

ЎТКИР ХОЛАНГИТНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШДА ДИФФЕРЕНЦИАЛЛАШГАН МИНИИНВАЗИВ ТАКТИКА НАТИЖАЛАРИ



Маматов Карим Сайдуллаевич¹, Сайинаев Фаррух Караматович²

1 - Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг Навоий филиали, Ўзбекистон Республикаси, Навоий ш.;

2 - Самарқанд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ МИНИИНВАЗИВНОЙ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА

Маматов Карим Сайдуллаевич¹, Сайинаев Фаррух Караматович²

1 - Навоийский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Навои;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

OUTCOMES OF A DIFFERENTIATED MINIMALLY INVASIVE STRATEGY FOR SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CHOLANGITIS

Mamatov Karim Saydullaevich¹, Sayinaev Farrukh Karamatovich²

1 - Navoi Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Navoi;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: mamatov.ks@rscemnavoi.uz

Резюме. Мақолада хавфсиз генезли ўткир холангит билан касалланган 184 нафар беморни жарроҳлик даволаш натижалари таҳлил қилинган. TG18 бўйича холангит оғирлик даражаси, Charlson коморбидлик индекси ва ASA бўйича анестезиологик хавфни ҳисобга олган ҳолда индивидуаллаштирилган миниинвазив алгоритмни қўллаш асосланган. Эндоскопик, перкутан, лапароскопик ва гибрид аралашувлардан фойдаланиш операциядан кейинги асоратлар, леталлик ва шифохонада даволаниш муддатини камайтиришга ҳамда узоқ муддатли натижаларни яхшилашга имкон берган.

Калим сўзлар: ўткир холангит, миниинвазив жарроҳлик, эндоскопик папиллосфинктеротомия, билиар декомпрессия, гибрид операциялар.

Abstract. The article presents the results of surgical treatment of 184 patients with acute cholangitis of benign origin. The study substantiates the use of an individualized minimally invasive algorithm based on TG18 severity grading, the Charlson comorbidity index, and ASA anesthetic risk assessment. The application of endoscopic, percutaneous, laparoscopic, and hybrid interventions reduced postoperative complications, mortality, length of hospital stay, and improved long-term treatment outcomes.

Keywords: acute cholangitis, minimally invasive surgery, endoscopic papillosphincterotomy, biliary decompression, hybrid surgery.

Тадқиқот долзарблиги. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, ўт йўллари касалликлари қорин бўшлиғи аъзоларининг жарроҳлик патологияси таркибида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди: ўт-тош касаллиги ер юзидаги катта ёшли аҳолининг 10-15 фоизда аниқланади [3, 8, 10]. Ўт-тош касаллигининг юқори даражада тарқалиши билан бир қаторда, кўпинча паразитар кистанинг ўт

йўлларига ёриб кириши билан асоратланадиган жигар эхинококкози билан эндемик касалланиш сақланиб қолаётган Ўзбекистон Республикасида ўткир холангитни жарроҳлик йўли билан даволаш муаммоси алоҳида минтақавий долзарбли касб этмоқда [2, 6].

Замонавий тиббиёт ютуқларига қарамасдан, йирингли холангитни даволаш тўлиқ ҳал этилмаган. Кеч ташхис қўйилиши ва ўз вақтида

декомпрессиянинг йўқлиги ўлим ҳолатларини кўпайтирмоқда. Полиорган етишмовчилиги ва септик ҳолатнинг тез ривожланиши, айниқса ёндош патологияси бор беморларда, даволаш тактикасини танлашни қийинлаштиради [1, 5, 7, 9]. Шу билан бирга, оғир беморларни даволашда ягона стандарт ва клиник тавсияларнинг етишмаслиги, жарроҳлик ва дренаж усулларини танлашдаги ноаниқлик асоратлар хавфини оширади. Шунинг учун йирингли холангитни чуқурроқ ўрганиш, фанлараро ёндашув ва аниқ алгоритмлар яратиш долзарб вазифа бўлиб қолмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади ўткир холангитни хирургик йўли билан даволашда миниинвазив аралашувларнинг клиник самарадорлигини асослашдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва усуллари.

2019-2025 йиллар давомида Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Навоий филиалининг хирургия бўлимига ётқизилган хавфсиз генезли ўткир холангит билан касалланган жами 184 нафар беморнинг комплекс ташхислаш ва жарроҳлик даволаш натижалари таҳлил қилинди.

Ўткир холангит билан оғриган беморлар ўтказилган текширув усуллари ва жарроҳлик аралашувларининг табиати ва ҳажмига кўра 2 гуруҳга бўлинган. 2019 йилдан 2021 йилгача ўткир холангит билан оғриган 87 (47,3%) бемор кузатув остида бўлиб, улар таққослаш гуруҳини ташкил этди. 2022 йилдан 2025 йилгача асосий гуруҳни ташкил этган ўткир холангит билан касалланган 97 (52,7%) бемор бизнинг кузатувимизда бўлган. Тадқиқот гуруҳларида аёллар устунлик қилди - 113 киши (61,4%). Беморларнинг ўртача ёши 67,1ни ташкил этди. Тадқиқот гуруҳларида ўткир холангитнинг оғирлик даражасига кўра беморлар Токио протоколлари (2018) тавсияларига мувофиқ тақсимланди: енгил холангит 41 (22,3%) ҳолатда, ўртача оғирликдаги холангит 89 (48,4%) ҳолатда, оғир холангит 54 (29,34) беморда учради. Ўткир холангитга сабачи бўлган гепатикохоledохнинг хавфсиз чандикли стриктуралари улуши 9,2% ни ташкил этди. Жигар эхинококкозининг ўт йўлларида ёрилиши - 10,9% ни ташкил этди. Ўткир холангитнинг сабаби сифатида хоledохолитиаз мутлақ устунликни кўрсатди - 147 (79,9%) нафар беморда кузатилди. Улардан 108 нафар беморда (73,5%) ўткир деструктив хоledоститнинг хоledохолитиаз билан бирга келиши қайд этилган. Ўт пуфагидаги деструктив жараён перитонит белгилари билан асоратланган 26 нафар (17,7%) бемор алоҳида қийинчилик туғдирди: тарқалган перитонит - 5 та кузатувда (3,4%), маҳаллий - 21 та (14,3%) ҳолатда

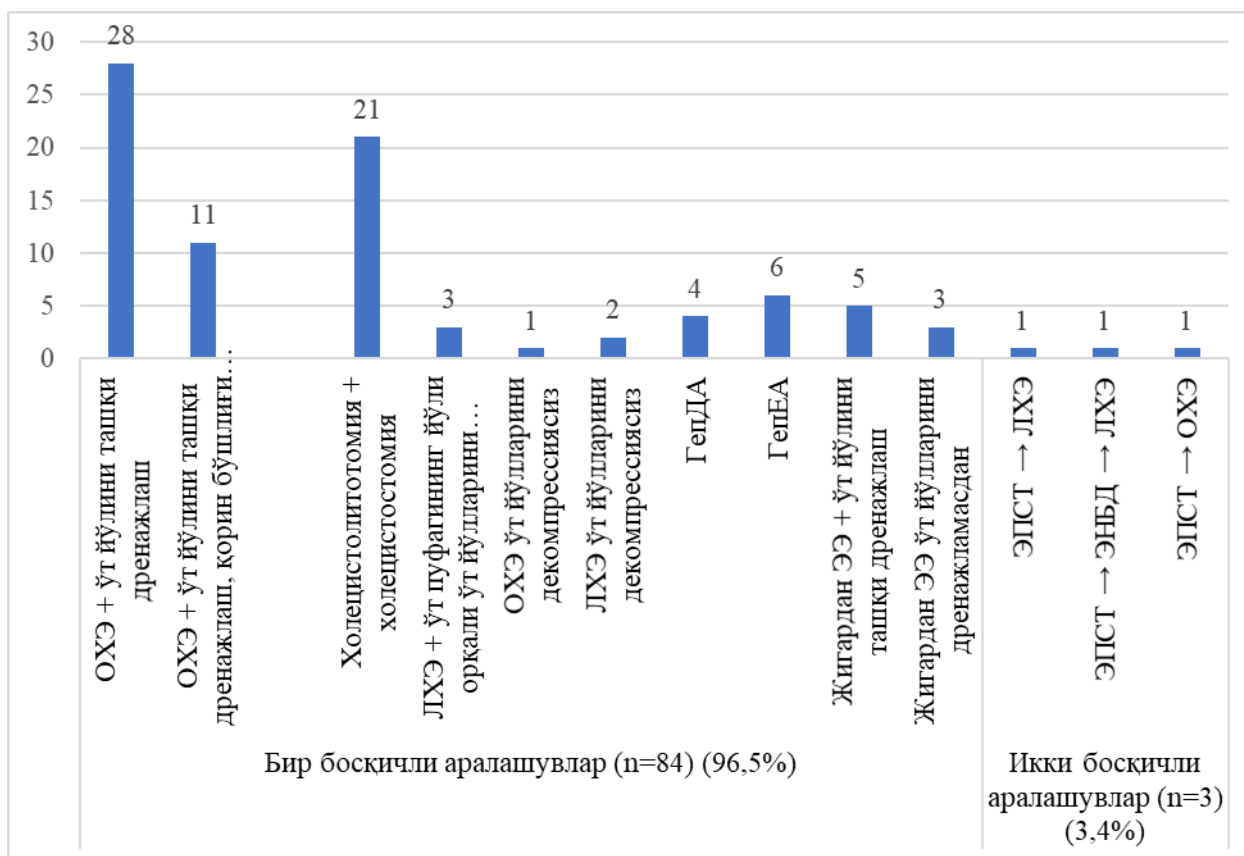
кузатилди. Ушбу тоифадаги беморлар нафақат ўт йўлларидаги декомпрессиясини, балки корин бўшлиғининг бир вақтнинг ўзида санациясини ҳам талаб қилди, бу эса интраоперацион хавфни оширди.

Кўшимча касалликларнинг батафсил таҳлили иккала гуруҳда ҳам полиморбидликнинг юқори частотасини аниқлади. Беморларнинг 45,0% икки ва ундан ортиқ ёндош касалликлардан азият чекди. Артериал гипертензия энг кўп учрайдиган ҳамроҳ патология (54,4%), ЮИК иккинчи ўринда (33,7%), 2-тур қандли диабет эса учинчи ўринда (28,4%) эди. Коморбид патология ёш ўтиши билан ортиб борди. Юқори даражадаги коморбидлик юқори анестезиологик хавфни белгилаб берди ва ўт йўлларидаги декомпрессиясининг кам жароҳатли усулларига устунлик бериш зарурлигини тақозо этди.

Ўткир холангит хуружининг дастлабки кунларида энг характерли белгилар ўнг ковурага ости ва эпигастрал соҳада оғриқлар бўлиб, 46,2% беморларда қайд этилган. Бироқ, касаллик муддати 4 кунгача ва ундан кўпроқ узайганда, оғриқ синдромига шикоятлар частотаси сезиларли даражада камайди (34,3% гача). Шу билан бирга, холангитнинг йирингли-яллиғланиши асоратлари бўлган беморлар сонининг 16,3% дан 42,3% гача кўпайиши кузатилди.

Тадқиқотимиз давомида инструментал текширув усуллари сифатида нурли ва эндоскопик усуллар қўлланилди, улар ўткир йирингли холангит билан оғриган беморларни ташхислаш ва ҳолатини баҳолашда асосий роль ўйнади. Нурли диагностика усулларида жигар ва ўт йўлларидаги ўзгаришларни кўриш учун бирламчи ва энг қулай усул бўлган ультратовуш текширувини ўз ичига олди. Ультратовуш текшируви ўт йўлларидаги кенгайиши, ўт тошларининг мавжудлиги, шунингдек, гепатобилиар тизимда яллиғланиш белгилари ва бошқа патологик ўзгаришларни аниқлашга имкон берди. МРХПГ - ўт йўллари ва ошқозон ости безини визуализация қилишнинг юқори самарали ва ноинвазив усули бўлиб, у ўт йўлларида контраст киритмасдан батафсил тасвирларни олиш имконини берди.

МСКТ нафақат ўт йўллари, балки ошқозон ости бези ва жигар тўқималарининг ҳолатини баҳолаш учун ҳам қўлланилди, бу эса яллиғланиш, абсцесслар, веналарда тромб ҳосил бўлиши ёки ўсма каби мумкин бўлган асоратларни аниқлашга имкон берди. ЭРХПГ ўт йўллари касалликларини аниқроқ ташхислаш, уларнинг ҳолатини визуализация қилиш ва тошларни олиб ташлаш ёки дренажлаш каби даволаш муолажаларини ўтказиш учун ишлатилди.



Расм 1. Таққослаш гуруҳида бажарилган операциялар

Антеград холангиография ұт йўлғари касаллиқларини ташхислаш ва даволашда муҳим текшириш усули сифатида қўлланилды. У юқори маълумотга эга бўлиб, нафақат патологияларни аниқ ташхислаш, балки тадқиқот давомида бир қатор хирургик аралашувларни ўтказиш имконини берди.

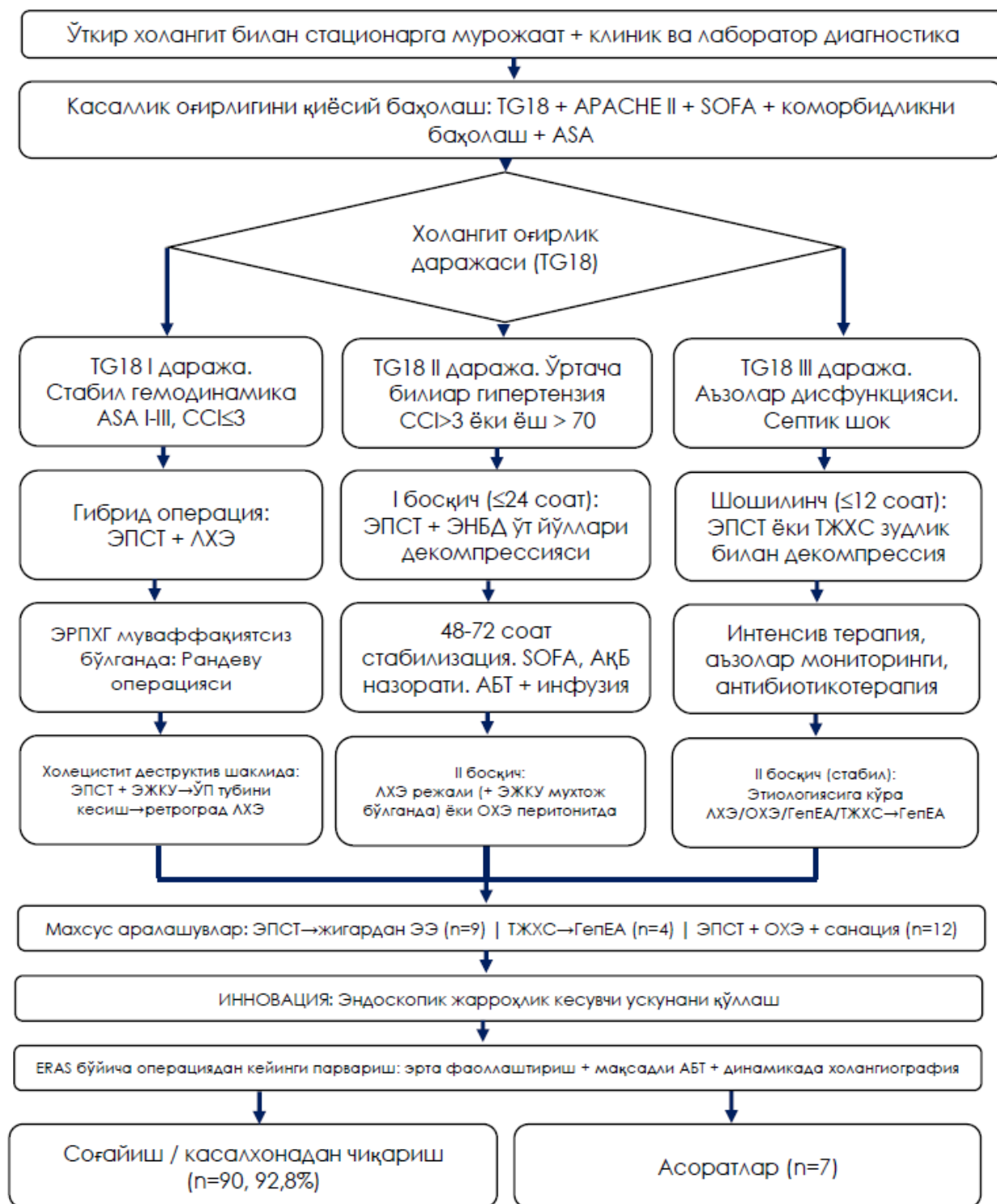
Тадқиқот нәтижалари. Таққослаш гуруҳида ўткир холангитни жарроҳлик йўли билан бартараф этишда ўткир холангитни даволашда очик усулдаги оператив аралашувлар қўлланилган 87 нафар бемордан 80 нафари (91,9%) очик лапаротомик аралашувларни бошдан кечирган, 7 нафари эса лапароскопик аралашувни ўтказган. 87 нафар таққослаш гуруҳидаги беморлардан 84 нафари (96,5%) бир босқичли операцияларни ва фақат 3 (3,5%) нафар беморга икки босқичли оператив аралашувлар бажарилган (расм 1).

Очик холецистэктомия (ОХЭ) холедохни Т-симон Кер дренажи билан ташқи дренажлаш (n=39; 44,8%) таққослаш гуруҳидаги холедохолитиаз билан оғриган беморлар учун стандарт операция бўлган. Юқори-ўрта лапаротомия гепатодуоденал бойламга кенг киришни таъминлади, аммо сезиларли жарроҳлик жароҳати билан бирга келди: апоневроз, мушак толаларини кесиш, қорин бўшлиғидаги манипуляциялар. Коагуляциянинг бузилиши ва гипоалбуминемия билан кечувчи холангиоген сепсис шароитида ушбу жароҳат табиий равишда

юқори қон йўқотишга олиб келди. Холедохотомия ва кейинчалик Т-дренаж атрофида тикиш яллиғланган, шишган холедох шароитида чоклар етишмовчилигининг қўшимча хавфини келтириб чиқарди. Таққослаш гуруҳида фақатгина 3 нафар беморда лапароскопик холецистэктомия ва ўт йўлғари ўт пуфагининг йўли орқали ташқи дренажланди.

Фаол йирингли яллиғланиш шароитида гепатикохоледохнинг хавфсиз стриктураларида (таққослаш гуруҳида холангит сабабларининг 11,5%) Ру бўйича ГЕА ва ГДАнинг бир босқичли шаклланиши анастомоз етишмовчилигининг юқори хавфи билан бирга кечди. Бунинг клиник тасдиғи узок давом этган реконструктив жарроҳлик амалиёти пайтида септик шок туфайли 10,0% (10 тадан 1 таси) интраоперацион ўлим бўлди. Таққослаш гуруҳида холангит сабабларининг 10,9% ни ташкил этган эхинококк кистасининг ўт йўлғарига ёриб кириши фақат очик усулда даволанган (n=8). Макбул нәтижаларга қарамай, билиар оқмани бартараф этиш билан очик эхинококкэктомия сезиларли жарроҳлик жароҳати, сколекслар тарқалиши хавфи ва операциядан кейинги давр узок кечди.

Асосий гуруҳнинг тактикаси ўт йўлғарининг бирламчи декомпрессиясининг энг кам травматик усулини индивидуал танлаш ва кейинчалик босқичма-босқич жарроҳлик йўли билан бартараф этиш тамойилига асосланди (расм 2).

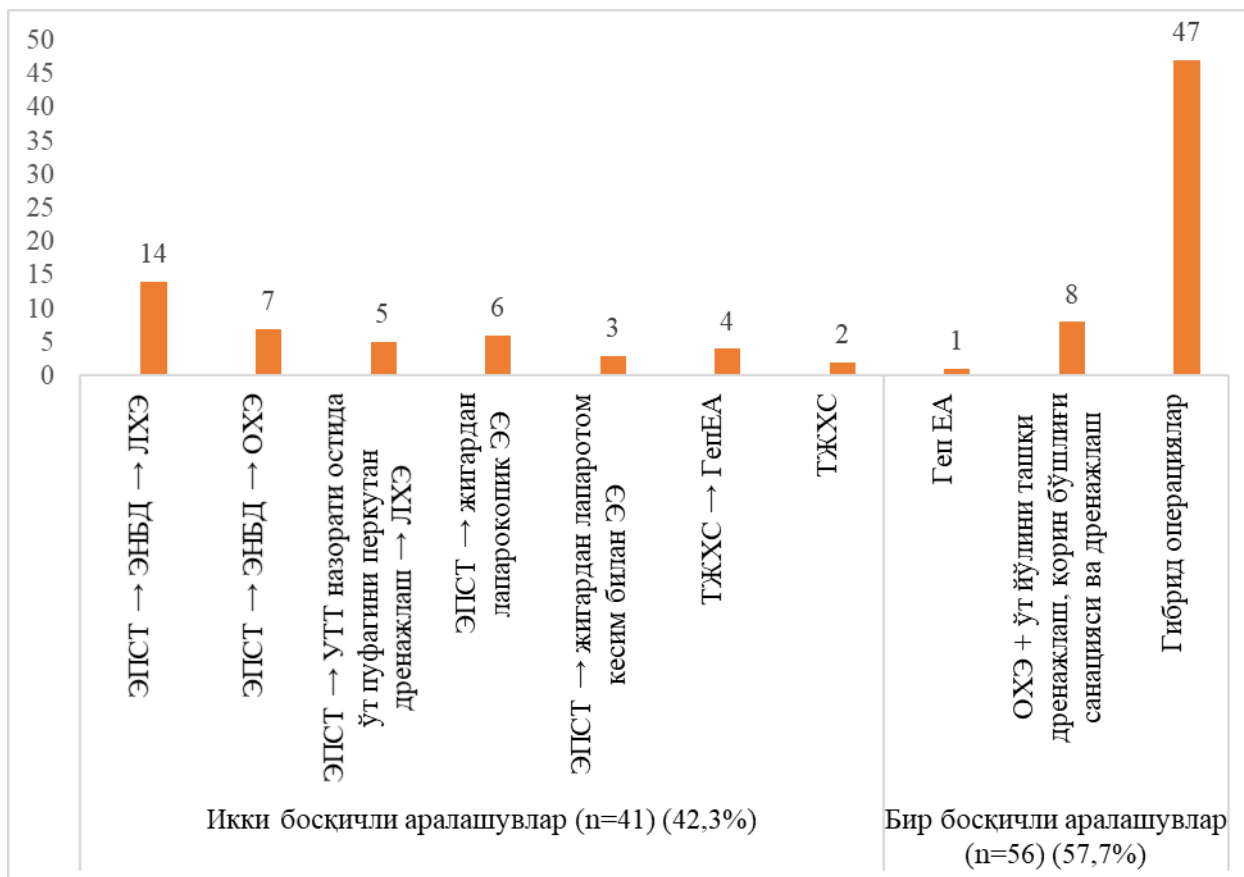


Расм 2. Асосий гуруҳда TG18, CCI ва ASA бўйича дифференциация қилинган ўткир холангитни жарроҳлик йўли билан бартараф этиш индивидуаллаштирилган алгоритми (n=97, 2022-2025 йиллар)

Миниинвазив аралашувларнинг умумий улуши 77,7% (22/97) ни ташкил этди, бу асосий гуруҳни таққослаш гуруҳидан кескин фарқ қилиши билан ажралди. Ушбу гуруҳда миниинвазив аралашувларнинг кенг арсеналидан фойдаланилиб, икки босқичли операцияларнинг улуши 42,3%ни ва бир босқичли операцияларнинг улуши 57,7%ни ташкил этди. Асосий гуруҳдаги беморларга биринчи босқичда ўт йўллари декомпрессияси учун ЭПСТ, УТТ назоратида ўт пуфагини перкутан дренажлаш, тери жигар

орқали холангиостомия ва гибрид операциялар кенг қўлланилди (расм 3).

ЭПСТ асосий гуруҳдаги 97 бемордан 88 тасида (90,7%) ўтказилди. У ўт йўллари декомпрессиясини таъминлашда даволашнинг асосий ўрнини эгаллади. Ўткир холангитга сабабчи бўлган холедохолитиазда ЭПСТ миниинвазив усул сифатида кенг қўлланилди, шунингдек эхинококк кистаси ўт йўлларида ёрилганда ЭПСТ амалга оширилди.



Расм 3. Асосий гуруҳда бажарилган операциялар

Операциянинг биринчи босқичи сифатида ўт йўллари чандикли торайиши бўлган асосий гуруҳдаги 6 (6,2%) беморда ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренажлаш амалга оширилди. Антеград декомпрессия усуллари билиар блок даражаси ва этиологик омилдан қатъий назар самарали бўлди.

Ҳаммамизга маълумки, бир неча технологияларни бир вақтда қўллаш гибрид операциялар деб ном олган. Гибрид операциялар 47 (48,4%) нафар фақат асосий гуруҳдаги беморларда бажарилди. Бир вақтнинг ўзида ишлайдиган хирургик ва эндоскопик бригадалар бир – бирларига ҳалақит бермасдан ишлаши талаб қилинади. Шунга кўра кўрсатилган схема бўйича бригадалар жойлашди. Интраоперацион холангиография ва ЛХЭ билан биргаликда литоэкстракция ўтказилганда, операцияни бажарувчи хирург беморнинг чап томонида бўлди. ЭПСТ ўтказишда эса эндоскопист беморнинг чап елкаси соҳасида жойлашди.

Ўт тош касаллиги туфайли бажарилган гибрид операцияларда дастлаб ЭПСТ ва литоэкстракция ва шундан сўнг лапароскопик холецистэктомиа бажарилди. Бу 32,9% беморда бажарилди, шунингдек 12,4% беморда холецистэктомиа очик усулда амалга оширилди. Шубҳали ҳолатларда интраоперацион холангиография бажарилди. Бундан ташқари, гибрид аралашувларга ўт йўллари хитин

қобиғи ва қиз пуфакчаларини олиб ташлаш ва жигардан лапароскопик усулда эхинококкэктомиа 3,1% беморларда бажарилди.

Гибрид аралашувларнинг бир тури сифатида Рендзвоус усули қўлланилганда ўт пуфаги мобилизация қилингандан, клипслангандан ва ўт пуфаги йўли кесилгандан сўнг, унга диаметри 0,35 - 0,5 мм, узунлиги 4 м бўлган гидрофил ўтказгич киритилди ва ўтказгичнинг учи ўн икки бармоқли ичак бўшлиғида визуализация қилинмагунча (дуоденоскоп ёрдамида) текис ҳаракатлантирилди. Эндоскоп канали орқали ўтказгични ушлаш учун юмшоқ нитинол ҳалқаси киритилди, шундан сўнг у кейинги манипуляцияларни бажариш учун дуоденоскоп орқали ўтказилди.

Асосий гуруҳнинг технологик устунлигини таъминлаган асосий омиллардан бири биз томондан таклиф этилган ва ишлаб чиқилган эндохирургик кесувчи ускуна (расм 4) бўлди. Ушбу ускуна учун Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги томонидан фойдали модельго патент олинган.

Адабиётларда ўхшаши бўлмаган ушбу эндоскопик жарроҳлик кесувчи ускунанинг энг принципиал ва ўзига хос қўлланилиши лапароскопик холецистэктомиа доирасида деструктив флегмоноз холециститда ўт пуфаги тубини кесиб олиш техникаси бўлди.



Расм 4. Эндохирургик кесувчи ускуна

Ушбу ҳолат асосий гуруҳдаги асоратланган ўт тош касаллигининг 78 та кузатуvidан 61 тасида юзага келди ва 14 та ҳолатда (флегмоноз холециститнинг 60,9%) эндоскопик жарроҳлик кесувчи усқунанинг қўллашни талаб қилди.

Шунингдек ушбу усқуна асосий гуруҳдаги беморларда лапароскопик усулда эхинококкэктомия бажаришда, эхинококк кистаси фиброз қаватини пункцион игна билан тешиб ўтиш қийин бўлган вазиятларда қўллаш мақсадга мувофиқ бўлди.

Шундай қилиб, беморларда билиар гипертензияни бартараф этиш учун жарроҳлик аралашувлари ҳам бир босқичли, ҳам икки босқичли форматда амалга оширилди. Такқослаш гуруҳида бир босқичли операциялар устунлик қилиб, 96,5% ни ташкил этди. Асосий гуруҳда ҳам бир босқичли аралашувлар устунлик қилди (57,7%), аммо уларнинг сезиларли қисми гибрид операциялар билан ифодаланди (48,4%) (жадвал 1).

Иккала гуруҳдаги жарроҳлик усулларининг қиёсий тавсифининг мантиқий якуни интраоперацион самарадорликни миқдорий баҳолаш ҳисобланади. Қўлланилган миниинвазив технологиялар ва инновацион воситалар мажмуаси барча асосий интраоперацион кўрсаткичлар бўйича асосий гуруҳнинг такқослаш гуруҳига нисбатан ишончли устунлигини таъминлади.

Ҳар иккала гуруҳнинг тактик алгоритмлари жаҳон далиллари базаси ва ўзимизнинг ретроспектив тадқиқот маълумотларини таҳлил қилиш

асосида ишлаб чиқилган. TG18 бўйича декомпрессия муддатини танлаш холангитнинг оғирлиги билан белгиланади: I даражада 24-48 соат, II да 24 соатгача, III да 12 соатгача. Шу билан бирга, TG18 амалиётнинг аниқ усулини белгиламайди, уни беморнинг ҳолати ва клиника имкониятларини ҳисобга олган ҳолда жарроҳ белгилайди.

Такқослаш гуруҳида (n=87) 30 кунлик асоратлар 14 нафар беморда (16,1%), ўлим 6 нафар беморда (6,9%) қайд этилди. Асоратлар ва ўлим даражаси аралашув турига сезиларли даражада боғлиқ бўлди: энг юқори кўрсаткичлар перитонит (18,2% ва 27,3%) ва реконструктив (ГДА/ГЕА (20,0%) операцияларида қайд этилди, бу сепсис ва тизимли яллиғланиш шароитида ҳажмли ва реконструктив аралашувларнинг юқори юкламасини акс эттиради. Ташқи дренаж билан очиқ усулдаги холецистэктомияда ўлим даражаси 3,6%, асоратлар 17,9% ни ташкил этди, бу асосан холедохотомия чокларининг етишмовчилиги туфайли ўт оқиши натижасида юзага келди. Очиқ эхинококкэктомия 12,5% ўлим ва 25,0% асоратлар билан кечган. Холецистолитотомия холецистостомия билан ва лапароскопик аралашувлар энг хавфсиз бўлди, аммо уларнинг паллиатив табиати холедохолитиазни бартараф этишни таъминламади.

Асосий гуруҳда (n=97) асоратлар фақат 2 беморда (2,1%) ва ўлим ҳолати 1 беморда (1,0%) қайд этилган. Жадвалда келтирилган аралашув турлари бўйича батафсил таҳлил шуни кўрсатадики, операцияларнинг аксарияти - 97 тадан 94 таси (96,9%) операциядан кейинги асоратларсиз ўтган. Асосий гуруҳдаги беморларга дифференциалланган ёндушувни қўллаш ва кам инвазив оператив аралашувлардан кенг фойдаланиш натижасида операциядан кейинги эрта даврда асоратлар частотаси 16,1%дан 2,1%гача. Летал ҳолат эса 6,9%дан 1,0%гача камайди, Интраоперацион летал ҳолат асосий гуруҳда кузатилмади (расм 5).

Операциядан кейинги тикланиш динамикасининг таҳлили асосий гуруҳнинг барча кўрсаткичлар бўйича тизимли устунлигини кўрсатди. Касалхонада ётиш давомийлигининг 2 бараварга (14,8 кундан 7,4 кунгача) ва Реанимация ва интенсив терапия бўлимида қолиш муддатининг 4 бараварга (3,2 кундан 0,8 кунгача) қисқариши алоҳида эътиборга лойиқ - бу жарроҳлик агрессиянинг камайиши, жароҳат асоратларининг йўқлиги ва ERAS протоколи доирасида эрта фаоллашувнинг бевосита натижасидир.

147 нафар холедохолитиаз бўлган беморлардан операциядан кейинги узоқ даврда 133 (90,5%) нафари кузатилди. Операциядан кейинги узоқ даврда асоратларнинг умумий частотаси, яъни юзага келган ПХЭС такқослаш гуруҳида 18,3%, асосий гуруҳда эса 5,5% ни ташкил этди.

Жадвал 1. Тадқиқот гуруҳларида амалга оширилган жарроҳлик аралашувлари

Такқослаш гуруҳи (n=87)			Асосий гуруҳ (n=97)			
Операциялар		абс. (%)	Операциялар		абс. (%)	
Бир босқичли аралашувлар (n=84) (96,5%)	ОХЭ + ўт йўлини ташқи дренажлаш	28 (32,3%)	Икки босқичли аралашувлар (n=41) (42,3%)	ЭПСТ → ЭНБД → ЛХЭ	14 (14,4%)	
	ОХЭ + ўт йўлини ташқи дренажлаш, корин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш	11 (12,6%)		ЭПСТ → ЭНБД → ОХЭ	7 (7,2%)	
	Холецистолитотомия + холецистостомия	21 (24,1%)		ЭПСТ → УТТ назорати остида ўт пуфагини перкутан дренажлаш → ЛХЭ	5 (5,1%)	
	ЛХЭ + ўт пуфагининг йўли орқали ўт йўллари дренажлаш	3 (3,4%)		ЭПСТ → жигардан ЭЭ	Лапароскопик лапаротом	6 (6,2%) 3 (3,1%)
	ОХЭ ўт йўллари декомпрессиясиз	1 (1,1%)		ТЖХС → ГепЕА	4 (4,1%)	
	ЛХЭ ўт йўллари декомпрессиясиз	2 (2,3%)		ТЖХС	2 (2,1%)	
	ГепДА	4 (4,6%)		Геп ЕА	1 (1,0%)	
	ГепЕА	6 (6,9%)		ОХЭ + ўт йўлини ташқи дренажлаш, корин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш	8 (8,2%)	
	Жигардан ЭЭ + ўт йўлини ташқи дренажлаш	5 (5,7%)		Гибрид операциялар	47 (48,4%)	
	Жигардан ЭЭ ўт йўллари дренажламасдан	3 (3,4%)		Бир босқичли аралашувлар (n=56) (57,7%)	шу б.б.	ЭПСТ + ЛХЭ
Икки босқичли аралашувлар (n=3) (3,4%)	ЭПСТ → ЛХЭ	1 (1,1%)	ЭПСТ + ОХЭ			12 (25,5%)
	ЭПСТ → ЭНБД → ЛХЭ	1 (1,1%)	ЭПСТ + жигардан ЛЭЭ			3 (6,4%)
	ЭПСТ → ОХЭ	1 (1,1%)				

Операциядан кейинги узоқ даврда гепатихоколедох стриктуралари туфайли операция ўтказган беморлар 9,2% (n=17) ни ташкил этди. Шулардан такқослаш гуруҳида узоқ муддатли асоратлар 50,0% беморларда (4/8) қайд этилди. Уларга беморларнинг 25,0% да қайта аралашувни талаб қиладиган билиодигестив анастомоз стриктураси ва 25,0% да унинг ўтказувчанлигининг қисман бузилиши билан боғлиқ холангитнинг қайталаниши кузатилди.

Такқослаш гуруҳида (n=7) очик эхинококкэктомиядан кейин узоқ муддатда асоратлар 3 нафар беморда (42,9%) қайд этилди: йиринглаш билан қолдик бўшлиқ - 1 нафар, киста ётоғидан сафро оқиши - 1 нафар, серологик маълумотларга

кўра эхинококкознинг қайталаниши - 1 нафар беморда кузатилди. Асосий гуруҳда лапароскопик эхинококкэктомиядан сўнг (n=9) қолдик бўшлиқлар ва ўт оқмалари қайд этилмади (0%). Бу натижа такқослаш гуруҳидан тубдан фарк қилади ва патогенетик жиҳатдан боғлиқ.

Ўт йўллари стриктураларида иккала гуруҳда ҳам ҳаёт сифати кўрсаткичлари холедохолитиазга нисбатан сезиларли даражада паст - бу дастлаб ушбу патологиянинг оғирроқ ва мураккаброқ хусусиятини акс эттиради. 12 ойдан кейин соғлиқнинг жисмоний компоненти (PCS) асосий гуруҳ 58,4 ва такқослаш гуруҳида 41,2ни ташкил этди.

4. Нормаматов Б.П., Давлатов С.С., Рахманов К.Э. Хирургическое лечение острого гнойного холангита на фоне холедохолитиаза. Биология ва тиббиёт муаммолари. 2025;3(161):102-104.
5. Нормаматов Б.П., Рахманов К.Э. Оптимизация хирургического лечения острого гнойного холангита. Анализ результатов применения гибридных операций и новых методов периоперационного ведения. Биология ва тиббиёт муаммолари. 2025;1(158):122-126.
6. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход при хирургическом лечении тяжелого острого панкреатита с прогнозированием результатов лечения. Uzbek journal of case reports. 2024; 4 (3): 6-11
7. Ризаев Э. А. и др. Клиническая эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения острого холецистита у больных старше 60 лет //Finland, Helsinki international scientific online conference." Sustainability of education socio-economic science theory" April 7th. – 2023. – С. 27-28.
8. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация методов хирургического лечения обструктивного холангита у больных пожилого и старческого возраста //Finland, Helsinki international scientific online conference." Sustainability of education socio-economic science theory" April 7th. – 2023. – С. 29-30.
9. Ризаев Э. А. и др. Аспекты хирургии желчно-каменной болезни у больных пожилого старческого возраста //Журнал гепатогастроэнтерологических исследований.–2023. – Т. 1. – №. 134. – С. 43-48.
10. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.
11. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация хирургических стратегий при остром панкреатите на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ эффективности и летальности //Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 189-189.
12. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.
13. Buxbaum J.L., Abbas Fehmi S.M., Sultan S., Fishman D.S., Qumsey B.J., Cortessis V.K., et al. ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis. Gastrointestinal Endoscopy. 2019;89(6):1075-1105.e15. doi:10.1016/j.gie.2018.10.001.
14. Davlatov S.S., et al. A New method of detoxification plasma by plasmapheresis in the treatment of endotoxemia with purulent cholangitis. Academic Journal of West Siberia. 2013;9(2):19-20.
15. Gafurovich N.F., Babajanovich K.Z., Salim D. Modified method of plasmapheresis in the treatment of patients with purulent cholangitis. European Science Review. 2018;(7-8):142-147.
16. Kiriyama S., Kozaka K., Takada T., Strasberg S.M., Pitt H.A., Gabata T., et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. 2018;25(1):17-30. doi:10.1002/jhbp.512.
17. Miura F., Okamoto K., Takada T., Strasberg S.M., Asbun H.J., Pitt H.A., et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. 2018;25(1):31-40. doi:10.1002/jhbp.509.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ
МИНИИНВАЗИВНОЙ ТАКТИКИ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО
ХОЛАНГИТА**

Маматов К.С., Сайинаев Ф.К.

Резюме. В статье представлены результаты хирургического лечения 184 пациентов с острым холангитом доброкачественного генеза. Обосновано применение индивидуализированного миниинвазивного алгоритма, основанного на оценке тяжести холангита по TG18, индекса коморбидности Charlson и анестезиологического риска по ASA. Использование эндоскопических, перкутанных, лапароскопических и гибридных вмешательств позволило снизить частоту послеоперационных осложнений, летальность, продолжительность госпитализации и улучшить отдалённые результаты лечения.

Ключевые слова: острый холангит, миниинвазивная хирургия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, билиарная декомпрессия, гибридные операции.