

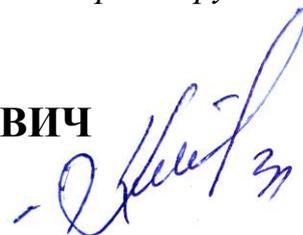
**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

**ГУ «ИНСТИТУТ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

УДК: 616.362-006.6-07

На правах рукописи

ХУЖАМКУЛОВ АШУРАЛИ АКРАМОВИЧ



**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕ-
НИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРОКСИМАЛЬНЫХ
ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

Автореферат

диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук
по специальности 14.01.12-Онкология

Душанбе – 2025

Диссертационная работа выполнена на кафедре онкологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» и отделение хирургии печени и поджелудочной железы ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

Научный руководитель: **Сангинов Джумабой Рахматович** - доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Научный консультант: **Ахмадзода Саидилхом Мухтор** - член-корр. НАНТ, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения хирургии печени и поджелудочной железы ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

Официальные оппоненты: **Рябов Андрей Борисович** - доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по хирургии Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Караев Идибек Исломудинович - кандидат медицинских наук, директор Онкологического центра Хатлонской области Республики Таджикистан

Оппонирующая организация: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

Защита состоится « ____ » _____ 2026г. в _____ часов на заседании диссертационного совета 6D.КОА-040 при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Сино, 29-31; e-mail: info@tajmedun.tj; +992928217755.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан « ____ » _____ 2025 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
к.м.н., доцент**



Али-Заде С.Г.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Холангиоцеллюлярный рак, относящийся к злокачественным опухолям, исходящий из эпителия желчных протоков, встречаясь достаточно редко, вызывает повышенный интерес клинических онкологов и гепатобилиарных хирургов ввиду наличия проблем с ранней диагностикой, стадированием процесса, а также эффективности лечения Blechacz В. [11]. В структуре первичного рака печени он составляет 10,1-15,2%, встречаясь преимущественно в возрасте старше 60 лет Бредер В.В. [3]; Siegel R.L. [23].

Холангиокарцинома демонстрирует характерную анатомическую классификацию, основанную на локализации поражения желчных протоков. Проксимальная форма (также известная как опухоль Клацкина (ОК) или воротная холангиокарцинома) является наиболее распространенной, составляя 60-75% случаев. Дистальная форма встречается в 20-30% случаев, тогда как внутривнутрипеченочный вариант наблюдается относительно редко, в 5-10% случаев Engelbrecht M.R. [15]; Siegel R.L. [23].

Эпидемиологические данные свидетельствуют о значительной географической вариабельности заболеваемости ОК Banales J.M. [10]. В западных странах и США регистрируется сравнительно низкая частота встречаемости – 1-2 случая на 100 тысяч населения Siegel R.L. [23]. Контрастируя с этим, регион Юго-Восточной Азии характеризуется максимальными показателями заболеваемости, достигающими 113 случаев на 100 тысяч населения среди мужской популяции и 50 случаев среди женской Soares K.C. [25].

Промежуточные показатели заболеваемости отмечены в Израиле и Японии – 7,3 и 5,5 случаев на 100 тыс. населения соответственно Nagtegaal I.D. [18]. Российская Федерация демонстрирует схожую тенденцию с показателем 5,6 на 100 тыс. населения по данным 2016 года Бредер В.В. [3]; Гурмиков Б.Н. [5]. Следует отметить существенный пробел в эпидемиологических данных по Республике Таджикистан, где систематические исследования распространенности и заболеваемости холангиокарциномой до настоящего времени не проводились Ахмадзода С.М. [1]; Сангинов Дж.Р. [9].

К модифицирующим факторам развития ОК относятся женский пол, желчно-каменная болезнь, ожирение, полипы, и аденомы желчного пузыря Коваленко Ю.А. [7], а к факторам риска – первичный склерозирующий холангит, описторхоз, гепатолитиаз, болезнь Кароли и IV тип кист желчных протоков Расулов С.Р. [8]; Blechacz В. [11]. В связи с отсутствием целенаправленных исследований в нашей стране мы не располагаем данными о факторах риска развития ОК.

Клиническая картина ОК не имеет специфической симптоматики, а на ранних стадиях ничем не проявляется. По мере прогрессирования из локальной симптоматики обращает на себя внимание возникновение желтухи, кожного зуда, слабость, потеря веса у 1/3 больных, что заставляет пациентов обращаться к врачам. К моменту обращения у 10-20% больных отмечается дисфункция печени и холангит Nikolić I. [19]. Диагностика ОК на ранних этапах по причине несвоевременного обращения пациентов крайне низка. Несмотря на оснащение современными диагностическими технологиями (УЗИ, КТ, МРТ, ПЭТ/КТ, ЧЧХГ и биопсия) определение локализации, типа опухоли по Bismuth, морфологическая структура, стадирование процесса, биомолекулярные аспекты представляют большие трудности, как в их уточнении, так и в дифференциальной диагностике Ахмадзода С.М. [1]; Бредер В.В. [3]; Engel-

brecht M.R. [15]. Ключевым вопросом на этапах диагностики является определение резектабельности опухоли и объем предполагаемой операции Ефанов М.Г. [6]; Fujisawa M. [16]. Чувствительность и специфичность МРТ/МРХПГ и КТ в решении названных вопросов составляет 88%/85% и 75%/80% соответственно Park R. [20]; Siwek M. [24].

Основным методом лечения ОК является хирургический Гранов Д.А. [4]; de Moura D.T.H. [14]. Несмотря на относительно медленный рост прогрессирования ОК и позднее метастазирование, операбельными являются 20-40% больных, часть из которых окажутся нерезектабельными в процессе интраоперационной ревизии Poletto E. [21]; Siwek M. [24]. На выполнение объема операции влияют стадирование по Bismuth и инвазия опухоли в макроокружение печени. Важным этапом завершения операции является определение чистоты краев RO резекции Kitagawa N. [17].

Современные достижения в хирургической гепатологии позволили существенно расширить терапевтические возможности при лечении пациентов с обширными поражениями гепатобилиарной системы Расулов С.Р. [8]; Сангинов Дж.Р. [9]. В частности, даже при наличии сниженных функциональных резервов печени стала возможной реализация масштабных резекционных вмешательств на печени и желчевыводящих путях Fujisawa M. [16]. Значительный прогресс достигнут в области малоинвазивных методов лечения, включающих различные виды локальной деструкции опухолевой ткани. К таким методикам относятся брахитерапия и криодеструкция, которые дополняются возможностями предоперационного билиарного дренирования, эндопротезирования желчных протоков и инновационными методами фотодинамической терапии, существенно расширившими спектр терапевтических опций Kitagawa N. [17]; Poletto E. [21]; Qumseya V.J. [22].

Остается достаточно высоким уровень послеоперационных осложнений (до 50%) и летальности (7,5%-17,6%) Гурмиков Б.Н. [5]; Ефанов М.Г. [6]. По данным разных авторов 5-летняя выживаемость остается низкой - 11-40% Коваленко Ю.А. [7], другие авторы дают ещё более низкие цифры -10% de Moura D.T.H. [14]. Такие же отличимые данные опубликованы по частоте рецидивов – 50-75% и у 2/3 больных Park R. [20]. Установлены факторы неблагоприятного прогноза ОК Гурмиков Б.Н. [5].

В последние годы стало известно, что наряду с достижениями биомолекулярных аспектов опухоли, выявление особенностей течения, факторов риска и прогноза в сопоставление с клиникой являются решающими для прогнозирования этой сложной патологии Poletto E. [21]. Требуют дальнейшего изучения возможности аблативных вмешательств, в частности криодеструкции опухоли с определением показания и объема вмешательства. В целом поиск оптимальных методов диагностики и эффективных способов лечения ОК остаётся актуальным, что побудило нас инициировать данную работу, посвящённую редко встречаемой, недостаточно освещённой и очень сложной онкопатологии. Широта поставленных задач связана с тем, что данная проблема в нашей стране до этого не изучалась во всех ее аспектах. Полагаем, что результаты исследования будут полезны как в научном, так и в прикладном плане для онкологов и хирургов.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. На современном этапе в связи с достижениями в диагностике и лечении злокачественных опухолей желчных протоков современными технологиями и методами, интерес специалистов

все больше привлекает поиск более эффективных подходов, обеспечивающих лучшие отдалённые результаты Ефанов М.Г. [6]; Коваленко Ю.А. [7]. В доступной научной медицинской литературе среди работ, посвященных этой проблеме, значительная часть направлена на достижение своевременной диагностики и дифференциальной диагностики ОК, оценки эффективности одно-двухэтапных вмешательств, обеспечению проведения радикальных вмешательств, снижению смертности и улучшению отдаленных результатов Гранов Д.А. [4]; Bridgewater J. [12]; Chandrasekar V.T. [13].

Хирургическое лечение занимает ведущую позицию в терапевтической стратегии при ОК, демонстрируя наиболее благоприятное влияние на долгосрочную выживаемость пациентов Vlechacz B. [11]. Радикальное оперативное вмешательство представляет собой краеугольный камень в достижении оптимальных отдаленных результатов лечения данной патологии. Однако вопросы, связанные с оптимальной тактикой и методами лечения до конца не разрешены Siwek M. [24]. Ввиду низкого уровня операбельности и резетабельности ОК особое внимание уделяется малоинвазивным аблятивным технологиям Гранов Д.А. [4].

После R0 и R1 резекции 5-летняя выживаемость достигается с большой разницей – 25%-45% против 0-23% соответственно Коваленко Ю.А. [7]; Kitagawa N. [17]. При этом безрецидивная выживаемость колеблется в пределах 12-20 месяцев Коваленко Ю.А. [7]; de Moura D.T.H. [14] с частотой в 50%-75% Park R. [20]. По мнению большинства хирургов, резекция желчных протоков и печени в варианте «enbloc» (с резекцией хвостатой доли печени) в связи с высокой частотой микроинвазии опухоли является оптимальным объемом Banales J.M. [10]; Fujisawa M. [16]; Poletto E. [21]. Непременным условием является интраоперационный контроль чистоты (R0) краев резекции Siwek M. [24]. Собственный опыт ряда авторов позволил сделать вывод о том, что чем шире и больше край резекции, тем вероятнее обеспечение R0 резекции Бредер В.В. [3].

В случае неоперабельности ОК нередко накладывается чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) с целью декомпрессии желчных протоков, либо стентирование зоны поражения. Паллиативная химиотерапия требует морфологического подтверждения, которая затруднена анатомической локализацией опухоли, но чаще позволяет решению этого вопроса антеградная эндобилиарная щипковая биопсия Chandrasekar V.T. [13]; de Moura D.T.H. [14]; Qumseya V.J. [22].

Прослеживаются дискуссии и по вопросам механизма канцерогенеза ОК, возможности профилактики с учетом выявленных факторов риска, этапности комплексного подхода, обеспечение чистоты краев резекции, расширение показаний к аблятивным вмешательствам Ахмадзода С.М. [1]; Soares K.C. [25].

В отечественной литературе есть единичные публикации, посвящённые хирургическому и малоинвазивному лечению ОК. Работы, отражающих частоту заболеваемости ОК, этиологические причины и факторы риска развития ОК и ее профилактики отсутствуют. Планируемое исследование преследует углубленное изучение части этих проблем.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Диссертационная работа выполнена в рамках научно-исследовательской работы кафедры онкологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» на базе ГУ «РОНЦ» и ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан» “Молекулярно-

эпидемиологические и молекулярно-генетические факторы риска рака печени в Таджикистане» («МНТЦ 14/18, 2011-2013гг.)

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных со злокачественными опухолями проксимальных желчных протоков - опухоль Клацкина.

Задачи исследования:

1. Определить частоту заболеваемости, факторы риска, причины поздней диагностики и особенности клиники опухоли Клацкина.

2. Оптимизировать методы диагностики и изучить возможности применения криодеструкции в лечении злокачественных опухолей проксимальных желчных протоков.

3. Разработать алгоритм диагностики и индивидуализированной хирургической тактики лечения опухоли Клацкина.

4. Провести сравнительную оценку ближайших и отдалённых результатов хирургического лечения больных со злокачественными опухолями проксимальных желчных протоков.

Объект исследования. В данное научное исследование были включены 82 пациента с диагнозом ОК, которые в зависимости от объёма и периода оказания специализированной хирургической помощи были разделены на две группы: ретроспективная группа (группа сравнения - 40 (48,8%) пациентов, из них 18 мужчин и 22 женщин) и проспективная группа (основная группа - 42 (51,2%) пациента – 19 мужчин и 23 женщин).

Предмет исследования. Первое направление представляло собой ретроспективный анализ, сфокусированный на изучении эпидемиологических показателей, предрасполагающих факторов и морфологических характеристик новообразования. Второе направление осуществлялось в формате проспективного исследования, в рамках которого проводилась оценка эффективности хирургических вмешательств с применением методики криодеструкции и традиционных вмешательств. Проведена сравнительная оценка основных параметров между исследуемыми группами.

Научная новизна исследования. В представленных результатах впервые в стране проведён изучение частоты (по обращаемости), исследованы особенности клинического течения, причины и факторы риска развития опухоли Клацкина.

Определены качественные индикаторы современных методов лучевой диагностики (ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томографии, чрескожная чреспеченочная холангиография) опухоли Клацкина.

Впервые в клинической практике показана эффективность криодеструкции в качестве компонента хирургического лечения опухоли Клацкина.

Исследованы ближайшие и отдалённые результаты различных методов хирургического вмешательства при резектабельных опухолях проксимальных желчных протоков. Показано, что чрескожная чреспечёночная холангиография и стентирование желчных протоков является эффективными, доступными и малотравматичными методами декомпрессии желчных путей.

Продемонстрировано преимущество двухэтапного подхода в зависимости от сроков заболевания, степени желчной гипертензии, выраженности гипербилирубинемии и общего состояния больного.

Разработан способ лечения злокачественных опухолей печени и проксимальных желчных протоков (Патент РТ №ТJ 1520).

Разработан алгоритм комплексной диагностики и пациент-ориентированного индивидуализированного лечения опухоли Клацкина.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования. Научное обоснование применения резекций печени и желчных протоков и криодеструкции ОК (2) в хирургическом лечении и малоинвазивных вмешательствах ОК позволяет при правильно определенных показаниях R0 резекции ОК (1) и повышении радикальности операции, предотвращение интраоперационной диссеминации, надежный гемостаз и улучшение выживаемости. Выявлены причины и установлены факторы риска развития и частота ОК, которые будут служить основой для определения стратегии профилактики и прогноза развития опухоли. Изучены особенности клинических проявлений, структура морфологии опухоли, значение маркеров, позволяющих улучшить раннюю диагностику ОК, имеющее важное практическое значение при введении данной категории пациентов. Обосновано высокая информативность лучевых и инструментальных методов диагностики, способствующие качественной уточненной диагностике. Практическим специалистам (онкологам, хирургам) предложена оптимальная тактика и объем хирургического пособия при ОК, которые будут использованы при выборе персонализированного подхода лечения больных ОК в T₂₋₄ стадии. Показана возможность применения криодеструкция у больных с ОК, определены показания и проведена оценка эффективности данного метода.

Положения, выносимые на защиту:

1. Анализ частоты регистрации больных с опухолью Клацкина по обращаемости в специализированных центрах республики указывает на невысокие её показатели (0,79% на 10400 больных) со стабильной невыраженной тенденцией роста (от 4 случая в 2010 г. до 8 случаев в 2023 г.). Высокий показатель запущенности связан с недостаточной онкологической настороженностью специалистов первичного звена и низкой информированностью населения.

2. Адекватная оценка клинических признаков, детальное изучение причин и влияние факторов риска с рациональным использованием и компетентной интерпретацией результатов использования современных технологий (УЗИ, КТ с контрастированием, МРТ) позволяет своевременно диагностировать опухоль Клацкина.

3. Апробированный впервые метод криодеструкции при опухоли Клацкина является эффективным методом, обеспечивающим лучшую радикальность, снижение послеоперационных осложнений и профилактику рецидива. Использование разработанного алгоритма позволяет своевременно и адекватно (мультидисциплинарно) принимать решения по выбору тактики хирургического и комбинированного лечения.

Степень достоверности результатов. Работа, проведенная соискателем имеет высокую доказательную базу, так как были самостоятельно определены цели и задачи исследования, литературный обзор научных работ и публикаций по теме диссертации выполнены в признанных журналах с двойным слепым рецензирова-

ем, автоматической видеозаписи каждой выполненной операции пациентам, использованием в работе самых современных методов лечения, в том числе и миниинвазивных вмешательств и криодеструкций опухоли, а также статистическим анализом полученных результатов работы.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертация соответствует следующим пунктам паспорта ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.12-Онкология: III.2 “Изучение этиологических, вирусологических и наследственных предрасполагающих факторов возникновения опухолей, механизмов опухолевой прогрессии, акантоза, генетических, биофизических, иммунологических, патоморфологических и патофизиологических изменений в организме-опухоленосителе в процессе развития болезни и ее лечения”, III.3 “Эпидемиология, статистика злокачественных новообразований и организация противораковой борьбы. Разработка и совершенствование программ скрининга, методов первичной и вторичной профилактики развития новообразований, раннего и своевременного их выявления. Диспансерное наблюдение за контингентами онкологических больных”, III.5 “Клинические проявления опухолевой болезни, диагностика новообразований с использованием клинических, лабораторных, биохимических, цитологических, патоморфологических, иммунологических, иммуногистохимических и иммуноцитохимических, молекулярнобиологических, генетических, цитофлуориметрических, рентгенологических, эндоскопических, радиоизотопных и других методов исследования; дифференциальная диагностика опухолевой и неопухолевого природы заболеваний.”, III.6 “Лечение опухолей в эксперименте и клинике: разработка и усовершенствование способов хирургического вмешательства, изучение эффективности применения новых лекарственных противоопухолевых препаратов, разработка схем и вариантов лекарственной противоопухолевой терапии, методов комбинированного лечения с использованием лучевой терапии, общей и локальной гипертермии, гипергликемии, гипоксирадитерапии, электронакцепторных соединений, антиоксидантных комплексов, фотодинамической терапии, магнитотерапии, иммунотерапии и других модифицирующих факторов”.

Личный вклад соискателя ученой степени в исследования. Личный вклад автора состоит в самостоятельно выбранном научном направлении, проведении анализа литературных данных, посвященных исследуемой проблеме. Автором лично изучены данные архива специализированных учреждений по ОК, анализированы статистические отчетные формы №7 и №35, проведён обзор большого диапазона литературных источников по теме диссертационной работы и тщательно оценены результаты, полученные исследователями ближнего и дальнего зарубежья. Совместно с научным руководителем определены цель работы, задачи и пути их достижения. Клиническое, инструментальное обследование пациентов, заполнение соответствующих и специально разработанных для данного исследования учетных форм и клинических карт проводились автором самостоятельно. Проводилась курация больных, разработан кодификатор по обследованию и диспансерному наблюдению за пациентами. Принимал активное участие в оперативных вмешательствах, проведении полихимиотерапии, в клинических и инструментальных исследованиях пациентов. Проведена статистическая обработка клинического материала и анализ полу-

ченных результатов. Интерпретация полученных результатов, описание выводов и рекомендаций проводились совместно с научным руководителем.

Апробация и реализации результатов диссертации. Основные результаты диссертационной работы доложены на: XII и XIII научно-практических конференциях молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием (Душанбе, 2017-2018 гг.); XIII и XIV съездах онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии (27-29 апреля 2022 г., Нур-Султан, Казахстан; 25 апреля 2024 г., Душанбе); XII съезде онкологов России (Самара, 19-20 мая 2023г.); XXX конгрессе Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ (4–6 октября 2023г., Душанбе); I Всероссийском междисциплинарном конгрессе «Неотложная онкология» с международным участием (6-7 июня 2024, Казань).

Результаты проведенных исследований внедрены в практическую деятельность торакоабдоминального отделения ГУ «РОНЦ» МЗиСЗН РТ, отделении хирургии печени и поджелудочной железы ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан» и отделении печеночной хирургии ГУ «Городской медицинский центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе. Материалы работы используются на лекциях и практических занятиях на кафедре онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, в том числе 4 статей в рецензируемых журналах ВАК при Президенте Республики Таджикистан. Получен патент на изобретение № TJ1520 (2401926) от 26.09.2024г. «Способ лечения злокачественных опухолей печени, проксимальных отделов желчных протоков», выданное Государственным патентным ведомством Республики Таджикистан г. Душанбе. Имеется 1 акт внедрение (1 октября 2024 год).

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 190 страницах компьютерного текста шрифтом «Times New Roman», 14 шрифт, состоит из введения, 5 глав, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа иллюстрирована 29 таблицами и 96 рисунками. Список использованной литературы включает 197 источников, из них 32 – литература стран СНГ и 165 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Проведён ретро- и проспективный анализ результатов диагностики и лечения 82 пациентов с ОК, которые были госпитализированы в торакоабдоминальное отделение ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ и отделений хирургии печени и поджелудочной железы ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан» и ГУ «Городской медицинский центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе за период 2010-2023 годы. В зависимости от объема и периода оказания специализированной хирургической помощи, пациенты с ОК были разделены на 2 группы: ретроспективная (группа сравнения, n=40; 48,8%) и проспективная (основная группа, n=42; 51,2%). Распределение пациентов обеих групп по полу и возрасту представлены в таблице 1.

Критериями включения в исследование были все случаи подтвержденного (до операции - клинично-инструментального, после операции с морфологической верификацией) диагноза ОК, независимо от возраста, пола и коморбидного статуса. По основным параметрам (стадии, морфология, резектабельность, непосредственные и

отдаленные результаты) группы были идентичными и нам удалось осуществить сравнительную их оценку.

Таблица 1. - Распределение больных с ОК по полу и возрасту

Возраст (лет)	Исследуемые группы				Всего (n=82)	
	основная (n=42)		сравнения (n=40)		мужчины	женщины
	мужчины	женщины	мужчины	женщины		
19-44	3 (7,1%)	2 (4,8%)	2 (5,0%)	2 (5,0%)	5 (6,1%)	4 (4,9%)
45-59	10 (23,8%)	8 (19,1%)	11 (27,5%)	9 (22,5%)	21 (25,6%)	17 (20,7%)
60-74	6 (14,3%)	12 (28,5%)	4 (10,0%)	8 (20,0%)	10 (12,2%)	20 (24,4%)
75-90	-	1 (2,4%)	1 (2,5%)	3 (7,5%)	1 (1,2%)	4 (4,9%)
Всего	19 (45,2%)	23 (54,8%)	18 (45,0%)	22 (55,0%)	37 (45,1%)	45 (54,9%)

Примечание: $p > 0,05$ – при сравнении по полу между группами (по точному критерию Фишера)

За основу для сравнительной оценки групп были определены следующие параметры: частота ОК по данным обращаемости пациентов в исследуемый период; факторы риска развития ОК; морфологическая структура опухоли; локализация с типом опухоли по Bismuth-Corlette; эффективность лучевых методов в диагностики ОК (УЗИ, КТ, МРТ, ЧЧХГ); структура резектабельности и операбельности ОК; характер и объем оперативного вмешательства (проспективная группа в сравнении с данными литературы); возможность и эффективность применения криодеструкции при ОК; ранние, поздние послеоперационные осложнения; рецидивирование и выживаемость.

Анализ сроков обращения пациентов за медицинской помощью выявил следующее распределение: наибольшую группу (43,9%, 36 пациентов) составили больные с длительностью анамнеза от 1 до 11 месяцев, у которых отмечалась эволюция симптоматики от минимальных проявлений до развернутой картины с абдоминальным болевым синдромом, астенизацией и желтухой. В 31,7% случаев (26 пациентов) период от начала заболевания до обращения составил от 1 до 3 лет, а у 17,1% (14 пациентов) - от 4 до 6 лет. Детальный анализ анамнестических данных позволил идентифицировать группу пациентов (7,3%, 6 случая) с длительностью заболевания более 7 лет до момента обращения.

Были выявлены следующие факторы риска развития ОК: хронический гепатит В - у 7 (16,7%) пациентов основной и 10 (25,0%) больных группы сравнения; хронический гепатит С – у 14 (33,3%) и 6 (15%) больных соответственно ($p < 0,05$); хронический гепатит Д – у 6 пациентов основной группы. В проспективной группе у 24 (60%) и в основной группе у 15 (35,7%) пациентов, выявить факторы риска не удалось, хотя в их диагностике были использованы самые современные лабораторные и инструментальные методы исследования.

На ранних стадиях развития ОК специфическая симптоматика отсутствует и по мере развития опухолевого процесса начинают проявляться клинические симптомы заболевания, частота которых показана в таблице 2. При уточнённой оценке соматического статуса выявлены явления вторичного холангита ($n=2$), желчнокаменная болезнь ($n=4$), гепатомегалия ($n=6$), спленомегалия ($n=4$). С учётом этого надо подчеркнуть, что клиническая картина при ОК помимо опухолевого поражения проксимальных желчных протоков, также обусловлена коморбидным статусом, связанным у части больных с хроническими продуктивными воспалительными заболеваниями органов гепатобилиарной зоны.

Таблица 2. - Клинические проявления опухоли Клацкина

Клиническое проявление	Всего		Группы				p
			сравнения (n=40)		основная (n=42)		
	n	%	n	%	n	%	
Желтуха	80	97,6	40	100,0	40	95,2	>0,05
Снижение массы тела	21	25,6	8	20,0	13	30,9	>0,05*
Абдоминальная боль	47	57,3	14	35,0	33	78,6	<0,001
Тошнота, рвота	17	20,7	4	10,0	13	30,9	<0,05**
Лихорадка	13	15,9	5	12,5	8	19,1	>0,05**
Кожный зуд	44	53,7	25	62,5	19	45,2	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей частоты клинических проявлений между группами (по критерию χ^2 , *с поправкой Йетса, **по точному критерию Фишера)

Для диагностики заболевания нами были использованы все существующие лучевые методы исследования – ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная (МРТ) томографии, холангиография (ЧЧХГ), которые позволили получить исчерпывающую информацию о характеристиках опухолевого процесса: точную топографию и размеры очагов, их метаболическую активность, степень лимфоваскулярной инвазии, вовлечение капсулы печени и прилежащих структур, а также наличие отдаленных метастазов в головной мозг, легкие, кости и другие органы.

УЗИ и КТ были проведены всем пациентам, МРТ – в 12 наблюдений. Данные методы исследования позволили наиболее точно определить основные признаки как опухолевого процесса, так и её прорастания - неравномерное утолщение стенок желчных протоков зоны конfluence, деформацию и сужение просвета протоков, опухолевую инфильтрацию, инвазию в печеночную артерию и другие сосуды и т.д..

В соответствии с данными УЗИ, КТ и МРТ выявлены зоны поражения проксимальных желчных протоков, что позволило распределить больных по классификации Bismuth-Carlette. В соответствии с данной классификацией выделены следующие типы опухоли: IV тип - у 23 (58%) в зоне конfluence желчных протоков; III тип В – у 6 (15%) пациентов с распространением на левый печёночный проток; II тип - у 5 (12,5%); III тип А - у 3 (7,5%) с распространением на правый печёночный проток и I тип - у 3 (3,5%) пациентов с опухолью ОПП.

Чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) проведена 10 (25%) больным как с целью диагностики ОК, так и временной или постоянной декомпрессии билиарного тракта. Данное исследование позволило определить уровень и протяжённость поражения желчных протоков, осуществить временную (n=3) и постоянную декомпрессию (n=7) желчных путей, а также взять биопсию для гистологического исследования.

Определение онкомаркеров, чувствительных при гепатоцеллюлярном раке и холангиокарциномы (АФП, СА19-9) проводилась с целью выявления уровня их экспрессии до начала лечения и в процессе мониторинга течения болезни в качестве прогноза заболевания.

Основным диагностическим тестом, подтверждающим злокачественность опухолевого процесса и степень её дифференцировки, являлся патоморфологическое исследование. Однако в силу анатомических особенностей зоны поражения ОК вопрос дооперационной морфологической верификации остается сложным. На нашем материале в абсолютном большинстве случаев морфология была подтвер-

ждена после операции. Морфологическая структура ОК в 90,0% случаев была представлена аденокарциномой билиарного типа и в 10,0% - холангиокарциномой в основном без указания на степень дифференцировки опухолевых клеток. Цитологическое исследование проводилось по методу Романовского-Гимза, под оптическим микроскопом (OLIMPUS-CX21), с 10-40 кратным увеличением. Гистологическое исследование операционного материала проводилось путем окрашивания материала гематоксилин-эозином (Carl Zeiss Star) с 10-40 кратным увеличением, в патоморфологической лаборатории РОНЦ.

Оценка качества жизни больных основной группы определена по шкале Карновского и шкале ECOG, балльные оценки при этом колебались от 0% до 100%.

Статистическая обработка материала проводилась на компьютере с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Нормальность распределения выборок оценивались по критерию Шапиро-Уилка. Абсолютные данные были описаны в виде средней арифметической и стандартного отклонения ($M \pm SD$), медианного значения и интерквартильного размаха ($Me [Q1-Q3]$), а относительные величины – в виде долей (%). Дисперсионные анализы независимых абсолютных величин проводились по U- критерию Манна-Уитни, а относительные величины по критерию χ^2 в том числе с поправкой Йетса и по точному критерию Фишера, при множественном сравнении - по критерию χ^2 Пирсона для произвольной таблицы. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Особенности течения и диагностики ОК. Комплексное изучение эпидемиологических, этиологических аспектов, факторов риска, особенностей клинического течения и сроков обращения пациентов имела важное значение для разработки эффективных стратегий профилактики всех уровней (первичной, вторичной и третичной), а также оптимизации лечебно-реабилитационных программ.

Проведя анализ факторов риска развития ОК с использованием разработанной шкалы, мы предложили классификацию пациентов на три уровня риска. К группе первого уровня (ГР1), характеризующейся относительно низкой вероятностью развития заболевания, отнесены пациенты, набравшие от 5 до 10 баллов. Пациенты, получившие 11–16 баллов, образуют вторую группу (ГР2), что свидетельствует об умеренном риске. Третья группа (ГР3), включающая лиц с результатом 17 баллов и более, указывает на высокий риск развития ОК. Для пациентов с минимальным риском прогрессирования заболевания (ГР1) разработана базовая программа наблюдения, включающая ежегодные профилактические осмотры в сочетании с комплексом мер по элиминации модифицируемых факторов риска. В свою очередь, пациенты, отнесенные к группам повышенного риска (ГР2 и ГР3), нуждаются в более тщательном мониторинге с обязательным диспансерным контролем

Анализ гендерно-возрастной структуры исследуемых групп пациентов с ОК показал сопоставимое распределение. При сравнительном анализе обеих групп наблюдается преобладание на 10% пациентов женского пола.

Сравнительный анализ возрастной структуры женского контингента в обеих группах показал различия в распределении: в первой группе максимальная частота заболевания приходилась на средний возраст (41%), тогда как во второй группе пик заболеваемости смещался к пожилому возрасту (52%). Доля пациенток пожилого

возраста в первой группе составила 36,4%, что сопоставимо с показателем второй группы (35%). Примечательно, что в первой группе 13,6% случаев приходилось на старческий возраст, в то время как во второй группе 9% составили пациентки молодого возраста.

Особый интерес представляет анализ возрастного распределения ОК среди мужской популяции. В первой группе (n=18) выявлено преобладание пациентов среднего возраста (44-60 лет) - 11 (61%) человек, реже встречались пациенты пожилого возраста (60-75 лет) - 4 (22%) больных, и наименьшую долю составили пациенты молодого возраста (19-44 года) - 2 (11%) случая. Во второй группе (n=19) сохранялась аналогичная тенденция с максимальной частотой заболевания в среднем возрасте (44-60 лет) - 10 (53%) случаев, и несколько большей долей пациентов пожилого возраста (60-75 лет) – 6 случаев (31%).

Своевременность обращения пациентов за медицинской помощью существенно влияет на эффективность терапевтического процесса. В первой группе пациентов (n=40) наибольшую долю составили пациенты, обратившиеся в течение первого года от начала заболевания (1-11 месяцев) – 35% (14 человек). Несколько меньшая доля пациентов (30%, 12 человек) поступили в клинику спустя от 1 до 3 лет, четверть (25%, 10 пациентов) из них - в период 4-6 лет от дебюта заболевания, а каждый десятый пациент (10%, 4 человека) – через 7-10 лет и более.

Во второй группе (n=42) более половина пациентов (52%; 22 человек) обратились в течение первого года от манифестации заболевания (1-11 месяцев), треть (33,0%, 14 пациенты) из них - от 1 до 3 лет, 10% - через 4-6 и 5% - в период от 7 до 10 лет от дебюта заболевания.

Сравнительный анализ сроков обращения выявил, что пациенты второй группы на 20% чаще обращались в сравнительно поздние сроки (1 месяц - 3 года), тогда как в первой группе на 20% чаще наблюдалось обращение в крайне поздние сроки.

В настоящее время пристальное внимание уделяется изучению климатогеографических факторов в развитии различных новообразований человека. Анализ региональной распространенности ОК в первой группе пациентов (n=40), показал, что наибольшая доля пациентов (17 человек, 42,5%) явились жителями Хатлонской области, 22,5% (9 человек) - города Душанбе, 20,0% (8 человек) – районов республиканского подчинения и 15,0% (6 человек) – Согдийской области. Наблюдалась значительное преобладание сельских жителей (69%) над городскими (31%). Данное распределение демонстрирует четкую корреляцию с социально-экономическими факторами, включая особенности питания и доступность современных диагностических технологий.

Наибольшая часть пациентов второй группы (n=42), также явились из числа населения Хатлонской области (20 человек, 48%), равное количество пациентов приходилось на Согдийскую область и город Душанбе (по 8 человек, 19%), наименьшее число пациентов проживало в районах республиканского подчинения (6 человек, 14%). Особо следует отметить значительное преобладание сельских жителей (81%) над городскими (19%) во второй группе исследования.

Профессиональная экспозиция рассматривается современной клинической онкологией как один из ключевых факторов канцерогенеза. Анализ профессиональной структуры пациентов первой группы выявил доминирование работников аграрного сектора (22 пациента, 55%). Вторую по численности группу составили домохозяйки

(10 человек, 25%), далее следовали педагоги средних школ (5 человек, 12,5%) и разнорабочие (3 человека, 7,5%). Анализ квалификационной структуры пациентов контрольной группы выявил значительное преобладание неквалифицированных работников (35 человек, 87,5%) над высококвалифицированными специалистами (5 человек, 12,5%).

При изучении профессиональной деятельности второй группы больных, было установлено следующее: 20 (48%) работников аграрного сектора, 12 (29 %) – домохозяйками, 6 (14%) - больных педагогами средних школ, 2 (5%) - разнорабочими, 1 (2%) – студентом и 1 (2%) был врачом. Анализ квалификационной структуры пациентов второй группы, показал аналогичное преобладание неквалифицированных работников (34 человека, 81%) над высококвалифицированными специалистами (7 человек, 17%).

Анализ этиологических факторов в первой группе пациентов выявил следующее распределение: в большинстве случаев (24 пациента, 60%) этиологический фактор установить не удалось. У остальных пациентов были выявлены косвенные факторы риска в виде перенесенных вирусных гепатитов: хронический вирусный гепатит В (10 пациентов, 25%) и хронический вирусный гепатит С (6 пациентов, 15%). Таким образом, у 40% пациентов первой группы прослеживалась связь с перенесенными вирусными гепатитами В и С. Во второй группе пациентов у 15 (36%) пациентов этиологический фактор установить не удалось. Среди установленных факторов риска преобладал хронический вирусный гепатит С (14 пациентов, 33%), реже встречался хронический вирусный гепатит В (7 пациентов, 17%), и наименьшую долю составили пациенты с хроническим вирусным гепатитом Д (6 человек, 14%).

В первой группе пациентов наблюдался следующий спектр клинических проявлений: желтуха (40 пациентов, 100%), кожный зуд (25 пациентов, 62,5%), боль в животе (14 пациентов, 35%), потеря веса (8 пациентов, 20%), лихорадка (5 пациентов, 12,5%) и диспепсические явления в виде тошноты и рвоты (4 пациента, 10%). Во второй группе клиническая картина характеризовалась сходным распределением симптомов: желтуха (40 пациентов, 95%), боль в животе (33 пациента, 79%), кожный зуд (19 пациентов, 45%), потеря веса и диспепсические явления (по 13 пациентов, 31%), лихорадка (8 пациентов, 19%).

Изучение паттернов распространенности ОК в первой группе пациентов, проведенное с использованием классификации Bismuth-Corlette, продемонстрировало преобладание IV типа поражения, характеризующегося билатеральным распространением холангиокарциномы желчных протоков – 58% наблюдений (23 пациента). Значительно реже встречался III тип с левосторонним поражением – 15% случаев (6 пациентов), и II тип с вовлечением зоны конfluence – 12,5% наблюдений (5 пациентов). Наименьшую долю в структуре распространенности составил III тип с правосторонним поражением и I тип с изолированным поражением общего печеночного протока - по 7,5% случаев (по 3 пациента в каждой подгруппе).

При проведении детального анализа стадирования заболевания в I группе пациентов были выявлены следующие закономерности распределения. Стадия T2N0M0 диагностирована у 2 пациентов (5% случаев), стадия T3N0M0 определена у 32 больных (80% наблюдений), стадия T4N1M0 установлена в 1 случае (2,5%), стадия T4N1M1 с перитонеальным распространением выявлена у 2 пациентов (5%), стадия T4N2M1 с метастазами в крестец обнаружена у 3 больных (7,5%) (таблица 3).

Таблица 3. - Распределение больных с ОК по системе TNM (n=82)

TNM	I группа (n=40)	II группа (n=42)	p
T1N0M0	-	3 (7,1%)	
T2N0M0	2 (5,0%)	4 (9,5%)	>0,05*
T3N0M0	32 (80,0%)	34 (81,0%)	>0,05
T4N1M0	1 (2,5%)	1 (2,4%)	>0,05*
T4N1M1	2 (5,0%)	-	
T4N2M1	3 (7,5%)	-	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , * по точному критерию Фишера)

При обобщении данных о распространённости ОК среди всех 42 пациентов II группы обнаружено характерное распределение: начальные стадии (T1-T2) были диагностированы у меньшей части больных – 7 человек (17%), тогда как более поздние стадии (T3-T4) преобладали, составив 35 случаев (83,3%).

Сравнительный межгрупповой анализ демонстрирует значимые различия: во II группе доля пациентов с ранними стадиями (T1-2) оказалась на 12% выше, чем в I группе (17% против 5%). Соответственно, распространённые формы заболевания (T3-4) встречались реже во II группе по сравнению с I группой (83% против 95%).

Согласно результатам сравнительного анализа диагностической эффективности различных методов визуализации, у 82 пациентов с ОК, наивысшие показатели чувствительности (90%) продемонстрировали УЗИ и ТКТ, при этом их точность находилась в диапазоне 50-65%. МРТ характеризовалась умеренной чувствительностью (68%) при сопоставимой точности 60-68%. Чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) показала наиболее скромные результаты: чувствительность метода достигла 61% при точности 59% (таблица 4).

Таблица 4. - Показатели информативности применяемых методов исследования у пациентов с ОК

Метод исследования	Чувствительность в %		Точность в %	
	I гр. (n=40)	II гр. (n=42)	I гр. (n=40)	II гр. (n=42)
УЗИ С*	90	92	50	53
Трехфазная КТ С*	90	93	50-65*	67-68*
ЧЧХГ С*	61 (n=10)	63 (n=12)	59 (n=10)	61 (n=12)
Магнитно-резонансная томография С*	68 (n=12)	70 (n=13)	60 (n=12)	68 (n=13)

Примечание: * в определении операбельности;

Гистологический анализ опухолевой ткани выявил характерные различия в морфологической структуре между исследуемыми группами. При микроскопическом исследовании образцов I группы доминирующим гистологическим типом являлась аденокарцинома, составившая 90% случаев (36 пациентов), в то время как холангиокарцинома была диагностирована у 4 пациентов (10%).

Морфологическое исследование образцов II группы продемонстрировало схожее распределение, однако с несколько иным соотношением: аденокарцинома была верифицирована в 86% случаев (36 пациентов), а холангиокарцинома - в 14% (6 пациентов). Межгрупповой анализ выявил более выраженное преобладание железистого компонента в I группе, превышающее аналогичный показатель II группы на 4%. Преобладание железистых структур в гистологической картине опухоли Кляцкина указывает на её агрессивный биологический потенциал.

Исследование частоты рецидивирования в первой группе пациентов с ОК (n=40) выявило высокую частоту рецидива заболевания, которая составила 70% (28

пациентов). Так, ранние рецидивы, манифестировавшие в течение первых 11 месяцев после оперативного вмешательства, были диагностированы у 32,5% пациентов (13 случаев). Поздние рецидивы, развившиеся в интервале 12-19 месяцев после операции, были зафиксированы у 37,5% больных (15 случаев).

Во второй группе общее число рецидивов составило 26 случаев (62%), при этом наблюдалось равномерное распределение между ранними рецидивами в области операционного ложа и поздними рецидивами, развившимися спустя год после оперативного вмешательства - по 13 случаев (31%) в каждой подгруппе.

Сравнительное исследование частоты рецидивирования в обеих группах продемонстрировало высокую биологическую агрессивность аденокарциномы при ОК, что подтверждается значительной частотой как ранних (31-33%), так и поздних рецидивов (31-37%). Данная картина также свидетельствует о недостаточной радикальности выполненных операций (R0 резекция). Стратификация пациентов по степени риска представлена в таблице 5.

Таблица 5. - Результаты оценки степени риска ОК, в баллах

Группа	Степень риска, Ме (Q1-Q3)		
	I степень (n=8)	II степень (n=20)	III степень (n=12)
I группа (n=40)			
Баллы	8,7 [5; 10]	12,9 [11,0; 16,0]	18,4 [17,0; 19,0]
II группа (n=42)			
Баллы	8,0 [5,0; 10,0]	13,7 [11,0; 16,0]	17,6 [16,0; 18,0]
p	>0,05	>0,05	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Наличие первой степени риска (ГР1) отмечено у 7-20% больных. Данная категория пациентов характеризуется минимальной экспозицией к бластомогенным факторам, что определяет особенности их диспансерного наблюдения. Для этой группы пациентов рекомендована программа профилактического наблюдения, включающая три основных компонента: своевременную элиминацию выявленных факторов риска, обеспечение адекватных мер коллективной и индивидуальной защиты от производственных бластомогенных воздействий, а также регулярное проведение профилактических осмотров с периодичностью не менее одного раза в год.

Сравнительный анализ распределения факторов риска показал значительное преобладание пациентов со второй степенью риска во второй группе. Этот показатель был на 20% выше, чем в первой группе, что указывает на существенные различия в структуре рисков между исследуемыми группами. Для пациентов, относящихся к группам риска ГР2 и ГР3, разработана комплексная программа медицинского сопровождения, включающая активную элиминацию факторов риска и контроль соблюдения защитных мер от производственных бластомогенных воздействий. Особое внимание уделяется регулярному медицинскому наблюдению: пациенты данных групп риска подлежат ежеквартальному мониторингу мультидисциплинарной командой специалистов, включающей хирургов, гепатологов и онкологов. Данный подход направлен на раннее выявление злокачественных новообразований, в частности, ОК.

На основе всестороннего анализа клинико-anamnestических данных, морфологических характеристик, особенностей распространения опухоли и факторов рис-

ка её развития нами разработан диагностический алгоритм для ОК, учитывающий все аспекты патологического процесса (рисунок 1).



Рисунок 1. - Алгоритм диагностики опухоли Клацкина

Оптимизация лечения ОК и её эффективность. Основной целью оптимизации методов лечения ОК была направлена на повышение степени выживаемости пациентов путем проведения более радикальных оперативных вмешательств. Вместе с тем, для их выполнения большую роль играли тип и степень распространенности опухолевого процесса. Сравнительные результаты распределения больных в соответствии с классификацией по Bismuth-Corlette приведены в таблице 6. Стадийность ОК проводилась с использованием классификации TNM (8-ое издание, 2018), которая приведена в таблице 3. Как видно из данных представленных в таблице 3 во 2 группе отмечается положительная тенденция раннего выявления ОК, ранние стадии (T1-T2) которой по сравнению 1 группы было на 12% больше - 17% против 5% соответственно. При этом частота выявляемости других стадий оставались сопоставимыми.

Таблица 6. - Характер распределения исследуемых пациентов с ОК согласно классификации Bismuth-Corlette (n=82)

Тип	I группа (n=40)	II группа (n=42)	p
I	3 (7,5%)	2 (4,8%)	>0,05**
II	5 (12,5%)	12 (28,6%)	>0,05**
IIIa	3 (7,5%)	4 (9,5%)	>0,05**
IIIb	6 (15,0%)	8 (19,0%)	>0,05*
IV	23 (57,5%)	16 (38,1%)	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , * с поправкой Йетса, ** по точному критерию Фишера)

Для выбора тактики лечения ОК большое значение имели степень местной распространенности опухолевого процесса, характер её взаимоотношения с портальными сосудами, стадия заболевания и функциональное состояние печени. Именно эти показатели позволили обосновать выполнение радикальных или паллиативных операций, а также необходимость в предоперационной декомпрессии билиарного тракта. Важнейшим компонентом данной работы является анализ хирургической коррекции больных с ОК в обеих группах, представляющей динамику изменений тактических подходов. В таблице 7 приведены характеры оперативных вмешательств больных обеих групп, включая применение криоаблятивной технологии.

Таблица 7. - Характер оперативных вмешательств, произведенных у больных I и II групп с ОК

Название операции	Типы опухоли	Количество операций (n=82)	Группа больных			
			I группа (n=40)	Криодеструкция	II группа (n=42)	Криодеструкция
1.Холецистэктомия, резекция внепеченочных желчных протоков с правосторонней гемигепатэктомией и формированием гепатикоюноанастомоза	IIIА	13	6	-	7	6
2.Холецистэктомия, центральная резекция печеночного протока вместе с опухолью и созданием бигепатикоюностомы	II	18	8	-	10	5
3.Холецистэктомия, резекция гепатикохоледоха вместе с опухолью и созданием моногепатикоюностомы	I	11	5	-	6	2
4.Резекция внепеченочных желчных протоков с левосторонней гемигепатэктомией и удалением I сегмента печени с гепатикоюностомией	IIIВ	13	6	-	7	3
5.Холецистэктомия с дренированием печеночных желчных протоков	IV	11	7	-	4	4
6.Чрескожная чреспеченочная холангиостомия	IV	8	4	-	4	-
7.Эксплоративная лапаротомия	IV	5	2	-	3	-
8.Реканализация и стентирование внепеченочных желчных протоков	IV	3	2	-	1	-
Всего	IV	82	40	0	42	20

Объем операции варьировал от реканализации, стентирования внепеченочных желчных протоков до холецистэктомии, резекции печени с формированием гепатикоюноанастомоза, при этом в основном технически сложные и объемные операции были выполнены во второй группе (согласно перечня операций от 1 до 4,) – у 30 (71,4%) пациентов, а в первой группе (согласно перечня операций от 1 до 4) – у 25 (62,5%) больных, то есть на 9% больше выполнены сложные операции во второй группе. У 40 (49%) из 82 (100%) I и II групп больных согласно перечню операций от 5 до 8, были выполнены условно радикальные, диагностические, симптоматические, паллиативные операции. Такие операции были выполнены в первой группе (согласно перечню операций от 5 до 8) у 15 (37,5%) больных, во второй группе (согласно перечню операций от 5 до 8) у 12 (28,5%) пациентов, то есть на 9% было больше в первой группе, чем во второй группе.

Криодеструкция при ОК. Исходя из вышеизложенного, в плане улучшения непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения ОК, нами у больных основной группы впервые использован фактор сверхнизкой температуры ($-195,8^{\circ}\text{C}$) жидкого азота. Подача жидкого азота осуществлялась из универсального криоаппарата (рисунок 2), разработанного совместно с учеными Института физики и техники им С.У. Умарова НАНТ (Патент ТЖ №850 от 26.04.2017г.). Криодеструкция ОК предусматривала её применение в виде криоштампа (рисунок 3) и криоспрея (рисунок 4).



Рисунок 2. – Универсальный портативный криоаппарат с набором наконечников



Рисунок 3. – Криообработка внутрипеченочных желчных протоков методом криоштампа



Рисунок 4. – Криоспрей печени и внепеченочных желчных протоков при опухоли Клацкина

Хирургия ОК требует широкую экспозицию печени и последняя в абсолютном большинстве случаев (70-85,3%) нами выполнялась из верхнесрединного абдоминального доступа с использованием расширителя Сигала. В этой группе пациентов мужчины было 7 (35,0%), женщин – 13 (65,0%), возраст их варьировал от 19 до 90 лет. Среди женщин наибольшее количество больных отмечены в возрастном диапазоне 44-60 лет (8-40%), 19-44 (2-10%) и в 60-75 лет (2-10%). Среди больных мужского пола пик заболеваемости соответствовал также диапазону возраста 44-60 лет – 5 (25%), пациенты 60-75 лет – 2 (10%).

В соответствии с классификацией Bismuth-Carlette у данной когорты пациентов имелись следующие типы опухоли: 1) II тип у 10 (50%); 2) IV тип у 4 (20%) в зоне конfluence желчных протоков; 3) III тип В – 3 (15%) с распространением на

левый печёночный проток; 4) I тип у 2 (10%) пациентов с опухолью ОПП; 5). III тип А у 1 (5%) с распространением на правый печёночный проток.

Характер выполненных пациентам оперативных вмешательств в сочетании с криодеструкцией представлен в таблице 8.

Таблица 8. - Характер сочетанных оперативных вмешательств с применением криодеструкции по ОК.

Название операции		n
1	Холецистэктомия, резекция внепеченочный желчных протоков с правосторонний гемигепатэктомия и формированием гепатикоеюноанастомоза	6
	Холецистэктомия, резекция центральный ПП с формированием гепатикоеюноанастомоза	7
2	Холецистэктомия, резекция внепеченочных желчных протоков с левосторонней гемигепатэктомией с гепатикоеюностомией	1
3	Резекция внепеченочных желчных протоков с левосторонней гемигепатэктомией и удалением I сегмента печени с гепатикоеюностомией	2
4	Холецистэктомия, резекция гепатикохоледоха вместе с опухолью и дренированием печеночных желчных протоков	4
Всего		20

Центральная (локальная) резекция ПП с конфлюенсом. Варианты ОК I и II типа требовали центральную резекцию ПП с конфлюенсом. После вскрытия брюшной полости выполняли ревизию ее органов и забрюшинного пространства на предмет операбельности ОК. Решение о выполнении радикальных операций принималось при отсутствии критериев нерезектабельности опухолевого процесса. Холецистэктомия являлось обязательным этапом операции и позволяла выход на проксимальный отдел ОПП. Диссекцию паренхимы печени вокруг желчного пузыря проводили вслед за криооледенением последней методом криоспрея. Высокоскоростная подача жидкого азота, позволяла в течение трёх минут оледенение пузыря и окружающей паренхимы. После криохолецистэктомии (патент ТЈ№ №850 от 26.04.2017г) приступали к диссекции внепеченочных желчных протоков. Пересечение ОЖП проводили в максимально дистальном отделе ретродуоденальной зоны с последующим ушиванием его периферического конца. В последующем проводили прецизионную мобилизацию ОЖП и ОПП от прилегающих крупных сосудистых структур, а также удаление всех регионарных лимфатических узлов единым блоком в пределах анатомического пространства, ограниченного головкой поджелудочной железы дистально и воротами печени проксимально.

Границы опухолевой инвазии определяли экспресс морфологическим исследованием линии среза ОПП. Для обеспечения надежности билиодигестивного анастомоза применялась модифицированная хирургическая техника: внутренние стенки долевых печеночных протоков сшивались по типу "двустволки" в непосредственной близости от их bifurcatio. Реконструктивный этап завершался формированием единого бигепатикоеюноанастомоза по типу "конец в бок" с отключенной по Ру петель тонкой кишки, длина которой составляла не менее 80 см. В 3 случаях при гипербилирубинемии свыше 200 мкмоль/л и диаметре долевых печеночных протоков до 5 мм считали необходимым использование разгрузочного дренажа через культю тонкой кишки Ру анастомоза, которую удаляли по мере нормализации желтушного синдрома. При расстоянии между долевыми протоками более 20 мм формировали отдельный бигепатикоеюноанастомоз.

Левосторонняя гемигепатэктомия с резекцией печеночного протока. Показаниями к выполнению левосторонней гемигепатэктомии при ОК Шб типа служат: атрофические изменения левой доли печени, наличие метастатических очагов или крупных холангиогенных абсцессов в левой доле, а также инвазия опухоли в левую ветвь воротной вены. Хирургическая техника включает следующие этапы: первоначально выполняется мобилизация ОЖП и ОПП по описанной ранее методике. После достижения уровня ворот печени осуществляется экстрапеченочное выделение собственной печеночной артерии и основного ствола воротной вены с их прослеживанием до бифуркации на правые и левые ветви.

Следующим этапом выполняется пересечение ОПП с последующей мобилизацией его конfluence от ствола воротной вены и выделением левой печеночной артерии. Ориентируясь по линии демаркации, разделяем паренхиму на границе левой и правой доли по линии Cantlie, проходящей через ложе ЖП по направлению к левому краю НПВ, путем пальцевого раздавливания паренхимы печени и лигирования видимых сосудов и протоков либо с помощью биполярного коагулятора, аппарата Лигашу или же зажима Дебейки. Препарат печени удаляли в блоке с ВЖП. После окончательного гемо- и холестаза на срезе печени и криообработки накладывали БДА с ОПП на петле тонкой кишки, выключенной по Ру.

Левосторонняя гемигепатэктомия с резекцией I сегмента печени. При распространении опухолевого процесса на левый печеночный проток и паренхиму хвостатой доли печени в объем резекции обязательно включается I сегмент печени. Хирургическое вмешательство начинается с полной мобилизации печени, производится мобилизация хвостатой доли с идентификацией и перевязкой дополнительных печеночных вен. Экстрапаренхиматозно выделяется левая Глиссонова ножка с последующей перевязкой и пересечением левой ветви воротной вены и левой печеночной артерии на уровне бифуркации для включения в зону резекции сосудистых структур хвостатой доли.

Разделение паренхимы осуществляется по линии ишемической демаркации. При достижении плоскости ворот выполняется пересечение правого печеночного протока. Производится перевязка правой ветви к I сегменту, отходящей от правой ветви воротной вены, и пересечение дополнительных печеночных вен по правому краю нижней полой вены. Завершающим этапом резекционной фазы является прошивание и пересечение между зажимами левой печеночной вены и левой ветви средней печеночной вены. После удаления единым блоком левой половины печени с желчными протоками и хвостатой долей выполняется реконструктивный этап – формирование билиодигестивного анастомоза с правым печеночным протоком.

Правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией III. При хирургическом лечении ОК типа Ша после выполнения дескелетизации правой доли печени производится мобилизация до достижения ретроперитонеального пространства с визуализацией правого надпочечника и правой поверхности нижней полой вены. Следующим этапом производится выделение, прошивание и пересечение правой печеночной вены. После этого осуществляется последовательная мобилизация правого печеночного протока, пересечение левого печеночного протока в пределах здоровых тканей с последующей перевязкой и пересечением правых ветвей магистральных сосудов. Диссекция паренхимы по линии Rex Cantlie, удаление правой доли вместе с

ПП, лимфатическими узлами ПДС и опухолью. БДА накладывали на левый ПП либо сегментарные протоки левой доли.

Правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией хвостатой доли печени и ПП. Полная мобилизация печени. Обнажаем НПВ путем рассечения дорсальной связки, которая фиксирует хвостатую долю сзади. Поднимая заднюю часть печени, находим, выделяем и прошиваем короткие печеночные вены. Максимальное число этих вен от трёх до семи. Хвостатая доля (I сегмент) от НПВ легко отделяется при проходе снизу-вверх. Обычно здесь также находятся несколько коротких печеночных вен. Далее гемигепатэктомию с резекцией ПП, лимфодиссекции в зоне печеночно-двенадцатиперстной связки и формирование БДА с левым ПП выполняем по стандартной схеме.

Паллиативные операции. Реканализация опухоли. Переднюю стенку ОПП выделяем под бифуркацией ПП ниже опухоли. Выполняем гепатикотомию примерно 1 см длиной, после чего тонким металлическим зондом, реканализируя опухоль, зондируем ППП и ЛПП без чрезмерного усилия. Затем в реканализованные протоки устанавливали катетеры и выполняли холангиографию. Полученные данные о контрастировании внутрипеченочных протоков и проходимость дистального отдела ОЖП позволяли выполнить ТПД по Прадери-Смиту, погружая их дистальные концы в ОЖП. Ввиду того, что ретроградное дренирование желчных протоков не всегда эффективно, наряду с внутренним дренированием желчных протоков накладывали фистуло-еюноанастомоз по Ру или Брауну. Этот приём позволял, наряду с внутренним дренированием билиарного дерева, дополнительное дренирование желчных протоков через желчный свищ.

Чрескожное чреспеченочное дренирование и стентирование. Альтернативой лапаротомных операций являются миниинвазивные желчеотводящие вмешательства, в частности ЧЧХС. По характеру дренирования различают односторонние и двусторонние, наружные и наружно-внутренние ЧЧХС. В трех клинических наблюдениях при ОК III-IV стадии, характеризующейся наличием единичных метастазов в печени или регионарных лимфатических узлах и явной инвазией магистральных сосудов печени, выполнялось паллиативное хирургическое вмешательство в объеме криорезекции опухоли в области конfluence печеночных протоков с последующим формированием билиодигестивного анастомоза.

Результаты лечения пациентов с ОК. Средняя продолжительность госпитализации всех пациентов составил $12,2 \pm 1,6$ суток, в том числе первой группы – $11,32 \pm 1,87$ суток, второй группы - $13,4 \pm 1,15$ суток. Результаты реабилитации больных с ОК приведены в таблице 9.

Таблица 9. – Результаты оценки эффективности реабилитации (II этап) больных ОК (n=82)

Группа больных	Заживление послеоперационных ран, абс (%)		Степень оценки эффективности послеоперационной реабилитации больных, абс (%)			Койко-дни, сутки (M±SD)
	первичным натяжением	вторичным натяжением	неудовлетворительная	удовлетворительная	хорошая	
I (n=40)	35(88%)	5 (12%)	28 (70%)	2 (5%)	10 (25%)	11,32±1,87
II (n=42)	39 (93%)	3 (7%)	22 (52%)	5 (12%)	15 (36%)	31,40±1,15
P	<0,05*		>0,05**			<0,001***

Примечание: статистическая значимость различия показателей между I и II группами: *-по критерию χ^2 ; ** по критерию χ^2 для произвольной таблицы; *** -по критерию Манна-Уитни.

Сравнительный анализ эффективности реабилитационных мероприятий в исследуемых группах выявил следующие закономерности. В I группе (n=40) преобладали неудовлетворительные исходы, которые составили 70% случаев (28 пациентов). Хорошие результаты были достигнуты у четверти пациентов (25%, 10 случаев), тогда как удовлетворительные результаты наблюдались лишь у 5% больных (2 пациента).

Анализ результатов лечения во II группе (n=42) продемонстрировал более позитивную динамику. Доля пациентов с хорошими результатами возросла до 36% (15 случаев), удовлетворительные исходы были отмечены у 12% больных (5 пациентов). Частота неудовлетворительных результатов существенно снизилась по сравнению с I группой и составила 52% (22 пациента). Межгрупповой анализ демонстрирует преимущество II группы по всем показателям: частота хороших результатов выше на 11%, удовлетворительных – на 7%, при этом неудовлетворительные результаты встречались на 18% меньше по сравнению с I группой.

Процесс заживления послеоперационных ран в обеих группах характеризовался преимущественно первичным натяжением, однако во II группе данный показатель был выше на 5%. При этом длительность госпитализации в I группе была короче на 2 койко-дня, что объясняется преобладанием паллиативных вмешательств, тогда как во II группе выполнялись более объемные и технически сложные операции. Таким образом, комплексная оценка эффективности реабилитации пациентов с ОК по основным критериям демонстрирует достоверное преимущество показателей во II группе исследования.

Одногодичная и трехлетняя выживаемость пациентов. Одним из ключевых вопросов в лечении пациентов с ОК является степень их выживаемости как в ранние, так и в поздние сроки после операции. В первые 12 месяцев после выполненных операций в первой группе выживаемость составила 75,0%, во второй клинической группе – 83,3% ($p < 0,05$). Каждый четвертый пациент в I группе и каждый шестой пациент во II группе из-за различных причин не дожили в течение первого года наблюдения. Следует отметить, что частота танатогенеза была значительно ниже, чем частота рецидива заболевания в обеих группах пациентов. Если в первые 12 месяцев рецидив в обеих группах был отмечен у 32,5% и 30,95% пациентов соответственно, то в этот период летальные исходы были зарегистрированы у 25,0% пациентов первой и 16,7% пациентов второй группы соответственно (таблица 10).

Таблица 10. – Частота ранних и поздних рецидивов ОК (n=82)

Группы больных	Рецидив, абс (%)		
	всего	ранний	поздний
I группа (n=40)	28 (70,0%)	13 (32,5%)	15 (37,5%)
II группа (n=42)	26 (61,9%)	13 (30,95%)	13 (30,95%)
p	<0,05	>0,05	<0,05

Примечание: статистическая значимость различия рецидивов заболевания между I и II группами по критерию χ^2

Что же касается вопроса отдаленной выживаемости пациентов с ОК, в среднем через 36 месяцев после выполненных операций, а также проведенных лечений в I группе пациентов летальные исходы были отмечены у 67,5% пациентов, большинства из которых были связаны с рецидивом заболевания. Во II группе пациентов, оперированных по усовершенствованной тактике, отмечалось значительное снижение частоты летальных исходов и в период более 3 лет танатогенез из-за различных

причин зарегистрирован в 52,4% наблюдений, что на 15,1% меньше по сравнению с I группой.

На основании полученных результатов можно сделать вывод о том, что использованный нами более усовершенствованный подход в диагностике и лечения пациентов с ОК позволил не только несколько снизить частоту рецидива заболевания, но и существенно повысить частоту выживаемости больных. В первый год наблюдения летальный исход отмечен меньше на 8,3%, в отдаленном периоде – на 15,1%. С целью предупреждения распространения, продолженного роста, раннего рецидива и повышения антиоксидантной, иммунной, противовоспалительной функции организма при лечении злокачественных опухолей печени, проксимальных желчных протоков предложен способ интраоперационного применения химиопрепаратов, на что получен патент ТД 1520 от 2024г. Предложенный нами способ является простым в применении, эффективен, а главное общедоступен в любых клиниках в условиях Республики Таджикистан. Клиническая апробация предложенного способа проведена в группе из 21 пациента со злокачественными опухолями печени и проксимальных желчных протоков. Возрастной диапазон пациентов составил от 30 до 65 лет. Период катамнестического наблюдения за данными пациентами варьировал от 2 месяцев до 3 лет. Лишь у 8 (38%) пациентов с этими патологиями были зарегистрированы рецидивы, которые были обусловлены местнораспространённостью, появлением новых очагов злокачественных опухолей печени и проксимальных желчных протоков. Предложенный способ улучшает обеспечение абластичности, предупреждает распространение новообразования, повышает радикальность операции, а также проводить профилактику продолженного роста, рецидива и метастазирования.

Оценка качества жизни пациентов с ОК проводилась с применением валидированной шкалы Карновского. При анализе динамики показателей в первой группе пациентов (n=40) были выявлены две основные тенденции. У 20% больных (8 случаев) наблюдалось значимое улучшение функционального статуса, что отразилось в повышении показателей по шкале Карновского с 40% до 60%. Однако у преобладающего большинства пациентов (80%, 32 случая) показатели качества жизни оставались на стабильно низком уровне, варьируя в диапазоне от 10% до 20%.

Во 2 группе (42 пациента, 100%) положительная динамика наблюдалась у 10 пациентов (24%), характеризуюсь аналогичным диапазоном улучшения показателей от 40% до 60%. У оставшихся 32 больных (76%) показатели сохранялись на прежнем уровне (10-20%). Сравнительный анализ демонстрирует преимущество основной группы по качеству жизни на 4%. На основании комплексного анализа демографических характеристик, морфологических особенностей, степени распространенности процесса, вариантов хирургического лечения, послеоперационных осложнений, эффективности реабилитационных мероприятий и показателей качества жизни разработан алгоритм диагностики и лечебной тактики при ОК (рисунок 5).



Рисунок 5. - Алгоритм диагностики и лечения холангиокарциномы

Выводы

1. Частота опухоли Клацкина за 13 лет (10400 контингента исследуемых) по обращаемости составляет 0,78% (82 пациента). Опухоль Клацкина патогномоничных клинических симптомов не имеет. Выявленные причины и факторы риска (гр. 1, 2, 3) указывают на превалирование вирусной природы опухоли Клацкина [3-А, 4-А, 5-А, 9-А, 10-А, 12-А].

2. Криохирургическое вмешательство при резектабельной опухоли Клацкина является эффективным способом, обеспечивающим профилактику кровотечения, снижение послеоперационных осложнений и повышающий радикальность резекции печени [1-А, 2-А, 6-А].

3. При I-II типах опухоли Клацкина с невыраженной механической желтухой целесообразно проведение одноэтапной резекции желчных протоков, а при выраженной механической желтухе с признаками острой печеночной недостаточности и коморбидным статусом показано двухэтапное оперативное вмешательство (чрескожная чреспеченочная холангиостомия + резекция опухоли) [1-А, 7-А, 9-А, 11-А].

4. Разработанный алгоритм комплексной диагностики и лечения опухоли Клацкина с учётом клиники, исходного состояния больного и стадии заболевания позволяет точную диагностику и принятие персонализированной тактики лечения [4-А, 6-А, 7-А, 8-А].

5. Применение индивидуализированной тактики лечения с использованием криодеструкции способствовало снижению послеоперационных осложнений с 12% до 7%, улучшение трехлетней выживаемости до 36,3% [1-А, 2-А, 7-А, 8-А, 12-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Важнейшим условием повышения эффективности хирургического лечения опухоли Клацкина является ее ранняя диагностика, осуществляемая с учётом выявленной клинической семиотики и факторов риска развития, на основе разработанного алгоритма.

2. Безусловность консервативного лечения и хронических воспалительных заболеваний гепатобилиарной зоны должны мотивировать врачей-специалистов для уточненной диагностики новообразований гепатобилиарной зоны.

3. Практическое применение криохирургии как эффективного резекционного метода может быть использовано при злокачественных новообразованиях желчных протоков при соответствующих технологических условиях и подготовленности специалистов.

4. При выраженной механической желтухе и тяжелом состоянии больных, обусловленных признаками острой печеночной недостаточности и сопутствующими заболеваниями, оптимальным методом является двухэтапное хирургическое вмешательство.

5. Последовательное принятие решения, основанное на элементах алгоритма лечения больных с опухолью Клацкина позволит адекватно выработать тактику пациент-ориентированного лечения.

6. Разработанный способ лечения злокачественных новообразований печени (опухоли Клацкина) может быть внедрён в практике гепатобилиарной хирургии.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЫ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах:

[1-А]. Хужамкулов, А.А. Паллиативно-куративные хирургические вмешательства у больных раком желудка с метастазами в печень [Текст] / А.А. Хужамкулов, Р.З. Юлдошев, Д.З. Зикирходжаев, М.Т. Рахматов, С.А. Дилшодов, Ё.И. Азатуллоев // Вестник Авиценны. – 2018. – Т. 20, № 4. – С. 383-388.

[2-А]. Хужамкулов, А.А. Хирургическая тактика при опухолях проксимальных желчных протоков [Текст] / А.А. Хужамкулов, Дж.Р. Сангинов, С.М. Ахмадзода // Проблемы гастроэнтерологии. – 2023. – № 3 (85). – С. 25-30.

[3-А]. Хужамкулов, А.А. Опухоль Клацкина: особенности клинических проявлений и трудности диагностики [Текст] / А.А. Хужамкулов, Д.Р. Сангинов, С.М. Ахмадзода, Н.И. Базаров, А.И. Муродов, Н.А. Сафарзода // Симурф. – 2024. - № 3. – С. 46-56.

[4-А]. Хужамкулов, А.А. Опухоль Клацкина: распространенность, особенности диагностики и тактики лечения (обзор) [Текст] / А.А. Хужамкулов, Д.Р. Сангинов, С.М. Ахмедов // Поволжский онкологический вестник. – 2024. – Т. 15, № 4. – С. 7-12.

Тезисы и статьи в сборниках конференций и съездов:

[5-А]. Хужамкулов, А.А. Некоторые аспекты клиники, этиологии, диагностики злокачественных опухолей Клацкина по данным обращаемости в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН Республики Таджикистан [Текст] / А.А. Хужамкулов, Дж.Р. Сангинов, Н.И. Базаров, А.И. Муродов, Б.Ё. Туракулов // Сборник научных статей по итогам работы Международного научного форума «Наука и инновации – современные концепции». - Москва, 8 октября 2021. – С. 148.

[6-А]. Хужамкулов, А.А. Диагностика и хирургическое лечение злокачественных опухолей проксимальных желчных протоков [Текст] / А.А. Хужамкулов, Д.Р. Сангинов, С.М. Ахмадзода // XXX Международный Конгресс Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии». – Душанбе, 4-6 октября 2023 г.

[7-А]. Хужамкулов, А.А. Диагностика и хирургическое лечение злокачественных опухолей проксимальных желчных протоков [Текст] / А.А. Хужамкулов, Д.Р. Сангинов, С.М. Дилшодов, Б.Ё. Туракулов // Тезисы докладов XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. – Душанбе, 25-27 апреля 2024 г. – С. 553-554.

[8-А]. Хужамкулов, А.А. Результаты комбинированных операций при местнораспространённом раке желудка [Текст] / Р.З. Юлдошев, А.И. Абдурахмонов, Т.З. Хокироев, С.Т. Джамshedов, С.Т. Дилшодов, Н.Т. Туйчиев, И.К. Ниязов // Тезисы докладов XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. – Душанбе, 25-27 апреля 2024 г. – С. 558.

[9-А]. Хужамкулов, А.А. Хирургическая тактика при опухолях проксимальных желчных протоков (опухоль Клацкина) [Текст] / А.А. Хужамкулов, Д.Р. Сангинов, С.М. Ахмадзода // Тезисы докладов XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. – Душанбе, 25-27 апреля 2024 г. – С. 909.

[10-А]. Хужамкулов, А.А. Холангиоцелюлярная карцинома: вопросы клиники и диагностики [Текст] / А.А. Хужамкулов, Д.Р. Сангинов, С.М. Ахмадзода // Тезисы

докладов XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. – Душанбе, 25-27 апреля 2024 г. – С. 553.

[11-А]. Хужамкулов, А.А. Хирургическое лечение кардио-эзофагального рака в Республике Таджикистан [Текст] / А.А. Хужамкулов, Р.З. Юлдошев, А.Ш. Абдуллоев, Д.Ш. Нуралиев, М.М. Холбеков // Тезисы докладов XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. – Душанбе, 25-27 апреля 2024 г. – С. 554.

[12-А]. Хужамкулов, А.А. Некоторые аспекты заболеваемости, этиологии злокачественных опухолей Клацкина по данным обращаемости в МЗ и СЗН Республики Таджикистан [Текст] / А.А. Хужамкулов, Н.И. Базаров, Н.А. Сафарзода, Б.Ё. Туракулов // Тезисы докладов XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. – Душанбе, 25-27 апреля 2024 г. – С. 499.

Патент на изобретение

1. Хужамкулов А.А., Сангинов Дж.Р., Ахмадзода С.М., Муродов А.И., Базаров Н.И. Способ лечения злокачественных опухолей печени, проксимальных отделов желчных протоков. Патент Республики Таджикистан на изобретение № ТД 1520, выданное 26 июля 2024 года ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Перечень сокращений, условных обозначений

ГУ «РОНЦ» МЗ СЗН РТ – Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

ДЛТ – дистанционная лучевая терапия

КТ – компьютерная томография

ЛПП – левый печеночный проток

МРТ – магнитно-резонансная томография

ОК – опухоль Клацкина

ОКЖП – опухоль конfluence желчных протоков

ОЖП – общий желчный проток

ОПП – общий печеночный проток

ППП – правый печеночный проток

ПП – печеночный проток

ТГМУ – Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

УЗИ – ультразвуковое исследование

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ «ДОНИШГОҲИ
ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ
АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»
МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ «ПАЖУҲИШГОҲИ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН»**

ВБД: 616.362-006.6-07

Бо ҳуқуқи дастнавис

ХҶҶАМҚУЛОВ АШУРАЛИ АКРАМОВИЧ



**ОПТИМИЗАТСИЯИ ТАШҲИС ВА ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ
ОМОСҲОИ БАДСИФАТИ МАҶРОҲОИ
ПРОКСИМАЛИИ ТАЛҲА**

Автореферати

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи
илмии номзади илмҳои тиббӣ
аз рӯи ихтисоси 14.01.12-Саратоншиносӣ

Душанбе – 2025

Диссертатсия дар кафедраи онкологияи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” ва шуъбаи ҷарроҳии ҷигар ва ғадуди зери меъдаи МД «Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерологияи Ҷумҳурии Тоҷикистон» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Сангинов Ҷумабой Раҳматович** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи онкологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мушовири илмӣ: **Аҳмадзода Саидилҳом Мухтор** – узви вобастаи АМИТ, доктори илмҳои тиб, профессор, роҳбари шуъбаи ҷарроҳии ҷигар ва ғадуди зери меъдаи МД «Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерологияи Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Муқарризи расмӣ: **Рябов Андрей Борисович** - доктори илмҳои тиб, профессор, ҷонишини директори генералии Муассисаи федералии буҷавии давлатии «Маркази миллии тиббии таҳқиқотии радиология»-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия оид ба ҷарроҳӣ
Қараев Идибек – номзади илмҳои тиб, директори Маркази вилоятии саратоншиносии вилояти Хатлони Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муассисаи пешбар: МФБД «Маркази миллии тиббии таҳқиқотии онкологияи ба номи Н.Н. Петров»-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия, ш. Санкт-Петербург

Ҳимояи диссертатсия санаи « _____ » _____ соли 2026 соати «_____» дар маҷлиси шурои диссертатсионии 6D.KOA-040–и МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон ш. Душанбе, кӯчаи Сино, 29-31, e-mail: onfo@tajmedun.tj; +992928217755.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ соли 2025 фиристода шудааст.

Котиби илмии шурои диссертатсионӣ, номзади илмҳои тиб, дотсент



Али-Зода С.Ғ

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзӯи таҳқиқот. Саратони холангиоселюлярӣ, ки ба омосҳои бадсифат дохил буда, аз эпителияи маҷроҳои талха сарчашма мегирад, хеле кам ба мушоҳида мерасад, таваччуҳи бештари онкологҳо ва ҷарроҳони гепатобилиариро бинобар мавҷуд будани проблемаҳои вобаста аз ташхиси барвақтӣ, марҳалабандии раванд, инчунин самаранокии табобат ҷалб мекунад Blechacz В. [11]. Дар сохтори саратони аввалияи чигар он 10,1%-15,2%-ро ташкил медиҳад, бештар аз ҳама дар синну соли аз 60-сола боло во меҳурад Бредер В.В. [3]; Siegel R.L. [23].

Холангиокартсинома, таснифи ба худ хоси анатомиро нишон медиҳад, ки дар заминаи ҷойгиршавии осебҳои маҷроҳои талха асос меёбад. Шакли проксималӣ (бо номи омоси Клатскин (ОК) ё холангиокартсиномаи дарвозагӣ низ маъруф аст) нисбатан паҳнфто мебошад ва 60-75%-и ҳолатҳоро ташкил медиҳад. Шакли дисталӣ дар 20-30% ҳолат дучор мешавад, дар ҳоле, ки варианти дохиличигарӣ нисбатан кам, дар 5-10% ҳолат ба мушоҳида мерасад Engelbrecht M.R. [15]; Siegel R.L. [23].

Маълумотҳои эпидемиологӣ аз тағйирпазирии назарраси ҷуғрофии беморшавӣ бо ОК гувоҳӣ медиҳанд Banales J.M. [10]. Дар кишварҳои ғарб ва ИМА дучоршавии нисбатани кам – 1-2 ҳолат дар 100 ҳазор аҳоли ба қайд гирифта мешавад Siegel R.L. [23]. Бар хилофи ин, барои минтақаи Осиёи Ҷанубӣ-Шарқӣ нишондиҳандаи максималии беморшавӣ хос аст, ки то 113 ҳолат дар 100 ҳазор аҳоли дар байни популятсияи мардҳо ва 50 ҳолат дар байни занҳо мерасад Soares K.C. [25].

Нишондиҳандаҳои мобайнии беморшавӣ дар Исроил ва Ҷопон – мутаносибан 7,3 ва 5,5 ҳолат дар 100 ҳазор аҳоли ба қайд гирифта шудааст Nagtegaal I.D. [18]. Федератсияи Россия тибқи маълумотҳои соли 2016 тамоюли бо он монандро бо нишондиҳандаҳои 5,6 ҳолат дар 100 ҳазор аҳоли нишон медиҳад Бредер В.В. [3]; Гурмиков Б.Н. [5]. Қайд кардан лозим аст, ки фарқияти назаррас дар маълумотҳои эпидемиологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дида мешавад, ки дар ин ҷо таҳқиқотҳои мунтазами паҳншавии холангиокартсинома то имрӯз гузаронида нашудааст Аҳмадзода С.М. [1]; Сангинов Ҷ.Р. [9].

Ба омилҳои модификатсионии инкишофи ОК ҷинси зан, бемориҳои санги талхадон, фарбеҳӣ, полипҳо, аденомаи талхадон Коваленко Ю.А. [7], ба омилҳои хатар - холангит, описторхоз, гепатолитиаз, бемории Кароли ва типҳои IV-уми кистаи роҳҳои талхарон дохил мешаванд Расулов С.Р. [8]; Blechacz В. [11]. Дар робита бо мавҷуд набудани таҳқиқотҳои мақсаднок дар кишварамон мо оид ба омилҳои хатари инкишофи ОК маълумот дар даст надорем.

Манзараи клиникаи ОК симптоматикаи махсус надорад, дар марҳалаҳои аввал бошад боягон аломат зоҳир намешавад. Бо пеш рафтани аз симптоматикаҳои маҳдуд пайдо шудани зарди, хориши пӯст, сустӣ, лоғар шудан дар 1/3 хиссаи беморон диққатҷалбкунанда аст, ин беморро водор мечсозад, ки ба табиб муроҷиат намояд. Дар замони муроҷиат кардан дар 10-20% -и беморон дисфунксияи чигар холангит ба мушоҳида мерасад Nikolić I. [19]. Ташхиси ОК дар марҳалаҳои барвақт аз сабаби сари вақт муроҷиат накардани беморон хеле паст аст. Ба таҷҳизоти муосири технологияҳои ташхисӣ (ТУС, ТК, ТМР, ТПЭ/ТК, ХГТП ва биопсия) нигоҳ накарда, муайян кардани ҷойгиршавӣ, типҳои

омос тибқи таснифи Bismuthe, сохтори морфологӣ, марҳалабандии раванд, ҷанбаҳои биомолекулярӣ ҳам асноӣ дақиқсозӣ ва ҳам ташҳиси тафриқавӣ мушкилоти зиёдеро пеш меоранд Аҳмадзода С.М. [1]; Бредер В.В. [3]; Engelbrecht M.R. [15]. Масъалаи калидӣ дар марҳалаҳои ташҳис муайян кардани резексияшаванда будани омос ва ҳаҷми ҷарроҳии пешбинишуда ба ҳисоб меравад Ефанов М.Г. [6]; Fujisawa M. [16]. Ҳассосият ва махсусияти ТМР/ХПГМР ва ТК дар ҳаллу фасл кардани масъалаҳои зикршуда мутаносибан 88%/85% ва 75%/80% -ро ташкил медиҳад Park R. [20]; Siwek M. [24].

Усули асосии табобати ОК ҷарроҳӣ мебошад Гранов Д.А. [4]; de Moura D.T.N. [14]. Ба суръати нисбатан ороми пешравии ОК ва метастази дери он нигоҳ накарда, ҷарроҳишавандагии он дар 20-40%-и беморон имконпазир аст, ки як қисми онҳо дар ҷараёни тафтиши интраҷарроҳӣ ҷарроҳинашаванда доништа мешаванд Poletto E. [21]; Siwek M. [24]. Ба иҷро намудани ҳаҷми ҷарроҳӣ марҳалабандӣ тибқи Bismuthe ва инвазияи омос дар макромухитти ҷигар таъсир мерасонад. Марҳалаи муҳими анҷом додани ҷарроҳӣ муайян кардани тозагии канорҳои RO резексия ба ҳисоб меравад Kitagawa N. [17].

Дастовардҳои муосир дар ҷарроҳии ҷигар дар фарохтар шудани шароити имконоти табобатӣ ҳангоми муолиҷаи беморони гирифтори иллатҳои васеъи системаи гепатобилиарӣ имконият доданд Расулов С.Р. [8]; Сангинов Ҷ.Р. [9]. Аз ҷумла, ҳатто ҳангоми ҷой доштани коҳишҳои назарраси захираҳои функционалии ҷигар амалӣ намудани амалиётҳои резексионии миқёсан калон дар ҷигар ва роҳҳои талхарон имконпазир гашт Fujisawa M. [16]. Пешравиҳои назаррас дар самти усулҳои каминвазивии табобат ба даст оварда шуд, он и намудҳои гуногуни деструксияҳои маҳдуди бофтаи омосиро нисбатан дар бар мегирад. Ба чунин усулҳо брахитерапия ва криодеструксия тааллуқ доранд, ки бо имкониятҳои дренажгузори пешазҷарроҳии билиарӣ, эндопротезгузори роҳҳои талхарон ва усулҳои инноватсионии табобати фотодинамикӣ пурра мегарданд ва спектри вариантҳои табобатро густариш медиҳанд Kitagawa N. [17]; Poletto E. [21]; Qumseya V.J. [22].

Сатҳи оризаҳои пасазҷарроҳӣ (то 50%) ва фавт (7,5-17,6%) хеле баланд боқӣ мемонад Гурмиков Б.Н. [5]; Ефанов М.Г. [6]. Тибқи маълумоти муаллифони гуногун зиндамонии 5-сола хеле паст мебошад - 11-40% Коваленко Ю.А. [7], муаллифони дигар рақамҳои аз ин пасттарро қайд менамоянд - 10% de Moura D.T.N. [14]. Ҳамин гуна маълумотҳои фарқкунанда оид ба басомади ретсидивҳо - 50-75% ва дар 2/3 бемор нашр шудаанд Park R. [20]. Омилҳои ногувори пешгӯйикунандаи ОК муқаррар карда шудаанд Гурмиков Б.Н. [5].

Дар солҳои охир маълум шуд, ки дар баробари дастовардҳои ҷанбаҳои биомолекулярӣ омосҳо, муайян кардани хусусиятҳои ҷараён, омилҳои хатар ва пешгӯии беморӣ дар муқоиса бо ҷараёни клиникӣ барои пешгӯӣ кардани ин патологияи мураккаб ҳалкунанда мебошад Poletto E. [21]. Имкониятҳои амалиётҳои аблативӣ, аз ҷумла криодеструксияи омос бо муайян кардани нишондод ва ҳаҷми амалиёт омӯзиши минбаъдaro талаб менамоянд. Дар маҷмӯъ ҷустуҷӯи усулҳои оптималии ташҳис ва усулҳои самараноки табобати ОК мубрам боқӣ мемонад, ки он моро водор сохт, пажӯҳиши мазкурро, ки ба онкопатологияи хеле нодир, ба таври нокифоя омӯхташуда ва хеле мураккаб буда бахшида шудааст, оғоз намоем. Густурда будани доманаи вазифаҳои дар

пеш гузошташуда аз он вобаста аст, ки ҳама ҷанбаҳои ин проблема дар кишвари мо то имрӯз омӯхта нашудааст. Итминон дорем, ки натиҷаҳои тадқиқоти мо ҳам аз лиҳози илмӣ ва ҳам дар самти татбиқ намудан барои саратоншиносҳо ва ҷарроҳон муфид хоҳанд буд.

Дараҷаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш. Дар марҳалаи муосир вобаста аз дастовардҳо дар ташхис ва табобати омосҳои бадсифати маҷрои талхарон тавассути технологияҳо ва усулҳои муосир, тавачҷуҳи мутахассисонро боз ҳам бештар ҷустуҷӯи нисбатан самараноктари равишҳои ҷалб мекунад, ки натиҷаҳои бехтари дурро таъмин мекунад Ефанов М.Г. [6]; Коваленко Ю.А. [7]. Дар адабиёти дастраси илмии тиббӣ дар байни пажӯҳишҳои, ки ба ин проблема бахшида шудаанд, миқдори бештари онҳо ба дастовардҳои ташхиси муосир ва ташхиси тафриқавии ОК, баҳо додан ба самаранокии амалиётҳои ҷарроҳии як-думарҳилагӣ, таъмин кардани баргузори амалиётҳои радикалӣ, кам кардани ғавт ва бехтар сохтани натиҷаҳои дур бахшида шудаанд Гранов Д.А. [4]; Bridgewater J. [12]; Chandrasekar V.T. [13].

Табобати ҷарроҳӣ дар стратегияи табобатӣ ҳангоми ОК мавқеи асосиро касб намуда, таъсиргузори нисбатан гуворои худро дар зиндамони дарозмуддати беморон намоиш медиҳад Blechacz B. [11]. Амалиётҳои ҷарроҳии радикалӣ дар ба даст овардани натиҷаҳои дури оптималии табобати ин беморӣ ҷузъи асосӣ маҳсуб мешавад. Аммо масъалаҳои ба тактикаи оптималӣ ва усулҳои табобат вобастабуда то охир ҳалнашуда боқӣ мемонанд Siwek M. [24]. Аз сабаби сатҳи пасти ҷарроҳишавандагӣ ва резексишавандагии ОК диққати маҳсус ба технологияҳои каминвазивии аблятивӣ дода мешавад Гранов Д.А. [4].

Пас аз резексияи R0 ва R1 зиндамони 5-сола бо фарқияти зиёд - мутаносибан 25-45% дар муқобили 0-23% дида мешавад Коваленко Ю.А. [7]; Kitagawa N. [17]. Дар ин маврид, давомнокии зиндамони беретсидивӣ дар ҳудуди аз 12 то 20 моҳ Коваленко Ю.А. [7]; de Moura D.T.H. [14] бо басомади 50%-75% ташкил медиҳад Park R. [20]. Ба андешаи ҷарроҳони зиёд, резексияи маҷроҳои талхарон ва ҷигар дар варианти «enbloc» (бо резексияи ҳиссаи думшакли ҷигар) бинобар зиёд будани басомади микроинвазияи омосҳо амали оптималӣ ба ҳисоб меравад Banales J.M. [10]; Fujisawa M. [16]; Poletto E. [21]. Шароити зарурӣ назорати интраҷарроҳии тозагии (R0) канорҳои резексия мебошад Siwek M. [24]. Таҷрибаи шахсии як қатор муаллифон имконият дод, ки дар бораи он, қич ӣ қадар, ки канори резексия васеъ ва калон бошад, эҳтимоли таъмин кардани R0 резексия бештар аст, хулоса барорем Бредер В.В. [3].

Дар ҳолати ҷарроҳинашаванда будани ОК бо мақсади декомпрессияи роҳҳои талхарав аксар вақт холангиостомияи тариқичигарии тариқипӯстӣ (ХСТТ) ва ё стентгузори минтақавӣ иллатёфта анҷом дода мешавад. Химиотерапияи паллиативӣ тасдиқи морфологиро талаб мекунад, ки он бинобар ҷойгиршавии анатомии омос ғайри имкон мебошад, аммо барои ҳаллу фасли ин масъала биопсияи антеградии эндобилиарӣ бештар имконият медиҳад Chandrasekar V.T. [13]; de Moura D.T.H. [14]; Qumsey V.J. [22].

Бахсҳо дар атрофи масъалаҳои механизми кансерогенези ОК, имкониятҳои пешгирии он бо назардошти омилҳои хатари ошкоркардашуда,

марҳилавӣ будани равиши комплексӣ, таъмин кардани тозагии канораҳои бурриш, васеъ кардани нишондодҳо барои амалиётҳои ҷарроҳии аблятивӣ пайгирӣ карда мешаванд Аҳмадзода С.М. [1]; Soares K.C. [25].

Дар адабиёти илмӣ ватанӣ танҳо интишороти ҷудогона, ки ба табобати ҷарроҳӣ ва муолиҷаи каминвазивии ОК баҳшида шудаанд, вуҷуд доранд. Таҳқиқотҳое, ки дар онҳо басомади беморшавии ОК, сабабҳои этиологӣ ва омилҳои хатари инкишофи ОК ва пешгирии он инъикос ёфтаанд мавҷуд нестанд. Таҳқиқоти ба нақша гирифташуда омӯзиши амиқи як қисми ин проблемаҳоро пайгирӣ менамояд.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Таҳқиқоти диссертатсионӣ дар доираи корҳои илмӣ-таҳқиқотии кафедраи онкологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” дар пойгоҳи МД «МҶИС» ва МД «Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерологияи Ҷумҳурии Тоҷикистон» “Омилҳои хатари молекулярӣ-эпидемиологӣ ва молекулярӣ-генетикии саратони ҷигар дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» («МБИТ14/18, солҳои 2011-2013) иҷро карда шудааст.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар намудани натиҷаҳои ташҳис ва табобати ҷарроҳии беморони гирифтори омосҳои бадсифати маҷроҳои проксималии талҳарав - омоси Клатскин.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Муайян кардани басомади беморшавӣ, омилҳои хатар, сабабҳои ташҳиси дер ва хусусиятҳои клиникии омоси Клатскин.

2. Оптимизатсияи усулҳои ташҳис ва омӯзиши имкониятҳои истифодаи криодеструксия дар табобати омосҳои бадсифати маҷроҳои проксималии талҳарав.

3. Таҳияи алгоритми ташҳис ва тактикаи ҷарроҳии фардикунонидашудаи табобати омоси Клатскин.

4. Гузаронидани баҳодихии муқоисавии натиҷаҳои наздик ва дури табобати ҷарроҳии беморон бо омосҳои бадсифати маҷроҳои проксималии талҳарав.

Объекти таҳқиқот. Дар таҳқиқоти илмӣ мазкур 82 бемор бо ташҳиси ОК дохил карда шудаанд, ки онҳо дар вобастагӣ аз ҳаҷм ва давраи расонидани кумаки махсусгардонидашудаи ҷарроҳӣ ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: гуруҳи ретроспективӣ (гуруҳи муқоисавӣ - 40 (48,8%) беморон, аз онҳо 18 мардҳо ва 22 занҳо) ва гуруҳи проспективӣ (гуруҳи асосӣ - 42 (51,2%) бемор – 19 мардҳо ва 23 занҳо).

Мавзӯи таҳқиқот. Самти якум аз таҳлили ретроспективӣ, ки ба омӯзиши нишондиҳандаҳои эпидемиологӣ, омилҳои эҳтимолӣ ва хусусиятҳои морфологии ҳосилаҳо мутамарказ шудааст, иборат буд. Самти дуюм дар қолаби таҳқиқоти проспективӣ амалӣ шудааст, ки дар доираи он баҳодихии самаранокӣ амалиётҳои ҷарроҳӣ бо истифода аз усули криодеструксия ва амалиётҳои анъанавӣ гузаронида шудаанд. Баҳодихии муқоисавии нишондиҳандаҳои асосӣ байни гурӯҳҳои таҳқиқшаванда гузаронида шуд.

Навгонии илмий таҳқиқот. Дар натиҷаҳои пешниҳодшуда бори нахуст дар кишварамон омӯзиши басомад (аз рӯйи мурочиат), таҳқиқи хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ, сабабҳо ва омилҳои хатари инкишофи омози Клатскин гузаронида шуд.

Индикаторҳои сифатии усулҳои муосири ташхиси нурии (таҳқиқоти ултрасадоӣ, томографияи компютерӣ ва рентгенӣ-магнитӣ, холангиографияи тариқипӯстии тариқичигарӣ ХГТТ) омози Клатскин муайян карда шуданд.

Бори нахуст дар таҷрибаи клиникӣ самаранокии криодеструксия ба сифати компоненти табобати ҷарроҳии омози Клатскин нишон дода шудааст.

Натиҷаҳои наздик ва дури табобати усулҳои гуногуни амалиётҳои ҷарроҳӣ ҳангоми омосҳои ҷарроҳишавандаи маҷроҳии проксималии талҳарав таҳқиқ карда шудаанд.

Нишон дода шуд, ки холангиографияи тариқичигарии тариқипӯстӣ ва стентгузрии маҷроҳии талҳарав аз ҷумлаи усулҳои самаранок, дастрас ва камосеби декомпрессияи маҷроҳии талҳарав ба ҳисоб мераванд.

Бартариҳои равиши думарҳилавии табобатӣ дар вобастагӣ аз муҳлати давомнокии беморӣ, дараҷаи гипертензияи роҳҳои талҳарав, возеҳии гипербилирубенимия ва ҳолати умумии бемор нишон дода шудааст.

Тарзи табобати омосҳои бадсифати чигар ва маҷроҳии проксималии талҳарав коркард карда шудааст (Патенти ҚТ №ТJ 1520).

Алгоритми ташхиси комплексӣ ва табобати инфиродишудаи ба бемор нигаронидашудаи омози Клатскин таҳия карда шудааст.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Асосноккунии илмий истифодаи резексияи чигар ва маҷроҳии талҳарав ва криодеструксияи ОК (2) дар табобати ҷарроҳӣ ва амалиётҳои каминвазивии ОК имконият медиҳад, ки ҳангоми нишондиҳандаҳои дуруст муайянкардашудаи R0 резексияи ОК (1) ва баланд шудани радикалӣ будани ҷарроҳӣ, бартараф сохтани диссеминатсияи интраҷарроҳӣ, гемостази боэътимод ва беҳтар шудани зиндамонӣ ба даст оварда шавад. Сабабҳо ошкор ва омилҳои хатари инкишоф ва басомади ОК муқаррар карда шуд, ки ҳамчун асос барои муайян кардани стратегияи профилактика ва пешгӯии инкишофи омос хизмат мекунад. Хусусиятҳои зухуроти клиникӣ, сохтори морфологӣ омос, аҳамияти маркерҳо, ки имконият медиҳанд ташхиси барвақти ОК беҳтар карда шавад, омӯхта шуданд. Иттилоотнокии баланди усулҳои ташхиси шуоӣ ва инструменталӣ, ки барои дақиқсозии сифатии ташхис мусоидат мекунад асоснок карда шудааст. Барои мутахассисони амалӣ (саратоншиносҳо ва ҷарроҳон) тактикаи оптималӣ ва ҳаҷми воситаҳои ҷарроҳӣ ҳангоми ОК пешниҳод карда шудааст, ки онҳо истифода бурда хоҳанд шуд ҳангоми интиҳоб кардани равиши инфиродишудаи табобати беморони гирифтори ОК дар марҳалаҳои T₂₋₄ ба қор бурда мешаванд. Имконияти истифодаи криодеструксия дар беморони гирифтори ОК нишон дода шуда, нишондодҳо барои гузаронидан ва баҳодихии самаранокии ин усул муайян карда шуд.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Таҳлили басомади ба қайд гирифтани беморон бо омози Клатскин тибқи мурочиат ба марказҳои махсусгардонидашудаи ҷумҳурӣ ба баланд набудани нишондиҳандаҳои он (0,79% ба 10400 бемор) бо тамоюли новозеҳи

зиёдшавии устувори он нишон медиҳад (аз 4 ҳолат дар соли 2010 то 8 ҳолат дар соли 2023).

2. Нишондиҳандаи баланди марҳилаҳои ниҳой ба эҳтиёткории нокифояи онкологии мутахассисони зиннаи аввал ва иттилоотнокии пасти аҳолии иртибот дорад. Баҳодиҳии муносиби аломатҳои клиникӣ, муфассал омӯхтани сабабҳо ва таъсири омилҳои хатар бо истифодаи ратсионалӣ ва баррасии ба муносиби натиҷаҳои корбурди технологияҳои муосир (ташҳиси ултрасадоӣ, томографияи компютерӣ ва магнитӣ-резонансӣ), имконият медиҳад, ки омоси Клатскин сари вақт таҳлис карда шавад.

3. Усули дар таҷриба бори аввал истифодашудаи криодеструксия хангоми омоси Клатскин самаранок буда, радикализи беҳтарин, коҳишёбии оризаҳои пасазчарроҳӣ ва профилактикаи ретсидивҳоро таъмин менамояд

Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳо. Пажӯҳише, ки аз ҷониби унвонҷуӣ гузаронида шудааст, дорой пойгоҳи баланди исботшуда аст, зеро мақсад ва вазифаҳои таҳқиқот мустакилона муайян карда шудаанд, шарҳи адабиёти илмӣ ва интишорот оид ба мавзӯи диссертатсия дар маҷаллаҳои эътирофшуда бо ду тақризи махфӣ нашр шудаанд, чараёни ҳар як чарроҳии иҷрошуда ба беморон ба таври автоматикӣ сабт шудааст, муосиртарин усулҳои таъобат, аз ҷумла чарроҳҳои каминвазивӣ ва криодеструксияи омосҳо низ истифода шудаанд, инчунин таҳлили омории натиҷаҳои ба даст овардашудаи пажӯҳиш анҷом дода шудааст.

Мутобиқати диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси илмӣ. Диссертатсия бо бандҳои зерини шиносномаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 14.01.12-Саратоншиносӣ мувофиқат менамояд: III.2 “Омӯзиши омилҳои этиологӣ, вирусологӣ ва ирсии пайдоиши омосҳо, механизми инкишофи омосҳо, апоптоз, тағйироти генетикӣ, биофизикӣ, масуниятшиносӣ, патоморфологӣ ва патофизиологӣ дар бадани шахсони омосдошта дар раванди инкишофи беморӣ ва муолиҷаи он”, III.3 “Воғиршиносӣ, омори наваташкилаҳои зарарнок ва ташкили муборизаи зиддисаратонӣ. Таҳия ва тақмили барномаҳои скринингӣ, методҳои пешгирии аввалия ва сонавияи инкишофи наваташкилаҳо, ошкорсозии бармаҳал ва саривақтии онҳо. Назорати диспансирии беморони гирифтори бемориҳои саратон”, III.5 “Аломатҳои зоҳиршавии клиникӣ бемории омосӣ, таҳҳиси наваташкилаҳои омосӣ бо истифодаи методҳои клиникӣ, озмоишгоҳӣ, биохимиявӣ ҳуҷайрашиносӣ, патоморфологӣ, масуниятшиносӣ, иммуногистохимиявӣ ва иммуноситохимиявӣ, молекулавӣ-биологӣ, ирсӣ, ситофлуориметрӣ, рентгенологӣ, эндоскопӣ, радиоизотопӣ ва дигар методҳои таҳқиқотӣ; таҳҳиси тафриқавии омосҳо ва сиришти ғайриомосии бемориҳо”, III.6 “Таъобати омосҳо дар таҷриба ва клиника: таҳия ва тақмили тарзҳои даҳолати чарроҳӣ, омӯзиши самаранокӣ истифодаи маводи доруӣ нави зиддиомосӣ; коркарди нақша ва гунаҳои таъобати доруӣ зиддиомосӣ, методҳои муолиҷаи якҷоя бо истифода аз таъобати нурӣ, ҳароратбаландии умумӣ ва мавзӣ, гипеггликемия, таъобати гипоксиродиоӣ, пайвастагиҳои электронакцепторӣ, маҷмӯи оксидантӣ, таъобати фотодинамикӣ, таъобати магнитӣ, таъобати масуниятӣ ва дигар омилҳои тағйирёбанда”.

Саҳми шахсии довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Саҳми шахсии муаллиф иборат аст, аз интихоби мустақилонаи самти таҳқиқоти илмӣ, гузаронидани таҳлили маълумотҳои сарчашмаҳои ба мавзуи таҳқиқот бахшидашуда. Муаллиф шахсан маълумотҳои бойгонии муассисаҳои махсусгардонидашуда оид ба ОК омӯхта, шаклҳои №7 ва №35-и ҳисоботҳои омори таҳлил карда, доираи васеи сарчашмаҳои илмии бахшида ба мавзуи диссертатсияро гузаронида ва натиҷаҳои ба даст овардашудаи муҳаққиқон хориҷаи наздик ва дурро муфассал баҳогузори намудааст. Дар якҷоягӣ бо роҳбари илмӣ мақсад, вазифаҳо ва роҳҳои ба даст овардани онҳоро муайян намудааст. Таҳқиқоти клиникӣ, инструменталии беморон, пур кардани шаклҳои ҳисоботҳои дахлдор ва махсус барои ин таҳқиқот таҳияшуда ва картаҳои клиникиро муаллиф мустақилона анҷом додааст. Беморонро назорат кардааст, кодификаторитаҳқиқ ва муоинаи диспансерии беморон коркард шудааст. Дар амалиётҳои ҷарроҳӣ, гузаронидани полихимиотерапия, дар таҳқиқотҳои клиникӣ ва инструменталии беморон фаъолона иштирок намудааст. Коркарди омории маводи клиникӣ ва таҳлили натиҷаҳои ҳосилшуда гузаронида шудааст. Шарҳи натиҷаҳои ҳосилшуда, навиштани хулосаҳо ва тавсияҳо аз тарафи диссертант дар якҷоягӣ бо роҳбари илмӣ таълиф шудаанд.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои асосии кори диссертатсионӣ гузориш шудаанд дар: XII-ум ва XIII-ум конференсияҳои солонаи илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯён МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки байналмилалӣ (Душанбе, солҳои 2017-2018), XIII-ум ва XIV-ум анҷуманҳои саратоншиносҳо ва радиологҳои ИДМ ва АвруОсиё (27-29 апрели соли 2022, Нур--Султон, Қазоқистон; 25-уми апрели с. 2024, Душанбе); анҷумани XII-уми саратоншиносҳои Россия (Самара. 19-20 майи соли 2023); вичумани XXX Ассотсиатсияи ҷарроҳони гепатопанкреатобилиарии кишварҳои ИДМ (4–6 -уми октябри соли 2023, Душанбе); аввалин конгресси умумироссиягии байнифаннӣ бо иштироки намояндагони байналмилалӣ «Онкологияи таъҷилӣ» (6-7 юни соли 2024, Қазон).

Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда дар фаъолияти амалии шуъбаи торакоабдоминалии МД «МЦИО» ВТВаҲИА ҚТ, шуъбаи ҷарроҳии ҷигар ва ғадуди зеримеъдаи МД “Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерологияи Ҷумҳурии Тоҷикистон” ва шуъбаи ҷарроҳии ҷигар МТШ ЁТТ ш. Душанбе татбиқ шудаанд. Маводи таҳқиқот дар рафти лексияҳо ва дарсҳои амалии кафедраи онкологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” истифода бурда мешаванд.

Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Аз рӯи мавзуи диссертатсия 12 таълифоти илмӣ нашр шудааст, аз ҷумла 4 мақолаи илмӣ дар дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон. Патент барои ихтироот №ТJ1520 (2401926) аз 26.09.2024с. «Усули табобати омосҳои бадсифати ҷигар, қисмҳои проксималии маҷроҳои талха», гирифта шудааст, ки аз тарафи Идораи давлатии патенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе дода шудааст. Як санади воридотӣ (аз 1-уми октябри соли 2024) мавҷуд аст.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 190 саҳифаи матни компютерӣ бо ҳуруфи 14 «Times New Roman» таълиф шуда, аз муқаддима, 5 боб, хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ ва феҳристи адабиёти истифодашуда иборат

мебошад. Рисола бо 29 чадвал ва 96 расм оро дода шудааст. Феҳристи адабиёти истифодашуда 197 сарчашмаро дар бар гирифтааст, аз онҳо 32 сарчашма аз кишварҳои ИДМ ва 165 сарчашма аз муаллифони хориҷӣ мебошанд

МУҲТАВОИ АСОСИИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили ретро- ва проспективии натиҷаҳои ташхис ва табобати 82 бемори мубтало ба ОК гузаронида шуд, ки дар шӯбаи торакоабдоминалии МД «Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ»-и ВТ ва ҲИА ҚТ ва шӯбаҳои ҷарроҳии чигар ва ғадуди зеримеъдаи МД «Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерологияи Ҷумҳурии Тоҷикистон» ва шӯбаи ҷарроҳии чигари МД «Маркази тиббии шаҳри ёрии таъҷилии тиббӣ»-и шаҳри Душанбе дар давраи солҳои 2010-2023 бистарӣ буданд. Вобаста аз ҳаҷм ва давраи расонидани ёрии махсуси ҷарроҳӣ, беморони мубтало ба ОК ба 2 гурӯҳ ҷудо карда шуданд: ретроспективӣ (гурӯҳи муқоисавӣ, n=40; 48,8%) ва проспективӣ (гурӯҳи асосӣ, n=42; 51,2%). Гурӯҳбандӣ кардани беморони ҳарду гурӯҳ аз рӯи ҷинс ва синну сол дар чадвали 1 оварда шудааст.

Чадвали 1. - Гурӯҳбандии беморони мубтало ба ОК аз рӯи ҷинс ва синну сол

Синну сол	Гурӯҳҳои таҳқиқшаванда				Ҳамагӣ (n=82)	
	асосӣ (n=42)		муқоисавӣ (n=40)		мардҳо	занҳо
	мардҳо	занҳо	мардҳо	занҳо		
19-44	3 (7,1%)	2 (4,8%)	2 (5,0%)	2 (5,0%)	5 (6,1%)	4 (4,9%)
45-59	10 (23,8%)	8 (19,1%)	11 (27,5%)	9 (22,5%)	21 (25,6%)	17 (20,7%)
60-74	6 (14,3%)	12 (28,5%)	4 (10,0%)	8 (20,0%)	10 (12,2%)	20 (24,4%)
75-90	-	1 (2,4%)	1 (2,5%)	3 (7,5%)	1 (1,2%)	4 (4,9%)
Ҳамагӣ	19 (45,2%)	23 (54,8%)	18 (45,0%)	22 (55,0%)	37 (45,1%)	45 (54,9%)

Эзоҳ: $p > 0,05$ – хангоми муқоиса кардан аз рӯи ҷинс дар байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи дақиқи Фишер)

Критерияҳои ба таҳқиқот дохил кардан ҳама ҳолатҳои тасдиқшудаи ташхиси ОК (то ҷарроҳӣ - клиникӣ-инструменталӣ, пас аз ҷарроҳӣ - бо верификатсияи морфологӣ), новобаста аз синну сол, ҷинс ва статуси коморбидӣ буданд. Аз рӯи параметрҳои асосӣ (марҳалаҳо, морфология, ҷарроҳишаванда будан, натиҷаҳои бевосита ва дур) гурӯҳҳо якхела буданд ва мо тавонистем, ки баҳогузори муқоисавии онҳоро анҷом диҳем.

Ҳамчун асос барои баҳодиҳии муқоисавии гурӯҳҳо параметрҳои зерин муайян карда шуданд: басомади ОК тибқи маълумоти мурочиаткунии беморон дар давраи таҳқиқотӣ; омилҳои хатари инкишофи ОК; сохтори морфологии омос; ҷойгиршавӣ бо типии омос мувофиқи Bismuth-Corlette; самаранокии усулҳои шуӣ дар ташхиси ОК (ТУС, ТК, ТМР, ХГТТ); сохтори резексияшавандагӣ ва ҷарроҳишавандагии ОК; хусусият ва ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ (гурӯҳи проспективӣ дар муқоиса аз маълумотҳои адабиётҳои илмӣ); имконпазирӣ ва самаранокии криодеструксия хангоми ОК; оризаҳои барвақт ва дерӣ пасазҷарроҳӣ, ретсидившавӣ ва зиндамонӣ.

Таҳлили муҳлати мурочиати беморон барои ёрии тиббӣ чунин тақсимкуниро муайян кард: гурӯҳи калонтаринро (43,9%, 36 бемор) беморони дорои муддати анамнезашон аз 1 то 11 моҳ ташкил дод, ки дар онҳо таҳаввули симптоматика аз аломатҳои минималӣ то манзараи муфассал бо синдроми дардҳои шикам, астенизатсия ва зардпарвин ба мушоҳида расид. Дар 31,7% ҳо-

лат (26 бемор) давраи аз саршавии беморӣ то мурочиат кардан аз 1 то 3 солро ташкил дод, дар 17,1% (14 бемор) бошад - аз 4 то 6 солро. Таҳлили ҳамаҷонибаи маълумотҳои анамнез имконият дод, ки гурӯҳи беморон (7,3%, 6 ҳолат) бо давомнокии бемориашон зиёда аз 7 сол то лаҳзаи мурочиат, муайян карда шавад.

Чунин омилҳои хатари инкишофи ОК муайян карда шуданд: гепатити музмини В – дар 7 (16,7%) бемори гурӯҳи асосӣ ва 10 (25,0%) беморони гурӯҳи муқоисавӣ; гепатити музмини С – мутаносибан дар 14 (33,3%) ва 6 (15%) беморон ($p < 0,05$); гепатити музмини Д – дар 6 бемори гурӯҳи асосӣ. Дар гурӯҳи проспективӣ дар 24 (60,0%) ва дар гурӯҳи асосӣ дар 15 (35,7%) бемор, муайян кардани омилҳои хатарро муайян карда натавонистем, гарчанде дар ташҳиси онҳо муосиртарин усулҳои лабораторӣ ва инструменталии таҳқиқот ба кор бурда шуда буданд.

Дар марҳалаҳои аввали инкишофи ОК симптоматикаи махсус ба мушоҳида намерасад ва бо инкишоф ёфтани раванди омос аломатҳои клиникалии беморӣ ба намоён шудан оғоз намуданд, ки басомади онҳо дар ҳамаҷонибаи 2 оварда шудааст.

Ҷадвали 2. – Аломатҳои клиникалии омоси Клатскин

Аломатҳои клиникӣ	Ҳамагӣ		Гурӯҳ				p
			муқоисавӣ (n=40)		асосӣ (n=42)		
	n	%	n	%	n	%	
Зардпарвин	80	97,6	40	100,0	40	95,2	>0,05
Кам шудани вазни бадан	21	25,6	8	20,0	13	30,9	>0,05*
Дард дар шикам	47	57,3	14	35,0	33	78,6	<0,001
Дилбеҳузуршавӣ, қайқунӣ	17	20,7	4	10,0	13	30,9	<0,05**
Табларза	13	15,9	5	12,5	8	19,1	>0,05**
Хориши пӯст	44	53,7	25	62,5	19	45,2	>0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти байни нишондиҳандаҳои басомади аломатҳои клиникалии байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи χ^2 , *бо ислоҳи Йетс, **тибқи критерияи Фишер)

Бо арзёбии таҷдиди назаршудаи статуси соматикӣ зухуроти холангити дуҷумдараҷа (n=2), бемории санги сафро (n=4), гепатомегалия (n=6), спленомегалия (n=4) муайян карда шуданд. Бо дар назардошти ин, таъкид бояд кард, ки манзараи клиникӣ ҳангоми ОК бар иловаи иллатёбии омосии маҷроҳои проксималии талхарав, инчунин аз ҳисоби вазъи коморбидӣ, ки дар як қисми беморон бо бемориҳои музмину маҳсулноки илтиҳобии узвҳои минтақаи гепатобилиарӣ иртибот доранд, вобастаанд.

Барои ташҳис кардани беморӣ мо аз ҳама усулҳои шуоии мавҷудбудаи таҳқиқот -таҳқиқоти ултрасадоӣ (ТУС), томографияи компютерӣ (ТК) ва магнитӣ-резонансӣ (ТМР), холангиография (ХГТТ) истифода намудем, ки имконият доданд дар бораи хусусиятҳои раванди омосӣ иттилоӣ муфассал ба даст оварем: топография ва андозаи дақиқи манбаъҳо, фаъолнокии метаболикии онҳо, дараҷаи инвазияи лимфоваскулярӣ, ҷалб шудани капсулаҳои чигар ва сохторҳои ба он ҳамсоя, инчунин мавҷуд будани метастазҳои кӯҳна дар майнаи сар, шушҳо, устухонҳо ва узвҳои дигар.

ТУС ва ТК дар ҳамаи беморон, ТМР- дар 12 мушоҳида иҷро карда шуданд. Ин усулҳои таҳқиқот имконият доданд, ки аломатҳои асосии ҳам раванди омосҳо ва ҳам сабаби он- гафсшавии нобаробари девораҳои маҷроҳои

талхаи минтақаи конfluence, деформатсия ва тангшавии ҷавфи маҷроҳо, инфилтратсияи омосӣ, инвазия дар шарёни ҷигар ва дигар рағҳои хунгард ва ғ. нисбатан дақиқтар муайян карда шаванд.

Мувофиқи маълумотҳои ТУС, ТК ва ТМР минтақаҳои осебдидаи маҷроҳои проксималии талха муайян карда шуд, ин имконият дод, ки беморон тибқи таснифи Bismuth-Carlette гурӯҳбандӣ карда шаванд. Мувофиқи ин тасниф чунин типҳои омосҳо ҷудо карда шудаанд: типҳои IV - дар 23 (58%) дар минтақаи конfluenceи маҷроҳои талха; типҳои III B – дар 6 (15%) бемор бо сабзидан дар маҷроҳои чапи ҷигар; типҳои II - дар 5 (12,5%); типҳои III A - дар 3 (7,5%) бо паҳншавӣ дар маҷроҳои рости ҷигар ва типҳои I - дар 3 (3,5%) бемори дорои омоси осебҳои шадиди гурдаҳо.

Холангиографияи тариқипӯстии тариқиҷигарӣ (ХГТТ) бо мақсади ташхис кардани ОК, ҳам декомпрессияи муваққатӣ ё ин, ки доимии роҳҳои талхарав дар 10 (25%) бемор гузаронида шуд. Таҳқиқоти мазкур имконият дод, ки сатҳ ва дараҷаи иллатёбии маҷроҳои талхарав муайян гардида, декомпрессияи муваққатӣ (n=3) ва доимии (n=7) роҳҳои талхарав амалӣ карда шаванд, ҳамчунин барои таҳқиқоти гистологӣ қисмати бофтаҳо бо роҳи биопсия гирифта шаванд.

Муайян кардани онкомаркерҳои ҳассос ҳангоми саратони гепатоселюлярӣ ва холангиокарсинома (АФП, СА 19-9) бо мақсади муайян кардани дараҷаи экспрессияи онҳо то оғози таъбиат ва дар рафти мониторинги ҷараёни беморӣ ба сифати пешгӯии беморӣ муайян карда шуданд.

Тести асосии ташхисӣ, ки бадсифат будани раванди омос ва дараҷаи дифференсировкаи онро тасдиқ мекунад, таҳқиқоти патоморфологӣ буд. Аммо бинобар аз хусусиятҳои анатомии минтақаи иллатёбӣ бо ОК масъалаи верификатсияи тоҷарроҳии морфологӣ он мураккаб боқӣ мемонад. Дар маводи таҳқиқоти мо дар аксари мутлақи ҳолатҳо морфология пас аз ҷарроҳӣ тасдиқ карда шудааст. Сохтори морфологӣ ОК дар 90,0%-и ҳолатҳо аз аденокарсиномаи типҳои билиарӣ ва дар 10,0%- аз холангиокарсинома бидуни нишон додани дараҷаи дифференсировкаи ҳуҷайраҳои омос иборат буд. Таҳқиқоти ситологӣ бо усули Романовский-Гимза таҳти микроскопи оптикӣ (OLIMPUS-CX21), бо калонкунии 10-40 карата иҷро карда шудааст. Таҳқиқоти гистологӣ маводи ҷарроҳӣ бо роҳи ранг кардани мавод бо гемотоксилин-эозин (Carl Zeiss Star) бо калонкунии 10-40 карата, дар лабораторияи патоморфологӣи МҶИС иҷро карда шуд.

Арзёбии сифати ҳаёти беморони гурӯҳи асосӣ тибқи шкалаи Карновский ва шкалаи ECOG анҷом дода шуд, баҳоҳои баллӣ дар ин маврид аз 0% то 100% фарқ мекарданд.

Қоркарди омории мавод дар компютер бо истифода аз барномаи Statistica 10.0 (StatSoft Inc., ИМА) гузаронида шуд. Муътадил тақсим кардани намуна мувофиқи критерияи Шапиро-Уилк баҳогузорӣ карда шуд. Маълумотҳои мутлақ дар шакли инхирофҳои миёнаи арифметикӣ ва стандартӣ ($M \pm SD$), аҳамияти медианӣ ва фосилаи интерквартилӣ ($Me [Q1-Q3]$), бузургҳои нисбӣ - дар шакли ҳисса (%) тавсиф карда шудаанд. Таҳлилҳои дисперсионӣ бузургҳои мустақили мутлақ мувофиқи U- критерияи Манн-Уитни, бузургҳои нисбӣ тибқи критерияи критерийи χ^2 аз ҷумла бо ислоҳи Йетс ва бо критерияи

дақиқи Фишер, ҳангоми муқоисаҳои сершумор-тибқи критерияи χ^2 Пирсон ба рои чадвалҳои озод гузаронида шуд. Фарқият аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳангоми $p < 0,05$ будан ҳисоб карда шуд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Хусусиятҳои ҷараён ва ташҳиси ОК. Омӯзиши комплекси ҷанбаҳои эпидемиологӣ, этиологӣ, омилҳои хатар, хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва муҳлатҳои мурочиат кардани бемор барои коркарди стратегияи самараноки профилактикаи ҳамаи сатҳҳо (аввалия, дуҷумӣ ва сеҷумӣ), инчунин барои оптимизатсияи барномаҳои табобатӣ-реабилитатсионӣ аҳамияти бузург дорад.

Таҳлили омилҳои хатари инкишофи ОК-ро бо ёрии шкалаи таҳияшуда гузаронида, мо таснифи беморонро ба се сатҳи хатар пешниҳод намудем. Ба гурӯҳи сатҳи аввал (ГР1), ки эҳтимоли нисбатан ками инкишофи беморӣ барояш хос аст, бемороне дохил шудаанд, ки аз 5 то 10 балл гирифтаанд. Бемороне, ки 11-16 балл гирифтаанд, гурӯҳи дуҷумро (ГР2) ташкил доданд, ки аз хатари муътадил дарак медиҳад. Гурӯҳи сеҷум (ГР3) беморонро дар бар мегирад, ки 17 балл ва аз он зиёд доранд, ин аз хатари баланди инкишофи ОК дарак медиҳад. Барои беморони дорои хатари минималии инкишофи беморӣ (ГР1) барномаи базавии муоина таҳия карда шудааст, ки муоинаҳои ҳамсолаи профилактикиро дар якҷоягӣ бо ҷорабиниҳои комплекси элиминатсияи омилҳои модификатсионии хатарро фаро мегирад. Дар навбати худ, бемороне, ки ба гурӯҳи хатари баланд дохиланд (ГР2 ва ГР3) ба мониторинги нисбатан бештар бо назорати хатмии испансерӣ ниёз доранд.

Таҳлили сохтори гендерӣ-синнусолии гурӯҳҳои таҳқиқшудаи дорои ОК тақсимоли мувофиқро нишон дод. Дар таҳлили муқоисавии ҳарду гурӯҳҳо 10% бартарӣ доштани беморони ҷинси зан мушоҳида мешавад.

Таҳлили муқоисавии сохтори синнусолии контингенти занҳо дар ҳарду гурӯҳ фарқиятҳо дар тақсимоли нишон дод: дар гурӯҳи якум басомади максималии беморӣ ба синну соли миёна (41%) рост омад, ҳол он ки дар гурӯҳи дуҷум қўллаи баланди беморшавӣ дар синну соли калонсолӣ (52%) ба қайд гирифта шуд. Қўлиби таваҷҷўҳ аст, ки дар гурӯҳи якум 13,6%-и ҳолатҳо дар синну соли пиронсолӣ дида шуд, дар замоне ки дар гурӯҳи дуҷум 9%-ро беморзанҳои ҷавон ташкил доданд.

Қўлиби таваҷҷўҳ таҳлили тақсимоли синнусолии ОК дар байни популятсияи мардҳо мебошад. Дар гурӯҳи якум ($n=18$) бартарӣ доштани беморони синну соли миёна (44-60-сола) - 11 (61%) нафар ташкил дод, беморони синну соли калонсол (60-75 -сола) камтар - 4 (22%) бемор буданд, ҳиссаи камтаринро беморони синну соли ҷавон (19-44-сола) - 2 (11%) ҳолат ташкил дод. Дар гурӯҳи дуҷум ($n=19$) тамоҷўли монанд бо миқдори максималии беморӣ дар синну соли миёна (44-60 -сола) - 10 (53%) ҳолат ва ҳиссаи каме бештари беморони калонсол (60-75-сола) - бҳолат (31%) ба мушоҳида расид.

Сари вақт мурочиат кардани беморон барои ёрии тиббӣ гирифтани ба самаранокии раванди табобат таъсири муҳим мерасонад. Дар гурӯҳи якуми беморон ($n=40$) ҳиссаи бештарро бемороне ташкил доданд, ки дар давоми соли аввали сар шудани беморӣ мурочиат кардаанд (1-11 моҳ) –35% (14 нафар). Ҳиссаи нисбатан камтари беморон (30%, 12 нафар) ба клиника пас аз 1 то 3 сол мурочиат кардаанд, чоряки онҳо (25%, 10 бемор) – дар давраи 4-6сол пас аз сар

шудани беморӣ, ҳар як бемории даҳум (10%, 4 нафар) – баъди 7-10 сол ва аз он бештар.

Дар гурӯҳи дуюм (n=42) зиёда аз нисфи беморон (52%; 22 нафар) дар давоми соли якуми пас аз манифестатсияи беморӣ (1-11 моҳ), сеяки онҳо (33,0%, 14 бемор), аз онҳо - аз 1 то 3 сол, 10% - баъди 4-6 ва 5% - дар давраи аз 7 то 10 соли пас аз оғози беморӣ муроҷиат кардаанд.

Таҳлили муқоисавии муҳлати муроҷиат муайян кард, ки беморони гурӯҳи дуюм 20% бештар дар муҳлатҳои нисбатан дер (1 моҳ-3 сол) муроҷиат намудаанд, ҳол он ки дар гурӯҳи якум то 20% бештар муроҷиат дар муҳлатҳои ниҳоят дер ба мушоҳида мерасад.

Айни замон ба омӯзиши таъсири омилҳои иқлимиву ҷуғрофӣ дар инкишофи номияҳои гуногуни одам таваҷҷуҳи зиёд дода мешавад. Таҳлили паҳншавии минтақавии ОК дар гурӯҳи якуми беморон (n=40) нишон дод, ки ҳиссаи бештари беморон (17 нафар, 42,5%) сокинони вилояти Хатлон, 22,5% (9 нафар) – аз шаҳри Душанбе, 20,0% (8 нафар) – аз ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ ва 15,0% (6 нафар) – аз вилояти Суғд буданд. Бартарии назарраси сокинони деҳот (69%) дар муқобили сокинони шаҳрӣ (31%) ба назар расид. Ин тақсимот бо омилҳои иҷтимоӣ-иқтисодӣ, аз ҷумла хусусиятҳои ғизо ва дастрасии технологияҳои муносири ташхисӣ иртиботи мушаххаси мутақобила доштанро нишон медиҳад.

Қисми бештари беморони гурӯҳи дуюмро (n=42) низ аҳолии вилояти Хатлон (20 нафар, 48%) ташкил дод, миқдори баробари беморон аз вилояти Суғд ва шаҳри Душанбе (8 нафарӣк, 19%) буданд, миқдори камтари беморон дар ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ (6 нафар, 14%) сукунат доштанд. Бартарии назарраси сокинони деҳотро (81%) нисбат ба сокинони шаҳр (19%) дар гурӯҳи дуюми таҳқиқшудагон махсусан қайд кардан лозим аст.

Ҳамин тавр, омӯзиши минтақавии сукунати беморони гирифтори ОК нишон дод, ки бештар аз ҳама дар гурӯҳҳои муқоисашаванда ҳолатҳо дар сокинони деҳот ба қайд гирифта шуд, дар гурӯҳи якум онҳо аз сокинони шаҳр 38%, дар гурӯҳи дуюм 62% зиёд буданд. Асосан беморони сокинони деҳот аз вилояти Хатлон ва минтақаҳои ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ буданд. Хусусиятҳои минтақавии паҳншавии минтақавии ОК-ро ба инобат гирифта, вазифаи аввалиндараҷа ташкили мунтазами корҳои фаҳмондадиҳӣ дар байни аҳолии махсусан бо таваҷҷуҳ ба аҳолии деҳот махсуб мешавад.

Экспозитсияи касбиро онкологияи муносири клиникӣ ҳамчун яке аз омилҳои калидии кансерогенез баррасӣ мекунад. Таҳлили сохтори касбии беморони гурӯҳи якум бартарии коргарони сектори аграриро (22 бемор, 55%) нишон дод. Аз ҷиҳати миқдор дар гурӯҳи дуюм соҳибхоназанҳо (10 нафар, 25%), баъдан педагогҳои мактабҳои миёна (5 нафар, 12,5%) ва коргарони умумӣ (3 нафар, 7,5%) буданд. Таҳлили сохтори квалifikатсионии беморони гурӯҳи назоратӣ бартарӣ доштани коргарони бе тахассусро (35 нафар, 87,5%) бар мутахассисони баландихтисос (5 нафар, 12,5%) нишон дод.

Ҳангоми омӯзиши фаъолияти касбии беморони гурӯҳи дуюм муқаррар карда шуда буд: 20(48%) коргарони сектори аграрӣ, 12 (29%) – соҳибхоназанҳо, 6 (14%) – беморон педагогҳои макотиби миёна, 2 (5%)-коргарони умумӣ, 1 (2%) – донишҷӯён 1(2%) табибон буданд. Таҳлили сохтори тахассусии беморони гурӯҳи дуюм бартарии монанди коргарони ғайритахассусиро (34 нафар, 81%) бар мутахассисони баландихтисос (7 нафар, 17%) нишон дод.

Таҳлили муқоисавии ҳарду гурӯҳи таҳқиқшуда фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимро дар сохтори касбӣ бо бартарии коргарони бидуни таҳассуси махсусро нишон надод. Хусусиятҳои муайянкардашудаи сохтори таҳассусии беморони дорои омоси Класкин (ОК) бояд ҳангоми банақшагирии чорабиниҳои профилактикӣ, аз ҷумла ташкил намудани барномаҳои скринингӣ ва татбиқи чорабиниҳои профилактикаи аввалия ва дуюмӣ ба эътибор карда шавад.

Таҳлили омилҳои этиологӣ дар гурӯҳи якуми беморон чунин тақсимшавиро муайян намуд: дар бештари ҳолатҳо (24 бемор, 60%) омилҳои этиологиро муайян кардан муяссар нашуд. Дар беморони боқимонда омилҳои хатари ғайри мустақим дар шакли аз сар гузаронидани гепатитҳои вирусӣ муайян карда шуд: гепатитҳои музмини вирусии В (10 бемор, 25%) ва гепатитҳои музмини вирусии С (6 бемор), 15%). Ҳамин тавр, дар 40%-и беморони гурӯҳи якум иртиботи гепатитҳои вирусии В ва С-и аз сар гузаронидашуда пайгирӣ карда шуд. Дар гурӯҳи дуюми беморон дар 15 (36%) бемор омилҳои этиологиро муайян кардан муяссар нашуд. Дар байни омилҳои хатари муқарраркардашуда гепатити музмини вирусии С (14 бемор, 33%) бартарӣ доштанд, гепатити музмини вирусии В камтар (7 бемор, 17%) камтар буд ва ҳиссаи камтаринро беморони дорои гепатити музмини вирусии D ташкил карданд (6 нафар, 14%).

Ҳамин тавр, дар қисми бештари беморони гурӯҳи дуюм (64%) нақши асосиро дар инкишофи бемориҳо омилҳои хатари ғайримустақим, асосан гепатитҳои аз сар гузаронидаи вирусии В, С ва D бозиданд, ки басомади онҳо аз 27% то 64%-ро ташкил дод. Ҳамин тавр, дар ҳарду гурӯҳи муқоисашаванда дар этиологияи ОК омилҳои хатари ғайримустақим, ба монанди гепатити С аз 15% то 17%, гепатити В аз 17% то 25%, гепатити D дар 14% нақши асосиро бозиданд, танҳо дар гурӯҳи дуюм, ки инро ҳангоми муоинаи бемороне, ки гепатитро аз сар гузаронидаанд, ба эътибор гирифтани зарур аст, ҳамчунин бо мақсади сари вақт муайян кардани ОК гузаронидани мониторинги эхографӣ ва и рентгенологӣ муҳим аст.

Дар гурӯҳи якуми беморон спектри зерини зухуроти клиникӣ ба мушоҳида расид: зардпарвин (40 бемор, 100%), хориши пӯст (25 бемор, 62,5%), дард дар шикам (14 бемор, 35%), талафи вазн (8 бемор, 20%), табларза (5 бемор, 12,5%) ва зухуроти диспепсӣ дар шакли дилбеҳузурӣ ва қайқунӣ (4 бемор, 10%). Дар гурӯҳи дуюм манзараи клиникӣ тақсимоти мушобеҳи симптомҳоро дошт: зардпарвин (40 бемор, 95%), дард дар шикам (33 бемор, 79%), хориши пӯст (19 бемор, 45%), талафи вазн ва зухуроти диспепсӣ (13 бемор, 31%), табларза (8 бемор, 19%).

Омузиши намунаҳои (паттернҳо) паҳншавии ОК дар гурӯҳи якуми беморон, ки бо истифода аз таснифи Bismuth-Corlette гузаронида мешавад, бартарии типии IV осебҳоро намоиш медиҳад, ки барояш паҳншавии билатералии холангиокарсиномаи маҷроҳои талха хос аст - 58% муоина (23 бемор). Типии III бо осебҳои тарафи чап - 15% ҳолат (6 бемор), типии II бо чалб кардани минтақаи конfluence - 12,5% муоина (5 бемор). Камтарин ҳисса дар сохтори паҳншавӣ дар типии III бо осебҳои тарафи рост ва типии I бо осебҳои маҷрӯи умумии чигар - 7,5% ҳолат (3 бемор, дар ҳар зергурӯҳ).

Ҳангоми гузаронидани таҳлили муфассали марҳилабандии бемориҳо дар гурӯҳи I беморон қониятҳои зерини тақсимшавӣ муайян карда шуд. Марҳалаи

T2N0M0 дар 2 бемор (5% ҳолат), марҳалаи T3N0M0 дар 32 бемор (80% муоина), марҳалаи T4N1M0 дар 1 ҳолат (2,5%), марҳалаи T4N1M1 бо паҳншавии перитонеалӣ дар 2 бемор (5%), марҳалаи T4N2M1 бо метастазҳо дар чорбанд дар 3 бемор (7,5%) муайян карда шуданд (ҷадвали 3). Ҳангоми чамъбаст намудани маълумотҳо дар бораи паҳншавии ОК дар байни ҳамаи 42 бемори гурӯҳи II тақсимкунии хос муайян карда шуд: марҳалаҳои ибтидоӣ (T1-T2) дар қисми ками беморон – 7 нафар (17%) муайян карда шуд, ҳол он ки марҳалаҳои нисбатан дуртар (T3-T4) бартарӣ доштанд ва, 35 ҳолат (83,3%)-ро ташкил доданд.

Ҷадвали 3. – Гурӯҳбандӣ кардани беморони дорои ОК тибқи системаи TNM (n=82)

TNM	Гурӯҳи I (n=40)	Гурӯҳи II (n=42)	p
T1N0M0	-	3 (7,1%)	
T2N0M0	2 (5,0%)	4 (9,5%)	>0,05*
T3N0M0	32 (80,0%)	34 (81,0%)	>0,05
T4N1M0	1 (2,5%)	1 (2,4%)	>0,05*
T4N1M1	2 (5,0%)	-	
T4N2M1	3 (7,5%)	-	

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи χ^2 , * мувофиқи критерияи дақиқи Фишер)

Таҳлили муқоисавии байни гурӯҳҳо фарқиятҳои назаррасро нишон дод: дар гурӯҳи II ҳиссаи беморони дорои марҳалаҳои барвақт (T1-2) 12% маротиба баланд буд нисбат ба гурӯҳи I (17% дар муқобили 5%). Мутаносибан, шаклҳои паҳншудаи беморӣ (T3-4) дар гурӯҳи II нисбат ба гурӯҳи I камтар (83% дар муқобили 95%) ба назар расид.

Мувофиқи натиҷаҳои таҳлили муқоисавии самаранокии ташҳиси усулҳои гуногуни визуализатсия дар 82 бемори дорои ОК, нишондиҳандаи баландтарини ҳассосият (90%)-ро ТУС ва ТКТ нишон доданд, дар ин маврид дақиқӣ дар диапазони 50-65% ба назар расид. Барои ТМР ҳассосияти муътадил (68%) хос буд, дар ин маврид дақиқии муқоисашаванда 60-68% буд. Холангиографияи перкутании трансгепатитӣ (ХПТГ) натиҷаҳои соддатарро нишон дод: ҳассосияти усул то 61% бо дақиқии 59% (ҷадвали 4).

Таҳлили гистологии бофтаҳои омосҳо фарқиятҳои махсусро дар сохтори морфологии байни гурӯҳҳои таҳқиқшаванда муайян намуд. Дар таҳқиқи микроскопии намунаҳо гурӯҳи I типӣ афзалиятдоштаи гистологӣ аденокарсинома буд, ки 90% -и ҳолатҳоро (36 бемор) ташкил дод, дар ҳоле, ки холангиокарсинома дар 4 бемор (10%) ташҳис карда шуда буд.

Ҷадвали 4. – Нишондиҳандаҳои иттилоотнокии усулҳои истифодашавандаи таҳқиқот дар беморони дорои ОК.

Усулҳои таҳқиқот	Ҳассосият бо %		Дақиқӣ бо %	
	Гурӯҳи I (n=40)	Гурӯҳи II (n=42)	Гурӯҳи I (n=40)	Гурӯҳи II (n=42)
ТУС С*	90	92	50	53
ТК сефаза.С*	90	93	50-65*	67-68*
ХПТГ С*	61 (n=10)	63 (n=12)	59 (n=10)	61 (n=12)
Томографияи магнитӣ-резонансӣ С*	68 (n=12)	70 (n=13)	60 (n=12)	68 (n=13)

Эзоҳ: * - дар муаянкунии ҷарроҳишавандагӣ

Таҳлили морфологии намунаҳои гурӯҳи II ҳамин гуна тақсимшавиро нишон дод, аммо бо таносуби каме дигартар: аденокарсинома дар 86% ҳолатҳо (36 бемор), холангиокарсинома - дар 14% (6 бемор) верификатсия шуда буд.

Таҳлили байни гурӯҳҳо бартари нисбатан возеҳтари компоненти ғадудҳоро дар гурӯҳи I муайян намуд, ки аз ҳамин гуна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи II то 4% баланд буд. Бартарӣ доштани сохторҳои ғадудҳо дар манзараи гистологии омосҳои Каласкин аз потенциали агрессивии биологии вай дарак медиҳад.

Таҳқиқоти басомади ретсидившавиро дар гурӯҳи якуми дорои ОК (n=40) басомади баланди ретсидиви бемориро муайян кард, ки 70% (28 беморро) ташкил дод. Ҳамин тавр, ретсидивҳои барвақт, ки дар давоми 11 моҳи аввали пас аз саршавии амалиёти чарроҳӣ зоҳир мешаванд, дар 32,5% бемор (13 ҳолат) ташхис карда шудааст. Ретсидивҳои дер, ки дар фосилаи 12-19 моҳи пас аз чарроҳӣ инкишоф ёфтаанд, дар 37,5%-и беморон (15 ҳолат) ба қайд гирифта шудааст.

Дар гурӯҳи дуюм миқдори умумии ретсидивҳо 26 ҳолат (62%)-ро ташкил дод, дар ин ҳолат баробар тақсим шудани ретсидивҳои барвақт дар мавзеи майдони чарроҳӣ ва ретсидивҳои дер, ки пас аз як соли амалиёти чарроҳӣ пайдо шудаанд, 13 ҳолат (31%) дар ҳар як зергурӯҳ ба мушоҳида расид.

Таҳқиқоти муқоисавии басомади ретсидившавӣ дар ҳарду гурӯҳ агрессивияти баланди биологии аденокарсиномаро ҳангоми ОК нишон дод, ки инро басомади баланди ҳам ретсидивҳои барвақт (31-33%), ҳам ретсидивҳои дер (31-37%)-ро нишон дод. Манзараи мазкур низ аз нокифоя будани радикалӣ будани чарроҳиҳои иҷрошуда (R0 резексия) гувоҳӣ медиҳад. Табақабандии беморон аз рӯйи дараҷаи хатар дар чадвали 5 оварда шудааст.

Чадвали 5. – Натиҷаҳои баҳодихӣ ба дараҷаи хатари ОК, бо балл.

Гурӯҳ	Дараҷаи хатар, Ме (Q1–Q3)		
Гурӯҳи I (n=40)	I дараҷа (n=8)	II дараҷа (n=20)	III дараҷа (n=12)
Холҳо	8,7 [5; 10]	12,9 [11,0; 16,0]	18,4 [17,0; 19,0]
Гурӯҳи II (n=42)	I дараҷа (n=3)	II дараҷа (n=26)	III дараҷа (n=13)
Холҳо	8,0 [5,0; 10,0]	13,7 [11,0; 16,0]	17,6 [16,0; 18,0]
p	>0,05	>0,05	>0,05

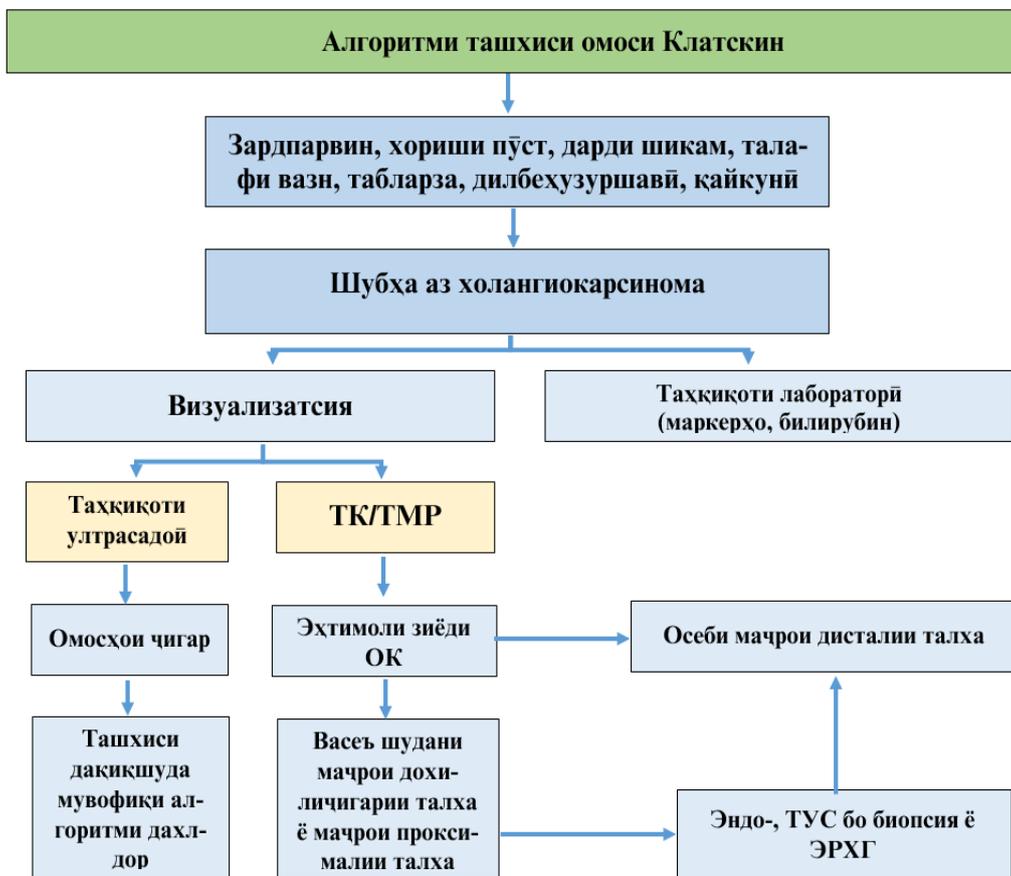
Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (тибқи критерии U-критерии Манн-Уитни)

Мавҷуд будани дараҷаи якуми хатар (ГР1) дар 7-20% бемор дида шуд. Ин категорияи беморони дорои хусусиятҳои экспозитсияи минималӣ нисбат ба омилҳои бластомогенӣ мебошад, ки ин хусусиятҳои муоинаи диспансерии онҳоро муайян мекунад. Барои ин гурӯҳи беморон барномаи муоинаи профилактикӣ тавсия карда мешавад, ки аз 3 компоненти асосӣ иборат аст: элиминатсияи саривактҳои омилҳои хатари муайянкардашуда, таъмин кардани чорабиниҳои муносиби дастаҷамъӣ ва муҳофизати инфиродӣ аз таъсири истеҳсолии бластомогенӣ, ҳамчунин мунтазам гузаронидани муоинаҳои профилактикӣ бо даврияти на камтар аз як маротиба дар як сол.

Таҳлили муқоисавии тақсим кардани омилҳои хатар бартари назарраси беморни гурӯҳи дуюмро нишон дод. Ин нишондиҳанда назар ба гурӯҳи якум 20% зиёд буд, ки аз фарқияти муҳим дар сохтори хатарҳо дар байни гурӯҳҳои таҳқиқшуда дарак медиҳад. Барои бемороне, ки ба гурӯҳҳои хатари ГР2 ва ГР3 дохил мешаванд, барномаи комплекси ҷимояи тиббӣ таҳия карда шудааст, ки элиминатсияи фаъоли омилҳои хатари назорати риояи чорабиниҳои муҳофизатиро аз таъсири истеҳсолии бластомогениро дар бар мегирад. Диққати махсус ба муоинаи мунтазामी тиббӣ дода мешавад: беморони ин гурӯҳи хатар

ба мониторинги семоҳаи дастаи серсоҳаи мутахассисон, аз ҷумла ҷарроҳон, гепатологҳо ва онкологҳо қарор дода мешаванд. Ин равиш ба самти барвақт муайян кардани номияҳои бадсифат, аз ҷумла, ОК нигаронида шудааст.

Дар асоси таҳлили ҳаматарафаи маълумотҳои клиникӣ-анамнезӣ, хусусиятҳои морфологӣ, махсусиятҳои паҳншавии омос ва омилҳои хатари инкишофи он мо алгоритми таҳхисро барои ОК таҳия намудем, ки ҳама ҷанбаҳои раванди патологӣ дар он ба эътибор гирифта шудаанд (расми 1).



Расми 1. – Алгоритми таҳхиси омоси Клатскин

Оптимизатсияи табобати ОК ва самарнокии он. Мақсади асосии оптимизатсияи усулҳои табобати ОК ба баланд бардоштани дараҷаи зиндамонии беморон тавассути гузаронидани амалиётҳои ҷарроҳии нисбатан радикалӣ равона шудааст. Дар баробари ин, барои иҷро кардани онҳо тип ва дараҷаи паҳншавии раванди омос нақши бузург мебозад. Натиҷаҳои муқоисавии тақсими кардани беморон мувофиқи таснифи Bismuth-Corlette дар ҷадвали 6 оварда шудаанд.

Ҷадвали 6. – Хусусияти тақсимои беморони таҳқиқшуда бо ОК аз рӯи таснифи Bismuth-Corlette (n=82)

Тип	Гурӯҳи I (n=40)	Гурӯҳи II (n=42)	p
I	3 (7,5%)	2 (4,8%)	>0,05**
II	5 (12,5%)	12 (28,6%)	>0,05**
IIIa	3 (7,5%)	4 (9,5%)	>0,05**
IIIb	6 (15,0%)	8 (19,0%)	>0,05*
IV	23 (57,5%)	16 (38,1%)	>0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (мувофиқи критерияи χ^2 , *бо ислоҳи Йетс, **тибқи критерияи дақиқи Фишер)

Марҳилавӣ будани ОК бо истифода аз таснифи TNM (нашри 8, 2018) гузаронида шуд, ки дар чадвали 3 оварда шудааст. Тавре ки аз маълумотҳои дар чадвал овардашуда бармеояд, дар гурӯҳи 2-юм тамоюли мусбати барвакт муайян кардани ОК ба мушоҳида мерасад, марҳалаи барвакти он (T1-T2) дар муқоиса аз гурӯҳи якум 12% зиёд буд- мутаносибан 17% дар муқобили 5%. Дар ин маврид басомади муайянкунии дигар марҳилаҳо муқоисашаванда буданд.

Барои интихоб кардани тактикаи табобати ОК дараҷаи паҳншавии мавзеи раванди омос, хусусиятҳои иртиботи мутақобила бо рағҳои порталӣ, марҳалаҳои беморӣ ва ҳолати функционалии ҷигар аҳамияти бузург доранд. Маҳз ин нишондиҳандаҳо имконият доданд, ки иҷро кардани ҷарроҳии радикалӣ ва паллиативӣ, инчунин зарурати декомпрессияи пешазҷарроҳии маҷрои талха асоснок карда шавад. Компоненти муҳимтарини ин пажӯҳиш таҳлили ислоҳи ҷарроҳии беморони дорои ОК дар ҳарду гурӯҳ мебошад, ки динамикаи ағйироти равишҳои тактикиро намояндагӣ мекунад.

Дар чадвали 7 хусусиятҳои амалиётҳои ҷарроҳии беморони ҳарду гурӯҳ, аз ҷумла бо истифода аз технологияи криоаблятивӣ оварда шудаанд.

Чадвали 7. – Хусусиятҳои амалиёти ҷарроҳӣ, ки дар беморони гурӯҳҳои I ва II дорои ОК гузаронида шудаанд.

Номи ҷарроҳӣ	Типи омосҳо	Миқдори ҷарроҳӣ Операций (n=82)	Группа больных			
			Гурӯҳи I (n=40)	Криодеструксия	Гурӯҳи II (n=42)	Криодеструксия
1.Холесистэктомия, резексия маҷроҳои хориҷиҷигарии талха бо гемигепатэктомия ва ташаккули гепатикоеюноанастомоз.	IIIA	13	6	-	7	6
2. Холесистэктомия, резексияи марказии маҷрои талха якҷоя бо омос ва сохтани бигепатикоеюностома	II	18	8	-	10	5
3. Холесистэктомия, резексияи якҷоя бо омос ва сохтани моногепатикоеюностома	I	11	5	-	6	2
4. Резексияи маҷроҳои хориҷиҷигарии талха бо гемигепатэктомияи тарафи чап ва нест кардани сегменти I ҷигар бо гепатикоеюностомиа	IIIB	13	6	-	7	3
5. Холесистэктомия бо дренажгузории маҷроҳои ҷигарии талха	IV	11	7	-	4	4
6. Холесистэктомияи трансгепатикӣ аз роҳи пӯст	IV	8	4	-	4	-
7. Лапаротомияи эксплоративӣ	IV	5	2	-	3	-
8.Реканализатсия ва стентгузории маҷроҳои хориҷиҷигарии талха	IV	3	2	-	1	-
Ҳамаи беморон	IV	82	40	0	42	20

Ҳаҷми ҷарроҳӣ аз реканализатсия, стентгузории маҷроҳои беруниҷигарии талха то холесистэктомия, резексияи ҷигар бо ташаккул ёфтани гепатикоеюноанастомоз мутафовит аст, дар ин маврид асосан ҷарроҳии аз ҷиҳати техникӣ мураккаб ва ҳаҷман калон дар гурӯҳи дуюм иҷро

карда шуданд (мувофиқи феҳристи ҷарроҳӣ аз 1 то 4) – дар 30 (71,4%) бемор, ва дар гурӯҳи якум (мувофиқи феҳристи ҷарроҳӣ аз аз 1 то 4, ҷадвали 23) - дар 25 (62.5%) бемор, яъне 9% бештар ҷарроҳҳои мураккаб дар гурӯҳи дуум (ҷадвали 8) иҷро карда шудаанд.

Дар 40 (49%) аз 82 (100%)-и гурӯҳҳои I ва II беморон мувофиқи феҳристи амалиётҳои аз 5 то 8 ҷарроҳҳои шартан радикалӣ, ташхисӣ, симптоматикӣ ва паллиативӣ иҷро карда шуданд. Ин амалиётҳо дар гурӯҳи якум (мувофиқи феҳристи ҷарроҳӣ аз 5 то 8) дар 15 (37,5%) бемор, дар гурӯҳи дуум (мувофиқи феҳристи ҷарроҳӣ аз 5 то 8) дар 12 (28,5%) бемор, яъне дар 9% дар гурӯҳи якум назар ба гурӯҳи дуумбештар буд.

Криодеструксия ҳангоми ОК. Бар асоси гуфтаҳои боло, дар самти бештар сохтани натиҷаҳои бевосита ва дури таъбаоти ҷарроҳии ОК, мо дар беморони гурӯҳи асосӣ бори нахуст омилҳои ҳарорати ниҳоя азоти моеъ истифода шуд. Додани азоти моеъ аз криоаппарати универсалӣ сурат гирифтааст (расми 2), ки якҷоя бо олимони Институти физика ва техникаи ба номи С.У. Умарови НАНТ (Патенти ТҶ №850 аз 26.04. с.2017). Криодеструксияи ОК истифодаи онро дар шакли криоштамп (расми 3) ва криоспрей (расми 4) пешбинӣ мекунад.

Ҷарроҳии ОК экспозитсияи васеи ҷигарро талаб мекунад ва дар он дар аксари мутлақи ҳолатҳо (70-85,3%) мо дастраскунии болии имиёнаи абдоминалиро (батнӣ) бо истифода аз васеъкунаки Сигал иҷро намудем. Дар гуруҳи мазкур 7 (35,0%) нафар мардҳо ва 13 (65,0%) нафар занҳо буданд, синну соли онҳо аз 19 то 90-солро ташкил дод. Дар байни занҳо миқдори бештари беморон дар диапазони синну соли 44-60-сола (8-40%), 19-44 (2-10%) ва дар 60-75-сола (2-10%) ба қайд гирифта шуд. Дар байни беморон ҷинси мард низ қуллаи баландтарини беморӣ ба диапазони синну соли 44-60 -сола – 5 (25%), беморони 60-75 -сола – 2 (10%) мувофиқат намуд.

Мувофиқи таснифи Bismuth-Corlette дар ин гуруҳи беморон намудҳои зерини омос ҷой доштанд: 1) типии II дар 10 (50%); 2) типии IV дар 4 (20%) дар минтақаи конfluenceи маҷроҳои талха; 3) типии III В - 3(15%) бо паҳншавӣ ба маҷрои чапи ҷигар; 4) типии I дар 2 (10%) бемори дорои омоси МРҶ(маҷрои рости ҷигар); 5). типии III А дар 1(5%) бо паҳншавӣ ба маҷрои рости ҷигар.



Расми 2.- Криоаппарати универсалии портативӣ бо маҷмуи нӯғҳо



Расми 3. - Криокоркарди маҷроҳои дохиличигарии талха бо усули криоштамп



Расми 4. – Криоспрейи чигар ва маҷроҳои хориҷичигарии талха ҳангоми омози Класкин

Хусусиятҳои амалиётҳои ҷарроҳии дар якҷоягӣ бо криодеструксия ба беморон гузаронидашуда дар ҷадвали 8 оварда шудааст.

Ҷадвали 8. – Хусусиятҳои амалиётҳои ҷарроҳии таркибӣ бо истифода аз криодеструксия ҳангоми ОК

Номи ҷарроҳӣ		n
1	Холесистэктомия, резексияи маҷроҳои хориҷичигарии талха бо гемигепатэктомияи тарафи рост ва ташаккули гепатикоеюноанастомоз	6
	Холесистэктомия, резексияи МҶ марказӣ бо ташаккули гепатикоеюноанастомоз.	7
2	Холесистэктомия, резексияи маҷроҳои хориҷичигарии талха бо гемигепатэктомияи тарафи чап ва ташаккули гепатикоеюноанастомоз	1
3	Резексияи маҷроҳои хориҷичигарии талха бо гемигепатэктомияи тарафи чап ва нест кардани сегменти I чигар бо гепатикоеюностомия	2
4	Холесистэктомия, резексияи гепатикохоледох якҷоя бо омоз ва дренажгузориҳои маҷроҳои чигарии талха	4
Ҷамагӣ беморон:		20

Резексияи марказии (маҳдуди) МҶ бо конfluence. Вариантҳои ОК типҳои I ва II резексияи марказии МҶ бо конfluenceро талаб мекарданд, ки мо бо усулҳои зерин иҷро намудем. Баъди кушодани ковокии шикам узвҳои он ва фосолаи пасифокии онро барои муайян намудани ҷарроҳишавандагии ОК тафтиш кардем. Қарор дар бораи иҷро кардани амалиётҳои ҷарроҳии радикалӣ ҳангоми мавҷуд набудани меъёрҳои ҷарроҳинашаванда будани раванди омоз қабул карда шуд.

Холесистэктомия марҳалаи ҳатмии ҷарроҳӣ ба ҳисоб меравад ва барои ворид шудан ба қисми проксималии маҷрои умумии чигар имконият медиҳад. Диссексияи паренхимаи чигарро дар атрофи талхадон баъд аз яхкунонии вай бо усули криоспрея иҷро намудем. Моеъи азот, ки бо суръати баланд дода мешавад, имконият дод, ки яхкунонии талхадон ва паренхимаи ихотакарда дар

давоми се дақиқа сурат гирад. Баъди криохолесистэктомия (патенти ТҶ№ №850 аз 26.04. с.2017) ба диссексияи маҷроҳои хориҷиҷигарии талҳадон гузаштанд. Буридани МУТ дар қисми дисталии максималии минтақаи ретроуденалӣ, баъдан дӯхтани нӯги периферии он гузаронида шуд. Сипас мобилизатсияи чиддиву дақиқи МУТ ва МРЧ аз сохторҳои рағҳои бузурги ҳамсоя, инчунин бурида гирифтани тамоми гиреҳҳои регионарии лимфавӣ бо блоки ягона дар худуди фосилаи анатомӣ ҳамроҳӣ кардан, ки бо сараки ғадуди зери меъда дисталӣ ва дарвозаҳои чигар проксималӣ маҳдуд шудааст.

Сарҳадҳои инвазияи омосро бо таҳқиқоти экспресс морфологии хати бурриши МРЧ муайян карданд. Барои таъмин кардани эътимоднокии анастомози билиодигестивӣ техникаи модификатсионии ҷарроҳӣ истифода шуд: девораҳои дарунии маҷроҳои лобарии чигарро бо навъи «дулуладор» дар наздикии бевосита аз bifurcatio-и онҳо медӯзанд. Марҳалаи реконструктивӣ бо ташаккули бигепатикоеюноанастомози ягона бо типии «нӯг ба нӯг» бо як ҳалқаи Ру аз рӯдаи борик анҷом медиҳанд, ки дарозии он камтар аз 80 см.-ро ташкил дод. Дар 3 ҳолат ҳангоми гипербилирубинемияи аз 200 мкмол/л баланд ва кутри маҷрои лобарии чигар то 5 мм истифода кардани дренажи тахлиявӣ аз роҳи култаи рӯдаи борик Ру анастомоз зарур ҳисобида шуд, ки бо муътадил гаштани синдроми зардшавӣ онро бозпас гирифтанд. Ҳангоми зиёда аз 20 мм будани фосилаи байни маҷроҳои лобарӣ бигепатикоеюноанастомози чудоғонаро ташкил доданд.

Гемигепатэктомияи тарафи чап бо резесияи маҷрои талҳа. Нишондод барои иҷро кардани гемигепатэктомияи тарафи чап ҳангоми ОК типии III б инҳо хизмат мекунад: тағйиротҳои атрофикии ҳиссаи чапи чигар, мавҷуд будани лонаҳои метастаз ё думмалҳои калони холангиогенӣ дар ҳиссаи чап, инчунин инвазияи омос дар шоҳаи чапи варидаи портал. Техникаи ҷарроҳӣ марҳалаҳои зеринро дар бар гирифтааст: ибтидо мобилизатсияи маҷроҳои умумии талҳа ва умумии чигар бо гузоштани турникет дар бандаки чигару дувоздаҳангушта тибқи методикаи қаблан тавсифшуда иҷро карда мешавад.

Дар марҳалаи минбаъда буридани маҷрои умумии чигарӣ ва баъдан мобилизатсия кардани конfluenceи он аз танаи варидаи портал ва чудо кардани шарёни чапи чигар иҷро карда мешавад. Таҳти роҳнамоии хати марзӣ, паренхимаро дар сарҳади ҳиссаҳои рост ва чапи хати Cantlie, ки аз тариқи лонаи МТ ба сатҳи канори чапи ВХП мегузарад, тавассути бо ангушт фишор додани чигар ва бастании рағҳои намоён ва маҷроҳо бо ёрии коагулятори биполярӣ, дастгоҳи Лигашу ё гираи Дебейки чудо мекунем. Препарати чигарро дар якҷоягӣ бо маҷроҳои беруниҷигарӣ нест кардем. Пас аз гемо- ва холестази ниҳой дар бурриши чигар ва крио-дармон БДА бо МУЧ дар гиреҳи рӯдаи борик, ки тавассути Ру хомӯш карда шудааст, гузошта шуд.

Гемигепатэктомияи тарафи чап бо резексияи сегменти I чигар. Ҳангоми паҳн шудани раванди омос ба маҷрои чапи читгар ва паренхимаи ҳиссаи думии чигар ба ҳаҷми ҷарроҳӣ ҳатман сегменти I чигар дохтил карда мешавад. Амалиёти ҷарроҳӣ аз пурра мобилизатсия кардани чигар бо роҳи пай дар пай буридани бандакҳои секунҷа, ҷарбуи (оментум) хурд ва бандаки дорсалии варидаи ковоки поёнӣ, ки ҳиссаи думиро бо тарафи дорсалӣ фиксатсия мекунад, сар мешавад. Пас аз урён кардани сатҳи чапи варидаи ковоки поёнӣ мобилизатсияи ҳиссаи думӣ бо идентификатсия ва бастании варидаҳои иловани

чигар ичро карда мешавад. Ба таври экстрапаренхиматозӣ пойчаи чапи глиссивӣ чудо карда мешавад ва баъдан шоҳаи чапи вариди портал дар сатҳи бифуркатсия барои ба минтақаи резексия дохил кардани сохторҳои рағии ҳиссаи думӣ, баста ва бурида мешавад.

Чудо кардани паренхима дар хати демаркатсияи ишемикӣ анҷом дода мешавад. Ҳангоми расидан ба ҳамвории рағҳои портал аз маҷрои рости чигар убури карда мешавад. Шоҳаи рости сегменти I, ки аз шоҳаи рости вариди портал чудо мешавад, баста ва варидаҳои иловагии чигар дар канори рости вариди ковоки поёнӣ бурида мешаванд. Марҳалаи ниҳой дар фазаи резексионӣ дӯхтан ва аз байни гираҳо (зажимҳо) гузаронидан вариди чапи чигар ва шоҳаи чапи вариди мобайнии чигар мебошад. Пас аз нест кардан бо блоки ягонаи қисми чапи чигар бо маҷроҳои талха ва ҳиссаи думӣ марҳалаи реконструктивӣ – ташаккул додани анастомози билиодигестивӣ дар маҷрои рости чигар ичро карда мешавад.

Гемигепатэктомиаи тарафи рост бо резексияи МЧ. Ҳангоми табобати ҷарроҳии ОК типии IIIa пас аз ичро кардани дескелетизатсияи ҳиссаи рости чигар мобилизатсия то ба даст овардани фазои ретроперитонеалӣ бо визуализатсияи фавкулгурдаи рост ва сатҳи рости вариди ковоки поёнӣ давом мекунад. Дар марҳалаи баъдӣ чудо кардан, дӯхтан ва буридани вариди рости чигар анҷом дода мешавад. Пас аз ин мобилизатсияи пай дар пайи маҷрои рости чигар, буридани маҷрои чапи чигар дар худуди бофтаҳои солим ва баъдан бастан ва буридани шоҳаҳои рости рағҳои мағистралӣ (шоҳаи рости вариди портал ва шарёни рости чигар) амалӣ карда мешавад. Диссексияи паренхима дар хати Rex Cantlie, нест кардани ҳиссаи рост якҷоя бо МЧ, гиреҳҳои лимфавии PDS ва омос. Анастомози бигепатикӣ ба МЧ чап ва ё ба маҷроҳои сегментиари ҳиссаи чап гузошта мешавад.

Гемигепатэктомиаи тарафи рост бо резексияи ҳиссаи думии чигар ва МЧ. Мобилизатсияи пурраи чигар. Мо ВХП буридани пайванди дорсалӣ урён мекунем, ки ҳиссаи думиро аз ақиб фиксатсия мекунад. Қисми чапи чигарро бардошта, варидаҳои кӯтоҳи чигарро пайдо карда, чудо мекунем ва меҳӯзем. Микдори максималии ин варидаҳо аз се то ҳафт адад ҳастанд. Ҳиссаи думӣ (сегменти I) аз вариди ковоки поёнӣ (ВКП) ҳангоми аз поён ба боло баромадан ба осонӣ чудо мешавад. Маъмулан дар ин ҷо низ якҷанд вариди кӯтоҳи чигар мавҷуд аст. Баъдан гемигепатэктомиа бо резексияи МЧ, лимфодиссексия дар минтақаи бандаки чигару дувоздаҳангушта ва сохтани BDA бо МЧ чапро мувофиқи схемаи стандартӣ ичро мекунем.

Ҷарроҳии паллиативӣ. Реканализатсияи омосҳо. Девораи пеши МУЧ -ро дар зери бифуркатсияи МЧ аз омос поёнтар чудо мекунем. Гепатикотомияи дарозиаш тақрибан 1см-ро чудо мекунем, баъди ин бо зонди борики филизӣ, омосро реканализатсия карда, ба МРЧ ва МЧЧ бе қувваи зиёдати зонд мегузорем. Баъдан лар маҷрои реканализатсишуда катетр гузошта ва холангиография ичро карда шуд. Маълумотҳои ба даст овардашуда дар бораи контрастсозии маҷроҳои дохиличигарӣ ва гузаронандагии қисми дисталии МУЧ (маҷрои умумии чигар) имконият доданд, ки нӯги дисталии онҳоро ба МУЧ дароварда, TRD мувофиқи Прадери-Смит ичро карда шавад. Вобаста аз он, ки дренажгузори ретрогради маҷроҳои талха на ҳамеша самаранок аст, дар баробари дренажгузори маҷроҳои талха тибқи Ру ё Браун фистуло-

еюноанастомоз гузоштанд. Ин усул имконият дод, ки дар баробари дрешажгузори дарунии дарахти билиарӣ, ба аз тариқи носурҳо дренажи иловагии маҷроҳои талха гузошта шуданд.

Дренажкунони тариқи ӯстию тариқи чигарӣ ва стентгузорӣ. Ҷарроҳҳои алтернативии лапаротомӣ амалиёти ҷарроҳии каминвазивии талхарон, аз ҷумла ХПТГ ба ҳисоб меравад. Аз рӯйи хусусиятҳои дренажгузорӣ ХПТГ-и якта-рафа ва дутарафа ва беруниву берунӣ- даруниро фарқ мекунанд. Дар се муоинаи клиникӣ ҳангоми омози Класкин марҳалаҳои III-IV, ки барояш мавҷуд будани метастазҳои алоҳида дар чигар ва ё гирехҳои лимфавии регионарӣ ва инвазияи возеҳи рағҳои магистралии чигар хосанд, амалиёти ҷарроҳии паллиативӣ дар ҳаҷми криорезексияи омоз дар мавзеи конфлюенси маҷроҳои чигар ва баъдан сохтани анастомози билиодигестивӣ гузошта шуд.

Натиҷаҳои табобати беморон бо ОК. Давомнокии миёнаи бистариши ҳамаи беморон $12,2 \pm 1,6$ шабонарӯзро ташкил намуд, аз ҷумла беморони гурӯҳи аввал – $11,32 \pm 1,87$ шабонарӯз, гурӯҳи дуюм - $13,4 \pm 1,15$ шабонарӯз. Натиҷаҳои тавонбахши беморон бо ОК дар ҷадвали 9 оварда шудааст.

Ҷадвали 9. – Натиҷаҳои арзёбии самаранокии реабилитатсияи (марҳалаи II) беморони гирифтори ОК (n=82)

Гурӯҳи беморон	Шифо ёфтани ҷароҳатҳо пас аз ҷарроҳӣ, мутл. (%)		Дараҷаи арзёбии самаранокии реабилитатсияи пасазҷарроҳии беморон, мутл. (%)			Кат-рӯз, шабонарӯз (M±SD)
	бо шифоёбии аввалия	бо шифоёбии дувумӣ	ғайри қаноатбахш	қаноатбахш	хуб	
Гурӯҳи I (n=40)	35(88%)	5 (12%)	28 (70%)	2 (5%)	10 (25%)	11,32±9,87
Гурӯҳи II (n=42)	39 (93%)	3 (7%)	22 (52%)	5 (12%)	15 (36%)	13,40±1,15
p	<0,05*		>0,05**			<0,001***

Эзоҳ: аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳои I ва II *-тибқи критерияи χ^2 ; ** тибқи критерияи χ^2 барои ҷадвалҳои озод; *** - тибқи критерияи Манн-Уитни.

Таҳлили муқоисавии самаранокии ҷарабиниҳои реабилитатсионӣ дар гурӯҳҳои таҳқиқшуда қонуниятҳои зеринро муайян кард. Таҳлили муқоисавии натиҷаҳои табобат фарқиятҳои муҳими байни гурӯҳҳои таҳқиқшударо нишон дод. Дар гурӯҳи I (n=40) натиҷаҳои ғайри қаноатбахш бартарӣ доштанд, онҳо 70% ҳолатро (28 бемор) ташкил доданд. Натиҷаҳои хуб дар ҷоряки беморон (25%, 10 ҳолат) ба даст оварда шуд, дар ҳоле ки натиҷаҳои қаноатбахш танҳо дар 5% -и беморон (2 бемор) ба қайд гирифта шуд.

Таҳлили натиҷаҳои табобат дар гурӯҳи II (n=42) динамикаи нисбатан позитивиро нишон дод. Ҳиссаи беморони дорои натиҷаҳои хуб то 36% (15 ҳолат) зиёд шудааст, натиҷаҳои қаноатбахш дар 12% (5 бемор) ба мушоҳида расид. Миқдори натиҷаҳои ғайриқаноатбахш дар муқоиса аз гурӯҳи I хеле кам шуда, 52% (22 бемор)-ро ташкил дод. Таҳлили байни гурӯҳҳо бартариҳои гурӯҳи II -ро аз рӯйи ҳамаи нишондодҳо нишон дод: миқдори натиҷаҳои хуб то 11%, қаноатбахш то 7%, дар ин маврид натиҷаҳои ғайриқаноатбахш дар 18% ба мушоҳида расид, ки аз гурӯҳи I кам аст.

Раванди шифоёбии пасазҷарроҳии ҷароҳатҳо дар ҳарду гурӯҳ асосан бо шифоёбии аввалия сурат гирифт, аммо дар гурӯҳи II ин нишондиҳанда то 5%

баланд буд. Дар ин ҳолат давомнокии бистришавӣ дар гурӯҳи I то 2 кат -рӯз кам шудааст, ки бартарӣ доштани амалиётҳои чарроҳии паллиативиро нишон медиҳад, дар ҳоле ки дар гурӯҳи II чарроҳии нисбатан калонтар ва аз ҷиҳати техникӣ мураккабтар иҷро карда шудааст.

Ҳамин тавр, арзёбии комплекси самаранокии реабилитатсияи беморони дорои ОК аз рӯйи меъёрҳои асосӣ бартариҳои саҳеҳи нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи II таҳқиқоти нишон медиҳад.

Зиндамони яксола ва 3-солаи беморон. Яке аз масъалаҳои асосии табоботи беморони гирифтори ОК дараҷаи зиндамони онҳо ҳам дар муҳлатҳои барвақт ва ҳам дерӣ пас аз чарроҳӣ мебошад. Реабилитатсияи беморони чарроҳишуда дар ҳарду гурӯҳи нишон дод, ки аз сабаби ретсидив ва дисфунксияи гурдаҳо, баланд шудани заминаи тромбогенӣ дар 12 моҳи аввали пас аз чарроҳӣ дар гурӯҳи якум зиндамони 75,0%, дар гурӯҳи дуҷуми клиникӣ-83,3%-ро ташкил дод, ки аз ҷиҳати омӯрӣ фарқияти назаррас дорад. Дар беморони гурӯҳи I ҳар як нафари чорум ва дар гурӯҳи II ҳар як нафари шашум аз сабабҳои гуногун дар давоми соли якум зиндагӣ карда натавонистанд (расми 9). Бояд қайд кард, ки басомади танатогенез назар ба басомади ретсидиви бемориҳо дар ҳарду гурӯҳи беморон хеле кам буд. Агар дар 12 моҳи аввал ретсидиви бемориҳо дар ҳарду гурӯҳи беморон мутаносибан дар 32,5% ва 30,95% -и беморон ба мушоҳида расида бошад, дар ин давра натиҷаи фавтовар дар 25,0% и беморони гурӯҳи I ва 16,7% -и беморони гурӯҳи II дида шуд (ҷадвали 10).

Ҷадвал 10. – Частота ранних и поздних рецидивов ОК (n=82)

Гурӯҳи беморон	Ретсидив, мулт. (%)		
	ҳамагӣ	барвақт	дер
Гурӯҳи I (n=40)	28 (70,0%)	13 (32,5%)	15 (37,5%)
Гурӯҳи II (n=42)	26 (61,9%)	13 (30,95%)	13 (30,95%)
p	<0,05	>0,05	<0,05

Эзоҳ: аҳамияти омӯри фарқияти ретсидиви беморӣ байни гурӯҳҳои I ва II тибқи критерияи χ^2

Он чӣ ба масъалаи зиндамони дури беморони дорои ОК дахл дорад, ин аст, ки вай ба ҳисоби миёна пас аз 36 моҳи баъди иҷро намудани амалиёти чарроҳиро ташкил медиҳад, табоботи гзаронида дар гурӯҳи I беморон ҳолати фавт дар 67,5%-и беморон дида шуд, ки қисми зиёди онҳо ба ретсидиви беморӣ вобаста буд. Дар беморони гурӯҳи II, ки бо тактикаи такмилёфта чарроҳӣ шудаанд, хеле кам шудани миқдори ҳолатҳои фавт дар давраи зиёда аз 3 сол танатогенез бинобар сабабҳои гуногун дар 52,4%-и муоинаҳо ба қайд гирифта шуд, ки дар муқоиса аз гурӯҳи I 15,1% камтар аст.

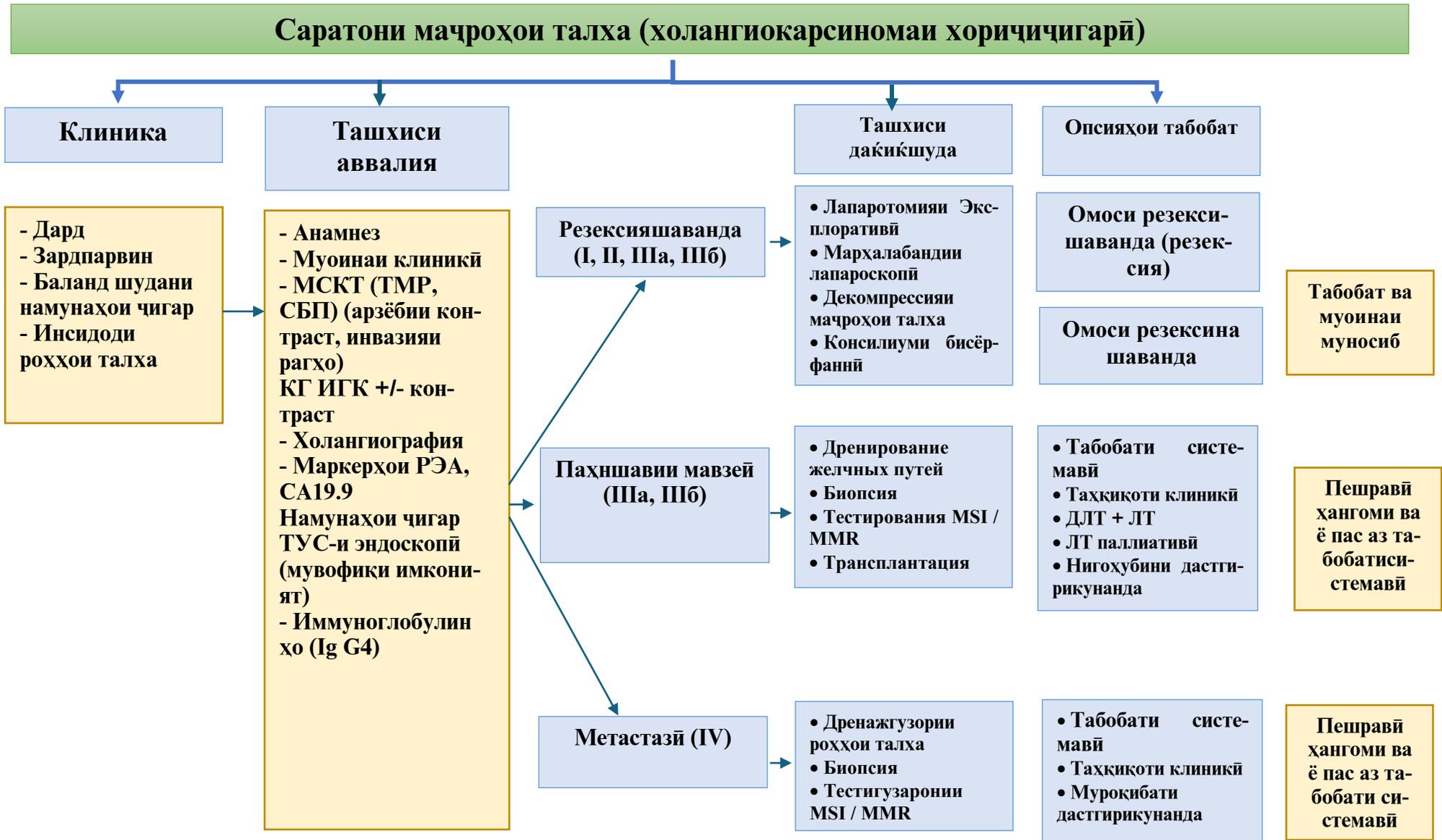
Дар асоси натиҷаҳои ба даст овардаи мо дар ин хусус ҳулоса баровардан мумкин аст, ки усулҳои нисбатан такмилёфтаи истифоданамудаи мо дар ташхис ва табоботи беморони дорои ОК имконият доданд, ки на танҳо миқдори ретсидивҳои беморӣ каме коҳиш дода мешавад, балки басомади зиндамони беморон низ хеле зиёд мегардад. Дар соли аввали муоинто 8,3% камтар ба назар расид, дар давраи дур бошад, то 15,1%.

Бо мақсади пешгирӣ намудани паҳншавӣ, инкишофи идомаёбанда, ретсидиви барвақт, баланд шудани функцияҳои антиоксидантӣ, иммунӣ, зиддииттиҳобии организм ҳангоми табоботи омосҳои бадсифати чигар, маҷроҳои проксималии талха усули интрачарроҳии истифодаи химиопрепаратҳо пеш-

ниҳод карда шуд ва барои ин патенти ТҶ 1520 аз соли 2024 гирифта шуд. Усули пешниҳоднамудаи мо оид ба табобати омосҳои бадсифати чигар, маҷроҳои проксималии талха, истифодаи содда дорад, самаранок аст ва аз ҳама асосиаш дастрасии умумӣ дорад барои ҳама гуна клиникаҳо дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон. Санҷиши клиникаи пешниҳодкардаи мо дар гурӯҳи иборат аз 21 нафар бемори дорои омосҳои бадсифати чигар ва маҷроҳои проксималии талха (ОБҚМПТ) гузаронида шуд. Диапазони синнусолии бемороназ 30 то 65 солро дар бар гирифт. Давраи муоинаи катамнезии беморони мубтало ба ОБҚМПТ аз 2 то 3 сол фарқ мекард. Танҳо дар 8 (38%) бемори дорои ОБҚМПТ ретсидивҳо ба қайд гирифта шуданд, ки бинобар паҳншавии маҳаллӣ доштан, пайдо шудани лонаҳои нави омосҳои бадсифати чигар ва маҷроҳои проксималии талха ба қайд гирифта шуд. Усули пешниҳодкардашуда таъмини абластикиятро беҳтар месозад, паҳншавии номияҳоро пешгирӣ мекунад, радикалӣ будани ҷарроҳиро таъмин мекунад, принципҳои оклогиро риоя мекунад, ҳамчунин профилактикаи инкишофи идомакунанда, ретсидив ва метастазҳоро пешгирӣ мекунад.

Арзёбии сифати ҳаёти беморони дорои ОК бо истифода аз шкалаи тасдиқшудаи Карновский гузаронида шуд. Ҳангоми баҳо додан ба динамикаи нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи якуми беморон ($n=40$) ду тамоюли асосӣ муайян карда шуд. Дар 20% бемор (8 ҳолат) хеле беҳтар шудани статуси функционалӣ дида шуд, ки ба баланд шудани нишондиҳандаҳо тибқи шкалаи Карновский аз 40% то 60% таъсир расониданд. Аммо дар аксари бештари беморон (80%, 32 ҳолат) нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт дар сатҳи босуботи паст қарор доштанд ва аз 10% то 20%-ро ташкил доданд.

Дар гурӯҳи 2 (42 бемор, 100%) динамикаи мусбат дар 10 бемор (24%) дида шуд, ки дорои ҳамин гуна диапазони беҳтаршавии нишондиҳандаҳо аз 40% то 60% мебошад. Дар 32 бемори боқимонда (76%) нишондиҳандаҳо дар сатҳи қаблӣ боқӣ монданд (10-20%). Таҳлили муқоисавӣ бартарии гурӯҳи асосиро аз рӯйи сифати ҳаёт то 4% нишон дод. Дар асоси таҳлили комплекси хусусиятҳои демографӣ, хусусиятҳои морфологӣ, дараҷаи паҳншавии раванд, вариантҳои табобати ҷарроҳӣ, оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ, самаранокии чорабиниҳои реабилитатсионӣ ва нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт алгоритми таъхис ва табобати тактика ҳангоми ОК таҳия карда шуд (расми 5).



Расми 5. – Алгоритми ташҳис ва таботати холангиокарсинома

ХУЛОСАҲО

1. Басомади омоси Класкин дар 13 солт (10400 контингенти таҳқиқшуда) тибқи мурочиат 0,78% (82 бемор)-ро ташкил дод. Омоси Клатскин симптомҳои патогномии клиникӣ надорад. Сабабҳо ва омилҳои хатари ошкор кардашуда (гур. 1,2,3), аз бартарии табибати вирусӣ доштани омоси Клатскин дарак медиҳанд [3-М, 4-М, 5-М, 9-М, 10-М, 12-М].

2. Амалиётҳои криочарроҳӣ ҳангоми омоси Клатскини ҷарроҳишаванда усули самаранок аст, вай профилактикаи хунравӣ, кам шудани оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ ва баландкунандаи резексияи радикалии ҷигарро таъмин мекунад [1-М, 2-М, 6-М].

3. Дар типҳои I-II омоси Клатскин бо зардпарвини механикии новозеҳ гузаронидани резексияи якмарҳилавии резексияи маҷроҳои талха мувофиқи мақсад аст, ҳангоми зардпарвини механикии возеҳ бо аломатҳои норасоии шадиди ҷигар ва статуси коморбидӣ бошад, амалиёти ҷарроҳии думарҳилавӣ (холагистомияи тариқипӯстии тариқиҷигарӣ + резексияи омос) нишондод дорад [1-М, 7-М, 9-М, 11-М].

4. Алгоритми таҳиякардашудаи ташҳис ва табобати комплекси омоси Клатскин бо назардошти клиника, ҳолати ибтидоии бемор ва марҳалаи беморӣ барои гузоштани ташҳиси дақиқ ва қабул кардани тактикаи персоналишудаи табобат имконият медиҳад [4-М, 6-М, 7-М, 8-М].

5. Истифодаи тактикаи инфиродии табобат бо истифода аз криодеструксия барои кам кардани оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ аз 12% то 7% ва то 36,3% беҳтар шудани зиндамонии 3-сола мусоидат намуд [1-М, 2-М, 7-М, 8-М, 12-М].

ТАВСИЯҲО БАРОИ ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

1. Шарти муҳимтарин барои баланд бардоштани самаранокии табобати ҷарроҳии омоси Клатскин таҳҳиси барвақти он ба ҳисоб меравад, ки бо назардошти семиотикаи клиникии ошкор кардашуда ва омилҳои хатари инқишофи омоси Клатскин, дар асоси алгоритми таҳияшуда амалӣ карда мешавад.

2. Зарурати табобати консервативӣ ва бемориҳои музмини илтиҳобии минтақаи гепатобилиарӣ бояд табибон-мутахасси сонро барои дақиардани таҳҳиси номиям минтақаи гепатобилиарӣ водор созад.

3. Истифодаи амалии криочарроҳӣ ҳамчун усули самаранокии резексионӣ метавонад ҳангоми ҳосилаҳои бадсифати маҷроҳои талха дар шароити муносиби технологӣ ва омодагии мутахассисон ба кор бурда шавад.

4. Ҳангоми зардпарвини механикии возеҳ ва ҳолати вазнини бемор, ки дар асари аломатҳои норасоии шадиди ҷигар ва бемориҳои ҳамроҳшуда ба вучуд омадаанд, усули оптималӣ амалиёти ҷарроҳии думарҳилавӣ ба ҳисоб меравад.

5. Мунтазам қабул кардани қарор, ки дар заминаи унсурҳои алгоритми табобати беморони дорои омоси Клатскин асоснок карда шудаанд, имконият медиҳад, ки тактикаи ба бемор нигаронидашуда интиҳоб карда шавад.

6. Усули таҳияшудаи табобати омосҳои бадсифати ҷигар (омоси Клатскин) метавонад, ки дар фаъолияти амалии ҷарроҳии гепатобилиарӣ татбиқ карда шавад.

ИНТИШОРОТ ОИД БА МАВЗУИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризишаванда

- [1-М]. Худжамкулов, А.А. Паллиативно-куративные хирургические вмешательства у больных раком желудка с метастазами в печень [Текст] / А.А. Худжамкулов, Р.З. Юлдошев, Д.З. Зикирходжаев, М.Т. Рахматов, С.А. Дилшодов, Ё.И. Азатуллоев // Вестник Авиценны. – 2018. – Т. 20, № 4. – С. 383-388.
- [2-М]. Худжамкулов, А.А. Хирургическая тактика при опухолях проксимальных желчных протоков [Текст] / А.А. Худжамкулов, Дж.Р. Сангинов, С.М. Ахмадзода // Проблемы гастроэнтерологии. – 2023. – №3 (85). – С. 25-30.
- [3-М]. Худжамкулов, А.А. Опухоль Клацкина: особенности клинических проявлений и трудности диагностики [Текст] / А.А. Худжамкулов, Дж.Р. Сангинов, С.М. Ахмадзода, Н.И. Базаров, А.И. Муродов, Н.А.Сафарзода // Симурғ. – 2024. - № 3. – С. 46-56.
- [4-М]. Худжамкулов, А.А. Опухоль Клацкина: распространенность, особенности диагностики и тактики лечения (обзор) [Текст] / Дж.Р. Сангинов, С.М. Ахмедов, А.А. Худжамкулов // Поволжский онкологический вестник. – 2024. – Т. 15, № 4. – С. 7-12.

Мақолаҳо ва фишурдаҳо дар маводҳои конференсияҳо:

- [5-М]. Худжамкулов, А.А. Некоторые аспекты клиники, этиологии, диагностики злокачественных опухолей Клацкина по данным обращаемости в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН Республики Таджикистан [Текст] / А.А. Худжамкулов, Дж.Р. Сангинов, Н.И. Базаров, А.И. Муродов, Б.Ё. Туракулов // Сборник научных статей по итогам работы Международного научного форума «Наука и инновации – современные концепции». - Москва, 8 октября 2021. – С. 148.
- [6-М]. Худжамкулов, А.А. Диагностика и хирургическое лечение злокачественных опухолей проксимальных желчных протоков [Текст] / А.А. Худжамкулов, Дж.Р. Сангинов, С.М. Ахмадзода // XXX Международный Конгресс Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии». – Душанбе, 4-6 октября 2023 г.
- [7-М]. Худжамкулов, А.А. Диагностика и хирургическое лечение злокачественных опухолей проксимальных желчных протоков [Текст] / А.А. Худжамкулов, Дж.Р. Сангинов, С.М. Дилшодов, Б.Ё. Туракулов // Тезисы докладов XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. – Душанбе, 25-27 апреля 2024 г. – С. 553-554.
- [8-М]. Худжамкулов, А.А. Результаты комбинированных операций при местнораспространённом раке желудка [Текст] / Р.З. Юлдошев, А.И. Абдурахмонов, Т.З. Хокироев, С.Т. Джемшедов, С.Т. Дилшодов, Н.Т. Туйчиев, И.К. Ниязов // Тезисы докладов XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. – Душанбе, 25-27 апреля 2024 г. – С. 558.
- [9-М]. Худжамкулов, А.А. Хирургическая тактика при опухолях проксимальных желчных протоков (опухоль Клацкина) [Текст] / А.А. Худжамкулов, Дж.Р. Сангинов, С.М. Ахмадзода // Тезисы докладов XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. – Душанбе, 25-27 апреля 2024 г. – С. 909.

[10-М]. Худжамкулов, А.А. Холангиоцеллюлярная карцинома: вопросы клиники и диагностики [Текст] / А.А. Худжамкулов, Д.Р. Сангинов, С.М. Ахмадзода // Тезисы докладов XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. – Душанбе, 25-27 апреля 2024 г. – С. 553.

[11-М]. Худжамкулов, А.А. Хирургическое лечение кардио-эзофагального рака в Республике Таджикистан [Текст] / А.А. Худжамкулов, Р.З. Юлдошев, А.Ш. Абдуллоев, Д.Ш. Нуралиев, М.М. Холбеков // Тезисы докладов XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. – Душанбе, 25-27 апреля 2024 г. – С. 554.

[12-М]. Худжамкулов, А.А. Некоторые аспекты заболеваемости, этиологии злокачественных опухолей Клацкина по данным обращаемости в МЗ и СЗН Республики Таджикистан [Текст] / А.А. Худжамкулов, Н.И. Базаров, Н.А. Сафарзода, Б.Ё. Туракулов // Тезисы докладов XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. – Душанбе, 25-27 апреля 2024 г. – С. 499.

Патент барои ихтироот

1. Худжамкулов А.А., Сангинов Дж.Р., Ахмадзода С.М., Муродов А.И., Базаров Н.И. Способ лечения злокачественных опухолей печени, проксимальных отделов желчных протоков. Патент Республики Таджикистан на изобретение № ТЈ 1520, выданное 26 июля 2024 года ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҶО, АЛОМАТҶОИ ШАРТӢ

ДДТТ – Донишгоҳи давлатии итиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино
МД «МЧИС» ВТ ва ХИА ҶТ – Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон

МРТ – маҷрои рости талха

МУТ – маҷрои умумии талха

МУҶ – маҷрои умумии ҷигар

МҶ – маҷрои ҷигар

МҶТ – маҷрои чапи талха

ОК – омоси Класкин

ТМР – томографияи магнитӣ-резонансӣ

ТУС – таҳқиқоти ултрасадоӣ

ТК – томографияи компютерӣ

АДАБИЁТҲОИ ИСТИФОДАШУДА

1. Ахмадзода С.М., Сафаров Б.Д., Курбонов Д.М., Саидмуродов А.С., Назуров С.А. Прогностическая ценность инструментальных методов исследования в диагностике осложненных форм злокачественных новообразований печени // *Здравоохранение Таджикистана*. - 2023. - № 4. - С. 10-15.
2. Бозоров Н.И., Муродзода А.И., Махмадов Ф.С. К вопросу организации, алгоритма терапии некоторых проблем у пациентов онкологического профиля, получающих паллиативную помощь // *Авджи Зухал*. - 2024. - № 4. - С. 45-51.
3. Бредер В.В., Базин И.С., Балахнин П.В., Виршке Э.Р., Косырев В.Ю., Ледин Е.В. Практические рекомендации по лекарственному лечению больных злокачественными опухолями печени и желчевыводящей системы. Практические рекомендации RUSSCO, часть 1 // *Злокачественные опухоли*. - 2023. - Т. 13, № 3S2. - С. 494-538.
4. Гранов Д.А., Руткин И.О., Шаповал С.В. Хирургическое лечение внутривенной и гиллюсной холангиокарциномы // *Практическая онкология*. - 2024. - Т. 25, № 2. - С. 91-101.
5. Гурмиков Б.Н. Внутривенный холангиоцеллюлярный рак: принципы хирургического лечения и факторы прогноза выживаемости: дисс... д.м.н. // Б.Н. Гурмиков, Москва, 2023. - 223 с.
6. Ефанов М.Г. Профилактика и лечение тяжёлых осложнений радикальных операций при воротной холангиокарциноме [Текст] // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2024. - Т. 29, № 1. - С. 71-80.
7. Коваленко Ю.А. Хирургическое лечение и прогноз у больных опухолями проксимальных желчных протоков: дис. канд. мед. наук [Текст] / Ю.А. Коваленко. - Москва, 2018. - 220 с.
8. Расулов С.Р., Мухиддинов Н.Д., Юлдошев Р.З., Дилшодов С.А., Расулов К.С. Хирургическое лечение злокачественных опухолей панкреатодуоденальной зоны // *Вестник Академии медицинских наук Таджикистана*. - 2018. - Т. 8, № 4. - С. 475-480.
9. Сангинов Дж.Р., Хусейнзода З.Х. Анализ медицинских услуг онкологическим больным в онкологической службе Республики Таджикистан. Полевые проблемы и перспективы // *Здравоохранение Таджикистана*. - 2021. - № 1. - С. 79-85.
10. Banales J.M., Marin J.J.G., Lamarca A., Rodrigues P.M., Khan S.A., Roberts L.R. Cholangiocarcinoma 2020: the next horizon in mechanisms and management // *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. - 2020. - Vol. 17, № 9. - P. 557-588.
11. Blechacz B. Cholangiocarcinoma: Current Knowledge and New Developments // *Gut Liver*. - 2017. - Vol. 11, № 1. - P. 13-26.
12. Bridgewater J. Systemic treatment of biliary tract cancer: now we have the evidence // *Ann Oncol*. - 2019. - Vol. 30, № 12. - P. 1851-1852.
13. Chandrasekar VT, Faigel D. Diagnosis and treatment of biliary malignancies: biopsy, cytology, cholangioscopy and stenting // *Mini-invasive Surg*. - 2021. - № 5. - P. 33.
14. de Moura DTH, Ryou M, de Moura EGH, Ribeiro IB, Bernardo WM, Thompson CC. Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration and endoscopic retrograde cholangiopancreatography-based tissue sampling in suspected malignant biliary strictures: A

meta-analysis of same-session procedures // *Clin Endosc.* – 2020. – Vol. 53, № 4. – P. 417-428.

15. Engelbrecht M.R., Katz S.S., Van Gulik T.M. et al. Imaging of perihilar cholangiocarcinoma // *Am. J. Roentgenol.* - 2015. – Vol. 204. - P. 782-791.

16. Fujisawa M, Yoshioka R, Takahashi A, Takeda Y, Irie S, Ichida H et al. Central hepatectomy as an alternative: a comparative study with conventional major hepatectomy for perihilar cholangiocarcinoma // *Ann Surg Oncol.* – 2025. – Vol. 32, № 13. – P. 9544-9552.

17. Kitagawa N, Shimizu A, Kubota K, Notake T, Yoshizawa T, Hosoda K et al. Impact of preoperative biliary drainage on postoperative outcomes in patients who undergo major hepatectomy after portal vein embolization for perihilar cholangiocarcinoma // *Surg Today.* – 2025. – Vol. 55, № 12. – P. 1883-1895.

18. Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, Paradis V, Rugge M, Schirmacher P et al. The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system // *Histopathology.* – 2020. – Vol. 76, № 2. – P. 182-188.

19. Nikolić I, Radić J, Petreš A, Djurić A, Protić M, Litavski J et al. The clinical benefit of percutaneous transhepatic biliary drainage for malignant biliary tract obstruction // *Cancers (Basel).* – 2022. – Vol. 14, № 19. – P. 4673.

20. Park R, Kim DH, Choi SH, Kim J, Lee SS, Byun JH et al. Preoperative scoring system for predicting microvascular invasion in intrahepatic cholangiocarcinoma using gadoxetate-enhanced MRI // *Eur Radiol.* – 2025. – Vol. 35, № 12. – P. 7471-7483.

21. Poletto E, Olthof PB, Hoogwater FJH, Erdmann JI, Schnitzbauer AA, Sparrelid E et al. Operative and oncological outcomes of vascular resection and reconstruction for perihilar cholangiocarcinoma // *Ann Surg Oncol.* – 2025. – Vol. 32, № 13. – P. 9597-9607.

22. Qumseya BJ, Jamil LH, Elmunzer BJ, Riaz A, Ceppa EP, Thosani NC et al. ASGE guideline on the role of endoscopy in the management of malignant hilar obstruction // *Gastrointest Endosc.* – 2021. – Vol. 94, № 2. – P. 222-234.

23. Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. Cancer Statistics, 2017 // *CA Cancer J. Clin.* - 2017. – Vol. 67, № 1. - P. 7-30.

24. Siwek M, Chmiel P, Grabowska H, Grąt M, Kraj L. Second-line treatment in cholangiocarcinoma - current state of the art and future perspectives // *Curr Treat Options Oncol.* – 2025. – Vol. 26, № 12. – P. 1061-1077.

25. Soares K.C. Hilar cholangiocarcinoma: diagnosis, treatment options, and management [Text] / K.C. Soares. [et al.] // *Hepatobiliary Surg Nutr.* - 2014. - Vol.3. - №1. - P.18-34.

Аннотация

Хужамкулов Ашурали Акрамович

«Оптимизация диагностики и хирургического лечения злокачественных опухолей проксимальных желчных протоков»

Ключевые слова: холангиокарцинома, опухоль Клацкина, механическая желтуха, желчная гипертензия, криодеструкция, гепатико-еюноанастомоз, резекция гепатикохоледоха, рецидив, выживаемость.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных со злокачественными опухолями проксимальных желчных протоков - опухоль Клацкина (ОК).

Материал и методы исследования: В исследование были включены 82 пациента с ОК в возрасте 19-90 лет, которые в зависимости от объёма и периода оказания специализированной хирургической помощи были разделены на две группы: ретроспективная группа (группа сравнения - 40 (48,8%) пациентов, из них 18 мужчин и 22 женщин) и проспективная группа (основная группа - 42 (51,2%) пациента – 19 мужчин и 23 женщин). Для диагностики заболевания были использованы ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томографии, холангиография и морфологическое исследование биоптатов.

Полученные результаты и их новизна. Проведено изучение частоты встречаемости (по обращаемости), особенности клинического течения, причины и факторы риска развития ОК. Определены качественные индикаторы современных методов лучевой диагностики ОК. Впервые в клинической практике показана эффективность криодеструкции в качестве компонента хирургического лечения ОК. Исследованы ближайшие и отдалённые результаты различных методов хирургического вмешательства при резектабельных ОК. Показано, что чрескожная чреспечёночная холангиография и стентирование желчных протоков является эффективными, доступными и малотравматичными методами декомпрессии желчных путей. Продемонстрировано преимущество двухэтапного подхода в зависимости от сроков заболевания, степени желчной гипертензии, выраженности гипербилирубинемии и общего состояния больного. Разработан способ лечения злокачественных опухолей печени и проксимальных желчных протоков, а также алгоритм комплексной диагностики и пациент-ориентированного индивидуализированного лечения ОК.

Рекомендации по использованию. Для повышения эффективности хирургического лечения ОК важнейшим условием является ранняя её диагностика, осуществляемая с учётом выявленной клинической семиотики и факторов риска развития, на основе разработанного алгоритма. Практическое применение криохирургии как эффективного резекционного метода может быть использовано при злокачественных новообразованиях желчных протоков при соответствующих технологических условиях и подготовленности специалистов. При выраженной механической желтухе и тяжёлом состоянии больных, обусловленных признаками острой печеночной недостаточности и сопутствующими заболеваниями, оптимальным методом является двухэтапное хирургическое вмешательство.

Область применения: онкология, хирургия

Аннотатсия

Хучамқулов Ашурали Акрамович

“Оптимизатсияи ташхис ва табобати ҷарроҳии омосҳои бадсифати маҷроҳии проксималии талха”

Калимаҳои калидӣ: холангиокарсинома, омоси Клатскин, зардшавии механикӣ, гипертензияи билиарӣ, криодеструксия, гепатико-еюноанастомоз, резексияи гепатикохоледох, ретсидив, зиндамонӣ.

Мақсади таҳқиқот: Беҳтар намудани натиҷаҳои ташхис ва табобати ҷарроҳии беморони гирифтори омосҳои бадсифати маҷроҳии проксималии талхарав - омоси Клатскин (ОК).

Усулҳои таҳқиқот ва таҷҳизотҳои истифодашуда. Дар таҳқиқот дохил карда шуданд 82 бемори синну солашон 19-90 сола бо ташхиси ОК, ки онҳо дар вобастагӣ аз ҳаҷм ва давраи расонидани кумаки махсусгардонидашудаи ҷарроҳӣ ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: гуруҳи ретроспективӣ (гуруҳи муқоисавӣ - 40 (48,8%) беморон, аз онҳо 18 мардҳо ва 22 занҳо) ва гуруҳи проспективӣ (гуруҳи асосӣ - 42 (51,2%) бемор – 19 мардҳо ва 23 занҳо). Барои ташхиси беморӣ истифода бурда шуданд таҳқиқоти фаросавтӣ, томографияи компютерӣ ва магнитӣ-резонансӣ, холангиография ва таҳқиқоти морфологии биоптатҳо.

Натиҷаҳои бадастомада ва навгонии онҳо. Омӯзиши басомад вохӯрӣ (аз рӯйи муроҷиат), хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ, сабабҳо ва омилҳои хатари инкишофи ОК гузаронида шуд. Индикаторҳои сифатии усулҳои муосири ташхиси нурии ОК муайян карда шуданд. Бори нахуст дар таҷрибаи клиникӣ самаранокии криодеструксия ба сифати компоненти табобати ҷарроҳии ОК нишон дода шудааст. Натиҷаҳои наздик ва дури табобати усулҳои гуногуни амалиётҳои ҷарроҳӣ ҳангоми омосҳои ҷарроҳишавандаи маҷроҳии проксималии талхарав таҳқиқ карда шудаанд. Нишон дода шуд, ки холангиографияи тариқичигарии тариқипӯстӣ ва стентгузрии маҷроҳии талхарав аз ҷумлаи усулҳои самаранок, дастрас ва камосеби декомпрессияи маҷроҳии талхарав ба ҳисоб мераванд. Бартари равиши думарҳилавии табобатӣ дар вобастагӣ аз муҳлати давомнокии беморӣ, дараҷаи гипертензияи роҳҳои талхарав, возеҳии гипербилирубенимия ва ҳолати умумии бемор нишон дода шудааст. Тарзи табобати омосҳои бадсифати ҷигар ва маҷроҳии проксималии талхарав, инчунин алгоритми ташхиси комплексӣ ва табобати инфиродишудаи ба бемор нигаронидашудаи ОК таҳия карда шудааст.

Тавсияҳо барои истифода. Барои баланд бардоштани самаранокии табобати ҷарроҳии ОК ташхиси барвақти он ба ҳисоб меравад, ки бо назардошти семиотикаи клиникӣ ошкор кардашуда ва омилҳои хатари инкишофи ОК, дар асоси алгоритми таҳияшуда амалӣ карда мешавад. Истифодаи амалии криоҷарроҳӣ ҳамчун усули самаранокии резексионӣ метавонад ҳангоми ҳосилаҳои бадсифати маҷроҳии талха дар шароити муносиби технологӣ ва омодагии мутахассисон ба кор бурда шавад. Ҳангоми зардпарвини механикӣ возеҳ ва ҳолати вазнини бемор, ки дар асари аломатҳои норасоии шадиди ҷигар ва бемориҳои ҳамроҳшуда ба вучуд омадаанд, усули оптималӣ амалиёти ҷарроҳии думарҳилагӣ ба ҳисоб меравад.

Соҳаи татбиқ: саратоншиносӣ, ҷарроҳӣ.

Abstract

Khujamkulov Ashurali Akramovich

“Optimization of diagnostics and surgical treatment of malignant tumors of the proximal bile ducts”

Keywords: cholangiocarcinoma, Klatskin tumor, mechanical jaundice, biliary hypertension, cryodestruction, hepatic-jejunostomy, resection of the common bile duct, relapse, survival

The purpose of the study: Improving the results of diagnostics and surgical treatment of patients with malignant tumors of the proximal bile ducts - Klatskin tumor (KT).

Research methods and equipment used: The study included 82 patients with OC aged 19-90 years, who, depending on the volume and period of specialized surgical care, were divided into two groups: a retrospective group (comparison group - 40 (48.8%) patients, including 18 men and 22 women) and a prospective group (main group - 42 (51.2%) patients - 19 men and 23 women). To diagnose the disease were used ultrasound, computed tomography and magnetic resonance imaging, cholangiography and morphological examination of biopsies.

The results obtained and their novelty. A study was conducted on the incidence (by number of visits), clinical features, causes and risk factors for the development of KT. Qualitative indicators of modern methods of radiation diagnostics of KT were determined. For the first time in clinical practice, the effectiveness of cryodestruction as a component of surgical treatment of KT was demonstrated. The immediate and long-term results of various surgical methods for resectable KT were studied. It was shown that percutaneous transhepatic cholangiography and bile duct stenting are effective, accessible and minimally invasive methods of biliary tract decompression. The advantage of a two-stage approach depending on the disease duration, the degree of biliary hypertension, the severity of hyperbilirubinemia and the general condition of the patient was demonstrated. A method for the treatment of malignant tumors of the liver and proximal bile ducts, as well as an algorithm for comprehensive diagnostics and patient-oriented individualized treatment of KT, were developed.

Recommendations for use. To improve the effectiveness of surgical treatment for bile duct cancer, early diagnosis is crucial. This diagnosis is based on the developed algorithm and takes into account the clinical semiotics and risk factors. Cryosurgery, as an effective resection method, can be used for malignant bile duct tumors under appropriate technological conditions and specialist training. In cases of severe mechanical jaundice and severe patient conditions due to signs of acute liver failure and comorbidities, a two-stage surgical intervention is the optimal method.

Application area: oncology, surgery.