

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

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ОМОНОВ ОЙБЕК АВАЗХОНОВИЧ

**ЎТ ЙЎЛЛАРИ ПРОКСИМАЛ ЎСМАСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА
ОПТИМАЛ ДАВО-ДИАГНОСТИКА ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ**

14.00.27 - Хирургия

**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)

Омонов Ойбек Авазхонович

Ўт йўллари проксимал ўсмаси бўлган беморларда оптимал даво-
диагностика тактикасини танлаш 3

Омонов Ойбек Авазхонович

Выбор оптимальной лечебно-диагностической тактики у больных с
проксимальными опухолями желчных протоков 21

Omonov Oybek Avazhonovich

Choice of the optimal treatment-diagnostics tactics in patients with tumors
of proximal bile ducts 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
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ОМОНОВ ОЙБЕК АВАЗХОНОВИЧ

**ЎТ ЙЎЛЛАРИ ПРОКСИМАЛ ЎСМАСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА
ОПТИМАЛ ДАВО-ДИАГНОСТИКА ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ**

14.00.27 - Хирургия

**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/Tib105 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Академик В.Воҳидов номидаги республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказида 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.

Илмий раҳбар:	Акбаров Миршавкат Миролимович тиббиёт фанлари доктори
Расмий оппонентлар:	Гофур-Охунов Мирза Алиярович тиббиёт фанлари доктори, профессор Арипова Назира Уктамовна тиббиёт фанлари доктори, профессор
Етакчи ташкилот:	«В.А. Вишневский номи миллий тиббиёт-тадқиқот хирургия маркази» федерал давлат бюджет муассасаси (Россия Федерацияси)

Диссертация ҳимояси 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 (32-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. Девятов

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, «ўт йўллари проксимал қисмларининг ўсмаси (ЎЙПЎ) ўт йўлларининг барча ўсмалари таркибида 10-26% ни ташкил қилади. Учраш частотаси 100 000 аҳолига 2 ва 8 орасида учрайди»¹. Жигар дарвозаси соҳасида жойлашган ўсмаларнинг клиник кўринишларига илк бор 1957 йилда таъриф берилган. 1965 йилда немис морфологи Клатскин (Gerald Klatskin) «умумий жигар ўт йўли ва унинг бифуркацияси саратони» билан кўплаб беморларни кузатганини чоп этди². Турли манбалар маълумотларига кўра, «ЎЙПЎ билан беморларнинг ўлим кўрсаткичи 10,2 дан 38% гача, радикал амалиётлардан кейин эса 5 йиллик яшаб қолиш кўрсаткичи 22% дан ортмайди»³. Шу сабабли, ушбу жуда оғир гуруҳдаги беморларни олиб боришга анъанавий ёндашишларни қайта кўриб чиқиш зарурати янада кескин ҳис қилинмоқда.

Дунё миқёсида гепатобилиар хирургиянинг ривожланишида ЎЙПЎ да радикал амалиётлар энг мураккаблардан ҳисобланади. Бу, бир тарафдан, механик сариклик ва унинг асоратлари, иккинчи тарафдан, ўсманинг жигар дарвозасининг қон томир структураларига яқин жойлашганлиги туфайли беморлар аҳволининг тез ёмонлашиб кетиши билан боғлиқдир. Шунинг учун, билиар томирларни енгиллаштиришга қаратилган паллиатив амалиётлар кенг тарқалган. ЎЙПЎ билан беморларни текештириш замонавий усулларининг имкониятларини баҳолаш муҳим вазифалардан ҳисобланади. Бугунги кунда ЎЙПЎ билан беморларни миниинвазив текшириш ва даволаш усулларининг имкониятларини аниқлаш масалалари энг долзарб бўлиб қолмоқда. Шу жумладан, ЎЙПЎ билан беморларни хирургик даволашнинг яқин ва узоқ муддатдаги натижаларини ўрганиш ва шу беморлар гуруҳида даволаш-ташхислашнинг оптимал алгоритмини ишлаб чиқиш масалалари ҳам аҳамиятли ҳисобланади.

Бугунги кунда мамлакатимизда, соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш шароитида, кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг юқори сифатини таъминлаш устувор йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади. Бу борада, хусусан, ЎЙПЎ бўлган беморлар диагностика ва хирургик даволаш борасида муайян ижобий натижаларга эришилган. Шу билан бирга, ЎЙПЎ билан беморларга хирургик ёрдам кўрсатиш тизимини такомиллаштириш мақсадида паллиатив ва радикал хирургик амалиёт самарадорлигин баҳолаш, турли хирургик амалиётлардан кейин яшаб қолишни баҳолаш бўйича илмий асосланган натижалар зарур. 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлар бўйича ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг заиф гуруҳларининг тўлақон ҳаёт кечиришини таъминлаш мақсадида тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини

¹ World Health Organization. Proximal Bile Ducts Tumor: fact sheet no.125. World Health Organization website. 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs346/ru>, accessed March 12.

² Klatskin G. Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis // Am. J. Med. - 1965. Vol. 34. - P. 241-256

³ Nimura Y. Radical surgery of left-sided klatskin tumors. //HPB (Oxford). 2008; 10(3): P168-70.

ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган⁴. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан, паллиатив ва радикал амалиётларга кўрсатмаларни оптималлаштириш ва тактик-техник жиҳатларини такомиллаштириш йўли билан ЎЙПЎ билан беморларни хирургик даволаш натижаларини яхшилаш долзарб йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 4 апрелдаги ПҚ-2866-сон «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикаси онкология хизматини янада ривожлантириш ва аҳолига онкологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ва 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари 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. «Замонавий хирургик гепатологиянинг сезиларли ютуқларига қарамай, проксимал ўт йўллари ўсмалари билан беморларни даволаш долзарб муаммолигича қолмоқда» (Вишневский В.А.⁵). «Сўнгги йилларда, радикал ва ўтти чиқарувчи очик паллиатив амалиётлар такомиллаштирилиши билан бир қаторда, операция бажариб бўлмайдиган ЎЙПЎ билан беморларда ўтти чиқарувчи ташқи ёки ташқи-ички миниинвазив «ёпиқ» усуллари фаол татбиқ этилмоқда. Бироқ, ЎЙПЎ билан ўт чиқишининг тўсиб қўйилиши сатҳидан келиб чиқиб, ўтти чиқаришининг «ёпиқ» конкрет усулини танлаш адабиётларда етарлича ёритилмаган. Якуний даволаш усули сифатида яқин ва узок муддатдаги натижалар асосида миниинвазив «ёпиқ» амалиётлар самарадорлиги объектив баҳоланмаган» (Nagino M. с соавт.⁶)

ЎЙПЎ ни кесиб олиш эҳтимоллигининг пастлиги, радикал ва паллиатив амалиётлардан кейин салбий оқибатларнинг юқори частотаси сабабли хирургик даволаш ўзига хос қийинчиликлар касб этади. Suarez-Munoz M.A.⁷ фикрига кўра, «бу бир тарафдан, кеч ташхислаш ва кўпчилик беморларда кучли механик сариқлик борлиги, иккинчи тарафдан – ўсманинг жигар дарвозасида, дарвоза вена ва жигар артериясига ноаниқ яқинликда

⁴ 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси.

⁵ Вишневский В.А. Отдаленные результаты радикальных и условно радикальных резекций при воротной холангиокарциноме / В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов, Н.А. и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2013.- Т.18. - №2. - С. 9 – 20..

⁶ Nagino M. Evolution of surgical treatment for perihilar cholangiocarcinoma: a single-center 34-year review of 574 consecutive resections. / M. Nagino, T.Ebata, Y.Yokoyama, et al. // Ann Surg. – 2013. – Vol.258. -№1. – P.129-140.

⁷ Suarez-Munoz M.A. Risk factors and classifications of hilar cholangiocarcinoma / M.A. Suarez-Munoz, J.L. Fernandez-Aguilar, B. Sanchez-Perez, et al. // World J Gastrointest Oncol. - 2013. - Vol.5. - No.7. - P.132-138.

жойлашганлиги ва жигар дарвозасида йўллари кесиш ва ўтчи чиқарувчи анастомозлар шакллантиришга ўзига хос ҳавф касб этиши билан боғлиқ».

AJCC (American Joint Committee on Cancer, New York/London, USA)⁸ маълумотлари кўра, «ЎЙПЎ да амалиётлар радикалигини орттиришга интилиш ва хирургик даволашнинг узок муддатдаги натижаларини яхшилаш жигар резекциясининг янада кенгайтирилган ва комбинациялашган усулларни кенгроқ қўллашни назарда тутди». Schiffman S. фикрига кўра, «ўсма жигар бўлаги ўт йўлининг жигаричи қисмига бир томонлама тарқалганидагина эмас, конfluence соҳасида жойлашганида ҳам жигар билан бирга ўт йўллари резекциясини қўллашнинг мақсадга мувофиқлиги асослаб берилган»⁹. Wang Y³ бошчилигидаги муаллифлар жамоаси ЎЙПЎ резекциясида прогностик омилларнинг мультивариант қиёсий таҳлилининг ўтказдилар: «ўсманинг гистологик дифференцировкаси, ўсма склерозининг интенсивлиги, ўсишнинг тури, ўсманинг босқичи ва резекциянинг радикалиги (кесимларнинг четлари). Узок вақт яшаб қолиш учун амалиётнинг радикалиги энг муҳим омил, деб топилди».

Адабиётларда келтирилган маълумотлар таҳлили шуни кўрсатдики, ЎЙПЎ бўлган беморларни хирургик даволаш натижалари анча яхшиланган, шу билан бирга, амалиётгача бўлган ташхислаш усулларини янада такомиллаштириш, даво-диагностика алгоритмининг ишлаб чиқиш, ўсма жараёни босқичи, ўсма тури ва тарқалганлигига боғлиқ равишда тактикани аниқлаш ва хирургик даво усулини танлаш энг асосий долзарб ва ҳал қилувчи муаммо бўлиб ҳисобланади ва у даволаш-ташхислаш тактикасини янада такомиллаштиришни талаб этади.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти №А-9-090 «Механик сариклик билан асоратланган гепатопанкреатобилиар соҳа касалликларида ташхислаш ва хирургик даволашнинг такомиллаштирилган усулларини ишлаб чиқиш ва татбиқ этиш» (2012-2016 йй.) илмий-амалий дастури доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади ўт йўллари проксимал ўсмаси бўлган беморларда даво-диагностика тактикасининг оптималлаштириш ҳисобига даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

ўт йўллари проксимал ўсмаси бўлган беморларда замонавий клиник ва инструментал текширув усулларининг имкониятларини баҳолаш;

механик сариклик билан асоратланган ўт йўллари проксимал ўсмаси бўлган беморларда декомпрессиянинг миниинвазив усулларининг имкониятлари ва ўрнини аниқлаш;

⁸ American Joint Committee on Cancer. AJCC cancer staging manual. 7th ed. New York/London: Springer; 2011

⁹ Schiffman S.C. Overall survival peri-hilar cholangiocarcinoma: R1 resection with curative intent compared to primary endoscopic therapy / S.C. Schiffman, N.P. Reuter, K.M. McMasters, et al.// J Surg Oncol. - 2012. - Vol.105. - No.1. - P.91- 96.

³ Wang Y. Surgical procedure and long-term survival of hilar cholangiocarcinoma / Y. Wang, H. Yang, C. Shen, et al.// Int J Clin Exp Med. - 2015. - Vol.8. - No.1. - P. 1122-1128..

ўт йўллари проксимал ўсмаси бўлган беморларни хирургик даволашнинг яқин ва узоқ муддатдаги натижаларини ўрганиш;

ўт йўллари проксимал ўсмасида оптимал даво-диагностика алгоритмини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2000 йилдан 2016 йилгача бўлган даврда «Академик В.Вохидов номли РИХИАТМ» ДУК жигар ва ўт йўллари хирургияси бўлимида хирургик даволанган 156 нафар беморлар олинган. Барча беморларга турли усулдаги хирургик амалиётлар ўтказилган. ЎЙПЎ бўлган беморлар диагностикаси ва хирургик даволаш сифатининг кўп омилли таҳлили тадқиқотнинг асосий объекти бўлиб ҳисобланади.

Тадқиқотнинг предмети бўлиб хирургик тактика самарадорлиги, турли хирургик амалиётлардан кейинги асоратлар ва яшаб қолиш давомийлигининг таҳлили ҳисобланади.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотнинг мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ечиш учун қуйидаги усуллардан фойдаланилди: умумклиник, инструментал (ультратовуш, эндоскопик, эндобилиар, ангиографик ва радионуклид), морфологик ва статистик текширув усуллари.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

ўт йўллари проксимал қисми ўсмасининг клиник кечиши хусусиятлари тадқиқ этилган, даво-диагностика тактикаси ишлаб чиқилиб, хирургик даволашнинг турли усулларига бўлган кўрсатмалар оптималлаштирилган;

ўт йўллари проксимал қисми ўсмаси бўлган беморларни радикал даволашнинг босқичи сифатида миниинвазив эндобилиар амалиётларнинг бажарилиш услубияти ишлаб чиқилган;

ўт йўллари проксимал қисмининг зарарланиш тури, ўсма жараёни босқичи ва тарқалганлигига қараб хирургик даволашнинг тактик-техник жиҳатлари аниқланган ва ўт йўллари проксимал ўсмаси бўлган беморларни даволаш усулини танлашни унификация қилиш имконини берувчи оптимал даво-диагностика алгоритми ишлаб чиқилган;

ўт йўллари проксимал ўсмаси бўлган беморларнинг турли паллиатив ва радикал амалиётлардан кейин кумулятив яшаб қолиш кўрсаткичлари ўрганилиб, уларнинг прогностик аҳамияти ва касаллик рецидиви эҳтимоллиги аниқланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

ўт йўллари проксимал ўсмаси диагностикасининг алгоритми ишлаб чиқилган бўлиб, ноинвазив ва миниинвазив текширув усулларининг аҳамияти ва кетма-кетлиги аниқланган ва амалиётларнинг натижаларини яхшилаган;

ўт йўллари проксимал ўсмасида ўт йўллари миниинвазив декомпрессияси қўлланишининг мақсадга мувофиқлиги асосланган;

ўт йўллари проксимал ўсмасида жигар ва проксимал ўт йўллариининг резекциясини бажариш ўсманинг максимал резекция қилиб олишга эришиш, яшаб қолиш кўрсаткичларини ошириш ва беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш имконини бериши асослаб берилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги қўлланган замонавий, амалиётда кенг қўлланувчи клиник, морфологик, статистик усуллар билан тасдиқланган. Олинган барча натижа ва хулосалар далилий тиббиёт принципларига асосланган. Статистик ишлов бериш олинган натижаларнинг ишончлилигини тасдиқлаган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти изланувчи томонидан олинган ҳолатлар, хулоса ва таклифлар ўт йўллари проксимал ўсмаси бўлган беморлар диагностикаси ва даволашга катта ҳисса қўшишидан иборат. Ўт йўллари проксимал ўсмаси бўлган беморларни радикал даволашнинг босқичи сифатида миниинвазив эндобилиар амалиётлар аҳамияти ва самарадорлигини ўрганиш даволаш тактикасини танлашни птималлаштириш имконини берган. Ишнинг айрим натижалари ўт йўллари проксимал ўсмаси бўлган беморлар диагностикаси ва даволаш бўйича магистрлар ва клиник ординаторларни ўқитиш дастурининг таркиби ва структурасини такомиллаштириш мақсадида қўлланиши мумкин.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти ундаги асосий хулоса ва тавсиялар турли даражадаги тиббиёт муассасаларида ўт йўллари проксимал ўсмаси бўлган беморлар диагностикаси ва даволашда қўлланиши мумкинлигидан иборат. Ўт йўллари проксимал ўсмаси бўлган беморларда даво-диагностикасининг қўлланиши мақсадга мувофиқлиги исботланган бўлиб, иккинчи босқичда радикал амалиётлар ўтказиш имкониятлари кенгайган ва амалиётдан кейинги асоратлар ривожланиш ҳавфини камайтириш имконини берган. Ўт йўллари проксимал ўсмаси бўлган беморларда ишлаб чиқилган даво-диагностикаси алгоритмининг қўлланиши хирургик даволаш натижаларини яхшилаш ва яшаб қолиш муддатини узайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Ўт йўллари проксимал ўсмаси бўлган беморларни даво-диагностикаси оптимал тактикасини танлашга бағишланган тадқиқот бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Ўт йўллари проксимал ўсмаси бўлган беморларда оптимал даво-диагностика тактикасини танлаш» услубий қўлланмаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 31 январдаги 8Н-р/13-сон маълумотномаси). Ўт йўллари проксимал ўсмаси бўлган беморларни таклиф этилган тавсияларга асосан даволаш тактикани оптималлаштириш, амалиётдан кейинги асоратлар частотасини камайтириш, яшаб қолиш муддатларини узайтириш имконини берган;

ўт йўллари проксимал ўсмаси бўлган беморларда оптимал даво-диагностика тактикасини танлашга бағишланган тадқиқотнинг олинган илмий натижалари соғлиқни сақлаш амалий фаолиятига, хусусан, академик В.Вохидов номли Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази, Бухоро шаҳар кўп тармоқли тиббиёт маркази, Қорақалпоғистон Республикаси кўп тармоқли тиббиёт маркази амалий фаолиятига (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 28 февралдаги 8Н-д/36-сон маълумотномаси) татбиқ этилган. Тадқиқотдан олинган натижалар

ва таклиф этилган даво-диагностика алгоритми юқори сезгир ва махсус текширув усулларини ўз ичига олиб, ўсма жараёнини эрта аниқлаш, унинг тарқоқлигини баҳолашни таъминлаган ва ўсмани резекция қилиш кўрсаткичини 5% дан 15% гача ошириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқот натижалари илмий-амалий конференцияларда, шу жумладан, 4 та халқаро ва 6 та республика анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 12 та илмий иш чоп этилган, шу жумладан, 5 та мақола, улардан 1 таси республика ва 4 таси хорижий журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси ОАК докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларда чоп этилган.

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

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ ТАРКИБИ

Кириш қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсад ва вазифалари, илмий янгиликлар ва тадқиқотнинг амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг назарий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларини соғлиқни сақлаш амалиётига жорий қилиш, чоп этилган ишлар ва диссертация тузилиши ҳақида маълумотлар берилган.

Диссертациянинг «**Ўт йўллари проксимал ўсмаси бўлган беморларда даво-диагностика усулларининг замонавий жиҳатлари**», деб номланган биринчи бобида адабиётлар шарҳи, ЎЙПЎ муаммосининг замонавий ҳолати, уларнинг жойлашувига қараб босқичлари ва турлари ҳақида маълумот берилган тўртта бўлим келтирилган. Паллиатив ва радикал амалиётнинг турли услублари баён этилган. Бироқ, ўтти олиб кетишнинг паллиатив ва радикал амалиётларнинг кўплаб вариантлари борлигига қарамасдан, билиар йўллар ва механик сариклик ҳолати яллиғланиш даражасига боғлиқ бўлган билиар йўллар декомпрессиясига қўлланадиган услублар имконияти борасидаги муаммолар охиригача ечилмай қолмоқда. Шунингдек, механик сарикликда бирмунча ҳаёт давомийлигини таъминловчи даволаш-ташхислаш усулларини такомиллаштиришни талаб этувчи паллиатив ва радикал амалиётларни амалга ошириш имконияти борасидаги саволлар ҳам баҳсли бўлиб қолмоқда.

Диссертациянинг «**Тадқиқот материали ва услубларининг клиник тавсифи**», деб номланган иккинчи бобида тадқиқот материали ва услубининг тавсифи келтирилган. Академик В. Воҳидов номидаги республика ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббиёт марказида 2000-2016 йиллар мобайнида ЎЙПЎ бўлган 156 нафар бемор даволанган. Беморлар ёши 21 ёшдан 90 ёшгача бўлиб, аксарияти меҳнатга лаёқатли ёшда. Ўртача ёш $62,8 \pm 9,7$ ни ташкил этди. Эрак беморлар 74 та (47,4%), аёллар – 82 та

(52,6%). ЎЙПЎ бўлган беморлар кўп ҳолатларда клиник даволашга касалликнинг кеч (III-IV) босқичларида мурожаат қилишган. Касалликнинг I босқичи – 1 та бемор (0,6%), II босқич – 18 та бемор (11,6%), III босқич – 58 та бемор (37,1%), IVa – 45 та бемор (28,8%), IVb босқич (жигар метастази ёки канцероматоз) – 34 та беморда (21,7%) аниқланган.

Bismuth-Corlette таснифига кўра ўсманинг I типи 18 та беморда кузатилди (11,5%), II – 26 та (16,6%), III a – 17 нафар (10,9%), III b – 31 та (19,9%) ва IV тип 64 та беморда ташхисланди (41,1%). 33 (21,1%) та беморда турли миниинвазив декомпрессия усули амалга оширилди, 78 та (50%) беморда – ўт йўллари оператив декомпрессия бажарилди.

ЎЙПЎ бор бўлган 156 беморда ўсманинг IV босқичи ва Bismuth-Corlette бўйича ўсманинг IV тури бўлган, касаллик оғир кечаётган 6 та (3,8%) беморга амалиёт бажарилмаган.

Паллиатив амалиётлар 119 та (76,2%) ҳолатда амалга оширилди. Беморлардаги резекция қилиб бўлмайдиган кўплаб метастазда ва операция қилинмайдиган ҳолатда декомпрессиянинг миниинвазив усули амалга оширилди. 33 нафар (21,1%) беморда тери орқали жигар орқали холангиостомия (ТЖХС), 13 та (8,3%) мижозда – хирургик даволашнинг сўнгги тури бўлган жигар йўли ўсмали торайиши эндопротезланди. Резекция қилиб бўлмайдиган ЎЙПЎ амалиёт вақтида аниқланган 17 та (10,8%) беморда ўсманинг паллиатив резекцияси ва жигар орқали найчаларда Ру бўйича билиодигестив анастомоз бажарилган. 61 та (39,1%) ҳолатда билиодигестив анастомоз шаклланиши учун шароит йўқлиги сабабли ўт йўлини ташқи дренаж қилиш билан ўсмани қайта канализациялаш амалга оширилди.

31 та (19,8%) беморга радикал амалиёт бажарилди. Улардан 19 тасига (12,1%) жигар ўт йўлини ўсма билан бирга кесиб олинди ва билиодигестив анастомоз шакллантирилди. 12 та (7,6%) ҳолатда жигар ва жигар йўли билиодигестив анастомозни шакллантириш билан кесилди.

Диссертациянинг «**ЎЙПЎ бўлган беморлар диагностикаси хусусиятлари**», деб номланган учинчи бобда ЎЙПЎ бўлган беморлар диагностикасининг барча услублари таҳлили келтирилган. ЎЙПЎ билан беморларни хирургик даволаш услуби, ҳажми, усулини танлаш учун ўсманинг босқичи, тури ва тарқалганлиги ҳақида тўлиқ маълумот олиш мақсадида объектив ташхислаш зарур. Бу эса клиник белгилар; лабораториявий услублар (қон ва сийдикнинг умуклиник таҳлили, қоннинг биокимёвий таҳлили, онкомаркерлар); инструментал услублар (рентген, УЗД, МСКТ, МРТ); билиар йўллари текширишнинг тўғридан-тўғри контраст услублари (ЭРПХГ, ТЖХГ); шунингдек, ангиография ва лапароскопияни ўз ичига оловчи комплекс ташхислаш зарурияти билан боғлиқ.

Барча 156 бемор механик сариклик клиникаси билан келиб тушган ёки анамнезда сариклик ҳақида маълумот бўлган. Сариклик даврининг давомийлиги 1 ҳафтадан 2-3 ойгача ва ундан ҳам кўпроқ бўлган. Комплекс муолажанинг таҳлили сариклик даври оқибатлари ва муолажанинг у ёки бу

услубини кўллашнинг тараққиёти ўртасидаги аниқ корреляцияланган алоқани кўрсатди.

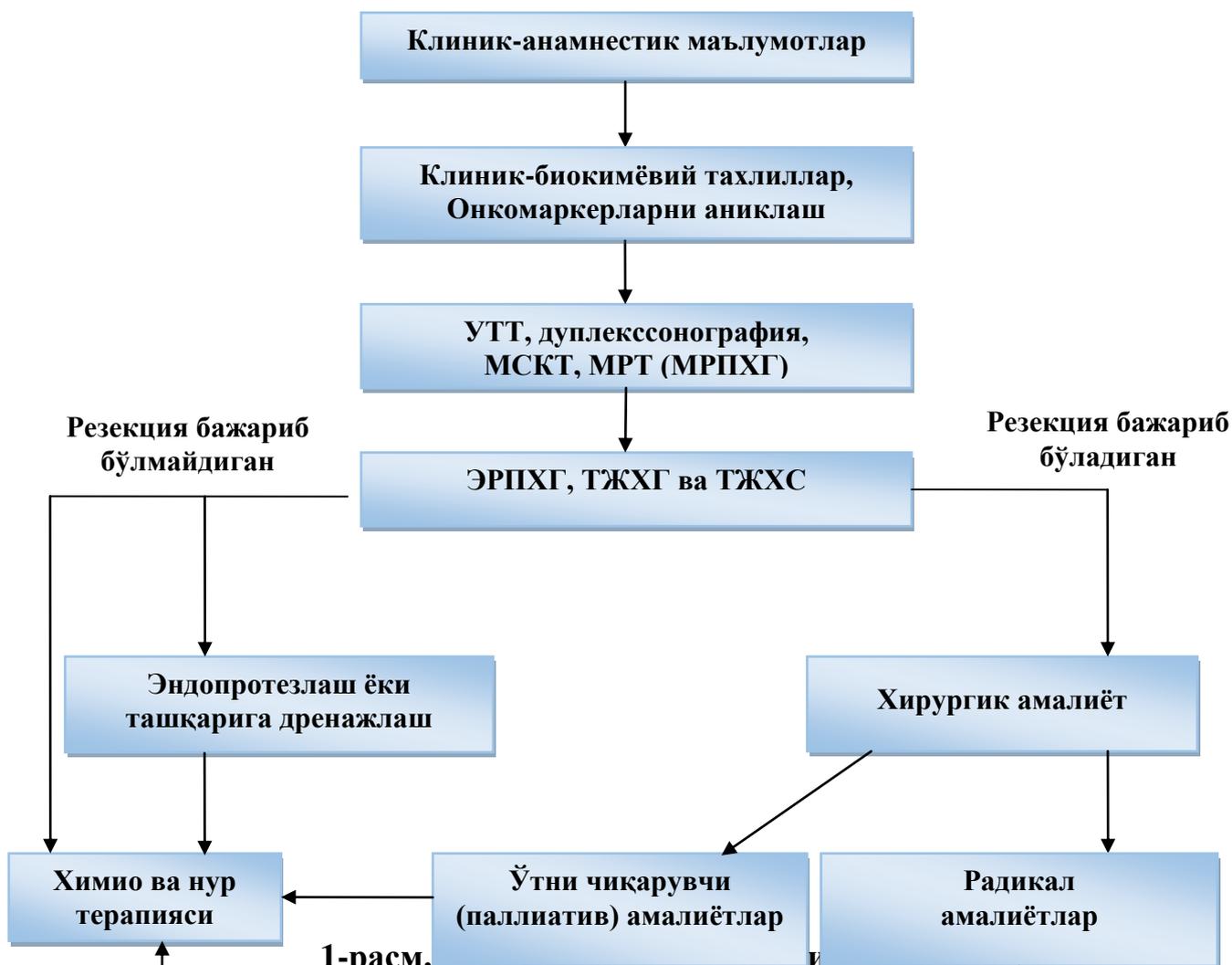
МСКТ текшируви ЎЙПЎ билан 46 та (29,4%) беморда ўтказилди. 32 та (69,5%) беморда ўсмани визуаллаштиришга эришилди, 17 та (36,9%) ҳолатда эса – контрастли текширувда аниқлаш имкони бўлди. 19 та (12,1%) ҳолатда МСКТ ўсманинг тўғридан-тўғри ва билвосита операция қилиб бўлмайдиган белгиларини аниқлашга ёрдам берди ва бу радикал операциядан воз кечишга асос бўлди. МСКТ нинг муҳим ташхислаш вазифаларидан бири – жигардаги метастазни аниқлашдан иборат. 7 та (15,1%) кузатувда жигарда mts аниқланди. ЎЙПЎ ни ташхислашда ҳақиқий ёриқ МРТ да МРХПГ режими қўлланганда кўринди. МРХПГ режимдаги МРТ текшируви 80% ҳолатда ўсмани олиб ташлаш имкониятини аниқлашга ёрдам берди. 46 нафар бемордан 37 тасида МРТ текширувида ЎЙПЎ ташхиси кўйилди. Ушбу услуб сезгирлиги 90% ни, спецификлиги 83,3% ни ва умумий аниқлик 89,1% ни ташкил этди. МСКТ ва МРТ ёрдамида ЎЙПЎ ни амалиётгача босқичда амалиёт бажариш имкониятини баҳолаш хирургик даволаш усулини аниқлашга ёрдам беради. Амалиёт бажариш имконсизлиги тўғридан-тўғри ва билвосита белгиларини аниқлаш (III-IV босқичлар) радикал ёки кенгайтирилган амалиётлар бажаришга қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Рентгенэндоскопик текширувнинг яна бир юқори информатив услубларидан бири 97 та (62,1%) беморда ўтказилган эндоскопик ретроград панкреатохолангиография (ЭРПХГ) ҳисобланади. Проксимал тўсиқни аниқлашда ЭРПХГ га таъсирчанлик, бизнинг маълумотларга кўра 95-97%ни ташкил этди. 45 та (46,3%) беморда ЭРПХГ обструкциянинг юқори жойи ҳолати ва йирингли холангит ривожланиши ҳақидаги маълумотларнинг йўқлиги сабаб манипуляциядан 1-3 кун ўтиб ЧЧХС ўтказишга сабаб бўлди. 4 та (4,1%) беморда эндопротезлаш паллиатив тўхтатишнинг сўнгги тури сифатида бажарилди. 17 та беморда ЭРПХГ дан кейин холангит клиникаси ривожланди, 6 та беморда ўткир панкреатит пайдо бўлди. Барча ҳолатларда ижобий натижалар билан консерватив чора-тадбирлар ўтказилди. 16 та (16,4%) беморда ЭРПХГ билан бир вақтда ТЖХГ бажарилди (ўт йўлини тўғридан тўғри кўшалок контрастлаш), бу эса ўсма стриктураси кўлами ва оператив муолажанинг кейинги усуллари аниқлашга имкон берди. 16 ҳолатнинг барчасида текширув ўт йўлини тери орқали дренажлаш билан яқунланди. 3 та ҳолатда йирингли холангитнинг мавжудлиги сабаб билиар йўлини соғломлаштириш муолажалари ва бактерияларга қарши воситалар киритиш учун ўт йўли назобилиар дренажланди. ЭРПХГ текширувнинг 6 та (6,1%) ҳолатида биопсия учун шиллик ички тўқималардан материал олинди; 5 та ҳолатда гистологик текширувда ўт йўли саратони (холангиокарцинома) аниқланди.

Тери орқали жигар орқали холангиография (ТЖХГ) ўт йўли обтурациясининг проксимал даражаси ва ўсманинг ўт йўлида тарқалганлигини аниқлаш учун юқори информатив ҳисобланади. ТЖХГ сезгирлиги – 95,2%, спецификлиги – 87%. ТЖХГ ЎЙПЎ да билиар йўл

яллиғланиши хусусиятини аниқлашда амалиёт бажариш имкониятини «олтин стандарт» бўлиб қолади. Тери орқали жигар орқали холангиостомия (ТЖХС) амалга оширишга ёрдам беради – бу проксимал ўсма блокланган беморларда радикал операциядан олдин ёки паллиатив тўхтатишнинг сўнгги турида билиар тракт декомпрессияси олдини олишнинг ягона реал усулидир. 72 та (46,1%) ЎЙПЎ ли беморларда ТЖХГ қилинди. 100% ҳолатда блокланишнинг проксимал даражаси аниқланди. Биздаги маълумотларга кўра, услуб сезгирлиги 95% ни ташкил этди. УТТ ва КТ клиник текширув натижаларига кўра, 33 та (45,8%) беморда билиар дарахтни ташқи ёки ташқи-ички дренажлаш туфайли касаллик формаларининг тарқалиши аниқланди. 39 нафар (54,2%) беморда декомпрессия ва радикал ёки шартли радикал операцияга тайёргарлик босқичи сифатида жигар етишмовчилигини камайтириш мақсадида ўт йўли ташқи дренажланди.

Биз тиббиётнинг ишончли талабларига мос келадиган ва даволаш-ташхислаш алгоритми асоси бўлиб хизмат қила оладиган асосий ва қабул қилинган ташхислаш услублари камчиликлари, имкониятларини таҳлил қилдик (1-расм).



1-расм. ЎЙПЎ билан беморлар муолажаси натижаларини ҳисобга олиб, ушбу касалликка нисбатан қуйидаги асосланган муҳокама тақдим этилади:

- даволаш усули фаол индивидуал бўлиши керак;

- ташхислаш комплексида етакчи ўринни махсус рентгенэндобилиар услуб эгаллайди, ушбу метод фақатгина ЎЙПЎ ни аниқлабгина қолмасдан, балки унинг турини Bismuth-Corlett бўйича аниқлайди;

- муолажани механик сариқ касаллигида билиар дарахтни адекват дренажлашни қайта тиклаш, бактерияларга қарши терапия олиб бориш, инфузиявий терапия билан гомеостазни тузатиш учун бартараф этишдан бошлаш лозим;

- оператив муолажа рентгенэндобилиар тўхтатиш ёки очик операциялар билан амалга оширилади; норезектабелли ЎЙПЎда танланган услуб ташқи-ички дренажлаш ёки эндопротезлаш билан сафро чиқарувчи йўллар декомпрессиясини рентгенэндобилиар ёрдамида тўхтатиш ҳисобланади;

- лапаротомияда кейинги усул жараён тарқалганлигига кўра интраоперациявий аниқланади; радикал амалиёт мумкин бўлмаганда ўсмани палииатив резекцияси ва жигар орқали найчаларда Ру бўйича билиодигестив анастомозни шакллантириш мақсадга мувофиқ.

Анъанавий ва эндобилиар услублар аҳамияти ҳисобга олиниб, келтириб ўтилган даволаш-ташхислаш алгоритмлари, ЎЙПЎ бор бўлган беморларга ёрдам кўрсатганда уларнинг оқибатлари тиббиётнинг ишончли талаблари ва хирургия амалиётига мос келади.

Диссертациянинг «**ЎЙПЎ да паллиатив амалиётларга кўрсатмалар ва уларнинг натижалари**», деб номланган тўртинчи бобдаги маълумотлар бобнинг номланишига мос. Сариқлик миқёсида бажарилган аралашувлар юқори леталлик ва эрта операциядан кейинги даврда оғир асоратлар билан боғлиқ: ўт йўли обтурацияси камчиликлари бартараф этилганига қарамасдан, жигар етишмовчилиги ривожланиб бормоқда. Билиар гипертензия декомпрессияси учун қуйидаги миниинвазивли амалиётлардан фойдаландик: рентгенэндобилиар (ташқи, ташқи-ички дренажлаш ёки эндопротезлаш (стентлаш) билан тери орқали жигар орқали холангиография); эндоскопик (папиллосфинктеротомия ва билиодуоденал девор ўрнатиш билан эндоскопик ретроград панкреатохолангиография, назобилиар катетерли дренажлаш).

72 та (46,1%) беморда рентгенэндобилиар амалиётлар амалга оширилди. 39 та (54,2%) беморда декомпрессия ва радикал ёки шартли-радикал операцияга тайёрлаш босқичи сифатида жигар етишмовчилигини камайтириш мақсадида ўт йўли ташқи дренажланди. Декомпрессив чоратадбирлар қаторида дезинтоксикацион, инфузиявий ва гепатотропли терапия олиб борилди.

72 нафар бемордан 33 та (45,8%) беморда УЗД ва КТ клиник текшируви маълумотларига кўра, касаллик формаларининг тарқалганлиги аниқланди. Чунки ушбу миждозларда билиар дарахти ташқи (10) ва ташқи-ички (14) дренажланган эди. Агар ўсма стриктураси 5 см дан ошмаган бўлса, билиобилиар девор (протез) ўрнатишга ҳаракат қилинди. 9 та (27,2%) беморда эндопротезлаш ТЖХС орқали амалга оширилди. 19 нафар беморда ТЖХС ва умумий аҳвол яхшиланганидан кейин қониқарли натижалар билан радикал операция қилинди.

Шундай экан, тери орқали, жигар орқали эндобилиар тўхтатиш ҳаракати юқори ташхислаш информативлиги билан бир қаторда беморларни жигар етишмовчили ҳолатидан олиб чиқиб ва ижобий даврда радикал ёки шартли-радикал операция қилишга имкон бериб самарали даволашни акс эттиради. Касалликнинг тарқалган кўринишларида ва радикал оператив тўхтатиш ҳаракатларига қарши бўлганда, ТЖХС эндопротезлаш ЎЙПЎ бўлган беморларга ёрдам кўрсатишнинг ягона йўли ҳисобланади.

ЭРПХГ 97 нафар беморда ўтказилди, 69 таси (71,1%) – ташхислаш мақсадида 4 та (4,1%) беморда эндопротезлаш паллиатив тўхтатиш ҳаракатининг сўнгги тури сифатида қўлланилди. 16 та (16,5%) беморда ЭРПХГ бир вақтнинг ўзида ТЖХГ билан бирга бажарилди (ўт йўлини тўғридан-тўғри қўшалок контрастирлаш), бу эса ўсма стриктураси кўлами ва кейинги оператив муолажа усулини аниқлашга имкон берди. Барча 16 та ҳолатда тадқиқот ўт йўлининг тери орқали дренажлаш билан яқунланди. 3 та ҳолатда йирингли холангит мавжудлиги сабаб билиар дарахт соғломлаштириш муолажаси ва бактерияга қарши воситалар киритилиши учун ўт йўли назобилиар дренажланди.

Паллиатив амалиётлар ЎЙПЎ билан 119 нафар (76,2%) беморда амалга оширилди:

- 17 та (14,2%) беморда ўсмани паллиатив резекцияси ва жигар орқали найчаларда Ру бўйича билиодигестив анастомозни шакллантирилди;

- 61 нафар (51,3%) беморда – ўт йўли ташқи дренажлаш билан ўсма обструкцияси қайта канализацияланди;

- 33 та (27,7%) миждозда - ТЖХС хирургик амалиётнинг сўнгги тури сифатида амалга оширилди, улардан 13 та (10,9%) ҳолатда ўсма стриктураси эндопротезланди;

- 8 та (6,8%) миждозда – жараён тарқалганлигига сабаб эксплоратив лапаротомия бажарилди.

Паллиатив амалиёт ЎЙПЎ нинг II босқичидаги 8 та (6,7%) ҳолатда, III босқичидаги 25 та (21%) ҳолатда, IVa босқичидаги 40 та (33,6%) ҳолатда, IVb босқичидаги 46 та (38,7%) ҳолатда амалга оширилди. Bismuth-Corlett таснифи бўйича ўсманинг кенгайишига йўл қўймаслик 6 та (5%) ҳолатда I типда, 17 та (14,3%) ҳолатда - II, 13 тасида (10,9%) – IIIa, 17 тасида (14,3%) – IIIb ва 66 та (55,5%) ҳолатда – IV типда кузатилди. I-II типларда амалиёт ўсмани вена дарвозаси ва шахсий жигар артериясига қараб ўсиши (TNM таснифи бўйича раkning IV босқичи) туфайли паллиатив хусусият касб этди.

119 та паллиатив амалиётдан кейин 58 та (48,7%) беморда асоратлар кузатилди: 61 тадан 29 тасида – ўсмани қайта канализациялаш ва ташқирига дренажлашдан кейин (47,5%); 17 тадан 4 тасида – билиодигестив анастомозни шакллантириб ўт йўлини паллиатив кесгандан кейин; 20 тадан 12 тасида - ТЖХС (60%) ва 13 тадан 9 тасида – эндопротезлашдан кейин (69,2%).

Паллиатив амалиётдан кейинги асоратлар таркибида, кўпинча, холангит (37,8%); ўткир жигар етишмовчилиги (22,5%); перитонит ривожланиши туфайли сафронинг сизиб чиқиши (10,8%); йирингли

асоратлар (6,3%); ошқозон-ичак ўткир яраларидан гемокоагуляция тизимида силжиш кўринишида операцион стресслар сабаб қон кетиши (протромбин индекснинг пасайиши, фибринолитик фаолликнинг ошиши, тромбоцитопения) – (5,4%).

Бирмунча ижобий натижалар ўсмани паллиатив резекцияси ва жигар орқали найчаларда Ру бўйича билиодигестив анастомозни шакллантиришда аниқланди. Шунга ўхшаш операциялар асосан ўсманинг III ва IV босқичларидаги 17 та беморда амалга оширилди. Операциянинг афзаллиги, жигар йўли конфлюенци кесилгандан кейин йўл бўйламасига кириш очилади ва жигарнинг иккала қисмидан ҳам сафронинг адекват оқиб кетиши учун қулай шароит яратилади. Ўсмани паллиатив резекцияси ва жигар орқали найчаларда Ру бўйича билиодигестив анастомозни шакллантирилиб, сафрони адекват чиқаришни таъминлайди ва сафро ҳамда электролитларни йўқотишни олдини лишга ва холангит частотаси билан дренажлашнинг ташқи тури билан таққослаганда камайтиришга ёрдам беради. Билиодигестив анастомоз етишмовчилиги профилактикаси ёки ўсма стриктураси рецидиви учун эрта ўрнатилган ТЖХС ёрдамида билиодигестив анастомозни жигар кўчириш дренажида шакллантириш мумкин. Асоратлар 4 ҳолатда кузатилди (23,5%). 2 та бемор вафот этди (11,7%). Асоратлар частотаси фарқи каминвазив тўхтатиш билан таққосланганда икки ёқлама аниқ Фишер мезонига кўра статистик ишончли ($p=0,01$) ва ташқи дренажлаш билан қайта канализациялаш билан таққослаганда ишончсиз ($p=0,15$). Барча гуруҳларда ўлим кўрсаткичи статистик ишончли ва фарқланмайди ($p=0,08$ ва $p=0,21$, Фишер мезони бўйича). Билиодигестив анастомоз шаклланишида холангит асоратлари частотаси 5,8% ни ташкил этди (37% - қайта канализациялаш ва ташқи дренажлашда, 45% - ТЖХСда ва 61,5% - эндопротезлашда, $p=0,041$ ва $0,006$ Фишер мезони бўйича).

Каплан-Мейер усули бўйича медиана яшовчанлик барча паллиатив амалиётлардан кейин 8,1 ой, интерквартал кўламда - 5,3-12,1 ойни ташкил этди. Энг катта ҳаёт давомийлиги билиодигестив анастомозни амалга оширишда аниқланди. ($p=0,04$ Гехан услуби бўйича) (2-жадвал).

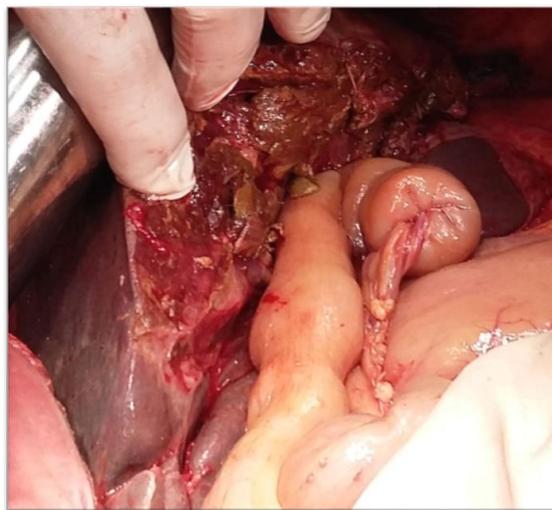
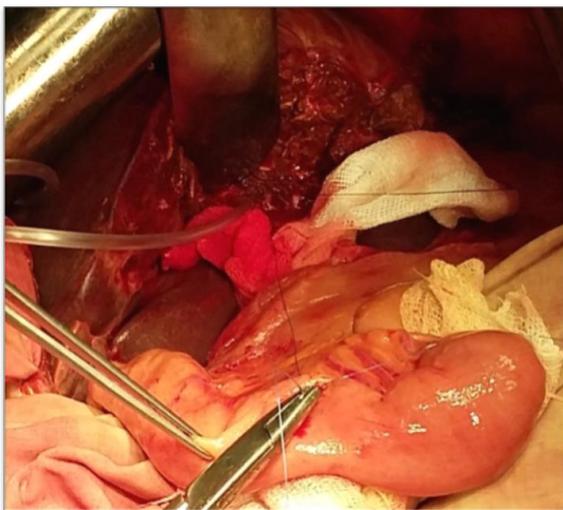
Паллиатив амалиётдан кейин эрта даврда ўлимнинг асосий сабаби холангит ва жигар етишмовчилиги ҳисобланади. Биздаги маълумотларга кўра, энг яхши натижалар ички сафро чиқаришда амалиётдан кейинги узок даврда холангитнинг камроқ частотасини таъминловчи билиодигестив анастомозни шакллантириш билан жигар йўлини паллиатив кесишдан сўнг олинди. Билиодигестив анастомоз шакллантирилгандан кейин холангит 5,8% беморда ва 40% кўпроғида – билиар дарахтнинг ташқи декомпрессиясининг лапаром ва каминвазив тури очилгандан кейин кузатилди.

Диссертациянинг «**ЎЙПЎ ва уларнинг натижаларини таҳлил қилишда радикал хирургик амалиётларга кўрсатмалар**», деб номланган бешинчи бобда амалга оширилган радикал амалиётлар натижалари келтирилган.

Барча радикал амалиётлар (31) икки гуруҳга бўлинди: жигар ўт йўлини ўсма билан бирга кесиб олиш, билиодигестив анастомозни шакллантириш (19 та бемор); жигар тўқимаси жигар ўт йўли билан бирга резекция қилиш ва билиодигестив анастомозни шакллантириш (12 та бемор).

Барча радикал амалиётлар ўсманинг I, II ва кўпинча III (a, b) типларидаги беморларда Bismuth-Corlett таснифи бўйича ўсма жараёнининг I-IVa босқичларида амалга оширилди. Радикал хирургик амалиёт 1 та ҳолатда (3,2%) ўсма жараёнининг I босқичида бажарилди; 13 та (41,9%) ҳолатда – II босқичида, 11 та (35,5%) ҳолатда – III босқичида ва 6 та (19,4%) ҳолатда – IVa босқичида амалга оширилди. Bismuth-Corlett таснифи бўйича 13 та (41,9%) ҳолатда ўсманинг I типи, 10 та (32,3%) ҳолатда – II тип, 3 та (9,7%) ҳолатда – IIIa тип ва 5 та (16,1%) ҳолатда – IIIb типи бўлган.

Ўсманинг I-II типидида 19 та ҳолатда (61,3%) Bismuth-Corlett бўйича жигар йўли ўсма билан бирга ва гепатик ёки бигепатикэнтероанастомозни шакллантириш билан кесилди. Ўсманинг II, IIIa ва IIIb тип бўлган 12 та беморда (38,7%) жигар йўли ўсма билан бирга кесилди ва билиодигестив анастомоз қўйилди, бунда жигар резекцияси ҳам амалга оширилди. Ўсма жараёнининг локализацияси ва кўлампидан келиб чиқиб, жигар резекцияси турли ҳажмда олиб борилди (сегмент резекциясидан гемигепатэктомиягача).



2-расм. Жигар чап бўлагининг резекциясидан сўнг билиодигестив анастомозни шакллантириш (чапда) ва унинг яқунланган шакли (ўнгда)

Юқорида жигарнинг чап бўлаги резекциясидан сўнг билиодигестив анастомозни шакллантириш жараёни ва яқунланган шакли акс эттирилган (2-расм).

31 та радикал амалиётдан кейинги 16 та (51,6%) ҳолатда оғирлашиш юзага келди. 4 та (10,8%) беморда қайта лапаротомия қилиб кўрилди. Ўт йўли резекцияси билан амалиёт бажарилган беморлар орасида оғирлашиш жигар резекциясидагиларга қараганда кам: тегишли равишда, 19 тадан 7 та (36,8%) ҳолатда ва 12 тадан 8 та (66,6%) ҳолатда («хи-квадрат» услуби

бўйича таққослаганда, $p=0,0047$). Барча радикал операциялардан кейин 4 та бемор вафот этди (12,9%). 2 таси – ўт йўли ажратиб кесилгандан кейин, 2 таси – йўлларни жигар билан бирга кесгандан сўнг. Ўлим кўрсаткичи 10,5% ва 16,6% ни ташкил этди. Ўлим сабаблари орасида: 1 ҳолатда амалиётдан кейинги эрта даврда ўткир юрак-томир етишмовчилиги; 1 та беморда ошқозон-ичакдан қайта қон кетиши; 2 та бемор эса – жигар-буйрак етишмовчилиги ривожлангани сабабли йирингли холангит қайд этилди.

Радикал амалиётдан кейин 15 та бемор такроран касалхонага муурожаат этди: 10 та беморда ўсма рецидивлари аниқланди, 5 тасида – ўсма рецидивсиз билиодигестив анастомознинг чандикли стенози ташхисланди. Касаллик рецидиви 5 ойдан 5 йилгача бўлган муддатда кузатилди. Радикал амалиётдан кейин ЎЙПЎ рецидиви 1-5 йилдан кейин келиб чиқди. Кузатувларимизда радикал амалиёт бажарилган беморлар орасида 65% да 1 йилдан кейин, 23% беморда – 2 йилдан кейин ва 12% беморда – ва 3 йилдан кейин аниқланди.

Яшаб қолиш кўрсаткичи Каплан-Мейернинг кўпайтирувчи баҳо усулига кўра ҳисобланди. Узоқ муддатли натижалар 23 та беморда ўрганилди: 11 та беморда – ўт йўли кесилгандан кейин ва 12 тасида – ўт йўлини жигар билан бирга кесишдан кейин. Жами 12 та цензураланмаган (тугатирилган) кузатувлар (5/7) ва 11 та цензурилланган (тугатирилмаган) (6/5) аниқланди.

ЎЙПЎ да ўт йўли жигар билан бирга кесилгандан кейин яшаб қолиш медианаси 26,1 ойни, интерквартал кўламда – 11,6-53,2 ойни ташкил этди. Яшаб қолганларнинг кумуляция сони охирда 1, 2, 3 ва 5 йил бўлди, 83,3%, 58,3%, 50,0% ва 25,0%га мувофиқ.

Йўлларни кесишдан кейин яшаб қолиш медианаси – 25,8 ой, интерквартал кўламда – 12,4-48,8 ойни ташкил этди. Яшаб қолганлар сони охирда 1, 2, 3 ва 5 йилни ташкил этди, 78,9%, 57,9%, 42,1% ва 21,0%га мувофиқ.

ЎЙПЎнинг I-II босқичидаги беморларда радикал амалиётдан кейин ўт йўлини кесиш ва билиодигестив анастомозни шакллантиришда яшаб қолиш кўрсаткичи анча юқори бўлган: медиана – 35,9 ойни, интерквартал кўламда – 25,5-53,9 ойни ташкил этди. ЎЙПЎнинг III-IVа босқичидаги беморлар билан таққослаш учун – медиана 17,4 ой, интерквартал кўламда – 9,5-25,1 ойни ташкил этди (хи-квадрат мезони бўйича $p=0,031$).

Тадқиқот давомида ЎЙПЎ нинг II босқичидаги беморларда яшовчанлик I типидида II типидигиларга қараганда юқорироқ (1, 3 ва 5 йил): 86,1%, 67,3% ва 22,5% 76,8%, 47,6% ва 12,4%га қарши. Бундан келиб чиқадики, ўт йўлини билиодигестив анастомозни шакллантириб кесиш фақатгина ўсма жараёнининг I типиди локализацияси билан I-II босқичларида радикал характер касб этади.

ЎЙПЎ нинг бошқа локализациялари ва босқичлари учун бу амалиёт шартли радикалликка эга. Жигарни ўт йўли билан бирга кесиш ва билиодигестив анастомозни шакллантиришдан кейин яшаб қолишнинг таҳлили босқичлардан келиб чиқиб статистик ишончли фарқни кўрсатди

($p=0,027$). Энг яхши натижалар II босқичида аниқланди. 3 ва 5 йиллик яшаб қолиш 92,8%, 64,5% ва 32,2% ни ташкил этди. Бу кўрсаткич ЎЙПЎ нинг ушбу босқичида фақатгина ўт йўлини кесишда юқори.

5 йиллик яшаб қолиш фақатгина II босқичида аниқланди. Бироқ, ЎЙПЎ нинг кечки босқичларида натижалар ўт йўлини ажратиб кесишга (3 йиллик яшовчанлик ушбу босқичида йўқ) нисбатан яхшироқ (3 йиллик яшовчанлик 33,3%-41,6%ни ташкил этди).

ХУЛОСА

1. УТТ экспресс усул ҳисобланиб, ўт йўллари проксимал ўсмаси диагностикаси аниқлиги 59,1% ташкил этди. Усулнинг сезгирлиги 71,1%, спецификлиги эса 45,8%ни ташкил қилди. Рангли карталаш билан дуплекссонография ва контрастли кучайтириш ёрдамида МСКТ топик ва дифференциал ташхислаш аниқлигини 93%гача оширади.

2. Ўт йўллари проксимал ўсмасининг тарқоқ шакллари ва механик сариклик, ўсма интоксикацияси билан боғлиқ бўлган дастлаб оғир ҳолдаги беморларда ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренажлаш ва имкони бўлса эндопротезлаш йўли танлов усули бўлиб ҳисобланади (яшаб қолиш медианаси 6,5 ойгача).

3. Амалиёт вақтида резекция бажариб бўлмайдиган ўсма аниқланган беморларда билиодигестив анастомоз шакллантириш паллиатив хирургик амалиётнинг танлов усули бўлиб, жигар орқали найчалаш эса асоратлар сонини камайтириш ва ҳаёт давомийлигини узайтириш имконини беради (яшаб қолиш медианаси 12,1 ойгача).

4. Ўт йўллари проксимал ўсмасида радикал амалиётлар ўсма жараёнининг I–II босқичларида ва Bismuth–Corlett бўйича I, II ва баъзида III типларида бажарилиши мумкин. Жигар резекцияси ва жигар ўт йўллари кенгайтирилган резекцияси ва билиодигестив анастомоз шакллантириш амалиётлари энг самарали ҳисобланади (яшаб қолиш медианаси 26,1 ой; кумулятив – 1, 2, 3, ва 5 йиллик яшаб қолиш, тегишли равишда, 83,3%, 58,3%, 50,0% ва 25,0%).

5. Кучли холестаза бўлган беморларда икки босқичли хирургик даволаш (билиар йўллари тери орқали декомпрессиялаш ва радикал амалиёт) 61,2% ҳолатда амалга оширилиши амалиётдан кейинги ўлим кўрсаткичини 21,9% дан 10,5% гача пасайтирди.

6. Юқори сезгир ва специфик текширув усуллари мужассам этган даволаш-ташхислаш алгоритми ўсма жараённи анча эрта аниқлаш, унинг тарқоқлигини баҳолаш имконини беради ва резекция қилиш имконияти кўрсаткичларини 5%дан 15%гача оширади.

**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**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ ИМЕНИ
АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА**

ОМОНОВ ОЙБЕК АВАЗХОНОВИЧ

**ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ
ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПРОКСИМАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ
ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

14.00.27 - 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 №В2017.1.PhD/Tib105.

Диссертация выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова.

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: **Акбаров Миршавкат Миролимович**
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты: **Гофур-Охунов Мирза Алиярович**
доктор медицинских наук, профессор

Арипова Назира Уктамовна
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени В.А Вишневецкого» (Российская Федерация)**

Защита диссертации 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).

С докторской диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за №32). 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, д.м.н., профессор, академик

А.Х. Бабаджанов

Ученый секретарь научного совета по присуждению
ученых степеней, д.м.н.

А.В. Девятков

Председатель научного семинара при научном совете
по присуждению ученых степеней
д.м.н., профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения «опухоли проксимальных отделов желчных протоков (ОПЖП) составляют 10-26% от всех злокачественных поражений желчных протоков. Частота встречаемости варьирует от 2 до 8 на 100 тыс. населения»¹. Впервые клинические проявления опухолей с локализацией в воротах печени были описаны в 1957 г. В 1965 г. немецкий морфолог Клатскин (Gerald Klatskin) опубликовал большое число наблюдений больных «раком общего печеночного протока и его бифуркации»². По данным различных источников «летальность у больных с ОПЖП составляет от 10,2 до 38%, 5 летняя выживаемость после радикальных операций составляет не более 22%»³. В связи с этим все более остро ощущается потребность в пересмотре традиционных подходов к ведению этого крайне тяжелого контингента больных.

На мировом уровне развития гепатобилиарной хирургии наиболее сложны радикальные операции при ОПЖП. Это связано с быстрым ухудшением состояния больных, с одной стороны из-за механической желтухи и ее осложнений, и расположением опухоли в непосредственной близости к сосудистым структурам ворот печени с другой. В этой связи наиболее распространены паллиативные операции, направленные в основном на разгрузку билиарных протоков. Важной задачей является оценить возможности современных методов обследования пациентов ОПЖП. На сегодняшний день актуальными остаются вопросы определения возможности малоинвазивных методов диагностики и лечения больных ОПЖП. В том числе, немаловажным остаются вопросы изучения ближайших и отдалённых результатов хирургического лечения больных с ОПЖП и разработки оптимального лечебно-диагностического алгоритма у данной категории больных.

На сегодняшний день в нашей стране, в условиях реформирования системы здравоохранения, обеспечение высокого качества оказываемой медицинской помощи является одним из приоритетных направлений. В этом направлении, в частности, в диагностике и хирургическом лечении больных с ОПЖП, достигнуты положительные результаты. Вместе с тем для совершенствования системы оказания хирургической помощи больным с ОПЖП требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности паллиативного и радикального хирургического вмешательства, оценки выживаемости после различных видов хирургического вмешательства. В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017 - 2021 годы поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-

¹ World Health Organization. Proximal Bile Ducts Tumor: fact sheet no.125. World Health Organization website. 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs346/ru>, accessed March 12.

² Klatskin G. Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis // Am. J. Med. - 1965. Vol. 34. - P. 241-256

³ Nimura Y. Radical surgery of left-sided klatskin tumors. //HPB (Oxford). 2008; 10(3): P168-70.

социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов хирургического лечения у больных с ОПЖП путем оптимизации показаний и совершенствования тактико-технических аспектов паллиативных и радикальных операций является одним из актуальных направлений.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, определенных Постановлениями Президента Республики Узбекистан №ПП-2866 от 4 апреля 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию онкологической службы и совершенствованию онкологической помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» и «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за № ПП-3071 от 20 июня 2017 года и 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. «Несмотря на значительные успехи современной хирургической гепатологии, лечение больных опухолями проксимальных желчных протоков остается актуальной проблемой» (Вишневский В.А.⁴). «В последние годы наряду с совершенствованием радикальных и открытых паллиативных желчеотводящих операций активно внедряются малоинвазивные «закрытые» способы наружного или наружно-внутреннего желчеотведения у больных с неоперабельными ОПЖП. Однако, выбор конкретного способа «закрытого» желчеотведения в зависимости от уровня опухолевой обтурации ОПЖП в литературе освещен недостаточно. Нет объективной оценки эффективности малоинвазивных «закрытых» вмешательств на основе ближайших и отдаленных результатов как окончательного метода лечения» (Nagino M. с соавт.⁵)

Хирургическое лечение при ОПЖП представляет особые трудности вследствие низкой резектабельности и высокой частоты неблагоприятных исходов как после радикальных, так и паллиативных вмешательств. Это обусловлено, по мнению Suarez-Munoz M.A.⁶, «с одной стороны, поздней диагностикой и наличием у большинства больных выраженной механической желтухи, а с другой - расположением опухоли в воротах печени, в непосредственной близости к воротной вене и печеночной артерии, что

⁴ Вишневский В.А. Отдаленные результаты радикальных и условно радикальных резекций при воротной холангиокарциноме / В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов, Н.А. и др. // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2013.- Т.18. - №2. - С. 9 – 20..

⁵ Nagino M. Evolution of surgical treatment for perihilar cholangiocarcinoma: a single-center 34-year review of 574 consecutive resections. / M. Nagino, T.Ebata, Y.Yokoyama, et al. // *Ann Surg.* – 2013. – Vol.258. -№1. – P.129-140.

⁶ Suarez-Munoz M.A. Risk factors and classifications of hilar cholangiocarcinoma / M.A. Suarez-Munoz, J.L. Fernandez-Aguilar, B. Sanchez-Perez, et al. // *World J Gastrointest Oncol.* - 2013. - Vol.5. - №7. - P.132-138.

разработать оптимальный лечебно-диагностический алгоритм при ОПЖП;

Объектом исследования явились 156 больных с ОПЖП, оперированных в отделении хирургии печени и желчных путей ГУП «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» за период с 2000 по 2016 гг. включительно. Всем больным выполнены различные виды хирургического вмешательства. Основным объектом исследования явился многофакторный анализ качества диагностики и хирургического лечения больных с ОПЖП.

Предмет исследования составляет анализ эффективности хирургической тактики, послеоперационных осложнений и длительность выживаемости после различных видов хирургического вмешательства.

Методы исследований. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, инструментальные (ультразвуковые, эндоскопические, эндобилиарные, ангиографические и радионуклидные), морфологические и статистические методы исследований.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

исследованы особенности клинического течения опухолей проксимальных отделов желчных протоков и разработана лечебно-диагностическая тактика с оптимизацией показаний к различным видам хирургического лечения;

разработана методология выполнения миниинвазивных эндобилиарных вмешательств как этапа радикального лечения больных с опухолями проксимальных желчных протоков;

определены тактико-технические аспекты хирургического лечения в зависимости от типа поражения проксимального отдела желчных протоков, стадии и распространённости опухолевого процесса и разработан оптимальный лечебно-диагностический алгоритм, позволяющая унифицировать выбор способа лечения;

изучена кумулятивная выживаемость больных с опухолями проксимальных отделов желчных протоков после различных вариантов паллиативного и радикального вмешательства с определением их прогностического значения и риска рецидива заболевания.

Практические результаты исследования:

разработан алгоритм диагностики ОПЖП, которая определила значение и последовательность неинвазивных и малоинвазивных методов исследования, позволила улучшить результаты операций;

обоснована целесообразность применения при ОПЖП миниинвазивной декомпрессии желчных протоков;

обосновано, что выполнение резекции печени и проксимальных печёночных протоков при ОПЖП позволяет достичь максимальной резектабельности опухолевого процесса, повысить выживаемость и улучшить качество жизни больных.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов исследования подтверждена примененными современными, широко

используемыми в практике клиническими, инструментальными, морфологическими, статистическими методами. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Теоретическая значимость полученных результатов исследования заключается в том, что полученные соискателем положения, выводы и предложения вносят существенный вклад в диагностику и лечение больных с опухолями проксимальных желчных протоков. Изучение роли и эффективности миниинвазивных эндобилиарных вмешательств как этапа радикального лечения больных с опухолями проксимальных желчных протоков, позволило оптимизировать выбор тактики лечения. Отдельные результаты работы могут быть использованы в целях совершенствования содержания и структуры программы обучения магистров и клинических ординаторов по диагностике и лечению больных с опухолями проксимальных желчных протоков.

Практическая ценность работы заключается в том, что основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы при диагностике и лечении больных с опухолями проксимальных желчных протоков в медицинских учреждениях различного уровня. Доказанная целесообразность применения миниинвазивной декомпрессии желчных протоков расширила возможности проведения вторым этапом радикальных операций, что позволило снизить риск развития послеоперационных осложнений. Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма у больных с ОПЖП позволило улучшить результаты хирургического лечения и достичь более длительной выживаемости.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по выбору оптимальной лечебно-диагностической тактики у больных с ОПЖП:

утверждены методические рекомендации «Выбор оптимальной лечебно-диагностической тактики у больных с опухолями проксимальных желчных протоков» (утверждено в Министерстве здравоохранения № 8Н-р/13 от 31.01.2018г). Лечение пациентов с опухолями проксимальных желчных протоков согласно рекомендациям, позволило оптимизировать тактику лечения, снизить частоту послеоперационных осложнений, достичь более длительной выживаемости;

полученные научные результаты диссертационной работы по выбору оптимальной лечебно-диагностической тактики у больных с опухолями проксимальных желчных протоков внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в практическую деятельность Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии им.акад. В.Вахидова», Бухарского городского многопрофильного медицинского центра, Каракалпакского Республиканского многопрофильного медицинского центра (Заключение Министерства здравоохранения № 8Н-д/36 от 28 февраля 2018г).

Полученные результаты и предложенный лечебно-диагностический алгоритм, сочетающий высокочувствительные и специфичные методы исследования, обеспечили более раннее распознавание неопластического процесса, степень его распространенности, что позволило увеличить показатели резектабельности с 5% до 15%.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены, в том числе, на 4 международных и 6 республиканских научно-практических конференциях.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, в том числе 5 журнальных статей, 1 из которых в республиканских и 4 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, 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, приводятся научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и краткой структуре диссертации.

В первой главе **«Современные аспекты лечебно-диагностической тактики у больных опухолями проксимальных желчных протоков»** приведен обзор литературы, состоящий из четырех подглав, в которых приводятся сведения о современном состоянии проблемы ОПЖП, их стадийности и типах в зависимости от локализации опухолевого процесса. Приведены различные методы паллиативных и радикальных оперативных вмешательств. Однако, несмотря на существующие множество вариантов паллиативных методов желчеотведения и радикальных операций, остаются до конца нерешенными вопросы о возможностях применения методов декомпрессии билиарного тракта в зависимости от уровня пораженности билиарного дерева и выраженности МЖ. Также спорным вопросом остается возможность выполнения паллиативных или радикальных операций в условиях выраженной механической желтухи, что соответственно требует совершенствования лечебно-диагностической тактики в аспекте достижения более длительной выживаемости.

Во второй главе **«Клиническая характеристика материала и методов исследования»** приведена характеристика материалов и методов исследования. В РСЦХ им. акад. В.Вахидова за период 2000-2016 гг включительно пролечены 156 пациентов с ОПЖП. Возраст больных составил от 21 до 90 лет, большинство наиболее трудоспособного возраста.

Средний возраст составил $62,8 \pm 9,7$ года. Мужчин было 74 (47,4%), женщин – 82 (52,6%).

Пациенты с ОПЖП в большинстве случаев поступали в клинику при поздних (III-IV) стадиях заболевания. На I стадии заболевания поступил 1 больной (0,6%), II стадия выявлена у 18 пациентов (11,6%), III - у 58 больных (37,1%), IVa – у 45 (28,8%), IVb стадия (метастазы в печень, либо канцероматоз) – у 34 (21,7%).

По классификации Bismuth-Corlette тип I опухоли наблюдался у 18 больных (11,5%), II – у 26 (16,6%), IIIa – у 17 (10,9%), IIIb – у 31 (19,9%) и IV тип диагностирован у 64 пациентов (41,1%). 33 (21,1%) больным выполнены различные малоинвазивные декомпрессивные вмешательства, 78 (50%) - оперативная декомпрессия желчевыводящих путей.

Из 156 пациентов с ОПЖП не оперированы 6 (3,8%) с IV стадией рака и IV типом опухоли по Bismuth-Corlette, тяжёлыми сопутствующими заболеваниями.

Паллиативные вмешательства выполнены в 119 (76,2%) случаях. При нерезектабельном образовании, множественном метастазировании и неоперабельном состоянии больных выполняли малоинвазивные методы декомпрессии. 33 (21,1%) больным выполнена ЧЧХС, 13 (8,3%) - эндопротезирование опухолевой стриктуры печёночных протоков как окончательный вид хирургического лечения. При интраоперационной диагностике нерезектабельной ОПЖП 17 (10,8%) больным выполнена паллиативная резекция печеночных протоков с формированием билиодигестивного анастомоза на отключенной по Ру петле на транспеченочных дренажах. В 61 (39,1%) случае выполнена реканализация опухоли с наружным дренированием желчных протоков из-за отсутствия условий для формирования БДА.

Радикальные операции удалось выполнить 31 (19,8%) больному. Из них изолированная резекция печёночных протоков вместе с опухолью и формирование БДА выполнено 19 (12,1%) больным. В 12 (7,6%) случаях выполнена резекция печени и печёночных протоков с формированием БДА.

В третьей главе диссертации **«Особенности диагностики больных проксимальными опухолями желчных протоков»** приведен анализ всех методов диагностики пациентов с ОПЖП. Для выбора тактики, объёма и метода хирургического лечения больных ОПЖП необходима объективная диагностика с целью получения полной информации о стадии, типе и распространённости опухоли. Это обуславливает необходимость комплексной диагностики, включающей клиническую симптоматику; лабораторные методы (общеклинические исследования крови и мочи, биохимические анализы крови, онкомаркеры); инструментальные методы (рентген, УЗИ, МСКТ, МРТ); прямые контрастные методы исследования билиарных протоков (ЭРПХГ, ЧЧХГ); а также ангиографию и лапароскопию. После комплексного обследования с учетом полученных данных, определяли лечебную тактику и оптимальный вариант хирургического лечения.

Все 156 больных поступили с клиникой механической желтухи или имели желтуху в анамнезе. Длительность желтушного периода составила от 1 недели до 2-3 месяцев и более. Анализ результатов комплексного лечения показал четкую корреляционную связь между длительностью исходного желтушного периода и перспективами применения того или иного метода лечения.

Всем 156 (100%) больным ОПЖП выполнено серошкальное УЗИ. Расширение ВПП выявлено в 147 случаях. В 9 случаях расширение ВПП не выявлено, в связи с тем, что этим больным ранее были наложены ЧЧХС, и они вновь поступили после разрешения клиники механической желтухи для решения вопроса об открытом оперативном вмешательстве.

МСКТ исследование выполнено 46 (29,4%) больным ОПЖП. У 32 (69,5%) больных удалось визуализировать опухоль, в 17 (36,9%) случаях - после контрастного усиления. В 19 (12,1%) случаях МСКТ позволило выявить прямые и косвенные признаки неоперабельности опухоли, что стало причиной отказа от расширенных радикальных операций. В 7 (15,1%) наблюдениях выявлены mts печени. Настоящим прорывом в диагностике ОПЖП явилась МРТ с применением режима МРХПГ. МРТ с применением режима МРХПГ позволяет в 80% случаев определить резектабельность опухоли. Из 46 больных у 37 на МРТ был установлен диагноз ОПЖП. Чувствительность этого метода составила 90%, специфичность 83,3% и общая точность 89,1%. Оценка операбельности ОПЖП с помощью МСКТ и МРТ на дооперационном этапе позволяет определить тактику хирургического лечения. Выявление прямых и косвенных признаков неоперабельности (III-IV стадии) является противопоказанием к расширенным и радикальным операциям.

Одним из высокоинформативных методов рентгенэндоскопического исследования является эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ), которая выполнена 97 (62,1%) больным. Чувствительность ЭРПХГ в определении проксимального блока, по нашим данным, составила 95-97%. У 45 (46,3%) больных ЭРПХГ повлекло за собой выполнение ЧЧХС через 1-3 дня после манипуляции из-за отсутствия информации о состоянии протоков выше места обструкции или развития гнойного холангита. 4 (4,1%) больным эндопротезирование выполнено как окончательный вид паллиативного вмешательства. У 17 больных после ЭРПХГ развилась клиника холангита, у 6 - явления острого панкреатита. Во всех случаях проведены консервативные мероприятия с положительным эффектом. 16 (16,4%) больным ЭРПХГ выполнена одновременно с ЧЧХГ (двойное прямое контрастирование желчных протоков), что позволило определить протяженность опухолевой стриктуры и дальнейшую тактику оперативного лечения. Во всех 16 случаях исследование завершилось чрескожным дренированием желчных путей.

В 3 случаях в связи с наличием гнойного холангита выполнено назобилиарное дренирование желчных протоков для санации билиарных протоков и введения антибактериальных средств. В 6 (6,1%) случаях при

ЭРПХГ взят материал для биопсии из внутрипротоковой слизистой; в 5 случаях гистологически выявлен рак желчных протоков (холангиокарцинома).

Чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) высокоинформативна в определении проксимального уровня обтурации желчных путей и распространенности опухоли по желчным протокам. Чувствительность ЧЧХГ - 95,2%, специфичность - 87%. ЧЧХГ остается «золотым стандартом» определения характера поражения билиарного тракта при ОПЖП. ЧЧХГ позволяет выполнить чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС) - единственный реальный способ превентивной декомпрессии билиарного тракта у больных с проксимальным опухолевым блоком перед радикальной операцией, либо как окончательный вид паллиативного вмешательства. 72 (46,1%) больным ОПЖП нами выполнена ЧЧХГ. В 100% случаев был определен проксимальный уровень блока. Чувствительность метода, по нашим данным, составила 95%. В 33 (45,8%) случаях, по данным клинического обследования, УЗИ и КТ, выявлены распространенные формы заболевания, в связи с чем пациентам выполнено наружное или наружно-внутреннее дренирование билиарного дерева. 39 (54,2%) больным выполнено наружное дренирование желчных протоков с целью декомпрессии и уменьшения печеночной недостаточности как этап подготовки к радикальным или условно-радикальным операциям.

Проведенный анализ возможностей, преимуществ и недостатков применённых методов диагностики, что соответствует требованиям доказательной медицины и может служить основой лечебно – диагностического алгоритма.

С учетом результатов лечения больных ОПЖП нам представляются обоснованными следующие суждения относительно хирургической тактики при этом заболевании:

- лечебная тактика должна быть активно-индивидуализированной;
- в диагностическом комплексе ведущее место отводится специальным рентгенэндобилиарным методам, позволяющим не только обнаружить ОПЖП, но и определить её тип по Bismuth-Corlett;
- лечение следует начинать с купирования механической желтухи для восстановления адекватного дренирования билиарного дерева, проведения антибактериальной терапии, коррекции гомеостаза соответствующей инфузионной терапией;
- оперативное лечение осуществляется применением рентгенэндобилиарных вмешательств или открытых операций; при нерезектабельной ОПЖП методом выбора является декомпрессия желчевыводящих путей с помощью рентгенэндобилиарных вмешательств с применением наружно-внутреннего дренирования или эндопротезирования;
- при лапаротомии дальнейшая тактика определяется интраоперационно в зависимости от распространенности процесса; при невозможности радикальной операции целесообразна паллиативная резекция печеночных протоков с

формированием БДА на отключенной по Ру петле тонкой кишке на транспеченочных дренажах.

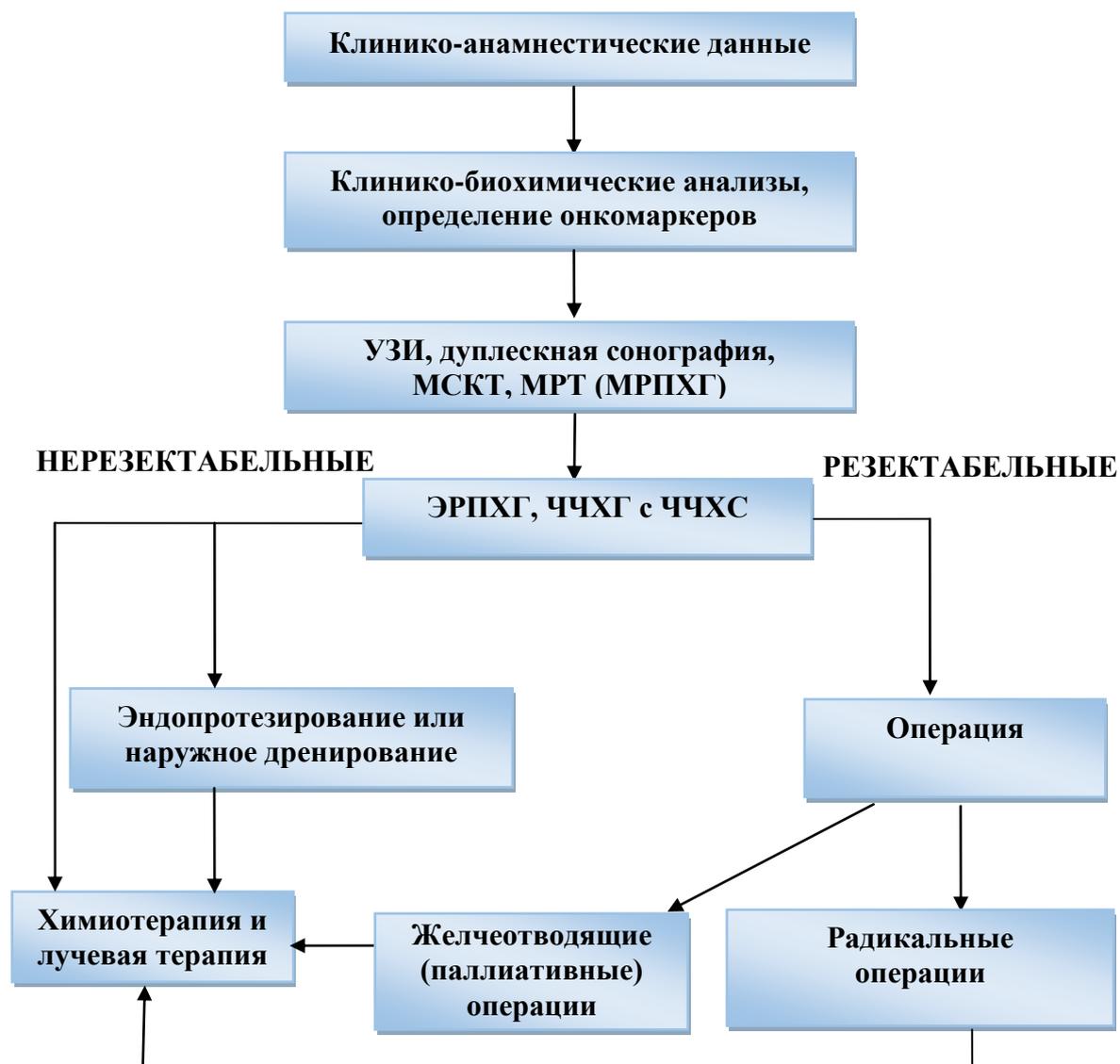


Рис.1. Лечебно-диагностический алгоритм при ОПЖП

Предложенный лечебно-диагностический алгоритм, учитывающий значение традиционных и эндобилиарных методов, их последовательность при оказании помощи больным ОПЖП, соответствует требованиям доказательной медицины и практической хирургии (рис.1.).

В четвертой главе освещены «**Показания к паллиативным хирургическим вмешательствам при опухолях проксимальных желчных протоков и анализ их результатов**». Для декомпрессии билиарной гипертензии использовали следующие малоинвазивные вмешательства: рентгенэндобилиарные (чрескожная чреспеченочная холангиография с наружным, наружно-внутренним дренированием или эндопротезированием

(стентированием)); эндоскопические (эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография с папиллосфинктеротомией и установкой билиодуоденальных стентов, назобилиарное катетерное дренирование).

Рентгенэндобилиарные вмешательства выполнены 72 (46,1%) больным. 39 (54,2%) больным выполнено наружное дренирование желчных протоков с целью декомпрессии и уменьшения печеночной недостаточности как этап подготовки к радикальным или условно-радикальным операциям.

Из 72 больных у 33 (45,8%) больных по данным клинического обследования, УЗИ и КТ выявлены распространенные формы заболевания. В связи с чем, этим пациентам выполнены наружное (10) и наружно-внутреннее (14) дренирование билиарного дерева. Если протяженность опухолевой стриктуры не превышала 5см старались установить билио-билиарные стенты (протезы). 9 больным (27,2%) эндопротезирование выполнено через ЧЧХС. 19 больным после ЧЧХС и улучшения общего состояния выполнены радикальные операции с удовлетворительными результатами.

Таким образом, чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства наряду с высокой диагностической информативностью обладают лечебным эффектом, выводя больных из состояния печеночной недостаточности и позволяя провести радикальные или условно радикальные операции в более благоприятный период. При распространенных формах заболевания и противопоказаниях к радикальным оперативным вмешательствам ЧЧХС с эндопротезированием, является единственным методом помощи больным ОПЖП.

ЭРПХГ выполнена 97 больным, 69 (71,1%) - с диагностической целью. 4 (4,1%) больным эндопротезирование выполнено как окончательный вид паллиативного вмешательства. 16 (16,5%) больным ЭРПХГ выполнена одновременно с ЧЧХГ (двойное прямое контрастирование желчных протоков), что позволило определить протяженность опухолевой стриктуры и дальнейшую тактику оперативного лечения. Во всех 16 случаях исследование завершено чрескожным дренированием желчных путей. В 3 случаях в связи с наличием гнойного холангита выполнено назобилиарное дренирование желчных протоков для санации билиарного дерева и введения антибактериальных препаратов.

Паллиативные оперативные вмешательства выполнены 119 (76,2%) пациентам с ОПЖП:

- 17 (14,2%) больным выполнена паллиативная резекция печеночных протоков с формированием билиодигестивного анастомоза на отключенной по Ру петле на транспеченочных дренажах;

- 61 (51,3%) - реканализация опухолевой обструкции с наружным дренированием желчных протоков;

- 33 (27,7%) - ЧЧХС как окончательный вид хирургического вмешательства, из них в 13 (10,9%) случаях выполнено эндопротезирование опухолевой стриктуры;

- 8 (6,8%) - эксплоративная лапаротомия из-за распространенности процесса.

Хирургические вмешательства паллиативного характера выполнены в 8 (6,7%) случаях при II стадии, в 25 (21%) - III стадии, в 40 (33,6%) - IVa стадии, в 46 (38,7%) - IVb стадии ОПЖП. По локализации опухоли по классификации Bismuth-Corlett в 6 (5%) случаях имелся I тип, в 17 (14,3%) - II, в 13 (10,9%) - IIIa, в 17 (14,3%) - IIIb и в 66 (55,5%) - IV тип. При I-II типах операции имели паллиативный характер в связи с прорастанием опухоли в воротную вену и собственную печеночную артерию (IV стадия рака по классификации TNM).

Осложнения после 119 паллиативных вмешательств возникли у 58 пациентов (48,7%): у 29 из 61 - после реканализации опухоли и наружного дренирования (47,5%); у 4 из 17 - после паллиативной резекции печеночных протоков с формированием БДА (23,5%); у 12 из 20 - ЧЧХС (60%) и у 9 из 13 - после эндопротезирования (69,2%).

В структуре осложнений после паллиативных оперативных вмешательств чаще были холангит (37,8%); острая печеночная недостаточность (22,5%); подтекание желчи с развитием перитонита (10,8%); гнойные осложнения (6,3%); желудочно-кишечные кровотечения из острых язв, связанные с операционным стрессом, выраженными сдвигами в системе гемостаза (снижение протромбинового индекса, увеличение фибринолитической активности, тромбоцитопения) - (5,4%).

Наиболее благоприятные результаты отмечены после выполнения паллиативной резекции печеночных протоков с формированием БДА на отключенной по Ру петле на транспеченочных дренажах. Подобные операции нами выполнены 17 пациентам, в основном с III и IV стадией опухолевого процесса. Осложнения наблюдались в 4 случаях (23,5%). Умерли 2 больных (11,7%). Различия в частоте осложнений статистически достоверно по сравнению с малоинвазивными вмешательствами ($p=0,01$) и недостоверно по сравнению с реканализацией с наружным дренированием ($p=0,15$) по двустороннему точному критерию Фишера. Летальность во всех группах статистически достоверно не отличается ($p=0,08$ и $p=0,21$ по критерию Фишера). При формировании БДА частота такого осложнения, как холангит составила 5,8% (37% - при реканализации и наружном дренировании, 45% - при ЧЧХС и 61,5% - при эндопротезировании, $p=0,041$ и $0,006$ по критерию Фишера).

Медиана выживаемости по методу Каплана-Мейера после всех паллиативных вмешательств составила 8,1мес., интерквартильный размах - 5,3-12,1мес. Большая продолжительность жизни отмечена при выполнении БДА ($p=0,04$ по методу Гехана) (таблица 2).

Основными причинами раннего летального исхода после паллиативных вмешательств являются холангит и печеночная недостаточность. По нашим данным, лучшие результаты мы получили после паллиативной резекции печеночных протоков с формированием БДА, обеспечивающего внутреннее

желчеотведение меньшую частоту холангита в отдаленном послеоперационном периоде. Холангит после формирования БДА наблюдался у 5,8% больных, и более 40% - после открытых лапаромных и малоинвазивных видов наружной декомпрессии билиарного дерева.

В пятой главе «Показания к радикальным хирургическим вмешательствам при опухолях проксимальных желчных протоков и анализ их результатов» приведены результаты выполненных радикальных вмешательств.

Все радикальные операции (31) разделены на две группы: резекция печеночных протоков вместе с опухолью, формирование БДА (19 больных); резекция печени с резекцией печеночных протоков, формирование БДА (12 больных).

Все радикальные операции выполнены больным с I, II и частично III (а, б) типом опухоли по классификации Bismuth-Corlett при I-IVa стадии ракового процесса. Радикальное хирургическое вмешательство выполнено в 1 случае (3,2%) на I стадии опухолевого процесса; в 13 (41,9%) - на II стадии, в 11 (35,5%) - при III стадии и в 6 (19,4%) - при IVa стадии. По классификации Bismuth-Corlett в 13 (41,9%) случаях имелся I тип опухоли, в 10 (32,3%) - II тип, в 3 (9,7%) - IIIa тип и в 5 (16,1%) - IIIb тип.

В 19 случаях (61,3%) при опухоли I-II типа по Bismuth-Corlett выполнена резекция печеночных протоков с опухолью и формированием гепатико- или бигепатикоэнтероанастомоза. 12 больным (38,7%) опухолью II, IIIa и IIIb типа выполнена резекция печеночных протоков вместе с опухолью и наложением билиодигестивного анастомоза, при этом выполнив резекцию печени. В зависимости от локализации и протяженности опухолевого процесса, резекция печени выполнялась в различных объемах (от сегментарных до гемигепатэктомий).

На рис. 2 представлены этапы формирования БДА и его окончательный вид у пациента после резекции левой доли печени.

В 16 случаях (51,6%) после 31 радикальной операции возникли осложнения. 4 (10,8%) больным потребовалась релапаротомия. Среди больных, оперированных в объеме резекции печеночных протоков, осложнений достоверно меньше, чем при резекциях печени: 7 случаев (36,8%) из 19; и соответственно 8 (66,6%) из 12 ($p=0,0047$ при сравнении по методу «хи-квадрат»). После всех радикальных операций умерло 4 больных (12,9%). 2 - после изолированной резекции печеночных протоков, 2 - после резекции печени с резекцией протоков. Летальность, соответственно, составила 10,5% и 16,6%. Среди причин летальных исходов в 1 случае была острая сердечно-сосудистая недостаточность, возникшая в раннем послеоперационном периоде; 1 больной умер от рецидивирующего желудочно-кишечного кровотечения; 2 - в связи с прогрессированием печеночно-почечной недостаточности на фоне гнойного холангита.



Рис. 2. Формирование БДА (слева) и его окончательный вид (справа) после резекции левой доли печени

После радикальных операций повторно поступили 15 больных: у 10 выявлены рецидивы заболевания, у 5 - диагностирован рубцовый стеноз БДА, без рецидива. Рецидив заболевания обнаружен в сроки от 5 месяцев до 5 лет. После радикальных операций рецидив ОПЖП наступал через 1 - 5 лет. В наших наблюдениях рецидив среди радикально оперированных больных в 65% случаев отмечен через 1 год, в 23% - через 2 года и в 12% - после 3 лет.

Выживаемость вычисляли по методу множительных оценок Каплана-Мейера. Отдаленные результаты изучены у 23 больных: у 11 - после резекций печеночных протоков и у 12 - после резекции печени с резекцией печеночных протоков. Всего 12 нецензурированных (завершенных) наблюдений (5/7) и 11 цензурированных (незавершенных) (6/5).

Медиана выживаемости при ОПЖП после резекции печени с печеночными протоками составила 26,1мес., интерквартильный размах - 11,6-53,2мес. Кумулятивные доли выживших к концу 1, 2, 3 и 5 года были, соответственно, 83,3%, 58,3%, 50,0% и 25,0%.

Медиана выживаемости после резекции протоков - 25,8мес., интерквартильный размах - 12,4-48,8мес. Доли выживших к концу 1, 2, 3 и 5 года составили, соответственно, 78,9%, 57,9%, 42,1% и 21,0%.

После радикальных операций в объеме резекции печеночных протоков и формирования БДА у больных ОПЖП I-II стадии показатели выживаемости оказались более высокими - медиана - 35,9 мес., интерквартильный размах - 25,5-53,9 мес. Для сравнения у больных ОПЖП в III-IVa стадии - медиана составила 17,4 мес., интерквартильный размах - 9,5-25,1 мес. ($p=0,031$ по критерию хи-квадрат).

В ходе исследования выяснилось, что при II стадии выживаемость больных с ОПЖП I типа выше, чем при II типе (1, 3 и 5 летняя): 86,1%, 67,3% и 22,5% против 76,8%, 47,6% и 12,4%. Из этого следует, что резекция печеночных протоков с формированием БДА носит радикальный характер только при I-II

стадии опухолевого процесса с локализацией I типа и лишь в некоторых случаях – при II типе. Для других локализаций и стадий ОПЖП это вмешательство носит условно-радикальный характер.

Анализ выживаемости после резекции печени с резекцией печеночных протоков и формированием БДА показал статистически достоверные различия в зависимости от стадии ($p=0,027$). Лучшие показатели отмечены при II стадии ОПЖП. 1, 3- и 5 летняя выживаемость составила 92,8%, 64,5% и 32,2% соответственно. Это выше, чем при резекции только печеночных протоков ОПЖП той же стадии. 5-летняя выживаемость отмечена также только при II стадии. Однако результаты при ОПЖП более поздних стадий лучше (3 летняя выживаемость составила 33,3%-41,6%), чем при изолированной резекции печеночных протоков (3 летней выживаемости при этих стадиях нет).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. УЗИ является экспресс методом исследования, при котором возможно заподозрить ОПЖП с диагностической точностью 59,1%. При этом чувствительность метода составляет 71,1%, специфичность 45,8%. Применение дуплекснографии с цветовым картированием и МСКТ с контрастным усилением повышает топическую и дифференциальную диагностику с точностью до 93%.

2. Предложенный лечебно-диагностический алгоритм, сочетающий высокочувствительные и специфичные методы исследования, обеспечивает более раннее распознавание неопластического процесса, его распространенности, что увеличивает показатели резектабельности с 5% до 15 %.

3. При распространенных формах ОПЖП и исходным тяжёлым состоянии пациентов, связанной с клиникой механической желтухи и раковой интоксикацией, методом выбора является чрескожное чреспеченочное наружное дренирование, предпочтительно с эндопротезированием (медиана выживаемости до 6,5 мес.).

4. У пациентов с интраоперационно диагностированной нерезектабельной опухолью методом выбора паллиативного хирургического вмешательства является формирование БДА, при этом использование транспеченочных дренажей позволяет уменьшить количество осложнений и увеличить продолжительность жизни (медиана выживаемости до 12,1мес.).

5. Радикальные операции при ОПЖП возможны в основном при I–II стадии опухолевого процесса и при I, II и реже III типе опухоли по Bismuth–Corlett. Наиболее эффективны расширенные операции с резекцией печени и печеночных протоков с формированием БДА (медиана выживаемости 26,1 месяцев; кумулятивная - 1, 2, 3, и 5 лет – 83,3%, 58,3%, 50,0% и 25,0%, соответственно).

6. Двухэтапное хирургическое лечение (чрескожная декомпрессия билиарных протоков и радикальная операция), выполненное 61,2% больному

с выраженным холестазом снизило послеоперационную летальность с 21,9% до 10,5%.

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

**REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL
MEDICAL CENTER OF SURGERY NAMED AFTER ACADEMICIAN
V.VAKHIDOV**

OMONOV OYBEK AVAZHONOVICH

**CHOICE OF THE OPTIMAL TREATMENT-DIAGNOSTICS TACTICS IN
PATIENTS WITH TUMORS OF PROXIMAL BILE DUCTS**

14.00.27 – Surgery

**ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) DISSERTATION
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/Tib389.

The dissertation has been done in the Tashkent institute of postgraduate medical education.

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 adviser: **Akbarov Mirshavkat Mirolimovich**
doctor of medicine

Official opponents: **Gafur-Akhunov Mirza Aliyarovich**
doctor of medicine, professor

Aripova Nazira Uktamovna
doctor of medicine, professor

Leading organization: **Federal State Budget Institution "Institute of Surgery named after A.V.Vishnevsky "(Russian Federation)**

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 №32), (Adress 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str., 10. Phone: (99871) 227-69-10; fax (99871) 227-26-42).

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

F.G. Nazirov

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 dissertation)

The aim of the research work is to improvement of results the patients with tumors of proximal bile ducts due to the optimization of treatment-diagnostic tactics.

The object of the research work were 156 patients with tumors of proximal bile ducts who were on inpatient treatment in the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V. Vakhidov for the period from 2000 to 2016 yy.

The scientific novelty of the research work is following:

the features of the clinical course the tumors of proximal bile ducts, were defined with optimal treatment-diagnostic tactics development and optimization of indications for surgical treatment;

methodology of miniinvasive endobilliar surgical tactics were developed as a stage of radical treatment in patients with proximal bile ducts tumors

tactical and technical aspects of surgical treatment depending on the type of location in proximal bile ducts, stage and prevalence of the tumor process were identified, the optimal treatment-diagnostic scheme was developed, it allows to unify the choice of the method of treatment.

cumulative survival after various options for palliative and radical surgical intervention of the patients with of proximal bile ducts, which made it possible to identify the prognosis of the postoperative period.

Introduction of research results.

The results of scientific research of choice of the optimal treatment-diagnostic tactics in patients with tumors of proximal bile ducts:

methodical recommendations have been developed: " Choice of the optimal treatment-diagnostic tactics in patients with tumors of proximal bile ducts", which are introduced into practical health care (certificate of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8H-p/13 of January 31, 2018). As recommended the treatment patients with the tumors of the proximal bile ducts, allowed to optimize the tactics of treatment, reduce the incidence of postoperative complications, achieve a longer survival time;

the results of scientific research on diagnostics and tactics of treatment of patients with tumors of proximal bile ducts have been introduced into practical health care, in particular, in the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V. Vakhidov, in the Bukhara regional multidisciplinary medical center and Karakalpakstan republican multidisciplinary medical center (reference of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8H-d /36 of February 28, 2018). Results and proposed treatment - diagnostic algorithm, combining highly sensitive and specific methods of research, provided earlier recognition of the neoplastic process, the degree of its prevalence, which allowed to increase the rates of resequence from 5% to 15%.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, conclusion, list of used 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. Nazirov Feruz G, Akbarov Mirshavkat M, Omonov Oybek A. Rational Surgical Tactics in Proximal Bile Ducts Tumor // Journal of life science and biomedicine, 2017, №7(6), - P. 76-81. (№5, Global Impact factor – 0,678)
2. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Омонов О.А., Икрамов А.И. Чрескожные эндобилиарные вмешательства в хирургическом лечении больных с проксимальными опухолями желчных протоков // Медицинская визуализация, Москва, 2011, №1 – С. 23-27. (14.00.00, №78)
3. Назыров Ф.Г., Икрамов А.И., Акбаров М.М., Девятов А.В., Омонов О.А. Диагностика и тактика хирургического лечения больных опухолями проксимальных желчных протоков // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова, Москва, 2010г., №6– С.36-39. (14.00.00, №151)
4. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Икрамов А.И., Омонов О.А. Хирургическая тактика при опухолях проксимальных желчных протоков // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И Пирогова, Москва, 2010г., том 5, №-2– С.33-37. (14.00.00, №16)
5. Назыров Ф.Г., Икрамов А.И., Акбаров М.М., Девятов А.В., Омонов О.А. Лечебно-диагностическая тактика у больных проксимальными опухолями желчных протоков // Хирургия Узбекистана, Ташкент, 2012г., №1. – С.27-31. (14.00.00, №9)
6. Назыров Ф.Г., Икрамов А.И., Акбаров М.М., Девятов А.В., Омонов О.А. Хирургическое лечение больных с опухолями проксимальных желчных протоков // Материалы XIX международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ, Иркутск, 2012. С. 169-170.
7. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Омонов О.А. Современная тактика хирургического лечения проксимальных опухолей внепеченочных желчных протоков // Материалы XXIII международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ, Минск, 2016. С.213-214.

II бўлим (II часть; part II)

8. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Омонов О.А. Выбор оптимальной лечебно-диагностической тактики у больных с проксимальными опухолями желчных протков // Методические рекомендации. – Ташкент, 2018.
9. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Икрамов А.И., Омонов О.А., Музаффаров Ф.У. Современный взгляд на хирургическое лечение проксимальных опухолей внепеченочных желчных протоков // Материалы XIV международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ, «Анналы хирургической гепатологии», Москва, 2007, №-3– С.93.
10. Назыров Ф.Г., Икрамов А.И., Акбаров М.М., Омонов О.А. Чрескожные эндобилиарные вмешательства в хирургическом лечении

больных с проксимальными опухолями внепеченочных желчных протоков // Материалы Респ. научно-практич. конфер. Вахидовские чтения - 2008 «Новое в хирургии органов грудной и брюшной полости», 2008г, Хирургия Узбекистана, 2008, №3, С. 43.

11. Назыров Ф.Г., Икрамов А.И., Акбаров М.М., Омонов О.А. Опухоли Клатскина. Диагностика и лечение. // Материалы XVI международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ, «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», Екатеринбург, сентябрь 2009г., С.191.

12. Назыров Ф.Г., Икрамов А.И., Акбаров М.М., Омонов О.А. Современные принципы хирургического лечения опухолей проксимальных желчных протоков // Материалы XVII международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ, «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», Уфа, сентябрь 2010г., С.82-83.

Автореферат «Ўзбекистон Хирургияси» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Босишга рухсат этилди: 25.01.2018 йил
Бичими 60x45 ¹/₁₆, «Times New Roman»
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табағи 5. Адади: 100. Буюртма: № _____.

Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси,
100197, Тошкент, Интизор кўчаси, 68

АКАДЕМИЯ НОШИРЛИК МАРКАЗИ»
Давлат унитар корхонасида чоп этилди.