

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

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

САИДМУРОДОВ КАМОЛ БОТИРОВИЧ

**ЯХШИ СИФАТЛИ ЎТКИР ЙИРИНГЛИ ХОЛАНГИТНИ КОМПЛЕКС
ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА ТАКТИК-ТЕХНИК ЖИҲАТЛАРИНИ
ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

**тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси
АВТОРЕФЕРАТИ**

Бухоро – 2022

Фалсафа доктори(PhD)диссертацияси автореферати мундарижаси
Оглавление автореферата диссертации доктора философии(PhD)
Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy(PhD)

Саидмуродов Камол Ботирович

Яхши сифатли ўткир йирингли холангитни комплекс хирургик даволашда
тактик-техник жиҳатларини мақбуллаштириш3

Саидмуродов Камол Ботирович

Оптимизация тактико-технических аспектов комплексного хирургического
лечения острого гнойного холангита доброкачественного генеза23

Saidmurodov Kamol Botirovich

Optimization of tactical and technical aspects of complex surgical treatment of
acute purulent cholangitis of benign genesis41

Нашр этилган илмий ишлар руйхати

Список опубликованных работ

List of published works45

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

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

САИДМУРОДОВ КАМОЛ БОТИРОВИЧ

ЯХШИ СИФАТЛИ ЎТКИР ЙИРИНГЛИ ХОЛАНГИТНИ КОМПЛЕКС
ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА ТАКТИК-ТЕХНИК ЖИҲАТЛАРИНИ
ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

14.00.27 – Хирургия

тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси
АВТОРЕФЕРАТИ

Бухоро – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида № В2019.4.PhD/Tib.1106 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт институтида бажарилган.

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

Илмий раҳбар	Зафаржон Қурбаниязов тиббиёт фанлари доктори
Расмий оппонентлар	Хамдамов Бахтиёр Зарифович тиббиёт фанлари доктори (DSc) Махмадов Фарух Исроилович тиббиёт фанлари доктори (Тожикистон Республикаси)
Етакчи ташкилот	Академик В.Вахидов номидаги республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази

Диссертация химояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2022 йил «24» сентябр кuni соат 14:00 даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, А.Навоий шоҳ кўчаси, 1. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: buhmi@mail.ru).

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№ 041 рақам билан рўйхатга олинган) (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Навоий шоҳ кўчаси, 1-уй. Тел./факс: (99865) 223-00-50, Веб-сайт: www.bsmi.uz, E-mail: buhme@mail.ru).

Диссертация автореферати 2022 йил «5» сентябр кuni тарқатилди.
(2022 йил «5» сентябр даги 3 рақамли реестр баённомаси)



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

А.Ш. Иноят

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

Д.Н. Ачилова

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

Н.А. Нуралiev

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг маълумотларига кўра, "...ўт йўллари яллиғланиш касалликлари натижасида 46% ҳолатларда йирингли асоратларнинг ривожланиши, бу йўналишдаги тадқиқотларнинг етарли олиб борилишига қарамадан ҳозирги кунга қадар жуда долзарб муаммолигича қолмоқда..."¹ Ўт йўлларидаги яллиғланиш жараёни нафақат маҳаллий йирингли-деструктив жараён билан, балки тизимли ўзгаришлар натижасида тезда оғир эндоген захарланиш ривожланиши ва аъзолар фаолиятининг сезиларли даражада бузилиши билан характерланади. Бундай ҳолат кўпинча холангит деб баҳоланиб, у морфологик ва клиник белгиларининг турли оғирлик даражаларида ривожланиши билан намоён бўлади. Йирингли холангитнинг ривожланишида ўт-тош касаллиги натижасида ўт йўллари ички босимини ошиши, сафронинг инфекцияланиши ва яллиғланиш юзага келиши ҳисобига ўт йўллари ўтказувчанлигининг бузилиши ҳал қилувчи аҳамиятга эгадир. "Клиник жихатдан механик сариқлик белгилар 87% беморларда дарҳол юзага чиқади ва кейинчалик эндотоксикоз ривожланиб билиар сепсис ва полиорган етишмовчилиги босқичига ўтишига олиб келади"².

Дунё бўйича йирингли холангит билан касалланган беморларни даволашнинг асосий йўналиши бу имкон даражада ўт йўллари эрта декомпрессия қилиш, антибактериал терапияни сафронинг микрофлорасини уларга сезгирлигини аниқлаш орқали қўллаш ва дезинтоксикацион терапияни ўтказишдан иборат. Йирингли холангит билан касалланган беморларни жарроҳлик усули билан даволашнинг биринчи босқичда ўт йўллари декомпрессияси каминвазив усуллар: эндоскопик папиллосфинктеротомия орқали назобилиар дренажни ўрнатиш ёки тери орқали жигар орқали дренажлаш билан амалга оширилади. Иккинчи босқичда беморларга лапароскопик холецистэктомия ёки кичик кесма орқали холедохни ташқи дренажлаш билан холецистэктомия амалга оширилади. Шу билан бирга 36,0-55,5%гача ҳолатларда беморларда деструктив холециститни ўнг қовурға ёйи ости соҳадаги инфилтрат билан асоратланиши ёки маҳаллий перитонит, холецистодуоденал оқмалар сабабли бир вақтнинг ўзида очик жарроҳлик амалиётини амалга ошириш талаб этилади. Аммо жарроҳларни мазкур касалликни даволаш натижалари ҳар доим ҳам қониқтирмайди, септик асоратлар 20,0% беморларда, ўлим ҳолатлари 6,25-30,0% беморларда кузатилмоқда.

Мамлакатимизда аҳолини ижтимоий химоя қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимини янада ривожлантириш борасида кенг кўламли ишлар амалга оширилмоқда. Хусусан ўт йўллари касалликларидан азият чекаётган

¹ Younossi ZM, Stepanova M, Golabi P, Epstein RS, Strauss ME, Nader F, Racila A. Factors Associated With Potential Progressive Course of Primary Biliary Cholangitis: Data From Real-world US Database // J Clin Gastroenterol. – 2019 – N53 (9) – P. 693-698.

² Назиров Ф.Г., Акилов Х.А., Акбаров М.М. Тактика лечения больных с механической желтухой, осложненной холангитом и печеночной недостаточностью // Анналы хирургической гепатологии. – 2019. №2. – С. 117-118.

беморларда жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари такомиллаштириш орқали ижобий натижаларга эришилмоқда. Шу билан бирга бу беморларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш учун жарроҳлик амалиётининг операциядан олдинги ва кейинги асоратларини бартараф этиш самарадорлигини тасдиқлаб берувчи илмий-асосланган натижалар талаб этилади. “2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича ҳаракатлар стратегиясида ижтимоий ҳимояга муҳтож аҳоли вакилларига уларнинг сифатли ҳаёт кечиришини таъминлаш мақсадида тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган. Белгиланган вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан ўт йўллари касалликлари билан оғриган беморларда диагностика ва жарроҳлик тактикасини мақбуллаштириш, жарроҳлик усуллари такомиллаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилашга эришиш долзарб йўналишлардан ҳисобланади”³.

Мазкур илмий тадқиқот иши Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги “Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислоҳотлар самарадорлигини янада ошириш чоратadbирлари тўғрисида”ги ПФ-6110-сонли Фармони, 2017 йил 20 июндаги “Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чоратadbирлари тўғрисида»ги ПҚ-3071-сонли ва 2020 йил 12 ноябрдаги “Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид қўшимча чора-таadbирлари тўғрисида”ги ПҚ-4891-сонли Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъерий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга маълум даражада хизмат қилган.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур илмий тадқиқот иши Ўзбекистон Республикасида фан ва технологияларни ривожлантиришнинг VI. “Тиббиёт ва фармакология” устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Йирингли холангит – ўт йўллари касалликларининг энг оғир ва ҳаёт учун хавф солувчи асоратларидан бири бўлиб, сафро оқшининг турғун бузилиши оқибатида келиб чиқадиган ўт йўллариининг ўткир ялиғланиши ҳисобланади. Сафро оқимининг бузилишига асосий сабаб бу ўт-тош касаллиги ҳисобланади. Ер юзида яшайдиган аҳолининг ҳар ўнинчиси ўт-тош касаллигидан азият чекади, холедохолитиаз унинг асорати сифатида 20-30% ҳолатларда учрайди (Назиров Ф.Г. ва ҳаммуал., 2017; Hungness E., 2016).

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ПҚ-4947-сонли Қарори.

Ўрганишлар натижаларига кўра ўт йўллари ўтказувчанлиги бузилган беморларнинг 11 - 60 % йирингли холангит билан касалланадилар. Ҳозирги кунга қадар сафро оқими бузилишига олиб келадиган 30дан ортиқ сабаблар аниқланган. Аммо йирингли холангитнинг асосий сабаби холедохолитиаз бўлиб, ўз навбатида у ўт -тош касаллигининг асоратлари орасида етакчи ўринни эгаллайди (Хаджибаев А.М. ва ҳаммуал., 2018; Costi R. et al., 2014).

Йирингли холангит илгари механик сариклик билан хамрох кечади деб қаралган бўлса, ҳозирги кунга келиб алоҳида ўзига хос кечувчи муаммо сифатида тан олинган. Бу унинг холангиоген сепсиснинг ривожланишида муҳим ўрин тутиши (Каримов Ш.И. ва ҳаммуал., 2018; Matilla A. et al., 2017) ва унинг оқибатида ўлим кўрсаткичининг юқори бўлиши (15-60%) билан боғлиқдир.

Ўт-тош касаллигининг асоратлари билан беморлар сонининг кўпайиши, холелитиазнинг атипик шакллари кўп учраётганлиги, кекса ва ёши катта беморларда жарроҳлик амалиёти фаоллигининг ортиб бориши, ўт йўллари юқори типдаги ятроген шикастланишлари, ўт ажратиш тизими бутунлигини бузилишига олиб келадиган жарроҳлик усулларнинг ва тўғридан-тўғри контрастлаш амалиётларининг тери орқали жигар орқали холангиостомия, эндоскопик ретроград панкреатохолангиография кенг жорий этилиши, йирингли холангитнинг генерализацияга мойиллиги мазкур муаммонинг долзарблигини янада ортишига олиб келган.

Ўткир йирингли холангитни ривожланишида асосий патогенетик ўринни ўт йўллари ички босимнинг тезда ортиши ҳисобига сафро ўтувчанлигининг бузилиши ва микроорганизмларнинг кўпайиши учун қулай шароит юзага келиши эгаллайди (Каримов Ш.И. 2018). Ўт йўлларида юзага келган қулай шароит сафрода ва ўт йўллари деворида аэроб ва\ёки анаэроб микроорганизмларнинг етарли даражада кўпайишига, бунинг оқибатида холангиовеноз ва холангиолимфатик рефлюкс ривожланишига ҳамда тизимли бактериемия ва кучли захарланишни юзага келишига олиб келган (Hanaou L. et al., 2020). Касалликнинг патогенези, ривожланиш босқичлари ва клиник белгилари учта синдромлар билан намоён бўлади: холестааз, эндотоксикоз ва полиорган етишмовчилиги.

Мазкур муаммо билан шуғулланадиган етакчи клиникалар шуни таъкидлашадики, ўт йўллари инфекцияланишида асосида мойиллик бўлган иккита анатомо-физиологик шароитлар: сафронинг димланиши ва микроблар хужумининг ривожланиши муҳим ўрин тутди. Димланган сафро қуюқлашиб сладжга айланади ва ичак орқали юқorigа кўратилувчи инфекция тушиши оқибатида осон инфицирланади. Ўт йўллари обструкциясининг асосий сабаларидан бу холедохолитиаз ҳисобланади. Баъзида обструкцияга ўт йўллариининг хавфсиз сифатли торайишлари ҳам олиб келиши мумкин (Корольков А.Ю. 2009; Gomi H. et al., 2018). Бундан ташқари ичак суяқлигининг ўт йўлларига ташланиши натижасида рефлюкс холангитлар ривожланади. Аммо ўт йўллариининг ўтказувчанлиги бузилмаган бўлса патологик рефлюкс муҳим хавфни юзага келтирмайди. Папиллосфинктеротомиядан кейин ва билиар стентларни ўрнатгандан

кейинги даврда аксарият беморларда холедохга ҳаво ва дуоденал суюқликнинг эркин рефлюкси натижасида сафрода бактериялар колонизацияси юзага келади ва бу одатда холангитни ривожланишига олиб келмайди. Мазкур ҳолат ўт йўлларида ўтказиладиган реконструктив жарроҳлик амалиётларининг асорати сифатида юзага келиши мумкин. Бунга яққол мисол сифатида “кўр халта” синдромини келтириш мумкин (Хаджибаев Ф.А. ва ҳаммуал., 2018).

Ҳозирги вақтда ноинвазив нузли диагностика усулларининг ривожланиб бориши натижасида мутахассислар ўт йўллари эндоскопик диагностика ва декомпрессия қилиш усулларини қўллашни иккинчи ўринга қўйишмоқда, чунки уларнинг қўлланилиши ўткир панкреатит ва қон кетиш каби асоратларга олиб келиши мумкин. Ҳозирги кунга келиб асосий эътибор магнитрезонанс холангиографияга қаратилаёти ва унинг натижаларига кўра касалликнинг кейинги диагностика ва даволаш тактикаси белгиланган (Anand G., 2016; Cao J. et al., 2018).

Касалликнинг оғирлик даражаси ва оқибатларини объектив баҳолаш гетероген клиник белгилар билан намоён бўладиган билиар сепсиснинг самарали янги даволаш усулларини ишлаб чиқишда муҳим аҳамиятга эга. Жарроҳлик хавфини аниқ баҳолаш эса жарроҳликнинг муҳим вазифаси ҳисобланади. Сўнгги ўн йилликда каминвазив жарроҳлик амалиётларининг такомиллашиб бориши ва босқичли жарроҳлик тактикасини қўлланилиши оқибатида йирингли холангитда ўлим ҳолатларининг сезиларли даражада камайишига эришилмоқда. Бу кўрсаткичлар аксарият клиницистлар томонидан ҳам тан олинганлиги таъкидлаб ўтилган (Шулутко А.М., 2018; Issa H. et al., 2018; Wang D., 2017). Корольков А.Ю. ва ҳаммуал. (2018) операциядан кейинги даврда ўт йўллари антисептик эритмалар билан ювишни, бир вақтнинг ўзида беморларга антибиотикларни метронидазол билан биргаликда қўллаш ва дезинтоксикацион даволашни тавсия этишган.

Яхши сифатли йирингли холангитни даволаш натижаларининг қониқарсизлиги, ушбу касалликни комплекс жарроҳлик усулида даволашнинг тактик ва техник жihatларини мақбуллаштиришни тақозо этади. Каминвазив жарроҳлик амалиёти билан биргаликда дренаж орқали интрабилиар муолажаларни қўллаш билан ўт йўлларида бактериялар тарқалишини бартараф этиш, жигарда холангиоген абсцесслар ва септик ҳолатлар юзага келишини олдини олиш, эндотоксемиянинг даражасини камайиши каби самарали натижаларга эришиш мумкин.

Тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт институтининг №012000260 “Яхши сифатли ўткир йирингли холангитни диагностикаси ва жарроҳлик усулида даволашнинг такомиллаштирилган усулларини ишлаб чиқиш” мавзусидаги илмий-тадқиқот ишлари режаси доирасида бажарилган (2016-2021 йиллар).

Тадқиқотнинг мақсади Ўт-тош касаллиги оқибатида ривожланган яхши сифатли ўткир йирингли холангитни жарроҳлик усулида комплекс даволашнинг тактик-техник жihatларини мақбуллаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилашдан иборат

Тадқиқотнинг вазифалари:

Ўт-тош касаллигини асорати сифатида юзага келган яхши сифатли ўткир йирингли холангитнинг қониқарсиз натижалари бўйича омилли таҳлил ўтказиш;

Ўткир йирингли холангитни жарроҳлик йўли билан даволашнинг тактик жихатларини каминвазив декомпрессив аралашувларни қўллаш орқали мақбуллаштириш;

текшириш гуруҳларидаги беморларнинг даволаш натижаларини қиёсий таҳлил қилиш орқали ўткир йирингли холангитни бартараф этиш ва жигар холангиоген абсцессини даволаш учун ўт йўллари дренаж орқали санация қилишнинг оптимал усулини ишлаб чиқиш;

Ўт-тош касаллигини асорати сифатида юзага келган ўткир йирингли холангитни тавсия этилган комплекс жарроҳлик даволаш усулининг клиник самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти. Самарқанд давлат тиббиёт институти 1-клиникасида 2000 йилдан 2021 йилгача бўлган даврда ўт -тош касаллигининг асорати сифатида ривожланган ўткир йирингли холангит билан даволаш ўтказилган 144 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети. ўт-тош касаллигининг асорати сифатида ривожланган ўткир йирингли холангит билан хасталанган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларининг таҳлили.

Текшириш усуллари. Тадқиқот учун қўйилган мақсад ва вазифаларга эришиш учун қуйидаги текширишлар қўлланилди: умумклиник, микробиологик, нурли, эндоскопик ва статистик усуллар.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

катта клиник материалда ўткир йирингли холангитни жарроҳлик усулида даволашнинг қониқарсиз натижалари, ўлим холатлари ва йирингли-септик асоратларнинг сабаблари аниқланган;

Ўткир йирингли холангитнинг оғирлик даражаларини инобатга олган холда каминвазив декомпрессив аралашувларни қўллаш билан босқичма-босқич даволашнинг оптимал тактикасини танлаш омиллари аниқланган;

Ўт йўллари натрий гипохлоритнинг 0,06% анолитли ва католитли эритмаларини навбат билан дренаж орқали юбориш билан перфузион санация қилиш усули ишлаб чиқилган;

Ўт-тош касаллигининг асорати сифатида ривожланган ўткир йирингли холангитни тавсия этилган комплекс жарроҳлик йўли билан даволашнинг самарадорлиги асосланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

Ўткир йирингли холангитнинг оғирлик даражаларини инобатга олган холда босқичма-босқич даволашда каминвазив диапевтик ва трансдуоденал эндоскопик аралашувларни қўллаш билан холестаз ва йирингли захарланишлар бартараф этилганидан сўнг радикал операцияларни бажариш учун кўрсатмалар аниқланди;

обструктив холангит ёки обструктив холецистит клиникаси ривожланиши устунлигига қараб ўт йўлини каминвазив декомпрессия усулини танлаш ва навбат билан қўллашга кўрсатмалар ишлаб чиқилди;

ишлаб чиқилган ўт йўллари перфузион санациясини жигар ичи холангиоген абсцесслари бўшлиғини ювиш билан амалга ошириш ўткир йирингли холангитнинг даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшиланишига олиб келди;

ўткир йирингли холангитни комплекс жарроҳлик усулида даволашни тактик ва техник жихатларини ишлаб чиқиш ва қўллаш орқали асоратлар ва ўлим ҳолатларининг кескин пасайишига эришилди.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Текшириш усуллариининг ҳаққонийлиги замонавий клиник, лаборатор ва инструментал текшириш усуллари билан тасдиқланган. Барча олинган натижа ва хулосалар даллилар тиббиёти қонунларига асосланган. Статистик таҳлил олинган натижаларнинг ишончлилигини тасдиқлаб берган.

Тадқиқот натижаларини илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулоса ва таклифлар назарий аҳамият касб этиб, ўт-тош касаллигининг асорати сифатида ривожланган ўткир йирингли холангитни жарроҳлик йўли билан даволашнинг ўзига хос томонларини ўрганишда катта ҳисса қўшганлиги билан изоҳланган. Ўтказилган омилли таҳлиллар орқали ўткир йирингли холангитни жарроҳлик усулида даволашнинг қониқарсиз натижаларининг асосий сабаблари холангиоген абсцесслар ва билиар сепсис ривожланиши билан боғлиқ эканлиги аниқланган. Ўткир йирингли холангитнинг оғирлик даражаларини инобатга олган ҳолда 2 босқичли даволашни ўтказиш шартлиги асослаб берилган. Асосий гуруҳдаги беморларда каминвазив декомпрессив диапевтик ва трансдуоденал эндоскопик аралашувларни қўлланилиши даволашнинг сезиларли даражада ижобий натижаларини кўрсатган. Ўт йўллари натрий гипохлоритнинг фаоллаштирилган эритмаси билан перфузион санация қилиш жигар холангиоген абсцессларини даволашда ва билиар сепсис ривожланишининг олидини олишда ижобий натижаларни берганлиги асосланган.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, ўткир йирингли холангитнинг оғирлик даражаси ва юзага чиққан клиник белгиларини инобата олиб жарроҳлик йўли билан даволашнинг тактик-техник жихатлари ишлаб чиқилган. Клиник амалиётга каминвазив трансдуоденал эндоскопик аралашувлар ва диапевтик усуллари татбиқ этилиши даволаш натижаларининг сезиларли яхшиланишига олиб келган. Ўт йўллари натрий гипохлоритнинг 0,06% анолитли ва католитли эритмаларини навбат билан дренаж орқали перфузион санация қилиш усули ишлаб чиқилган ҳамда жарроҳлик амалиётига тадбиқ этилган. Бунинг оқибатида ўлим ва йирингли-септик асоратлар кўрсаткичининг сезиларли пасайишига эришилган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Яхши сифатли йирингли холангитни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини такомиллаштириш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида:

Ўткир йирингли холангитнинг диагностикаси ва жаррохлик йўли билан даволаш бўйича тадқиқотнинг илмий натижалари асосида ишлаб чиқилган «Ўткир йирингли холангитнинг диагностикаси ва жаррохлик йўли билан комплекс даволаш усуллари» (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 25 июндаги 8 н-р/592-сон маълумотномаси) номли услубий тавсиянома тасдиқланган. Мазкур тавсиянома яхши сифатли йирингли холангитни жаррохлик йўли билан даволашнинг сифатини яхшилашга ва беморларнинг шифохонада даволаниш кунларининг камайиш имконини берган;

Ўткир йирингли холангитнинг диагностикаси бўйича тадқиқотнинг илмий натижалари асосида ишлаб чиқилган «Ўткир йирингли холангитнинг диагностикаси ва жаррохлик йўли билан даволаш» (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 22 июндаги 8н-р/563-сон маълумотномаси). Мазкур тавсиянома яхши сифатли йирингли холангитни жаррохлик йўли билан даволаш беморларнинг шифохонада даволаниш кунларининг камайишига олиб келган

яхши сифатли йирингли холангитнинг диагностикаси ва жаррохлик усулида даволашни такомиллаштириш бўйича олинган илмий янгиликлар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Самарқанд давлат тиббиёт институти 1-клиникаси, Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Жиззах вилояти ва Самарқанд вилояти филиаллари, Қарши шаҳар тиббиёт бирлашмасининг хирургия бўлимларига тадбиқ қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 16 июлдаги 8н-з/237-сон маълумотномаси). Тадқиқот натижалари асосида яхши сифатли йирингли холангит билан касалланган беморларга ихтисослашган юқори технологик тиббий ёрдам кўрсатиш кўлами сезиларли даражада ошди ва жаррохлик амалиётидан кейинги эрта асоратларнинг 24,5% дан 12,1% гача, ўлим кўрсаткичининг 8,2% дан 2,4% гача камайишига эришилган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқот натижалари 6 та илмий анжуманларда, жумладан 5 та халқаро ва 1 та республика илмий-амалий конференцияларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларини эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 16 та илмий иш чоп этилган шулардан, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларида 6 та мақола, жумладан, 5 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилмаси ва ҳажми. Диссертациянинг таркиби кириш, тўртта боб, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертация ҳажми 108 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ ТАРКИБИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблилиги ва талабгорлиги, мақсад ва вазифалари асослаб берилган, тадқиқотнинг 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 натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, чоп этилган ишлар ва диссертация таркиби бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг биринчи боби **“Ўткир йирингли холангитда жарроҳлик йўли билан даволашнинг замонавий жиҳатлари”** деб номланиб, яхши сифатли ўткир йирингли холангит, хусусан билиар сепсис муаммоларининг моҳияти, келиб чиқиш сабаблари, таснифи, замонавий текшириш ва даволаш усулларини очиб берувчи адабиётлар шарҳи келтирилган.

Диссертациянинг иккинчи бобида **“Клиник кузатувлар ва ташхислаш усулларининг хусусиятлари”** СамДТИ 1-клиникаси жарроҳлик бўлимида 2000 – 2021 йиллар давомида ўт-тош касаллигининг асорати сифатида юзага келган ўткир йирингли холангит билан даволанган 144 нафар беморларнинг даволаш натижалари кўрсатилган. Беморларнинг 91 нафари аёл (63,2%) ва 53 нафарини эркаклар (36,8%) ташкил этган, уларнинг ёши 33 дан 81 ёшгача бўлган. Ўртача ёш $53,2 \pm 6,2$ ёшни ташкил этган.

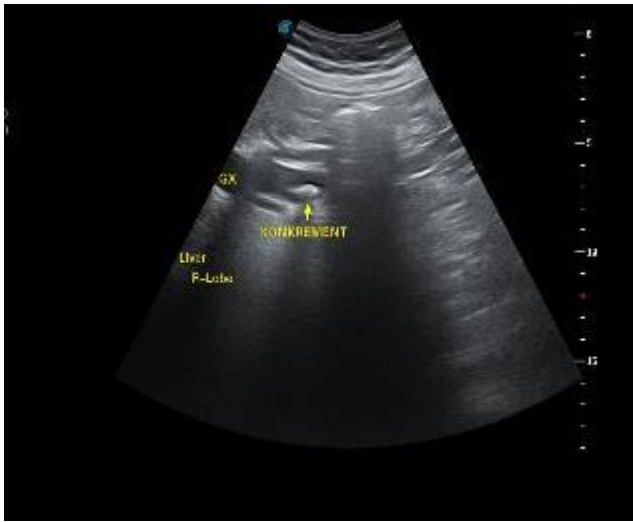
112 нафар (78%) беморларда ўт чиқариш тизими касалликларининг давомийлиги 5 йилдан кўп бўлган. 73,6%, яъни беморларнинг 3/4 қисми касаллик бошланишидан сўнг 3 суткадан ортиқ бўлган вақтдан кейин касалхонага ётқизилган. 3 суткагача давомийликдаги холангит 38 нафар (26,4%) беморларда, 3 суткадан 7 суткагача 78 нафар (54,2%) беморларда ва 7 суткадан кўпроқ давомийлик 38 нафар (26,4%) кузатувларда аниқланган.

Ўткир холангит хуружининг дастлабки кунларида беморларда ўнг қовурға ёйи ости ҳамда эпигастрал соҳадаги оғриқга шикоят қилишди (89,9%), шу билан бирга хуруждан кейин 4 кун, ёки ундан ортиқ вақт ўтишидан сўнг эса оғриқдан шикоят қилувчи беморлар сони анча камайган (67,3%), аммо холангитнинг йирингли – яллиғланишли асоратлари билан беморлар сонининг ортиши кузатилган (83,6%).

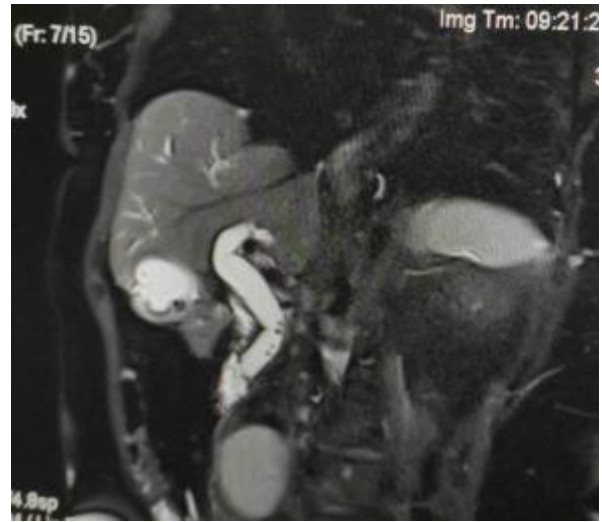
Ўткир йирингли холангит ўт-тош касаллигининг асорати сифатида холедохолитиаз ва сурункали тошли холецистит сабабли 82 нафар (56,9%) беморларда, ўткир тошли холецистит ва холедохолитиаз сабабли эса 62 нафар (43,1%) беморларда юза келган бўлиб, бунда ўткир деструктив холецистит 29 нафар беморларда перитонитнинг хар-хил турлари (7 ҳолатда тарқалган, 22 та маҳаллий) билан асоратланган.

97 нафар (67,4%) беморларда ҳамроҳ касалликлар аниқланиб, уларнинг 54 нафарида (32,7%) икки ва ундан ортиқ патологиялар тасдиқланган.

Ўткир йирингли холангитни ташхислаш клиник кўриниши (Шарко триадаси, Рейнолдс пентадаси), лаборатор ва инструментал текшириш усуллари (сонография, РПХГ, МРТ – холангиография) асосида бажарилди. Якуний ташхис ўт йўллари деворидаги ва сафро суюқлигининг ўзига хос ўзгаришларига қараб ҳамда сафро микрофлорасини аниқлаш орқали қўйилган.



А.



Б.

1 – расм. Сонограмма (А) ва МР- холангиограмма (Б). Ўтқир йирингли холангитда холедохолитиаз, жигар ичи, жигардан ташқари ўт йўллари­нинг кенгайиши

Диссертациянинг учинчи бобида “Яхши сифатли ўтқир йирингли холангитни комплекс хирургик даволашнинг тактик – техник жиҳатларини мақбуллаштириш” беморлар тадқиқот мақсади ва вазифаларига мос ҳолда 2 қиёсий гуруҳга бўлинган. Таққослаш гуруҳини 2000 – 2009 й. давомида ўт-тош касаллигининг асорати сифатида юзага келган ўтқир йирингли холангит сабабли жарроҳлик амалиёти ўтказилган 61 нафар (42,4%) беморлар ташкил этди. Тадқиқотнинг асосий гуруҳини эса 2010 – 2021 йй. давомида, клиникада ишлаб чиқилган жарроҳлик усулида даволаш ўтказилган 83 нафар (57,6%) беморлар ташкил этди. Тадқиқотдаги иккала гуруҳлардаги беморлар ҳам ёши, ҳам клиник белгиларнинг ривожланганлиги ҳамда оғирлик даражаси бўйича ўхшаш бўлган.

Омиллар таҳлили шуни кўрсатадики, 2000–2009 йй. давомида ўтқир йирингли холангит билан беморларнинг жарроҳлик даволаш натижаларини қониқарсиз бўлишининг асосий сабаблари жигар холангиоген абсцесслари ва билиар сепсис ривожланиши бўлган. Ўлим 8,2% ни ташкил этди (5 нафар бемор ўлди). Операциядан кейинги даврда турли хилдаги йирингли - септик асоратлар 15 нафар (24,6%) беморларда кузатилган. Барча 61 нафар амалиёт ўтказилган беморларда жарроҳлик аралашувлари холецистэктомия, холедохолитотомия, холедохни ташқи дренажлаш хажмида бўлиб, кенг лапаротом кесим орқали ўтказилган амалиётлар 48 нафар (79%) беморларда, кичик кесим орқали эса 13 нафар (21%) беморларда бажарилган.

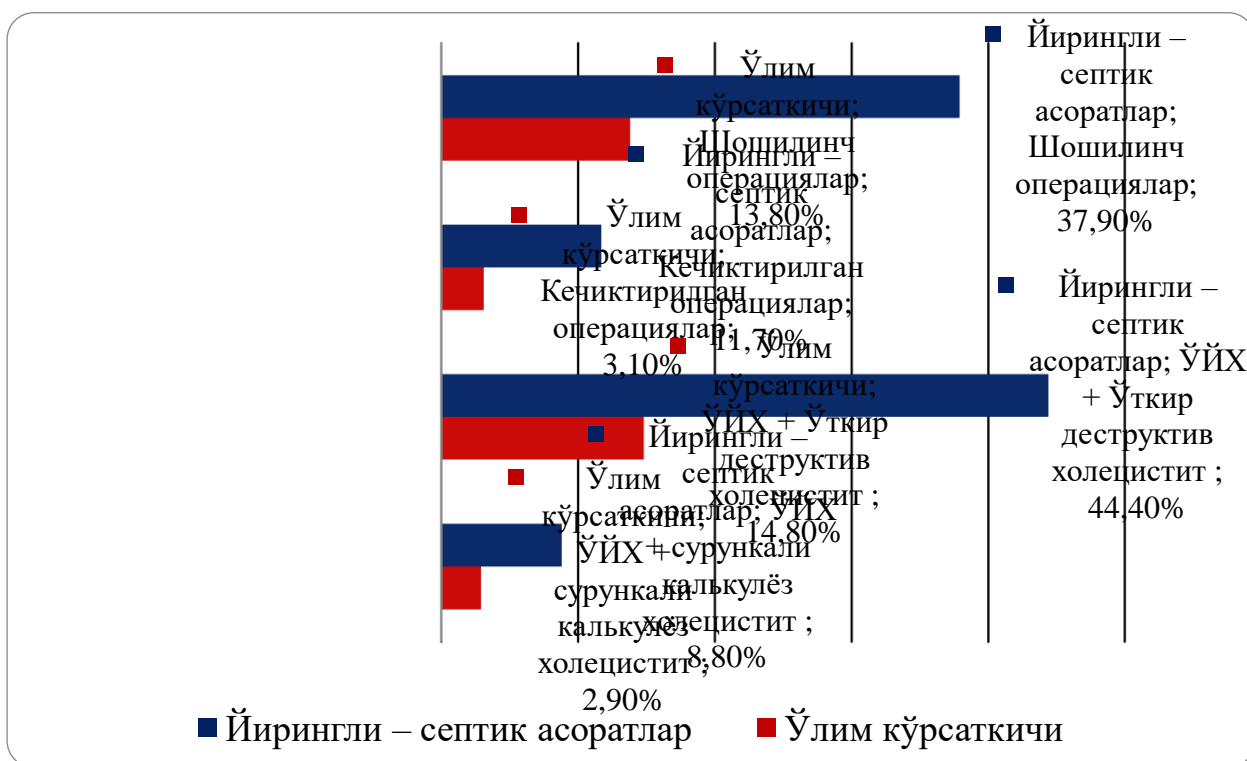
Бунда, холецистэктомия ва холедохолитотомия шошили­нч кўрсатмалар бўйича (шифо­хонага ётқизилгандан сўнг 2 – 3 соат ичида) 29 нафар (47,5%) беморларда ўтқир деструктив холецистит сабабли, уларнинг 12 нафарида ўтқир деструктив холециститнинг перитонит билан асоратланганида ўтказилган. Шунингдек, 6 нафар беморда шошили­нч кўрсатмалар бўйича амалиётлар магистрал ўт йўллари ўтқир обструкцияси клиникаси мавжуд бўлганда бажарилган.

Кечиктирилган шошинч кўрсатмалар (шифохонага ётқизилгандан кейинги 2-3 сутка ичида) билан жарроҳлик амалиётлари деструктив холецистит клиник белгилари бўлмаган ва умумий ўт йўли обструкцияси клиник белгилари ривожланиши устунлик қилган 32 нафар (56%) беморларда ўтказилган.

Бунда, энг кўп ўлим ҳолатлари ва йирингли -септик асоратлар (12,1% ва 33,3%) шошинч амалиётлардан кейин, ўткир йирингли холангит ўткир деструктив холецистит ва перитонит (мос равишда 14,8% ва 44,4%) билан биргаликда кечганида кузатилган.

Асосий гуруҳдаги 2010-2021 йилларда ўт-тош касаллигининг асорати натижасида ривожланган ўткир йирингли холангит сабабли амалиёт ўтказилган 83 нафар беморларни даволаш Токио (2006) келишув конференциясида таклиф қилинган “Ўткир йирингли холангитнинг оғирлик даражалари таснифи” бўйича кўрсатилган мезонларни ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди. Ушбу мезонлардан келиб чиққан ҳолда ўткир йирингли холангитнинг енгил даражаси 54 (65%), ўрта оғир даражаси 18 (21,6%) ва оғир даражаси 11 (13,2%) нафар беморларда қайд этилган.

Ўткир йирингли холангит бўлган беморларда касалликнинг оғирлик даражасини белгиловчи мезонларни, шунингдек, ўткир деструктив холецистит ва перитонитнинг бор ёки йўқлигини ҳисобга олган ҳолда кам инвазив ва очик усулдаги жарроҳлик аралашувлари бажарилган (2 – расм).



2-расм. Такқослаш гуруҳида операция муддати ва холангит клиникасига кўра операциядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичи

Асосий гуруҳдаги ўткир йирингли холангитнинг ўрта оғир даражаси (n=18) ва оғир даражаси (n=11) бўлган беморларнинг 20 нафаридан биринчи босқичда каминвазив декомпрессив аралашувлар ўтказилди (1– жадвал).

Асосий гуруҳда ўткир йирингли холангитнинг ўрта оғир ва оғир даражаси аниқланган беморларда ўтказилган жарроҳлик аралашувлари (n=29)

Ташхис	Амалиёт тури		Беморлар сони	
Ўткир йирингли холангит ва ўткир деструктив холецистит	ТЖМХС, ЭПСТ ва НБД →	ЛХЭ	2	9
	ТЖМХС, ЭПСТ ва НБД →	МЛХЭ	3	
	ТЖМХС →	МЛХЭ, холедохолитотомия	4	
Ўткир йирингли холангит, ўткир деструктив холецистит ва маҳаллий перитонит	Лапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия. Қорин бўшлиғи санацияси		4	
Ўткир йирингли холангит, сурункали тошли холецистит	ЭПСТ ва НБД →	ЛХЭ	11	16
	МЛХЭ, холедохолитотомия		5	

Бунда, ўткир деструктив холецистит бўлган 9 нафар беморларда ўт пуфагини декомпрессия қилиш мақсадида ультратовуш назорати остида тери орқали жигар орқали микрохолецистостомия (ТЖМХС) бажарилган. Кейинчалик уларнинг 5 нафарида эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) ва назобилиар дренажлаш (НБД) ўтказилди. Қолган 4 нафар беморларда ТЖМХС ўткир йирингли холангитнинг клиникасини бартараф қилиш имконини берган. Ўткир холецистит клиник белгилари бўлмаган, ўткир йирингли холангит симптомлари юзага чиққан 11 нафар беморларда биринчи босқичда эндоскопик трансдуоденал аралашувлар – ЭПСТ билан литоэкстракция ва холедохни НБД бажарилган. Иккинчи босқичда ушбу 20 нафар беморларга холецистэктомия – ЛХЭ – 13 нафарига, МЛХЭ – 7 нафарига бажарилди, бунда 4 та МЛХЭ холедохолитотомия билан бирга амалга оширилган.

Перитонит клиникаси бўлган 4 нафар беморда шошилиш кўрсатмалар бўйича лапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия ва қорин бўшлиғи санацияси ўтказилган. ЭПСТ бажаришга муваффақиятсиз уринишлар сабабли ўткир йирингли холангит клиник белгилари кучайиб борган яна 5 нафар беморга кичик кесим орқали ХЭ холедохолитотомия билан биргаликда бажарилган.

Шундай қилиб, икки босқичли жарроҳлик даволаш ўткир йирингли холангитнинг ўрта оғир даражаси билан 11 нафар (61,1%) ва оғир даражаси билан 9 нафар (81,8%) беморларда ўтказилган.

Ўткир йирингли холангитнинг енгил даражасида икки босқичли жарроҳлик даволаш 13 (24,1) нафар беморда, бир босқичли радикал жарроҳлик операцияси 41 беморда ўтказилган (2 – жадвал).

**Асосий гуруҳда ўткир йирингли холангит енгил даражаси
аниқланган беморларда бажарилган жарроҳлик аралашувлари (n=54)**

Ташхис	Амалиёт тури		Беморлар сони	
Ўткир йирингли холангит ва ўткир деструктив холецистит	ТЖМХС, ЭПСТ ва НБД →	ЛХЭ	6	9
	ТЖМХС, ЭПСТ ва НБД →	МЛХЭ	1	
	ТЖМХС →	МЛХЭ, холедохолитотомия	2	
Ўткир йирингли холангит, ўткир деструктив холецистит ва маҳаллий перитонит	Лапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия ва қорин бўшлиғи санацияси		13	
Ўткир йирингли холангит, сурункали тошли холецистит	ЭПСТ ва НБД →	ЛХЭ	3	32
	ЭПСТ ва НБД →	МЛХЭ	1	
	МЛХЭ, холедохолитотомия		28	

Ўткир йирингли холангит билан беморларни жарроҳлик йўли билан даволашда тери орқали жигар орқали микрохолецистостомия ҳаммаси бўлиб, асосий гуруҳдаги 18 (21,7%) беморда қўлланилган. Ўт пуфагини дренажлашда игна йўлининг герметиклигини таъминлаш ҳамда ўт суюқлигини қорин бўшлиғига оқишини олдини олиш мақсадида УТ назорати остида жигар паренхимаси орқали бажарилган.

Барча ҳолатларда дренажлаш 4F ва 9F даметрли “зондли” охирида “саватча”си бўлган стилет – катетер ёрдамида бажарилган (3 – расм).



3 - расм. Ультратовушли сканер назорати остида тери орқали жигар орқали микрохолецистостомия бажарилиши

Микрохолецистостомия ўтказилгандан кейин, ўт пуфагидаги суюқлик тўлиқ чиқариб олиниб, бўшлиғи ажралма тозалангунча физиологик эритма билан ювилди ва дренаж узайтирилган. Дренаж най орқали чиқаётган ажралма кўз билан кўриб баҳоланган ва бактериологик текширишга юборилган. Ўт пуфагининг тўлиқ бўшаганлиги эхографик усулда назорат қилинган.

Асосий гуруҳда ўткир йирингли холангит билан беморларда ЭПСТ 27 ҳолатда бажарилган. Бунда, ўткир деструктив холецистит клиникаси бўлмаган ўткир йирингли холангит билан беморларнинг 15 нафарида биринчи босқичда ЭСТ ва НБД ўтказилган (4 – расм). Ўткир деструктив холецистит клиник белгилари устунлик қилган 12 нафар беморларда ушбу амалиёт ТЖМХСдан кейин амалга оширилган. Шу билан бирга, қайд этиш керакки, ўткир йирингли холангит билан 9 нафар беморда ЭПСТ бажариш ва НБД қўйишга уриниш муваффақиятсиз кечди, бир ҳолатда беморда ўткир панкреатит ривожланиб, унинг оқибатида ўлим ҳолати кузатилган.



4 - расм. Эндоскопик папилосфинктеротомия бажарилиши ва назобилиар дренаж ўрнатилиши

Шундай қилиб, 2 босқичли жарроҳлик даволаш асосий гуруҳдаги 33 нафар беморларда ўтказилди, бу эса 39,7% ни ташкил этган. Ушбу беморларда ўт йўллари аввал декомпрессия қилингандан кейин, иккинчи босқичда 7-12 суткаларда ХЭ бажарилди, бунда 22 – ЛХЭ, 11 – МЛХЭ ва 6 нафарида МЛХЭ холедохолитотомия билан амалга оширилган.

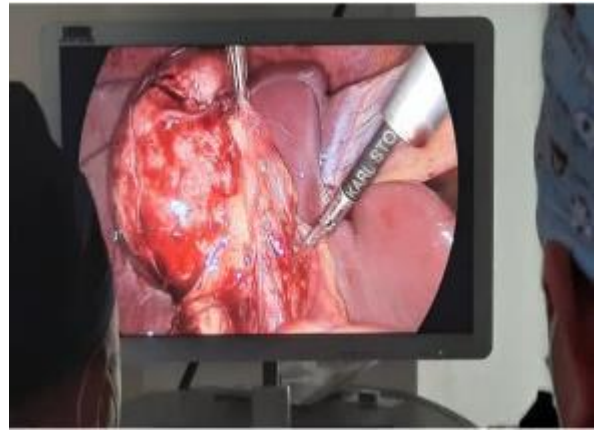
Клиник тадқиқотларнинг натижалари бўйича “Яхши сифатли йирингли холангит билан беморларни даволаш тактикасини танлаш учун дастур” ишлаб чиқилган (DGU10741 Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги томонидан 08.04.2021 йилда берилган гувоҳнома).

Асосий гуруҳдаги 50 (60,3%) нафар беморларда ўткир йирингли холангитни ўткир деструктив холецистит ва перитонит билан бирга кечганида, радикал операция -ХЭ ва холедохолитотомия кенг лапоратом кесма билан 17 нафарда, минилапоратом кесма билан 33 нафарида бажарилган.

ЛХЭ “Karl Storz” фирмасининг асбобларини қўллаган ҳолда, кичик кесим орқали ХЭ эса “SAN” фирмасининг асбоблари ёрдамида ўтказилди (5– расм). Шундай қилиб, ЛХЭ 22 (26,5%) нафар, кичик кесим орқали ХЭ 44 (53%) нафар, кенг лапоратом кесим орқали эса 17 (20,5%) беморларда ўтказилган.



А.

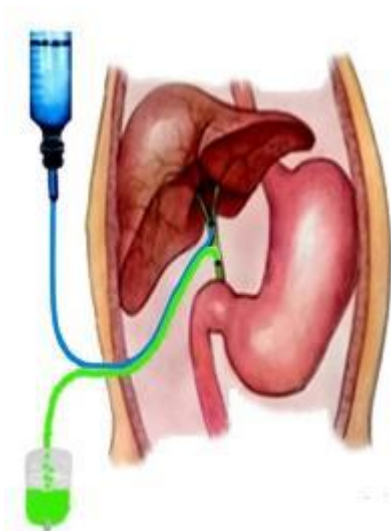


Б.

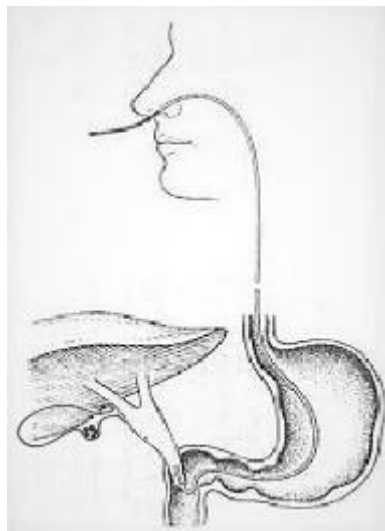
5 – расм. “Миниассистент” асбобларини қўллаган ҳолда кичик кесим орқали (А), ҳамда лапароскопик усулда (Б) холецистэктомия жарроҳлик амалиётининг бажарилиши

Асосий гуруҳдаги беморларда барча жарроҳлик аралашувлари холедохни дренажлаш билан яқунланган, шундан 56 (67,5%) ҳолатда ташқи дренажлаш билан, 27 (32,5%) ҳолатда эса эндоскопик трансдуоденал аралашув вақтида НБД ўрнатиш билан амалга оширилган.

Ушбу беморларга ўт йўлларидаги яллиғланиш белгиларини бартараф қилиш, ҳамда жигар микроабсцесслари ва абсцесслари юзага келишини олдини олиш мақсадида, биз томондан ишлаб чиқилган, гипохлорит натрийнинг 0,06%ли эритмаси ёрдамида ўт йўллари санацион перфузияси ўтказилди. Ўт йўллари санацияси 56 нафар беморга холедохолитотомиядан кейин гепатикохоледохга (ГХ) қўйилган дренаж орқали, 27 нафар беморга эса НБД орқали бажарилган (6 – расм).



А.



Б.



С.

6 – расм. Гепатикохоледохга қўйилган дренаж най орқали (А) ва назобилиар дренаж орқали (Б) ўт йўлини санацион перфузиясининг чизмаси ва беморда ўтказилиши (С)

Холедохолитотомиядан сўнг ўт йўллари бўшлиғига 2 бўшлиқли (каналли) найча ўрнатилди, улардан бири ГХ проксималь қисмига (ингичка бўшлиғининг диаметри 2 мм), иккинчиси (кенгроқ бўшлиғи 5 ммгача) ГХ дистал қисмига йўналтирилган.

Ўт йўлларининг санацион перфузияси дастлаб рН=6 бўлган 400,0 мл натрий гипохлоритнинг 0,06% анолит эритмаси билан ўт микрофлораси меъёрлашгунича ўтказилди. Натрий гипохлоритнинг 0,06% анолитли эритмаси кучли оксидловчи бўлиб, ўт йўлларидаги сафро суюқлиги билан боғланиб, уни суюлтириб дренаж орқали ажралиш миқдорини оширган.

Натрий гипохлорит эритмаси ЭДО-4 аппаратида тайёрланган. Анолитли ва католитли эритмани тайёрлаш учун СТЭЛ-МТ-1 аппаратидан фойдаланилган.

Натрий гипохлоритнинг 0.06% ли эритмаси билан ўт йўлларининг эндобилиар санациясида 1 чи суткадан 3 чи суткагача ўт ажралиши бир хил кўрсаткичларга эга бўлди, яъни 200+-4,7 мл/суткада (таққослаш гуруҳида 121±3,4 мл/сутка), 6 чи суткада эса 420±7.1мл/сутка (таққослаш гуруҳида 280 ± 6,5 мл/сутка).

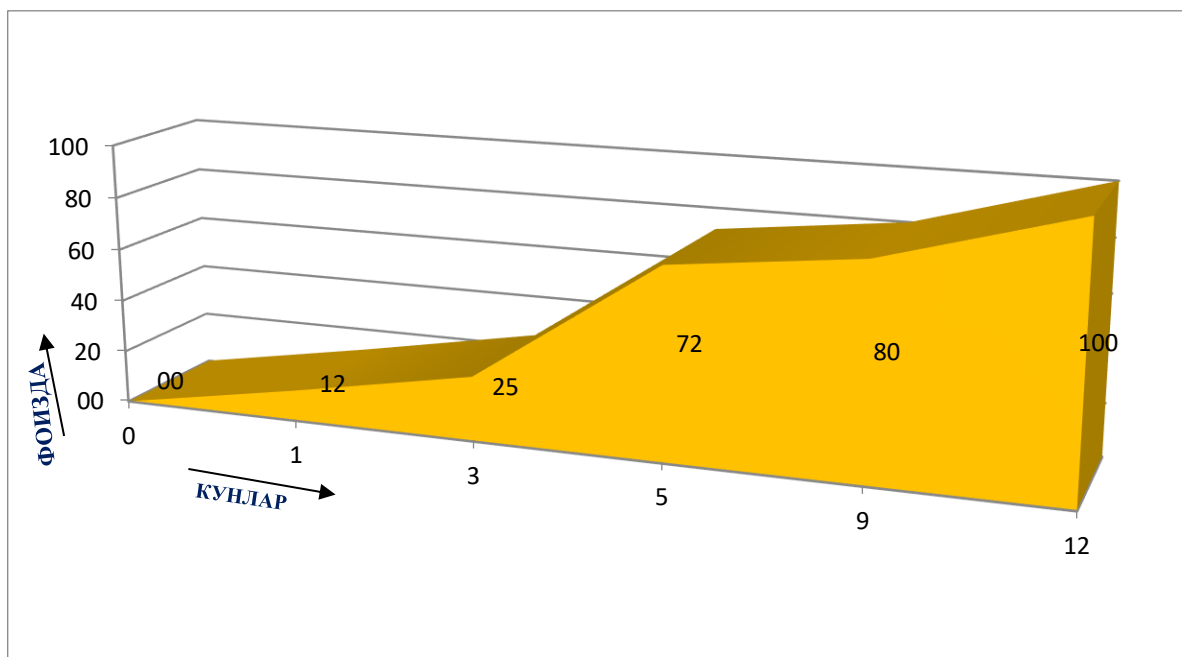
Ўт суюқлигининг ёпишқоқлигини текшириш натижалари шуни кўрсатадики, асосий гуруҳда натрий гипохлорит эритмаси юборила бошланганидан сўнг 2±0,3 суткада ўт суюқлигининг ёпишқоқлик кўрсаткичлари меъёрлашган ва ўртача 0,5-0,6 ш.б. ташкил этган, назорат гуруҳида эса ўт суюқлигининг ёпишқоқлик кўрсаткичлари 5±0,4 суткада меъёрига келган.

Натрий гипохлоритнинг анолит эритмаси жигар ичи ўт йўлларига юборилганда ўт суюқлигини суюлтиради ва микробларнинг юқори титрини пасайтириб, ўт йўлларининг тозалик даражасига етишини тезлаштирди. Бизнинг тадқиқотлар шуни кўрсатдики, натрий гипохлоритнинг “нордон” эритмаси (анолитлари) яққол дезинфекцияловчи хусусиятга ва юқори микробга қарши фаолликга эга. Шу билан бирга, 400,0 мл натрий гипохлоритнинг 0,06% анолит эритмасини юбориш, ўт суюқлиги экмаларида микроблар титрини пасайтирди ва кейинги кунларда ҳам бир маромда стабил камайиб борган.

Ўт суюқлигининг микробиологик текшируви 1-3-5 кунларда ва дренаж олинишидан олдин ўтказилди. Бунда, асосан *Escherichia coli*-75,2%, *Klebsiella*-12,3%, *Enterobacter*-8,1% ва уларнинг турли хил ассоциациялари аниқланди. Интрабилиар санациядан сўнг 5-суткада 72% беморларда сафро экмаларининг манфий натижаси олинди, 12 кунга келиб эса микроблар манзарасининг тўлиқ эрадикацияси аниқланган (7–расм).

Сафро бактериал экмасининг стерил натижаси олинганидан сўнг ёки сезиларли даражада пасайганидан сўнг ўт йўлларини ювиш, фаол кислороднинг донори бўлган ва шунингдек регенерация жараёнини тезлаштирувчи натрий гипохлоритнинг католитли эритмаси (рН=8 бўлган) билан амалга оширилган. Ўткир йирингли холангитни комплекс даволашнинг самарадорлиги қоннинг биокимёвий кўрсаткичларини пасайишига қараб баҳоланган.

Олинган натижалар таҳлил этилганида, таққослаш гуруҳидаги беморлардан фарқли ўлароқ, асосий гуруҳидаги беморларда умумий билирубин микдорининг динамикада пасайишганлиги билан фарқ қилди. Шунингдек, олинган натижалар таҳлили, АсАТ микдорининг ва ишқорий фозфатаза активлигининг анча олдин меъёрлашганлигини кўрсатган.



7-расм. Гипохлорит натрий ёрдамида интрабилиар санациядан кейин ўт суюқлигида микроблар пейзажи эрадикациясининг динамикаси

Диссертациянинг тўртинчи бобида “**Таққослаш гуруҳларида даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили**” иккала тадқиқот гуруҳларидаги беморларда ўтказилган даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили баён этилган бўлиб, унда асосий текшириладиган гуруҳ беморларнинг ўлим даражасини кескин камайганлигини кўрсатган.

Таққослаш гуруҳидаги энг оғир асоратлардан жигар холангиоген абсцесси ва биллиар сепсис 4 нафар беморларда кузатилиб, уларнинг барчасида ўлим ҳолати билан якунланган.

Давом этувчи перитонит кузатувимиздаги 1 беморда нохуш оқибатга олиб келган. Операция қилинган 61 нафар барча таққослаш гуруҳидаги беморларда 5 та ўлим ҳолати кузатилиб, ўлим кўрсаткичи 8,2% ни ташкил этган.

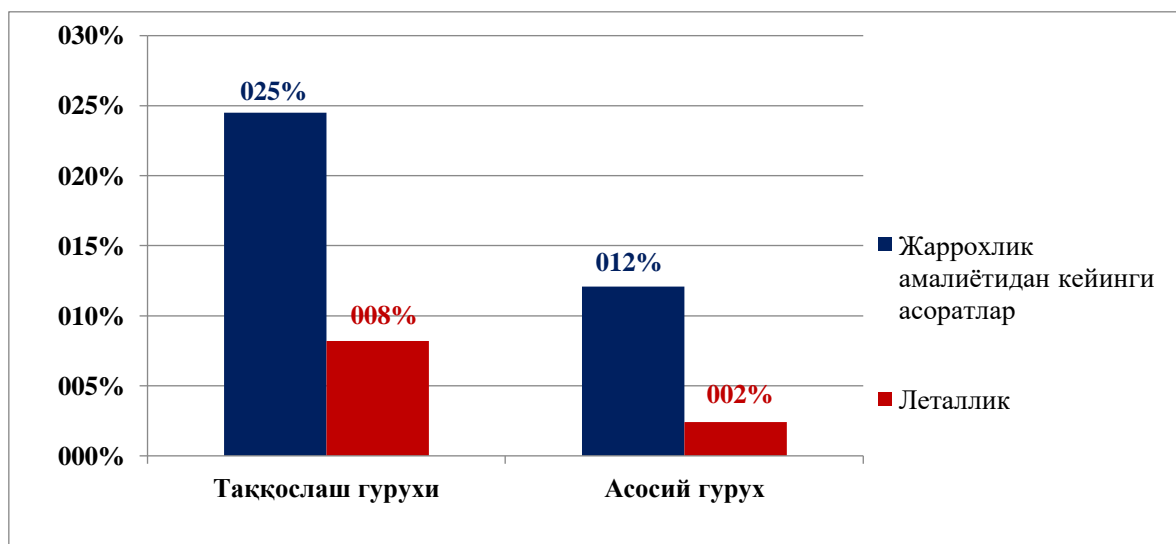
Шунга эътибор қаратиш жоизки, асосий гуруҳда жарроҳлик амалиётидан кейинги 83 беморлардан 2 нафариди (2,4%) (1-операциядан кейинги панкреатит, 1-давомли перитонит) ўлим ҳолати содир бўлган. Жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда жигарнинг холангиоген абсцесслари ва биллиар сепсис кузатилмаган.

Таққослаш гуруҳидаги жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда йирингли- септик асоратлар 15 нафар (24,5%) беморларда қайд этилган.

Шу билан бирга, 2 (3,2%) беморда жигар ости соҳасида билома ривожланди ва улар контрапертурани реканализация қилиш орқали

дренажланган. 5 (11,4%) нафар беморда жигар ости бўшликка ўрнатилган дренаж найчаларидан сафро оқиши кузатилган, 5 (8,2%) беморларда жигар ости ёки диафрагма ости абсцессларни очиш ва дренажлаш учун такрорий жарроҳлик амалиёти ўтказилган. Шунингдек, 2 (3,2%) беморларда холемик қорин ичи қон кетиши учун қайта амалиёт бажарилган. Жарроҳлик амалиётидан кейинги жароҳатнинг йиринглаши 12 (19,6%) беморда кузатилган.

Асосий тадқиқот гуруҳида 10 беморда амалиётдан кейинги асоратлар ривожланган, бу 12,1% ни ташкил этган. Шу билан бирга, 3 (3,6%) беморда жигар ости соҳасида билома ривожланган ва у УТТ назорати остида пункция ёрдамида тозаланган. 2 (2,4%) беморда ўт пуфагини жигар орқали пункция натижасида жигардан холемик қон кетиши кузатилди. 2 беморда ташқи сафроли оқма кузатилган, 1 ҳолатда релапароскопия вақтида ўт пуфаги чўлтоғига етишмовчилиги аниқланди ва унга қайтадан клипс қўйилди ҳамда яна 1 кузатувимизда ўт пуфагини ётоғидан қорин бўшлиғига сафро оқиши сабали ўт пуфаги ётоғи коагуляция қилиниб муаммо бартараф этилди. ЭПСТ кейин 1 нафар беморда дуоденал қон кетиши қайд этилди, қон кетиши тўхтатилди. 1 беморда диафрагма ости абсцесси ҳосил бўлган ва УТТ назорати остида такрорий пункция ёрдамида санация қилинган. Операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши 12 (19,6%) беморларда кузатилган (8– расм).



8-расм. Ўтқир йирингли холангит билан иккала гуруҳлардаги беморларни комплекс жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари

Шундай қилиб, ўт-тош касаллиги асорати сифатида ривожланган ўтқир йирингли холангитни жарроҳлик усулида комплекс даволашнинг тактик-техник жихатларини кам инвазив декомпрессив муолажаларни қўллаш ва ўт йўллари санациясини жорий қилиш билан мақбуллаштириш холангитни эрта бартараф этиш, жигар абсцесси пайдо бўлишини ва билиар сепсис ривожланишининг олдини олиш имконини берди. Йирингли – септик асоратларнинг 24,5% дан 12,1% гача, ўлим кўрсаткичининг 8,2% дан 2,4% гача камайишига эришилган.

ХУЛОСА

1. Ўткир йирингли холангитнинг омилли таҳлили шуни кўрсатдики, ўлим ҳолатларининг асосий сабаби бу жигар холангиоген абсцесси ва билиар сепсис ҳисобланади. Ўлим ҳолатлари (14,8%) ва йирингли-септик асоратлар (44,4%) асосан ўткир йирингли холангитни ўткир деструктив холецистит ва перитонит билан биргаликда кечиши натижасида амалга оширилган шошилиш жарроҳлик амалиётидан кейин кузатилган.

2. Ўткир йирингли холангитни оғирлик даражаларини инобатга олган ҳолда дастлаб ўт йўлларида декомпрессив аралашувларни қўллаш холестаза ва йирингли захарланиш ҳолатларини тўхтатиш ҳамда радикал операцияларнинг натижаларини яхшилаш имконини беради. Бунда ўткир йирингли холангит билан касалланган 81,8% оғир ахволдаги, 61,6% ўрта оғирликдаги ва 24,1% енгил даражадаги беморларга диапевтик ва эндоскопик трансдуоденал аралашувларни бажаришга эҳтиёж бўлди.

3. Натрий гипохлоритнинг 0,06% анолитли ва католитли эритмалари билан дренаж орқали ўт йўлларида санация қилиш натижасида ўт суюқлигининг экмаларида микроблар билан ифлосланиши эрта эрадикацияга учрайди, билирубин, АсАТ ва ишқорий фосфатаза кўрсаткичлари меъёрлашади, сафро секрециясини икки баробардан ҳам кўпга оширади.

4. Ўт-тош касаллигининг асорати сифатида ривожланган ўткир йирингли холангитни жарроҳлик усулида комплекс даволашнинг тактик-техник жихатларини мақбуллаштириш билан холангитни эрта бартараф этиш, жигар абсцесси пайдо бўлишини ва билиар сепсис ривожланишининг олдини олиш орқали даволаш натижаларини яхшилаш имконини беради. Бунда йирингли – септик асоратларнинг 24,5% дан 12,1% гача, ўлим кўрсаткичининг 8,2% дан 2,4% гача камайишига эришилди.

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

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

САИДМУРОДОВ КАМОЛ БОТИРОВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ
КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО
ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА**

14.00.27 – Хирургия

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

Бухара – 2022

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2019.4.PhD/Tib1106.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском институте.
Автореферат диссертации на трёх языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (smi.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziyounet» (www.ziyounet.uz).

Научный руководитель	Курбаниязов Зафаржон доктор медицинских наук
Официальные оппоненты	Хамдамов Бахтиёр Зарифович доктор медицинских наук (DSc) Махмадов Фарух Исроилович доктор медицинских наук (Республика Таджикистан)
Ведущая организация	Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии им. академика В.Вахидова

Защита состоится 24 сентября 2022 г. в 14:00 часов на заседании Научного Совета DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200118, г.Бухара, пр-т.Навои,1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhmi@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за № 074 Адрес: 200118, г. Бухара, пр-т. Навои,1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.

Автореферат диссертации разослан « 5 » сентября 2022 года.
(реестр протокола рассылки № 3 от 5 сентября 2022 года).



А.Ш. Иноятов

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

Д.Н. Ачилова

Ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор философии (PhD) по медицинским наукам, 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. По данным Всемирной Организации Здравоохранения «...частота гнойных осложнений воспалительных заболеваний желчных путей встречается в 46% случаях и несмотря на пристальное внимание исследователей к этой проблеме, остается в высшей степени актуальной...»¹ Воспалительный процесс в данной локализации характеризуется не только местным гнойно-деструктивным процессом, но и системными расстройствами, способствующим к быстрому развитию тяжелой эндогенной интоксикации и выраженной дисфункции органа. Данное состояние чаще всего трактуется как холангит, тяжесть морфофункциональных и клинических проявлений которого очень разнообразна. В развитии гнойного холангита определяющее значение имеет нарушение проходимости желчных протоков, особенно обусловленное желчнокаменной болезнью, инфицированием желчи и развитием воспаления и гипертензии. У 87% пациентов сразу появляются признаки механической желтухи, а в последующем присоединяются явления эндотоксикоза с развитием билиарного сепсиса и полиорганной недостаточности в динамике².

Основной тенденцией лечения пациентов с гнойным холангитом во всем мире является ранняя декомпрессия желчных протоков, с назначением антибиотиков, учитывая чувствительность микрофлоры желчи, а также проведение дезинтоксикационной терапии. В соответствии с правилами лечение хирургическим путём пациентов с гнойным холангитом осуществляют в следующей последовательности. На первом этапе проводится декомпрессия желчных протоков малотравматичными методами: эндоскопической папиллосфинктеротомией с установкой назобилиарного дренажа или чрескожным чреспеченочным дренированием. На втором этапе пациентам выполняют удаление желчного пузыря лапароскопическим или минилапоратомным доступом с наружным дренированием гепатикохоледоха. В 36,0-55,5% случаях больные нуждаются в выполнении одномоментных операций лапаротомным доступом обусловленное наличием флегмонозной и гангренозной форм воспаления желчного пузыря с перивезикальным инфильтратом или местного перитонита или билиодуоденального свища. Однако в многочисленных исследованиях результаты хирургического лечения не всегда удовлетворяют специалистов, в 20 % случаев у больных возникает септические состояние, в результате которого от 6,25% до 30,0% наблюдениях заканчиваются летальным исходом.

В Узбекистане проводится широкомасштабная работа по социальной защите населения и совершенствованию системы здравоохранения. В этом направлении, в частности, в улучшении хирургического лечения больных с заболеваниями желчевыводящих путей, достигнуты позитивные изменения.

¹ Younossi ZM, Stepanova M, Golabi P, Epstein RS, Strauss ME, Nader F, Racila A. Factors Associated With Potential Progressive Course of Primary Biliary Cholangitis: Data From Real-world US Database. // J Clin Gastroenterol. – 2019 – N 53 (9). – P. 693-698.

² Назиров Ф.Г., Акилов Х.А., Акбаров М.М. Тактика лечения больных с механической желтухой, осложненной холангитом и печеночной недостаточностью// Анналы хирургической гепатологии. – 2019 – №2 – С. 117-118.

Вместе с этим, для улучшения оказываемой помощи пациентам требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности хирургического вмешательства с учетом предотвращения интраоперационных и послеоперационных осложнений. В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи самым уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности³.

В ряду поставленных задач, в более узком разрезе, решение проблем оптимизация диагностики и совершенствования методов хирургической тактики больных с заболеваниями желчевыводящих путей и улучшения его результатов можно считать одним из актуальных направлений. Данная диссертационная работа 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, непосредственно касающихся деятельности в данном направлении³.

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. Гнойный холангит – одно из наиболее тяжелых и жизнеугрожающих осложнений заболеваний желчных путей, представляющее собой острое воспаление желчных протоков, возникающее на фоне устойчивого нарушения оттока желчи. Ведущей причиной нарушения оттока желчи является желчнокаменная болезнь. Каждый десятый житель планеты страдает ЖКБ, а холедохолитиаз, как её осложнение, встречается в 20-30% случаев (Hungness E., 2016).

Считается, что от 11 до 60 % пациентов с нарушением проходимости желчевыводящих протоков больны гнойным холангитом. На данный момент существует более 30 причин, которые могут обусловить нарушение оттока желчи. Однако основной причиной гнойного холангита считают холедохолитиаз, который, в свою очередь, занимает ведущее место среди осложнений желчнокаменной болезни (Хаджибаев А.М. и соавт., 2018; Costi R et al., 2014).

Гнойный холангит, рассматриваемый ранее, как спутник механической

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

желтухи, на сегодняшний день приобретает статус самостоятельной проблемы. Связано это с его ключевой ролью в развитии холангиогенного сепсиса (Каримов Ш.И. и соавт., 2018; Matilla A. et al., 2017), и как следствие, с высокой летальностью (15-60%). Актуальность проблемы возросла в связи с увеличением числа больных с осложненными формами желчнокаменной болезни и атипичных форм холедохолитиаза, ростом хирургической активности, особенно у больных пожилого и старческого возраста, высоким уровнем ятрогенных повреждений желчных протоков, широким внедрением операций, нарушающих автономность желчевыделительной системы и методик прямого контрастирования желчных протоков (чрескожно-чреспеченочная холангиостомия, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, склонностью гнойного холангита к генерализации.

Основную патогенетическую роль в развитии острого гнойного холангита играет выраженное повышение давления внутри просвета желчных протоков, которое сопровождается нарушением оттока желчи, из-за чего создается благоприятные условия для размножения различных микроорганизмов (Каримов Ш.И., 2018). Образовавшиеся условия в желчных протоках, способствуют значительному размножению микроорганизмов в стенках желчных протоков и желчи с развитием рефлюкса инфицированной желчи через печеночные венозные и лимфатические сосуды, системной бактериемией, а также выраженной интоксикацией организма (Hanaou L. et al., 2020). Стадии развития заболевания и клиника острого гнойного холангита проявляются из трёх синдромов: застой желчи, эндотоксикоз и недостаточность паренхиматозных органов

Ведущие клиники занимающийся данной проблемой считают, что в основе инфекции желчевыводящих путей, как правило, лежат два предрасполагающих анатомо-физиологических условия: стаз желчи и возможность развития микробной атаки. Застойная желчь подвержена сгущению, сладжу и легко инфицируется восходящим путем из кишечника. Наиболее распространенной причиной обструкции путей желчеоттока является холедохолитиаз. Нередко причиной обструкции могут быть также доброкачественные стриктуры желчных протоков (Корольков А.Ю., 2009; Gomi N. et al., 2018). Кроме того, наблюдается заброс содержимого тонкой кишки в желчевыводящие пути, вследствие чего развиваются рефлюксные холангиты. Однако патологический рефлюкс не играет определенной роли, если отток желчи происходит нормально. Так, после папиллосфинктеротомии, и особенно установки билиарных стентов, у многих больных наблюдается свободный рефлюкс воздуха и дуоденального содержимого в холедох и выявляется бактериальная колонизация желчи, что обычно не сопровождается развитием холангита. Последний может выступать как осложнение реконструктивных операций на желчных протоках. Ярким примером может служить также синдром «слепого мешка» (Хаджибаев Ф.А. и соавт. 2018).

В настоящее время с развитием неинвазивных методов лучевого обследования применение эндоскопических методик диагностики и декомпрессии ЖВП отступают на второй план, так как их выполнение может провоцировать развитие таких осложнений, как острый панкреатит и

кровотечение. Особое значение сейчас уделяется широкому внедрению магниторезонансной холангиографии, результаты которого должны диктовать дальнейшую тактику диагностики и лечения (Anand G., 2016; Cao J. et al., 2018).

Объективизация оценки тяжести состояния и прогноза заболевания имеет особое значение для разработки перспективных направлений лечения билиарного сепсиса, для которого характерна гетерогенность клинических проявлений. Проблема объективной оценки операционного риска является краеугольным камнем хирургии. В последние десятилетия, благодаря развитию малоинвазивных оперативных вмешательств и внедрением этапной хирургической тактики, летальность при гнойном холангите снижается. В основном это связано с развитием малоинвазивных оперативных вмешательств и внедрением этапной хирургической тактики, эффективность которой признана большинством клиницистов (Шулутко А.М., 2018; Issa H. et al., 2018; Wang D., 2017). Корольков А.Ю. и соавт. (2018) в послеоперационном периоде рекомендуют промывание желчных протоков разными антисептическими растворами. Кроме того, больным обязательно назначают антибиотики в сочетании с метранидазолом и проводят дезинтоксикационную терапию.

Неудовлетворенность результатами лечения гнойного холангита доброкачественного генеза, диктует необходимость оптимизации тактико-технических аспектов комплексного хирургического лечения этой патологии. Прогресс в этой области возможен только при сочетанном использовании миниинвазивных операций с использованием дренажных процедур для санации бактериальной обсемененности желчи и желчных протоков, профилактики образования микроабсцессов в печени, септических состояний и снижения эндотоксемии.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского института по теме: №012000260 «Разработка усовершенствованных способов диагностики и хирургического лечения острого гнойного холангита доброкачественного генеза (2016-2020 гг.).

Целью исследования является улучшение результатов комплексного хирургического лечения больных острым гнойным холангитом доброкачественного генеза путем оптимизации тактических и технических аспектов.

Задачи исследования:

провести факторный анализ неудовлетворительных результатов хирургического лечения острого гнойного холангита как осложнения желчнокаменной болезни;

оптимизировать тактические аспекты хирургического лечения острого гнойного холангита с применением миниинвазивных декомпрессивных вмешательств на желчевыводящих путях;

на основании сравнительного анализа полученных результатов лечения

различных групп обследованных больных разработать оптимальный способ чресдренажной санации билиарного тракта в купировании острого гнойного холангита и лечения холангиогенных абсцессов печени;

оценить клиническую эффективность предложенного комплексного хирургического лечения острого гнойного холангита как осложнения желчнокаменной болезни.

Объектом исследования явились 144 больных с гнойным холангитом, развившемся как осложнение желчекаменной болезни, находившихся на лечении в хирургических отделениях 1-клиники Самаркандского государственного медицинского института в период с 2000 по 2021 гг.

Предмет исследования составляет анализ результатов хирургического лечения больных с острым гнойным холангитом, развившемся как осложнение желчнокаменной болезни.

Методы исследований. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, микробиологические, лучевые, эндоскопические и статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

на большом клиническом материале определена частота развития неудовлетворительных результатов хирургического лечения острого гнойного холангита, причины летальности и гнойно-септических осложнений;

раскрыты факторы, влияющие на выбор оптимальной тактики этапного лечения больных с учетом степени тяжести острого гнойного холангита с применением миниинвазивных декомпрессивных вмешательств;

разработан способ чресдренажной санации билиарного тракта попеременной перфузией анолитным и католитным растворами 0,06% гипохлорита натрия;

доказано эффективность предложенного комплексного хирургического лечения острого гнойного холангита как осложнения желчнокаменной болезни.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

определены показания к применению этапного хирургического лечения с учетом степени тяжести острого гнойного холангита с использованием миниинвазивных диапевтических и трансдуоденальных эндоскопических вмешательств позволивших проводить радикальные операции после купирования явлений холестаза и гнойной интоксикации;

разработаны показания к выбору метода и очередности миниинвазивной декомпрессии билиарного тракта в зависимости от превалирования клиники острого обструктивного холангита или острого обструктивного холецистита;

применение разработанной перфузионной санации билиарного тракта с промыванием полостей внутрипеченочных холангионных абсцессов значительно улучшило результаты лечения острого гнойного холангита;

разработанные тактико-технические аспекты комплексного хирургического лечения острого гнойного холангита позволили значительно снизить частоту осложнений и летальность.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов исследования подтверждена примененными современными клиническими,

лабораторными и инструментальными методами. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей хирургического лечения больных с острым гнойным холангитом как осложнения желчнокаменной болезни. Факторным анализом определено, что основной причиной неудовлетворительных результатов хирургического лечения острого гнойного холангита является образование холангиогенных абсцессов печени и билиарный сепсис. Доказано необходимость 2-х этапного хирургического лечения с учетом степени тяжести острого гнойного холангита. Применение в основной группе больных предварительных миниинвазивных декомпрессивных диапевтических и эндоскопических трансдуоденальных вмешательств позволили значительно улучшить результаты лечения. Обосновано эффективность санации желчевыводящих путей активированным раствором гипохлорита натрия в лечении холангиогенных абсцессов печени и предупреждения билиарного сепсиса.

Практическая ценность работы заключается в том, что разработаны тактико-технические аспекты комплексного хирургического лечения острого гнойного холангита в зависимости от ее тяжести и клинических проявлений. Внедрены в клиническую практику миниинвазивные эндоскопические трансдуоденальные вмешательства и диапевтические методы, которые позволили значительно улучшить результаты лечения. Разработан и внедрен в хирургическую практику метод интрабилиарной санации желчных путей попеременной перфузией анолитного и католитного 0,06% растворов гипохлорита натрия позволившего значительно сократить летальность и частоту гнойно-септических осложнений.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования, по совершенствованию результатов хирургического лечения больных с острым гнойным холангитом доброкачественного генеза:

разработаны методические рекомендации «Диагностика и хирургическое лечение острого гнойного холангита» (справка Министерства здравоохранения №8 н-р/563 от 22 июня 2021 года), «Ўткир йирингли холангитнинг диагностикаси ва жаррохлик йўли билан комплекс даволаш усуллари» №8 н-р/592 от 25 июня 2021 года. Предложенные рекомендации позволили улучшить качество хирургического лечения больных с острым гнойным холангитом доброкачественного генеза и сократить длительность госпитализации больных;

полученные научные данные по совершенствованию результатов диагностики и хирургического лечения больных с острым гнойным холангитом доброкачественного генеза, внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в хирургические отделения 1-клиники Самаркандского государственного медицинского института (заключение Министерства здравоохранения №8 н-з/237 от 16 июля 2021

года). На основе предложенных результатов исследования был существенно расширен спектр оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи больным с острым гнойным холангитом доброкачественного генеза, достигнуто снижение частоты осложнений в ближайшем послеоперационном периоде с 24,5 % до 12,1%, летальности – с 8,2 до 2,4%.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 6 научно-практических конференциях в том числе на 5 международных и 1 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 16 научных работ, в том числе 6 журнальных статей, 5 из которых в республиканских, 1 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 108 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, внедренных в практику результатов исследования, даются сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Современные аспекты хирургического лечения острого гнойного холангита**» представлен обзор литературы, раскрывающий суть проблемы острого гнойного холангита (ОГХ) доброкачественного генеза и в частности билиарного сепсиса, причины возникновения, классификации, современные методы диагностики и лечения.

Во второй главе диссертации «**Характеристика клинических наблюдений и методы диагностики**» представлены результаты лечения 144 больных с гнойным холангитом, развившемся как осложнение желчнокаменной болезни (ЖКБ), находившихся на лечении в хирургических отделениях 1-клиники Самаркандского государственного медицинского института в период с 2000 по 2021 гг. Из них 91 женщины (63,2%) и 53 мужчины (36,8%) в возрасте от 33 до 81 лет. Средний возраст больных составил $53,2 \pm 6,2$ лет.

Длительность заболевания органов желчевыводящей системы у 112 (78%) больных составила более 5 лет. 73,6% т.е. 3/4 больных были госпитализированы в сроки свыше трех суток от начала заболевания. Продолжительность холангита до 3-х суток имела место у 38 больных (26,4%), от 3 до 7 суток – у 78 (54,2%), и более 7 суток – в 38 (26,4%) наблюдениях.

Для первых дней приступа острого холангита были характерны боли в

правом подреберье и эпигастрии (89,9%), в то время как по истечении от начала приступа 4-х дней и более число больных, жалующихся на болевой синдром, было гораздо меньше (67,3%), но при этом возросло число больных с гнойно – воспалительными осложнениями холангита (83,6%).

Острый гнойный холангит как осложнение желчнокаменной болезни развился вследствие холедохолитиаза и хронического калькулёзного холецистита у 82 (56,9%), острого калькулёзного холецистита и холедохолитиаза у 62 (43,1%) больных, причем острый деструктивный холецистит осложнился различными формами перитонита у 29 пациентов (разлитой 7, местный 22).

Сопутствующая патология выявлена у 97 (67,4%) больных, у 54 (32,7%) пациентов имелись два и более сопутствующих заболеваний.

Диагностика ОГХ осуществлялась на основании клинической картины (триада Шарко, пентада Рейнольдса), лабораторных и инструментальных методов исследования (сонография, РПХГ, МР-холангиография). Окончательный диагноз констатировался по характерным изменениям стенок желчных протоков и желчи с определением микрофлоры.



Рис. 1. Сонограмма (А) и МР- холангиограмма (Б). Холедохолитиаз и расширение внутри – и внепеченочных желчных протоков при остром гнойном холангите

Третья глава диссертации «Оптимизация тактико-технических аспектов комплексного хирургического лечения гнойного холангита доброкачественного генеза» в соответствии с целью и задачами исследования больные разделены на 2 группы исследования. Группу сравнения составили 61 (42,4%) больных, которые в период 2000-2009 гг. оперированы по поводу острого гнойного холангита, как осложнение желчнокаменной болезни. Основную группу исследования составили 83 (57,6%) больных, получавших разработанное в клинике хирургическое лечение в период с 2010 по 2021 гг. В исследовании обе группы больных были идентичны как по возрасту, так и по выраженности клинических проявлений и тяжести заболевания.

Факторный анализ показал, что основной причиной неудовлетворительных результатов хирургического лечения больных с ОГХ в период 2000-2009 г.г. явились холангиогенные абсцессы печени и билиарный сепсис. Летальность составила 8,2% (умерло 5 больных). Различные гнойно-септические осложнения в послеоперационном периоде наблюдали у 15 больных (24,6%). У всех оперированных 61 больных хирургическое вмешательство заключалось в выполнении ХЭ с холедохолитотомией с наружным дренированием холедоха, причем оперативное вмешательство выполнено из широкого лапаротомного доступа у 48 (79%), из минидоступа – 13 (21%)

При этом ХЭ с холедохолитотомией по экстренным показаниям (в течении 2-3 часов от поступления в стационар) произведено у 29 (47,5%) больных вследствие острого деструктивного холецистита, причем у 12 при осложнении деструктивного холецистита перитонитом. Также 6 больным операции по экстренным показаниям проведены при наличии клиники острой обструкции магистральных желчных протоков.

По срочным показаниям (в течении ближайших 2-3 суток) оперированы 32 (56%) пациента у которых превалировала клиника обструкции общего желчного протока при отсутствии клиники деструктивного холецистита.

При этом наибольший процент летальных исходов и гнойно – септических осложнений дали экстренные операции (12,1% и 33,3%) при сочетании ОГХ с острым деструктивным холециститом и перитонитом (14,8% и 44,4% соответственно) (рис. 2).

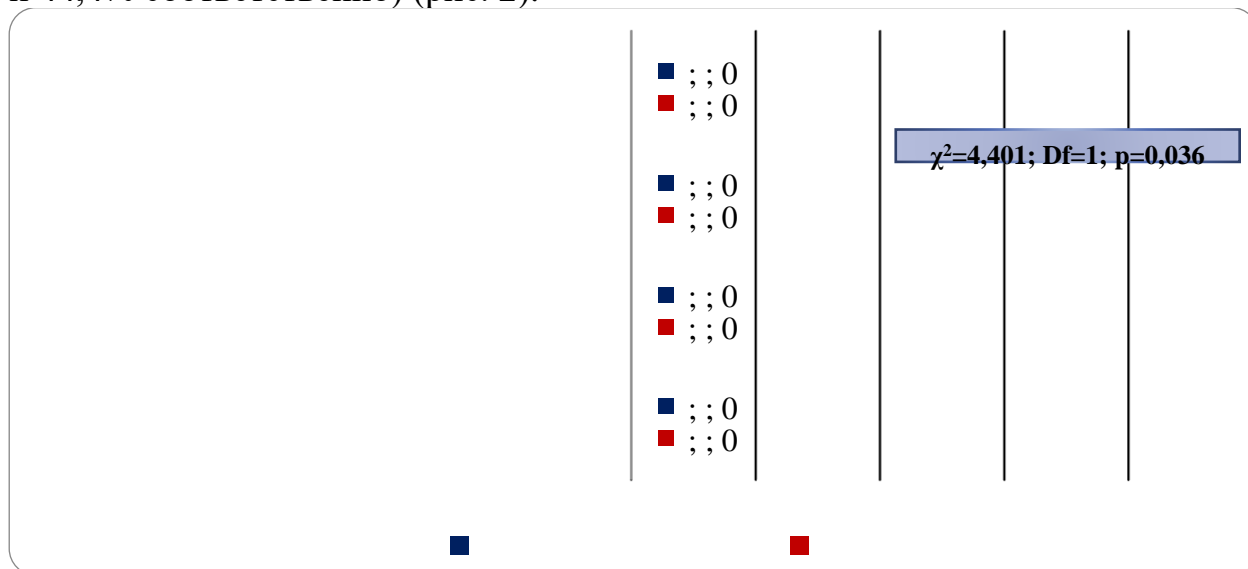


Рис. 2. Частота летальности и послеоперационных осложнений в зависимости от срочности операций и клиники холангита в группе сравнения

В основной группе из 83 больных, оперированных в 2010-2019 г.г. по поводу ОГХ как осложнения ЖКБ, лечение осуществлялось с учетом степени тяжести ОГХ, предложенной на согласительной конференции в Токио (2006). В соответствии с этими критериями легкая степень тяжести ОГХ констатирована у 54 (65%), средняя у 18 (21,6%), тяжелая у 11 (13,2%) больных.

Больные ОГХ были подвергнуты различным малоинвазивным и открытым хирургическим вмешательствам с учетом предложенных критериев тяжести, а также наличия клиники острого деструктивного холецистита и перитонита.

В основной группе у пациентов со средней степенью тяжести (n=18) и тяжелой степенью ОГХ (n=11) первым этапом лечения у 20 больных применяли миниинвазивные декомпрессивные вмешательства (табл. 1).

Таблица 1.

Хирургические вмешательства у больных с ОГХ средней степени тяжести и тяжелой степени в основной группе (n=29)

Диагноз	Вид операции		К-во больных	
Острый гнойный холангит и острый деструктивный холецистит	ЧЧМХС, ЭПСТ и НБД →	ЛХЭ	2	9
	ЧЧМХС, ЭПСТ и НБД →	МЛХЭ	3	
	ЧЧМХС →	МЛХЭ, холедохолитотомия	4	
Острый гнойный холангит, острый деструктивный холецистит и перитонит	Лапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия и санация брюшной полости		4	
Острый гнойный холангит, хронический калькулезный холецистит	ЭПСТ и НБД →	ЛХЭ	11	16
	МЛХЭ, холедохолитотомия		5	

При этом у 9 пациентов с острым деструктивным холециститом произведена декомпрессия желчного пузыря посредством чрескожно-чреспеченочной микрохолецистостомии (ЧЧМХС) под контролем УЗИ. Затем у 5 из них выполнили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) и назобилиарное дренирование (НБД). У остальных 4 больных ЧЧМХС значительно купировало клинические проявления ОГХ. У 11 пациентов с ОГХ без клиники острого холецистита первым этапом произведено эндоскопическое трансдуоденальное вмешательство- ЭПСТ с литоэкстракцией и НБД холедоха. Вторым этапом у этих 20 пациентов на 7-12 сутки произведена холецистэктомия-ЛХЭ-13, МЛХЭ-7, при этом у 4 МЛХЭ дополнена холедохолитотомией.

У 4 больных с клиникой перитонита по экстренным показаниям произведена лапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия и санация брюшной полости. Еще 5 больным с прогрессирующей клиникой ОГХ при безуспешной попытке ЭПСТ произведена ХЭ с холедохолитотомией из открытого минидоступа.

Таким образом, двухэтапное хирургическое лечение проведено 11 (61,1%) больным со средней степенью тяжести и 9 (81,8%) с тяжелой степенью ОГХ.

При ОГХ легкой степени тяжести двухэтапное хирургическое лечение проведено 13 (24,1%), одноэтапная радикальная хирургическая операция

выполнена 41 пациенту (табл. 2).

Таблица 2.

Хирургические вмешательства у больных с ОГХ легкой степени тяжести в основной группе (n=54)

Диагноз	Вид операции		К-во больных	
Острый гнойный холангит и острый деструктивный холецистит	ЧЧМХС, ЭПСТ и НБД →	ЛХЭ	6	9
	ЧЧМХС, ЭПСТ и НБД →	МЛХЭ	1	
	ЧЧМХС →	МЛХЭ, холедохолитотомия	2	
Острый гнойный холангит, острый деструктивный холецистит и местный перитонит	Лапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия и санация брюшной полости		13	
Острый гнойный холангит, хронический калькулезный холецистит	ЭПСТ и НБД →	ЛХЭ	3	32
	ЭПСТ и НБД →	МЛХЭ	1	
	МЛХЭ, холедохолитотомия		28	

Всего ЧЧМХС в хирургическом лечении больных с ОГХ произвели 18 (21,7%) больным основной исследуемой группы. Дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ проводили через участок паренхимы печени с целью герметизации канала и профилактики подтекания желчи в брюшную полость.

Дренирование во всех случаях проводили «зонтичным» стилет – катетером с «корзинкой» на конце, диаметром катетера 4F и 9F (рис. 3).



Рис. 3. Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под контролем ультразвукового сканирования

После выполнения микрохолецистостомии содержимое желчного пузыря полностью эвакуировали, полость его промывали физиологическим раствором до чистого отделяемого и дренаж удлиняли. Отделяемое по дренажу оценивали визуально и направляли на бактериологическое исследование. Полноту опорожнения полости желчного пузыря контролировали эхографически.

В основной исследуемой группе при ОГХ ЭПСТ выполнено всего 27 больных. При этом 15 пациентам с ОГХ без клиники деструктивного холецистита первым этапом произведено ЭПСТ и НБД (рис. 4). 12 пациентам с превалированием клиники острого деструктивного холецистита данное вмешательство произведено после ЧЧМХС. Вместе с тем следует отметить что у 9 больных с ОГХ попытки ЭПСТ и установки НБД были безуспешны, а в одном случае у пациентки развился острый панкреатит с летальным исходом.



Рис. 4. Эндоскопическая папилосфинктеротомия и установка назобилиарного дренажа

Таким образом, 2-х этапное хирургическое лечение проведено 33 больным основной группы, что составило 39,7%. Этим больным после предварительной миниинвазивной декомпрессии желчных путей вторым этапом на 7-12 сутки произведено ХЭ, причем 22 –ЛХЭ, 11 – МЛХЭ и из них у 6 МЛХЭ дополнено холедохолитотомией.

По результатам клинического исследования нами разработана «Программа для выбора тактики лечения больных с гнойным холангитом доброкачественного генеза» № DGU 10741 (Свидетельство, выданное Агентством по интеллектуальной собственности РУз от 08.04.2021 г.).

50 (60,3%) больным основной исследуемой группы радикальная операция – ХЭ и холедохолитотомия произведено как из широкого лапаротомного доступа у 17 больных при сочетании ОГХ с острым деструктивным холециститом и перитонитом, так и из минилапаротомного доступа у 33 больных.

ЛХЭ проводилось с использованием инструментов фирмы «Karl Storz», ХЭ из минидоступа инструментами фирмы «САН» (рис. 5). Таким образом, ЛХЭ проведено 22 (26,5%) больным, ХЭ из минидоступа 44 (53%), ХЭ из широкого лапаротомного доступа 17 (20,5%).

Все хирургические вмешательства в основной группе больных завершены дренированием холедоха, из них у 56 (67,5%)- наружное дренирование, у 27 (32,5%)- НБД при эндоскопическом трансдуоденальном вмешательстве.



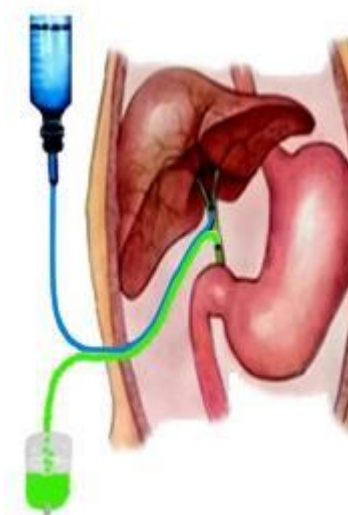
А.



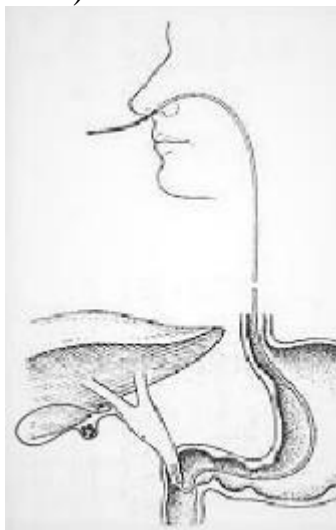
Б.

Рис. 5. Этап холецистэктомии из мини доступа с использованием инструментария «миниассистент» (А) и лапароскопическая холецистэктомия (Б)

Этим больным с целью купирования воспалительных явлений в желчных протоках, предупреждения образования микроабсцессов или абсцессов в печени осуществляли санационную перфузию билиарного тракта 0,06% раствором гипохлорита натрия разработанным нами способом. Интрабилиарная санация проводилась через дренажные трубки, установленные в гепатикохоledoхе (ГХ) после холедохолитотомии 56 больным и НБД у 27 больных (рис. 6).



А.



Б.



С.

Рис. 6. Схема санационной перфузии билиарного тракта через дренаж гепатикохоledoха (А), через назобилиарный дренаж (Б), проведение процедуры пациенту (С)

После холедохолитотомии в просвете холедоха устанавливали спаренные 2 трубки, одна из которых (тонкая в диаметре просвета 2мм) в направлении проксимального конца ГХ, вторая (с более широким просветом до 4мм) в дистальном направлении ГХ.

Санационная перфузия билиарного тракта в первые сутки проводилась 400,0 мл анолитного 0,06% раствора гипохлорита натрия с рН=6 до нормализации микрофлоры желчи. Анолитный раствор гипохлорита натрия являясь сильным окислителем в желчных протоках связываясь с желчью

разбавлял ее, увеличивал степень желчеотделения по дренажу.

Гипохлорит натрия готовили на аппарате ЭДО-4. Для приготовления анолитного и католитного раствора использовали аппарат СТЭЛ-МТ-1.

При эндобилиарной санации ЖВП 0,06% раствором гипохлорита натрия при одинаковых показателях желчевыделения в 1-е сутки к 3-м суткам они составляли $200 \pm 4,7$ мл/сутки (в гр. сравнения $121 \pm 3,4$ мл/сутки), к 6-м суткам $420 \pm 7,1$ мл/сутки (в гр. сравнения $280 \pm 6,5$ мл/сутки).

Полученные результаты по исследованию вязкости желчи показали, что в основной группе ко $2 \pm 0,3$ суткам от начала введения гипохлорита натрия нормализовались показатели вязкости желчи и составили в среднем 0,5-0,6 у.е., тогда как в контрольной группе показатели вязкости желчи нормализовались на $5 \pm 0,4$ сутки.

Попадая во внутривеночные протоки и разбавляя желчь анолитный раствор гипохлорита натрия способствовал санации желчных протоков снижая высокие титры микробных тел. Как показали наши исследования, именно «кислые» растворы (анолиты) гипохлорита натрия обладают выраженным дезинфицирующим свойством и антимикробной активностью. При этом введение 400,0 мл 0,06 % анолитного раствора гипохлорита натрия снижало титр микробов в посевах желчи, причем он стабильно снижался и в последующие дни после введения.

Микробиологическое исследование желчи проводили на 1-3-5 сутки и перед удалением дренажа. При этом наиболее часто определялись *Escherichia coli*- 75,2%, *Klebsiella*-12,3%, *Enterobacter*- 8,1% и различные ассоциации. На 5 сутки после интрабилиарной санации отрицательные посевы желчи отмечались у 72% больных, на 12 сутки наступала полная эрадикация микробного пейзажа (рис. 7).

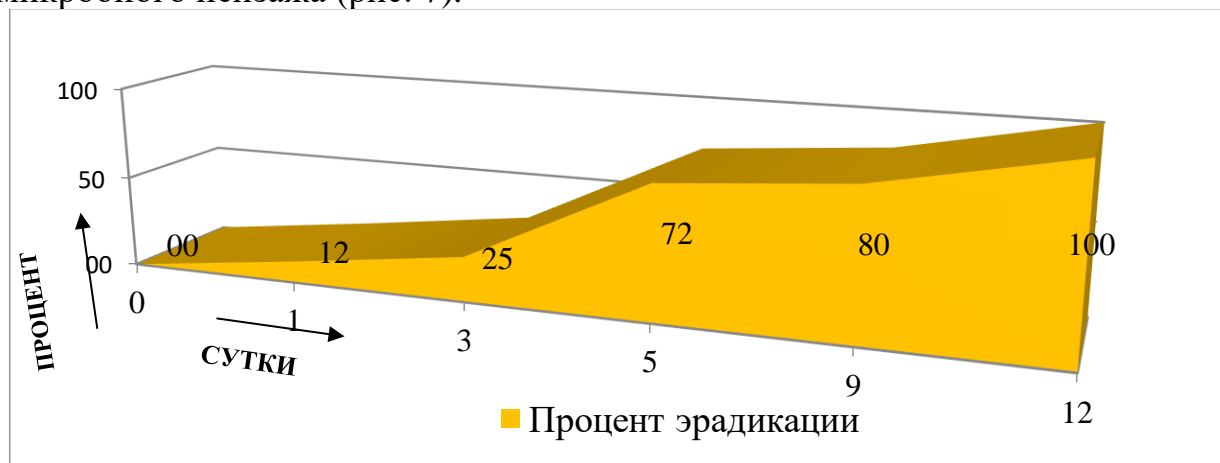


Рис. 7. Динамика эрадикации микробного пейзажа желчи при интрабилиарной санации гипохлоритом натрия (%/сут)

После получения стерильного результата бакпосева желчи или значительного его снижения промывание желчных протоков осуществляли католитным раствором (рН=8) гипохлорита натрия, являющегося донором активного кислорода и способствующего также быстрой регенерации. Эффективность комплексной терапии ОГХ оценивали по регрессии биохимических показателей крови. При анализах полученных результатов оказалось, что уровень общего билирубина в основной группе значительно

отличалось динамикой снижения в отличие от больных группы сравнения. Также при анализе полученных результатов значительно раньше нормализовались показатели активности щелочной фосфатазы и уровня АсАТ.

В четвертой главе представлен «Сравнительный анализ результатов лечения в группах сравнения» показал значительное снижение летальности в основной исследуемой группе больных. Наиболее грозными осложнениями в контрольной исследуемой группе больных были холангиогенные абсцессы печени и билиарный сепсис, что явилось причиной летальных исходов у 4 больных. Продолжающийся перитонит еще в 1 наблюдений также привело к неблагоприятному исходу. Всего в группе сравнения умерло 5 из 61 оперированных больных, летальность составило 8,2%.

При этом, в основной группе умерло 2 из оперированных 83 больных, летальность составило 2,4%. Причиной неблагоприятного исхода явились острый панкреатит как осложнение трансдуоденального эндоскопического вмешательства у 1 пациентки и продолжающийся перитонит в 1 наблюдении.

Различные холемические и гнойно-септические осложнения наблюдались у 15 больных группы сравнения, что составило 24,6%. При этом у 2 (3,2%) образовались биломы в подпеченочной области, которые дренированы реканализацией контраптертур. У 5 (11,4%) больных наблюдалось желчеистечение из дренажных трубок установленных в подпеченочном пространстве, 5 (8,2%) пациентам проведены повторные операции по вскрытию и дренированию подпеченочных или поддиафрагмальных абсцессов. Также, 2 (3,2%) пациентки повторно оперированы по поводу холемического внутрибрюшного кровотечения. У 12 (19,6%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

В основной исследуемой группе послеоперационные осложнения развились у 10 больных, что составило 12,1%. При этом, биломы подпеченочной области сформировались у 3 (3,6%) пациентов, которые успешно санированы пункциями под контролем УЗИ. У 2 (2,4%) пациентов наблюдалось холемическое кровотечение из печени с области чрезпеченочной пункции желчного пузыря. Наружное желчеистечение наблюдалось у 2 пациентов, при релапароскопии в 1 случае выявлено несостоятельность культи пузырного протока которая повторно клипирована, еще в 1 наблюдении произведена коагуляция ложа желчного пузыря как источника желчеистечения в брюшной полости. Дуоденальное кровотечение отмечено у 1 больной после ЭПСТ, кровотечение остановлено. У 1 больного сформировался поддиафрагмальный абсцесс санированный повторными пункциями под контролем УЗИ. У 3 больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны (рис. 8).

Таким образом оптимизация тактико – технических аспектов комплексного хирургического лечения ОГХ как осложнения ЖКБ с применением миниинвазивных декомпрессивных вмешательств и внедрение санации билиарного тракта способствовало раннему купированию холангита, предупреждению образования абсцесса печени и развитию билиарного сепсиса. Достигнуто уменьшение гнойно – септических осложнений с 24,5% до 12,1%, летальности с 8,2% до 2,4%.

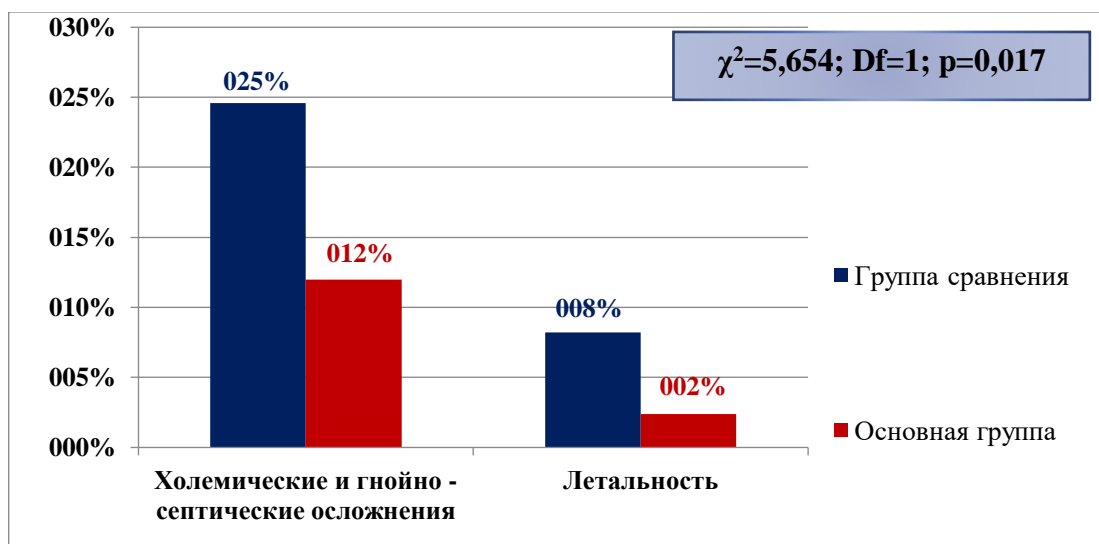


Рис. 8. Результаты комплексного хирургического лечения больных с острым гнойным холангитом в группах сравнения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Факторный анализ при остром гнойном холангите показал, что основной причиной летальности являются холангиогенные абсцессы печени и билиарный сепсис. Наибольший процент летальных исходов (14,8%) и гнойно – септических осложнений (44,4%) наблюдались после экстренных операций при сочетании острого гнойного холангита с острым деструктивным холециститом и перитонитом.

2. Этапное хирургическое лечение с учетом степени тяжести острого гнойного холангита и применением предварительных декомпрессивных вмешательств на желчевыводящих протоках позволило купировать явления холестаза и гнойной интоксикации, улучшить результаты радикальных операций. При этом необходимость в применении лапароскопических и эндоскопических трансдуоденальных вмешательств было у 81,8% больных с тяжелой степенью, 61,6% средней степени тяжести и 24,1% с легкой степени тяжести острого гнойного холангита.

3. Чресдренажная санация билиарного тракта 0,06% анолитным и католитным растворами гипохлорита натрия способствует ранней эрадикации микробной обсемененности желчи, нормализации показателей билирубина, АсАТ и активности щелочной фосфатазы, увеличивает желчеотделение более чем в 2 раза.

4. Оптимизация тактико – технических аспектов комплексного хирургического лечения острого гнойного холангита как осложнения ЖКБ способствовало улучшению результатов лечения за счет раннего купирования холангита, предупреждения образования абсцессов печени и развития билиарного сепсиса. При этом достигнуто уменьшение послеоперационных гнойно – септических и холемических осложнений с 24,5% до 12,1%, летальности с 8,2% до 2,4%.

**SCIENTIFIC COUNCIL of DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01
AT BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE
FOR AWARDED ACADEMIC DEGREES**

SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE

SAIDMURODOV KAMOL BOTIROVICH

**OPTIMIZATION OF TACTICAL AND TECHNICAL
ASPECTS OF COMPLEX SURGICAL TREATMENT OF
ACUTE PURULENT CHOLANGITIS OF BENIGN GENESIS**

14.00.27 – Surgery

**AUTOREFERAT OF PH.D. THESIS (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

Bukhara – 2022

The topic of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD) is registered with the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for B2019.4.PhD/Tib1106.

The dissertation was completed at the Samarkand State Medical Institute.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is available on the web page of the Scientific Council (www.bsmi.uz) and the Information and Educational Portal "Ziyonet" (www.ziyonet.uz).

Supervisor

Kurbaniyazov Zafarzhon
Doctor of Medical Sciences

Official opponents

Khamdamov Bakhtiyor Zarifovich
Doctor of Medical Sciences (DSc)

Makhmadov Farukh Isroilovich
Doctor of Medical Sciences
(Republic of Tajikistan)

Lead Organization

National Specialized Scientific and Practical Center for Surgery named after academician V. Vakhidov

The defense will take place on 24 January 2022 at 14:00 o'clock at a meeting of the Scientific Council DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 at the Bukhara State Medical Institute (Address: 200118, Bukhara, Navoi Ave., 1. Tel.: (+99865) 223-17-53; fax: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhmi@mail.ru).

The dissertation can be found at the Information and Resource Center of the Bukhara State Medical Institute (registered No. 042). Address: 200118, Bukhara, pr. Navoi, 1. Tel.: (+99865) 223-17-53; fax: (+99865) 223-00-50.

The autoreferat of the dissertation was sent out to 5 January 2022. (register of distribution protocol No. 3 dated 5 January 2022).



[Handwritten signatures in blue ink]

A.Sh. Inoyatov

Chairman of the Scientific Council on Award of 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), dosent

N.A. Nuraliev

Chairman of the Scientific Seminar Scientific Council for Awarding Degrees Doctor of Medical Sciences, Professor

INTRODUCTION (Ph.D. thesis abstract (PhD))

According to the World Health Organization, the Frequency of purulent complications of inflammatory diseases of the biliary tract occurs in 46% of cases and, despite the close attention of researchers to this problem, remains highly relevant. The inflammatory process in this localization is characterized not only by a local purulent-destructive process, but also by systemic disorders that quickly lead to severe endogenous intoxication and severe organ dysfunction.

The main trend in the treatment of patients with purulent cholangitis all over the world is early decompression of the bile ducts, with the appointment of antibiotics, taking into account the sensitivity of the bile microflora, as well as detoxification therapy. In accordance with the rules, surgical treatment of patients with purulent cholangitis is carried out in the following sequence. The first stage is the decompression of the bile ducts using minimally invasive methods: endoscopic papillosphincterotomy with the installation of nasobiliary drainage or percutaneous transhepatic drainage. As a second stage, patients undergo laparoscopic cholecystectomy or cholecystectomy through a mini-access with external drainage of the common bile duct. At the same time, up to 36.0-55.5% of patients need to perform one-stage, open operations due to the presence of destructive cholecystitis with infiltration in the right hypochondrium or local peritonitis, cholecystoduodenal fistula.

However, the results of treatment do not always satisfy surgeons (E.I. Galperin et al., 2019; Y. Nassar et al., 2019), septic conditions are diagnosed in 20.0% of patients, deaths are observed in 6.25-30.0 % cases.

In our country, large-scale work is being carried out to socially protect the population and improve the health care system. In this direction, in particular, in improving the surgical treatment of patients with diseases of the biliary tract, positive results have been achieved. At the same time, to improve the care provided to these patients, evidence-based results are required to assess the effectiveness of surgical accommodation, taking into account the prevention of perioperative and postoperative complications. The strategy of actions in five priority areas of development of the Republic of Uzbekistan for 2017-2021 sets goals for the development and improvement of the system of medical and social assistance to vulnerable categories of the population to ensure their full life. The implementation of these tasks, including the improvement of the results of surgical treatment of patients with diseases of the biliary tract, by optimizing diagnostics and surgical tactics, improving methods of surgical treatment, is one of the urgent directions.

The aim of the study improving the results of complex surgical treatment of patients with acute purulent cholangitis of benign genesis by optimizing tactical and technical aspects.

The object of the study was 144 patients with purulent cholangitis, which developed as a complication of gallstone disease, who were treated in the surgical departments of the 1st clinic of the Samarkand State Medical Institute in the period from 2000 to 2021.

The practical results of the study are as follows: indications for the use of staged surgical treatment were determined, taking into account the severity of acute purulent cholangitis with the use of minimally invasive diapedic and transduodenal endoscopic interventions, which made it possible to carry out radical operations after stopping the phenomena of cholestasis and purulent intoxication;

indications for the choice of the method and sequence of minimally invasive decompression of the biliary tract have been developed, depending on the prevalence of the clinic of acute obstructive cholangitis or acute obstructive cholecystitis;

the use of the developed perfusion sanitation of the biliary tract with rinsing of the cavities of intrahepatic cholangionic abscesses significantly improved the results of treatment of acute purulent cholangitis;

the developed tactical and technical aspects of complex surgical treatment of acute purulent cholangitis have significantly reduced the frequency of complications and mortality

The reliability of the research results. The reliability of the research results was confirmed by the applied modern clinical, laboratory and instrumental methods. All obtained results and conclusions are based on the principles of evidence-based medicine. Statistical processing confirmed the reliability of the results obtained

Approbation of research results. The results of this study were discussed at 6 scientific and practical conferences, including 5 international and 1 republican.

Publication of research results. 16 scientific works have been published on the topic of the dissertation, including 6 journal articles, 5 of which are in republican, 1 in foreign journals recommended by the Higher Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for the publication of the main scientific results of dissertations.

The structure and scope of the thesis. The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of the text material is 108 pages.

НАШР ЭТИЛГАН ИЛМИЙ ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Kurbanuyazov Z.B., Saidmurodov K.B. Efficacy of Newer Surgical Treatment for Purulent Cholangitis // American Journal of Medicine and Medical Sciences. АҚШ, - 2020; 10(1): - P. 1-4 (14.00.27; №2).

2. Курбаниязов З.Б., Саидмуродов К.Б. Оптимизация хирургического лечения больных с желчнокаменной болезнью осложненным гнойным холангитом. // Проблемы биологии и медицины. Самарканд, - 2019; №3. Том. 111. - С. 53-58. (14.00.27; №19).

3. Саидмуродов К.Б. Современные аспекты хирургического лечения острого гнойного холангита // Проблемы биологии и медицины. Самарканд, - 2019; №3. Том. 111. - С. 273-278. (14.00.27; №19).

4. Курбаниязов З.Б., Саидмуродов К.Б., Арзиев И.А. Оптимизация тактико-технических аспектов комплексного хирургического лечения острого гнойного холангита при желчекаменной болезни. // Доктор ахборотномаси. Самарканд, - 2021; №1. - С. 71-76. (14.00.27; №20).

5. Курбаниязов З.Б., Саидмуродов К.Б. Анализ результатов комплексного хирургического лечения острого гнойного холангита при желчнокаменной болезни. // Проблемы биологии и медицины. Самарканд, - 2021; №2. Том. 127. - С. 69-74. (14.00.27; №19).

6. Саидмуродов К.Б. Эффективность этапных хирургических вмешательств с учетом степени тяжести острого гнойного холангита. // Проблемы биологии и медицины. Самарканд, 2021; №2. Том. 127. - С. 122-125. (14.00.27; №19).

II бўлим (II часть; part II)

7. Saidmurodov K.B., Ibragimov Sh.U. Effectiveness of milestone surgical interventions considering severity of acute purulent cholangitis. //Multidisziplinäre forschung: perspektiven, problemeund muster» 9. april 2021 • Band 2. - P. 72-75

8. Саидмуродов К.Б., Арзиев И.А., Эгамбердиев А.А. Хирургическое лечение больных деструктивным холециститом // Тезисы национального хирургического конгресса совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ. Москва 2017 - С. 273.

9. Саидмуродов К.Б., Ибрагимов Ш.У. Оперативность стадий хирургических вмешательств с учетом степени тяжести острого гнойного холангита у взрослых // Наука, образование и культура 2021 г. № 2- С. 27

10. Саидмуродов К.Б., Ибрагимов Ш.У. Acute purulent cholangitis and stages of its effective surgery // Матеріаліи міжнародної наукової конференції Львів, Україна 2021 - С. 113-117.

11. Saidmurodov K.B., Usarov Sh.N., Ibragimov Sh.U. Complex treatment of acute purulent cholangitis // The XV International Science Conference «The world

science of modernity. Problems and prospects of development» Paris, France. 2021- P. 102-103.

12. Saidmurodov K.B., Ibragimov Sh.U. Сопряженное лечение острого гнойного холангита у лиц старше 27 лет // Theory and practice of modern science i international scientific and theoretical conference. -2021 Volume 2 - С. 136-137.

13. Саидмуродов К.Б., Ибрагимов Ш.У., Курбаниязов З.Б. Комплексное лечение острого гнойного холангита у лиц старших лет // International scientific journal Grail of Science 2021г. №8. - С. 399.

14. Саидмуродов К.Б., Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Сайинаев Ф.К., Ибрагимов Ш.У. Программа для выбора тактики лечения больных с гнойным холангитом дорокачественного генеза. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, 2021. № DGU 10741.

15. Курбаниязов З.Б., Саидмуродов К.Б., Аскарлов П.А. Диагностика и хирургическое лечение острого гнойного холангита // Методические рекомендации. Самарканд, 2021. -17 с.

16. Курбаниязов З.Б., Саидмуродов К.Б. Ўткир йирингли холангитнинг диагностикаси ва жаррохлик йўли билан комплекс даволаш усуллари // Услубий тавсиянома. Самарканд, 2021. -17 б.

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

Босишга рухсат этилди: 23.12.2021. Бичими 60x84 1/16. Рақамли босма усулида босилди. Times New Roman гарнитураси. Шартли босма тобоғи: 2.7. Адади 100 нусха. Буюртма №5.

Гувоҳнома АИ № 178. 08.12.2010.
“Sadriddin Salim Vuxoriy” МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди.
Бухоро шаҳри, М.Иқбол кўчаси, 11-уй. Тел.: 0(365) 221-26-45.

