИДДИН ЯХШИБОВЕВИЧ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**Бухара – 2021**



Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2020.3.PhD/Tib1450.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском институте.

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

**Научный руководитель:**

Давлатов Салим Сулаймонович  
PhD, доцент

**Официальные оппоненты:**

Абдурахманов Маъмур Мустафаевич  
доктор медицинских наук

Махмудов Улугбек Маруфджанович  
доктор медицинских наук

**Ведущая организация:**

Южно-Казахстанская медицинская академия  
(Казахстан)

Защита состоится «20 января» 2022 г. в 12<sup>30</sup> часов на заседании Научного Совета DSc./PhD04/30.12.2019Tib.93.01 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200100, Республика Узбекистан, г. Бухара, пр-т. Наваи, 1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru) ).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за № 068). Адрес: 200100, Республика Узбекистан, г. Бухара, пр-т. Наваи, 1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.

Автореферат диссертации разослан «22 декабря» 2021 года.  
(реестр протокола рассылки № 14 от 22 декабря 2021 года).



**А.Ш. Иноятгов**

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

**Д.Н. Ачилова**

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

**Н.А. Нуралиев**

Председатель Научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней доктор медицинских наук, профессор



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

### **Актуальность и востребованность темы. диссертации.**

Заболеваемость желчнокаменной болезнью и количество связанных с нею осложнений неуклонно увеличиваются, их доля на сегодняшний день достигает 40% среди заболеваний желудочно-кишечного тракта. В среднем у каждой пятой женщины и у каждого десятого мужчины выявляются конкременты в желчном пузыре. Ежегодно холелитиаз диагностируется у 1 млн человек. По данным различных авторов во всем мире заболеваемость населения желчнокаменной болезнью составляет около 10-12%. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире в связи с увеличением заболеваемости желчнокаменной болезнью отмечается рост числа больных с деструктивными формами данной патологии<sup>1</sup>. Несмотря на большие успехи малоинвазивной хирургии в лечении желчнокаменной болезнью, однако среди хирургов до сих пор нет единого мнения о тактике ведения данной категории больных, показаниях и противопоказаниях к малоинвазивным вмешательствам.

Ряд авторов считают, что холецистэктомия из широкого доступа остаётся эффективным методом лечения острого холецистита. Показанием к широкой лапаротомии считают, острый деструктивный холецистит, осложненный перивезикальным абсцессом<sup>2</sup>. Это связано с технической сложностью выполнения холецистэктомии из минилапаротомного доступа при деструктивных формах острого холецистита, осложненного плотным околопузырным инфильтратом, что нередко приводит к переходу на широкую лапаротомию с развитием связанных с ней осложнений в послеоперационном периоде. Именно у больных с околопузырным инфильтратом при выполнении малоинвазивной холецистэктомии ятрогенное повреждение внепеченочных желчных протоков, сосудов гепатодуоденальной связки или ворот печени встречается наиболее часто. В то же время, переход на широкую лапаротомию не является оптимальным путем решения проблемы хирургического лечения острого холецистита, осложненного инфильтратом.

В настоящий период в отечественном здравоохранении предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению медицинской помощи. В этом направлении, в частности, в улучшении качества хирургического лечения больных острым деструктивным калькулезным холециститом, достигнуты положительные результаты. Вместе с тем для совершенствования системы оказания медицинской помощи требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности новых методов профилактики желчнокаменной болезни. В стратегию

---

<sup>1</sup> World Health Organization. Hernias: fact sheet no. 199. World Health Organization website. 2017. [www.who.int/iris/handle/10589/1111189](http://www.who.int/iris/handle/10589/1111189).

<sup>2</sup> Бабаджанов А.Х., Курбаниязов З.Б., Байбеков Р.Р. Факторы риска повреждений и посттравматических стриктур внепеченочных желчных протоков. // Вестник врача, 2019, №3, С. 162-171.

действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017 - 2021 годы поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи онкологическим больным и другим уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности<sup>3</sup>. Реализация данных задач, в том числе, улучшение качества лечения острый деструктивный калькулезный холецистит путем совершенствования хирургической тактики и разработки эффективных методов снижения осложнений в послеоперационном периоде, является одним из актуальных направлений.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указе Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», Постановлениях Президента Республики Узбекистан № ПП-4887 от 10 ноября 2020 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы Государственного управления сферой здравоохранения», №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также в других нормативно-правовых документах, касающихся деятельности в данном направлении.

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

**Степень изученности проблемы.** Анализ данных литературы показал, что, несмотря на многочисленные научные исследования, проблема диагностики и лечения острый деструктивный калькулезный холецистит в экстренной билиарной хирургии сохраняет свою актуальность. При этом обращает на себя внимание то обстоятельство, что большинство исследований посвящено диагностике и лечению острый деструктивный калькулезный холецистита традиционными клинико-лабораторными и инструментальными методами, которые позволяют достаточно точно определить тяжесть патологического процесса и воздействовать на него, но в силу их инвазивности таят в себе возможность развития различных осложнений (Назыров Ф.Г., и соавт. 2010). Анализ современной литературы показывает, что имеются несколько направлений в лечении острый деструктивный калькулезный холецистита: традиционные и миниинвазивные оперативные вмешательства. «Однако наиболее доступным направлением в повседневной практике остаются открытые оперативные вмешательства при остром холецистите» (Хаджибаев А.М. и соавт. 2019). На основании полученных результатов, было решено пересмотреть вопросы подготовки

---

<sup>3</sup> Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. №УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

специалистов, как в плане ранней дооперационной диагностики острый деструктивный калькулезный холецистит, так и повышения технического мастерства хирургов, проводящих подобные операции (Прудков М.И. 2020) В то же время, следует отметить, что до настоящего времени в диагностической программе острый деструктивный калькулезный холецистит окончательно не установлена роль и место современных лучевых методов (МСКТ, МРТ-холангиография). Наряду с этим, не до конца разработаны конкретные показания к применению различных эндобилиарных вмешательств в коррекции, имеющих у этих больных явлений механической желтухи и гнойного холангита, не установлены роль и место в лечебной схеме лапароскопических вмешательств. Между тем, в настоящее время имеется настоятельная необходимость разработки надежного лапароскопического способа лечения больных желчнокаменной болезнью, осложненной острым деструктивным калькулезным холециститом...» (Тамм Т.И. и соавт. 2016) Наконец, не разработан лечебно-диагностический алгоритм ведения больных острым деструктивным калькулезным холециститом с указанием четких стандартов действия в конкретных клинических случаях.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что в настоящий период лечебно-диагностическая тактика при остром деструктивном калькулезном холецистите относится к одной из актуальных и до конца нерешенных проблем современного здравоохранения. В этой связи возникает необходимость пересмотра критериев радикальности оперативного вмешательства при остром деструктивном калькулезном холецистите в зависимости от информативности неинвазивных методов медицинской визуализации, позволяющих на предоперационном этапе оценить особенности клинического течения заболевания и выявить признаки агрессии заболевания, в связи с чем, особенно актуальной становится оптимизация алгоритма диагностики с целью выбора наиболее радикальной тактики хирургического лечения в каждом конкретном случае.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского института по теме: «Разработка усовершенствованных способов диагностики и хирургического лечения больных острым деструктивным холециститом» (2017-2021 гг.).

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

**Задачи исследования:**

изучить эндокринные параметры хирургического стресса при холецистэктомии из минилапаротомного, лапароскопического и лапаротомного доступов;

оптимизировать лечебно-диагностический алгоритм при остром деструктивном холецистите с учетом критериев, влияющих на выбор рационального варианта оперативного вмешательства;

оценить эффективность усовершенствованного хирургического инструмента для безопасного выполнения холецистэктомии из минилапаротомного доступа;

провести сравнительный анализ результатов холецистэктомии, выполненных из различных операционных доступов.

**Объектом исследования** явились 201 больной с острым деструктивным калькулезным холециститом, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении 1-й клиники Самаркандского государственного медицинского института в сроки с 2017 по 2021 год.

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

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

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

изучены уровень стрессорных гормонов в динамике до, во время основного хирургического вмешательства и на 3-и сутки после него в зависимости от избранного оперативного доступа;

разработана программа выбора хирургической тактики лечения больных острым деструктивным холециститом с учетом индивидуальных особенностей организма;

усовершенствован хирургический инструмент – «ранорасширитель» для безопасной холецистэктомии из минилапаротомного доступа, позволяющий нивелировать риск интраоперационного кровотечения и ятрогенных повреждений желчных путей;

оптимизирована специфическая шкала для оценки качества жизни пациентов, перенесших холецистэктомию, с учетом верификации факторов, влияющих на течение послеоперационного периода и вероятность постхолецистэктомического синдрома.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

определены показания для выполнения холецистэктомии из минилапаротомного, лапароскопического и лапаротомного доступов с учетом предложенного алгоритма выбора тактики лечения с балльной оценкой тяжести течения заболевания;

модифицирован метод холецистэктомии из минилапаротомного доступа путем применения предложенного инструмента, который способствует максимальной экспозиции без риска перехода к конверсии;

усовершенствована шкала для оценки качества жизни пациентов, перенесших холецистэктомию, с учетом основных факторов, влияющих на физическую, психическую и социальную повседневную деятельность больных.

**Достоверность результатов исследования** обосновывается тем, что методы решения рассмотренных в диссертации проблем основываются на современных научно-практических представлениях и подходах к диагностике и хирургическому лечению пациентов с деструктивного холецистита. Выводы в работе сделаны на основе результатов, обработанных с использованием современных методов математической статистики, таких как критерий Стьюдента и вариационный анализ с расчетом доверительных интервалов и доверительных вероятностей.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.** Научная значимость результатов исследования определялось тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в разработку современных подходов в лечении пациентов с острым деструктивным калькулезным холециститом. Ретроспективным анализом хирургического лечения больных острым деструктивным холециститом доказано, что максимальный «стресс» имел место непосредственно во время лапароскопической операции, однако в ближайшем послеоперационном периоде был наименьшим по сравнению с другими вариантами использованных оперативных доступов. Разработана программа выбора хирургической тактики лечения больных острым деструктивным холециститом с учетом индивидуальных особенностей организма. Усовершенствован хирургический инструмент – «ранорасширитель» для безопасной холецистэктомии из минилапаротомного доступа, позволяющий нивелировать риск интраоперационного кровотечения и ятрогенных повреждений желчных путей. Оптимизирована специфическая шкала для оценки качества жизни пациентов, перенесших холецистэктомию, с учетом верификации факторов, влияющих на течение послеоперационного периода и вероятность постхолецистэктомического синдрома. Отдельные результаты работы могут быть использованы в целях совершенствования содержания и структуры программы обучения магистров, курсантов и клинических ординаторов по диагностике и лечению больных с острым деструктивным калькулезным холециститом.

Практическая ценность работы заключается в том, что основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы при диагностике и лечении больных с острым деструктивным калькулезным холециститом в медицинских учреждениях различного уровня. Определены показания для выполнения холецистэктомии из минилапаротомного, лапароскопического и лапаротомного доступов с учетом предложенного алгоритма выбора тактики лечения с балльной оценкой тяжести течения заболевания. Модифицирован метод холецистэктомии из минилапаротомного доступа путем применения предложенного

инструмента, который способствует максимальной экспозиции без риска перехода к конверсии. Усовершенствована шкала для оценки качества жизни пациентов, перенесших холецистэктомию, с учетом основных факторов, влияющих на физическую, психическую и социальную повседневную деятельность больных. Разработана программа для определения выбора хирургической тактики при острой деструктивный калькулезный холецистит, позволившая улучшить результаты операций и сократить сроки послеоперационной реабилитации.

**Внедрение результатов исследования.** По результатам научного исследования по улучшению диагностики и хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом:

разработаны методические рекомендации «Хирургия острого деструктивного холецистита» (справка Министерства здравоохранения № 8н-р/984 от 1 ноября 2021 года), «Алгоритм ведения больных с острым деструктивным холециститом» (справка Министерства здравоохранения № 8н-р/996 от 1 ноября 2021 года). Предложенные рекомендации позволили оптимизировать выбор тактики хирургического лечения острой деструктивный калькулезный холецистита, с учетом комплексного подхода к выбору доступа, а также профилактики ПХЭС;

полученные научные результаты по улучшению качества диагностики и хирургического лечения больных с острой деструктивный калькулезный холецистит внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в отделения хирургии в 1-ой клиники Самаркандского государственного медицинского института, Самаркандского городского медицинского объединения и Бухарского областного многопрофильного медицинского центра (справка Министерства здравоохранения 8н-з/437 от 20 ноября 2021 года). Внедрение результатов исследований позволило улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 13,4% до 1,7% и ПХЭС с 24,0% до 6,3% (заключение Министерства здравоохранения 08-09/19851 от 15 декабря 2021 года).

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 12 научно-практических конференциях, в том числе, на 7 международных и 5 республиканских.

**Опубликованность результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 30 научных работ, из них 9 журнальных статей, 5 из которых в республиканских и 4 в зарубежном журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

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

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

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

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

Во второй главе диссертации **«Клиническая характеристика материалов и использованные методы исследований»** описаны материал и методы исследования, дана общая характеристика клинического материала, клинических и инструментальных методов исследования. Основу для исследования составили 201 больной острым деструктивным холециститом, поступивших в хирургические отделения 1-ой клиники Самаркандского государственного медицинского института в период с 2017 по 2021 гг. Пациенты условно разделены на две группы: группу сравнения составили 82 (40,8%) больных, которым холецистэктомия было произведено лапароскопическим методом и традиционным широким доступом, основную группу составили 119 (59,2%) больных, которым холецистэктомия произведено лапароскопическим методом и из минилапаротомного доступа.

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

Для получения объективных данных нами обследованы 57 пациентов с ОДКХ, у которых по различным причинам были выполнены три варианта холецистэктомий – лапароскопическая, из минилапаротомного и лапаротомного доступов.

При выборе изучаемых гормонов мы исходили из того, что одним из важнейших организаторов адаптационного синдрома при хирургическом стрессе является гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система, обеспечивающая при любых травматических воздействиях на организм

быстрое и адекватное в ответ на возмущение увеличение секреции глюкокортикоидов; этому предшествует усиление секреции гипоталамуса и АКТГ гипофизом. Исходя из сказанного, для оценки изменений нейроэндокринного ответа на холецистэктомию из разных оперативных доступов, нами изучены изменения ряда, так называемых, «стрессорных» гормонов до, во время операции и на третьи сутки после нее.

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

Проведенные исследования показали, что во время операции при выделении желчного пузыря изменчивость среднего количества пролактина показала, что при выделении желчного пузыря она была в 1,5 раза выше при лапароскопической методике (+832,2%), чем при холецистэктомии из минилапаротомного (+315%) и лапаротомного (+623,1%) доступов.

На 3 сутки после операции отмечено, что тенденция к нормализации пролактина была наиболее заметной после лапароскопической холецистэктомии – отклонение от исходных данных составила +123%, в то время как при лапаротомной методике это было менее выражено (+286%).

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

Кортизол – у обследованных нами больных исходный уровень его колебался от  $252,1 \pm 42,6$  до  $342,1 \pm 48,2$  нмоль/л, что было в пределах нормальных показателей. Максимальное повышение уровня кортизола отмечалось на этапе удаления желчного пузыря лапаротомным способом (+106,5%), чем при других методиках, лапароскопической (+56,1%) и минилапаротомной холецистэктомий (+19,6%). На 3 сутки после операции наиболее выраженные тенденции к нормализации содержания кортизола отмечены у больных после лапароскопической и минилапаротомной холецистэктомий, при которых изменчивость среднего количества гормонов по сравнению с исходным составило соответственно +4,5% и 37,6%, а при лапаротомной +59,2%.

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

Изменения концентрации ТТГ, уровень отклонения его по сравнению с исходными данными значительно выше при лапароскопической (+91,2%) и



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

Данные наших исследований позволяют заключить, что при холецистэктомии из минилапаротомного доступа наблюдается подъем уровня гормонов при операционном вмешательстве по своей выраженности располагающийся между лапароскопической и лапаротомной холецистэктомиях. Более резкий подъем уровня некоторых гормонов во время лапароскопической холецистэктомии можно объяснить влиянием напряженного карбоксиперитонеума, который сам по себе является достаточно стрессогенным фактором, связанным с растяжением брюшины, богатой нервными окончаниями. Однако при лапароскопической холецистэктомии возврат к исходному уровню стрессовых гормонов происходит быстрее, что, по-видимому, связано с меньшей травмой мышечных тканей при данной операции.

Таким образом, сравнительная оценка уровня стрессорного синдрома при операциях на желчных путях показала, что операции из минилапаротомного доступа по степени хирургической агрессии могут быть отнесены к малоинвазивным. Однако при продолжительности оперативного вмешательства уровень стрессорных гормонов параллельно увеличивается.

Следовательно, оптимальным способом хирургического вмешательства у больных с воспалительными заболеваниями желчных путей при тяжелых сопутствующих заболеваниях (заболевания сердечно-сосудистой системы и хронические заболевания легких и др.), когда противопоказана лапароскопическая холецистэктомия, является операция из минилапаротомного доступа, который, по проведенному нами исследованию, является менее травматичным, чем лапаротомный способ при средней длительности операции.

Четвертая глава диссертации «**Хирургическое лечение больных с острым деструктивным холециститом**» посвящена тактико-техническим подходам, используемым в 1-ой клиники СамМИ у пациентов с острым деструктивным холециститом. Нами разработана программа балльной оценки показаний к хирургическому лечению желчекаменной болезни.

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

По разработанной балльной шкале больным, набравшим от 0 до 5 баллов, рекомендуем лапароскопическую холецистэктомию и больным, набравшим выше 5 баллов холецистэктомию, рекомендуем через минилапаротомный доступ (табл. 1).

Таблица 1.

**Распределение больных основной группы в зависимости от клинической формы острого деструктивного холецистита и сопутствующей соматической патологии**

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

**Примечание:**  больные набравшие от 0 до 5 баллов, им произведено ЛХЭ;

 больные набравшие более 5 баллов, им произведено МЛХЭ.

В основной группе больных изначально холецистэктомия 47 (39,5% из 119) больным планировалась лапароскопическим методом, но из-за сложности продолжения операции и по данным диагностической лапароскопии из 47 больных 9 (19,1%) пациентов набрали выше 5 баллов, они подверглись конверсии. Причина конверсии представлена в таблице 2.

**Таблица 2.**

**Причина конверсии лапароскопической холецистэктомии в основной группе**

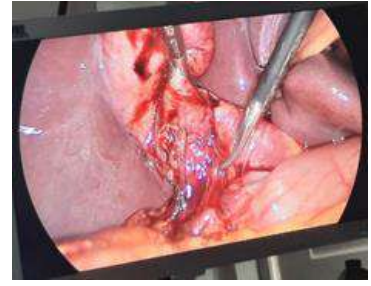
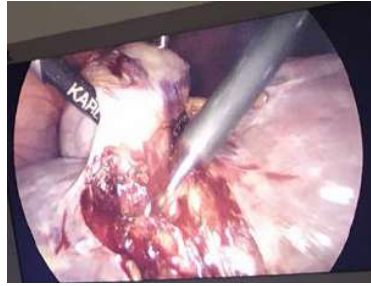
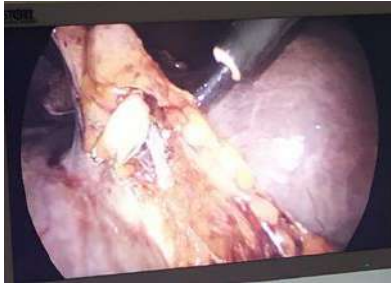
Причина конверсии	Количество больных (n=9)	
	абс.	%
Продолжительность операции более 30 мин.	3	77,8
Не идентифицируется пузырный и общий желчный проток	3	44,4
Идентифицируется широкий пузырный проток с утолщенной стенкой, имеется опасность соскальзывания клипс	2	22,2
Кровотечение	1	11,1

Как видно из таблицы 3 причиной конверсии у 3 больных продолжительность идентификации пузырного протока и магистральных желчных путей было более 30 минут, ещё у 3 больных из-за плотного инфильтрата в подпеченочной области идентифицировать стенку желчного пузыря заняло более 30 минут (рис. 1 – 2). В 2 случаях по разработанной программе больные набрали более 5 баллов по данным диагностической лапароскопии у них имелась опасность соскальзывания клипс из-за широкого пузырного протока с утолщенной стенкой. В 1 случае причиной конверсии послужило кровотечение из пузырной артерии с благоприятным исходом.

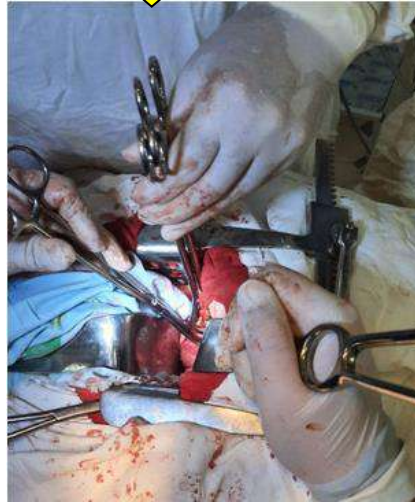
72 (60,5% из 119) больным учитывая клинические признаки течения острого холецистита, имеющуюся сопутствующую соматическую патологию и данные УЗ исследования холецистэктомия была произведена через минилапаротомный доступ.

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

В основной группе больных МЛХЭ проводилась в сроки более 72 часов от начала заболевания, причем в начале операции предпринимались попытки стандартной методики операции, а при возникновении технических трудностей ее проведения стремились выполнять нестандартные способы МЛХЭ.

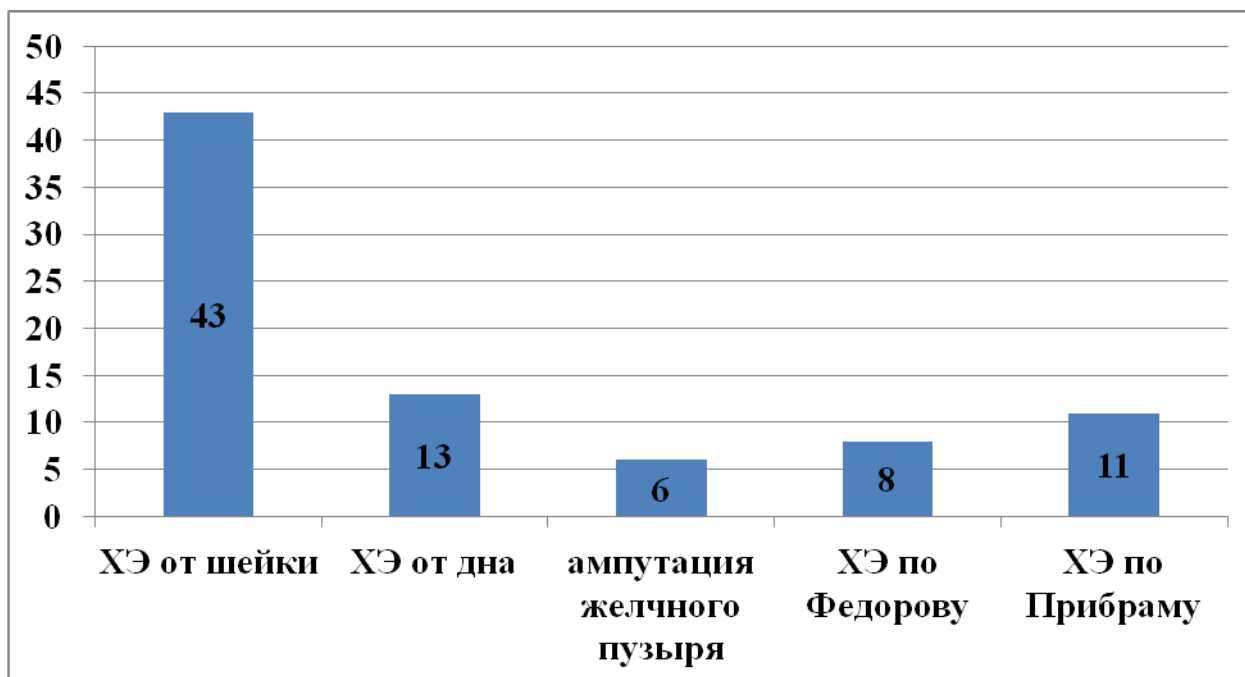


**Рис. 1. Этапы диагностической лапароскопии (больная Ш. 43 лет, и/б 6291/538). Продолжительность идентификации пузырного протока и магистральных желчных путей было более 30 минут**



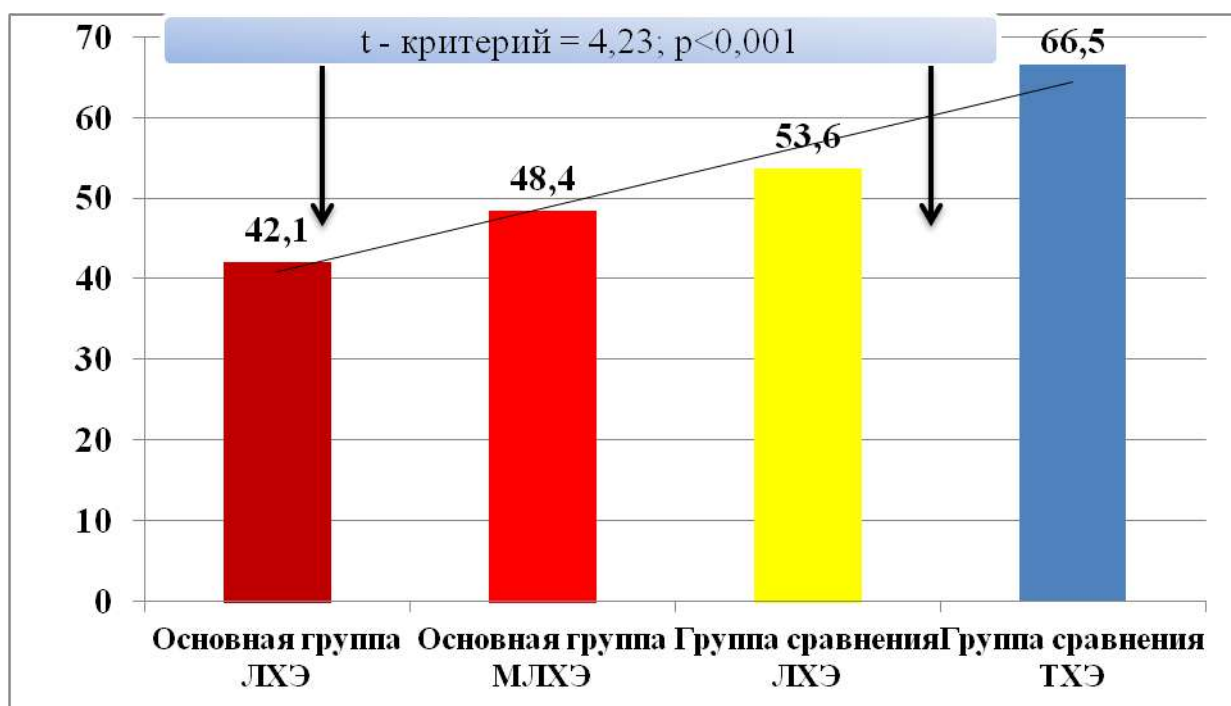
**Рис. 2. Переход на холецистэктомию от дна из мини доступа (больная Ш. 43 лет, и/б 6291/538).**

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



**Рис. 3. Распределение больных основной группы в зависимости от выполненного метода холецистэктомии из минилапаротомного доступа**

Сравнительные показатели продолжительности операции в минутах в зависимости от предпринятого доступа приведены на рис. 4. По этим значениям также отмечено достоверное отличие ( $p < 0,001$ ).



**Рис. 4. Сравнительные показатели продолжительности операции (мин) в зависимости от предпринятого метода холецистэктомии**

Таким образом, предложенная программа выбора методов холецистэктомии у больных с острым деструктивным холециститом с балльной оценкой тяжести течения заболевания, учитывающей клинические признаки течения заболевания, данные УЗИ и диагностической

лапароскопии, позволил сократить продолжительность операции с  $66,5 \pm 4,9$  до  $42,1 \pm 2,9$  минут (t-критерий = 4,23;  $p < 0,001$ ).

На основе клинического течения заболевания и программе для определения выбора хирургической тактики острого деструктивного холецистита нами разработан и внедрен в клиническую практику оптимальный лечебно-тактический алгоритм ведения больных острым деструктивным холециститом (рис. 5).

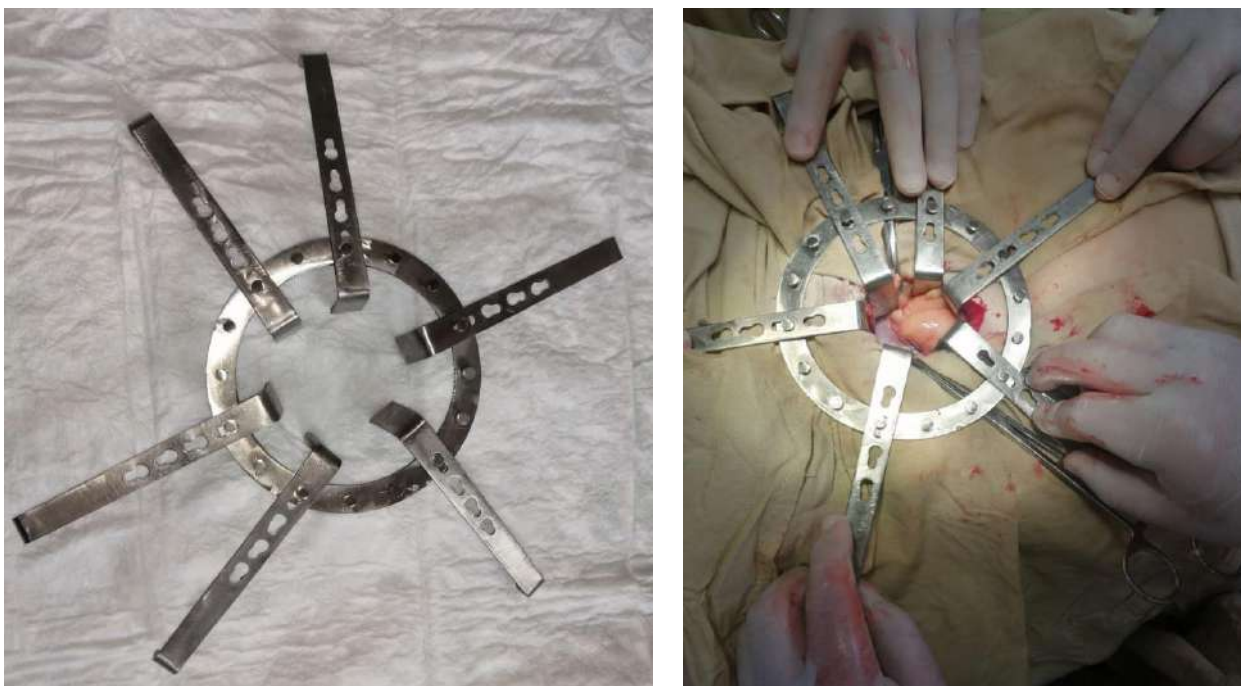


**Рис. 5. Лечебно-тактический алгоритм ведения больных с острым деструктивным холециститом**

Другим немаловажным инновационным решением, направленным на повышение угла операционного действия при топическом минидоступе, является использование возможностей ранорасширителя для тщательной ревизии гепатобилиарной системы, которая позволяет осмотреть труднодоступные места.

Хирургическая тактика и техника выполнения основных этапов холецистэктомии не отличалась от общепризнанной. Операции из минилапаротомии, выполняли с помощью разработанного нами устройства ранорасширитель (свидетельство об официальной регистрации полезной модели № FAP 01385, Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан «Ранорасширитель») (рис. 6).





**Рис. 6. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа с использованием разработанного нами устройства ранорасширитель**

Предлагаемое устройство удобное, простое и малотравматичное в применении. Рекомендуется к широкому использованию в практической медицине для расширения зоны операции.

В пятой главе диссертации «**Результаты хирургического лечения больных острым деструктивным холециститом**» приведены собственно результаты внедрения предложенных методов лечения с учетом всех основных аспектов достоверной оценки полученных результатов. Совершенствование выбора тактики хирургического лечения больных острым деструктивным холециститом, техники выполнения хирургического вмешательства, снижение травматичности хирургического доступа и другие новшества, разработанные и внедренные в рамках данного исследования, не могли не отразиться на непосредственных результатах ведения этой категории пациентов. Так, по сравнению с 2017-2018 гг. частота послеоперационных осложнений снизилась с 13,4 до 1,7%, т.е. в 8 раз. Значительно реже стали встречаться такие осложнения, как желчеистечение (в 5 раз), не было таких грозных осложнений как желчный перитонит и повреждение желчных протоков.

Проанализированы отдаленные результаты у 129 (64,2%) из 201 оперированных больных по поводу острого деструктивного холецистита. Больные с органической формой ПХЭС были больше в группе сравнения (10%), чем в основной группе (2,6%) (табл. 4).

Таблица 4.

## Частота постхолестистэктомического синдрома в исследуемых группах

Вид ПХЭС	Группа больных										Всего, n=129	
	Группа сравнения (n=50)				Основная группа (n=79)							
	состояние после ЛХЭС (n=14)		состояние после ТХЭС (n=36)		состояние после ЛХЭС (n=21)		состояние после МЛХЭС (n=58)				абс.	%
ПХЭС, обусловленный изменениями, некорригированными при холецистэктомии	резидуальный холедохолитиаз	1	7,1								1	0,8
	стенозирующий папиллит			1	2,8	1	4,8*				2	1,5
ПХЭС, обусловленный изменениями, возникшими в результате оперативных вмешательств	ятрогенные повреждения желчных протоков	1	7,1								1	0,8
	рубцовые стриктуры и деформация желчевыводящих протоков с нарушением оттока желчи	1	7,1	1	2,8						2	1,5
Поражения органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, связанные с длительным заболеванием холециститом и не устраненные холецистэктомией	остаточная культя желчного пузыря			2	5,6			1	1,7		3	2,3
	хронический панкреатит			1	2,8	1	4,8				2	1,5
Органические и функциональные заболевания желчного пузыря	хронический холангиогепатит			1	2,8						1	0,8
	хронический гастродуоденит	1	7,1					1	1,7		2	1,5
Всего ПХЭС	хронический колит			1	2,8						1	0,8
	астеновегетативный синдром	1	7,1			1	4,8				2	1,5
Число больных с ПХЭС		5	35,7	7	19,4	3	14,3**	2	3,4	17	13,2	
Критерий $\chi^2$		4	28,6	5	13,9	2	9,5	1	1,7	12	9,3	
Df=1; $\chi^2 = 4.692$ ; p=0,031												

Примечание:

■ - больные ПХЭС с разрушением целостности желчевыводящих путей; ■ - больные с органической формой ПХЭС без разрушения целостности желчевыводящих путей; ■ - больные с ПХЭС функционального характера

\* - различия относительно данных контрольной группы значимы (\* - P<0,05, \*\* - P<0,001).



Отмечаемое с 2019 г. резкое снижение количества больных ПХЭС с разрушением и без разрушения целостности желчевыводящих путей мы связываем с переходом на дифференцированный подход хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом. Применение разработанного нами нового инструмента ранорасширителя при холецистэктомии из минидоступа улучшило результаты хирургического лечения больных острым деструктивным холециститом в раннем и отдаленном послеоперационном периодах.

Таким образом, разработанная программа, разработанный алгоритм выбора тактики хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом и разработанное устройство ранорасширитель для холецистэктомии из минидоступа позволило улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 12,2% (10 пациентов в группе сравнения) до 1,6% (2 пациента в основной группе) (критерий  $\chi^2 = 4.954$ ; Df=1; p=0,027) и ПХЭС в отдаленном послеоперационном периоде с 24,0% (12 пациентов в группе сравнения) до 6,3% (у 5 пациентов в основной группе) (критерий  $\chi^2 = 4.692$ ; Df=1; p=0,031).

С целью оценки качества жизни пациентов, разработана программа, включающая в себя объективные и субъективные признаки, инструментальные данные по которым можно оценить физическую, психическую и социальную повседневную деятельность больных перенесших холецистэктомию.

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

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

1. Изучение уровня стрессорных гормонов при при холецистэктомии из минилапаротомного, лапароскопического и лапаротомного доступов у больных с острым деструктивным холециститом показало, что к степени хирургической агрессии оперативного вмешательства в большей степени влияло проведение “пневмоперитонеума” при ЛХЭ и продолжительность операции. Операции на желчных путях из минилапаротомного доступа по степени хирургической агрессии по оценке уровня стрессорного синдрома, могут быть отнесены к малоинвазивным.

2. Предложенный лечебно-диагностический алгоритм ведения больных с острым деструктивным холециститом с балльной оценкой тяжести течения заболевания позволил в 31,9% и 68,1% случаев в основной группе выполнить

лапароскопическую холецистэктомию и холецистэктомию из минидоступа соответственно и тем самым сократить продолжительность операции с  $66,5 \pm 4,9$  до  $42,1 \pm 2,9$  минут (t-критерий = 4,23;  $p < 0,001$ ).

3. За счет применения разработанного инструмента – «ранорасширитель» удалось снизить частоту осложнений в ближайшем послеоперационном периоде с 10,2% до 1,2%, ПХЭС в отдаленном послеоперационном периоде с 13,9% до 1,7%, а случаи интраоперационного кровотечения и ятрогенных повреждений желчных позволило свести к нулю.

4. Разработанный алгоритм выбора тактики хирургического лечения больных деструктивным холециститом, с учетом комплексного подхода к выбору доступа позволил улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 13,4% (11 пациентов в группе сравнения) до 1,7% (2 пациента в основной группе) (критерий  $\chi^2 = 4.954$ ; Df=1;  $p=0,027$ ) и ПХЭС в отдаленном послеоперационном периоде с 24,0% (12 пациентов в группе сравнения) до 6,3% (у 5 пациентов в основной группе) (критерий  $\chi^2 = 4.692$ ; Df=1;  $p=0,031$ ).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01  
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES AT THE  
BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

---

**SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE**

**SAYDULLAYEV ZAYNIDDIN YAXSHIBOYEVICH**

**IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS  
WITH ACUTE DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS**

**14.00.27 – Surgery**

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

**Bukhara – 2021**

**Subject of dissertation (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the № B2020.3.PhD/Tib1450.**

The dissertation was completed at the Samarkand State Medical Institute.

The dissertation author's abstract in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the website of the Scientific Council ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) and the Information-educational portal "Ziyonet" ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Research leader:**

**Davlatov Salim Sulaymanovich**  
PhD, docent

**Official opponents:**

**Abdurakhmanov Mamur Mustafayevich**  
Doctor of Medical Sciences

**Makhmudov Ulugbek Marufdjanovich**  
Doctor of Medical Sciences

**The leading organization:**

**South Kazakhstan Medical Academy**  
(Kazakhstan)

Defense will take place on «20 January» 2022 at 12<sup>30</sup> at the meeting of Scientific Council DSc/PhD.04/30.12.2019 Tib.93.01 at the Bukhara State medical institute (address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A.Navoiy str.1. Phone/fax: (+99865) 223-00-50; Phone: (+99865) 223-17-53, e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru).)

The dissertation can be reviewed at the Information Resource Center of the Bukhara State medical institute (registered number № 068). (Address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A. Navoiy str.1. Phone: (+99865) 223-00-50)

Abstract of dissertation sent out on «22 december» 2021 year.  
(mailing report № 24 on «22» december 2021 year).



**A.Sh. Inoyatov**

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

**D.N. Achilova**

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Philosophy (PhD), docent

**N.A. Nuraliyev**

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

## INTRODUCTION (abstract of the doctoral (doctoral) dissertation)

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

**The object of the study** was 201 patients with acute destructive calculous cholecystitis who were hospitalized in the surgical department of the 1st clinic of the Samarkand State Medical Institute in the period from 2017 to 2021.

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

- the level of stress hormones was studied in dynamics before, during the main surgical intervention and on the 3rd day after it, depending on the chosen surgical access;

- a program for the choice of surgical tactics for the treatment of patients with acute destructive cholecystitis, taking into account the individual characteristics of the organism, has been developed;

- improved surgical instrument - "retractor" for safe cholecystectomy from minilaparotomic access, allowing to level the risk of intraoperative bleeding and iatrogenic injuries of the biliary tract;

- a specific scale for assessing the quality of life of patients who underwent cholecystectomy was optimized, taking into account the verification of factors affecting the course of the postoperative period and the likelihood of postcholecystectomy syndrome.

**Implementation of research results.** According to the results of scientific research to improve the diagnosis and surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis:

methodological recommendations were developed "Surgery of acute destructive cholecystitis" (certificate of the Ministry of Health No. 8n-r / 984 dated November 1, 2021), "Algorithm for the management of patients with acute destructive cholecystitis" (certificate of the Ministry of Health No. 8n-r / 996 dated November 1, 2021 et certificate of the Ministry of Health No 08-09/19851 dated December 15, 202). The proposed recommendations made it possible to optimize the choice of tactics for surgical treatment of APC, taking into account an integrated approach to the choice of access, as well as the prevention of PCES;

the obtained scientific results on improving the quality of diagnosis and surgical treatment of patients with CHD have been introduced into practical health care activities, in particular, in the surgery department in the 1st clinic of the Samarkand State Medical Institute, the Samarkand City Medical Association and the Bukhara Regional Multidisciplinary Medical Center (certificate of the Ministry of Health 8n -z / 437 dated November 20, 2021). The implementation of research results made it possible to improve the quality of care by reducing the frequency of immediate postoperative complications from 13.4% to 1.7% and PCES from 24.0% to 6.3% (conclusions of the Ministry of Health No. 08-09 / 19851 December 15, 2021).

**Structure and volume of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, five chapters, conclusions, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of text material is 116 pages.

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

**I бўлим (I часть; part I)**

1. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Сайдуллаев З.Я., Вафаева И.М. Ранорасширитель. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, 2019. № FAP 01385.
2. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Рахманов С.С., Сайдуллаев З.Я., Собиров Ж.С., Курбанов А.С. Усовершенствованный метод минилапаротомной холецистэктомии // Вестник ТМА. – Ташкент. - 2014. - №4. - С. 41 – 44. (14.00.00; №13).
3. Курбаниязов З.Б., Сайдуллаев З.Я., Давлатов С.С., Сулайманов С.У. Современное состояние вопроса хирургического лечения острого холецистита // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2015. - №1 (82). - С. 180-183. (14.00.00; №19).
4. Сайдуллаев З.Я., Давлатов С.С. Выбор хирургической тактики при остром деструктивном холецистите // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2021. - №4 (129). - С. 105-109. (14.00.00; №19).
5. Сайдуллаев З.Я., Давлатов С.С. Результаты хирургического лечения больных острым деструктивным холециститом из минилапаратомного доступа // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2021. - №4 (129). - С. 110-114. (14.00.00; №19).
6. Saydullayev Z. Ya., Davlatov S. S., Rakhmanov K.E. Surgical treatment of gallstone disease (literature review). Journal of Biomedicine and Practice. Samarkand, 2021. vol. 6, issue 4, P.143-150. (14.00.00; №24).
7. Davlatov S.S., Rakhmanov Q.E. Saydullayev Z.Ya., Sherbekov U.A. Algorithm for the management of patients with bile duct after cholecystectomy // Intenational Journal of Ppharmaceutical Research. India, 2020. Vol 12. - P. 1008-1012 (Scopus).
8. Saydullayev Z.Ya., Davlatov S.S., Murtazayev Z.I., Rakhmanov K.E. Minimally Invasive Methods of Treatment of Patients with Acute Cholecystitis // Annals of R.S.C.B. Romania, 2021. Vol. 25, Issue 4. - P. 1956 – 1961. (Scopus).
9. Saydullayev Z.Ya., Rakhmanov K.E., Davlatov S.S., Gaziyeu K.U. Results of surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis from minilaparotomic access // American Journal of Medicine and Medical Sciences - America, 2021, 11(8). – P. 593 - 597. (14.00.00; №2).
10. Saydullaev, Z. Y.; Davlatov, S. S.; Rakhmanov, K. E. Вдосконалення хірургічної тактики при гострому деструктивному холециститі // Шпитальна хірургія. –Украина, Тернопіль, 2021. - P. 17-22. (14.00.00; №12, 18, 35).

## II бўлим (II часть; II part)

11. Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Сайдуллаев З.Я. Алгоритм ведение больных желчеистечением после холецистэктомии // Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – Самарканд, 2020. №1 (Том 1). - С. 23 – 27.

12. Сайдуллаев З.Я, Рустамов С.У. Хирургия ятрогенных повреждений магистральных желчных протоков (Обзор литературы) // Достижения науки и образования. – Москва, 2020 №16 (70). - С. 77 – 86.

13. Сайдуллаев З.Я, Эргашев Ф.Р., Рустамов С.У. «Свежие» повреждения внепеченочных желчных протоков (Обзор литературы) // Вопросы науки и образования. – Москва, 2020 №41 (125). - С. 104 - 141.

14. Сайдуллаев З.Я, Эргашев Ф.Р., Рустамов С.У. Результаты хирургического лечения больных с повреждениями магистральных желчных протоков // Вопросы науки и образования. – Москва, 2020 №41 (125). - С. 126 - 154.

15. Бабажанов А.С., Сайдуллаев З.Я., Вохидов Ж.Ж. Acute cholecystitis in elderly and senile patients // Вопросы науки и образования. - Москва, 2018 №24 (36). - С. 85-88.

16. Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Шербек У.А., Сайдуллаев З.Я. Причины и пути предупреждения ранних билиарных осложнений после холецистэктомии // Вестник науки и образования. – Москва, 2020. №10 (88). Часть 4. - С. 93 – 97.

17. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Сайдуллаев З.Я., Холбутаев О.И. Эффективность использования миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Академический журнал Западной Сибири. Материалы III научно-практической конференции с международным участием «Естественные науки: достижения нового века».- Шарджа, 2013. №4 (47), Том 9. С. 56-57.

18. Давлатов С.С., Холбутаев О.И., Сайдуллаев З.Я. Миниинвазивные методы хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Сборник материалов 68 научной конференции студентов-медиков с международным участием. - Самарканд, 2014. - С. 25-26.

19. Холбутаев О.И., Сайдуллаев З.Я., Курбаниязов З.Б., Хужабаев С.Т., Давлатов С.С. Оценка эффективности миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // The first international conference on biology and medical sciences. - Австрия, Вена, 2014. - С. 101-107.

20. Холбутаев О.И., Сайдуллаев З.Я. Хирургическое лечение больных деструктивным холециститом // ХИСТ Всеукраїнський журнал молодих вчених. - Украина, 2015. Выпуск 17. - С. 426.

21. Бабажанов А.С., Ахмедов Г.К., Сайдуллаев З.Я., Курбанов Х.Б., Бахромов С.С. Особенности лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии // EUROPEAN RESEARCH. Сборник статей XIV-

международной научно-практической конференции. – Пенза. Россия, 2018. - С. 131-135.

22. Шербеков У.А., Рустамов М.И., Сайдуллаев З.И. Холецистэктомия миниинвазивных доступа при деструктивных формах острого холецистита // Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции с международным участием “Инновационные технологии в хирургической практике, травматологии и ортопедии”. - Ташкент, 2018. - С. 82-83.

23. Сайдуллаев З.Я., Шеркулов К.У., Дусияров М.М. Способ холецистэктомии из мини доступа // Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции с международным участием “Инновационные технологии в хирургической практике, травматологии и ортопедии”. - Ташкент, 2018. - С. 83-84.

24. Рустамов М.И., Дусияров М.М., Сайдуллаев З.Я., Шеркулов К.У. Способ холецистэктомии из минилапаротомного доступа // Материалы Республиканской научно-практической конференции “Развитие и перспективы использования миниинвазивных технологии в медицине и хирургии”. - Ургенч, 2018. - С. 26.

25. Saydullayev Z.Ya. The effectiveness of minimally invasive surgical methods for patients with acute destructive cholecystitis // Актуальные проблемы современной медицины материалы 74-й Международной научно-практической онлайн конференции студентов-медиков и молодых учёных, посвященной 90-летию СамГМИ. Биология ва тиббиёт муаммолари. - Самарканд, 2020. №1.1 (117). - С. 68.

26. Давлатов С.С., Сайдуллаев З.Я. Инструментальные методы диагностики острого деструктивного холецистита // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2021. - №5.1 (131). - С. 28-31.

27. Давлатов С.С., Сайдуллаев З.Я., Муртазаев З.И., Рустамов М.И., Хужабоев С.Т. Программа для диагностики и выбора тактики лечения острого калькулёзного холецистита и его осложнений // Государственное патентное ведомство РУз. Свидетельство № DGU 10682. от 30.03.2021 г.

28. Хужабоев С.Т., Рустамов М.И., Сайдуллаев З.Я., Дусияров М.М. Хирургия желчнокаменной болезни у больных с повышенным операционным риском. Монография. Самарканд. Издательство “Тиббиёт кўзгуси”. 2021. 104 стр.

29. Давлатов С.С., Сайдуллаев З.Я. Алгоритм ведения больных с острым деструктивным холециститом // Методические рекомендации. Самарканд, 2021. 32 с.

30. Давлатов С.С., Сайдуллаев З.Я., Рахманов К.Э. Ўткир деструктив холецистит хирургияси // Методические рекомендации. Самарканд, 2021. 64 с.





Автореферат “Дурдона” нашриётида таҳрирдан ўтказилди ва ўзбек, рус ҳамда инглиз тилларидаги матнларнинг мослиги текширилди.



Босишга рухсат этилди: 21.12.2021. Бичими 60x84 1/16. Рақамли босма усулида босилди. Times New Roman гарнитураси. Шартли босма тобоғи: 3.0. Адади 100 нусха. Буюртма №456.

Гувоҳнома АИ № 178. 08.12.2010.

“Sadriiddin Salim Buxoriy” МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди.  
Бухоро шаҳри, М.Иқбол кўчаси, 11-уй. Тел.: 0(365) 221-26-45.



