

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019Тib.77.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ЯКУБОВ ЮСУФДЖОН КЕНЖАЕВИЧ

**БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛ СОҶА ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИНИ
ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ**

14.00.14 – Онкология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАНЛАР ДОКТОРИ (DSc)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2024

Фанлар доктори (DSc) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора наук (DSc)

Contents of dissertation abstract of doctor of sciences (DSc)

Якубов Юсуфджон Кенжаевич

Билиопанкреатодуоденал соҳа хавфли

ўсмаларини жарроҳлик усулида даволаш..... 3

Якубов Юсуфджон Кенжаевич

Хирургическое лечение злокачественных опухолей

билиопанкреатодуоденальной зоны..... 31

Yakubov Yusufdjon Kenjaevich

Surgical treatment of malignant tumors

of the biliopancreatoduodenal zone 59

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works..... 63

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019Тib.77.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ЯКУБОВ ЮСУФДЖОН КЕНЖАЕВИЧ

**БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛ СОҶА ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИНИ
ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ**

14.00.14 – Онкология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАНЛАР ДОКТОРИ (DSc)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2024

Фан доктори (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2021.2.DSc/Tib564 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий Кенгаш веб-сайтида (www.cancercenter.uz) ва «ZiyoNet» ахборот-таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий маслаҳатчи:

Тилляшайхов Мирзагалеб Нигматович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Мухаммедаминов Шухрат Каримджанович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Алиджанов Фотих Боқиевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Хакимов Мурод Шавкатович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Андижон давлат тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси 2024 й. «___» _____ да соат ___да Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг илмий даражалар бериш бўйича DSc.04/30.12.2019Tib.77.01 рақамли Илмий Кенгаш йиғилишида бўлиб ўтади (Манзил: 100174, Тошкент шаҳри, Фаробий кўчаси, 383. Тел/факс: (+99871) 246-05-13; e-mail: info@cancercenter.uz).

Диссертация билан Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (___-сон билан рўйхатдан ўтказилган). манзил: 100174, Тошкент шаҳри, Фаробий кўчаси, 383. Тел/факс: (+99871) 246-05-13.

Диссертация автореферати тарқатилди «___» _____ 2024 йилда.

(2024 йил “___” _____ даги _____ -сонли юбориш протоколи реестри).

М.А. Гофур-Охунов

Илмий даражалар бериш бўйича илмий Кенгаш раис
ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори, профессор

А.А. Адилходжаев

Илмий даражалар бериш бўйича илмий Кенгаш илмий
котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

М.Х. Ходжибеков

Илмий даражалар бериш бўйича илмий кенгаш
кошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари
доктори, профессор

Кириш (фан доктори (DSc) диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти. Билиопанкреатик соҳа хавфли ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволаш муаммоси жарроҳлик ва онкология соҳасида ҳануз долзарб бўлиб қолмоқда. Билиопанкреатодуоденал соҳа саратони (БПДС) онкологик касалликлар таркибида муҳим ўрин тутаяди. Улар барча ҳолатларнинг 3,0% дан ортиғини ташкил қилади. Global Cancer Statistics маълумотига кўра, биргина меъда ости безининг ўзи 11 ўринни эгаллайди ва «... 2022 йилда 510 992 янги касалланиш ҳолати аниқланди...»¹. Сўнги 5 йил ичида 37 миллион аҳоли орасида Ўзбекистонда ҳар йили 600-700 та БПДС ўсмалари қайд этилган бўлиб, бу барча онкологик касалликларнинг 3,5-4,0 фоизини ташкил этади. Билиар декомпрессиянинг рентген жарроҳлик усулларида кенг фойдаланиш, функционал жиҳатдан фойдали анастомозларни ишлаб чиқиш ва қўллаш, билиодигестив ва панкреатикодигестив анастомозларни шакллантириш учун прецизион жарроҳлик усулларида фойдаланиш, шунингдек атравматик тикув материалларидан фойдаланиш, замонавий антисекретор дорилар ва антибиотикларнинг янги авлодларидан фойдаланиш туфайли, БПДС органлари саратон жарроҳлик даволаш бевосита натижаларини сезиларли даражада яхшилаш имкониятига эга бўлди. Билиопанкреатодуоденал саратон билан оғриган беморларни даволашда асосий муаммо меъда ости беши боши қисми саратонини даволаш бўлгани учун, БПДС аъзолари саратони билан оғриган беморларнинг аксарияти бизнинг илмий тадқиқотларимиз дуктал меъда ости беши саратони учун узоқ муддатли прогноз омилларини ўрганишга қаратилган ва бу масалани ўрганиш тиббиётнинг долзарб муаммоларидан биридир.

Жаҳонда БПДС хавфли ўсмаларини жарроҳлик даволашни такомиллаштириш соҳасида бир қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада, турли локализациядаги БПДС хавфли ўсмаларининг клиник кўринишлари ва хусусиятларини аниқлаш, БПДС хавфли ўсмаларини эрта ташхислаш имкониятларини ўрганиш замонавий тадқиқот усулларида фойдаланиш, гастропанкреатодуоденал резекция, пилорус сақловчи панкреатодуоденал резекция янги усулларида ишлаб чиқиш, панкреатодуоденал резекцияда вирсунг каналини дренажлашнинг янги усулларида ишлаб чиқиш, панкреатодуоденал резекция пайтида ўт йўлини дренажлашнинг янги усулини ишлаб чиқиш, БПДС саратонида операциялар пайтида вирсунг ва ўт йўлларида комбинирланган дренажлаш усулини ишлаб чиқиш ва БПДС саратони билан оғриган беморларда диагностика босқичларининг аҳамияти ва тизимли хусусиятини баҳолаш, шунингдек даволаш – диагностик алгоритмни ишлаб чиқиш каби масалаларни аниқлаш алоҳида аҳамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, тиббиёт тизимини жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, жумладан, турли соматик

¹<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/13-pancreas-fact-sheet.pdf>

касалликлар асоратлари оқибатида келиб чиқадиган онкологик касалликларни самарали ташхислаш, даволаш ва олдини олиш бўйича комплекс чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Шу муносабат билан 2022-2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегиясининг етти устувор йўналишларига мувофиқ, аҳолига тиббий ёрдам кўрсатишни янги босқичга кўтариш мақсадида «... бирламчи тиббий хизмат томонидан аҳолига кўрсатилаётган малакали хизматлар сифатини ошириш ...»² каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалардан келиб чиқиб, билиопанкреатодуоденал соҳа ўсмаларини терапевтик ва диагностик тактикасини такомиллаштириш, жарроҳлик йўли билан даволаш янги усуллари жорий этиш ва беморларни ушбу касалликда ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларини камайтиришга қаратилган тадқиқотлар ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги 60-сонли “янги Ўзбекистоннинг 2022-2026 йилларга мўлжалланган ривожланиш стратегияси тўғрисида” ги ва 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сонли “Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида” ги фармонлари, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сонли “2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикаси аҳолисига ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”, 2017 йил 4 апрелдаги ПҚ-2866-сонли “2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикаси аҳолисига онкологик хизматни янада ривожлантириш ва онкологик ёрдамни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги қарорлари, шунингдек ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий ҳужжатларининг вазифаларни амалга оширишга ушбу илмий-тадқиқот ишлари муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотларнинг республика фан ва технологияларини ривожлантиришнинг устувор йўналишлари билан мувофиқлиги. Диссертация тадқиқотлари Ўзбекистон Республикаси фан ва технологиясини ривожлантиришнинг устувор йўналиши VI “тиббиёт ва фармакология”га мувофиқ олиб борилди.

Диссертация мавзуси бўйича халқаро илмий тадқиқотлар шарҳи³. Сўнги 10 йил давомида адабиёт манбалари шарҳи БПДС хавфли ўсма ларнинг даволашда жарроҳлик ёндашувни такомиллаштириш бўйича маълумотларни ўз ичига олади. Ушбу туркумга кирувчи онкологик беморларга ёрдам кўрсатиш учун қуйидаги энг нуфузли етакчи илмий марказларида билиопанкреатодуоденал саратон беморларга жарроҳлик ёрдам сифатини яхшилаш ва такомиллаштириш бўйича тадқиқотлар ўрганилган: department of general surgery Mayo Clinic, США, department of general surgery, Johns Hopkins Hospital, США, department of general surgery, MD Anderson Cancer Center,

²Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги фармони

³ Диссертация мавзуси бўйича чет эл илмий тадқиқотларининг шарҳи қуйидагилар асосида ўтказилди: www.cancer.gov/, www.abdn.ac.uk/, <https://www.jhu.edu/>, <https://www.yonsei.ac.kr/>, en.sjtu.edu.cn/, <https://www5.usp.br/>, <https://global.ulsan.ac.kr/en/Main.do> /english/ва и других источников.

США, department of general surgery, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, США, department of general surgery, University College London Hospitals, Великобритания, department of general surgery, University of California, department of general surgery, San Francisco Medical Center, США, department of general surgery, Asan Medical Center, Южная Корея, department of general surgery, The Christie NHS Foundation Trust, Буюк Британия, department of general surgery, Princess Margaret Cancer Centre, Канада, department of general surgery, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Германия, department of general surgery, Roche Clinic, Швейцария, department of general surgery, Seoul National University Hospital, Жанубий Корея, department of general surgery, Institut Paoli-Calmettes, Франция, department of general surgery, Instituto Nacional de Cancerologia, Мексика, Peter MacCallum Cancer Centre, Австралия.

Билиопанкреатодуоденал соҳа хавфли ўсмаларини даволашда жарроҳлик ёндашувни такомиллаштириш соҳасида ҳозирги кунда қуйидаги бир қатор устувор йўналишларда илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда: онкожарроҳлик марказлари ишида терапевтик ва диагностик ёндашувни такомиллаштириш, қорин бўшлиғининг хавфли ўсмалари бўлган беморларда кимё, нур терапиянинг таъсирини баҳолаш ва энг истиқболли усулларини ишлаб чиқиш, операциядан кейинги ҳолатни яхшилаш, шу жумладан билипанкреатодуоденал соҳа саратони билан оғриган беморларда операциядан кейинги асоратларнинг умумий хавфини камайтириш, шунингдек, рецидивсиз яшовчанлик даврини ошириш ва кенг қамровли реабилитация дастурларини жорий этиш орқали ҳаёт сифати параметрларини яхшилаш.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Саратон ривожланишининг молекуляр генетикаси асосларини ўрганиш, ўсмаларни ташхислаш ва даволашнинг янги усулларини ишлаб чиқиш ушбу касалликка қарши ёндашувни сезиларли даражада ўзгартирди. БПДС саратонини даволаш энди нафақат жарроҳлик аралашувларни, балки турли хил ўсмаларнинг биологик хусусиятларини, уларнинг даволанишга сезгирлигини ва прогностик жиҳатдан муҳим омиллар тўпламини ҳисобга олишни ҳам ўз ичига олади. БПДС саратони билан оғриган беморлар кўп ҳолларда сариқлик белгилари билан касалхонага ётқизилади. Бироқ, сариқлик мавжудлигида амалга ошириладиган радикал операциялар кўпинча жиддий асоратлар ва юқори ўлим билан бирга келади. Шунинг учун бундай ҳолларда биринчи босқичда ўт йўллариининг декомпрессиясини, иккинчисида радикал операцияни ўз ичига олган икки босқичли даволаш таклиф этилади.

Сафро йўллариини декомпрессиялашнинг турли усуллари мавжуд, аммо уларни қўллашда ягона ёндашув йўқ. Бу ушбу муаммони ўрганиш янада муҳимлигини кўрсатади. БПДС саратони билан оғриган беморларда операцияни режалаштиришда операция натижаларига таъсир қиладиган барча прогностик аҳамиятга эга омилларни ҳисобга олиш жуда муҳимдир. Маҳаллий ва хорижий адабиётларда олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, БПДС саратони билан оғриган беморларда ташхисни яхшилаш, жарроҳлик ва операциядан кейинги парваришнинг оптимал тактикасини аниқлашга талаб

мавжуд. Шунингдек, операциядан кейин ичак тўсиғини тиклаш ва БПДС саратони билан оғриган беморларда операциядан кейин меъда мавжудлигини тиклаш усуллари техник жиҳатдан такомиллаштириш имкониятлари ҳали тўлиқ ўрганилмаган.

Шундай қилиб, БПДС саратонини даволаш муаммоси жуда катта аҳамиятга эга. Жарроҳлик имкониятини аниқлаш учун ПЕТ/КТ нинг диагностик қийматини аниқлаш, жарроҳликнинг оптимал кўлами ва турли жарроҳлик усуллари бўйича натижаларни қиёсий таҳлил қилиш – буларнинг барчаси кўшимча ўрганишни талаб қиладиган муҳим масалалардир. Буларнинг барчаси беморларнинг ушбу гуруҳини даволаш стратегиясини аниқлашга ёрдам беради ва БПДС саратонига қарши курашда фойда келтиради. Бугунги кунга қадар Ўзбекистонда панкреатодуоденал ўсмаларнинг эпидемиологияси, диагностикаси ва даволаш соҳасида илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда, аммо билиопанкреатодуоденал хавфли ўсмаларни жарроҳлик йўли билан даволашни такомиллаштириш йўллари ўрганилмаган.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация иши Республика Ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази тадқиқот ишлари режасига мувофиқ бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади: жарроҳлик усулида даволашнинг янги усуллари ва технологияларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш орқали билиопанкреатодуоденал соҳа хавфли ўсмалари беморларини жарроҳлик даволаш натижалари ва ҳаёт сифатини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

турли локализациядаги билиопанкреатодуоденал соҳаси хавфли ўсмалари кечишининг клиник хусусиятларини аниқлаш;

билиопанкреатодуоденал соҳа саратони билан оғриган беморларда диагностика босқичларининг аҳамияти ва тизимлиги баҳолаш ва ушбу тоифадаги беморлар учун терапевтик-диагностик алгоритм ишлаб чиқиш;

гастропанкреатодуоденал резекцияда гастропанкреатоанастомознинг такомиллаштирилган усулининг самарадорлиги баҳолаш;

панкреатодуоденал резекция пайтида меъда пилорик сфинктерининг яхлитлигини сақлашнинг ишлаб чиқилган усулининг таъсирини таҳлил қилиш;

панкреатодуоденал резекция пайтида вирсунг каналини, сафро йўлини дренажлаш ва сафро ва вирсунг каналларини комбинирланган дренажлаш усуллари такомиллаштириш;

билиопанкреатодуоденал соҳа саратони билан оғриган беморларида ишлаб чиқилган жарроҳлик даволаш усуллариининг стандарт жарроҳлик даволаш усулларига нисбатан умумий ва касалликка хос 2 йиллик яшовчанлик даражасига таъсирини баҳолаш;

билиопанкреатодуоденал соҳа саратони беморларида модернизацияланган жарроҳлик даволаш усуллариининг операциядан кейинги

натижаларга, беморларнинг жисмоний ва рухий-эмоционал ҳолати даражасига таъсирини таҳлил қилиш.

Тадқиқотнинг объекти: Диссертация иши 2010 йилдан 2021 йилгача Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг онкоабдоминал бўлимида даволанган 184 беморни кузатишга асосланган.

Тадқиқотнинг предмети: клиник ва лаборатория, ультратовуш, морфологик ва иммуногистохимёвий тадқиқотлар, шунингдек операциядан кейинги жисмоний фаоллик ва ҳаёт сифатини баҳолаш ҳисобланади.

Тадқиқотнинг усуллари. Диссертацион ишда антропометрик, нур, патогистологик, молекуляр-генетик ва статистик текшириш усуллари қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

панкреатодуоденал резекциянинг реконструктив босқичида асосий панкреатик канални узун панкреатико-еюнал ички дренажлар билан дренажланиши меъда ости беши ширасининг олиб кетувчи ингичка ичакка адекват тушиши туфайли оғир меъда ости беши фистуласи ривожланишини олдини олиши исботланган;

гастропанкреатодуоденал резекцияда ингичка ичак кўтариловчи ҳалқасини ёпиш услуби панкреатико- ва билиодигестив анастомоз соҳасига меъда сақламасини кириб келишини олдини олиш орқали панкреатик фистула ва олиб келувчи ҳалқа синдроми ривожланишининг олдини олишга имкон бериши исботланган;

аррозив қон кетиш ва ингичка ичак олиб кетувчи ҳалқасини қон лахталари билан тикилиб қолишида панкреатик шира димланишини олдини олиши туфайли вирсунг каналининг дренажланиши операциядан кейинги оғир панкреанекроз ривожланиш эҳтимолини камайтириши исботланган;

операциядан кейинги даврда панкреатик оқма билан асоратланган беморларда, ўт йўллари ичаклар аро Браун анастомози орқали қўшимча ички дренажлаш, олиб кетувчи ичакда сафронинг эвакуациясини яхшилаши ва панкреатик оқма фонида босим градиентининг пасайиши туфайли оқма битишини тезлаштириши исботланган;

кисет чоклар билан қўшимча герметизация қилиш билан “учини-ёнга” панкреатикоеюностомияда, чокнинг капсула ва меъда ости беши паренхимасига бир текис босимини таъминлаши туфайли панкреатикодигестив анастомоз етишмовчилиги ҳавфини пасайтириши исботланган;

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

билиопанкреатодуоденал саратон билан оғриган беморларни операциядан кейинги 2 йиллик яшовчанлик улушини сезиларли даражада оширувчи жарроҳлик даволашнинг такомиллаштирилган усуллари ишлаб чиқилган;

таклиф этилган асосий панкреатик канални узун панкреатико-еюнал ички дренажлар билан дренажланиши натижасида меъда ости беши ширасининг

олиб кетувчи ингичка ичакка адекват тушиши натижасида беморларда амалиётдан кейинги асоратларни камайтириш тартиби аниқланган;

тавсия этилган ингичка ичак кўтарилувчи ҳалқасини ёпиш услуби панкреатико- ва билиодигестив анастомоз соҳасига меъда сақламасини кириб келишини олдини олиш орқали анастомоз етишмовчилиги асоратларни камайтириш тартиби аниқланган;

тавсия этилган усуллар операциядан кейинги асоратлар хавфининг пасайтириши, жароҳатлар битишини тезлаштириши ва беморларнинг операциядан кейинги жисмоний фаоллашуви даврини қисқартириши орқали беморларнинг ҳаёт сифати яхшиланиши аниқланган;

билиопанкреатодуоденал соҳа саратони беморларида ташҳислаш ва даволаш босқичларини ўз ичига олган, панкреатодуоденал резекция амалиётларига ва консерватив давога кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни белгиловчи ташҳислаш ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги услубий ёндашув ва объектив клиник, функционал, морфологик, иммуногистокимёвий ва статистик тадқиқот усуллариининг натижалари билан ва тасдиқлаганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти билиопанкреатодуоденал соҳа саратони билан оғриган беморларни жарроҳлик даволашнинг янги усуллари ва операциядан кейинги даволаш натижалари ўртасидаги боғлиқлик бўйича маълумотлар таҳлили ўтказилганлиги, олинган маълумотлар қорин бўшлиғи аъзолари хавфли ўсмалари беморларини жарроҳлик давоси бўйича тадқиқот ишлари учун яна бир асос яратганлиги ва олинган маълумотлар ушбу соҳа саратони билан оғриган беморларда жарроҳлик давосининг ўрнини ўрганишга ҳам муҳим илмий ҳисса қўшиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти онкологик беморларга онкожарроҳлик ёрдами соҳасидаги ихтисослаштирилган тиббиёт муассасалари базасида билиопанкреатодуоденал соҳа саратони билан оғриган беморларнинг терапевтик ва диагностик ёндашувларини қайта ташкил этиш учун асос яратганлиги, ушбу мураккаб соҳа саратони беморларини жарроҳлик давосининг техник усуллари, шунингдек операция вақтида ва ундан кейинги даврда олиб бориш, кузатилиши мумкин бўлган асоратларини камайтириш имконини берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилинганлиги. Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги илмий техник кенгашнинг 2024 йил 27 апрелдаги хулосасига кўра:

биринчи илмий янгиллик: панкреатодуоденал резекциянинг реконструктив босқичида асосий панкреатик канални узун панкреатико-еюнал ички дренажлар билан дренажланиши меъда ости беши ширасининг олиб кетувчи ингичка ичакка адекват тушиши туфайли оғир меъда ости беши фистуласи ривожланишини олдини олиши исботланганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Фарғона филиали умумий хирургия бўлимида 2024 йилнинг 15

апрелидаги 74-1§3 сонли буйруқ билан, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Наманган вилояти филиали абдоминал хирургия бўлимида 2024 йилнинг 13 апрелидаги 77-а-ф-сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган. *Ижтимоий самарадорлиги:* тавсия этилган ПДРнинг реконструктив босқичида асосий панкреатик канални узун панкреатико-еюнал ички дренажлар билан дренажланиши меъда ости беши ширасининг олиб кетувчи ингичка ичакка адекват тушиши туфайли оғир меъда ости беши фистуласи ривожланишини олдини олиши, шунингдек, беморлар ҳаёт давомийлигини яхшиланган. *Иқтисодий самарадорлиги:* биринчи марта ПДРнинг реконструктив босқичида асосий панкреатик канални узун панкреатико-еюнал ички дренажлар билан дренажланиши меъда ости беши ширасининг олиб кетувчи ингичка ичакка адекват тушиши туфайли оғир меъда ости беши фистуласи ривожланишини олдини олиши сабабли давлат бюджетидан сарф харажатларни 9,5%га иқтисод қилишга эришилган. *Хулоса:* ПДРнинг реконструктив босқичида асосий панкреатик канални узун панкреатико-еюнал ички дренажлар билан дренажланиши меъда ости беши ширасининг олиб кетувчи ингичка ичакка адекват тушиши туфайли оғир меъда ости беши фистуласи ривожланишини олдини олиши натижасида 1 нафар бемор ҳисобига 9,5%га иқтисод қилиш ва шифохонада бўлиш вақтини 2-3 кунга қисқартириш натижасида беморларнинг ҳаёт сифатини ошириш имконини берган.

иккинчи илмий янгилик: гастропанкреатодуоденал резекцияда ингичка ичак кўтарилувчи ҳалқасини ёпиш услуби панкреатико- ва билиодигестив анастомоз соҳасига меъда сақламасини кириб келишини олдини олиш орқали панкреатик фистула ва олиб келувчи ҳалқасининг ривожланишининг олдини олишга имкон бериши исботланганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Фарғона филиали умумий хирургия бўлимида 2024 йилнинг 15 апрелидаги 74-1§3 сонли буйруқ билан, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Наманган вилояти филиали абдоминал хирургия бўлимида 2024 йилнинг 13 апрелидаги 77-а-ф-сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган. *Ижтимоий самарадорлиги:* ГПДРда ингичка ичак кўтарилувчи ҳалқасини ёпиш услуби панкреатико- ва билиодигестив анастомоз соҳасига меъда сақламасини кириб келишини олдини олиш орқали панкреатик фистула ва олиб келувчи ҳалқасининг олдини олишга имкон беришига ва беморлар ҳаёт сифати ва ҳаёт давомийлигини оширишга имкон берган. *Иқтисодий самарадорлиги:* панкреатико- ва билиодигестив анастомоз соҳасига меъда сақламасини кириб келишини олдини олиш орқали панкреатик фистула ва олиб келувчи ҳалқасининг олдини олишга имкон бериши орқали ГПДРда ингичка ичак кўтарилувчи ҳалқасини ёпиш услуби даволаш натижаларини ижобий ўзгартириши натижасида бджетидан сарф харажатларни 15,0%га иқтисод қилишга эришилган. *Хулоса:* ГПДРда ингичка ичак кўтарилувчи ҳалқасини ёпиш услуби панкреатико- ва билиодигестив

анастомоз соҳасига меъда сақламасини кириб келишини олдини олиш орқали панкреатик фистула ва олиб келувчи ҳалқа синдроми ривожланишининг олдини олишга имкон берганлиги учун 1 нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини бир курс учун 15,0%га иқтисод қилиш, шифохонада бўлиш вақтини 2-3 кунга қисқартириш орқали беморларнинг ҳаёт сифатини ошириш, маблағларни иқтисод қилишга эришилган.

учинчи илмий янгилик: аррозив қон кетиш ва ингичка ичак олиб кетувчи ҳалқасини қон лахталари билан тикилиб қолишида панкреатик шира димланишини олдини олиши туфайли вирсунг каналининг дренажланиши операциядан кейинги оғир панкреанекроз ривожланиш эҳтимолини камайтириши исботланганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Фарғона филиали умумий хирургия бўлимида 2024 йилнинг 15 апрелидаги 74-I§3 сонли буйруқ билан, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Наманган вилояти филиали абдоминал хирургия бўлимида 2024 йилнинг 13 апрелидаги 77-а-f-сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган. *Ижтимоий самарадорлиги:* аррозив қон кетиш ва ингичка ичак олиб кетувчи ҳалқасини қон лахталари билан тикилиб қолишида панкреатик шира димланишини олдини олиши туфайли, Вирсунг каналининг дренажланиши операциядан кейинги оғир панкреанекроз ривожланиш эҳтимолини камайтириши натижасида беморларни эрта фаоллиштиришни яхшилаш, беморларни ўринда бўлишини қисқартириш ва ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган. *Иқтисодий самарадорлиги:* аррозив қон кетиш ва ингичка ичак олиб кетувчи ҳалқасини қон лахталари билан тикилиб қолишида панкреатик шира димланишини олдини олиши туфайли, Вирсунг каналининг дренажланиши операциядан кейинги оғир панкреанекроз ривожланиш эҳтимолини камайтириши натижасида беморларни эрта фаоллиштиришни яхшилаш, беморларни ўринда бўлишини қисқартириш ва ҳаёт сифатини яхшиланиши натижасида бюджетидан сарф харажатларни 6,0%га иқтисод қилишга эришилган. *Хулоса:* аррозив қон кетиш ва ингичка ичак олиб кетувчи ҳалқасини қон лахталари билан тикилиб қолишида панкреатик шира димланишини олдини олиши туфайли, Вирсунг каналининг дренажланиши операциядан кейинги оғир панкреанекроз ривожланиш эҳтимолини камайтириши натижасида эрта фаоллашувни яхшилаш ва ётоқ кунларини қисқартириш учун 1 нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини бир курс учун 6,0 %га иқтисод қилиш, шифохонада бўлиш вақтини 2-3 кунга қисқартириш орқали беморларнинг ҳаёт сифатини ошириш имконини берган ва маблағларни иқтисод қилишга эришилган.

тўртинчи илмий янгилик: операциядан кейинги даврда панкреатик оқма билан асоратланган беморларда, ўт йўллари ичаклар аро Браун анастомози орқали қўшимча ички дренажлаш, олиб кетувчи ичакда сафронинг эвакуациясини яхшилаши ва панкреатик оқма фонида босим градиентининг пасайиши туфайли оқма битишини тезлаштириши исботланганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Фарғона филиали умумий хирургия бўлимида 2024

йилнинг 15 апрелидаги 74-І§3 сонли буйруқ билан, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Наманган вилояти филиали абдоминал хирургия бўлимида 2024 йилнинг 13 апрелидаги 77-а-ф-сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган. *Ижтимоий самарадорлиги:* операциядан кейинги даврда панкреатик оқма билан асоратланган беморларда, ўт йўллари ичаклар аро Браун анастомози орқали қўшимча ички дренажлаш, олиб кетувчи ичакда сафронинг эвакуациясини яхшилаши ва панкреатик оқма фонида босим градиентининг пасайиши туфайли оқма битишини тезлаштириши сабабли беморлар ҳаёт сифатини ва ҳаёт давомийлигини яхшилаш кўрсатиб ўтилган. *Иқтисодий самарадорлиги:* операциядан кейинги даврда панкреатик оқма билан асоратланган беморларда, ўт йўллари ичаклар аро Браун анастомози орқали қўшимча ички дренажлаш, олиб кетувчи ичакда сафронинг эвакуациясини яхшилаши ва панкреатик оқма фонида босим градиентининг пасайиши туфайли оқма битишини тезлаштириши орқали бюджетдан сарф харажатларни 7,5%га иқтисод қилишга эришилган. *Хулоса:* операциядан кейинги даврда панкреатик оқма билан асоратланган беморларда, ўт йўллари ичаклар аро Браун анастомози орқали қўшимча ички дренажлаш, олиб кетувчи ичакда сафронинг эвакуациясини яхшилаши ва панкреатик оқма фонида босим градиентининг пасайиши туфайли оқма битишини тезлаштириши орқали 1 нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини бир курс учун 7,5% иқтисод қилиш, шифохонада бўлиш вақтини 1-2 кунга қисқартириш орқали беморларнинг ҳаёт сифатини ошириш имконини берган.

бешинчи илмий янгилик: кiset чоклар билан қўшимча герметизация қилиш билан “учини-ёнга” панкреатикоеюностомияда, чокнинг капсула ва меъда ости беzi паренхимасига бир текис босимини таъминлаши туфайли панкреатикодигестив анастомоз етишмовчилиги ҳавфини пасайтириши исботланганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Фарғона филиали умумий хирургия бўлимида 2024 йилнинг 15 апрелидаги 74-І§3 сонли буйруқ билан, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Наманган вилояти филиали абдоминал хирургия бўлимида 2024 йилнинг 13 апрелидаги 77-а-ф-сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган. *Ижтимоий самарадорлиги:* кiset чоклар билан қўшимча герметизация қилиш билан “учини-ёнга” панкреатикоеюностомияда, чокнинг капсула ва меъда ости беzi паренхимасига бир текис босимини таъминлаши туфайли панкреатикодигестив анастомоз етишмовчилиги ҳавфини пасайтириши орқали беморлар ҳаёт сифатининг яхшиланиши, ногиронликнинг пасайиши, доимий равишда дорига мухтожлик, ўзгалар парваришига мухтожликни камайтирган ва умр давомийлигининг узайтириш имконини берган. *Иқтисодий самарадорлиги:* кiset чоклар билан қўшимча герметизация қилиш билан “учини-ёнга” панкреатикоеюностомияда, чокнинг капсула ва меъда ости беzi паренхимасига бир текис босимини таъминлаши туфайли панкреатикодигестив анастомоз етишмовчилиги ҳавфини пасайтириши орқали бюджетдан сарф харажатларни 6,0%га иқтисод

қилишга эришилган. *Хулоса:* кiset чоклар билан қўшимча герметизация қилиш билан “учини-ёнга” панкреатикоеюностомияда, чокнинг капсула ва меъда ости беzi паренхимасига бир текис босимини таъминлаши туфайли панкреатикодигестив анастомоз етишмовчилиги ҳавфини пасайтириши учун 1 нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини 6,0%га иқтисод қилиш, шифохонада бўлиш вақтини 1-2 кунга қисқартириш орқали беморларнинг ҳаёт сифатини ошириш имконини берган ва маблағлар иқтисод қилишга эришилган.

Ю.К.Якубовнинг «**Билиопанкреатодуоденал соҳа хавфли ўсмаларини жарроҳлик усулида даволаш**» мавзусидаги диссертация тадқиқотида олинган юқоридаги 5 та илмий янгилик бошқа соғлиқни сақлаш муассаларига жорий этиш бўйича Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг 2024 йилдаги 26 июлдаги 02-03/386-сон хати Соғлиқни сақлаш вазирлигига тақдим этилган.

Илмий натижаларнинг апробацияси. Ушбу тадқиқотнинг натижалари 6 илмий-амалий конференцияларда, шу жумладан, 1 халқаро ва 5 республика конференцияларида муҳокама қилинган.

Тадқиқот натижаларининг нашр этилганлиги. Диссертация мавзуси бўйича 22 та илмий мақола чоп этилган бўлиб, шундан: 12 та журнал мақолалари, шу жумладан диссертацияларининг асосий илмий натижаларини нашр этиш учун Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссияси томонидан тавсия этилган 10 та Республика ва 2 та хорижий журналларда, 2 та услубий тавсиялар, 8 та тезислар нашр қилинган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, олти боб, яқун, хулосалар, амалий тавсиялар ва қўланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 185 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва талабгорлиги, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари асослаб берилган, тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, диссертация ишининг Ўзбекистон Республикасида фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилик ва амалий натижалар келтирилган, олинган маълумотларнинг илмий аҳамияти, тадқиқот натижаларининг амалиётга татбиқ этилиши, нашр этилган ишлар тўғрисидаги маълумотлар ва диссертациянинг тузилиши очиқ берилган.

Диссертациясининг “**Билиопанкреатодуоденал соҳа хавфли ўсмалари беморларининг клиник кечиши, диагностикаси ва даволаш усулларининг замонавий ҳолати (адабиётлар шарҳи)**” деб номланган биринчи бобида БПДС саратон касаллигининг ҳозирги эпидемиологик ҳолати, замонавий диагностика ва даволаш турлари тўғрисида илмий маълумотлар чуқур таҳлил қилинган, уларни умумлаштириш ва тизимлаштириш амалга оширилган. Ушбу муаммога бағишланган маҳаллий ва хорижий адабиётлар ўрганилган, БПДС саратонини жарроҳлик йўли билан даволаш турлари ва

уларнинг касалликларга таъсирини ўрганиш муаммосининг ҳозирги ҳолати кўриб чиқилган, кейинги ечимларни талаб қиладиган долзарб масалалар шакллантирилган. Адабиётларни таҳлил қилиш натижасида илмий тадқиқотларнинг мақсади ва вазифалари аниқланган.

Диссертациянинг “тадқиқотнинг материал ва усуллари” деб номланган иккинчи бобида клиник материал ва фойдаланилган тадқиқот усуллари умумий тавсифи берилган. БПДС саратони билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашни ва унинг клиник ҳолати ва ҳаёт сифатининг ҳолати ва прогнозига таъсирини яхшилаш учун биз БПДС саратони билан боғлиқ механик сариқлик (МС) клиник кўриниши бўлган, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги РИОваРИАТМ онкохирургик бўлимларида даволанган 184 бемордан иборат гуруҳ шакллантирдик. Беморларнинг ўртача ёши 55 ни, ёш медианаси эса 34 дан 67 ёшни ташкил қилди. Кузатув даври 24 ойни ташкил қилди. Тадқиқот иштирокчилари орасида клиник аломатлар 184 (100%) ҳолларда гипербилирубинемия, 67 (36,4%) ҳолларда ҳолсизлик, 56 (30,4%) ҳолларда гипертермия, 50 (27,2%) да оғриқ синдроми, 46 (25,0%) да иштаҳанинг пасайиши ва 42 (22,8%) ҳолатларда кўнгил айланиши/қусиш билан тавсифланган.

Механик сариқликнинг сабабини ва ҳавfli ўсманнинг жойлашган жойини аниқлаш учун тадқиқот доирасида қорин бўшлиғи аъзоларининг магнит-резонанс томография (МРТ) - холангиографияси ишлатилди. Ушбу процедура 42 кВт, 16 кесим/дақиқа қувватга эга бўлган GE BrightSpeed Elite (General Electric©, АҚШ) компьютер томографида ўтказилди. Диагностик қидирув МСКТ пайтида ёд сақловчи контраст моддаларни қўллашда тўқима зичлиги ошишининг рентгенологик белгиларини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди. Энг асосий рентген характеристикалари васкуляризация даражаси, қорин бўшлиғи органларига нисбатан ўсма жараёнининг чегаралари эди. Шундай қилиб, тадқиқот иштирокчилари орасида ўсма жараёни меъда ости беши боши соҳасида – 66 (53,8%), меъда ости беши боши ва танасида – 33 (17,9%) ҳолатда, умумий ўт йўллари (УЎЙ) соҳасида-21 (11,4%), 12 бармоқ ичак катта дуоденал сўрғичида (КДС) – 5 (2,7%) ҳолларда, ўт пуфагида (ЎП) 3 (1,6%) ҳолларда, холедох соҳасида – 2 (1,1%) ҳолларда, 12 бармоқ ичак тушувчи қисмида – 1 (0,5%) ҳолат, шунингдек рентгенологик БПДСнинг бир нечта аъзоларида жойлашганда 53 (28,8%) ҳолларда кузатилди. Диагностик текширувнинг рентгенологик усулларида ташқари, тадқиқот иштирокчилари фиброэзофагогастроуденоскопия (ФЭГДС) дан ўтдилар. Olympus GIF-E3 (Olympus, Япония) гастропиброскопи эндоскопик текшириш ускунаси сифатида ишлатилган. 69 (37,5%) ҳолларда ФЭГДС жараёнида ўсма жараёнининг тўқима тузилишини морфологик текшириш ўтказилди. Қолган 115 (62,5%) ҳолатда гистологик текширув операция вақтида операция ичи ўтказилди. Шундай қилиб, клиник тадқиқотга киритилган 184 бемор орасида 100 (54,3%) ҳолатда дуктал аденокарциномалар, 18 (9,8%) ҳолатда аралаш карцинома, 17 (9,2%) ҳолатда – карцинома, 15 (8,2%) ҳолатда – ўрта дифференциаллашган аденокарцинома, 13 (7,1%) ҳолатда – юқори

дифференциаллашган аденокарцинома, 8 (4,3%) ҳолатда – паст дифференциаллашган аденокарцинома, 8 (4,3%) ҳолатда – дифференциаллашмаган саратон, 3 (1,6%) ҳолатда – гастроинтестинал стромал ўсма (ГИСЎ), 1 (0,5%) ҳолатда – экзокрин саратон ва 1 (0,5) ҳолатда – холангиокарцинома аниқланди.

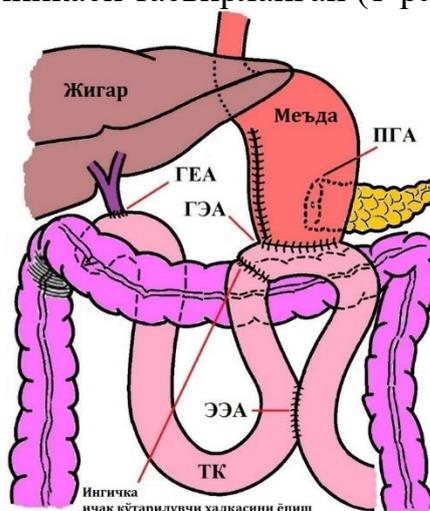
Беморларни баҳолаш ва ўсма жараёнининг босқичига қараб тақсимлашда Саратон касаллигини ўрганиш бўйича Америка Қўшма қўмитасининг (American Joint Committee of Cancer – AJCC) стратификацияси қўлланилди. T₁N₀M₀ (IA-босқич) тавсифидаги беморлар 21 (11,4%) ҳолатда, T₂N₀M₀ (IB-босқич) – 45 (24,5%) беморда, T₃N₀M₀ (IIA-босқич) – 42 (22,8%) беморда, T₁₋₁N₁M₀ (IIB-босқич) – 20 (10,9%) беморда, T₄N₀₋₁M₀ (III-босқич) – 38 (20,7%) беморда, T₁₋₄N₀₋₁M₁ (IV-босқич) – 18 (9,8%) беморда аниқланди.

Барча беморлар босқичи ва иммуногистохимёвий субтипига қараб, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан тасдиқланган БПДС саратонини ташхислаш ва даволаш протоколига мувофиқ даволанди. Шундай қилиб, БПДС саратонини жарроҳлик усулида даволаш асосий усуллари орасида локализацияси ва ўсма жараёнининг босқичида қараб турли анастомозларни шакллантириш билан, панкреатодуоденал резекция (ПДР) ва гастропанкреатодуоденал резекция (ГПДР) усуллари қўлланилган: 1-гурух 25 (13,6%) бемордан иборат бўлиб, ГПДР, ингичка ичакнинг кўтарилувчи қисмини ёпиш билан гастропанкреатоанастомоз шакллантириш ҳажмида жарроҳлик давосини олган; 2-гурух – 24 (13,0%) гастропанкреатоанастомоз шакллантириш билан ГПДР ўтказган беморлар; 3-гурух – 27 (14,7%) панкреатоеюноанастомоз шакллантириш билан ПДР ўтказилган беморлар; 4-гурух – 26 (14,1%) Вирсунг йўлини қўшимча дренажлаш билан ПДР ўтказган беморлар; 5-гурух – 25 (13,6%) жигардан ташқари ўт йўллари кўшимча комбинирланган дренажлаш билан ПДР ўтказган беморлар; 6-гурух – 30 (16,3%) пилорик сфинктер бутунлигини сақлаш билан панкреатоеюноанастомоз шакллантирилган ПДР ўтказган беморлар; 7-гурух (назорат гуруҳи) – 27 (14,7%) стандарт ПДР усули ўтказилган беморлар.

Диссертациянинг **“Билиопанкреатодуоденал соҳа саратони билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш усуллари ташлаш мезонлари ва хусусиятлари”** деб номланган учинчи бобда диссертация ишининг операциядан олдинги биринчи клиник босқичи натижалари келтирилган.

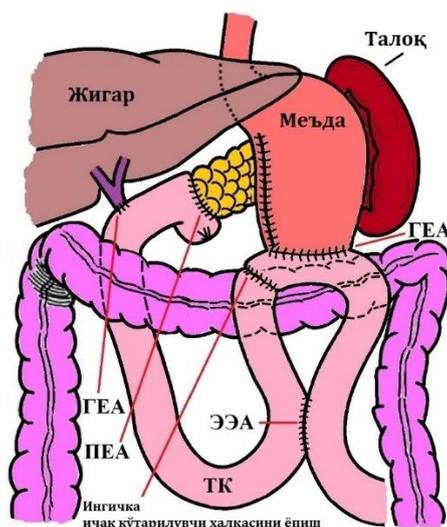
Ушбу бўлимда муаллиф томонидан таклиф этилган БПДС саратони беморларининг жарроҳлик даволаш усуллари батафсил таърифланади. Шу билан бирга, клиник амалиётда ишлатиладиган БПДС саратони жарроҳлик даволаш усуллари асосий фарқланувчи хусусиятлари, реконструктив компонент устун бўлган ва панкреатогастроанастомоз (ПГА), гастроентероанастомоз (ГЭА) ва энтроэнтроанастомоз (ЭЭА) шакллантириш билан ПДР ҳисобланди. Шунингдек, ПДР ва ГПДРда анастомоз соҳасининг назоеюнал ва бўшлиқ ичи комбинацияланган дренажининг такомиллаштирилган турлари, шунингдек, энтероанастомозни ёпиш усулида қўллаш техникаси тасвирланган.

Ушбу бобда меъда яқинидаги ингичка ичакнинг изоляцияланган ҳалқасининг кўтарилган қисмини ёпиш билан панкреатогастроанастомоз қўйиш билан гастропанкреатодуоденал резекция пайтида анатомик соҳани реконструкция қилиш техникаси тасвирланган (1-расмга қаранг).



1-расм. Меъда яқинидаги ингичка ичакнинг изоляцияланган ҳалқасининг кўтарилган қисмини ёпиш билан ПГА қўйиш билан ГПДР пайтида анатомик соҳани реконструкция қилиш техникаси.

Меъда яқинидаги ингичка ичакнинг изоляцияланган ҳалқасининг кўтарилган қисмини ёпилиши меъда таркибининг гепатоэнтероанастомоз соҳасига киришини бартараф қилади ва унинг етишмовчилигини олдини олади.

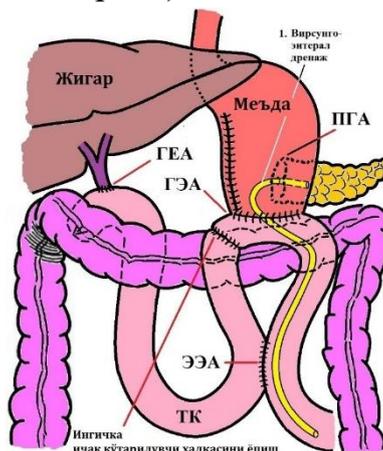


2-расм. Меъда яқинидаги ингичка ичакнинг изоляцияланган ҳалқасининг кўтарилган қисмини ёпилиши билан ПЭА қўйиш билан ГПДРда анатомик соҳани реконструкцияси техникаси.

Ингичка ичак ҳалқасида ёпиқ ёнма-ён ЭЭА билан резекция қилинган ошқозон чўлтоғининг тикув чизиги бўйлаб гастроэнтероанастомознинг яратилиши сафрони ингичка ичакка йўналтиришга имкон беради. Усул гепатоэнтероанастомоз етишмовчилиги ва операциядан кейинги оқмалар

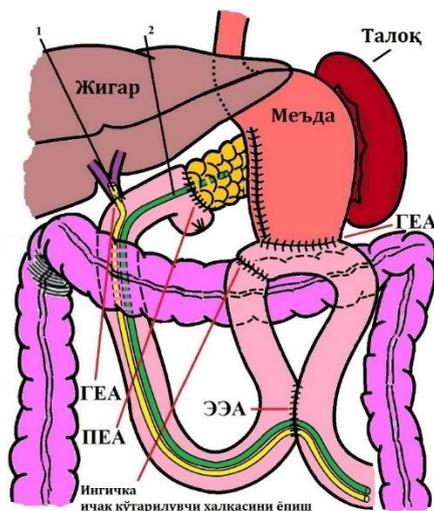
ривожланиши, перитонит ва операциядан кейинги бошқа асоратлар хавфини сезиларли даражада камайтиради (2-расмга қаранг).

ПГА дренажининг ишлаб чиқилган муқобил усули маълумотлари келтирилган. Ушбу техниканинг асосий мақсади операциядан кейинги даврда эндоскопик усулда осонгина олиб ташланадиган Вирсунг каналини Вирсунгоэнтерал дренаж билан декомпрессия қилиш орқали меъда сақламасини чиқариш ва рефлюксни ликвидация қилиш, операциядан кейинги асоратларни камайтириш орқали ПГА соҳасида етишмовчилик ҳолатларини бартараф этиш бўлган (3-расмга қаранг).



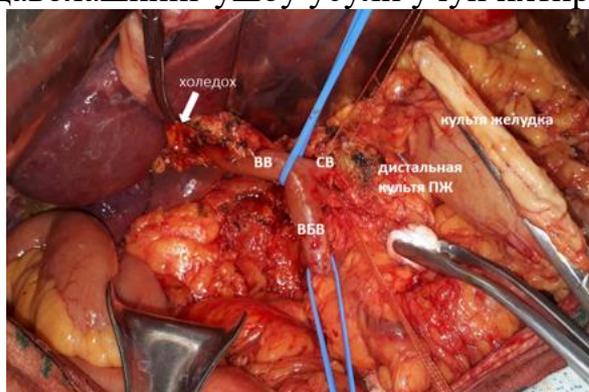
3-расм. ПДРда ПГАни дренажлаш техникаси: 1 – дренаж силикон катетер билан ПГА соҳасига олиб келинади, унинг бир учи анастомоз соҳасига фиксацияланади, 2-чи эркин учи эса ингичка ичакда эркин ётади.

Ушбу бобда панкреатодуоденал резекция пайтида меъда ости бези ва ўт йўллариининг комбинацияланган дренажини ўрнатиш техникаси келтирилган (4-расмга қаранг).



4. расм. Панкреатодуоденал резекцияда комбинирлашган панкреатик ва умумий ўт йўл дренажлаш усули: 1 – умумий ўт йўл дренажи силикон стент ва катетер билан, 2-чи панкреатик йўлнинг дренажи силикон стент ва катетер билан

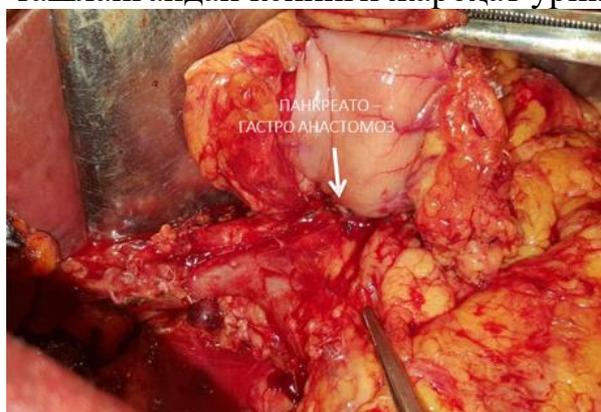
5-10-расмларда панкреато-гастро ва панкреато-еюно анастомози билан гастропанкреатодуоденал резекция операциясининг турли лаҳзалари, ингичка ичакнинг кўтарилган ҳалқаси ёпилиши кўрсатилган. Биз жарроҳлик даволашнинг ушбу усули учун ихтироларга патент олдик.



5-расм. ГПД комплекс олиб ташлангандан кейинги жароҳат ўрни



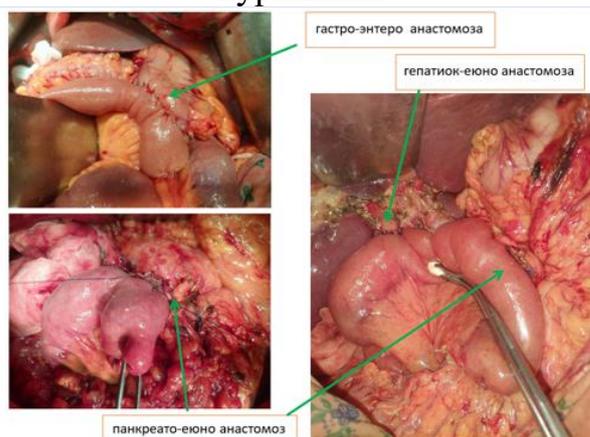
6-расм. Панкреатогастроанастомоз қўйиш жараёни



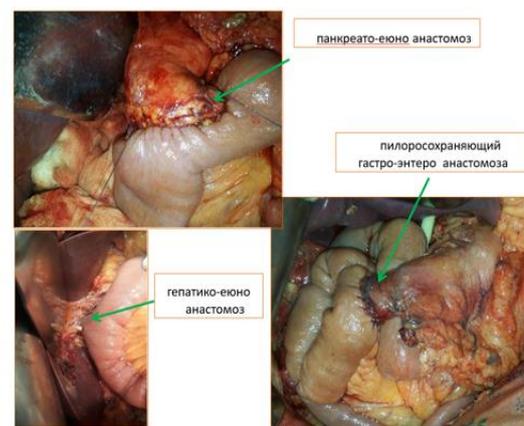
7-расм. ПГА қўйилгандан кейинги жароҳат майдони орқа қисмининг кўриниши



8-расм. Гепатикоеюно анастомоз қўйиш жараёни



9-расм. Гастро-энтеро, панкреато-еюно ва гепатико-еюно анастомоз қўйилгандан кейинги жароҳат майдони кўриниши.



10-расм. Панкреатоеюно, гепатико-еюно ва пилорус сақловчи гастро-энтеро анастомоз қўйилгандан кейинги жароҳат майдони кўриниши.

Таъкидлаш жоизки, БПДС саратони билан оғриган беморларни жарроҳлик даволашнинг такомиллаштирилган усуллари асосида ГПДР ва

ПДР классик усуллари ётади. Бироқ, стандарт жарроҳлик даволаш усулларининг операциядан кейинги натижалари мунозарали бўлиб, кўпинча натижалар маълумотлари текширишдан текширишгача корреляция қилинмайди. Шу муносабат билан БПДС саратонини жарроҳлик даволашнинг такомиллаштирилган усулларини кўриб чиқиш истиқболли ҳисобланади ва операциядан кейинги асоратлар хавфини камайтиради.

Диссертациянинг “**Билиопанкреатодуоденал соҳа саратони билан оғриган беморларни жарроҳлик усулида даволаш натижалари**” деб номланган тўртинчи бобида БПДС саратон касаллигига чалинган тадқиқот иштирокчиларини жарроҳлик даволаш таҳлили натижалари келтирилган. Операциядан кейинги давр таҳлил қилинганда, у энг паст яшовчанлик стандарт ГПДР бажарилган беморларнинг назорат гуруҳига тўғри келди. Назорат гуруҳида БПДС билан беморларнинг умумий сони 27 (100%) ни ташкил этган ҳолда, умумий ўлим ҳолатларининг 22 (81,4%) ҳолатини ташкил этди ва бу бошқа бемор гуруҳлари билан таққослаганда ишончли статистик фарқларга эга ($p=0,001$).

1 – жадвал.

Билиопанкреатодуоденал саратон жарроҳлик даволаш турига қараб тадқиқот иштирокчилари орасида клиник натижаларини таҳлил қилиш

Кўрсаткич	Мезонлар	Натижа		p
		Тирик (%)	Ўлим (%)	
Жарроҳлик усулида даволаш	1-гуруҳ, n=25 (100%)	15 (60)	10 (40)	0,001*
	2-гуруҳ, n=24 (100%)	17 (70,8)	7 (29,2)	
	3-гуруҳ, n=27 (100%)	16 (59,3)	11 (40,7)	
	4-гуруҳ, n=26 (100%)	17 (65,4)	9 (34,6)	
	5-гуруҳ, n=25 (100%)	17 (68)	8 (32)	
	6-гуруҳ, n=30 (100%)	20 (66,7)	10 (33,3)	
	Назорат гуруҳи, n=27 (100%)	5 (18,6)	22 (81,4)	

* – кўрсаткичларнинг фарқи статистик аҳамиятли ($p<0,05$), қўлланилган усул: Персоннинг Хи-квадрати

Жарроҳлик даволаш турига қараб клиник натижаларни таҳлил қилишда энг яхши натижа гастропанкреатоанастомоз шаклланиши билан 2 – ГПДР гуруҳида қайд этилди ва 24 (100%) бемордан 7 (29,2%) беморларда ўлим кузатилди. Гепатикоеюноанастомоз шаклланиши билан ПДР жарроҳлик йўли билан даволанган БПДС саратони 1-гуруҳ беморлари орасида 25 (100%) иштирокчидан 10 (60,0%) ўлим ҳолати кузатилди. Панкреатоеюноанастомоз шаклланиши билан ГПДР ўтказилган 3-гуруҳда 11 (40,7%) иштирокчида летал натижа қайд этилган.

Вирсунг каналининг қўшимча дренажлаш билан ПДР ўтказилган 4-гурухида ушбу гуруҳдаги 26 (100%) бемордан 9 (34,6%) нафарида ўлим ҳолатлари содир бўлди. Беморларда жигардан ташқари ўт йўллариининг қўшимча комбинацияланган дренажлаш билан ПДР ўтказилган 5-гурухида эса ушбу гуруҳнинг 25 (100%) беморлари орасида 8 (32,0%) нафарида ўлим қайт этилди. Ва пилорик сфинктернинг яхлитлигини сақлаган ҳолда панкреатоеюноанастомоз шаклланиши билан ПДР жарроҳлик даволаши бажарилган 6-гурух беморларида 30 (100%) беморлардан 10 (33,3%) нафар ҳолларда ўлим содир бўлган (1-жадвалга қаранг).

БПДС саратонининг операциядан кейинги рецидивланиш частотасини таҳлил қилганда, рецидив мавжудлиги факти ўсма жараёнининг босқичи билан бевосита боғлиқлиги ва жарроҳлик даволаш тури ва тактикасига боғлиқ эмаслиги ($p=0,999$) аниқланди (2-жадвалга қаранг).

2 – жадвал.

Жарроҳлик даволаш турига қараб БПДС саратонининг операциядан кейинги рецидивини таҳлил қилиш

Кўрсаткич	Мезонлар	Ўсма жараёни рецидиви		p
		Йўқ (%)	Мавжуд (%)	
Жарроҳлик усулида даволаш	1-гурух, n=25 (100%)	16 (64)	9 (36)	0,999
	2-гурух, n=24 (100%)	16 (66,7)	8 (33,3)	
	3-гурух, n=27 (100%)	18 (66,7)	9 (33,3)	
	4-гурух, n=26 (100%)	17 (65,4)	9 (34,6)	
	5-гурух, n=25 (100%)	15 (60)	10 (40)	
	6-гурух, n=30 (100%)	19 (63,4)	11 (36,6)	
	Назорат гуруҳи, n=27 (100%)	13 (48,2)	14 (51,8)	

* – кўрсаткичларнинг фарқи статистик аҳамиятли ($p<0,05$), қўлланилган усул: Персоннинг Хи-квадрати

Тадқиқот қатнашчилари орасида амалиётдан кейинги асоратлар ўрганилганда, энг кўп кузатилди: панкреатик оқма – 10 (5,5%), юмшоқ тўқималар инфекцияси – 7 (3,8%), анастомозит – 7 (3,8%), анастомоз етишмовчилиги – 6 (3,3%), МОБ чўлтоғи панкреатитининг деструктив шакли – 6 (3,3%), жарроҳлик амалиёти соҳасида аррозив қон кетиш – 5 (2,7%), локал перитонит – 4 (2,2%), меъда ичак тизими ярасидан қон кетиш – 4 (2,2%), тарқоқ перитонит – 3 (1,6%), анастомоз перфорацияси – 1 (0,5%), амалиётдан кейинги вентрал чурра – 1 (0,5%). Билиопанкреатодуоденал соҳа саратони билан оғриган беморлар орасида операциядан кейинги асоратлар ҳолатларини таҳлил қилиш натижасида жарроҳлик билан боғлиқ барча асоратларнинг энг

паст улуши 5 (20,0±1,52%) тадан ҳолатни ташкил этган ва бу панкреатогастроанастомоз шакллантириш билан ГПДР, панкреатоеюноанастомоз шакллантириш билан ГПДР ва Вирсунг каналини кўшимча дренажлаш билан ПДР ўтказилган 2, 3 ва 4-гуруҳ беморларида қайд этилганлиги аниқланди. Ингичка ичакнинг кўтарилган қисмини ёпиш билан гастропанкреатанастомоз шакллантириш билан ПДР ўтказилган 1-гуруҳ беморлари орасида операциядан кейинги асоратларнинг 11 (44,0%) ҳолати қайд этилган. Жигардан ташқари ўт йўллариининг кўшимча комбинацияланган дренажлаш билан ПДР ўтказилган 5 – гуруҳда операциядан кейинги 8 (32,0%) ҳолатда асоратлар қайд этилган ва пилорик сфинктернинг яхлитлигини сақлаган ҳолда панкреатоеюноанастомоз шакллантириш билан ПДР бажарилган 6-гуруҳида операциядан кейинги асоратларнинг 8 (29,6%) ҳолати қайд этилган.

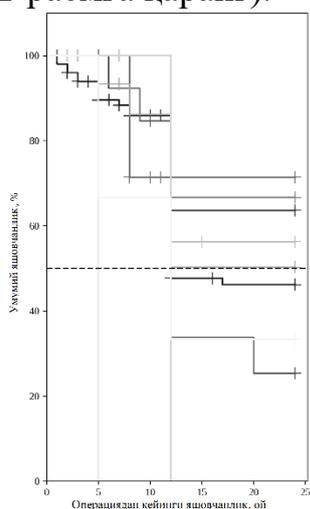
Шунингдек, БПДС саратони билан оғриган беморларни жарроҳлик даволашнинг тавсия этилган усуллари самарадорлигини таҳлил қилиш доирасида Бартел индекси ёрдамида операциядан кейинги жисмоний тикланиш даврини баҳолаш амалга оширилди. Ушбу кўрсаткични баҳолаш беморни жарроҳлик даволашдан кейин қайси вақтда тадқиқотнинг кейинги босқичига ўтказишга тайёрлигини тушунишга имкон беради, шунингдек тиббий реабилитациянинг биринчи босқичининг дозаси ва режимини тартибга солади. Операциядан кейинги даврда БПДС саратони билан оғриган беморларнинг аҳволи ўртача оғир ва оғир ҳолатда бўлишини ҳисобга олсак, Бартелл индекси 60 ёки ундан ортиқ балл қийматида қониқарли деб топилди. Бартел индекси бўйича 60 баллдан ортиқ балл тўплаган беморлар кўпгина маиший вазифалари учун зарур бўлган барча ўз-ўзига хизмат кўрсатиш функцияларини бажаришлари мумкин. Шундай қилиб, операциядан кейинги жисмоний тикланишнинг энг қисқа даври 10 ётоқ кунини ташкил этган бўлиб, бу ҳолат БПДС саратони учун жарроҳлик даволашни олган Вирсунг йўлининг кўшимча дренажлаш билан ПДР, жигардан ташқари ўт йўллариини кўшимча комбинацияланган дренажлаш билан ПДР ва пилорик сфинктернинг яхлитлигини сақлаб қолиш билан панкреатоеюноанастомоз шакллантириши билан ПДР бажарилган 4, 5 ва 6 гуруҳ беморлари орасида қайт этилди.

Операциядан кейинги жисмоний тикланишнинг энг узоқ даври гастропанкреатанастомоз шакллантирилиши билан ГПДР ва стандарт усулдаги ГПДР даволашини олган 2 ва 7 гуруҳ беморлари орасида қайд этилган.

БПДС саратони билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилиш натижасида такомиллаштирилган ПДР ва ГПДР усулларида фойдаланиш, стандарт ПДР ва ГПДР муолажаларини олган беморларнинг назорат гуруҳи билан таққослаганда клиник синов охиригача (24 ой) яшовчанлик кўрсаткич бўйича яхшироқ клиник натижага олиб келганлиги аниқланди. Бундан ташқари, назорат гуруҳидаги беморларда жарроҳлик билан боғлиқ операциядан кейинги асоратларнинг юқори кўрсаткичлари ва операциядан кейинги жисмоний тикланишнинг узоқроқ муддати кузатилди. Бу еса кўрсатилаётган жарроҳлик ёрдамининг сифати

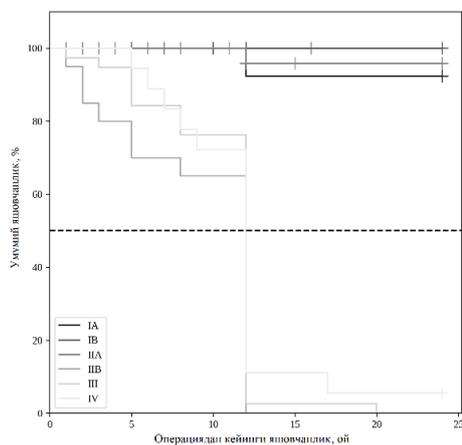
кониқарли эмаслигини кўрсатади. БПДС саратонини жарроҳлик даволашнинг стандарт усуллари операциядан кейинги даврга бевосита таъсир кўрсатадиган бир қатор камчиликларга эга. Бу БПДС нинг ҳавфли ўсмаларининг жойлашувининг анатомик соҳаси билан боғлиқ. Шундай қилиб, БПДС саратони билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш усулларини такомиллаштириш замонавий онкологиянинг асосий вазифаси бўлиб, БПДС саратони билан оғриган беморларни даволаш билан боғлиқ муаммоларни ҳал қилишга имкон беради.

Диссертациянинг “**Билиопанкреатодуоденал саратон билан оғриган беморларни жарроҳлик даволашнинг такомиллаштирилган усуллари самарадорлигини таҳлил қилиш**” деб номланган бешинчи бобида БПДС саратони билан оғриган беморларнинг операциядан кейинги яшовчанлигини ҳар томонлама баҳолаш ўтказилди. БПДС саратони билан оғриган беморларни жарроҳлик даволашнинг бевосита натижалари стандарт ПДР ва ГПДР усулида даволанган беморларнинг назорат гуруҳида ўлимнинг сезиларли юқори частотаси билан тавсифланади. Яшовчанлик кўрсаткичлари БПДС саратонини жарроҳлик усулида даволашда такомиллаштирилган усуллар ўтказилган беморларда жуда кониқарли даражадалиги кузатилди. Жарроҳлик даволаш усулига қараб операциядан кейинги яшовчанликни таҳлил қилганда, қиёсий ва назорат гуруҳлари ўртасидаги фарқ $29,7 \pm 4,4\%$ ни ташкил етди. Операциядан кейинги яшовчанликни таҳлил қилиш натижасида, БПДС саратонида жарроҳлик даволаш олган беморлар умумий сонидан 2-йиллик яшовчанлик 108 кишида (58,7%) кузатилди. Операциядан кейинги яшовчанлик даражаси ўсма жараёнининг босқичига, ҳавфли ўсманинг анатомик жойлашишига, морфологик шаклига ва жарроҳлик даволаш усулларини танлашга боғлиқ бўлди (11-12-расмга қаранг).



Декан аденокарцинома	Кузатувлар 100	79	65	32	30	0
	Центуралланган	11	22	27	28	58
	Ҳодисалар	0	10	13	41	42
Ювари дифференциалланган аденокарцинома	Кузатувлар 13	11	11	7	7	0
	Центуралланган	2	2	2	2	9
	Ҳодисалар	0	0	4	4	4
Ўрта дифференциалланган аденокарцинома	Кузатувлар 12	13	10	4	3	0
	Центуралланган	0	2	3	3	6
	Ҳодисалар	0	0	2	8	9
Паст дифференциалланган аденокарцинома	Кузатувлар 12	8	3	2	2	0
	Центуралланган	0	3	4	4	6
	Ҳодисалар	0	0	2	2	2
Аденома (огъсий ташма)	Кузатувлар 8	7	6	4	4	0
	Центуралланган	0	1	2	2	6
	Ҳодисалар	0	0	2	2	2
Карцинома	Кузатувлар 17	14	12	7	7	0
	Центуралланган	0	2	3	3	10
	Ҳодисалар	0	1	2	7	7
Архиват карцинома	Кузатувлар 18	17	16	8	8	0
	Центуралланган	0	1	2	3	3
	Ҳодисалар	0	0	0	7	7
Хонанг миокардинома	Кузатувлар 1	1	1	0	0	0
	Центуралланган	0	0	0	0	0
	Ҳодисалар	0	0	1	1	1
Эктопит саратон	Кузатувлар 1	0	0	0	0	0
	Центуралланган	0	0	0	0	0
	Ҳодисалар	0	1	1	1	1
Гастроинтестинал стромал тумор (ГИСО)	Кузатувлар 3	2	2	1	1	0
	Центуралланган	0	0	0	0	1
	Ҳодисалар	0	1	1	2	2

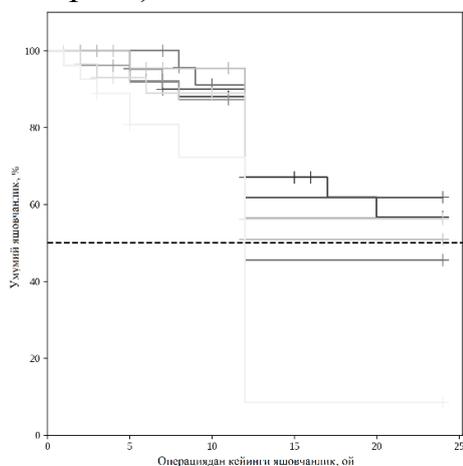
11 – расм. Ўсма жараёнининг морфологик турига қараб тадқиқот иштирокчиларининг операциядан кейинги яшовчанлиги эгри чизиги графиги



IA	17	13	12	12	0
Кузгунлар	21	4	8	8	20
Центуралланган	0	0	0	1	1
Ховислар	0	0	0	0	0
IB	36	31	20	28	0
Кузгунлар	45	9	14	16	17
Центуралланган	0	0	0	0	0
Ховислар	0	0	0	0	0
IIA	36	27	21	21	0
Кузгунлар	42	6	15	20	41
Центуралланган	0	0	1	1	0
Ховислар	0	0	0	0	0
IIB	14	13	0	0	0
Кузгунлар	20	0	0	0	0
Центуралланган	0	6	7	20	20
Ховислар	0	0	0	0	0
III	32	29	1	0	0
Кузгунлар	38	0	0	0	0
Центуралланган	0	6	9	37	38
Ховислар	0	0	0	0	0
IV	17	13	2	1	0
Кузгунлар	18	0	0	0	1
Центуралланган	0	1	5	16	17
Ховислар	0	0	0	0	0

12 – расм. TNM таснифига мувофиқ ўсма жараёнининг босқичига қараб тадқиқот иштирокчиларининг умумий яшовчанлик эгри чизиғи графиги

Операциядан кейинги яшовчанликни баҳолашда, жарроҳлик даволаш турига қараб, операциядан кейинги 2-йиллик яшовчанлик энг юқори ҳолати 1-гурух беморлар орасида кузатилди. Назорат гуруҳидаги беморлар яшовчанлик эҳтимоли энг паст бўлди. Операциядан кейинги 2 йиллик яшовчанлик, БПДС ҳавфли ўсмаларини жарроҳлик усулида даволашнинг такомиллаштирилган усулларини олган беморлар гуруҳлари билан солиштирганда, назорат гуруҳида ўлим хавфи 1-6-гурухдаги беморларни жарроҳлик даволашнинг бошқа усуллари билан солиштирганда 4,000 баравар кўплиги кузатилди (13-расмга қаранг).



1-гурух	23	22	14	11	0
Кузгунлар	25	0	3	4	15
Центуралланган	0	2	3	8	10
Ховислар	0	0	0	0	0
2-гурух	19	16	11	11	0
Кузгунлар	24	4	6	6	17
Центуралланган	0	1	2	7	7
Ховислар	0	0	0	0	0
3-гурух	25	18	9	9	0
Кузгунлар	27	2	7	7	16
Центуралланган	0	0	2	11	11
Ховислар	0	0	0	0	0
4-гурух	23	18	11	11	0
Кузгунлар	26	1	5	6	17
Центуралланган	0	2	3	9	9
Ховислар	0	0	0	0	0
5-гурух	20	16	7	7	0
Кузгунлар	25	4	8	10	17
Центуралланган	0	1	1	8	8
Ховислар	0	0	0	0	0
6-гурух	23	19	11	11	0
Кузгунлар	30	5	8	9	20
Центуралланган	0	2	3	10	10
Ховислар	0	0	0	0	0
Назорат гуруҳи	19	17	2	2	0
Кузгунлар	27	3	3	3	5
Центуралланган	0	5	7	22	22
Ховислар	0	0	0	0	0

13 – расм. Жарроҳлик даволаш турига қараб тадқиқот иштирокчилари ўртасида умумий яшовчанлик эгри чизиғининг графиги

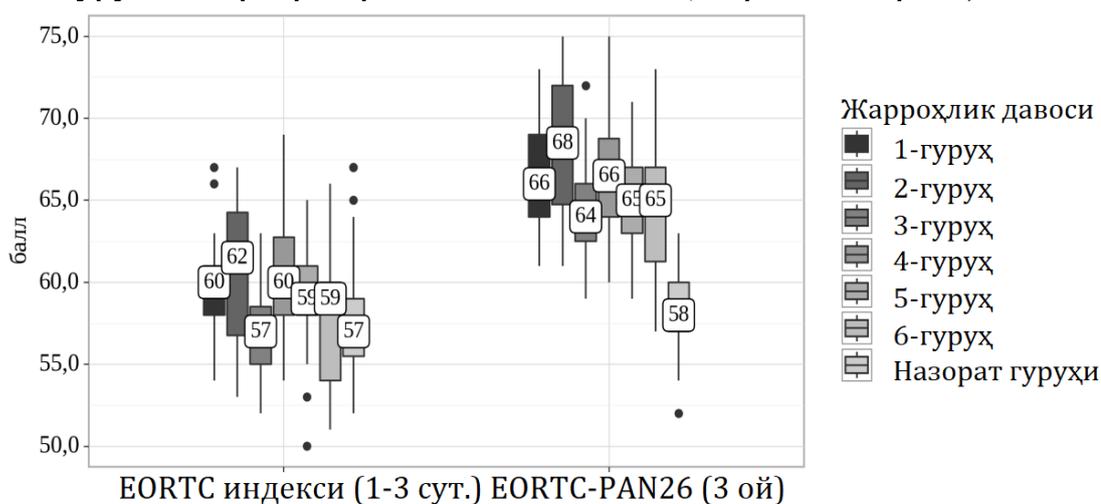
Ўлимнинг энг юқори фоизи БПДС саратонида стандарт ПДР ва ГПДР усуллари қўлланилган беморларнинг назорат гуруҳида қайд этилди ва 22 (81,5%) беморларни ташкил этди. Шу билан бирга, ҳавфли ўсма жараёнининг хусусиятлари қиёсий ва назорат гуруҳлари ўртасида сезиларли даражада фарқ қилмади. Бинобарин, ушбу тенденция БПДС саратони билан оғриган беморлар учун стандарт жарроҳлик даволаш усулларининг камчиликларини бевосита акс эттиради. Операциядан кейинги яшовчанлик таҳлили шуни кўрсатадики, радикализация эҳтимоли ва замонавий дренаж техникасидан фойдаланиш ўсма жараёнининг параметрлари, шунингдек жарроҳлик даволашнинг оғирлиги туфайли операциядан кейинги оқибатлар юкини қоплаш имконини

беради. БПДС саратонини такомиллашган жарроҳлик даволашидан ўтган беморларнинг 2 йиллик яшовчанлик даражаси анча қониқарли бўлишига қарамай, ҳозирги вақтда стандарт ПДР ва ГПДР усуллари кенг қўлланилмоқда, бу эса ушбу тоифадаги беморлар орасида ўлимнинг юқори хавфига (4,0 барабар) олиб келади.

Диссертациянинг “**Билиопанкреатодуоденал саратон билан оғриган беморларнинг операциядан кейинги ҳаёт сифатини таҳлил қилиш натижалари**” деб номланган олтинчи бобида операциядан кейинги қисқа муддатли ҳаёт сифатини, ҳам кечиктирилган даврдаги ҳаёт сифатини баҳолаш бўйича маълумотлар келтирилган.

Тадқиқот гуруҳлари иштирокчиларини ҳаёт сифатини параметрларини баҳолаш учун European Quality of Life Questionnaire – EuroQol (EQ-5D) анкетаси ва Европа онкологик касалликларни текшириш ва даволаш жамиятининг (European Association for Research and Treatment of Cancer – EORTC) БПДС онкологик касалликлари беморларини ҳаёт сифатини баҳолаш маҳсус сўровномаси (EORTC-PAN26) дан фойдаланилди.

Операциядан 1 кун олдин ва БПДС саратонини жарроҳлик даволашдан 3 ой ўтгач, қисқа муддатда ҳаёт сифатини баҳолашда, операциядан кейинги даврда ҳаёт сифатининг энг яхши кўрсаткичлари гепатикоеюноанастомоз шаклланиши билан ПДР, гастропанкреатоанастомоз шакллантириш билан ГПДР ва Вирсунг каналининг кўшимча дренажлаш билан ПДР ўтказилган 1, 2 ва 4 гуруҳ беморлари орасида қайд этилганлиги аниқланди. Ҳаёт сифатининг биров пастроқ кўрсаткичлари панкреатоеюноанастомоз шаклланиши билан ГПДР, жигардан ташқари ўт йўллариининг кўшимча комбинацияланган дренажлаш билан ПДР ва пилорик сфинктернинг яхлитлигини сақлаган ҳолда панкреатоеюноанастомоз шаклланиши билан ПДР ўтказилган 3, 5 ва 6-гуруҳ беморларида қайд этилди. Операциядан кейинги кечиктирилган даврда ҳаёт сифатининг энг қониқарсиз кўрсаткичлари стандарт ПДР ва ГПДР усулларини олган 7-гуруҳ беморлари орасида қайд этилди (14-расмга қаранг).



14 – расм. Жарроҳлик даволаш турига қараб EORTC-PAN26 индексининг операциядан кейинги динамикасини таҳлил қилиш

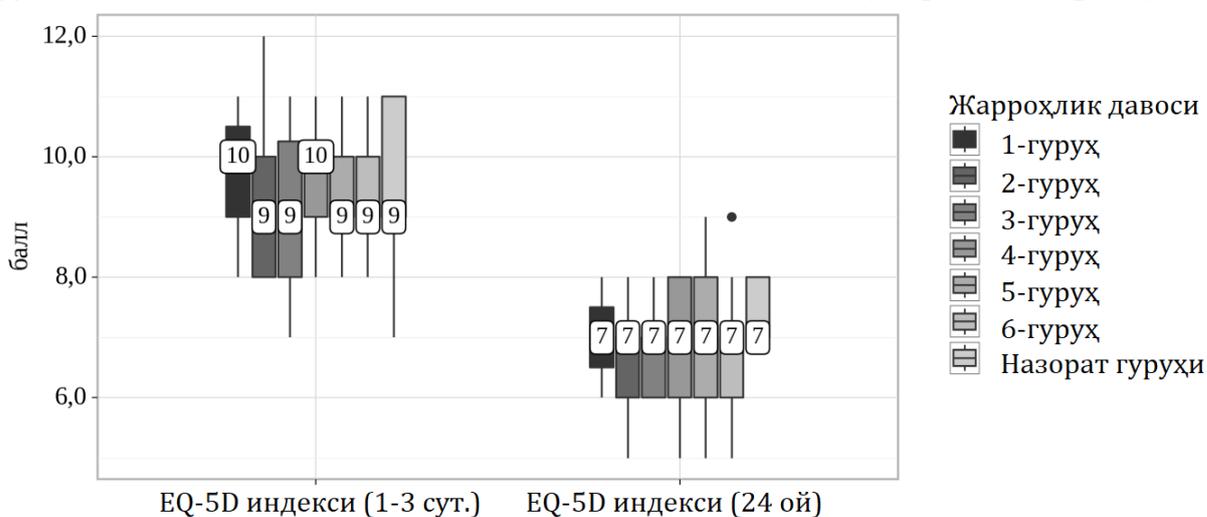
БПДС саратонини даволашнинг жарроҳлик усулларининг операциядан олдин ва 1 йилдан кейин ҳаёт сифатига таъсирининг узоқ муддатли

натижаларини кўриб чиқилганда, операциядан кейинги ҳаёт сифатининг жарроҳлик даволашдан 24 ой ўтгач, энг ёмон кўрсаткичлари стандарт ПДР ва ГПДР усулларини олган назорат гуруҳи иштирокчилар орасида қайд этилганлиги аниқланди. Шуниси эътиборга лойиқки, апостериор таҳлилининг динамик баҳолашнинг мураккаблиги леталлик кузатилган беморлар сонининг кўплигидадир. Шундай қилиб, назорат гуруҳидаги (7-гуруҳ) беморлар орасида жарроҳлик даволанишдан 24 ой ўтгач, атиги 5 (18,5%) бемор тирик қолди ва такрорий сўровда қатнашишди. Шунга қарамай, EQ-5D сўровномасининг 5 та домени орасида 1-6 тадқиқот иштирокчиларидан иборат гуруҳлар орасида жуда яхши натижалар қайд этилди. Гепатикоеюноанастомоз шаклланиши билан ПДР бажарилган 1-гуруҳ беморлари операциядан кейинги эрта даврдаги бир хил кўрсаткич билан солиштирганда “ҳаракатчанлик” доменининг кўрсаткичларини 48,5% га яхшиланди. 2-гуруҳ беморлари орасида “ҳаракатчанлик” кўрсаткичи 29,3% га яхшиланди, 3 – 5 - гуруҳларда “ҳаракатчанлик” нинг ўртача улуши $34,0 \pm 5,6\%$ га ошди, 6-гуруҳда “ҳаракатчанлик” индекси операциядан кейинги эрта даврга нисбатан 37,9% га юқори бўлди. 7-назорат гуруҳида беморлар “ҳаракатчанлик” даражасининг бироз ошганини қайд этишди, бу операциядан кейинги эрта даврга нисбатан 9,1% ни ташкил этди. “Парвариш” доменининг қиёсий таҳлили жарроҳлик даволаш туридан қатъи назар, бемор гуруҳлари орасида ушбу кўрсаткичнинг нисбатан бир хил ўсишини аниқлади. Шундай қилиб, жарроҳлик даволанишдан 2 йил ўтгач, омон қолган барча тадқиқот иштирокчилари ўз-ўзига хизмат кўрсатиш ва маиший вазифаларни бажариш даражаси қониқарлилиги кузатилди. Операциядан кейинги давр давомийлигига қараб бемор гуруҳларидаги “парвариш” кўрсаткичлари орасидаги фарқ $52,5 \pm 10,4\%$ ни ташкил этди. “Фаоллик” домени бўйича ҳаёт сифати кўрсаткичлари асосан такомиллашган жарроҳлик даволаш усулларини олган беморлар орасида юқори бўлган. Шунинг учун 1-6-гуруҳда жисмоний фаоллик даражаси операциядан кейинги эрта давр натижаларига нисбатан ўртача 29,3% юқори бўлган. Беморларнинг назорат гуруҳи билан таққослаганда эса, БПДС саратонини жарроҳлик даволашдан 24 ой ўтгач, “фаоллик” кўрсаткичидаги фарқ $14,7 \pm 3,2\%$ ни ташкил этди. Олинган маълумотлар БПДС саратонини хирургик даволаш усулини танлаш билан жарроҳлик даволашидан бир неча йилдан сўнгги жисмоний фаоллик ўртасида тўғридан-тўғри корреляцион боғлиқлик борлигини кўрсатади.

“Оғриқ” доменини кўрсаткичларини баҳолаш турлича бўлиб чиқди ва 2 йилдан кейин омон қолган беморлар орасида турли натижалар қайд этилди. Шу билан бирга, “оғриқ” доменининг энг яхши даражаси Вирсунг каналининг кўшимча дренажлаш билан ПДР, жигардан ташқари ўт йўлларининг кўшимча комбинацияланган дренажлаш билан ПДР ва пилорик сфинктернинг яхлитлигини сақлаган ҳолда панкреатоеюноанастомоз шаклланиши билан ПДР ўтказилган 4, 5 ва 6-гуруҳ беморлари орасида қайд этилди. Шундай қилиб, жарроҳликдан сўнг 24 ойдан кейин оғриқ синдромининг субъектив ҳиссиётлари, бу гуруҳларда $74,3 \pm 20,7\%$ га кам бўлди. Гепатикоеюноанастомоз шаклланиши билан ПДР бажарилган 1-гуруҳ беморлари орасида, оғриқ

синдроми $62,6 \pm 14,9\%$ га камроқ ифодаланди. БПДС саратонини жарроҳлик даволашдан 24 ой ўтгач оғриқ билан боғлиқ дисфомфорт ҳолатлари энг кўп панкреатогастроанастомоз шаклланиши билан ГПДР, панкреатоеюноанастомоз шаклланиши билан ГПДР ва ПДР ва ГПДР стандарт усуллари бажарилган 2, 3 ва 7 гуруҳларда қайд этилди. Ушбу гуруҳлардаги “оғриқ” домени кўрсаткичларидаги фарқ жарроҳлик даволашдан 24 ой ўтгач $37,4 \pm 9,1\%$ ни ташкил этди.

БПДС саратонини жарроҳлик даволашдан сўнг беморларнинг руҳий ҳолати БПДС саратонини жарроҳлик даволашнинг такомиллаштирилган усуллари олган беморларнинг барча гуруҳларида, яъни гепатикоеюноанастомоз шаклланиши билан ПДР, гастропанкреатанастомоз шаклланиши билан ГПДР, панкреатоеюноанастомоз шаклланиши билан ГПДР, Вирсунг каналининг қўшимча дренажлаш билан ПДР, жигардан ташқари ўт йўллариининг қўшимча комбинацияланган дренажлаш билан ПДР ва пилорик сфинктернинг яхлитлигини сақлаш билан панкреатоеюноанастомоз шаклланиши билан ПДР ҳажмида жарроҳлик даволашни олган 1-6 гуруҳларда сезиларли даражада яхшиланди. Ушбу гуруҳларда иштирокчилар ақлий фаровонликда сезиларли фарқга эга бўлди, бу операциядан кейинги эрта давр кўрсаткичлари билан таққослаганда $56,0 \pm 13,5\%$ ни ташкил этди. Назорат гуруҳидан омон қолган беморлар орасида, 24 ойдан кейин БПДС саратонини жарроҳлик даволашдан сўнг, руҳий ҳолатнинг яхшиланиши $30,6\%$ ни ташкил етди (15-расмга қаранг).



15 – расм. Билиопанкреатодуоденал саратон билан оғриган беморлар орасида EQ-5D индексининг операциядан кейинги динамикасини таҳлил қилиш

ХУЛОСАЛАР

“Билиопанкреатодуоденал соҳа ҳавфли ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволаш” мавзусида докторлик диссертацияси (DSc) бўйича олиб борилган тадқиқотлар асосида қуйидаги хулосалар шакллантирилди:

1. Билиопанкреатодуоденал соҳа ҳавфли ўсмалари кечишининг клиник хусусиятларини ўрганиб чиқиш натижасида маълум бўлдики, кўп ҳолларда беморлар механик сариклик белгилари – 184 (100%) ҳолатлар, умумий

ҳолсизлик ва безовталиқ – 173 (94,0%), тана вазнининг камайиши – 170 (92,4%), иштаҳанинг пасайиши-161 (87,5%), оғриқ синдроми – 109 (59,2%) ва қайт қилиш билан кўнгил айланиш – 94 (51,1%) ҳолатда безовта қилади. Энг кўп меъда ости безининг бош қисми – 66 (35,9%) ҳолатда, энг кам эса – ўт қоқи девори ва холедох – 2 (1,1%) ҳолатда зарарланади. Саратоннинг энг агрессив шакли меъда ости бези бош қисмининг саратони ҳисобланиб, экзофит ўсиш, паст дифференциаллашган аденокарцинома, карцинома ва бир нечта анатомик соҳаларни зарарланиши билан тавсифланади;

2. Билиопанкреатодуоденал соҳа саратони билан оғриган беморларда ташҳислаш босқичларини таҳлил қилиш ва даволаш ва ташҳислаш алгоритминини ишлаб чиқиш СА 19-9 ва РЭА онкомаркерлари серологик таҳлилларининг, шунингдек ПЕТ-КТ ва томир ичига контраст билан МСКТ каби нур диагностика усулларининг юқори самарадорлигини аниқлади. Бу ташҳислашни ва даволашни режалаштиришни аниқлигини кескин оширди;

3. Гастропанкреатодуоденал резекцияда гастропанкреатоанастомознинг такомиллаштирилган усули самарадорлигини баҳолаш стандарт усулларга нисбатан яхшиланган натижаларни кўрсатди. Бу 2 йиллик яшовчанлик кўрсаткичларини 49,4% га оширишга ($p < 0,001$), шунингдек амалиётдан кейинги асоратлар частотасини 2 барабар камайтиришга имкон берди ($p < 0,001$);

4. Панкреатодуоденал резекция пайтида меъданинг пилорик сфинктерининг яхлитлигини сақлаш усулининг таъсири амалиётдан кейинги асоратларни камайтириш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашда самарадорлигини исботлади. Бу тезроқ жисмоний тикланиш ва ўз-ўзини парвариш қилишнинг яхши кўрсаткичлари ва операциядан кейинги 10-кунда уйига рухсат беришга тайёрлиги билан тасдиқланади ($p = 0,060$);

5. Панкреатодуоденал резекция пайтида вирсунг ва ўт йўлларини дренажлашнинг такомиллаштирилган усули ва уларнинг қўшилиш билан дренажлаш амалиётнинг жарроҳлик муваффақиятини оширди ва операциядан кейинги асоратлар хавфини камайтирди;

6. Ишлаб чиқилган жарроҳлик даволаш усулларининг билиопанкреатодуоденал саратон билан оғриган беморларнинг 2 йиллик умумий ва касаллик-специфик яшовчанлигига таъсири уларнинг стандарт усулларга нисбатан устунлигини кўрсатди. такомиллаштирилган даволаш усулларини олган беморлар 49,4% юқори 2 йиллик яшовчанлик кўрсаткичларини кўрсатди ($p < 0,001$);

7. Модернизация қилинган жарроҳлик даволаш усуллари операциядан кейинги натижаларга ва беморларнинг жисмоний ва психо-эмоционал ҳолатига ижобий таъсир кўрсатди. Операциядан 3 ой кейин EORTC-PAN26 ёрдамида ўлчанган ҳаёт сифати барча доменлар бўйича ўртача 23,5% юқори бўлди ($p < 0,001$) ва 24 ойдан сўнг EQ-5D индекси – 15,5% юқори бўлди ($p = 0,034$).

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04.12.2019.Tib.77.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ
МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ И
РАДИОЛОГИИ**

ЯКУБОВ ЮСУФЖОН КЕНЖАЕВИЧ

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

14.00.14 – Онкология

**АВТОРЕФЕРАТ ДОКТОРСКОЙ (DSc) ДИССЕРТАЦИИ
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2024

Тема диссертации доктора наук (DSc) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций за № B2021.2.DSc/Tib564

Докторская диссертация выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице по адресу (www.cancercenter.uz) и информационно-образовательном портале Ziyonet (www.ziyonet.uz).

Научный консультант:

Тилляшайхов Мирзагалеб Нигматович
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Мухаммедаминов Шухрат Каримджанович
доктор медицинских наук, профессор

Алиджанов Фатих Бакиевич
доктор медицинских наук, профессор

Хакимов Мурод Шавкатович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация:

Андижанский государственный медицинский институт

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2024 г. в ____ часов на заседании Научного совета DSc.04.12.2019.Tib.77.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии. (Адрес: 100174, г. Ташкент, ул. Фароби, 383. Тел.: (+99871) 227-13-27; факс: (+99871) 246-15-96; e-mail: info@cancercenter.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии (зарегистрирован под номером ____). Адрес: 100174, г. Ташкент, ул. Фароби, 383. Тел.: (+99871) 227-13-27; факс: (+99871) 246-15-96.

Автореферат диссертации разослан « ____ » _____ 2024 г.
(реестр протокола рассылки № ____ от « ____ » _____ 2024 г.)

М.А. Гафур-Охунов

Заместитель Председателя научного совета по присуждению
учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

А.А. Адилходжаев

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

М.Х. Ходжибеков

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской (DSc) диссертации)

Актуальность и востребованность темы диссертации. Проблема хирургического лечения злокачественных новообразований билиопанкреатической зоны остается актуальной в сфере хирургии и онкологии. Рак билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) занимает важное место в структуре онкологических заболеваний, составляя более 3,0% от всех случаев. Согласно данным Global Cancer Statistics за 2023 год, поджелудочная железа занимает 11-е место в мире по заболеваемости раком и «... В 2022 году было выявлено 510 992 новых случаев ...»¹. В течение последних 5 лет в Узбекистане ежегодно регистрируется 600-700 случаев опухолей БПДЗ среди 37 миллионов жителей, что составляет 3,5-4,0% от всех онкологических заболеваний. Благодаря широкому применению рентгенхирургических методов билиарной декомпрессии, разработке и использованию функционально выгодных анастомозов, применению прецизионной хирургической техники для формирования билиодигестивных и панкреатикодигестивных соустьев, а также использованию атравматичных шовных материалов, применению современных антисекреторных препаратов и новых поколений антибиотиков мы смогли значительно улучшить непосредственные результаты хирургического лечения рака органов БПДЗ. Поскольку ключевой проблемой лечения больных билиопанкреатодуоденальным раком является лечение рака головки поджелудочной железы, составляющего большинство больных раком органов БПДЗ, наше научное исследование сосредоточено на изучении факторов отдаленного прогноза при протоковом раке поджелудочной железы и это проблема является актуальной.

В мире проводится ряд научных исследований в области совершенствования хирургического лечения злокачественных опухолей БПДЗ, к которым относятся: изучение клинических проявлений и особенностей течения злокачественных новообразований БПДЗ различных локализаций, изучение возможности ранней диагностики злокачественных новообразований БПДЗ с применением современных методов исследования, разработка новых способов гастропанкреатодуоденальной резекции, пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции, разработка новых методик дренирования вирсунгового протока при панкреатодуоденальной резекции, разработка нового способа дренирования желчного протока при панкреатодуоденальной резекции, разработка способа комбинированного дренирования вирсунгового и желчного протоков при операциях по поводу рака БПДЗ и оценка значения и систематичности диагностических этапов у больных раком БПДЗ, а также разработка лечебно-диагностического алгоритма, что и обуславливает актуальность темы предполагаемой диссертации.

¹<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/13-pancreas-fact-sheet.pdf>

В нашей стране осуществляются комплексные меры по развитию медицинской сферы, адаптации медицинской системы к требованиям мировых стандартов, включая эффективную диагностику, лечение и профилактику онкологических заболеваний, вызванных осложнениями различных соматических заболеваний. В этой связи, в соответствии с семью приоритетами стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы, в целях поднятия медицинского обслуживания населения на новый уровень обозначены такие задачи как «...повышение качества оказания населению квалифицированных услуг первичной медико-санитарной службой...»². Исходя из вышеуказанных задач, целесообразно проведение научно-исследовательских работ, направленных на внедрение современных методов лечения злокачественных опухолей БПДЗ, поднятия на новый уровень качества медицинской помощи, а также снижения показателей инвалидности и смертности при этом заболевании.

Настоящая научно-исследовательская работа в определённой степени служит выполнению задач Указов Президента Республики Узбекистан УП-60 от 28 января 2022 года «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы» и УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», постановлений Президента Республики Узбекистан ПП-3071 от 20 июня 2017 г. «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан в 2017-2021 гг.», ПП-2866 от 4 апреля 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию онкологической службы и совершенствованию онкологической помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», а также других нормативно-правовых документов, принятых в этой области.

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

Обзор международных научных исследований по теме диссертации⁶. Обзор литературных источников за последние 10 лет показал, что в них имеются данные по совершенствованию хирургического подхода к лечению злокачественных опухолей БПДЗ. Изученные исследования по усовершенствованию и повышению качества хирургической помощи пациентам с раком билиопанкреатодуоденальной зоны в наиболее авторитетных ведущих научных центрах по оказанию онкологической помощи данной категории пациентов, department of general surgery Mayo Clinic, США, department of general surgery, Johns Hopkins Hospital, США, department of general surgery, MD Anderson Cancer Center, США, department of

²Указ Президента Республики Узбекистан № УП-60 от 28 января 2022 года «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022 – 2026 годы».

³Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации проведен на основании: . www.cancer.gov/, www.abdn.ac.uk/, <https://www.jhu.edu/>, <https://www.yonsei.ac.kr/>, en.sjtu.edu.cn/ <https://www5.usp.br>, <https://global.ulsan.ac.kr/en/Main.do> /english/ва и других источников.

general surgery, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, США, department of general surgery, University College London Hospitals, Великобритания, department of general surgery, University of California, department of general surgery, San Francisco Medical Center, США, department of general surgery, Asan Medical Center, Южная Корея, department of general surgery, The Christie NHS Foundation Trust, Великобритания, department of general surgery, Princess Margaret Cancer Centre, Канада, department of general surgery, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Германия, department of general surgery, Roche Clinic, Швейцария, department of general surgery, Seoul National University Hospital, Южная Корея, department of general surgery, Institut Paoli-Calmettes, Франция, department of general surgery, Instituto Nacional de Cancerologia, Мексика, Peter MacCallum Cancer Centre, Австралия.

В области усовершенствования хирургического подхода к лечению злокачественных опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны в данный момент проводятся научные исследования по ряду приоритетных направлений, в том числе усовершенствование лечебно-диагностического подхода в работе онкохирургических центров; оценка влияния и разработка наиболее перспективных методов химио, лучевой терапии пациентов с злокачественными новообразованиями органов брюшной полости; улучшению послеоперационного состояния, в том числе снижению долевого риска возникновения послеоперационных осложнений среди пациентов с раком билиопанкреатодуоденальной зоны; а также улучшению параметров качества жизни, за счет увеличения срока безрецидивной выживаемости и внедрения комплексных программ реабилитации.

Степень изученности проблемы. Изучение основ молекулярной генетики развития рака, разработка новых методов диагностики и лечения опухолей значительно изменили подход к борьбе с этим заболеванием. Лечение рака БПДЗ сейчас включает в себя не только хирургические вмешательства, но и учет биологических особенностей различных опухолей, их чувствительности к лечению и набору прогностически значимых факторов. Пациенты с раком БПДЗ в большинстве случаев поступают в больницу с симптомами желтухи. Однако радикальные операции, проводимые при наличии желтухи, часто сопровождаются серьезными осложнениями и высокой смертностью. Поэтому в таких случаях предлагается двухэтапное лечение, которое включает декомпрессию желчных протоков на первом этапе и радикальную операцию на втором.

Существует разнообразие методов для декомпрессии желчных протоков, но нет единого подхода к их применению. Это свидетельствует о важности дальнейшего изучения этой проблемы. При планировании хирургического вмешательства для пациентов с раком БПДЗ крайне важно учитывать все прогностически значимые факторы, которые в конечном итоге будут влиять на результаты операции. Исследования в отечественной и зарубежной литературе показывают, что существует потребность в совершенствовании диагностики, определении оптимальной тактики операции и послеоперационного ухода для пациентов с раком БПДЗ. Также еще не

полностью исследованы возможности технического улучшения методов восстановления кишечной перегородки после операции и восстановления доступности желудка после операции у пациентов с раком БПДЗ.

Таким образом, проблема лечения рака БПДЗ имеет огромное значение. Определение диагностической ценности ПЭТ/КТ для определения возможности операции, оптимального объема операции и сравнительного анализа результатов для разных методов операции — все это важные вопросы, требующие дальнейшего изучения. Все это может помочь определить стратегию лечения для данной группы пациентов и принести пользу в борьбе с раком БПДЗ. На сегодняшний день в Узбекистане в области эпидемиологии, диагностики и лечения опухолей панкреатодуоденальной зоны были выполнены научно-исследовательские работы, однако не были изучены пути совершенствования хирургического лечения злокачественных опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения и качества жизни больных с злокачественными опухолями БПДЗ путем разработки и внедрения новых методов и технологий оперативного лечения.

Задачи исследования:

определение клинических особенностей течения злокачественных новообразований билиопанкреатодуоденальной зоны различных локализаций;

оценить значение и систематичность диагностических этапов у больных раком билиопанкреатодуоденальной зоны, а также разработать лечебно-диагностический алгоритм данной категории пациентов;

оценить эффективность усовершенствованного способа гастропанкреатоанастомоза при гастропанкреатодуоденальной резекции;

проанализировать влияние разработанного метода сохранения целостности пилорического сфинктера желудка при панкреатодуоденальной резекции;

усовершенствовать методику дренирования вирсунгового протока, желчного протока и комбинированного дренирования желчного и вирсунгова протоков при панкреатодуоденальной резекции;

оценить влияние разработанных методов хирургического лечения на общую и болезнь-специфическую 2-летнюю выживаемость пациентов с раком билиопанкреатодуоденальной зоны в сравнении со стандартными методами хирургического лечения;

проанализировать влияние модернизированных методов хирургического лечения на послеоперационные исходы, уровень физического и психоэмоционального состояния пациентов с раком билиопанкреатодуоденальной зоны.

Объектом исследования. Диссертационная работа основана на наблюдении за 184 больными, находившимся на лечении в онкоабдоминальном отделении Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии с 2010 по 2021 годы.

Предмет исследования составляют клинико-лабораторные, лучевые, морфологические и иммуногистохимические исследования, а также оценка послеоперационной физической активности и качества жизни.

Методы исследования. В диссертационной работе использовались антропометрические, лучевые, патогистологические, молекулярно-генетические и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования

доказано, что дренирование главного панкреатического протока на реконструктивном этапе панкреатодуоденальной резекции длинными панкреатико-еюнальными внутренними дренажами предотвращает развитие тяжелой панкреатической фистулы за счет адекватного сброса панкреатического сока в отводящую тощую кишку;

доказано, что методика отключения восходящей петли тонкой кишки при гепатопанкреатодуоденальной резекции позволяет предупредить развития панкреатической фистулы и синдрома приводящей петли за счет предупреждения попадания желудочного содержимого в область панкреатико- и билиодигестивного анастомоза;

доказано, что дренирование вирсунгова протока, вследствие предотвращения застоя панкреатического сока при аррозивном кровотечении и закупорке сгустками крови отводящей петли тощей кишки, снижает вероятность развития тяжелого послеоперационного панкреонекроза.

доказано, что у больных с осложненным панкреатическим свищом в послеоперационном периоде, дополнительное внутреннее дренирование желчных протоков через межкишечный Брауновский анастомоз, приводит к ускорению заживления свища вследствие улучшения эвакуации желчи в отводящую кишку и снижения градиента давления в фоне панкреатического свища.

доказано, что панкреатико-еюностомия “конец в бок” с дополнительной герметизацией кисетным швом, снижает риск несостоятельности панкреатикодигестивного анастомоза за счет равномерного давления шва на капсулу и паренхиму поджелудочной железы;

Практическая значимость исследования заключаются в следующем:

разработанные усовершенствованные методы хирургического лечения значительно увеличивают долю 2-летней выживаемости после операции у пациентов с билиопанкреатодуоденальным раком;

предложенный метод дренирования главного панкреатического протока длинными панкреатоеюнальными внутренними дренажами, приводит к снижению послеоперационных осложнений у пациентов в результате адекватного выделения панкреатического сока в отводящую тонкую кишку;

предложенная методика отключения восходящей петли тонкой кишки благодаря устранению недостаточности панкреатического и билиодигестивного анастомозов путем предотвращения попадания желудочного содержимого в область анастомоза, приводит к уменьшению послеоперационных осложнений;

предложенные методы за счет снижения риска послеоперационных осложнений, ускорения заживления послеоперационных ран и сокращения периода физической активизации пациентов в послеоперационном периоде, приводит к улучшению качества жизни пациентов;

разработан алгоритм диагностики и лечения, включающий этапы диагностики и лечения пациентов с раком билиопанкреатодуоденальной области, определение показаний и противопоказаний к проведению панкреатодуоденальной резекции и консервативному лечению.

Достоверность результатов исследования подтверждается методологическим подходом и результатами объективных клинико-функциональных, морфологических, иммуногистохимических и статистических методов исследования.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования объясняется тем, что был проведен анализ данных о взаимосвязи между новыми методами хирургического лечения пациентов с раком билиопанкреатодуоденальной области и результатами послеоперационного лечения, полученные данные послужили еще одной основой для научно-исследовательской работы по хирургическому лечению пациентов со злокачественными опухолями брюшной полости и полученные данные вносит важный научный вклад в изучение места хирургического лечения у онкологических больных данной сферы.

Практическая значимость результатов исследования объясняется тем, что она заложила основы реорганизации лечебно-диагностических подходов к ведению пациентов с раком билиопанкреатодуоденальной области на базе специализированных медицинских учреждений в области специализированной помощи онкологическим больным, дала возможность изучения технических методов хирургического лечения онкологических больных этой сложной области, а также ведение их во время и после операции, путей уменьшения наблюдаемых осложнений.

Внедрение результатов исследования. Согласно заключению Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии от 27 апреля 2024 года:

внедрена в практику *первая научная новизна*: доказанность, что дренирование главного панкреатического протока на реконструктивном этапе панкреатодуоденальной резекции (ПДР) длинными панкреатико-еюнальными внутренними дренажами предотвращает развитие тяжелой панкреатической фистулы за счет адекватного сброса панкреатического сока в отводящую тощую кишку, внедрена с приказом №74-І§3 от 15 апреля 2024 г. в отделении общей хирургии Ферганского филиала Республиканского

специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии и приказом №77-а-ф от 13 апреля 2024 г. в отделении абдоминальной хирургии Наманганского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии. *Социальная эффективность:* предложенная методика дренирования главного панкреатического протока на реконструктивном этапе ПДР длинными панкреатико-еюнальными внутренними дренажами, впервые обосновала эффективность в предотвращении развития тяжелой панкреатической фистулы за счет адекватного сброса панкреатического сока в отводящую тощую кишку, а также увеличила продолжительность жизни больных. *Экономическая эффективность:* впервые с помощью обоснованной эффективности предотвращения развития тяжелой панкреатической фистулы за счет адекватного сброса панкреатического сока в отводящую тощую кишку при дренировании главного панкреатического протока на реконструктивном этапе ПДР длинными панкреатико-еюнальными внутренними дренажами, была достигнута экономия средств государственного бюджета на 9,5%. *Вывод:* достигнутая эффективность предотвращения развития тяжелой панкреатической фистулы за счет адекватного сброса панкреатического сока в отводящую тощую кишку при дренировании главного панкреатического протока на реконструктивном этапе ПДР длинными панкреатико-еюнальными внутренними дренажами, позволила сэкономить 9,5% бюджетных средств на 1 больного за курс, за счет сокращения времени пребывания в стационаре на 2-3 дня и увеличить качество жизни пациентов;

внедрена в практику *вторая научная новизна:* доказанность, что методика отключения восходящей петли тонкой кишки при гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР) позволяет предупредить развитие панкреатической фистулы и синдрома приводящей петли за счет предупреждения попадания желудочного содержимого в область панкреатико- и билиодигестивного анастомоза, внедрена с приказом №74-І§3 от 15 апреля 2024 г. в отделении общей хирургии Ферганского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии и приказом №77-а-ф от 13 апреля 2024 г. в отделении абдоминальной хирургии Наманганского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии. *Социальная эффективность:* методика отключения восходящей петли тонкой кишки при ГПДР позволяет предупредить развития панкреатической фистулы и синдрома приводящей петли за счет предупреждения попадания желудочного содержимого в область панкреатико- и билиодигестивного анастомоза, а также улучшить качество и продолжительность жизни больных. *Экономическая эффективность:* предупреждение развития панкреатической фистулы и синдрома приводящей петли за счет исключения попадания желудочного содержимого в область панкреатико- и билиодигестивного анастомоза при методике отключения восходящей петли тонкой кишки при ГПДР, достигнута экономия средств государственного бюджета на 15,0%. *Вывод:* предупреждение развития

панкреатической фистулы и синдрома приводящей петли за счет исключения попадания желудочного содержимого в область панкреатико- и билиодигестивного анастомоза при методике отключения восходящей петли тонкой кишки при ГПДР, позволила повысить продолжительности жизни пациентов и сэкономить 15,0% бюджетных средств на 1 больного за курс, за счет сокращения времени пребывания в стационаре на 2-3 дня;

внедрена в практику *третья научная новизна*: доказанность, что дренирование Вирсунгового протока, вследствие предотвращения застоя панкреатического сока при аррозивном кровотечении и закупорки сгустками крови отводящей петля тощей кишки, снижается вероятность развития тяжелого послеоперационного панкреонекроза, внедрена с приказом №74-І§3 от 15 апреля 2024 г. в отделении общей хирургии Ферганского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии и приказом №77-а-ф от 13 апреля 2024 г. в отделении абдоминальной хирургии Наманганского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии. *Социальная эффективность*: за счет снижения вероятность развития тяжелого послеоперационного панкреонекроза с целью предотвращения застоя панкреатического сока при аррозивном кровотечении и закупорке сгустками крови отводящей петли тощей кишки, снижает вероятность развития тяжелого послеоперационного панкреонекроза при дренировании Вирсунгового протока, позволяя улучшить раннюю активацию пациентов, сократить пребывание больных на лечение в койк-днях и улучшить качество жизни пациентов. *Экономическая эффективность*: за счет снижения вероятности развития тяжелого послеоперационного панкреонекроза вследствие предотвращения застоя панкреатического сока при аррозивном кровотечении и закупорке сгустками крови отводящей петли тощей кишки, снижается вероятность развития тяжелого послеоперационного панкреонекроза при дренировании Вирсунгового протока и достигается экономия средств государственного бюджета на 6,0%. *Вывод*: за счет снижения вероятности развития тяжелого послеоперационного панкреонекроза вследствие предотвращения застоя панкреатического сока при аррозивном кровотечении и закупорке сгустками крови отводящей петли тощей кишки, снижается вероятность развития тяжелого послеоперационного панкреонекроза при дренирование Вирсунгового протока позволила повысить качество жизни пациентов и сэкономить 6,0% бюджетных средств на 1 больного за курс, за счет сокращения времени пребывания в стационаре на 2-3 дня;

внедрена в практику *четвертая научная новизна*: доказанность, что у больных с осложненным панкреатическим свищом в послеоперационном периоде, дополнительное внутреннее дренирование желчных протоков через межкишечный Брауновский анастомоз, приводит к ускорению заживления свища вследствие улучшения эвакуации желчи в отводящую кишку и снижения градиента давления на фоне панкреатического свища, внедрена с приказом №74-І§3 от 15 апреля 2024 г. в отделении общей хирургии

Ферганского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии и приказом №77-а-ф от 13 апреля 2024 г. в отделении абдоминальной хирургии Наманганского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии. *Социальная эффективность:* новый метод дополнительного внутреннего дренирования желчных протоков через межкишечный Брауновский анастомоз у больных осложненным панкреатическим свищом в послеоперационном периоде, ускоряет заживление свища вследствие улучшения эвакуации желчи в отводящую кишку и снижения градиента давления в фоне панкреатического свища приводит к улучшению качества и продлению продолжительности жизни больных. *Экономическая эффективность:* внедрение нового метода дополнительного внутреннего дренирования желчных протоков через межкишечный Брауновский анастомоз у больных с осложненным панкреатическим свищом в послеоперационном периоде, за счет ускорения заживления свища вследствие улучшения эвакуации желчи в отводящую кишку и снижения градиента давления в фоне панкреатического свища, достигнута экономия средств государственного бюджета на 7,5%. *Вывод:* внедрение нового метода дополнительного внутреннего дренирования желчных протоков через межкишечный Брауновский анастомоз у больных с осложненным панкреатическим свищом в послеоперационном периоде, за счет ускорения заживления свища вследствие улучшения эвакуации желчи в отводящую кишку и снижения градиента давления в фоне панкреатического свища, позволило повысить качество жизни пациентов и сэкономить 7,5% бюджетных средств на 1 больного за курс, за счет сокращения времени пребывания в стационаре на 1-2 дня;

внедрена в практику *пятая научная новизна:* доказанность, что панкреатикоеюностомия “конец в бок” с дополнительной герметизацией кисетным швом, снижает риск несостоятельности панкреатикодигестивного анастомоза за счет равномерного давления шва на капсулу и паренхиму поджелудочной железы, внедрена с приказом №74-І§3 от 15 апреля 2024 г. в отделении общей хирургии Ферганского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии и приказом №77-а-ф от 13 апреля 2024 г. в отделении абдоминальной хирургии Наманганского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии. *Социальная эффективность:* эффективное применение предложенного метода панкреатикоеюностомии “конец в бок” с дополнительной герметизацией кисетным швом, и снижения риска несостоятельности панкреатикодигестивного анастомоза из за равномерного давления шва на капсулу и паренхиму поджелудочной железы, позволила предотвратить снижение качества жизни больных, повышенную инвалидность, постоянный спрос лекарств, потребность в уходе посторонних и увеличить продолжительности жизни. *Экономическая эффективность:* за счет эффективного метода применения предложенного хирургического

лечения и снижения риска несостоятельности панкреатикодигестивного анастомоза из за равномерного давления шва на капсулу и паренхиму поджелудочной железы при панкреатикоеюностомии “конец в бок” с дополнительной герметизацией кисетным швом, достигнута экономия средств государственного бюджета на 6,0%. *Вывод:* за счет эффективного метода применения предложенного хирургического лечения и снижения риска несостоятельности панкреатикодигестивного анастомоза за счет равномерного давления шва на капсулу и паренхиму поджелудочной железы при панкреатикоеюностомии “конец в бок” с дополнительной герметизацией кисетным швом, позволено повышено качество жизни пациентов и сэкономлено 6,0% бюджетных средств на 1 больного за курс, за счет сокращения времени пребывания в стационаре на 1-2 дня.

Представлен в Министерство здравоохранения письмо Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии №02-03/386 от 26 июля 2024 года по внедрению в другие учреждения здравоохранения вышеизложенных 5 научных инноваций, полученных в диссертационном исследовании Ю.К.Якубова «**Хирургическое лечение злокачественных опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны**».

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 6 научно-практических конференциях, в том числе, на 1 международных и 5 республиканских.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликованы 22 научные работы, из них: 12 журнальных статей, в том числе, 10 Республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов DSc диссертаций, 2 методические рекомендации, 8 тезисов.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитированной литературы. Объем текстового материала составляет 185 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновываются актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет исследования, показано соответствие диссертационной работы приоритетным направлениям развития науки и технологий в Республике Узбекистан, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная значимость полученных данных, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Обзор научной литературы на тему диссертационного исследования**» проведен глубокий анализ, обобщение и систематизация научной информации о современном эпидемиологическом

статусе, современных видах диагностики и лечения рака БПДЗ. Изучена отечественная и зарубежная литература, посвященная данной проблеме, рассмотрено современное состояние проблемы изучения видов хирургического лечения рака БПДЗ и их влияние на заболевания, сформулированы актуальные вопросы, требующие дальнейшего решения. В результате проведенного анализа литературы определены цель и задачи научного исследования.

Во второй главе диссертации **«Материалы и методы исследования»** дана общая характеристика клинического материала и использованных методов исследования. Для усовершенствования хирургического лечения пациентов с раком БПДЗ и его влияния на течение и прогноз клинического состояния и качество жизни, была набрана группа из 184 пациентов с клинической картиной механической желтухи (МЖ) ассоциированной с раком БПДЗ, проходивших обследование и получавших лечение в условиях онкохирургического центра РСНПМЦОиР МЗ РУз. Средний возраст больных составил 55 лет в медиане от 34 до 67 лет. Период наблюдения за пациентами составил 24 месяца. Клиническая симптоматика среди участников исследования характеризовалась явлениями гипербилирубинемия в 184 (100%) случаях, слабостью 67 (36,4%) случаев, явлениями гипертермии в 56 (30,4%) случаях, болевым синдромом в 50 (27,2%), снижением аппетита в 46 (25,0%) и явлениями тошноты/рвоты в 42 (22,8%) случаях соответственно.

Для определения причины механической желтухи и региона расположения злокачественного новообразования в рамках исследования использовали магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов брюшной полости с холангиографией. Процедуру выполняли на компьютерном томографе GE BrightSpeed Elite (General Electric©, США), который имеет мощность 42кВт, 16 срезов/мин. Диагностический поиск проводили с учетом рентгенологических признаков усиления плотности тканей при использовании йодсодержащих контрастных веществ вовремя МСКТ. Наиболее принципиальными рентгенологическими характеристиками являлись, уровень васкуляризации, границы тканей опухолевого процесса по отношению к органам брюшной полости. Так среди участников исследования, опухолевый процесс локализовался в области головки ПЖ – 66 (53,8%) случаев, головка и тело ПЖ – 33 (17,9%) случая, в области общего желчного протока (ОЖП) – 21 (11,4%), большого дуоденального сосочка (БДС) ДПК – 5 (2,7%) случаев, желчного пузыря (ЖП) в 3 (1,6%) случаях, в области холедоха – 2 (1,1%) случая, в области нисходящего отдела ДПК – 1 (0,5%) случай, а также 53 (28,8%) случая рентгенологической визуализации злокачественного процесса в области нескольких органов БПДЗ. В дополнении к лучевым методам диагностического обследования, участникам исследования выполняли фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС). В качестве аппарата для эндоскопического исследования использовали гастродуоденоскоп Olympus GIF-E3 (Olympus, Япония). В 69 (37,5%) случаях, в процессе ФЭГДС удалось выполнить морфологическое исследование тканей структуры опухолевого процесса. В остальных 115 (62,5%) случаях гистологическое исследование

проводили интраоперационно, во время хирургического вмешательства. Таким образом, среди 184 пациентов включенных в клиническое исследование было 100 (54,3%) случаев протоковой аденокарциномы, в 18 (9,8%) случаях смешанная карцинома, 17 (9,2%) – карцинома, 15 (8,2%) – умереннодифференцированная аденокарцинома, 13 (7,1%) – высокодифференцированная аденокарцинома, 8 (4,3%) – низкодифференцированная аденокарцинома, 8 (4,3%) – недифференцированный рак, 3 (1,6%) – гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСО), 1 (0,5%) – экзокринный рак, 1 (0,5%) – холангиокарцинома.

Для оценки и распределения пациентов в зависимости от стадии опухолевого процесса использовали стратификацию Американского объединенного комитета по изучению онкологических заболеваний (American Joint Committee of Cancer – AJCC). Наличие опухоли с характеристиками T₁N₀M₀ (IA-стадия) отмечали среди 21 (11,4%) пациентов, T₂N₀M₀ (IB-стадия) – 45 (24,5%) пациентов, T₃N₀M₀ (IIA-стадия) – 42 (22,8%) пациента, T₁₋₃N₁M₀ (IIB-стадия) – 20 (10,9%) пациентов, T₄N₀₋₁M₀ (III-стадия) – 38 (20,7%) пациентов, T₁₋₄N₀₋₁M₁ (IV-стадия) – 18 (9,8%) пациентов.

Все больные получали лечение в зависимости от стадии и иммуногистохимическому подтипу, в соответствии с протоколом диагностики и лечения рака БПДЗ утвержденным МЗ Республики Узбекистан. Так среди базисных методов хирургического лечения рака БПДЗ были модифицированные формы панкреатодуоденальной резекции (ПДР) и гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР), с формированием различных видов анастомозов в зависимости от локализации и стадии опухолевого процесса: группа 1 – состоящая из 25 (13,6%) пациентов и получивших хирургическое лечение в объеме ГПДР с формированием гастропанкреатоанастомоза с отключением восходящего ветви петли тонкого кишечника; Группа 2 – 24 (13,0%) пациентов перенесших ГПДР с формированием гастропанкреатоанастомоза; Группа 3 – 27 (14,7%) пациентов перенесших ПДР с формированием панкреатоеюноанастомоза; Группа 4 – 26 (14,1%) пациентов перенесших ПДР с дополнительным дренированием вирсунгова протока; Группа 5 – 25 (13,6%) пациентов перенесших ПДР с дополнительным комбинированным дренированием внепеченочных желчных протоков; Группа 6 – 30 (16,3%) пациентов перенесших ПДР с формированием панкреатоеюноанастомоза с сохранением целостности пилорического сфинктера; Группа 7 (контроль) – 27 (14,7%) пациентов получавших стандартную методику ПДР.

В третьей главе диссертации **«Критерии выбора и характеристика методов хирургического лечения пациентов с раком билиопанкреатодуоденальной зоны»** представлены результаты первого дооперационного клинического этапа выполнения диссертационной работы.

В данном разделе подробно изложено описание предложенных автором методов хирургического лечения пациентов с раком БПДЗ. При этом основными отличительными характеристиками используемых в ходе клинического исследования методов хирургического лечения рака БПДЗ,

явились вариант ПДР с превалирующим реконструктивным компонентом и формированием панкреатогастроанастомоза (ПГА), гастроэнтероанастомоза (ГЭА) и энтероэнтероанастомоза (ЭЭА). Также, были описаны усовершенствованные виды назоюнального и внутрипросветного комбинированного дренирования области анастомоза, а также методика наложения энтероанастомоза на заглужке при ПДР и ГПДР.

В данной главе приведена техника реконструкции анатомической области при гастропанкреатодуоденальной резекции с панкреатогастроанастомозом с заглужкой на восходящей ветви изолированной петли тонкого кишечника вблизи желудка (смотреть рисунок 1).

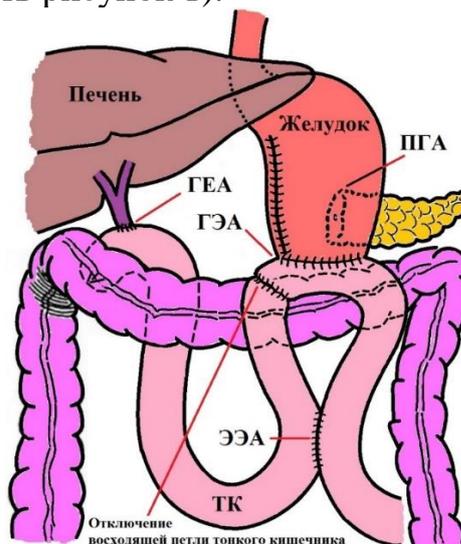


Рис. 1. Техника реконструкции анатомической области при ГПДР с ПГА с заглужкой на восходящей ветви изолированной петли тонкого кишечника.

Создание заглужки на восходящей ветви изолированной петли тонкого кишечника, вблизи желудка, исключает попадание содержимого желудка в область гепатоэнтероанастомоза и предупреждает его несостоятельность.

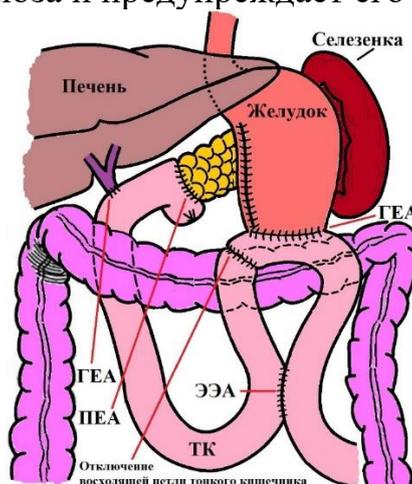


Рис. 2. Техника реконструкции анатомической области при ГПДР с ПЭА с заглужкой на восходящей ветви изолированной петли тонкого кишечника вблизи желудка.

Создание гастроэнтероанастомоза по линии швов культи резецированного желудка замкнутым ЭЭА по типу «бок в бок» на петле

тонкой кишки позволяет оттоку желчи направляться в тонкий кишечник. Способ позволяет существенно снизить риск несостоятельности гепатоэнтероанастомоза и образования послеоперационных свищей, развитие перитонита и других послеоперационных осложнений (смотреть рисунок 2).

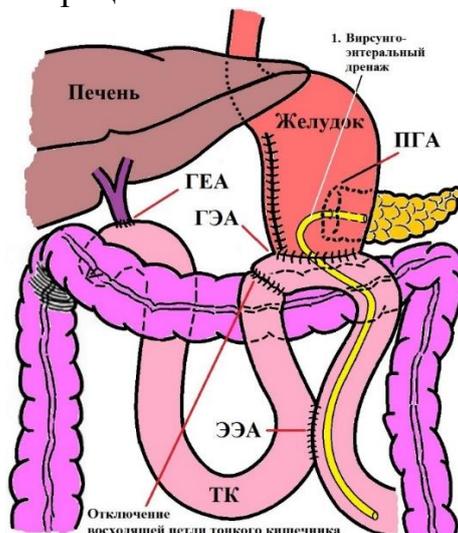


Рис. 3. Техника дренирования ПГА при ПДР: 1 – дренаж заводится в область ПГА силиконовым катетером, один конец которого зафиксирован в анастомозе, а другой – свободный конец стента или катетера свободно расположен в тонком кишечнике.

Приведены данные разработанного альтернативного способа дренирования ПГА. Основной задачей данной методики явилось ликвидация явлений несостоятельности в области ПГА посредством отвода желудочного содержимого и ликвидации рефлюкса, снижение послеоперационных осложнений, путем декомпрессии Вирсунгова протока Вирсунгоэнтеральным дренажем, легко удаляемым эндоскопическим путем в послеоперационном периоде (смотреть рисунок 3).

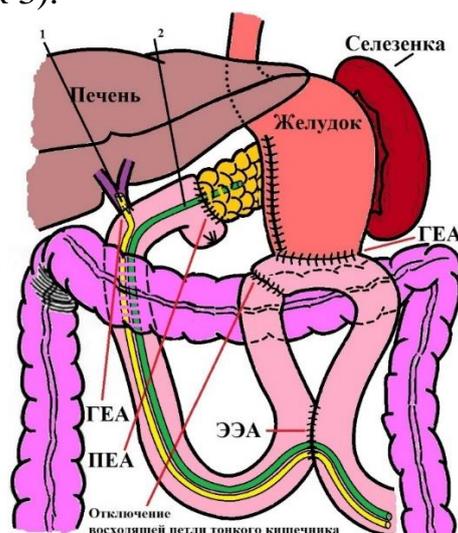


Рис. 4. Способ комбинированного дренирования панкреатического и желчного протоков при панкреатодуоденальной резекции: 1 – дренаж желчного протока силиконовым стентом или катетером; 2 - дренаж панкреатического протока силиконовым стентом или катетером.

В данной главе приведена техника установления комбинированного дренирования панкреатического и желчных протоков при панкреатодуоденальной резекции (смотреть рисунок 4).

В 5-10 рисунках приведены различные моменты операции гастропанкреатодуоденальной резекции с панкреато-гастро и панкреато-еюно анастомозом, с отключением восходящей петли тонкого кишечника. За этот метод хирургического лечения нами получен патент на изобретения.

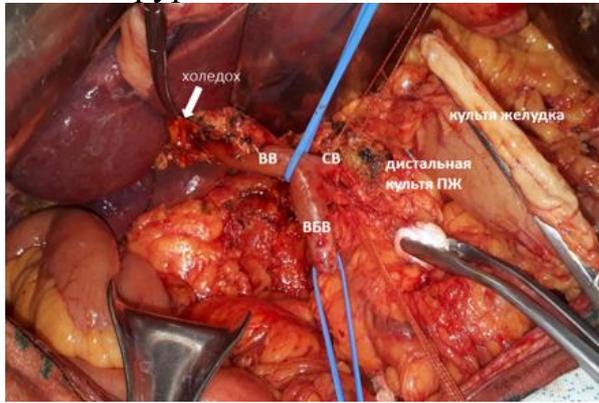


Рис. 5. Ложа операционного поля после удаления ГПД комплекса



Рис. 6. Процесс наложения панкреатогастроанастомоз



Рис. 7. Задний вид послеоперационного поля после завершения наложения ПГА



Рис. 8. Процесс наложения гепатикоеюно анастомоза

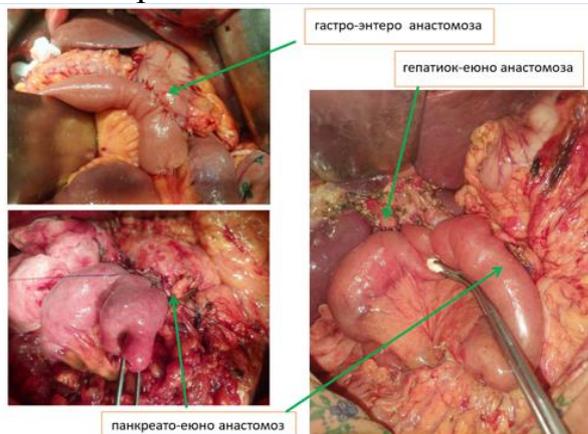


Рис. 9. Вид операционного поля после наложения гастро-энтеро,

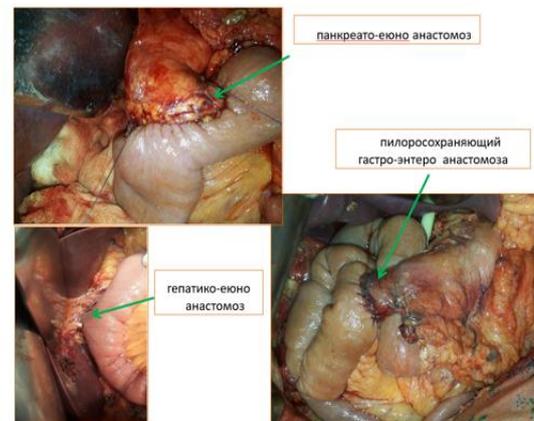


Рис. 10. Вид операционного поля после наложения панкреатоеюно, гепатико-еюно и пилоро-

панкреато-еюно и гепатико-еюно
анастомозов.

сохраняющего гастро-энтеро
анастомозов.

Стоит отметить, что в основе усовершенствованных методов хирургического лечения пациентов с раком БПДЗ, лежат классические методы ГПДР и ПДР. Однако, послеоперационные результаты стандартных методов хирургического лечения являются спорными и зачастую данные исходов не коррелируют от исследования к исследованию. В связи с этим рассмотрение усовершенствованных методов хирургического лечения рака БПДЗ является многообещающим и потенциально позволяет снизить риск послеоперационных осложнений.

В четвертой главе диссертации «**Результаты хирургического лечения пациентов с раком билиопанкреатодуоденальной зоны**» представлены результаты анализа хирургического лечения участников исследования страдающих от рака БПДЗ. В рамках анализа послеоперационного периода удалось установить, что наиболее низкая выживаемость была присуща для пациенты контрольной группы получавших стандартную методику ГПДР, с 22 (81,4%) случаями летальных исходов, из общей численности пациентов с БПДЗ в контрольной группе 27 (100%), что имеет существенные статистические различия ($p=0,001$) в сравнении с другими группами пациентов.

Таблица 1

Анализ клинического исхода среди участников исследования в зависимости от вида хирургического лечения рака билиопанкреатодуоденальной зоны

Показатель	Категории	Исход		p
		Выжил (%)	Смерть (%)	
Хирургическое лечение	Группа 1, n=25 (100%)	15 (60)	10 (40)	0,001*
	Группа 2, n=24 (100%)	17 (70,8)	7 (29,2)	
	Группа 3, n=27 (100%)	16 (59,3)	11 (40,7)	
	Группа 4, n=26 (100%)	17 (65,4)	9 (34,6)	
	Группа 5, n=25 (100%)	17 (68)	8 (32)	
	Группа 6, n=30 (100%)	20 (66,7)	10 (33,3)	
	Группа-контроль, n=27 (100%)	5 (18,6)	22 (81,4)	

* – различия показателей статистически значимы ($p<0,05$), используемый метод: Хи-квадрат Пирсона

Наилучший результат в рамках анализа клинического исхода в зависимости от вида хирургического лечения был отмечен в группе 2 – ГПДР с

формированием гастропанкреатоанастомоза и составил 7 (29,2%) летальных случаев на 24 (100%) пациентов. Среди пациентов из группы 1, которые получали хирургическое лечение рака БПДЗ в объеме ПДР с формированием гепатикоюноанастомоза, было 10 (40,0%) случаев летального исхода из 25 (100%) участников. В группе 3, получивших ГПДР с формированием панкреатоеюноанастомоза, летальный исход фиксировали среди 11 (40,7%) участников. Для группы 4, получивших ПДР с дополнительным дренированием вирсунгова протока, имели 9 (34,6%) летальных исходов из 26 (100%) пациентов данной группы. В группе 5, в которой пациенты перенесли ПДР с дополнительным комбинированным дренированием внепеченочных желчных протоков, было выявлено 8 (32,0%) летальных исходов среди 25 (100%) пациентов данной группы. И в группе 6, пациенты получили хирургическое лечение, в объеме ПДР с формированием панкреатоеюноанастомоза с сохранением целостности пилорического сфинктера, среди которых летальный исход наступил в 10 (33,3%) случаях, на 30 (100%) пациентов (смотреть Таблицу 1).

При анализе частоты возникновения послеоперационного рецидива рака БПДЗ, было установлено, что факт наличия рецидива прямо коррелировал со стадией опухолевого процесса и не зависел ($p=0,999$), от вида и тактики хирургического лечения (смотреть Таблицу 2).

Таблица 2.
Анализ послеоперационного рецидива рака БПДЗ в зависимости от вида хирургического лечения

Показатель	Категории	Рецидив опухолевого процесса		P
		Отсутствие (%)	Наличие (%)	
Хирургическое лечение	Группа 1, n=25 (100%)	16 (64)	9 (36)	0,999
	Группа 2, n=24 (100%)	16 (66,7)	8 (33,3)	
	Группа 3, n=27 (100%)	18 (66,7)	9 (33,3)	
	Группа 4, n=26 (100%)	17 (65,4)	9 (34,6)	
	Группа 5, n=25 (100%)	15 (60)	10 (40)	
	Группа 6, n=30 (100%)	19 (63,4)	11 (36,6)	
	Группа-контроль, n=27 (100%)	13 (48,2)	14 (51,8)	

* – различия показателей статистически значимы ($p<0,05$), используемый метод: Хи-квадрат Пирсона

При анализе возникновения послеоперационных осложнений среди участников исследования преобладали, панкреатический свищ – 10 (5,5%), инфекция мягких тканей – 7 (3,8%), анастомозит – 7 (3,8%), несостоятельность анастомоза 6 (3,3%), деструктивная форма панкреатита культи ПЖ – 6 (3,3%), Аррозивное кровотечение из зоны операции – 5 (2,7%), локальный перитонит – 4 (2,2%), Кровотечение из язв ЖКТ – 4 (2,2%), разлитой перитонит – 3 (1,6%), перфорация анастомоза – 1 (0,5%), послеоперационная вентральная грыжа – 1 (0,5%). В результате анализа случаев возникновения послеоперационных осложнений среди пациентов с раком БПДЗ, было выявлено, что наиболее низкая доля всех осложнений связанных с хирургическим вмешательством была 5 (20,0±1,52%) случаев и зафиксирована в группе 2, 3 и 4, в которых пациенты имели осложнения после проведения ГПДР с формированием гастропанкреатоанастомоза, ГПДР с формированием панкреатоюноанастомоза и ПДР с дополнительным дренированием вирсунгова протока соответственно. Среди пациентов из группы 1 получивших ПДР с формированием гастропанкреатоанастомоза с отключением восходящего ветви петли тонкого кишечника было отмечено 11 (44,0%) случаев послеоперационных осложнений. В группе 5, где пациентам проводили ПДР с дополнительным комбинированным дренированием внепеченочных желчных протоков было зафиксировано 8 (32,0%) послеоперационных осложнений и в группе 6 – ПДР с формированием панкреатоюноанастомоза с сохранением целостности пилорического сфинктера, было 8 (29,6%) случаев послеоперационных осложнений.

Также, в рамках анализа эффективности предложенных методов хирургического лечения пациентов с раком БПДЗ, выполняли оценку срока восстановления послеоперационного физического восстановления с помощью Индекса Бартелла. Оценка данного показателя позволяет понять, в какие сроки после хирургического лечения пациент готов переводится на следующий этап исследования, а также регулирует дозировку и режим первого этапа медицинской реабилитации. Принимая во внимание тот факт, что пациенты с раком БПДЗ имеют среднетяжелое и тяжелое состояние в послеоперационном периоде, Индекс Бартелла считали удовлетворительным при значении 60 и более баллов. Пациенты, набравшие более 60 баллов по индексу Бартелла, могут осуществлять все функции самообслуживания, которые необходимы для большинства бытовых обязанностей. Таким образом, наиболее короткий срок послеоперационного физического восстановления, который составил 10 койко-дней, был отмечен среди пациентов группы 4, 5 и 6, которые получали хирургическое лечение рака БПДЗ, в виде ПДР с дополнительным дренированием вирсунгова протока, ПДР с дополнительным комбинированным дренированием внепеченочных желчных протоков и ПДР с формированием панкреатоюноанастомоза с сохранением целостности пилорического сфинктера соответственно.

Наиболее длительный срок послеоперационного физического восстановления, который был зафиксирован среди пациентов группы 2 и 7, которые получили хирургическое лечение в объеме ГПДР с формированием

гастропанкреатоанастомоза и стандартную методику ГПДР соответственно.

В результате анализа результатов хирургического лечения пациентов с раком БПДЗ, было выявлено, что использование усовершенствованных методов ПДР и ГПДР привело к более благоприятному клиническому исходу с точки зрения факта дожития до окончания клинического исследования (24 мес.) по сравнению с контрольной группой пациентов получавших стандартную методику ПДР и ГПДР. Кроме того, пациенты из группы контроля, имели более высокие значения послеоперационных осложнений, связанных с хирургическим вмешательством и более длительный срок послеоперационного физического восстановления, что говорит о не удовлетворительном качестве оказанной хирургической помощи. Стандартные методы хирургического лечения рака БПДЗ, имеют ряд недостатков, которые прямо влияют на послеоперационный период. Это связано с анатомической зоной расположения злокачественных новообразований БПДЗ. Таким образом усовершенствование методов хирургического лечения пациентов с раком БПДЗ является главенствующей задачей современной онкологии, позволяющей решить проблемы связанные с лечением пациентов страдающих от рака БПДЗ.

В пятой главе диссертации «Анализ эффективности усовершенствованных методов хирургического лечения пациентов с раком билиопанкреатодуоденальной зоны» была выполнена комплексная оценка послеоперационной выживаемости пациентов с раком БПДЗ. Непосредственные результаты хирургического лечения пациентов с раком БПДЗ характеризуются значительной частотой летальных случаев для контрольной группы пациентов получавших стандартную методику ПДР и ГПДР. Для пациентов получавших усовершенствованные методы хирургического лечения рака БПДЗ показатели выживаемости были на достаточно удовлетворительном уровне. При условии анализа послеоперационной выживаемости в зависимости от метода хирургического лечения, разница между сравнительной и контрольными группами составила $29,7 \pm 4,4\%$.

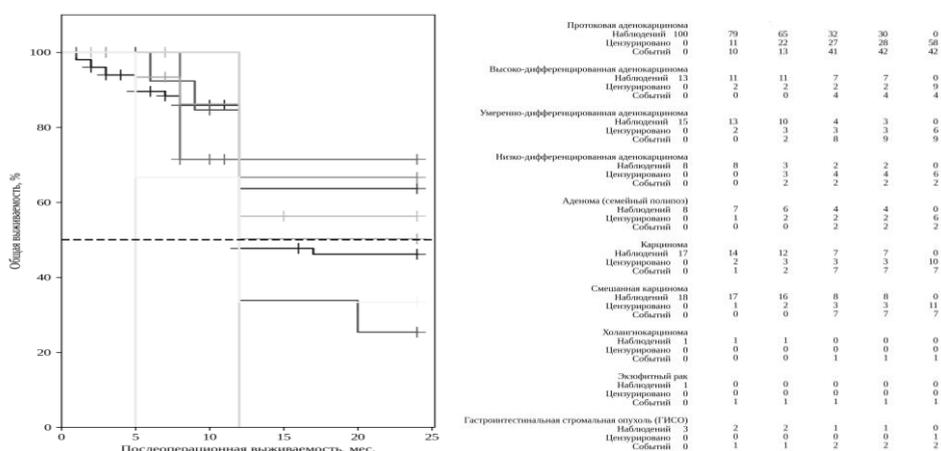


Рис. 11. График кривой послеоперационной выживаемости участников исследования в зависимости от морфологического типа опухолевого процесса.

В результате проведенного анализа послеоперационной выживаемости, было выявлено, что из общего числа пациентов, получавших хирургическое лечение по поводу рака БПДЗ, 2-летняя выживаемость составила 108 человек (58,7%). Что характерно, уровень послеоперационного дожития зависел, как от стадии опухолевого процесса, анатомического расположения злокачественного новообразования, морфологического процесса, так и от выбора методики хирургического лечения (смотреть рисунки 11-12).

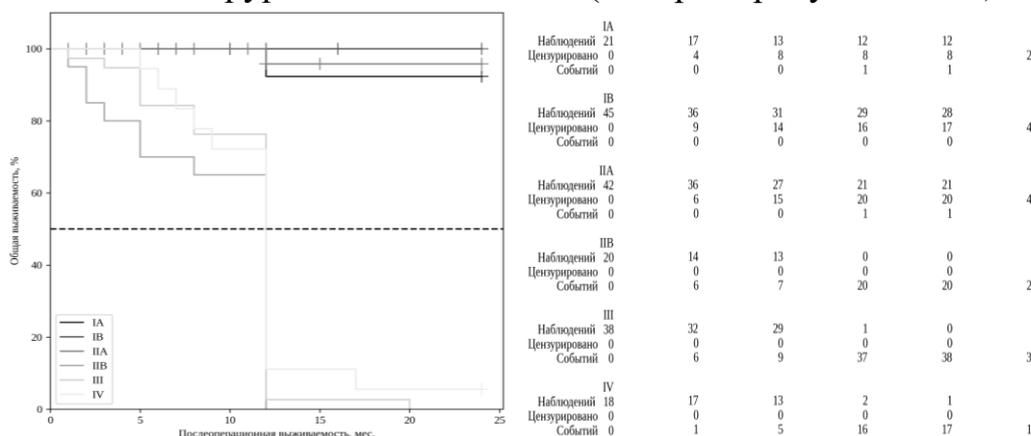


Рис. 12. График кривой общей выживаемости участников исследования в зависимости от стадии опухолевого процесса в соответствии с классификацией TNM

При оценке послеоперационной выживаемости в зависимости от вида хирургического лечения наиболее высокие показатели 2-летней послеоперационной выживаемости были среди пациентов из 1-группы. Пациенты из группы-контроля имели наиболее низкие шансы дожития, в течение 2-летнего послеоперационного периода по сравнению с группами пациентов, получавших усовершенствованные методы хирургического лечения злокачественных новообразований БПДЗ, значение риска наступления летального исхода составило 4,000 раза в сравнении с остальными методами хирургического лечения пациентов из 1-6 группы (смотреть рисунок 13).

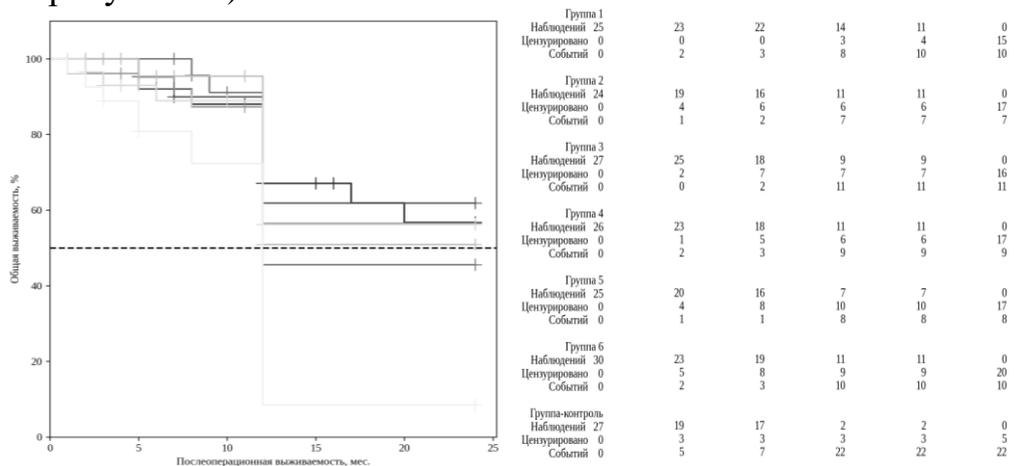


Рис. 13 – График кривой общей выживаемости среди участников исследования в зависимости от вида хирургического лечения

Наиболее высокий процент летальных исходов был зафиксирован в контрольной группе пациентов, которым выполняли стандартные методики

ПДР и ГПДР при раке БПДЗ, и составил 22 (81,5%) пациента. При этом характеристики злокачественного опухолевого процесса значимо не отличались между сравнительной и контрольной группой. Следовательно, данная тенденция прямо отражает недостатки стандартных методов хирургического лечения пациентов с раком БПДЗ. Как показал анализ послеоперационной выживаемости, возможность радикализации и применение современных дренирующих методик позволяют компенсировать бремя послеоперационных последствий, вызванных параметрами опухолевого процесса, а также тяжестью перенесенного хирургического лечения. Несмотря на достаточно удовлетворительные показатели 2-годичной выживаемости пациентов, которым проводили усовершенствованные методы хирургического лечения рака БПДЗ, на данный момент широкое применение имеет стандартные методы ПДР и ГПДР, которые приводят к высокому риску (в 4,0 раза) летального исхода среди данной категории пациентов.

В шестой главе диссертации **«Результаты анализа послеоперационного качества жизни пациентов с раком билиопанкреатодуоденальной зоны»** представлены данные об оценке как короткосрочного качества жизни, так и КЖ в отсроченном после операционном периоде.

Для оценке параметров качества жизни среди участников исследования использовали анкету European Quality of Life Questionnaire – EuroQol (EQ-5D) и специфический опросник качества жизни для пациентов с онкологическими заболеваниями БПДЗ, Европейского общества по исследованию и лечению онкологических заболеваний (European Organization for Research and Treatment of Cancer – EORTC), (EORTC-PAN26).

При оценке качества жизни в короткосрочной перспективе с 1 суток до операции и 3 месяца после хирургического лечения рака БПДЗ, удалось установить, что наиболее лучшие показатели параметров качества жизни в послеоперационном периоде были отмечены среди пациентов 1, 2 и 4 группы, которые получали ПДР с формированием гепатикоюноанастомоза, ГПДР с формированием гастропанкреатоанастомоза и ПДР с дополнительным дренированием вирсунгова протока соответственно. Чуть более низкие показатели уровня качества жизни были отмечены в группе 3,5 и 6, в которых пациентам проводили ГПДР с формированием панкреатоеюноанастомоза, ПДР с дополнительным комбинированным дренированием внепеченочных желчных протоков и ПДР с формированием панкреатоеюноанастомоза с сохранением целостности пилорического сфинктера соответственно. Наиболее неудовлетворительные показатели качества жизни в отсроченном послеоперационном периоде были зафиксированы среди пациентов 7 группы, которые получали стандартные методы ПДР и ГПДР, (смотреть рисунок 14). При рассмотрении долгосрочных результатов влияния хирургических методов лечения рака БПДЗ на качество жизни до операции и через 1 год после, был выявлено, что наихудшие значения послеоперационного КЖ через 24 месяца после хирургического лечения были зафиксированы среди участников контрольной группы, которые получали стандартные методы ПДР и ГПДР.

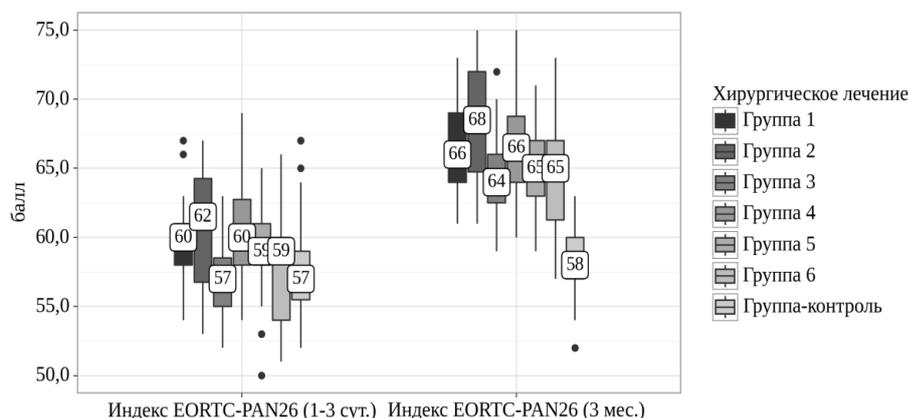


Рис. 14. Анализ послеоперационной динамики индекса EORTIC-PAN26 в зависимости от вида хирургического лечения

Стоит отметить, что сложность динамической оценки апостериорного анализа заключается в большом количестве пациентов с летальным исходом. Так, среди пациентов из группы контроля (группа 7) через 24 месяца после хирургического лечения лишь 5 (18,5%) остались в живых и приняли участие в повторном анкетировании. Тем не менее, среди 5 доменов опросника EQ-5D были зафиксированы достаточно неплохие результаты среди групп 1-6 участников исследования. Пациенты из группы 1, которым выполняли ПДР с формированием гепатикоюноанастомоза улучшили показатели домена «подвижность» на 48,5%, по сравнению с тождественным показателем в раннем послеоперационном периоде. Среди пациентов 2 группы показатель «подвижности» увеличился на 29,3%, в группе 3 – 5 средняя доля увеличения «подвижности» составила $34,0 \pm 5,6\%$, в группе 6 показатель «подвижности» был на 37,9% выше по сравнению с ранним послеоперационным периодом. В контрольной группе 7, пациенты отметили не значительное повышение уровня «подвижности», которое увеличилось всего на 9,1% по сравнению с ранним послеоперационным периодом. При сравнительном анализе домена «уход» среди групп пациентов было выявлено относительно одинаковые увеличения данного показателя, вне зависимости от вида хирургического лечения. Таким образом через 2 года после хирургического лечения среди всех выживших участников исследования были удовлетворительный уровень самообслуживания и выполнения бытовых функций. Разница между показателями «уход» в группах пациентов в зависимости от срока послеоперационного периода составила $52,5 \pm 10,4\%$. Показатели КЖ по домену «активность» преимущественно был выше среди пациентов, получавших усовершенствованные методики хирургического лечения. В связи с чем, в группе 1-6 уровень физической активности был выше в среднем на 29,3% по сравнению с результатами раннего послеоперационного периода. А в сравнении с контрольной группой пациентов, разница показателя «активность» через 24 месяца после хирургического лечения рака БПДЗ, составила $14,7 \pm 3,2\%$. Полученные данные демонстрируют прямую корреляционную связь между выбором хирургического лечения рака БПДЗ и физической активностью через несколько лет после хирургического лечения.

Оценка показателя домена «боль» получилась неоднозначной, и среди выживших пациентов через 2 года, были зафиксированы разнообразные результаты. Однако наиболее благоприятный уровень домена «боль» был отмечен среди пациентов 4, 5 и 6 группы, которым была выполнена ПДР с дополнительным дренированием вирсунгова протока, ПДР с дополнительным комбинированным дренированием внепеченочных желчных протоков и ПДР с формированием панкреатоюноанастомоза с сохранением целостности пилорического сфинктера. Так, субъективные ощущения болевого синдрома через 24 мес. после хирургического в этих группах были ниже на $74,3 \pm 20,7\%$. В группе 1, среди которой пациентам выполняли ПДР с формированием гепатикоеюноанастомоза, болевой синдром стал менее выраженным на $62,6 \pm 14,9\%$. Наибольшее количество сообщений о дискомфорте связанном с болевыми ощущениями через 24 мес. после выполнения хирургического лечения по поводу рака БПДЗ, было зафиксировано в 2, 3 и 7 группах, в которых пациентам выполняли ГПДР с формированием панкреатогастроанастомоза, ГПДР с формированием панкреатоюноанастомоза и стандартные методы ПДР и ГПДР. Различия в показателях домена «боль» в этих группах составил $37,4 \pm 9,1\%$, через 24 месяца после хирургического лечения.

Психический статус пациентов после хирургического лечения по поводу рака БПДЗ, был в значительной степени лучше во всех группах пациентов, которые получали усовершенствованные методы хирургического лечения рака БПДЗ. Так в группах 1 – 6, которые получали хирургическое лечение в объеме ПДР с формированием гепатикоеюноанастомоза, ГПДР с формированием гастропанкреатоанастомоза, ГПДР с формированием панкреатоюноанастомоза, ПДР с дополнительным дренированием вирсунгова протока, ПДР с дополнительным комбинированным дренированием внепеченочных желчных протоков и ПДР с формированием панкреатоюноанастомоза с сохранением целостности пилорического сфинктера. В данных группах участники имели значительную разницу психического самочувствия, которая составила $56,0 \pm 13,5\%$ по сравнению с показателями раннего послеоперационного периода. Среди выживших пациентов из контрольной группы, после хирургического лечения рака БПДЗ через 24 месяца улучшение психического статуса составило $30,6\%$ (смотреть рисунок 15).

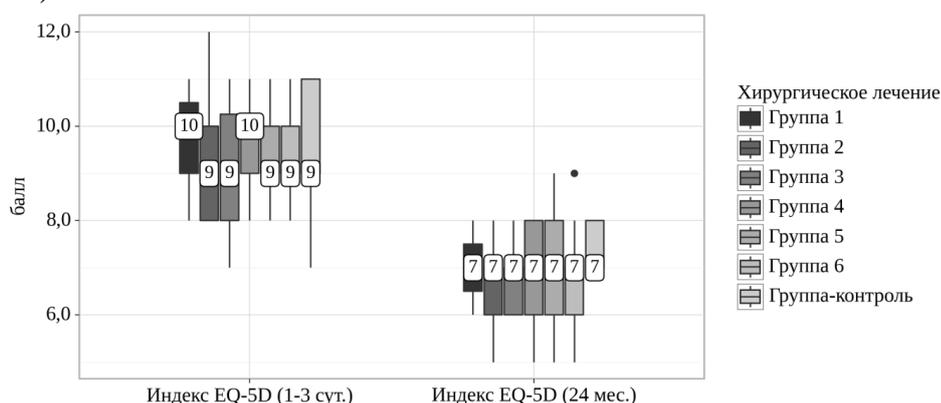


Рис. 15 – Анализ послеоперационной динамики индекса EQ-5D среди пациентов с раком билиопанкреатодуоденальной зоны

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе проведенных исследований по докторской диссертации (DSc) на тему: **«Хирургическое лечение злокачественных опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны»** сформулированы следующие выводы:

1. Изучив клинические особенности течения злокачественных новообразований билиопанкреатодуоденальной зоны, было выявлено, что в большинстве случаев пациентов беспокоят явления механической желтухи – 184 (100%) случая, общая слабость и недомогание – 173 (94,0%), снижение массы тела – 170 (92,4%), снижение аппетита – 161 (87,5%), болевой синдром – 109 (59,2%) и тошнота с рвотой – 94 (51,1%). Преимущественным очагом поражения является головка поджелудочной железы – 66 (35,9%) случаев, а наиболее редко поражаемой областью – стенка желчного пузыря или холедох – 2 (1,1%). Наиболее агрессивной формой рака выступает рак головки поджелудочной железы, характеризующийся экзофитным ростом, низкодифференцированной аденокарциномой, карциномой и вовлечением нескольких анатомических зон;

2. Анализ диагностических этапов у больных раком билиопанкреатодуоденальной зоны и разработка лечебно-диагностического алгоритма позволил выявить высокую эффективность серологических анализов онкомаркеров СА 19-9 и РЭА, а также лучевых методов диагностики, таких как ПЭТ-КТ и МСКТ с внутривенным контрастированием. Это значительно повысило точность диагностики и планирование лечения;

3. Оценка эффективности усовершенствованного способа гастропанкреатоанастомоза при гастропанкреатодуоденальной резекции показала улучшенные результаты по сравнению со стандартными методами. Это позволило увеличить показатель 2-летней выживаемости на 49,4% ($p < 0,001$), а также снизить частоту послеоперационных осложнений в 2 раза ($p < 0,001$);

4. Влияние метода сохранения целостности пилорического сфинктера желудка при панкреатодуоденальной резекции доказало его эффективность в снижении послеоперационных осложнений и улучшении качества жизни пациентов. Это подтверждается более быстрым физическим восстановлением и лучшими показателями самообслуживания и готовности к выписке на 10-й день после операции ($p = 0,060$);

5. Усовершенствованная методика дренирования вирсунгового, желчного протоков и их комбинированного дренирования при панкреатодуоденальной резекции повысила хирургическую успешность операции и уменьшила риск послеоперационных осложнений;

6. Влияние разработанных методов хирургического лечения на 2-летнюю общую и болезнь-специфическую выживаемость пациентов с раком билиопанкреатодуоденальной зоны показало их преимущество в сравнении со

стандартными методами. Пациенты, получившие усовершенствованные методы лечения, имели на 49,4% выше показатель 2-летней выживаемости ($p < 0,001$);

7. Модернизированные методы хирургического лечения положительно сказались на послеоперационных исходах и уровне физического и психоэмоционального состояния пациентов. Качество жизни, измеренное с помощью EORTC-PAN26 через 3 месяца после операции, было в среднем выше на 23,5% по всем доменам ($p < 0,001$), а индекс EQ-5D через 24 месяца – на 15,5% ($p = 0,034$).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.77.01
AT THE REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC-PRACTICAL
MEDICAL CENTER OF ONCOLOGY AND RADIOLOGY ON
AWARD OF SCIENTIFIC DEGREE**

**REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC-PRACTICAL MEDICAL
CENTER OF ONCOLOGY AND RADIOLOGY**

YAKUBOV YUSUFJON KENJHAEVICH

**SURGICAL TREATMENT OF MALIGNANT TUMORS OF THE
BILIOPANCREATODUODENAL ZONE**

14.00.14 – Oncology

**DISSERTATION ABSTRACT
OF DOCTOR OF SCIENCE (DSc) ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2024

The topic of the doctor of science (DSc) dissertation is registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under No. B2021.2.DSc/Tib564.

The dissertation was completed at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Oncology and Radiology.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the Scientific Council (www.cancercenter.uz) and on the information and educational portal "ZiyoNet" (www.ziynet.uz).

Scientific consultant: **Tillyashaikhov Mirzagaleb Nigmatovich**
Doctor of Medical Sciences, Professor

Official opponents: **Mukhammedaminov Shukhrat Karimjanovich**
Doctor of Medical Sciences, Professor

Alidjanov Fatikh Bakievich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Khakimov Murod Shavkatovich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Lead organization: **Andijan State Medical Institute**

The defense of the dissertation will take place "_____" _____ 2024 at _____ hours at a meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.77.01 at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology. (Address: 100174, Tashkent, Farobiy street, 383. Tel.: (+99871) 227-13-27; fax: (+99871)246-15-96; e-mail: info@cancercenter.uz , Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology).

The dissertation can be found at the Information Resource Center of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Oncology and Radiology (registered under No.____).
Address: 100174, Tashkent, Farobiy street, 383, Tel.: (+99871) 246-05-13; fax: (+99871) 246-15-96.

The abstract of the dissertation was sent out "_____" _____ 2024.
(mailing protocol register No. ____ dated "_____" _____ 2024).

M.A. Gofur-Okhunov
Chairman of the Scientific Council for Awarding Academic Degrees,
Doctor of Medical Sciences, Professor

A.A. Adilkhodjaev
Scientific Secretary of the Scientific Council for Awarding Scientific
Degrees, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

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

INTRODUCTION (abstract of DSc thesis)

The aim of the research work. improving the results and quality of life of patients with malignant tumors of BPDZ by developing and implementing new methods and technologies of surgical treatment.

The object of the scientific research work: to improve the surgical treatment of patients with BPDZ cancer and its impact on the course and prognosis of the clinical condition and quality of life, we recruited a group of 184 patients with a clinical picture of mechanical jaundice associated with BPDZ cancer, who were examined and treated at the oncosurgical department of the RSSPMCOandR in 2010-2021.

The scientific novelty of the study: It has been proven that drainage of the main pancreatic duct at the reconstructive stage of PDR by long pancreatic-ej internal drains prevents the development of severe pancreatic fistula due to adequate discharge of pancreatic juice into the excretory jejunum;

it is proved that the technique of disabling the ascending loop of the small intestine in GPDR allows to prevent the development of pancreatic fistula and adductor loop syndrome by preventing the ingress of gastric contents into the area of pancreatic and biliodigestive anastomosis;

It has been proven that drainage of the Virsung duct, due to the prevention of stagnation of pancreatic juice in case of erosive bleeding and blockage by blood clots of the diverting loop of the jejunum, reduces the likelihood of severe postoperative pancreatic necrosis.

It has been proven that in patients with complicated pancreatic fistula in the postoperative period, additional internal drainage of the bile ducts through interstitial Brown anastomosis leads to accelerated healing of the fistula due to improved evacuation of bile into the excretory intestine and a decrease in the pressure gradient against the background of pancreatic fistula.

It has been proven that pancreaticojejunostomy “end to side” with additional sealing with a pouch suture reduces the risk of pancreatic digestive anastomosis failure due to uniform suture pressure on the capsule and parenchyma of the pancreas.

Implementation of the research results. the achieved effectiveness of preventing the development of severe pancreatic fistula due to adequate discharge of pancreatic juice into the excretory jejunum during drainage of the main pancreatic duct at the reconstructive stage of PDR with long pancreatic-EJ internal drains, allowed saving 9.5% of budget funds per 1 patient per course, by reducing hospital stay by 2-3 days and increasing the quality of life of patients;

prevention of the development of pancreatic fistula and adductor loop syndrome by eliminating the ingress of gastric contents into the area of pancreatic and biliodigestive anastomosis using the method of disconnecting the ascending loop of the small intestine in GPDR, allowed to increase the life expectancy of patients and save 15.0% of budget funds per 1 patient per course, by reducing hospital stay by 2-3 days;

by reducing the likelihood of developing severe postoperative pancreatic necrosis due to the prevention of stagnation of pancreatic juice with erosive bleeding and blockage by blood clots of the diverting loop of the jejunum, the likelihood of developing severe postoperative pancreatic necrosis decreases with drainage of the Virsung duct, which improved the quality of life of patients and saved 6.0% of budget funds per 1 patient per course, by reducing hospital stay by 2-3 days;

the introduction of a new method of additional internal drainage of the bile ducts through interstitial Brown anastomosis in patients with complicated pancreatic fistula in the postoperative period, by accelerating the healing of the fistula due to improved evacuation of bile into the excretory intestine and reducing the pressure gradient against the background of pancreatic fistula, has improved the quality of life of patients and saved 7.5% of budget funds per 1 patient per course, by reducing the time spent in the hospital by 1-2 days;

due to the effective method of applying the proposed surgical treatment and reducing the risk of failure of pancreatic digestive anastomosis due to uniform suture pressure on the capsule and parenchyma of the pancreas with pancreatocoejunostomy “end to side” with additional sealing with a pouch suture, the quality of life of patients was improved and 6.0% of budget funds were saved per 1 patient per course, by reducing the stay time in the hospital for 1-2 days.

Submitted to the Ministry of Health a letter from the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology No.02-03/386 dated July 26, 2024 on the introduction into other healthcare institutions of the above 5 scientific innovations obtained in Y.K.Yakubov's dissertation study “Surgical treatment of malignant tumors of the biliopancreatoduodenal zone”.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, six chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of references. The volume of the dissertation is 185 pages.

**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
НАШР ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
LIST OF PUBLISHED WORKS**

I бўлим (I часть; part I)

1. Тилляшайхов М.Н., Якубов Ю.К., Худоёров С.С., Эгамбердиев Д.М., Мирзараимова С.С., Досчанов М.Т., Мадалиев А.А. Центральная резекция поджелудочной железы при ее опухолевом поражении // Хирургия Узбекистана №4 (88), 2020 г. – С. 96-103. ISSN 2187-7359 (14.00.00, №9);

2. Yakubov Yu.K., Tillyashaykhov M.N., Egamberdiev D.M., Khudayorov S.S., Doschanov M.T., Tuyev Kh.N., Rakhimov S.S., Bobozhonov E.T. Internal draining of the pancreas flow a a method of choice for prevention of postoperative complications in pancreatoduodenectomy // Turkish journal of Physiotherapy and Rehabilitation (Turkey), 2021, №32 (3), -p. 18417-18421. Scopus: <https://www.scopus.com/sourceid/21100893337>. ISSN: 2651-4451 (14.00.00, №2)

3. Yakubov Yu.K., Tillyashaykhov M.N., Soipov B.B., Rakhimov S.S., Tuyev Kh.N. Combined drainage of the bilic and virsung ducts for the prevention of postoperative complications during pancreatoduodenal resection // International Journal of Health Sciences 11-04-2022. e-ISSN: 2550-696X, p-ISSN: 2550-6978 (14.00.00, №4);

4. Якубов Ю.К., Тилляшайхов М.Н., Эгамбердиев Д.М., Исламов Х.Дж, Бобожонов Э.Т., Мадалиев А.А., Матюсупов Х.М., Туйев Х.Н., Досчанов М.Т., Рахимов С.С., Соипов Б.Б., Рудакова К.А. Комбинированная панкреатодуоденальная резекция и правосторонняя гемиколэктомия en bloc при местно-распространенном раке толстого кишечника: случай из практики // Хирургия Узбекистана №4 (97), 2023 г. С-144-151. (14.00.00, №9);

5. Якубов Ю.К., Тилляшайхов М.Н., Тўйев Х.Н., Бобожонов Э.Т., Рахимов С.С., Соипов Б.Б., Досчанов М.Т. Сравнение результатов передидодочной и позаидодочной дуоденоюноанастомозов после пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции // Хирургия Узбекистана №2 (98), 2023 г. С-12-21. (14.00.00, №9);

6. Якубов Ю.К., Тилляшайхов М.Н., Эгамбердиев Д.М., Бобожонов Э.Т., Рахимов С.С., Соипов Б.Б., Досчанов М.Т. Наш опыт ближайших результатов различных вариантов панкреато-дуоденальной резекции при опухолях билиопанкреато-дуоденальной зоны // Хирургия Узбекистана №4 (100), 2023 г. С-21-31. (14.00.00, №9);

7. Якубов Ю.К. Влияние усовершенствованных методов хирургического лечения рака билипанкерато-дуоденальной зоны на уровень послеоперационной выживаемости пациентов // Хирургия Узбекистана №1 (101), 2024 г. С-150-153 (14.00.00, №9);

8. Якубов Ю.К., Эгамбердиев Д.М. Ранние осложнения после радикальных операций при раке головки поджелудочной железы // Бюллетень Ассоциации врачей Узбекистана. 2021, 4 (10). С-46-49. (14.00.00, №17);

9. Yakubov Yu.K., Tillyashaykhov M.N., Egamberdiev D.M., Soipov V.B. Наш опыт хирургического лечения опухолей гепатопанкреатобилиарной зоны // Journal of medicine and innavations. (Журнал медицина и инновации). 12-2022. С-41-48 (14.00.00, №5);

10. Yakubov Yu.K., Tillyashaykhov M.N., Egamberdiev D.M., Туйев Х.Н., Soipov V.B., Джанклич С.М. Сравнительный анализ непосредственных результатов внутреннего вирсунгово-энтерального дренирования после анкреатодуоденальной резекции // Journal of medicine and innavations. (Журнал медицина и инновации) 03-2023. С-314-325 (14.00.00, №5);

11. Якубов Ю.К., Тилляшайхов М.Н., Бобожонов Э.Т., Нишанов Д.А., Досчанов М.Т., Туйев Х.Н., Мадалиев А.А., Рахимов С.С., Соипов Б.Б. Резекция единым блоком рака печеночного изгиба толстой кишки на стадии t4b с поражением органов билиопанкреатодуоденальной зоны: случай из практики // Journal of medicine and innavations. (Журнал медицина и инновации). 12-2023, 4 (12), С-366-379 (14.00.00, №5);

12. Тилляшайхов М.Н., Якубов Ю.К. Оценка уровня жизни пациентов после операции на билиопанкреато-дуоденальной области из-за онкологии в долгосрочной перспективе после хирургии // ВЕСТНИК Ассоциации пульмологов центральной Азии, Выпуск 1 (№3), 2024 год, С-104-108. (14.00.00, №25).

13.

II бўлим (II часть; part II)

14. Тилляшайхов М.Н., Якубов Ю.К. Способ дренирования желчного протока при панкреатодуоденальной резекции // Патент на полезную модель, №FAP 01780. 2021;

15. Якубов Ю.К., Тилляшайхов М.Н. Способ панкреатодуоденальной резекции // Патент на полезную модель, №FAP 01856. 2022;

16. Якубов Ю.К., Эгамбердиев Д.М., Туйев Х.Н., Рахимов С.С., Соипов Б.Б. Комбинированное дренирование желчного и вирсунгового протоков для профилактики послеоперационных осложнений при панкреатодуоденальной резекции // Клиническая и экспериментальная онкология. IV Конгресс онкологов и радиологов Республики Узбекистан, 20-21 май 2022 г. Нукус. 183-стр;

17. Якубов Ю.К., Эгамбердиев Д.М., Туйев Х.Н., Соипов Б.Б., Боймуродов Х.Д. Анализ непосредственных результатов хирургического лечения опухолей гепатопанкреатобилиарной зоны // Клиническая и экспериментальная онкология. XIX Республиканская научно-практическая конференция. 19-20 май 2023 г. Хива. 161-стр;

18. Якубов Ю.К., Эгамбердиев Д.М., Туйев Х.Н. Изучение результатов хирургического лечения злокачественных опухолей гепатопанкреатобилиарной зоны // Клиническая и экспериментальная онкология. XIX Республиканская научно-практическая конференция. 19-20 май 2023 г. Хива. С. 161-162;

19. Yakubov Y. K., Egamberdiev D. M., Soipov B. B., Khatamov A. M. The use of various options for pancreatoduodenal resection in tumors of the biliopancreatoduodenal zone // International Conference on Developments in Education. Hosted from Bursa, Turkey. February 20th 2024. P. 32-33;

20. Yakubov Y. K., Tuyev H. N., Bobozhonov E.T., Rakhimov S. S. The use of anterior and posterior colon gastrojunoanastomoses in gastropancreatoduodenal resection // 23rd -TECH-FEST-2024. International Multidisciplinary Conference. Hosted from Manchester, England. 25th February 2024. P. 76-77;

21. Якубов Ю.К., Тўйев Х.Н., Бобожонов Э.Т., Рахимов С.С. Пилорус сақловчи панкреатодуоденал резекциядан сўнг йўфон ичак олди ва орти дуодено-еюно анастомоз қўйилгандаги натижаларни таққослаш // Клини. и эксп. онкология/ Сборник тезисов XX республиканской научно-практической конференции, 17-18 мая 2024 г., г.Бухара. с. 162-163;

22. Якубов Ю.К., Эгамбердиев Д.М., Соипов Б.Б. Применение различных вариантов панкреатодуоденальной резекции при опухолях билиопанкреатодуоденальной зоны // Клини. и эксп. онкология/ Сборник тезисов XX республиканской научно-практической конференции, 17-18 мая 2024 г., г.Бухара. 163-стр;

23. Тилляшайхов М.Н., Якубов Ю.К. Усовершенствование метода дренирования желчных протоков при панкреатодуоденальной резекции // Методические рекомендации. – Ташкент, 2024г. 17 с;

24. Якубов Ю.К., Тилляшайхов М.Н. Усовершенствование метода панкреатодуоденальной резекции // Методические рекомендации. – Ташкент, 2024г. 21 с;