

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

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ХАКИМОВ ОТАБЕК САТИВАЛДИЕВИЧ

**КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА ЎТКИР ТОШЛИ
ХОЛЕЦИСТИТНИНГ ДЕСТРУКТИВ ШАКЛЛАРИДА ТАШХИСОТ ВА
ХИРУРГИК ТАКТИКАНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

Андижон – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Хакимов Отабек Сативалдиевич

Кекса ва қари ёшдаги беморларда ўткир тошли холециститнинг
деструктив шаклларида ташхисот ва хирургик тактикани
такомиллаштириш..... 3

Хакимов Отабек Сативалдиевич

Оптимизация диагностики и хирургической тактики при деструктивных
формах острого холецистита у больных пожилого и старческого
возраста..... 27

Khakimov Otabek Sativaldievich

Improving of diagnostics and surgical tactics for destructive forms of acute
cholecystitis in elderly and senile patients..... 49

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 53

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

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ХАКИМОВ ОТАБЕК САТИВАЛДИЕВИЧ

**КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА ЎТКИР ТОШЛИ
ХОЛЕЦИСТИТНИНГ ДЕСТРУКТИВ ШАКЛЛАРИДА ТАШХИСОТ ВА
ХИРУРГИК ТАКТИКАНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

Андижон – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2024.3.PhD/Tib4995 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

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

Илмий раҳбар:	Атажанов Шухрат Камилович тиббиёт фанлари доктори
Расмий оппонентлар:	Махмудов Улугбек Марифджанович тиббиёт фанлари доктори Кадиров Шавкат Номанович тиббиёт фанлари доктори, доцент
Етакчи ташкилот:	Бухоро давлат тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2025 йил «___» _____ соат ____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю. Атабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz, Андижон давлат тиббиёт институти).

Диссертация билан Андижон давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (____ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Атабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Диссертация автореферати 2025 йил «___» _____ куни тарқатилди.
(2025 йил «___» _____ даги _____ -рақамли реестр баённомаси).

М.М. Мадазимов

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

М.Ф. Нишанов

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

Б.Р. Абдуллажанов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Ўт тош касаллиги (ЎТК) дунё аҳолисининг тахминан 15 фоизда ташхисланади ва беморларнинг ҳаёт сифатини пасайиши, ҳаёт учун ҳавф солувчи турли асоратларнинг ривожланиши, оператив аралашувлар частотасини ортиши билан кечади, бу эса соғлиқни сақлаш тизимида жиддий молиявий юкламага олиб келади¹. Биргина Қўшма Штатларда ҳар йили ўтказиладиган холецистэктомиялар сони 800000 га етади ва бу муолажалар билан боғлиқ харажатлар тахминан 6,0 миллиард долларни ташкил қилади. Ўткир холецистит билан касалланган барча беморларнинг 40-60% ини 60 ёшдан катталар ташкил этади. 70 ёшдан ошганлар орасида касалланиш даражаси эса ҳар 1000 кишига 3-5 ҳолат гача етади, бу ўрта ёшдагиларга нисбатан бир неча марта юқори ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти экспертларининг прогнозларига кўра, 65 ёшдан ошган аҳоли улуши ҳозирги 18% дан 30 йил ичида 25% гача кўтарилади. Бу шуни англатадики, ўт тош касаллиги билан касалланиш борасида йилдан йилга гериатрик беморлар улуши ортиб боради. Ўзбекистонда шошинч қорин бўшлиғи жарроҳлигида ўт-тош хасталиги билан касалланган беморлар 25,3%ни ташкил этади, шундан 28,5 фоизи қари ва кекса ёшдаги беморлардир. Ушбу ёш гуруҳида ўткир холециститда бажарилган холецистэктомияларнинг ўзига хос ва операциядан кейинги умумий асоратлари мос равишда 36,4% ва 40,9% ни ташкил қилади. Бу ҳолатлар даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган келгуси тадқиқотлар заруратини белгилайди.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда ўт тош касаллигининг шошинч жарроҳлигида гериатрик ёшдаги беморлар учун илмий асосланган клиник кўрсатмаларни ишлаб чиқиш энг долзарб бўлиб қолмоқда ва бу борада бир қатор мақсадли тадқиқотлар олиб борилмоқда, мураккаб лапароскопик холецистэктомия вақтида ятроген шикастланишнинг олдини олиш учун флуоресцент бўёқ сифатида индоцианин яшилидан фойдаланган ҳолда ўт йўли анатомик тузилмаларини интраоператив визуализация қилиш имкониятларини ўрганиш, шунингдек, мавжуд мета-таҳлиллар асосида турли хил холецистэктомия усулларининг ҳавфсизлигини аниқлаш учун кўп марказли тадқиқотлар улардан энг долзарблари ҳисобланади.

Мамлакатимизда хирургияни ривожлантиришнинг замонавий жиҳатлари ўт тош касаллиги ва унинг асоратлари билан касалланган гериатрик беморларни даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чоратadbирларни ўз ичига олади. Янги Ўзбекистоннинг 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган². Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, кекса ва қари ёшдаги беморларда

¹ E S, Srikanth MS, Shreyas A, Desai S, Mehdi S, Suman, Krishna KL. Recent advances, novel targets and treatments for cholelithiasis; a narrative review. Eur J Pharmacol. 2021 Oct 5;908:174376.

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг. 28. 01 2022 йилдаги «Янги Ўзбекистоннинг 2022-2026 йилларга мўлжалланган ривожланиш стратегияси тўғрисида» ПҚ-60 сонли Фармони.

ўткир холециститнинг деструктив шаклларида даволаш натижаларини яхшилаш, ушбу патологиянинг юқори тиббий ва ижтимоий аҳамияти туфайли билиар хирургиянинг ва умуман олганда, тиббиётнинг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги ва 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилинч тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармонлари, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 26 июлдаги ПҚ-5198-сон «Аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини янада яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори, шунингдек, ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Ўткир деструктив холециститни даволашнинг ягона радикал усули холецистэктомия ҳисобланади³. Бироқ, кекса ёшдаги беморларда периперацион асоратлар ва ўлим хавфи юқори бўлгани сабабли, шошилинч холецистэктомиянинг афзалликлари унчалик аниқ эмас. Кекса ёшдаги беморлардаги ҳамроҳ касалликлар юки физиологик захиранинг сезиларли даражада камайишига ва периперацион асоратлар сонининг ортишига олиб келади. Кекса ёш ўткир холециститда асоратлар ривожланишининг мустақил хавф омили ҳисобланади. Шунга қарамай, тадқиқотчиларнинг таъкидлашича, кекса ёшдаги беморларда шошилинч холецистэктомия етарлича хавфсиз ҳисобланади⁴. Кекса ёшдаги беморларда ўткир холециститни консерватив усулда даволагандан сўнг 38% ҳолларда қайта госпитализация талаб этилади, холецистэктомиядан сўнг эса бу кўрсаткич атиги 4% ни ташкил этади. Шу нуқтаи назардан, Англияда ўткир холецистит бўйича кекса ёшдаги беморларда Т. Wiggins ва ҳаммуаллифлари томонидан ўтказилган когорт тадқиқот шунни кўрсатдики, шошилинч холецистэктомия гуруҳида 30 кунлик ўлим кўрсаткичи 11,6% ни ташкил этган, консерватив даво гуруҳида эса – 9,9%. Бир йиллик ўлим кўрсаткичи эса мос равишда 20,8% ва 27,1% ни ташкил этган⁵. Кекса ёшдаги беморларда эрта холецистэктомияга оид адабиётлар бўйича ўтказилган мета-таҳлил натижасида аниқланишича, операциядан кейинги ўлим кўрсаткичи 0 дан 5% гача, асоратлар частотаси эса 4 дан 31% гача бўлган. Шу билан бирга, ўрта

³ Sutton A.J., Vohra R.S., Hollyman M. Et al. Cost-effectiveness of emergency versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute gallbladder pathology //Journal of British Surgery. – 2017. – Т. 104. – №. 1. – С. 98-107.

⁴ Хаджибаев А.М. Малоинвазивные методы лечения осложненных форм острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста //Вестник экстренной медицины. – 2010. – №. 4. – С. 94-98.

⁵ Wiggins T., Markar S.R., Mackenzie H. Et al. Evolution in the management of acute cholecystitis in the elderly: population-based cohort study //Surgical endoscopy. – 2018. – Т. 32. – №. 10. – С. 4078-4086.

ёшдаги беморларда бу кўрсаткичлар мос равишда 1% дан кам ва 15% дан камни ташкил этган⁶.

Сўнгги йилларда Ўзбекистон олимлари томонидан ўткир деструктив холецистит бўйича бир қанча тадқиқотлар натижалари эълон қилинган (Хаджибаев А.М., 2024; Хакимов М.Ш., 2024; Акбаров М.М., 2023; Туракулов У.Н., 2021; Ботиров А.К., 2023; Курбаниязов З.Б., 2024 ва бошқ.). Тадқиқотларнинг асосий йўналишлари лапароскопик ва минимал инвазив усулларнинг самарадорлигини баҳолаш, эрта ташхислаш, хирургик даволаш усулларини такомиллаштириш ва янги усулларни ишлаб чиқиш, хирургик тактикани оптималлаштириш ва асоратларни камайтиришга қаратилган. Аммо кекса ва қари ёшдаги беморларда ўткир деструктив холециститда каминвазив усулларини такомиллаштириш бўйича тадқиқотлар етарли эмас.

Ўтказилган адабиёт маълумотларининг таҳлили шуни кўрсатдики, бугунги кунгача гериатрик беморларда ягона жарроҳлик ёндашуви масалалари кенг муҳокамалар мавзуси бўлиб қолмоқда. Ҳозирги кунга қадар операциядан кейинги эрта асоратларни олдини олиш, юзага келган асоратни ишончли тарзда коррекциялаш ва ҳар бир алоҳида ҳолат учун уни даволаш усули бўйича асосли тавсиялар мавжуд эмас. Буларнинг барчаси кекса ва қари ёшдаги беморларда ўткир деструктив холециститни хирургик даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кейинги тадқиқотларга эҳтиёж борлигини кўрсатади.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институтининг илмий ишлари режасига мувофиқ бажарилган.

Тадқиқот мақсади кекса ва қари ёшдаги беморларда ўткир холециститнинг деструктив шаклларида ташхислаш ва хирургик даволаш усулларини такомиллаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

кекса ва қари ёшдаги беморларда ўткир холециститнинг деструктив шаклларининг гендер таркиби, антропометрик жиҳатлари ва ва клиник кечишининг ўзига хос хусусиятлари аниқлаш;

ўткир холециститнинг турли морфологик шакллари ташхислашда ультратовуш текширувининг ўрни ва ролини баҳолаш, касалликнинг деструктив шакллари оғирлигини баҳолаш ва унинг перивезикал асоратларини эрта ташхислаш, ўткир яллиғланишнинг турли босқичларининг характерли сонографик семиотикасини аниқлаш ва тасвирий тавсифлаш;

кекса беморларда ўткир холециститнинг гангреноз турида лапароскопик холецистэктомияни амалга оширишнинг техник жиҳатларини такомиллаштириш орқали лапароскопик холецистэктомия усулини ишлаб чиқиш;

⁶ Loozen C.S., van Ramshorst B., van Santvoort H.C. Et al. Early cholecystectomy for acute cholecystitis in the elderly population: a systematic review and meta-analysis //Digestive surgery. – 2017. – Т. 34. – №. 5. – С. 371-379.

ишлаб чиқилган лапароскопик холецистэктомия усулининг хавфсизлиги ва клиник самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида АДТИ Клиникасида ўткир тошли деструктив холецистит туфайли лапароскопик ёки анъанавий холецистэктомия ташрихи ўтказилган кекса ва қари ёшдаги 172 беморлар олинган.

Тадқиқот предмети кекса ва қари беморларда ўткир холециститнинг деструктив шаклларининг клиник хусусиятлари, касалликнинг ушбу шаклининг характерли ультратовуш белгиларини ва ишлаб чиқилган техник усулларнинг хавфсизлиги ва клиник самарадорлигини таҳлил қилишдан иборат.

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

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

замонавий шароитларда кекса ва қари ёшдаги беморларда ўткир холецистит деструктив шаклларининг демографик ҳамда антропометрик жиҳатлари, гендер таркиби ва клиник кечишининг ўзига хос хусусиятлари аниқланган;

геронтологик беморларда ўткир холециститнинг деструктив шакллари ташхисотида ультратовуш текширувининг “С” ва “РДС” режимларида ушбу касалликнинг патогномоник сонографик семиотикасининг кенг спектрини аниқлаш ва тизимлаштириш орқали ўт пуфаги деворининг деструкцияси ва унинг асоратларига оид алоҳида эхографик белгилар гуруҳлари аниқлаштирилган;

кекса беморларда ўткир холециститнинг гангреноз тури бўлган ҳолатларда ўт пуфагини тубидан бошлаб ажратиш, барча анатомик тузилмалар визуализациясидан сўнг дастлаб ўт пуфаги артериясини сўнгга ўт пуфаги йўлини “зинасимон” тарзда клипсалаш билан тавсифланувчи лапароскопик холецистэктомия усули ишлаб чиқилган;

кекса ва қари ёшдаги беморларда ўткир холециститнинг деструктив шаклларида лапароскопик холецистэктомия ташриhini амалга оширишнинг мақбуллаштирилган беш босқичдан иборат техник жиҳатларидан фойдаланишнинг клиник самарадорлиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

ўткир холециститнинг деструктив шакллари эрта ташхислаш ва адекват даволаш тактикасини танлаш учун ўт пуфаги ҳамда перивезикал анатомик тузилмалардаги яллиғланиш ўзгаришларининг оғирлигини нисбий морфологик баҳолашнинг юқори информацион шкаласи таклиф қилинган;

ўткир холециститнинг деструктив шакллари туфайли лапароскопик холецистэктомия амалиёти вақтида ўт пуфаги найчасини “зинасимон” усулда клипсалаш, яллиғланиш инфильтрацияси туфайли найча диаметри кенгайган ҳолатларда ҳам уни ишончли ёпилишини таъминлаши аниқланган;

кекса ва қари ёшдаги беморларда ўткир холециститнинг деструктив шаклларида ишлаб чиқилган лапароскопик холецистэктомия усулининг клиник самарадорлиги муваффақиятли эндохирургик аралашувлар улушини 95,8% гача ошиши, умумий асоратлар частотасини 3,8% гача, специфик асоратларни 4,2% гача камайиши, ташрихдан кейинги ўлим кўрсаткичини 1,4% гача пасайиши билан намоён бўлиши аниқланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Натижаларнинг ишончлилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, лаборатор ва инструментал диагностиканинг замонавий усулларида фойдаланилганлиги, услубий ёндашувлар ҳамда статистик таҳлил жамланмаларининг тўғри қўлланилганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва берилган тавсиялар назарий аҳамиятга эга бўлиб, замонавий шароитларда кекса ва қари ёшдаги беморларда ўткир холецистит деструктив шаклларининг демографик ҳамда антропометрик жиҳатлари, гендер таркиби ва клиник кечишининг ўзига хос хусусиятлари, шунингдек геронтологик беморларда ўткир холециститнинг деструктив шакллари ташхисотида ультратовуш текширувининг патогномоник сонографик семиотикасининг кенг спектрини аниқлаш ва тизимлаштириш орқали ўт пуфаги деворининг деструкцияси ва унинг асоратларига оид алоҳида эхографик белгилар гуруҳларига оид мавжуд билимларни кенгайтиришга муҳим ҳисса қўшганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижалар асосида кекса ва қари ёшдаги беморларда ўткир холециститнинг деструктив шаклларида лапароскопик холецистэктомия ташрихини амалга оширишнинг мақбуллаштирилган беш босқичдан иборат техник жиҳатлари такомиллаштирилганлиги, ўт пуфаги ҳамда перивезикал анатомик тузилмалардаги яллиғланиш ўзгаришларининг оғирлигини нисбий морфологик баҳолашнинг юқори информацион шкаласи таклиф қилинганлиги ва ишлаб чиқилган лапароскопик холецистэктомия усулининг клиник самарадорлиги асосланганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Ўткир холециститнинг деструктив шакллари бўлган кекса ва қари беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш бўйича олиб борилган илмий-тадқиқот натижалари асосида:

биринчи илмий янгилик: замонавий шароитларда кекса ва қари ёшдаги беморларда ўткир холецистит деструктив шаклларининг демографик ҳамда антропометрик жиҳатлари, гендер таркиби ва клиник кечишининг ўзига хос хусусиятлари аниқланганлиги Андижон давлат тиббиёт институти Мувофиқлаштирувчи эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 26 мартда бi-28/у-сон билан тасдиқланган «Кекса ёшли беморларда гангреноз холециститда лапароскопик холецистэктомия усули» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалининг

03.06.2024 йилдаги 118/1-сон, Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиалининг 07.07.2024 йилдаги 79-сон ҳамда Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг 20.06.2024 йилдаги 136/3-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 10 мартдаги 13/19-сон хулосаси). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: илмий янгиликдан фойдаланиш ҳаёт учун хавфли асоратлар ривожланишини олдини олишга, беморларни даволаш сифатини оширишга шунингдек беморлар ҳаёт сифатини яхшилашга ва ушбу патологияда ўлим кўрсаткичларини камайтиришга имкон беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: ўткир холециститнинг деструктив шакллари бўлган кекса беморларни даволашда ушбу илмий янгиликдан фойдаланиш касаллик асоратларини олдини олиш ва адекват даволаш усулини қўллаш ҳисобига беморларнинг стационарда бўлиш муддатини ўртача 4 кунга қисқартиришга ҳамда 1 беморнинг стационарда бўлиши 4 кунлик жами харажатларини қисқариши ҳисобига 1612000 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилинишига имкон берган. Хулоса: ушбу илмий янгиликдан фойдаланиш ўрин-кунларни қисқартириш ҳисобига тадқиқот қўлами бўйича (n=72) 116064000 сўм бюджет маблағлари тежалишига имкон беради.

иккинчи илмий янгилик: геронтологик беморларда ўткир холециститнинг деструктив шакллари ташхисотида ультратовуш текширувининг “С” ва “РДС” режимларида ушбу касалликнинг патогномоник сонографик семиотикасининг кенг спектрини аниқлаш ва тизимлаштириш орқали ўт пуфаги деворининг деструкцияси ва унинг асоратларига оид алоҳида эхографик белгилар гуруҳлари аниқлаштирилганлиги Андижон давлат тиббиёт институти Мувофиқлаштирувчи эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 26 мартда 61-28/и-сон билан тасдиқланган «Кекса ёшли беморларда гангреноз холециститда лапароскопик холецистэктомия усули» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалининг 03.06.2024 йилдаги 118/1-сон, Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиалининг 07.07.2024 йилдаги 79-сон ҳамда Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг 20.06.2024 йилдаги 136/3-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 10 мартдаги 13/19-сон хулосаси). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: ўткир холецистит билан касалланган беморларнинг геронтологик гуруҳини ташхислашда аниқлаштирилган алоҳида эхографик белгиларни инобатга олиш эрта ташхислашга, ривожланиши мумкин бўлган асоратларни олдини олишга, касалликнинг деструктив шакллари ривожланишини бартарафлашга имкон беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: илмий янгиликдан фойдаланиш гангреноз холецистит учраш частотасини 8,8% га ва перитонит ҳолатлари частотасини 13,4% га, ўрин кунларни 4,7 га камайтиришга имкон берганлиги сабабли 1 нафар бемор учун ўртача 3012000 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилинишига имкон берган. Хулоса: ушбу илмий янгиликдан

фойдаланиш ўрин-кунларни ҳамда асоратларни даволаш харажатларини қисқартириш ҳисобига тадқиқот кўлами бўйича (n=72) 216864000 сўм бюджет маблағлари тежалишига имкон беради.

учинчи илмий янгилик: кекса беморларда ўткир холециститнинг гангреноз тури бўлган ҳолатларда ўт пуфагини тубидан бошлаб ажратиш, барча анатомик тузилмалар визуализациясидан сўнг дастлаб ўт пуфаги артериясини сўнгга ўт пуфаги йўлини “зинасимон” тарзда клипсалаш билан тавсифланувчи ишлаб чиқилган лапароскопик холецистэктомия усули Андижон давлат тиббиёт институти Мувофиқлаштирувчи эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 26 мартда 61-28/у-сон билан тасдиқланган «Кекса ёшли беморларда гангреноз холециститда лапароскопик холецистэктомия усули» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалининг 03.06.2024 йилдаги 118/1-сон, Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиалининг 07.07.2024 йилдаги 79-сон ҳамда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг 20.06.2024 йилдаги 136/3-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 10 мартдаги 13/19-сон ҳулосаси). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: ўткир холециститнинг деструктив шакллари бўлган кекса беморларни даволашда тавсия этилган лапароскопик холецистэктомия усулидан фойдаланиш жарроҳликдан кейинги ҳаёт сифатини яхшилашга ва ушбу патологияда ўлим кўрсаткичларини камайтиришга имкон беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: таклиф этилган усулни қўллаш орқали беморларнинг стационарда бўлиш муддати 4,7 кунга қисқартирилди. Бунинг натижасида 1 беморнинг стационарда бўлиши 1 кунлик жами харажатларининг ўртача миқдори 403000 сўмни ташкил этгани ҳолда 1894100 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилинишига имкон берган. Хулоса: ушбу илмий янгиликдан фойдаланиш ўрин-кунларни қисқартириш ҳисобига тадқиқот кўлами бўйича (n=72) 136375200 сўм бюджет маблағлари тежалишига имкон беради.

тўртинчи илмий янгилик: кекса ва қари ёшдаги беморларда ўткир холециститнинг деструктив шаклларида лапароскопик холецистэктомия ташрихини амалга оширишнинг мақбуллаштирилган беш босқичдан иборат техник жиҳатларидан фойдаланишнинг клиник самарадорлиги исботланганлиги Андижон давлат тиббиёт институти Мувофиқлаштирувчи эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 26 мартда 61-28/у-сон билан тасдиқланган «Кекса ёшли беморларда гангреноз холециститда лапароскопик холецистэктомия усули» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалининг 03.06.2024 йилдаги 118/1-сон, Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиалининг 07.07.2024 йилдаги 79-сон ҳамда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг 20.06.2024 йилдаги 136/3-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-

техник кенгашнинг 2025 йил 10 мартдаги 13/19-сон хулосаси). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: ўткир холециститнинг деструктив шакллари бўлган кекса беморларни даволашда тавсия этилган ёндашувлардан фойдаланиш жарроҳликдан кейинги ҳаёт сифатини яхшилашга ва ушбу патологияда ўлим кўрсаткичларини камайтиришга ёрдам беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: кекса беморларда ўткир холециститнинг деструктив шакллари диагностика ва даволаш усуллари такомиллаштириш бўйича тадқиқот натижаларини жорий этиш гангреноз холецистит ва перитонит ҳолатларининг мос равишда 16,4% дан 7,6% гача ва 31,4% дан 18,0% гача камайтишига имкон берди. Хулоса: кекса ёшли 100 нафар беморда ўрин-кунлар сонининг қисқариши ҳисобига $10,4 - 5,7 \text{ кун} = 4,7 \text{ кун} \times 403000 \text{ сўм} \times 100 \text{ бемор} = 189410000 \text{ сўм}$ бюджет маблағлари иқтисод қилинишига имкон беради.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 12 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 4 та мақола, жумладан, 2 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, тўртта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 114 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

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

Диссертациянинг **“Кекса ва қари ёшдаги беморларда ўткир холециститни жарроҳлик йўли билан даволашнинг долзарб масалалари”** деб номланган биринчи бобида адабиётлар шарҳи тақдим этилган бўлиб, унда ўт тош ҳасталиги ва унинг асорати эпидемиологияси, патогенези хусусиятлари ва хавф омиллари, ўткир холециститда шошилиш жарроҳликнинг гериатрик жиҳатлари, шунингдек, кекса ёшдаги беморларда ўткир холециститни жарроҳлик йўли билан даволаш масалалари кўриб чиқилган. Адабиётлар таҳлили натижасида ҳал этилмаган вазифалар ва уларни ечиш йўллари аниқланган.

Диссертациянинг **“Клиник материал ва тадқиқот усуллари тавсифи”** деб номланган иккинчи бобида тадқиқот материаллари ва усуллари келтирилган. Тадқиқотда 2018-2020 йилларда ўткир холециститнинг деструктив шакллари туфайли АДТИ клиникасида оператив даволанган 172 нафар кекса ва қари беморлар иштирок этди. Беморлар шартли равишда 2

гуруҳга бўлинган: асосий гуруҳ - лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) қилинган 72 (41,9%) беморлар; Назорат гуруҳига анъанавий (очик) холецистэктомия (АХЭ) қилинган 100 (58,1%) бемор киритилган.

Барча 172 (100%) беморда деструктив холециститнинг сабаби ўт тош хасталиги бўлган. Ўткир деструктив холецистит билан оғриган кекса беморларда аёллар икки марта кўпроқ -119 (69,2%) эркакларга нисбатан 53 (30,8%). Тадқиқотга киритилган беморларнинг ёши 60 дан 85 ёшгача, ўртача ёши $67,4 \pm 6,5$ ёшни ташкил этди. Жинс ва ёш бўйича таққосланган гуруҳлар бир-биридан статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилмади ($p < 0,05$) (1-жадвал).

1-жадвал

Беморларнинг демографик ва антропометрик хусусиятлари

Кўрсаткичлар		Назорат гуруҳи, n= 100	Асосий гуруҳ, n=72	R	Жами, n= 172
Жинс, абс. (%)	эркак	35	18 (25,0)	0,162	53 (30,8)
	аёл	65	54 (75,0)		119 (69,2)
Ёш, йиллар, абс. (%)	кексалар - 60-74	77	66 (91,7)	0,012	143 (83,1)
	қарилар - 75-90	23	6 (8,3)		29 (16,9)
	узоқ умр кўриш - 90+	-	-		
Ўртача ёш, йиллар, $M \pm s$		$68,3 \pm 7,0$	$66,1 \pm 5,4$	0,021	$67,4 \pm 6,5$
ТМИ, кг/м ² , абс. (%)	Норма - <25	45	21 (29,2)	0,026	66 (38,4)
	семизликдан олдинги - 25-30	22	30 (41,7)		52 (30,2)
	Семизлик I босқичи – 30-35	16	11 (15,3)		27 (15,7)
	Семизлик II босқичи – 35 - 40	16	7 (9,7)		23 (13,4)
	семизлик III босқичи. – >40	1	3 (4,2)		4 (2,3)
Ўртача БМИ, кг/ м ² , $M \pm s$		$27,8 \pm 6,2$	$28,9 \pm 5,0$	0,181	$28,3 \pm 5,8$

Ҳозирги кунда ва ҳудудимизда ўт тош билан оғриган кекса беморларнинг атиги 31,4 фоизи (54/172) семириб кетган. Ушбу тоифадаги беморларда ўртача ТМИ $28,3 \pm 5,8$ ни ташкил этди, таққослаш гуруҳлари эса бу кўрсаткичда тахминан бир хил эди ($p=0,181$). Тадқиқотга киритилган деярли барча кекса беморларда (4 (2,3%) бемордан ташқари) юрак-қон томир касалликлари, шу жумладан гипертензия (109 бемор (63,4%)), юрак ишемик касалликларининг турли шакллари (135 бемор (78,5%)), юрак ритмининг бузилиши 5 (2,9%) ва 1 беморда ЎБМҚАБ белгилари бор эди, юрак-қон томир касалликлари (2,3%). Ушбу тоифадаги беморларда 2-тоифа қандли диабет (24; 14,0%), СОЎХ (16; 9,3%), сийдик тизимининг турли касалликлари (14; 8,1%) ва ўн икки бармоқли

ичак яраси (7; 4,1%) қайд этилган. 3 (1,7%) кекса беморларда жигар циррози фонида холецистэктомия қилинган.

Маълумки кекса беморларда сафро коликаси хуружлари кўпинча яширин тарзда юзага келади ёки бирга келадиган касалликлар билан маскаланади, бу эса жарроҳлик ёрдамини излашни кечиктиради. Бизнинг кузатишларимиз бўйича, фақат 28 (16,3%) кекса беморлар биринчи кун ичида ва 73 (42,4%) - 48 соатдан кейин тиббий ёрдамга мурожаат қилишди, бу деструктив холецистит фонида холецистэктомия қилиш хавфини оширади.

Кекса ёшдаги беморларда ўткир деструктив холециститнинг морфологик шакллари таркибида флегмоноз холецистит устун бўлиб, 134 (82,0%) беморда аниқланган. 7 (4,1%) ҳолатда ўт пуфаги деворининг флегмоноз яллиғланиши емпиема билан бирга келган. Беморларнинг 18,0 фоизида (31/172) ганреноз холецистит ташхиси қўйилган. Ўтган давр мобайнида диагностика ва даволашга ёндашувлар қайта кўриб чиқилиб, шошилишч холецистэктомия, жумладан, кекса беморларга кўрсатмалар кенгайтирилди. Кекса беморларда перивезикал абсцесс учун шошилишч холецистэктомия қилиш ҳоллари 5,2% (9/172), Мириззи синдроми 0,6% ҳолларда учради.

Ўткир деструктив холециститнинг ультратовуш диагностикаси мезонларини ишлаб чиқиш учун истиқболли тадқиқотда текширилган беморлар ва соғлом одамларнинг хусусиятлари

Диссертация тадқиқоти доирасида ўткир калькулёз холециститнинг ультратовуш семиотикаси тизимлаштирилди. Ўт тош хасталиги ва ўткир холецистит билан оғриган 50 нафар бемор ва 50 нафар соғлом кўнгиллилар (назорат гуруҳи) маълумотларини таҳлил қилиш асосида ўт пуфаги деворини деструкциясининг эхографик белгилари ва унинг асоратлари аниқланди.

Барча ҳолатларда ўт пуфагининг кулранг миқёсли сонографияси орган девори ва озиқлантирувчи томирларнинг доплер спектрини ўрганиш билан тўлдирилди.

Трансабдоминал ультратовуш текшируви, айниқса, ўткир холециститга шубҳа қилинганида, ўт йўллариининг диагностикаси ва мониторинги учун асосий скрининг усули ҳисобланади. Ушбу тадқиқотнинг бир қисми сифатида барча иштирок етган 172 беморга ультратовуш текшируви ўтказилди.

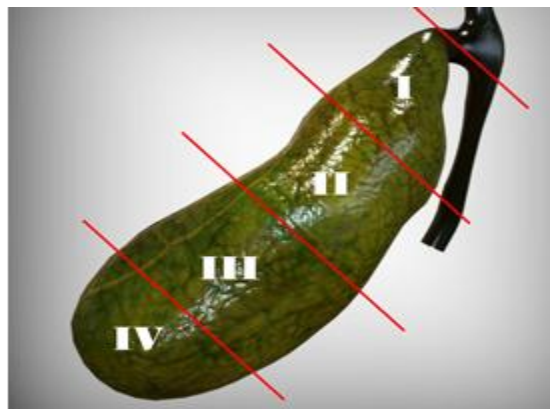
Ташхис қўйиш жараёнида асосий ётибор қуйидаги параметрларга қаратилди: ўт пуфагининг катталашишини аниқлаш (ЎП), унинг деворларининг қалинлиги ва тузилишини баҳолаш, тошларни аниқлаш ва тавсифлаш, қон оқимидаги ўзгаришларни таҳлил қилиш, перивезикал соҳанинг ҳолати, ўт йўллариининг диаметри, шунингдек, жигар ва ошқозон ости безининг хамрох хасталигини аниқлаш. Ўт пуфагининг артериясининг шохларида қон оқимини ўрганиш рангли доплер хариталаш ва пулсацияланган тўлқинли доплер ёрдамида амалга оширилди. Ўт пуфаги В-режимида, кейин томирларнинг ранг локусларининг сонини ва локализациясини аниқлаш учун С-режимга ўтказилди (1-расм). Қон оқими М. Uggowitz бўйича таснифланди: 0 даража - аваскуляр, + даража - гиповаскуляр, - даража - ўрта томир, ++ даража - гиперваскуляр. Қон томир локусларининг локализацияси РБ Jeffrey таснифи

бўйича ўт пуфагининг сегментар бўлиниши билан аниқланди: segment I - бўйин, II - тананинг проксимал ярми, III- тананинг дистал ярми, IV - пастки (2-расм).

Ўткир холециститни ташхислашнинг умумий клиник усуллари Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан тасдиқланган стандартларга мос келади.



1-расм. Ультратовуш текшируви: ўт пуфагининг бўйлама қисми (Б-режими), рангнинг жойлашиши томирдан сийдик пуфаги деворига аниқланади (рангли доплер режими)



2-расм. Jeffrey R.B. et al га кўра ўт пуфагининг сегментар бўлиниши, 1995 йил.

1999-йилдан бошлаб Андижон тиббиёт институтида лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) жорий этилган бўлиб, бу жарроҳлик жароҳатларини камайтирди ва беморларнинг реабилитациясини тезлаштирди. Дастлаб, ЛХЭ асосан сурункали калькулёз холецистит билан оғриган беморларда режалаштирилган аралашувлар учун ишлатилган. Бироқ, тажриба тўпланганлиги сабабли, ЛХЭ кўрсаткичлари ўткир холециститнинг деструктив шакллари бўлган беморларни, шу жумладан қарияларни ҳам қамраб олди.

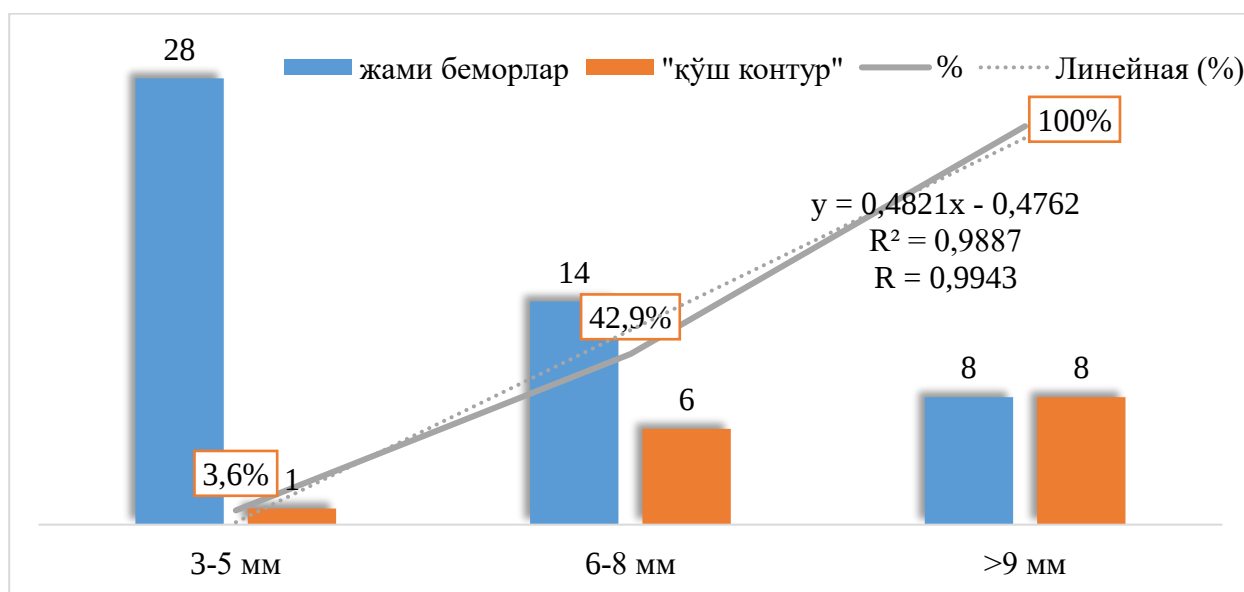
Операциядан олдинги баҳолаш "қийин ЛХЭ" учун "кичик" ва "асосий" прогностик мезонларни аниқлашни ўз ичига олади. "Катта" мезонлар сафро йўлларининг патологияси, олдинги операциялар, битишмалар, вентрал чурралар ва бошқа касалликларни ўз ичига олади. "Кичик" мезонларга долихоморф тана тури, кенгайган ўт пуфаги, қалинлашган деворлар, интрагепатик жойлашув ва бирга келадиган касалликлар киради. Ушбу мезонлар техник қийинчиликларни башорат қилишга ва жарроҳлик аралашувни режалаштиришга ёрдам беради.

"Қийин" ЛХЭ учун прогностик омиллар рейтинг тизими ёрдамида баҳоланади: 1 балл (ўртача хавф) - жарроҳлар ва техник жиҳозларнинг етарли тажрибаси билан бартараф этилиши мумкин бўлган "кичик" омилларнинг мавжудлиги; 2 балл (сезиларли хавф) - техник қийинчиликлар ва иккиламчи асоратларни келтириб чиқариши мумкин бўлган битта "асосий" ва ҳар қандай

миқдордаги "кичик" омилларнинг комбинацияси ; 3 балл (юқори хавф) - ЛХЭ учун мутлақ қарши кўрсатмалар бўлган иккита "катта" омилнинг мавжудлиги.

2 нуктада ЛХЭ жарроҳларнинг катта тажрибаси билан ва кундузи 3 нуктада фақат очик холецистэктомия мумкин; 1 нуктада ЛХЭ га кечалари тажрибали жарроҳ билан жамоанинг бир қисми сифатида рухсат берилади.

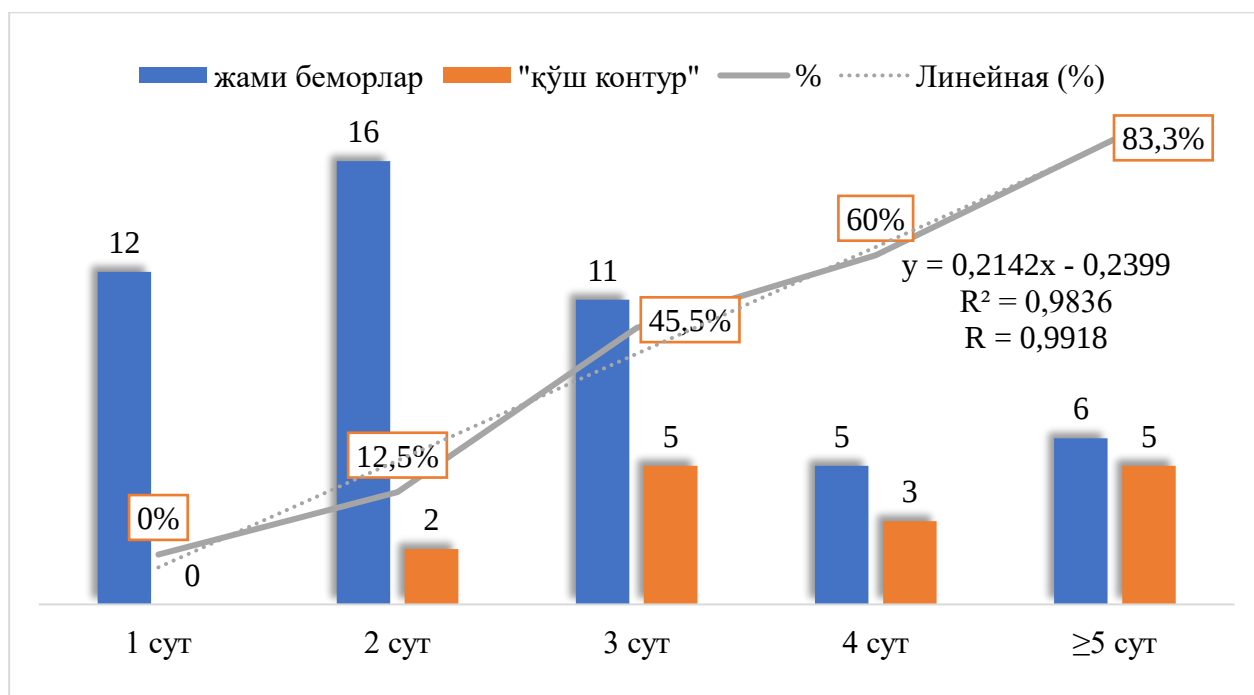
Диссертациянинг **“Ўткир деструктив холецистит диагностикаси учун ультратовуш мезонларини ишлаб чиқиш”** деб номланган учинчи бобида ўт пуфагининг кулранг шкаласи сонографиясидан фойдаланган ҳолда ўткир холециститнинг турли морфологик шакллариининг ультратовуш семиотикаси келтирилган. Ўт пуфагининг ультратовуш текшируви унинг ҳажмини, тузилишини, деворларининг яхлитлигини, таркибини ва паравезикал бўшлиқни баҳолашни ўз ичига олади. Ўткир холециститнинг асосий аломати ўт пуфагининг катталашishi ва бўйин қисмида тош пайдо бўлиши билан кечадиган интравезикал билиар гипертензиядир. Мерфи аломати ҳам кузатилади - ўт пуфагининг проекция майдонидаги сенсорни босганда оғриқ. Ўт пуфагининг чўзилиши ўткир холецистит билан оғриган беморларнинг 96% (48) да кузатилади. Ўт пуфагининг ўртача узунлиги 119.9 ± 17.4 мм, кенглиги 42.6 ± 5.4 мм, максимал бўйлама қисм майдони 21.7 ± 2.6 см². Обструктив холециститда ўт пуфаги ҳажмининг ўзгариши энг муҳим ҳисобланади. Одатда, ўт пуфагининг девор қалинлиги 3 мм гача, тузилиши бир хил, контурлари силлиқдир. Катарал шаклда девор қалинлиги 5-6 мм гача кўтарилади. Деструктив қилувчи шаклларда ва ўткир калькулёз холециститда X-res технологиясидан фойдаланган ҳолда аниқроқ тасвирланган ва ўзаро боғлиқ бўлган "икки контур" симптоми кузатилади ($R = 0,9943$) девор қалинлашуви билан: 3-5 мм да - 3,6% да, 6-8 мм да - 42,9% да, 9 мм дан ортик қалинлашганда - 100% ҳолларда (3-расм).



3-расм. Ўт пуфаги деворининг қалинлиги ҳар хил бўлган ўткир калькулёз холецистит (n=50) билан оғриган беморларда ультратовуш текширувида (n=15) "икки контур" симптомини аниқланиш частотаси.

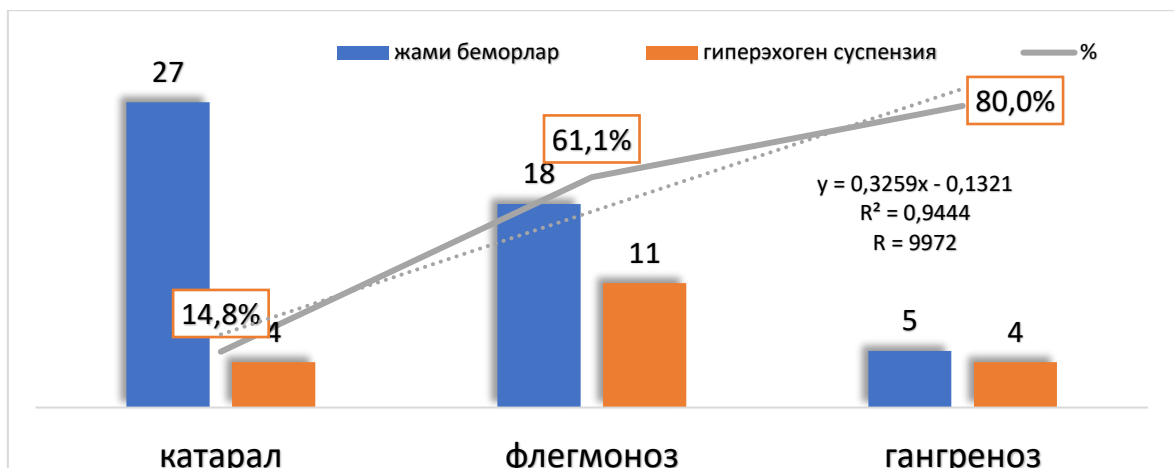
Эхограммаларда "икки контур" симптомини аниқлаш частотаси ва ўткир холецистит билан касалланган беморларни касалхонага ётқизиш вақти ўртасида юқори тўғридан-тўғри боғлиқлик ($R = 0,9918$) аниқланди (4-расм).

Касалликнинг биринчи кунда бу аломат йўқ, аммо иккинчи кун беморларнинг 12,5 фоизда аниқланади. Касалликнинг давомийлиги 5 кун ёки ундан кўпроққа кўтарилиши билан ўт пуфаги деворининг йўқ қилинишини аниқлаш частотаси 83,3% гача ошади. Икки беморда ультратовуш текшируви перивезикал абцесс белгиларини аниқлади: ноаниқ контурли тартибсиз шаклдаги гипоанехоген шаклланиш ва эхогенлик кучайган перифокал инфильтрат. Учта ҳолатда перитонит кузатилди, баъзида субдиафрагма минтақасига, ўнг латерал каналга, Мориссон синусига ва кичик тос суягига тарқалди. Ўткир холециститда ультратовуш текширувининг асосий компоненти ўт пуфаги бўшлиғини баҳолашдир. Ўткир яллиғланиш жараёни касалликнинг бошқа эхоген белгилари билан биргаликда органнинг гиперэхоген суспензия мавжудлиги билан тавсифланади.



4-расм. Ультратовуш текширувида ($n=15$) касалликнинг бошланишидан турли вақтларда ($n=50$) "кўш контур" симптомини аниқланиш частотаси.

Катарал холецистит билан оғриган беморларда бу белги 14,8% ҳолларда, флегмонозли холециститда - 61,1% ва гангреноз холециститда - 80,0% да аниқланган (5-расм).

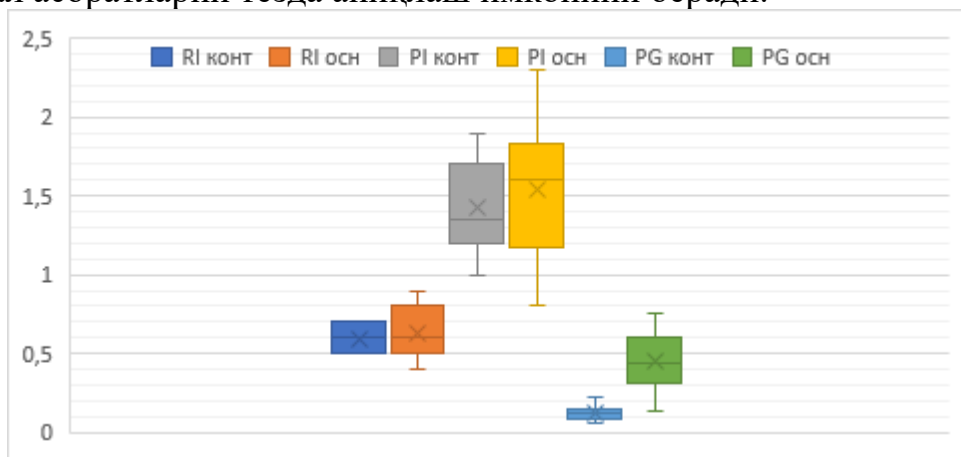


5-расм. Ўткир панкреатитнинг турли морфологик шаклларида ультратовуш текширувида ўт пуфагининг гиперэхоген суспензияни аниқланиш частотаси

Икки ҳолатда гиперэхоген таркиб ўт пуфагининг эмпиемасига хос бўлган жигар паренхимасининг эхоструктураси ("ўт пуфагининг гепатизацияси" белгиси) билан бир хил бўлган чизиқли тузилмалар эди (6-расм).

1 ҳолатда, ўт пуфагини сканерлашда шиллиқ қаватнинг орган бўшлиғига "чўкиш" аломати аниқланди, бу гангреноз холециститнинг сонографик белгиси ҳисобланади ва шунинг учун деярли ҳар доим деструктив холециститнинг бошқа УТ белгилари билан бирлаштирилади.

Шундай қилиб, ўткир холецистит ўзига хос сонографик семиотикага эга, унинг аниқ тасвири ва изчил идентификацияси ультратовушда деструктив холециститнинг мавжудлиги ёки йўқлигини аниқ аниқлаш, ўт пуфаги деворидаги яллиғланиш ўзгаришларининг оғирлигини баҳолаш ва перивезикал асоратларни тезда аниқлаш имконини беради.



6-расм. Ўртача RI, PI ва PG қийматлари нормал шароитда ва ўткир холециститда ўт пуфаги томирларида қон оқими.

Ўткир холециститнинг доплерографик белгилари. Ўт пуфагининг ЦДС ҳолатида импульс тўлқинли доплер (ИТД) режимида қон оқимининг тури (артериал ёки веноз) ўрганилди ва артериал қон оқимининг стандарт доплерографик параметрлари баҳоланди: максимал систолик тезлик (V_{max}), минимал диастолик тезлик (V_{min}), қаршилик индекси (RI), пулсация индекси

(PI) ва босим градиенти (PG). Ўткир калькулёз холециститнинг клиник кўриниши бўлган беморларда 39 (78%) ҳолатда орган деворидаги қон оқимининг артериал тури, қолган 11 (22%) беморларда артериялардан ташқари, биз қон оқимининг артериал-веноз тури сифатида таснифланган веналар ҳам жойлашган. Ўт пуфаги деворининг ўткир яллиғланиши фонида артериал қон оқими $V_{\max}$ ва $V_{\min}$ нинг ишончли ($p < 0,001$) ўсиши билан тавсифланади, бу $V_{\max}$ индикаторида аниқ ифодаланади, бу стандарт кўрсаткич билан солиштирганда 2,2 марта ($13,7 \pm 2,4$ дан $29 \pm 8,6$ гача) ошади. $V_{\min}$ эса 1,4 баравар ошди ($6,8$ дан $2,7$ гача $9,6$ дан $4,5$ см/с гача) (2-жадвал).

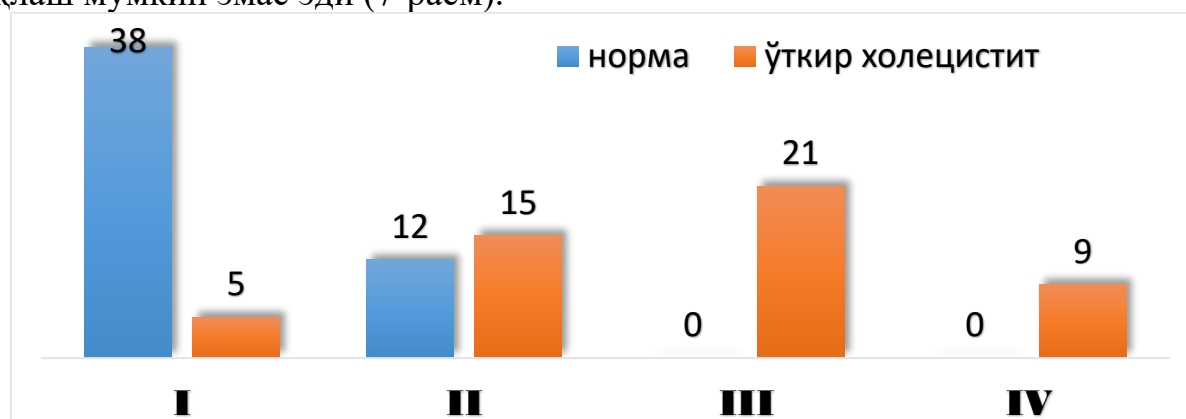
2-жадвал

Ўт пуфаги деворидаги қон оқимининг асосий кўрсаткичлари, $M \pm s$

Кўрсаткич	Соғлом авлод донорлар, n=50	Ўткир холецистит, n=50	R
$V_{\max}$, см/с	$13,7 \pm 2,4$	$29,5 \pm 8,6$	$<0,001$
$V_{\min}$, см/с	$6,8 \pm 2,7$	$9,6 \pm 4,5$	$<0,001$
RI	$0,59 \pm 0,08$	$0,63 \pm 0,15$	$>0,05$
PI	$1,42 \pm 0,28$	$1,53 \pm 0,46$	$>0,05$
PG, мм рт.ст.	$0,13 \pm 0,05$	$0,45 \pm 0,19$	$<0,001$

Бу ҳолат ўткир холецистит билан оғриган беморларда PG кўрсаткичининг (дан $0,13 \pm 0,05$ гача $0,45 \pm 0,19$ мм, $p < 0,001$) кўп (3,6 марта) ошишида намоён бўлди. Ўт пуфаги деворининг яллиғланган тўқималари фонида қон оқимининг тезлиги хусусиятларининг статистик жиҳатдан сезиларли даражада ошиши қон оқимининг бошқа кўрсаткичларига нисбатан заиф таъсир кўрсатади - қаршилик индекси (RI) ва пулсация индекси (PI), улар бироз ўсиш тенденциясига эга бўлса-да, сезиларли даражада фарқ қилмади (оддий кўрсаткичлардан сезиларли даражада фарқ қилмади).

Рангли Доплер хариталаш (РДХ) режимида, соғлом одамларда (n=50), рангли локуслар асосан I (38), ЛС нинг II (12) сегментларида камроқ тасвирланган ва ҳеч бир ҳолатда III ва IV сегментлардан рангли сигналларни аниқлаш мумкин эмас эди (7-расм).



7-расм. Ўт пуфаги деворининг рангли Доплер режимда ультратовушда рангли локусларни кўриш частотаси нормада (n= 50) ва ўткир холециститда (n= 50).

Ўткир холецистит билан оғриган беморларда ультратовуш текшируви ўт пуфаги деворида, асосан, III ва IV сегментларда қон томир қон оқимининг бузилишини аниқлайди. Нормада кузатилмаган бу аломат мос равишда 21 ва 9 та ҳолатда қайд этилган. 20 беморда III ва IV сегментларда рангли локуслар аниқланмади, лекин I ва II сегментларда аниқланди, бу Vmax индикаторининг сезиларли даражада ошиши билан бирга ўткир холециститни ҳам кўрсатади.

Деструктив холециститнинг энг муҳим сонографик белгиси шиш ва лимфоцитар инфильтрация туфайли ўт пуфаги деворининг қалинлашиши ҳисобланади. Гиперехоген ўзгаришлар фонида гипоехоген жойлар ўт пуфаги деворининг некрозини ва тешилиш хавфи юқори эканлигини кўрсатади. Ўт пуфаги деворининг ўткир яллиғланиши фонида, ЎПнинг ЦДС расми қон оқимининг Vmax тезлигини 2,2 марта ($13,7 \pm 2,4$ дан $29,5 \pm 8,6$ см/с гача) ва Vmin в 1,4 марта (с $6,8 \pm 2,7$ до $9,6 \pm 4,5$ см/с) ошириш билан тавсифланади PG градиентининг $0,13 \pm 0,05$ дан $0,45 \pm 0,19$ мм гача кўп ўсиши билан бирга келади. ($p < 0,001$). Одатда, деворнинг III-IV сегментларида рангли жойлар кўринмайди, аммо ўткир холециститда шиш ва артериал гиперемия туфайли уларга кириш мумкин бўлади. Шундай қилиб, ультратовуш текшируви ҳалокатли холецистит ва унинг асоратларини эрта ташхислашнинг энг қулай ва жуда информацион усули бўлиб, беморни даволашнинг тегишли тактикасини ўз вақтида танлашга ёрдам беради.

Диссертациянинг **“Кекса ёшдаги беморларда ўткир деструктив холециститни хирургик даволаш тактикасини такомиллаштириш”** деб номланган тўртинчи бобида ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларда лапароскопик холецистэктомия ўтказишнинг техник хусусиятлари келтирилган. ЛХЭни бажариш бўйича кўп йиллик тажрибамиз бизга гепатопанкреатобилиар зонанинг анатомик тузилмаларига ятрогеник шикастланиш хавфини камайтиришга қаратилган бир қатор техник ечимларни ишлаб чиқиш ва катта клиник намунада муваффақиятли синовдан ўтказиш имконини берди. Қорин бўшлиғининг ўрта чизиғи бўйлаб операциядан кейинги чандиқлар бўлмаса, биринчи 10 мм троакар киндикдан юқорига ёки пастдан киритилди. Битишмалар бўлса, биринчи троакар Hassen га кўра қорин бўшлиғи зоналарига, париетал қорин парда битишмаларсиз зоналарини аниқлаш учун ультратовуш ёрдамида киритилди.

Кейинги қадам кейинги лапароскопик аралашув имкониятини аниқлаш эди. Лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) пайтида визуализацияни яхшилаш учун операция столи чап томонга айлантирилган ҳолда Фовлер ҳолатига ўтказилади. Ўткир деструктив холециститда ЎП кўпинча инфильтрацияланган тўқималар билан ўралган бўлади, шу жумладан ичак туткичи, ўн икки бармоқли ичак ва кўндаланг йўғон ичак. Манипуляцияни енгиллаштириш учун ўт пуфагининг девори троакар орқали эндоскопик игна билан тешилади. Игнани олиб ташлаганингиздан сўнг, пунксия жойи тишли туткич билан ўрнатилади. Ўт пуфагининг бўйин қисмини бўшатиш унинг пастки қисмини краниал йўналишда тортиб олиш билан бошланади. Пастки томондан тортиш ўт пуфаги деворларини ёпишқоқликдан аниқ ажратиш имконини беради.

Мураккаб ҳолатларда тўқималарни олиб ташлаш ва аралашув майдонини ювиш учун аспиратор/ирригатор ишлатилади. Ўт пуфагини бўшатиш Хартманнинг чўнтагига қисқични қўллаш билан яқунланади.

Ўткир деструктив холецистит ва умумий ўт йўлининг кенгайиши, механик сариклик ва сафро панкреатит каби асоратлари бўлган беморлар Ҳалстед бўйича умумий ўт йўли дренажланган ҳолда видеолапароскопик холангиографиядан ўтказилди. Ўт йўли каналга қисқични қўллаш ва уни ажратишдан сўнг, умумий ўт йўлига 6 Fr катетер киритилди. Агар тошлар бўлса, улар олиб ташланди ва катетер қисқич билан ўрнатилди. Холангиография ва холедохолитиаз ёки стеноз аниқлагандан сўнг, дренажлаш амалга оширилди. Агар ўтказувчанлик нормал бўлса, катетер олиб ташланди, киста каналига клипсалар қўйилди ва у кесиб ўтди.

Гангреноз холециститли катта ёшдаги беморларда лапароскопик холецистэктомия усули. Биз "Кекса беморларда лапароскопик холецистэктомия усулини (№FAP 02292) ишлаб чиқдик. Ушбу усул ёрдамида ЛХЭ ни амалга ошириш жарроҳлик соҳасининг етарли даражада кўринишини таъминлайди ва жигарнинг ўт йўллари ва қон томир тузилмаларига зарар етказиш хавфини 0,6% га (экстрагепатик ўт йўллариининг шикастланиши ва бошқалар) камайтириш орқали интраоператив асоратларни олдини олишга ёрдам беради, шунингдек, трансмиссия сонини камайтиради (яъни. лапароскопикдан лапаротомик холецистэктомияга ўтиш 2% ва ўлим 0,1% гача. Операция техникаси қуйидаги босқичлардан иборат:

Биринчи босқич - ўт пуфаги бўшлиғининг таркибини аспирация қилиш. Иккинчи троакар орқали пунксия игнаси билан сўргич трубкасини киритамиз ва ўт пуфаги таркибини аспирация қиламиз, бу унинг ҳаракатчанлиги туфайли унинг тортилиши учун шароит яратади.

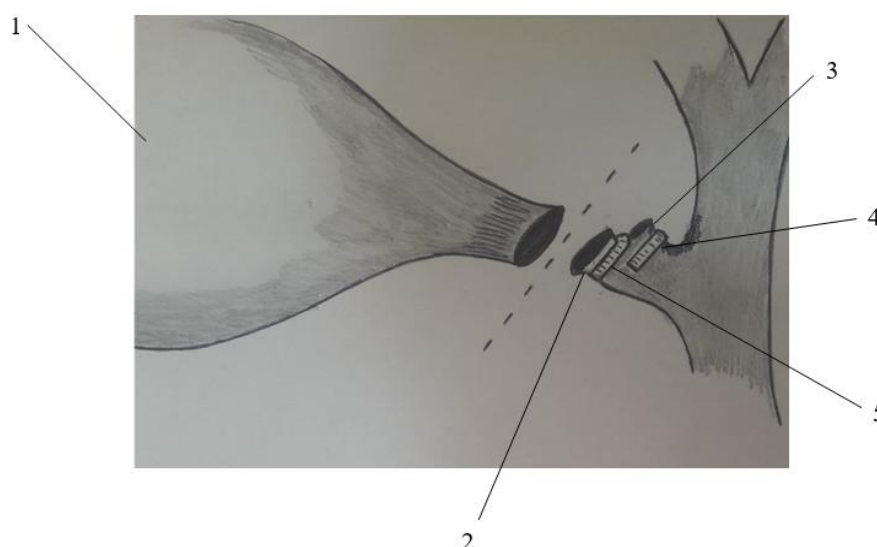
Иккинчи босқич. Ўт пуфаги артериясининг мобилизацияси. Ориентир Масканжи лимфа тугунидир. Ўткир асбоб билан бўйин устида тортилгандан сўнг, биз сероз қатламни олиб ташлаймиз, кейин 5 мм атравматик манипулятор билан артерия 3 юқориға ва пастга силжийди.

Учинчи босқич. Ўт пуфагини пастки қисмдан изоляция қилиш. Биз тўпланган қонни доимий равишда аспирация қиладиган ассимиляция трубкасидан фойдаланамиз ва шу билан жарроҳлик ҳудудининг яхши кўринишини яратамиз.

Тўртинчи босқич. Ўт пуфаги канали сатҳларида, ички томонидан, титан қисқичлари билан "нарвон" усули ёрдамида қисилади, бу ерда ўрта катталиқдаги қисқич-8 мм киста каналига горизонтал равишда жойлаштирилади, киста каналининг диаметри эса қисқичнинг диаметридан каттароқ бўлса-9 мм дан ўрта қисқич чиқарилади. Пуфаг артерияси пуфаг каналининг орқасида кесилади (8 ва 9-расмлар).



8-расм. «Нарвон» усули ёрдамида клипсаларни қўллаш



9-расм. Нарвон усулида ўт пуфак каналини кесиш схемаси:

- 1) ўт пуфаги; 2) ўт пуфаг канали; 3) ўт пуфаг артерияси; 4) ўрта қисқич 5 мм; 5) ўрта-катта клип 8 мм.

Ассимиляция трубасининг тўмтоқ учи туфайли Хартман халтаси устидаги қорин парда 3 -билан очилади 4 мм, бу ўт пуфаги ёки қувурли тузилмаларни ятрогеник шикастланишдан ҳимоя қилади. Қувурсимон тузилмаларнинг скелетизацияси. Тўмтоқ дисексия ўт пуфаги деворини ётоғидан хавфсиз тарзда ажратиб туради.

Бешинчидан босқич. Ўт пуфаги ўрнини қайта ишлаш. Деструкция қилувчи ўзгарган ўт пуфаги бўлса, ўриндиқнинг коагуляцияси қон кетишини умуман тўхтатмайди, шунинг учун коагуляция юзаки амалга оширилади, жисмоний гемостаз учун дока салфеткадан тайёрланган тампон киритилади. Бундай ҳолларда жигар тўқималарининг афзаллиги шундаки, тампонададан кейин мустақил гемостаз тахминан 5-6 минут ичида содир бўлади. Операцияни "оқим тизими" туридан фойдаланиб, дренаж билан яқунлаймиз. Ишлаб чиқилган усулнинг асосий афзаллиги жарроҳлик жараёнининг бошқарилишидир, бу эса операциянинг хавфсиз бажарилишини кафолатлаш имконини беради.

Биз операция давомийлигини ҳам ўрганиб чиқдик, чунки кекса одамларда пневмоперитонеумнинг давомийлиги операциядан ичи ва операциядан кейинги асоратларнинг ривожланиши нуктаи назаридан катта аҳамиятга эга. Операция давомийлиги 30 дан 65 минутгача (ўртача $45,4 \pm 7,2$) ўзгариб турадиган операция протоколлари асосида ҳисобланган. Биз таклиф қилинган усулдан фойдаланган ҳолда 117 та ЛХЭ ни муваффақиятли якунладик. Улардан 63% ҳолларда субгепатик бўшлиқда битишма жараён ҳам мавжуд эди. Барча беморлар ажойиб косметик таъсирни қайд этдилар. Думалок лигаментларнинг шикастланиши ёки операциядан кейинги вентрал чурралар кузатилмади.

ЛХЭ усули қуйидаги афзалликларга эга.

1. Ассимиляция трубасининг тўмтоқ учи туфайли Гартман халтаси устидаги қорин парда очилади 3-4 мм, бу ўт пуфаги ва қувурли тузилмаларнинг ятроген шикастланишини йўқ қилади.

2. Кало учбурчаги соҳасида ассимиляция трубасининг тўмтоқ учи ёрдамида ёғ бирикмаларининг парчаланиши туфайли тўқималарнинг кесишиши ва коагуляцияси учун монополяр оқим ишлатилмайди, бу эса гепатодуоденал лигамент элементларининг тасодифий куйишини олдини олишни таъминлайди.

3. Кало учбурчагининг элементларини танлаш учун ЎП позицияларини ўзгартиришга ҳожат йўқ.

6. Назоратсиз электр токини ишлатмасдан, қувурли тузилмаларнинг скелетлари, ва керак бўлганда, гепатодуоденал лигамент элементлари.

7. Тўмтоқ дисексия ўт пуфаги деворини ётоқдан хавфсиз ажратишни таъминлайди.

8. Жарроҳлик соҳасидаги қон лахталарини доимий равишда эвакуация қилиниши Кало элементларини яхши кўришни таъминлайди.

ЛХЭ нинг юқорида тавсифланган техник усулларига қатъий риоя қилиш кекса беморларнинг ушбу мураккаб тоифасида конверсия қилиш частотасини минималлаштиришга имкон берди. Шундай қилиб, кекса беморларда 72 ЛХЭ кузатилганида, конверсия даражаси 4,2% (3/72) ни ташкил этди, 2 ҳолларда сабаблари яллиғланиш ва инфильтратиф ўзгаришлар фонида ўт пуфаги ва жигар-дуоденал боғлам бўйнига трубасимон анатомик тузилмаларни фарқлаш учун ишончсизлик эди, ва 1 ҳолда, клипсани ўт пуфаги артериясидан қўйиб юбориши эди.

Тезкор натижаларни қиёсий таҳлил қилишда операциядан кейинги асоратлар умумий ва махсус бўлинди (3-жадвал). Гериатрик беморларда коморбид патология фонида карбоксиперитонеумни қўллаш операциядан кейинги коронар, тромботик ва нафас олиш асоратлари хавфи юқори эканлиги ҳақидаги хавотирларга қарамай, бизнинг кузатишларимизда ЛХЭ дан кейин умумий носпесифик асоратлар билан касалланиш, лапароскопик киришнинг паст травматизми туфайли, ТХЭдан ҳатто нисбатан бир оз пастроқ эди. (4.2% ва 8%, $p=0.740$). Ўткир холециститнинг деструктив шакллари бўлган кекса беморларда операциядан кейинги кенг тарқалган асоратлар таркибида ўткир

коронар хасталик (5; 2,9%) ва ўткир пневмония (4; 2,3%) устунлик қилади. Алоҳида ҳолатларда инсулт ва ўпка эмболияси ташхиси қўйилган, бу фақат ТХЭ билан оғриган беморларда содир бўлган.

3-жадвал

Операциядан кейинги эрта асоратларнинг частотаси, абс. (%)

Мураккаблик	Назорат гуруҳи, n= 100	Асосий гуруҳ, n=72	p	Жами, n n= 172
Умумий асоратлар				
Пневмония	3	1 (1,4)	0,740	4 (2,3)
сереброваскуляр бузилиш	1	-		1 (0,6)
ЎАТЭ	1	-		1 (0,6)
ЎКС ва миокард инфаркти	3	2 (2,8)		5 (2,9)
Жами	8	3 (4,2)	0,311	11 (6,4)
Махсус асоратлар				
Сафро оқиши	1	1 (1,4)	>0,05	2 (1,2)
Билиар перитонит	1	-		1 (0,6)
Билома	1	1 (1,4)		2 (1,2)
Субгепатик абсцесс	2	-		2 (1,2)
Қон кетиши	1	-		1 (0,6)
Ўт йўллариининг ятрогеник шикастланиши	-	1 (1,4)		1 (0,6)
Жами ички. асоратлар	6	3 (4,2)	0,227	9 (5,3)
Яраларнинг йиринглаши	10	-	NaN	10 (5,8)
Жами асоратлар	24	6 (8,3)	0,161	30 (17,4)
Ўлган	3	1 (1,4)	0,932	4 (2,3)

Эндовидеожарроҳлик технологиясидан фойдаланиш ТХЭ гуруҳига нисбатан қорин бўшлиғи асоратлари частотасининг статистик жиҳатдан камайиши билан бирга келди (4,2% га нисбатан 6,0%, $p = 0,227$), шу билан бирга биз асосий гуруҳда кузатмаган, ўзига хос асоратларнинг умумий ҳолати лапаротомия ярасининг йиринглаши (10%) ҳолатлари туфайли назорат гуруҳида юқори бўлган.

Видеолапароскопик аралашувларни қўллаш бўйича кўп йиллик тажриба минимал инвазив усуллар, шу жумладан такрорий лапароскопия ва эндоскопик эндобилиар ёрдамни гибрид қўллаш орқали беморларнинг иккала гуруҳида ҳам қорин бўшлиғидаги кўплаб асоратларни бартараф этишга имкон берди. Шундай қилиб, бир ҳолатда умумий ўт йўлига унинг чекка некрози шаклида ятрогеник шикастланганда, умумий ўт йўлининг тешиги даражасида релапароскопия амалга оширилди, умумий ўт йўлининг лапароскопик ташқи дренажи, кейин умумий ўт йўлининг эндоскопик эндобилиар стентланиши. Ташқи ўт чиқишининг учта ҳолатида, маҳаллий билома тўпланишининг иккита ҳолатида ва ўт перитонитининг бир эпизодида, релапароскопик муолажалар ва ўт пуфак йўли думини (4) ва Лушка каналини (1) такрорий кесиш ҳам қўлланилган. Бир ҳолатда, лапароскопик текшириш билома

манбасини аниқлай олмади ва шунинг учун операция субгепатик бўшлиқни санация ва дренажлаш билан якунланди. Сафро перитонитли назорат гуруҳида фақат 1 ҳолатда релапаротомия амалга оширилди – ўт пуфак йўли чўлтоғини боғлаш, қорин бўшлиғини санация ва дренажлаш амалга оширилди. Лапароскопия, шунингдек, ўт пуфаги ўриндиғидан операциядан кейинги қон кетиш ҳолатларида (электрокоагуляция ўтказилди) ва субгепатик абсцесс ривожланишининг 5 та ҳолатида (жигар ости бўшлиғини санация қилиш ва қайта дренажлаш амалга оширилди). Таққосланган гуруҳларда операциядан кейинги ўлим даражаси деярли бир хил эди ($p=0,932$): ТХЭ дан кейин 3,0% ва ЛХЭ дан кейин 1,4%. Холециститнинг деструктив шакллари бўлган кекса беморларда операциядан кейинги ўлимнинг умумий даражаси 2,3% ни ташкил қилади - 4 бемор вафот этди. Ўлим сабаблари ўткир миокард инфаркти (3) ва ЎАТЭ (1) эди. Шундай қилиб, ушбу тоифадаги беморларда ЛХЭ дан фойдаланиш операциядан кейинги оғриқ қолдирувчи терапия давомийлигини $7,7\pm 3,3$ дан $3,0\pm 1,9$ кунгача, ичак парезлари давомийлигини $4,5\pm 1,6$ дан $2,2\pm 1,5$ кунгача, интенсив терапия бўлимида $3,2\pm 1,2$ дан $1,9\pm 1,1$ кунгача ишончли ($p < 0,001$) қисқартиришга ёрдам берди, ва стационар даволаниш муддати $10,4\pm 3,3$ дан $5,7\pm 3,5$ ётоқ-кунгача.

ЛХЭ нинг тавсия этилган техник усуллари биргаликда қўллаш қарияларда холециститнинг деструктив шаклларида конверсия частотасини минималлаштиришга ёрдам берди: 72 ЛХЭдан фақат 3 (4,2%) конверсия ҳолати мавжуд. ЛХЭ нинг умумий асоратлари ТХЭ билан солиштирганда бироз пастроқ эди (8% га нисбатан 4,2%, $p=0,740$). Ушбу асоратларнинг тузилишида ўткир коронар синдромлар (2,9%) ва операциядан кейинги пневмония (2,3%) устунлик қилди. ТХЭ гуруҳи билан солиштирганда, кекса беморларда лапароскопиядан фойдаланиш қорин бўшлиғи асоратлари частотасининг 6% дан 4,2% гача ўртача ($p=0,227$) камайиши билан бирга келган, ўзига хос асоратларнинг умумий частотаси назорат гуруҳида юқори бўлган (16% га нисбатан 4,2%). Бундан ташқари, беморларнинг иккала гуруҳидаги қорин бўшлиғидаги асоратларнинг аксарияти минимал инвазив усуллар билан, шу жумладан такрорий лапароскопия ва эндоскопик эндобилиар ёрдамнинг гибрид қўлланилиши билан бартараф этилди, бу кексаларда эндовидеожарроҳликдан кенгроқ фойдаланишнинг мақсадга мувофиқлиги ва самарадорлигини яна бир бор исботлайди. Ушбу тоифадаги беморларда ЛХЭ нинг нисбий хавфсизлиги, шунингдек, ушбу ёндашув анъанавий жарроҳлик тактикаси билан солиштирганда операциядан кейинги ўлим даражасини оширмаслиги билан тасдиқланади.

Ўткир холециститнинг деструктив шакллари бўлган кекса беморларда операциядан кейинги даврда сезиларли яхшиланишга сезиларли даражада кам шикастланган ЛХЭ ёрдам берди, хусусан, операциядан кейинги аналгетик терапия давомийлигини $7,7\pm 3,3$ дан $3,0\pm 1,9$ кунгача, ичак парезлар муддати учун $4,5\pm 1,6$ дан $2,2\pm 1,5$ кунгача, реанимацион терапия ва интенсив терапия қолиш муддати $3,2\pm 1,2$ дан $1,9\pm 1,1$ кунгача ва стационар даволаш муддати $10,4\pm 3,3$ дан $5,7\pm 3,5$ кунгача камайди.

ХУЛОСА

1. Кекса ёшдаги беморларда ўткир деструктив холецистит жинси таркибида аёлларнинг 2 барабар кўплиги (69,2%/30,8%), коронар юрак касаллиги (78,5%) ва гипертензиянинг хасталиги (69,5%) билан бирга келадиган касалликларнинг ўта юқори (97,7%) билан тавсифланади бирга келадиган касалликлар ниқоби остида намоён бўлиши,

2. Сўнгги 15-20 йил ичида кекса беморларда шошилиш холецистэктомияга кўрсатмаларнинг кенгайиши гангреноз холецистит ва перитонитни операция давомида аниқлаш кўрсаткичларига ижобий таъсир кўрсатди, уларнинг частотаси мос равишда 16,4 дан 7,6% гача ва 31,4% дан 18,0% гача, Пери-везикал абсцесс (5,2%) ва Мириззи синдроми (0,6%) жуда кам аниқлана бошлади..

3. Ўткир холецистит ўзига хос сонографик семиотикага эга бўлиб, унинг аниқ кўриниши ва изчил идентификацияси ультратовуш текширувида деструктив холециститнинг мавжудлиги ёки йўқлигини тўғри аниқлаш, ўт пуфаги деворидаги яллиғланиш ўзгаришларининг оғирлигини баҳолаш ва ушбу касалликнинг перивезикал жарроҳлик асоратларини ўз вақтида аниқлаш имконини беради.

4. Кекса беморларда холециститнинг деструктив шаклларида тавсия этилган техник усуллар ва ЛХЭ нинг янги усулидан фойдаланиш эндоскопик жарроҳликнинг муваффақиятини 95,8% гача оширишга, умумий асоратларнинг частотасини 4,2 дан 8% гача, ўзига хос асоратларни 16,0% дан 4,2% гача, операциядан кейинги ўлими 1,4 дан 3%, муҳим камайишига ($p < 0.001$) операциядан кейинги аналгетик терапия давомийлигини $7,7 \pm 3,3$ дан $3,0 \pm 1,9$ кунгача, ичак парезлар муддати учун 4.5 ± 1.6 дан 2.2 ± 1.5 кунгача, реанимацион терапия ва интенсив терапия қолиш муддати $3.2 \pm 1,2$ дан 1.9 ± 1.1 кунгача ва стационар даволаш муддати 10.4 ± 3.3 дан 5.7 ± 3.5 кунгача камайди.

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

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ХАКИМОВ ОТАБЕК САТИВАЛДИЕВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ
ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У
БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

14.00.27 – Хирургия

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

Андижан - 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за № B2024.3.PhD/Tib4995.

Диссертация выполнена в Андижанском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.adti.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научный руководитель: **Атажанов Шухрат Камилович**
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты: **Махмудов Улугбек Марифджанович**
доктор медицинских наук

Кадилов Шавкат Номанович
доктор медицинских наук, доцент

Ведущая организация: **Бухарский государственный медицинский институт**

Защита состоится «___» _____ 2025 г. в ___ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 при Андижанском государственном медицинском институте по присуждению ученых степеней (Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz, Андижанский государственный медицинский институт).

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

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2025 года.
(реестр протокола рассылки № ___ от _____ 2025 года).

М.М. Мадазимов

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

М.Ф. Нишанов

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

Б.Р. Абдуллажанов

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Жёлчнокаменная болезнь (ЖКБ) диагностируется примерно у 15% населения мира и сопровождается снижением качества жизни пациентов, развитием различных осложнений, представляющих угрозу для жизни, а также увеличением частоты оперативных вмешательств, что приводит к серьёзной финансовой нагрузке на систему здравоохранения⁷. Только в Соединённых Штатах ежегодно проводится до 800 000 холецистэктомий, а связанные с этими вмешательствами расходы составляют около 6 миллиардов долларов. Среди всех пациентов с острым холециститом 40–60% составляют лица старше 60 лет. В возрастной группе старше 70 лет заболеваемость достигает 3–5 случаев на 1000 человек, что в несколько раз выше, чем среди людей среднего возраста. По прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения, доля населения старше 65 лет увеличится с нынешних 18% до 25% в течение ближайших 30 лет. Это означает, что с каждым годом доля гериатрических больных среди пациентов с жёлчнокаменной болезнью будет неуклонно расти. В Узбекистане пациенты с жёлчнокаменной болезнью составляют 25,3% всех больных, проходящих лечение по поводу острых хирургических заболеваний брюшной полости, из которых 28,5% – пожилые и старческие пациенты. В этой возрастной группе частота специфических и общих послеоперационных осложнений при остром холецистите составляет соответственно 36,4% и 40,9%. Эти показатели подчёркивают необходимость дальнейших исследований, направленных на улучшение результатов лечения данной категории больных.

В мировой практике в настоящее время одной из наиболее актуальных задач экстренной хирургии жёлчнокаменной болезни у гериатрических пациентов является разработка научно обоснованных клинических рекомендаций. В этом направлении проводятся целенаправленные исследования, в том числе изучаются возможности интраоперационной визуализации анатомических структур жёлчных путей с использованием флуоресцентного красителя (индоцианина зелёного) для предотвращения ятрогенных повреждений во время сложных лапароскопических холецистэктомий. Кроме того, на основе существующих метаанализов выполняются многоцентровые исследования, направленные на определение безопасности различных методик холецистэктомии, что также относится к числу наиболее актуальных направлений современной хирургии.

Современные направления развития хирургии в нашей стране включают комплекс мер, направленных на улучшение результатов лечения гериатрических пациентов, страдающих жёлчнокаменной болезнью и её осложнениями. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению

⁷E S, Srikanth MS, Shreyas A, Desai S, Mehdi S, Suman, Krishna KL. Recent advances, novel targets and treatments for cholelithiasis; a narrative review. Eur J Pharmacol. 2021 Oct 5;908:174376.

качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг⁸. Реализация данных задач, в частности, улучшение результатов лечения деструктивных форм острого холецистита у пожилых и старческих пациентов, ввиду высокой медицинской и социальной значимости данной патологии, является одним из актуальных направлений билиарной хирургии и медицины в целом.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указами Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 17 декабря 2018 года и «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы экстренной медицинской помощи» за №УП-4985 от 16 марта 2017 года, Постановлениям Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению» за №ПП-5198 от 26 июля 2021 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

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

Степень изученности проблемы. Холецистэктомия считается единственным окончательным методом лечения острого деструктивного холецистита⁹. Однако, у пожилых преимущества экстренной холецистэктомии не столь очевидны в связи с высоким риском периоперационных осложнений и летальности. Бремя сопутствующих заболеваний у пожилых, приводит к существенному снижению физиологического резерва и росту числа периоперационных осложнений. Доказано, что пожилой возраст является самостоятельным фактором риска осложнений при остром холецистите. Тем не менее, исследователи отмечают, что у пожилых экстренная холецистэктомия является достаточно безопасным¹⁰. В 38% случаев у пожилых, после консервативного лечения острого холецистита, в последующем нуждаются в повторной госпитализации, тогда как после холецистэктомии – лишь в 4%. В этом плане когортное исследование T.Wiggins с соавт., проведенное у пожилых по поводу острого холецистита в Англии показало, что 30-дневная смертность в группе экстренной холецистэктомии составила 11,6%, тогда как в группе с консервативным лечением - 9,9%, где годовая смертность составила 20,8 против 27,1%, соответственно¹¹. Мета-анализ литературы, касающейся ранней

⁸Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов

⁹ Sutton A.J., Vohra R.S., Hollyman M. Et al. Cost-effectiveness of emergency versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute gallbladder pathology //Journal of British Surgery. – 2017. – Т. 104. – №. 1. – С. 98-107.

¹⁰ Хаджибаев А.М. Малоинвазивные методы лечения осложненных форм острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста //Вестник экстренной медицины. – 2010. – №. 4. – С. 94-98.

¹¹ Wiggins T., Markar S.R., Mackenzie H. Et al. Evolution in the management of acute cholecystitis in the elderly: population-based cohort study //Surgical endoscopy. – 2018. – Т. 32. – №. 10. – С. 4078-4086.

холецистэктомии у пожилых, послеоперационная летальность варьировала от 0 до 5%, а частота осложнений – от 4 до 31%, тогда как в среднем возрасте составляли <1% и <15%, соответственно¹².

В последние годы узбекскими учёными опубликован ряд исследований, посвящённых острому деструктивному холециститу (Хаджибаев А.М., 2024; Хакимов М.Ш., 2024; Акбаров М.М., 2023; Туракулов У.Н., 2021; Ботиров А.К., 2023; Курбаниязов З.Б., 2024 и др.). Основные направления этих работ включают оценку эффективности лапароскопических и малоинвазивных методов, раннюю диагностику, совершенствование хирургических способов лечения и разработку новых методик, оптимизацию хирургической тактики и снижение частоты осложнений. Однако исследований, направленных на совершенствование малоинвазивных методов лечения острого деструктивного холецистита у пожилых и старческих пациентов, пока недостаточно.

Анализ литературных данных показал, что на сегодняшний день вопросы выбора единого хирургического подхода у гериатрических пациентов остаются предметом широких дискуссий. До настоящего времени не выработаны обоснованные рекомендации по профилактике ранних послеоперационных осложнений, надёжной коррекции возникших осложнений и выбору оптимального метода лечения для каждого конкретного случая. Всё это свидетельствует о необходимости дальнейших исследований, направленных на улучшение результатов хирургического лечения острого деструктивного холецистита у пожилых и старческих больных.

Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Андижанского государственного медицинского института.

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения острых деструктивных форм холецистита у пожилых и старческих больных путём совершенствования методов диагностики и хирургического лечения.

Задачи исследования:

определить гендерный состав, антропометрические особенности и клинические проявления деструктивных форм острого холецистита у пожилых и старческих больных;

оценить роль и значение ультразвукового исследования в диагностике различных морфологических форм острого холецистита, в определении степени тяжести деструктивных форм заболевания и ранней диагностике перивезикальных осложнений, а также выявить и описать характерную сонографическую семиотику различных стадий острого воспаления;

разработать методику лапароскопической холецистэктомии при гангренозной форме острого холецистита у пожилых больных путём совершенствования технических аспектов её выполнения;

¹² Loozen C.S., van Ramshorst B., van Santvoort H.C. Et al. Early cholecystectomy for acute cholecystitis in the elderly population: a systematic review and meta-analysis //Digestive surgery. – 2017. – Т. 34. – №. 5. – С. 371-379.

оценить безопасность и клиническую эффективность разработанного метода лапароскопической холецистэктомии.

Объектом исследования послужили 172 пожилых и старческих пациента, перенёсших лапароскопическую или традиционную холецистэктомию по поводу острого калькулёзного деструктивного холецистита в клинике Андижанского государственного медицинского института.

Предмет исследования составили анализ клинических особенностей деструктивных форм острого холецистита у пожилых и старческих пациентов, характерных ультразвуковых признаков данного заболевания, а также оценка безопасности и клинической эффективности разработанных технических методов.

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

Научная новизна исследований заключается в следующем:

выявлены демографические и антропометрические особенности, гендерный состав и характерные клинические проявления деструктивных форм острого холецистита у пожилых и старческих больных в современных условиях;

определён и систематизирован широкий спектр патогномичных сонографических признаков заболевания в диагностике деструктивных форм острого холецистита у геронтологических пациентов при ультразвуковом исследовании в режимах “С” и “ЦДС”, уточнены отдельные группы эхографических признаков, характеризующих деструкцию стенки жёлчного пузыря и её осложнения;

разработан способ лапароскопической холецистэктомии при гангренозной форме острого холецистита у пожилых пациентов, отличающийся поэтапным «ступенчатым» клиппированием пузырной артерии и протока после их визуализации и начальным выделением жёлчного пузыря от его дна;

доказана клиническая эффективность применения усовершенствованных пятиэтапных технических приёмов выполнения лапароскопической холецистэктомии при деструктивных формах острого холецистита у пожилых и старческих больных.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

предложена высокоинформативная шкала относительной морфологической оценки степени выраженности воспалительных изменений в жёлчном пузыре и перивезикальных анатомических структурах, позволяющая осуществлять раннюю диагностику деструктивных форм острого холецистита и выбирать адекватную лечебную тактику;

установлено, что при лапароскопической холецистэктомии, выполняемой по поводу деструктивных форм острого холецистита, «ступенчатое»

клипирование пузырного протока обеспечивает его надёжное закрытие даже при расширении просвета, вызванном воспалительной инфильтрацией;

доказано, что применение разработанного способа лапароскопической холецистэктомии при деструктивных формах острого холецистита у пожилых и старческих пациентов способствует повышению доли успешных эндохирургических вмешательств до 95,8%, снижению частоты общих осложнений до 3,8%, специфических осложнений до 4,2%, а также уменьшению послеоперационной летальности до 1,4%.

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

Научная и практическая значимость результатов исследований. Научная значимость результатов исследования заключается в том, что полученные выводы и представленные рекомендации имеют теоретическую ценность и способствуют расширению существующих знаний о демографических и антропометрических характеристиках, гендерном составе и клиническом течении деструктивных форм острого холецистита у пожилых и старческих пациентов в современных условиях, кроме того, исследование внесло важный вклад в систематизацию и уточнение широкого спектра патогномоничных сонографических признаков деструктивных форм острого холецистита у геронтологических больных, что позволило выделить отдельные эхографические группы признаков, отражающих деструкцию стенки жёлчного пузыря и развитие её осложнений.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что на основании полученных данных были усовершенствованы оптимизированные пятиэтапные технические приёмы выполнения лапароскопической холецистэктомии при деструктивных формах острого холецистита у пожилых и старческих больных, предложена высокоинформативная шкала относительной морфологической оценки степени воспалительных изменений в стенке жёлчного пузыря и перивезикальных анатомических структурах, а также обоснована клиническая эффективность разработанного способа лапароскопической холецистэктомии.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению исходов хирургического лечения деструктивных форм острого холецистита у пожилых и старческих больных:

разработан «Способ лапароскопической холецистэктомии у пациентов старших возрастных групп» (патент на полезную модель №FAP02292 от 18.05.2023 г). Внедрение усовершенствованного способа холецистэктомии у больных пожилого возраста с деструктивным холециститом позволило сэкономить бюджетные средства только за счет сокращения койко-дней у 100 больных пожилого возраста ($10,4 - 5,7$ койко-дней = $4,7$ дня $\times$ $403\,000$ сум $\times$ 100 больных = $189\,410\,000$ сум;

разработаны методические рекомендации «Способ лапароскопической холецистэктомии у пациентов старших возрастных групп при гангренозном холецистите» (утверждена Экспертным советом Андижанского государственного медицинского института №61-28/и от 26.03.2024 года). Внедрение предложенных рекомендаций позволило достоверно ($p < 0,001$) сократить длительность послеоперационной анальгетической терапии с $7,7 \pm 3,3$ до $3,0 \pm 1,9$ дней, продолжительности пареза кишечника с $4,5 \pm 1,6$ до $2,2 \pm 1,5$ суток, сроков нахождения в ОРИТ с $3,2 \pm 1,2$ до $1,9 \pm 1,1$ дней и сроков стационарного лечения с $10,4 \pm 3,3$ до $5,7 \pm 3,5$ койко-дней.

полученные научные результаты внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в отделение хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП (приказ №118/1 от 03.06.2024 г.), Ферганского филиала РНЦЭМП (приказ №79 от 07.07.2024 г.) и Наманганского филиала РНЦЭМП (приказ №136/3 от 20.06.2024 г.). (Заключение Научно-технического совета при Министерства здравоохранения №13/19 от 10.03.2025 года). Внедрение результатов исследования в клиническую практику способствовало повышению успешности эндохирургического вмешательства до 95,8%, снижению частоты общих осложнений с 8,0% до 4,2%, специфических осложнений с 16,0% до 4,2%, послеоперационной летальности с 3,0% до 1,4%.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 4 научно-практических конференциях в том числе на 2 международных и 2 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, из них 4 журнальных статей, 2 из которых в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации 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 114 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, приводится научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и краткой структуре диссертации.

В первой главе «**Актуальные вопросы хирургического лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста (обзор литературы)**» рассмотрены эпидемиология, особенности патогенеза и факторы риска ЖКБ и ее осложнений, гериатрические аспекты экстренной хирургии острого холецистита, а также хирургия острого калькулезного холецистита у больных пожилого и старческого возраста. Литературные данные по острому холецистит у пожилых указывают на опасения из-за

частых сопутствующих заболеваний, которые ухудшают результаты лечения. В результате анализа литературы были выявлены нерешённые задачи и определены пути их решения.

Во второй главе **«Клиническая характеристика и методы исследования»**. В исследование включены 172 больных пациентов пожилого и старческого возраста, по поводу деструктивных форм острого холецистита в 2018-2020 гг. в Клинике АндГосМИ, которые условно разделены на 2 группы: основная группа - 72 (41,9%) больных, которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ); контрольная группа включены 100 (58,1%) больных, подлежащих традиционной (открытой) холецистэктомии (ТХЭ).

У всех 172 (100%) больных причиной деструктивного холецистита была ЖКБ, холецистолитиаз. У пожилых больных с острым деструктивным холециститом более чем в 2 раза преобладали женщины – 119 (69,2%) против 53 (30,8%) мужчин. Возраст больных, включенных в исследование, колебался от 60 до 85 лет, средний возраст составил $67,4 \pm 6,5$ лет. По полу и возрасту сравниваемые между собой группы статистически значимо не отличались ($p < 0,05$) друг от друга (табл.1).

Таблица 1

Демографическая и антропометрическая характеристика больных

Показатель		Контрольная группа, n=100	Основная группа, n=72	p	Всего, n=172
Пол, абс. (%)	Мужской	35	18 (25,0)	0,162	53 (30,8)
	Женский	65	54 (75,0)		119 (69,2)
Возраст, лет, абс. (%)	пожилой – 60-74	77	66 (91,7)	0,012	143 (83,1)
	старческий – 75-90	23	6 (8,3)		29 (16,9)
	долголетие – 90+	-	-		
Средний возраст, лет, $M \pm \sigma$		$68,3 \pm 7,0$	$66,1 \pm 5,4$	0,021	$67,4 \pm 6,5$
ИМТ, $кг/м^2$, абс. (%)	норма – <25	45	21 (29,2)	0,026	66 (38,4)
	пред ожирение – 25-30	22	30 (41,7)		52 (30,2)
	ожирение I ст. – 30-35	16	11 (15,3)		27 (15,7)
	ожирение II ст. – 35-40	16	7 (9,7)		23 (13,4)
	ожирение III ст. – >40	1	3 (4,2)		4 (2,3)
Средний ИМТ, $кг/м^2$, $M \pm \sigma$		$27,8 \pm 6,2$	$28,9 \pm 5,0$	0,181	$28,3 \pm 5,8$

В наше время и в нашем регионе только 31,4% (54/172) больных пожилого возраста с ЖКБ имеют ожирение. Средний показатель ИМТ у этой категории больных составляет $28,3 \pm 5,8$, при этом по данному показателю группы сравнения были примерно идентичными ($p=0,181$) (табл. 1). Практически все пациенты пожилого возраста (кроме 4 (2,3%) больных), включенные в исследование, имели сопутствующие заболевания, в структуре которых

абсолютно преобладали сердечно-сосудистые заболевания, в том числе гипертонической болезнью страдали 109 (63,4%) больных, различными формами ИБС – 135 (78,5%), нарушениями ритма сердца – 5 (2,9%) и у 1 пациентки были признаки перенесенного ОНМК. У этой категории больных нередко регистрировали сопутствующий сахарный диабет 2-го типа (24; 14,0%), ХОБЛ (16; 9,3%), различные заболевания мочевыделительной системы (14; 8,1%) и ЯБ ДПКЖ (7; 4,1). У 3 (1,7%) пожилых больных холецистэктомия выполнена на фоне цирроза печени. По характеру структуры и частоте сопутствующих заболеваний группы сравнения были взаимно репрезентативными ($p>0,05$).

Как известно у пожилых пациентов приступы желчной колики часто протекают латентно или маскируются под сопутствующие заболевания, что задерживает обращение за хирургической помощью. В наших наблюдениях только 28 (16,3%) пожилых больных обратились в первые сутки, а 73 (42,4%) - позже 48 часов, что увеличивает риск выполнения ХЭ на фоне деструктивного холецистита.

В структуре морфологических форм острого деструктивного холецистита у пациентов пожилого возраста доминировал флегмонозный холецистит, выявленный у 134 (82,0%) пациентов. В 7 (4,1%) случаях флегмонозное воспаление стенки желчного пузыря сопровождалось эмпиемой. Гангренозный холецистит диагностирован у 18,0% (31/172) пациентов.

За прошедший период пересмотрели подходы к диагностике и лечению, расширив показания к экстренной ХЭ, включая пожилых пациентов. У гериатрических больных частота экстренной холецистэктомии при перипузырном абсцессе составляет 5,2% (9/172), синдром Мириззи встречается в 0,6% случаев (1 пациент).

Характеристика больных и здоровых лиц, обследованных в рамках проспективного исследования по разработке ультразвуковых критериев диагностики острого деструктивного холецистита

В рамках диссертационного исследования была систематизирована ультразвуковая семиотика ОКХ. На основании анализа данных 50 пациентов с ЖКБ и острым холециститом и 50 здоровых добровольцев (контрольная группа) были выделены эхографические признаки деструкции стенки ЖП и его осложнений.

Во всех случаях серо шкальная сонография ЖП была дополнена изучением доплеровского спектра стенки органа и питающих сосудов.

Трансабдоминальное УЗИ является ключевым методом скрининга для диагностики и мониторинга состояния желчевыводящих путей, особенно при подозрении на острый холецистит. В рамках данного исследования УЗИ было проведено всем 172 участвующим пациентам.

В процессе диагностики основное внимание уделялось следующим параметрам: определение увеличения размеров желчного пузыря (ЖП), оценка толщины и структуры его стенок, выявление и характеристика конкрементов, анализ изменений кровотока, состояние перивезикальной

области, диаметр желчных протоков, а также выявление сопутствующих патологий печени и поджелудочной железы. Изучение кровотока в ветвях пузырной артерии желчного пузыря проводилось с использованием цветного доплеровского картирования и импульсно-волнового доплера. ЖП визуализировали в В-режиме, затем переходили в С-режим для определения количества и локализации цветовых локусов сосудов (рис. 1). Кровоток классифицировали по М. Uggowitz: 0 степень – аваскулярный, + степень – гиповаскулярный, степень – средневаскулярный, ++степень – гиперваскулярный. Локализацию сосудистых локусов определяли по сегментарному делению ЖП по классификации R.B. Jeffrey: I сегмент – шейка, II – проксимальная половина тела, III – дистальная половина тела, IV – дно (рис. 2).



Рис. 1. УЗИ: продольный срез желчного пузыря (В-режим), определяется цветовой локус от сосуда с стенке пузыря (режим ЦДК)

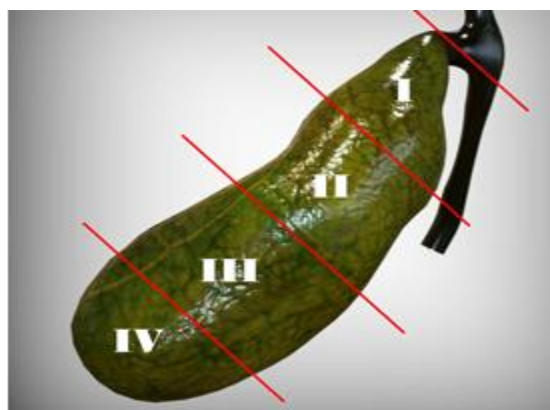


Рис. 2. Сегментарное деление желчного пузыря по Jeffrey R.B. et al., 1995.

Общеклинические методы диагностики острого холецистита соответствовали утвержденным стандартам Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

С 2019-х годов в Андижанском медицинском институте внедряется лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), что позволило снизить травматичность операций и ускорить реабилитацию пациентов. Первоначально ЛХЭ использовалась преимущественно при плановых вмешательствах у больных с хроническим калькулезным холециститом. Однако, по мере накопления опыта показания к ЛХЭ расширялись, включая пациентов с деструктивными формами острого холецистита, включая пожилых.

Дооперационная оценка включает выявление «малых» и «больших» критериев прогноза «трудной ЛХЭ». К «большим» критериям относятся патология желчных протоков, перенесенные операции, спаечный процесс, вентральные грыжи и другие заболевания. «малые» критерии включают долихоморфный тип телосложения, увеличенный ЖП, утолщенные стенки, внутрипеченочное расположение и сопутствующие заболевания. Эти критерии помогают прогнозировать технические сложности и планировать хирургическое вмешательство.

Прогностические факторы «трудной» ЛХЭ оцениваются по балльной системе: 1 балл (умеренный риск) - наличие «малых» факторов, преодолимых при достаточном опыте хирургов и техническом оснащении.; 2 балла (значительный риск) - сочетание одного «большого» и любого количества «малых» факторов, что может привести к техническим трудностям и вторичным осложнениям; 3 балла (высокий риск) - наличие двух «больших» факторов, что является абсолютным противопоказанием к ЛХЭ.

При 2 баллах ЛХЭ возможна при большом опыте хирургов и в дневное время, при 3 баллах — только открытая холецистэктомия. При 1 балле ЛХЭ допустима в ночное время при опытном хирурге в составе бригады.

В третьей главе диссертации **«Разработка ультразвуковых критериев диагностики острого деструктивного холецистита»** представлены ультразвуковая семиотика различных морфологических форм острого холецистита при серо шкальной сонографии ЖП. Ультразвуковое исследование ЖП включает оценку его размеров, структуры, целостности стенки, содержимого и парапузырного пространства. Основным признаком острого холецистита является внутрипузырная желчная гипертензия, сопровождающаяся увеличением размеров пузыря и фиксированным конкрементом в шейке. Также наблюдается симптом Мерфи - болезненность при надавливании датчиком на область проекции ЖП. Удлинение ЖП наблюдается у 96% (48) пациентов с острым холециститом. Средняя длина ЖП составляет 119.9 ± 17.4 мм, ширина - 42.6 ± 5.4 мм, площадь максимального продольного сечения - 21.7 ± 2.6 см². При обтурационном холецистите изменения размеров ЖП наиболее значительны. В норме толщина стенки ЖП до 3 мм, структура однородная, контуры ровные. При катаральной форме толщина стенки увеличивается до 5–6 мм. При деструктивных формах и остром калькулезном холецистите наблюдается симптом «двойного контура», более четко визуализируемый с использованием технологии X-res и коррелирующий ($R=0,9943$) с утолщением стенки: при 3–5 мм - в 3.6%, при 6–8 мм - в 42.9%, при утолщении свыше 9 мм - в 100% случаев (рис. 3).

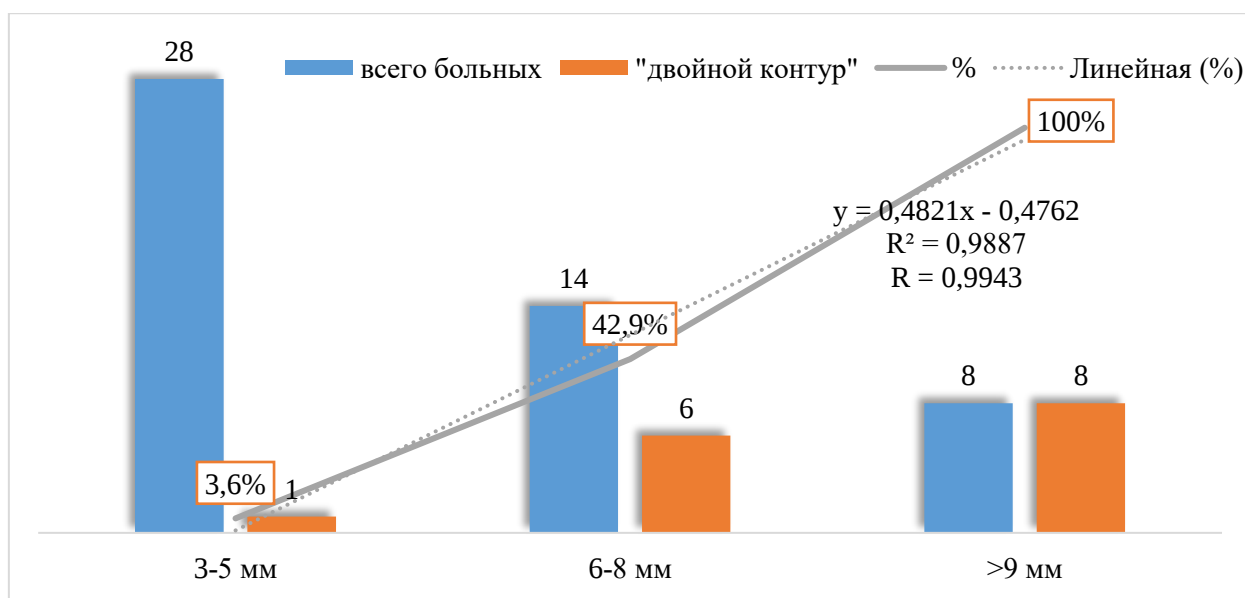


Рис. 3. Частота выявления на УЗИ симптома «двойного контура» (n=15) у больных с острым калькулезным холециститом (n=50) при различной толщине стенки желчного пузыря.

Выявлена высокая прямая корреляция (($R=0,9918$)) между частотой обнаружения симптома «двойного контура» на эхограммах и временем госпитализации больных с острым холециститом (рис. 4).

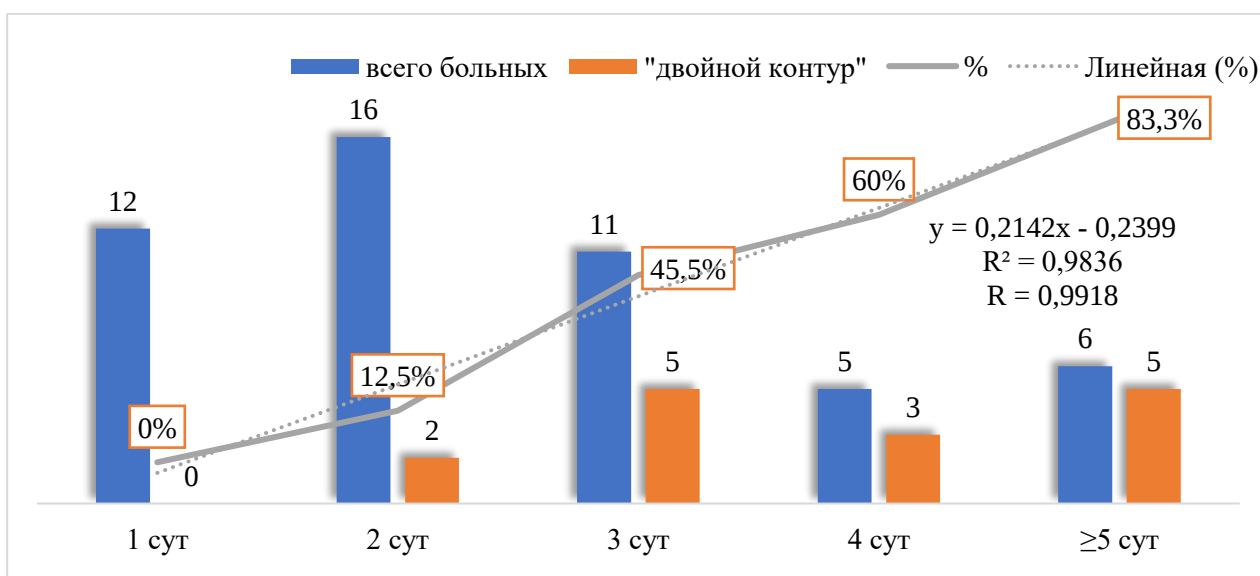


Рис. 4. Частота выявления на УЗИ симптома «двойного контура» (n=15) на различных сроках от момента начала заболевания (n=50)

На первые сутки заболевания этот симптом отсутствует, но на вторые он обнаруживается у 12,5% пациентов. С увеличением продолжительности болезни до 5 суток и более частота выявления деструкции стенки ЖП возрастает до 83,3%. У двух пациентов на УЗИ выявлены признаки перивезикального абсцесса: гипоанэхогенное образование неправильной формы с нечёткими контурами и перифокальным инфильтратом повышенной

эхогенности. В трёх случаях наблюдался перитонит, иногда распространяющейся в поддиафрагмальную область, правый боковой канал, синус Мориссона и малый таз. Ключевым компонентом УЗИ при остром холецистите является оценка полости ЖП. Острый воспалительный процесс характеризуется наличием гиперэхогенной взвеси в просвете органа в сочетании с другими эхопризнаками заболевания.

У пациентов с катаральным холециститом этот симптом выявлен в 14,8% случаев, с флегмонозным - в 61,1%, а с гангренозным - в 80,0% (рис. 5). В двух случаях гиперэхогенное содержимое представляло собой линейные структуры, идентичные эхоструктуре паренхимы печени (симптом «гепатизации ЖП»), что характерно для эмпиемы желчного пузыря (рис. 6).

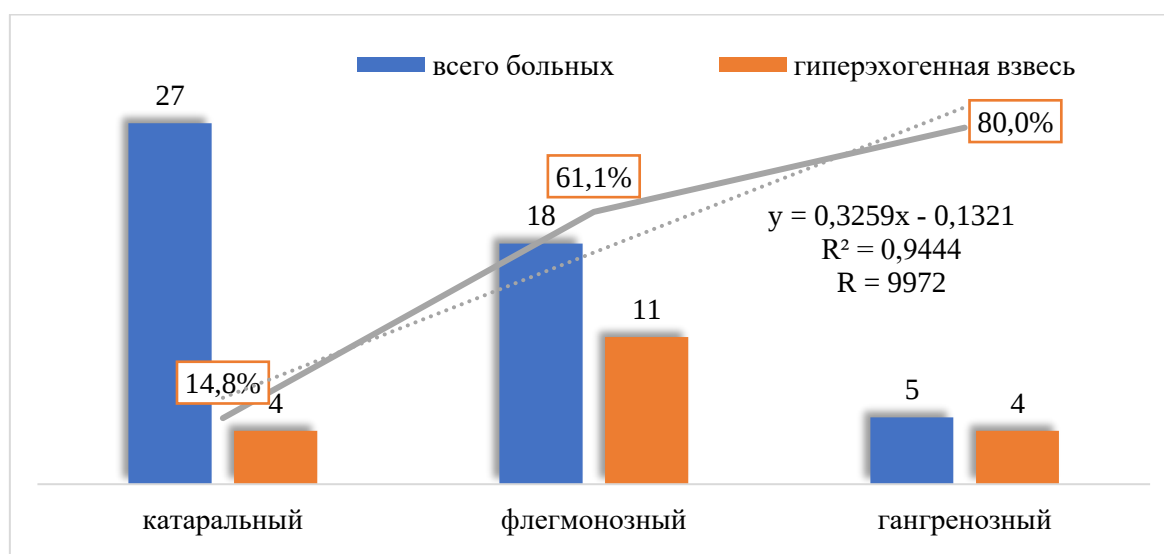


Рис. 5. Частота выявления на УЗИ гиперэхогенной взвеси в просвете ЖП (n=19) при различных морфологических формах ОХ (n=50)

В 1 случае при эхосканировании ЖП был выявлен симптом «свисания» участка слизистой оболочки в просвет органа, что считается сонографическим признаком гангренозного холецистита, в связи с чем, практически всегда сочетается другими эхопризнаками деструктивного холецистита.

Таким образом, острый холецистит имеет характерную сонографическую семиотику, четкое представление и последовательное выявление которых на УЗИ позволяет достаточно точно установить наличие или отсутствие деструктивного холецистита, оценить выраженность воспалительных изменений стенки ЖП и своевременно выявить перивезикальные осложнения.

Доплерографические признаки острого холецистита. При ЦДС желчного пузыря в режиме импульсно-волнового доплера (ИВД) изучали тип кровотока (артериальный или венозный), а также оценивали стандартные доплерографические параметры артериального кровотока: максимальную систолическую скорость (Vmax), минимальную диастолическую скорость (Vmin), индекс резистентности (RI), пульсационный индекс (PI) и градиент давления (PG). У пациентов с клиникой острого калькулезного холецистита в 39 (78%) случаях выявлен артериальный тип кровотока в стенке органа, у

остальных 11 (22%) больных дополнительно к артериям лоцировались также и вены, что классифицировались нами как артериально-венозный тип кровотока. Артериальный кровоток на фоне острого воспаления стенки желчного пузыря характеризуется достоверным ($p<0,001$) повышением $V_{\max}$ и $V_{\min}$, что наиболее ярко выражено в показателе $V_{\max}$, который по сравнению с нормативным показателем увеличивается в 2,2 раза (с $13,7\pm 2,4$ до $29,5\pm 8,6$ см/с), тогда как $V_{\min}$ увеличилась в 1,4 раза (с $6,8\pm 2,7$ до $9,6\pm 4,5$ см/с). Данное обстоятельство отразилось в многократном (в 3,6 раза) увеличении показателя PG (с $0,13\pm 0,05$ до $0,45\pm 0,19$ мм рт.ст., $p<0,001$) у больных с острым холециститом. Статистически значимое увеличение скоростных характеристик кровотока на фоне воспаленных тканей стенки ЖП оказывает относительно слабое влияние на другие показатели кровотока – индекс резистентности (RI) и пульсационный индекс (PI), которые, хотя и имели тенденцию к некоторому повышению, но достоверно не отличались от нормативных показателей (табл. 2 и рис. 6).

Таблица 2

Основные показатели кровотока в стенке ЖП, $M\pm\sigma$

Показатель	Здоровые доноры, n=50	Острый холецистит, n=50	p
$V_{\max}$, см/с	$13,7\pm 2,4$	$29,5\pm 8,6$	$<0,001$
$V_{\min}$, см/с	$6,8\pm 2,7$	$9,6\pm 4,5$	$<0,001$
RI	$0,59\pm 0,08$	$0,63\pm 0,15$	$>0,05$
PI	$1,42\pm 0,28$	$1,53\pm 0,46$	$>0,05$
PG, мм рт.ст.	$0,13\pm 0,05$	$0,45\pm 0,19$	$<0,001$

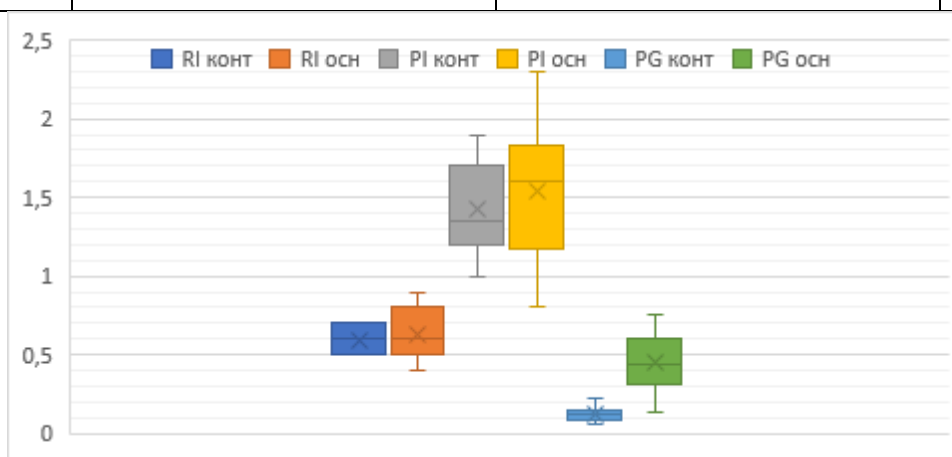


Рис. 6. Средние показатели RI, PI и PG кровотока в сосудах желчного пузыря в норме и при остром холецистите

В режиме цветового доплеровского картирования (ЦДК) у здоровых лиц ($n=50$) цветовые локусы визуализировались преимущественно в I (38), значительно реже – во II (12) сегментах ЖП и ни в одном случае не удалось зарегистрировать цветовые сигналы из III и IV сегментов (рис. 7).

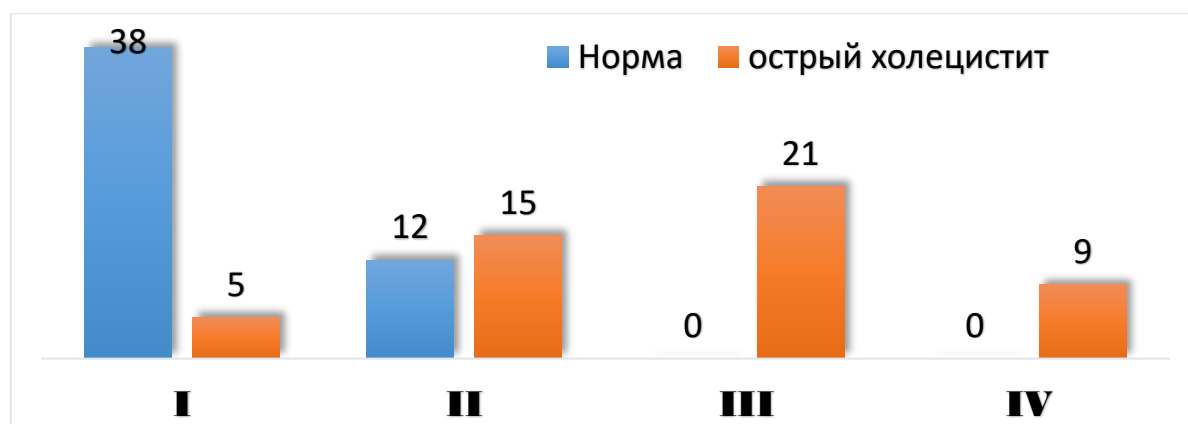


Рис. 7. Частота визуализации цветowych локусов на УЗИ в режиме ЦДК стенки ЖП в норме (n=50) и при остром холецистите (n=50)

У пациентов с острым холециститом при ультразвуковом исследовании выявляются нарушения сосудистого кровотока в стенке желчного пузыря, преимущественно в III и IV сегментах. Этот признак, не наблюдаемый в норме, зафиксирован в 21 и 9 случаях соответственно. У 20 пациентов не обнаружено цветowych локусов в III и IV сегментах, но выявлены в I и II сегментах, что сопровождалось значительным увеличением показателя $V_{\max}$, также указывающим на острый холецистит.

Таким образом, наиболее важным сонографическим признаком деструктивного холецистита является утолщение стенки ЖП вследствие ее отека и лимфоцитарной инфильтрации. Гипоэхогенные участки на фоне гиперэхогенных изменений указывают на некроз стенки пузыря и высокий риск перфорации. На фоне острого воспаления стенки желчного пузыря ЦДС-картина ЖП характеризуется достоверным ($p < 0,001$) повышением скоростей кровотока $V_{\max}$ в 2,2 раза (с $13,7 \pm 2,4$ до $29,5 \pm 8,6$ см/с) и $V_{\min}$ в 1,4 раза (с $6,8 \pm 2,7$ до $9,6 \pm 4,5$ см/с), что сопровождается многократным увеличением градиента PG с $0,13 \pm 0,05$ до $0,45 \pm 0,19$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). В норме цветowych локусы в III–IV сегментах стенки не визуализируются, но при остром холецистите они становятся доступны из-за отека и артериальной гиперемии.

Таким образом, УЗИ является наиболее доступным и высокоинформативным методом ранней диагностики деструктивного холецистита и его осложнений, способствует своевременному выбору адекватной тактики ведения больных.

В четвертой главе диссертации «Совершенствование тактики хирургического лечения острого деструктивного холецистита у больных пожилого возраста» представлены технические особенности выполнения лапароскопической холецистэктомии у больных с острым деструктивным холециститом. Наш многолетний опыт выполнения ЛХЭ позволило разработать, успешно апробировать на большом клиническом материале ряд технических решений, направленных на снижение риска ятрогенного повреждения анатомических структур гепатопанкреатобилиарной зоны. При отсутствии послеоперационных рубцов по срединной линии живота первый 10-мм троакар вводился над пупком или снизу. При спаечном процессе -

первый троакар вводился по Hassen в зонах живота, используя УЗИ для выявления зон париетальной брюшины, свободных от спаечного процесса.

Следующим этапом определяли возможность дальнейшего лапароскопического вмешательства. Для улучшения визуализации при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) операционный стол переводится в положение Фовлера с поворотом на левый бок. При остром деструктивном холецистите ЖП часто окружен инфильтрированными тканями, включая сальник, двенадцатиперстную и поперечно-ободочную кишку. Для облегчения манипуляций стенка ЖП пунктируется эндоскопической иглой через троакар. После извлечения иглы место прокола фиксируется зубчатым граasperом. Освобождение шейки ЖП начинается с отведения его дна в краниальном направлении. Тракция за дно позволяет прецизионно отделить стенки ЖП от сращений. В сложных случаях используются аспиратор/ирригатор для отведения тканей и промывания зоны вмешательства. Освобождение ЖП завершается наложением зажима на карман Гартмана.

Пациентам с острым деструктивным холециститом и осложнениями, такими как расширение холедоха, механическая желтуха и билиарный панкреатит, проводили видеолапароскопическую холангиографию с дренированием холедоха по Холстеду. После наложения клипсы на пузырный проток и его рассечения вводили катетер 6 Fr в холедох. При наличии конкрементов их удаляли, а катетер фиксировали зажимом. После холангиографии и выявления холедохолитиаза или стеноза выполняли дренирование. При нормальной проходимости катетер извлекали, клипсы накладывали на пузырный проток и пересекали его.

Способ лапароскопической холецистэктомии у пациентов старших возрастных групп при гангренозном холецистите.

Нами разработан новый «Способ лапароскопической холецистэктомии у больных пожилого возраста (патент на полезную модель № FAP 02292). Выполнение ЛХЭ по этому способу обеспечит адекватную видимость зоны операции и поможет предотвратить количество интраоперационных осложнений, за счет снижения риска повреждения желчных и сосудистых структур печени до 0,6% (повреждение внепеченочных желчных протоков и др.), а также позволит снизить количество конверсий (т.е. перехода лапароскопической в лапаротомическую холецистэктомию) до 2% и летальности до – 0,1%. Техника операции состоит из следующих этапов:

Первый этап – аспирация содержимого полости ЖП. По второму троакару вводим трубку отсоса с пункционной иглой и производим аспирацию содержимого ЖП, что обеспечивает условие для его тракции за счет его подвижности.

Второй этап. Мобилизация пузырной артерии. Ориентиром служит лимфоузел Масканжи. После тракции над шейкой с острым инструментом, иссекаем серозный слой, затем 5 мм атравматическим манипулятором раздвигаем вверх и вниз артерию 3. Выделенная артерия клипруется.

Третий этап. Выделение ЖП от дна. Применяем трубку отсоса, которая непрерывно аспирирует скопившуюся кровь, тем самым создается лучший обзор зоны операции.

Четвертый этап. На уровне пузырного протока, с внутренней стороны устья клиппируют титановыми защелками — клипсами, «лестничным» способом, где на пузырный проток горизонтально ставится средне-большая клипса - 8 мм, при этом диаметр пузырного протока больше диаметра клипсы - более 9 мм, затем в неклипированную часть накладывают среднюю клипсу - 5 мм. Пузырную артерию пересекают за пузырным протоком (рис. 8 и 9).

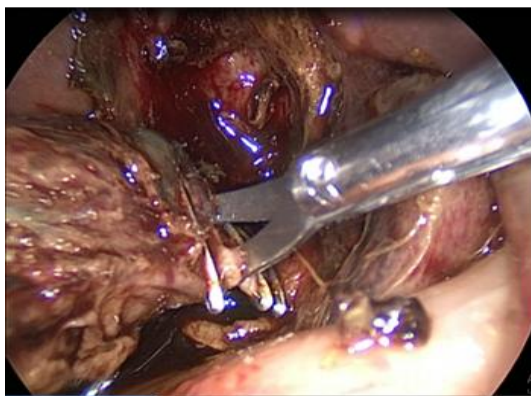


Рис. 8. Накладывание клипс «лестничным» способом

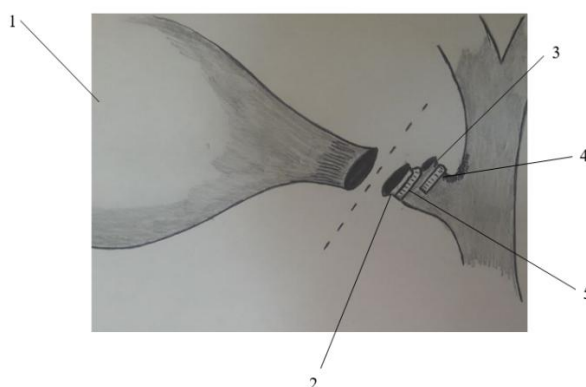


Рис. 9. Схема клиппирования пузырного протока лестничным методом: 1) желчный пузырь; 2) пузырный проток; 3) пузырная артерия; 4) средняя клипса 5 мм; 5) средне-большая клипса 8 мм.

За счет тупого конца трубки отсоса вскрывается брюшина над карманом Гартмана на 3-4 мм, что предохраняет от ятрогенных повреждений ЖП или трубчатых структур. Скелетизация трубчатых структур.

За счет тупой препаровки безопасно отделяется стенка ЖП от ложа.

Пятый этап. Обработка ложа пузыря. При деструктивно измененных пузырях коагуляция ложа абсолютно не останавливает кровотечение, поэтому коагуляция делается поверхностно, вставляется тампон из марлевой салфетки для физического гемостаза. Преимуществом печеночной ткани в таких случаях является то, что после тампонирования примерно в течение 5-6 минут происходит самостоятельный гемостаз. Операцию заканчиваем дренированием по типу «проточной системы». Основное преимущество разработанного метода - управляемость операционным процессом, что даёт возможность гарантированного безопасного проведения операции.

Нами также изучалась продолжительность операции, так как у пожилых продолжительность пневмоперитонеума имеет немаловажное значение в аспекте развития интра- и послеоперационных осложнений. Продолжительность операции оценивали на основании протоколов операций, которая варьировала от 30 до 65 минут (в среднем $45,4 \pm 7,2$). Нами успешно

выполнено 117 ЛХЭ предложенным способом. Из них 63% случаев также наблюдался спаечный процесс в подпеченочном пространстве. Все пациенты отмечали отличный косметический эффект. Повреждения круглой связки печени и послеоперационные вентральные грыжи не наблюдалось.

Способ ЛХЭ имеет следующие преимущества.

1. За счет тупого конца трубки отсоса вскрывается брюшина над карманом Гартмана на 3-4 мм, что исключает ятрогенное повреждение ЖП и трубчатых структур.

2. За счет фрагментации жировых отложений с помощью тупого конца трубки отсоса в области треугольника Кало монополярный ток для пересечения и коагуляции ткани не используется, что обеспечивает профилактику случайных ожогов элементов гепатодуоденальной связки.

3. Нет необходимости изменять позиции ЖП для выделения элементов треугольника Кало.

6. Скелетизация трубчатых структур, а при необходимости и элементов гепатодуоденальной связки без применения неконтролируемого электротока.

7. Тупой препаровкой обеспечивается безопасное выделение стенки ЖП от ложа.

8. Постоянной эвакуацией сгустков крови в зоне операции обеспечивается хорошая визуализация элементов Кало.

Строгое соблюдение вышеописанных технических приемов ЛХЭ, позволило минимизировать частоту конверсии у этой сложной категории пациентов пожилого возраста. Так, в наших наблюдениях на 72 ЛХЭ у гериатрических больных частота конверсии составила 4,2% (3/72), причинами которой в 2 случаях были невозможность дифференциации трубчатых анатомических структур в области шейки желчного пузыря и печеночно-дуоденальной связки на фоне выраженных воспалительно-инфильтративных изменений и в 1 случае – соскальзывание клипсы с пузырной артерии.

При сравнительном анализе непосредственных результатов послеоперационные осложнения классифицировали на общие и специфические (табл. 3). Вопреки сохраняющимся опасениям, что наложение карбоксиперитонеума на фоне коморбидной патологии у гериатрических больных ассоциируется более высоким риском развития послеоперационных коронарных, тромботических и респираторных осложнений, в наших наблюдениях частота общих неспецифических осложнений после ЛХЭ, за счет низкой травматичности лапароскопического доступа, была даже несколько ниже по сравнению с ТХЭ (4,2% против 8%, $p=0,740$).

В структуре общих послеоперационных осложнений у больных пожилого возраста с деструктивными формами острого холецистита преобладали острые коронарные эксцессы (5; 2,9%) и острая пневмония (4; 2,3%). В единичных случаях констатировали ОНМК и ТЭЛА, что имело место только у больных, подлежащих ТХЭ.

Таблица 3

Частота ранних послеоперационных осложнений, абс. (%)

Осложнение	Контрольная группа, n=100	Основная группа, n=72	p	Всего, n=172
Общие осложнения				
Пневмония	3	1 (1,4)	0,740	4 (2,3)
ОНМК	1	-		1 (0,6)
ТЭЛА	1	-		1 (0,6)
ОКС и инфаркт миокарда	3	2 (2,8)		5 (2,9)
Всего	8	3 (4,2)	0,311	11 (6,4)
Специфические осложнения				
Желчеистечение	1	1 (1,4)	>0.05	2 (1,2)
Желчный перитонит	1	-		1 (0,6)
Билома	1	1 (1,4)		2 (1,2)
Подпеченочный абсцесс	2	-		2 (1,2)
Кровотечение	1	-		1 (0,6)
Ятрогенное повреждение ЖВП	-	1 (1,4)		1 (0,6)
Всего внутрибр. осложнений	6	3 (11,1)	0,227	9 (5,3)
Нагноение ран	10	-	NaN	10 (5,8)
Всего осложнений	24	6 (8,3)	0,161	30 (17,4)
Умерло	3	1 (1,4)	0,932	4 (2,3)

Применение эндовидеохирургической техники у этой категории больных сопровождалось также некоторым уменьшением частоты внутрибрюшных осложнений по сравнению с группой ТХЭ (4,2% против 6,0%, $p=0,227$), с увеличением общей частоты специфических осложнений в контрольной группе пациентов за счет случаев нагноений лапаротомных ран (10%), которые мы не наблюдали в основной группе.

Многолетний опыт по применению видеолaparоскопических вмешательств позволил устранить большинство внутрибрюшных осложнений в обеих группах пациентов миниинвазивными способами, в том числе путем гибридного применения повторной лапароскопии и эндоскопического эндобилиарного пособия. Так, в одном случае ятрогенного повреждения холедоха в виде его краевого некроза на уровне устья пузырного протока была выполнена релапароскопия, наружное лапароскопическое дренирование холедоха с последующим эндоскопическим эндобилиарным стентированием общего желчного протока. По поводу трех случаев наружного желчеистечения, двух случаев накопления ограниченной биломы и одного эпизода желчного перитонита также были использованы релапароскопии и повторное клипированием культи пузырного протока (4) и протока Люшка (1). В одном случае лапароскопической ревизией не удалось установить источник биломы, в связи с чем операция была завершена санацией и дренированием подпеченочного пространства. Релапаротомия выполнена только 1 случае в контрольной группе с желчным перитонитом – выполнено лигирование

культы пузырьного протока, санация и дренирование брюшной полости. Лапароскопия использована также в случае послеоперационного кровотечения из ложа ЖП (выполнена электрокоагуляция) и в 5 случаях развития подпеченочного абсцесса (выполнена санация и ре-дренирование подпеченочного пространства). Показатели послеоперационной летальности в сравниваемых группах также показали эффективность предпринятой тактики в основной группе – 3% после ТХЭ и 1,4% после ЛХЭ. Общая п/о летальность у больных пожилого возраста с деструктивными формами холецистита составляет 2,3% - умерло 4 больных. Причинами летального исхода явились острый инфаркт миокарда (3) и ТЭЛА (1).

При относительно схожих показателях частоты общих и специфических послеоперационных осложнений ТХЭ и ЛХЭ, но тем не менее, присущая к лапароскопическому подходу значительно меньшая травматичность стала причиной значимого улучшения характера течения послеоперационного периода у пожилых с деструктивными формами острого холецистита. Так, применение ЛХЭ у этой категории пациентов способствовало достоверному ($p<0.001$) сокращению длительности послеоперационной анальгетической терапии с $7,7\pm3,3$ до $3,0\pm1,9$ дней, продолжительности пареза кишечника с $4,5\pm1,6$ до $2,2\pm1,5$ суток, сроков нахождения в ОРИТ с $3,2\pm1,2$ до $1,9\pm1,1$ дней и сроков стационарного лечения с $10,4\pm3,3$ до $5,7\pm3,5$ койко-дней.

Применение предлагаемых технических приемов ЛХЭ в сочетании способствовало минимизации частоты конверсии при деструктивных формах холецистита у пожилых: на 72 ЛХЭ пришлось только 3 (4,2%) случая конверсии. Частота общих осложнений ЛХЭ была несколько ниже по сравнению с ТХЭ (4,2% против 8%, $p=0,740$). В структуре этих осложнений преобладали острые коронарные синдромы (2,9%) и послеоперационная пневмония (2,3%). По сравнению с группой ТХЭ, применение лапароскопии у гериатрических больных сопровождалось умеренным ($p=0,227$) уменьшением частоты внутрибрюшных осложнений с 6,0% до 4,2%, общая сумма частота специфических осложнений, также, была выше именно в контрольной группе (4,2% против 16,0%) за счет высоких цифр раневых осложнений. При этом большинство внутрибрюшных осложнений в обеих группах пациентов было устранено миниинвазивными способами, в том числе путем гибридного применения повторной лапароскопии и эндоскопического эндобилиарного пособия, что еще раз доказывает целесообразность и эффективность более широкого применения средств эндовидеохирургии у пожилых.

Относительная безопасность ЛХЭ у этой категории пациентов подтверждается также тем фактом, что этот подход не увеличивает показатель послеоперационной летальности по сравнению с традиционной хирургической тактикой. Значительно меньшая травматичность ЛХЭ способствовала существенному улучшению течения послеоперационного периода у больных пожилого возраста с деструктивными формами острого холецистита, в частности способствовало достоверному ($p<0.001$) сокращению длительности послеоперационной анальгетической терапии с

7,7±3,3 до 3,0±1,9 дней, продолжительности пареза кишечника с 4,5±1,6 до 2,2±1,5 суток, сроков нахождения в ОРИТ с 3,2±1,2 до 1,9±1,1 дней и сроков стационарного лечения с 10,4±3,3 до 5,7±3,5 койко-дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Острый деструктивный холецистит у больных пожилого возраста характеризуется более чем 2-кратным преобладанием женщин (69,2%/30,8%) в гендерном составе, крайне высоким показателем (97,7%) коморбидности с преобладанием сопутствующей ИБС (78,5%) и ГБ (63,4%), высокой частотой поздней обращаемости (42,4%) за счет латентного течения и проявления под маской сопутствующих заболеваний,

2. Расширение за последние 15-20 лет показаний к экстренной холецистэктомии у больных пожилого возраста положительно отразилось в показателях интраоперационного выявления гангренозного холецистита и перитонита, частота которых снизилась, соответственно, с 16,4 до 7,6% и с 31,4 до 18,0%, достаточно редко стали выявляться перипузырный абсцесс (5,2%), синдрома Мириizzi – 0,6%.

3. Острый холецистит имеет характерную сонографическую семиотику, четкое представление и последовательное выявление которых на УЗИ позволяет достаточно точно установить наличие или отсутствие деструктивного холецистита, оценить выраженность воспалительных изменений стенки желчного пузыря и своевременно выявить перивезикальные осложнения этого грозного хирургического заболевания.

4. Применение предлагаемых технических приемов и нового способа ЛХЭ при деструктивных формах холецистита у больных пожилого возраста способствует повышению успешности эндохирургического вмешательства до 95,8%, снижению частоты общих осложнений с 8,0% до 4,2%, специфических осложнений с 16,0% до 4,2%, послеоперационной летальности с 3,0% до 1,4%, достоверному ($p<0.001$) сокращению длительности послеоперационной анальгетической терапии с 7,7±3,3 до 3,0±1,9 дней, продолжительности пареза кишечника с 4,5±1,6 до 2,2±1,5 суток, сроков нахождения в ОРИТ с 3,2±1,2 до 1,9±1,1 дней и сроков стационарного лечения с 10,4±3,3 до 5,7±3,5 койко-дней.

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

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

KHAKIMOV OTABEK SATIVALDIEVICH

**IMPROVING OF DIAGNOSTICS AND SURGICAL TACTICS FOR
DESTRUCTIVE FORMS OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN ELDERLY
AND SENILE PATIENTS**

14.00.27 – Surgery

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

ANDIJAN–2025

The theme of the dissertation of the doctor of philosophy degree (PhD) is registered in the Supreme attestation commission at the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan for B2024.3.PhD/Tib4995.

The dissertation is carried out at the Andijan state medical institute.

An abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is available on the website of the Scientific Council (www.adti.uz) and on the Information and Educational Portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific supervisor:	Atadjanov Shukhrat Kamilovich doctor of medical sciences
Official opponents:	Makhmudov Ulugbek Marifdjanovich doctor of medical sciences Kadirov Shavkat Nomanovich doctor of medical sciences, docent
Leading organisation:	Bukhara state medical institute

The dissertation will be defended on «____» _____ 2025 at ____ p.m. hours at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 at the Andijan State Medical Institute (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Andijan State Medical Institute (Registration number №____) (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50).

Abstract of the dissertation sent out on «____» _____ 2025.
(mailing report №____ of _____ 2025).

M.M. Madazimov

Chairman of the scientific council on award of
scientific degrees, doctor of medical science, professor

M.F. Nishanov

Scientific secretary of the scientific council
on award of scientific degrees,
doctor of medical science, professor

B.R. Abdullajanov

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

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

The aim of the study is to improve the treatment results of acute destructive forms of cholecystitis in elderly and senile patients by improving diagnostic methods and surgical treatment.

The object of the study were 172 elderly and senile patients who underwent laparoscopic or traditional cholecystectomy for acute calculous destructive cholecystitis in the clinic of the Andijan State Medical Institute.

The scientific novelty of the study is as follows:

the demographic and anthropometric characteristics, gender composition, and characteristic clinical manifestations of destructive forms of acute cholecystitis in elderly and senile patients in the modern context were identified;

a wide range of pathognomonic sonographic signs of the disease in the diagnosis of destructive forms of acute cholecystitis in geriatric patients using ultrasound examination in "C" and "CDS" modes was identified and systematized; individual groups of echographic signs characterizing gallbladder wall destruction and its complications were clarified;

a method for laparoscopic cholecystectomy for gangrenous acute cholecystitis in elderly patients was developed, characterized by a stepwise "stepwise" clipping of the cystic artery and duct after their visualization and an initial isolation of the gallbladder from its fundus;

the clinical effectiveness of the use of improved five-stage technical methods for performing laparoscopic cholecystectomy in destructive forms of acute cholecystitis in elderly and senile patients has been proven.

Implementation of research results. Based on the results of a scientific study to improve surgical outcomes for destructive forms of acute cholecystitis in elderly and geriatric patients, a "Method for Laparoscopic Cholecystectomy in Elderly Patients" was developed (Utility Model Patent No. FAP02292, dated May 18, 2023). The introduction of an improved cholecystectomy method in elderly patients with destructive cholecystitis allowed for budgetary savings solely due to the reduction in hospital days for 100 elderly patients ($10.4 - 5.7$ hospital days = 4.7 days $\times$ 403,000 soums $\times$ 100 patients = 189,410,000 soums);

guidelines for "A Method of Laparoscopic Cholecystectomy in Older Patients with Gangrenous Cholecystitis" were developed (approved by the Expert Council of the Andijan State Medical Institute No. 6i-28/u dated March 26, 2024). The implementation of the proposed recommendations allowed for a significant ($p < 0.001$) reduction in the duration of postoperative analgesic therapy from 7.7 ± 3.3 to 3.0 ± 1.9 days, intestinal paresis from 4.5 ± 1.6 to 2.2 ± 1.5 days, the length of stay in the intensive care unit from 3.2 ± 1.2 to 1.9 ± 1.1 days, and the length of inpatient treatment from 10.4 ± 3.3 to 5.7 ± 3.5 bed days;

the obtained scientific results have been implemented in practical healthcare activities, in particular, in the surgery department of the Andijan branch of the Russian Scientific Center for Emergency Medicine (Order No. 118/1 dated 03.06.2024), the Fergana branch of the Russian Scientific Center for Emergency Medicine (Order No. 79 dated 07.07.2024), and the Namangan branch of the Russian

Scientific Center for Emergency Medicine (Order No. 136/3 dated 20.06.2024). (Conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health No. 13/19 dated March 10, 2025). The implementation of the research results into clinical practice contributed to an increase in the success rate of endoscopic surgical intervention to 95.8%, a decrease in the incidence of general complications from 8.0% to 4.2%, specific complications from 16.0% to 4.2%, and postoperative mortality from 3.0% to 1.4%.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of the dissertation is 114 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Туляганов Д.Я., Атаджанов Ш.К., Хакимов О.С., Шукуров Б.И. Хирургия острого калькулезного холецистита у больных пожилого и старческого возраста // Ж. «Вестник экстренной медицины»; №1 (16); 2023; С. 68-73. (14.00.00, №11).

2. Атаджанов Ш.К., Хакимов О.С., Курбанов Ш.П., Отакузиев А.З. Особенности лапароскопической холецистотомии при остром деструктивном калькулезном холецистите // Ж. «Тиббиётда янги кун»; №2 (64); 2024; С. 197-202. (14.00.00, №22).

3. Atadjanov Sh.K., Khakimov O.S., Kurbonov Sh.P., Nosirov M.M., Hamidov F.Sh. Optimization of laparoscopic cholecystectomy technique for acute calculous destructive cholecystitis in the elderly // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2025, 15 (6): P. 1925-1929. DOI: 10.5923/j.ajmms.20251506.63 (14.00.00; №2).

4. Atadjanov Sh.K., Khakimov O.S., Kurbonov Sh.P., Otakuziev A.Z., Nosirov M.M. Modern aspects of diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis in patients with increased operational risk // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2025, 15 (6): P. 2043-2048. DOI: 10.5923/j.ajmms.20251506.92 (14.00.00; №2).

II бўлим (II часть; II part)

5. Хакимов О.С., Атаджанов Ш.К., Отакузиев А.З. Катта ёшли беморларда лапароскопик холецистэктомия усули // Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк маркази, Ихтиролар учун фойдали модель гувоҳномаси. 18.05.2023 й., № FAP 02292.

6. Хакимов О.С., Атаджанов Ш.К. Способ лапароскопической холецистэктомии у пациентов старших возрастных групп при гангренозном холецистите // Методические рекомендации, г.Андижан, 2024 г.

7. Хакимов О.С., Атаджанов Ш.К., Отакузиев А.З. Катта ёшли беморларда ўткир деструктив тошли холециститни диагностикаси ва хирургик даволаш алгоритми // Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк маркази, Электрон ҳисоблаш машиналари учун яратилган дастурнинг расмий рўйхатдан ўтказилганлиги тўғрисидаги Гувоҳнома. 15.04.2022 й., №DGU 16268.

8. Хакимов О.С., Атаджанов Ш.К., Курбанов Ш.П., Отакузиев А.З. Лапароскопическая холецистэктомия при остром калькулезном холецистите у больных с повышенным операционным риском // Материалы XXV Республиканской научно-практической конференции Вахидовские чтения – 2022 «Новые тенденции в миниинвазивной торакоабдоминальной и

сердечно-сосудистой Хирургии». Журнал “Хирургия Узбекистана”. Ташкент, 2022. №2. С.130.

9. Хакимов О.С., Отакузиев А.З. Технические аспекты лапароскопической холецистэктомии при остром деструктивном калькулезном холецистите у пациентов старших возрастных групп // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Применение высоких инновационных технологий в профилактической медицине» Андижан, 2022. С.922-924.

10. Хакимов О.С., Атаджанов Ш.К., Курбонов Ш.П., Отакузиев А.З. Особенности лапароскопической холецистэктомии при остром деструктивном калькулезном холецистите // Материалы XXV республиканской научно-практической конференции Вахидовские чтения – 2022 «Новые тенденции в миниинвазивной торакоабдоминальной и сердечно-сосудистой Хирургии». Журнал “Хирургия Узбекистана”. Ташкент, 2022. №2. С.130-131.

11. Hakimov O.S. Qurbonov SH.P. Features of laparoscopic cholecystectomy in acute calculated cholecystitis // International scientific-online conference «Current approaches and new research in modern sciences», Poland. 2025. 4(5), P.103-104. DOI.org/10.5281/zenodo.15220379.

12. Hakimov O.S. Otakuziev A.Z. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis in patients with increased operational risk // International scientific-online conference «Academic research in modern science», USA. 2025. 4(17), P.109-111. DOI.org/10.5281/zenodo.15220372.

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

Босмахона лицензияси:



9338

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

Рақамли босма усулда босилди.

Шартли босма табағи: 3,5. Адади 100 дона. Буюртма № 30/25.

Гувоҳнома № 851684.

«Тірографф» МЧЖ босмахонасида чоп этилган.

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