

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМий ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03
РАҚАМЛИ ИЛМий КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

УРАЗОВ НУЪМОНЖОН САЪДУЛЛАЕВИЧ

**ЎСМА ГЕНЕЗЛИ МЕХАНИК САРИҚЛИКДА ЎТ ЙЎЛЛАРИНИ
ДРЕНАЖЛАШ УЧУН КАМ ИНВАЗИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДАН
ФОЙДАЛАНИШГА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ЁНДАШУВ**

14.00.27 – Хирургия

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

Самарқанд – 2026

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Content of the abstract of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD)

Уразов Нуъмонжон Саъдуллаевич

Ўсма генезли механик сарикликда ўт йўллари
дренажлаш учун кам инвазив технологиялардан
фойдаланишга дифференциал ёндашув 3

Уразов Нумонжон Садуллаевич

Дифференцированный подход к применению
миниинвазивных технологий дренирования желчных
протоков при механической желтухе опухолевого генеза 23

Urazov Numonjon Sadullaevich

A differentiated approach to the use of minimally invasive technologies for
bile duct drainage in mechanical jaundice of tumor genesis..... 43

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of pulished works 48

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМий ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03
РАҚАМЛИ ИЛМий КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

УРАЗОВ НУЪМОНЖОН САЪДУЛЛАЕВИЧ

**ЎСМА ГЕНЕЗЛИ МЕХАНИК САРИҚЛИКДА ЎТ ЙЎЛЛАРИНИ
ДРЕНАЖЛАШ УЧУН КАМ ИНВАЗИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДАН
Фойдаланишга дифференциал ёндашув**

14.00.27 – Хирургия

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

Самарқанд – 2026

Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Фанлар академияси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2025.2.PhD/Tib6101 рақам рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт университетида бажарилган.

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

Илмий раҳбар:

Хўжабаев Сафарбой Тухтабаевич
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Расмий оппонентлар:

Даминов Феруз Асадуллаевич
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Назаров Шохин Куватович
тиббиёт фанлари доктори, профессор
(Тожикистон Республикаси)

Етакчи ташкилот:

Абу Али ибн Сино номидаги
Бухоро давлат тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Самарқанд Давлат тиббиёт университети ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSс.06/2025.27.12.Tib.17.03 рақамли Илмий Кенгашнинг 2026 йил «24» 07 соат 12.00 даги мажлисида бўлиб ўтади. Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Анкабай кўчаси, 6-уй. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz

Диссертация билан Самарқанд Давлат тиббиёт университетининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№. 2838 рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Амир Темур кўчаси, 18-уй. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75;

Диссертация автореферати 2026 йил «30» 06 да тарқатилди.
(2026 йил «30» 06 даги 13 рақамли реестр баённомаси)



Н.Н. Абдуллаева

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

К.В. Шмырина

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

З.Б. Курбаниязов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясига аннотация)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунё миқёсида ўсмага боғлиқ механик сариклик муаммоси хирургия, гастроэнтерология ва интервенцион онкология соҳасидаги муҳим вазифалардан бири бўлиб қолмоқда. Ўт йўллариининг обструкцияси ўсма жараёнининг намоён бўлиши сифатида (хусусан, ошқозон ости беши саратони, холангиокарсинома, ампула ўсмалари ва бошқаларда) жуда тез-тез учрайди - бу эса ҳаёт сифатининг сезиларли даражада пасайишига, жигар ва ўт йўллари дисфункциясининг тез ривожланишига ҳамда прогнознинг ёмонлашишига олиб келади. Ўт йўллари обтурацияси мавжуд бўлганда ўз вақтида декомпрессия талаб этилади - ўт оқимининг механик тўсилишини бартараф этиш асоратлар (холангит, жигар етишмовчилиги, сепсис) хавфини камайтиради, кейинги жарроҳлик даволаш ва паллиатив ёрдам кўрсатиш имкониятларини яхшилайдди. Бироқ, эндоскопик, тери орқали ва комбинацияланган дренажлаш усуллариининг ривожланишига қарамай, усулни танлашнинг оптимал алгоритмлари, аралашув муддатлари, комбинацияланган ёндашувлар ва беморларни танлаш мезонлари ҳали ҳам мунозарали бўлиб қолмоқда. Бу эса дифференциал тактикаларни ишлаб чиқиш зарурлигини асослайди.

Замонавий жарроҳлик амалиётида ўт йўллариини дренажлашнинг миниинвазив технологиялари тобора муҳим аҳамият касб этмоқда. «...Эндоскопик усуллар (масалан, ЭРХПГ/ERCP, эхоскопик йўналтирилган билиар дренаж муолажаси = EUS-BD) ва жигар орқали интервенциялар (PTBD) жароҳатланишни камайтириш...»¹, касалхонада ётиш муддатини қисқартириш, операциядан кейинги асоратлар хавфини пасайтириш ва операция қилиб бўлмайдиган ёки қисман резекция қилинадиган ўсмалари бўлган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини беради. Шу билан бирга, кўплаб тадқиқотлар универсал "энг яхши" усул йўқлигини таъкидлайди – танлов асосан анатомия, касаллик босқичи, беморнинг прогнози ва обструкциянинг жойлашувига асосланиши лозим. Бинобарин, жаҳон амалиётида нафақат минимал инвазив технологияларни қўллаш, балки маълум бир бемор ва клиник вазиятга оптимал мослаштирилган дифференциал ёндашувни ишлаб чиқиш зарурати пайдо бўлмоқда - бу ушбу тадқиқотнинг мавзусидир.

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

¹ Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Омонов О.А. Результаты хирургического лечения больных с проксимальными опухолями внепеченочных желчных протоков //Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. – 2017. – С. 32-42.

қаратилган чора-тадбирлар мажмуини амалга ошириш...»². каби вазифалар белгиланган.

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

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Ўсма генезли механик сарикликни ташхислаш ва даволаш масаласи сўнгги ўн йилликлар давомида бутун дунё бўйлаб жарроҳлар, гастроэнтерологлар ва радиологларнинг эътиборини тортмоқда. Ушбу патологиянинг этиопатогенези, клиник кечиши ва жарроҳлик даволашни ўрганишга маҳаллий ва хорижий тадқиқотчилар катта ҳисса қўшганлар. Тўпланган клиник тажрибага қарамай, ўсма сабабли келиб чиққан механик сарикликда ўлим кўрсаткичлари юқорилигича қолмоқда - 10 дан 35% гача, бу кеч ташхис қўйиш, ўсма жараёнининг тарқалиши ва операциядан кейинги асоратларнинг юқори частотаси билан боғлиқ (Назирова Ф.Г., Вишневский А.В., Гальперин Э.И., Коробка В.Ф., Covey A.M., Lee J.M. ва бошқалар. 2020).

Замонавий тадқиқотлар минимал травматизм билан ўт йўллари дренажлаш, беморларнинг касалхонада қолиш муддатини қисқартириш ва асоратлар частотасини камайтириш имконини берувчи миниинвазив технологияларни такомиллаштиришга қаратилган. Эндоскопик ва тери орқали усулларни (ERCP, PTBD, стентлаш) қўллаш клиник амалиётга кенг жорий этилган, аммо обструкциянинг даражаси ва хусусияти, ўсма жараёнининг босқичи ва беморнинг умумий ҳолатига қараб оптимал усулни танлашнинг ягона тизими ҳали ҳам мавжуд эмас. Бу беморнинг индивидуал кўрсаткичлари ва ўсма шикастланишининг хусусиятларига асосланган дифференциал ёндашувни ишлаб чиқишнинг долзарблигини белгилайди. Бир қатор муаллифлар билиар декомпрессия усулини танлашдан олдин кўп омилли таҳлил, шу жумладан анатомик хусусиятлар, жигарнинг функционал ҳолати, коагулопатиялар ва холангит хавфини баҳолаш зарурлигини таъкидлайдилар. Адабиётларда комбинацияланган аралашувларнинг турли хил вариантлари тасвирланган - эндоскопик ва тери орқали дренажлашни кетма-кет ёки бир вақтнинг ўзида қўллаш, навигация ва рентгеноэндоскопик тизимлардан

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сонли «2022 - 2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони.

фойдаланиш, бу даволаш натижаларини яхшилайти, аммо кейинчалик стандартлаштириш ва клиник тасдиқлашни талаб қилади (Бисенков Л.Н., Тополянский А.В., Paik W.H., Kogure H. 2023).

Шундай қилиб, билиар трактнинг минимал инвазив жарроҳлиги соҳасидаги аниқ ютуқларга қарамай, ўсмали механик сарикликда дренажлашнинг оптимал усулини танлаш алгоритмлари билан боғлиқ бир қатор ҳал қилинмаган масалалар мавжуд. Беморларни танлашнинг интегратив мезонлари етарлича ўрганилмаганлиги ва каминвазив технологияларни қўллашнинг табақалаштирилган схемалари йўқлиги ушбу аралашувларнинг самарадорлиги ва хавфсизлигини оширишга қаратилган кейинги тадқиқотлар зарурлигини белгилайди.

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

Тадқиқотнинг мақсади ўсма генезли механик сарикликда ўт йўллари дренажлашнинг миниинвазив технологияларини қўллашга дифференциал ёндашувни асослашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

ўсманинг жойлашуви, гепатопанкреатобилиар зонанинг топографик-анатомик хусусиятлари, ўсма блоки даражаси ва касаллик босқичини ҳисобга олган ҳолда операция қилиб бўлмайдиган ўсмаларни даволаш алгоритмида турли хил миниинвазив интервенцион усуллариининг ўрнини аниқлаш;

механик сариклик билан асоратланган гепатопанкреатобилиар зона ўсмалари бўлган операция қилиб бўлмайдиган беморларда миниинвазив интервенцион усуллариини қўллашни ҳисобга олган ҳолда дифференциал-диагностик алгоритмларни ишлаб чиқиш.

ўсма жараёнининг босқичини, механик сариклик билан асоратланган гепатопанкреатобилиар зона ўсмалари бўлган операция қилиб бўлмайдиган беморларнинг кутилаётган умр кўриш давомийлигини башорат қилувчи омилларни ҳисобга олган ҳолда миниинвазив интервенцион усуллари самарадорлигини ошириш йўллариини таклиф этиш.

механик сариклик билан асоратланган гепатопанкреатобилиар зона ўсмалари билан операция қилиб бўлмайдиган беморларда пластик стентлар ва кенгаювчи метал стентлар ёрдамида ўт йўллариини антеград ва ретроград эндоскопик дренажлаш, шунингдек билиодигестив анастомозлар қўйиш билан жарроҳлик паллиатив даволашни қиёсий таҳлил қилиш.

Тадқиқотнинг объекти 2019 йилдан 2025 йилгача бўлган даврда РИОваРИАТМ Самарқанд филиалининг жарроҳлик ва рентгенендоскопик бўлимларида стационар даволанган ўсма генезли механик сариклик билан касалланган 149 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети клиник-морфологик, анатомик ва функционал мезонлар асосида аралашув усулини танлашга табақалаштирилган ёндашувни ишлаб чиқиш ва жорий этиш билан ўсма генезли механик сарикликда ўт йўллари дренажлашнинг миниинвазив технологияларини қўллаш ва комплекс текшириш натижаларини таҳлил қилишдан иборат бўлган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ҳал қилиш учун клиник, биокимёвий, ультратовуш, рентгеноэндоскопик, томографик, морфологик ва статистик усуллардан фойдаланилган. Тери орқали, эндоскопик ва комбинацияланган миниинвазив билиар декомпрессия технологиялари қўлланилиб, операциядан кейинги эрта ва узоқ даврда самарадорлик, асоратлар частотаси ва гепатобилиар функция кўрсаткичлари динамикаси қиёсий таҳлил қилинди.

Тадқиқотнинг илмий янгилigi қуйидагилардан иборат:

ўсманинг жойлашуви, ошқозон ости беzi-ўт йўллари соҳасининг топографик-анатомик хусусиятлари, ўсма блоки даражаси, касаллик босқичи ва беморларнинг жисмоний ҳолати, кутилаётган умр давомийлиги прогноз омилларини ҳисобга олган ҳолда операция қилиб бўлмайдиган ўсмаларни даволаш алгоритмида миниинвазив технологияларнинг турли усуллариининг ўрни аниқланган;

механик сариклик билан асоратланган жигар-ошқозон ости беzi-ўн икки бармоқ ичак соҳасининг резекция қилинмайдиган ўсмаларида ўт йўллариини ички дренажлашнинг анъанавий жарроҳлик ва миниинвазив технологияларини қўллаш самарадорлигини ошириш имконини берувчи дифференциал-диагностик ва даволаш алгоритмлари ишлаб чиқилган;

ўт йўллариини дренажлаш ёки билиодигестив анастомозлар қўйиш билан паллиатив жарроҳлик даволаш мақсадида миниинвазив технологияларни танлаш, механик сариклик билан асоратланган жигар-ошқозон ости беzi-ўн икки бармоқ ичак соҳаси аъзолари ўсмалари бўлган операция қилиб бўлмайдиган беморларнинг кутилаётган умр давомийлигига асосланиши аниқланган;

анъанавий жарроҳлик аралашувларига нисбатан дренажлаш самарадорлиги тенг бўлган ҳолда, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичларини камайтирувчи ўт йўллариини дренажлашнинг эҳтиёткор миниинвазив интервенцион усуллари ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

бажарилган аралашувдан кейинги узоқ муддатли даврда миниинвазив интервенцион турли усуллариини қўллаш жиҳатлари, билиар стентлар окклюзияси ва дуоденал стеноз ривожланиши билан боғлиқ такрорий касалхонага ётқизиш ҳолатлари ўрганилди;

механик сариклик билан асоратланган гепатопанкреатобилиар зона ўсмалари бўлган операция қилиб бўлмайдиган беморларнинг кутилаётган умр кўриш давомийлигини ҳисобга олган ҳолда, ўт йўллариини дренажлашнинг турли усуллариини қўллаш учун дифференциал-диагностик мезонлар ва беморларни даволаш алгоритми ишлаб чиқилди;

катта клиник материалда механик сариклик билан асоратланган гепатопанкреатобилиар зонанинг операция қилиб бўлмайдиган ўсмаларида билиодигестив анастомозлар қўйиш билан миниинвазив интервенцион ва паллиатив жарроҳлик амалиётларининг бевосита ва узок муддатли натижаларининг қиёсий таҳлили ўтказилди;

миниинвазив аралашувлар учун операциядан кейинги асоратларнинг паст частотаси хос бўлиб, бирламчи дренажлашдан кейин бир неча ой ёки ҳатто йиллар давомида ривожланадиган кечки асоратларнинг устунлиги кузатилади. Билиодигестив анастомозлар қўйиш билан анъанавий паллиатив жарроҳлик амалиётлари учун эса, аксинча, операциядан кейинги эрта асоратлар хосдир.

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

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундаки, олинган маълумотлар ва хулосалар замонавий билиар йўллар жарроҳлиги ва онкожарроҳлик ривожланишига, айниқса ўсма генезли механик сарикликда ўт йўллари дренажлашнинг миниинвазив технологияларини қўллашга дифференциал ёндашувни такомиллаштиришга сезиларли ҳисса қўшади. Ишда биринчи марта клиник-анатомик, морфологик ва функционал кўрсаткичлар асосида билиар декомпрессиянинг оптимал усулини (эндоскопик, тери орқали ёки комбинацияланган) танлаш мезонлари илмий жиҳатдан асосланган бўлиб, бу даволаш тактикасининг патогенетик асосланган алгоритмини яратиш имконини берди. Дренажлаш усулини индивидуаллаштириш бўйича ишлаб чиқилган ёндашувлар обструкция даражаси ва характерини ташхислаш аниқлигини ошириш, ўсмали механик сариклик билан оғриган беморларда жароҳатланишни камайтириш ва жигарнинг функционал ҳолатини яхшилашни таъминлайди. Олинган натижалар гепатопанкреатодуоденал соҳадаги ўсма жараёнлари сабабли юзага келган обструктив сариклик билан оғриган беморларни комплекс даволашда кам инвазив технологиялардан оқилона фойдаланиш ҳақидаги тасаввурларни кенгайтиради.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти ўсма келиб чиқишли механик сарикликда ўт йўллари дренажлашнинг миниинвазив технологияларини танлашга ишлаб чиқилган табақалаштирилган ёндашувнинг клиник амалиётга муваффақиятли жорий этилиши ва қўлланилишида намоён бўлади. Таклиф этилган алгоритмни қўллаш даволаш босқичларини оптималлаштириш, операциядан кейинги асоратлар, септик ҳолатлар ва ўлим хавфини камайтириш, шунингдек, операциядан олдинги тайёргарлик ва беморларнинг шифохонада қолиш муддатларини қисқартириш имконини берди. Кучли жигар етишмовчилиги ва ёндош соматик касалликлари бўлган заиф беморларда ультратовуш ва рентген-эндоскопик

назорат остида қўлланиладиган комбинацияланган эндоскопик ва тери орқали аралашувлар ўзининг юқори самарадорлиги ва хавфсизлигини исботлади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Ўсма генезли механик сарикликда ўт йўллари дренажлаш учун кам инвазив технологиялардан фойдаланишга дифференциал ёндашув бўйича олиб борилган илмий-тадқиқот натижалари асосида (Ўзбекистон Республикаси ССВ ҳузуридаги Илмий техник кенгашининг 16.02.2026 й. 03/10-сон хулосаси):

биринчи илмий янгилик: ўсманинг жойлашуви, ошқозон ости беи-ўт йўллари соҳасининг топографик-анатомик хусусиятлари, ўсма блоки даражаси, касаллик босқичи ва беморларнинг жисмоний ҳолати, кутилаётган умр давомийлиги прогноз омилларини ҳисобга олган ҳолда операция қилиб бўлмайдиган ўсмаларни даволаш алгоритмида миниинвазив технологияларнинг турли усуллариининг ўрни аниқланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар соғлиқни сақлаш бўлими марказий шифохонаси (15.01.2026 й. 269-7-107-ТВ/2026-сон буйруғи) ва Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Навоий вилоят филиали (12.01.2026 й. 14-сон буйруқ) билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: бажарилган аралашувдан кейинги узоқ муддатли даврда миниинвазив интервенцион турли усуллариини қўллаш жиҳатлари, билиар стентлар окклюзияси ва дуоденал стеноз ривожланиши билан боғлиқ такрорий касалхонага ётқизиш ҳолатлари ўрганилди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: миниинвазив интервенцион турли усуллариини қўллаш жиҳатлари, билиар стентлар окклюзияси ва дуоденал стеноз ривожланиши билан жарроҳлик даволашни қўллаш доирасида беморларнинг стационар шароитда даволаш одатда умумий ўртача 7-10 кун учун 7625400 сўм. Беморларнинг барча лаборатор-инструментал текширишларига жами 975650 сўм сарфланади. миниинвазив ёндошувлар ёрдамида операция қилинганда стационар даволаниш 5 кунга қисқариб, иқтисодий кўрсаткич 3876450 сўмни ташкил этади (бир нафар бемор учун). Хулоса: ретроград транспапилляр йўл орқали самарали дренажлашга тўсқинлик қиладиган энг мураккаб анатомик шароитлар ўсма торайишининг бевосита конфлюэнсда (самарадорлиги 40%) ва умумий ўт йўлиининг терминал қисмида дуоденал стеноз билан биргаликда (самарадорлиги 22,7%) жойлашиши ҳисобланади. Бундай ҳолатларда комбинацияланган антеград аралашувларни қўллаш масаласини кўриб чиқиш мақсадга мувофиқ бўлади.

иккинчи илмий янгилик: механик сариклик билан асоратланган жигар-ошқозон ости беи-ўн икки бармоқ ичак соҳасининг резекция қилинмайдиган ўсмаларида ўт йўллариини ички дренажлашнинг анъанавий жарроҳлик ва миниинвазив технологияларини қўллаш самарадорлигини ошириш имконини берувчи дифференциал-диагностик ва даволаш алгоритмлари ишлаб чиқилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар соғлиқни сақлаш бўлими марказий шифохонаси (15.01.2026 й. 269-7-107-ТВ/2026-сон буйруғи) ва Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Навоий вилоят филиали

(12.01.2026 й. 14-сон буйруқ) билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: механик сариклик билан асоратланган гепатопанкреатобилиар зона ўсмалари бўлган операция қилиб бўлмайдиган беморларнинг кутилаётган умр кўриш давомийлигини ҳисобга олган ҳолда, ўт йўллари дренажлашнинг турли усуллари қўллаш учун дифференциал-диагностик мезонлар ва беморларни даволаш алгоритми ишлаб чиқилди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: ўт йўллари дренажлашнинг турли усуллари қўллаш учун дифференциал-диагностик мезонлар ва беморларни даволаш алгоритм остида ижобий натижалар 2 баробар кўп ҳолатда кузатилганлигини ҳисобга олсак, йиллик иқтисодий кўрсаткич 15024100 сўмни ташкил этади. Хулоса: стентларнинг хилма-хиллиги, турли конструкцияларининг мавжудлиги ва уларни биргаликда қўллаш имконияти ҳар бир аниқ клиник вазиятда энг мақбул усулни танлашга дифференциал ёндашувни талаб этади. Операция қилиб бўлмайдиган гепатопанкреатобилиар зона ўсмалари бор беморларда кутилаётган умр давомийлиги 6 ойдан кам бўлганда, пластик стент ёрдамида ўт йўллари антеград ёки ретроград эндоскопик дренажлаш билан миниинвазив интервенцияни афзал кўриш лозим. Операция қилиб бўлмайдиган гепатопанкреатобилиар зона ўсмалари бор беморларда кутилаётган умр давомийлиги 6 ойдан ортиқ бўлганда, кенгаювчи метал стент ёрдамида ўт йўллари антеград ёки ретроград эндоскопик дренажлаш билан миниинвазив интервенцияни ёки билиодигестив анастомозлар ва/ёки гастроэнтероанастомоз қўйиш орқали паллиатив жарроҳлик даволашни афзал кўриш керак.

учинчи илмий янгилик: ўт йўллари дренажлаш ёки билиодигестив анастомозлар қўйиш билан паллиатив жарроҳлик даволаш мақсадида миниинвазив технологияларни танлаш, механик сариклик билан асоратланган жигар-ошқозон ости беzi-ўн икки бармоқ ичак соҳаси аъзолари ўсмалари бўлган операция қилиб бўлмайдиган беморларнинг кутилаётган умр давомийлигига асосланиши аниқланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар соғлиқни сақлаш бўлими марказий шифохонаси (15.01.2026 й. 269-7-107-ТВ/2026-сон буйруғи) ва Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Навоий вилоят филиали (12.01.2026 й. 14-сон буйруқ) билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: катта клиник материалда механик сариклик билан асоратланган гепатопанкреатобилиар зонанинг операция қилиб бўлмайдиган ўсмаларида билиодигестив анастомозлар қўйиш билан миниинвазив интервенцион ва паллиатив жарроҳлик амалиётларининг бевосита ва узоқ муддатли натижаларининг қиёсий таҳлили ўтказилди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: билиодигестив анастомозлар қўйиш билан миниинвазив интервенцион ва паллиатив жарроҳлик амалиётидан кейин операциясидан кейинги даврда асоратлар тубдан қисқаришини инобатга олсак, асосий гуруҳдаги беморларда бюджет ва бюджетдан ташқари маблағлар 25% қисқартиришликка эришилди. Хулоса: гепатопанкреатобилиар зона ўсмалари

бўлган операция қилиб бўлмайдиган беморларнинг умр кўриш давомийлигининг энг муҳим прогностик омиллари қуйидагилардир: бирламчи ўсманинг ҳажми ва ASA таснифи бўйича жисмоний ҳолат даражаси. Ўсма ҳажми 45 мм дан катта ва ASA бўйича 3-4 даражали жисмоний ҳолати бўлган беморларда умр кўриш давомийлиги одатда 6 ойдан ошмайди. Аксинча, ўсма ҳажми кичикроқ ва жисмоний ҳолати яхши сақланган (ASA бўйича 1-2 даражали) беморларда умр кўриш давомийлиги анча юқори бўлади.

тўртинчи илмий янгилик: анъанавий жарроҳлик аралашувларига нисбатан дренажлаш самарадорлиги тенг бўлган ҳолда, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичларини камайтирувчи ўт йўллари дренажлашнинг эҳтиёткор миниинвазив интервенцион усуллари ишлаб чиқилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар соғлиқни сақлаш бўлими марказий шифохонаси (15.01.2026 й. 269-7-107-ТВ/2026-сон буйруғи) ва Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Навоий вилоят филиали (12.01.2026 й. 14-сон буйруқ) билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: миниинвазив аралашувлар учун операциядан кейинги асоратларнинг паст частотаси хос бўлиб, бирламчи дренажлашдан кейин бир неча ой ёки ҳатто йиллар давомида ривожланадиган кечки асоратларнинг устунлиги кузатилади. Билиодигестив анастомозлар қўйиш билан анъанавий паллиатив жарроҳлик амалиётлари учун эса, аксинча, операциядан кейинги эрта асоратлар хосдир. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: билиодигестив анастомозлар қўйиш билан анъанавий паллиатив жарроҳлик амалиётлари самарадорлиги билан интраоперацион травматизмни ва жарроҳлик аралашувининг давомийлигини камайтиришга ёрдам бериши, реабилитация муддатларининг қисқариши туфайли беморларни стационар шароитда даволаш одатда умумий ўртача 15855450 сўм сарфланади. Йиллик иқтисодий кўрсаткич эса ўз навбатида 25% гача бюджет маблағларини тежашга олиб келади. Хулоса: билиодигестив анастомозлар қўйиш билан амалга ошириладиган паллиатив жарроҳлик даволаш миниинвазив дренажлашга қараганда кўпроқ жарроҳлик агрессияси билан тавсифланади. Жарроҳлик даволашда операциядан кейинги асоратлар ва ўлим даражаси (29,4% ва 17,6%) антеград (11,1% ва 5,5%) ва ретроград йўл (15,5% ва 11,8%) билан амалга ошириладиган миниинвазив даволашга қараганда сезиларли даражада юқори.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий конференцияларда, жумладан 2 та халқаро ва 2 та Республика илмий-амалий конференцияларда муҳокама қилинди.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 13 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертацияларни асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан 3 таси маҳаллий ва 2 таси хорижий журналларда чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, тўрт боб, хулоса, амалий тавсиялардан ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 120 саҳифадан иборат.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати асосланади, тадқиқотнинг мақсад ва вазифалари, объекти ва предмети тавсифланади, тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилади, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён этилади, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилади, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий этилиши, чоп этилган ишлар ва диссертация тузилиши ҳақида маълумотлар келтирилади.

Диссертациянинг **"Ўсма келиб чиқишли механик сарикликда ўт йўллари дренажлашнинг миниинвазив технологияларини қўллашга дифференциал ёндашув"** номли **биринчи бобида** (адабиётлар шарҳи) механик сарикликнинг ўсма шаклларида билиар обструкциянинг сабаблари, ривожланиш механизмлари ва бартараф этиш усуллари ҳақида адабиётларда келтирилган маълумотлар сезиларли даражада қарама-қарши ва тарқоқ эканлиги таъкидланган. Бу ҳолат холестаз патогенезини, гепатобилиар тизимнинг морфофункционал ўзгаришлари динамикасини чуқурроқ ўрганиш, шунингдек, ўт йўлларидаги миниинвазив аралашувлар тактикасини оптималлаштиришни тақозо этади. Бундай таҳлил обструкциянинг даражаси ва хусусияти, жигар етишмовчилиги даражаси, ўсма жараёнининг тарқалиши ва беморнинг умумий ҳолатига қараб, эндоскопик, тери орқали ёки комбинацияланган дренажлашнинг аниқ технологиясини танлашга асосли ёндашиш имконини беради. Дифференциал ёндашувни амалга ошириш ўсма келиб чиқишли механик сарикликда патогенетик жиҳатдан асосланган, кам инвазив ва клиник жиҳатдан самарали билиар декомпрессия усуллари ишлаб чиқиш учун замин яратади.

Диссертациянинг **иккинчи боби "Тадқиқот материаллари ва усуллари"** деб номланган. Тадқиқотга 2019-2025 йиллар давомида РИОваРИАТМ Самарқанд филиалида каминвазив билиар дренажлаш амалиёти ўтказилган беморлар киритилган. Илмий тадқиқотга жами 149 нафар бемор жалб қилинган бўлиб, уларнинг 133 тасида миниинвазив дренажлаш ва 16 тасида ички билиодигестив шунтлаш билан паллиатив жарроҳлик амалиёти бажарилган.

Беморларнинг 71 нафари эркак, 78 нафари аёл; ўртача ёш - $67,2 \pm 11$ ёш (32 ёшдан 92 ёшгача). 60 ёшдан ошган беморлар кўпчилики ташкил этди - 116 бемор ёки 77,9%.

Комплекс текширув натижаларига кўра, механик сариклик сабаби куйидагича аниқланди: 71 беморда ошқозон ости беши бошчаси ўсмаси, 23 беморда катта дуоденал сўргич ўсмаси, 13 беморда умумий ўт йўли ўсмаси, 16 беморда умумий жигар йўли ўсмаси, 19 беморда ўт пуфаги ўсмаси, 7 беморда

эса ошқозон саратони билан бирга гепатодуоденал боғлам лимфа тугунларининг метастатик шикастланиши ва ўт йўли компрессияси кузатилди.

Панкреатобилиар соҳадаги ўсмаларнинг жойлашуви 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Гастропанкреатобилиар соҳада ўсмаларнинг жойлашуви

Блок даражаси	Ўсма жойлашуви	Беморлар сони
Дистал жойлашув 71,9%	Ошқозон ости беши бошчаси	71
	Фатер сўрғичи	23
	Умумий ўт йўлининг дистал қисми тоқа	13
Проксимал жойлашув 28,1%	Умумий жигар йўли	16
	Ўт пуфаги	19
	Жигар дарвозаси лимфа тугунлари метастазлари	7

Жигардан ташқари ўт йўлларининг "дистал ўсма блоки" 71,9% ҳолатда, "проксимал блок" эса 28,1% ҳолатда тасдиқланган.

Клиник-инструментал маълумотларга кўра 4 нафар беморда касалликнинг I босқичи, 13 нафарида II босқичи, 23 нафарида III босқичи ва беморларнинг аксариятида онкологик жараённинг IV босқичи аниқланган - 106 нафар бемор (74,7%).

ГПБЗ ўсмасининг морфологик тасдиқи 149 беморнинг 109 тасида (73,2%) эришилди. Барча беморларда турли даражада дифференциацияланган аденокарцинома аниқланди.

Беморларнинг кўп қисмида (54,8%) сариклик даври 10 кундан ортиқ давом этган, билирубинемия даражаси эса 54,4% беморларда 170 мкмол/л дан юқори бўлган.

Шифохонага ётқизилган пайтда билирубинемиянинг ўртача даражаси $202,4 \pm 111,2$ мкмол/л (28-998 мкмол/л) ни ташкил этган.

Касалхонага ётқизилган пайтда 149 беморнинг 66 нафарида тана вазнининг пасайиши кузатилган, ўртача вазн йўқотиш $9,3 \pm 7,2$ кг бўлган.

Жигар етишмовчилиги (ЖИ) баҳоланиши механик сарикликда жигар етишмовчилигининг модификацияланган балл тизими асосида амалга оширилди.

Сариклик табиати, ўсманинг аъзолардаги жойлашуви, ўт йўллари окклюзияси даражасининг ташхиси касалхонага ётқизилгандан сўнг 1-4 кун ичида шошилиш тарзда ўтказилди.

Ультратовуш текшируви клиникада бўлишнинг 1-3 кунда ўтказилди. Ультратовуш текширувининг мақсади ўсманинг жойлашуви ва ўлчамини, ўт йўллари тизими обструкцияси даражасини, билиар гипертензия ва асцитнинг мавжудлиги ҳамда даражасини, шунингдек, узоқ ва минтақавий метастазларни аниқлашдан иборат эди. Бундан ташқари, панкреатобилиар соҳада жойлашган йирик қон томир тузилмаларига ўсма тарқалишини аниқлаш учун доплер текшируви ва қон оқимини рангли хариталаш (n=13) ҳам ўтказилди (1-расм, 2-расм).



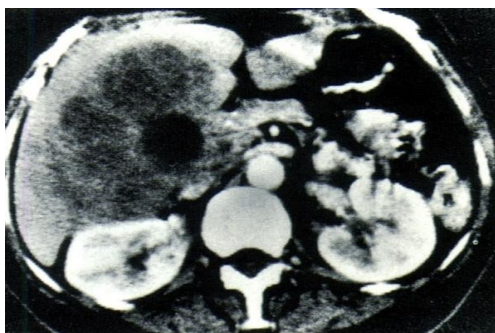
1-расм. УТТ. Жигарнинг метастатик зарарланиши



2-расм. Допплерография билан ультратовуш текшируви. Дарвоза венасига тарқалган ошқозон ости беши бошчаси ўсмаси

Компьютер томография, шу жумладан мультиспирал компьютер томография ўсманинг жойлашуви, маҳаллий тарқалиши ва узок метастазларни аниқлаш мақсадида 121 беморда клиникада бўлишининг 2-10 кунларида ўтказилди.

КТ ёрдамида ГПДСда ўчоқли ҳосилалар мавжудлиги, ўт йўллари тизимининг кенгайиш даражаси ва обструкция даражаси, шунингдек, қорин бўшлиғида узок ва лимфорегионал метастазлар, эркин суюқлик мавжудлиги аниқланди. Контраст моддаси юборилгандан сўнг КТ қон томир тузилмаларига (дарвоза ва пастки кавак веналар, юқори тутқич артерияси ва венаси, қорин пояси) ўсма тарқалишини аниқлади (3-расм).



3-расм. Компьютер томографияси. Ўт пуфаги ўсмаси, жигар тўқимасига кенг тарқалган ҳолда



4-расм. ЭРХГ. Умумий ўт йўли ўсмаси + холедохолитиаз

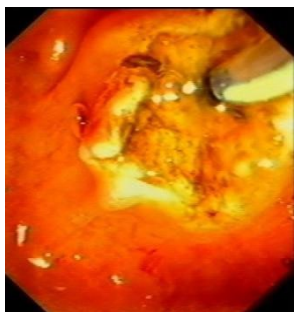
Эндоскопик ретроград холангиография 110 нафар беморда ўтказилди, аммо 23 нафар беморда ўт йўлларининг канюляцияси ва контрастланишига эришиб бўлмади. Муваффақиятли эндоскопик холангиография даражаси 82.7% ни ташкил этди (133 бемордан 110 таси). Холангиография сарикликнинг обтурацион хусусиятини тасдиқлаш, ўсма торайишининг жойлашуви ва узунлигини аниқлаш имконини берди. Шунингдек, холангиография 11 нафар беморда ўт йўлида тошлар мавжудлигини ҳам аниқлади (4-расм).

Билиодуоденал протезлаш учун Olympus компаниясининг ён тешиклари ва фиксатор қанотлари бўлган стандарт рентген контрастли пластик стентларидан (Amsterdam тури) фойдаланилди.

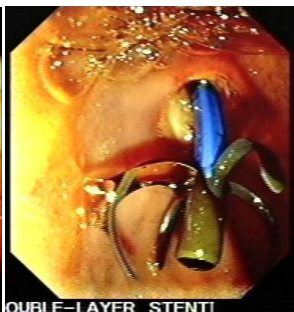
Стентларнинг диаметри деярли барча ҳолатларда 3-3.3 мм (10-11 Фр) ни ташкил этди. Назобилиар дренажлаш учун диаметри 2-3 мм (7-10 Фр) бўлган рентгеноконтраст пластик найчалар қўлланилди.

Бундан ташқари, диаметри 10 мм бўлган MiTech фирмасининг «Nanarostent» ва Boston Scientific фирмасининг «Wallstent» қопламали металл ўз-ўзидан кенгаювчи стентлари ҳам ишлатилди.

Стентнинг эндоскопик ўрнатилиши диагностик босқич (дуоденоскопия ва холангиопанкреатикография) ва папиллосфинктеротомиядан сўнг дарҳол ёки ўсма тўсиғи шароитида ўт йўллари контрастлашдан кейин холангит ва жигар етишмовчилиги ривожланиши эҳтимоли юқори бўлгани сабабли ЭПСТсиз амалга оширилди. ЭПСТ одатий канюляция усули билан бажаришга ҳаракат қилинди ва фақат бу имконсиз бўлганда бошқа ноканюляцион аралашув усулларига ўтилди (5, 6, 7, 8-расмлар).



5-расм. ЭПСТ.
Ўтказгич
ёрдамида
канюляция



6-расм. "Double-
layer" стенти
ёрдамида
ЭПСТдан сўнг
стентлаш



7-расм. Баллон
дилатацияси



8-расм.
Дилатациядан
кейин стентлаш

Антеград тери-жигар орқали рентгенологик диагностика усулларида пункцион игна орқали дренажлаш зарур бўлганда, ўт йўлига эгилувчан гидрофил ўтказгич киритилди. У орқали турли диаметрдаги 9-10Fr гача бўлган пластик бужлар ёрдамида кенгайтириш амалга оширилди. Сўнггра, ўтказгич каттиқроқ ўтказгичга алмаштирилди ва у орқали терига маҳкамланадиган ташқи дренаж ўтказилди. Зарур ҳолларда, иккинчи босқичда ўт йўллари санацияси ва механик сариклик бартараф этилгандан бир неча кун ўтгач, ички дренаж ўрнатилди. Бунинг учун барча ҳолатларда қопланган ёки қопланмаган ўз-ўзидан кенгайдиган металл стентлардан фойдаланилди.

Диссертациянинг учинчи боби **"Механик сариклик билан асоратланган панкреатобилиар соҳа ўсмалари бўлган беморларни даволашнинг бевосита натижалари"**. Ўт йўллариининг эндоскопик декомпрессияси 133 бемордан 110 тасида (83%) муваффақиятли амалга оширилди.

Эндоскопик папиллосфинктеротомия 102 нафар беморда бажарилди. Таъкидлаш жоизки, 71,6% ҳолларда папиллосфинктеротомия одатий канюляция усули билан амалга оширилди. Атипик папиллосфинктеротомия фақат ностандарт анатомик вазиятда ва ЭПСТнинг канюляцион усулини қўллаш имкони бўлмаганда бажарилди.

Билиар эндопротезлаш 103 нафар беморда ўтказилди (2-жадвал), шу жумладан ушбу гуруҳдаги 12 нафар беморда йирингли холангит мавжудлиги сабабли дастлабки назобилиар дренажлаш амалга оширилди.

Меъда ости беи бошчаси, катта дуоденал сўргич, умумий ўт йўли ўсмаларини ўз ичига олган дистал блокда билиар трактни муваффақиятли

эндоскопик дренажлаш частотаси 72,4 фоизни, проксимал блокда эса ўсма ўт пуфаги, умумий жигар йўли, гепатодуоденал боғлам лимфа тугунларининг метастатик шикастланиши билан жойлашган ҳолатларда эндоскопик дренажлаш частотаси 76,8 фоизни ташкил этди.

2-жадвал

Ўт йўллари ўсма блоки даражасига кўра самарали эндоскопик дренажлаш частотаси

Даража Стриктуралар	Ўсманинг жойлашуви	Самарали дренажлаш
Проксимал блок	Умумий жигар йўли ўсмаси Ўт пуфаги ўсмаси Гепатодуоденал боғлам лимфа тугунларининг метастатик шикастланиши	76,8%
Дистал блок	Меъда ости беши бошчаси ўсмаси Фатер сўрғичи ўсмаси Холедохнинг дистал қисми ўсмаси	72,4%

Ўт йўллари ретроград эндоскопик дренажлаш уриниши механик сариқлик билан асоратланган ГПДС ўсмалари бўлган 110 беморнинг 23 тасида муваффақиятсиз бўлди, бу 20,9 фоизни ташкил этди.

Эндоскопик аралашувлардан кейинги асоратлар 110 беморнинг 17 тасида (15,5%) кузатилди. Операциядан кейинги ЭПСТ соҳасидан енгил даражадаги қон кетиши 2 та ҳолатда, енгил даражадаги ўткир панкреатит 4 та ҳолатда, ўткир холецистит 3 та ҳолатда, ретродуоденал перфорация 1 та ҳолатда, ўт йўллари ретроград дренажланиши натижасида ўткир холангит 5 та ҳолатда, стентнинг ўт йўлига 3 ва 5-кунларда миграцияси 1 та ҳолатда, стентнинг ичакка дислокацияси 1 та ҳолатда кузатилди.

Эндоскопик аралашувлардан сўнг 110 бемордан 13 нафари (11,8%) вафот этди.

Шуни таъкидлаш лозимки, 13 бемордан 9 тасида ўлим билиар трактни дренажлашга эришилгандан сўнг, асосий касаллик ва саратон кахексиясининг зўрайиши фонида юз берди.

22 нафар беморда икки босқичли тери-жигар орқали ички антеград билиар йўл дренажлаш амалиёти ўтказилди (3-жадвал).

3-жадвал

Ўт йўллари ўсма блоки даражасига кўра антеград дренажлаш частотаси

Стриктур даражаси	Ўсманинг жойлашуви	Самарадорлик даражаси
Проксимал блок	Умумий жигар йўли ўсмаси - 10 (45,4%) Ўт пуфаги ўсмаси - 4 (18,3%) Гепатодуоденал бойлам лимфа тугунларининг метастатик шикастланиши - 1 (4,5%)	94,3%
Дистал блок	Ошқозон ости беши бошчаси ўсмаси - 6 (27,3%) Холедохнинг дистал қисми ўсмаси - 1 (4,5%)	100%

Икки беморда асоратлар қайд этилди - бир ҳолатда ўт суюқлигининг қорин бўшлиғига оқиши кузатилиб, лапаротомия ва ўт йўллари ташқи дренажлаш талаб этилди, бошқа ҳолатда эса ўт йўллари самарали дренажлаш имконсизлиги туфайли холангит ривожланиб, сепсис ва ўлимга

олиб келди. Иккала ҳолат ҳам иккала бўлак йўллариининг зарарланиши билан Клятскин ўсмаси ташхиси қўйилган беморларда кузатилди.

Ўт йўллариини ички дренажлаш учун билиодигестив анастомозлар қўйиш орқали жарроҳлик амалиёти бир босқичли ва икки босқичли даволаш усулида 17 беморда ўтказилди. Шундан 5 ҳолатда сариқликни миниинвазив бартараф этишдан сўнг (шу жумладан 3 та ҳолатда эндоскопик дренажлашдан кейин) амалга оширилди. Икки беморда бир босқичли паллиатив аралашувлар билирубин даражаси 100-120 мкмол/л дан паст бўлганда ва механик сариқлик 10 кундан ортиқ давом этмаганда бажарилди. Қолган 9 беморда эса дастлабки миниинвазив дренажлашни амалга ошириш имконсизлиги сабабли, жарроҳлик амалиёти механик сариқлик авжига чиққан пайтда ўтказилди.

Операциядан кейинги даврда 17 бемордан 5 тасида (29,4%) асоратлар кузатилди. Билиодигестив анастомоз етишмовчилиги ва жигар ости абсцесси шаклланиши кўринишидаги 2 та асорат ҳолати ультратовуш назорати остида пункция ва йирингни дренажлаш орқали даволанди. Бир ҳолатда тўлиқ эвентрация юз бериши натижасида, қорин олд деворини қайта тикиш ва эвентрацияни бартараф этиш учун такрорий операция ўтказилди. Операциядан кейинги даврда 17 бемордан 3 таси (17,6%) вафот этди.

Шундай қилиб, билиодигестив анастомозлар қўйиш билан паллиатив жарроҳлик даволаш миниинвазив дренажлашга қараганда кўпроқ жарроҳлик агрессияси билан тавсифланади. Жарроҳлик даволашда операциядан кейинги асоратлар ва ўлим даражаси миниинвазив даволаш ҳамда антеград ва ретроград кириш усулларига қараганда сезиларли даражада юқори (4-жадвал).

4-жадвал

Механик сариқлик билан асоратланган гепатопанкреатодуоденал зона ўсмаларининг паллиатив даволаш натижалари

	Жарроҳлик билиодигестив анастомозлар (n=17)	Ретроград кириш орқали дренажлаш (n=110)	Антеград кириш орқали дренажлаш (n=22)
Эрта асоратлар	5/17 (29,4%)	17/110 (15,5%)	2 (9%)
Касалхона ўлим кўрсаткичи	3/17 (17,6%)	13/110 (11,8%),	1 (4,5%)

Шуни ҳисобга олиш керакки, миниинвазив технологиялар (ретроград ва антеград кириш йўллари билан) анъанавий паллиатив операциялар ўтказилган беморлар гуруҳига нисбатан оғирроқ беморлар гуруҳида қўлланилган. Ушбу кичик гуруҳдаги кўплаб беморларда очиқ жарроҳлик амалиёти хавфли қадам бўлиб, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим даражаси юқори бўлиши мумкин.

Диссертациянинг тўртинчи бобида **"Механик сариқлик билан асоратланган гепатопанкреатодуоденал соҳа ўсмалари бўлган беморларни даволашнинг узок муддатли натижалари"** келтирилган.

Эндопротезнинг окклюзияси ва механик сариқликнинг қайталаниши сабабли 66 нафар бемордан 16 нафари (24,2%), ўн икки бармоқли ичак обструкцияси фонида яна 2 нафар бемор, жами 66 нафардан 14 нафари (21,2%) қайта касалхонага ётқизилган.

Ўсма келиб чиқишли механик сариқликни даволашнинг якуний усули сифатида билиодуоденал протезлаш қўлланилган 66 нафар беморнинг 11

нафарида (16,6%) турли даражадаги дуоденал стеноз 4-15 ой (ўртача 8,2 ой) давомида ривожланган.

Панкреатобилиар соҳа ўсмаси ташхиси қўйилгандан ва бирламчи стентлашдан сўнг пластик стент ўрнатилган 16 нафар беморнинг ўртача умр кўриш давомийлиги $160,1 \pm 190$ кунни (5,4 ой) ташкил этди.

Ўсма механик сариклигининг якуний давоси сифатида эндоскопик протезлаш қўлланилган барча беморлар ($n=80$) иккита кичик гуруҳга бўлинди (5-жадвал): 6 ойдан ортиқ яшаганлар ($n=32$) ва 6 ойдан кам яшаганлар ($n=48$).

5-жадвал

Беморларнинг эндоскопик гуруҳида узок муддатли натижалар

	6 ойдан ортиқ яшаган беморлар	6 ойдан кам яшаган беморлар
Беморлар сони	32	48
Ўртача умр давомийлиги (кун)	327 ± 193	61 ± 37
Ўн икки бармоқли ичак стенозининг ривожланиши	7 нафар бемор (21,8%)	5 нафар бемор (10,4%)
Стент обтурацияси билан боғлиқ такрорий касалхонага ётқизиш частотаси	10 нафар бемор (31,2%)	6 нафар бемор (12,5%)

"Узок умр кўрувчи" беморлар кичик гуруҳида дуоденал стенознинг ривожланиш частотаси бошқа кичик гуруҳга қараганда деярли 3 баравар юқори. Ушбу беморларда механик сарикликнинг қайталаниши туфайли такрорий касалхонага ётқизиш частотаси 6 ойдан кам яшаган беморларга қараганда деярли 4 баравар кўп.

2020 йилдан бошлаб биз механик сариклик билан асоратланган, операция қилиб бўлмайдиган ошқозон ости бези, ўн икки бармоқли ичак ва ўт йўллари ўсмалари бўлган беморларни даволашнинг якуний усули сифатида диаметри 8 ва 10 мм бўлган ўз-ўзидан кенгаювчи металл билиар стентларни (СМС) қўллашни бошладик. Жами 37 нафар беморга SMS ўрнатилди.

Эндопротезнинг окклюзияси ва механик сарикликнинг қайталаниши ёки стенознинг ривожланиши туфайли 37 нафар бемордан 6 нафари (16,2%) қайта касалхонага ётқизилди. Битта беморнинг касалхонага ётқизилиши эса ҳамроҳ ўн икки бармоқли ичак обструкцияси билан боғлиқ эди.

21 нафар беморда окклюзиясиз ва механик сарикликнинг қайталанишисиз SMS функциясининг давомийлиги 5 ойдан бир ярим йилгача бўлиб, ўртача

$257,5 \pm 91,3$ суткани (8,6 ой) ташкил этди. Шундай қилиб, бизнинг тадқиқотимизда диаметри 10 мм бўлган SMS функциясининг ўртача давомийлиги адабиётлардаги 8-12 ойлик маълумотлардан фарқ қилмади.

Панкреатобилиар соҳа ўсмаси ташхиси қўйилгандан ва SMS ёрдамида бирламчи билиар стентлаш ўтказилгандан сўнг беморларнинг ўртача умр кўриш давомийлиги $287,1 \pm 93$ кунни (9,5 ой) ташкил этди.

Таъкидлаш жоизки, SMS кутилаётган умр кўриш давомийлиги катта бўлган беморларда қўлланилган, шу сабабли бу гуруҳ пластик стентлар ўрнатилган беморларга нисбатан бир хилроқ. Маълум маънода, SMS билиодигестив анастомозлар қўйиш билан бажариладиган паллиатив жарроҳлик амалиётларининг тўлақонли муқобилига айланди, натижада бундай операциялар сони сўнгги йилларда кескин камайди.

Сўнгги 10 йил ичида пластик стентлар фақат операциядан олдинги 1-4 ҳафта давомида қисқа муддатли ўт йўллари дренажлаш учун ёки умр кўриш давомийлиги қисқа бўлган энг оғир тоифадаги беморларда доимий дренажлаш учун қўлланилган. Узоқ муддатли натижалар барча 18 беморда кузатилди. Ҳаёт давомийлиги $123 \pm 99,2$ кунни ташкил этди. Шунинг таъкидлаш жоизки, дуоденал стенознинг клиник белгилари кузатилмади.

Стентнинг билиар чўкинди билан тикилиб қолиши ёки ўсма ўсиши натижасида юзага келган механик сариклик қайтарилиши 4 (22,2%) беморда кузатилди. Билиодигестив шунтлаш 17 нафар беморда ўтказилди, улардан 5 нафари вафот этди (операциядан кейинги ўлим даражаси 29,4%).

Ўт йўллари паллиатив жарроҳлик усули билан ички дренажлашдан сўнг 12 нафар беморнинг ўртача умр кўриш давомийлиги 10,4 ойни ташкил этди. Дуоденал стеноз 2 нафар беморда (22,2%) ривожланди, бу эса икки ҳолатда дуоденал обструкцияни бартараф этиш учун такрорий жарроҳлик амалиётини талаб қилди.

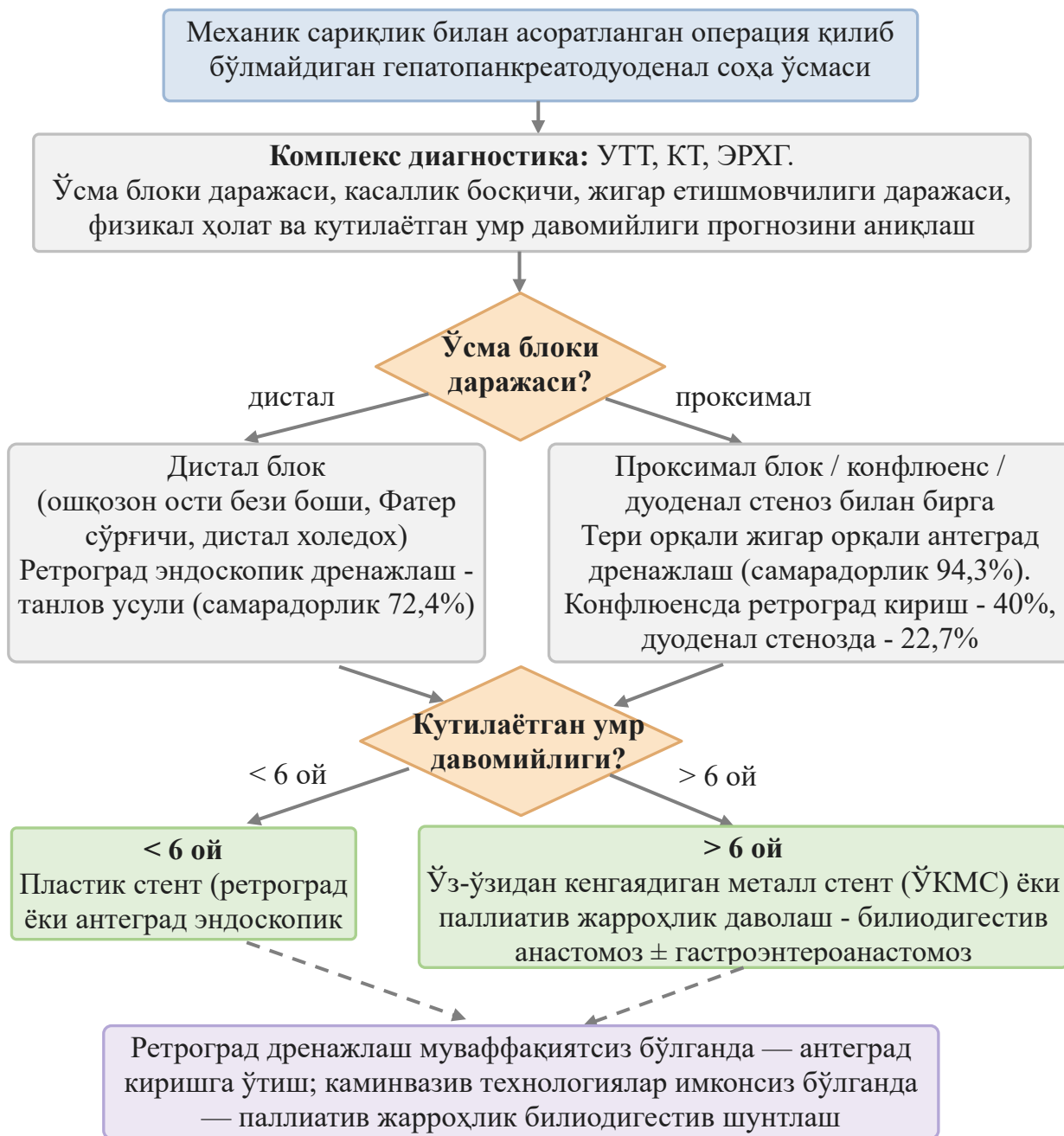
Шунингдек, ўт пуфаги йўли обструкцияси фонида холетсистоеэнтеростомиядан кейин механик сариклик қайтарилиши 2 нафар беморнинг (22,2%) касалхонага ётқизилишига сабаб бўлди.

Пластик стентлар ёрдамида жарроҳлик ва эндоскопик даволашдан сўнг беморларнинг клиник хусусиятларини кўплаб кўрсаткичлар, жумладан ёш, касаллик босқичи, жигар-хужайра етишмовчилиги даражаси, ҳамроҳ касалликлар бўйича таққослаганда, сезиларли статистик фарқ мавжудлиги аниқланди.

Жарроҳлик билиодигестив шунтлаш ўтказилган беморлар ўсма тарқалишининг пастроқ даражаси, ёндош касалликларнинг яхшироқ компенсацияси, нисбатан қониқарли умумий аҳволи ва беморларнинг нисбатан ёшлиги билан ажралиб туради. Шундай ҳулосага келиш мумкинки, айнан шу омиллар ушбу тоифадаги беморларнинг жарроҳлик даволашдан сўнг узоқроқ умр кўришига сабаб бўлган.

Шундай қилиб, олинган маълумотлардан ҳулоса қилиш мумкинки, пластик стентлар ёрдамида эндоскопик стентлаш, яқиний даволаш усули сифатида, механик сариклик билан асоратланган резектабел бўлмаган гепатопанкреато-дуоденал соҳа ўсмалари бўлган беморларга қисқа кутилаётган умр давомийлиги билан кўрсатилган. Беморларни танлашга бундай ёндашув шароитида эндоскопик стентлашнинг афзалликлари - каминвазивлик ва операциядан кейинги даврда яхши ҳаёт сифати билан биргаликда дренажлаш самарадорлиги тўлиқ қўлланилади. Шу билан бирга, узоқ умр кўриш эҳтимоли юқори бўлган беморларда жарроҳлик билиодигестив анастомозларини ўтказиш орқали механик сарикликнинг кўп марта такрорланиши ва ўн икки бармоқли ичак торайиши ривожланиши каби каминвазив стентлашга ҳос бўлган узоқ муддатли асоратларнинг олдини олиш мумкин. Паллиатив жарроҳлик даволашнинг тўлиқ муқобили эрта асоратларнинг анча кам кўрсаткичлари ва узоқ муддатли оқибатларнинг таққосланадиган натижалари билан ретроград эндоскопик ёки антеград кириш орқали ўз-ўзидан кенгайдиган металл стентларни қўллашдир. Каминвазив технологиялар ва паллиатив жарроҳлик аралашувларининг бевосита ҳамда узоқ муддатли натижаларини қиёсий таҳлил қилиш асосида механик сариклик билан

асоратланган гепатопанкреатодуоденал соҳа ўсмалари бўлган операция қилиб бўлмайдиган беморларда ўт йўллари дренажлаш усулини танлашнинг дифференциал-диагностик ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилди (9-расм).



9-расм. Ўсма генезли механик сариқликда ўт йўллари каминвазив дренажлаш усулини танлашнинг дифференциал-диагностик ва даволаш алгоритми

Алгоритм ўсма блоки даражасини аниқлашга асосланган бўлиб, у афзал кириш йўлини белгилайди (дистал блокда — ретроград эндоскопик; проксимал блок, конfluence ва дуоденал стеноз билан бирга бўлганда — тери орқали жигар орқали антеград кириш), шунингдек кутилаётган умр давомийлиги прогнозини баҳолашга таянади, бу эса дренажловчи мосламани танлашни белгилайди (кутилаётган умр давомийлиги 6 ойдан кам бўлганда — пластик стент; 6 ойдан ортиқ бўлганда — ўз-ўзидан кенгайдиган металл стент ёки паллиатив жарроҳлик билиодигестив шунтлаш).

ХУЛОСА

«Ўсма генезли механик сарикликда ўт йўллари дренажлаш учун кам инвазив технологиялардан фойдаланишга дифференциал ёндашув» мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертация иши бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижалари асосида қуйидаги хулосалар шакллантирилган:

1. Ретроград транспапилляр йўл орқали самарали дренажлашга тўсқинлик қиладиган энг мураккаб анатомик шароитлар ўсма торайишининг бевосита конfluenceсда (самарадорлиги 40%) ва умумий ўт йўлининг терминал қисмида дуоденал стеноз билан биргаликда (самарадорлиги 22,7%) жойлашиши ҳисобланади. Бундай ҳолатларда комбинацияланган антеград аралашувларни қўллаш масаласини кўриб чиқиш мақсадга мувофиқ бўлади.

2. Стентларнинг хилма-хиллиги, турли конструкцияларининг мавжудлиги ва уларни биргаликда қўллаш имконияти ҳар бир аниқ клиник вазиятда энг мақбул усулни танлашга дифференциал ёндашувни этиши асосида паллиатив даволаш усулини танлаш алгоритми ишлаб чиқилди. Операция қилиб бўлмайдиган гепатопанкреатобилиар зона ўсмалари бор беморларда кутилаётган умр давомийлиги 6 ойдан кам бўлганда, пластик стент ёрдамида ўт йўллари антеград ёки ретроград эндоскопик дренажлаш билан миниинвазив интервенцияни афзал кўриш лозим. Операция қилиб бўлмайдиган гепатопанкреатобилиар зона ўсмалари бор беморларда кутилаётган умр давомийлиги 6 ойдан ортиқ бўлганда, кенгаювчи метал стент ёрдамида ўт йўллари антеград ёки ретроград эндоскопик дренажлаш билан миниинвазив интервенцияни ёки билиодигестив анастомозлар ва/ёки гастроэнтероанастомоз қўйиш орқали паллиатив жарроҳлик даволашни афзал кўриш керак.

3. Гепатопанкреатобилиар зона ўсмалари бўлган операция қилиб бўлмайдиган беморларнинг умр кўриш давомийлигининг энг муҳим прогностик омиллари қуйидагилардир: бирламчи ўсманинг ҳажми ва ASA таснифи бўйича жисмоний ҳолат даражаси. Ўсма ҳажми 45 мм дан катта ва ASA бўйича 3-4 даражали жисмоний ҳолати бўлган беморларда умр кўриш давомийлиги одатда 6 ойдан ошмайди. Аксинча, ўсма ҳажми кичикроқ ва жисмоний ҳолати яхши сақланган (ASA бўйича 1-2 даражали) беморларда умр кўриш давомийлиги анча юқори бўлади. Мазкур прогностик омиллари комплекс баҳолаш касаллик прогнозига мос равишда миниинвазив интервенция тактикасини дифференциал танлаш ҳамда миниинвазив технологиялар самарадорлиги ошириш имконини беради.

4. Билиодигестив анастомозлар қўйиш билан амалга ошириладиган паллиатив жарроҳлик даволаш миниинвазив дренажлашга қараганда кўпроқ жарроҳлик агрессияси билан тавсифланади. Жарроҳлик даволашда операциядан кейинги асоратлар ва ўлим даражаси (29,4% ва 17,6%) антеград (11,1% ва 5,5%) ва ретроград йўл (15,5% ва 11,8%) билан амалга ошириладиган миниинвазив даволашга қараганда сезиларли даражада юқори.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ САМАРКАНДСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

УРАЗОВ НУМОНЖОН САДУЛЛАЕВИЧ

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРИМЕНЕНИЮ
МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ
ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО
ГЕНЕЗА**

14.00.27 – Хирургия

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

Самарканд – 2026

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при академии Наук Республики Узбекистан под № B2025.2.PhD/Tib6101.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

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

Научный руководитель: Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич
доктор медицинских наук, доцент.

Официальные оппоненты: Даминов Феруз Асадуллаевич
доктор медицинских наук, доцент
Назаров Шохин Куватович
доктор медицинских наук, профессор
(Республика Таджикистан)

Ведущая организация: Бухарский государственный медицинский институт
имени Абу Али ибн Сино

Защита состоится «24» 07 2026 г. в 12⁰⁰ часов на заседании Научного Совета DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03 при Самаркандском государственном медицинском университете (Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Анкабай 6. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского государственного медицинского университета (зарегистрирована за № 2858). Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура 18. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75.

Аннотация диссертации разослана «30» 06 2026 года.

(реестр протокола рассылки № 23 от «30» 06 2026 года).



Н.Н. Абдуллаева

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

К.В. Шмырина

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

З.Б. Курбаниязов

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. В мировом масштабе проблема опухолевой механической желтухи остаётся одной из значимых задач хирургической, гастроэнтерологической и интервенционной онкологической помощи. Обструкция желчных протоков как проявление опухолевого процесса (в частности, при раке поджелудочной железы, холангиокарциноме, опухолях ампуллы и др.) встречается крайне часто — при этом обеспечивает значительное снижение качества жизни, быстрый прогресс печёночной и билиарной дисфункции и ухудшение прогноза. Наличие обтурации жёлчных путей требует своевременной декомпрессии – устранение механической блокады жёлчного оттока позволяет снизить риск осложнений (холангита, печёночной недостаточности, сепсиса), улучшить возможность дальнейшего хирургического лечения и паллиативной поддержки. Однако, несмотря на развитие эндоскопических, чрескожных и комбинированных методов дренирования, до сих пор обсуждаются оптимальные алгоритмы выбора метода, сроки вмешательства, комбинированные подходы и критерии отбора пациентов, что обосновывает необходимость разработки дифференцированных тактик.

В условиях современной хирургической службы миниинвазивные технологии дренирования желчных протоков приобретают всё большую значимость. «...Эндоскопические методы (например ЭРХПГ/ERCP, эхоскопически-направленная билиарная дренажная процедура = EUS-BD) и чреспечёчные интервенции (PTBD) позволяют сократить травматизм...»¹, снизить срок госпитализации, уменьшить риск послеоперационных осложнений и улучшить качество жизни пациентов с неоперабельными или частично резектабельными опухолями. В то же время, множество публикаций подчёркивают, что универсального «лучшего» метода нет — выбор должен базироваться на анатомии, стадии заболевания, прогнозе пациента и локализации обструкции. Следовательно, в мировой практике возникает потребность не просто в применении минимально инвазивных технологий, а в разработке дифференцированного подхода, оптимально адаптированного к конкретному пациенту и клинической ситуации — что и является темой данного исследования.

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

¹ Назыров Ф. Г., Акбаров М. М., Омонов О. А. Результаты хирургического лечения больных с проксимальными опухолями внепеченочных желчных протоков //Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. – 2017. – С. 32-42.

медицинских работников и реализацию комплекса мероприятий программ развития системы здравоохранения на 2022-2026 годы...»².

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

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

Степень изученности проблемы. Вопрос диагностики и лечения механической желтухи опухолевого генеза на протяжении последних десятилетий привлекает внимание хирургов, гастроэнтерологов и радиологов во всём мире. Значительный вклад в изучение этиопатогенеза, клинического течения и хирургического лечения данной патологии внесли работы отечественных и зарубежных исследователей. Несмотря на накопленный клинический опыт, показатели летальности при механической желтухе опухолевого происхождения остаются высокими — от 10 до 35%, что связано с поздней диагностикой, распространённостью опухолевого процесса и высокой частотой послеоперационных осложнений (Назиров Ф.Г., Вишневский А.В., Гальперин Э.И., Коробка В.Ф., Covey A.M., Lee J.M. и др. 2020).

Современные исследования направлены на совершенствование миниинвазивных технологий, которые позволяют выполнять дренирование желчных протоков с минимальной травматичностью, сокращением сроков пребывания больных в стационаре и снижением частоты осложнений. Применение эндоскопических и чрескожных методов (ERCP, PTBD, стентирование) широко внедрено в клиническую практику, однако до сих пор отсутствует единая система выбора оптимального метода в зависимости от уровня и характера обструкции, стадии опухолевого процесса и общего состояния больного. Это определяет актуальность разработки дифференцированного подхода, основанного на индивидуальных показателях пациента и особенностях опухолевого поражения. Ряд авторов подчёркивают необходимость многофакторного анализа перед выбором способа билиарной декомпрессии, включая оценку анатомических особенностей, функционального состояния печени, коагулопатий и риска холангита. В

² Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № ПФ-60 «О новой стратегии развития Узбекистана на 2022-2026 годы»

литературе описаны различные варианты комбинированных вмешательств — последовательное или одновременное применение эндоскопического и чрескожного дренирования, использование навигационных и рентгеноэндоскопических систем, что улучшает результаты лечения, но требует дальнейшей стандартизации и клинической валидации (Бисенков Л.Н., Тополянский А.В., Paik W.H., Kogure H. 2023).

Таким образом, несмотря на очевидный прогресс в области малоинвазивной хирургии билиарного тракта, остаётся ряд нерешённых вопросов, касающихся алгоритмов выбора оптимального метода дренирования при опухолевой механической желтухе. Недостаточная изученность интегративных критериев отбора пациентов и отсутствие дифференцированных схем применения миниинвазивных технологий определяют необходимость дальнейших исследований, направленных на повышение эффективности и безопасности этих вмешательств.

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

Целью исследования является обоснование дифференцированного подхода к применению миниинвазивных технологий дренирования желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза.

Задачи исследования:

определить место различных способов МИТ в алгоритме лечения неоперабельных опухолей с учетом локализации опухоли, топографо-анатомических особенностей панкреатобилиарной зоны, уровня опухолевого блока и стадии заболевания;

разработать дифференциально-диагностический алгоритм с учетом применения различных способов МИТ у неоперабельных больных опухолями ГПДЗ, осложненными МЖ.

предложить пути повышения эффективности МИТ с учетом стадии опухолевого процесса, прогностических факторов ожидаемой продолжительности жизни неоперабельных больных опухолями ГПДЗ, осложненными МЖ.

провести сравнительный анализ антеградного и ретроградного эндоскопического дренирования желчных протоков при помощи пластиковых стентов и СМС, а также хирургического паллиативного лечения с наложением билиодигестивных анастомозов у неоперабельных больных опухолями ГПДЗ, осложненными МЖ.

Объектом исследования явились 149 пациентов с механической желтухой опухолевого генеза, проходившие стационарное лечение в хирургических и рентгеноэндоскопических отделениях Самаркандского филиала РСНПМЦОиР в период с 2019 по 2025 годы.

Предмет исследования составил анализ результатов комплексного обследования и применения миниинвазивных технологий дренирования желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза с разработкой и внедрением дифференцированного подхода к выбору метода вмешательства на основании клинико-морфологических, анатомических и функциональных критериев.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы клинические, биохимические, ультразвуковые, рентгеноэндоскопические, томографические, морфологические и статистические методы. Применялись чрескожные, эндоскопические и комбинированные миниинвазивные технологии билиарной декомпрессии с последующим сравнительным анализом эффективности, частоты осложнений и динамики показателей гепатобилиарной функции в раннем и отдалённом послеоперационном периоде.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

определено место различных способов МИТ в алгоритме лечения неоперабельных опухолей с учетом локализации опухоли, топографоанатомических особенностей панкреатобилиарной зоны, уровня опухолевого блока, стадии заболевания и физикального статуса пациентов, прогностических факторов ожидаемой продолжительности жизни больных;

разработан дифференциально-диагностический и лечебный алгоритм, позволяющий повысить эффективность применения традиционных хирургических и миниинвазивных технологий внутреннего дренирования желчных протоков при нерезектабельных опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой;

выявлено, что выбор МИТ при паллиативном хирургическом лечении, с целью дренирования желчных протоков или же с наложением билиодигестивных анастомозов у неоперабельных пациентов с опухолями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнёнными механической желтухой должен осуществляться с учётом ожидаемой продолжительности жизни больного;

разработаны щадящие МИТ дренирования желчных протоков обеспечившие снижение послеоперационных осложнений и летальности при равнозначной эффективности дренирования по сравнению с традиционными хирургическими вмешательствами.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

рассмотрены аспекты применения различных способов МИТ в отдаленном периоде после выполненного вмешательства, частота повторных госпитализаций, связанных с окклюзией билиарных стентов и развитием дуоденального стеноза;

разработаны дифференциально-диагностические критерии для применения различных способов МИТ дренирования желчных протоков и алгоритм ведения пациентов с учетом ожидаемой продолжительности жизни неоперабельных пациентов с опухолями ГПДЗ, осложненными механической желтухой;

на большом клиническом материале, представлен сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов МИТ и паллиативных хирургических операций с наложением билиодигестивных анастомозов при неоперабельных опухолях ГПДЗ, осложненных МЖ;

для миниинвазивных вмешательств характерна низкая частота послеоперационных осложнений, но свойственно преобладание поздних осложнений, развивающихся в течение нескольких месяцев или даже лет после первичного дренирования, а для традиционных паллиативных хирургических операций с наложением билиодигестивных анастомозов наоборот, свойственны ранние послеоперационные осложнения.

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

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные данные и выводы вносят существенный вклад в развитие современной хирургии билиарного тракта и онкохирургии, особенно в аспекте совершенствования дифференцированного подхода к применению миниинвазивных технологий дренирования желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза. В работе впервые научно обоснованы критерии выбора оптимального способа билиарной декомпрессии (эндоскопического, чрескожного или комбинированного) на основании клинико-анатомических, морфологических и функциональных показателей, что позволило создать патогенетически обоснованный алгоритм лечебной тактики. Разработанные подходы к индивидуализации метода дренирования обеспечивают повышение точности диагностики уровня и характера обструкции, снижение травматичности и улучшение функционального состояния печени у больных с опухолевой механической желтухой. Полученные результаты расширяют представления о рациональном применении малоинвазивных технологий в комплексном лечении пациентов с обструктивной желтухой, обусловленной опухолевыми процессами гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Практическая значимость результатов исследования заключается в успешном внедрении и применении разработанного дифференцированного подхода к выбору миниинвазивных технологий дренирования желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза в клиническую практику. Применение предложенного алгоритма позволило оптимизировать этапность лечения, снизить риск послеоперационных осложнений, септических состояний и летальности, а также сократить сроки предоперационной подготовки и пребывания пациентов в стационаре. Использование комбинированных эндоскопических и чрескожных вмешательств под ультразвуковым и рентгеноэндоскопическим контролем у

ослабленных больных с выраженной печёночной недостаточностью и сопутствующей соматической патологией доказало свою высокую эффективность и безопасность.

Внедрение результатов исследования. На основе результатов научных исследований, проведенных по дифференцированному подходу к использованию малоинвазивных технологий для дренирования желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза (утверждено приказом Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан от 16.02.2026. № 03/10):

первая научная новизна: определено место различных способов МИТ в алгоритме лечения неоперабельных опухолей с учетом локализации опухоли, топографоанатомических особенностей панкреатобилиарной зоны, уровня опухолевого блока, стадии заболевания и физикального статуса пациентов, прогностических факторов ожидаемой продолжительности жизни больных. Внедрение научной новизны в практику: внедрено в практику Центральной больницы Самаркандского городского отдела здравоохранения (15.01.2026 г. 269-7-107-ТВ/2026) и Навоийского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (12.01.2026 г. № 14). Социальная эффективность научной новизны: изучены аспекты применения различных малоинвазивных методов вмешательства в отдаленном периоде после выполненного вмешательства, случаи повторной госпитализации, связанные с окклюзией билиарных стенов и развитием дуоденального стеноза. Экономическая эффективность научной новизны: аспекты применения различных методов миниинвазивных вмешательств, в рамках хирургического лечения при окклюзии билиарных стенов и развитии дуоденального стеноза, стационарное лечение пациентов обычно составляет 7625400 сумов в среднем за 7-10 дней. Общая стоимость всех лабораторно-инструментальных исследований пациентов составляет 975650 сумов. При операциях с использованием миниинвазивных подходов стационарное лечение сокращается на 5 дней, а экономический показатель составляет 3876450 сумов (на одного пациента). Заключение: наиболее сложными анатомическими условиями, препятствующими эффективному дренированию через ретроградный транспапиллярный проток, являются локализация сужения опухоли непосредственно в конfluence (эффективность 40%) и в сочетании с дуоденальным стенозом в терминальной части общего желчного протока (эффективность 22,7%). В таких случаях целесообразно рассмотреть вопрос о применении комбинированных антеградных вмешательств.

вторая научная новизна: разработан дифференциально-диагностический и лечебный алгоритм, позволяющий повысить эффективность применения традиционных хирургических и миниинвазивных технологий внутреннего дренирования желчных протоков при нерезектабельных опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой. Внедрение научной новизны в практику: внедрено в практику Центральной больницы Самаркандского городского отдела здравоохранения (15.01.2026 г.

269-7-107-ТВ/2026) и Навоийского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (12.01.2026 г. № 14). Социальная эффективность научной новизны: с учетом ожидаемой продолжительности жизни неоперабельных пациентов с опухолями гепатопанкреатобилиарной зоны, осложненными механической желтухой, разработаны дифференциально-диагностические критерии и алгоритм лечения пациентов для применения различных методов дренирования желчных протоков. Экономическая эффективность научной новизны: если учесть, что положительные результаты при применении различных методов дренирования желчных протоков по дифференциально-диагностическим критериям и алгоритму лечения пациентов наблюдались в 2 раза чаще, годовой экономический показатель составляет 15024100 сумов. Вывод: разнообразие стентов, наличие различных конструкций и возможность их совместного применения требуют дифференцированного подхода к выбору наиболее оптимального метода в каждой конкретной клинической ситуации. У пациентов с неоперабельными опухолями гепатопанкреатобилиарной зоны при ожидаемой продолжительности жизни менее 6 месяцев следует отдавать предпочтение миниинвазивным вмешательствам с антеградным или ретроградным эндоскопическим дренированием желчных протоков с помощью пластического стента. У пациентов с неоперабельными опухолями гепатопанкреатобилиарной зоны при ожидаемой продолжительности жизни более 6 месяцев следует отдавать предпочтение миниинвазивному вмешательству с антеградным или ретроградным эндоскопическим дренированием желчных протоков с помощью расширяющегося металлического стента или паллиативному хирургическому лечению путем наложения билиодигестивных анастомозов и/или гастроэнтероанастомоза.

третья научная новизна: выявлено, что выбор МИТ при паллиативном хирургическом лечении, с целью дренирования желчных протоков или же с наложением билиодигестивных анастомозов у неоперабельных пациентов с опухолями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнёнными механической желтухой должен осуществляться с учётом ожидаемой продолжительности жизни больного. Внедрение научной новизны в практику: внедрено в практику Центральной больницы Самаркандского городского отдела здравоохранения (15.01.2026 г. 269-7-107-ТВ/2026) и Навоийского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (12.01.2026 г. № 14). Социальная эффективность научной новизны: на большом клиническом материале проведен сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов миниинвазивных интервенционных и паллиативных хирургических вмешательств с наложением билиодигестивных анастомозов при неоперабельных опухолях гепатопанкреатобилиарной зоны, осложненных механической желтухой. Экономическая эффективность научной новизны: учитывая радикальное сокращение осложнений в послеоперационном периоде после миниинвазивных интервенционных и паллиативных операций с наложением билиодигестивных анастомозов,

достигнуто сокращение бюджетных и внебюджетных средств на 25% у пациентов основной группы. Заключение: наиболее важными прогностическими факторами продолжительности жизни неоперабельных больных с опухолями гепатопанкреатобилиарной зоны являются: размер первичной опухоли и степень физического состояния по классификации ASA. Продолжительность жизни больных с размером опухоли более 45 мм и с физическим состоянием 3-4 степени по ASA обычно не превышает 6 месяцев. Напротив, у пациентов с меньшими размерами опухоли и хорошим физическим состоянием (1-2 степени по ASA) ожидается более высокая продолжительность жизни.

четвертая научная новизна: разработаны щадящие миниинвазивные интервенционные методы дренирования желчных протоков, снижающие частоту послеоперационных осложнений и летальность при равной эффективности дренирования по сравнению с традиционными хирургическими вмешательствами. Внедрение научной новизны в практику: внедрено в практику Центральной больницы Самаркандского городского отдела здравоохранения (15.01.2026 г. 269-7-107-ТВ/2026) и Навоийского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (12.01.2026 г. No 14). Социальная эффективность научной новизны: для миниинвазивных вмешательств характерна низкая частота послеоперационных осложнений, преобладают поздние осложнения, развивающиеся в течение нескольких месяцев или даже лет после первичного дренирования. Для традиционных паллиативных операций с наложением билиодигестивных анастомозов, напротив, характерны ранние послеоперационные осложнения. Экономическая эффективность научной новизны: эффективность традиционных паллиативных хирургических операций с наложением билиодигестивных анастомозов способствует снижению интраоперационного травматизма и продолжительности хирургического вмешательства, за счет сокращения сроков реабилитации стационарное лечение пациентов обычно обходится в среднем в 15855450 сумов. Годовой экономический показатель, в свою очередь, приводит к экономии до 25% бюджетных средств. Заключение: паллиативное хирургическое лечение с наложением билиодигестивных анастомозов характеризуется большей хирургической агрессией, чем миниинвазивное дренирование. Частота послеоперационных осложнений и летальности при хирургическом лечении (29,4% и 17,6%) достоверно выше, чем при миниинвазивном лечении, проводимом антеградно (11,1% и 5,5%) и ретроградно (15,5% и 11,8%).

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 4 научно-практических конференциях, в том числе 2 международных и 2 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, из них 5 журнальных статей, 3 из которых в республиканских и 2 в зарубежном журналах, рекомендованных Высшей

аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

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

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, внедренных в практику результатов исследования, даются сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «Дифференцированный подход к применению миниинвазивных технологий дренирования желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза» (обзор литературы) отмечено, что представленные в литературе данные о причинах, механизмах развития и способах устранения билиарной обструкции при опухолевых формах механической желтухи отличаются значительной противоречивостью и разрозненностью. Это обуславливает необходимость более глубокого изучения вопросов патогенеза холестаза, динамики морфофункциональных изменений гепатобилиарной системы, а также оптимизации тактики миниинвазивных вмешательств на желчных протоках. Такой анализ позволит обоснованно подойти к выбору конкретной технологии дренирования — эндоскопической, чрескожной или комбинированной — в зависимости от уровня и характера обструкции, степени печёночной недостаточности, распространённости опухолевого процесса и общего состояния пациента. Реализация дифференцированного подхода создаёт предпосылки для разработки патогенетически выверенных, малоинвазивных и клинически эффективных способов билиарной декомпрессии при механической желтухе опухолевого генеза.

Вторая глава диссертации «Материалы и методы исследования». В исследование включены пациенты Самаркандского филиала РСНПМЦОиР за период 2019 - 2025 годы, у которых выполнено миниинвазивное билиарное дренирование. В научное исследование включены 149 больных, которым выполнено 133 миниинвазивных дренирования и 16 паллиативных хирургических операций с внутренним билиодигестивным шунтированием.

Мужчин - 71, женщин - 78; средний возраст - 67.2 ± 11 лет (32-92 лет). Преобладали больные старше 60 лет – 116 пациентов, что составило 77.9%.

Комплексное обследование позволило выявить, что причиной МЖ была опухоль головки поджелудочной железы у 71 больного, опухоль БДС - у 23, опухоль общего желчного протока - у 13, опухоль общего печеночного прото-

ка - у 16, опухоль желчного пузыря - у 19, рак желудка с метастатическим поражением лимфоузлов гепатодуоденальной связки с компрессией желчного протока - у 7.

Локализация опухолей панкреатобилиарной зоны представлена в табл. 1.

Таблица 1

Локализация опухолей ГПБЗ

Уровень блока	Локализация опухоли	Число больных
Дистальная локализация 71,9 %	Головка поджелудочной железы	71
	Фатеров сосочек	23
	Дистальный отдел общего желчного протока	13
Проксимальная Локализация 28,1 %	Общий печеночный проток	16
	Желчный пузырь	19
	Метастазы лимфоузлов ворот печени	7

«Дистальный опухолевый блок» внепеченочных желчных путей был верифицирован в 71,9% случаев, «проксимальный блок» в 28,1% случаев.

По клинко- инструментальным данным у 4 больных выявлена I стадия заболевания, у 13 – II-я, у 23 – III-я и у подавляющего количества больных была определена IV стадия онкологического процесса – 106 пациентов (74,7%).

Морфологическая верификация диагноза опухоли ГПБЗ была достигнута у 109 из 149 (73,2%) пациентов. У всех пациентов обнаружена аденокарцинома различной степени дифференцировки.

У большей части больных (54,8%) продолжительность желтушного периода была более 10 суток, а степень билирубинемии у 54,4% больных была более 170 мкмоль/л.

Средний уровень билирубинемии на момент госпитализации был равен 202.4 ± 111.2 мкмоль/л (28-998 мкмоль/л).

Снижение массы тела на момент госпитализации имелось у 66 из 149 больных, её средняя потеря составила $9,3 \pm 7,2$ кг.

Оценка печеночной недостаточности (ПН) проводилась по модифицированной балльной классификации печеночной недостаточности при механической желтухе.

Диагностика характера желтухи, органной локализации опухоли, уровня окклюзии желчевыводящих путей выполнялась в срочном порядке в течение 1-4 суток от поступления.

Ультразвуковое исследование выполнялось на 1-3 сут пребывания в клинике. Задачей УЗИ было определение локализации и размера опухоли, уровня обструкции желчного дерева, наличия и выраженности билиарной гипертензии, асцита, а также установление отдаленного и регионального метастазирования. Проводилось также доплеровское исследование, цветное картирование кровотока (n=13) для определения инвазии опухолей в крупные сосудистые структуры, расположенные в панкреатобилиарной зоне (рис 1, 2).



Рис. 1. УЗИ. Метастатическое Поражение печени



Рис. 2. УЗИ с доплерографией Опухоль головки поджелудочной железы с инвазией в воротную вену

Компьютерная томография, в т.ч. мультиспиральная компьютерная томография проведена 121 больному на 2-10 сутки пребывания в клинике с целью уточнения локализации, местного распространения опухоли и определения отдаленных метастазов.

С помощью КТ определяли наличие очаговых образований в ГПДЗ, степень дилатации и уровень обструкции билиарного тракта, а также наличие отдаленного и лимфорегионального метастазирования, свободной жидкости в брюшной полости. При контрастном усилении КТ выявляла опухолевую инвазию в сосудистые структуры (воротная и нижняя полая вены, верхние брыжеечные артерия и вена, чревный ствол) (рис. 3).



Рис. 3 Компьютерная томография. Опухоль желчного пузыря с обширной инвазией в паренхиму печени



Рис. 4 ЭРХГ Опухоль ОПП + холедохолитиаз

Эндоскопическая ретроградная холангиография произведена 110 больным, у 23 пациентов добиться канюляции и контрастирования желчного дерева не удалось. Частота успешной эндоскопической холангиографии составила 82,7 % (110 из 133 больных). Холангиография позволяла верифицировать обтурационный характер желтухи, выявить уровень расположения и протяженность опухолевой стриктуры. Холангиография определила также наличие конкрементов в желчном протоке у 11 пациентов (рис. 4).

Для билиодуоденального протезирования использовались стандартные рентгеноконтрастные пластиковые стенты производства компании Olympus с боковыми перфорациями и крыльями-фиксаторами (тип Amsterdam).

Диаметр стентов практически во всех случаях составлял 3-3.3мм (10-11 Fr). Для назобилиарного дренирования применяли рентгеноконтрастные пластиковые трубки диаметром 2-3мм (7-10 Fr). Применяли также покрытые

металлические саморасширяющиеся стенты “Nanarostent” фирмы MiTech и стенты «Wallstent» фирмы Boston Scientific диаметром 10мм. Эндоскопическая установка стента выполнялась сразу же после диагностического этапа (дуоденоскопии и холангиопанкреатикографии) и папиллосфинктеротомии или же без ЭПСТ, учитывая высокую вероятность развития холангита и печеночной недостаточности после контрастирования желчных протоков в условиях опухолевого блока. ЭПСТ старались выполнять типичным канюляционным методом и только при невозможности этого переходили на неканюляционные способы вмешательства (рис. 5, 6, 7, 8).

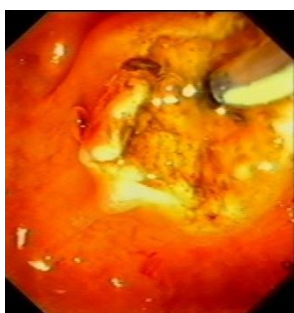


Рис. 5. ЭПСТ.
Канюляция
проводником

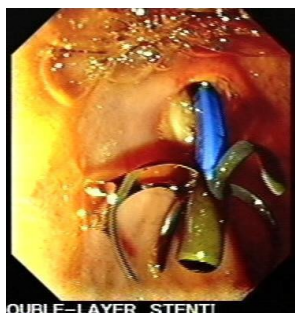


Рис. 6.
Стентирование
после ЭПСТ при
помощи стента
“Double-layer”



Рис. 7. Баллонная
дилатация



Рис. 8.
Стентирование
после дилатации

Антеградные чрескожно-чреспеченочные рентгенологические методы диагностики при необходимости выполнения дренирования через пункционную иглу в желчный проток низводился гибкий гидрофильный проводник, по которому выполнялось бужирование при помощи пластиковых бужей разного диаметра до 9-10Fr, затем производилась смена проводника на более жесткий, по которому уже проводился наружный дренаж с фиксацией к коже. При необходимости 2-м этапом через несколько дней после санации желчных протоков и купирования МЖ выполнялась установка внутреннего дренажа, для этого во всех случаях использовался покрытые или непокрытые СМС.

Третья глава диссертации «Непосредственные результаты лечения больных с опухолями панкреатобилиарной зоны, осложненными механической желтухой». Эндоскопическая декомпрессия желчных путей была успешно произведена у 110 (83%) из 133 пациентов.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия была произведена у 102 больных. Следует отметить, что в 71,6% случаях папиллосфинктеротомия была выполнена типичным канюляционным способом. Атипичная папиллосфинктеротомия выполнялась лишь при нестандартной анатомической ситуации и невозможности канюляционного способа ЭПСТ.

Билиарное эндопротезирование проведено у 103 больных (табл. 2), в том числе 12 больным из этой группы было выполнено предварительное назобилиарное дренирование в связи с имевшимся гнойным холангитом.

Частота успешного эндоскопического дренирования билиарного тракта при дистальном блоке, куда включались опухоли головки поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка, общего желчного протока,

составила 72,4%, а частота эндоскопического дренирования при проксимальном блоке с локализацией опухоли в желчном пузыре, общем печеночном протоке, метастатическом поражении лимфатических узлов гепатодуоденальной связки, составила 76,8%.

Таблица 2

Частота эффективного эндоскопического дренирования в зависимости от уровня опухолевого блока билиарного тракта

Уровень стриктуры	Локализация опухоли	Эффективное дренирование
Проксимальный блок	Опухоль общего печеночного протока Опухоль желчного пузыря Метастатическое поражение лимф узлов гепатодуоденальной связки	76,8%
Дистальный блок	Опухоль головки поджелудочной железы Опухоль Фатерова сосочка Опухоль дистального отдела холедоха	72,4%

Попытка ретроградного эндоскопического дренирования желчных путей не привела к успеху у 23 из 110 больных опухолями ГПДЗ, осложненными МЖ, что составило 20.9%. Осложнения после эндоскопических вмешательств имели место у 17 (15,5%) из 110 больных. Послеоперационное кровотечение легкой степени из области ЭПСТ мы наблюдали в 2 случаях, острый панкреатит легкой степени - 4, острый холецистит - 3, ретродуоденальная перфорация - 1, острый холангит при неадекватном дренировании желчных путей – 5 и миграция стента в желчный проток на 3 и 5 сутки – в 1 случаях, дислокация стента в кишку - 1 наблюдения. После эндоскопических вмешательств умерло 13 больных из 110 (11.8%). Следует отметить, что у 9 из 13 больных летальный исход наступил уже после достижения дренирования билиарного тракта на фоне прогрессирования основного заболевания, раковой кахексии. Антеградное внутреннее чрескожно-чреспеченочное дренирование билиарного тракта в 2 этапа было предпринято у 22 пациентов (табл. 3).

Таблица 3

Частота антеградного дренирования в зависимости от уровня опухолевого блока билиарного тракта

Уровень Стриктуры	Локализация опухоли	Эффективность дренирования
Проксимальный блок	Опухоль общего печеночного протока – 10 (45,4%) Опухоль желчного пузыря – 4 (18,3%) Метастатическое поражение лимфоузлов гепатодуоденальной связки - 1 (4,5%)	94,3%
Дистальный блок	Опухоль головки поджелудочной железы–6 (27,3%) Опухоль дистального отдела холедоха – 1 (4,5%)	100%

Осложнения зафиксированы у 2 пациентов – в одном случае желчеистечение в брюшную полость, потребовавшее лапаротомии и наружного дренирования желчных протоков и в другом случае холангит с развитием сепсиса при неэффективном дренировании желчных протоков с последующим летальным исходом. В обоих случаях это были пациенты с диагнозом опухоли Кляцкина с поражением обоих долевых протоков.

Хирургическое внутреннее дренирование желчных путей с наложением билиодигестивных анастомозов и при одноэтапном и при двухэтапном лечении было произведено у 17 больных, в 5 случаях после миниинвазивного разрешения желтухи (в том числе в 3 наблюдениях после эндоскопического дренирования). Одноэтапные паллиативные вмешательства у 2 больных выполнены при уровне билирубинемии менее 100 – 120 мкмоль/л и длительности механической желтухи не более 10 суток. У остальных 9 пациентов хирургическая операция выполнена на высоте механической желтухи в связи с невозможностью выполнения предварительного миниинвазивного дренирования. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 5 из 17 больных (29,4%). 2 случая осложнения в виде недостаточности билиодигестивного анастомоза с образованием подпеченочного абсцесса были излечены пункциями и дренированием гнойника под ультразвуковым контролем. В 1 случае полная эвентрация явилась поводом к повторному ушиванию передней брюшной стенки с ликвидацией эвентрации. В послеоперационном периоде умерло 3 из 17 (17,6%). Таким образом, паллиативное хирургическое лечение с наложением билиодигестивных анастомозов характеризуется бóльшей хирургической агрессией, чем миниинвазивное дренирование. Частота послеоперационных осложнений и летальности при хирургическом лечении существенно больше, чем при миниинвазивном лечении и антеградным и ретроградным доступом (табл. 4).

Таблица 4

Непосредственные результаты паллиативного лечения опухолей ГПДЗ, осложненных МЖ

	Хирургические билиодигестивные соустья (n=17)	Дренирование ретроградным доступом (n=110)	Дренирование антеградным доступом (n=22)
Ранние осложнения	5/17 (29,4%)	17/110 (15,5%)	2 (9%)
Госпитальная летальность	3/17 (17,6%)	13/110 (11,8%),	1 (4,5%)

Следует учитывать, что миниинвазивные технологии (и ретроградным и антеградным доступами) применялись у более тяжелого контингента больных по сравнению с группой пациентов с выполненными традиционными паллиативными операциями. Открытая хирургическая операция у многих больных из этой подгруппы представляло бы рискованный шаг, чреватый большей частотой послеоперационных осложнений и летальности.

Четвертая глава диссертации «Отдаленные результаты лечения больных опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнёнными механической желтухой». В связи с окклюзией эндопротеза и рецидивом механической желтухи повторно госпитализированы 16 (24,2%) из 66 больных, еще 2 больных на фоне обструкции двенадцатиперстной кишки, всего 14 (21,2%) из 66 больных. Из 66 больных, которым в качестве окончательного метода лечения механической желтухи опухолевого происхождения было применено билиодуоденальное протезирование, у 11 (16,6%) развился стеноз дуоденальной железы различной степени тяжести в течение 4-15 месяцев (в среднем 8,2

месяца). Средняя продолжительность жизни 16 пациентов, которым был установлен пластический стент после диагностирования опухоли панкреатобилиарной зоны и первичного стентирования, составила $160,1 \pm 190$ дней (5,4 месяца). Все пациенты ($n=80$), которым применялось эндоскопическое протезирование в качестве окончательного лечения опухолевой механической желтухи, были разделены на две подгруппы (табл.5): прожившие более 6 месяцев ($n=32$) и прожившие менее 6 месяцев ($n=48$).

Таблица 5

Отдаленные результаты у эндоскопической группы больных

	Пациенты, прожившие более 6 месяцев	Пациенты, прожившие менее 6 месяцев
Количество больных	32	48
Средняя продолжительность жизни (суток)	327 ± 193	61 ± 37
Развитие дуоденального стеноза	7 больных (21,8%)	5 больных (10,4%)
Частота повторных госпитализаций, связанных с обтурацией стента	10 больных (31,2%)	6 больных (12,5%)

Частота развития дуоденального стеноза в подгруппе «долгоживущих» пациентов почти в 3 раза больше, чем в другой подгруппе. А частота повторных госпитализаций в связи с рецидивом механической желтухи у этих пациентов почти в 4 раза превышает подобный показатель у больных, проживших менее 6 месяцев. С 2020 года мы начали применять билиарные саморасширяющиеся металлические стенты диаметром 8 и 10 мм как окончательного способа лечения пациентов с неоперабельными опухолями ГПДЗ, осложненными МЖ. Всего СМС были установлены 37 пациентам

В связи с окклюзией эндопротеза и рецидивом механической желтухи или развитием стеноза были госпитализированы вновь 6 пациентов из 32 (16,2%) и у 1-го пациента госпитализации была связана с сопутствующей дуоденальной обструкцией. Срок функции SMS без окклюзии и без рецидива механической желтухи у 21 больных составил от 5 месяцев до полутора лет и в среднем был $257,5 \pm 91,3$ суток (8,6 мес.). Таким образом, в нашей работе средний срок функции SMS диаметром 10мм не отличается от данных литературы со средним сроком 8-12 месяцев. Средняя продолжительность жизни пациента после установления диагноза опухоли панкреатобилиарной зоны и первичного билиарного стентирования при помощи SMS составила $287,1 \pm 93$ суток (9,5 месяцев).

Следует сказать, что SMS применялись у пациентов с большой ожидаемой продолжительностью жизни, поэтому эта группа относительно однородная по сравнению с пациентами, которым устанавливались пластиковые стенты. В какой-то мере SMS явились полноценной альтернативой паллиативных хирургических операций с наложением билиодигестивных анастомозов, количество которых резко уменьшилось в последние годы.

Пластиковые стенты в последние 10 лет применялись только в случае кратковременного в течение 1-4 недель предоперационного желчеотведения или же для постоянного дренирования у самой тяжелой категории больных с небольшой ожидаемой продолжительностью жизни.

Отдаленные результаты прослежены у всех 18 пациентов. Срок жизни составил 123 ± 99.2 суток, следует отметить отсутствие клинических проявлений дуоденального стеноза, что можно объяснить преобладанием пациентов с «высоким» опухолевым блоком. Рецидив МЖ, вызванный окклюзией стента билиарным сладжем или опухолевым ростом, случился у 4 (22.2%) пациентов.

Билиодигестивное шунтирование было произведено у 17 больных, из них 5 умерли (послеоперационная летальность (29,4%).

Средняя продолжительность жизни 12 больных после паллиативного хирургического внутреннего дренирования желчного дерева составила 10,4 месяца. Дуоденальный стеноз развился у 2 больных (22,2%), что потребовало в двух случаях повторной хирургической операции для коррекции дуоденальной обструкции. И рецидив механической желтухи после холецистоэнтеростомии на фоне обструкции пузырного протока явился причиной госпитализации также 2 больных (22,2%).

При сравнении клинических характеристик больных после хирургического и эндоскопического лечения при помощи пластиковых стентов по многим показателям, включая возраст, стадию заболевания, степень печеночно-клеточной недостаточности, сопутствующей патологии, имеется существенное статистически достоверное различие.

Больные, которым выполнено хирургическое билиодигестивное шунтирование, характеризуются меньшей степенью распространения опухоли, большей компенсацией сопутствующей патологии, относительно удовлетворительным общим состоянием и сравнительно молодым возрастом больных. Можно предположить, что эти факторы обусловили большую продолжительность жизни этой категории пациентов после оперативного лечения.

Таким образом, из полученных данных можно сделать вывод, что эндоскопическое стентирование при помощи пластиковых стентов, как окончательный метод лечения, показано больным с нерезектабельными опухолями ГПДЗ, осложненным МЖ, с небольшой ожидаемой продолжительностью жизни. При условии такого подхода к выбору пациентов в полной мере будут использованы достоинства эндоскопического стентирования - эффективность дренирования в совокупности с миниинвазивностью и хорошим качеством жизни в послеоперационном периоде. В то же время при выполнении хирургических билиодигестивных соустьев у больных с большой предполагаемой продолжительностью жизни можно избежать характерных для миниинвазивного стентирования отдаленных недостатков в виде многократных рецидивов механической желтухи и развития дуоденального стеноза. Полноценной альтернативой паллиативному хирургическому лечению является применение SMS ретроградным эндоскопическим или антеградным доступом с гораздо меньшими показателями ранних осложнений и сравнимыми показателями отдаленных последствий.

На основании проведенного сравнительного анализа непосредственных и отдаленных результатов применения миниинвазивных технологий и паллиативных хирургических вмешательств разработан дифференциально-диагностический и лечебный алгоритм выбора метода дренирования желчных

протоков у неоперабельных больных опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнёнными механической желтухой (рис. 9).



Рисунок 9. Дифференциально-диагностический и лечебный алгоритм выбора метода миниинвазивного дренирования желчных протоков при опухолевой механической желтухе

Алгоритм основан на определении уровня опухолевого блока, задающего предпочтительный доступ (ретроградный эндоскопический — при дистальном блоке; антеградный чрескожно-чреспечёчный — при проксимальном блоке, конфлюенсе и сочетании с дуоденальным стенозом), и на оценке прогноза ожидаемой продолжительности жизни, определяющей выбор дренирующего устройства (пластиковый стент — при ожидаемой продолжительности жизни менее 6 месяцев; саморасширяющийся металлический стент или паллиативное хирургическое билиодигестивное шунтирование — при ожидаемой продолжительности жизни более 6 месяцев).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе результатов, полученных при выполнении диссертационной работы на тему **«Дифференцированный подход к применению миниинвазивных технологий дренирования желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза»** были сделаны следующие выводы:

1. Наиболее сложными анатомическими условиями, препятствующими эффективному дренированию ретроградным транспапиллярным доступом, является локализация опухолевой стриктуры непосредственно у конfluence (эффективность 40%) и в терминальном отделе общего желчного протока в сочетании с дуоденальным стенозом (эффективность 22.7%). В этом случае целесообразно рассмотреть вопрос о применении комбинированных антеретроградных вмешательств.

2. Разработан алгоритм выбора метода паллиативного лечения на основе разнообразия стентов, наличия различных конструкций и возможности их совместного применения, что позволяет дифференцированно подойти к выбору наиболее оптимального метода в каждой конкретной клинической ситуации. При ожидаемой продолжительности жизни менее 6 мес. у больных с неоперабельными опухолями ГПДЗ следует отдавать предпочтение МИТ с антеградным или ретроградным эндоскопическим дренированием желчных протоков при помощи пластикового стента. При ожидаемой продолжительности жизни более 6 мес. у больных с неоперабельными опухолями ГПДЗ следует отдавать предпочтение МИТ с антеградным или ретроградным эндоскопическим дренированием желчных протоков при помощи СМС или же паллиативному хирургическому лечению с наложением билиодигестивных соустьев и/или гастроэнтероанастомоза.

3. Наиболее важными прогностическими факторами продолжительности жизни неоперабельных больных с опухолями ГПДЗ являются: размер первичной опухоли и степень физикального статуса по классификации ASA. У больных с опухолью более 45мм и 3-4 степенью физикального статуса по ASA продолжительность жизни, как правило, не превышает 6 мес., в то время как пациенты с меньшими размерами опухоли и сохраненным физикальным статусом (1-2 по ASA) имеют бóльшую продолжительность жизни. Использование оценки данных факторов позволяет дифференцированно выбирать тактику миниинвазивного вмешательства с учётом прогноза заболевания и, соответственно, повысить эффективность МИТ.

4. Паллиативное хирургическое лечение с наложением билиодигестивных анастомозов характеризуется бóльшей хирургической агрессией, чем миниинвазивное дренирование. Частота послеоперационных осложнений и летальности при хирургическом лечении существенно больше (29,4% и 17,6%), чем при миниинвазивном лечении антеградным (11,1% и 5,5%) и ретроградным доступом (15,5% и 11,8%).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03 FOR THE AWARD
OF ACADEMIC DEGREES AT SAMARKAND STATE MEDICAL
UNIVERSITY**

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

URAZOV NUMONJON SADULLAEVICH

**A DIFFERENTIATED APPROACH TO THE USE OF MINIMALLY
INVASIVE TECHNOLOGIES FOR BILE DUCT DRAINAGE IN
MECHANICAL JAUNDICE OF TUMOR GENESIS**

14.00.27 – Surgery

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

Samarkand – 2026

The topic of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation in medical sciences is registered with the Higher Attestation Commission under the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan under № B2025.2.PhD/Tib6101.

The dissertation was completed at Samarkand State Medical University.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the Scientific Council (www.sammu.uz) and the Information and Educational Portal "Ziyonet" (www.ziyonet.uz).

Research leader:

Khujabaev Safarboy Tukhtabaevich
Doctor of Medical Sciences, Docent

Official opponents:

Daminov Feruz Asadullaevich
Doctor of Medical Sciences, Docent

Nazarov Shokhin Kuvatovich
Doctor of Medical Sciences, Professor
(Republic of Tajikistan)

Leading organization:

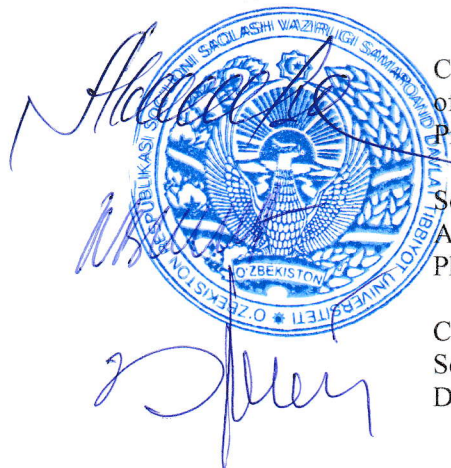
**Bukhara State Medical Institute
named after Abu Ali ibn Sino.**

The defense will take place «24» 07 2026 at 14⁰⁰ hours at a meeting of the Scientific Council DSc.06/2025.27.12.Tib.17.03 at Samarkand State Medical University (Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, Ankabai St. 6. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

The dissertation can be found at the Information Resource Center of Samarkand State Medical University (registered under No. 2858). Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, st. Amira Temura 18. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75.

The abstract of the dissertation was sent out «30» 06 2026.

(mailing protocol register No. 23 dated «30» 06 2026).



N.N. Abdullaeva

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

K.V. Shmirina

Scientific Secretary of the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Philosophy (PhD) in Medical Sciences, Docent

Z.B. Kurbaniazov

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

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

The aim of the study is justification of a differentiated approach to the use of minimally invasive technologies for drainage of bile ducts in mechanical jaundice of tumor genesis.

The object of the study were 149 patients with mechanical jaundice of tumor genesis who underwent inpatient treatment in the surgical and X-ray endoscopic departments of the Samarkand branch of the Republican Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology in the period from 2019 to 2025.

The scientific novelty of the study is as follows:

the role of different minimally invasive technologies (MITs) within the treatment algorithm for unresectable tumors was established through a comprehensive assessment of tumor location, the topographic anatomy of the pancreatobiliary region, the level of malignant biliary obstruction, disease stage, patients' physical status, and prognostic factors associated with expected survival;

a differential diagnostic and therapeutic algorithm has been developed to improve the effectiveness of conventional surgical and minimally invasive techniques for internal biliary drainage in patients with unresectable tumors of the hepatopancreatoduodenal region complicated by obstructive jaundice;

it was established that the choice of minimally invasive technologies for palliative surgical management, including biliary drainage or the formation of biliodigestive anastomoses, in patients with unresectable tumors of the hepatopancreatoduodenal region complicated by obstructive jaundice should be based on the predicted life expectancy of the patient;

gentle MIT drainage of bile ducts has been developed, which has ensured a reduction in postoperative complications and mortality with equivalent drainage effectiveness compared to traditional surgical interventions.

Implementation of research results.

Based on the results of studies conducted on a differentiated approach to the use of minimally invasive technologies for bile duct drainage in mechanical jaundice of tumor genesis (conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated November 16.02.2026, № 03/10):

first scientific novelty: the role of different minimally invasive technologies (MITs) within the treatment algorithm for unresectable tumors was established through a comprehensive assessment of tumor location, the topographic anatomy of the pancreatobiliary region, the level of malignant biliary obstruction, disease stage, patients' physical status, and prognostic factors associated with expected survival. Introduction of scientific novelty into practice: The Central Hospital of the Samarkand City Health Department (15.01.2026. 269-7-107-TB/2026) and the Navoi Regional Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology (12.01.2026. (Order No. 14) of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan. Social effectiveness: aspects of the use of various methods of minimally invasive intervention in the long-term period after the performed intervention, cases of repeated hospitalization associated with the development of biliary stent occlusion and duodenal stenosis were studied.

Economic efficiency of scientific novelty: aspects of the use of various methods of minimally invasive intervention, as well as the use of surgical treatment with the development of biliary stent occlusion and duodenal stenosis, inpatient treatment of patients is usually 7625400 soums for an average of 7-10 days. A total of 975,650 soums are spent on all laboratory and instrumental examinations of patients. with minimally invasive approaches, inpatient treatment is reduced by 5 days, and the economic indicator is 387,6450 soums (per patient). Conclusion: the most complex anatomical conditions preventing effective retrograde transpapillary drainage are the localization of tumor stenosis in direct confluence (effectiveness 40%) and in combination with duodenal stenosis in the terminal part of the common bile duct (effectiveness 22.7%). In such cases, it is advisable to consider the issue of using combined antegrade interventions.

second scientific novelty: a differential diagnostic and therapeutic algorithm has been developed to improve the effectiveness of conventional surgical and minimally invasive techniques for internal biliary drainage in patients with unresectable tumors of the hepatopancreatoduodenal region complicated by obstructive jaundice. Introduction of scientific novelty into practice: The Central Hospital of the Samarkand City Health Department (15.01.2026. 269-7-107-TB/2026) and the Navoi Regional Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology (12.01.2026. (Order No. 14) of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan. Social effectiveness: taking into account the expected life expectancy of inoperable patients with tumors of the hepatopancreatobiliary zone complicated by mechanical jaundice, differential diagnostic criteria for the use of various methods of drainage of the bile ducts and an algorithm for the treatment of patients have been developed. Economic efficiency of scientific novelty: taking into account the fact that differential diagnostic criteria for the use of various methods of drainage of the bile ducts and positive results under the algorithm of treatment of patients were observed 2 times more often, the annual economic indicator is 15024100 soums. Conclusion: the diversity of stents, the availability of different designs, and the possibility of their combined use require a differentiated approach to the selection of the most optimal method in each specific clinical situation. In patients with inoperable tumors of the hepatopancreatobiliary zone with life expectancy less than 6 months, a mini-invasive intervention with antegrade or retrograde endoscopic drainage of the bile ducts using a plastic stent should be preferred. In patients with inoperable tumors of the hepatopancreatobiliary zone with an expected life expectancy of more than 6 months, it is advisable to prefer minimally invasive interventions with antegrade or retrograde endoscopic drainage of the bile ducts using an expanding metal stent or palliative surgical treatment with the application of biliodigestive anastomoses and/or gastroenteroanastomoses.

third scientific novelty: it was established that the choice of minimally invasive technologies for palliative surgical management, including biliary drainage or the formation of biliodigestive anastomoses, in patients with unresectable tumors of the hepatopancreatoduodenal region complicated by obstructive jaundice should be based on the predicted life expectancy of the patient. Introduction of scientific novelty into practice: the Central Hospital of the Samarkand City Health Department

(15.01.2026. 269-7-107-TB/2026) and the Navoi Regional Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology (12.01.2026. (Order No. 14) of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan. Social effectiveness: a comparative analysis of immediate and long-term results of minimally invasive interventional and palliative surgical interventions with the placement of biliodigestive anastomoses in inoperable tumors of the hepatopancreatobiliary zone complicated by mechanical jaundice was carried out on a large clinical material. Economic efficiency of scientific novelty: taking into account the radical reduction of complications in the postoperative period after minimally invasive intervention and palliative surgery with the placement of sbiliodigestive anastomoses, a 25% reduction in budgetary and extra-budgetary funds was achieved in patients of the main group. Conclusion: the most important prognostic factors for the life expectancy of inoperable patients with tumors of the hepatopancreatobiliary zone are: the size of the primary tumor and the degree of physical condition according to the ASA classification. In patients with a tumor size greater than 45 mm and 3-4 degrees of physical condition according to ASA, life expectancy usually does not exceed 6 months. On the contrary, patients with a smaller tumor size and good physical condition (1-2 degrees according to ASA) have a significantly higher life expectancy.

fourth scientific novelty: gentle MIT drainage of bile ducts has been developed, which has ensured a reduction in postoperative complications and mortality with equivalent drainage effectiveness compared to traditional surgical interventions. Introduction of scientific novelty into practice: the Central Hospital of the Samarkand City Health Department (15.01.2026. 269-7-107-TB/2026) and the Navoi Regional Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology (12.01.2026. (Order No. 14) of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan. Social effectiveness: minimally invasive interventions are characterized by a low frequency of postoperative complications, with a predominance of late complications developing for several months or even years after primary drainage. For traditional palliative surgical interventions with the placement of biliodigestive anastomoses, on the contrary, early postoperative complications are characteristic. Economic efficiency of scientific novelty: the effectiveness of traditional palliative surgical interventions with the placement of biliodigestive anastomoses contributes to a reduction in intraoperative trauma and the duration of surgical intervention, due to the reduction of rehabilitation time, inpatient treatment of patients usually costs an average of 15855450 soums. The annual economic indicator, in turn, leads to savings of up to 25% of budget funds. Conclusion: palliative surgical treatment with the placement of biliodigestive anastomoses is characterized by more surgical aggression than minimally invasive drainage. The frequency of postoperative complications and mortality in surgical treatment (29.4% and 17.6%) is significantly higher than in minimally invasive treatment with antegrade (11.1% and 5.5%) and retrograde approaches (15.5% and 11.8%).

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

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Уразов Н.С., Хужабаев С.Т., Рустамов И.М. Обструкция желчных протоков опухолевого генеза: современные подходы диагностики и хирургическое лечение // Вестник фундаментальной и клинической медицины. 2026, №6(26) С – 302-305. (14.00.00, ОАК нинг 08.05.2025 йилдаги №370/6 буйруғи) <https://zenodo.org/records/20613145>

2. Хужабаев С.Т., Урозов Н.С., Дусияров М.М. Комплексный подход к применению миниинвазивных методик дренирования при опухолевой билиарной обструкции // Проблемы биологии и медицины. - 2025. - №6 (166). - С. 257-262 (14.00.00, №19). <https://www.sammu.uz/uz/article/5226>

3. Хужабаев С.Т., Урозов Н.С. Современные технологии в хирургическом лечении холангита доброкачественного генеза: клиническая эффективность и пути оптимизации // Проблемы биологии и медицины. - 2025. - №3.1 (162). - С. 186-191. <https://www.sammu.uz/uz/article/4804>

4. Урозов Н.С., Хужабаев С.Т. Дифференцированный подход к миниинвазивному дренированию желчных протоков при опухолевой механической желтухе // World of Medicine: Journal of Biomedical Sciences Vol.2 No.3 (2025). - С. 192-199. (Index Copernicus). <https://wom.semanticjournals.org/index.php/biomed/article/view/345>

5. Khuzhabaev S.T., Urozov N.S. Modern Aspects of Personalized Biliary Drainage in Malignant Mechanical Jaundice // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2025, 15(6). 1717-1724. (14.00.00, №2). <http://article.sapub.org/10.5923.j.ajmms.20251506.19.html>

II бўлим (II часть; part II)

6. Урозов Н.С. Ўсма генезли механик сарикликда ўт йўлларини дренажлашда миниинвазив усуллар // Услубий тавсиянома. 2026 йил.

7. Urozov N.S., Khuzhabaev S.T. Differentiated approach to minimally invasive biliary drainage in malignant obstructive jaundice // Miasto Przyszłości Kielce 2025 ISSN-L: 2544-980X. 577-586. (ResearchBib). <https://miastoprzyszlosci.com.pl/index.php/mp/article/view/6260>

8. Khuzhabaev S.T., Urozov N.S. Modern Aspects of Personalized Biliary Drainage in Malignant Obstructive Jaundice // Journal of Neonatal Surgery. ISSN (Online): 2226-0439 Vol. 14, Issue 21s (2025) <https://www.jneonatsurg.com>. 1305-1312. <https://www.jneonatsurg.com/index.php/jns/article/view/5566>

9. Urozov, N. (2026). Minimally invasive biliary drainage versus palliative surgical biliodigestive anastomoses in malignant obstructive jaundice: Immediate

outcomes. international conference on interdisciplinary science, 3(3), 318.
<https://zenodo.org/records/20659050>

10. Urozov N.S., Khujabaev S.T. Minimally Invasive Methods of Drainage in Mechanical Jaundice of Oncological Genesis // International Congress on Biological, Physical And Chemical Studies. - 2025. - С. 76-77. <https://top-conferences.us/index.php/ICBPCS/article/view/1529>

11. Урозов Н.С. Механик сарикликда ўт йўллари дренажлаш учун миниинвазив технология танлашга дифференциал ёндашув // Zamonaviy ilm-fan va innovatsion tadqiqotlarda natijalar muhokamasi. – 2026. – Т. 4, № 6. <https://conference.uznauka.uz/index.php/zif/article/view/615>

12. Urozov N.S. Minimally Invasive Biliary Drainage Versus Palliative Surgical Biliodigestive Anastomoses in Malignant Obstructive Jaundice: Immediate Outcomes // Zamonaviy psixologiya va pedagogika: muammolar va yechimlar. – 2026. – Vol. 4. – No. 6. <https://conference.uznauka.uz/index.php/zpp/article/view/616>

13. Уразов Н.С., Хўжабаев С.Т., Рустамов И.М. Программа для диагностики и выбора тактики миниинвазивного хирургического лечения желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза // Ўзбекистон Республикаси Адлия Вазирлиги ҳузуридаги интеллектуал мулк агентлиги 05.07.2026 йил. DGU-53496. <https://im.adliya.uz/document/check/145d11c9-6bdf-458a-9df1-50bc406a6b65>

Автореферат «Биология ва тиббиёт муаммолари» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларида (резюме) даги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Отпечатано в типографии “SARVAR MEXROJ BARAKA” 140100.

г. Самарканд, ул. Мирзо Улугбек, 3.

Подписано в печать 30.06.2026 Формат 60x84^{1/16}.

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

Тираж: 60 экз. Заказ № 246/2026

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