

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР
БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ПОЛВОННИЁЗОВ ХУМОЮН ҒАЙРАТЖОН ЎҒЛИ

**ЎТ ОҚИМИГА ЖИГАРДАН ТАШҚАРИ БЛОК БЎЛГАН
БЕМОРЛАРДА ДИАГНОСТИК ВА ИНТЕРВЕНЦИОН ЭНДОСКОПИК
ЁНДАШУВЛАРНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТОШКЕНТ-2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Полвонниёзов Хумоюн Гайратжон ўғли

Ўт оқимиға жигардан ташқари блок бўлган

беморларда диагностик ва интервенцион

эндоскопик ёндашувларни такомиллаштириш..... 3

Полвонниёзов Хумоюн Гайратжон угли

Совершенствование диагностических и интервенционных

эндоскопических вмешательств у больных

с внепеченочным блоком желчеоттока..... 27

Polvonniyozov Khumoyun Gayratjon ugli

Improving diagnostic and interventional endoscopic

interventions in patients with extrahepatic block

of bile outflow..... 51

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works 58

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР
БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ПОЛВОННИЁЗОВ ХУМОЮН ҒАЙРАТЖОН ЎҒЛИ

**ЎТ ОҚИМИГА ЖИГАРДАН ТАШҚАРИ БЛОК БЎЛГАН
БЕМОРЛАРДА ДИАГНОСТИК ВА ИНТЕРВЕНЦИОН ЭНДОСКОПИК
ЁНДАШУВЛАРНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТОШКЕНТ-2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2024.4.PhD/Tib5231 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертациянинг автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.rscs.uz) ва «Ziynet» ахборот-таълим порталида (www.ziynet.uz) да жойлаштирилган.

Илмий раҳбар: **Акбаров Миршавкат Миралимович**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар: **Хакимов Мурод Шавкатович**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Абдуллажонов Баҳром Рустамович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот: **Самарқанд давлат тиббиёт университети**

Диссертация ҳимояси Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2025 йил «___» _____ соат___даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Кичик ҳалқа 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 (_____ рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил 100115, Тошкент шаҳри, Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел./факс: (99871) 277-69-10)

Диссертация автореферати 2025 йил «___» _____ да куни тарқатилди.

(2025 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Ф.Г. Назиров

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

С.А. Бабаджанов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий
котиби, тиббиёт фанлари доктори

Р.А. Ибадов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти. Ҳозирги кунда жигардан ташқари механик сариклик (МС) гепатопанкреатодуоденал соҳа (ГПДС) касалликларининг энг оғир асоратларидан бири ҳисобланиб, шошилишч абдоминал хирургия бўлимларига ётқизиш сабаблари орасида етакчи ўринда туради. Турли муаллифлар маълумотларига кўра, жигардан ташқари механик сарикликка дучор бўлиш ҳолати ҳар йили 100000 аҳолига 10–20 ҳолатдан тўғри келади, кечикиб ташхис қўйилган ва даволаш кечиктирилган беморларда ўлим даражаси 20–40% гача етиши мумкин. МСнинг асосий сабаблари сифатида ўт-тош касалликлари, холедохолитиаз ва катта дуоденал сўрғичи, шунингдек холедохнинг дистал қисмидаги ўсмалар кўрсатилади. Холедохолитиаз ҳолати асоратланган тошли холецистит билан оғриган беморларнинг 30–85% да учрайди, ўсмалар ҳиссаси эса 11,7–24,5% гача етади¹. Айниқса, қўшма асоратлар – холангит ва жигар етишмовчилиги ривожланиши бемор ҳаётига хавф туғдириб, тезкор ва самарали тиббий ёрдамни талаб қилади.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда энг долзарб йўналишлардан бири сўнгги ўн йилликларда кам инвазив усулларнинг кенг қўлланилиши, жумладан эндоскопик ретроград панкреатохолангиография (ЭРПХГ), эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), эндобилиар стентлаш каби усуллар бўлиб, ташхисда 94% гача аниқлик ва даволашда 78% самарадорлик бериши билан катта афзалликка эга бўлмоқда. Бу амалиётлар кўп ҳолларда катта жарроҳлик операцияларига муқобил бўлиб, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичини 2–4 баробар камайтиради. Шу билан бирга, эндоскопик усуллар билан боғлиқ асоратлар – постманипуляцион панкреатит, қон кетиш, ўн икки бармоқли ичак перфорацияси каби ҳолатлар 1–24% беморларда учрайди, ўлим кўрсаткичи эса 0,2% гача етиши мумкин. Шунинг учун эндоскопик аралашувларни самарали ва хавфсиз ташкил этиш, уларнинг техник ва тактик алгоритмини оптималлаштириш катта аҳамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда ҳам ўт-тош касалликлари ва холедохолитиаз учраш ҳолатлари йилдан-йилга ортиб бормоқда. Юртимиздаги йирик тиббий муассасалар маълумотларига кўра, охириги 5 йилда МС билан мурожаат қилган беморлар сони 18–22% га ошган, уларнинг 65–70% да эндоскопик усуллар асосий даволаш воситаси сифатида қўлланилган, бироқ асоратлар сабабли 7–9% ҳолатда қўшимча жарроҳлик аралашувларига эҳтиёж туғилган. Бу ҳолатлар ўз навбатида МСни ташхислаш ва даволаш алгоритмларини такомиллаштириш зарурлигини кўрсатади. Юқорида келтирилган маълумотлардан кўринадики, жигардан ташқари механик сариклик муаммоси замонавий абдоминал хирургияда ҳал этилмаган асосий масалалардан бири бўлиб қолмоқда. Унинг юқори учраш ҳолатлари, асоратлари ва ўлим кўрсаткичларини камайтириш мақсадида эндоскопик ва кам инвазив

¹ Dumonceau J. M. et al. Endoscopic biliary stenting: indications, choice of stents, and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline–Updated October 2017 //Endoscopy. – 2018. – Т. 50. – №. 09. – С. 910-930.

усулларни янада такомиллаштириш, техник ва тактик алгоритмларни ишлаб чиқиш юқори амалий аҳамиятга эга. Шу нуқтаи назардан, ушбу диссертация тадқиқоти илмий жиҳатдан ҳам, амалиёт нуқтаи назаридан ҳам юқори талабгорликка эга. Маҳаллий жарроҳликни ривожлантиришнинг замонавий жиҳатлари механик сариклик билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чора-тадбирларни ўз ичига олади. 2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегиясида етти та устувор йўналиш бўйича аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари белгиланган². Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, механик сариклик билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш, ушбу патологиянинг юқори тиббий ва ижтимоий аҳамияти туфайли жарроҳлик ва умуман тиббиётнинг долзарб йўналишларидан биридир.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 4 октябрдаги ПҚ-5254-сон «Хирургия хизматини трансморфация қилиш, ҳудудларда жарроҳлик амалиётлари сифатини ошириш ва кўламини кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ва 2024 йил 22 январдаги ПҚ-38-сон «Соғлиқни сақлаш соҳасида ислохотларни чуқурлаштириш бўйича кўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Турли муаллифларнинг маълумотларига кўра, «мураккаб» канюлятсия учраш даражаси 4-28% ни ташкил қилади. ЭПСТ нинг ноанъанвий усуллари қўллаш хусусан ЭПСТ вақтида дуч келинадиган техник омадсизликларни енгиб ўтишнинг шартларидан бири бўлиб, транспапилляр операциялар комплексини муваффақиятли бажарилишининг гаровидир. Бошқа томондан эса, муаллифлар ўзларининг кўплаб мақолаларида ноанъанавий усулларни қўллаш, стандарт ЭПСТ қўллагандагига нисбатан асоратларнинг кўпроқ ривожланишида статистик аҳамиятга эга бўлган хавф омили сифатида қарайдилар³. Шундай қилиб, юқорида келтирилганлар панкреатодуоденал соҳа касалликларининг диагностика ва давоси бугунги кунда ҳам замонавий билиар хирургиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолаётганлигини кўрсатиб турибди. Эндоскопик аралашувларнинг натижалари, янада чуқурроқ

²Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги “2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида”ги ПФ-60-сон Фармони. Қонун ҳужжатлари тўплами.

³Кляритская И.Л. с соавт. Современные эндоскопические методы лечения острого и хронического панкреатита // Крымский терапевтический журнал. -2022. -№2. -С.14-20.

ўрганиш ва уларни мукаммаллаштиришни талаб этиб, бу ўз навбатида диагностика ва даво сифатини оширишга ҳамда специфик асоратларнинг келиб чиқишини камайтиришга ёрдам беради. Механик сариклик билан асоратланган гепатопанкреатодуоденал соҳа аъзолари касалликлари билан оғриган беморлар сонининг барқарор ўсиш тенденцияси ўт йўлларининг эндоскопик ретроград текширувлари сонининг кўпайишига олиб келади, уларни ўтказиш зарурати ушбу патологиялар таркибида 21,9% га етади, бунда 2/3 ҳолларда эндоскопик даво-диагностик транспапилляр ёки супрапепилляр аралашувларни амалга ошириш талаб этилади⁴. Кам инвазив аралашув сифатида эндоскопик амалиётлар МС билан оғриган беморларни ташхислаш ва даволашнинг бирламчи устувор усуллари қаторига киради, аммо уларнинг юқори диагностик (94,3%) ва даволаш самарадорлигига (78%) қарамай, ушбу турдаги аралашувлар учун ўзига хос бўлган асоратлар ривожланишининг эҳтимолий хавф омилларини ҳисобга олган ҳолда, айниқса уларнинг зарурлигига шубҳа бўлган вазиятларда оқилона ёндашув зарур.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти иши Тошкент тиббиёт академиясининг илмий тадқиқот ишлари режасига мувофиқ 011800230-сон «Қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси органлари касалликларининг замонавий ташхислаш ва даволаш» мавзуси доирасида бажарилган (2019-2024).

Тадқиқотнинг мақсади механик сариклик билан оғриган беморларда эндоскопик муолажалар натижаларини патогенетик жиҳатдан асосланган ташхис ва даволаш усуллари мажмуасини такомиллаштириш, янги усулларни ишлаб чиқиш ҳамда жорий этиш орқали даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқот вазифалари:

механик сариклик ривожланишига олиб келувчи панкреатодуоденал соҳа касалликларининг структурасини ва ушбу касалликларда эндоскопик диагностиканинг самарадорлигини клиник баҳолаш;

дистал тўсиқ фонида механик сариклик билан беморларда ЭРПХГнинг самарадорлигини аниқлаш ва специфик асоратлар учрашини структуравий таҳлил қилиш;

турли генездаги панкреатодуоденал соҳа касалликларида (механик сариклик) ўт оқимининг бузилишини даволашда эндоскопик транспапилляр ва супрапепилляр усуллари кўллаш натижаларини таққослаш орқали баҳолаш;

механик сарикликни даволашда маълум даво-ташхис стандартларини мукаммаллаштириш орқали эндоскопик (кам инвазив) ва анъанавий хирургик усуллар комбинациясини кўллаб, патогенетик асосланган тактик алгоритмни ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2021-2023 йиллар давомида «Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ» ДМ да жигардан ташқари ўт

⁴Gao Z. et al. The impact of preoperative biliary drainage on postoperative outcomes in patients with malignant obstructive jaundice: a retrospective analysis of 290 consecutive cases at a single medical center //World Journal of Surgical Oncology. – 2022. – Vol. 20. – №. 1. – pp. 7.

йўлларининг турли турдаги блоки сабабли эндоскопик аралашувлар бажарилган 1219 нафар беморнинг комплекс текшируви ва даволаш натижалари олинган.

Тадқиқотнинг предмети механик сарикликнинг таркибий қисмлари, беморнинг аҳволи, ўткир панкреатитни эрта аниқлаш, операциядан кейинги қон кетиш ва ўткир панкреатитнинг олдини олишни ўрганишдан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни ҳал қилиш учун умумий клиник, инструментал (ЭРПХГ, УТТ, рентгенография, ЭФГДС, компьютер томографияси, МРТ-холангиография), статистик ва тахлилий усуллари қўлланилди.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

дистал блок фонида механик сариклик билан оғриган беморларда эндоскопик ретроград панкреатохолангиографиянинг диагностик самарадорлиги аниқланган, шунингдек ретроград текширувнинг муваффақиятсиз уринишларининг асосий сабаблари аниқланган, улар орасида катта дуоденал сўргич соҳасининг анатомик хусусиятлари ва чандикли-яллиғланиш ўзгаришлари етакчи рол касб этиши исботланган;

эндоскопик аралашувлар тури ва ўзига хос асоратларнинг ривожланиш частотаси ўртасида ишончли боғлиқлик аниқланган, бунда атипик супрапапилляр аралашувларда асоратлар хавфи устунлик қилиши аниқланган;

такомиллаштирилган диатермик сиртмоқдан тайёрланган торли папиллотомни (Ўзбекистон Республикаси адлия вазирлиги қошидаги интеллектуал мулк агентлигидан ихтирога Патент FAP 2562 14.08.2024й.) клиник самарадорлиги исботланган бўлиб, у стандарт папиллотомга нисбатан яққолроқ коагуляцион таъсири ва қон кетиш частотасини пасайтириши исботланган;

постэндоскопик панкреатит ривожланишининг хавф омиллари аниқланган, бунда унинг ривожланиши билиар панкреатит фонидаги манипуляцияларда сезиларли даражада кўпроқ кузатилиши аниқланган, шунингдек, консерватив чора-тадбирлар самарасиз бўлганда жарроҳлик коррекциясига кўрсатмалар аниқланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

қиёсий жиҳатдан транспапилляр ва супрапапилляр аралашувларнинг самарадорлиги ўрганилди, шунингдек, қониқарсиз натижаларнинг асосий сабаблари аниқланди ва ўзига хос асоратлар ривожланишининг эҳтимолӣ хавф омилларини ҳисобга олган ҳолда эндоскопик аралашувларни амалга оширишнинг асосий тамойиллари аниқланган;

механик сариклик билан оғриган беморларни даволашнинг ишлаб чиқилган тактик эндоскопик даво-ташхис алгоритми, ўт йўллари оқимининг бузилишини босқичма-босқич, алоҳида ёки анъанавий аралашув билан биргаликда эндоскопик коррекциялашнинг энг мақбул усулини танлаш исботланган;

эндоскопик даво-диагностик аралашувларни бажаришнинг тактик ва техник хусусиятлари бўйича ишлаб чиқилган амалий тавсиялар специфик

асоратлар ривожланиш частотасини камайтириш ва ўт оқими дистал блоки бўлган беморларни даволаш натижаларини яхшилаши исботланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, ташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларида фойдаланиш, услубий ёндашувлар ва статистик таҳлил тўпламларини тўғри қўллаш, диссертацияда кўриб чиқилган муаммоларни ҳал қилиш усуллари, механик сариклик билан оғриган беморларни ташхислаш ва хирургик даволашда замонавий илмий-амалий ғоялар ва ёндашувларга асосланди.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган қоидалар, ҳулосалар ва таклифлар механик сариклик билан оғриган беморларда ЭРПХГ диагностикаси, кўрсатмаларни танлаш, операциядан кейинги даврда консерватив даволашга дифференциал ёндашув тўғрисидаги мавжуд ғояларни ривожлантириш ва кенгайтириш билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижалар асосида механик сариклик даражасига қараб тактик ва техник жиҳатлар оптималлаштирилган ва ёндашув стандартлаштирилган, холедохолитиаз ёки бошқа сабабларнинг мавжудлигига қараб кўрсатмалар аниқланган ва жарроҳлик аралашувини танлашга асосланган, бу эса даволаш натижаларини яхшилангани ва операциядан кейинги асоратлар сонини камайдигани билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Ўт оқимида жигардан ташқари блок бўлган беморларда диагностик ва интервенцион эндоскопик ёндашувларни такомиллаштириш бўйича қуйидаги илмий маълумотлар жорий этилган:

биринчи илмий янгилик: дистал блок фонида механик сариклик билан оғриган беморларда эндоскопик ретроград панкреатохолангиографиянинг диагностик самарадорлиги аниқланган, шунингдек ретроград текширувнинг муваффақиятсиз уринишларининг асосий сабаблари аниқланган, улар орасида катта дуоденал сўргич соҳасининг анатомик хусусиятлари ва чандикли-яллиғланиш ўзгаришлари етакчи рол касб этиши исботланганлиги - Андижон вилояти Андижон шаҳар тиббиёт бирлашмаси (2025-йил 13-февралдаги 22-сонли буйруқ) ва Самарқанд вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази (2025-йил 12-февралдаги 75-У-сонли буйруқ) амалиётига жорий этилди (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги илмий-техник кенгашнинг 2025-йил 13-мартдаги 13/24-сон ҳулосаси). Ижтимоий самарадорлиги: беморларнинг аҳоли яхшиланади, эҳтимолий асоратлар сони камаяди; жарроҳликдан кейинги тикланиш сифати ортади, беморларнинг ҳаёт сифати юксалади. Иқтисодий самарадорлиги: операциядан кейинги қониқарсиз натижаларни олдини олишнинг янги усулини жорий этиш орқали 1 нафар бемор ҳисобига 1500000 сўм иқтисод қилинди (тажрибадан келиб чиқиб, ушбу асоратлар операциядан кейинги даврда ўткир панкреатит ва қон кетишининг ривожланишига олиб келиши мумкин). Такрорий операциялар кўрсаткичи камайди (агар 1 бемор учун тежаш 1500000 сўмни ташкил этган бўлса, йилига

200 бемордан, такрорий жарроҳлик амалиёти билан касалликнинг қайталаниши 5 бемордан 2 беморга камайди, мос равишда бир бемор учун тежаш 1500000 сўмни ташкил этди, йиллик кўрсаткич 3 бемор учун 4500000 сўмни ташкил этди). Хулоса: механик сариклик билан оғриган беморларда ўтказилган эндоскопик даво-диагностик муолажаларнинг натижалари кенг клиник материал асосида ўрганилди, ушбу муолажаларнинг клиник самарадорлиги ва қониқарсиз натижаларнинг асосий сабаб омиллари аниқланиши натижасида йиллик 4500000 (3 бемор учун) сўм иқтисод қилиш имконини берди;

иккинчи илмий янгилик: эндоскопик аралашувлар тури ва ўзига хос асоратларнинг ривожланиш частотаси ўртасида ишончли боғлиқлик исботланиб, бунда атипик супрапапилляр аралашувларда асоратлар хавфи устунлик қилиши аниқланганлиги - Андижон вилояти Андижон шаҳар тиббиёт бирлашмаси (2025-йил 13-февралдаги 22-сонли буйруқ) ва Самарқанд вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази (2025-йил 12-февралдаги 75-У-сонли буйруқ) амалиётига жорий этилди (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги илмий-техник кенгашнинг 2025-йил 13-мартдаги 13/24-сон хулосаси). Ижтимоий самарадорлиги: операциядан кейинги даврда транспапилляр ва супрапапилляр аралашувлардан кейин беморларда юзага келиши мумкин бўлган қон кетиш ва ўткир операциядан кейинги панкреатит каби асоратлар сони минималлаштирилади; асоратлар частотасининг пасайиши туфайли беморлар операциядан кейинги реабилитациядан тезроқ ўтадилар ва фаол ижтимоий ва меҳнат фаолиятига қайтадилар; операциядан кейинги беморларнинг ҳаёт сифати яхшиланади. Иқтисодий самарадорлиги: транспапилляр ва супрапапилляр аралашувларни келтириб чиқарувчи эканлиги аниқланган омиллар бўйича 1 нафар бемор ҳисобига 1500000 сўм (қон кетиш ва операциядан кейинги ўткир панкреатит каби асоратлар билан боғлиқ ҳолатларда ётоқ кунлари ва даволаниш харажатлари ошади) иқтисод қилиниб, 12 нафар бемор ҳисобига шифохонага ётиш ва даволаниш харажатлари камаяди, жами 18000000 сўм иқтисод қилинади. Хулоса: ўт йўллариининг дистал блоки ҳолатида эндоскопик транспапилляр ва супрапапилляр даво-диагностик муолажаларнинг ўрни ва роли қиёсий жиҳатдан акс эттирилди, уларни бажаришнинг тактик ва техник хусусиятлари аниқланган, шунингдек, ўзига хос асоратларнинг частотаси, тузилиши ва оқибатлари кўрсатилган; операциядан кейинги беморларнинг ҳаёт сифати яхшиланиши натижасида йиллик 18000000 (12 бемор учун) сўм иқтисод қилиш имконини берди, шундан: 12600000 сўм бюджет маблағлари, 5400000 сўм бюджетдан ташқари маблағлардир;

учинчи илмий янгилик: такомиллаштирилган диатермик сиртмоқдан тайёрланган торли папиллотомни (Ўзбекистон Республикаси адлия вазирлиги қошидаги интеллектуал мулк агентлигидан ихтирога Патент FAP 2562 14.08.2024й.) клиник самарадорлиги исботланган бўлиб, у стандарт папиллотомга нисбатан яққолроқ коагуляцион таъсири ва қон кетиш частотасини пасайтириши исботланганлиги - Андижон вилояти Андижон шаҳар тиббиёт бирлашмаси (2025-йил 13-февралдаги 22-сонли буйруқ) ва

Самарқанд вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази (2025-йил 12- февралдаги 75-У-сонли буйруқ) амалиётига жорий этилди (Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги илмий-техник кенгашнинг 2025-йил 13-мартдаги 13/24-сон хулосаси). Ижтимоий самарадорлиги: операция вақтида ва ундан кейинги асоратлар ривожланишининг олдини олиш чораларини белгилайди; беморларнинг ҳаёт сифати яхшиланади, беморлар операциядан кейинги реабилитациядан тезроқ ўтадилар ва фаол ижтимоий ва меҳнат фаолиятига қайтадилар. Иқтисодий самарадорлиги: ишлаб чиқилган беморларни олиб бориш алгоритми шифохонадан чиққандан кейинги реабилитация ва даволаниш харажатларини 1 нафар бемор ҳисобига иқтисод қилишга олиб келди, жумладан: қайта кўрик - 95000 сўм; қайта қон таҳлили - 50000 сўм; боғлаш харажатлари - 60000 сўм; дори воситалари харажатлари - 55000 сўм (умумий иқтисодий самарадорлик 1 нафар бемор ҳисобига 260000 сўмни, йиллик умумий иқтисодий самарадорлик 20800000 сўмни (80 нафар бемор) ташкил этди). Хулоса: такомиллаштирилган диатермик сиртмоқдан тайёрланган торли папиллотомни стандарт папиллотомга нисбатан қалинроқ кесувчи қисм билан қўллаш, аниқроқ коагуляцион таъсир туфайли транспапилляр ва супрапапилляр папиллотомияда қон кетишининг ривожланиш частотасини камайтириши бир йилда 1 нафар бемор ҳисобига 260000 сўм ва йиллик амалиёт миқёсида 20800000 (80 нафар бемор) сўм иқтисод қилиш имконини берди, шундан: 14560000 сўм бюджет маблағлари, 6240000 сўм бюджетдан ташқари маблағлардир;

тўртинчи илмий янгилик: постэндоскопик панкреатит ривожланишининг хавф омиллари аниқланган, бунда унинг ривожланиши билиар панкреатит фонидаги манипуляцияларда сезиларли даражада кўпроқ кузатилиши аниқланган, шунингдек, консерватив чора-тадбирлар самарасиз бўлганда жарроҳлик коррекциясига кўрсатмалар аниқланганлиги - Андижон вилояти Андижон шаҳар тиббиёт бирлашмаси (2025-йил 13-февралдаги 22-сон буйруқ) ва Самарқанд вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази (2025-йил 12-февралдаги 75-У-сон буйруқ) амалиётига жорий этилди (Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги илмий-техник кенгашнинг 2025-йил 13-мартдаги 13/24-сон хулосаси). Ижтимоий самарадорлиги: алгоритм нафақат механик сариқлик клиникаси бўлган беморларни, балки анамнезида ўзгарувчан сариқлик клиникаси бўлган беморларни ҳам кўриб чиқади, уларнинг текшируви инструментал тадқиқотлар, объектив кўрик маълумотлари ва анамнез тўпламига асосланган. Иқтисодий самарадорлиги: шифохонада бир нафар бемор учун иқтисодий кўрсаткич: беморнинг шифохонада қолиш муддатини 6 кундан 3 кунгача (3 кун) қисқартириш, шифохонада қолиш тўлов миқдорини 1119000 сўмга камайтириш (прейскурантга кўра шифохонада 1 кун қолиш 373000 сўмни ташкил этади); шифохонада бўлиш муддатини 3 кунга қисқартириш ҳисобига 400000 сўмга кам дори-дармон талаб этилади; шифохонада бўлиш муддатини 3 кунга қисқартириш ҳисобига 180000 сўмга кам боғлов материаллари талаб этилади (ўртача боғлов материаллари сарфи кунига 60000 сўмни ташкил этади). Юқоридаги хулосага кўра, умумий йиллик иқтисодий самарадорлик 35200000 сўмни ташкил этади; Хулоса: холедохнинг

дистал блоки фонида механик сариқлик билан оғриган беморларни даволашнинг тактик даво-ташхис алгоритми ишлаб чиқилганлиги 1 йилда 35200000 сўм иқтисод қилиш имконини берди, шундан: 24640000 сўм бюджет маблағлари, 10560000 сўм бюджетдан ташқари маблағларини тежаш имконини берди.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Ушбу тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро миқёсидаги 2 та республика миқёсидаги илмий-амалий анжуманларда муҳокама қилинган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 12 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш учун тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, тўрт боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация матн материалининг ҳажми 120 бетни ташкил қилади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Диссертациянинг **кириш қисмида** диссертация ишининг долзарблиги ва зарурати асосланиб, тадқиқотнинг мақсад ва вазифалари шакллантирилган, илмий янгилик ҳамда натижаларнинг илмий-амалий аҳамияти келтирилган. Шунингдек, иш натижаларининг синовдан ўтказилганлиги ва эълон қилинганлиги, диссертациянинг ҳажми ва қисқача тузилиши ҳақида маълумотлар тақдим этилган.

Диссертациянинг **«Механик сариқлик билан асоратланган гепатопанкреатодуоденал соҳа касалликларини ташхислаш ва даволашнинг замонавий имкониятлари»**, деб номланган биринчи бобида ГПДС касалликларининг эпидемиологик, этиопатогенетик ва классификацион жиҳатлари ёритилган, замонавий диагностика мезонлари ва механик сариқлик билан асоратланган гепатопанкреатодуоденал соҳа касалликларини даволашда эндоскопик аралашувларни қўллашнинг тараққиёт тарихи ва замонавий тенденциялари кўрсатилган.

Диссертациянинг **«Клиник материалнинг характеристикаси ва қўлланилган тадқиқот усуллари»**, деб номланган иккинчи бобида тадқиқот ишимиз «Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ» ДМ да 2021-2023 йй. ЭРПХГ ва эндоскопик аралашувлар бажарилган 1219 беморнинг текширув ва даво натижалари таҳлилига асосланган.

Ўтказилган эндоскопик аралашувлар натижаларини таҳлил қилиш учун патология турига кўра беморлар 5 гуруҳга ажратилди: ўт-тош касаллиги (ЎТК) билан беморлар - 611 (50.1%); постхолецистэктомик синдром - 393 (32.2%); ГПДС ўсмалари билан беморлар - 180 (14.8%); холедох кисталари - 7 (0.6%) ва жигар эхинококкозининг ўт йўлларида ёрилиш асорати билан беморлар – 28 (2.3%) (1-жадвал).

1-жадвал**Патология турига кўра беморларнинг тақсимланиши**

Патология	абс.	%
ЎТК	611	50,1
ПХЭС	393	32,2
ГПДС ўсмалари	180	14,8
Холедох кисталари	7	0,6
Жигар эхинококкози	28	2,3
Жами	1219	100

Жадвалдан кўриниб турибдики гуруҳларда ЎТК (50.1%) ва ПХЭС (32.2%) билан беморлар сони устунлик қилмоқда.

Асосий касаллик бўйича беморлар тақсимланганда, ЎТК билан беморлар гуруҳида сурункали тошли холецистит – 362 (29.7%)ни; ГПДС ўсмалари билан беморлар гуруҳида ООБ ўсмалари – 84 (6.9%) ва КДС ўсмалари билан беморлар 52 (4.3%)ни ташкил қилди. ПХЭС билан беморлар гуруҳида эса холедохолитиаз билан беморлар сони – 255 (20.9%)ни ташкил қилди. (2-жадвал).

2-жадвал**Беморларнинг асосий касаллик бўйича тақсимланиши**

патология		абс.	%
ЎТК	Ўткир тошли холецистит	249	20,4
	Сурункали тошли холецистит	362	29,7
ГПДС ўсмалари	КДС ўсмаси	52	4,3
	ООБ ўсмаси	84	6,9
	Жигар дарвозаси ўсмаси	20	1,6
	Ўт қопи ўсмаси	10	0,8
	Холедох терминал қисми ўсмаси	14	1,1
ПХЭС	Холедохолитиаз	255	20,9
	Папиллит	58	4,7
	Гепатикохоледох стриктураси	59	4,8
	ГДА стенози	11	0,9
	ХЛТ фонида ташқи ўт оқмаси	10	0,8
Холедох кистаси		7	0,6
Жигар эхинококкози		28	2,3
Жами		1219	100

Текширилган беморлар 10 ёшдан 78 ёшгача бўлиб, улар орасида аёллар 806 нафар (66.1%)ни ва эркеклар 413 нафар (33.9%)ни ташкил қилди. ЎТК билан беморларнинг ўртача ёши $57,5 \pm 16,0$ ни, ПХЭС билан - $56,3 \pm 14,2$ ёшни, ўсмалар билан эса - $61,1 \pm 12,8$ ёшни ташкил қилди.

Механик сариклик бошланганидан анамнез давомийлиги 59.2% (722) беморларда 10 суткадан ортиқ вақтни, бошқа ҳолатларда эса 10 суткагача вақтни ташкил қилди.

Йўлдош патологиялар эндокрин касалликлар, ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги, юрак ишемик касаллиги, гипертония касаллиги, ўпка-бронх патологияси ва жигарнинг сурункали диффуз патологияларига бўлинди.

Бажарилган барча эндоскопик аралашувларни умумлаштириб, 2/3 қисм (68.2%) ҳолатларда транспапилляр муолажалар бажарилган, қолган ҳолатларда эса, турли сабаларга кўра, атипик усуллар - тахминан қўйилган супрапапилляр фистула орқали СПХДС бажаришга тўғри келган (3-жадвал).

3-жадвал

Бажарилган эндоскопик аралашувлар структураси

Муолажа тури	абс.	%
ЭПСТ	831	68,2
СПФ+СПХДС	388	31,8
Биринчи уринишда ўт йўллари контрастлаш	1087	89,2
Такрорий молажада ўт йўллари контрастлаш	96	7,9
Холедохни стентлаш	27	2,2
Назобилиар дренаж ўтказиш	27	2,2
ГДани диатермокенгайтириш	7	0,6
Папиллотом тешикни қўшимча кенгайтириш	79	6,5
СПХДС ни қўшимча кенгайтириш	82	6,7

Ҳозирга вақтда йиғилган тажриба ўт йўллари (ЎЙ) самарасиз эндоскопик диагностикаси кўрсаткичини 5.7%гача камайтиришга имкон берди. Бунда 89.2% ҳолатларда биринчи уринишдаёқ ЎЙ ни контрастлаб ЭРПХГ бажаришга эришилиб, фақат 7.9% ҳолатлардагина порцион ЭПСТ ёрдамида 1-3 суткадан сўнг муолажани такрорий бажаришда самарали диагностика амалга оширилмоқда. Таъкидлаб ўтиш лозим, 1219 бемордан 164 (13.5%) нафарида даво мақсадида ноадекват папиллотом ёки супрапапилляр тешикни қўшимча кенгайтириш бажарилди. Кўриб чиқилган давр мобайнида, холедох терминал қисми стриктураси билан 27 ҳолатда эндоскопик стентлаш ва 27 ҳолатда назобилиар дренажлаш бажарилган.

ЎТК билан беморлар гуруҳида 79.2% (484) ҳолатларда холедохолия (ХЛТ) механик сарикликнинг сабаби бўлиб хизмат қилган. Шунингдек, ПХЭС билан беморлар гуруҳида ҳам 20.9% (255) ҳолатларда холедохолия механик сарикликнинг сабаби бўлган. ЭРХПГ маълумотларига кўра 180

(100%) ҳолатларда механик сарикликнинг сабаби ГПДС ўсмалари бўлган (4-жадвал).

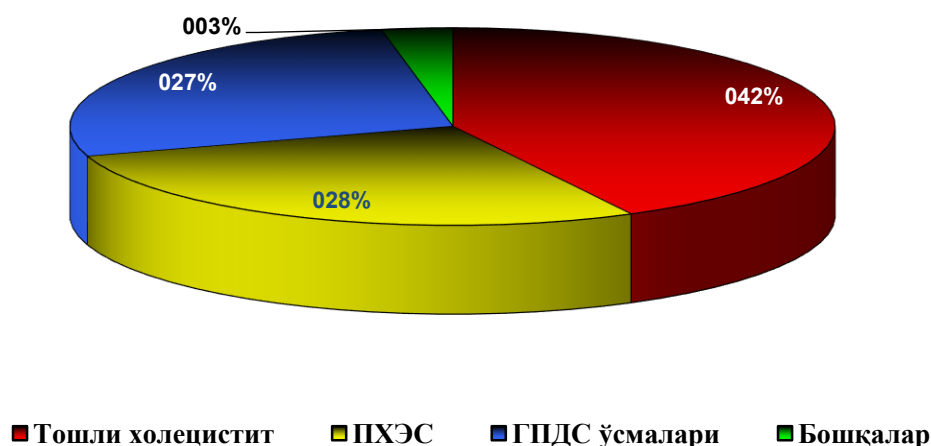
4-жадвал

ЭРХПГ маълумотларига кўра механик сариклик сабаблари

Сабаб	ЎТК		ГПДС ўсмалари		ПХЭС	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Холедохолиятиаз	484	79,2	-	-	255	20,9
ХЛТ+Папиллит	99	16,2	-	-	-	-
Холедох терминал қисми стенози (ХТҚС)	20	3,3	-	-	-	-
Мириizzi синдроми	8	1,4	-	-	-	-
Ўсма	-	-	180	100	-	-
Папиллит	-	-	-	-	57	4,7
Гепатикохоledох стриктураси	-	-	-	-	58	4,8
Гепатикодуоденоанастомоз (ГДА) стенози	-	-	-	-	11	0,9
ХЛТ фонида ташқи оқма	-	-	-	-	10	0,8

Диссертациянинг «Механик сариклик билан касалланган беморларда эндоскопик даво-ташхис аралашувларининг турли усуллари самарадорлигини қиёсий баҳолаш», деб номланган учинчи бобида МС билан асоратланиши мумкин бўлган асосий патологиялар орасидан биз қуйидагиларни ажратиб олдик: ўткир ва сурункали тошли холецистит, ПХЭС, панкреатодуоденал соҳа ўсмалари, холедох кисталари ва жигар эхинококкози.

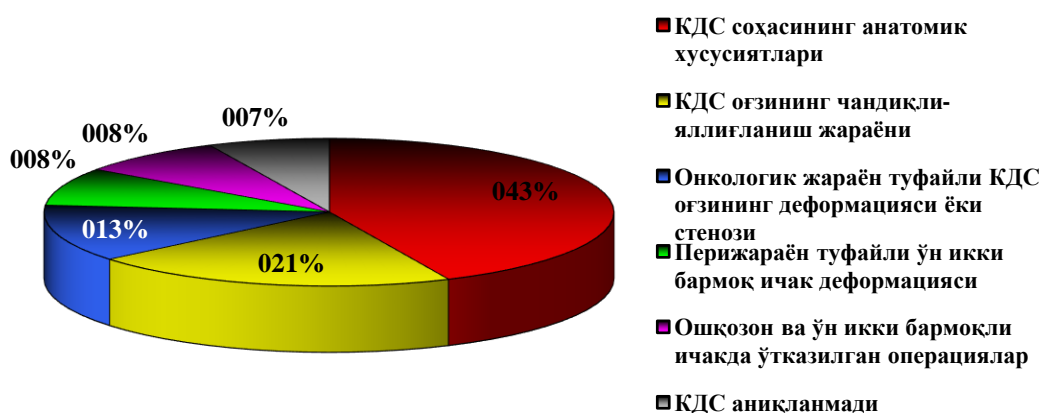
Умуман 2021-2023 йиллар давомида 1635 ретроград текширувлар ўтказилган бўлиб, юқорида кўрсатилган диагнозлар билан барча беморлар гуруҳининг 20% ни ташкил қилди (1-расм).



1-расм. Асосий патологиядан келиб чиқиб бажарилган ретроград текширувлар структураси

Барча ретроград текширувлар структурасида, патологияга боғлиқ ҳолда диагностик ёки даво мақсадида бажарилган эндоскопик аралашувлар миқдори 74.6% (1635 ЭРПХГдан 1219 таси аралашув)ни ташкил қилди. ЭРПХГ структурасида эндоскопик аралашувлар бажарилиши ўткир тошли холецистит билан беморлар гуруҳида – 88.5% (337 дан 381)ни ва ПХЭС да – 79.6% (339 дан 426) ни ташкил қилган бўлса, КДС ва ХТҚ ўсмалари билан беморлар гуруҳида эса – 100% ни ташкил қилди.

Ретроград холангиографияга уринишларнинг турли сабабларга кўра омадсиз тугаши 93 ҳолатда кузатилиб, 5.7% ни ташкил қилди. ЭРХПГ бажаришда самарасиз уринишлар структурасида асосан парафатерал дивертикул - 43.1% ва КДС равоғидаги чандиқли яллиғланиш – 20.8% сабаб бўлди (2-расм).



2-расм. ЭРХПГ бажаришда самарасиз уринишларнинг асосий сабаблари структураси

ЎТК билан беморлар 611 нафар эди. Айтиш лозимки, 227 (37.1%) беморда мурожаат вақтида механик сариклик белгилари бўлмаган. Бироқ шулардан 145 беморда анамнезида ўтиб кетувчи сариклик белгилари бўлган, қолган 82 беморда эса УТТда холедох кенгайиши ёки холедохохолитиаз топилган. Фёдоров В.Д. ва ҳаммуал. (2000) таснифи бўйича механик сарикликни комплекс баҳолаганда, 61 (10.1%) беморда оғир даража аниқланган.

Эндоскопик аралашувлардан – ЭПСТ 462 (75.6%) беморга, супрапапилляр аралашувлар 149 (24.4%) беморга бажарилган. Шундан, холедохохолитиаз билан 405 кузатувдан 300 (74.1%) беморда ЭПСТ вақтида тошларни ўн икки бармоқ ичак бўшлиғига туширишга муваффақ бўлинган. Холедохохолитиаз сабабли СПХДС бажарилган беморлар гуруҳида (117 бемор) 73 (62.5%) ҳолатда холедох конкременти туширилган. Кесимнинг ўртача масофаси 12 мм ни ташкил қилди.

Супрапапилляр аралашувлар бажарилгандан сўнг 12.5% ҳолатларда, ЭПСТ дан сўнг 6.8% ҳолатларда қон кетиш кузатилиб, панкреатит 7.7% ва 5% ни ташкил қилди. 1 ҳолатда эса СПХДС вақтида ЎБИ перфоратсияси юз берди.

91% ҳолатларда ЭПСТ дан кейин қон кетиши қўшимча коагуляция билан тўхтатилган, 2 нафар бемор эса самарасиз гемостаз сабабли операция қилинган. 1 нафар бемор ўлган. СПХДСда 2 нафар беморда эндоскопик гемостаз самарасиз бўлиб, 15% ни ташкил қилди. Операциядан сўнг 1 нафар бемор ўлган.

Ретроград аралашувларда ЭПСТ ва СПХДС кейин келиб чиққан ЎП сабабли 4 бемор операция қилинган. ЎП ривожланиши натижасида ЭПСТ қилинган гуруҳда ўлим кўрсаткичи 6.3% ни ва СПХДС гуруҳида 12.5% ни ташкил қилди.

Эндоскопик аралашувлардан кейинги асоратлар сабабли консерватив чораларнинг самарасизлиги ЭПСТ дан сўнг 15.8% ва СПХДС дан сўнг 31.8% ҳолатларда шошилиш операциялар бажарилишини талаб қилди.

МС сабабини бартараф этишда эндоскопик аралашувларнинг самарадорлиги иккала усул учун ҳам бир хил бўлиб, СПХДС да 75% ни ва ЭПСТ да 79% ни ташкил қилди. Анъанавий аралашувлар бажарилганда ўлим кўрсаткичи 11.7% ни ташкил қилди.

Гепатопанкреатодуоденал соҳа (ГПДС) ўсма касалликлари билан беморлар гуруҳига 180 (14.8%) бемор киритилди. Ушбу гуруҳда ҳаммаси бўлиб 142 та эндоскопик даво-ташхис аралашувлар бажарилган. Фёдоров В.Д. ва ҳаммуал. (2000) таснифи бўйича механик сариқликни комплекс баҳолаганда, 67 (37.3%) беморда оғир даража аниқланган.

Ушбу гуруҳда (n=180) ЭРХПГ ёрдамида 148 (82.5%) беморда ўт йўллари обструкцияси сабаби аниқланди. 32 (17.5%) кузатувда ЭРХПГ бажарилганда ГПДС ўсмалари тасдиқланмаган. Шунда, ўсмалар 33.3% ХТҚ да, 28.6% жигар дарвозасида ва 20.3% ООБда жойлашган ҳолатларда энг кўп диагностик хатоликларга йўл қўйилган.

Ўтказилган даво-ташхис муолажалардан 77 (42.9%) беморга ЭПСТ, 103 (57.1%) беморга СПХДС бажарилган. Шунингдек, 4 (2.4%) кузатувда холедохни стентлаш бажарилиб, 18 (10.3%) ҳолатда назобилиар дренаж ўрнатилган. ЭРХПГ бажаришда ушбу гуруҳда 159 (88.1%) беморда биринчи уринишдан ўт йўлларини контрастлашга эришилган. Қолган 21 (11.9%) ҳолатларда такрорий муолажаларда канюляция ўтказилган.

Ушбу гуруҳдаги беморларда МСни бартараф этишда эндоскопик аралашувларнинг самарадорлиги 32.5% (53 бемор)ни ташкил қилди. Шундан 38 (75.7%) беморда КДС ўсмалари ва 4 (44.4%) беморда ХТҚ ўсмаларида юқори самара олинди.

ГПДС ўсмалари билан беморларнинг барча гуруҳлари орасида 101 (56.3%) беморга кам инвазив аралашувлар бажарилган. Ахволининг оғирлиги ҳисобга олиниб фақатгина 8 беморга радикал аралашувлар (ПДР ва трансдуоденал папиллэктомия) бажарилган. Ушбу назологик гуруҳда умумий ўлим кўрсаткичи 9.5% (16 бемор) ни ташкил қилди. Бажарилган операциялар турига кўра ўлим кўрсаткичи: анъанавий операциялар бажарилган беморлар гуруҳида – 9.1% (7 бемор) ни ва кам инвазив технологиялар ёрдамида операция қилинган беморлар гуруҳида - 9.9% (9 бемор) ни ташкил қилди.

ПХЭС билан беморлар гуруҳига 393 бемор киритилди. ПХЭС билан беморлар структурасида холедохолитиаз – 255 (65%), гепатикохоледох стриктураси 59 (15%), папиллит – 57 (14.6%), гепатикодуоденоанастомоз торайиши – 12 (2.9%) ва холедохолитиаз сабабли ташқи ўт оқмаси – 10 (2.6%)ни ташкил қилди.

ПХЭС билан беморлар гуруҳида Фёдоров В.Д. ва ҳаммуал. (2000) классификацияси бўйича механик сарикликни комплекс баҳолаганда, 54 (13.9%) беморда оғир даража аниқланган. 35 (7.1%) ҳолатда ретроград холангиографияга уриниш турли сабабларга кўра самарасиз бўлди. ЭРХПГ бажаришдаги самарасиз уринишлар сабаблари структурасида парафатерал дивертикул – 44% (15 бемор) ва КДС равоғидаги чандикли яллиғланиш – 20% (7 бемор)ни ташкил қилди.

Ўтказилган даво-ташхис муолажалардан ЭПСТ 258 (65.7%) беморда, тахминан қўйилган СПФ орқали супрапапилляр аралашувлар 128 (32.5%) беморда бажарилди.

МС сабабидан келиб чиқиб супрапапилляр холедоходуоденостомия (СПХДС) бажарилиш кўрсаткичи 25-42.5%ни ташкил қилди. Папиллит - 42.5% ҳолатларда ва холедох стриктураси – 34.1% ҳолатларда СПХДС бажарилишига сабаб бўлиб, энг юқори кўрсаткични эгаллади. СПФ бажарилишининг энг паст кўрсаткичи ГДА торайишида бўлиб, 25%ни ташкил қилди. 57.5-71.4% ҳолатларда ЭПСТ бажарилган. Холедохолитиаз фонида ташқи ўт оқмаси билан беморларда ЭПСТ бажарилиш кўрсаткичи – 100%ни, холедохолитиазда – 68.5%ни, холедох стриктурасида – 65.9%ни ташкил қилди. ГДА торайишини диатермокенгайтириш 71.4% ҳолатларда бажарилган.

ГДАни диатермокенгайтиришда 7 бемордан 3 нафарида қон кетиш кузатилган. ЭПСТдан сўнг қон кетиши 6.1%ни, ЎП 5.6%ни, СПХДСдан сўнг тегишлича 9% ва 6.7%ни ташкил қилди. ЭПСТ ва СПХДС натижасида ЎИБИ перфоратсияси 1 нафардан беморда кузатилган.

Қон кетиши ёки ЎПда консерватив чоралар кўп ҳолларда самарали бўлган. ЭПСТдан сўнг 1 нафардан бемор қон кетиши ва ЎП билан, 1 бемор СПХДСдан кейинги қон кетиши билан шошилиш операция қилинган.

МСни эндоскопик бартараф этиш самарасиз бўлганлиги сабабли 93 бемор анъанавий усулда операция қилинган. Шунингдек 1 ҳолатда тери орқали жигар орқали холангиостомия бажарилган. 393 бемордан 298 нафарида эндоскопик муолажалар самарали бўлиб, 76.2%ни ташкил қилди.

Барча анъанавий аралашувлар структурасида 43 ҳолатда холедохолитотомия бажарилган. 22 ҳолатда ГЕА қўйилган, 9 ҳолатда ташқи каркасли дренажлаш, 6 беморда холедохни реконструктив – қайта тикловчи операциялар бажарилган. Эндоскопик асоратлар сабабли 2 ҳолатда холедохни ташқи дренажлаш билан қон тўхтатиш бажарилган, 2 ҳолатда ЎИБИ дефекти тикилган, 1 ҳолатда эса ЎП сабабли чарви халтасини очиш бажарилган.

МС нинг ўрта оғир даражасида анъанавий операциялардан сўнг ўлим кўрсаткичи 10%ни, оғир даражасида эса 42.9%ни ташкил қилди. Оғир даражадаги МС билан эндоскопик аралашувлар бажарилган беморлар орасида

ўлим кўрсаткичи – 25%. Эндоскопик аралашувлар бажарилган барча беморлар гуруҳида 6 (2.9%) бемор ўлди. Анъанавий аралашувлардан сўнг эса бу кўрсаткич 10 бемор (8.3%)ни ташкил қилди.

Диссертациянинг «**Эндоскопик аралашувлардан кейинги асоратлар ривожланишининг хавф омиллари ва механик сариқлик билан касалланган беморларда эндоскопик даво-ташхис тактикасини оптималлаштириш**», деб номланган тўртинчи бобида барча эндоскопик аралашувлар натижаларини умумлаштириб шуни айтиш мумкинки, тахминан 2/3 қисм ҳолатларда (64.4%) транспапилляр муолажалар бажарилади, қолган ҳолатларда эса турли сабабларга кўра СПХДС каби атипик усуллардан фойдаланишга тўғри келди. Эндоскопистнинг тажриба даражаси ҳам даво-ташхис аралашуви сифатига таъсир кўрсатади. Ҳозирги вақтда бизнинг бўлимда йиғилган тажриба ўт йўллариининг (ЎЙ) самарасиз эндоскопик диагностикаси кўрсаткичини 5.7% гача камайтиришга имкон берди ҳамда ЭРХПГ бажаришда 91.9% ҳолатларда ўт йўллариини биринчи уринишда контрастлашга эришилиб, 8.1% ҳолатлардагина 1-3 суткадан кейин такрорий муолажаларда самарали диагностика амалга оширилмоқда. Шу ўринда айтиб ўтиш керакки, 1219 бемордан 164 (13.5%) нафарида даво мақсадида папиллотом ёки супрапапилляр тешикни қўшимча кенгайтириш амалиёти бажарилган. Кўриб чиқилган давр мобайнида холедох терминал қисми стриктураси сабабли 28 ҳолатда эндоскопик стентлаш бажарилган (5-жадвал).

5-жадвал

Бажарилган эндоскопик аралашувлар структураси

Аралашув тури	сон	
	абс.	%
ЎЙни биринчи уринишда контрастлаш	1120	91,9
ЎЙни такрорий муолажада контрастлаш	99	8,1
ЭПСТ	822	67,4
СПХДС	390	32,0
ГДАни диатермокенгайтириш	7	0,6
ПТТни қўшимча кенгайтириш	82	6,7
СПХДСни қўшимча кенгайтириш	84	6,9
Холедохни стентлаш	28	2,3
Назобилиар дренажни ўтказиш	28	2,3

Даво-диагностик мақсадда бир мартада чўзилган ЭПСТ ёки СПХДС бажарилиши папилло - ёки супрапапиллотом ярадан қон кетиши ривожланиш хавфини ошишига олиб келади. Порцион аралашув эса ушбу асорат эҳтимоллигини (3.1-5.0%) камайтириб, эндоскопик гемостазни абсолют кафолатлашга имкон беради. Бир марталик кесим давомийлиги 0.8 дан 1.2 см гача ($P<0,05$) бўлганда асорат ривожланиш хавфи ЭПСТ да 1.9 баробарга,

СПХДС да 2.5 баробарга ортади, 1.2 см дан ортиқ давомийликда кесишга уринишда ($P<0,01$) эса хавф яна 3.8 ва 2.6 баробарга ортади. Шундан, умумлаштириб олганда қон кетишини анъанавий аралашувлар ёрдамида тўхтатиш зарурати СПХДСда 1.1% ни ва ЭПСТда 0.7% ни ташкил қилади.

Эндоскопик аралашув натижасида ўткир панкреатит ривожланиш хавфи ЭПСТ дан сўнг 5.0%ни ва СПХДС дан кейин 6.8%ни ташкил қилади. Ушбу муолажаларни ривожланган билиар панкреатит фонида мажбуран бажарилиши, унинг 3.3 баробарга (14.0-20.0%) тезроқ авж олишига олиб келади. Ўт йўллариининг алоҳида патологияси фонида эса бу кўрсаткич 4.3-6.0% ни ташкил қилади. Ўз навбатида постэндоскопик панкреатоген асоратларни даволашда консерватив чораларнинг самарсизлиги 0.9-1.5% ҳолатларда шошилинич оператив даво бажарилишини талаб қилади (6-жадвал).

6-жадвал

ЭПСТ ва СПХДС асоратларининг қиёсий кўрсаткичлари

ЭПСТ ва СПХДС бажарилганда асоратлар кўрсаткичи	ЭПСТ (n=822)				СПХДС (n=390)			
	Асоратлар сони		Шулардан операция қ-ди		Асоратлар сони		Шулардан операция қ-ди	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Қон кетиши	56	6,8	6	10,5	47	12,1	4	9,4
Панкреатит	41	5,0	7	17,9	26	6,8	6	22,2
ЎИБИ перфоратсияси	2	0,2	2	100	3	0,8	3	100
Жами асоратлар	99	12,0	15	14,9	76	19,6	13	17,3
Асоратсиз/ операция қилинмаганлар	723	88,0	807	98,2	314	80,4	377	96,6
Гуруҳлар орасида ($df=3$) критерия χ^2	$P<0,05$		$P>0,05$		$P>0,05$		$P>0,05$	

Эндоскопик аралашувни бажаришнинг яна бир хусусиятини айтиб ўтиш лозим. ЭПСТ давомийлиги 1.5-2.0 см бўлиб ҚДС ва бўйлама бурма тез кесилганда актив қон кетиш хавфи жуда юқори бўлади. Профуз қон кетиши, қоидага кўра, ХТҚ кесилган соҳасида вужудга келган. Супрапапилляр бўйлама бурма узун ва ингичка бўлганда қон кетиши кузатилмади. Агар ушбу бурма қалинлашган, катта, қисқа, ичакнинг 1-2 та кўндаланг бурмаси билан кесишган бўлса, қон кетиш хавфи ортиб боради.

ЭПСТ асосан KD-V211M-0730 Q стандарт торли папиллотом билан ёки папиллотом торига нисбатан қалинроқ бўлиб, тўқима ва қон томирлар коагуляциясида самараси кўпроқ бўлган KD10Q («OLYMPUS», Япония) нинали электр пичоқ билан комбинацияланган ҳолда бажарилган. Нинали электр пичоқнинг камчилиги – холедох қарама-қарши деворини кесиш хавфи ҳамда фиксация қилинмаган бурма бўйлаб кесишнинг мураккаблигидадир.

Бизнинг бўлимда, SD7P ва SD8P («OLYMPUS», Япония) туридаги диатермик ҳалқадан тайёрланган, KD10Q («OLYMPUS», Япония) папиллотомига нисбатан кесувчи қисми қалинроқ ва коагуляцион самараси

яхшироқ бўлган, мукаммаллаштирилган папиллотомни қўллаш билан бу камчилик ечими топилди (3-расм). Уни стандарт папиллотом билан комбинацияланган ҳолда қўллаган мақсадга мувофиқ бўлиб, аввал давомийлиги 0.6-1.0 см бўлган стандарт папиллотомия қилинади, кейин эса тайёрланган диатермопапиллотом ёрдамида сфинктеротомия 1.5-2.0 см гача етказилади. Модификациялашган папиллотомни қўллаганда турғун гемостатик самара, вирсунг канали равоғига тегишдан узоқда, кенг коагуляцион чизик ҳосил қиладиган ҳамда секин кесиш билан боғлиқдир.



KD10Q стандарт папиллотомни



Такомиллаштирилган папиллотом

3-расм. Когуляцион самараси юқори бўлган такомиллаштирилган папиллотом

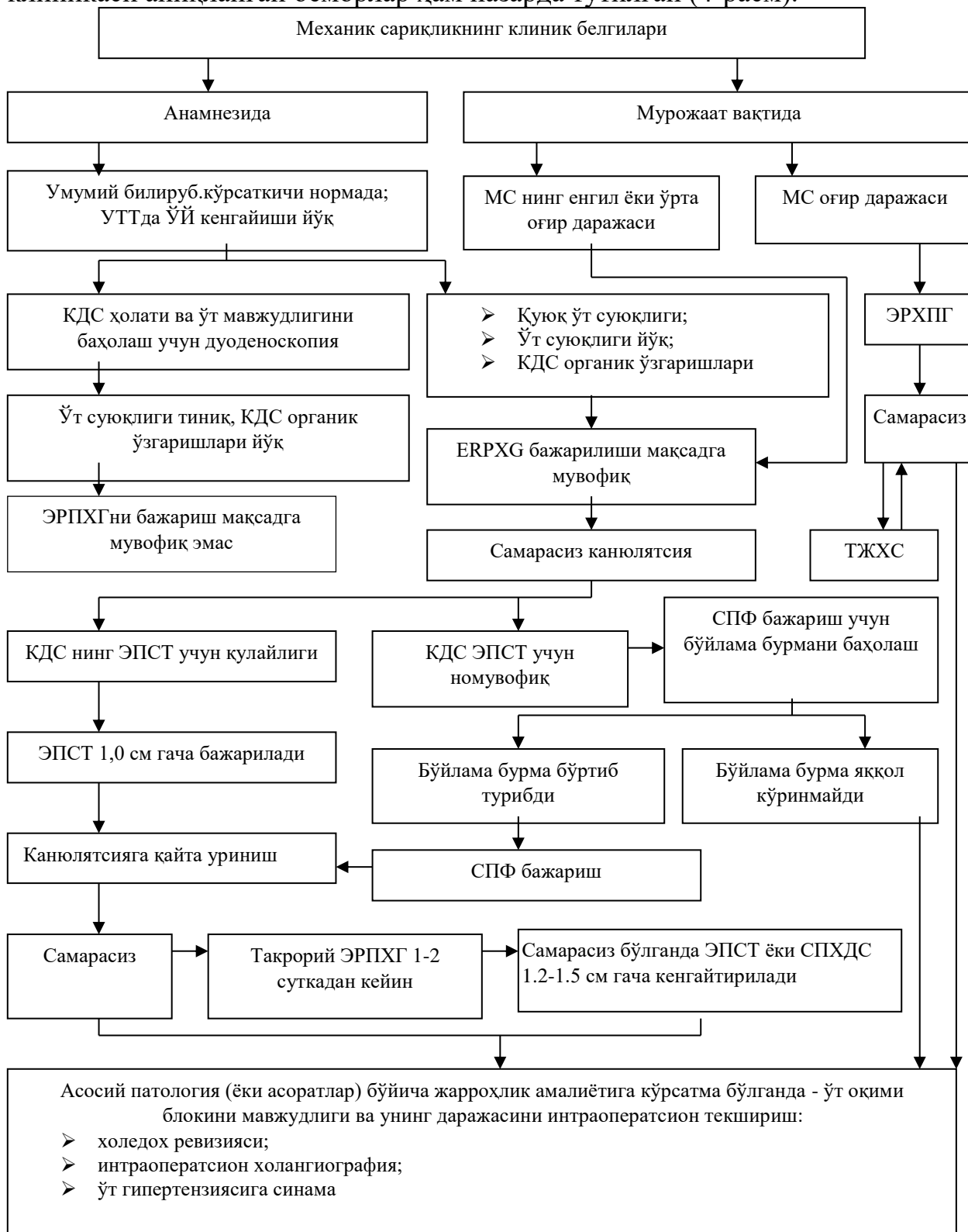
Охирги 3 йил давомида такомиллаштирилган папиллотом ёрдамида кўрсатилган тактикадан фойдаланиб 247 беморда ЭПСТ ва 51 беморда СПХДС бажарилиши, ЭПСТда қон кетиш хавфининг 8.2% дан 3.6%га ва СПХДС да 13.0%дан 5.9%гача камайишига олиб келди (7-жадвал).

7-жадвал

Стандарт ва такомиллаштирилган папиллотомни қўллаганда қон кетиши ривожланиш кўрсаткичи

Аралашув тури	Кўрсаткич	ЭПСТ		СПХДС		Жами	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Стандарт папиллотом	Сони	575	100	339	100	914	100
	Қон кетишлар сони	47	8,2	44	13,0	91	10,0
	Шошинч операция	5	0,8	4	1,3	9	1,0
Такомиллаштирилган папиллотом	Сони	247	100	51	100	298	100
	Қон кетишлар сони	9	3,6	3	5,9	12	4,0
	Шошинч операция	1	0,6	0	0	1	0,5
гуруҳлар орасида (df=2) критерия χ^2		3,509 P=0,173		1,584 P=0,453		6,436 P=0,040	

Ўтказилган тадқиқотлар механик сариқлик билан беморларни олиб боришда эндоскопик даво-ташхис тактик алгоритмни ишлаб чиқиш имконини берди. Бунинг асосида фақатгина механик сариқлик билан мурожаат қилган беморлар эмас, балки текшируви объектив кўрик, анамнез ва инструментал текширув маълумотларига таянган ҳолда, анамнезида ўтиб кетувчи сариқлик клиникаси аниқланган беморлар ҳам назарда тутилган (4-расм).



4-расм. Механик сариқлик билан беморларни олиб боришнинг эндоскопик даво-ташхис тактик алгоритми

ХУЛОСАЛАР

1. Барча даво-диагностик эндоскопик ретроград текширувларнинг 42.3% ўт-тош касаллиги ҳиссасига, 27.8% ПХЭС ва 26.9% гепатопанкреатодуоденал соҳа ўсмалари ҳиссасига тўғри келиб, бунда кам инвазив муолажаларни бажариш зарурати тегишлича 11.8%, 93.4% ва 72.6%ни ташкил қилади.

2. Дистал тўсиқ фонида механик сариклик билан беморларда ЭРПХГнинг диагностик самарадорлиги 94.3%га етди. Ретроград текширувни бажаришда самарасиз уринишлар (5.7%) барча сабаблари структурасида КДС соҳасининг анатомик хусусиятлари (парафатерал дивертикул) устунлик қилиб – 2.4%ни, КДС равоғи чандикли яллиғланиш жараёни – 1.2%ни, КДС равоғининг онкожараён ҳисобига деформацияси ёки стенози – 0.5%ни ва бошқа сабаблар 0.9%ни ташкил қилди.

3. Эндоскопик муолажалар натижасида специфик асоратлар ривожланиш хавфи, атипик супрапапилляр аралашувлар бажарилганда 1.6 марта юқори бўлиб (СПХДСда 19.6%, ЭПСТда 12.0%, $P<0,05$), бунда асоратларни бартараф этиш учун анъанавий операциялар бажарилиш зарурати СПХДСда 3.4%ни ва ЭПСТда 1.8%ни ташкил қилди.

4. ЭПСТ ёки СПХДСнинг порцион тарзда бажарилиши қон кетиш асорати ривожланишини 3.1-5.0%гача пасайишига олиб келади. Бир мартада 1.2 см гача кесиши ($P<0,05$) юқоридаги кўрсаткичларнинг ЭПСТ бажарилганда 1.9 баробарга ва СПХДСда 2.5 баробарга ошишига сабаб бўлади. 1.2 см дан ортиқ кесишга уринилганда эса ($P<0,01$) бу кўрсаткичлар тегишлича яна 3.8 ва 2.6 бараварга ортади.

5. Стандарт папиллотомга қараганда кесувчи қисми қалинроқ бўлган, диатермик ҳалқадан такомиллаштирилган торли папиллотомнинг қўлланилиши, яққол коагуляцион самараси ҳисобига қон кетиш ривожланиши кўрсаткичини ЭПСТда 8.2%дан 3.6%гача ва СПХДСда 13.0%дан 5.9%гача пасайишига, шунингдек шошилиш операция бажарилиш заруратини 1.0%дан 0.5%га камайтиришга имкон беради.

6. Эндоскопик аралашув натижасида ўткир панкреатит ривожланиш хавфи ЭПСТдан сўнг 5.0%ни ва СПХДСдан кейин 6.8%ни ташкил қилади. Ушбу муолажаларни ривожланган билиар панкреатит фонида мажбуран бажарилиши, унинг 3.3 баробарга (14.0-20.0%) тезроқ авж олишига олиб келади. Ўт йўллариининг алоҳида патологияси фонида эса бу кўрсаткич 4.3-6.0%ни ташкил қилади. Ўз навбатида постэндоскопик панкреатоген асоратларни даволашда консерватив чораларнинг самарсизлиги 0.9-1.5% ҳолатларда шошилиш оператив даво бажарилишини талаб қилади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01
ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ
ХИРУРГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА ПО
ПРИСУЖДЕНИЮ ЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

ПОЛВОННИЁЗОВ ХУМОЮН ГАЙРАТЖОН УГЛИ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И
ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У
БОЛЬНЫХ С ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМ БЛОКОМ ЖЕЛЧЕОТТОКА**

14.00.27 – Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам**

ТАШКЕНТ-2025

Тема докторской диссертации (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан под номером B2024.4.PhD/Tib5231.

Диссертация выполнена в Ташкентском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на трех 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 Миралимович доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Хакимов Мурод Шавкатович доктор медицинских наук, профессор Абдуллажонов Бахром Рустамович доктор медицинских наук, профессор
Ведущая организация:	Самаркандский государственный медицинский университет

Защита состоится «_____» _____ 2025 г. в _____ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова (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 № _____). Адрес: 100115, г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан «_____» _____ 2025 года
(реестр протокола рассылки № _____ от «_____» _____ 2025 года).

Ф.Г. Назыров

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

С.А. Бабаджанов

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

Р.А. Ибадов

Председатель научного семинара при
научном совете по присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. В настоящее время внепечёночная механическая желтуха (МЖ) является одним из наиболее тяжёлых осложнений заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) и занимает ведущее место среди причин госпитализации в отделения экстренной абдоминальной хирургии. По данным различных авторов, заболеваемость внепечёночной механической желтухой составляет 10–20 случаев на 100 000 населения ежегодно, летальность у пациентов с поздней диагностикой и задержкой лечения может достигать 20–40%. В качестве основных причин МЖ указывают желчнокаменную болезнь, холедохолитиаз и опухоли большого дуоденального сосочка, а также дистального отдела холедоха. Холедохолитиаз встречается у 30–85% больных с осложнённым калькулёзным холециститом, а доля опухолей достигает 11,7–24,5%⁵. В частности, развитие сочетанных осложнений — холангита и печёночной недостаточности — представляет угрозу для жизни пациента и требует срочной и эффективной медицинской помощи.

В мировой практике одним из наиболее актуальных направлений последних десятилетий является широкое применение малоинвазивных методов, в том числе эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ), эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), эндобилиарного стентирования, которые обладают значительными преимуществами — диагностической точностью до 94% и эффективностью лечения до 78%. Эти вмешательства во многих случаях являются альтернативой обширным хирургическим операциям, снижая частоту послеоперационных осложнений и летальность в 2–4 раза. При этом осложнения, связанные с эндоскопическими методами (постманипуляционный панкреатит, кровотечения, перфорация двенадцатиперстной кишки), встречаются у 1–24% больных, а летальность может достигать 0,2%. Поэтому большое значение имеет эффективная и безопасная организация эндоскопических вмешательств, оптимизация их технического и тактического алгоритма.

В настоящее время в нашей стране из года в год увеличивается частота встречаемости желчнокаменной болезни и холедохолитиаза. По данным крупных медицинских учреждений, за последние 5 лет количество пациентов, обратившихся с механической желтухой, увеличилось на 18–22%. У 65–70% из них в качестве основного метода лечения использовались эндоскопические методы, однако в 7–9% случаев из-за осложнений возникала необходимость в дополнительных хирургических вмешательствах. Эти обстоятельства, в свою очередь, указывают на необходимость совершенствования алгоритмов диагностики и лечения механической желтухи. Как видно из приведённых выше данных, проблема внепечёночной механической желтухи остаётся

⁵ Dumonceau J. M. et al. Endoscopic biliary stenting: indications, choice of stents, and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline—Updated October 2017 //Endoscopy. – 2018. – Т. 50. – №. 09. – С. 910-930.

одной из ключевых нерешённых задач в современной абдоминальной хирургии. Дальнейшее совершенствование эндоскопических и малоинвазивных методов, разработка технических и тактических алгоритмов с целью снижения её высокой частоты, осложнений и показателей смертности имеет большое практическое значение. С этой точки зрения, данное диссертационное исследование обладает высокой востребованностью как с научной, так и с практической точки зрения.

Современные аспекты развития отечественной хирургии включают множество мер, направленных на улучшение результатов лечения больных с механической желтухой. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг⁶. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов лечения больных с механической желтухой, является одним из актуальных направлений хирургии и медицины в целом, ввиду высокой медико-социальной значимости данной патологии.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 7 декабря 2018 года, Постановлениями Президента Республики Узбекистан «О мерах по трансформации хирургической службы, повышению качества и расширению масштаба хирургических операций в регионах» за №ПП-5254 от 4 октября 2021 года и «О дополнительных мерах по углублению реформ в сфере здравоохранения» за №ПП-38 от 22 января 2024 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

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

Степень изученности проблемы. По данным различных авторов, частота «трудных» канюляций составляет от 4 до 28% случаев. Применение нетипичных способов ЭПСТ стало одним из условий преодоления технических неудач собственно ЭПСТ и залогом успешного применения всего комплекса чреспапиллярных операций. С другой стороны, в многочисленных публикациях авторы считают нетипичные способы статистически значимым фактором риска развития осложнений, с более высокой частотой, чем при стандартной ЭПСТ⁷. Таким образом, вышеизложенное свидетельствует о том, что диагностика и лечение заболеваний панкреатодуоденальной зоны и сегодня остается одной из наиболее актуальных проблем современной

⁶Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов.

⁷Кляритская И.Л. с соавт. Современные эндоскопические методы лечения острого и хронического панкреатита // Крымский терапевтический журнал. -2022. -№2. -С.14-20

билиарной хирургии, а результаты эндоскопических вмешательств требуют дальнейшего изучения и оптимизации их применения, что позволило бы повысить качество диагностики и лечения, а также снизить частоту специфических осложнений. Устойчивая тенденция к росту количества больных с заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнённых механической желтухой, обуславливает увеличение числа эндоскопических ретроградных исследований желчных протоков, необходимость в проведении которых в структуре этих патологий достигает 21,9%, при этом в 2/3 случаев требуется выполнение эндоскопических лечебно-диагностических транспапиллярных или супрапапиллярных вмешательств⁸. Являясь малоинвазивным вмешательством эндоскопические манипуляции относятся к первичным приоритетным методам диагностики и лечения больных с МЖ, однако, несмотря на их высокую диагностическую (94,3%) и лечебную эффективность (78%), необходим рациональный подход с учётом вероятных факторов риска развития специфических для этого типа вмешательств осложнений, особенно в тех ситуациях, когда имеются сомнения в их необходимости.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Ташкентской медицинской академии в рамках темы №011800230 «Современная диагностика и лечение заболеваний органов брюшной полости и грудной клетки» (2019–2024 гг.).

Целью исследования является улучшение результатов эндоскопических вмешательств у больных с механической желтухой путём совершенствования, разработки и внедрения комплекса патогенетически обоснованных диагностических и лечебных мероприятий.

Задачи исследования:

определить структуру заболеваний органов панкреатодуоденальной зоны, ведущих к развитию механической желтухи, и дать клиническую оценку эффективности их эндоскопической диагностики;

оценить результаты ЭРХПГ у больных с механической желтухой на фоне дистального блока с определением эффективности и структурным анализом частоты специфических осложнений;

в сравнительном аспекте оценить результаты применения эндоскопических транспапиллярных и супрапапиллярных методов лечения нарушений желчеоттока при заболеваниях панкреатодуоденальной зоны (механической желтухе) различного генеза;

выработать тактический патогенетически обоснованный алгоритм комбинированного применения эндоскопических (миниинвазивных) и

⁸Gao Z. et al. The impact of preoperative biliary drainage on postoperative outcomes in patients with malignant obstructive jaundice: a retrospective analysis of 290 consecutive cases at a single medical center //World Journal of Surgical Oncology. – 2022. – Vol. 20. – №. 1. – pp. 7.

традиционных хирургических методов в комплексном лечении механической желтухи с оптимизацией известных лечебно-диагностических стандартов.

Объектом исследования явился анализ результатов лечения 1219 пациентов, которым в ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» за период 2021-2023 гг. были произведены эндоскопические вмешательства по поводу различных вариантов блока внепеченочных билиарных протоков.

Предмет исследования составляет изучение компонентов механического желтуха, состояния больного, раннего выявления острого панкреатита, послеоперационного кровотечения и профилактики острого панкреатита.

Методы исследования. Общеклинические, инструментальные (ЭРПХГ, УЗИ, рентгеноскопия, ЭГДФС, компьютерная томография, МРТ-холангиография), статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

определена диагностическая эффективность эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии у пациентов с механической желтухой на фоне дистального блока, а также выявлены основные причины неудачных попыток ретроградного исследования, среди которых ведущую роль играют анатомические особенности и рубцово-воспалительные изменения области большого дуоденального сосочка;

установлена достоверная взаимосвязь между типом эндоскопических вмешательств и частотой развития специфических осложнений, при этом риск осложнений превалирует при атипичных супрапапиллярных вмешательствах;

доказана клиническая эффективность усовершенствованного струнного папиллостома с утолщённой режущей частью (Патент на изобретение от Агентства интеллектуальной собственности при Министерстве юстиции Республики Узбекистан FAP 2562 от 14.08.2024 г.), обеспечивающего более выраженный коагуляционный эффект и снижение частоты кровотечений по сравнению со стандартным папиллостомом;

уточнены факторы риска развития постэндоскопического панкреатита, при этом установлено, что его прогрессирование значительно чаще наблюдается при манипуляциях на фоне билиарного панкреатита, а также определены показания к хирургической коррекции при неэффективности консервативных мероприятий.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

в сравнительном аспекте изучена эффективность транс- и супрапапиллярных вмешательств, а также выявлены основные причины неудовлетворительных результатов и определены основные принципы выполнения эндоскопических вмешательств с учётом вероятных факторов риска развития специфических осложнений;

разработанный тактический эндоскопический лечебно-диагностический алгоритм ведения больных с механической желтухой, позволяет выбрать оптимальный способ этапной изолированной или сочетанной с традиционным вмешательством эндоскопической коррекции нарушения пассажа желчи;

разработанные практические рекомендации по тактико-техническим особенностям выполнения эндоскопических лечебно-диагностических вмешательств позволяют снизить частоту развития специфических осложнений и улучшить результаты лечения больных с дистальным блоком желчеоттока.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов обоснована использованием объективных критериев оценки состояния пациентов, современных методов диагностики и лечения, корректным применением методологических подходов и наборов статистического анализа, методы решения рассмотренных в диссертации проблем, основываются на современных научно-практических представлениях и подходах к диагностике и хирургическому лечению больных с механической желтухой.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что полученные положения, выводы и предложения вносят существенный вклад в развитие и расширение существующих представлений о диагностике, выборе показаний к ЭРПХГ у больных с механической желтухой, дифференцированном подходе к консервативному лечению в послеоперационном периоде.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что на основании полученных результатов оптимизированы тактико-технические аспекты и стандартизирован подход в зависимости от степени механической желтухи, определены показания в зависимости от наличия холедохолитиаза или других причин и обоснован выбор хирургического вмешательства, что улучшило результаты лечения и снизило количество послеоперационных осложнений.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по совершенствованию диагностических и интервенционных эндоскопических подходов у пациентов с внепечёночной блокадой желчного протока:

первая научная новизна: определена диагностическая эффективность эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии у пациентов с механической желтухой на фоне дистального блока, а также выявлены основные причины неудачных попыток ретроградного исследования, среди которых ведущую роль играют анатомические особенности и рубцово-воспалительные изменения области большого дуоденального сосочка - внедрена в практику Андижанское городское медицинское объединение Андижанской области (приказ № 22 от 13 февраля 2025 г.) и Самаркандская область многопрофильный медицинский центр (приказ № 75-У, 12 февраля 2025 г.) (Заключение научно-технического совета при Министерстве здравоохранения от 13 марта 2025 г. № 13/24). Социальная эффективность: улучшается самочувствие пациентов, минимизируется число возможных осложнений; улучшается качество послеоперационной реабилитации, улучшается качество жизни пациентов. Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем: за счет внедрения нового метода

профилактики неудовлетворительных послеоперационных результатов на 1 больного экономия составила 1500000 сум (исходя из опыта, что данные осложнения могут привести к развитию острого панкреатита и кровотечения в послеоперационном периоде). Снижен показатель повторных операций (если экономия на 1 больного составила 1500000 сум, то из 200 больных в год, рецидив заболевания с повторной хирургической операцией сократился с 5 до 2 пациентов, соответственно экономия составила 1500000 сум на одного больного, годовой показатель составил 4500000 сум на 3 больных). Заключение: результаты эндоскопических лечебно-диагностических процедур, проведённых у пациентов с механической желтухой, были изучены на основе обширного клинического материала. Клиническая эффективность этих процедур, а также выявление основных причин неудовлетворительных результатов позволили сэкономить 4500000 сумов в год (на 3 пациентов);

вторая научная новизна: установлена достоверная взаимосвязь между типом эндоскопических вмешательств и частотой развития специфических осложнений, при этом риск осложнений превалирует при атипичных супрапапиллярных вмешательствах - внедрена в практику Андижанское городское медицинское объединение Андижанской области (приказ № 22 от 13 февраля 2025 г.) и Самаркандская область многопрофильный медицинский центр (приказ № 75-У, 12 февраля 2025 г.) (Заключение научно-технического совета при Министерстве здравоохранения от 13 марта 2025 г. № 13/24). Социальная эффективность: минимизируется количество осложнений, таких как кровотечения и острый послеоперационный панкреатит, которые могут возникнуть у пациентов после транспапиллярных и супрапапиллярных вмешательств в послеоперационном периоде; благодаря снижению частоты осложнений пациенты быстрее проходят послеоперационную реабилитацию и возвращаются к активной социальной и трудовой деятельности; улучшается качество жизни послеоперационных пациентов. Экономическая эффективность научной новизны: по данным выявленных факторов, вызывающим транспапиллярные и супрапапиллярные вмешательства, экономия на 1 пациента составляет 1500000 сум (в случаях, связанных с такими осложнениями, как кровотечение и острый послеоперационный панкреатит, увеличивается количество койко-дней и расходы на лечение) снижая расходы на госпитализацию и лечение с общей экономией 18000000 сумов на 12 пациентов. Заключение: в сравнительном аспекте отражены место и роль эндоскопических транспапиллярных и супрапапиллярных лечебно-диагностических процедур при дистальной блокаде желчных протоков. Определены тактико-технические особенности их выполнения, а также показана частота, структура и последствия специфических осложнений. В результате улучшения качества жизни пациентов после операции удалось сэкономить 18000000 сумов в год (для 12 пациентов), из которых 12600000 сумов — бюджетные средства, 5400000 сумов — внебюджетные;

третья научная новизна: доказана клиническая эффективность усовершенствованного струнного папиллотомы с утолщённой режущей частью (Патент на изобретение от Агентства интеллектуальной собственности

при Министерстве юстиции Республики Узбекистан FAP 2562 от 14.08.2024 г.), обеспечивающего более выраженный коагуляционный эффект и снижение частоты кровотечений по сравнению со стандартным папиллотомом - внедрена в практику Андижанское городское медицинское объединение Андижанской области (приказ № 22 от 13 февраля 2025 г.) и Самаркандская область многопрофильный медицинский центр (приказ № 75-У, 12 февраля 2025 г.) (Заключение научно-технического совета при Министерстве здравоохранения от 13 марта 2025 г. № 13/24). Социальная эффективность: определяет меры профилактики развития осложнений во время и после операции; улучшается качество жизни пациентов, пациенты быстрее проходят послеоперационную реабилитацию и возвращаются к активной социальной и трудовой деятельности. Экономическая эффективность: разработанный алгоритм ведения больных привёл к сокращению расходов на реабилитацию и лечение после выписки из стационара на одного пациента. В том числе: повторный осмотр — 95000 сумов, повторный анализ крови — 50000 сумов, расходы на перевязку — 60 000 сумов, расходы на лекарства — 55000 сумов. Общая экономическая эффективность составила 260000 сумов на одного пациента; годовая общая экономия составила 20800000 сумов (для 80 пациентов). Заключение: применение струнного папиллотомы, изготовленного из усовершенствованной диатермической петли с более толстой режущей частью по сравнению со стандартным папиллотомом, а также снижение частоты кровотечений при транспапиллярной и супрапапиллярной папиллотомии за счёт более выраженного коагуляционного эффекта позволили сэкономить 260000 сумов на одного пациента в год и 20800000 сумов в год (для 80 пациентов), из которых 14560000 сумов — бюджетные средства, 6240000 сумов — внебюджетные.;

четвертая научная новизна: уточнены факторы риска развития постэндоскопического панкреатита, при этом установлено, что его прогрессирование значительно чаще наблюдается при манипуляциях на фоне билиарного панкреатита, а также определены показания к хирургической коррекции при неэффективности консервативных мероприятий - внедрена в практику Андижанское городское медицинское объединение Андижанской области (приказ № 22 от 13 февраля 2025 г.) и Самаркандская область многопрофильный медицинский центр (приказ № 75-У, 12 февраля 2025 г.) (Заключение научно-технического совета при Министерстве здравоохранения от 13 марта 2025 г. № 13/24). Социальная эффективность: алгоритм рассматривает не только пациентов с клиникой механической желтухи, но и пациентов с клиникой вариабельной желтухи в анамнезе, обследование которых основано на совокупности инструментальных исследований, данных объективного осмотра и анамнеза. Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем: экономический показатель на одного больного в стационаре: сокращение сроков пребывания больного в стационаре с 6 дней до 3 дней (3 дня), снижение размера оплаты пребывания в стационаре на 1119000 сумов (согласно прейскуранту 1 сутки пребывания в стационаре составляют 373000 сум); в связи с сокращением пребывания в стационаре на 3

дня требуется на 400000 сум меньше лекарств; за счет сокращения пребывания в стационаре на 3 дня требуется меньше перевязок на 180000 сум (в среднем расход перевязочного материала составляет 60000 сум в сутки). Согласно выше изложенному заключению, общая годовая экономическая эффективность составляет 35200000 сум; Заключение: разработка тактико-диагностического алгоритма лечения пациентов с механической желтухой на фоне дистальной блокады холедоха позволила сэкономить 35200000 сумов за один год, из них: 24640000 сумов — бюджетные средства, 10560000 сумов — внебюджетные.

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

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

Структура и объем работы. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объём текстового материала состоит из 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 диссертации **«Современные возможности диагностики и лечения заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнённых механической желтухой»** освещены эпидемиологические, этиопатогенетические и классификационные аспекты заболеваний ГПДЗ, представлены современные диагностические критерии, история развития и современные тенденции применения эндоскопических вмешательств в лечении заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнённых механической желтухой.

Во второй главе диссертации, озаглавленной **«Материалы и методы исследования»**, представлена информация о проведении нашего исследования, выполненного в ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова» в 2021–2023 гг. ЭРПХГ и эндоскопические вмешательства были основаны на анализе результатов обследования и лечения 1219 больных.

Для анализа результатов проведенных эндоскопических вмешательств выделено 5 основных групп больных распределённых по типу патологии: это больные с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) – 611 (50,1%); постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) – 393 (32,2%); пациенты с

опухолями ПДЗ – 180 (14,8%); кистами холедоха – 7 (0,6%) и эхинококкозом печени, осложнёнными прорывом в желчные пути – 28 (2,3%) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по типу патологии

патология	абс.	%
ЖКБ	611	50,1
ПХЭС	393	32,2
Опухоли ПДЗ	180	14,8
Киста холедоха	7	0,6
Эхинококкоз печени	28	2,3
Всего	1219	100

Как видно из таблицы в основном отмечено преобладание количества больных в группах с ЖКБ (50,1%) и ПХЭС (32,2%).

При распределении больных по основному заболеванию в группе больных с ЖКБ преобладали пациенты с хроническим калькулёзным холециститом – 362 (29,7%); в группе больных с опухолями ПДЗ отмечено преобладание больных с опухолью ПЖЖ – 84 (6,9%) и опухолью БДС – 52 (4,3%) пациентов, а в группе больных с ПХЭС наибольшее количество больных было с холедохолитиазом – 255 (20,9%) (табл. 2).

Среди обследованных больных было 806 женщины (66,1%) и 413 мужчин (33,9%) в возрасте от 10 до 78 лет. Средний возраст больных при ЖКБ составил $57,5 \pm 16,0$ лет, при ПХЭС – $56,3 \pm 14,2$ лет, при опухолях – $61,1 \pm 12,8$ лет.

Длительность анамнеза 59,2% (722 пациента) больных составила более 10 суток, в остальных случаях больные поступали в сроки до 10 суток от начала механической желтухи.

Сопутствующая патология, была распределена на эндокринные заболевания, язвенная болезнь ДПК, ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, бронхо-лёгочную патологию и хроническую диффузную патологию печени.

Обобщая все выполненные эндоскопические вмешательства можно отметить, что примерно в 2/3 случаев (68,2%), осуществлялись чреспапиллярные манипуляции, в остальных ситуациях, по разным причинам, приходилось прибегать к атипичной методике – СПХДС, через предварительно наложенную супрапапиллярную фистулу (табл. 3).

В настоящий период накопленный опыт позволил снизить частоту неэффективной эндоскопической диагностики желчных протоков (ЖП) до 5,7% случаев, при этом с первой попытки удаётся контрастировать ЖП и выполнить ЭРХГ в 89,2% случаев, и только в 7,9% эффективная диагностика была осуществлена при повторном выполнении манипуляции с порционной ЭПСТ через 1-3 суток. Следует отметить, что из 1219 пациентов у 164 (13,5%)

с лечебной целью проведено дополнительное рассечение неадекватного папиллотомного или супрапапиллярного отверстия. В 27 случаях (за рассматриваемый период) при стриктурах терминального отдела холедоха проведено эндоскопическое стентирование и в 27 случаях назобилиарное дренирование.

Таблица 2

Распределение больных по основному заболеванию

патология		абс.	%
ЖКБ	Острый холецистит	249	20,4
	Хронич.холецистит	362	29,7
Опухоли ПДЗ	Опухоль БДС	52	4,3
	Опухоль ПЖЖ	84	6,9
	Опухоль ворот печени	20	1,6
	Опухоль желч.пузыря	10	0,8
	Опухоль ТОХ	14	1,1
ПХЭС	Холедохолитиаз	255	20,9
	Папиллит	58	4,7
	Стриктура гепатикохоледоха	59	4,8
	Стеноз ГДА	11	0,9
	Наружный свищ на фоне ХЛТ	10	0,8
Киста холедоха		7	0,6
Эхинококкоз печени		28	2,3
Всего		1219	100

Таблица 3

Структура проведенных эндоскопических вмешательств

вид манипуляции	абс.	%
ЭПСТ	831	68,2
СПФ+СПХДС	388	31,8
Контрастирование желч.протоков при первой попытке	1087	89,2
Контрастирование желч.протоков при повторной манипул-и	96	7,9
Стентирование холедоха	27	2,2
Проведение назобилиарного дренажа	27	2,2
Диатерморасширение ГДА	7	0,6
Дополнительное расширение ПТО	79	6,5
Дополнительное расширение СПХДС	82	6,7

В 79,2% (484) случаях в группе больных с ЖКБ причиной механической желтухи явился холедохолитиаз (ХЛТ). Так же холедохолитиаз был причиной механической желтухи в группе больных с ПХЭС в 20,9% (255) случаев. В 180 (100%) наблюдениях причиной механической желтухи по данным ЭРПХГ были опухоли ГПДЗ (табл. 4).

Таблица 4

Причина механической желтухи у больных по данным ЭРПХГ

причина	ЖКБ		опухоли ГПДЗ		ПХЭС	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Холедохолитиаз	484	79,2	-	-	255	20,9
ХЛТ+Папиллит	99	16,2	-	-	-	-
Стеноз терминального отдела холедоха (ТОХ)	20	3,3	-	-	-	-
Синдром Мириззи	8	1,4	-	-	-	-
Опухоль	-	-	180	100	-	-
Папиллит	-	-	-	-	57	4,7
Стриктура гепатикохоледоха	-	-	-	-	58	4,8
Стеноз гепатикодуодено анастомоза (ГДА)	-	-	-	-	11	0,9
Наружный свищ на фоне ХЛТ	-	-	-	-	10	0,8

В третьей главе диссертации «Сравнительная оценка эффективности различных методов эндоскопических лечебно-диагностических вмешательств у больных с механической желтухой» среди основных патологий, которые могут осложняться МЖ, были выделены: острый и хронический калькулёзный холецистит, постхолецистэктомический синдром (ПХЭС), опухоли панкреатодуоденальной зоны, кисты холедоха и эхинококкоз печени.

В целом за период 2021-2023 года выполнено 1635 ретроградных исследований, что составило фактически 20% от всей группы больных с вышеуказанными диагнозами (рис. 1).

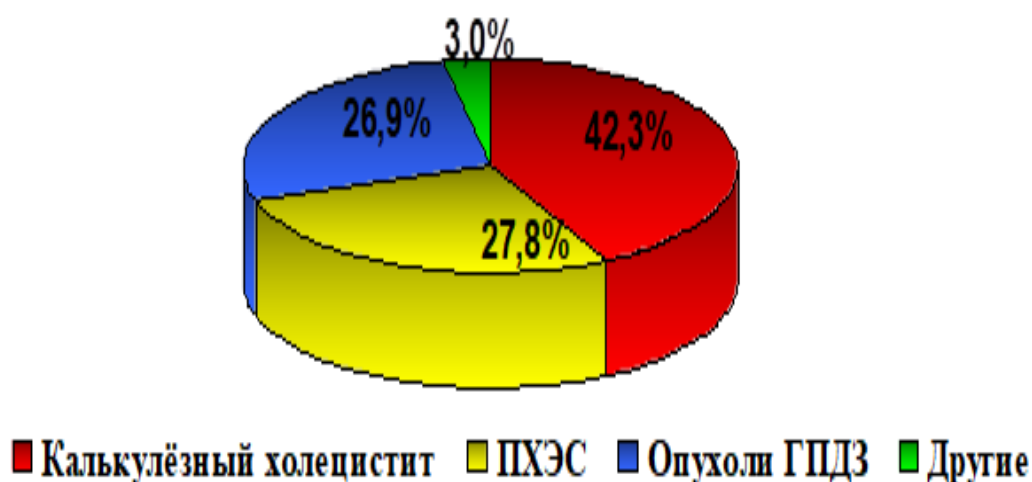


Рис. 1. Структура выполненных ретроградных исследований в зависимости от основной патологии

В структуре всех ретроградных исследований частота эндоскопических вмешательств с диагностической или лечебной целью в зависимости от патологии составила 67,2% (1219 вмешательств из 1635 ЭРХГ). Частота выполнения эндоскопических вмешательств в структуре ЭРХГ преобладала в группах больных с острым калькулёзным холециститом – 88,5% (337 из 381) и ПХЭС – 77,6% (339 из 426), а в группах больных с опухолями БДС и ТОХ она составила – 100%.

В 93 случаях, что составило 5,7% – попытка ретроградной холангиографии вследствие различных причин оказалась неудачной. В структуре всех причин неэффективной попытки выполнения РХГ значительно преобладали парафатеральный дивертикул – 43,1 % и рубцово-воспалительный процесс устья БДС – 20,8% (рис. 2).



Рис. 2. Структура основных причин неэффективной попытки выполнения ЭРХГ

Больных с ЖКБ было 611. Следует отметить, что у 227 (37,1%) больных на момент поступления клиника механической желтухи отсутствовала. Однако у 145 больного из них имелась клиника перемежающейся механической желтухи в анамнезе, а у остальных 82 больных на УЗИ выявлена эктазия холедоха или холедохолитиаз. При комплексной оценке механической желтухи по классификации Фёдорова В.Д. с соавт. (2000), тяжёлая степень выявлена у 61 (10,1%) больных.

Из эндоскопических вмешательств – ЭПСТ выполнено 462 (75,6%) больным, супрапапиллярное вмешательство у 149 (24,4%) пациентов. При этом из 405 наблюдений холедохолитиаза во время ЭПСТ у 300 (74,1%) пациентов удалось низвести конкремент в просвет ДПК. В группе больных с холедохолитиазом, где произведена СПХДС (117 больных) в 73 (62,5%) случаях произведено низведение конкремента холедоха. Протяжённость рассечки в среднем составила 12 мм.

После выполнения супрапапиллярных вмешательств в 12,5% случаев отмечалось кровотечение, после ЭПСТ в 6,8%, панкреатит в 7,7 и 5% и в 1 случае при проведении СПХДС произошла перфорация ДПК.

В 91% случаев после ЭПСТ кровотечение остановлено дополнительной коагуляцией, 2 больных оперированы в связи с неэффективным гемостазом. Умер 1 больной. При СПХДС неэффективный эндоскопический гемостаз был у 2 больных, что составило 15%. После операции умер 1 больной.

По поводу ОП спровоцированного ретроградным вмешательством после ЭПСТ и СПХДС оперировано по 4 больных. Летальность при развитии ОП составила 6,3% в группе ЭПСТ и 12,5% в группе СПХДС.

В целом неэффективность консервативных мероприятий по поводу осложнений после эндоскопических вмешательств потребовало выполнение экстренной операции в 15,8% случаев после ЭПСТ и 31,8% после СПХДС.

Эффективность эндоскопических вмешательств в разрешении причины МЖ оказалась фактически одинаковой для двух методик, составив 75% при СПХДС и 79% при ЭПСТ. Частота летальности после выполнения традиционных вмешательств составила 11,7%.

В группу больных с опухолевыми заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) включены 180 (14,8%) больных. Всего в данной группе произведено 142 эндоскопических лечебно-диагностических вмешательств. При комплексной оценке МЖ согласно классификации Фёдорова В.Д. с соавт., (2000), тяжёлая степень выявлена у 67 (37,3%) пациентов.

В данной группе (n=180) при ЭРПХГ причина обструкции желчных путей была выявлена у 148 (82,5%) больных. В 32 (17,5%) наблюдениях опухоль ГПДЗ при выполнении ЭРПХГ не верифицирована. При этом наибольшая частота диагностических ошибок отмечена при локализации опухоли в области ТОХ – 33,3%, ворот печени – 28,6% и ПЖЖ – 20,3% случаев.

Из выполненных лечебно-диагностических манипуляций у 77 больных выполнено ЭПСТ, что составило 42,9%, СПХДС – 103 (57,1%) пациентам. Также в 4 (2,4%) случаях произведено стентирование холедоха и в 18 (10,3%) установка назобилиарного дренажа. При выполнении ЭРХГ в данной группе контрастирование желчных протоков с первой попытки удалось у 159 (88,1%) больных. В остальных 21 (11,9%) случаях канюляция проведена при повторной манипуляции.

Эффективность эндоскопических вмешательств в разрешении МЖ у этой группы больных составила 32,5% (53 больной). При этом наибольшая эффективность получена при опухолях БДС – у 38 (75,7%) больных и опухолях ТОХ – 4 (44,4%) пациентов.

Среди всей группы больных с опухолями органов ГПДЗ миниинвазивные вмешательства выполнены у 101 (56,3%) больного. Радикальное вмешательство (ПДР и трансдуоденальная папиллэктомия) вследствие тяжести состояния выполнено только у 8 пациентов. Летальность у данной нозологической группы в общем составила 9,5% (16 больных). При этом частота летальности в зависимости от вида выполненных операций составила:

в группе больных с традиционными операциями – 9,1% (7 больных) и в группе больных оперированных с помощью миниинвазивных технологий – 9,9% (9 больных).

В группу больных с ПХЭС включено 393 пациента. В структуре больных с ПХЭС отмечено преобладание частоты пациентов с холедохолитиазом – 255 (65%), со стриктурой гепатикохоледоха – 59 (15%), папиллитом – 57 (14,6%), со стенозом гепатикодуоденоанастомоза – 12 (2,9%) и наружным желчным свищем на фоне холедохолитиаза – 10 (2,6%).

По классификации Фёдорова В.Д. с соавт., (2000) в группе больных с ПХЭС при комплексной оценке МЖ тяжёлая степень выявлена у 54 (13,9%) пациентов. В 35 случаях, что составило 7,1% – попытка ретроградной холангиографии вследствие различных причин оказалась неудачной. В структуре всех причин неэффективной попытки выполнения РХГ значительно преобладали парафатеральный дивертикул – 44% (15 больных) и рубцово-воспалительный процесс устья БДС – 20% (7 больных).

Из выполненных лечебно-диагностических манипуляций у 258 больных выполнено ЭПСТ, что составило 65,7%, супрапапиллярные вмешательства, через предварительно наложенную СПФ – 128 (32,5%) пациентам.

Частота выполнения супрапапиллярной холедоходуоденостомии (СПХДС) в зависимости от этиологии МЖ колебалась от 25 до 42,5% случаев. При этом наиболее часто СПХДС выполнялась при папиллите – 42,5% и стриктурах холедоха – 34,1%. Наименьшая частота наложения СПФ отмечена у больных со стенозом ГДА – в 25% случаев. ЭПСТ выполнено в 57,5 – 71,4% случаев. При этом наибольшая частота выполнения ЭПСТ была у больных с наружным желчным свищем на фоне холедохолитиаза – 100%, холедохолитиаза – 68,5%, стриктурах холедоха – 65,9%. При стенозе ГДА диатерморасширение последнего выполнено в 71,4% наблюдений.

При выполнении диатерморасширения ГДА кровотечение отмечено у 3 из 7 пациентов. После ЭПСТ частота кровотечения составила – 6,1%, ОП – 5,6%, после СПХДС – 9% и 6,7% соответственно. Перфорация ДПК отмечена по 1 больному после ЭПСТ и СПХДС.

Консервативные мероприятия по поводу кровотечения или ОП в большинстве случаев были эффективными. Экстренно оперированы по 1 больному с кровотечением и ОП после ЭПСТ и 1 больной с кровотечением после СПХДС.

В связи с неэффективностью эндоскопического разрешения МЖ традиционно оперированы 93 больных. Так же в одном случае произведена ЧЧХС. Эффективность эндоскопических манипуляций составила 76,2% – у 298 из 393 больных.

В структуре всех традиционных вмешательств холедохолитотомия произведена в 43 случаях. В 22 случаях наложен ГЕА, наружное каркасное дренирование в 9 случаях, реконструктивно-восстановительная операция на холедохе у 6 пациентов. На фоне эндоскопических осложнений в 2 случаях произведена остановка кровотечения с наружным дренированием холедоха, в

2 случаях ушивание дефекта ДПК, в 1 случае вскрытие сальниковой сумки по поводу ОП.

Летальность после традиционных операций составила 10% при средней степени тяжести МЖ, 42,9% при тяжёлой степени. Среди больных с эндоскопическими вмешательствами при тяжёлой степени – 25%. Всего в группе больных с эндоскопическими вмешательствами умерло 6 больных – 2,9%. После традиционных вмешательств – 10 больных, что составило 8,3%.

В четвёртой главе диссертации **«Факторы риска развития осложнений после эндоскопических вмешательств и оптимизация эндоскопической лечебно-диагностической тактики у больных с механической желтухой»**, обобщая результаты всех эндоскопических вмешательств, отмечено, что примерно в 2/3 случаев (64,4 %) выполняются транспапиллярные процедуры. В остальных случаях по разным причинам приходилось применять такие атипичные методы, как супрапапиллярная холедоходуоденостомия (СПХДС). Уровень квалификации эндоскописта также влияет на качество лечебно-диагностического вмешательства, в настоящий период накопленный опыт в нашем отделении позволил снизить частоту неэффективной эндоскопической диагностики желчных протоков (ЖП) до 5,7% случаев, при этом с первой попытки выполнения РХГ протоки удается законтрастировать в 91,9% случаев, и только в 8,1% эффективная диагностика осуществляется при повторном выполнении манипуляции через 1-3 суток. Следует отметить, что из 1219 пациентов у 164 (13,5%) с лечебной целью проведено дополнительное рассечение папиллотомного или супрапапиллярного отверстия. В 28 случаях (за рассматриваемый период) при стриктурах терминального отдела холедоха проведено эндоскопическое стентирование (табл. 5).

Одномоментное выполнение протяжённой ЭПСТ или СПХДС с лечебно-диагностической целью обуславливает увеличение риска развития кровотечения из папилло- или супрапапиллотомной раны, так порционное вмешательство сопровождается низкой частотой этого осложнения (3,1-5,0%) с абсолютной гарантией эндоскопического гемостаза, тогда как при одномоментной протяжённости рассечения от 0,8 до 1,2 см ($P<0,05$) риск возрастает в 1,9 раз при выполнении ЭПСТ и в 2,5 раза при СПХДС, а при попытке рассечения протяжённостью более 1,2 см ($P<0,01$) риск возрастает ещё в 3,8 и 2,6 раза, при этом в целом необходимость выполнения традиционного вмешательства для остановки кровотечения составляет 1,1% при СПХДС и 0,7% при ЭПСТ.

Риск развития острого панкреатита, спровоцированного эндоскопическим вмешательством, составляет 5,0% после ЭПСТ и 6,8% после СПХДС, при этом вынужденное выполнение этих манипуляций на фоне развившегося билиарного панкреатита, провоцирует его прогрессирование в 3,3 раза чаще (14,0-20,0%), чем при вмешательствах на фоне изолированной патологии желчных протоков (4,3-6,0%), в свою очередь неэффективность консервативных мероприятий по купированию постэндоскопических панкреатогенных осложнений в 0,9-1,5% случаев требуют выполнения экстренного оперативного лечения (табл. 6).

Таблица 5

Структура выполненных эндоскопических вмешательств

вид вмешательства	количество	
	абс.	%
Контрастирование ЖП при первой попытке	1120	91,9
Контрастирование ЖП при повторной манипуляции	99	8,1
ЭПСТ	822	67,4
СПХДС	390	32,0
Диатерморасширение ГДА	7	0,6
Дополнительное расширение ПТО	82	6,7
Дополнительное расширение СПХДС	84	6,9
Стентирование холедоха	28	2,3
Проведение назобилиарного дренажа	28	2,3

Таблица 6

Сводная частота осложнений ЭПСТ и СПХДС

частота осложнений при выполнении ЭПСТ и СПХДС	ЭПСТ (n=557)				СПХДС (n=265)			
	кол-во осложнений		из них оперированы		кол-во осложнений		из них оперированы	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кровотечение	56	6,8	6	10,5	47	12,1	4	9,4
Панкреатит	41	5,0	7	17,9	26	6,8	6	22,2
Перфорация ДПК	2	0,2	2	100	3	0,8	3	100
Всего осложнений	99	12,0	15	14,9	76	19,6	13	17,3
Без осложнений/не оперированные	723	88,0	807	98,2	314	80,4	377	96,6
Критерий χ^2 между группами (df=3)	P<0,05 —————→				————→			

Хотелось бы отметить еще одну особенность выполнения эндоскопического вмешательства. Наибольший риск активного кровотечения отмечался при протяженной ЭПСТ до 1,5-2,0 см с быстрым рассечением БДС и супрапапиллярной продольной складки. Профузное кровотечение, как правило, возникало в зоне рассечения ТОХ. При длинной и тонкой продольной супрапапиллярной складке кровотечение при ЭПСТ не возникало. Риск кровотечения увеличивался, если эта складка была утолщена, массивная, более короткая, пересекалась 1-2 поперечными складками кишки.

В основном ЭПСТ выполнялась стандартным струнным папиллотомом KD-V211M-0730 Q либо в комбинации с игольчатым электроножом KD10Q («OLYMPUS», Япония), имеющим большую чем струна папиллостома

толщину, создающую более выраженный коагуляционный эффект ткани и сосудов. Недостаток игольчатого электроножа – риск рассечения противоположной стенки холедоха, и трудность выполнения рассечения по ходу нефиксированной складки.

Этот недостаток исправлен применением усовершенствованного в нашем отделении папиллотомы из диатермической петли типа SD7P и SD8P («OLYMPUS», Япония) с более толстой, чем у папиллотомы KD10Q («OLYMPUS», Япония), режущей частью и более выраженным коагуляционным эффектом (рис.3). Применение его целесообразно в комбинации со стандартным папиллотомом, которым сначала выполняли собственно папиллотомию протяжением 0,6-1,0 см, а продолжение сфинктеротомии до 1,5-2,0 см осуществляли изготовленным диатермопапиллотомом. Более стойкий гемостатический эффект при использовании модифицированного папиллотомы был обусловлен медленным рассечением, формирующейся широкой коагуляционной линией, удаленной от влияния на устье вирсунгова протока.



Стандартный папиллотом KD10Q Усовершенствованный папиллотом
Рис. 3. Усовершенствованный папиллотом с более выраженным коагуляционным эффектом

Выполнение с указанной тактикой ЭПСТ использованием усовершенствованного папиллотомы у 247 больных и СПХДС у 51 больных в течение последних 3 лет уменьшило риск развития кровотечения с 8,2% до 3,6% при ЭПСТ и с 13,0% до 5,9% при СПХДС (табл. 7).

Проведенные исследования позволили выработать тактический эндоскопический лечебно-диагностический алгоритм ведения больных с механической желтухой, в основе которого рассматриваются не только пациенты, поступившие с клиникой механической желтухи, но и больные, у которых выявлена клиника перемежающейся желтухи в анамнезе, обследование которых должно опираться на совокупность инструментальных исследований, данных объективного осмотра и анамнеза (рис.4).

Таблица 7

Частота развития кровотечений при использовании стандартного и усовершенствованного папиллотомы

вид вмешательства	показатель	ЭПСТ		СПХДС		Всего	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Стандартный папиллотом	Количество	575	100	339	100	914	100
	Кол-во кровотечений	47	8,2	44	13,0	91	10,0
	Экстренная операция	5	0,8	4	1,3	9	1,0
Усовершенствованный папиллотом	Количество	247	100	51	100	298	100
	Кол-во кровотечений	9	3,6	3	5,9	12	4,0
	Экстренная операция	1	0,6	0	0	1	0,5
критерий χ^2 между группами (df=2)		3,509 P=0,173		1,584 P=0,453		6,436 P=0,040	

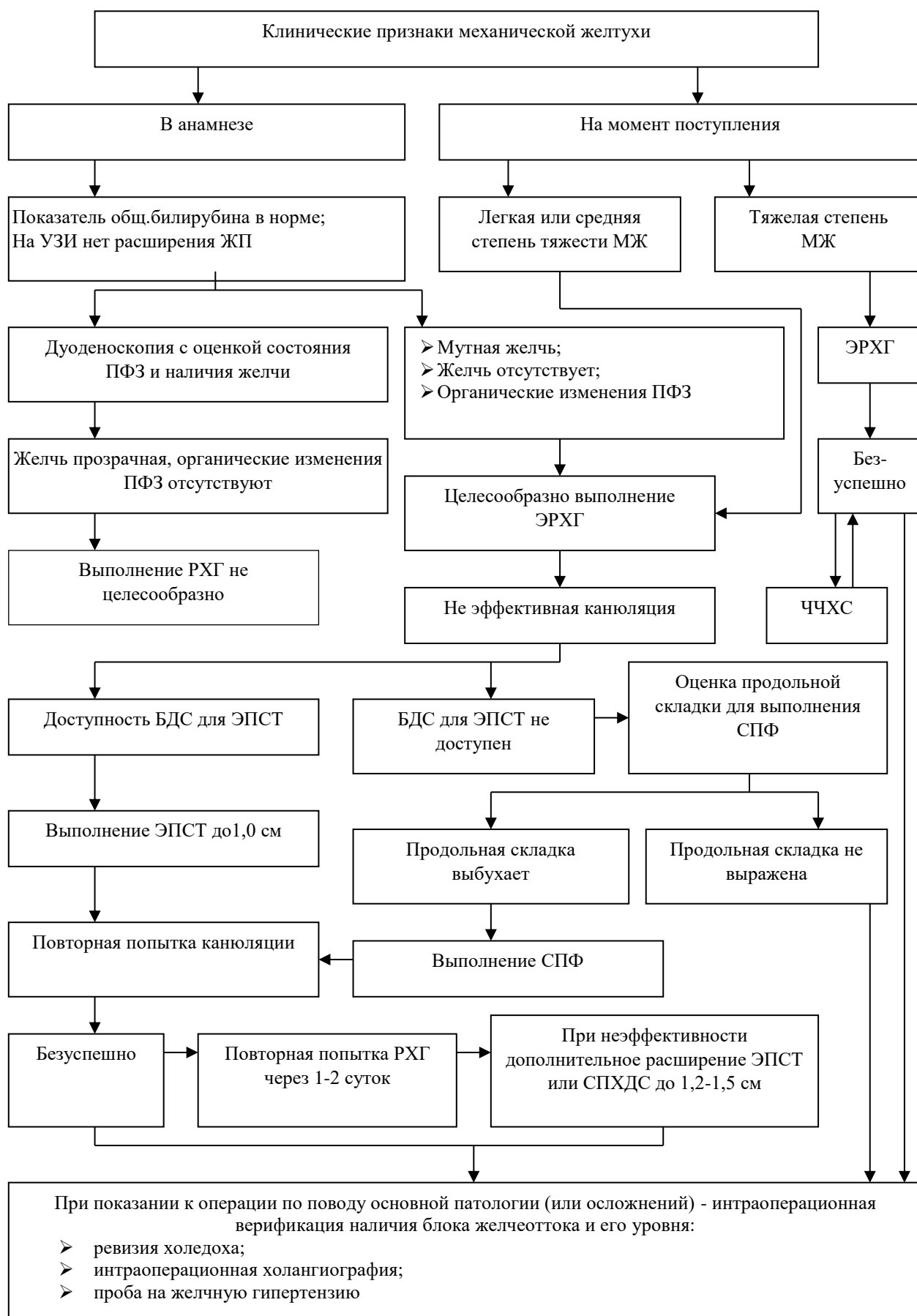


Рис. 4. Тактический эндоскопический лечебно-диагностический алгоритм ведения больных с механической желтухой

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В структуре всех лечебно-диагностических эндоскопических ретроградных исследований желчных протоков на долю желчнокаменной болезни приходится 42,3% случаев, ПХЭС – 27,8% случаев и опухолей гепатопанкреатодуоденальной зоны – 26,9%; при этом необходимость выполнения миниинвазивных манипуляций составляет 11,8%; 93,4% и 72,6% соответственно.

2. У больных с механической желтухой на фоне дистального блока диагностическая эффективность ЭРХГ составила 94,3%, при этом в структуре всех причин неэффективной попытки выполнения ретроградного исследования (5,7%) преобладали анатомические особенности области БДС (парафатеральный дивертикул) – 2,4%, рубцово-воспалительный процесс устья БДС – 1,2%, деформация или стенозирование устья БДС за счёт онкопроцесса – 0,7%, деформация ДПК – 0,5% и другие причины – 0,9%.

3. Риск развития специфических осложнений, спровоцированных эндоскопическими манипуляциями, в 1,6 раза выше при выполнении атипичных супрапапиллярных вмешательств (19,6% после СПХДС против 12,0% после ЭПСТ, $P<0,05$), при этом необходимость выполнения экстренной традиционной операции для ликвидации осложнений составила 3,4% при СПХДС и 1,8% при ЭПСТ.

4. Порционное выполнение ЭПСТ или СПХДС обуславливает снижение частоты развития кровотечения до 3,1-5,0%, тогда как одномоментное рассечение до 1,2 см ($P<0,05$) увеличивает этот показатель в 1,9 раза при выполнении ЭПСТ и в 2,5 раза при СПХДС, а при попытке рассечения протяжённостью более 1,2 см ($P<0,01$) риск возрастает ещё в 3,8 и 2,6 раза.

5. Использование усовершенствованного струнного папиллотома из диатермической петли с более толстой, чем у стандартного папиллотома, режущей частью, за счёт более выраженного коагуляционного эффекта позволяет снизить частоту развития кровотечения с 8,2% до 3,6% при ЭПСТ и с 13,0% до 5,9% при СПХДС, а также необходимости выполнения экстренной операции с 1,0% до 0,5%.

6. Риск развития острого панкреатита, спровоцированного эндоскопическим вмешательством, составляет 5,0% после ЭПСТ и 6,8% после СПХДС, при этом вынужденное выполнение эндоскопических манипуляций на фоне развившегося билиарного панкреатита провоцирует его прогрессирование в 3,3 раза чаще (14,0-20,0%), чем при вмешательствах на фоне изолированной патологии желчных протоков (4,3-6,0%), а неэффективность консервативных мероприятий по купированию постэндоскопических панкреатогенных осложнений в 0,9-1,5% случаев требует выполнения экстренного оперативного лечения.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 AT THE
REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL
MEDICAL CENTER OF SURGERY NAMED AFTER ACADEMICIAN
V.VAKHIDOV ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES**

TASHKENT STATE MEDICAL UNIVERSITY

POLVONNIYOZOV KHUMOYUN GAYRATJON UGLI

**IMPROVING DIAGNOSTIC AND INTERVENTIONAL ENDOSCOPIC
INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH EXTRAHEPATIC
BLOCK OF BILE OUTFLOW**

14.00.27 – Surgery

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

TASHKENT – 2025

The subject of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation is registered in the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under the number B2024.4.PhD/Tib5231.

The dissertation is carried out at the Tashkent state medical university.

Abstract of the dissertation is available in two languages (Uzbek, Russian and English (abstract)) on the web page of the Scientific Council (www.rscs.uz) and Informational and educational portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific supervisor:

Akbarov Mirshavkat Miralimovich

Doctor of Medicine, professor

Official opponents:

Xakimov Murod Shavkatovich

Doctor of Medicine, professor

Abdullajonov Bahrom Rustamovich

Doctor of Medicine, professor

Leading organization:

Samarkand State Medical University

The defense will be take place on « ____ » _____ 2025 at ____ o'clock at the meeting of the Scientific Council Dsc.04/30.12.2019.Tib.49.01 at the Republican specialized scientific and practical medical Centre of surgery named after academician V.Vakhidov. (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 № ____), (Address 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 « ____ » _____ 2025.
(mailing report № ____ of _____ 2025).

F.G. Nazirov

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

S.A. Babadjanov

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

R.A. Ibadov

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 study is to improve the results of endoscopic interventions in patients with mechanical jaundice by improving, developing and implementing a set of pathogenetically substantiated diagnostic and therapeutic measures.

The object of the study was the analysis of the results of treatment of 1219 patients who underwent endoscopic interventions for various types of extrahepatic biliary duct block at the State Institution Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V. Vakhidov during the period 2021-2023.

The scientific novelty of the research consists in the following:

the diagnostic effectiveness of endoscopic retrograde pancreatocholangiography in patients with mechanical jaundice against the background of a distal block has been determined, and the main reasons for unsuccessful retrograde examination attempts have been identified, among which the anatomical features and cicatricial-inflammatory changes in the large duodenal papilla region play a leading role;

a reliable relationship has been established between the type of endoscopic interventions and the frequency of specific complications, with the risk of complications predominating in atypical suprapapillary interventions;

the clinical effectiveness of the improved stringed papillotome with a thickened cutting part (Patent for an invention from the Intellectual Property Agency under the Ministry of Justice of the Republic of Uzbekistan FAP 2562 dated 14.08.2024), which provides a more pronounced coagulation effect and a decrease in the frequency of bleeding compared to the standard papillotome, has been proven;

risk factors for the development of post-endoscopic pancreatitis have been clarified, and it has been established that its progression is significantly more frequently observed during manipulations against the background of biliary pancreatitis, as well as indications for surgical correction in cases of ineffectiveness of conservative measures.

Implementation of research results. Based on the results of scientific research aimed at improving diagnostic and interventional endoscopic approaches in patients with extrahepatic bile duct obstruction:

First scientific novelty: the diagnostic effectiveness of endoscopic retrograde pancreatocholangiography in patients with mechanical jaundice against the background of a distal block has been determined, and the main reasons for unsuccessful retrograde examination attempts have been identified, among which the anatomical features and cicatricial-inflammatory changes in the large duodenal papilla region play a leading role. The method has been implemented in the clinical practice of the Andijan City Medical Association, Andijan Region (Order No. 22 of February 13, 2025), and the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center (Order No. 75-U of February 12, 2025), with approval from the Scientific and Technical Council of the Ministry of Health dated March 13, 2025, No. 13/24. Social effectiveness: Patients' well-being is improved, the number of potential complications is minimized, postoperative rehabilitation is enhanced, and overall

quality of life is improved. Economic effectiveness of this scientific advancement is as follows: due to the implementation of a new method for preventing poor postoperative outcomes, the cost savings per patient amounted to 1500000 UZS (based on the experience that such complications can lead to acute pancreatitis and bleeding in the postoperative period). The rate of repeat surgeries has decreased (if savings per patient amounted to 1500000 UZS, then out of 200 patients per year, the recurrence of the disease requiring repeat surgery dropped from 5 to 2 patients, which resulted in annual savings of 4500000 UZS for 3 patients). Conclusion: The outcomes of endoscopic therapeutic and diagnostic procedures performed in patients with obstructive jaundice were analyzed based on extensive clinical data. The clinical effectiveness of these procedures, as well as the identification of the main causes of unsatisfactory results, allowed for savings of 4500000 UZS per year (for 3 patients).

Second scientific novelty: a reliable relationship has been established between the type of endoscopic interventions and the frequency of specific complications, with the risk of complications predominating in atypical suprapapillary interventionsa reliable relationship has been established between the type of endoscopic interventions and the frequency of specific complications, with the risk of complications predominating in atypical suprapapillary interventions. This innovation has been implemented in the clinical practice of the Andijan City Medical Association, Andijan Region (Order No. 22 of February 13, 2025) and the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center (Order No. 75-U of February 12, 2025), with approval from the Scientific and Technical Council of the Ministry of Health dated March 13, 2025, No. 13/24. Social effectiveness: The number of complications, such as bleeding and acute postoperative pancreatitis that may occur in patients after transpapillary and suprapapillary procedures, is minimized; reduced complication rates allow patients to undergo faster rehabilitation and return to active social and work life; quality of life after surgery is improved. Economic effectiveness: Based on the identified risk factors triggering complications after transpapillary and suprapapillary interventions, the cost savings per patient amounted to 1500000 UZS (as complications such as bleeding and acute postoperative pancreatitis increase hospitalization days and treatment expenses), reducing hospital and treatment costs with total savings of 18000000 UZS for 12 patients. Conclusion: The comparative analysis highlighted the role and importance of transpapillary and suprapapillary therapeutic-diagnostic procedures in distal biliary obstruction. Tactical and technical features of their execution were identified, as well as the frequency, structure, and consequences of specific complications. Improved quality of life after surgery resulted in annual savings of 18000000 UZS (for 12 patients), including 12600000 UZS from budgetary funds and 5400000 UZS from extrabudgetary sources.

Third scientific novelty: the clinical effectiveness of the improved stringed papillotome with a thickened cutting part (Patent for an invention from the Intellectual Property Agency under the Ministry of Justice of the Republic of Uzbekistan FAP 2562 dated 14.08.2024), which provides a more pronounced coagulation effect and a decrease in the frequency of bleeding compared to the

standard papillotome, has been proven. This was implemented in the clinical practice of the Andijan City Medical Association, Andijan Region (Order No. 22 of February 13, 2025), and the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center (Order No. 75-U of February 12, 2025), with approval from the Scientific and Technical Council of the Ministry of Health dated March 13, 2025, No. 13/24. Social effectiveness: The technique defines preventive measures to avoid complications during and after surgery; patients' quality of life improves, and rehabilitation is accelerated, allowing for earlier return to social and professional activities. Economic effectiveness: The developed patient management algorithm reduced post-discharge rehabilitation and treatment costs per patient. These included: repeat examination — 95000 UZS, repeat blood test — 50000 UZS, dressing expenses — 60000 UZS, medication costs — 55000 UZS. The total economic efficiency per patient was 260000 UZS, leading to annual savings of 20800000 UZS (for 80 patients). Conclusion: The use of a wire papillotome made from an improved diathermic loop with a thicker cutting part than the standard device, along with reduced bleeding during transpapillary and suprapapillary papillotomy due to enhanced coagulation effect, resulted in annual savings of 260000 UZS per patient and 20800000 UZS annually (for 80 patients), of which 14560000 UZS were from budgetary funds and 6240000 UZS from extrabudgetary funds.

Fourth scientific novelty: risk factors for the development of post-endoscopic pancreatitis have been clarified, and it has been established that its progression is significantly more frequently observed during manipulations against the background of biliary pancreatitis, as well as indications for surgical correction in cases of ineffectiveness of conservative measures. This was implemented in the clinical practice of the Andijan City Medical Association, Andijan Region (Order No. 22 of February 13, 2025), and the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center (Order No. 75-U of February 12, 2025), with approval from the Scientific and Technical Council of the Ministry of Health dated March 13, 2025, No. 13/24. Social effectiveness: The algorithm considers not only patients with clinical signs of obstructive jaundice but also those with a history of fluctuating jaundice, whose examination is based on a combination of instrumental studies, physical examination findings, and medical history. Economic effectiveness: The economic indicator per inpatient includes: reduced hospital stay from 6 days to 3 days, reducing hospital costs by 1119000 UZS (according to the pricing list, 1 day of hospitalization costs 373000 UZS); reduction in drug costs by 400000 UZS due to shorter hospital stay; reduced dressing material costs by 180000 UZS (average dressing cost is 60000 UZS per day). Conclusion: The total annual economic efficiency amounted to 35200000 UZS; the development of the tactical-diagnostic algorithm for the treatment of patients with obstructive jaundice due to distal choledochal obstruction allowed for annual savings of 35200000 UZS, of which 24640000 UZS were from budgetary funds and 10560000 UZS from extrabudgetary funds.

Structure and volume of work. The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusion, findings, practical recommendations and a list of references. The volume of text material consists of 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Akbarov M.M., Djumaniyazov D.A., Polvonniyozov X.G., Otamirzaev Q.A. Анализ факторов риска развития осложнений после транспапиллярных вмешательств, и оптимизация тактики лечения при обтурационной желтухе и // Tibbiyotda yangi kun. 10 (72) 2024. P.286-293. (14.00.00, №22)

2. Akbarov M.M., Djumaniyazov D.A., Polvonniyozov Kh.G., Otamirzaev K.A. Endobiliary Interventions at the Stages of Treatment of Cholelithiasis Complicated by Mechanical Jaundice // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2024, 14(12): 3092-3097 DOI: 10.5923/j.ajmms.20241412.02. (14.00.00, №2)

3. Akbarov M.M., Irisov O.T., Djumaniyazov D.A., Polvonniyozov Kh.G., Xudoyberdiyeva Z.O. Возможности современной диагностики и лечения заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнённых механической желтухой // Журнал гуманитарных и естественных наук, № 19 (02), 2025. Vol. 2. 303-311. (ОАК rayosatining 337-son qaroriga asosan)

4. Akbarov M.M., Irisov O.T., Djumaniyazov D.A., Polvonniyozov Kh.G., Otamirzayev K.A. Surunkali toshli xolesistit va fatsioloz kasalligi bor bemorda mexanik sariqlikni jigar ikki so'rg'ichlisi hisobiga yuzaga kelish klinik holati // Eurasian journal of medical and natural sciences. Volume 4 Issue 4, April 2024 ISSN 2181-287X. 44-49. (№ 12 Index Copernicus)

5. Akbarov M.M., Djumaniyazov D.A., Polvonniyozov X.G. Endoskopik retrograd pankreatoxolangiografiya va endoskopik papillosfinkterotomiyani operativ-davolash usuli. O'zbekiston Respublikasining "Ixtirolar, foydali modellar va sanoat namunalari to'g'risida"gi qonuniga asosan quyidagi foydali modelga patent berildi № FAP 2562 14.08.2024 y.

6. Akbarov M.M., Irisov O.T., Djumaniyazov D.A., Polvonniyozov Kh.G., Otamirzayev K.A. Результаты эндоскопических вмешательств у больных с опухолями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнёнными механической желтухой // O'zbekiston xirurgiyasi. № 1 (105) 2025. ISSN 2187-7359. 6-13. (14.00.00, №9)

II бўлим (II часть; part II)

7. Акбаров М.М., Джуманиязов Д.А., Полвонниёзов Х.Ғ., Отамирзаев Қ.А. Ўт оқимиға жигардан ташқари блок бўлган беморларда эндоскопик аралашувларни такомиллаштириш усуллари. Уз.Рес.ССВ ТТА. 23.12.2024 №12-24 / 431-т (услугий тавсиянома). "Tipograff". 28 бет.

8. Akbarov M.M., Djumaniyazov D.A., Polvonniyozov X.G. Mexanik sariqlik bilan kasallangan bemorlarni olib borishning taktik endoskopik davolash-tashxisot algoritmi. O'zbekiston Respublikasining Dasturiy mahsulotlar davlat reyisterida № DGU 41432 08.07.2024 y.

9. Akbarov M.M., Djumaniyazov D.A., Polvonniyozov Kh.G., Otamirzaev K.A. Results of endoscopic interventions at patients with cholelithiasis complicated with mechanical jaundice. // International conference on multidisciplinary science volume-2, issue-10, 31.10.2024, International conference on multidisciplinary science (88-91).

10. Akbarov M.M., Djumaniyazov D.A., Polvonniyozov Kh.G., Otamirzaev K.A. Interventional endoscopic procedures in patients with extrahepatic block of bile flow // International conference on medicine, science, and education Volume 01, Issue 12, 2024. 27-32.

11. Djumaniyazov D.A., Polvonniyozov Kh.G., Otamirzayev K.A., Sabirov N.R. Кровотечения после транспапиллярных эндоскопических вмешательств // «Shoshilinch tibbiy yordamni tashkil qilishning dolzarb muammolari: Shoshilinch tibbiyotda kritik holatlar. patogenezi, diagnostika va intensiv davolash masalalari» XIX Respublika ilmiy-amaliy anjumani 10-11.10.2024.

12. Akbarov M.M., Djumaniyazov D.A., Polvonniyozov Kh.G., Otamirzaev K.A. Analysis of risk factors for the development of complications after transpapillary interventions and optimization of treatment tactics for obstructive jaundice // European journal of modern medicine and practice Vol. 4 No. 12 (Dec - 2024) EJMMP ISSN: 2795-921X, 298-302.