

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ва ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ЯКУБОВ ЭРКИН АМОНГЕЛДИЕВИЧ

**БОЛАЛАРДА ТАШҚИ ЎТ ЙЎЛЛАРИ КИСТОЗ КЕНГАЙИШНИ
ТАШҲИСОТИ ВА ДАВОСИ**

14.00.35 – Болалар хирургияси

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

ТОШКЕНТ - 2018

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Якубов Эркин Амонгелдиевич

Болаларда ташқи ўт йўллари кистоз кенгайишини ташҳисоти ва давоси..... 3

Якубов Эркин Амонгелдиевич

Диагностика и лечения кистозного расширения наружных желчных протоков у детей..... 21

Yakubov Erkin Amongeldievich

Diagnosis and treatment of cystic expansion of the external bile ducts in children..... 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 43

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ва ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ЯКУБОВ ЭРКИН АМОНГЕЛДИЕВИЧ

**БОЛАЛАРДА ТАШҚИ ЎТ ЙЎЛЛАРИ КИСТОЗ КЕНГАЙИШИНИ
ТАШҲИСОТИ ВА ДАВОСИ**

14.00.35 – Болалар хирургияси

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

ТОШКЕНТ - 2018

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида №В2017.1.PhD/Tib144 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент педиатрия тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (Ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.rscs.uz) ва «Ziyonet» ахборот таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Научный руководитель: **Эргашев Насриддин Шамсиддинович**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Официальные оппоненты: **Алиев Махмуд Муслимович**
тиббиёт фанлари доктори, профессор
Акбаров Миршавкат Миролимович
тиббиёт фанлари доктори

Ведущая организация: **Россия Федерацияси соғлиқни сақлаш вазирлиги «Н.И.Пирогов номидаги Россия миллий тадқиқот тиббиёт университети» Олий касбий таълим федерал давлат бюджет муассасаси**

Диссертация химояси Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази ва Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.49.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2018 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Кичик халқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru, Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази мажлислар зали).

Диссертация билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (42-рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик халқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Диссертация автореферати 2018 йил «___» _____ куни тарқатилди.
(2018 йил «___» _____ даги ___ рақамли реестр баённомаси)

Ф.Г. Назиров

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

А.Х. Бабаджанов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

А.В. Девятков

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, «овқат ҳазм қилиш аъзолари нуқсонлари ҳамма туғма нуқсонларнинг 20-25% ини ташқил қилади ва болалар гастроэнтерологиясида долзарб муаммо ҳисобланиб, нуқсонни ижтимоий жихатдан аҳамиятли муаммолар даражасига чиқаради»¹. «Ўт йўллари кистоз кенгайишининг (ЎЙКК) частотаси жаҳоннинг турли мамлакатларида 13000 - 2 миллион аҳолидан 1 та ҳолатга тўғри келади ва ўт йўллари тизимининг барча ўсмасиз касалликларининг 1% га яқинини ташқил этади»². Бироқ сўнгги пайтларда маҳаллий ва хорижий адабиётларда болалар ва катталар ўртасида ушбу хасталик билан касалланиш ҳолатининг ортганлиги ҳақида нашр этилган маълумотлар бу патологиянинг кам учрашини инкор этмоқда. Клиник ташҳислашни қийинлиги ушбу касалликни ўз вақтида аниқланмаслигига ва нотўғри даволанишига сабабчи бўлади ва натижада холангит, холецистит ва панкреатит ривожланишига олиб келади. Клиник амалиётга замонавий ташҳислаш усулларининг татбиқ этилишига қарамай, ҳозирга қадар касалликнинг кеч аниқланиши, асоратларнинг ривожланиши ҳолатлари кузатилмоқда, ҳамда кистоз кенгайишларнинг клиник манзараси билан ушбу патологиянинг анатомик шакллари ўртасида боғлиқлик мавжудлигини тасдиқловчи диагностик мезонлар мавжуд эмас.

Дунё миқёсида болаларда ЎЙККни ташҳислашни такомиллаштириш, хирургик даво сифатини ошириш мақсадида бир қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда, шу жумладан, болаларда ЎЙККни кеч ташҳисланишини, асоратлар юзага келишини, диагностик ва тактик хатоликларнинг сабаби ўрганилмоқда, уларнинг профилактика чоралари ишлаб чиқилмоқда. Ҳозирги кунда болаларда ЎЙККнинг ҳажми ва анатомик шаклига боғлиқ бўлган оптимал тактика ва хирургик даво усулини аниқловчи турли оператив амалиётлар самарадорлигининг таҳлили муҳим вазифа бўлиб ҳисобланади ва бу, ўз навбатида, кўрсатилаётган тиббий ёрдамни сифатини ошишига олиб келади. Юқорида таъкидланганлардан келиб чиқиб, ушбу илмий тадқиқот болаларда ЎЙКК ташҳисоти сифатини оширишга ва хирургик даво натижаларини яхшилашга, жигардан ташқи ўт йўллари анатомо-физиологик ҳолатини ҳисобга олган ҳолда диагностикани оптималлаштириш ва оптимал даво тактикасини танлашга бағишланган.

Бугунги кунда, соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш шароитида, кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг юқори сифатини таъминлаш ва юқори технологияли ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни кўрсатиш устувор йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади. Бу муаммонинг ҳал қилиниши аҳоли ўртасида касалланиш даражаси ва ўлим кўрсаткичини камайтиришга қаратилган 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини

¹ World Health Organization. Pediatric gastroenterology: fact sheet no. 12. World Health Organization website, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs12/en>, accessed February 14

² Ma W, Tan Y, Shrestha A, Li F, Zhou R, Wang J, Hu H, Yang Q. Comparative analysis of different hepatico-jejunostomy techniques for treating adult type I choledochal cyst. // Gastroenterol Rep (Oxf). 2018 Feb;6(1):54-60.

ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари билан чамбарчас боғлиқ»³. Бу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан, болаларга кўрсатиладиган тиббий-ижтимоий ёрдамни ривожлантириш ва такомиллаштириш, болаларда ЎЙКК диагностикаси, хирургик амалиёт тактикаси ва усулини танлашни оптималлаштириш асосида хирургик даво натижаларини яхшилаш долзарб йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилинч тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармони, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори ҳамда ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни бажаришга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. ЎЙКК – билиар трактнинг кам учрайдиган ривожланиш нуқсонларидан бири бўлиб, жигардан ташқи ҳамда жигар ичи ўт йўллари зарарлайди. Юқори информатив диагностик усулларининг татбиқ этилиши «болаларда ўт ажратиш йўллари (ЎАЙ) ривожланиш нуқсонлари диагностикаси сифатини ижобий ўзгартирди» (Berger Y⁴). Francesca Pecchini⁵ фикрига кўра, «яққол клиник кўринишларнинг мавжуд эмаслиги постнатал диагностикани қийинлаштиради, натижада, холангит, панкреатит, механик сариклик, ўтли перитонит, холедохолитиаз, жигар билиар циррози ва холангиокарцинома ривожланиши кўринишидаги асоратлар юзага келади». Ўт йўллари кистасида амалиёт ҳажмини танлашда ҳамжиҳатликни йўқлиги турли операция усулларини узоқ натижаларини ўрганиш ва баҳолашни талаб этади (Quintana A⁶).

ЎЙКК давоси фақат хирургик бўлиб, бунда бир неча хил амалиёт усуллари мавжуд. ЎЙКК билан касалланган беморларни оптимал, радикал хирургик даволаш масаласи ҳозиргача долзарб бўлиб қолмоқда. Кўплаб олимлар томонидан ЎЙККни даволашда кенг тарқалган Roux усули бўйича кистани радикал кесиб олиб ташлаш ва гепатикоэнтеростомия (ГЭС) қўйишнинг мақсадга мувофиқлиги тасдиқланган. Banks JS⁷ раҳбарлигида Майами

³ Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. N УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

⁴ Berger Y., Superina R.A., Zbar A. et al. A case series of congenital hepatic hilar cyst: recommendations for diagnosis and management. The Israel Medical Association journal. – 2015. – Vol. 17 (1) – P. 32–36.

⁵ Francesca Pecchini, Barbara Catellani, Sara Acciuffi, Roberta Gelmini: Choledochocoele: Choledochal Cyst Or a Distinct Entity? Gastroenterology and Hepatology. - 2017. - Vol.2 - №1. - P. 1 – 8.

⁶ Quintana A, Sathyanarayana SA. Type VI Choledochal Cyst: An Unusual Case of a Bile Duct Anomaly. // Am Surg. 2018 Mar 1;84(3):462-465.

⁷ Banks JS, Saigal G, D'Alonzo JM, Bastos MD, Nguyen NV. Choledochal Malformations: Surgical Implications of Radiologic Findings. // AJR Am J Roentgenol. 2018 Apr;210(4):748-760.

университети олимлари томонидан 40 та беморда кистоз ўзгарган ўт йўллари кесиб, билиар реконструкция қилиш вариантларини солиштирма таҳлили ўтказилган. Ўтказилган текширувлар шуни кўрсатадики, «ЎАЙни энг мақбул реконструкцияси Roux усули бўйича ГЭС қўйишдир». Бу йўналиш бўйича академик В.Вохидов номидаги РИХИАТМда Ф.Г. Назиров⁸ раҳбарлигида катта ёшли беморларда ЎЙККни диагностикаси ва даволаш бўйича клиника натижалари умумлаштирилган. РШТЁИМда Х.А. Акилов⁹ бошчилигида билиодигестив анастомоз (БДА) чандикли торайиши профилактикаси бўйича болалар ва катталарда умумий ўт йўли (УЎЙ) кистасини кесиш ва каркастан фойдаланиш бўйича тадқиқотлар олиб борилмоқда.

Адабиётларда келтирилган маълумотлар таҳлили шуни кўрсатдики, ЎЙККли болаларни хирургик даволаш натижалари анчагина яхшиланган, бу ҳолда болаларни комплекс даволашга тактик ёндашиш, хирургик йўналишни ривожлантириш истиқболлари ва натижаларини баҳолаш даволашни асосий долзарб ва белгилувчи муаммолардан бўлиб қолмоқда, бу эса даволаш-диагностик тактикани янада такомиллаштиришни талаб этади.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг «Болаларда туғма ва орттирилган касалликлар диагностикаси, даволаш ва профилактика усулларини такомиллаштириш» (2015-2017 йй.) мавзусидаги 0190006703-сон фундаментал илмий дастур доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади болаларда ўт йўллари кистоз кенгайишини ташхислаш, даво тактикаси ва операция усулини оптималлаштириш асосида даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

болаларда ЎЙККнинг клиник кечиш вариантлари ва анатомик шакллари аниқлаш;

болаларда ЎЙККнинг кеч аниқланиши, асоратланиши, диагностик ва тактик хатолар сабабларини ўрганиш ва уларнинг олдини олишнинг самарали чораларини ишлаб чиқиш;

болаларда ЎЙККни ташхислашнинг турли усуллари самарадорлигини баҳолаш ва ультратовуш ташхислаш усулини такомиллаштириш;

болаларда ЎЙККни ташхислаш алгоритминини ишлаб чиқиш ва ташхислаш усулларини оптималлаштириш;

болаларда ЎЙККнинг анатомик шакли ва ўлчамларини ҳисобга олган ҳолда операция усули ва оптимал даво тактикасининг аниқлаш, турли жарроҳлик аралашувларининг самарадорлигини таҳлил этиш;

жигардан ташқи ўт йўллари кисталарини радикал кесиб олиб ташлашда клапанли гепатико-ёки холедоходуоденал анастомоз қўйиш усулини ишлаб чиқиш ва амалиётга татбиқ этиш.

⁸ Назиров Ф.Г., Акилов Х.А., Асабаев А.Ш. и др. Выбор метода диагностики и тактики хирургического лечения при кистозном расширении внепеченочных желчных путей// Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2002. – №4. – С. 39-42

⁹ Акилов Х.А., Матякубов Х.И., Ли Э.А. Современные аспекты хирургического лечения врожденных кистозных трансформаций желчевыводящих путей у детей// Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2014. – №3. – С. 6.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 1979 йилдан 2016 йилгача бўлган даврда Тошкент педиатрия тиббиёт институти клиникасида ЎЙККли 76 нафар бола, шунингдек, ушбу нуқсонга ўхшаш белгиларга эга бўлган 4 нафар бола (жигар солитар кистаси - 2, ўт пуфаги (ЎП) иккиланиши – 1, ЎП истисқоси – 1) олинган.

Тадқиқотнинг предмети бўлиб хирургик даволаш босқичларида болаларнинг соматик статуси ва овқат ҳазм қилиш трактининг анатом-функционал ҳолатини комплекс баҳолаш маълумотлари ҳисобланади.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотнинг мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ечиш учун ушбу усуллардан фойдаланилди: умумий клиник, лаборатор, инструментал (ультратовуш, рентгенологик, КТ, МРХПГ, эндоскопик), морфологик ва статистик текширув усуллари.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

ўт йўллари кистоз кенгайиши билан касалланган болаларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини яхшилашга ва асоратлар частотасини камайтиришга қаратилган янги хирургик даволаш усули ишлаб чиқилган;

болаларда ўт йўллари кистоз кенгайишининг клиник кечиши, қўшимча ташҳислаш усуллари ва интраоперацион холангиография натижалари тизимлаштирилган ва анатомик шакллари ажратилган;

ўт йўллари кистоз кенгайишининг клиник намоён бўлиши, кечиши, асоратлар характери нафақат кистоз кенгайишлар шакли ва ўлчамига, балки жигардаги ўзгаришларга (туғма ёки орттирилган) ҳам боғлиқлиги, ўт йўллари кистоз кенгайишлари билан меъда ости беши йўллари ўртасида ўзаро боғлиқлик мавжудлиги аниқланган;

ўт йўллари кистоз кенгайишининг асоратланган ва асоратланмаган шаклларини хирургик коррекция қилишга оптимал ёндашув илмий асослаб берилган; кистани радикал ёки қисман кесиш, ички дренажлаш ёки кисто-ҳамда холецистостома ёрдамида ўтни ташқарига чиқаришнинг турли усулларига оид кўрсатмалар белгиланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

ўтказилган таҳлил ЎЙККнинг клиник-анатомик шаклларини тасдиқлаш учун операция олди ва интраоперацион комплекс текширувларнинг мақсадга мувофиқлигини кўрсатиб берган;

ЎЙККни жигарнинг солитар ва паразитар кисталари билан дифференциал ташҳислашда функционал эхохолецистографиянинг юқори маълумотлилиги аниқланган;

амалиётга клапанли гепатикодуоденостмияни (ГДС) татбиқ этилиши ўтнинг ўн икки бармоқ ичакка (ЎИБИ) оқишини таъминлаб, дуодено-билиар рефлюкс ҳолатларини камайтириш имконини берган;

диагностик ва тактик хатолар, асоратлар сабабларини таҳлил қилиш ЎЙККли болаларни эрта ташҳислаш ва хирургик даво тактикаси сифатини яхшилаш бўйича амалий тавсиялар ишлаб чиқиш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги. Тадқиқот натижаларининг ишончилиги қўлланган замонавий, амалиётда кенг қўлланувчи клиник,

лаборатор, ультратовуш, рентгенологик, компьютер томографик, эндоскопик усуллар билан тасдиқланган. Олинган барча натижа ва хулосалар далилий тиббиёт принципларига асосланган. Статистик ишлов бериш олинган натижаларнинг ишончилигини тасдиқлаган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти ЎЙКК билан оғриган болаларни ташхислаш ва хирургик даволаш масалалари бўйича замонавий ёндашувларни умумлаштиришдан иборат. ЎЙККнинг асоратланган ва асоратланмаган турларида кистани радикал ёки қисман кесишга кўрсатмалар, оптимал тактика, ўтти ички дренажлаш ёки кисто- ёки холецистостома ҳолидаги ташқи дренажлаш усуллари асосланган. Тадқиқотда ЎЙККни даволашда ўт-сафрони ЎИБИКа тушишини таъминловчи ишлаб чиқилган хирургик даво усуллари, кистоз кенгайишнинг анатомик шаклига кўра операциянинг турли усулларига дифференциал ёндашувларнинг мақсадга мувофиқлиги, физиологик маъқуллиги ва самарадорлиги исботлаб берилган. Олинган натижалар даво-профилактик соҳа муассасалари учун мўлжалланган илмий асосланган тавсияларда умумлаштирилган, болаларда ЎЙККни диагностикаси ва даволаш бўйича магистр ва клиник ординаторларни ўқитиш дастурининг таркиби ва структурасини такомиллаштириш мақсадида қўлланилиши мумкин.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шундаки, УТТ, КТ ва интраоперацион холангиографиядан (ИОХГ) фойдаланиб ЎЙККни эрта ташхислаш алгоритми ишлаб чиқилган, бу эса болаларда ушбу патологияни эрта ташхислашни яхшиланишига олиб келган. Операциядан олдинги ва кейинги даврда ЎЙККни баъзи шаклларига хос белгилар умумлаштирилган. “Ўт ҳайдовчи нонушта” билан функционал эхохолецистография ўтказилиши усулнинг сезгирлиги ва хослик томонларини ошириши исботланган. Кистоз кенгайишларнинг клиник кўринишлари, анатомик шакллари, қўшимча ташхислаш усуллари натижаларини тизимлаштириш болалардаги ЎЙККда эрта ташхислаш ва хирургик даволашни оптималлаштириш имконини берди. Бирламчи ва қайта операция қилинаётган болаларда кистоз кенгайишнинг турли вариантлари ва асоратларидаги хирургик тактиканинг оптимал усулларига кўрсатмалар ишлаб чиқилган ва таклиф қилинган. Таклиф қилинган амалиёт усули ўтнинг ошқозон-ичак тизимига физиологик оқишини ва ҳазм тизимининг мотор-эвакуатор функциясини эрта тикланишини таъминлайди.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Болаларда ўт йўллари кистоз кенгайишининг диагностикаси ва даволаш натижаларини яхшилашга бағишланган тадқиқот бўйича олинган илмий натижалар асосида:

ишлаб чиқилган “Болаларда холедохнинг ўсмали кенгайишини даволаш усули” га Интеллектуал мулк агентлигининг ихтирога патенти олинган (IAP 04889-сон патент, 2014 йил). Таклиф этилган усул ўт йўллари кистоз кенгайиши билан болаларни даволашнинг бевосита ва узоқ муддатдаги натижаларини яхшилаш имконини берган;

“Болаларда ўт йўллари кистоз трансформациялари диагностикасини оптималлаштириш” ва “Болаларда жигардан ташқи ўт йўллари кистоз аномалияларида операция усулларини такомиллаштириш” услубий тавсияномалари тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 9 февралдаги 8н-д/24-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар ўт йўллари кистоз кенгайиши диагностикаси сифатини ошириш ва операциядан кейинги асоратлар частотасини камайтириш имконини берган;

ўт йўллари кистоз кенгайиши билан беморлар диагностикаси ва даволаш сифатини яхшилаш бўйича бажарилган диссертация ишининг олинган илмий натижалари соғлиқни сақлаш амалий фаолиятига, хусусан, Республика перинатал маркази ва Тошкент шаҳар 2-сон болалар жаррохлик клиник шифохонаси амалий фаолиятига (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 9 февралдаги 8н-д/24-сон маълумотномаси) татбиқ этилган. Олинган натижаларнинг соғлиқни сақлаш амалиётига татбиқ этилиши ЎЙККни эрта ташхислаш имкониятларини ошириш, даволашнинг бевосита ва узоқ натижаларини яхшилаш имконини берган. Операциядан кейинги асоратлар сони 64% дан 34,7% га ва ўлим кўрсаткичи 8% дан 4% га камайган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқот натижалари илмий-амалий конференцияларда, шу жумладан, 3 та халқаро ва 4 та республика анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 31 та илмий иш чоп этилган, шу жумладан, 9 та мақола, улардан 7 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси ОАК докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларда чоп этилган.

Диссертациянинг ҳажми ва тузилиши. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулосалар, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объект ва предметлари тавсифланган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **“Болаларда ўт йўллари кистоз кенгайишининг клиникаси, диагностикаси ва даволашнинг умумий ва долзарб масалалари”**, деб номланган биринчи бобида ЎЙККнинг умумий ва долзарб масалалари, этиологияси ва патогенези, кистоз кенгайишларнинг клиник-анатомик шакллари ва ушбу нуқсонни хирургик даволаш масалаларига бағишланган адабиётлар таҳлили баён этилган. Мунозараларга сабаб бўлган ва келгусида ишлаб чиқишни талаб этувчи баҳсли масалалар таҳлил қилинган.

Диссертациянинг **“Клиник материалнинг умумий тавсифи ва тадқиқот усуллари”**, деб номланган иккинчи бобида тадқиқот материаллари

ва усуллари баён этилган. Тадқиқот ТошПТИ госпитал болалар хирургияси, болалар онкологияси кафедрасининг клиник базалари (Тошкент 1-сонли ШБКШси ва 2-сонли ШБХКШсининг режали ва шошилич жарроҳлик бўлимлари, ТашПТИ клиникаси, ҳамда ЎзР ССВ РПМ неонатал хирургия бўлими)да 1979-2016 йилларда ЎЙКК билан даволанган 76 нафар бола (60 нафар қиз бола ва 16 нафар ўғил бола), шунингдек ушбу нуқсонга ўхшаш белгиларга эга бўлган 4 нафар бола (жигарнинг солитар кистаси - 2, ЎПнинг иккиланиши - 1, ЎП истисқоси - 1) бўйича ташхислаш ва даволаш натижалари таҳлилига асосланган. Болаларнинг ёши 15 кунликдан то 16 ёшгача бўлган даврни ташкил этади. Клиник кузатувлар таҳлили шуни кўрсатдики, ЎЙКК болаларнинг турли ёш гуруҳларида алоҳида анатомик шакл кўринишида аниқланади.

ЎЙКК билан касалланган беморлар икки гуруҳга тақсимланди. 26 (34,2%) бемор клиникага 1979-2004 йилларда ётқизилган. Ушбу клиник материал муаллиф томонидан ретроспектив тарзда таҳлил этилган (таққослаш гуруҳи). 50 (65,8%) бемор (асосий гуруҳ) эса 2005-2016 йилларда кузатилган. Бу беморларни текшириш ва даволашда муаллиф бевосита иштирок этган.

Кистоз кенгайиш тури бўйича беморларнинг тақсимланиши Alonzo-Lej F. (1959) томонидан таклиф этилган ва кейинчалик Todani T. (1977) ҳамда Lilly JR. (1979) томонидан тўлдирилган таснифга мувофиқ амалга оширилди (1-жадвал).

1-жадвал

Беморлар ёши ва кистоз кенгайиш турига кўра тақсимланиши (n=76)

Ёш гуруҳлари	I тип		II тип		III тип		IV тип		V тип		АФ		Жами	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Янги туғилган чақалоқлар	1	1,3	-	-	-	-	1	1,3	-	-	-	-	2	2,6
29 кунликдан 3 ойликгача	7	9,3	-	-	-	-	3	3,9	-	-	-	-	10	13,2
3 ойликдан 1 ёшгача	6	7,9	-	-	-	-	4	5,3	-	-	-	-	10	13,2
1 ёшдан 3 ёшгача	14	18,4	-	-	-	-	2	2,6	-	-	1	1,3	17	22,3
3 ёшдан 7 ёшгача	19	25	-	-	-	-	4	5,3	1	1,3	-	-	24	31,6
7 ёшдан 11 ёшгача	5	6,6	-	-	-	-	3	3,9	-	-	-	-	8	10,5
11 ёшдан катта	3	3,9	-	-	-	-	2	2,6	-	-	-	-	5	6,6
Жами	55	72,4			-	-	19	25	1	1,3	1	1,3	76	100

Ўт йўллари кистоз нуқсонларидаги диагностик ва тактик хатолар ҳамда улар сабабли юзага келган асоратлар 34 (44,7%) ҳолатда аниқланган. Беморлар клиникага турли ноаниқ ёки мос келмайдиган ташхислар билан ётқизилган. ЎЙКК билан оғриган 76 бемордан 74 (97,4%) нафарида жарроҳлик амалиёти ўтказилган. Битта бола операциягача бўлган даврда жаққол ифодаланган жигар етишмовчилигидан ўлган, Кароли касаллиги билан

оғриган яна битта бола доимий кузатув остида.

ЎЙКК ташхиси операциядан олдин ўтказилган анъанавий клиник-лаборатор ва инструментал (УТТ, КТ, МРХПГ, рентген) текширувлар, ИОХГ ва морфологик текширувлар натижаларига асосан қўйилди (2-жадвал).

2-жадвал

Операциядан олдинги, операция вақтидаги ва операциядан кейин ўтказилган текширув усуллари

№	Текширув тури	Операциягача	Операция вақтида	Операциядан кейин
1	Ультратовуш	73	-	58
2	УТТ ва доплерография	38	-	22
3	Функционал эхохолецистохолангиография	53	-	-
4	Компьютер томография	45	-	32
5	МРХПГ	1	-	1
6	Қорин бўшлиғининг тасвирий рентгенографияси	10	-	24
7	ОИЙнинг контраст рентгенографияси	8	-	22
8	ФЭГДС ва видео-ФЭГДС	12	-	28
9	Интраоперацион холангиография	-	63	-
10	Морфологик	-	-	66

Диссертациянинг “**Болаларда ўт йўллари кистоз кенгайишининг клиникаси, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси**”, деб номланган учинчи бобида болаларда ЎЙККнинг клиник кечиш хусусиятлари баён этилган, комплекс текшириш натижалари келтирилган. Асосий клиник белгилар қориндаги хуружли оғриқлар (24-31,6%), сариқлик (14-18,5%), қорин бўшлиғида пайпасланувчи ўсмали ҳосила (1-1,3%), юқорида санаб ўтилган симптомларнинг турли уйғунлашуви (30-39,4%) ёки “классик учлик” қўринишида (7-9,2%) намоён бўлди (3-жадвал).

3-жадвал

Клиник белгилар ва ёшга кўра беморларнинг тақсимланиши (n=76)

№		0-3 ой	3 ойдан 1 ёшгача	1 ёшдан 3 ёшгача	3 ёшдан 7 ёшгача	7 ёшдан 11 ёшгача	11 ёшдан катта	Жами
1	Оғриқ	1	2	6	8	3	4	24 (31,6%)
2	Сариқлик	8	5	1	-	-	-	14 (18,5%)
3	Қорин бўшлиғида пайпасланувчи ўсмали ҳосила	-	1	-	-	-	-	1 (1,3%)
4	Оғриқ + сариқлик	2	1	5	12	5	1	26 (34,2 %)
5	Оғриқ +ўсмали ҳосила	-	-	1	1	-	-	2 (2,6%)
6	Сариқлик +ўсмали ҳосила	-	-	1	1	-	-	2 (2,6%)
7	Оғриқ + сариқлик + ўсмали ҳосила	1	1	3	2	-	-	7 (9,2 %)
	Жами	12	10	17	24	8	5	76

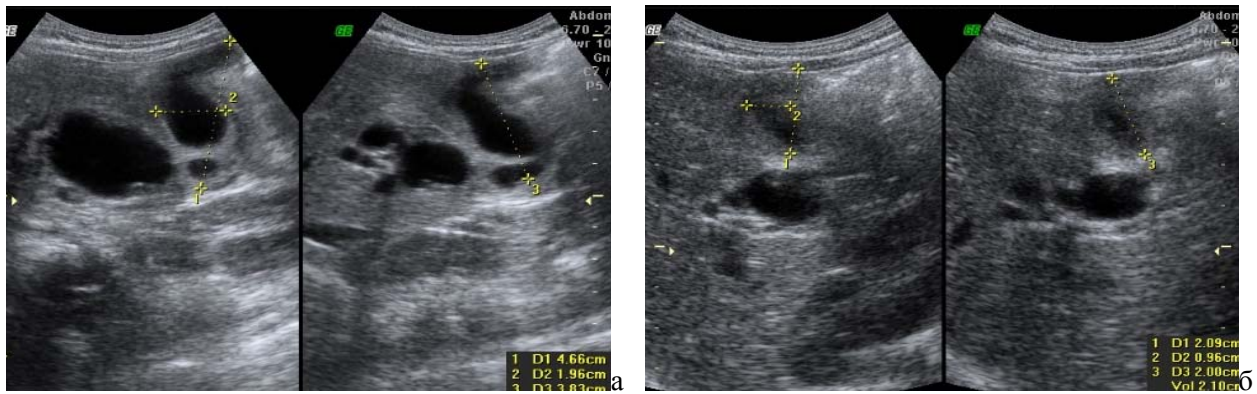
Қайд этиш лозимки, беморларда кистоз кенгайишнинг учала белгисидан ҳар бирининг кузатилиш частотаси, изчиллиги ва намоён бўлиш даражаси мутлоқ фарқ қилади. Бу кистанинг ўлчами ва тузилиши, яллиғланиш ўзгаришларининг ифодаланиши, билиар тизимдаги функционал бузилишлар ва органик ўзгаришлар, кенгайган УЎЙ билан меъда ости бези (МОБ) йўлининг ўзаро муносабатларига боғлиқ. Кистоз кенгайган ўт йўллари бўшлиғига МОБ йўли очилса билиар-панкреатик киста ҳосил бўлади. МОБ ширасининг киста бўшлиғига тушиши ферментатив холецистохолангит ривожланишига олиб келади, киста бўшлиғида димланиш ва сафронинг оқиб кетишидаги қийинчилик эса панкреатитни ривожлантиради. Алоҳида симптомларнинг даврий равишда кам учраши, уларнинг қисқа уйғунлашувидан то турғун белгилардан бирининг аниқ устунликка эга бўлиши ёки клиник учлик тарзида намоён бўлиши ушбу касалликка хос ҳисобланади.

Клиник кўринишлар полиморфлиги касалликни аниқлашда қийинчиликларни юзага келтиради. Ортиқча баҳо бериш, бир ёки бир нечта симптомларни нотўғри шарҳлаш ноаниқ ташхис қўйишга, нотўғри даво чораларининг қўлланилишига ва асоратларнинг пайдо бўлишига олиб келади. 71 (93,4%) нафар болада турли асоратлар, шундан 20 (28,2%) нафарида асоратларнинг қўшилиб келиши қайд этилди. Асоратлар характери ва оғирлиги болаларнинг ёши ва кистоз кенгайиш турига боғлиқ бўлди.

Тадқиқотларимиз шуни кўрсатдики, ўхшаш клиник белгилар мавжудлигида ташхис қўйилмаган беморларни ўт йўллари кистоз нуқсонларини аниқлаш учун махсус текширувлар ўтказиш мақсадга мувофиқ. Киста ёки УЎЙнинг меъёрдан ортиқ кенгайишида суст кечадиган перитонит мавжудлиги билиар йўлларда перфорация юзага келиш хавфи юқорилигини ҳисобга олиш зарур. Кистоз кенгайишнинг атипик шаклларида ва умумий ҳамда панкреатик йўлларнинг патологик қўшилишида холелитиаз, жигар ташқи ўт йўлларида деструктив ва склеротик ўзгаришлар, ҳамда киста ёрилиши ёки сохта панкреатобилиар киста шаклланиши учун қўлай шароит юзага келади.

Жигар ва ЎАЙнинг УТТ ЎЙККни ташхислашнинг скрининг усули ҳисобланади. Ўхшаш касалликлар (жигарнинг паразитар ва солитар кисталари) билан дифференциал ташхислашни яхшилаш, шунингдек УТТнинг сезгирлиги ва ўзига хослигини ошириш учун 76 бемордан 53 нафарида (69,7%) “ўт ҳайдовчи нонушта”дан олдин ва кейин динамик функционал эхохолецистография ўтказилди. ЎП ёки кистанинг ўлчами ва шаклини ўзгариши (ёки иккаласидан биттаси) кўринишидаги қисқариши ЎЙККда усулнинг ўзига хослик томонларини оширади (1 - расм).

Операциядан олдинги текширувлар натижалари кистоз кенгайишнинг шаклини, ҳажмини турлилигини ва жигардан ташқи ва жигар ичи ўт йўллари бўйлаб жойлашишини кўрсатди.

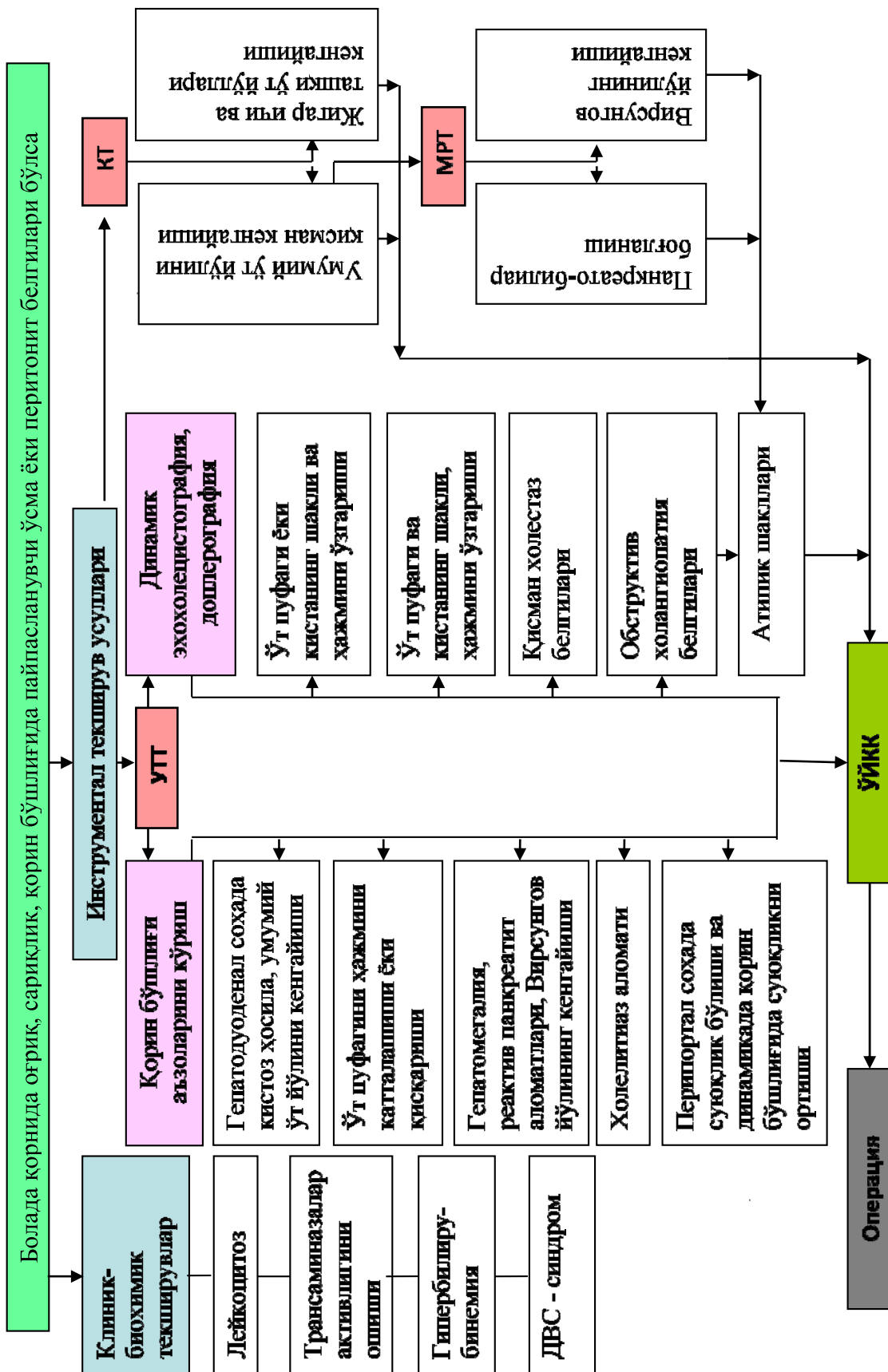


1-расм. Ўт ҳайдовчи нонуштадан олдин(а) ва кейин(б) холедохнинг цилиндрсимон кистоз кенгайиши. ЎПнинг қисқариш даражаси 71,5 %, кистоз кенгайган холедохнинг қисқариш даражаси 18 %. Бемор Х., 5 ёш. КТ №1523.

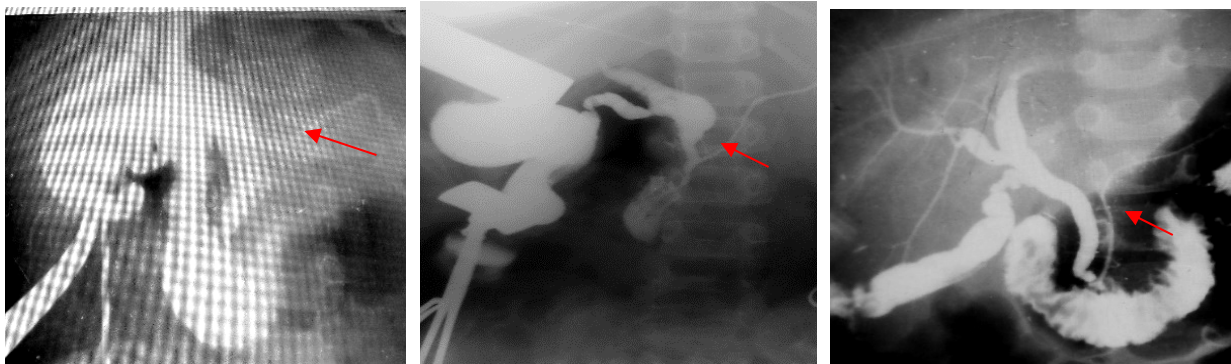
ЎЙКК якуний ташхисини қўйиш ва рационал хирургик ёндашувни танлаш учун ишлаб чиқилган диагностик алгоритмга мувофиқ ўтказилган операциядан олдинги текширувлар ва ИОХГ натижалари ҳал қилувчи аҳамиятга эга (2- расм).

Ишлаб чиқилган диагностик алгоритм ЎЙКК, касалликнинг турли шакллари аниқлаш ҳолатларининг кўпайишига ва беморларда оптимал даволаш тактикасини танлаш имконини берди. 1979-2004 (25 йил) йилларда холедох кисталари 26 (34,2%) ҳолатда ташхисланган бўлса, 2005-2016 (11 йил) йиллар мобайнида - 50 (65,8%) ҳолатда аниқланган. Асосий гуруҳда ЎЙККнинг операциядан олдинги тўғри ташхис қўйилиши назорат гуруҳига – 42,3% (26 нафар бемордан 11 та) нисбатан 90% ни (50 нафар бемордан 45 та) ташкил этди.

Якуний ташхис ва операцияни тугаллаш усули ИОХГ ёрдамида аниқланди ва у операция қилинган 74 бемордан 63 (81,5%) нафарида бажарилди. Мазкур текширув операциядан олдинги УТТ ва КТ текширувлари натижаларини батафсил аниқлаштиради, кистоз ҳосила шакли, ўлчамлари, жигар ички ва ташқи ўт йўллари кенгайиш характерини, бўлак ўт йўллари кенгайишининг симметриклигини ва киста ичига очиладиган қўшимча аномал ўт йўллари аниқлаш имконини беради. Холангиографияда 74 та операция қилинган боладан 5 нафарида (6,8%) умумий ўт ва панкреатик йўллари билан билиар-панкреатик киста шаклланиши билан биргаликдаги ўзаро муносабатлари вариантлари ҳақида қимматли маълумотлар олинди (3-расм).



2-расм. ЎЙҚКнинг диагностика алгоритми.



3-расм. Билиар-панкреатик кисталар ИОХГси (Вирсунгов йўли кўрсатилган)

Кечишига кўра: а) асоратланмаган (n=5); б) асоратланган (n=71): (киста деворининг ёрилиши ёки шиллиқ пардасининг йиртилиши – 6; киста хосиласининг йиринглаши – 1; тош ҳосил бўлиши – 11; жигар фаолиятининг бузилиши – 22; холангит – 12; панкреатит – 7; механик сариклик – 11; киста билан ён атрофдаги аъзоларнинг қисилиши – 1).

Шаклига кўра: копсимон (n=14); цилиндрсимон (n=25); урчуқсимон (n=17); шарсимон (n=20).

УЎЙ терминал бўлимининг ҳолатига кўра:

а) стенозсиз кистоз кенгайиш (n=47);

б) стенозли кистоз кенгайиш (n=16).

Кенгайишнинг билиар трaкти бўйлаб тарқалганлигига кўра:

1) локал кистоз кенгайиш (n=17): а) УЎЙ алоҳида сегментлар давомийлигида кистоз кенгайиши (n=9); б) УЎЙ тотал кистоз кенгайиши (n=8).

2) нолокал кистоз кенгайиш (n=38): а) умумий ўт ва жигар йўллари (n=25); б) умумий ўт ва пуфак йўли (n=5); в) жигар барча ташқи ўт йўллари (n=8).

3) жигар ташқи ва ички ўт йўллариининг диффуз кистоз кенгайиши (n=19): а) симметрик (n=8); б) носимметрик (n=11).

Панкреатобилиар трaкт анатомиясига кўра:

а) билиар кисталар (n=69);

б) билиар-панкреатик кисталар (n=5).

ЎЙККни келтирилган кўринишда тақсимлаш диагностик тактикани танлаш, операция олди тайёргарлиги, операция техникаси ҳарактерини белгилаб олиш имконини беради.

Диссертациянинг “**Болаларда ўт йўллари кистоз кенгайишини хирургик усулда даволаш**”, деб номланган тўртинчи бобида хирургик тактика баён этилган. 74 бемордан 61 (82,4%) нафарида бирламчи операциялар бизнинг клиникамизда ўтказилди; 13 (17,6%) нафар бемор бошқа даволаш муассасаларида ўтказилган бирламчи операциялардан кейин ётқизилган. 62 (83,8%) беморда оператив жарроҳлик аралашувлари режали асосда; 6 (8,1%) беморда шошилинч равишда ва 6 (8,1%) нафарида шошилинч-режали равишда бажарилган.

Бирламчи ёки такрорий операция қилинадиган беморлар учун хирургик тактика индивидуал равишда ИОХГ натижалари, йўлдош касалликлар фониди юзага келадиган асосий касаллик асоратларини ҳисобга олган ҳолда белгиланди. Ташхис қўйилганда хирургик тактика бемор ҳолати оғирлик даражасига ва кистоз кенгайиш шаклларига кўра белгиланади. Клиникада 2005-2016 йиллар мобайнида операция қилинган 49 (66,2%) бемор (асосий гуруҳ) ва 1979-2004 йиллар мобайнида операция қилинган 25 (33,8%) (такқослаш гуруҳи) бемордаги операция характери 4-жадвалда келтирилган.

4-жадвал

Беморларнинг асосий ва такқослов гуруҳларида ўтказилган операциялар тури (n=74)

		Асосий гуруҳ n=49		Такқослов гуруҳи n=25	
		Абс.	%	Абс.	%
1	Ноадекват операциялар* n=5	2	4,1	3	12
2	Кистани ташқи дренажлаш n=26	17	34,7	9	36
3	Ички дренажлаш операциялари n=43	30	61,2	13	52
	Жами	49	100	25	100

Изоҳ: * паллиатив аралашувларга киритилган

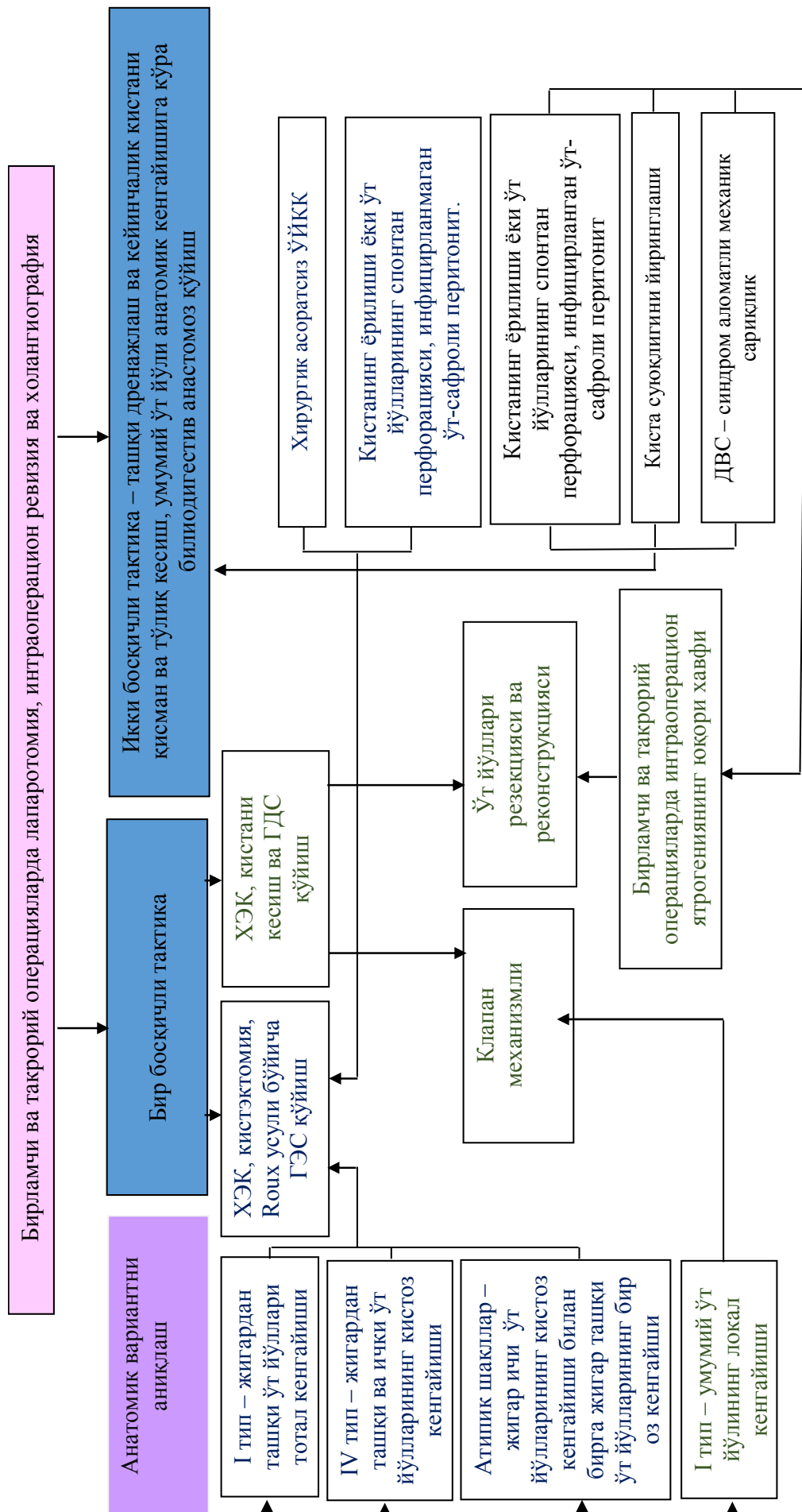
Бошқа даволаш муассасаларида “ўт қопининг ривожланиш аномалиялари” хато ташхиси бўйича ўтказилган операциялар ноадекват, деб ҳисобланиб, бунда УЎЙ кистаси аниқланмаган ва холецистэктомия (ХЭК) (1), ўт қопи атрофидаги битишмаларни бартараф этиш (1) кистоз-ўзгарган УЎЙга жарроҳлик аралашувисиз амалга оширилган. 7 нафар бола жигар эхинококкози бўйича операция қилинган, ЎЙКК операция пайтида аниқланган. Хирургнинг билиар кисталарни радикал даволаш борасида тажрибаси йўқлиги сабабли операциялар ўт-сафронинг ташқарига оқизилиши билан яқунланган.

УЎЙ кисталарида ташқи дренажлаш амалиёти 26 (35,1%) беморда ўтказилган. Бошқа даволаш муассасасидан келган 8 (10,8%) беморда асосан янглиш операция олди ташхиси сабабли кистостомия бажарилган. Кистани ташқи дренажлашга мутлоқ кўрсатмалар 74 бемордан 18 нафариди (24,3%) қўйидаги ҳолатларда берилган: обструктив холангиопатиялар, жигар етишмовчилиги ҳолатлари билан оғриган 9 (50%) нафар янги туғилган чақалоқ ва 6 ойликкача бўлган болаларда; яққол ифодаланган механик сариқлик, қон ивишининг кескин бузилиши қайд этилган 11 ойликдан 8,5 ёшгача бўлган 6 (33,3%) болада; ўт-сафроли перитонит билан асоратланган кистанинг ёрилиши - 3 болада (16,7%). Ўт-сафрони ичакка оқишини кистани кесиб ёки қисман кесиб бажаришнинг турли усуллари 62 (83,8%) беморда бажарилган.

Роух усули бўйича ГЭС операцияларида овқат ҳазм қилиш физиологияси бузилади, чунки ўт-сафро ЎИБИга тушмайди. Ўт йўллариининг 1,5 см гача диаметрдаги ва киста девори қалинлиги нормал бўлган цилиндрик кенгайишларида клапанли механизм билан гепатико- ёки холедоходуоденостомия қўйиш бажарилди (IAP 04889-сон ихтиро учун патент, 2014й.). Ушбу жарроҳлик амалиётида жигар ташқи кистоз кенгайган

ўт йўллариининг ўзгарган бўлимлари қисман кесилади, унинг деворидан елкан кўринишида ЎИБИ тирқишида осилиб турувчи ва овқат ўтаётганда аностамоз ўзанини ёпиб турувчи клапан ҳосил қилинади. Жигар ташқи ўт йўллари қисмларининг ЎИБИга ўт-сафро таркибини йўналтириш бўйича бурчак остида тахланиши ўт-сафрони эркин оқишини таъминлайди, массив дуоденобилиар рефлюкс пайдо бўлишига тўсқинлик қилади. УЎЙнинг дистал қисмини беркитилиши анастомоз ости соҳада турли асоратларнинг пайдо бўлишига сабаб бўлувчи “кўр қопча” шаклланишининг олдини олиш имконини беради.

Материал таҳлили бемор умумий ҳолати, лаборатор ва инструментал текширув усуллари натижалари, эҳтимолий асоратлар, аввал ўтказилган оператив аралашув ҳолатини ҳисобга олган ҳолда индивидуал даволашнинг мақсадга мувофиқлигини кўрсатди Биз ЎЙКК билан оғриган болалар учун хирургик тактиканинг қуйидаги алгоритмини таклиф қиламиз (4-расм).



4-расм. Болаларда ЎЙКК хирургик тактика алгоритми.

ХУЛОСА

1. ЎЙККнинг энг кўп кузатиладиган анатомик шакллари асоратларсиз (6,6%) ёки асоратлар (93,4%) билан кечадиган I (72,4%) ва IV (25%) турлари ҳисобланади. Кистоз кенгайиш ўлчамлари, УЎЙнинг МОБ йўли билан ўзаро муносабати, панкреатикобилиар тизимидаги яллиғланиш, функционал бузилишлар ва органик ўзгаришлар ифодаланиши касалликнинг клиник намоён бўлиши ва кечишини белгилаб беради.

2. Янги туғилган чақалоқлар ва эрта кўкрак ёшидаги болаларда ЎЙКК 21,1% ҳолатда ҳомиладорлик даврида гепатобилиар тизимнинг зарарланиши сабабли юзага келадиган жигарнинг обструктив холангиопатия кўринишидаги декомпенсацияланган бузилишлари фонида кечади, бу эса даволаш натижаларига салбий таъсир этмасдан қўймайди.

3. Операциядан олдинги даврдаги хатолар ва турли асоратлар ривожланиши аниқ симптоматика йўқлиги, клиник белгиларнинг ўзига хос динамиклиги, турли мутахассислик шифокорларининг ўт йўллари кистоз нуқсонлари борасида етарлича ҳушёрлик ва маълумотга эга эмаслиги билан боғлиқ.

4. ЎЙККнинг клиник-анатомик шакллари ташхислаш ва хирургик тактикани аниқлашда операциядан олдинги комплекс текширувлар (УТТ, КТ) ва ИОХГ натижалари ҳал этувчи аҳамиятга эга. «Ўт ҳайдовчи нонушта»ли функционал динамик эхохолецистография операциядан олдинги ташхиснинг самарадорлигини оширади.

5. Тотал кистэктомия, Roux усули бўйича ГЭС (55 радикал операция қилинган беморлардан 80%) амалиётини қўллаш танлов усули ҳисобланади. Жигар ташқи ўт йўллариининг 1,5 см гача бўлган локал (цилиндрик) кенгайишларида (55 радикал операция қилинган беморлардан 9,1%) кистани кесиш ва ўт-сафрони ЎИБИга йўналтириб, ЎИБИ ичида елкан кўринишидаги осма клапанли проксимал холедохо- ёки гепатикодуоденоанастомоз яратиш мақсадга мувофиқ саналади.

6. Ўлим ҳолатлари кўрсаткичининг 8% (1979-2004 й.) дан 4% гача (2005-2016 й.), асоратларни 64% (1979-2004 й.) дан 34,7% гача (2005-2016 й.) пасайиши, 96,6% беморда яхши ва қониқарли натижаларнинг қайд этилиши таклиф қилинаётган диагностика ва оператив тактикани самарадорлигидан далолат беради. Асосий гуруҳда ЎЙККни операция олди тўғри ташхисоти таққослов гуруҳига – 42,3% (26 бемордан 11 та) нисбатан 90% ни (50 бемордан 45 та) ташкил этди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.27.06.2017.Tib.49.01 при
РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ ИМЕНИ
АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА и ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ по ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ЯКУБОВ ЭРКИН АМОНГЕЛДИЕВИЧ

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ
НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У ДЕТЕЙ**

14.00.35 – Детская хирургия

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

ТАШКЕНТ - 2018

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №B2017.1.PhD/Tib144.

Диссертация выполнена в Ташкентском педиатрическом медицинском институте.

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

Научный руководитель: **Эргашев Насриддин Шамсиддинович**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Алиев Махмуд Муслимович**
доктор медицинских наук, профессор

Акбаров Миршавкат Миролимович
доктор медицинских наук

Ведущая организация: **Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г.Москва, Россия**

Защита состоится «__» _____ 2018 г. в ____ часов на заседании Научного Совета DSc.27.06.2017.Tib.49.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова и Ташкентской медицинской академии (Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули,10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за № 42). Адрес: 100115, г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2018 года.
(реестр протокола рассылки № ____ от _____ 2018 года).

Ф.Г. Назиров

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

А.Х. Бабаджанов

Ученый секретарь научного совета по присуждению
ученых степеней, доктор медицинских наук

А.В. Девятов

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. По данным Всемирной организации здравоохранения «аномалии органов пищеварения составляют до 20-25% всех врожденных пороков развития и являются актуальной проблемой детской гастроэнтерологии, что выводит эту патологию в разряд социально-значимой проблемы»¹. «Частота встречаемости кистозных расширений желчных протоков (КРЖП) колеблется 1 случай на 13000 - 2 миллиона населения в различных странах мира и составляет около 1% от всех неопухолевых заболеваний желчных протоков»². Однако в последнее время крайне редкая встречаемость патологии опровергается сообщениями об учащении случаев обнаружения её среди детей и взрослых. Трудности клинической диагностики обуславливают несвоевременное выявление и нерациональное лечение этих заболеваний, что нередко приводит к развитию холецистита, холангита и панкреатита. Несмотря на внедрение в клиническую практику современных методов диагностики, до сих пор наблюдаются случаи позднего выявления данной патологии с развитием осложнений, также отсутствуют адекватные диагностические критерии для подтверждения связи клинической картины кистозных расширений с анатомическими формами данной патологии.

С целью совершенствования диагностики, улучшения качества хирургического лечения КРЖП у детей в мире проводится целый ряд целенаправленных научных исследований, в том числе изучение причин поздней диагностики, возникновения осложнений, диагностических и тактических ошибок при КРЖП у детей с разработкой эффективных мер их профилактики. В настоящий период все большее внимание уделяется анализу эффективности различных оперативных вмешательств с определением оптимальной тактики и способа хирургического лечения в зависимости от размеров и анатомической формы КРЖП у детей, что в свою очередь позволяет улучшить качество оказываемой медицинской помощи. В соответствии с вышеизложенным, данная научно-исследовательская работа посвящена улучшению качества диагностики и результатов хирургического лечения детей с КРЖП путём оптимизации диагностической верификации с учётом анатомо-физиологического состояния внепеченочных желчных протоков и выбора оптимальной лечебной тактики.

В настоящий период одной из приоритетных задач отечественного здравоохранения является осуществление масштабных мероприятий по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению высокотехнологичной специализированной медицинской помощи. Решение данной проблемы тесно связано с пятью приоритетными направлениями развития Республики Узбекистан на 2017–

¹ World Health Organization. Pediatric gastroenterology: fact sheet no. 12. World Health Organization website, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs12/en>, accessed February 14

² Ma W, Tan Y, Shrestha A, Li F, Zhou R, Wang J, Hu H, Yang Q. Comparative analysis of different hepatico-jejunostomy techniques for treating adult type I choledochal cyst. // Gastroenterol Rep (Oxf). 2018 Feb;6(1):54-60.

2021 годы, направленных на «снижение уровня заболеваемости и смертности среди населения»³. Реализация данных задач, в том числе, по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи детям, улучшение результатов хирургического лечения детей с КРЖП на основе оптимизации диагностики, тактики и способа операции, является одним из актуальных направлений для исследования.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» за № УП-4985 от 16 марта 2017 года, Постановлением Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за № ПП-3071 от 20 июня 2017 года, а также другими нормативно-правовыми документами, принятыми в данной сфере.

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

Степень изученности проблемы. КРЖП - одна из редких аномалий развития билиарного тракта, поражающая как внепеченочные, так и внутripеченочные желчных протоков. Внедрение высокоинформативных методов диагностики «существенно улучшило диагностику пороков развития желчевыводящих протоков (ЖВП) у детей» (Berger Y⁴). По мнению Francesca Pecchini⁵ «отсутствие четких клинических проявлений затрудняет постнатальную диагностику, в результате возникают осложнения в виде холангита, панкреатита, механической желтухи, желчного перитонита, холедохолитиза, развития билиарного цирроза печени и холангиокарциномы». Отсутствие единого подхода к выбору объема операции при кистах желчных протоков требует дальнейшего изучения и оценки отдаленных результатов различных оперативных вмешательств (Quintana A⁶). В связи с этим, улучшение диагностики КРЖП и определение оптимальной хирургической тактики в отношении пациентов с кистами желчных протоков представляется актуальной и требующей дальнейшего изучения проблемой.

Лечение КРЖП – только хирургическое. При этом существует несколько видов операций. Вопрос выбора оптимального, радикального хирургического лечения пациентов с КРЖП также остается актуальным. Со стороны многих ученых подтверждена целесообразность радикального иссечения кисты с

³ Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. N УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

⁴ Berger Y., Superina R.A., Zbar A. et al. A case series of congenital hepatic hilar cyst: recommendations for diagnosis and management. The Israel Medical Association journal. – 2015. – Vol. 17 (1) – P. 32–36.

⁵ Francesca Pecchini, Barbara Catellani, Sara Acciuffi, Roberta Gelmini: Choledochocoele: Choledochal Cyst Or a Distinct Entity? Gastroenterology and Hepatology. - 2017. - Vol.2 - №1. - P. 1 – 8.

⁶ Quintana A, Sathyanarayana SA. Type VI Choledochal Cyst: An Unusual Case of a Bile Duct Anomaly. // Am Surg. 2018 Mar 1;84(3):462-465.

формированием гепатикоэнтеростомии (ГЭС) по Roux. Исследователями из университета Майами во главе с Banks JS⁷ проведен сравнительный анализ вариантов билиарной реконструкции после иссечения кистозно измененных желчных протоков у 40 пациентов. Проведенные исследования показали, что «методом выбора реконструкции ЖВП является наложение ГЭС на изолированной по Roux петле тонкой кишки». Большим клиническим материалом по этому направлению располагает РСНПМЦХ им. академика В. Вахидова и под руководством академика Ф.Г. Назирова⁸ обобщены опыт клиники по диагностике и в лечении КРЖП у взрослых пациентов. В РНЦЭМП во главе Х.А. Акилова⁹ ведется исследования по профилактики рубцового стеноза билиодигестивного анастомоза (БДА) у детей и взрослых при иссечении кисты общего желчного протока (ОЖП) с использованием металлического каркаса.

Проведенный анализ литературных данных свидетельствует о том, что результаты хирургического лечения детей с КРЖП заметно улучшились, при этом, основной актуальной и определяющей проблемой остаются разработка современной доктрины тактических подходов комплексного лечения детей с оценкой результатов и определением перспектив развития данного хирургического направления, что требует дальнейшего совершенствования лечебно-диагностической тактики.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках фундаментального научного проекта Ташкентского педиатрического медицинского института №01980006703 «Совершенствование диагностики, лечения и методов профилактики врожденных и приобретенных заболеваний у детей» (2015-2017г.).

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения детей с кистозными расширениями желчных протоков на основе оптимизации диагностики, тактики и способа операции.

Задачи исследования:

определить варианты клинического течения и анатомические формы КРЖП у детей;

изучить причины поздней диагностики, возникновения осложнений, диагностических и тактических ошибок при КРЖП у детей и разработать эффективные меры их профилактики;

оценить эффективность различных методов диагностики и усовершенствовать способ ультразвуковой диагностики КРЖП у детей;

⁷ Banks JS, Saigal G, D'Alonzo JM, Bastos MD, Nguyen NV. Choledochal Malformations: Surgical Implications of Radiologic Findings. // AJR Am J Roentgenol. 2018 Apr;210(4):748-760.

⁸ Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Асабаев А.Ш. и др. Выбор метода диагностики и тактики хирургического лечения при кистозном расширении внепеченочных желчных путей// Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2002. – №4. – С. 39-42

⁹ Акилов Х.А., Матякубов Х.И., Ли Э.А. Современные аспекты хирургического лечения врожденных кистозных трансформаций желчевыводящих путей у детей// Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2014. – №3. – С. 6.

разработать алгоритм диагностики и оптимизировать диагностические методы при КРЖП у детей;

проанализировать эффективность различных оперативных вмешательств, определить оптимальную тактику и способ операций в зависимости от размеров и анатомической формы КРЖП у детей;

разработать и внедрить в практику способ наложения клапанного гепатико- или холедоходуоденального анастомоза при радикальном иссечении кист внепеченочных желчных протоков;

Объектом исследования явились 76 детей с КРЖП, а также 4 детей с заболеваниями, которые симулировали данную аномалию (солитарная киста печени – 2, удвоение желчного пузыря (ЖП) – 1, водянка ЖП – 1), пролеченных в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института за период с 1979 по 2016 годы.

Предмет исследования составляют комплексная оценка соматического статуса детей и анатомо-функционального состояния органов пищеварительного тракта на этапах хирургического лечения

Методы исследований. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, лабораторные, инструментальные (ультразвуковые, рентгенологические, КТ, МРХПГ, эндоскопические методы исследования), морфологические и статистические методы исследований.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

разработан новый способ хирургического лечения кистозных расширений желчных протоков у детей, позволивший улучшить качество оказываемой помощи и сократить частоту осложнений;

систематизированы данные о различных вариантах клинического течения, применения вспомогательных методов диагностики и интраоперационной холангиографии, а также выделены анатомические формы кистозных расширений желчных протоков у детей;

установлено, что клинические проявления, течение кистозных расширений желчных протоков и характер осложнений зависят не только от формы и размеров кистозного расширения, но и изменений в печени (врожденного или приобретенного характера); взаимоотношений кистозно-трансформированных желчных протоков с протоком поджелудочной железы;

обоснован оптимальный подход к хирургической коррекции при осложненных и неосложненных формах кистозных расширений желчных протоков с определением показаний к радикальной или частичной резекции кисты, различным способам внутреннего дренирования или наружного отведения желчи посредством кисто- или холецистостомы.

Практические результаты исследования:

проведенный анализ показал целесообразность комплексных до- и интраоперационных исследований вариантов анатомии желчных протоков для верификации клинико-анатомических форм КРЖП: установлена высокая информативность функциональной эхохолецистографии в

дифференциальной диагностике КРЖП с солитарными и паразитарными кистами печени;

внедрение в практику наложения клапанной гепатикодуоденостомии (ГДС) позволяет уменьшить явления дуодено-билиарного рефлюкса с обеспечением оттока желчи в двенадцатиперстную кишку (ДПК);

анализ диагностических и тактических ошибок, причин осложнений позволили разработать методологию, основанную на улучшении качества ранней диагностики и тактики хирургического лечения детей с КРЖП.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов исследования подтверждена данными объективных клинических, лабораторных, ультразвуковых, рентгенологических, компьютерно-томографических, эндоскопических исследований и их статистическим анализом. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость полученных результатов исследования заключается в том, что обобщены современные позиции в аспекте диагностики и хирургического лечения детей с КРЖП. Обоснована оптимальная тактика при осложненных и неосложненных формах КРЖП с определением показаний к радикальной или частичной резекции кисты, различным способам внутреннего дренирования или наружного отведения желчи посредством кисто- или холецистостомы. В работе доказаны целесообразность выполнения, физиологичность и эффективность разработанных методов хирургического лечения при КРЖП с отведением желчи в ДПК; дифференцированных подходов к различным способам операции в зависимости анатомической формы кистозного расширения. Полученные результаты обобщены в научно-обоснованных рекомендациях для профильных лечебно-профилактических учреждений, могут быть использованы в целях совершенствования содержания и структуры программы обучения магистров и клинических ординаторов по диагностике и лечению детей с КРЖП.

Практическая ценность работы заключается в том, что разработан алгоритм ранней диагностики КРЖП, позволяющий улучшить раннее выявление данной патологии у детей. Подтверждена необходимость ранней комплексной диагностики КРЖП с применением УЗИ, КТ и интраоперационной холангиографии (ИОХГ). Доказано, что функциональная эхохолецистография с «желчегонным завтраком» повышает чувствительность и специфичность методов. Систематизация клинических проявлений, данных вспомогательных методов исследований, анатомических вариантов кистозного расширения позволяет оптимизировать раннюю диагностику и хирургическую коррекцию при КРЖП у детей. Разработаны показания и предложены оптимальные способы хирургической тактики при различных вариантах и осложнениях кистозного расширения у первично и

повторно оперируемых больных. Предложенный способ операции позволил обеспечить физиологический пассаж желчи в ЖКТ и раннее восстановление моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению результатов диагностики и лечения детей с кистозными расширениями желчных протоков:

разработан «Способ хирургического лечения кистозных расширений холедоха у детей» (патент IAP 04889, 2014г.). Предложенный способ позволил улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения детей с кистозными расширениями желчных протоков;

разработаны методические рекомендации «Оптимизация диагностики кистозных трансформаций желчных протоков у детей», а также «Совершенствование способов операций при кистозных аномалиях внепеченочных желчных протоков у детей» (справка Министерства здравоохранения № 8 н-д/24 от 9 февраля 2018 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить качество диагностики КРЖП и снизить частоту послеоперационных осложнений;

полученные научные результаты диссертационной работы по улучшению результатов диагностики и лечения детей с КРЖП внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности центра неонатальной хирургии Республиканского Перинатального Центра, а также в деятельность детского хирургического отделения ГКДХБ №2 (справка Министерства здравоохранения № 8 н-д/24 от 9 февраля 2018 года). Внедрение полученных результатов в практику здравоохранения позволило повысить возможности ранней диагностики КРЖП, улучшить непосредственные и отдалённые результаты лечения. Количество послеоперационных осложнений сократилось с 64% до 34,7% и летальных исходов с 8% до 4%.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены, в том числе, на 3 международных и 4 республиканских научно-практических конференциях.

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 31 научных работ, в том числе 9 журнальных статей, 7 из которых в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырёх глав, заключения, выводов, списка цитированной литературы и приложений. Объем текстового материала составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, приводится научная новизна и научно-практическая значимость результатов,

представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и краткой структуре диссертации.

В первой главе «**Общие и актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения кистозного расширения желчных протоков у детей**» изложен анализ литературных данных, посвящённых общим и актуальным вопросам КРЖП, аспектам этиологии и патогенеза, клинико-анатомическим формам кистозного расширения, диагностики и хирургической коррекции данного порока. Проанализированы дискуссионные вопросы, требующие дальнейших разработок.

Во второй главе «**Общая характеристика клинического материала и методов обследования**» представлены материалы и методы исследования. Работа основана на анализе диагностики и результатов лечения 76 больных (60 девочек и 16 мальчиков) с КРЖП, а также с заболеваниями, которые симулировали данную аномалию (солитарная киста печени – 2, удвоение ЖП – 1, водянка ЖП – 1), лечившихся в клинических базах (отделение плановой и экстренной хирургии ГДКБ №1, ГДХКБ №2 г. Ташкента и клиники ТашПМИ; отделение неонатальной хирургии РПЦ МЗ РУз.) кафедры госпитальной детской хирургии, детской онкологии ТашПМИ в 1979-2016 г. Возраст детей с КРЖП от 15 дней до 16 лет. Анализ клинических наблюдений показал, что КРЖП выявляются у детей различных возрастных групп в виде отдельных анатомических форм.

Больные с КРЖП распределены на две группы. 26 (34,2%) поступили в клинику в 1979-2004 годы. Данный клинический материал автор проанализировал ретроспективно (группа сравнения). 50 (65,8%) пациентов (основная группа) наблюдали в 2005-2016 годы. В их обследовании и лечении автор принимал непосредственное участие.

Распределение больных по типу кистозного расширения проведено в соответствии с классификацией Alonso-Lej F. (1959) с дополнениями Todani T. (1977) и Lilly JR. (1979) (табл.1).

Таблица 1

**Распределение больных по возрасту и типу кистозного расширения
(n=76)**

Возрастная группа	Тип I		Тип II		Тип III		Тип IV		Тип V		АФ		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Новорождённые	1	1,3	-	-	-	-	1	1,3	-	-	-	-	2	2,6
От 29 дней до 3 мес.	7	9,3	-	-	-	-	3	3,9	-	-	-	-	10	13,2
От 3 мес. до 12 мес.	6	7,9	-	-	-	-	4	5,3	-	-	-	-	10	13,2
От 1 года до 3 лет	14	18,4	-	-	-	-	2	2,6	-	-	1	1,3	17	22,3
От 3 до 7 лет	19	25	-	-	-	-	4	5,3	1	1,3	-	-	24	31,6
От 7 до 11 лет	5	6,6	-	-	-	-	3	3,9	-	-	-	-	8	10,5
Старше 11 лет	3	3,9	-	-	-	-	2	2,6	-	-	-	-	5	6,6
Всего	55	72,4			-	-	19	25	1	1,3	1	1,3	76	100

Диагностические и тактические ошибки, связанные с ними осложнения при КРЖП выявлены в 34 (44,7%) случаях. Больные поступили в клинику с различными неуточненными или несоответствующими диагнозами. Оперативное вмешательство проведено 74 (97,4%) из 76 больных с КРЖП. Один ребёнок умер до операции от выраженной печеночной недостаточности, одна с болезнью Кароли находится под наблюдением.

КРЖП диагностировали по результатам традиционных дооперационных клиничко-лабораторных и инструментальных: УЗИ, КТ, МРХПГ, рентген, ИОХГ и морфологических исследований (табл.2).

Таблица 2

Вид и количество специальных исследований, проведенных до-, интра- и в послеоперационном периоде

№	Вид исследования	До операции	Во время операции	После операции
1	Ультразвуковое	73	-	58
2	УЗИ с доплерографией	38	-	22
3	Функциональная эхохолестиохопангиография	53	-	-
4	Компьютерная томография	45	-	32
5	МРХПГ	1	-	1
6	Обзорная рентгенография брюшной полости	10	-	24
7	Контрастная рентгенография ЖКТ	8	-	22
8	ФЭГДС	12	-	28
9	Интраоперационная холангиография	-	63	-
10	Морфологическое	-	-	66

В третьей главе «Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика кистозных расширений желчных протоков у детей», освещены особенности клинического течения КРЖП у детей, представлены результаты комплексных методов исследования. Основными клиническими признаками были приступообразные боли в животе (24 – 31,6%), желтуха (14 – 18,4%), пальпируемое опухолевидное образование в брюшной полости (1 – 1,3%), различные сочетания перечисленных симптомов (30 – 39,5%) или в виде «классической триады» (7 – 9,2%) (табл.3).

Следует отметить, что частота, последовательность и степень проявления каждого из трех признаков кистозных расширений у больных выражены совершенно различно. Это обусловлено размерами и строением кистозного образования, выраженностью воспалительных изменений, функциональными нарушениями и органическими изменениями в билиарной системе, взаимоотношениями расширенного ОЖП с протоком поджелудочной железы (ПЖЖ). Когда в полость кистозно-расширенных желчных протоков открывается проток ПЖЖ, образуется билиарно-панкреатическая киста. Поступление панкреатического сока в полость кисты способствует развитию ферментативного холецистохолангита, а застой и затруднение оттока из полости кисты обуславливают развитие

панкреатита. Скудность периодических отдельных симптомов, их кратковременное сочетание до отчетливого преобладания одного из стойких признаков или клинической триады характерны для данного заболевания.

Таблица 3

Распределение больных по клиническим признакам и возрасту (n=76)

№		0-3 мес.	От 3 мес. до 12 мес.	От 1 года до 3 лет	От 3 до 7 лет	От 7 до 11 лет	Старше 11 лет	Всего
1	Боль	1	2	6	8	3	4	24 (31,6%)
2	Желтуха	8	5	1	-	-	-	14 (18,5%)
3	Пальпируемое опухолевидное образование в брюшной полости	-	1	-	-	-	-	1 (1,3%)
3	Боль + желтуха	2	1	5	12	5	1	26 (34,2 %)
4	Боль + опухолевидное образование	-	-	1	1	-	-	2 (2,6%)
5	Желтуха + опухолевидное образование	-	-	1	1	-	-	2 (2,6%)
6	Боль + желтуха + опухолевидное образование	1	1	3	2	-	-	7 (9,2 %)
	Всего	12	10	17	24	8	5	76

Полиморфность клинических проявлений обуславливает трудность в распознавании заболевания. Переоценка, неправильное толкование одного или нескольких симптомов приводят к ошибочному диагнозу, неправильным лечебным действиям и появлению осложнений. У 71 (93,4%) ребенка отмечены различные осложнения, у 20 (28,2%) из них в сочетании. Характер и тяжесть осложнений зависят от возраста детей и типа кистозного расширения.

Как показали наши исследования, при сходных клинических признаках заболевания пациенту с неустановленным диагнозом целесообразно целенаправленное обследование для выявления кистозной аномалии желчных протоков. Вялотекущий перитонит при наличии кисты или превышающем норму расширении ОЖП следует рассматривать с риском перфорации в билиарном тракте. При атипичных формах кистозного расширения и патологическом слиянии общего желчного и панкреатических протоков возникают благоприятные условия для холелитиаза, деструктивных и склеротических изменений по ходу внепеченочных желчных протоков с разрывом кисты или формированием ложной панкреатобилиарной кисты.

УЗИ печени и ЖВП является скрининг методом диагностики КРЖП. Для улучшения дифференциальной диагностики со сходными заболеваниями (паразитарные и солитарные кисты печени), повышения чувствительности и

специфичности УЗИ 53 (69,7%) из 76 больных проведена динамическая функциональная эхохолестистография до и после «желчегонного завтрака». Сокращение ЖП или кисты в виде изменения размеров и формы (или одного из них) повышает специфичность метода при КРЖП (рис. 1).

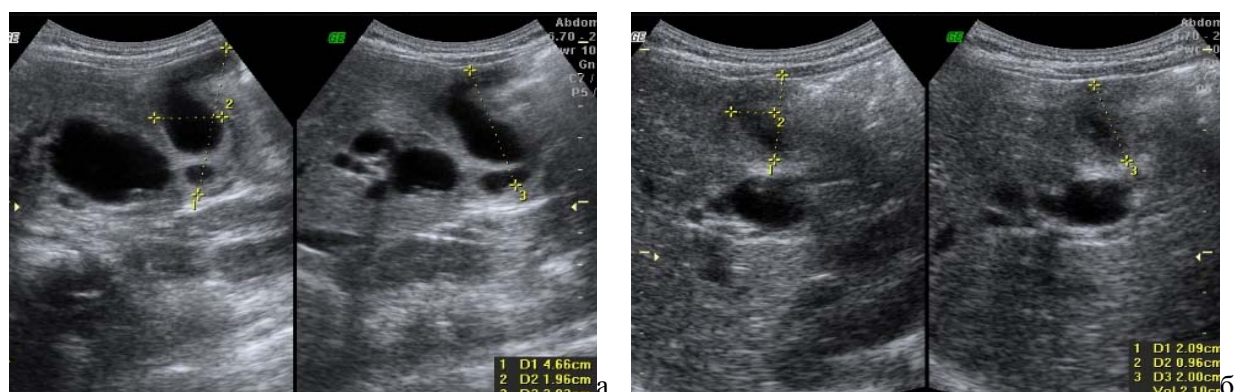


Рис. 1. УЗИ картина цилиндрического кистозного расширения холедоха до (а) и после (б) желчегонного завтрака. Степень сокращения ЖП 71,5 %, кистозно-расширенного холедоха 18 %. Больная X. 5 лет. ИБ №1523.

Данные комплексных дооперационных исследований показали неоднородность форм, размеров и протяженности кистозного расширения в пределах вне- и внутривнутрипеченочных протоков. Для постановки окончательного диагноза КРЖП и выбора рационального хирургического подхода решающее значение имеют данные дооперационных исследований, проведенных в соответствии с разработанным алгоритмом диагностики и ИОХГ (рис. 2).

Применение разработанного нами алгоритма диагностики способствовало увеличению случаев выявления КРЖП, различных форм заболеваний, позволяло выбрать оптимальную тактику лечения больных. В основной группе правильный дооперационный диагноз КРЖП составил 90% (45 из 50 больных) по сравнению с контрольной группой – 42,3% (11 из 26 больных).

Окончательный диагноз и способ завершения операции определяли с помощью ИОХГ, проведенной 63 (81,5%) из 74 оперированных больных. Данное исследование позволяет детализировать результаты дооперационных УЗИ и КТ исследований, точнее определить форму, размеры кистозного образования, характер расширения вне- и внутривнутрипеченочных желчных протоков, симметричность расширения долевых протоков и дополнительные anomальные желчные ходы, открывающиеся в просвет кистозного расширения. Более ценная информация при холангиографии получена о вариантах взаимоотношения общего желчного и панкреатического протоков с формированием билиарно-панкреатической кисты у 5 (6,8%) из 74 оперированных детей (рис. 3).

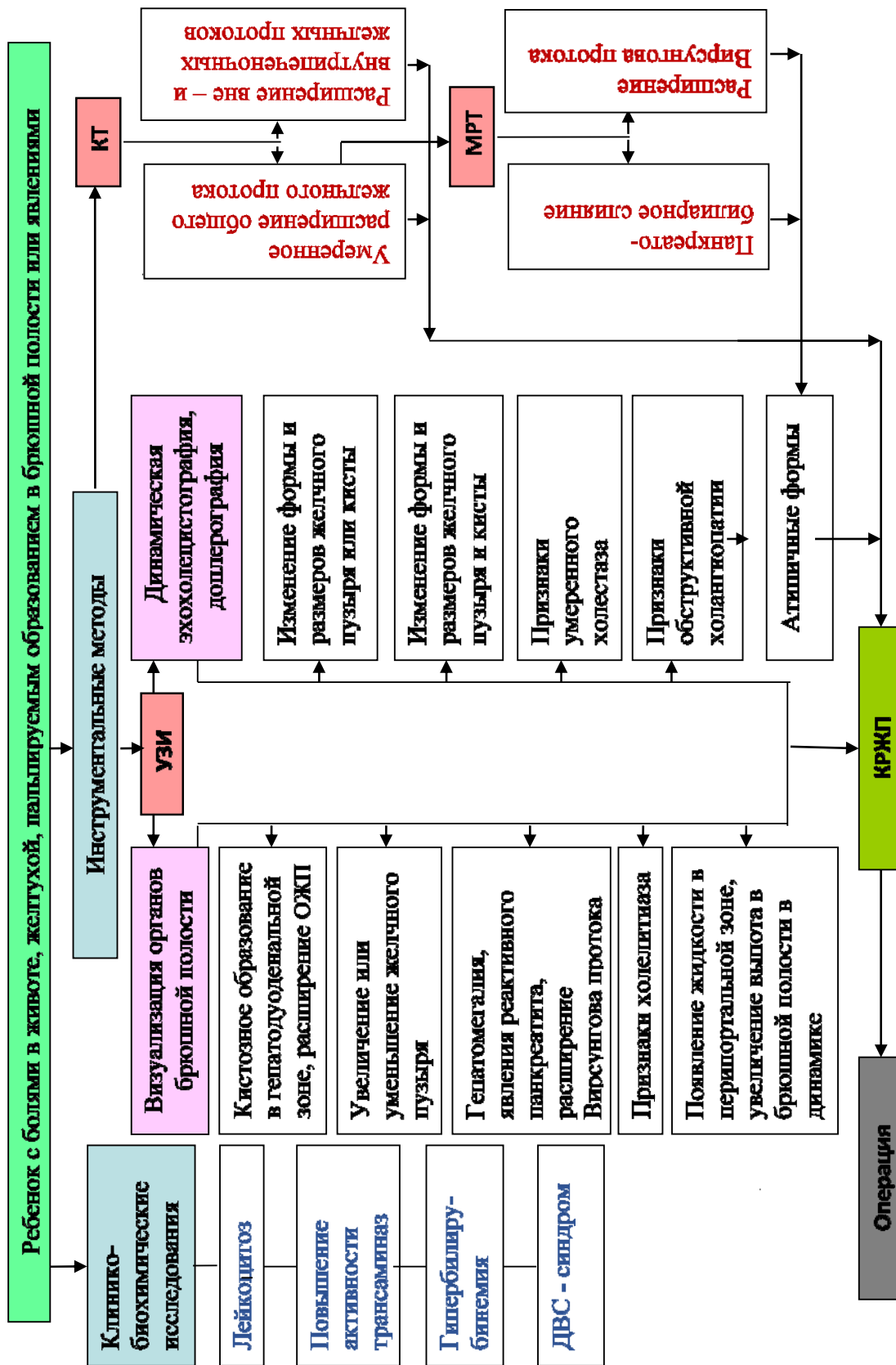


Рис. 2. Алгоритм диагностики КРЖП у детей.

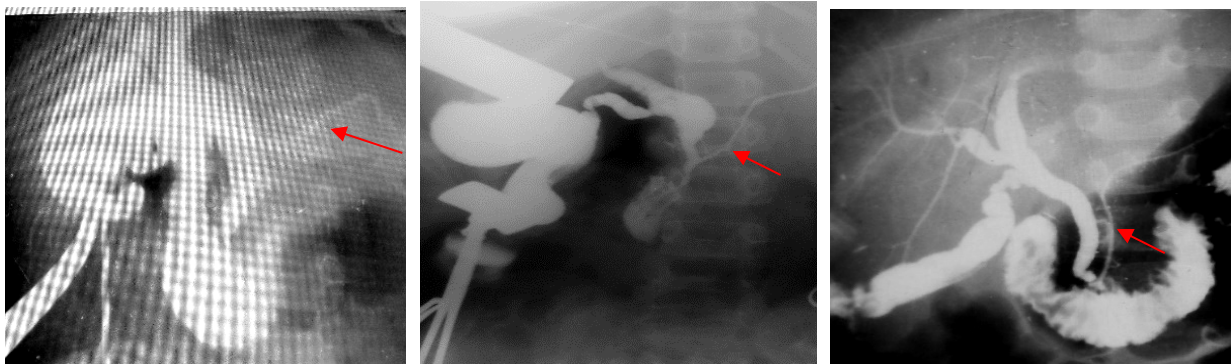


Рис. 3. ИОХГ билиарно-панкреатических кист (Вирсунгов проток обозначен стрелкой).

Комплексные дооперационные (УЗИ, МСКТ) и ИОХГ исследования показали, что кистозные расширения чаще локализовались во внепеченочном сегменте желчных протоков, были различного диаметра и протяженности в виде I и IV типов. Это коррелирует с литературными данными о редкости II, III, V и VI типов кистозных поражений билиарного тракта. Сопоставление клинических данных с результатами вспомогательных методов дооперационной и интраоперационной диагностики позволило разработать рабочую классификацию КРЖП у детей.

По течению: а) неосложненное (n=5); б) осложненное (n=71): (разрыв стенки кисты или надрыв оболочек – 6; нагноение содержимого – 1; образование камней – 11; нарушения функции печени – 22; холангиты – 12; механическая желтуха – 11; панкреатит – 7; сдавление кистой близлежащих органов – 1).

По форме: мешковидное (n=14); цилиндрическое (n=25); веретенообразное (n=17); шаровидное (n=20).

В зависимости от состояния терминального отдела ОЖП:

а) кистозное расширение без стеноза (n=47);

б) кистозное расширение со стенозом (n=16).

По распространённости расширения в билиарном тракте:

1) локализованное кистозное расширение (n=17): а) кистозное расширение ОЖП на протяжении отдельных сегментов (n=9); б) тотальное кистозное расширение ОЖП (n=8).

2) нелокализованное кистозное расширение (n=38): а) общего желчного и печеночного протоков (n=25); б) общего желчного и пузырного протоков (n=5); в) всех внепеченочных желчных протоков (n=8).

3) диффузное кистозное расширение вне- и внутривнутрипеченочных желчных протоков (n=19): а) симметричное (n=8); б) несимметричное (n=11).

В зависимости от анатомии панкреатобилиарного тракта:

а) билиарные кисты (n=69); б) билиарно-панкреатические кисты (n=5).

Распределение КРЖП в представленном виде позволяет выбрать диагностическую тактику, определить характер предоперационной подготовки и оперативной техники.

В четвертой главе «Хирургическое лечение детей с кистозным расширением желчных протоков» представлена хирургическая тактика. 61

(82,4%) из 74 больных первичные операции проведены в нашей клинике; 13 (17,6%) поступили после первичных операций, выполненных в других лечебных учреждениях. Оперативные вмешательства 62 (83,8%) больным проведены в плановом порядке; 6 (8,1%) – в экстренном; 6 (8,1%) – в срочно-плановом.

Хирургическую тактику для первично или повторно оперируемых больных определяли индивидуально с учетом данных ИОХГ, осложнений основного заболевания, возникших на фоне сопутствующих заболеваний. При установленном диагнозе хирургическая тактика зависит от тяжести состояния больного, размеров и формы кистозного расширения. Характер операций 49 (66,2%) детям, оперированным в клинике в 2005-2016 годы (основная группа) и 25 (33,8%) в 1979-2004 годы (группа сравнения) представлены в табл. 4.

Таблица 4

Операции, проведенные больным основной и группы сравнения (n=74)

		Основная группа n=49		Группа сравнения n=25	
		Абс.	%	Абс.	%
1	Неадекватные операции* n=5	2	4,1	3	12
2	Наружное дренирование кисты n=26	17	34,7	9	36
3	Операции внутреннего дренирования n=43	30	61,2	13	52
	Всего	49	100	25	100

Примечание: * отнесены к паллиативным вмешательствам

Неадекватными признаны операции, проведенные в других лечебных учреждениях с ошибочным диагнозом «аномалия развития ЖП», у которого киста ОЖП оставалась нераспознанной, произведены холецистэктомия (ХЭК) (1), устранение спайки вокруг ЖП (1) без вмешательства на кистозно-измененном ОЖП. 7 детей ошибочно оперированы по поводу эхинококкоза печени, КРЖП установлена интраоперационно. Из-за отсутствия опыта у хирурга по радикальному лечению билиарных кист операции завершены наружным отведением желчи.

Наружное дренирование при кистах ОЖП проведено 26 (35,1%) больным. 8 (10,8%) больным, поступившим из других лечебных учреждений кистостомия выполнена в основном из-за ошибочной дооперационной диагностики. Абсолютные показания к наружному дренированию кисты были у 18 (24,3% из 74) больных в следующих ситуациях: 9 (50%) новорожденным и детям до 6 мес. с обструктивными холангиопатиями, явлениями печеночной недостаточности; с выраженной механической желтухой с резкими нарушениями свертывания крови у детей в возрасте от 11 мес. до 8,5 лет у 6 (33,3%); разрыв кисты, осложнившийся разлитым желчным перитонитом у 3 (16,7%). Различные варианты отведения желчи в кишечник с резекцией или частичной резекцией стенки кисты выполнены 62 (83,8%) больным

При операции ГЭС по Roux нарушается физиология пищеварения, так как желчь не поступает в ДПК. При локализованных цилиндрических расширениях желчных протоков диаметром до 1,5 см с нормальной толщиной стенки кисты мы произвели гепатико- или холедоходуоденостомию с клапанным механизмом (патент на изобретение IAP 04889, 2014г.). При данной операции резецируются измененные отделы кистозно-расширенных внепеченочных желчных протоков, из ее стенки формируется клапан, висящий в виде паруса в просвете ДПК, прикрывающий устье анастомоза при прохождении пищи. Укладка частей внепеченочных желчных протоков под углом по направлению желудочного содержимого в ДПК обеспечивает свободный отток желчи, препятствует массивному дуоденобилиарному рефлюксу. Заглушение дистальной части ОЖП позволяет избежать образования «слепого мешка», обуславливающего возникновение различных осложнений в поданастомозном отрезке.

Анализ нашего материала показывает целесообразность индивидуального лечения с учетом общего состояния больного, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования, возможных осложнений, характера предыдущего оперативного вмешательства. Исходя из вышесказанного, мы предлагаем следующий алгоритм хирургической тактики лечения при КРЖП у детей (рис. 4).

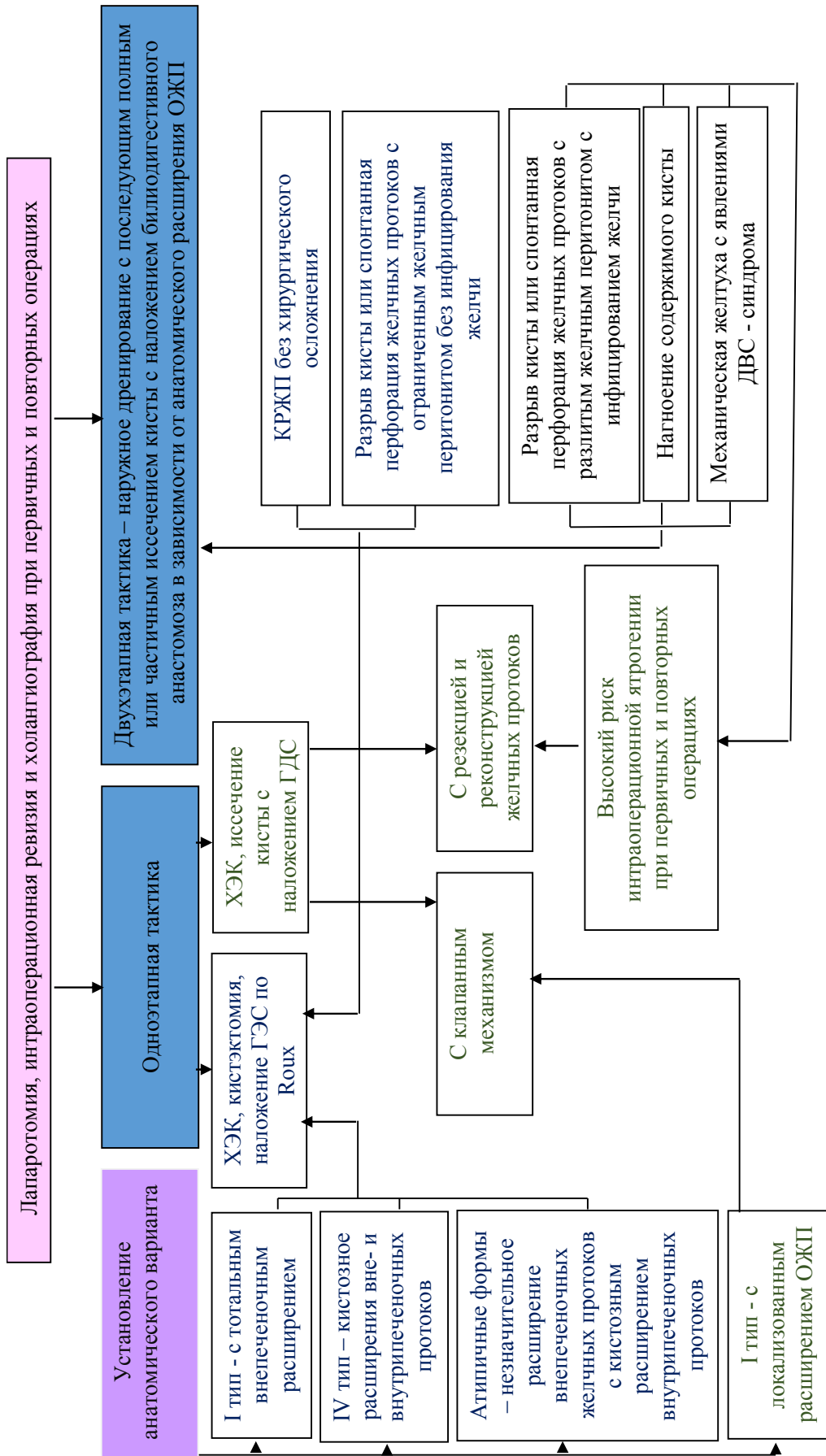


Рис. 4. Алгоритм хирургической тактики при КРЖП у детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Наиболее частыми анатомическими формами КРЖП являются I (72,4%) и IV (25%) типы поражения, протекающие без осложнений (6,6%) или с осложнениями (93,4%). Клинические проявления и течение болезни определяют размеры кистозного расширения, взаимоотношения ОЖП с протоком ПЖЖ, выраженность воспалительных, функциональных нарушений и органических изменений в панкреатобилиарной системе.

2. КРЖП у новорожденных и детей раннего грудного возраста в 21,1% случаев протекает на фоне декомпенсированного нарушения функции печени в виде обструктивной холангиопатии, обусловленной поражением гепатобилиарной системы внутриутробно, что отрицательно влияет на результаты лечения.

3. Ошибки на дооперационном периоде и возникновение различных осложнений обусловлены отсутствием четкой симптоматики, характерной динамичности клинических признаков, недостаточной осведомленностью и настороженностью врачей различных специальностей относительно кистозных аномалий желчных протоков.

4. Решающее значение в диагностике клинико-анатомических форм КРЖП и определении хирургической тактики имеют данные комплексных дооперационных (УЗИ, КТ) исследований и ИОХГ. Функциональная динамическая эхохолестистография с «желчегонным завтраком» повышает специфичность дооперационной диагностики.

5. Методом выбора является тотальная кистэктомия, наложение ГЭС по Roux ((80% из 55 радикально оперированных больных). При локализованных (цилиндрических) расширениях внепеченочных желчных протоков до 1,5 см (9,1% из 55 радикально оперированных больных) целесообразна резекция с отведением желчи в ДПК, созданием проксимального холедохо- или гепатикодуоденоанастомоза с висячим клапаном в виде паруса в просвете ДПК.

6. Снижение летальности с 8% (1979-2004 г.) до 4% (2005-2016 г.), осложнения с 64% (1979-2004 г.) до 34,7% (2005-2016 г.), хорошие и удовлетворительные результаты у 96,6% пациентов свидетельствуют об эффективности предлагаемой диагностической и оперативной тактики. В основной группе правильный дооперационный диагноз КРЖП составил 90% (45 из 50 больных) по сравнению с контрольной группой – 42,3% (11 из 26 больных).

**SCIENTIFIC COUNCIL AWARD SCIENTIFIC DEGREES
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 at REPUBLIC SPECIALIZED SCIENTIFIC and
PRACTICAL MEDICAL CENTER OF SURGERY NAMED after
ACADEMICIAN V.VAKHIDOV and TASHKENT MEDICAL ACADEMY
TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE**

YAKUBOV ERKIN AMONGELDIEVICH

**DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CYSTIC EXPANSION OF THE
EXTERNAL BILE DUCTS IN CHILDREN**

14.00.35 - Pediatric surgery

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

Tashkent – 2018

The subject of doctor of philosophy (PhD) dissertation registered by the Supreme Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic Uzbekistan in №B2017.1.PhD/Tib144.

The dissertation has been done in the Tashkent pediatric medical institute.

Abstract of the doctoral dissertation in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)) has been posted on the website of Scientific council (www.rscs.uz) and the information-educational portal «Ziyonet» at (www.ziyonet.uz).

Scientific consultant:	Ergashev Nasriddin Shamsiddinovich Doctor of Medicine, Professor
Official opponents:	Aliev Makhmud Muslimovich Doctor of Medicine, Professor Akbarov Mirshavkat Mirolimovich Doctor of Medicine
Leading organization:	The state budget educational institution of the higher professional education «Russian National Research Medical University under the name of Pirogov N.I.» Moscow, Russia

The defense will be take place on «_____» _____ 2018 at ____ o'clock at the meeting of the scientific council DSc.27.06.2017.tib.49.01 at the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov and Tashkent medical academy. (address: 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str. 10, Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov; phone: (99891) 227-69-10; fax: (99871) 227-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov (Registration number № 42), (Adress 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str., 10. Phone: (99871) 227-69-10; fax (99871) 227-26-42).

Abstract of dissertation sent out on «_____» _____ 2018 year.
(mailing report № _____ on _____ 2018 year)

F.G. Nazyrov

Chairman of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine, professor, academician

A.Kh.Babadjanov

Scientific secretary of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine

A.V. Devyatov

Chairman of the scientific seminar at the scientific council to award a scientific degrees doctor of medicine, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

The aim of the research work: to improve the results of treatment of children with cystic bile duct extensions based on optimization of diagnostics, tactics and method of operation.

The object of the research work: there were 76 children with cystic dilations of the bile ducts and 4 children with diseases, which simulate the anomaly (solitary cyst of the liver – 2, doubling the gallbladder – 1, edema the gallbladder – 1), who were treated at the clinic of Tashkent Pediatric Medical Institute for the period from 1979 to 2016.

The scientific novelty of the research work is as follows:

Methods of surgical treatment of children with cystic dilations of the bile ducts: "The method of surgical treatment of cystic expansions of common bile duct in children";

For systematized clinical data, support diagnosis and intraoperative cholangiography highlighted anatomical shape extensions cystic bile ducts in children;

It found that the clinical manifestations, for cystic dilations of the bile ducts, characterized by complications depend not only on the shape and on size of cystic expansion, but also by changes in the liver (congenital or acquired nature); relationship transformed cystic bile ducts with duct of the pancreas;

Scientifically substantiated the optimal approach to the surgical correction of uncomplicated, complicated forms of cystic dilations of the bile ducts; indications to a radical or partial resection of the cyst, various methods of internal drainage or external diversion of bile through cysto- or cholecystostomy.

Introduction of research results. According to the results of a scientific study to improve the results of diagnostics and surgical correction of cystic dilations of the bile ducts in children:

The patent of the Republic of Uzbekistan for the invention: "The method of surgical treatment of cystic expansions of common bile duct in children" (IAP 04889, 2014). The proposed method allowed improving immediate and long-term results of treatment of patients with cystic dilations of the bile ducts;

Methodical recommendations are developed "Optimizing diagnosis of cystic transformation of bile ducts in children"; "Perfection of means of operations with cystic bile duct abnormalities in children" (Letter of the Ministry of Health №8 n-d/24 of February 9, 2018). The suggested recommendations allowed to improve the quality of diagnostics of cystic dilations of the bile ducts, to reduce the frequency of postoperative complications;

The scientific results of the thesis on improving the results of diagnostics and treatment of children with cystic dilations of the bile ducts are introduced into practical healthcare activities, in particular, in the practical activities of the Republican Perinatal Center and City Children's Surgical Clinical Hospital № 2 in Tashkent (Letter of the Ministry of Health №8 n-d/24 of February 9, 2018). Implementation of the results obtained in the practice of health care will increase the possibility of early diagnosis cystic dilations of the bile ducts improve

immediate and long-term results of treatment. A postoperative complication has decreased from 64% to 34.7% and deaths - from 8% to 4%.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusions, 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. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. «Способ хирургического лечения кистозных расширений холедоха у детей». Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал Мулк Агентлиги, Тошкент, 2014 йил, ихтирога патент. UZ IAP 04889.

2. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Хирургическая тактика при кистозных аномалиях наружных желчных протоков у детей // Педиатрия. – Ташкент. – №1-2. – 2007. – С.102-106. (14.00.00, № 16)

3. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Удвоение желчного пузыря у ребенка, симулирующее кисту общего желчного протока // Хирургия Узбекистана. – Ташкент. – №1. – 2012. – С.66-68. (14.00.00, № 9)

4. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А., Эргашев Ш.Н. Выбор хирургической тактики и способа операции при кистозных трансформациях внепеченочных желчных протоков у детей // Детская хирургия. – Москва. – №3. – 2012. – С.9-12. (14.00.00, № 44)

5. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Способ операции при кистозной трансформации внепеченочных желчных протоков у детей // Хирургия Узбекистана. – Тошкент. – 2015. – №1. – С.68-73. (14.00.00, № 9)

6. Якубов Э.А., Эргашев Н.Ш. Возможности ультразвуковых исследований в диагностике и послеоперационных осложнениях при кистозных трансформациях внепеченочных желчных протоков у детей // Хирургия Узбекистана. – Тошкент. – 2015. – №4. – С.34-38. (14.00.00, № 9)

7. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Клинико-анатомические параллели при кистозных трансформациях билиарного тракта у детей // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент. – 2016. – №1. – С.74-79. (14.00.00, № 17)

8. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Роль интраоперационной холангиографии в диагностике и выборе способа операций кист желчных протоков у детей // Педиатрия. – Ташкент. – 2016. – №2. – С.79-83. (14.00.00, № 16)

9. Yakubov E.A., Ergashev N.Sh. Features of clinical picture of cystic dilatations of the biliary ducts in children // European science review. – Austria, Vienna, 2016 May-June;5-6:163-165. (14.00.00, № 19)

10. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Кистозные трансформации внепеченочных желчных протоков у детей // Педиатрия. – Ташкент. – 2016. – №4. – С.153-157. (14.00.00, № 16)

II бўлим (III часть; part II)

11. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Диагностика и лечение кистозных трансформаций внепеченочных желчных протоков у детей. Методические рекомендации. Ташкент. 2012.

12. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Оптимизация диагностики кистозных трансформаций желчных протоков у детей. Методические рекомендации. Ташкент. 2016.

13. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Совершенствование способов операций при кистозных аномалиях внепеченочных желчных протоков у детей. Методические рекомендации. Ташкент. 2016.

14. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Варианты течения и формы кистозных аномалий желчных протоков у детей// Вестник врача общей практики. – Самарканд. – 2001. – №4. – С.98-101.

15. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А., Хамидов Б.Х. Клапанная холедохоили гепатикодуоденостомия в хирургии кист внепеченочных желчных протоков у детей// Проблемы биологии и медицины. – Самарканд. – 2009. – №4(59). –С.102-103.

16. Ergashev N., Yakubov E.A., Abidov N. Instrumental diagnosis of the choledochal cysts in children// International scientific review. – USA, Boston, 2016, 7-8 february. – pp.254-257.

17. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Болаларда ўт йўллари кистоз аномалияси диагностикасидаги қийинчиликлар// Инфекция, иммунитет и фармакология. – Ташкент. –2002. – №3. – С.68.

18. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Хирургическая вмешательства при кистозных трансформациях внепеченочных желчных протоков у детей// Хирургия Узбекистана. Вахидовские чтения. – №3. – 2013. – С.100-101.

19. Якубов Э.А. Роль инструментальной диагностики при выборе оперативной тактики кистозных расширений внепеченочных желчных протоков// Хирургия Узбекистана. Вахидовские чтения. – №3. – 2013. – С.104-105.

20. Якубов Э.А. Оценка инструментальной диагностики кистозных трансформаций внепеченочных желчных протоков у детей// Вестник экстренной медицины. – Ташкент. – 2014. – №2. – С.142-143.

21. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Новый способ лечения кист холедоха у детей// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Приложение. Материалы XIII Российского конгресса "Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии", 21-23 октябрь 2014 год. – Москва. – С.115.

22. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Билиарно-панкреатические кисты холедоха у детей// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Приложение. Материалы I съезда детских хирургов России. 20-22 октябрь 2015 год. – Москва. – С.163.

23. Якубов Э.А. Болаларда ўт йўллари кистоз аномалияси қиёсий ташҳисоти// Болалар гастроэнтерологияси: Бугунги куни ва келажаги. Илмий амалий анжуман, тезислар тўплами. – Ташкент. – 2003. – С.59-60.

24. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А., Эргашев Ш.Н. Паллиативные и повторные операции при кистозных трансформациях внепеченочных желчных протоков у детей// Актуальные проблемы абдоминальной хирургии у детей. IV конференция детских хирургов и анестезиологов Узбекистана с международным участием, сборник тезисов. – Ташкент. –2005. – С.83-85.

25. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Выбор хирургической тактики при кистозных расширениях общего желчного протока у детей// II Съезд Анестезиологов-реаниматологов Таджикистана, сборник тезисов. – Душанбе. – 2008. – С.131-132.

26. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Показания к наружному дренированию кисты холедоха у детей// НПК 70-летию проф. Сулейманова А.С., сборник тезисов. М – Ташкент. – 2008. – С.36-37.

27. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Лечение кистозных трансформаций внепеченочных желчных протоков у детей// II съезд детских хирургов республики Узбекистан, сборник тезисов. – Ташкент, 5-6 октябрь 2011 год. – С.107-108.

28. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Поэтапная тактика лечения кистозных трансформаций внепеченочных желчных протоков у детей// «Болалар хирургияси ва анестезиология - реаниматологиясида замонавий диагностика ва даволаш технологиялари». ИАК тезислар тўплами. – Андижон.25-26 апрель 2014 йил. – С.111-113.

29. Якубов Э.А. Клиническая картина кистозных трансформаций внепеченочных желчных протоков у детей// III съезд Ассоциации врачей экстренной медицинской помощи, сборник тезисов. – Ташкент, 29-30 октябрь 2015 год. – С.293-294.

30. Якубов Э.А. Операционная холангиография - доминирующий метод диагностики кистозных аномалий желчных протоков у детей// Современные лечебно-диагностические технологии в хирургии и анестезиологии детского возраста. Республиканская Научно-практическая конференция, сборник тезисов. ТМА. – Ташкент, 27-28 май 2016 год. – С.141-143.

31. Якубов Э.А. Синдром желтухи при кистах холедоха у детей раннего возраста// Достижения, проблемы и перспективы в области охраны здоровья матери и ребенка в Узбекистане: опыт регионов. Республиканская Научно-практическая конференция, сборник тезисов. – Ташкент. – 2016. – С.90.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали тахририятида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Бичими 84x60 ¹/₁₆ “Times New Roman” гарнитураси рақами босма усулда босилди.
Шартли босма табоғи 2,75. Адади 100. Буюртма № 15.

“ЎзР Фанлар академияси Асосий кутубхонаси” босмахонасида чоп этилди.
100170, Тошкент, Зиёлилар кўчаси, 13-уй