

УДК: 616-057.613.62

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН ДИАФРАГМАНИНГ ҚИЗИЛЎНГАЧ ТЕШИГИ ЧУРРАЛАРИ БИРГА КЕЛГАН ҲОЛАТЛАРДА ДИАГНОЗ ҚЎЙИШ ВА ХИРУРГИК ТАКТИКАНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ



Ўроков Шухрат Тўхтаевич, Холиков Фарид Юлдашевич, Кенжаев Лазиз Раззокович, Хамроев Худойшукур Нутфиллоевич

1 – Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.;

2 - Республика шошилинич тез тиббий ёрдам илмий Маркази Бухоро филиали,

Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

УЛУЧШЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРЫХ ХОЛЕЦИСТИТАХ И ГРЫЖАХ ДИАФРАГМЫ

Уроков Шухрат Тухтаевич, Холиков Фарид Юлдашевич, Кенжаев Лазиз Раззокович,

Хамроев Худойшукур Нутфиллоевич

1 – Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара;

2 – Бухарский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи,

Республика Узбекистан, г. Бухара

IMPROVING DIAGNOSIS AND SURGICAL TACTICS FOR ACUTE COLCULOUS CHOLECYSTITIS AND DIAPHRAGMAL GERNIA

Urokov Shukhrat Tukhtaevich, Kholikov Farid Yuldashevich, Kenjaev Laziz Razzokovich,

Khamroev Khudoyshekur Nutfilloevich

1 – Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara;

2 – Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care,

Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: Faridxoliqov89@mail.ru

Резюме. Ўт тош касаллиги энг кенг тарқалган касалликлардан биридир. Статистик тадқиқотларга кўра, катталар аҳолисининг 10-15 фоизда таиҳис қўйилган. Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, холецистит 8-12% ҳолларда диафрагмал чурра ва ГЭРК билан бирлаштирилади. Ушбу беморларни операциядан олдин этарли даражада текшириш кўпинча касалликнинг табиати тўғрисида тўлиқ хулосага келишга ва натижада жарроҳлик аралашувининг этарли даражада кўламига олиб келади. Демак, юкоридагиларни инобатга олиб, ўткир холецистит ва диафрагманинг кизилунгач тешиги чурралари бирга келган ҳолатларда даволаш усуллари беморларни барчасини қониқтираяпти дея олмаймиз. Ушбу йуналишидаги муаммоларни хал қилиш эса анчагина изланиш ва тадқиқот талаб қилади.

Калим сўзлар: Уткир тошли холецистит, диафрагманинг кизилунгач тешиги чурраси, лапароскопик холецистэктомия.

Abstract. One of the most common diseases is cholelithiasis (GSD). Statistical studies show that 10-15% of adults are diagnosed. According to some authors, cholelithiasis is combined with hiatal hernia and GERD in 8-12% of cases. Insufficient preoperative examination of these patients often leads to an incomplete conclusion about the nature of the disease and, as a consequence, to an inadequate scope of surgical intervention. Therefore, taking into account the above, it cannot be said that all patients are satisfied with the treatment methods for acute cholecystitis and hiatal hernia. Solving problems in this direction requires a large amount of research.

Key words: Acute calculous cholecystitis, hiatal hernia, laparoscopic cholecystectomy.

Кўпгина тадқиқотчилар ўт тош касаллиги (ЎТК), хусусан ўткир тошли холецистит (ЎТХ) ва диафрагма қизилўнганч тешиги чурраси (ДҚТЧ)

ўртасида яқин муносабатларни ўрнатдилар. Р.Б. Авакян ва А. Л. Гуша, хусусан, гастроэзофагеал рефлюкс сабаб бўлган, ДҚТЧ ва ЎТК

ривожланиш комбинацияси табиий деб хисоблашади. Жаррохлик тарихининг кўп йилларида тасвирланган клиник синдромлар ушбу фикларни қўллаб-қувватлайди. Ушбу синдромлардан бири Сейнт триадаси, булар ДҚТЧ, ЎТК ва йўғон ичакнинг дивертикулёзи билан комбинациясини ўз ичига олган бўлиб 3,2-5% ҳолларда ташхис қўйилган. Кейинги синдром Кастен триадаси 7,2% ҳолларда учраб, ЎТК, ўн икки бармоқли ичак яраси, ДҚТЧ комбинацияси билан характерланади. Яна бир синдром Лортат-Жейкоб синдроми деб номланувчи синдром бўлиб, ДҚТЧ, ўткир тошли холецистит ва кизилўнгач дивертикулларини бирлаштиради. Ўткир холецистит ва ДҚТЧ алоҳида комбинацияси беморларнинг 4,5-60 фоизда учрайди. [1; 2; 3; 4; 5; 6,8,10].

Анъанавий ва ЛХЭК ни амалга ошириш усуллари яхши ўрганилган ва такомиллаштирилган бўлсада, холелитиязли беморларни жаррохлик даволаш натижалари ҳали ҳам маълум муаммоларни келтириб чиқаради. Адабиётлар маълумотига кўра, ўт пуфагини олиб ташланган беморларнинг 20% гача "Постхолецистэктомик синдром" деб номланувчи муаммолар давом этмоқда [7,17,22,27,29,30]. Ушбу синдромга холецистэктомиядан кейин қориннинг юқори қисмида янги оғриқ пайдо бўлиши ва овқат ҳазм қилиш бузилиши киради.

Холецистэктомия қилинган беморларнинг 10-20% дан кўпроғида операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғидаги оғриқ хуружларининг пайдо бўлиши қайд этилган. Шунини таъкидлаш керакки, холецистэктомиядан кейин қорин қисмида ҳолатларининг 80%дан ортиғи операциянинг ўзи билан бевосита боғлиқ эмас [8,22,28].

Ишнинг мақсади: Диафрагманинг кизилўнгач тешиги чурраларини ўткир холецистит билан бирга келган ҳолатларда диагноз қўйиш ва даво самарадорлигини ошириш.

Материал ва методлар: Илмий иш Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалида I - II шошилич жаррохлик бўлимларида 2017-2023 лар давомида олиб борилди.

Бундай беморларни текшириш учун лаборатория ва инструментал текшириш усуллари қўлланилди. Диагностика алгоритмига клиник ва лаборатория тадқиқотлари усуллари, қорин

бўшлиғи аъзоларини ултратовуш текшируви ва эндоскопик, катта дуоденал сўргич ҳолати, ошқозон-ичак трактини юқори қисми эндоскопик текширувлари, МСКТ, ошқозон-ичак трактининг рентген контрастли текшириш усуллари кўрсатмаларга асосан бажарилди.

Текшириш беморлари 2 гуруҳга бўлиб ўрганилди. I-гуруҳга ўткир тошли холецистит билан турли вақтда операция қилинган (холецистэктомия) лекин диспептик шикоятлари бор беморлар киритилди (n=35). Бу беморлар операциядан кейинги даврда турли диспептик симптомлари бор ҳолда шикоят қилиб келди: зарда қайнаш, қорин дам бўлиши, оғиз аччиқ бўлиши, овқат қабул қилгандан кейин тўш остида оғриқ, кекириш. Ушбу гуруҳ беморлар орасидан юқорида кўрсатилган инструментал текшириш усуллари ўтказилганда диафрагманинг кизилўнгач чурраси (ДҚТЧ) ва турли даражада ривожланган рефлюкс-эзофагит ва гастроэзофагал рефлюкс касаллиги (ГЭРК) аниқланди. Бу беморларда клиник белгиларга асосан ретроспектив касаллик тарихлари юзасидан ва ҳозирги ҳолати юзасидан текширишлар олиб борилди. II-асосий гуруҳ беморлар (n=49) ЎТХ билан мурожаат қилиб келган ва шикоятларида асосий хуруж симптомларидан ташқари, узоқ вақт диспептик симптомлар билан аъзият чеккан беморларда, кўшимча равишда, юқорида кўрсатилган инструментал текшириш усуллари ўтказилган ҳолда турли даражада ривожланган ДҚТЧ бор беморлар ажратиб олинди.

Жинсий фарк бўйича аёллар (36 эркак ва 48 аёл) устунлик қилди. Беморларнинг ёшига қараб ва жинси бўйича тақсимланиши 1-жадвалда келтирилган.

Беморларни тадқиқотга киритиш мезонлари қуйидагилар бўлди: ГЭРБ ва эзофагитининг клиник белгилари эндоскопик ва рентгенологик тасдиқланган ва ўткир холецистит ташхиси қўйилган беморлар олинди.

I-гуруҳ беморлар орасида 17(48,5%) аёллар ташкил қилди, эркаклар 18(51,5%) ташкил қилди. Асосан беморлар 45-59 ёш оралиғида (25 бемор).

II-гуруҳ беморлар орасида аёллар кўпчиликни ташкил қилган бўлса 31(62,3%), эркаклар 18 (36,7%) ташкил қилди. Бу гуруҳдан ҳам аксарият беморлар 45-59 ёш оралиғида (29 бемор).

Жадвал 1. Беморларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши

Ёши	Эркаклар		Аёллар	
	I Гуруҳ	II Гуруҳ	I Гуруҳ	II Гуруҳ
18 - 44	1	1	-	3
45 - 59	10	12	15	17
60 - 74	7	5	2	11
75 - 90	-	-	-	-
Жами	18 (21,4%)	18 (21,4%)	17	31

Жадвал 2. Иккала гуруҳ беморларда учраган диспептик симптомлар учраши (n=84)

№	Диспептик симптомлар	I-гуруҳ (n=35)	II-гуруҳ (n=49)
1.	Зарда қайнаш	35 (100%)	49(100%)
2.	Кекириш	31(88%)	39(80%)
3	Оғиз аччиқ бўлиши	28(80%)	41(84%)
4.	Тўш остидаги оғриқлар	15(43%)	18(37%)
5.	Кўнгил айниш, қусиш	12(34%)	15(31%)
6.	Дисфагия	3(8,5%)	5(11%)

Биринчи гуруҳ беморларда бажарилган холецистэктомиялар (ХЭК) 25(71,4%) та ЛХЭК ва 10(28,6) тасида ТХЭК бажарилган. Операцияларни бажарилганлик муддати 3 ойдан 5 йилгача.

Операциядан кейин ушбу беморларнинг барчасида безовталиқ ва юкорида айтилган шикоятларнинг борлиги сабабли антисекретор терапия тавсия этилган. Чуқур инструментал текширишлар олиб борилганига қарамасдан ДҚТЧ аниқланмаган. Барча беморларда рефлюкс эзофагитнинг консерватив терапияси вақтинчалик таъсир кўрсатди. Терапия тўхтатилгандан сўнг симптомлар кайтган.

Иккала гуруҳ беморларда рефлюкс эзофагит клиник ва эндоскопик йўл билан ташхис кўйилди.

Биринчи гуруҳ беморларида зарда қайнаш 35(100%), оғиз аччиқ бўлиши 28(80%), тўш остидаги ва эпигастрал соҳадаги оғриқлар 15(43%) шикоят қилишган. Ушбу беморларда холецистэктомиядан олдин ҳам, кейин ҳам юкорида тавсифланган оғриқдан шикоят қилишган. Фақатгина беморлар ушбу шикоятлар билан УТГ ўтганида ўт пуфагидаги тошлар аниқланган ва беморларга ХЭК операцияси таклиф қилинган. Бу беморларнинг аксариятида операциядан кейин ҳам ушбу шикоятлар сақланган.



Расм 1. Иккала гуруҳ беморларда учраган диспептик симптомлар учраши (n=84)

Жадвал 3. ЎТХ бўлган беморларнинг клиник белгилари

ЎТХ белгилари	I гуруҳ (анамнездан) (назорат, n=35)	II гуруҳ (асосий, n=49)
Ўнг қовурга равоғи остидаги кучли оғриқ	31(88%)	44(90%)
Ўткир эпигастрал соҳада оғриқ	4 (12%)	5(10%)
Ўнг қовурга равоғи остидаги мушаклар таранглиги	12 (34%)	17(33,6%)
Щёткин-Блюмберг симптоми ижобий	4(10%)	6(13%)
Кўнгил айниши, қусиш, диспепсия	33(95%)	42(86,3%)
Ҳолсизлик, безовталиқ	32(92,7%)	42(86,3%)
Субфебрилитет	10(30%)	22 (44%)

Изоҳ: -* I гуруҳ ва II гуруҳ ўртасидаги сезиларли фарқлар аниқланди назорат гуруҳлари (p< 0,05)

Жадвал 4. I гуруҳ беморларда бажарилган операциялар (n=35)

I гуруҳ беморларида бажариладиган операциялар	I гуруҳ (n=35) бажариладиган операциялар (n=32*).	
	беморлар сони	
Жарроҳлик тури ва уларнинг комбинациялари	Лапараскопик	Анъанавий
Холецистэктомия (n=35)	24(68,5%)	11(31,5%)
Фундопликация (n=35)	22 (63%)	13(37%)

Жадвал 5. II гуруҳ беморларда бажарилган операциялар (n=49)

II гуруҳ беморларида бажариладиган операциялар	II гуруҳ (n=49) бажариладиган операциялар (n=32*).	
	беморлар сони	
Жарроҳлик тури ва уларнинг комбинациялари	Лапараскопик	Анъанавий
Холецистэктомия (n=49)	42(85%)	9(15%, 2 та конверсия)
Фундопликация (n=49)	42(85%)	9(15%, 2 та конверсия)

Иккинчи гуруҳ беморларда ЎТХ билан оғриган беморларда ўткир холециститга характерли симптомлар ривожланган: булар унгуковурга равоғи ва эпигастрал соҳадаги оғриқлар, Мерфи, Ортнера – Грекова, Мюссе – Гиоргиевского (Френикус симптоми), симптомларидан ташқари чуқуррок анамнез йиғилганда узок вақт давомида рефлюкс – эзофагит ва ДҚТЧнинг турли диспептик симптомлари бор эди булар: зарда қайнаш 49(100%), оғиз аччиқ бўлиши 41(84%), овқат қабул қилгандан кейин тўш остида оғриқ 18(37%), кекириш 39(80%), дисфагия 5(11%), кўнгил айниш ва қусиш 15(31%) ҳолатларда кузатилган (2 - жадвал).

Беморларда эпигастрал ва ўнгуковурга равоғи остидаги оғриқлар иккала гуруҳда ҳам 100% ҳолларда содир бўлганлиги аниқланди, дармонсизлик ва иштаҳанинг пасайиши - I ва II гуруҳларда гурӯпага мос равишда 32(92,7%) ва 42(86,3%); кўнгил айниши, қусиш ва диспепсия - 33(95%) ва 42(86,3%); ўнгуковурга равоғи остидаги мушаклар таранглиги 12 (34%) ва 17(33,6%) да қайд этилган; Щёткин - Блюмберг симптоми мусбат 4(10%) ва 6(13%) симптомлар қайд этилган (3-жадвал).

Асосий ва энг характерли иккала гуруҳда ҳам 100% шикоятлар бу зарда қайнаши. Кейинги куп учраган шикоятлар булар кекириш ва оғиз аччиқ бўлиши бўлиб иккала гуруҳда ҳам 80-90% орасида намоён бўлган.

Биринчи гуруҳ беморларида бажариладиган операциялар турлари 4-жадвалда келтирилган.

Биринчи гуруҳ беморларига юқорида айтганимиздек, анамнезидан ЎТХ сабабли холецистэктомия ўтказган беморлардан 35 бемор киритилган. Уларнинг 24(68,5%) тасида ЛХЭК ва 11(31,5%) ТХЭК операциялари ўтказилган. Касаллик тарихининг давомийлигига ва касаллик тарихи кўчирмасига асосан, беморлар ХЭК операциясини бошидан кечирганлик муддатлари қуйидагича тақсимланди: бир йилгача – 22(63%); 1 йилдан 3 йилгача – 12 (34%); 3 йилдан - 5 йилгача – 1 (3%) бемор.

Иккинчи гуруҳ беморларига ЎТХ сабабли мурожаат қилган ва йўлдош касаллик сифатида ДҚТЧ, ГЭРК бор беморлардан 49 нафари киритилган. Уларнинг 42(85%)тасида ЛХЭК ва 7(15%) ТХЭК операциялари ўтказилган.

Ушбу беморларда жарроҳлик тактикаси қизилўнгачнинг узунасига қисқариш даражасига, ДҚТЧ турига ва биргаликда жарроҳлик касалликларининг мавжудлигига боғлиқ эди.

Биринчи даражали қизилўнгач узунасига қисқариши бўлган беморларни жарроҳлик даволаш тактикаси вақт ўтиши билан сезиларли ўзгаришларга дуч келди. Илгари фундопликация кўпинча гастропексия, крурорафия билан бирлаштирилган, аммо кейинчалик бу аралашувлар аста-секин қилинмай бошланди, чунки улардан фойдаланиш кўпинча кучли оғриқ ва турли хил асоратларга олиб келди. Бундан ташқари, қизилўнгач узунасига қисқарганда, операциянинг асосий мақсади, ДҚТЧни бартараф қилиш эмас, балки гастроэзофагеал рефлюксни бартараф қилиш мақсадида кардия соҳасида манжеткали клапан яратишдир. Барча операциялар Ниссен операциясининг А.Ф. Черноусов модификациясида бажарилди.

Ўткир холецистит билан касалланган беморларда бир вақтнинг ўзида жарроҳлик аралашувларни (симултант) амалга оширишда биринчи босқичда ЛХЭК ўтказилди, чунки бу ўткир жараён ва уни бартараф қилмасдан биз антирефлюкс жарроҳлигини техник жиҳатдан бажаришимиз қийин деб ҳисоблаймиз. Биринчи гуруҳ беморларда анъанавий холецистэктомия қилинган беморларда, қорин бўшлиғининг юқори этажида чандиқли жараён бўлганлиги сабабли уларда фундопликация операцияси анъанавий кесим билан бажарилди. Бу 11 та бемордан 9 тасида. Асептика ва инфекцияни олдини олиш тамойилларига асосланиб, ЛХЭКда ишлатиладиган барча асбоблар бошқа асбоблар билан алмаштирилди. Операциянинг иккинчи босқичида ултратовуш асбоблари (диссекторлар) ишлатилди. Шундай қилиб, биринчи босқич

холецистэктомия амалга оширилади, иккинчи босқич-фундопликация.

II асосий гуруҳга ЎТХ ва ДҚТЧ, ГЭРК, рефлюкс – эзофагити бор бўлган 49 та бемор киритилган. Симултант операциялар фақат 9(15%) ҳолатда анъанавий усулда бажарилди. Беморларнинг 9 дан 2(4%) ҳолатда конверсия сабабли анъанавий лапаротом усулга ўтказилди.

Асосий II гуруҳга ўт пуфагининг ва атрофдаги тўқималар ривожланган деструктив жараёнлари (гангрена, ўт пуфаги абсцесси), перитонит, қорин бўшлиғининг юқори қаватида аниқ ривожланган чандиқ жараёни бўлган беморлар киритилмади.

Анъанавий операция ўтказиш техникаси, I гуруҳда бажарилган стандарт холецистэктомия усулида бажарилди. Кўшимча равишда қизилўнгачнинг ДҚТЧ операцияси Ниссен операциясининг А.Ф. Черноусов модификациясида бажарилди. Ушбу беморларда жарроҳлик тактикаси ўт пуфаги деструкцияси ва асоратларининг борлигига, қизилўнгачнинг узунасига қисқариш (Баррет қизилўнгачи) даражасига, ДҚТЧ турига боғлиқ булди.

Хулоса:

1. Ўткир тошли холецистит билан мурожаат қилган беморларда узоқ вақт давомида сурункали тошли холецистит ва диафрагма қизилўнгач тешиги чурраси касалликларига хос умумий диспептик симптомлардан иборат симптомокомплекс мавжуд. Беморларни даволашда операциядан олдинги даврда қизилўнгач тешиги чурраси, гастроэзофагал рефлюкс касаллигига шубҳа бўлганда кўшимча инструментал текширишлар ўтказиш керак.

2. Ўткир тошли холецистит билан бирга ДҚТЧ, ГЭРК мурожаат қилган беморларда операциялар кетма кетлиги сақланиши лозим. Биринчи навбатда холецистэктомия, иккинчи этапда инструментларни ултратовуш анжомларига алмаштирган ҳолда фундопликация операциясини бажариш.

3. Ўткир тошли холецистит ва ДҚТЧ бор беморларда симултант операцияларини бажариш, уларни алоҳида-алоҳида бажаришга нисбаттан солиштирилганда, беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилади.

4. Лапароскопик жарроҳлик усуллари анъанавий усуллардан фойдаланишнинг афзалликлари травматизациянинг камлиги, шунингдек лапаротомик яралар учун ўзига хос асоратларни ривожланиш эҳтимолининг (йиринглаш, операциядан кейинги чурралар шаклланиши) пастлиги балан характерланади. Шунингдек, ушбу тоифадаги беморларда бир вақтнинг ўзида операцияларни бажариш тиббий ва иқтисодий нуқтаи назардан кўпроқ мос келади.

5. Ўткир тошли холецистит ва ДҚТЧ бор беморларда симултант операциялар фақат ўт пуфагининг чекланган яллиғланиш жараёнлари бўлгандагина амалга оширилади.

Адабиётлар:

1. Балалыкин А.С., и др. Одномоментная лапароскопическая ваготомия и холецистэктомия // Хирургия, 2007-№4. -С. 68.
2. Березницкий Я.С., и др.. Симультантные операции в плановой хирургии органов брюшной полости // Клиническая хирургия, 2003. - Киев. - № 5. - С. 19-22.
3. Брагин В.В., Борзенко Б.В. Выполнение симультантных операций при сочетании желчнокаменной болезни с другими заболеваниями органов брюшной полости // Клиническая хирургия. - Киев, 1995. - №3. -С. 11-13.
4. Ванцян Э.Н., и др. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и хронический холецистит // Хирургия. - М., 1985.-№2. -С. 40-45.
5. Ветшев П.С., Шкроб О.С., Бельцевич Д.Г. Желчнокаменная болезнь. - М., 2013. - С. 137.
6. Дадвани С. А., Желчнокаменная болезнь (Руководство). - М., 2009.
7. Стрижелецкий В. В., Эндовидеохирургические антирефлюксные операции в сочетании с холецистэктомией - 2006 (Вестник хирургии имени И. И. Грекова. 2006. - Т. 165, № 5. - С. 28-31)
8. Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Диагностика и хирургическое лечение: Дис. д-ра мед. наук. М. 2001.
9. Kayumova, G. M., & Dustova, N. K. (2023). Significance of the femoflor test in assessing the state of vaginal microbiocenosis in preterm vaginal discharge. Problems and scientific solutions. (Vol. 2, No. 2, pp. 150-153).
10. Каюмова, Г. М. и др. (2022). Определить особенности течения беременности и родов при дородовом излитии околоплодных вод. *Scientific and innovative therapy. Научный журнал по научный и инновационный терапии*, 58-59.
11. Уроков, Ш. Т., & Хамроев, Х. Н. (2018). Клинико-диагностические аспекты механической желтухи, сочетающейся с хроническими диффузными заболеваниями печени (обзор литературы). *Достижения науки и образования*, (12 (34)), 56-64.
12. Хамроев, Х. Н., & Ганжиев, Ф. Х. (2023). Динамика структурно-функциональных нарушение печени крыс при экспериментальном алкокольные циррозе. *Pr oblems of modern surgery*, 6.
13. Хамроев, Х. Н., & Тухсанова, Н. Э. (2022). Новый день в медицине. *Новый день в медицине Учредители: Бухарский государственный медицинский институт, ООО "Новый день в медицине"*, (1), 233-239.

- 14.Хамроев, Х. Н., & Уроков, Ш. Т. (2019). Влияние диффузных заболеваний печени на течение и прогноз механической желтухи. *Новый день в медицине*, (3), 275-278.
- 15.Nutfilloevich, H. K., & Akhrorovna, K. D. (2023). Comparative classification of liver morphometric parameters in the liver and in experimental chronic alcoholism. *International Journal of Cognitive Neuroscience and Psychology*, 1(1), 23-29.
- 16.Хамроев, Х. Н., & Хасанова, Д. А. (2023). Жигар морфометрик кўрсаткичларининг меъёрда ва экспериментал сурункали алкоголизмда қиёсий таснифи. *Медицинский журнал Узбекистана | Medical journal of Uzbekistan*, 2.
- 17.Хамроев, Х. Н., Хасанова, Д. А., Ганжиев, Ф. Х., & Мусоев, Т. Я. (2023). Шошилиш тиббий ёрдам ташкил қилишнинг долзарб муаммолари: Политравма ва ўтқир юрак-қон томир касалликларига ёрдам кўрсатиш масалалари. *XVIII Республика илмий-амалий анжумани*, 12.
- 18.Хамроев, Х. Н. (2023). Провести оценку морфологических изменений печени в норме и особенностей характера ее изменений при хронической алкогольной интоксикации. In *Republican scientific and practical conference with international participation* (Vol. 30).
- 19.Khamroyev, X. N. (2022). Toxic liver damage in acute phase of ethanol intoxication and its experimental correction with chelate zinc compound. *European Journal of Modern Medicine and Practice*, 2(2), 12-16.
- 20.Каюмова, Г. М., Хамроев, Х. Н., & Ихтиярова, Г. А. (2021). Причины риска развития преждевременных родов в период пандемии организм и среда жизни к 207-летию со дня рождения Карла Францевича Рулье: сборник материалов IV-ой Международной научнопрактической конференции (Кемерово, 26 февраля 2021 г.). ISBN 978-5-8151-0158-6.139-148.
- 21.Хамроев, Х. Н., & Туксанова, Н. Э. (2021). Characteristic of morphometric parameters of internal organs in experimental chronic alcoholism. *Тиббиётда янги кун*, 2, 34.
- 22.Kayumova, G. M., & Nutfilloyevich, K. K. (2023). Cause of perinatal loss with premature rupture of amniotic fluid in women with anemia. *amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali*, 2(11), 131-136.
- 23.Nutfilloyevich, K. K. (2023). Study of normal morphometric parameters of the liver. *American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences* (2993-2149), 1(8), 302-305.
- 24.Латипов, И. И., & Хамроев, Х. Н. (2023). Улучшение Результат Диагностики Ультразвуковой Допплерографии Синдрома Хронической Абдоминальной Ишемии. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(4), 522-525.
- 25.Sh T, U., IK, S., Kh N, H., & Sh I, S. (2023). Improving the immediate results of surgical treatment of acute cholecystitis in patients with liver cirrhosis. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 14(2).
- 26.Kholikov, F. Y., & Kenzhayev, L. R. (2022). The choice of surgical tactics for the correction of a hiatal hernia in patients with cholelithiasis combined with gastroesophageal reflux. *Interdisciplinary Approaches to Medicine*, 3(2), 14-18.
- 27.Khamroev, B. S. (2022). Results of treatment of patients with bleeding of the stomach and 12 duo from non-steroidal anti-inflammatory drugs-induced oenp. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 1901-1910.
- 28.Хамроев, Х. Н. (2022, October). Функциональное состояние желудка до и после резекции желудка при “трудных” дуоденальных язвах. In *Problems of modern surgery, international scientific and practical conference with the participation of foreign scientists materials*. Andijan State Medical Institute.
- 29.Khamroyev, X. N. (2022). The morphofunctional changes in internal organs during alcohol intoxication. *European journal of modern medicine and practice*, 2(2), 9-11.
- 30.Khamroyev, X. N. (2022). Toxic liver damage in acute phase of ethanol intoxication and its experimental correction with chelate zinc compound. *European Journal of Modern Medicine and Practice*, 2(2), 12-16.
- 31.Teshaev, S. J., Tuhsanova, N. E., & Hamraev, K. N. (2020). Influence of environmental factors on the morphometric parameters of the small intestine of rats in postnatal ontogenesis. *International Journal of Pharmaceutical Research* (09752366), 12(3).

**УЛУЧШЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ И
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРЫХ
ХОЛЕЦИСТИТАХ И ГРЫЖАХ ДИАФРАГМЫ**

Уроков Ш.Т., Холиков Ф.Ю., Кенжаев Л.Р.,
Хамроев Х.Н.

Резюме. Одним из наиболее распространенных заболеваний является желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Исследования по статистике показывают, что 10-15% взрослых имеют диагноз. По мнению ряда авторов, ЖКБ сочетается с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и ГЭРБ в 8–12% случаев. Недостаточное предоперационное обследование данных пациентов нередко ведет к неполноценному заключению о характере заболевания и, как следствие, к неадекватному объему хирургического вмешательства. Поэтому, учитывая вышеизложенное, нельзя сказать, что все пациенты удовлетворены методами лечения при остром холецистите и грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. Решение задач в этом направлении требует большого количества исследований.

Ключевые слова: острый калькулезный холецистит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, лапароскопическая холецистэктомия.