

РЕСПУБЛИКА ШОШЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

РЕСПУБЛИКА ШОШЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

ТИЛЕМИСОВ СУЛТАН ОНГАРБАЕВИЧ

ЎСМА ЭТНОЛОГИЯЛИ МЕХАНИК САРИҚЛИҚДА ДИАГНОСТИКА
ВА ЎТ ЁУЛЛАРИ ДЕКОМПРЕССИЯ УСУЛЛАРИ ТАҒЛОВИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

14.00.40 – Шошлинч тиббиёт

ТИББИЁТ ФАHLЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

ТОШКЕНТ – 2021

УЎК: 616.36-008.5-006:616.367-07-08

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

Тилемисов Султан Онгарбаевич
Ўсма этиологияли механик саркинкада диагностика ва ўт йуълари
декомпрессия усуллари танловини такомиллаштириши 3

Тилемисов Султан Онгарбаевич
Совершенствование диагностики и выбора метода декомпрессии
желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза 23

Tilimisov Sultan Ongarbaevich
Improving the diagnostics and selection of methods of decompression
of bile ducts in patients with malignant obstructive jaundice 43

Навр қилинган ишлар рўйхати
Список опубликованных работ
List of published works 47

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.ТЪ.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

ТИЛЕМИСОВ СУЛТАН ОНГАРБАЕВИЧ

ЎСМА ЭТИОЛОГИЯЛИ МЕХАНИК САРКИНКАДА ДИАГНОСТИКА
ВА ЎТ ЙУЪЛАРИ ДЕКОМПРЕССИЯ УСУЛЛАРИ ТАНЛОВИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШИ

14.00.40 – Шошплинч тиббиёт

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

ТОШКЕНТ – 2021

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва заруряти. Дунда бир қатор жаррохлик йўли билан даволандиган механик сарикликни (МС) эрта ташхислаш ва адекват даволаниш танлаш масалалари ҳақида долзарблигини сақлаб келмоқда. Сўнгги йилларда ўт йўллари (УЙ) шикастланиши табиғати ва даражасини баҳолашдаги ташхисотдаги хатолари ҳозиргача 10-60 % атрафда сақланиб келмоқда. Бунинг натижасида беморларни ихтисослаштирилган хирургия ва онкология бўлимларида кеч йўналтириш ҳолатлар, касалликнинг асоратланган шакллари ҳамда ўлим кўрсаткичларининг юқори даражаси сақланиб келмоқда. Усма этнологияда механик сариклик (УЭМС) 14-27%, асоратлар натижада механик сариклик кучайганда амалга оширилган жаррохлик аралашуви операциядан кейинги ўлим кўрсаткичи усмасиз сарикликда 6,2-13,6%, УЭМС да 15-40% аниқланади.¹ Шуни инобатга олиб, усма этнология механик сариклик билан хасталанган беморларнинг даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган ташхислаш ва даволаш тартибинини ишлаб чиқиш соҳа ҳодимлари олдига турган долзарб муаммолардан биридир.

Жаҳонда усма этнологияли механик сарикликда диагностика ва ўт йўллари декомпрессия усуллари ташхислаш ижобий самардорлигини оптималлаштиришга қаратилган измий-талқиқотларга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу боралада усма этнологияли механик сариклик мавжуд беморларда эндоскопик транспанеллар ҳамда терм-жигар орақли нидобелинар аралашувининг имкониятларини белгилаш, оптимал радиқал ва паллиатив жаррохлик амалиётларини танлаш, кам инвазив манипуляция ва жаррохлик амалиёт кечирган беморларда очик радиқал ва паллиатив аралашулар натижаларини таққослаш, бу амалиётлардан кейин юзага келадиган асоратларни олдин олиншга қаратилган даволаш тизмининг тақомиллаштириш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизмининг тақомиллаштириши, жумладан, турли хирургик касалликларни ташхислаш, даволаш ва олдин олинш сифатини оширишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Харақатлар стратегиясига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...ихтисослаштирилган тиббий хизмат кўрсатиш кулайлиги ҳамда сифатини ошириш, тез ва шовишқин тиббий ёрдам тизмининг янада ислоҳ қилини, ногиронликнинг олдини олиш...»² каби вазифалар белгиланган. Шундан келиб чиққан ҳолда усма этнологияли механик сарикликда ташхислаш ва ўт йўллари декомпрессия усулларининг ишонлиқ жаррохлик амалиётда қўллаш

¹Назаров Ф.Г., Акбаров М.М., Оминов О.А. Резултатли хирургического лечения больных с протрузиями позвоночных межпозвоночных дисков //Актуальные проблемы тейологической хирургии – 2017. – С. 32-32
²Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947 сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Харақатлар стратегиясига тузатишдаги ги Фармони».

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2018.1.PhD.Tib.598 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Республика ишонлиқ тиббий ёрдам илмий марказида бажарилган.
 Диссертация аннотацияси икки тохтада (Ўзбек ва рус), ҳамда инглиз тилида резюме илмий кенгаш веб-сайтида (www.amaqr-center.uz) ва «Ziyouz» альборот-таслим порталда (www.ziyouz.net) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:
 Халидов Фирдав Абдухакимович
 тиббиёт фанлари доктори, профессор

Рисий алоқачилар:
 Акжолов Хабидулла Атауллович
 тиббиёт фанлари доктори, профессор
 Акбаров Миршавкат Мираллоевич
 тиббиёт фанлари доктори, профессор

Ётакичи ташкилот:
 А.Н.Сыганов номидаги илмий аниқлий хирургия
 маркази, Қозоқистон

Диссертация ҳовоси Республика ишонлиқ тиббий ёрдам илмий маркази ҳузуридаги илмий ларжақлар беруви D88.04.30.12.2019.Tib.63.01 рақамли Илмий кенгашиче 2021 йил 28.01.2021 йили қабул қилинган. (Материал 100115, Тошкент шаҳри Кичик ёлда йўли 2-уй. Тел: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05; e-mail: izmofits@mai.ru, Республика ишонлиқ тиббий ёрдам илмий марказининг мажлислар зали.

Диссертация билан Республика ишонлиқ тиббий ёрдам илмий марказининг Альборот-ресурс марказида таништиш мумкин (— рақамли болан рўйхатга олинган). Материал 100115, Тошкент шаҳри Кичик ёлда йўли кўчаси, 2-уй. Тел: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05.

Диссертация аннотацияси 2021 йил 21.04.2021 йили қабул қилинган.
 (2021 йил 21.04.2021 йил 24.04.2021 йил рақамли реестр баёниномаси).



А.М.Халидович
 илмий ларжақлар беруви илмий кенгаш раиси,
 тиббиёт фанлари доктори, профессор

Х.Э.Алиев
 Илмий ларжақлар беруви илмий кенгаш илмий котиби, фалсафа доктори (PhD)

Б.К.Алтиев
 Илмий ларжақлар беруви илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори

самардорлигини оширишга қаратилган даволаш тартибви амалга ошириш долзарб илмий йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Харажатлар стратегияси тўғрисида», 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилчи tibбий ёрдам фойлиги тизимини ташкил этиш ва моддий-техник балани келгусида мустаҳкамлаш бўйича чора-тадбирлар тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПК-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган tibбий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа мезърий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилди.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Ўсма этиологияли механик сариклиги ташхислаш ва комплекс даволаш бўйича тадқиқотларда асосий уруқ гепатопанкреатобилияр соҳаси ўсма билан шикастланиш даражасини ва тарқалганлигини аниқлашнинг янги усуллари ва янги техник воситалари маҳсадага мувофиқлиги ҳамда самардорлигини ўрганишга, унинг гистологик, иммуногистокимёвий ва гистогенетик турларини аниқлашга қаратилган. Бирок, сўнгги йилларда жадал ишлаб чиқилаётган ва жорий этилаётган янги интервенцион эндобилияр технологиялар қиммати ва камлиги сабаб хали кенг қўлланилмайди. Бундан ташқари, ушбу илмий усуллар юқори ятроген халфга эга, кўп ҳолларда оғир асоратларга олиб келади, шунга кўра Европа гастроинтестинал эндоскопия ҳамжамияти томонидан чоп этилган сўнгги қўлланмада янгар ташқариси ўй обструкцияси мавжуд беморларда ўйни операциядан олдин стейтлашни тавсия этилмайди³.

Ўзбекистонда янгар ва ўт йўллари механик сариклик хасталигини хирургик амалиёти бажаришда (Ш.И.Каримов, Ф.Г.Назиров, Н.У.Арипова, А.М. Хаджабаев ва б. 2020) катор илмий тадқиқотлар олиб боришган. Бу мутахассисларнинг таъкидлашича ўсман тўлиқ олиб ташлаш (RO) энг самарали усул ҳисобланади, шу билан бирга радикал операция узок мудатларда ўсма қайта ўсмаслигини кафолатланмаслигини бидиришлади. Бундан ташқари, ўсма резектив бўлганда ҳам ёндош касалликлар, йирингли

хлангит, янгар етешмовчилиги мавжуд беморлар ҳолати доим ҳам радикал аралашуви амалга оширишга имкон бермайди.

Тадқиқотнинг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Республика шонлини tibбий ёрдам илмий марказининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ №ПЗ-2017-0928602 «Гепатобилияр трактининг шонлинич хирургиясида янги усулларни такомиллаштириш ва реконструктив амалиётларининг янги усулларини ишлаб чиқиш» мавзусидаги грант лойиҳаси доирасида бажарилган (2018–2022 йй).

Тадқиқотнинг мақсади ўсма этиологияли механик сарикликда ўт йўллари декомпрессияси минимизация усулларини қўллаш орқали ўсманни жойлашуви хисобга олган ҳолда очик паллиатив ва радикал аралашув босқичларининг такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

Ўсма этиологияли механик сариклик мавжуд беморларда ўт йўллари шикастланиши даражаси, гендер, демографияк, клиник ҳусусиятларини тахлил қилиш;

янгарнинг ўсма шикастланишини ташхислашда ультратовуш текширувчи ва мультиспирал компьютер томографияси мультимодларини қиссий баҳолаш, касалликнинг сонографияк ва МСКТ сизнотикасини баҳолаш;

Ўсма этиологияли механик сарикликда эндоскопик транспапиллар эндобилияр аралашувининг даволаш-диагностик имкониятларини белгилаш, манипуляциядан кейинги асоратлар даражаси, тузилани ва сабабларини баҳолаш ҳамда даволаш усулларини такомиллаштириш;

Ўсма этиологияли механик сариклик мавжуд беморларда тери-янгар орқали антеград эндобилияр аралашуви амалга ошириш техникасини такомиллаштириш, босқичма-босқич тери-янгар орқали ўсма структурасини қайта реконструкциялаш усулини клиник қўллаш натижаларини баҳолаш;

Ўсма этиологияли механик сариклик мавжуд беморларда очик радикал ва паллиатив аралашувлар натижаларининг таққослаш, беморларни парваришланишиг икки босқичли тактикасида жарроҳлик аралашуви ҳамжамини баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Республика шонлинич tibбий ёрдам илмий маркази шонлинич хирургия бўлимида ўсма этиологияли механик сариклик билан 2006-2018 йиллар давомида стационар шартотда даволанган 719 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети бўлиб ўсма этиологияли механик сариклик мавжуд беморларнинг клиник тавсифи, нур ташхисотининг замонавий воситалари ҳамда интервенцион радиология усуллари, очик радикал ва паллиатив жарроҳлик муолажалари материаллари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда ўсма этиологияли механик сариклик ташхислаш ва хирургик даволашда обструкциясини паллиатив ва

³ Banales J.M., Cardinale V., Carpino G., Mirzish M., Andersen J.B., Invernizzi P., Lind G.E., Folzeraas T., Forbes S.J., Foussiier L., et al. Expert consensus document: Cholangiocarcinoma: Current knowledge and future perspectives consensus statement from the European Network for the Study of Cholangiocarcinoma (ENS-CCA) Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. 2016;13:261–280.

радикал бартараф этишда хирургик амалиётнинг самарли даволаш усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

ўсма этиологияли механик сариклик билан хасталанган беморлар орасида ўсма билан шикастланишнинг атроф-муҳит омилларининг салбий таъсири, ўт-тош касалликлари, сурункали жигар касалликлари ва гепатитларнинг зарарланиши клиник хусусиятлари асосланган;

ўт йўллари шикастланиш даражасини ҳисобга олган ҳолда эндобилиар аралашувларни амалга оширишда проксимал тўсигида антеград аралашув, дистал тўсигида ретроград эндобилиар аралашувларнинг анатомик хусусиятларини инобатга олиб бажаришнинг дифференциал ёндашувининг зарурати ишлаб чиқилган;

ўсма этиологияли механик сариклик мавжуд беморларда ташқаридан минниязив тери-жигар оркали эндобилиар жарроҳлик муолажасини оптимallasштирилган босқичма-босқич ўсма тораёйинини реканализациялаш техникаси жорий этилган;

ўт йўллари тўсилиши туфайли юзга келган механик сариклик жигар шпшмовчилигига олиб келади. Шу туфайли минниязив декомпрессиясини амалга оширмасдан очик операцияларда наркоз ва қўлланилган дори воситаларининг жигар етишмовчилигини кучайтириши сабабли операциядан кейинги асоратлари ва ўлим даражасини кескин ортиши исботланган;

ўсма этиологияли механик сариклик билан хасталанган беморларни хирургик даволаш икки босқичли декомпрессия йўлининг самардорлиги ҳамда ўсман радикал олиб ташлаш имкониятини сезиларли даражада ошириши тартиб ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

ўсма этиологияли механик сарикликнинг клиник белгилари ультратовушли ва мультиспирал компьютер томографияси семиотикаси асосида янги информатив маълумотлар билан бойитилган;

ўсма этиологияли механик сариклик мавжуд беморларда асцит ҳам кузатишганда ўт ва корин бўшлигини бир вақтда тери-жигар оркали холангностомия ва корин бўшлигини дренажлаш усули ишлаб чиқилган; ҳафсиз нонивазив ва юқори хабардорлик усули магнит резонанс томографиясида холангиография натижаларига асосланиб, бирламчи ўт йўллари декомпрессияси усулини белгилаш ёндашуви ишлаб чиқилган;

ўсма этиологияли механик сариклик мавжуд беморларда жарроҳлик амалиётини ўтказишнинг икки босқичли усули ишлаб чиқилиб, бу орқали ўт йўллари ўсмасини радикал олиб ташлаш имконияти сезиларли кенгайтириш орқали даволаш тартиб РИТДИМ хирургия бўлимлари, ҳамда РИТДИМнинг Бухоро, Жиззах филокаллари клиник амалиётга жорий қилинган.

Тадқиқот натижаларининг инновациялиги. Тадқиқотда қўлланилган инновар ёндашуви ва усуллар, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан турлилиги, текширилган беморлар сонининг старклилиги,

тадқиқотда қўлланилган замонавий ўларо бир-бирини тўлдирувчи клиник, лаборатор, инструментал ва статистик усуллар ёрдамида ишлаб берилганлиги, шунингдек, ўсма этиологияли механик сарикликда диагностика ва ўт йўллари декомпрессия усуллари ташловини такомиллаштиришда халқаро ҳамда маҳаллий таърибалар билан тахассусланган, ҳулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти ўсма этиологияли механик сариклик билан хасталанган беморларни хирургик даволашнинг икки босқичли декомпрессия йўли такомиллаштирилиб, ўсман радикал олиб ташлашнинг янги самардор усуллари ишлаб чиқиш орқали, касалликни даволаш бўйича келгусида чуқур тадқиқотлар олиб бориш учун замин яратилганлиги, беморларда жигар етишмовчилиги ривожланиши ва ўлим кўрсаткичининг пасайтириш имконият яратилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти ўсма этиологияли механик сариклик мавжуд беморларни даволашда жарроҳлик амалиётини қўллашда таххисот, даволаш алгоритми такомиллаштириши, ўсма этиологияли механик сарикликни ташхислаш, даволашда дифференциалланган алгоритмни қўллаш беморларда асоратлар ривожланиши олдини олиш, касаллик кайтлашишни камаййтириш, даволаш самардорлигини ошириш ҳамда беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш имконияти яратилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларини жорий қилишнинг. ўсма этиологияли механик сарикликда диагностика ва ўт йўллари декомпрессия усуллари ташловини такомиллаштириш бўйича олинган натижалар асосида:

ўсма этиологияли механик сарикликни ташхислаш ва ўт йўллари декомпрессия усуллари ташловини такомиллаштириш натижалар асосида ишлаб чиқилган «ўсма этиологияли механик сариклик билан касалланган беморларни ташхислаш ва даволаш алгоритми» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 31 мартдаги 8н-д/121-сон маълумотномаси). Натижада ўсма этиологияли механик сарикликни ташхислаш ва ўт йўллари декомпрессия усуллари ташловини такомиллаштириш орқали касалликни даволаш тактикасини танлаш ҳамда беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган;

ўсма этиологияли механик сарикликда диагностика ва ўт йўллари декомпрессия усуллари ташловини такомиллаштиришга қаратилган тадқиқот натижалари соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Республика шовиллиқ илмий амалий тиббиёт марказининг Бухоро ва Жиззах виллоятлари филиаларининг шовиллиқ хирургия бўлимлари амалий фаолиятига тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 15 апрелдаги 8н-э/72-сон маълумотномаси). Олинган натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши ўсма этиологияли механик сариклик билан касалланган беморларда асоратларнинг ташхис сифатини яхшилаш, операциядан кейинги

РШТЕИМ таърибаси умумийлаштирилди. Эркаслар ва аёллар нисбати 1 га 1,1 (эркаклар – 338, аёллар – 381) бўлди, беморлар орасида кекса ва қари ёшлар асосий қисмини ташкил этди (44); 61,3%. Беморларнинг ёши 19 дан 89 ёшгача диапазонни қамраб, ўртача ёш $62,5 \pm 12,0$ ни ташкил этди (1-жадвалга қараг).

1-жадвал

Текширилган беморларнинг гендер-ёш таъсифи

Эркаслар/аёллар	Ёш, йил		Беморлар сони	
	Абс	%	Абс	%
Ёш (ЖССТ таъсифига кўра, 2000):	338/381 (1/1,1)	47,0/53,0		
Ёшлар (18-29 ёш)	5	0,7		
Ўрта кичик (30-44 ёш)	51	7,1		
Ўрта катта (45-59 ёш)	222	30,9		
Кекса (60-74 ёш)	312	43,4		
Қари (75 ва ундан катта)	129	17,9		
Min			19	
Max			89	
Ўрта ёш, M \pm σ			62,5 \pm 12,0	

ЎЭМС бўлган ақсарит беморларда (525; 73,0%) клиникага келганда ўрта (28,1%) ва оғир (44,9%) даражадаги сарислик аниқланган, улар сарислик давомийлиги билан корреляцион боғлиқ бўлишмаган ($R=0,19$), бу ҳамаси хавфли ўй обструкциясининг аста-секин риножапаниши билан боғлиқ бўлган (1-расм)



1-расм. Механик сарисликнинг оғирлик даражаси.

ЎЭМС сабаблари ва шикастланиш даражасини УТТ, МСКТ, МРТ-ҳолангиотграфия ва бевосита контрастираниянинг (ЭРГИТ ва ТЖОХС) андиобилан усулларини қўллаб комплекс текшириш натижаларига кўра аниқланган. Кузгугуларда, кўп ҳолларда (431 (59,9%) беморда) ошқозонни беэзи бошчаси ва холедох терминал қисми(ХТК) ўсмаси ташхисланди. Кейинги ўринларда учраш частотасига кўра катта дуоденал сўргич(КДС)

асоратларни 21,9% дан 9,9% гача ва ўлим кўрсаткичини 9,3% дан 3,3% гача камайтиришга, касалхонда бўлиш ўрни кун 4 кунга камайтириш имконини берган.

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

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 15 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 2 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациясининг тузиллини ва ҳажми. Диссертация таркиби қирини, тўртта боб, ҳулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЪМУНИ

Қирин қисми ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва заруратини асослашга, текшириш мақсади ва вазифалари, объект ва предметларини таъсифлашга бағишланган, тадқиқотнинг Республика фан ва технологияларининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган. Тадқиқотнинг илмий аниқлиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «Ўсма этиологияли механик сарислик муаммосининг замонавий қарашлар» деб номланган биринчи бобда биринчи боби тўртта бўлимдан иборат бўлиб, муаммонинг бугунги кун ҳолатига бағишланган адабиётлар шарҳи таъсирланган. ЎЭМС бўлган беморлар яшовчанлигини оширишнинг энг самарали усули ўсманни тўлиқ олиб ташлаш бўлиши (RO), операциянинг ушбу ҳажми ўсманнинг узок мудатда қайталанмаслигини кафолатламайди. Бундан ташқари ўсма резекция бўлса доним ҳам беморда жигар етishмовчилиги, холангит ёки ёндош касалликлар мавжудлигида радикал аралашуви амалга ошириш имкони мавжуд эмас. ЎЭМС муаммоларига бағишланган адабиётлар ўрганилганда диагностика ва даволашнинг минимал инвазив интервенцион усулларини ишлаб чиқиш ва такомиллаштиришга, уларнинг самарадорлиги ва хавфсизлигини баҳолашга асосий эътибор қартилди.

Диссертациянинг «Ўсма этиологияли механик сарисликни шовилнич даволашда тадқиқот материал ва усуллари» деб номланган юккинчи бобда текширилган беморлар ва тадқиқот усулларининг умумий таъсифи келтирилган.

Мазкур диссертация тадқиқоти доирасида ЎЭМС бўлган 719 нафар беморда ўй обструкциясини паллиатив ва радикал бартараф этиш бўйича

ўсмаси (133; 18,5%), жигар дарвозаси ўсмаси (113; 15,7%) ва ўт пуфаги ўсмаси ва холедохнинг ўрта учлиги ўсмаси кузатишди (42; 5,8%),(2-расм)



2-расм. Ўсманнинг жойлашган жойи.

ЎЭМС бўлган беморларнинг тахминан 1/5-қисми клиникага йирингли холангитнинг аққол белгилари (Шарко триадаси) билан (146; 20,3%) ёки ўй ялагиланишнинг субқлиник шакли билан (лейкоцитоз, лейкоформулаларнинг чап томонга сийқизиши) билан муражаат қилишади. Шу ўрнида ЎЭМСда холангит ривожланиш хавфи бевосита беморларнинг касалхонага келиб ётиш муддатига боғлиқ. Шундай қилиб, агар МС ривожланишнинг биринчи ҳафтада касалхонага ётказилган беморларда ушбу асоратларнинг пайдо бўлиш частотаси 15,2% ни ташкил этган бўлса, иккинчи ва учинчи ҳафтalarda ушбу кўрсаткич мос равишда 18,2% ва 25,5%га ошган. Йирингли холангит бўлган 146 нафар беморларнинг 12 тасида (8,2%) клиникага келган вақтида жигарнинг холангитоген абсцеслари мавжуд бўлган. Одатда бу сариклик синдроми пайдо бўлишидан бошлаб икки ҳафта ва ундан кўп ўтганда ривожланган. ЎЭМС ривожланишида энг биринчи ўринда ва бир мунча вақт олдинроқ гепатоситлар зарарланиш кузатилади. Бу ўз навбатида жигар трансфераза ферментларининг концентрацияси оиниши билан кузатилиб 61,7% беморда сарикликнинг биринчи ҳафтасидек пайдо бўлади. Ўртача ушбу кўрсаткич 51,5% ташкил этади (2-жадвалга қаранг).

2-жадвал
Ўсма этиологияли механик сарикликнинг турли мuddатларида ЎЭМС асоратлари даражаси, абс. (%)

Асоратлар	≤7 кун	8-14 кун	≥15 кун	Жами
Холангит	41 (15,2)	24 (18,2)	81 (25,5)	146 (20,3)
Цитоліз синдроми	166 (61,7)	67 (50,8)	137 (43,1)	370 (51,5)
Асцит	5 (1,9)	6 (4,5)	12 (3,8)	23 (3,2)
Жигар абсцесси	-	6 (4,5)	6 (1,9)	12 (1,7)
Жами	269	132	318	719

Диссертациянинг «Ўсма этиологияли механик сарикликда минимал инвазив эндобилинар аралашувнинг диолаш-диагностика имкониятларини баҳолаш» деб номланган учинчи бобида нур визуализация ва эндобилинар аралашувнинг диагностика информативлиги ва даволаш имкониятларига қиёсий баҳо берилган. ЎЭМС бўлган 719 нафар беморда трансабдоминал ультратовушли сканерлашдан ниҳил скрининг усули ва гепатопанкреатодуоденал соха (ГПДС) органлар ҳолатини динамика назорат қилиш усулидан фойдаланишдаги клиник тажриба ушбу диагностика усули ўй шиклашнинг даражасини анёқ ишончли белгилаш ва ўй обструкция сабаблари тўғрисида мълумот олиш имконини беради. Ўсма жараёни табиатини аниқлашда трансабдоминал УТТ информативлиги ўй дистал қисми шиклашнинг анча юқори бўлган (66,2%), ўй проксимал қисми шиклашнинг эса усул информативлиги икки баравар паст кўрсаткич (30,8%) кўрсатган. Ўсманнинг жойлашуви ва ўт йўли блоклин УТТ ва диагностиканинг инвазив усуллари (ЭРПХГ ТЖОХГ) мълумотлари билан таққослашнинг 3-жадвалда келтирилган.

УТТда жигар тўқмаларининг ўсма шиклашнинг визуализациясида гепатосцеллюляр саратон ёки жигардаги метастаз (88,2%), онкозон ости бези бошқаси ўсмаси (84,0%) ва ўт пуфаги саратони (68,1%) шаклида ахши акс этади.

3-жадвал
Ўсма шаклидан келиб чиқиб, УТТда аниқланган, таххислашнинг инвазив усули мълумотлари бўйича таққосланган блоклиннинг даражасини таққослаш, абс. (%)

Инструментал текшириш мълумотлари бўйича ЎЭМС сабаблари	Беморлар сони, n=719	ЎЭМС сабабларини аниқлашда УТТ информативлиги	УТТда дистал блоклиннинг=485	
			Ошқозон ости бези бошқаси ўсмаси	268 (84,0)
Кагга дуоденал сургич ўсмаси	132 (27,2)	50 (37,9)	Холедох терминал қисми ўсмаси	3 (8,8)
Жами	485	321 (66,2)	УТТда проксимал блоклиннинг=234	
Клицини ўсмаси	145 (62,0)	8 (5,5)	Ўт пуфаги ўсмаси	49 (68,1)
Гепатосцеллюляр саратон ва жигардаги метастаз	17 (7,2)	15 (88,2)	Жами	72 (30,8)
Жами	234	72 (30,8)		

ЎЭМСда амалий МСКТнинг диагностика аҳамиятини баҳолаганда, ушби диагностика усулининг умумий аниқлиги амалий жиҳатдан 100 фоизга яқинлашиб, Клицини ўсмаларида 91,1%ни жигарнинг хавжли хосилларида 100%ни ташкил қилади. Шундай қилиб, жигар паренхимаси

шикташларида (гепатоцеллюлар саратон ва жигардаги метастаз) усул 100% сезувчанлик (С), ўзига хослик (ЎХ) ва умумий анкиликка (УА) эга. Ошқозон ости бези бошчаси ўсимлиги анкилашда МСКТ сезувчанлиги 97%, ўзига хослиги – 94%, умумий анкилиги – 95,2% ни ташкил этади. Ваҳоланки МСКТнинг ХТҚ ва жигар дарвозаси ўсимлирини анкилашдаги ўзига хослик ва умумий анкилик баландроқ бўлиб, ХТҚ ўсимли учун тегишли равишда 96% ва 93,5%, Кларкин ўсимасида 99% ва 91,1% ни ташкил этади. МСКТ, шунингдек, юқори бўлмаган сезувчанлигини КДС ўсимлирини анкилашда ҳам кўрсатади, бироқ ўзига хослик ва умумий анкилик бу ўсимлар учун мос равишда 100 ва 98,4% ни ташкил этади (4-жадвал).

4-жадвал
Механик сарқиллик белгилари ва сабабларини анкилашда МСКТнинг диагностика анкилиги, n=124

Механик сарқилликни анкилашда МСКТ анкилиги	"Х ⁺ "	"Х ⁻ "	"Ў ⁺ "	"Ў ⁻ "	С, %	ЎХ, %	УА, %
Ошқозон ости бези бошчаси ўсимаси	59	59	4	2	97	94	95,2
Холедох терминал қисми ўсимаси	5	111	5	3	63	96	93,5
Катта дуоденал сўрғич ўсимаси	10	112	0	2	83	100	98,4
Кларкин ўсимаси	19	94	1	10	65,5	99	91,1
Ўт пуфаги ўсимаси	15,3	75,8	0,8	8,1	80	98	96,0
Гепатоцеллюлар саратон ва жигардаги метастаз	9	115	0	0	100	100	100
Изох: Х ⁺ – ҳақиқий мусбат, Х ⁻ – ҳақиқий манфий, С ⁺ – сохта мусбат, С ⁻ – сохта манфий натижа	7,3	92,7	0	0			

ЭРПХГ натижаларига кўра ЎЭМС этиологиясида дистал зарарланган кўпроқ учраб, катта дуоденал сўрғич ўсимлари учраши 124 беморда (22,1%) ошқозон ости бези бошчаси ва холедох терминал қисми ўсимлари – 319 (56,8%) беморда кузатилган. Ўт пуфаги ўсимлари ва холедох ўрта 1/3 қисмида ўсимнинг учраши 56 беморда (10,0%), шунингдек, жигар дарвозаси ўсимлари 63 (11,2%) беморда анкиланган.

ЎЭМСда эндоскопик ретроград эндобиллар аралашувининг даволаш-диагностика имкониятлари 562 нафар беморда ўрганилган. Ўйнинг муваффақиятли ретроград декомпрессияси кўрсаткичлари 75,4% ни ташкил этади. Муваффақиятли декомпрессия жигар дарвозаси ўсимларида 27,0% ҳолатларда, КДС ўсимасида 99,2% гача ташкил қилган, яъни блокланган дарвозаси қанча проксимал бўлса эндоскопик декомпрессияни амалга

ошириш муваффақият эҳтимоли шунча паст бўлди (R= 0,9629) (3-расмга қараи).



3-расм. Ўт бўллари блокланган даражасидан келиб чиқиб муваффақиятли эндобиллар декомпрессия даражаси

24,6% ҳолатда эндоскопик транспанеллар аралашуви усули самарасиз бўлди, манипуляциядан кейинги асоратлар частотаси 17,4% ни, умумий ўлим кўрсаткичи 9,2% ни ташкил этади. ЭРПХГ-аралашувининг энг жиддий асоратлари муолажалдан кейинги йирингли холангит бўлиб ўлим кўрсаткичи 57,1%, жигар етишмовчанлиги ривожланиши, ўлим кўрсаткичи 41,7% ни ташкил этади (5-жадвалга қараи).

5-жадвал
Ретроград эндобиллар аралашувидан сўнг асоратлар, абс. (%)

Асорат тури	Асоратлар сон	Вафот этди
Муолажадан кейинги йирингли холангит	77 (13,7)	44 (57,1)
Панкреитит	17 (3,0)	-
Палладом ярдан қон кетиши	15 (2,7)	3 (20,0)
Жигар етишмовчанлиги ривожланиши (холангит клиникасиз)	12 (2,1)	5 (41,7)
Ретродуоденал перфорация	2 (0,4)	-
Жами	123 (21,9)	52 (42,3)

ЎЭМСда эндоскопик ретроград эндобиллар технологияларининг имкониятлари етарлича ҳисобланганини ҳисобга олган ҳолда ҳозирги вақтда ушбу тоифадаги беморларда ЎЙ декомпрессияси усулини талашда МРТ-холангиографияга асосий эътибор қаратиш керак – ЎЙнинг юқори блокланган МРТ белгиларининг мажбулиги билан бирга ТЖОХГ амалга оширишга асосий кўрсатма ҳисобланади.

Антероград эндобилинар операциялар 121 нафар беморда қўлланилган. УЭМС сабабини аниқлашда ТЖХОГ аксарият беморларда (68; 56,2%) ўсма жигар дарвозасида эканлигини аниқлаган. Кейинги ўринда ошқозон ости беши боғчаси ва ХТҚ ўсмаси (30; 24,8%), ўт пуфаги ўсмаси ва холедохнинг ўрта учлиги ўсмаси эгалайдн (14; 11,6%) (6-жадвалга қараи).

6-жадвал
ТЖХОГ маълумотлари бўйича ўт йўллари ўсмалари жойлашшин

МС этиологияси	Абс	%
Катта дуоденал сўрич ўсмаси	9	7,4
Ошқозон ости беши боғчаси ва холедох терминал қисми ўсмаси	30	24,8
Ўт пуфаги ва холедох ўрта/3 ўсмаси	14	11,6
Бисмут 1	18	14,9
Бисмут 2	21	17,4
Бисмут 3	21	17,4
Бисмут 4	8	6,6
Жами	121	100

Антероград холангиография диагностикаси таъомланган, ўйини дренажлан босқичга ўтилган. Шу ўринда, имкон қадар ташқи-ички қарқас дренажлашга, кейин эса уни ички қарқас дренажлашга айлантиришга ҳаракат қилинган. УЭМС бўлган беморларда ўйини тери-жигар орқали ташқи-ички дренажлаш 73 (60,3%) нафар беморда муваффақиятли амалга оширилди, шу жумладан 53 нафариди (43,8%) – бирламчи ТЖХС ўтказишда, 20(16,5%) нафариди аввал ташқи дренажлаш, кейин иккинчи босқичда ташқи-ички дренажлашга муваффақиятли эринилди. МС ва холангит белгилари бартараф этилганидан сўнг ташқи-ички дренажланган барча 73 (60,3%) нафар беморда холангиостомик найчанинг ташқи учини ёпиш орқали ички дренажлаш(эндопротезлаш)га ўлгартирилди. Даниларга кўра ушбу ички дренажлар ўйининг ўсма билан зарарланган қисмининг қарқас эндопротез функциясини бажарган (4-расмга қараи).



4-расм. Ўсма этиологияли механик сарислик мавжуд беморларда ўт йўллари тери-жигар орқали антероград декомпрессия ўтказиш босқичлари ва турлари

Шунингдек, ёйдош асцит мавжуд беморларда, маълумки, ушбу муолажалар сафро оқши, холангиостомик найча дислокациясига сабаб бўлиши мумкин. Асцитли беморларда ишлаб чиқилган бир вақтин ТЖХОС ва коринни дренажлаш усули муваффақиятли қўлланилди ва диссергацияда батафсил байн этилган.

MPT-холангиография натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморларни катий ташлаб олиш билан антероград эндобилинар аралашуви амалга ошириш техникасини таъомиллаштириш интра- ва операциядан кейинги асоратлар частотасини пасайтиришга имкон берди. Операциядан кейинги асоратлар 9,9% ни, ўлам кўрсаткичи 3,3% бўлган, ЭРПХГ-аралашуудан сўнг ушбу кўрсаткичлар мос равишда 21,9% ва 9,3% ни ташкил этган ($p=0,031$) (7-жадвалга қараи).

7-жадвал
Ўсма этиологияли механик сарислик бўлган беморларда тери-жигар орқали эндобилинар аралашуви асоратлари, n=121

Асорат турлари	Асоратлар сони		Вафот этди	
	Абс	%	Абс	%
Гемобилия	5	4,1	-	-
Сафро оқши	3	2,5	1	0,8
Қорин ичига қон кетиши	2	1,7	1	0,8
Жигар етшмовчилиги кучайиши	1	0,8	1	0,8
Холангиостома дислокацияси, сафро оқши	1	0,8	1	0,8
ТЖХОСдан сўнг барча асоратлар	12	9,9	4	3,3
ЭПСТ дан сўнг барча асоратлар, n=562	123	21,9	52	9,3
χ^2 -тест	$\chi^2=8,993$; $p=0,003$		$\chi^2=4,678$; $p=0,031$	

Диссергациянинг «ўсма этиологияли механик сарислик бўлган беморларда очик жарроҳлик операциялар натижаларини таҳлил» деб номланган тўртинчи бобда сафро оқшини паллиатив ёки радикал тиклашга йўналтирилган лигиротом операцияларнинг бевосита натижаларига бағишланган. Очик жарроҳлик аралашуви ушбу талқинотга киритилган УЭМС мавжуд 719 нафар бемордан 105(14,6%) тасида амалга оширилган.

49 (46,7%) нафар беморда очик операциялар ўйи муваффақиятли минимал инвазив декомпрессиядан кейин иккинчи босқичда амалга оширилган, бу эса 20 (40,8%) та ҳолатда ўйи обтурациясини келтириб чиқарган ўсманни радикал олиб ташлашга имкон берди (8-жадвалга қараи).

Амалга оширилган радикал ва паллиатив операциялар табиати

Операция	Беморлар сони	
	Абс.	%
Радикал операциялар, n=20		
Панкреатодуоденал резекция	14	13,3
Гепатикозентеро- ва Ру буйича энтерозентероанастомоз қўйиш билан жигар ўнг бўлаги Ўт йўли ўсмаси резекцияси	2	1,9
Холцистэктомия, холедох ўсмаси резекцияси, Кер дренажда гепатикохоledoхоанастомоз қўйиш	1	1,0
Трансдуоденал пиллешэктомия	1	1,0
Холцистэктомия	2	1,9
Паллиатив операциялар, n=77		
Браун буйича холцистозентероанастомоз ва энтерозентероанастомоз қўйиш	52	49,5
Браун буйича гастрозентероанастомоз, холцистозентероанастомоз ва энтерозентероанастомоз	11	10,5
Холедоходуоденаланастомоз қўйиш	7	6,7
Холцистэктомия, холедохнинг ташқи дренажлаш	4	3,8
Гепатикозентероанастомоз қўйиш	1	1,0
Гепатикохоledoхни бургилаш ва Прадер-Смидт буйича тери-жигар орқали холедохни дренажлаш	1	1,0
Холцистэктомия (цисторедуктив)	1	1,0
Шошилинч паллиатив операциялар, n=6		
Дарвоза венаси ўнг бўлак шохчаси нуқсонини тикши, холцистэктомия	1	1,0
Дуоденотомия, қонайтган пиллелотом ярани тикши.		
Айланувчи холцистэнтероанастомоз қўйиш ва Браун буйича энтерозентероанастомоз қўйиш	1	1,0
Дуоденотомия, қонайтган томтрларни тикши.		
Гастрозентероанастомоз, холцистозентероанастомоз,	1	1,0
Браун буйича энтерозентероанастомоз қўйиш		
Гепатикохоledoхга чок қўйиш, Браун буйича энтерозентероанастомоз билан холцистозентероанастомоз қўйиш	1	1,0
Ўникак бармоқ ичак орқа девори нуқсонини тикши, ўнг жигарости соҳани дренажлаш	1	1,0
Лапароскопия, холангиостома атрофидан сафро оқлини саёб қорин бўшлигини тозалаш ва дренажлаш	1	1,0
Эксплоратив лапаротомия, ўсма биопсияси	2	1,9

Ўт йўллари декомпрессиясиз бажарилган шошилинч ва тезкор амалиётларнинг ҳаммаси паллиатив операция ўтказиш билан ақуланган.

Икки босқичли тактикада умумий билирубин $96,0 \pm 58,1$ ммоль/л дан камайганда, ҳамда минималда амалиётдан кейин ўртача $7 \pm 3,4$ кун ўтгач операциялар ўтказилган. Бундай беморлар сони 49(46,7%)га бўлиб, муваффақиятли каминвазия декомпрессиядан сўнг амалга оширилди.

Радикал диагностикани боғиччи қўйиш, МРТ-холангиографияга кўрсатмаларни кенгайтириш, интервенцион радиология усуллариини қўллашга кўрсатмаларини конкретлаштириш, тери-жигар орқали аралашуа техникасини такомиллаштириш эксплоратив лапаротомия частотасини сезиларли даражада- 1,9% гача пасайтиришга имкон берди, холбуки, бу кўрсаткич турли муаллифларнинг фикрича, 5,9% дан 36,9% гача ўзгариб туради (9-жадвалга қараңг).

9-жадвал
Ўсма этиологияли механик сарикликда эксплоратив лапаротомия даражаси

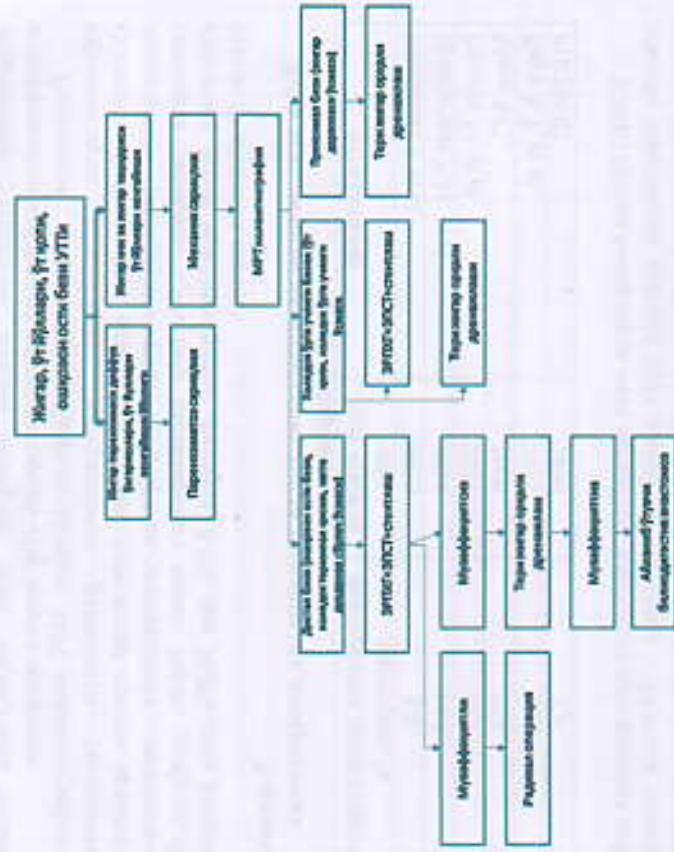
Муаллифлар	Чоп этилган йил	Эксплоратив лапаротомия частотаси, %
Inslander J. et al.	2016	6,0
Spanheimer P.M. et al.	2014	14,7
Patacha M. et al.	2019	16,5
Mayo S.C.	2009	27,6
Ruys A.T. et al.	2011	36,9
РНЦЭМП	2020	1,9

ЎЭМС бўлган беморларда очик лапаротом жаррохлик аралашувида кайд этилган операциядан кейинги эрта асоратлар частотаси – 44,8%ини ташкил қилган. Операциядан кейинги асоратлар орасида энг кўп ва энг дахшатли асорат жигар етишмовчилигининг кучайиши бўлиб, бу ўта юқори билирубинемиа фондида шошилинч ёки тезкор операция қилинган беморлар гуруҳида кўпроқ кузатилади. Ушбу асорат ривожланганда операциядан кейинги ўлим 66,7% фонзни ташкил этди.

Операциядан кейинги асоратлар ривожланишининг юқори хавфи панкреатодуоденал резексия амалиётида (ПДР) кўпроқ кузатилади. ПДР бажарилган 14 та бемордан 9(64,3%) тасида асорат кузатилган бўлиб, булар ичида панкреатозентероанастомоз етишмовчилиги 6 беморда, гепатикозентероанастомоза етишмовчилиги 1 беморда, қорин ички қон кетиши 2 беморда кузатилади. Операциядан кейинги ўлим 14,2% ни ташкил этган.

Диссертация иши доирасида тизимлаштирилган ЎЭМС бўлган беморларни диагностикаси ва даволаш бўйича РШТЕИМ тажрибаси “Ўсма этиологияли механик сарикликда диагностика ва ўт йўллари декомпрессияси усуллари танлови алгоритми”ни ишлаб чиқишга имкон берди. Алгоритмда диагностикаси усуллари ва интервенцион радиология операцияларини ЎИ ўсма билан шикастланиш даражасини аниқлаш, бу усуллари кайси кетма-

келмида бажариши, шунингдек, УЙни очик ревизиёсига кўрсатмалар батафсил келтирилган (5-расмга қараи).



5-расм. Усма этиологияли механик сариклик билан хастланган беморларни ташхислаш ва даволаш алгоритми

ХУЛОСАЛАР

«Усма этиологияли механик сарикликда диагностика ва Ғт йўллари декомпрессия усуллари танловини тақомиллаштириш» мавзусидаги тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) илмий даражасини олиш учун бажарилган диссертация иши натижалари бўйича қуйидаги хулосалар берилди:

1. Усма этиологияли механик сариклик мавжуд беморларнинг эркаси/аёл нисбати 1 / 1,1, ўртача ёш $62,5 \pm 12,0$ йшни ташкил этади. УЭМС билан оғрилган 73,0% беморлардан клиникага механик саргайишнинг ўрта оғир (28,1%) ва оғир даражасида (44,9%) келиб тушади; 20,3% бемор йирингли холиангит клиникаси билан, 61,7% – кон зардобда жигар трансферазалар миқдори ошиши билан тушади. УЙ ўсманнинг жойлашувиغا кўра ошқозон ости беши бошчаси ўсмаси ва холадах терминал қисми (59,9%) ўсмаси

устулик килади, кейинги ўринда қатта дуоденал сўртчт ўсмаси (18,5%), жигар дарвозаси (15,7%) ва ўт пуфаги ўсмаси ҳамда холадахнинг ўрта учлиги (5,8%) ўсмаси эгаллайди.

2. Ўт йўллари дистал қисми шикстланшини аниқлашда УТТ информативлиги 66,2%, проксимал блокда эса – 30,8% ни ташкил этади. Сонографияда жигар тўқималарида ўсма ва метастаз (88,2%), ошқозон ости беши бошчаси (84,0%) ва ўт пуфаги ўсмаси (68,1%) яхши аниқланади.

3. Жигар паренхимаси ўсма билан шикстланшида МСКТ 100% сезувчанлик, ўзига хослик ва умумий аниқликка эга. Ошқозон ости беши бошчаси саргатинини аниқлашда МСКТ сезувчанлиги 97%, ўзига хослик – 94%, умумий аниқлик эса – 95,2%ни ташкил этади. ХТК ўсмасини аниқлашда МСКТ пастрок сезувчанликка эга бўлиб 63%ни, жигар дарвозаси ўсмасида - 65,5%ни, ҚДС ўсмасида - 83%ни ташкил этади. Бирок ХТК ўсмасида ўзига хослик ва умумий аниқлик 96% ва 93,5%ни, жигар дарвозаси ўсмасида 99% ва 91,1% ни, ҚДС шикстланшида 100 ва 98,4% мос равишда ташкил этади.

4. Усма этиологияли механик сарикликда эндоскопик ретроград эндобилинар технологиялар 75,4% холатларда муваффақиятли ўт йўллари декомпрессиясига эришиб, бу кўрсаткич жигар дарвозаси учун - 27,0% диапазонда, ҚДС ўсмаси учун 99,2% холатда амалга оширишга имкон беради. Усул имкониятлари шикстланши даражаси билан кучли корреляцион боғлиқликка эга (шпроксимация хажми $R=0,9273$) – шикстланши даражаси қанча юқори бўлса, муваффақиятли декомпрессия эҳтимолли шунча кам. Эндоскопик трансплантлар аралашуви кўйлашда муолажалдан кейинги асоратлар даражаси 17,4%, умумий ўлим кўрсаткичи 9,2% ни ташкил этади. Энг дахшатли асорат муолажалдан кейинги йирингли холиангит ҳисобланиб, 57,1% холатда ўлим билан якунланган. Жигар этишмовчиликнинг кучайиши 41,7% холатда ўлим билан якунланган.

5. Усма этиологияли механик сариклик билан хастланган беморларда МРТ-холиангиография натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморларни қатъий танлаб олиш билан интратра- на операциядан аралашуви тақомиллашган техникасини қўллаш ЭРТХГ аралашуви худди шу кўрсаткичлари билан таққослаганда интра- на операциядан кейинги асоратлар даражасини 9,9%гача ва ўлим кўрсаткичини 3,3% сезиларли пасайтиришга имкон беради ($p=0,031$).

6. Саффо оқинини тиклашга йўналтирилган ва даставал ўт йўллари минивизиал декомпрессиясиз амалга оширилган очик амалиётлар ($n=56$), эрта операциядан кейинги даврда жигар этишмовчилигининг кучайиши (21,4%) билан аниқ, ўлим 66,7%га етган ($n=8$).

7. Усма этиологияли механик сариклик бўлган беморларни парвариллашнинг икки босқичли тактикаси ($n=49$) 40,8% холатда ўт йўллари реконструкцияси билан радикал операцияни амалга ошириш имконини беради, ҳамда жигар этишмовчилиги каби операциядан кейинги дахшатли асорат ривожланишини олдини олишга имкон беради.

8. Ушма этиологияли механик сариклик бўлган беморларни даволашнинг икки босқичли тактикасида жаррохлик аралашувнинг радикаллиги ва ҳажмини кенгайтириш операциядан кейинги асоратлар даражаси олинганга олиб келмайди ($p=0,714$), лекин, операциядан кейинги ўлим кўрсаткичларини 17,9 фоиздан 6,1 фоизга қисқартиришга ёрдам беради.

НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Тв.63.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ
ЦЕНТРЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ТИЛЕМИСОВ СУЛТАН ОНГАРБАЕВИЧ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОРА МЕТОДОВ
ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ
ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

14.00.40 – Экстренная медицина

АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (РФД)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №182918.1.PhD/116598.

Диссертация выполнена в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи.

Авторреферат диссертации на двух языках (узбекский и русский, также английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.emerg-scienc.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziyouz» (www.ziyouz.uz).

Научный руководитель:

Халджибаев Фарход Абдулхамидович
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Акилов Халибулла Атаулласевич
доктор медицинских наук, профессор
Аббаров Миршамшат Мираломович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация:

Национальный научный центр хирургии имени
А.Н.Сыганова, г.Алматы, Казахстан

Защита диссертации состоится «20» *сентября*, 2021г. в 12⁰⁰ часов на заседании Научного Совета ДСб (04/30.12.2019 Тп.63.01 при Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (Адрес: 100115, г.Ташкент, ул.Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05; e-mail: uzmedsino@mail.ru, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, 2-этаж, зал заседаний).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (зарегистрирована за № 03). Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05.

Авторреферат диссертации размещено *20.09.2021* года
(реестр протокола рассылки № *20210920* от *20.09.2021* года)



А.М. Халджибаев
Научный совет по
присуждению ученых степеней, доктор
медицинских наук, профессор

Х.Э. Аппаров
Ученый секретарь научного совета по
присуждению ученых степеней, доктор
философии (PhD)

Б.К. Алтисев
Председатель научного семинара при
научном совете по присуждению ученых
степеней, доктор медицинских наук

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской диссертации (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. В мире вопросы ранней диагностики и выбора адекватного лечения механической желтухи, которые влекут за собой целый ряд тяжелых хирургических заболеваний, всё еще сохраняют особую актуальность и остаются одной из трудных задач современной хирургии. Во всем мире, до настоящего времени частота диагностических ошибок в выявлении характера и уровня поражения ЖВП колеблется в пределах 10–60%, вследствие чего наблюдаются случаи поздней хирургизации пациентов в специализированные хирургические и онкологические отделения, сохраняется высокая частота осложненных форм заболевания и летальности, которая у больных с механической желтухой опухолевого генеза (МЖОГ) достигает 14–27%. Хирургические вмешательства выполняемые на высоте механической желтухи, на фоне осложнений сопряжены с высокими показателями послеоперационной летальности, достигаящей «...при неопухолевого генеза 6,2–13,6%, а при желтухе опухолевого генеза 15–40%...»¹. В связи с чем, выработка новых методов диагностики и лечение больных с механической желтухой опухолевого генеза является одной из важнейших задач экстренной медицины.

В настоящее время, в мире, научные исследования направленные на совершенствование диагностики и методов декомпрессии желчных протоков при механической желтухой опухолевого генеза все еще остаются актуальными. В арсенале средств декомпрессии ЖВП у больных с МЖОГ имеются методы открытого хирургического дренирования, а также мини-инвазивные эндоскопические ретроградные и чрескожные чреспеченочные эндовидеоскопические вмешательства. При этом известно, что результаты открытых хирургических вмешательств, характеризуются более высокими показателями послеоперационных осложнений и летальности, удлинением продолжительности стационарного лечения по сравнению с результатами нехирургических эндовидеоскопических вмешательств.

В нашей стране был поставлен ряд задач по развитию медицинского сектора страны, привнесению медицинской системы в соответствие с мировыми стандартами, оказанию неотложной медицинской помощи различным слоям населения в результате различных заболеваний, также задачи, как «...повышение эффективности, качества и популярности медицинской помощи в нашей стране, а также, внедрение высокотехнологичных методов ранней диагностики и лечения заболеваний, создание меценатских служб, поддержка здорового образа жизни и профилактика заболеваний ...»². Таким образом, на сегодня очевидно

¹ Назаров Ф.Г., Ахбаров М.М., Омилов О.А. Результаты хирургического лечения больных с прехолевыми опухолями внепеченочных желчных протоков //Актуальные проблемы гепатологической хирургии. – 2017. – С. 32-32

² Указ Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года « О комплексных мерах по курсному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан»

необходимость и востребованность систематизации существующих подходов к ведению больных с МЖОГ и выбор на ее основе оптимальной тактики диагностики и лечения этой сложной хирургической патологии.

Данные диссертационное исследование в определенной степени служат выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан №УП-4947 от 7 февраля 2017 года «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», №УП-4985 от 16 марта 2017 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи», №УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», и Постановлении Президента Республики Узбекистан №ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данном направлении.

Соответствие исследованию приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий Республики Узбекистан VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Основной акцент в исследованиях по вопросам диагностики и комплексного лечения МЖОГ делается на изучении целесообразности и эффективности новых методов и технических средств определения уровня и распространенности опухолевого поражения гепатопанкреатобилиарной зоны, идентификации его гистологической, иммуногистохимической и гистогенетической разновидности. Однако, интенсивно разрабатываемые и внедряемые в последние годы новые интравенционные эндовидеальные технологии пока не находят широкого применения из-за их дороговизны и крайне ограниченной доступности. Кроме того, эти инвазивные методы сопряжены с достаточно высоким риском ятрогенных, нередко довольно грозных осложнений, в связи с чем в последнем руководстве, опубликованном Европейским обществом гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE), рекомендуется не применять рутинное предоперационное стентирование ЖВП у больных с внепеченочной обструкцией³.

В Узбекистане специалисты, занимающиеся проблемами механической желтухой опухолевого генеза (Ш.И.Каримов, Ф.Г.Назъров, Н.У.Арипова, А.М.Хаджабаев) проводили ряд научных исследований по хирургическому лечению данной категории больных. Все они признают, что радикальные операции не гарантируют от возникновения рецидива опухоли в отдаленном периоде. К тому же, даже в тех случаях, когда опухоль является

резектабельной, состояние больных, наличие сопутствующих заболеваний, гнойного холангита, печеночной недостаточности не всегда позволяют выполнить радикальное вмешательство.

Связь темы диссертации с научно-исследовательской работой научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Настоящая работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан, в том числе, прикладного грантового проекта РНЦЭМП № ПЗ-2017-0928602 «Совершенствование хирургической тактики и разработка новых методов реконструктивных вмешательств в экстренной хирургии гепатобилиарного тракта» (2018-2020гг).

Целью исследования является улучшение непосредственных результатов лечения больных с МЖОГ путем дифференцированного применения ante- и ретроградных мини-инвазивных способов декомпрессии желчных протоков, конкретизация показаний и усовершенствования техники открытых паллиативных и радикальных вмешательств с учетом тяжести состояния пациентов, локализации и стадии опухолевого процесса.

Задачи исследования:

выявить гендерные, демографические и клинические особенности, уровни поражения ЖВП при МЖОГ;
в сравнительном аспекте оценить информативность УЗИ и МСКТ и выявить опухолевого поражения печени, проксимальных и дистальных отделов ЖВП, выявить и описать характерную сонографическую и МСКТ-семиотику заболеваний;

изучить лечебно-диагностические возможности эндоскопических трансиллиарных эндовидеальных вмешательств при МЖОГ, конкретизировать показания и противопоказания к их применению, определить частоту, структуру и причины постманипуляционных осложнений, разработать предложения по их профилактике и лечению;

расширить показания и усовершенствовать технику выполнения чрескожных чреспеченочных антеградных эндовидеальных вмешательств у больных с МЖОГ, внедрить методику «Поздальной чрескожной чреспеченочной реканализации опухолевой структуры» и оценить результаты ее клинического применения;

оценить результаты открытых радикальных и паллиативных вмешательств у больных с МЖОГ, определить эффективность двухэтапной тактики ведения больных с МЖ, целесообразность расширения радикальности и объема хирургических вмешательств при двухэтапной тактике ведения больных с МЖОГ.

Объектом исследования стали 719 пациентов с МЖОГ, находившихся на стационарном лечении в отделе экстренной хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 2006 по 2018 гг.

Предметом исследования послужили материалы результатов клинического обследования больных с МЖОГ, результаты применения

³ Banules J.M., Cardinale V., Capriolo G., Marziosi M., Andersen J.B., Iavernizzi P., Lind G.E., Forbes T., Forbes S.J., Foaasser L., et al. Expert consensus document: Cholangiocarcinoma: Current knowledge and future perspectives consensus statement from the European Network for the Study of Cholangiocarcinoma (ENS-CCA) Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. 2016;13:261-280.

количеством больных, применяемых в исследовании современных взаимодополняющих клинических, лабораторных, инструментальных, медико-биологических и статистических методов, а также при операциях декомпрессии желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза сопоставлены с международным и отечественным опытом, заключения и полученные результаты подтверждаются полномочными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость исследования определяется актуальностью и новизной рассматриваемых положений, которые расширяют и углубляют научные знания об особенностях клинического течения МЖОГ, характере опухолевого поражения ЖВП и его осложнений. Диссертация убедительно демонстрирует обоснованность и преимущества широкого внедрения эндобилиарных анте- и ретроградных вмешательств в хирургию МЖОГ.

Усовершенствованная в рамках диссертационной работы техника чЧХС значительно повышает безопасность и эффективность метода. Сформулированные в диссертации выводы расширяют теоретические представления о патогенезе и клиническом течении МЖОГ, структуре опухолевого поражения ЖВП. Результаты диссертационной работы можно использовать в качестве научного обоснования к широкому применению эндобилиарных вмешательств у больных с МЖОГ.

Внедрение результатов исследования. На основе полученных научных результатов по оценке совершенствования выбора декомпрессии желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза:

разработаны методические рекомендации «Алгоритм диагностики и лечения механической желтухи опухолевого генеза» (Заключение Министерства здравоохранения №8н-р/121 от 31 марта 2021 года). Данные методические рекомендации позволили улучшить качество жизни больных механической желтухой опухолевого генеза путем ранней диагностики выбора мининвазивной декомпрессии на желчных путях;

полученные научные результаты по совершенствованию диагностики выбора метода декомпрессии желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза внедрены в практическое здравоохранение, в частности, в практическое отделение хирургических отделений Бухарского и Джаназского филиалов Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (Заключение Министерства здравоохранения от 15 апреля 2021 года №8н-3/72). Внедрение полученных данных в практику позволили улучшить качество лечения больных с механической желтухой опухолевого генеза, снизить послеоперационную летальность с 21,9% на 9,9% и послеоперационную летальность с 9,3% до 3,3%, койко дни на 4.

Апробация работы. Результаты работы доложены на 4 научно-практических конференциях, в том числе, на 2-х международных и 2-х республиканских научно-практических конференциях.

современных средств лучевой диагностики и методов интервенционной радиологии, а также открытых радикальных и паллиативных вмешательств.

Методы исследования. В исследовании применены эффективные методы хирургического лечения больных с механической желтухой опухолевого генеза использования радикальных и паллиативных мер устранения обструкции желчных протоков.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

уточнены гендерные, демографические, клинические особенности, уровни поражения ЖВП при МЖОГ, зависимость от демографических и экологических факторов степень поражения гепатитов, возникновение хронических заболеваний печени, желчных протоков;

разработан дифференцированный подход к методам декомпрессии, т.е. в зависимости от уровня поражения желчных протоков при проксимальной обструкции антеградные вмешательства, при дистальной обструкции ретроградные вмешательства в разрезе различной локализации и распространенности опухолевого процесса гепатопанкреатобилиарной зоны; доказана относительно более высокая эффективность и безопасность усовершенствованной техники выполнения чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств у больных с МЖОГ;

доказано, что открытые вмешательства, выполненные без предварительной мининвазивной декомпрессии ЖВП, увеличивают риск развития печеночной недостаточности и летальности.

продемонстрировано, что двухэтапная тактика ведения больных с МЖОГ существенно увеличивает возможность выполнения радикальных вмешательств на ЖВП и достоверно снижает риск развития послеоперационной печеночной недостаточности.

Практические результаты исследования заключаются в следующем: подробно описаны с наглядными и информативными иллюстрациями описана характерная клиническая, ультразвуковая и МСКТ семиотика МЖОГ;

для практического применения разработан метод двойного чрескожного дренирования ЖВП и брюшной полости у больных с МЖОГ, сопровождающегося асцитом. Метод направлен на профилактику таких осложнений, как желчеистечение и дислокация холангистомической дренажной трубки;

разработан подход к выбору способа перичной декомпрессии ЖВП, основанного на результатах безопасного, мининвазивного и высокоинформативного метода – МРТ-холангиографии;

показана эффективность двухэтапной тактики хирургического лечения больных с МЖОГ, значительно расширяющая возможность выполнения радикального удаления опухоли ЖВП.

Достоверность полученных результатов обоснована подтверждением применяемых в научном исследовании теоретических подходов и методов, методологически правильных проведенных исследований, достаточным

Публикации результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 15 работ, в том числе 5 журнальных статей в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций, из них 2 республиканских и 3 зарубежных.

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении описываются актуальность и востребованность исследования, требования к работе, цель, задачи, объект и предмет исследования, отношение проведенного исследования к приоритетным направлениям науки и технологий, научная новизна исследования и его практическая результативность, показана научная и практическая значимость полученных результатов, представлены сведения о внедрении результатов исследования в практику, опубликованных работах и структуре диссертации.

В первой главе «Современный взгляд на проблему механической желтухи опухолевого генеза», состоящей из четырех подглав, представлен обзор литературы о современном состоянии проблемы. Хотя наиболее эффективным методом увеличения выживаемости больных с МЖОГ является волея (RO) резекция опухоли, однако этот объем операции не гарантирует отсутствия рецидива опухоли в отдаленном периоде. К тому же даже в тех случаях, когда опухоль резектабельна, не всегда удается выловить радикальное вмешательство из-за печеночной недостаточности, холангита.

В научной литературе, посвященной вопросам МЖОГ, основной акцент делается на разработку и совершенствование минимально инвазивных интервенционных методов диагностики и лечения, на оценку их эффективности и безопасности.

Во второй главе диссертации «Материалы и методы исследования» приведена общая характеристика обследованных больных и методов исследования.

В рамках настоящего исследования был обобщен опыт РНЦЭМП по palliативному и радикальному устранению обструкции ЖВП у 719 больных с МЖОГ. Соотношение мужчин к женщинам было 1 : 1,1 (мужчины – 338, женщины – 381) среди больных реализовали лица пожилого и преклонного возраста (44% 61,3%). Средний возраст больных составил 62,5±12,0 лет с диапазоном 19-89 (табл. 1).

Таблица 1.
Гендерно-возрастная характеристика исследуемых больных

Мужчины/женщины	Количество больных	
	абс.	%
Возраст (по классификации ВОЗ, 2000):	338/381 (1/1,1)	47,0/53,0
молодой (18–29 лет)	5	0,7
младший средний (30–44 года)	51	7,1
старший средний (45–59 лет)	222	30,9
пожилой (60–74 года)	312	43,4
преклонный (75 и старше)	129	17,9
Min		19
Max		89
Средний возраст, M±σ		62,5±12,0

У абсолютного большинства (525 больных; 73,0%) с МЖОГ при поступлении в клинику отмечали среднюю (28,1%) и тяжелую (44,9%) степень тяжести желтухи, которые не имели корреляционной зависимости ($R=0,19$) от продолжительности желтухи, что, видимо, обусловлено постепенным развитием злокачественной обструкции ЖВП (рис. 1).



Рис. 1. Степень тяжести механической желтухи

Причину МЖОГ и уровень поражения устанавливали по результатам комплексного обследования с применением УЗИ, МСКТ, МРТ-холангиографии и эндобилиарным методом прямого контрастирования (ЭРПХГ и ЧХХС). В наших наблюдениях наиболее часто (431 больной; 59,9%) диагностировали опухоли головки поджелудочной железы и ТОХ. Далее по частоте следовали опухоли БДС (133; 18,5%), ворот печени (113; 15,7%), новообразования желчного пузыря и средней трети холедоха (42; 5,8%) (рис. 2).

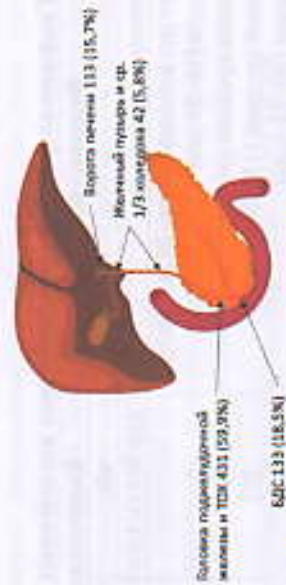


Рис. 2. Локализация опухолевого процесса

Примерно пятая часть больных с МЖОГ (146; 20,3%) поступала в клинику с явно выраженными признаками гнойного холангита (триада Шарко) или субклиническими формами воспаления ЖВП (лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево). При этом замечено, что риск развития холангита при МЖОГ напрямую зависит от сроков госпитализации больных. Так, если частота проявления этого осложнения у больных, госпитализированных в первую неделю развития МЖ, составляла 15,2%, то на вторую и третью недели этот показатель возрастал соответственно до 18,2 и 25,5%. Из 146 пациентов с холангитом у 12 (8,2%) в момент поступления в клинику были диагностированы холангиогенные абсцессы печени, которые, как правило, развивались в сроки двух и более недель от начала проявления синдрома желтухи. На развитие МЖОГ более ярко и несколько раньше реагируют гепатиты. Так, синдром иттиализа с повышением концентрации печеночных трансфераз проявляется у 61,7% больных уже в первую неделю появления желтухи. В среднем этот показатель составляет 51,5% (табл. 2).

Таблица 2
Частота осложнений МЖОГ в разные сроки МЖОГ, абс. (%)

Осложнение	≤ 7 дней	8–14 дней	≥ 15 дней	Всего
Холангит	41 (15,2)	24 (18,2)	81 (25,5)	146 (20,3)
Синдром иттиализа	166 (61,7)	67 (50,8)	137 (43,1)	370 (51,5)
Асцит	5 (1,9)	6 (4,5)	12 (3,8)	23 (3,2)
Абсцессы печени	-	6 (4,5)	6 (1,9)	12 (1,7)
Всего	269	132	318	719

В третьей главе диссертации «Оценка лечебно-диагностических возможностей мининвазивных эндобилиарных вмешательств при МЖОГ» дана сравнительная оценка диагностической информативности и лечебных возможностей методов лучевой визуализации и эндобилиарных вмешательств. Наш клинический опыт использования трансабдоминального ультразвукового сканирования у 719 больных с МЖОГ в качестве инициального скрининг-метода и способа динамического контроля состояния органов ГПДЗ показал, что этот диагностический метод позволяет

достаточно точно определить уровень поражения желчевыводящих путей и получить сведения о предполагаемой причине обструкции желчных протоков. В уточнении характера опухолевого процесса информативность трансабдоминального УЗИ была более высокой (66,2%) при поражении дистальных отделов ЖВП, а при поражении проксимальных отделов желчных протоков информативность метода снижалась более чем в два раза (30,8%). Составление уровня блока, выявленного при УЗИ, с видом опухоли, подтвержденным по данным инвазивных методов диагностики, абс. (%) представлена в таблице 3.

Таблица 3.

Сопоставление уровня блока, выявленного на УЗИ, с видом опухоли, подтвержденным по данным инвазивных методов диагностики, абс. (%)

Причина МЖОГ по данным инструментального обследования	Количество больных, n=719	Информативность УЗИ в определении причины МЖОГ
Дистальный блок на УЗИ=485		
Рак головки поджелудочной железы	319 (65,8)	268 (84,0)
Опухоль БДС	132 (27,2)	50 (37,9)
Поражение ТОХ	34 (7,0)	3 (8,8)
Всего	485	321 (66,2)
Проксимальный блок на УЗИ=234		
Опухоль Клацкина	145 (62,0)	8 (5,5)
Рак желчного пузыря	72 (30,8)	49 (68,1)
Гепатоцеллюлярный рак и метастазы в печени	17 (7,2)	15 (88,2)
Всего	234	72 (30,8)

При УЗИ хорошо подаются визуализации опухолевое поражение ткани печени в виде гепатоцеллюлярного рака или метастаз в печени (85,2%), головки поджелудочной железы (84,0%) и рак желчного пузыря (68,1%).

Оценка диагностической ценности нативной МСКТ при МЖОГ показала, что общая точность этого метода лучевой диагностики практически приближается к 100% и колеблется от 91,1% (при опухолях Клацкина) до 100% (при объемных образованиях печени). Так, при поражении паренхимы печени (гепатоцеллюлярный рак и метастазы в печени) метод имеет 100%-ную чувствительность (Ч), специфичность (С) и общую точность (ОТ). При идентификации рака головки поджелудочной железы чувствительность МСКТ составляет 97%, специфичность – 94%, а общая точность – 95,2%. Заметно более низкую чувствительность МСКТ проявляет в выявлении опухолей ТОХ (Ч–63%) и в области ворот печени (опухоль Клацкина) (Ч–65,5%), однако специфичность и общая точность метода составляют 96 и 93,5% при опухолях ТОХ, 99 и 91,1% – при опухолях Клацкина. Неплохую чувствительность МСКТ проявляет также при поражении БДС, но при этом

специфичность и общая точность исследования составляют соответственно 100 и 98,4% (табл. 4).

Таблица 4.
Диагностическая точность МСКТ в выявлении признаков и причин механической желтухи, n=124

МСКТ-признак МЖ	ДП	ДО	ЛП	ЛО	Ч, %	С, %	ОТ, %
Рак головки поджелудочной железы	59	4	2		97	94	95,2
Поражение ТОХ	5	111	5	3	63	96	93,5
Опухоль БДС	4,0	89,5	4,0	2,4	83	100	98,4
Опухоль Клацкина	10	112	0	2	65,5	99	91,1
Рак желчного пузыря	8,1	90,3	0	1,6	80	98	96,0
Гепатоцеллюлярный рак и метастазы в печени	19	94	1	10	100	100	100
	15,3	75,8	0,8	8,1			
	12	107	2	3			
	9,7	86,3	1,6	2,4			
	9	115	0	0			
	7,3	92,7	0	0			

Примечание: ДП - достоверно положительный результат, ДО - достоверно отрицательный результат, ЛП - ложноположительный результат, ЛО - ложноотрицательный результат

По результатам ЭРПХГ установлено, что в этиологической структуре МЖОГ существенно преобладают дистальное поражение ЖВП на уровне БДС (124; 22,1%), головки поджелудочной железы и ТОХ (319; 56,8%). Существенно реже ретроградные вмешательства выполняли при блоке на уровне желчного пузыря и средней 1/3 холедоха (56; 10,0%), а также при опухолях ворот печени (63; 11,2%)

Лечебно-диагностические возможности эндоскопических ретроградных эндобиллярных вмешательств при МЖОГ изучались по результатам их применения у 562 больных. Было выявлено, что показатель успешной ретроградной декомпрессии желчных протоков составляет 75,4% с диапазоном от 27,0% при поражении ворот печени до 99,2% при опухолях БДС, т.е. чем проксимальнее был уровень блока, тем меньше была вероятность успеха при выполнении эндоскопической декомпрессии (R=0,9629) (рис. 3).

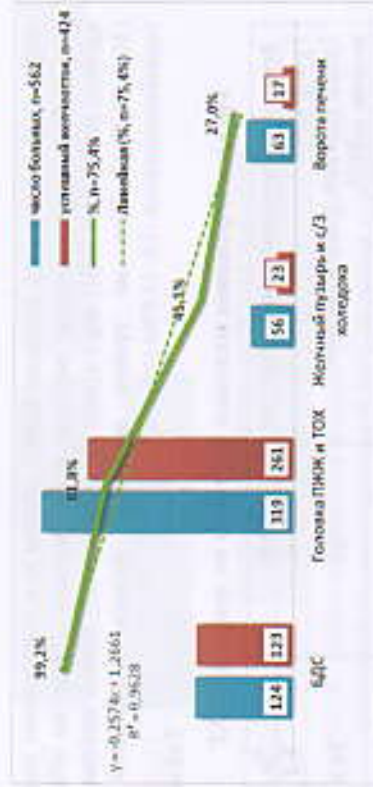


Рис. 3. Частота успешной эндобиллярной декомпрессии ЖВП в зависимости от уровня блока

В 24,6% случаев методы эндоскопических транспиллярных вмешательств оказались неэффективными, частота постманипуляционных осложнений составила 17,4% с общей летальностью 9,2%. Наиболее грозными осложнениями РПХГ-вмешательства были постпроцедурный гнойный холангит с летальностью 57,1%, прогрессирующее печеночной недостаточности с уровнем летальности 41,7% (табл. 5).

Таблица 5.

Осложнения после ретроградных эндобиллярных вмешательств, абс. (%)	Количество осложнений, абс./%	Летальность, абс./%
Постпроцедурный гнойный холангит	77 (13,7)	44 (57,1)
Панкреатит	17 (3,0)	-
Кровотечение из пиллоротомной раны	15 (2,7)	3 (20,0)
Прогрессирующее печеночной недостаточности (без клиники холангита)	12 (2,1)	5 (41,7)
Ретродуоденальная перфорация	2 (0,4)	-
Всего	123 (21,9)	52 (42,3)

Учитывая достаточно ограниченные возможности эндоскопических ретроградных эндобиллярных технологий при МЖОГ, в настоящее время при выборе способа декомпрессии ЖВП у этой категории пациентов решающее значение придает МРТ-холангиографии - наличие МРТ-признаков высокого блока желчных протоков является основным показанием к выполнению первичной ЧХГ.

Антеградные эндобиллярные вмешательства применены у 121 пациента, включенного в данное исследование. У больных, подвергнутых

ЧЧХГ - диагностике по причине МЖОГ, более чем у половины пациентов (68; 56,2%) была выявлена опухоль ворот печени. Далее по убыванию частоты поражения ЖВП идут опухоль головки поджелудочной железы и ТОХ (30; 24,8%), блок на уровне желчного пузыря и средней трети гепатикохоледоха (14; 11,6%) (табл. 6).

Таблица 6.

Уровень поражения желчных протоков по данным ЧЧХГ

Этиология механической желтухи	Абс.	%
Тумор БДС	9	7,4
Тумор головки поджелудочной железы и ТОХ	30	24,8
Тумор желчного пузыря и с/3 холедоха	14	11,6
Тумор ворот печени	Бисмут 1	18
	Бисмут 2	21
	Бисмут 3	21
	Бисмут 4	8
Всего	121	100

После завершения диагностического этапа процедуры, оценки характера и предполагаемой протяженности опухолевого поражения ЖВП приступали к дренированию желчных протоков. При этом по возможности старались установить наружно-внутренний каркасный дренаж с последующей трансформацией его во внутренний каркасный дренаж. Установку наружно-внутреннего дренажа желчных протоков у больных с МЖОГ с помощью чрескожно-чреспеченочной техники успешно удалось осуществить у 73 (60,3%) пациентов, в том числе у 53 (43,8%) – при выполнении первичной ЧЧХС одномоментно, у 20 (16,5%) – с помощью этапных чрескожно-чреспеченочных процедур дренирования. После купирования механической желтухи и явления холангита у всех 73 (60,3%) пациентов ранее установленные наружно-внутренние дренажи были трансформированы во внутренние дренажи путем перекрытия наружного конца холангиостомической трубки. По факту эти внутренние дренажи выполняли функцию эндопротеза пораженного сегмента желчных протоков (рис.4), в том числе у больных с сопутствующим асцитом, у которых, как известно, эти процедуры представляют повышенный риск желчеистечения, дислокации холангиостомической трубки.

I ЭТАП

Наружное дренирование, n=68 (56,2%)

Наружно-внутреннее дренирование, n=53 (43,8%)

II ЭТАП

Наружно-внутреннее дренирование, n=20 (16,5)

III ЭТАП

Внутреннее дренирование (эндопротезирование), n=73 (60,3%)

Рис. 4. Этапы проведения и виды чрескожно-чреспеченочной антеградной декомпрессии ЖВП у больных с МЖОГ

Усовершенствование техники выполнения антеградных эндобиллярных вмешательств в совокупности со строгим отбором больных с учетом результатов МРТ-холангиографии позволили существенно снизить частоту интра- и постоперационных осложнений, частота которых не превышала 9,9% с летальностью 3,3%, тогда как после РПХГ-вмешательства эти показатели составили соответственно 21,9 и 9,3% (p=0,031) (табл. 7).

Таблица 7.
Осложнения после чрескожных чреспеченочных эндобиллярных вмешательств у больных с МЖОГ, n=121

Осложнение	Количество осложнений		Летальность	
	абс.	%	абс.	%
Гемобилия	5	4,1	-	-
Желчеистечение	3	2,5	1	0,8
Кровотечение внутрибрюшное	2	1,7	1	0,8
Прогрессирование печеночной недостаточности	1	0,8	1	0,8
Дислокация холангистомы, желчеистечение	1	0,8	1	0,8
Всего осложнений после ЧЧХС	12	9,9	4	3,3
Всего осложнений после ЭПСТ, n=562	123	21,9	52	9,3
χ^2 -тест	$\chi^2=8,993$; p=0,003		$\chi^2=4,678$; p=0,031	

Четвертая глава диссертации «Анализ результатов открытых хирургических вмешательств у больных с МЖОГ» посвящена оценке непосредственных результатов лапаротомных операций, направленных на

паллиативное или радикальное восстановление желчного протока. Открытому хирургическому вмешательству были подвергнуты 105 (14,6%) пациентов из 719 больных с МЖОГ, включенных в данное исследование.

У 49 (46,7%) больных открытые операции выполнены вторым этапом после успешной минимально инвазивной декомпрессии ЖВП, что позволило в 20 (40,8%) случаях осуществить радикальное удаление опухоли, вызвавшей обтурацию ЖВП (табл. 8). Во всех остальных случаях, когда операция выполнялась в экстренном или срочном порядке без предварительной декомпрессии желчных протоков, вмешательства завершились выполнением паллиативной операции.

При двухэтапной тактике (n=49) открытую операцию выполняли в среднем на 7±3,4-е сутки после успешной малоинвазивной декомпрессии при значенных общего билирубина 96,0±58,1 ммоль/л. Этапное применение методов лучевой диагностики, расширение показаний к МРТ-холангиографии, конкретизация показаний к применению методов интервенционной радиологии, усовершенствование техники чрескожных чреспеченочных вмешательств позволили значительно снизить частоту эксплоративной лапаротомии до уровня 1,9%, тогда как известно, что этот показатель, по данным разных авторов, колеблется от 5,9 до 36,9% (табл. 9).

Частота ранних послеоперационных осложнений у больных с МЖОГ, подвергнутых открытому лапаротомному хирургическому вмешательству, составила достаточно внушительную цифру – 44,8%. Среди послеоперационных осложнений наиболее частым и грозным осложнением было прогрессирование печеночной недостаточности, что имело место только в группе пациентов, оперированных на высоте механической желтухи в экстренном или срочном порядке. К тому же при развитии этого осложнения послеоперационная летальность составила 66,7%.

Высокий риск развития послеоперационных осложнений и неблагоприятного исхода представляет панкреатодуоденальная резекция (ПДР). Из 14 больных, подвергнутых ПДР, у 9 (64,3%) из них имели место такие осложнения, как недостаточность панкреатозинтероанастомоза (6), гепатикозинтероанастомоза (1) и внутрибрюшное кровотечение (2). Послеоперационная летальность составила 14,2%.

Опыт РИЦЭМП по ведению пациентов с МЖОГ, систематизированный в рамках данной диссертационной работы, позволил разработать «Алгоритм диагностики и лечения механической желтухи опухолевого генеза», где подробно указаны очерсность и показания применения методов лучевой диагностики и средств интервенционной радиологии в определении характера и уровня поражения ЖВП, а также показания к открытой ревизионной ревизионной операции (рис. 5).

Таблица 8.
Характер выполненных радикальных и паллиативных оперативных вмешательств

Операция	Количество больных	
	абс.	%
Панкреатодуоденальная резекция	14	13,3
Резекция опухоли правого печеночного протока с наложением гепатикозинтеро- и ЭЭА по Ру	2	1,9
Холцистэктомия, резекция опухоли холедоха, наложение гепатикохоледохоанастомоза на дренаже Кера	1	1,0
Трансдуоденальная папилэктомия	1	1,0
Холцистэктомия	2	1,9
Паллиативные операции, n=77		
Холцистозинтероанастомоз и энтероэнтероанастомоз по Брауну	52	49,5
Гастроэнтероанастомоз, холцистозинтероанастомоз и энтероэнтероанастомоз по Брауну	11	10,5
Холедоходуоденоанастомоз	7	6,7
ХЭК, наружное дренирование холедоха	4	3,8
Гепатикозинтероанастомоз	1	1,0
Бужирование гепатикохоледоха и чрескожно-чреспеченочное дренирование холедоха по Прадеру-Смиду	1	1,0
Холцистэктомия (циторедуктивная)	1	1,0
Экстренные паллиативные операции, n=6		
Прошивание дефекта правой долевой вены воротной вены, ХЭК от дна	1	1,0
Дуоденотомия, прошивание кровотокащей папилотомной раны. Наложение обходного холцистэнтероанастомоза и ЭЭА по Брауну	1	1,0
Дуоденотомия, прошивание кровотокащего сосуда. Наложение гастроэнтероанастомоза, холцистозинтероанастомоза, энтероэнтероанастомоза по Брауну	1	1,0
Глухой шов гепатикохоледоха, наложение холцистозинтероанастомоза с ЭЭА по Брауну	1	1,0
Ушивание дефекта задней стенки ДПК, дренирование правой подпеченочной области	1	1,0
Лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости по поводу желчного кровотечения из ложа холангистомы	1	1,0
Эксплоративная лапаротомия, биопсия из опухоли	2	1,9

Таблица 9.

Частота эксплоративной лапаротомии при МЖОГ

Автор	Год издания	Частота эксплоративной лапаротомии, %
Insulander J. et al.	2016	6,0
Spanheimer P.M. et al.	2014	14,7
Paracha M. et al.	2019	16,5
Mayo S.C.	2009	27,6
Ruys A.T. et al.	2011	36,9
РНЦЭМП	2020	1,9

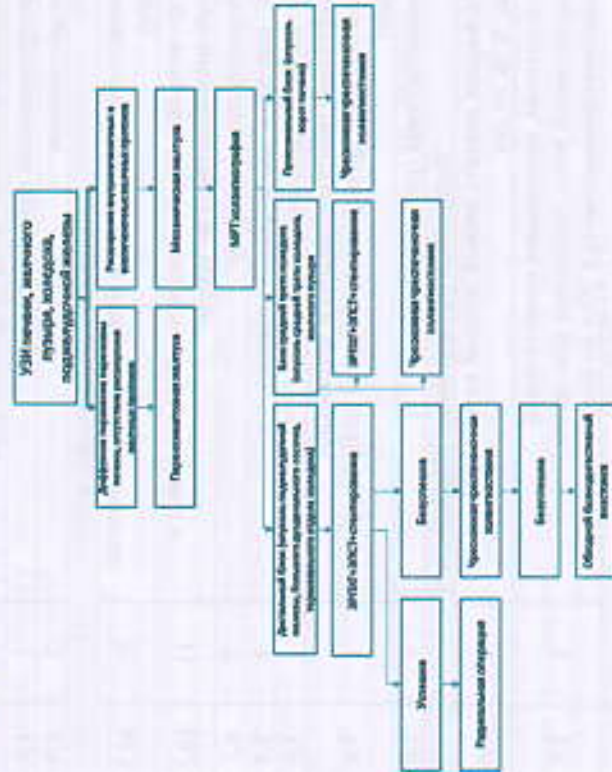


Рис. 5. Алгоритм диагностики и лечения больных с МЖОГ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенных исследований, в диссертации на соискание учёной степени доктора философии (PhD) по медицинским наукам на тему: «Совершенствование диагностики и выбора методов декомпрессии желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза» сформулированы следующие выводы:

1. У больных с МЖОГ соотношение мужчин:женщин составляет 1:1,1, со средним возрастом 62,5±12,0 лет. 73,0% пациентов с МЖОГ поступают в

клинику со средней (28,1%) и тяжелой (44,9%) степенью тяжести желтухи, 20,3% – с клинкой гнойного холангита, 61,7% – с повышением в сыворотке крови содержания печеночных трансфераз. По уровню локализации блока ЖВП преобладают опухоли головки поджелудочной железы и ТОХ (59,9%), далее по частоте следуют опухоли БДС (18,5%), ворот печени (15,7%) и новообразования желчного пузыря и средней трети холедоха (5,8%).

2. Информативность УЗИ в выявлении поражений дистальных отделов ЖВП составляет 66,2%, а при проксимальном блоке – 30,8%. При сонографии хорошо визуализируются опухоли и метастазы в ткани печени (88,2%), головке поджелудочной железы (84,0%) и раке желчного пузыря (68,1%).

3. При поражении паренхимы печени нативная МСКТ имеет 100%-ую чувствительность, специфичность и общую точность. При идентификации рака головки поджелудочной железы чувствительность МСКТ составляет 97%, специфичность – 94%, а общая точность – 95,2%. Низкую чувствительность МСКТ имеет в выявлении опухолей ТОХ (63%), ворот печени (65,5%) и БДС (83%), однако специфичность и общая точность метода составляет соответственно 96 и 93,5% при опухолях ТОХ, 99 и 91,1% – при опухолях ворот печени, 100 и 98,4% – при поражении БДС.

4. При МЖОГ эндоскопические ретроградные эндобиллиарные технологии в 75,4% случаев позволяют успешно выполнить мини-инвазивную декомпрессию ЖВП с диапазоном от 27,0% при поражении ворот печени до 99,2% при опухолях БДС. Возможности метода имеют сильную корреляционную связь (величина аппроксимации равна $R=0,9273$) с уровнем поражения – чем выше уровень поражения, тем меньше вероятность успешной декомпрессии. При применении эндоскопических трансбиллиарных вмешательств частота постмануальных осложнений составляет 17,4% с общей летальностью 9,2%, наиболее грозными осложнениями являются постпроцедурный гнойный холангит с летальностью 57,1% и прогрессирование печеночной недостаточности с летальностью 41,7%.

5. У больных с МЖОГ примененные усовершенствованной техники выполнения интрадуральных эндобиллиарных вмешательств в совокупности со строгим отбором больных с учетом результатов МРТ-холангиографии позволяют существенно снизить частоту интра- и постоперационных осложнений до 9,9% и летальности до 3,3% по сравнению с аналогичными показателями ЭРПГТ-вмешательства ($p=0,031$).

6. Открытые вмешательства, направленные на восстановление желчеоттока и выполненные без предварительной мини-инвазивной декомпрессии ЖВП ($n=56$), представляют высокий риск развития (21,4%) печеночной недостаточности в раннем послеоперационном периоде ($n=12$), летальность при которой может достигать 66,7% ($n=8$).

7. Двухэтапная тактика ведения больных с МЖОГ ($n=49$) в 40,8% случаев позволяет выполнить радикальное вмешательство с реконструкцией

ЖВП, полностью избежать развития такого грозного послеоперационного осложнения, как печеночная недостаточность.

8. Расширение радикальности и объема хирургических вмешательств при двухэтапной тактике ведения больных с МЖОГ не увеличивает частоту послеоперационных осложнений ($p=0,714$) и сокращает послеоперационную летальность с 17,9 до 6,1%.

SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 ON THE AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES AT THE REPUBLICAN RESEARCH CENTER OF EMERGENCY MEDICINE

REPUBLICAN RESEARCH CENTER OF EMERGENCY MEDICAL CARE

TILEMISOV SULTAN ONGARBAEVICH

IMPROVING OF THE DIAGNOSTICS AND SELECTION OF METHODS OF DECOMPRESSION OF BILE DUCTS IN PATIENTS WITH MALIGNANT OBSTRUCTIVE JAUNDICE

14.00.40 – Emergency medicine

ABSTRACT OF THE DISSERTATION OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) IN MEDICAL SCIENCES

The theme of dissertation is registered at Higher Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan in number B2018.1.PHD/18598.

The dissertation has been done in the Republican research center of emergency medicine. Abstract of the dissertation in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)) has been posted on the website of Scientific Council (www.emerg-centre.uz) and the information-educational portal eZiyosets at (www.ziyoset.uz).

Scientific adviser: Khadjibaev Farkhod Abdulkhakimovich
Doctor of science, professor

Official opponents: Akilov Khabibulla Ataullovich
Doctor of science, professor
Akbarov Mirshavkat Miralimovich
Doctor of science, professor

Leading organization: National research center of surgery named after
A.N.Syrganov, Almaty, Kazakhstan

The defense will be take place on 20th August 2021 at 12³⁰ o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc:04.00.12.2019.Tb.03.01 at the Republican Research Center of Emergency Medicine (address: 100081, Toshkent c., Kichik Halqa Yoli str. 2, Chilanzar district, Toshkent, Uzbekistan; Tel./Fax: (+99878) 150-46-00; (+99878) 150-46-05; e-mail: uzmedicine@mail.ru)

The dissertation (PhD) is available in the Information Resource Center of the Republican Research Center of Emergency Medicine (Registration number №), (Address 100081, Toshkent c., Kichik Halqa Yoli str. 2, Chilanzar district, Toshkent, Uzbekistan; Tel./Fax: (+99878) 150-46-00; (+99878) 150-46-05; e-mail: uzmedicine@mail.ru)

Abstract of the dissertation has been sent on 2nd August 2021 y.
(registry report № 24 of 2nd August 2021 y.)



A.M.Khadjibaev
Member of the Scientific Council to Award of Scientific Degrees, Doctor of Science, Professor

Kh.E.Aнварov
Scientific Secretary of the Scientific Council to Award of Scientific Degrees, Doctor of Philosophy

B.K.Altier
Chairman of the Scientific Seminar at the Scientific Council to Award a Scientific Degrees, Doctor of Science

INTRODUCTION (annotation of the (PhD) dissertation)

The aim of the research Improving the immediate results of treatment of patients with malignant obstructive jaundice by differentiated use of ante- and retrograde minimally invasive methods of decompression of the bile ducts, specifying the indications and improving the technique of open palliative and radical operations, taking into account the severity of the patient's condition, localization and stage of the tumor process.

The object of the research: The object of the study was 719 patients with malignant obstructive jaundice who were treated in the department of emergency surgery of the Republican Research Center of Emergency Medicine from 2006 to 2018.

Scientific novelty of research is as follows:

In the Uzbek population patients with obstructive malignant jaundice on a large sample (n=719), the gender, demographic, clinical features, and localization of tumor on bile ducts were clarified.

Additional data on the informative value of ultrasound, CT, ERCP and PTBD in the context of different localization and prevalence of the hepatopancreatobiliary tumor process were obtained.

The article systematizes one of the largest clinical materials on obstructive malignant jaundice among the CIS countries, evaluates the effectiveness of ante- and retrograde minimally invasive methods of decompression of the bile ducts and malignant obstructive jaundice, and scientifically substantiates the feasibility of differentiated use of antegrade and retrograde endobiliary interventions, taking into account the localization of bile duct lesion.

The relatively higher efficiency and safety of the improved technique of performing percutaneous transhepatic endobiliary interventions in patients with malignant obstructive jaundice has been proved.

Open interventions performed without preventive minimally invasive decompression of the bile ducts have been shown to increase the risk of liver failure and mortality. In contrast, it was demonstrated that the two-stage management of patients with malignant obstructive jaundice significantly increases the possibility of performing radical operations on the bile ducts and significantly reduces the risk of postoperative liver failure.

Results and discussion.

The characteristic clinical, ultrasound, and CT semiotics of malignant obstructive jaundice are described in great detail with visual and informative illustrations.

For practical use, a method of double percutaneous drainage of the bile ducts and abdominal cavity in patients with malignant obstructive jaundice accompanied by ascites, has been developed. The method is aimed to prevent complications such as bile leakage related from dislocation of drainage tube.

An approach to the choice of the method of primary decompression of the bile ducts is developed, based on the results of a safe, non - invasive and highly informative method-MRI-cholangiography.

The effectiveness of two-stage tactics of surgical treatment of patients with malignant obstructive jaundice has been shown, which significantly expands the possibility of performing radical operation in removing of the bile duct tumor.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, literature review, research methods, data collection, results and discussion, conclusion, a list of references and appendix. The volume of work is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

- 1) Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Хашимов М.А., Методические рекомендации «Методические рекомендации «Алгоритм диагностики и лечения механической желтухи опухолевого генеза» Ташкент, 2020 г.
- 2) S.O.TilemisoV, F.A.Khadjibaev, M.A.Khashimov, R.O.TilemisoV Mininvasive Roentgen endobiliary interventions at obstructive jaundice of tumorous genesis //American Journal of Medicine and Medical sciences, 2017 7(8), p. 309-312.
- 3) Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Анваров Х.Э., Мирзакулов А.Г., Роль и место миниинвазивных эндобилиарных вмешательств при гнойном холангите, ВЭМ, том 11, №3(2018), стр.23-27.
- 4) Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Анваров Х.Э., Гуломов Ф.К. Тактика ведения больных с гнойным холангитом на фоне механической желтухи опухолевого генеза в экстренном стационаре, Скорая медицинская помощь Том 20, № 1 (2019) стр.61-64.
- 5) Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Анваров Х.Э. Лечение осложненных чрескожных чреспеченочных вмешательств в условиях экстренного стационара. Скорая медицинская помощь, том 20 №2(2019) стр.51-55.

II бўлим (II часть; part II)

- 6) Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Хашимов М.А., Тилемисов Р.О., Антеградная и ретроградная холангиография при диагностике механической желтухи. Материалы III съезда хирургов гастроэнтерологов «Актуальные проблемы хирургической гастроэнтерологии» г.Геленджик 2016
- 7) Тилемисов С.О., Хаджибаев Ф.А., Тилемисов Р.О., Выбор декомпрессии биллиарного дерева при механической желтухе опухолевого генеза. Материалы XXIII Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, г.Минск, 2016г.
- 8) Тилемисов С.О., Хаджибаев Ф.А., Тилемисов Р.О., Выбор декомпрессии желчных путей при механической желтухе опухолевого генеза. Материалы V Ежегодной Международной научно- практической конференции «Актуальные вопросы медицины» г.Баку 2016
- 9) Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Антеградные вмешательства и осложнения при механической желтухе. Сборник тезисов 4-ой Всероссийской НПК по организационным и клиническим разделам неотложной помощи: «Неотложная помощь современной многопрофильной медицинской организации, проблемы, задачи, перспективы развития» г.Казань, 2016

- 10) Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Хашимов М.А., Тилемисов Р.О. Анализ диагностики и лечения больных с механической желтухой опухолевой этиологии. Сборник тезисов XXI Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, г. Санкт-Петербург 2017
- 11) Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О. Осложнения интратрадных вмешательства при механической желтухе злокачественного генеза, лечение и их профилактика Сборник тезисов XXV Юбилейного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ г. Алматы (Казахстан) 2018
- 12) Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Роль и место интратрадных и ретроградных эндобилиарных вмешательств в диагностике механической желтухи. Сборник тезисов XXV Юбилейного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ г. Алматы (Казахстан) 2018
- 13) Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Хашимов М.А., Осложнения эндоскопических транспиллярных вмешательства при механической желтухе доброкачественного генеза. Сборник тезисов XXV Юбилейного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ г. Алматы (Казахстан), 2018
- 14) Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Хашимов М.А., Улучшение результатов лечения больных с механической желтухой опухолевой этиологии путем применения мининвазивных эндобилиарных вмешательств. Сборник тезисов XXV Юбилейного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ г. Алматы (Казахстан) 2018
- 15) Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Эндоскопические рентгенэндобилиарные вмешательства при механической желтухе опухолевого генеза. Сборник тезисов XXVI Пленума правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ г. Ереван (Армения) 2019
- 16) Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Анализ диагностики и лечения больных с механической желтухой опухолевого генеза. Сборник тезисов XXVI Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ г. Санкт-Петербург, 2019 г.

Бегим: 84x60 1/16, «Times New Roman» гарнитураси.
Рақамли босма усулда босилди.
Шартли босма табоғи: 3,25. Адади 100. Буюртма № 19/21.

Гувоҳнома № 851684.
«Тиреограф» МЧЖ босмаханасида чоп этилган.
Босмаховна манзили: 100011, Тошкент ш., Беруний кўчаси, 83-уй.