

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

НОРМАМАТОВ БАХРИДДИН ПИРМАМАТОВИЧ

**ЙИРИНГЛИ ХОЛАНГИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ
ДАВОЛАШДА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ЁНДАШУВ**

14.00.27 – Хирургия

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

Самарканд – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Нормаматов Бахриддин Пирмаматович

Йирингли холангит билан оғриган беморларни

даволашда дифференциал ёндашув 3

Нормаматов Бахриддин Пирмаматович

Дифференцированный подход в лечении больных

гнойным холангитом..... 27

Normamatov Bakhriddin Pirmamatovich

Differentiated approach to treating patients

with purulent cholangitis 51

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works 57

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

НОРМАМАТОВ БАХРИДДИН ПИРМАМАТОВИЧ

**ЙИРИНГЛИ ХОЛАНГИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ
ДАВОЛАШДА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ЁНДАШУВ**

14.00.27 – Хирургия

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

Самарканд – 2025

Тиббиёт фанлари буйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2024.1.PhD/Tib3908 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд Давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертациянинг уч тилдаги (узбек, рус, инглиз (резюме)) автореферати Илмий Кенгаш веб-саҳифаси (www.sammu.uz) ва «Ziyonet» (www.ziyonet.uz) ахборот-таълим порталида жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Раҳманов Қосим Эрданович

тиббиёт фанлари доктори (DSc), доцент

Расмий оппонентлар:

Шербек Улугбек Ахрарович

тиббиёт фанлари доктори (DSc)

Рахметов Нурлан Рахметович

тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Жанубий Қозоғистон тиббиёт академияси

(Қозоғистон Республикаси)

Диссертация ҳимояси Самарқанд Давлат тиббиёт университети ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 рақамли Илмий Кенгашнинг 2025й «__» _____соат_____даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Анкабай кучаси 6. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

Диссертация билан Самарқанд Давлат тиббиёт университетининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№ _____ рўйхатга олинган). Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Амира Темур кучаси 18. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75.

Диссертация автореферати «__» _____ 2025 йилда тарқатилди.

(2025 йил № ____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Н.Н. Абдуллаева

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

К.В. Шмырина

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

З.Б. Курбаниязов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясига аннотация)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, ўт йўллари ва жигар касалликлари бутун дунё бўйлаб касалланиш ва ўлим сабаблари орасида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди ва холангитнинг мураккаб шакллариининг частотаси ўсишда давом этмоқда, бу еса жарроҳлик даволаш усуллариини такомиллаштиришни талаб қилади. Йирингли холангит учун жарроҳликнинг ҳозирги тенденциялари жарроҳлик травмасини минималлаштириш, детоксификацияни тезлаштириш ва операциядан кейинги асоратларнинг олдини олишга қаратилган. МДХ давлатлари, Хитой, Япония, Корея, Туркия ва АҚШда касалликнинг оғирлигига ва беморнинг аҳволига қараб даволаш тактикасини индивидуаллаштириш имконини берувчи гибрид ва минимал инвазив усулларни ўз ичига олган дифференциал ёндашувлар фаол жорий этилмоқда. Бироқ, бугунги кунга қадар йирингли холангит шаклига, билиар эндотоксемия даражасига ва бирга келадиган патологияга қараб жарроҳлик тактикасини оптимал танлаш масалалари ҳал қилинмаган. Тадқиқотнинг долзарблиги операциядан кейинги асоратларни камайтириши, касалхонага ётқизиш муддатини қисқартириши ва узоқ муддатли даволаш натижаларини яхшилаш мумкин бўлган йирингли холангитни даволашда дифференциал жарроҳлик ёндашувни ишлаб чиқиш зарурати билан боғлиқ. «...Ўт йўллариини декомпрессиялашнинг замонавий усуллариини, шу жумладан гибрид ва минимал инвазив аралашувларни жорий этиш жарроҳлик даволаш самарадорлигини оширади ва ушбу патологияси бўлган беморлар учун прогностни яхшилади...»¹.

Йирингли холангитни жарроҳлик йўли билан даволашнинг минимал инвазив ва гибрид усуллари жаҳон амалиётида фаол қўлланилади, улар сафро йўллариини эрта декомпрессиялаш, ўт йўллариининг гипертензиясини бартараф этиш ва тизимли эндотоксемияни камайтиришга қаратилган. Хорижий тадқиқотлар натижаларига кўра, эндоскопик ва тери орқали аралашуви босқичли жарроҳлик операциялари билан биргаликда ананавий радикал усуллар билан солиштирганда ўлимни ва операциядан кейинги асоратларнинг частотасини сезиларли даражада камайтириши мумкин. Замонавий жарроҳликнинг муваффақиятига қарамай, йирингли холангитни даволашнинг мақбул усулини танлаш мунозарали масала бўлиб қолмоқда. Баъзи ҳолларда бир вақтнинг ўзида радикал жарроҳлик ўлимнинг юқори частотаси билан бирга келади, айниқса оғир сафро септик интоксикацияси бўлган беморларда. Шу муносабат билан, беморнинг аҳволининг оғирлигини, яллиғланиш жараёнининг оғирлигини ва асоратларнинг мавжудлигини ҳисобга оладиган дифференциал жарроҳлик ёндашувни асослаш замонавий жарроҳликнинг долзарб вазифасидир.

¹Ф.Г.Назирова, Х.А.Акилов, М.М.Акбаров.Тактика лечения больных с механической желтухой, осложненной холангитом и печеночной недостаточностью// Анналыхирургическойгепатологии. – 2019. №2. С. – 117-118.

Жарроҳлик даволаш тактикасини, шу жумладан гибрид технологияларни танлаш, алгоритмларни ишлаб чиқиш операциядан кейинги хавфларни камайитиришга, касалхонада қолиш муддатини қисқартиришга ва уларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган. «...Йирингли холангитнинг мураккаб курсининг прогностик мезонларини янада ўрганиш ва замонавий диагностика ва даволаш усуллари жорий этиш ушбу тоифадаги беморларга жарроҳлик ёрдами самарадорлигини оширади...»².

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимида аҳолига кўрсатилаётган жарроҳлик ёрдами сифатини тубдан яхшилаш ва кўламини сезиларли даражада кенгайтириш бўйича кенг кўламли мақсадли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Шу муносабат билан, 2022-2026 йилларда мамлакат ривожланиши стратегиясида «...аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимларининг салоҳиятини ошириш ва 2022-2026 йилларда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш дастурини тадбиқ этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини амалга ошириш...»³. каби вазифалар белгиланган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон “Бирламчи соғлиқни сақлаш муассасалари фаолиятига принципиал янги механизмларни жорий этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон “Соғлиқни сақлаш соҳасида давлат бошқаруви тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон “Фуқаролар саломатлигини таъминлашда доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Йирингли холангит билиар тизимнинг энг мураккаб ва ҳаёт учун хавфли патологияларидан бири бўлиб, ўз вақтида ташхис қўйиш ва комплекс даволашни талаб қилади. Ушбу касалликнинг патогенези, клиник кўринишлари ва даволаш масалалари маҳаллий ва хорижий олимлар томонидан фаол ўрганилмоқда. Ўт йўллари жарроҳлигига бағишланган классик ишларда билиар гипертензия, бактериял инвазия ва тизимли эндотоксемияни ўз ичига олган холангит ривожланишининг асосий механизмлари батафсил баён этилган. Замонавий тадқиқотлар хавф омилларини аниқлаштириш, касалликнинг оғир кечиши предикторларини ишлаб чиқиш ва жарроҳлик даволаш

² L.Hanau. Acute (ascending) cholangitis // Infect Dis Clin North Am. – 2020. – N14 (3). – P. 521-546.

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сонли «2022 - 2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони.

усулларини оптималлаштиришга қаратилган (Ф.Г.Назирова ва ҳаммуал., 2017; Э. Hungness, 2016).

Жаҳон амалиётида папиллосфинктеротомия билан эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (ЭРХПГ), тери орқали жигар орқали дренажлаш ва гибрид жарроҳлик аралашувлари каби кам инвазив технологиялар кенг қўлланилади. Шу билан бирга, кўп аъзолар етишмовчилиги ва сезиларли билиар интоксикация билан кечадиган йирингли холангитнинг оғир шаклларида жарроҳлик тактикасини оптимал танлаш масалалари бир қатор ҳолларда ҳал этилмаган (А.Ю.Королков, 2009; Н. Gomi et al., 2018). Мамлакатимиз хирургиясида ва МДХ мамлакатларида ушбу касалликни ташхислаш ва даволаш алгоритмларини такомиллаштиришга қаратилган тадқиқотлар давом этмоқда. Босқичли операциялар, кам инвазив технологияларни қўллаш ва детоксикациянинг комплекс усулларида фойдаланишни ўз ичига олган табақалаштирилган жарроҳлик ёндашуви имкониятларига алоҳида эътибор қаратилмоқда. (А.М.Хаджибаев ва ҳаммуаллиф., 2018; R.Costi et al., 2014).

Замонавий тадқиқотлар шуни тасдиқлайдики, йирингли холангитнинг ривожланиши билиар обструкция, бактериал инвазия ва тизимли эндотоксемиянинг комбинацияси билан боғлиқ бўлиб, бу септик жараённинг тез ривожланишига ва полиорган етишмовчилигига олиб келади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, ўт-тош касаллиги ва ўт йўллари торайиши билан оғриган беморлар орасида йирингли холангитнинг учраш даражаси 15% гача бўлиб, ўз вақтида ташхис қўйилмаган ва етарли даражада даволанмаган ҳолларда ўлим даражаси 10-30% га етади (Ш.И.Каримов ва ҳаммуал., 2018; А.Матилла ва бошқ., 2017). Патогенезнинг асосий омили билиар гипертензия бўлиб, у тизимли яллиғланиш реакцияси ва жигар функциясининг бузилишига олиб келади. АҚШ, Европа ва Осиёнинг етакчи жарроҳлик марказларида ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, ўт йўллари ўз вақтида декомпрессия қилиш септик асоратлар частотасини сезиларли даражада камайтиради. Хусусан, ЭРХПГ ёрдамида эндоскопик декомпрессия йирингли холангитнинг енгил ва ўрта оғир шаклларида даволашнинг "олтин стандарти" сифатида тан олинган. Бироқ, билиар эндотоксемия ва септик шок билан кечадиган касалликнинг оғир шаклларида босқичма-босқич жарроҳлик аралашувлари ва интенсив терапияни қўллаган ҳолда комплекс ёндашув талаб этилади (Ф.А. Хаджибаев ва ҳаммуал. 2018). Кам инвазив технологияларнинг ривожланишига қарамай, беморнинг аҳволининг оғирлиги, билиар трактнинг шикастланиш ҳажми ва асоратларнинг мавжудлигига қараб оптимал жарроҳлик усулини танлаш масалалари ҳал этилмаган (Г.Ананд, 2016; Ж.Сао ва бошқалар., 2018). МДХ мамлакатлари ва Ўзбекистонда олиб борилган тадқиқотлар аралашувнинг травматиклигини камайтириш ва реабилитация муддатини қисқартириш имконини берувчи каминвазив ва очиқ усуллари бирлаштирилган гибрид жарроҳлик технологияларининг самарадорлигини кўрсатмоқда.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий-Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим ёки илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт университети наъмунавий дастурнинг «Шикастланишлар, жарроҳлик касалликлари ва ўсмаларнинг олдини олиш, диагностика қилиш ва даволаш бўйича замонавий технологияларни яратиш ва жорий этиш» (Давлат рўйхати №012400287) бўйича режалаштирилган тадқиқот ишлари доирасида амалга оширилган.

Тадқиқотнинг мақсади: ўткир йирингли холангит билан оғриган беморларни дифференциал жарроҳлик ёндашуви орқали даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

ўткир йирингли холангитни жарроҳлик йўли билан даволашнинг қониқарсиз натижаларини таҳлил қилиш;

йирингли холангит билан оғриган беморларда эндотоксемия кўринишларини тузатиш учун экстракорпорал детоксикациянинг комплекс усулини ишлаб чиқиш;

ўткир холангит билан касалланган беморларни даволашда гибрид жарроҳлик аралашувлари имкониятларини баҳолаш;

ўткир йирингли холангитни дифференциал жарроҳлик йўли билан даволашнинг клиник самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Республика шошилиш тиббий ёрдам маркази Самарқанд филиалининг жарроҳлик бўлимларида 2018-2024 йиллар давомида стационар даволанган, ўт-тош касаллиги асорати сифатида ривожланган йирингли холангит, жигар эхинококкози ва гипатикохоledохнинг чандикли торайиши билан ПХЕС билан касалланган 358 нафар бемор олинган.

Тадқиқотнинг предмети ўт-тош касаллиги, жигар эхинококкози ва гепатикохоledохнинг чандикли торайишлари билан ПХЕС асорати сифатида ривожланган ўткир йирингли холангит билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари таҳлилинини ўз ичига олади.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот жараёнида умумий клиник, инструментал тадқиқотлар, шунингдек тиббий-биологик статистика усуллари қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

катта клиник материалда ўткир йирингли холангитни жарроҳлик йўли билан даволашнинг қониқарсиз натижаларининг ривожланиш частотаси, ўлим ва йирингли-септик асоратларнинг сабаблари аниқланган;

холангит ва билиар эндотоксемиянинг оғир шакллари билан оғриган беморларда плазмолитизиснинг натрий гипохлорит билан плазманинг билвосита электрокимёвий оксигенацияси, қўшимча озонлаш ва кейинчалик детоксикацияланган плазма реинфузияси билан биргаликда

қўлланилиши инфузион терапия давомийлигини сезиларли даражада қисқартириши асосланган;

оғир даражали холангит билан оғриган беморларда эндоген интоксикациянинг оғир даражасини периоператив коррекция қилиш учун экстракорпорал модификацияланган аутоплазмани реинфузия қилиш билан плазмаферез усули такомиллаштирилган;

ўткир йирингли холангитни жарроҳлик йўли билан даволашда ишлаб чиқилган табақалаштирилган ёндашув такрорий жарроҳлик аралашувларини талаб қиладиган оғир асоратлар сонини 2,0% гача камайиши гибрид операцияларни қўллаш интраоперацион травматизмни ва жарроҳлик аралашувининг давомийлигини камайитиришга ёрдам бериши исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

ўткир йирингли холангитнинг оғирлик даражасини ҳисобга олган ҳолда трансдуоденал эндоскопик аралашувлардан фойдаланган ҳолда босқичма-босқич жарроҳлик даволашни қўллаш учун кўрсатмалар аниқланган, бу холестаз ва йирингли интоксикация ҳодисалари бартараф этилгандан сўнг радикал операцияларни ўтказиш имконини берган;

эндоген интоксикация синдромини периоперацион коррекциялашда натрий гипохлорит билан билвосита электрокимёвий оксигенация ва қўшимча озонлаш билан биргаликда таклиф этилган плазмаферез усулининг самарадорлиги, донор оқсил препаратларига бўлган эҳтиёжни камайитириши ва юзага келиши мумкин бўлган иммун реакциялар хавфини пасайтириши аниқланган;

ўткир йирингли холангит билан оғриган беморларни касалликнинг оғирлик даражасига қараб жарроҳлик даволаш усулини танлашнинг тактик ва техник алгоритми ишлаб чиқилган, бу эса асоратлар частотаси ва ўлимни сезиларли даражада камайитириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги илмий-тадқиқот ишида фойдаланилган замонавий, бир бирини тўлдирувчи ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада материал танланганлиги, қўлланилган усулларнинг халқаро ҳамда маҳаллий муаллифлар маълумотлари билан таққосланганлиги, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлаганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган хулосалар ва таклифлар назарий аҳамиятга эга бўлиб, ўткир йирингли холангит билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш хусусиятларини ўрганишга катта ҳисса қўшиши билан изоҳланади. Катта клиник материалда ўткир йирингли холангитни жарроҳлик йўли билан даволашнинг қониқарсиз натижалари, ўлим сабаблари ва йирингли-септик асоратларнинг ривожланиш частотаси аниқланган. Ўткир холангит билан оғриган беморларни олиб бориш алгоритми ишлаб чиқилган бўлиб, унда

кўриб чиқиладиган касаллик билан оғриган беморларда бирламчи декомпрессиянинг оптимал муддатлари таклиф этилган. Яхши клиник натижаларга эга бўлган енгил даражали ўткир холангит билан оғриган беморларни бир босқичли даволаш имконияти кўрсатилган. Холангитнинг оғир даражаси бўлган беморларда оғир даражадаги эндоген интоксикацияни периператив коррекция қилиш учун экстракорпорал модификацияланган аутоплазмани реинфузия қилиш билан плазмолитизис усули такомиллаштирилган. Тадқиқот давомида ўт йўллари декомпрессия қилишга қаратилган турли хил жарроҳлик аралашувларида операциядан кейинги асоратларнинг предикторлари аниқланди. Гибрид операцияларни қўллаш интраоперацион травматизмни ва жарроҳлик аралашувининг давомийлигини камайтиришга ёрдам бериши исботланган, бу эса ўз навбатида касалхонага ётқизиш муддатини қисқартиришга ва операциядан кейинги асоратлар частотасини камайтиришга олиб келади. Олинган натижалар ўт йўллари обструктив касалликлари бўлган беморларни даволашда комбинацияланган жарроҳлик ёндашувининг самарадорлигини тасдиқлайди.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, ўткир йирингли холангитнинг оғирлик даражасини ҳисобга олган ҳолда трансдуоденал эндоскопик аралашувлардан фойдаланган ҳолда босқичма-босқич жарроҳлик даволашни қўллаш учун кўрсатмалар аниқланган, бу холестаз ва йирингли интоксикация ҳодисаларини бартараф этгандан сўнг радикал операцияларни ўтказиш имконини берган. Эндоген интоксикация синдромини периперацион коррекциялашда натрий гипохлорит билан билвосита электрокимёвий оксигенатсия ва қўшимча озонлаш билан биргаликда таклиф этилган плазмолитизис усулининг самарадорлиги, донор оксил препаратларига бўлган эҳтиёжни камайтириши ва юзага келиши мумкин бўлган иммун реакциялар хавфини пасайтириши аниқланган. Ўткир йирингли холангит билан оғриган беморларни касалликнинг оғирлик даражасига қараб жарроҳлик даволаш усулини танлашнинг тактик ва техник алгоритми ишлаб чиқилган, бу эса асоратлар частотаси ва ўлимни сезиларли даражада камайтиришга имкон берган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Йирингли холангит билан оғриган беморларни даволашда дифференциал ёндашув бўйича олиб борилган илмий-тадқиқот натижалари асосида (Ўзбекистон Республикаси ССВ ҳузуридаги Илмий техник кенгашининг 07.05.2025 й. 17/42-сон хулосаси):

биринчи илмий янгилик: катта клиник материалда ўткир йирингли холангитни жарроҳлик йўли билан даволашнинг қониқарсиз натижаларининг ривожланиш частотаси, ўлим ва йирингли-септик асоратларнинг сабаблари аниқланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Қашқадаре вилоят кўп тармоқли тиббиёт бирлашмаси (09.04.2025 й. 72-сон буйруғи) ва Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали (11.04.2025 й. 115-сон буйруқ) билан

амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: ўткир йирингли холангитнинг оғирлик даражасини ҳисобга олган ҳолда трансдуоденал эндоскопик аралашувлардан фойдаланган ҳолда босқичма-босқич жарроҳлик даволашни қўллаш учун кўрсатмалар аниқланган, бу холестаза ва йирингли интоксикация ҳодисалари бартараф этилгандан сўнг радикал операцияларни ўтказиш имконини берган. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: ўткир йирингли холангитнинг оғирлик даражасини ҳисобга олган ҳолда трансдуоденал эндоскопик аралашувлардан фойдаланган ҳолда босқичма-босқич жарроҳлик даволашни қўллаш доирасида беморларнинг стационар шароитда даволаш одатда умумий ўртача 8-12 кун учун 7425330 сўм. Беморларнинг барча лаборатор-инструментал текширишларига жами 1764200 сўм сарфланади. миниинвазив ёндошувлар ёрдамида операция қилинганда стационар даволаниш 5 кунга қисқариб, иқтисодий кўрсаткич 11255400 сўмни ташкил этади (бир нафар бемор учун). Хулоса: ўткир йирингли холангит билан оғриган беморларни даволаш натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ўт йўллари обструкцияси ва сафро инфекцияси фонида тизимли яллиғланиш реакцияси билан боғлиқ бўлган кучли билиар эндотоксемия ўлимнинг етакчи омили ҳисобланади. Шошилишч бир босқичли радикал аралашувлар бажарилгандан сўнг ўлим (4,5%) ва маҳаллий асоратларнинг (18,7%) энг юқори частотаси қайд этилди, бу юқори операцион травматизм, сезиларли интраоперацион бактериал контаминация ва оғир септик жараён шароитида бемор танасининг эндотоксемия оқибатларини етарли даражада қоплай олмаслиги билан боғлиқ.

иккинчи илмий янгилик: ўткир холангит билан оғриган беморларни олиб бориш алгоритми ишлаб чиқилган бўлиб, унда кўриб чиқиладиган касаллик билан оғриган беморларда бирламчи декомпрессиянинг оптимал муддатлари таклиф этилган. Ўткир холангитнинг енгил даражаси билан оғриган беморларни яхши клиник натижалар билан бир босқичли даволаш имконини берган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Қашқадаро вилоят кўп тармоқли тиббиёт бирлашмаси (09.04.2025 й. 72-сон буйруғи) ва Республика шошилишч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали (11.04.2025 й. 115-сон буйруқ) билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: эндоген интоксикация синдромини периперацион коррекциялашда натрий гипохлорит билан билвосита электрокимёвий оксигенация ва қўшимча озонлаш билан биргаликда таклиф этилган плазмаферез усулининг самарадорлиги, донор оксил препаратларига бўлган эҳтиёжни камайтириши ва юзага келиши мумкин бўлган иммун реакциялар хавфини пасайтириши аниқланган. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: натрий гипохлорит билан билвосита электрокимёвий оксигенация ва қўшимча озонлаш билан

биргаликда таклиф этилган плазмаферез усулининг самарадорлиги остида ижобий натижалар 2,5 баробар кўп ҳолатда кузатилганлигини ҳисобга олсак, йиллик иқтисодий кўрсаткич 15422500 сўмни ташкил этади. Хулоса: холангит ва билиар эндотоксемиянинг оғир шакллари билан оғриган беморларда плазмаферезнинг натрий гипохлорит билан плазманинг билвосита электрокимёвий оксигенатсияси, қўшимча озонлаш ва кейинчалик детоксикацияланган плазма реинфузияси билан биргаликда қўлланилиши инфузион терапия давомийлигини сезиларли даражада қисқартиришга, интенсив терапия бўлимида бўлиш муддатини қисқартиришга ($4,9 \pm 0,3$ кунгача) ва операциядан кейинги йирингли-септик асоратлар частотасини 15,2% дан 2,4% гача камайтиришга ёрдам беради. Қиёсий таҳлил шуни кўрсатдики, беморларнинг асосий гуруҳида ўлим даражаси стандарт даволанган таққослаш гуруҳи билан солиштирганда 4,5% дан 1,6% гача камайди.

учинчи илмий янгилик: оғир даражали холангит билан оғриган беморларда эндоген интоксикациянинг оғир даражасини периператив коррекция қилиш учун экстракорпорал модификацияланган аутоплазмани реинфузия қилиш билан плазмаферез усули такомиллаштирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Қашқадаре вилоят кўп тармоқли тиббиёт бирлашмаси (09.04.2025 й. 72-сон буйруғи) ва Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали (11.04.2025 й. 115-сон буйруқ) билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: ўткир йирингли холангит билан оғриган беморларни касалликнинг оғирлик даражасига қараб жарроҳлик даволаш усулини танлашнинг тактик ва техник алгоритми ишлаб чиқилган, бу эса асоратлар частотаси ва ўлимни сезиларли даражада камайтириш имконини берган. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: экстракорпорал модификацияланган аутоплазмани реинфузия қилиш билан плазмаферез усулини қўлланган операциясидан кейинги даврда асоратлар тубдан қисқаришини инобатга олсак, асосий гуруҳдаги беморларда бюджет ва бюджетдан ташқари маблағлар 35% қисқартиришликка эришилди. Хулоса: холедохолитиаз ва эхинококк кисталарининг ўт йўлларида ёрилиши фонида енгил ва ўрта оғирликдаги ўткир холангитда гибрид аралашувлар анъанавий икки босқичли даволашга мақбул ва хавфсиз муқобил ҳисобланади. Йирингли холангит ва билиар эндотоксемиянинг оғир даражасида ўт йўлларида дастлабки декомпрессив аралашувларни қўллаш орқали босқичма-босқич жарроҳлик даволаш холестаз ва йирингли интоксикацияни бартараф этиш, шунингдек, радикал операциялар натижаларини яхшилаш имконини берди. Ушбу гуруҳларда дифференциал жарроҳлик ёндашувини қўллаш асоратлар частотасини 26,8 фоиздан 6,1 фоизгача пасайтирди, касалхонада даволаниш муддатини қисқартирди ва беморларнинг ҳаёт сифатини оширди.

тўртинчи илмий янгилик: тадқиқот давомида ўт йўллари

декомпрессия қилишга қаратилган турли хил жарроҳлик аралашувларида операциядан кейинги асоратларнинг предикторлари аниқланди. Гибрид операцияларни қўллаш интраоперацион травматизмни ва жарроҳлик аралашувининг давомийлигини камайтиришга ёрдам бериши исботланган, бу эса ўз навбатида касалхонага ётқизиш муддатини қисқартиришга ва операциядан кейинги асоратлар частотасини камайтиришга олиб келади. Олинган натижалар ўт йўллари обструктив касалликлари бўлган беморларни даволашда комбинацияланган жарроҳлик ёндашувининг самарадорлигини тасдиқланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Қашқадаре вилоят кўп тармоқли тиббиёт бирлашмаси (09.04.2025 й. 72-сон буйруғи) ва Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали (11.04.2025 й. 115-сон буйруқ) билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: Ўткир йирингли холангит билан оғриган беморларни касалликнинг оғирлик даражасига қараб жарроҳлик даволаш усулини танлашнинг тактик ва техник алгоритми ишлаб чиқилган, бу эса асоратлар частотаси ва ўлимни сезиларли даражада камайтиришга имкон берган. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: ибрид операцияларни қўллаш интраоперацион травматизмни ва жарроҳлик аралашувининг давомийлигини камайтиришга ёрдам бериши, реабилитация муддатларининг қисқариши туфайли беморларни стационар шароитда даволаш одатда умумий ўртача 9855450 сўм сарфланади. Йиллик иқтисодий кўрсаткич эса ўз навбатида 25% гача бюджет маблағларини тежашга олиб келади. Хулоса: ўткир йирингли холангитни жарроҳлик йўли билан даволашда ишлаб чиқилган табақалаштирилган ёндашув такрорий жарроҳлик аралашувларини талаб қиладиган оғир асоратлар сонини 2,0% гача камайтиришга ёрдам берди. Таққослаш гуруҳида эса бу кўрсаткич 12,5% ни ташкил этди ($p < 0,05$). Асосий гуруҳда ташқи ўт оқиши ҳолатларининг сезиларли даражада камайиши (таққослаш гуруҳидаги 5,6% га нисбатан 1,2%) йирингли холангит билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашда таклиф этилган комплекс ёндашувнинг самарадорлигини тасдиқлайди.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 8 та, жумладан, 6 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларини нашр этилганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 17 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 3 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулоса, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида йирингли холангитнинг асоратланган шакллариининг юқори тарқалиши ва сезиларли ўлим даражаси, шунингдек, ушбу патологияни даволашда жарроҳлик ёндашувларини такомиллаштириш зарурати билан боғлиқ бўлган диссертация тадқиқотининг долзарблиги асосланган. Кам инвазив ва гибрид технологияларнинг жорий этилишига қарамай, беморнинг аҳволи оғирлиги ва билиар эндотоксемиянинг оғирлигига қараб оптимал даволаш тактикасини танлаш мунозарали бўлиб қолмоқда. Иш давомида жарроҳлик даволашнинг қониқарсиз натижалари сабаблари аниқланди, плазмаферез усуллари такомиллаштирилди, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим даражасини камайтиришга ёрдам берадиган жарроҳлик тактикасини танлаш алгоритмлари таклиф қилинди. Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти ишлаб чиқилган усулларнинг клиник амалиётга жорий этилиши билан тасдиқланади, бу эса даволаш кўрсаткичларини яхшилаш ва касалхонага ётқизиш муддатини қисқартириш имконини берган. Тадқиқотнинг илмий янгилиги жарроҳлик даволаш натижаларига таъсир қилувчи омилларни комплекс баҳолаш ва касалликнинг оғирлигига мослаштирилган комбинацияланган ёндашувни асослашдан иборат. Диссертациянинг асосий ҳолатларини акс эттирувчи наشرлар тўғрисида маълумотлар келтирилган, ишнинг илмий конференцияларда апробацияси ва диссертация тадқиқотининг тузилиши кўрсатилган.

Диссертациянинг **биринчи боби «Ўткир холангит. Диагностика ва даволаш тактикаси тўғрисидаги замонавий қарашлар»** кўпинча ўт-тош касаллиги фонида юзага келадиган билиар тизим касалликларининг оғир юқумли асорати бўлган ўткир йирингли холангит (ЎЙХ) диагностикаси, патогенези, таснифи ва даволашнинг замонавий тушунчаларига бағишланган. ЎЙХ ташхислаш ва даволашга комплекс ёндашувни талаб қилувчи долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Замонавий кам инвазив технологиялар, индивидуал терапия ва экстракорпорал усуллар беморларнинг прогнози ва ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилайдди. Шундай қилиб, адабиётлар таҳлили ЎЙХни даволашга дифференциал ёндашувни оптималлаштириш, диагностика усуллариини такомиллаштириш ва ўлимни камайтириш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган янги технологияларни ишлаб чиқишга қаратилган кейинги тадқиқотлар зарурлигини кўрсатади.

Диссертациянинг **иккинчи бобида «Материалларнинг клиник тавсифи ва қўлланилган тадқиқот усуллари»** тадқиқот материали ва усуллари тавсифланган, клиник материал, клиник ва инструментал тадқиқот усуллариининг умумий тавсифи берилган. Тадқиқотнинг асосини 2018-2024 йиллар давомида Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиалининг жарроҳлик бўлимига ётқизилган хавфсиз генезли ўткир йирингли холангит билан касалланган 358 нафар бемор ташкил этди. Беморлар шартли равишда икки гуруҳга бўлинган: таққослаш гуруҳини 2018 йилдан 2020 йилгача анъанавий усулда даволанган 112 нафар бемор, асосий гуруҳни 2021 йилдан 2024 йилгача бўлган даврда ўткир холангит билан оғриган беморларни даволаш учун ишлаб чиқилган алгоритм асосида операция

қилинган 246 нафар бемор ташкил этди. Беморларда билиар гипертензияни бартараф этиш учун минимал инвазивдан анъанавий очик операцияларгача бўлган жарроҳлик усуллари кенг арсенали қўлланилди (1-жадвал).

Жадвал: 1.

Текширилаётган гуруҳларда бажарилган жарроҳлик аралашувлари

Таққослаш гуруҳи (n=112)			Асосий гуруҳ (n=246)		
Операциялар		абс.(%)	Операциялар		абс.(%)
Бир босқич-ли арала-шувлар (n=106) (94,6%)	ОХЭ + ЎЙ ни ташқи дренажлаш	30 (26,8%)	Икки босқичли аралашув-лар (n=106) (43,1%)	ЭПСТ → ЭНБД → ЛХЭ	48 (19,5%)
	Холецисто-литотомия + холецистостомия	43 (38,4%)		ЭПСТ → ЭНБД → ОХЭ	21 (8,5%)
	ОХЭ + ЎЙ ни ташқи дренажлаш қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш	3 (2,7%)		ЭПСТ → ЭЭ из печени	9 (3,6%)
	ЛХЭ + ўт йўли орқали ЎҚ ни дренажлаш	6 (5,4%)		ЧЧХС → ГепЕА	23 (9,3%)
	ОХЭ ЎЙ декомпрессиясиз	1 (0,9%)		ЧЧХС	5 (2,0%)
	ЛХЭ ЎЙ декомпрессиясиз	3 (2,7%)	Бир босқичли аралашув-лар (n=140) (56,9%)	Геп ЕА	9 (3,6%)
	ГепДА	5 (4,5%)		ОХЭ + ЎЙ ни ташқи дренажлаш қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш	12 (4,9%)
	ГепЕА	7 (6,2%)		Гибрид операциялар	119 (48,4%)
	ЎЙ ташқи дренажлаш + жигардан ЭЭ	5 (4,5%)		в т.ч .	ЭПСТ + ЛХЭ
ЎЙ дренаж-ламасдан жигардан ЭЭ	3 (2,7%)	ЭПСТ + ОХЭ			47 (39,5%)
		ЭПСТ + лапаротомия жигардан ЭЭ			4 (3,4%)
Икки босқич-ли арала-шувлар (n=6) (5,4%)	ЭПСТ → ЛХЭ	2 (1,8%)			
	ЭПСТ → ЭНБД → ЛХЭ	1 (0,9%)			
	ЭПСТ → ОХЭ	3 (2,7%)			

Диссертациянинг учинчи бобида «Йирингли холангит билан оғриган беморларни операциядан олдинги тайёрлаш жиҳатлари», тадқиқот гуруҳларида йирингли холангит билан оғриган беморларни операциядан олдинги тайёрлаш жиҳатларига бағишланган. Шу муносабат билан ўткир холангит билан оғриган беморларни ташхислаш, оғирлигини баҳолаш ва даволаш тактикасини танлаш учун тан олинган стандарт бўлган холангитнинг Токио таснифидан (Tokyo Guidelines) фойдаланилган. Таққослаш гуруҳида йирингли холангит билан оғриган беморларни Токио таснифи (2013, 2018) бўйича олиб бориш касалликнинг оғирлик даражасига қараб индивидуаллаштирилган ёндашувни ўз ичига олган. Жарроҳлик аралашуви беморларнинг аҳволи барқарорлашгунга қадар кечиктирилди, айниқса оғир даражада (Grade III даража). Холемик эндотоксикоз муаммосини ҳал қилишнинг янги йўллари излашда асосий гуруҳдаги беморларни жарроҳлик аралашувларга тайёрлаш дастурига плазмаферез (ПФ) киритилди, бу замонавий гравитацион қон жарроҳлигининг энг самарали усуллари билан биридир.

Жадвал 2.

Асосий гуруҳдаги беморларни механик сариклик ва эндоген интоксикация синдроми частотаси бўйича тақсимлаш

Кўрсаткич	Холангитнинг оғирлик даражаси							
	Холедохолитиаз			ПХЕС, ГХ стриктураси		ЭКнинг ўқга ёриб кириши		
	GI	GII	GIII	GII	GIII	GI	GII	GIII
Эндоген интоксикацияси бўлмаган беморлар (n=136)	133 (97,8 %)					3 (2,2 %)		
Эндоген интоксикацияси бўлган беморлар (n=110)		39 (35,4%)	24 (21,8%)	15 (13,6%)	22 (20,0 %)		6 (5,4%)	4 (3,6%)
SIRS – 1 (n=34)		26 (76,5%)		4 (11,8%)			4 (11,8%)	
SIRS > 2 органлар дисфункцияси (n=26)		13 (50,0%)		11 (42,3%)			2 (7,7%)	
SIRS > 2 органлар дисфункцияси билан (n=50)			24 (48,0%)		22 (44,0 %)			4 (8,0%)

Йирингли холангит ва холемик эндотоксикоз билан оғриган беморларни периператив даволаш дастурига плазмаферезни билвосита электрокимёвий оксигенатсия ва озонлаш (НЭХО+О₃ билан ПФ) билан биргаликда киритиш даволашнинг клиник натижаларини сезиларли даражада яхшилаш имконини берди. Ўтказилган тадқиқотлар эндоген интоксикацияни бартараф этиш, полиорган етишмовчилик ривожланиш хавфини камайтириш ва гомеостаз кўрсаткичларини яхшилашда ушбу усулнинг юқори самарадорлигини тасдиқлади.

Асосий гуруҳда эндоген интоксикация билан оғриган беморлар сони Токио протоколлари тавсияларига мувофиқ (2013, 2018) 110 (44,7%) кишини ташкил этди. Улардан 63 (57,3%) беморда сепсис ва холемик эндотоксикоз сабаби ЎТК, 37 (33,6%) беморда - ПХЕС, ГХ стриктураси ва 10 (9,1%) ҳолатда - ЭКнинг ўт йўллариға ёрилиши бўлган. Холемик эндотоксикоз ва аъзолар дисфункцияси билан оғриган беморларнинг ҳолатини батафсил баҳолаш мақсадида беморлар SIRS шкаласи бўйича баҳоланган беморларга тақсимланди (2-жадвал). Эндоген интоксикацияси бўлмаган беморлар 136 (55,3%) кишини ташкил этди.

Қабул пайтида, декомпрессиядан кейин ва ПФдан кейинги 2-куни қоннинг асосий биокимёвий кўрсаткичлари динамикаси таҳлил қилинди (3-жадвал).

Жадвал 3.

Эндоген интоксикациянинг асосий кўрсаткичларини пасайтириш самарадорлиги кўрсаткичлари (n=50)

Кўрсаткич	Қабул қилинганда	Декомпрессиядан кейин	ПФ билан НЭХО + О ₃ дан кейинги 2 сутка	Р
Умумий оқсил, г/л	56,8±1,4	57,7±1,9	63,2±2,4	<0.001
Мочевина, ммол/л	8,9±0,4	9,2±0,8	6,4±0,2	<0.01
Креатинин, ммол/л	0,25±0,01	0,18±0,02	0,09±0,02	<0.001
Умумий билирубин, мкмол/л	189,4±18,2	114,5±8,4	72,4±4,9	<0.001
АСАТ	1,22±0,05	0,88±0,05	0,71±0,03	<0.001
АЛАТ	1,05±0,05	1,01±0,05	0,52±0,06	<0.001
Ўртача массали молекулалар, шарт. Бирл.	0,88±0,11	0,79±0,09	0,56±0,07	<0.001
Умумий альбумин концентрацияси, г/л	34,2±1,1	36,5±1,4	38,6±2,2	>0.05
Альбуминнинг самарали концентрацияси, г/л	19,2±0,6	22,5±0,8	33,2±0,7	<0.001
Альбуминнинг боғлаш қобилияти, шартли бирлик.	0,41±0,04	0,55±0,06	0,84±0,10	<0.001
Интоксикациянинг лейкоцитар индекси	3,4±0,02	2,9±0,03	1,9±0,04	<0.001

Клиник-лаборатор кўрсаткичлар динамикасининг таҳлили таклиф этилган усулнинг яққол детоксикацион ва иммуномодуляцион таъсиридан далолат беради, бу яллиғланиш олди цитокинлари (ИЛ-6, ФНО- α) даражасининг пасайиши, кислота-ишқор мувозанати кўрсаткичларининг меъёрлашиши, қоннинг кислород ташиш функциясининг яхшиланиши ва гепатобилиар тизим ишининг барқарорлашиши билан тасдиқланади. Беморларнинг асосий гуруҳида билирубин, жигар ферментлари (АЛТ, АСТ) ва яллиғланиш маркерлари (СРБ, прокалцитонин) даражасининг статистик жиҳатдан сезиларли даражада пасайиши ушбу усулнинг самарадорлигини тасдиқлайди.

ПФни НЕХО+О₃ билан қўллаш инфузион терапия давомийлигини қисқартиришга, интенсив терапия бўлимида бўлиш муддатини қисқартиришга ва операциядан кейинги инфекцион асоратлар частотасини камайтиришга ёрдам берди. Қиёсий таҳлил шуни кўрсатдики, беморларнинг асосий гуруҳида стандарт даволанган назорат гуруҳига нисбатан ўлим даражасининг пасайиши кузатилди.

Шундай қилиб, олинган натижалар йирингли холангит ва холемик эндотоксикозни комплекс даволашда НЭХО+О₃ билан ПФни жорий этиш мақсадга мувофиқлигини асослайди, бу эса жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш, асоратлар частотасини камайтириш ва касалликнинг узоқ муддатли натижаларини яхшилаш имконини беради.

Диссертациянинг **тўртинчи бобида «Такқослаш гуруҳида йирингли холангит билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш таҳлили»**, РШТЁИМнинг Самарқанд филиалида хавфсиз генезли ўткир йирингли холангит ташхиси қўйилган беморларда қўлланиладиган тактик-техник ёндашувларга бағишланган. Такқослаш гуруҳида асоратларнинг оғирлик даражасини ҳисобга олган ҳолда ўтказилган турли хил жарроҳлик аралашувлар натижаларининг таҳлили 4-жадвалда келтирилган.

Жадвал 4.

Такқослаш гуруҳидаги беморларга жарроҳлик аралашувлари (n=112)

Диагноз	Холангитнинг оғирлик даражаси	Операциялар	абс. (%)
СТХ + холедохолитиаз (n=32)	GI (n=29)	ОХЭ + ЎЙ ташқи дренажи	13 (44,8%)
		Холецистолитотомия + холецистостомия	9 (31,0%)
		ЛХЭ + ўт йўлини ўт пуфаги йўли орқали дренажлаш	4 (13,8%)
		ЎП декомпрессиясиз ОХЭ	1 (3,4%)
		ЎП декомпрессиясиз ЛХЭ	2 (6,9%)
	GII (n=3)	Холецистолитотомия + холецистостомия	1 (33,3%)
ЎТХ + холедохолитиаз (n=39)	GI (n=27)	ЭПСТ → ЛХЭ	2 (66,7%)
		ОХЭ + ЎЙ ташқи дренажи	11 (40,7%)
		Холецистолитотомия + холецистостомия	13 (48,1%)

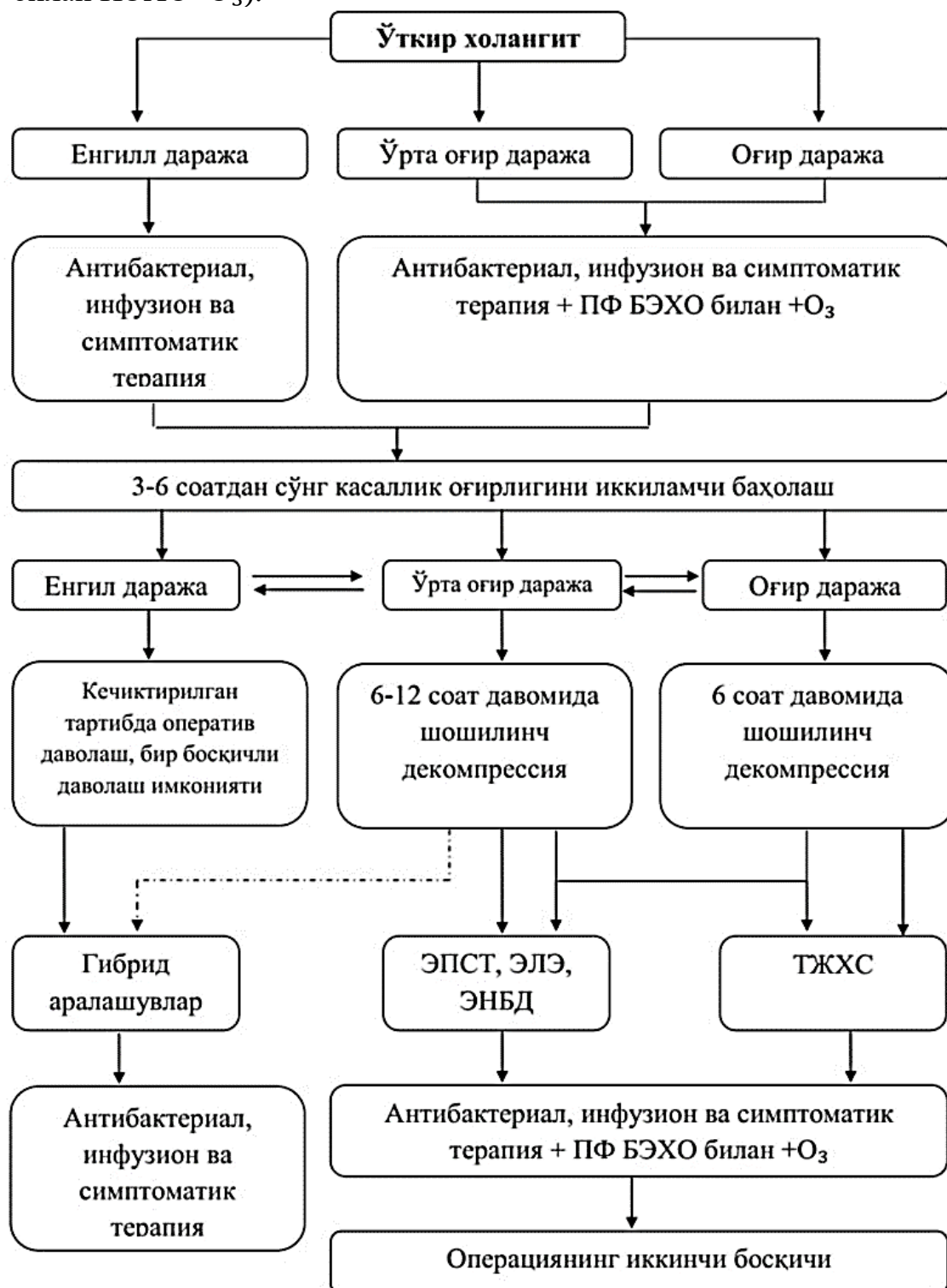
		ЛХЭ + ўт йўлини ўт пуфаги йўли орқали дренажлаш	2 (7,4%)
		ЎП декомпрессиясиз ЛХЭ	1 (3,7%)
	GII (n=12)	Холецистолитотомия + холецистостомия	8 (66,7%)
		ЭПСТ + ЭНБД → ЛХЭ	1 (8,3%)
		ЭПСТ → ОХЭ	3 (11,1%)
ЎТХ + холедохолитиаз + махаллий перитонит (n=18)	GII (n=12)	ОХЭ + ЎЙ ташқи дренажи	5 (41,7%)
		Холецистолитотомия + холецистостомия	7 (58,3%)
	GIII (n=6)	ОХЭ + ЎЙ ташқи дренажи	1 (16,7%)
		Холецистолитотомия + холецистостомия	5 (83,3%)
ЎТХ + холедохолитиаз + тарқалган перитонит (n=3)	GIII (n=3)	ОХЭ + ўт йўлини ташқи дренажлаш, қорин бўшлиғини санация қилиш ва дренажлаш	3 (100,0%)
ПХЭС стриктура ГХ (n=12)	GII (n=5)	ГепДА	2 (40,0%)
		ГепЕА	3 (60,0%)
	GIII (n=7)	ГепДА	3 (42,9%)
		ГепЕА	4 (57,1%)
Эхинококк кистасининг ўт йўлларига ёрилиши (n=8)	GI (n=2)	Ўт йўлини дренажламасдан жигардан ЭЭ	2 (100,0%)
	GII (n=4)	Ўт йўлини дренажламасдан жигардан ЭЭ	1 (25,0%)
		Жигардан ЭЭ + ЎЙни ташқи дренажлаш	3 (75,0%)
	GIII (n=2)	Жигардан ЭЭ + ЎЙни ташқи дренажлаш	2 (100,0%)

Эслатма: + бир босқичли аралашувлар; → икки босқичли аралашувлар

Ўткир холангит билан оғриган беморларга ёрдам кўрсатишни ташкил этишнинг муҳим хусусияти беморлар аҳволининг оғирлигини иккиламчи баҳолаш ва касалликнинг ўртача оғирликдаги беморлар гуруҳида қабул қилинган пайдан бошлаб 3-6 соат ичида терапия фонида касалликнинг ривожланиши аниқланганда, бундай беморларни операциядан олдинги тайёргарлик ва орган дисфункциясининг олдини олиш учун реанимация бўлимига ўтказиш керак. Зудлик билан интенсив терапия бошланиб, антибактериал дорилар буюрилади. Беморларни стационарда даволашнинг умумлаштирилган алгоритми 1-расмда келтирилган.

Асосий гуруҳда сурункали тошли холецистит ва холедохолитиаз билан оғриган 59 нафар беморда бир босқичли ва икки босқичли жарроҳлик аралашувлари ўтказилди. Бир босқичли гибрид операциялар Токио таснифига мувофиқ енгил даражали ўткир йирингли холангит (GI) билан оғриган беморларда ўтказилди. Икки босқичли аралашувлар касалликнинг ўртача оғир (GII) ва оғир (GIII) (ГИИ) ва оғир даражаси бўлган беморларда - мос равишда 8 ва 6 беморда амалга оширилди. Операциянинг иккинчи босқичи 2-3 ҳафтадан кейин амалга оширилди. Ўткир холангитнинг оғир даражаси,

холемик эндотоксикоз ва аъзолар дисфункцияси бўлган беморларга операциядан олдин ва босқичлараро даврда билвосита электрокимёвий оксигенатсия ва озонлаш билан биргаликда плазмаферез амалга оширилди (ПФ билан НЭХО+O₃).



Расм. 1. Ўткир холангит билан оғриган беморларни олиб бориш алгоритми

Худди шундай, ўткир тошли холецистит ва холедохолитиаз билан оғриган 104 беморга бир босқичли ва икки босқичли аралашувлар амалга оширилди. Бир босқичли гибрид операциялар Токио таснифи бўйича енгил даражали ўткир йирингли холангит (GI) билан оғриган беморларда ўтказилди.

Икки босқичли аралашувлар касалликнинг ўртача оғир (GII) ва оғир (GIII) даражаси бўлган беморларда - мос равишда 7 ва 9 беморда амалга оширилди. Операциянинг иккинчи босқичи 2-3 ҳафтадан кейин амалга оширилди. Ўткир холангитнинг оғир даражаси, холемик эндотоксикоз ва аъзолар дисфункцияси бўлган беморларга операциядан олдин ва жарроҳлик аралашуви босқичлари ўртасидаги даврда НЭХО+О₃ билан ПФ ўтказилди. Оғир ўткир холангит, холемик эндотоксикоз ва аъзолар дисфункцияси бўлган беморларга жарроҳлик аралашувидан олдин ва жарроҳлик аралашуви босқичлари ўртасидаги даврда НЭХО+О₃ билан ПФ ўтказилди (5-жадвал).

Жадвал 5.

Асосий гуруҳдаги беморларда жарроҳлик аралашувлари (n=246)

Ташҳис	Холангитнинг оғирлик даражаси	Операциялар	абс. (%)
СТХ + холедохолитиаз (n=59)	GI (n=45)	ЭПСТ + ЛХЭ	38 (84,4%)
		ЭПСТ + ОХЭ	7 (15,6%)
	GII (n=8)	ЭПСТ + ЭНБД → ЛХЭ	8 (100,0%)
	GIII (n=6)	ЭПСТ + ЭНБД → ЛХЭ	6 (100,0%)
ЎТХ + холедохолитиаз (n=104)	GI (n=88)	ЭПСТ + ЛХЭ	27 (30,7%)
		ЭПСТ + ОХЭ	22 (25,0%)
		ЭПСТ + ЭНБД → ОХЭ	21 (23,9%)
		ЭПСТ + ЭНБД → ЛХЭ	18 (20,4%)
	GII (n=7)	ЭПСТ + ЭНБД → ЛХЭ	7 (100,0%)
	GIII (n=9)	ЭПСТ + ЭНБД → ЛХЭ	9 (100,0%)
ЎТХ + холедохолитиаз + маҳаллий перитонит (n=21)	GII (n=15)	ЭПСТ + ЛХЭ	3 (20,0%)
		ЭПСТ + ОХЭ	12 (80,0%)
	GIII (n=6)	ЭПСТ + ОХЭ	6 (100,0%)
ЎТХ + холедохолитиаз + тарқалган перитонит (n=12)	GII (n=9)	ОХЭ + ўт йўлини ташқи дренажлаш, корин бўшлиғини санация қилиш ва дренажлаш	9 (100,0%)
	GIII (n=3)	ОХЭ + ўт йўлини ташқи дренажлаш, корин бўшлиғини санация қилиш ва дренажлаш	3 (100,0%)
ПХЭС стриктура ЙХ (n=37)	GII (n=15)	ГепЕА	9 (60,0%)
		ЧЧХС → ГепЕА	6 (40,0%)
	GIII (n=22)	ЧЧХС → ГепЕА	17 (77,3%)
		ЧЧХС	5 (22,7%)
Эхинококк кистасининг ўт йўллариغا ёрилиши (n=13)	GI (n=3)	ЭПСТ + лапаротомия жигардан ЭЭ	3 (100,0%)
	GII (n=6)	ЭПСТ + лапаротомия жигардан ЭЭ	1 (16,7%)
		ЭПСТ → лапаротомия жигардан ЭЭ	5 (83,3%)
	GIII (n=4)	ЭПСТ → лапаротомия жигардан ЭЭ	4 (100,0%)

Эслатма: + бир босқичли аралашувлар; → икки босқичли аралашувлар

Эндоскопик жарроҳлик даволаш ўрганилаётган гуруҳлардаги беморларда 220 ҳолатда бир босқичли гибрид аралашувларда (119 - 54,1%) ва биринчи босқичда икки босқичли аралашувларда (101 - 45,9%) қўлланилган. Эндоскопик папиллосфинктеротомия фақат ЎТК бўлган кичик гуруҳларда ва ЎПда эхинококк кистаси ёрилганда амалга оширилди. Шунини таъкидлаш керакки, асосий гуруҳдаги яна 17 (7,7%) ҳолатда ЭПСТни бирламчи бажариш самарасиз бўлган, шунинг учун кўрсатилган беморлар очик аралашувлар гуруҳига (n=4) ва ТЖХС гуруҳига (n=13) киритилган. Натижада, 92,3% ҳолатда ЭПСТда ишончли декомпрессияга эришилди. 13 (6,4%) нафар беморда ФГДС ўтказилганда КДС ампуласига конкрементларнинг тикилиб қолиши аниқланди (2-расм) ва бу ҳолатларда ўткир холангитнинг оғирлик даражасига қарамасдан шошилиш ЭПСТ ўтказилди.



Расм. 2. Эндофото. КДС ампуласига конкрементни папиллотомиядан олдин ва кейин тикилиши. Бемор Л. К/Т 5784/402

Ўрганилаётган гуруҳларда эндоскопик операцияларнинг асоратлари 6-жадвалда келтирилган.

Жадвал 6.

Ўрганилган гуруҳларда ўт йўллари дренажлашнинг эндоскопик усулларининг асоратлари

Асоратлари	Беморлар сони (n=203)	
	абс.	%
Папиллотомия соҳасидаги қон кетиш	2	0,9
Резидуал холедохолитиаз	4	1,9
Стентнинг дислокацияси (НБ дренажи)	7	3,4
Ўткир панкреатит, консерватив даволаш	15	7,4
Ўткир панкреатит, жарроҳлик амалиёти	1	0,5
12 бармоқли ичак перфорацияси	1	0,5
Дормиа саватчасининг КДС ампуласига тикилиши	1	0,5
Холедох перфорацияси	1	0,5
Хаммаси	32	15,8

Ўт йўллари дренажлаш асосий гуруҳдаги ўт йўллари чандикли торайиши бўлган 28 (11,4%) беморда жарроҳлик аралашувининг биринчи босқичи сифатида амалга оширилди (3-расм).



Расм. 3. Ўт йўллари ташқи антеград дренажлашда интраоперацион холангиограмма. Бемор А. К/Т 4328/291

Антеград декомпрессия усуллари билиар блок даражаси ва этиологик омилдан қатъи назар, асосий гуруҳдаги 23 беморда самарали бўлиб чиқди, бу манипуляцияларнинг ушбу гуруҳини эндоскопик усуллардан ажратиб туради.

Антеград аралашувлардан кейинги асоратлар 4 (14,3%) беморда юзага келган, бунда асоратлар таркиби таҳлил қилинганда (7-жадвал). Уларнинг аксарияти такрорий аралашувларни талаб қилмагани ва фақат 2 та ҳолатда (7,1%) бевосита жарроҳлик аралашуви, шунингдек, беморларнинг умумий оғир аҳволи билан боғлиқ ўлим ҳолати кузатилгани эътиборга молик. (SIRS >2).

Жадвал 7.

Ўт йўллари антеград дренажлаш гуруҳида операциядан кейинги асоратлар тузилмаси

Асоратлар	Беморлар сони (n=28)	
	абс.	%
Қорин бўшлиғига қон кетиши	1	3,6
Гемобилия	1	3,6
Дренаж кўчиши	1	3,6
Сафроли перитонит	1	3,6
Всего	4	14,3

Антеград усуллар гуруҳида ўлим даражаси жарроҳлик даволашнинг иккинчи босқичига 7,1% ни (28 бемордан 2 таси) ташкил этди. Бундан ташқари, 3 нафар бемор антеград холангиостомия амалиёти билан чегараланиб, операциянинг иккинчи босқичидан воз кечган.

Асосий гуруҳнинг 119 (48,4%) беморида гибрид оператив аралашувлар қўлланилди. Гибрид операциялар ва Рендесвоус усулларига кўрсатмаларнинг кенгайиши жарроҳлик амалиётининг давомийлигига салбий таъсир этмади. Аксинча, бу кўрсаткич камайган. Операциядан кейинги стационар даволаниш давомийлиги назорат гуруҳи билан таққослаганда 2 барабар қисқарди - $7,2 \pm 1,2$ кундан $5,9 \pm 0,3$ кунгача. Стационар даволаниш ва операциядан кейинги

реабилитация давомийлигининг сезиларли даражада қисқариши кам травматик усулларнинг афзалликларини тасдиқлайди.

Операция қилинган беморларни эрта фаоллаштириш билан жарроҳлик йўлининг шикастланишини камайтириш операциядан кейинги реабилитация давомийлигини икки баравар қисқартиришга ёрдам берди.

Ўткир холангит билан оғриган беморлар билан ишлашнинг олдинги йиллари билан солиштирганда, биз анъанавий кенг қамровли операцияларга кўрсатмаларни сезиларли даражада камайтирдик. Бу ҳолат операциядан кейинги эрта асоратлар частотасининг пасайиши билан биргаликда беморларни касалхонадан чиқариш ҳолатлари частотасига ҳам ижобий таъсир кўрсатди - бу кўрсаткич 5 баравар камайди (8-жадвал).

Жадвал 8.

Бир босқичли жарроҳлик амалиётидан кейинги даврнинг кечиши

Беморлар гуруҳи		Ётоқ кунлари сони			
		жами	операция -гача	ОРИТ	операциядан кейинги
Таққослаш гуруҳи	ЛХЭ + ГХни ташқи дренажлашда н кейинги ҳолат (n=6)	6,4±1,2	1,3±0,3	2,1±0,1	3,2±1,2
	ОХЭ + ГХни ташқи дренажлашда н кейинги ҳолат, (n=76)	12,4±0,6***	2,0±0,3**	3,7±0,1* *	7,4±0,5***
Асосий гуруҳ	ЭПСТ + ЛХЭ дан кейинги ҳолат (n=68)	5,4±1,2	1,3±0,3	1,1±0,1	2,2±1,2
	ЭПСТ + ОХЭ дан кейинги ҳолат, (n=47)	6,2±0,3***^^ ^	1,2±0,2**	1,8±0,1*	4,9±0,3***^^ ^

Эслатма: * - таққослаш гуруҳининг 1-кичик гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар аҳамиятли (* - $P<0,05$, ** - $P<0,01$, *** - $P<0,001$), ^ - таққослаш гуруҳининг 2-кичик гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар аҳамиятли (^ - $P<0,05$, ^^ - $P<0,001$)

Диссертациянинг бешинчи бобида «Йирингли холангит билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш натижалари» Олинган натижаларни ишончли баҳолашнинг барча асосий жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда тавсия этилган даволаш усулларини амалга оширишнинг ҳақиқий натижалари тақдим этилади. Шундай қилиб, 2018-2020 йилларга нисбатан операциядан кейинги асоратлар частотаси 26,8% дан 6,1% гача, яъни деярли 4,5 бараварга, ўлим эса 3 бараварга камайди. Йирингли-септик асоратлар 15,2% дан 2,4% гача сезиларли даражада камайди, сафро оқиши (3,5 баравар) ва сафроли перитонит каби асоратлар камроқ учрай бошлади.

Таққослаш гуруҳида 4 (3,6%) ҳолатда ўлим сабаби холангит ва холемик эндотоксикознинг оғир даражаси бўлган беморларда полиорган

етишмовчилиги бўлган ва 1 (0,9%) ҳолатда ўлим сабаби ўн икки бармоқли ичак деворининг тешилиши, кейинчалик ретроперитонеал флегмона ва йирингли септик асорат бўлган. Асосий гуруҳда 4 (1,6%) ҳолатда ўлим сабаби оғир холемик эндотоксикоз ҳам бўлган. Улардан бирида ўлим холедохни ташқи дренажлаш билан очиқ холетсистектомиядан кейин содир бўлган, яна бир ҳолатда ўлим сабаби ЭПСТдан кейин тотал панкреонекроз бўлган ва икки ҳолатда - гепатикохоledохнинг чандикли стриктураси ва оғир холангит (GIII) бўлган беморларда антеград холангиографиядан кейин даволашнинг биринчи босқичида бўлган. Шунини таъкидлаш керакки, ушбу учта ҳолатда беморлар НЕХО билан биргаликда плазмаферез сеансларидан ўтмаган.

2019 йилдан бошлаб биз томонимиздан ишлаб чиқилган дастур асосида йирингли холангит сабабли жарроҳлик амалиётини ўтказган беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш ўтказилди (ЭХМ учун дастурнинг расмий рўйхатдан ўтказилганлиги тўғрисидаги гувоҳнома №DGU 42953, Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал мулк агентлиги: "Йирингли холангит бўйича жарроҳлик амалиётини ўтказган беморларнинг ҳаёт сифатини аниқлаш дастури").

Жарроҳлик аралашуви ва операциядан кейинги даволашни оптималлаштириш, шу жумладан индивидуал реабилитация усуллари ва асоратларни назорат қилиш даволаш самарадорлигини оширишда муҳим роль ўйнаган бўлиши мумкин. Асосий гуруҳдаги беморлар ҳаёт сифатининг юқори даражасини касаллик қайталанишининг камлиги, гепатобилиар тизим функционал ҳолатининг тезроқ тикланиши ва оғриқ синдроми ифодаланишининг пасайиши билан изоҳлаш мумкин.

Шундай қилиб, беморларни даволаш ва реабилитация қилишда таклиф этилган комплекс ёндашувни жорий этиш нафақат ижобий бевосита жарроҳлик натижаларига эришиш, балки уларнинг узок муддатли ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилаш имконини беради. Ушбу йўналишдаги кейинги тадқиқотлар беморларни бошқаришнинг оптимал алгоритмларини аниқлаштириш, турли омилларнинг даволаш натижаларига таъсирини баҳолаш ва шахсий реабилитация дастурларини ишлаб чиқишга қаратилган бўлиши керак.

ХУЛОСА

«Йирингли холангит билан оғриган беморларни даволашда дифференциал ёндашув» мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертация иши бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижалари асосида қуйидаги хулосалар шакллантирилган:

1. Ўткир йирингли холангит билан оғриган беморларни даволаш натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ўт йўллари обструкцияси ва сафро инфекцияси фонида тизимли яллиғланиш реакцияси билан боғлиқ бўлган кучли билиар эндотоксемия ўлимнинг етакчи омили ҳисобланади. Шошилишча бир босқичли радикал аралашувлар бажарилгандан сўнг ўлим (4,5%) ва маҳаллий асоратларнинг (18,7%) энг юқори частотаси қайд этилди, бу юқори операцион травматизм, сезиларли интраоперацион бактериал контаминация ва оғир септик жараён шароитида бемор танасининг эндотоксемия оқибатларини етарли даражада қоплай олмаслиги билан боғлиқ.

2. Холангит ва билиар эндотоксемиянинг оғир шакллари билан оғриган беморларда плазмолитизининг натрий гипохлорит билан плазманинг билвосита электрокимёвий оксигенатсияси, қўшимча озонлаш ва кейинчалик детоксикатсияланган плазма реинфузияси билан биргаликда қўлланилиши инфузион терапия давомийлигини сезиларли даражада қисқартиришга, интенсив терапия бўлимида бўлиш муддатини қисқартиришга ($4,9 \pm 0,3$ кунгача) ва операциядан кейинги йирингли-септик асоратлар частотасини 15,2% дан 2,4% гача камайтиришга ёрдам беради. Қиёсий таҳлил шуни кўрсатдики, беморларнинг асосий гуруҳида ўлим даражаси стандарт даволанган таққослаш гуруҳи билан солиштирилганда 4,5% дан 1,6% гача камайди.

3. Холедохолитиаз ва эхинококк кисталарининг ўт йўлларида ёрилиши фонида енгил ва ўрта оғирликдаги ўткир холангитда гибрид аралашувлар анъанавий икки босқичли даволашга мақбул ва хавфсиз муқобил ҳисобланади. Йирингли холангит ва билиар эндотоксемиянинг оғир даражасида ўт йўлларида дастлабки декомпрессив аралашувларни қўллаш орқали босқичма-босқич жарроҳлик даволаш холестаз ва йирингли интоксикацияни бартараф этиш, шунингдек, радикал операциялар натижаларини яхшилаш имконини берди. Ушбу гуруҳларда дифференциал жарроҳлик ёндашувини қўллаш асоратлар частотасини 26,8 фоиздан 6,1 фоизгача пасайтирди, касалхонада даволаниш муддатини қисқартирди ва беморларнинг ҳаёт сифатини оширди.

4. Ўткир йирингли холангитни жарроҳлик йўли билан даволашда ишлаб чиқилган табақалаштирилган ёндашув такрорий жарроҳлик аралашувларини талаб қиладиган оғир асоратлар сонини 2,0% гача камайтиришга ёрдам берди. Таққослаш гуруҳида эса бу кўрсаткич 12,5% ни ташкил этди ($p < 0,05$). Асосий гуруҳда ташқи ўт оқиши ҳолатларининг сезиларли даражада камайиши (таққослаш гуруҳидаги 5,6% га нисбатан 1,2%) йирингли холангит билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашда таклиф этилган комплекс ёндашувнинг самарадорлигини тасдиқлайди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ САМАРКАНДСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

НОРМАМАТОВ БАХРИДДИН ПИРМАМАТОВИЧ

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ**

14.00.27 – Хирургия

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

Самарканд – 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инновации Республики Узбекистан под № B2024.1.PhD/Tib3908.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском институте.

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

Научный руководитель:

Рахманов Қосим Эрданович

доктор медицинских наук (DSc), доцент

Официальные оппоненты:

Шербеков Улугбек Ахрарович

доктор медицинских наук (DSc)

Рахметов Нурлан Рахметович

доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация:

Южно-Казахстанская медицинская академия

(Республика Казахстан)

Защита состоится «__» _____ 2025 г. в ____ часов на заседании Научного Совета DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 при Самаркандском государственном медицинском университете (Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Анкабай 6. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского государственного медицинского университета (зарегистрирована за № ____). Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура 18. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75.

Аннотация диссертации разослан «__» _____ 2025 года.

(реестр протокола рассылки № ____ от _____ 2025 года).

Н.Н. Абдуллаева

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

К.В. Шмырина

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

З.Б. Курбаниязов

Председатель Научного семинара при Научном Совете по присуждению ученых степеней доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), заболевания желчевыводящих путей и печени занимают одно из ведущих мест среди причин заболеваемости и смертности во всём мире, а частота осложнённых форм холангита продолжает расти, что требует совершенствования хирургических методов лечения. Современные тенденции в хирургии гнойного холангита направлены на минимизацию хирургической травмы, ускорение детоксикации и предотвращение послеоперационных осложнений. В странах СНГ, Китае, Японии, Корее, Турции и США активно внедряются дифференцированные подходы, включая гибридные и малоинвазивные методики, позволяющие индивидуализировать тактику лечения в зависимости от степени тяжести заболевания и состояния пациента. Однако до настоящего времени остаются нерешёнными вопросы оптимального выбора хирургической тактики в зависимости от формы гнойного холангита, степени билиарной эндотоксемии и сопутствующей патологии. Актуальность исследования обусловлена необходимостью разработки дифференцированного хирургического подхода к лечению гнойного холангита, позволяющего снизить послеоперационные осложнения, сократить сроки госпитализации и улучшить отдалённые результаты лечения. «...Внедрение современных методов декомпрессии желчных путей, включая гибридные и малоинвазивные вмешательства, позволит повысить эффективность хирургического лечения и улучшить прогноз для пациентов с данной патологией...»¹.

В мировой практике активно применяются малоинвазивные и гибридные методы хирургического лечения гнойного холангита, направленные на раннюю декомпрессию желчных путей, устранение билиарной гипертензии и снижение системной эндотоксемии. Согласно данным зарубежных исследований, эндоскопические и перкутанные вмешательства в сочетании с этапными хирургическими операциями позволяют значительно снизить летальность и частоту послеоперационных осложнений по сравнению с традиционными радикальными методами. Несмотря на успехи современной хирургии, выбор оптимального метода лечения гнойного холангита остаётся предметом дискуссий. В ряде случаев одномоментные радикальные операции сопровождаются высокой частотой летальных исходов, особенно у пациентов с тяжёлой билиарной септической интоксикацией. В связи с этим, обоснование дифференцированного хирургического подхода, учитывающего тяжесть состояния пациента, выраженность воспалительного процесса и наличие осложнений, является актуальной задачей современной хирургии. Разработка алгоритмов выбора тактики хирургического лечения,

¹Ф.Г.Назирова, Х.А.Акилов, М.М.Акбаров.Тактика лечения больных с механической желтухой, осложненной холангитом и печеночной недостаточностью// Анналыхирургическойгепатологии. – 2019. №2. С. – 117-118.

включающих гибридные технологии, направлена на снижение интра- и послеоперационных рисков, сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре и улучшение качества их жизни. «...Дальнейшее изучение прогностических критериев осложнённого течения гнойного холангита и внедрение современных методов диагностики и лечения позволит повысить эффективность хирургической помощи данной категории пациентов...»².

В нашей стране в отечественном здравоохранении предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению хирургической помощи. В связи с этим приоритетными направлениями стратегии развития страны на 2022-2026 годы являются «...мероприятия, направленные на охрану здоровья населения, повышение потенциала медицинских работников и реализацию комплекса мероприятий программ развития системы здравоохранения на 2022-2026 годы...»³.

Данная диссертационная работа в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», Постановлениях Президента Республики Узбекистан №ПП-4887 от 10 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения», №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также в других нормативно-правовых документах принятых в данной сфере.

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

Степень изученности проблемы. Гнойный холангит является одной из наиболее сложных и потенциально жизнеугрожающих патологий билиарной системы, требующих своевременной диагностики и комплексного лечения. Вопросы патогенеза, клинических проявлений и лечения данного заболевания активно изучаются как отечественными, так и зарубежными учеными. В классических работах, посвящённых хирургии билиарного тракта, подробно описаны основные механизмы развития холангита, включающие билиарную гипертензию, бактериальную инвазию и системную эндотоксемию. Современные исследования сосредоточены на уточнении факторов риска, разработке предикторов тяжёлого течения

² L.Hanau. Acute (ascending) cholangitis // Infect Dis Clin North Am. – 2020. – N14 (3). – P. 521-546.

³ Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № ПФ-60 «О новой стратегии развития Узбекистана на 2022-2026 годы»

заболевания и оптимизации методов хирургического лечения (Ф.Г.Назиров и соавт., 2017; E.Hungness, 2016).

В мировой практике широко применяются малоинвазивные технологии, такие как эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с папиллосфинктеротомией, чрескожное чреспечёночное дренирование и гибридные хирургические вмешательства. В то же время, в ряде случаев остаются нерешёнными вопросы оптимального выбора хирургической тактики при тяжёлых формах гнойного холангита, сопровождающихся полиорганной недостаточностью и выраженной билиарной интоксикацией (А.Ю.Корольков, 2009; H.Gomi et al., 2018). В отечественной хирургии и в странах СНГ продолжаются исследования, направленные на совершенствование алгоритмов диагностики и лечения данного заболевания. Особое внимание уделяется возможностям дифференцированного хирургического подхода, включающего этапные операции, применение малоинвазивных технологий и использование комплексных методов детоксикации (А.М.Хаджибаев и соавт., 2018; R.Costi et al., 2014).

Современные исследования подтверждают, что развитие гнойного холангита обусловлено сочетанием билиарной обструкции, бактериальной инвазии и системной эндотоксемии, что приводит к быстрому прогрессированию септического процесса и полиорганной недостаточности. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), частота гнойного холангита среди пациентов с желчнокаменной болезнью и стриктурами желчевыводящих путей составляет до 15%, при этом летальность достигает 10–30% в случаях несвоевременной диагностики и неадекватного лечения (Ш.И.Каримов и соавт., 2018; A.Matilla et al., 2017). Ключевым фактором патогенеза является билиарная гипертензия, способствующая системному воспалительному ответу и нарушению функции печени. Исследования, проведенные в ведущих хирургических центрах США, Европы и Азии, показали, что своевременная декомпрессия желчных путей значительно снижает частоту септических осложнений. В частности, эндоскопическая декомпрессия с использованием ЭРХПГ признана «золотым стандартом» лечения в лёгких и среднетяжёлых формах гнойного холангита. Однако при тяжёлых формах заболевания, сопровождающихся билиарной эндотоксемией и септическим шоком, требуется комплексный подход с применением этапных хирургических вмешательств и интенсивной терапии (Ф.А. Хаджибаев и соавт. 2018). Несмотря на развитие малоинвазивных технологий, остаются нерешёнными вопросы выбора оптимального хирургического метода в зависимости от тяжести состояния пациента, объёма поражения билиарного тракта и наличия осложнений (G.Anand, 2016; J.Cao et al., 2018). Исследования, проведённые в странах СНГ и Узбекистане, демонстрируют эффективность гибридных

хирургических технологий, сочетающих малоинвазивные и открытые методы, позволяющих снизить травматичность вмешательства и сократить сроки реабилитации.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения или научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского университета по теме: «Создание и внедрение современных технологий профилактики, диагностики и лечения травм, хирургических заболеваний и опухолей» (Госреестр № 012400287).

Целью исследования является улучшение результатов лечения пациентов с острым гнойным холангитом посредством дифференцированного хирургического подхода.

Задачи исследования:

провести анализ неудовлетворительных результатов хирургического лечения острого гнойного холангита;

разработать комплексный метод экстракорпоральной детоксикации для коррекции проявлений эндотоксемии у больных с гнойным холангитом;

оценить возможности гибридных оперативных вмешательств в лечении пациентов с острым холангитом;

оценить клиническую эффективность предложенного дифференцированного хирургического лечения острого гнойного холангита.

Объектом исследования явились 358 больных с гнойным холангитом, развившемся как осложнение желчекаменной болезни, эхинококкоза печени и ПХЭС с рубцовыми стриктурами гипатикохоледоха находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях Самаркандского филиала Республиканского Центра экстренной медицинской помощи в период с 2018 по 2024 гг.

Предмет исследования составил анализ результатов хирургического лечения больных с острым гнойным холангитом, развившемся как осложнение желчекаменной болезни, эхинококкоза печени и ПХЭС с рубцовыми стриктурами гипатикохоледоха.

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

Научная новизна исследования заключается в следующем:

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

обосновано, что применение плазмафереза в сочетании с непрямой электрохимической оксигенацией плазмы гипохлоритом натрия, дополнительным озонированием и последующей реинфузией детоксицированной плазмы у пациентов с холангитом и тяжелыми формами билиарной эндотоксинемии значительно сокращает продолжительность инфузионной терапии;

усовершенствован способ плазмафереза с реинфузией экстракорпорально модифицированной аутоплазмы для периоперационной коррекции тяжелой степени эндогенной интоксикации у больных с тяжелой степенью холангита;

доказано, что разработанный дифференцированный подход к хирургическому лечению острого гнойного холангита позволяет снизить количество тяжелых осложнений, требующих повторных хирургических вмешательств, до 2,0%, а применение гибридных операций способствует снижению интраоперационного травматизма и длительности хирургического вмешательства.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

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

определена эффективность предложенного метода плазмафереза в сочетании с непрямой электрохимической оксигенацией гипохлоритом натрия и дополнительным озонированием в периоперационной коррекции синдрома эндогенной интоксикации, сокращении потребности в донорских белковых препаратах и снижении риска возможных иммунных реакций;

разработан тактико-технический алгоритм выбора способа хирургического лечения больных с острым гнойным холангитом, в зависимости от степени тяжести заболевания, которое позволило значительно снизить частоту осложнений и летальность.

Достоверность результатов исследования обосновывается на современном, взаимодополняющем теоретическом подходе и методах, используемых в исследовательской работе, методологической корректности проведенного исследования, подборе достаточного материала, сравнении используемых методов с данными международных и отечественных авторов, подтверждении полученных результатов компетентными органами.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей хирургического лечения больных с острым гнойным холангитом. На

большом клиническом материале определена частота развития неудовлетворительных результатов хирургического лечения острого гнойного холангита, причины летальности и гнойно-септических осложнений. Разработан алгоритм ведения больных острым холангитом, где предложены оптимальные сроки первичной декомпрессии у пациентов с рассматриваемым заболеванием. Показана возможность одноэтапного лечения пациентов с острым холангитом легкой степени с хорошими клиническими результатами. Усовершенствован способ плазмафереза с реинфузией экстракорпорально модифицированной аутоплазмы для периоперационной коррекции тяжелой степени эндогенной интоксикации у больных с тяжелой степенью холангита. В ходе исследования выявлены предикторы послеоперационных осложнений при различных видах оперативных вмешательств, направленных на декомпрессию желчных путей. Доказано, что применение гибридных операций способствует снижению интраоперационной травматичности и продолжительности хирургического вмешательства, что, в свою очередь, приводит к сокращению сроков госпитализации и снижению частоты послеоперационных осложнений. Полученные результаты подтверждают эффективность комбинированного хирургического подхода в лечении пациентов с обструктивными заболеваниями желчных путей.

Практическая ценность работы заключается в том, что определены показания к применению этапного хирургического лечения с учетом степени тяжести острого гнойного холангита с использованием трансдуоденальных эндоскопических вмешательств позволивших проводить радикальные операции после купирования явлений холестаза и гнойной интоксикации. Определена эффективность предложенного метода плазмаферез в сочетании с непрямой электрохимической оксигенацией гипохлоритом натрия и дополнительным озонированием в периоперационной коррекции синдрома эндогенной интоксикации, сокращении потребности в донорских белковых препаратах и снижении риска возможных иммунных реакций. Разработан тактико-технический алгоритм выбора способа хирургического лечения больных с острым гнойным холангитом, в зависимости от степени тяжести заболевания, которое позволило значительно снизить частоту осложнений и летальность.

Внедрение результатов исследования. На основании результатов научно-исследовательской работы по дифференцированному подходу в лечении больных с гнойным холангитом (Заключение Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан от 07.05.2025 г., №17/42):

первая научная новизна: на большом клиническом материале определена частота развития неудовлетворительных результатов хирургического лечения острого гнойного холангита, причины летальности и гнойно-септических осложнений. Внедрение в практику:

внедрено в практику Кашкадарьинского областного многопрофильного медицинского объединения (приказ №72 от 09.04.2025) и Бухарского филиала Республиканского научного центра скорой медицинской помощи (приказ №115 от 11.04.2025). Социальная эффективность: определены показания к применению этапного хирургического лечения с учетом степени тяжести острого гнойного холангита с использованием трансдуоденальных эндоскопических вмешательств позволивших проводить радикальные операции после купирования явлений холестаза и гнойной интоксикации. Экономическая эффективность: при поэтапном хирургическом лечении с применением трансдуоденальных эндоскопических вмешательств средняя длительность стационарного лечения составила 8–12 дней при затратах 7425330 сум на одного пациента. Стоимость полного комплекса лабораторно-инструментальных исследований составила 1764200 сум. При миниинвазивных вмешательствах длительность стационарного лечения сокращалась до 5 дней, а экономический показатель составлял 11255400 сум на пациента. Заключение: анализ результатов лечения пациентов с острым гнойным холангитом показал, что ведущим фактором летальности является выраженная билиарная эндотоксемия, обусловленная системной воспалительной реакцией на фоне обструкции желчных путей и инфицирования желчи. Наибольшая частота летальных исходов (4,5%) и местных осложнений (18,7%) отмечена после выполнения экстренных одноэтапных радикальных вмешательств, что связано с высокой операционной травматичностью, значительной интраоперационной бактериальной контаминацией и неспособностью организма пациента адекватно компенсировать последствия эндотоксемии в условиях тяжелого септического процесса.

вторая научная новизна: обосновано, что применение плазмафереза в сочетании с непрямой электрохимической оксигенацией плазмы гипохлоритом натрия, дополнительным озонированием и последующей реинфузией детоксицированной плазмы у пациентов с холангитом и тяжелыми формами билиарной эндотоксикемии значительно сокращает продолжительность инфузионной терапии. Внедрение в практику: внедрено в практику Кашкадарьинского областного многопрофильного медицинского объединения (приказ №72 от 09.04.2025) и Бухарского филиала Республиканского научного центра скорой медицинской помощи (приказ №115 от 11.04.2025). Социальная эффективность: определена эффективность предложенного метода плазмаферез в сочетании с непрямой электрохимической оксигенацией гипохлоритом натрия и дополнительным озонированием в периоперационной коррекции синдрома эндогенной интоксикации, сокращении потребности в донорских белковых препаратах и снижении риска возможных иммунных реакций. Экономическая эффективность: С учетом того, что применение данного метода обеспечивало положительный результат в 2,5 раза чаще, годовой

экономический эффект составил 15422500 сум. Заключение: применение плазмафереза в сочетании с непрямой электрохимической оксигенацией плазмы гипохлоритом натрия с дополнительным озонированием и последующей реинфузией детоксифицированной плазмы у пациентов с тяжёлыми формами холангита и билиарной эндотоксемии способствует достоверному сокращению продолжительности инфузионной терапии, уменьшению сроков пребывания в отделении интенсивной терапии (до $4,9 \pm 0,3$ суток) и снижению частоты послеоперационных гнойно-септических осложнений с 15,2% до 2,4%. Сравнительный анализ показал, что в основной группе пациентов летальность снизилась с 4,5% до 1,6% при сопоставлении с группой сравнения, получавшей стандартное лечение.

третья научная новизна: усовершенствован способ плазмафереза с реинфузией экстракорпорально модифицированной аутоплазмы для периоперационной коррекции тяжелой степени эндогенной интоксикации у больных с тяжелой степенью холангита. Внедрение в практику: внедрено в практику Кашкадарьинского областного многопрофильного медицинского объединения (приказ №72 от 09.04.2025) и Бухарского филиала Республиканского научного центра скорой медицинской помощи (приказ №115 от 11.04.2025). Социальная эффективность: разработан тактико-технический алгоритм выбора способа хирургического лечения больных с острым гнойным холангитом, в зависимости от степени тяжести заболевания, которое позволило значительно снизить частоту осложнений и летальность. Экономическая эффективность: За счет значительного снижения частоты послеоперационных осложнений при применении плазмафереза с реинфузией модифицированной аутоплазмы удалось сократить расходы бюджета и внебюджетных средств на 35%. Заключение: гибридные вмешательства при остром холангите лёгкой и средней степени тяжести на фоне холедохолитиаза и прорыва эхинококковых кист в желчные протоки являются приемлемой и безопасной альтернативой традиционному двухэтапному лечению. Этапное хирургическое лечение при тяжёлой степени гнойного холангита и билиарной эндотоксемии с применением предварительных декомпрессивных вмешательств на желчевыводящих путях позволило купировать холестаз и гнойную интоксикацию, а также улучшить результаты радикальных операций. Применение дифференцированного хирургического подхода в данных группах способствовало снижению частоты осложнений с 26,8% до 6,1%, сокращению сроков госпитализации и повышению качества жизни пациентов.

четвертая научная новизна: доказано, что разработанный дифференцированный подход к хирургическому лечению острого гнойного холангита позволяет снизить количество тяжелых осложнений, требующих повторных хирургических вмешательств, до 2,0%, а применение гибридных операций способствует снижению интраоперационного травматизма и длительности хирургического

вмешательства. Внедрение в практику: внедрено в практику Кашкадарьинского областного многопрофильного медицинского объединения (приказ №72 от 09.04.2025) и Бухарского филиала Республиканского научного центра скорой медицинской помощи (приказ №115 от 11.04.2025). Социальная эффективность: доказано, что применение гибридных операций способствует снижению интраоперационной травматичности и продолжительности хирургического вмешательства, что, в свою очередь, приводит к сокращению сроков госпитализации и снижению частоты послеоперационных осложнений. Полученные результаты подтверждают эффективность комбинированного хирургического подхода в лечении пациентов с обструктивными заболеваниями желчных путей. Экономическая эффективность: Применение гибридных операций, снижая травматичность и продолжительность вмешательства, а также ускоряя реабилитацию, позволяет уменьшить расходы на стационарное лечение до среднего показателя 9855450 сум на одного пациента. Годовой экономический эффект достигает экономии до 25% бюджетных средств. Заключение: разработанный дифференцированный подход к хирургическому лечению острого гнойного холангита способствовал снижению частоты тяжёлых осложнений, требующих повторных хирургических вмешательств до 2,0%, тогда как в группе сравнения этот показатель достигал 12,5% ($p < 0,05$). Значительное уменьшение случаев наружного желчеистечения в основной группе (1,2% против 5,6% в группе сравнения) подтверждает эффективность предложенного комплексного подхода к хирургическому лечению пациентов с гнойным холангитом.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 8 научно-практических конференциях в том числе на 6 международных и 2 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 17 научных работ, в том числе 5 журнальных статей, 3 из которых в республиканских, 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность диссертационного исследования, которая обусловлена высокой распространённостью и значительной летальностью осложнённых форм гнойного холангита, а также необходимостью совершенствования хирургических подходов к лечению данной патологии. Несмотря на внедрение малоинвазивных и гибридных технологий, выбор оптимальной тактики лечения в зависимости от тяжести состояния пациента и выраженности билиарной эндотоксемии остаётся предметом дискуссий. В ходе работы определены причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения, усовершенствованы методы плазмафереза, предложены алгоритмы выбора хирургической тактики, способствующие снижению частоты послеоперационных осложнений и летальности. Практическая значимость работы подтверждена внедрением разработанных методик в клиническую практику, что позволило улучшить показатели лечения и сократить сроки госпитализации. Научная новизна исследования заключается в комплексной оценке факторов, влияющих на исходы хирургического лечения, и в обосновании комбинированного подхода, адаптированного к тяжести заболевания. Приведена информация о публикациях, отражающих основные положения диссертации, указаны апробация работы на научных конференциях и структура диссертационного исследования.

Первая глава диссертации «Острый холангит. Современные взгляды о тактике диагностики и лечения» посвящена современному пониманию диагностики, патогенеза, классификации и лечения острого гнойного холангита (ОГХ) - тяжёлого инфекционного осложнения заболеваний билиарной системы, чаще всего возникающего на фоне желчнокаменной болезни. ОГХ остаётся актуальной проблемой, требующей комплексного подхода к диагностике и лечению. Современные малоинвазивные технологии, индивидуализированная терапия и экстракорпоральные методы существенно улучшают прогноз и качество жизни пациентов. Таким образом, анализ литературы свидетельствует о необходимости дальнейших исследований, направленных на оптимизацию дифференцированного подхода к лечению ОГХ, усовершенствование диагностических методов и разработку новых технологий, направленных на снижение летальности и улучшение качества жизни пациентов.

Во второй главе диссертации «**Клиническая характеристика материалов и использованные методы исследований**» описаны материал и методы исследования, дана общая характеристика клинического материала, клинических и инструментальных методов исследования. Основу для исследования составили 358 больных острым гнойным холангитом доброкачественного генеза, поступивших в хирургическое отделение Республиканского Центра экстренной медицинской помощи Самаркандского филиала в период с 2018 по 2024 гг. Пациенты условно разделены на две группы: группу сравнения составили 112 больных, которые находились на

лечения по традиционной методике с 2018 по 2020 гг. включительно, основную группу составили 246 больных, которые оперированы на основе разработанного нами алгоритма лечения больных острым холангитом в период с 2021 по 2024 гг. Для устранения билиарной гипертензии у больных использовался широкий арсенал хирургических методов: от малоинвазивных до традиционных открытых операций (табл 1).

Таблица 1.

Выполненные оперативные вмешательства в исследуемых группах

Группа сравнения (n=112)			Основная группа (n=246)			
Операции		абс(%)	Операции		абс(%)	
Одно-этапные вмешательства (n=106) (94,6%)	ОХЭ + наружное дренирование ЖП	30 (26,8 %)	Двух этапные вмешательства (n=106) (43,1%)	ЭПСТ → ЭНБД → ЛХЭ	48 (19,5%)	
	Холецистолитотомия + холецистостомия	43 (38,4 %)		ЭПСТ → ЭНБД → ОХЭ	21 (8,5%)	
	ОХЭ + наружное дренирование ЖП, санация и дренирование брюшной полости	3 (2,7%)		ЭПСТ → ЭЭ из печени	9 (3,6%)	
	ЛХЭ + дренирование ЖП через пузырный проток	6 (5,4%)		ЧЧХС → ГепЕА	23 (9,3%)	
	ОХЭ без декомпрессии ЖП	1 (0,9%)		ЧЧХС	5 (2,0%)	
	ЛХЭ без декомпрессии ЖП	3 (2,7%)	Одноэтапные вмешательства (n=140) (56,9%)	Геп ЕА	9 (3,6%)	
	ГепДА	5 (4,5%)		ОХЭ + наружное дренирование ЖП, санация и дренирование брюшной полости	12 (4,9%)	
	ГепЕА	7 (6,2%)		Гибридные операции	119 (48,4%)	
	ЭЭ из печени + наружное дренирование ЖП	5 (4,5%)		В т. ч.	ЭПСТ + ЛХЭ	68 (57,1%)
	ЭЭ из печени без дренирования ЖП	3 (2,7%)			ЭПСТ + ОХЭ	47 (39,5%)
Двух этапные вмешательства (n=6) (5,4%)	ЭПСТ → ЛХЭ	2 (1,8%)	ЭПСТ + лапаротомия ЭЭ из печени		4 (3,4%)	
ЭПСТ → ЭНБД → ЛХЭ	1 (0,9%)					
ЭПСТ → ОХЭ	3 (2,7%)					

Третья глава диссертации «**Аспекты предоперационной подготовки больных гнойным холангитом**», посвящена аспектам предоперационной подготовки больных с гнойным холангитом в исследуемых группах. В связи с чем использована Токойская классификация холангита (Tokyo Guidelines), которая является признанным стандартом для диагностики, оценки тяжести и выбора тактики лечения больных острым холангитом. Ведение пациентов с гнойным холангитом в группе сравнения по Токойской классификации (2013, 2018) предполагало индивидуализированный подход, основанный на степени тяжести заболевания. Хирургическое вмешательство откладывали до стабилизации состояния пациентов, особенно при тяжёлой степени (Grade III). В поиске новых путей решения проблемы холемического эндотоксикоза, в программу подготовки больных основной группы к оперативным вмешательствам был включен плазмаферез (ПФ), который является одним из наиболее эффективных методов современной гравитационной хирургии крови.

Включение плазмафереза в сочетании с непрямой электрохимической оксигенацией и озонированием (ПФ с НЭХО+O₃) в программу периоперационного ведения пациентов с гнойным холангитом и холемическим эндотоксикозом позволило значительно улучшить клинические результаты лечения. Проведенные исследования подтвердили высокую эффективность данной методики в устранении эндогенной интоксикации, снижении риска развития полиорганной недостаточности и улучшении показателей гомеостаза.

В основной группе количество больных с эндогенной интоксикацией согласно рекомендациям Токийских протоколов (2013, 2018) составило 110 (44,7%) человек. Из них у 63 (57,3%) больных причина сепсиса и холемического эндотоксикоза была ЖКБ, у 37 (33,6%) больных – ПХЭС, стриктура ГХ и в 10 (9,1%) случаях – прорыв ЭК в желчные протоки. С целью детального оценивания состояния больных холемическим эндотоксикозом и органной дисфункции больные были распределены согласно оценке по шкале SIRS (таблица 2). Без эндогенной интоксикации наблюдалось 136 (55,3%) пациентов.

Таблица 2.

Распределение больных основной группы по частоте механической желтухи и синдрома эндогенной интоксикации

Показатель	Степень тяжести холангита							
	Холедохолитиаз			ПХЭС стриктура ГХ		Прорыв ЭК в ЖП		
	GI	GII	GIII	GII	GIII	GI	GII	GIII
Пациенты без эндогенной интоксикацией (n=136)	133 (97,8%)					3 (2,2 %)		
Пациенты с эндогенной интоксикацией (n=110)		39 (35,4 %)	24 (21,8 %)	15 (13,6 %)	22 (20,0%)		6 (5,4 %)	4 (3,6 %)

SIRS – 1 (n=34)		26 (76,5 %)		4 (11,8 %)			4 (11,8 %)	
SIRS > 2 без органной дисфункции (n=26)		13 (50,0 %)		11 (42,3 %)			2 (7,7%)	
SIRS > 2 с органной дисфункцией (n=50)			24 (48,0 %)		22 (44,0 %)			4 (8,0 %)

Проанализирована динамика основных биохимических показателей крови при поступлении, после декомпрессии и на 2 сутки после ПФ (табл. 3).

Таблица 3.

Показатели эффективности снижения основных показателей эндогенной интоксикации (n=50)

Показатель	При поступлении	После декомпрессии	2 сутки после ПФ с НЭХО + О ₃	P
Общий белок, г/л	56,8±1,4	57,7±1,9	63,2±2,4	<0,001
Мочевина, ммоль/л	8,9±0,4	9,2±0,8	6,4±0,2	<0,01
Креатинин, ммоль/л	0,25±0,01	0,18±0,02	0,09±0,02	<0,001
Билирубин общий, мкмоль/л	189,4±18,2	114,5±8,4	72,4±4,9	<0,001
АсАТ	1,22±0,05	0,88±0,05	0,71±0,03	<0,001
АлАТ	1,05±0,05	1,01±0,05	0,52±0,06	<0,001
Молекулы средней массы, усл. Ед.	0,88±0,11	0,79±0,09	0,56±0,07	<0,001
Общая концентрация альбумина, г/л	34,2±1,1	36,5±1,4	38,6±2,2	>0,05
Эффективная концентрация альбумина, г/л	19,2±0,6	22,5±0,8	33,2±0,7	<0,001
Связывающая способность альбумина, усл. ед.	0,41±0,04	0,55±0,06	0,84±0,10	<0,001
Лейкоцитарный индекс интоксикации	3,4±0,02	2,9±0,03	1,9±0,04	<0,001

Анализ динамики клинико-лабораторных показателей свидетельствует о выраженном детоксикационном и иммуномодулирующем эффекте предложенного метода, что подтверждается снижением уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ФНО-α), нормализацией показателей кислотно-щелочного равновесия, улучшением кислородотранспортной функции крови и стабилизацией работы гепатобилиарной системы. Статистически значимое снижение уровня билирубина, печёночных ферментов (АЛТ, АСТ) и маркеров воспаления (СРБ, прокальцитонин) в основной группе пациентов

подтверждает эффективность данной методики. Применение ПФ с НЭХО+О₃ способствовало сокращению продолжительности инфузионной терапии, уменьшению сроков пребывания в отделении интенсивной терапии и снижению частоты послеоперационных инфекционных осложнений. Сравнительный анализ показал, что в основной группе больных наблюдалось снижение летальности по сравнению с контрольной группой, получавшей стандартное лечение.

Таким образом, полученные результаты обосновывают целесообразность внедрения ПФ с НЭХО+О₃ в комплексное лечение гнойного холангита и холемиического эндотоксикоза, что позволит оптимизировать хирургическую тактику, снизить частоту осложнений и улучшить отдалённые исходы заболевания.

Четвертая глава диссертации «Анализ хирургического лечения больных гнойным холангитом в группе сравнения» посвящена тактико-техническим подходам, используемым в РЦЭМП Самаркандского филиала у пациентов с диагнозом острый гнойный холангит доброкачественного генеза. Анализ результатов различных хирургических вмешательств, выполненных в группе сравнения, с учётом степени тяжести осложнений представлен в таблице 4.

Таблица 4.

Хирургические вмешательства больным в группе сравнения (n=112)

Диагноз	Степень тяжести холангита	Операции	абс. (%)
ХКХ + холедохолитиаз (n=32)	GI (n=29)	ОХЭ + наружное дренирование ЖП	13 (44,8%)
		Холецистолитотомия + холецистостомия	9 (31,0%)
		ЛХЭ + дренирование ЖП через пузырный проток	4 (13,8%)
		ОХЭ без декомпрессии ЖП	1 (3,4%)
		ЛХЭ без декомпрессии ЖП	2 (6,9%)
	GII (n=3)	Холецистолитотомия + холецистостомия	1 (33,3%)
		ЭПСТ → ЛХЭ	2 (66,7%)
ОКХ + холедохолитиаз (n=39)	GI (n=27)	ОХЭ + наружное дренирование ЖП	11 (40,7%)
		Холецистолитотомия + холецистостомия	13 (48,1%)
		ЛХЭ + дренирование ЖП через пузырный проток	2 (7,4%)
		ЛХЭ без декомпрессии ЖП	1 (3,7%)
	GII (n=12)	Холецистолитотомия + холецистостомия	8 (66,7%)
		ЭПСТ + ЭНБД → ЛХЭ	1 (8,3%)
		ЭПСТ → ОХЭ	3 (11,1%)
ОКХ + холедохолитиаз + местный перитонит (n=18)	GII (n=12)	ОХЭ + наружное дренирование ЖП	5 (41,7%)
		Холецистолитотомия + холецистостомия	7 (58,3%)
	GIII (n=6)	ОХЭ + наружное дренирование ЖП	1 (16,7%)

		Холецистолитотомия + холецистостомия	5 (83,3%)
ОКХ + холедохолитиаз + разлитой перитонит (n=3)	GIII (n=3)	ОХЭ + наружное дренирование ЖП, санация и дренирование брюшной полости	3 (100,0%)
ПХЭС стриктура ГХ (n=12)	GII (n=5)	ГепДА	2 (40,0%)
		ГепЕА	3 (60,0%)
	GIII (n=7)	ГепДА	3 (42,9%)
		ГепЕА	4 (57,1%)
Прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки (n=8)	GI (n=2)	ЭЭ из печени без дренирования ЖП	2 (100,0%)
	GII (n=4)	ЭЭ из печени без дренирования ЖП	1 (25,0%)
		ЭЭ из печени + наружное дренирование ЖП	3 (75,0%)
	GIII (n=2)	ЭЭ из печени + наружное дренирование ЖП	2 (100,0%)

Примечание: + — одноэтапные вмешательства; → — двухэтапные вмешательства

Важной особенностью организации помощи больным с острым холангитом является вторичная оценка тяжести состояния больных и при выявлении прогрессии заболевания на фоне терапии в течение 3-6 часов от момента поступления в группе пациентов со средней тяжестью болезни, необходимо переводить таких больных в реанимационное отделение для предоперационной подготовки и профилактики органной дисфункции. Должна быть немедленно начата интенсивная терапия и назначены антибактериальные препараты. Обобщенный алгоритм лечения пациентов в стационаре представлен на рисунке 1.

В основной группе 59 пациентам с хроническим калькулезным холециститом и холедохолитиазом были выполнены как одноэтапные, так и двухэтапные хирургические вмешательства. Одноэтапные гибридные операции проводились пациентам с острым гнойным холангитом легкой степени (GI) согласно Токийской классификации. Двухэтапные вмешательства выполнялись у пациентов со среднетяжелой (GII) и тяжелой (GIII) степенью заболевания — соответственно у 8 и 6 пациентов. Второй этап операции проводили через 2–3 недели. Пациентам с тяжелой степенью острого холангита, холемическим эндотоксикозом и органной дисфункцией до операции и в межэтапный период выполняли плазмаферез в сочетании с непрямой электрохимической оксигенацией и озонированием (ПФ с НЭХО+O₃).

Аналогичным образом, 104 пациентам с острым калькулезным холециститом и холедохолитиазом выполняли как одноэтапные, так и двухэтапные вмешательства. Одноэтапные гибридные операции проводились пациентам с острым гнойным холангитом легкой степени (GI) по Токийской классификации. Двухэтапные вмешательства выполняли пациентам со среднетяжелой (GII) и тяжелой (GIII) степенью заболевания — соответственно у 7 и 9 пациентов. Второй этап операции осуществляли через 2–3 недели.

Пациентам с тяжелой степенью острого холангита, холемическим эндотоксикозом и органной дисфункцией до операции и в период между этапами хирургического вмешательства проводили ПФ с НЭХО+O₃.



Рис. 1. Алгоритм ведения больных с острым холангитом

Пациентам с тяжелым острым холангитом, холемическим эндотоксикозом и органной дисфункцией до операции и в период между этапами хирургического вмешательства проводили ПФ с НЭХО+O₃ (таблица 5).

Таблица 5.

Хирургические вмешательства больным в основной группе (n=246)

Диагноз	Степень тяжести холангита	Операции	абс. (%)
ХКХ + холедохолитиаз (n=59)	GI (n=45)	ЭПСТ + ЛХЭ	38 (84,4%)
		ЭПСТ + ОХЭ	7 (15,6%)
	GII (n=8)	ЭПСТ + ЭНБД → ЛХЭ	8 (100,0%)
	GIII (n=6)	ЭПСТ + ЭНБД → ЛХЭ	6 (100,0%)
ОКХ + холедохолитиаз (n=104)	GI (n=88)	ЭПСТ + ЛХЭ	27 (30,7%)
		ЭПСТ + ОХЭ	22 (25,0%)
		ЭПСТ + ЭНБД → ОХЭ	21 (23,9%)
		ЭПСТ + ЭНБД → ЛХЭ	18 (20,4%)
	GII (n=7)	ЭПСТ + ЭНБД → ЛХЭ	7 (100,0%)
ОКХ + холедохолитиаз + местный перитонит (n=21)	GII (n=15)	ЭПСТ + ЛХЭ	3 (20,0%)
		ЭПСТ + ОХЭ	12 (80,0%)
	GIII (n=6)	ЭПСТ + ОХЭ	6 (100,0%)
ОКХ + холедохолитиаз + разлитой перитонит (n=12)	GII (n=9)	ОХЭ + наружное дренирование ЖП, санация и дренирование брюшной полости	9 (100,0%)
	GIII (n=3)	ОХЭ + наружное дренирование ЖП, санация и дренирование брюшной полости	3 (100,0%)
ПХЭС стриктура ГХ (n=37)	GII (n=15)	ГепЕА	9 (60,0%)
		ЧЧХС → ГепЕА	6 (40,0%)
	GIII (n=22)	ЧЧХС → ГепЕА	17 (77,3%)
		ЧЧХС	5 (22,7%)
Прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки (n=13)	GI (n=3)	ЭПСТ + лапаротомия ЭЭ из печени	3 (100,0%)
	GII (n=6)	ЭПСТ + лапаротомия ЭЭ из печени	1 (16,7%)
		ЭПСТ → лапаротомия ЭЭ из печени	5 (83,3%)
	GIII (n=4)	ЭПСТ → лапаротомия ЭЭ из печени	4 (100,0%)

Примечание: + одноэтапные вмешательства; → двухэтапные вмешательства

Эндоскопическое оперативное лечение применялось в 220 случаях у пациентов исследуемых групп при одноэтапных гибридных вмешательствах (119 – 54,1%) и первым этапом при двухэтапных вмешательствах (101 – 45,9%).

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнялась только в подгруппах с ЖКБ и при прорыве эхинококковой кисты в ЖП. При этом следует отметить, что еще в 17 (7,7%) случаях основной группы первичное

выполнение ЭПСТ было неэффективным, поэтому указанные пациенты вошли в группу открытых вмешательств (n=4) и группу ЧЧХС (n=13).

В итоге добиться надежной декомпрессии при ЭПСТ удалось в 92,3%. У 13 (6,4%) пациентов в ходе ФГДС было выявлено вклинение конкрементов ампулу БДС (рисунок 2) и в этих случаях производили экстренную ЭПСТ, несмотря на степень тяжести острого холангита.



Рис. 2. Эндофото. Вклинение конкремента в ампулу БДС до и после папиллотомии. Пациентка Л. И/Б 5784/402

Осложнения эндоскопических операций в исследуемых группах представлены в таблице 6.

Таблица 6.

Осложнения эндоскопических методик дренирования желчных протоков в исследуемых группах

Осложнения	Количество пациентов (n=203)	
	абс.	%
Кровотечение в зоне папиллотомии	2	0,9
Резидуальный холедохолитиаз	4	1,9
Дислокация стента (НБ дренажа)	7	3,4
Острый панкреатит, консервативное купирование	15	7,4
Острый панкреатит, оперативное вмешательство	1	0,5
Перфорация ДПК	1	0,5
Вклинение корзины Дормиа в ампулу БДС	1	0,5
Перфорация холедоха	1	0,5
Всего	32	15,8

Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков выполнено 28 (11,4%) больным основной группы рубцовыми стриктурами желчных протоков как первый этап оперативного вмешательства (рисунок 3).

Антеградные методы декомпрессии оказались эффективными у 23 больных основной группы вне зависимости от уровня билиарного блока и этиологического фактора, что выгодно отличает эту группу манипуляций от эндоскопических способов.



Рис. 3. Интраоперационная холангиограмма при наружном антеградном дренировании желчных протоков. Пациент А. И/Б 4328/291

Осложнения после антеградных вмешательств возникли у 4 (14,3%) больных, при этом при анализе структуры осложнений (таблица 7) обращает на себя тот факт, что большинство из них не требовали повторных вмешательств и только в 2-х случаях (7,1%) был летальный исход, непосредственно обусловленный оперативным вмешательством, а также общим тяжелым состоянием больных (SIRS >2).

Таблица 7.

Структура послеоперационных осложнений в группе антеградного дренирования желчных путей

Осложнения	Количество пациентов (n=28)	
	абс.	%
Внутрибрюшное кровотечение	1	3,6
Гемобилия	1	3,6
Миграция дренажа	1	3,6
Желчный перитонит	1	3,6
Всего	4	14,3

Летальность в группе антеградных методов составила 7,1% (2 пациента из 28) до проведения второго этапа оперативного лечения. Кроме того, 3 пациента ограничились выполнением антеградной холангиостомии и отказались от второго этапа операции.

Гибридные оперативные вмешательства были применены 119 (48,4%) больным основной группы. Расширение показаний к гибридным операциям и операциям Rendezvous отрицательно не сказались на продолжительности хирургического вмешательства. Напротив, этот показатель уменьшился. В 2 раза по сравнению с контролем сократилась длительность стационарного лечения после операции – с $7,2 \pm 1,2$ до $5,9 \pm 0,3$ дней. Существенное снижение длительности стационарного лечения и послеоперационной реабилитации подтверждает преимущества малотравматичных методик.

Уменьшение травматичности хирургического доступа с ранней активацией оперированных больных, способствовали двукратному сокращению длительности послеоперационной реабилитации.

По сравнению с предыдущими годами работы больным с острым

холангитом мы заметно сократили показания к операциям из традиционного широкого доступа. Это обстоятельство в совокупности со снижением частоты ранних послеоперационных осложнений положительно сказалось и на частоте случаев выписки больных из стационара – этот показатель снизился в 5 раз (таблица 8).

Таблица 8.

Течение послеоперационного периода после одноэтапных оперативных вмешательств

Группа больных		Количество койко-дней			
		всего	до операции	ОРИТ	после операции
Группа сравнения	состояние после ЛХЭ + наружного дренирования ГХ (n=6)	6,4±1,2	1,3±0,3	2,1±0,1	3,2±1,2
	состояние после ОХЭ + наружного дренирования ГХ, (n=76)	12,4±0,6***	2,0±0,3**	3,7±0,1**	7,4±0,5***
Основная группа	состояние после ЭПСТ + ЛХЭ (n=68)	5,4±1,2	1,3±0,3	1,1±0,1	2,2±1,2
	состояние после ЭПСТ + ОХЭ, (n=47)	6,2±0,3***^^	1,2±0,2**	1,8±0,1*	4,9±0,3***^^

Примечание: * - различия относительно данных 1-ой подгруппы группы сравнения значимы (* - $P<0,05$, ** - $P<0,01$, *** - $P<0,001$), ^ - различия относительно данных 2-ой подгруппы группы сравнения значимы (^ - $P<0,05$, ^^ - $P<0,001$)

В пятой главе диссертации «Результаты хирургического лечения больных гнойным холангитом» приведены собственно результаты внедрения предложенных методов лечения с учетом всех основных аспектов достоверной оценки полученных результатов. Так, по сравнению с 2018–2020 гг. частота послеоперационных осложнений снизилась с 26,8% до 6,1%, то есть почти в 4,5 раза, а летальность уменьшилась в 3 раза. Существенно снизились гнойно – септические осложнения с 15,2% до 2,4%, реже стали встречаться такие осложнения, как желчеистечение (в 3,5 раза) и желчный перитонит.

В 4 (3,6%) случаях в группе сравнения причиной летального исхода стала полиорганная недостаточность у пациентов с тяжелой степенью холангита и холемиического эндотоксикоза и в 1 (0,9%) случае причина летального исхода было перфорация стенки двенадцатиперстной кишки, далее забрюшинная флегмона и гнойно – септическое осложнение. В 4 (1,6%) случаях в основной группе причиной летального исхода также был тяжелый холемический эндотоксикоз. Из них в одном случае летальный исход наступил после

открытой холецистэктомии с наружным дренированием холедоха, ещё в одном случае причина летального исхода был тотальный панкреонекроз после ЭПСТ, а в двух случаях — на первом этапе лечения после антеградной холангиографии у пациентов с рубцовой стриктурой гепатикохоледоха и тяжелым холангитом (GIII). Следует отметить, что в этих трёх случаях пациенты не проходили сеансы плазмафереза в сочетании с НЭХО.

С 2019 года проводилась оценка качества жизни пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу гнойного холангита, по разработанной нами программе (свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ №DGU 42953, Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан «Программа для определения качества жизни пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу гнойного холангита»).

Оптимизация хирургического вмешательства и послеоперационного ведения, включая индивидуализированные методы реабилитации и контроль осложнений, вероятно, сыграли ключевую роль в повышении эффективности лечения. Высокий уровень качества жизни пациентов основной группы можно объяснить меньшей частотой рецидивов, более быстрым восстановлением функционального состояния гепатобилиарной системы и снижением выраженности болевого синдрома.

Таким образом, внедрение предложенного комплексного подхода к лечению и реабилитации пациентов позволяет не только достичь благоприятных непосредственных хирургических исходов, но и значительно улучшить их долгосрочное качество жизни. Дальнейшие исследования в данном направлении должны быть направлены на уточнение оптимальных алгоритмов ведения пациентов, оценку влияния различных факторов на исходы лечения и разработку персонализированных программ реабилитации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе результатов, полученных при выполнении диссертационной работы на тему **«Дифференцированный подход в лечении больных гнойным холангитом»** были сделаны следующие выводы:

1. Анализ результатов лечения пациентов с острым гнойным холангитом показал, что ведущим фактором летальности является выраженная билиарная эндотоксемия, обусловленная системной воспалительной реакцией на фоне обструкции желчных путей и инфицирования желчи. Наибольшая частота летальных исходов (4,5%) и местных осложнений (18,7%) отмечена после выполнения экстренных одноэтапных радикальных вмешательств, что связано с высокой операционной травматичностью, значительной интраоперационной бактериальной контаминацией и неспособностью организма пациента адекватно компенсировать последствия эндотоксемии в условиях тяжелого септического процесса.

2. Применение плазмафереза в сочетании с непрямой электрохимической оксигенацией плазмы гипохлоритом натрия с дополнительным озонированием и последующей реинфузией детоксифицированной плазмы у пациентов с тяжёлыми формами холангита и билиарной эндотоксемии способствует достоверному сокращению продолжительности инфузионной терапии, уменьшению сроков пребывания в отделении интенсивной терапии (до $4,9 \pm 0,3$ суток) и снижению частоты послеоперационных гнойно-септических осложнений с 15,2% до 2,4%. Сравнительный анализ показал, что в основной группе пациентов летальность снизилась с 4,5% до 1,6% при сопоставлении с группой сравнения, получавшей стандартное лечение.

3. Гибридные вмешательства при остром холангите лёгкой и средней степени тяжести на фоне холедохолитиаза и прорыва эхинококковых кист в желчные протоки являются приемлемой и безопасной альтернативой традиционному двухэтапному лечению. Этапное хирургическое лечение при тяжёлой степени гнойного холангита и билиарной эндотоксемии с применением предварительных декомпрессивных вмешательств на желчевыводящих путях позволило купировать холестаз и гнойную интоксикацию, а также улучшить результаты радикальных операций. Применение дифференцированного хирургического подхода в данных группах способствовало снижению частоты осложнений с 26,8% до 6,1%, сокращению сроков госпитализации и повышению качества жизни пациентов.

4. Разработанный дифференцированный подход к хирургическому лечению острого гнойного холангита способствовал снижению частоты тяжёлых осложнений, требующих повторных хирургических вмешательств, до 2,0%, тогда как в группе сравнения этот показатель достигал 12,5% ($p < 0,05$). Значительное уменьшение случаев наружного желчеистечения в основной группе (1,2% против 5,6% в группе сравнения), которая подтверждает эффективность предложенного комплексного подхода к хирургическому лечению пациентов с гнойным холангитом.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 FOR THE AWARD
OF ACADEMIC DEGREES AT SAMARKAND STATE MEDICAL
UNIVERSITY**

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

NORMAMATOV BAKHRIDDIN PIRMAMATOVICH

**DIFFERENTIATED APPROACH TO TREATING PATIENTS WITH
PURULENT CHOLANGITIS**

14.00.27 – Surgery

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

Samarkand – 2025

The topic of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation in medical sciences is registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under № B2024.1.PhD/Tib3908.

The dissertation was completed at Samarkand State Medical University.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the Scientific Council (www.sammu.uz) and on the information and educational portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific supervisor:

Rakhmanov Kosim Erdanovich
Doctor of Medical Sciences, Docent

Official opponents:

Sherbekov Ulugbek Akhrarovich
Doctor of Medical Sciences

Rakhmetov Nurlan Rakhmetovich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Lead organization:

South Kazakhstan Medical Academy (Republic of Kazakhstan)

The defense will take place “__” _____ 2025 at ____ hours at a meeting of the Scientific Council DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 at Samarkand State Medical University (Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, Ankabai St. 6. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

The dissertation can be found at the Information Resource Center of Samarkand State Medical University (registered under No. ____). Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, st. Amira Temura 18. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75.

The abstract of the dissertation was sent out “__” _____ 2025.

(mailing protocol register No. ____ dated _____ 2025).

N.N. Abdullayeva

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

K.V. Shmyrina

Scientific Secretary of the Scientific Council for Awarding Scientific Degrees, Doctor of Philosophy, Docent

Z.B. Kurbaniyazov

Chairman of the scientific seminar at the Scientific Council for the Award of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

The purpose of the study was to improve the treatment outcomes of patients with acute purulent cholangitis through a differentiated surgical approach.

The object of the study was 358 patients with purulent cholangitis, which developed as a complication of cholelithiasis, echinococcosis of the liver and Postcholecystectomy syndrome with cicatricial strictures of hypaticocholedosis, who were hospitalized in surgical departments of the Samarkand branch of the Republican Center for Emergency Medical Care in the period from 2018 to 2024.

The scientific novelty of the study:

on a large clinical material, the frequency of unsatisfactory results of surgical treatment of acute purulent cholangitis, the causes of mortality, and purulent-septic complications were established;

it has been substantiated that the use of plasmapheresis in combination with indirect electrochemical oxygenation of plasma with sodium hypochlorite, additional ozonation, and subsequent reinfusion of detoxified plasma in patients with cholangitis and severe biliary endotoxemia significantly reduces the duration of infusion therapy;

the method of plasmapheresis with reinfusion of extracorporally modified autoplasm has been improved for the perioperative correction of severe endogenous intoxication in patients with severe cholangitis;

it has been proven that the developed differentiated approach to surgical treatment of acute purulent cholangitis allows for a reduction in the number of severe complications requiring repeated surgical interventions to 2.0%. the use of hybrid surgeries contributes to a reduction in intraoperative trauma and the duration of surgical intervention.

Implementation of research results.

Based on the results of research work on a differentiated approach to the treatment of patients with purulent cholangitis (Conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated 07.05.2025, No. 17/42):

the first scientific novelty: on a large clinical material, the frequency of unsatisfactory results of surgical treatment of acute purulent cholangitis, the causes of mortality, and purulent-septic complications were established. Implementation into practice: implemented into practice to the Kashkadarya Regional Multidisciplinary Medical Association (order No. 72 dated 04/09/2025) and the Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (order No. 115 dated 04/11/2025). Social efficiency: indications for the use of staged surgical treatment taking into account the severity of acute purulent cholangitis using transduodenal endoscopic interventions were determined, which made it possible to perform radical operations after relief of cholestasis and purulent intoxication. Economic efficiency: With staged surgical treatment using transduodenal endoscopic interventions, the average duration of inpatient treatment was 8-12 days at a cost of 7,425,330 soums per patient. The cost of a full range of laboratory and instrumental studies was 1,764,200 soums. With minimally invasive interventions,

the duration of inpatient treatment was reduced to 5 days, and the economic indicator was 11,255,400 soums per patient. Conclusion: analysis of the results of treatment of patients with acute purulent cholangitis showed that the leading factor in mortality is severe biliary endotoxemia caused by a systemic inflammatory reaction against the background of biliary obstruction and bile infection. The highest incidence of deaths (4.5%) and local complications (18.7%) was observed after emergency one-stage radical interventions, which is associated with high surgical trauma, significant intraoperative bacterial contamination and the inability of the patient's body to adequately compensate for the consequences of endotoxemia in the context of a severe septic process.

the second scientific novelty: it has been substantiated that the use of plasmapheresis in combination with indirect electrochemical oxygenation of plasma with sodium hypochlorite, additional ozonation, and subsequent reinfusion of detoxified plasma in patients with cholangitis and severe biliary endotoxemia significantly reduces the duration of infusion therapy. Implementation into practice: implemented into practice to the Kashkadarya Regional Multidisciplinary Medical Association (order No. 72 dated 04/09/2025) and the Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (order No. 115 dated 04/11/2025). Social efficiency: the efficiency of the proposed method of plasmapheresis in combination with indirect electrochemical oxygenation with sodium hypochlorite and additional ozonation in perioperative correction of endogenous intoxication syndrome, reduction of the need for donor protein preparations and reduction of the risk of possible immune reactions was determined. Economic efficiency: Considering that the use of this method provided a positive result 2.5 times more often, the annual economic effect amounted to 15,422,500 sum. Conclusion: the use of plasmapheresis in combination with indirect electrochemical oxygenation of plasma with sodium hypochlorite with additional ozonation and subsequent reinfusion of detoxified plasma in patients with severe cholangitis and biliary endotoxemia contributes to a significant reduction in the duration of infusion therapy, a decrease in the length of stay in the intensive care unit (up to 4.9 ± 0.3 days) and a decrease in the incidence of postoperative purulent-septic complications from 15.2% to 2.4%. Comparative analysis showed that in the main group of patients, mortality decreased from 4.5% to 1.6% when compared with the comparison group receiving standard treatment.

the third scientific novelty: the method of plasmapheresis with reinfusion of extracorporally modified autoplasm has been improved for the perioperative correction of severe endogenous intoxication in patients with severe cholangitis. Implementation into practice: implemented into practice to the Kashkadarya Regional Multidisciplinary Medical Association (order No. 72 dated 04/09/2025) and the Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (order No. 115 dated 04/11/2025). Social efficiency: a tactical and technical algorithm has been developed for choosing a method of surgical treatment for patients with acute purulent cholangitis, depending on the severity of the disease, which made it possible to significantly reduce the incidence of complications and mortality. Economic efficiency: Due to a significant reduction in the incidence of

postoperative complications when using plasmapheresis with reinfusion of modified autoplasm, it was possible to reduce budget and extra-budgetary costs by 35%. Conclusion: hybrid interventions for mild to moderate acute cholangitis with choledocholithiasis and rupture of echinococcal cysts into the bile ducts are an acceptable and safe alternative to traditional two-stage treatment. Staged surgical treatment for severe purulent cholangitis and biliary endotoxemia using preliminary decompressive interventions on the biliary tract made it possible to stop cholestasis and purulent intoxication, as well as improve the results of radical surgeries. The use of a differentiated surgical approach in these groups contributed to a decrease in the incidence of complications from 26.8% to 6.1%, a reduction in hospitalization periods, and an increase in the quality of life of patients.

fourth scientific novelty: it has been proven that the developed differentiated approach to surgical treatment of acute purulent cholangitis allows for a reduction in the number of severe complications requiring repeated surgical interventions to 2.0%. the use of hybrid surgeries contributes to a reduction in intraoperative trauma and the duration of surgical intervention. Implementation into practice: implemented into practice to the Kashkadarya Regional Multidisciplinary Medical Association (order No. 72 dated 04/09/2025) and the Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (order No. 115 dated 04/11/2025). Social efficiency: it has been proven that the use of hybrid surgeries helps to reduce intraoperative trauma and the duration of surgical intervention, which, in turn, leads to a reduction in the duration of hospitalization and a decrease in the incidence of postoperative complications. The results confirm the effectiveness of the combined surgical approach in the treatment of patients with obstructive diseases of the biliary tract. Economic efficiency: The use of hybrid surgeries, reducing the trauma and duration of the intervention, as well as accelerating rehabilitation, allows to reduce the costs of inpatient treatment to an average of 9855450 sum per patient. The annual economic effect reaches savings of up to 25% of budget funds. Conclusion: the developed differentiated approach to the surgical treatment of acute purulent cholangitis contributed to a decrease in the incidence of severe complications requiring repeated surgical interventions to 2.0%, while in the comparison group this figure reached 12.5% ($p < 0.05$). A significant decrease in cases of external bile leakage in the main group (1.2% versus 5.6% in the comparison group), which confirms the effectiveness of the proposed comprehensive approach to the surgical treatment of patients with purulent cholangitis.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of the text is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Давлатов С.С., Нормаматов Б.П. Дифференцированный подход к лечению больных острым холангитом, осложненным эндогенной интоксикацией // Вестник врача. – 2022. № 3 (106). – С.27-32 (14.00.00; №20).
2. Нормаматов Б.П., Рахманов К.Э. Оптимизация хирургического лечения острого гнойного холангита: анализ результатов применения гибридных операций и новых методов периоперационного ведения // Проблемы биологии и медицины. - 2025. - №1 (158). - С. 122-126 (14.00.00; №19).
3. Нормаматов Б.П., Рахманов К.Э. Оптимизация комплексного хирургического лечения острого гнойного холангита с применением гибридных малоинвазивных технологий // Журнал биомедицины и практики. - 2025. - Том 10, № 2. – С. 292-298 (14.00.00; №24).
4. Rahmatov K.E., Normamatov B.P., Davlatov S.S. Afferent Therapy in the Complex Treatment of Acute Purulent Cholangitis in Intensive Care Conditions // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2025, 15(3): 693-698 (14.00.00, №2).
5. Normamatov B.P., Akhmedov A.I., Toirov A.S., Usmonova N.U. Differentiated tactics for the treatment of patients with acute cholangitis complicated by endogenous intoxication // European Chemical Bulletin 2023.,12 (Special Issue 4) Page. 15271-15278. (Scopus).

II бўлим (II часть; part II)

6. Нормаматов Б.П. Комплексное лечение больных гнойным холангитом доброкачественного генеза с использованием плазмафереза // Проблемы биологии и медицины. - 2022. - №6.1 (141). - С. 286-287.
7. Нормаматов Б.П., Хамдамов И.Б. Холемиическая интоксикация и печеночная недостаточность при острых и хронических холангитах (обзор литературы) // Достижения науки и образования. - 2022. - №4 (84). - С. 101-105.
8. Нормаматов Б.П., Хамдамов И.Б. Исторический очерк развития хирургии гнойного холангита (обзор литературы) // Достижения науки и образования. - 2022. - №4 (84). - С. 96-101.
9. Нормаматов Б.П., Сатторов Ш.Х., Хурсанов Ё.Э. Современные методы диагностики и лечения больных желчнокаменной болезнью и ее осложнениями // Theory and Analytical Aspects of Recent Research. International scientific-online conference Part 13: MARCH 9th 2023: Page 164-173.
10. Нормаматов Б.П., Хамдамов И.Б. Инновационный подход в лечении гнойного холангита и холемиического эндотоксикоза (обзор литературы) // Sciences of Europe № 97 (2022): Page 55-61.

11. Нормаматов Б.П., Усмонова Н.У. Экстракорпоральные технологии в лечении холемиической интоксикации у больных гнойным холангитом // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. - 2023. - №2 (4). - С. 53-56.
12. Нормаматов Б.П., Сайдуллаев З.Я. Гибридные технологии и экстракорпоральные методы сорбционной детоксикации (обзор литературы) // Вопросы науки и образования. - 2022. - №6 (162). - С. 50-56.
13. Саттаров А.Х., Мустафакулов И.Б., Нормаматов Б.П. Бойназаров М.Э. Современные технологии в хирургическом лечении острого калькулезного холецистита // International scientific Journal Research Focus. – 2024. – Т. 3. – №. 2. – С. 130-138. (SJIF (6.577) UIF (8.3) / 2024).
14. Нормаматов Б.П., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Механик сариклик синдроми. Холангит // Методические рекомендации. Самарканд 2025. 37 с.
15. Нормаматов Б.П., Давлатов С.С. Рахманов К.Э. Современные технологии экстракорпоральной гемокоррекции // Методические рекомендации. Самарканд 2025. 48 с.
16. Раджабов Ж.П., Нормаматов Б.П., Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Хамдамов Б.З., Хамдамов А.Б., Атоева М.О. Йирингли холангит билан беморларда даводан сўнг ҳаёт сифатини баҳолаш учун дастур // Ўзбекистон Республикаси Адлия Вазирлиги ҳузуридаги интеллектуал мулк агентлиги 16.10.2024 йил. DGU- 42953.
17. Нормаматов Б.П., Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Хамдамов Б.З., Хамдамов А.Б., Атоева М.О. Йиринли холангит билан беморларни даволаш тактикаси учун дастур // Ўзбекистон Республикаси Адлия Вазирлиги ҳузуридаги интеллектуал мулк агентлиги 16.10.2024 йил. DGU- 42954.

Автореферат (Биология ва тиббиёт муаммолари) журнали тахририятида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус, инглиз тилларида (резюме) даги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Отпечатано в типографии “SARVAR MEXROJ BARAKA” 140100.

г. Самарканд, ул. Мирзо Улугбек, 3.

Подписано в печать 16.10.2025 Формат 60x84^{1/16}.

Гарнитура “Times New Roman”. усл. печ. л. 3,26

Тираж: 60 экз. Заказ № SIG

Тел/факс: +998 94 822-22-87. e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com