

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ИЗАТИЛЛАЕВ ИБРОИМЖОН РАХМАДЖОНОВИЧ

**ПЕРФОРАЦИЯЛАНГАН ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАСИ
ЖАРРОҲЛИГИДА ПИЛОРУС САҚЛОВЧИ
ДУОДЕНОПЛАСТИКАНИНГ ЎРНИ ВА ЖОЙИ**

14.00.27 – Хирургия

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

АНДИЖОН – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor philosophy (PhD)

Изатиллаев Иброимжон Рахмаджонович

Перфорацияланган ўн икки бармоқли ичак яраси жарроҳлигида пилорус сақловчи дуоденопластиканинг ўрни ва жойи..... 3

Изатиллаев Иброимжон Рахмаджонович

Роль и место пилоросохраняющей дуоденопластики в хирургии прободной дуоденальной язвы..... 23

Izatillayev Ibroimjon Rakhmadjonovich

The role and significance of pylorus-preserving duodenoplasty in surgery for perforated duodenal ulcer..... 43

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 46

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ИЗАТИЛЛАЕВ ИБРОИМЖОН РАХМАДЖОНОВИЧ

**ПЕРФОРАЦИЯЛАНГАН ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАСИ
ЖАРРОҲЛИГИДА ПИЛОРУС САҚЛОВЧИ
ДУОДЕНОПЛАСТИКАНИНГ ЎРНИ ВА ЖОЙИ**

14.00.27 – Хирургия

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

АНДИЖОН – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2021.3.PhD/Tib2157 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.adti.uz) ва «Ziyonet» ахборот таълим портали (www.ziyonet.uz) манзилларига жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Ботиров Акрам Кодиралиевич тиббиёт фанлари доктори, доцент
Расмий оппонентлар:	Халиков Сарвар Пулатович тиббиёт фанлари доктори Мусашайхов Хусанбой Таджибаевич тиббиёт фанлари доктори, доцент
Етакчи ташкилот:	Самарқанд давлат тиббиёт университети

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2022 йил «__» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

Диссертация билан Андижон давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (____-рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50.

Диссертация автореферати 2022 йил «__» _____ да тарқатилди.

(2022 йил «__» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

М.М. Мадазимов

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

М.Ф. Нишанов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

Б.Р. Абдуллажанов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, дунё аҳолисининг 10-15 фоизи ўн икки бармоқли ичак яра касаллигидан (ЎБИЯК) азият чекмоқда¹. Тешилган дуоденал яраси (ТДЯ) ҳозирги кунга қадар частота структурасида (10-20%) ва ўлим даражасида (2,0-20%) етакчи ўринни эгаллаб келмоқда. Шу билан бирга, хирургик даволаш натижалари қониқарли эмас. ЎБИЯК ни даволашдаги икки асрлик тажрибага қарамасдан, шунингдек, унинг тешилиш билан асоратланиши ошқозон хирургиясида маълум бўлган барча оператив аралашувларни апробация қилиш ва қўллашга имкон берди. Бунда кўплаб клиникаларда ярани тикиш беморларнинг 45-80 фоизида амалга ошириладиган асосий шошилиш ташрих бўлиб қолмоқда. Бироқ, бу ташрих паллиатив бўлиб, 34-85% ҳолларда такрорий ташрихни талаб қилади.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда ўзгарувчан ва ўзгармайдиган омиллар белгиларини, шу жумладан, пилородуоденал яралар ва улар билан боғлиқ асоратларни шаклланишига олиб келадиган потенциал патогенетик механизмларни ўрганиш энг долзарб тадқиқотлар бўлиб қолмоқда. Бир қатор муаллифлар шароит мавжуд бўлганда ТДЯда бирламчи резекция қилишни тавсия қиладилар. Шу билан бирга, паллиатив ташрихларнинг принципиал тарафдорлари фақат айрим ҳоллардагина бирламчи ошқозон резекцияси (ОР) кўрсатма бўла олади деб ҳисоблашади. ТДЯ шошилиш хирургиясида ОР билан бир қаторда ваготомия қўлланилади. Аммо, клиник материалларнинг йиғилиши ва узоқ муддатли натижаларни ўрганиш билан маълум бўлдики, улардан кейин постваготом ва постгастрорезекцион синдромларнинг частотаси тахминан бир хил частотада ривожланади ва 10-40% ни ташкил қилади.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг замонавий босқичида консерватив ва хирургик даволаш, профилактиканинг илғор технологияларини жорий этиш орқали ТДЯ кузатилган беморларни даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу йўналишда, хусусан, ПДЯ билан оғриган беморларни хавфсиз даволаш ва профилактика қилиш усуллари сифатини оширишда ижобий натижаларга эришилган. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган². Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, хирургик тактикани оптималлаштириш ва ТДЯни кесиб олиш ва пилорус сақловчи дуоденопластика (ДП) қилиш усули ва техник жиҳатларини такомиллаштириш орқали ТДЯни хирургик даволаш натижаларини яхшилаш, ушбу патологиянинг юқори клиник аҳамияти сабаб хирургик

¹ <https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/indicator-groups/indicator-group-details/MDB/peptic-ulcer-disease>

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

гастроэнтерологиянинг ва умуман олганда, тиббиётнинг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги ва 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилич тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармонлари, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 26 июлдаги ПҚ–5198-сон «Аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини янада яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори, шунингдек, ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мувофиқлиги. Тадқиқот иши республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI “Тиббиёт ва фармакология” устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Замонавий хирургия амалиётида, хусусан, Ўзбекистонда ҳам ТДЯ оқибатидаги ташрихлар энг тез-тез учрайдиган аралашувлардан биридир (Хаджибаев А.М., 2020; Хакимов М.Ш., 2021; Вачев А.Н., 2018; Сажин А.В., 2019; Kim H.I., 2021, Konishi T., 2021). Ҳозиргача ЎБИЯК нинг ушбу асоратида хирургик аралашувларнинг деярли барча усуллари қўлланилади. Бироқ, асосий ташрих усули тешилган ярани тикиш бўлиб қолмоқда, унинг тарафдорлари ушбу ташрихни бажариш осон, узок вақт талаб қилмайди ва шошилич хирургиянинг асосий – беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш талабига жавоб беради деб таъкидлайдилар (Крилов Н.Н., 2016; Masood A., 2021). Гарчи уни амалга ошириш яранинг битмаслиги ва қайталаниши, шунингдек, кўпинча суб - ва декомпенсацияланган пилородуоденал стенозга олиб келадиган кўпол ярачандикли деформациялар туфайли коникарсиз узок муддатли натижалар билан якунланади.

Шу билан бирга, бир қатор маҳаллий ва хорижий жарроҳлар, маълум кўрсатмаларга кўра, ОРни амалга оширадилар, чунки у патогенетик жиҳатдан асосланган бўлиб, аксарият ҳолларда беморни бу азобдан даволайди. Аммо, перитонит ва анастомоз чоклари ҳамда ўн икки бармоқли ичак чўлтоғининг етишмовчилиги ривожланиши туфайли беморнинг дастлабки оғир ҳолати фонида ушбу ташрихни бажариш хавфли.

Тешилган пилородуоденал ярани кесиб олиш ва Джадд-Танаке, Гейнеке-Микулич, Финней усуллари ва уларнинг модификациялари бўйича пилородуоденопластика қилиш кўринишидаги ошқозонни дренажлаш ташрихларини амалга оширадиган жарроҳларни алоҳида таъкидлаш лозим. Ушбу тадқиқотчилар патологик субстратни, яъни, ярани олиб ташлаш, ошқозон таркибини эркин эвакуацияси учун шароит яратилиши билан боғлиқ ҳолда бу усулларнинг самарадорлигини қайд этадилар. Бироқ пилородуоденопластиканинг ушбу усуллари дуоденогастрал рефлюкс,

демпинг синдроми каби патогномик синдромларнинг юқори частотасига сабаб бўлувчи пилорик сфинктернинг “кўп қиррали” функциясини бузилиши билан бирга кузатилади.

Гастродуоденал комплекснинг асосий ажралмас бўғини пилорик сфинктер ва унинг фаолиятини назорат қилувчи механизмлардир. Ошқозоннинг мотор-эвакуатор функциясини таъминлашда етакчи рол ўйнайдиган гастродуоденал комплекснинг анатомик шаклини сақлаш ва тиклаш радикал дуоденопластика орқали амалга оширилади (Оноприев В.И., 1995; 2006).

Амалиёт шифокорлари дренажловчи амалиётларда пилорик сфинктер бутунлигининг бузилиши ҳисобига эвакуация ва секреция механизмларининг бузилиши туфайли дуоденогастрал рефлюкс (ДГР), демпинг синдроми, диарея, ишқорий рефлюкс-гастрит, яраларнинг тузалмаслиги ёки қайталаниши, ошқозон яраси ва саратон касаллигининг пайдо бўлиш частоталарини сезиларли даражада оширишига тобора кўпроқ ишонч ҳосил қилмоқдалар (Оноприев В.И., 1995; Генрих С.Р., 1995; Рахметов Н.Р., 2004; Бондарев В.И. и соавт, 2004; Чернов В.Н., 2013; Василенко Л.И., 2015; Бебуришвили А.Г. и др., 2018; Никитин В.Н., 2019; 2020).

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, ҳозирги кунга қадар ташхисот ва даволаш дастурлари ТДЯ билан оғриган беморларда хирургик тактикани аниқлашда умумий ёндашувларни акс эттирмайди. Бунда, кўпчилик жарроҳлар антисекретор ва антихеликобактер терапия самарадорлигига қарамай, ўн икки бармоқли ичак ярасининг қайталаниши хавфи юқори бўлишидан кўрқиб, изолирланган кам травматик ташрихларни (хусусан, ТДЯ ни изолирланган ҳолда кесиб олиш ва пилорус сақловчи дуоденопластика қилиш) бажаришдан тийилишади. Шунингдек, ТДЯ ни кесиб олиш ва пилорус сақловчи ДП билан пилорус яхлитлигини бузувчи пилородуоденопластика (ПДП) қилишда гастродуоденал комплекснинг функционал ҳолатини ҳар томонлама қиёсий баҳолашга бағишланган тадқиқотлар мавжуд эмас, бу эса ушбу тадқиқотни амалга ошириш заруратини яратди.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институтининг илмий ишлари режасига мувофиқ “Инсон хирургик касалликларини ташхислаш ва даволашда янги технологияларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш” илмий лойиҳаси (2018-2023 й.) ҳамда ИТИ дастури (№01.07.0069) доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади диагностика ва даволаш алгоритмларини, шунингдек, пилоруссақловчи усулларни ва ярани кесиб олиш ҳамда дуоденопластика қилиш ташрихининг техник жиҳатларини такомиллаштириш орқали ўн икки бармоқли ичакнинг тешилган яраларини хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

тешилган дуоденал ярани пилорус сақловчи кесиб олиш ва дуоденопластика қилиш усули ҳамда унинг техник жиҳатларини такомиллаштириш;

пилорик сфинктернинг яхлитлигини бузган ва сақлаган ҳолда тешилган дуоденал ярани кесиб олишнинг яқин муддатдаги натижаларини аниқлаш;

тешилган дуоденал яраларда хирургик тактикани оптималлаштириш имконини берувчи ташхисот ва даволаш алгоритмларини ишлаб чиқиш;

пилородуоденал ярани кесиб олиш ва пилорус сақловчи дуоденопластика қилиш ёки пилородуоденопластика қилишдан кейин меъданинг секретор ва мотор-эвакуатор функцияларини ўрганиш орқали ошқозоннинг функционал ҳолатини қиёсий жиҳатдан аниқлаш;

пилорус сақловчи дуоденопластика ва пилорусни бузувчи пилородуоденопластикада тешилган дуоденал яраларни хирургик даволаш натижаларини қиёсий баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2001 йилдан 2020 йилгача бўлган даврда Андижон давлат тиббиёт институти клиникасида ТДЯ ни кесиб олиш сўнгра пилородуоденопластика (пилорик сфинктер яхлитлигини бузувчи) ёки дуоденопластика (пилорик сфинктер яхлитлигини сақловчи) ташрихи амалга оширилган 479 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети ташрихдан кейинги асоратларни олдини олиш учун пилорус сақловчи дуоденопластиканинг самарадорлигини баҳолашдан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни ҳал қилиш учун умумий клиник, лаборатор, инструментал, махсус ва статистик тадқиқот усуллари қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги куйидагилардан иборат:

ташрихдан кейинги асоратларнинг юқори частотаси, шунингдек, узоқ муддатдаги қониқарсиз натижалар туфайли пилорик сфинктернинг яхлитлиги бузилиши билан пилородуоденал яраларни кесиб олишнинг нисбатан паст самарадорлиги аниқланган;

пилородуоденал яраларни пилорик сфинктерни сақлаган ҳолда кесиб олиш ва дуоденопластика қилиш усули ҳамда унинг техник жиҳатлари такомиллаштирилган;

пилородуоденал яраларда хирургик тактикани оптималлаштиришга имкон берувчи такомиллаштирилган диагностика ва даволаш алгоритмлари ишлаб чиқилган;

пилородуоденал ярани кесиб олиш ва пилорус сақловчи дуоденопластика қилиш, шунингдек, Джадд-Танаке, Гейнеке-Микулич ва Финней бўйича пилородуоденопластика қилишда меъданинг секретор ва мотор-эвакуатор функцияларини ўрганиш орқали гастродуоденал комплекснинг функционал ҳолатининг ўзига хос хусусиятлари аниқланган;

пилорус сақловчи дуоденопластиканинг такомиллаштирилган усуллари ва техник жиҳатларини, шунингдек ташхисот ва даволаш алгоритмларини

ишлаб чиқиш ва жорий этиш орқали хирургик тактикани оптималлаштириш пилородуоденал яраларни хирургик даволаш натижаларини яхшилаши исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

тешилган дуоденал ярани кесиб олиш ва пилорус сақловчи дуоденопластика қилиш пилорик сфинктернинг “кўп қиррали” функциясининг яхлитлигини бузмаган ҳолда ярани олиб ташлаш ва энг физиологик шароитларда меъданинг дренажлаш функциясини тиклашга имкон бериши исботланган;

тешилган дуоденал ярани кесиб олиш ва пилорус сақловчи дуоденопластика қилишнинг такомиллаштирилган усулини амалга ошириш кўрсатмаларига аниқлик киритилган;

ТДЯ ни кесиб олиш ва пилорус сақловчи дуоденопластика қилишнинг таклиф этилган усули физиологикликни сақлашга, специфик асоратларни камайтиришга ҳамда узок муддатдаги аъло ва яхши натижаларни яхшилашга имконг бериши аниқланган;

ТДЯ да тавсия этилган ташхисот ва даволаш алгоритмларидан фойдаланиш эрта ташхислаш, шунингдек, адекват оператив амалиётни танлаш имконияти туфайли хирургик тактикани оптималлаштириши исботланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Натижаларнинг ишончлилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, лаборатор ва инструментал диагностиканинг замонавий усулларидан фойдаланилганлиги, услубий ёндашувлар ҳамда статистик таҳлил жамланмаларининг тўғри қўлланилганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва берилган тавсиялар назарий аҳамиятга эга бўлиб, пилорик сфинктернинг яхлитлигини бузилишига олиб келувчи ташрих амалиётлари натижаларини таҳлил қилган ҳолда унинг “кўп қиррали” функциясини сақлашга оид билим ва кўникмаларни ривожлантиришга, шунингдек, специфик асоратлар ривожланиш механизмларини ўрганишга муҳим ҳисса қўшиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, ташрих усуллари ва унинг техник жиҳатларини такомиллаштириш, шунингдек, ташхисот ва даволаш алгоритмларини ишлаб чиқиш ҳамда ва жорий этиш орқали ТДЯ да хирургик тактикани оптималлаштириш ташрихдан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатларини камайтиришга, хирургик даволашнинг узок муддатли натижаларини яхшилашга имкон берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Ўн икки бармоқли ичакнинг тешилган яраларини хирургик даволаш натижаларини яхшилаш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида:

«Ўн икки бармоқли ичакнинг тешилган яраларида пилорус сақловчи дуоденопластиканинг такомиллаштирилган усули» номли услубий

тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 3 октябрдаги 08-30392-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар меъданинг мотор-эвакуатор функциясини функционал хусусиятли бузилишлари частотасини 6,9% га, дуоденогастрал рефлюксни 13,7% га, демпинг синдромини - 11,6% га ва диареяни 2,6% га, шу билан бирга, умумий асоратлар частотасини 22,4% га камайтириш имконини берган;

олинган илмий натижалар соғлиқни сақлашнинг амалий фаолиятига, хусусан, Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий марказининг Андижон ва Наманган филиалларига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 3 октябрдаги 08-30392-сон маълумотномаси). Тадқиқот натижаларини жорий этиш пилорик сфинктернинг “кўп қиррали” функциясининг яхлитлигини бузмасдан патологик субстратни олиб ташлаш ва энг физиологик шароитларда меъданинг дренажлаш функциясини тиклаш, шунингдек, ишлаб чиқилган ташхисот ва даволаш алгоритмлари тешилган ўн икки бармоқли ичак ярасида хирургик тактикани оптималлаштириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 3 та ҳалқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 12 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 2 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, тўртта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

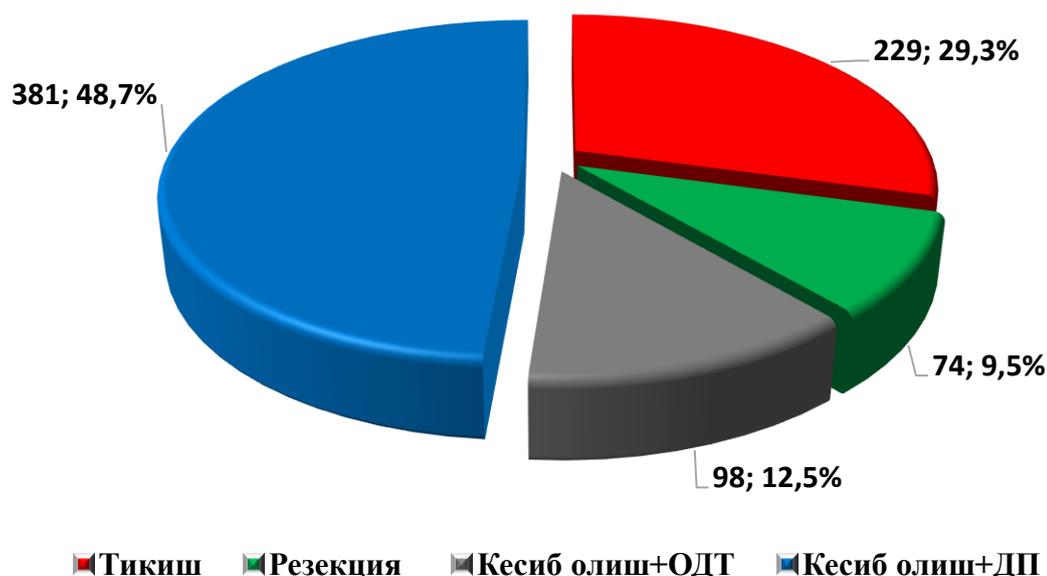
Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги асосланган, тадқиқот мақсади, вазифалари шакллантирилган, натижаларнинг илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти баён қилинган, тадқиқот натижалари апробацияси ва чоп этилганлиги, диссертация ҳажми ва тузилиши тўғрисида маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **“Тешилган дуоденал яраларни хирургик даволаш муаммоларининг тарихий жиҳатлари ва замонавий ҳолати”** деб номланган биринчи бобида ТДЯ ни хирургик даволаш муаммосининг моҳиятини очиб берувчи, диагностика ва даволашнинг замонавий усулларига ҳамда ушбу патология билан оғриган беморларда асоратларни олдини олишнинг долзарб масалаларига оид адабиётлар шарҳи баён этилган.

Диссертациянинг **иккинчи бобида** материалларнинг клиник хусусиятлари ва қўлланилган тадқиқот усуллари ҳақида маълумотлар берилган. Охириги 20 йил давомида (2001-2020-йиллар) жарроҳлик касалликлари ва урология кафедраси негизида 782 нафар ўн икки бармоқли

ичак яраси (ЎБИЯК) тешилиши билан асоратланган беморларда ташрих ўтказилган. Улардан 229 (29,3%) беморда ТДЯ тикилган, 74 (9,4%) беморда ошқозон резекцияси (ОР) ўтказилган. Шу билан бирга, 98 (12,5%) беморда ТДЯни кесиб олиш ва ошқозонни дренажловчи ташрихлар (ОДТ) – Джадд-Танаке, Гейнеке-Микулич ва Финней бўйича пилородуоденопластика қилиш, 381 (48,7%) нафарида эса ТДЯни кесиб олиш ва пилорик сфинктер (ПС) яхлитлигини сақлаб қолган ҳолда дуоденопластика (ДП) қилиш амалиётлари бажарилган.

Тешилган ДЯ туфайли ташрих ўтказилган беморлар сонининг нисбати 1-расмда кўрсатилган.



1-расм. Охириги 20 йил ичида ТДЯ да беморларнинг сони ва хирургик аралашув турлари.

Тадқиқотнинг мақсади ва вазифаларидан келиб чиққан ҳолда, фақатгина ТДЯ кесиб олиш ҳамда пилородуоденопластика (ПС яхлитлигини бузувчи) ва дуоденопластика (ПС яхлитлигини сақловчи) ўтказилган беморлар ушбу тадқиқот материали ҳисобланди. Шу муносабат билан, ошқозон резекцияси амалга оширилган ва ТДЯ тикилган беморлар таҳлил қилинмаган.

Фақат 479 беморлар тадқиқотимиз предмети бўлди. Улардан 381 таси (79,5%) асосий гуруҳни, 98 таси (20,5%) эса таққослаш гуруҳини ташкил қилди (2-расм).

Тешилиш билан асоратланган ДЯ билан оғриган беморларни ёшга қараб тақсимлаш ЖССТ Халқаро ёш таснифига мувофиқ амалга оширилди, яъни 4 ёш гуруҳлари ажратилди: 1) ўсмирлик, 2) ёш, 3) ўрта ёки етук, 4) қариялар. Шу билан бирга, кекса (60-74 ёш) ва кекса (75-90 ёш) беморлар бир гуруҳга бирлаштирилди. Беморларимиз орасида узоқ умр кўрадиганлар (90 ёшдан ошган) кузатилмади.

Назорат ва тадқиқот гуруҳларида беморларнинг жинси ва ёши бўйича тақсимланиши сезиларли фарқга эга эмас. Бу бизга ушбу маълумотларни бирлаштирилган шаклда тақдим этиш имконини берди (1-жадвал).

1-жадвал

Беморларнинг жинси ва ёши бўйича тақсимланиши.

Жинси	Ёши (йилларда)								Жами	
	19 ёшгача		19-44		45-59		60 ва катта			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Эркаклар	59	12,3	323	67,4	54	11,3	16	3,3	452	94,4
Аёллар	3	0,6	13	2,7	9	1,9	2	0,4	27	5,6
Жами	62	12,9	336	70,1	63	13,2	18	3,7	479	100

Перфорацияланган ДЯ билан оғриган беморларда ЎБИЯК асоратларининг хусусиятлари 2-жадвалда келтирилган.

2-жадвалдан кўришиб турибдики, беморларнинг деярли 2/3 қисмида - 287 (59,9%), оператив аралашувлар пайтида ЯК нинг бошқа асоратлари аниқланмади. Шу билан бирга, ТДЯ билан биргаликда, турли даражадаги пилородуоденал стеноз билан оператив аралашувлар амалга оширилди - 156 (32,5%). Улардан 106 нафари (22,1 фоиз) стенозни компенсация боскичида, 34 нафари (7,1 фоиз) субкомпенсация боскичида, 16 нафари (3,3 фоиз) нафари эса декомпенсация боскичларида қилинган. ТДЯ нинг пенетрацияси ва яра тешигини ўн икки бармоқли ичакнинг ён деворидаги локализацияси билан комбинацияси, шунингдек, "ойна" яралар мавжудлиги 17 (3,6%) беморларда топилган. Бундан ташқари, 19 (2,6%) беморда ТДЯ пенетрацион ва пилородуоденал стеноз билан биргаликда аниқланган.

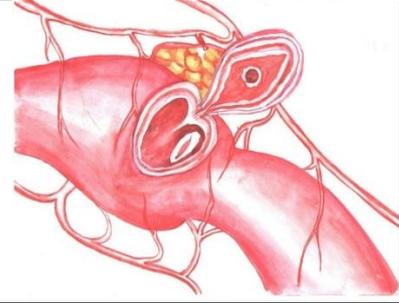
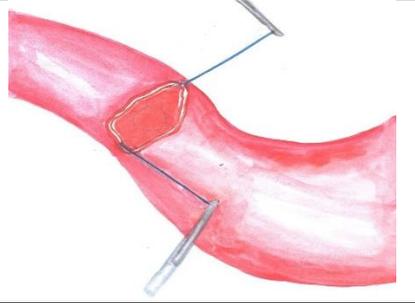
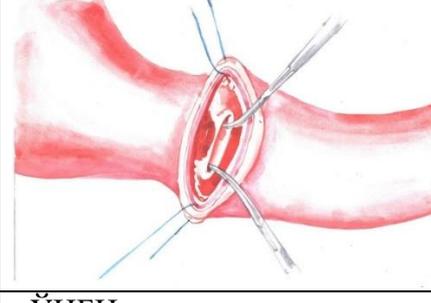
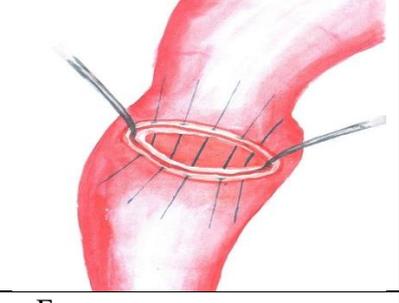
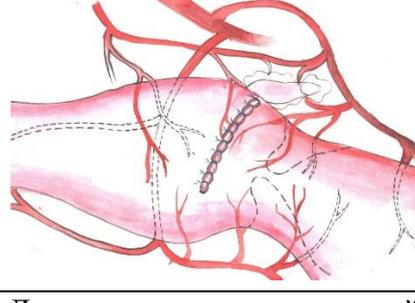
2-жадвал**ТДЯ билан оғриган беморларда ЎБИЯК асоратларининг хусусиятлари**

ЎБИЯК асоратларининг хусусиятлари	Беморлар сони	
	Абс	%
Перфорация:		
-асоратсиз	287	59,9
Стеноз:		
-компенсирланган	106	22,1
-субкомпенсирланган	34	7,1
-декомпенсирланган	16	3,3
Пенетрация	17	3,6
Асоратларнинг бирга учраши	19	4,0
Жами	479	100

ТДЯ билан оғриган беморларда хамрох терапевтик хасталиклари бор 65 (13,6%) нафар беморда аниқланган. Улардан юрак-қон томир тизими касалликлари - 20 (4,2%), нафас олиш аъзолари - 7 (1,5%), шунингдек, жигар, ўт йўллари - 8 (1,7%) ва буйрақлар билан сийдик чиқариш йўлларини терапевтик патологиясида - 16 (3,3%). Шу жумладан, 4 (0,8%) ҳолатда биз ошқозон ости беши патологиясини ва 10 та (2,1%) - спастик колит кўринишидаги ичак касалликларини аниқладик.

Диссертациянинг “ТДЯни кесиб олиш усуллари ва тамойиллари. Яқин муддатдаги натижалар” деб номланган учинчи бобида ТДЯда пилорусни сақлайдиган дуоденопластика усулини такомиллаштириш бўйича тадқиқотлар натижалари тақдим этилган.

Пилорусни сақлайдиган дуоденопластиканинг такомиллаштирилган услубида ўн икки бармоқли ичакни Кохер буйича мобилизация қилишнинг ҳожати йўқ, фақат ўткир йулла билан чегараланган "мантия" нинг периульцероз чандиқли қисмини синчковлик билан кесиш амалга оширилади, бу деворларининг контурларини очади, торайган қисмини ва ярали чандиқ майдони кўринади. Бундай ҳолда, кўпинча ўн икки бармоқли ичак девори билан эркин боғланган шишли чандиқли мантия кесилганидан сўнг, патологик ўзгаришлар камроқлиги аниқланади ва жарроҳ тешилиш атрофида ўн икки бармоқли ичакнинг ўзгармаган деворини очади. Бундан ташқари, яранинг локализациясига қараб, ўнг ошқозон-кичик чарви ва панкреатодуоденал артерияларнинг шикастланишлари кузатилмайди. Пилорик сфинктернинг "кўп қиррали" функциялари билан яхлитлиги ва бутунлиги сақланиб қолинган дуоденал мускуллар ва шиллиқ қаватлари имкон қадар сақланиб қолинади. Бунга ошқозон ўқиға паралел бўлган ўн икки бармоқли ичакнинг ўқиға кўндаланг йўналишда чегараланган кесиклар билан ТДЯни аниқ кесиш орқали эришилди (3-расм).

		
ЎИБИ олд деворидаги тешилган яра	ТДЯ ни қиррали кесмалар билан кесиш	Периульцероз чандиқли «мантия» диссекцияси
		
ЎИБИ орқа деворидаги яра четларини кесиш ва экстрадуоденизация қилиш	Бир қаватли прецизион, сероз-мушак-шиллик ости адаптацион тугунли чоклар билан дуоденопластика қилиш	Дуоденопластиканинг якуний кўриниши

3-расм. Пилорус сақловчи дуоденопластиканинг такомиллаштирилган усули

Шундан сўнг, ўн икки бармоқли ичакнинг олд латерал деворининг яраси соғлом тўқималар чегарасигача электр пичоқ билан кесилди, сўнгра ўн икки бармоқли ичакни кесилган соҳасидан орқали ошқозон трубкаси олиб чиқилади, декомпрессия учун назогастродуоденал трубка ўрнатилади; унинг проксимал учи беморнинг бурни орқали ташқарига чиқарилади. Ичак деворининг яхлитлиги дуоденопластика орқали бир қаторли чоклар билан тикланади, сероза-мушак-шилиқости қаватлари тикиб боғланади, тугун ташқи томонда булади. Бундай ҳолда, тикувлар орасидаги масофа 0,5 см бўлиши керак ва кесма четидан чуқурлик яранинг проксимал томонидан пилорик сфинктернинг тўқималарини ушламасдан 0,5 см ва ундан 0,8-1,0 см гача яранинг дистал қирғоғидан тикувлар бўлиши керак, туқималарни зич ёпишишни таъминлайди. Декомпрессия найсаси устидаги бир қаторли сероз-мушак-шиллиғости чокларнинг тугунлари маҳкамланганда дуоденопластиканинг физиологик герметиклигини ва механик мустаҳкамлиги таъминланади.

Ушбу операция усули дуоденопластикани кўприксимон туриги ўхшаш бўлиб, қуйидаги афзалликларга эга: 1) ошқозон ва умуман пилорик сфинктернинг яхлитлигини, уларнинг нейроваскуляр алоқалари билан сақлашга имкон беради, бу эса озик-овқатнинг қисман булиб булиб эвакуация қилинишни таъминлайди. ошқозон-ичак тракти бўйлаб табиий ўтишни сақлаш; 2) ваготомиясиз пилорусни сақлайдиган ДП билан ярани кесилгандан сўнг, операциядан кейинги эрта босқичларда овқат ҳазм қилиш тикланади, аммо яранинг қайталаниши хавфи юқори булиб қолаверади, бу ўрганилаётган беморларда режали равишда СПВ ни талаб қилади. Биз схема бўйича "медикаментоз ваготомия" техникасини муваффақиятли қўлладик; 3) пилородилация ички деворнинг кенгайишига ва пилорик сфинктернинг бушлигини кенгайишига олиб келади, бу эса ушбу техникага курсатмаларни кенгайтиради; 4) поливинилхлорид зондини тарк этиш ҳудудни ва ЎИБИни декомпрессиялашни таъминлайди, шу билан тикувнинг бузилишининг олдини олиш чораси ҳисобланади; 5) ичак чокларини қўллаш техникаси ўн икки бармоқли ичакнинг дренаж функциясини бузмасдан тиклашга имкон беради.

Хирургик тактикани аниқлашда, назорат гуруҳидаги беморларда биз ишлаб чиққан ва амалга оширилган диагностика ва даволаш алгоритмига риоя қилдик (4 ва 5-расм).

Ошқозон хирургиясига хос бўлган операциядан кейинги асоратлар 3-жадвалда келтирилган. Кўриниб турибдики, 27 беморда ДГР ташхиси қўйилган. ДГР ташхисининг асосий текшириш усули ФГДС булади. ДГР назорат гуруҳида 16 (16,3%) ҳолатда, асосий гуруҳда эса фақат 11 (2,9%) ҳолатда ташхис қўйилган. Бундан ташқари, назорат гуруҳидаги унинг намоён бўлиши клиник кўринишда намоён бўлган ва пилорик сфинктернинг яхлитлигини бузиш билан олдиндан белгилаб қўйилган эди. Тадқиқот гуруҳидаги беморларда ҳеч қандай шикоятлар йўқ эди ва назорат эндоскопик текшируви давомида ДГР мавжудлиги аниқланди.

Ташрихдан кейинги эрта даврдаги асоратлар

Асоратлар хусусиятлари	Гурухлар				t мезон бўйича статистик фарқ (P)
	Назорат (1)		Асосий (2)		
	абс	%	абс	%	
ДГР	16	16,3	11	2,9	$P_1 < 0,01$
Демпинг-синдром	13	13,3	8	2,1	$P_1 < 0,01$
Анастомозит	11	11,2	10	2,6	$P_{1,2} < 0,01$
Гастроплегия	2	2,0	3	0,8	$P_1 < 0,01$
Анастомоз торайиши	-	-	1	0,3	$P_2 < 0,05$
Ўткир панкреатит	1	1,0	-	-	
Диарея	4	4,1	5	1,3	$P_1 < 0,01$
Қон кетиши	1	1,0			$P_1 < 0,01$
Перитонит	1	1,0	1	0,3	$P_1 < 0,01$

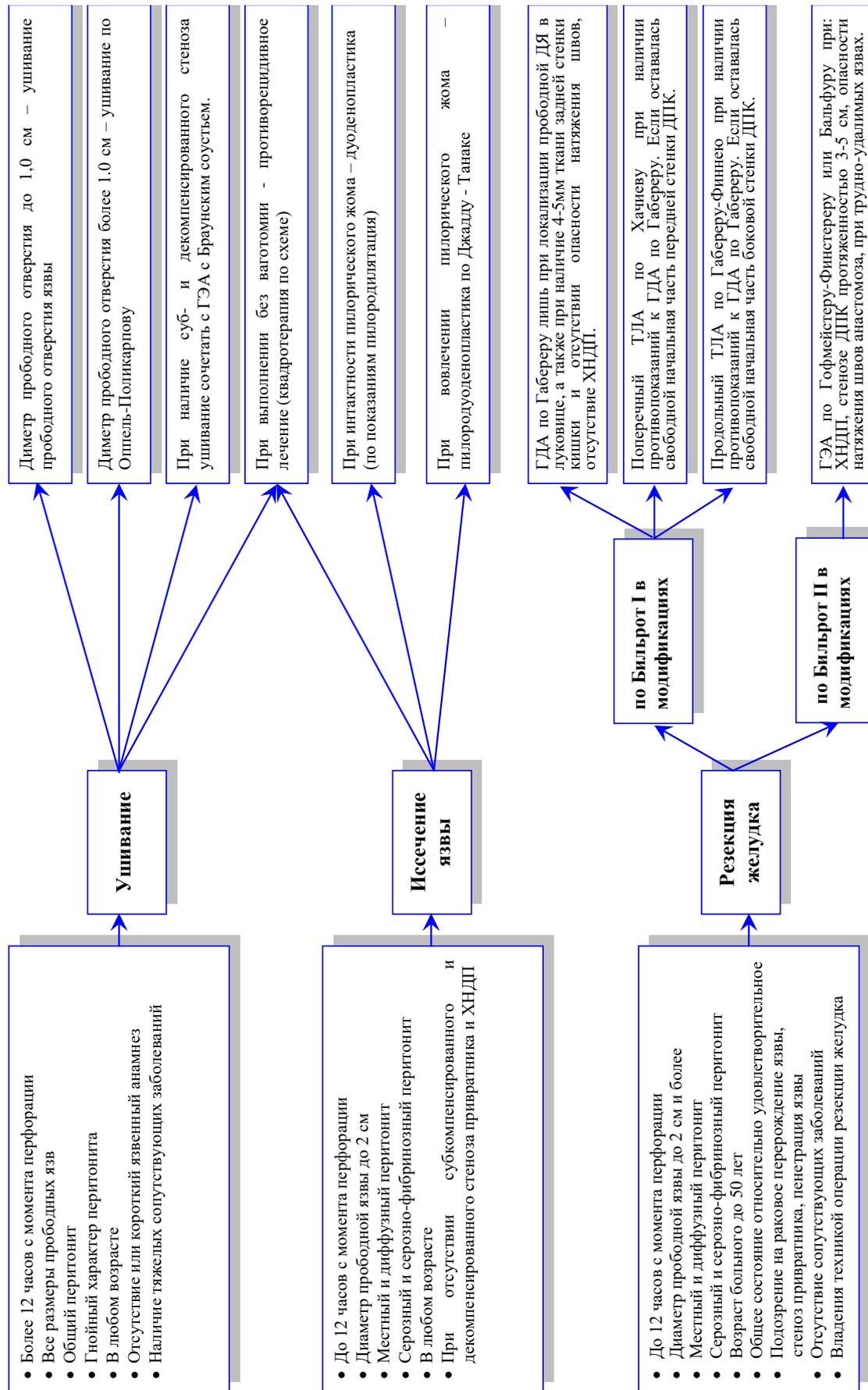
Шундай қилиб, ДГР ва демпинг синдроми пилорусни йўқ қилиш операцияларининг патогномик кўриниши бўлиб, жуда кенг тарқалган асоратлар бўлиб, бунга сабаб пилорик сфинктернинг яхлитлигини бузиш ҳисобланади. Натижада, ДГР ва демпинг синдроми нафақат касалликнинг кечишига салбий таъсир қилади, балки хирургик даволаш сифатини ҳам аниқлайди.

Ўтказилган операциялардан кейин энг яқин вақт ичида даволаш натижаларини таҳлил қилгандан сўнг, биз аниқлаган контрэндиқацияларни ДП билан ДЯни кесишнинг такомиллаштирилган усулига олиб келишни зарур деб ҳисоблаймиз. Улар ушбу техникани қўллаш бўйича клиник тажриба тўпланганлиги сабабли ишлаб чиқилган. Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар қуйидагилар:

1. Диаметри 2,0 дан ортиқ бўлган ўн икки бармоқли ичак яраси. ўн икки бармоқли ичак деворидаги бундай нуқсонни тикишда, унинг катта майдонини олиб ташлаш натижасида ичакнинг деформацияси пайдо бўлиши мумкин, бу унинг бўшлиғини торайтириб, рестенозга олиб келиши ва такрорий хирургик аралашувга олиб келиши мумкин.

2. Сурункали ЎБИутмаслигининг мавжудлиги, чунки СЎБИутмаслигида ўн икки бармоқли ичак ярасини олиб ташлашда, бизнинг тадқиқотларимиз шуни кўрсатадики, агар бу операция Стронга операцияси билан тўлдирилган бўлса, бу ўн икки бармоқли ичакни озик-овқатнинг нормал ўтишини тиклаш билан декомпрессиялаш имконини берадиган ҳолларда рухсат этилади.

3. Декомпенсацияланган чузилган пилорик стеноз, чунки ушбу техникадан фойдаланиш ошқозоннинг дренаж функциясини етарли даражада таъминламайди. Танлаш операцияси "классик" ОР бўлиши керак.



5-расм. ЁБИ тешилган яраларини даволаш алгоритми.

4. Ўн икки бармоқли ичак соҳасидаги қўпол чандикли ва яллиғланиш-инфилтратив ўзгаришлар, унинг деворини кескин деформацияланишига, дуоденопластикада сезиларли техник қийинчиликларни келтириб чиқаради.

5. Пилорик сфинктерга ярали инфилтрациянинг тарқалиши ва унинг бузилиши билан, чунки техникамизнинг асосий афзалликларидан бири, биз пилорик сфинктернинг яхлитлигини сақлашни кўриб чиқамиз.

6. Золлингер-Эллисон синдроми ва ярани малигнизацияси. Гарчи биз ушбу синдром ва асоратни кузатмаган бўлсак-да, улар ушбу операциялар усулларига қарши кўрсатма ҳисобланади.

Агар яра ошқозон ости беши ёки гепатодуоденал боғламга пенертацияланган булса, биз илгари ушбу усулга қарши курсатма деб ҳисоблаган эдик. Бироқ, тажриба тўплаш билан биз яранинг кратеригача (пастки қисмига) субмукоз кесиш ва кейинчалик бир қаторли шиллиқ-субмукозал мушак чоклари билан экстрадуоденизация қилиш усулини ишлаб чиқдик, яъни яранинг пастки туби ичак трубкасидан узилди.

Умуман олганда, ишлаб чиқилган техникалар хирургик аралашувнинг хавфсизлигини таъминлади.

Агар тешилган ДЯ ни кесиб олишни иложи бўлмаса, яъни. ушбу техникага қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда, ТДЯ тикишга устунлик берилди ёки бирламчи ошқозон резекциясига. Бироқ, бу контингент тадқиқот объекти эмас эди.

Ушбу патологияга хос бўлган операциядан кейинги касалликларни ўрганиш динамикаси шуни кўрсатдики, пилорусни сақлайдиган дуоденопластика демпинг синдроми, ДГР каби асоратларни олдини олади ёки улар функционал хусусиятга эга ва овқат ҳазм қилиш учун қулай шароит яратади. Бошқача қилиб айтганда, ДП ошқозон-ичак трактида озик моддаларни ташиш, ферментатив қайта ишлаш ва сўрилиши учун оптимал шароитларни яратади. ДПда демпинг синдроми ва ДГР частотаси минималлаштирилади. Операциядан кейинги бузилишларнинг алоҳида ҳолатлари янги усулни ўзлаштириш даврида кузатилган ва операция давомида йўл қўйилган технологик хатолар ёки беморларнинг ушбу патологик ҳолатларга мойиллиги билан боғлиқ.

Диссертациянинг тўртинчи бобида “Узоқ муддатли натижалар ва гастродуоденал комплекснинг морфофункционал ҳолати” келтирилган. Тешилган ДЯ учун хирургик аралашувларнинг узоқ муддатли натижалари биз томонидан операциядан кейин 1-10 йил давомида ўрганилди. 392 нафар собиқ беморнинг тақдири кузатилди, бу умумий беморларнинг 81,8 фоизини ташкил етди. Операция билан боғлиқ бўлмаган сабабларга кўра 14 нафар бемор вафот етган, 52 нафар бемор яшаш жойини ўзгартирганлиги сабабли кўздан кочирилган, 21 нафар бемор турли сабабларга кўра назорат кузатув текширувига келмаган. Узоқ муддатли текширувдан ўтган беморларнинг умумий сонидан 82таси (20,9%) касалхонада, 310таси (79,1%) - сўровнома бўйича кўриқдан ўтказилди. Узоқ муддатли натижалар Визик мезонлари асосида баҳоланди (4-жадвал).

Ташрих усулига боғлиқ холда узок муддатли натижалар

Узоқ муддатли натижалар	Ташрих усуллари			
	ДП n-310		ОДТ n- 82	
	абс	%	абс	%
Аъло	227	73,2	36	43,9
Яхши	45	14,5	17	20,7
Қониқарли	26	8,4	20	24,4
Қониқарсиз	12	3,9	9	11,0
Жами	310	100	82	100

4-жадвалдан кўриниб турибдики, назорат гуруҳида аъло ва яхши натижалар 53 (64,4%) ҳолатда, асосий гуруҳда - 272 (87,7%) ҳолатда ўрнатилди. Бу пилорик сфинктернинг яхлитлигини бузадиган ошқозонни дренажловчи операциялар билан солиштирганда дуоденопластиканинг юқори самарадорлигини кўрсатади. Шунинг таъкидлаш керакки, иккала гуруҳда ҳам булар, асосан, ТДЯнинг кесиб олиш, ваготомия билан бирлаштирилган беморлар эди.

Кейинги навбатда, бажарилган операциялардан кейин гастродуоденал комплекснинг функционал ҳолати ўрганилди.

Ошқозоннинг мотор-эвакуация функцияси (ОМЭФ). Операциядан кейинги 1 йилгача бўлган даврда рентген текшируви 243 беморда ва 1-10 йилгача - 187 беморда текширилди (5-жадвал).

5-жадвалдан кўриниб турибдики, 1 йиллик кузатув даврига кўра, кўпчилик беморларда ошқозондан эвакуация тезлиги нормал ҳолатга қайтди, аммо эвакуация характери пилороластика турига қараб нормадан фарқ қилади.

Рентгенологик текширув маълумотларига кўра ошқозоннинг мотор-эвакуатор функцияси ҳолати

Эвакуация хусусияти	Кузатув муддатлари							
	1 йилгача				1-10 йил			
	ОДТ		ДП		ОДТ		ДП	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Тезлашган (1 соатгача)	13	19,1	9	5,1	15	20,8	9	7,8
Норма (2,5 соатгача)	45	66,2	158	90,3	52	72,2	106	92,2
Секинлашган (2,5 соатдан ортик)	10	14,7	8	4,6	5	6,9	-	-
Жами беморлар	68		175		72		115	

ОМЭФ тикланишининг энг яхши кўрсаткичлари пилорусни сақлайдиган ДПдан кейин кузатилди. Бундан ташқари, узоқ муддатда - ДП билан ва бўлмаган хирургик аралашувлардан 1 йил ёки ундан кўпроқ вақт ўтгач, улар аҳамиятсиз фарқларга эга бўлди ($P < 0,05$). Операциядан 1-10 йил ўтгач, ОДТ бажарилган беморларда ОМЭФ ҳолати, эвакуациянинг доимий тезлаштирилган тури 15 (20,8%), порцияли-ритмик - 52 (72,2%), эвакуациянинг секинлашиши - 5 (6,9%). Операция қилинган беморларни 1 йилдан 10 йилгача бўлган кейинги тадқиқотлар шуни кўрсатдики, бу даврларда ОМЭФ тўлиқ тикланади. Олинган натижалар пилорусни сақлайдиган дуоденопластиканинг анча яхши функционал натижаларидан далолат беради.

НЭГГ ва НРГГ ёрдамида биз назорат ва асосий гуруҳларда ОМЭФ параметрларини ўргандик. НЭГГ 1 йил ичида 93 беморда ва 68 беморда 1-5 йил ичида ишлатилган. НЭГГ ва НРГГ маълумотларига кўра ОМЭФнинг ўртача кўрсаткичлари 6-жадвалда келтирилган.

6-жадвал

НЭГГ ва НРГГ маълумотларига кўра ОМЭФнинг ўртача кўрсаткичлари

Ўртача кўрсаткичлар	Бажарилган ташрихлар хусусиятлари			
	1 йилгача		1-10 йил	
	ОДТ	ДП	ОДТ	ДП
НЭГГ:Рмах(ив)	1,01±0,52	0,93±0,54	1,04±0,52	0,89±0,53
Р ўр (ив)	0,59±0,51	0,71±0,52	0,81±0,51	0,67±0,51
НРГГ:Т ½ мин	23,8±2,4	28,7±2,9	26,8±2,2	32,5±2,2
% қолдиқ. 1 с/к	25,6±2,6	26,9±234	26,9±2,3	27,7±2,3

6-жадвалдан кўришиб турибдики, НЭГГ маълумотлари ТДЯни ПДП билан 1 йилгача бўлган даврда кесилгандан кейин - Рмах-1,01±0,52 мв, пилорусни сақлайдиган ДПдан кейин эса - Рмах-0,93±0,54 мв. ТДЯ ни ПДП билан 1 йил ёки ундан кўпроқ вақт давомида олиб ташлаганидан кейин узоқ муддатли даврда у Пмах-1,04±0,52 мв ва пилорусни сақлайдиган ДПдан кейин - Пмах-0,67±0,51 мв ни ташкил этди.

НЭГГ кўрсаткичларининг қиёсий таҳлили операция қилинган ошқозоннинг мотор функцияси аллақачон 1 йилгача сезиларли даражада тикланганлигини аниқ кўрсатади. Шу билан бирга, НЭГГ нинг ўртача кўрсаткичлари назорат гуруҳидагиларга етиб бормайди. Операция қилинган ошқозоннинг мотор фаоллигини тиклаш пилорусни сақлайдиган ДП дан ўтган беморларда энг аниқ намоён бўлади.

Умуман олганда, тезкор натижалар билан таққослаганда, амалга оширилган операциялардан кейин узоқ муддатда беморларнинг иккала таққосланадиган гуруҳида ҳам ошқозон мотор фаоллиги фаоллашганини кўрсатадиган ўзгаришлар кузатилади.

НРГГ 86 беморда 1 йилгача ва 76 беморда 1-10 йилгача ишлатилган. 2-жадвал кўрсаткичларининг қиёсий таҳлили, узоқ муддатда (1 йилдан ортиқ)

ТДЯни ПДП билан ва ТДЯни ДП билан олиб ташлаганидан кейин ярим емирилиш даври ($T \frac{1}{2}$ мин) - $26,8 \pm 2,2$ ни, ва мос равишда $32,5 \pm 2,2$ ни ташкил этди, %қолдиқ фаоллик эса мос равишда $26,9 \pm 2,3$ ва $27,7 \pm 2,3$ ни ташкил этди, бу операция қилинган ошқозоннинг эвакуация функциясининг сезиларли даражада тикланишини кўрсатади.

Кечки операциядан кейинги даврда ОМЭФ кўрсаткичларининг қиёсий таҳлили қуйидаги хулосалар чиқаришга имкон беради. Операциядан кейинги кечки даврда эвакуациянинг табиати пилоро - ва дуоденопластиканинг турига боғлиқ. Пилорни сақлайдиган ДП дан кейин эвакуациянинг порсия-ритмик тури устунлик қилади, бу пилорик сфинктер функциясининг сақланиб қолганлигини кўрсатади.

Кислота ва пепсиннинг базал ва максимал ишлаб чиқариш кўрсаткичларини (КБП ва КМП; ПБП ва ПМП) амалга оширилган операциялардан кейин узоқ муддатда ўрганиш шуни кўрсатадики, барча турдаги хирургик аралашувлардан сўнг солиштирилган гуруҳларда уларнинг кўрсаткичларининг бироз ўсиши тенденцияси мавжуд.

Шуни таъкидлаш керакки, ТДЯ ни пилорусни сақлайдиган ДП билан кесилгандан сўнг, КБП ва КМП, шунингдек, ПБП ва ПМП нинг сезиларли ўсиши кузатилади, улар назорат гуруҳига қараганда юқори бўлса-да, беморларга нисбатан паст бўлиб қолмоқда. Шу билан бирга, беморларнинг таққосланган гуруҳлари ўртасида статистик жиҳатдан муҳим ўзгаришлар кузатилмади. Бу уларни бирлаштириш ва кейинги таққослаш учун сабаб бўлди.

Гастродуоденал комплекснинг функционал ҳолатини ва 1 йил ёки ундан кўпроқ вақт давомида хирургик аралашувининг самарадорлигини объектив баҳолаш учун амалга оширилган операциялардан сўнг биз ошқозон секрециясининг табиатини ўргандик.

Бажарилган операциялар хусусиятига кўра, 65 беморда ПДП билан ТДЯ ни олиб ташлангандан кейин ва 124 беморда пилорусни сақлайдиган ДП билан ТДЯ кесилганидан кейин ошқозон секрециясининг табиати 1 йил ва ундан кўпроқ муддатларда ўрганилди.

Таққосланган гуруҳларда 1 йил ва ундан ортиқ вақт давомида ошқозон секрециясининг табиатининг ўртача кўрсаткичлари 7-жадвалда келтирилган.

7-жадвал

Ошқозоннинг кислота ишлаб чиқариш функциясининг бажарилган операциялардан 1 йил ёки ундан кейинги ўртача кўрсаткичлари.

Ошқозон соки кўрсаткичлари	Ташрих усуллари	
	ОДТ	ДП
	n – 65	n – 124
КБП (ммоль/соат)	$2,3 \pm 0,8$	$2,4 \pm 0,7$
КМП (ммоль/соат)	$7,8 \pm 2,5$	$8,4 \pm 3,1$
ПБП (мг/%)	$37,1 \pm 3,1$	$32,7 \pm 3,0$
ПМП (мг/%)	$76,4 \pm 5,7$	$71,1 \pm 5,9$

7-жадвалдан кўриниб турибдики, пилорусни сақлайдиган ДП билан ТДЯ ни олиб ташлаган беморларда амалга оширилган операциялардан кейин узок вақт давомида ўртача кўрсаткичлар: КБП $-2,4\pm 0,7$ ммоль/соат ва КМП $-8,4\pm 3,1$ ммоль/соат. ТДЯни ПДП билан эксцизия қилинган беморларда кислота ва пепсиннинг базал ва максимал ишлаб чиқаришининг ўртача қийматлари: КБП $-2,3\pm 0,8$ ммоль/соат ва КМП $-7,8\pm 2,5$ ммоль/соат; ПБП $-37,1\pm 3,1$ ммоль/соат ва ПМП $-76,4\pm 5,7$ ммоль/соат бўлди. Кислота ва пепсиннинг базал ва максимал ишлаб чиқарилишининг ўртача қийматларини қиёсий таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, улар нормал қийматларга яқин бўлиб, бу дренаж функциясининг нормаллашиши, антисекретор дориларни қўллаш ва кекса ёшдаги маълум бир контингент билан боғлиқ.

Шундай қилиб, бизнинг тадқиқотимиз шуни кўрсатадики, пилорусни сақлайдиган ДП билан ТДЯни кесиш натижалари пилорик сфинктернинг яхлитлиги бузилиши билан бирга бўлган ТДЯни ПДП билан олиб ташлашдан сезиларли даражада яхшироқдир. Дуоденопластика пилорик сфинктернинг яхлитлигини сақлашга имкон беради ва овқат ҳазм қилиш тизимининг компенсацион механизмларини ривожлантириш учун қулай шарт-шароитларни яратади, шу билан бирга озик-овқатнинг энг физиологик ўтишини таъминлайди, шунингдек, энг кам сонли асоратлар ва ножўя таъсирларни келтириб чиқаради.

ХУЛОСА

1. ТДЯда Гейнеке-Микулич, Финней ва Джадд-Танакага бўйича ПДП да пилорик сфинктернинг яхлитлигини бузиш, бажарилган операциялардан кейин қисқа муддатда ДГР ва демпинг синдроми каби патогномоник синдромларнинг юқори частотасининг сабабчисидир (назорат гуруҳида ДГР - 16,3%, асосий гуруҳида - 2,9%, демпинг синдроми назорат гуруҳида 19,3%, асосий гуруҳида - 2,1%).

2. Пилорик сфинктернинг кўп қиррали функциясининг яхлитлигини таъминлаш орқали ТДЯни пилорусни сақлайдиган ДП билан кесишнинг такомиллаштирилган усуллари ДГР ва демпинг синдромининг частотасини камайтиради.

3. Таклиф этилган даволаш ва диагностика алгоритмлари ТДЯни пилорусни сақлайдиган ДП билан кесиш усуллари билан бирга хирургик тактикани оптималлаштириш имконини беради.

4. Ошқозоннинг функционал ҳолатини узок муддатда (1 йил ва ундан кўпроқ) ўрганиш ТДЯни пилорусни сақлайдиган ДП билан олиб ташлаш самарадорлигини тасдиқлади (назорат гуруҳида ДГР частотаси 13,4%, асосий гуруҳида - 4,5%; назорат гуруҳида демпинг синдроми частотаси 7,3%, асосийда эса - 1,3%).

5. ТДЯни пилорусни сақлайдиган ДП билан кесиш усуллари билан бир қаторда хирургик тактикани оптималлаштириш, аъло ва яхши натижаларни 23,1%га яхшилашга, қониқарли натижалар частотасини 16,0% га ва қониқарсиз натижаларни 7,1% га камайтиришга имкон берди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01
ПРИ АНДИЖАНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ
ИНСТИТУТЕ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНОЙ**

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ИЗАТИЛЛАЕВ ИБРОИМЖОН РАХМАДЖОНОВИЧ

**РОЛЬ И МЕСТО ПИЛОРОСОХРАНЯЮЩЕЙ ДУОДЕНОПЛАСТИКИ
В ХИРУРГИИ ПРОБОДНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ**

14.00.27 - Хирургия

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

АНДИЖАН - 2022

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № B2021.3.PhD/Tib2157.

Диссертация выполнена в Андижанском государственном медицинском институте.

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

Научный руководитель:

Ботиров Акрам Кодиралиевич
доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты:

Халиков Сарвар Пулатович
доктор медицинских наук

Мусашайхов Хусанбой Таджибаевич
доктор медицинских наук, доцент

Ведущая организация:

Самаркандский государственный медицинский университет

Защита диссертации состоится «___» _____ 2022 г. в ___ часов на заседании Научного Совета PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 при Андижанском государственном медицинском институте по присуждению ученой степени доктора философии (PhD) по медицинским наукам (Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz, Андижанский государственный медицинский институт).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Андижанского государственного медицинского института (зарегистрирована за №___). Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2022 года.
(реестр протокола рассылки №___ от _____ 2022 года).

М.М.Мадазимов

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

М.Ф.Нишанов

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

Б.Р.Абдуллажанов

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) страдает 10-15% жителей земного шара¹. Прободная дуоденальная язва (ПДЯ) по сей день продолжает занимать ведущее место в структуре частоты (10-20%) и летальности (2,0-20%). При этом, результаты хирургического лечения не до конца удовлетворительны. Несмотря на двухвековой опыт лечения ЯБДПК, в том числе его осложнения перфорацией позволило апробировать и использовать все известные в желудочной хирургии оперативные вмешательства. При этом, во многих клиниках основной экстренной операцией остаётся ушивание, выполняемое у 45-80% больных. Однако, это оперативное вмешательство является паллиативной и в 34-85% случаев требует повторной операции.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными исследованиями остаются изучение изменяемых и не модифицируемых факторных признаков, в том числе, потенциальных патогенетических механизмов, способствующих формированию пилородуоденальных язв и связанных с ним осложнений. При ПДЯ, ряд авторов рекомендуют первичную резекцию, когда для этого имеются условия. В то же время, принципиальные сторонники паллиативных операций считают показанной первичную резекцию желудка (РЖ) лишь в исключительных случаях. Помимо РЖ, в экстренной хирургии ПДЯ применяется ваготомия. Однако, по мере накопления клинического материала и изучения отдаленных результатов стало очевидным, что после них частота постваготомных и постгастрорезекционных синдромов развиваются с приблизительно одинаковой частотой и составляет 10-40%.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения проводится множество мер, направленных на улучшение результатов лечения пациентов с ПДЯ за счет внедрения передовых технологий профилактики, консервативного и хирургического лечения. В этом направлении, в частности, в улучшении качества методов безопасной лечебно-профилактической тактики у больных с ПДЯ достигнуты положительные результаты. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг². Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов хирургического лечения ПДЯ путем оптимизации хирургической тактики и совершенствования методик и технических приемов иссечения ПДЯ с пилоруссохраняющей дуоденопластикой (ДП), является одним из актуальных направлений хирургической гастроэнтерологии и медицины в целом, ввиду высокой клинической значимости этой патологии.

¹ <https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/indicator-groups/indicator-group-details/MDB/peptic-ulcer-disease>

² Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указами Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 17 декабря 2018 года и «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы экстренной медицинской помощи» за №УП-4985 от 16 марта 2017 года, Постановлениям Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению» за № ПП-5198 от 26 июля 2021 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

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

Степень изученности проблемы. В современной хирургической практике, в частности, в Узбекистане, операции по поводу ПДЯ относятся к одним из наиболее частых вмешательств (Хаджибаев А.М., 2020; Хакимов М.Ш., 2021; Вачев А.Н., 2018; Сажин А.В., 2019; Kim H.I., 2021, Konishi T., 2021). При данном осложнении ЯБДПК по сей день используются почти все способы оперативных вмешательств. Однако, повсеместно основным методом операции остается ушивание прободного отверстия язвы, сторонники которой аргументируют тем, что данная операция легко выполнима, не требует длительного времени и отвечает основному требованию ургентной хирургии – спасению жизни больного (Крылов Н.Н., 2016; Masood A., 2021). Хотя ее выполнение омрачается неудовлетворительными отдаленными результатами вследствие не заживления и рецидива язвы, а также грубыми язвенно-рубцовыми деформациями, часто приводящими к суб- и декомпенсированному пилородуоденальному стенозу привратника.

Наряду с этим, ряд отечественных и зарубежных хирургов по определенным показаниям выполняют резекции желудка, ибо она, являясь патогенетически обоснованной, в подавляющем большинстве излечивает больного от данного страдания. Хотя данная операция таит в себе опасность, в связи с исходно тяжелым фоном вследствие перитонита и развития несостоятельности швов анастомоза и культи ДПК.

Отдельно следует отметить хирургов, которые иссекают ПДЯ и выполняют дренирующие желудок операции в виде пилородуоденопластики по Джадду-Танаке, Гейнеке-Микуличу, Финнею и их модификации. Эти исследователи отмечают эффективность данных методик в связи с удалением патологического субстрата, т.е. язвы, созданием условий для свободной эвакуации содержимого желудка. Хотя эти методики пилородуоденопластики сопровождаются разрушением «многогранной» функции пилорического жома, что является причиной высокой частоты таких патогномичных синдромов как ДГР, демпинг синдром и др.

Главным интегральным звеном гастродуоденального комплекса является пилорический жом и механизмы, управляющие его деятельностью. Сохранение и восстановление анатомической формы гастродуоденального комплекса, которая выполняет ведущую роль в обеспечении МЭФЖ, реализуется радикальной ДП (Оноприев В.И., 1995; 2006).

Клиницисты все более и более убеждаются, что разрушение пилорического жома дренирующей операцией вследствие извращения механизмов эвакуации и секреции, резко увеличивает частоту дуоденогастрального рефлюкса (ДГР), демпинг-синдрома, диареи, щелочного рефлюкс-гастрита, не заживления или рецидива язвы, возникновения язвы желудка и рака (Оноприев В.И., 1995; Генрих С.Р., 1995; Рахметов Н.Р., 2004; Бондарев В.И. и соавт, 2004; Чернов В.Н., 2013; Василенко Л.И., 2015; Бебуришвили А.Г. и др., 2018; Никитин В.Н., 2019; 2020).

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что по сей день диагностическая и лечебная программы не отражают единых подходов при определении хирургической тактики у больных с ПДЯ. При этом, большинство хирургов воздерживаются от изолированных малотравматичных операций (в частности изолированного иссечения ПДЯ с пилоруссохраняющей дуоденопластикой) опасаясь высоким риском рецидивов ДЯ, несмотря на высокую эффективность антисекреторной и антихеликобактерной терапии. Также, не имеются исследования, посвященные комплексной сравнительной оценке функционального состояния гастродуоденального комплекса при иссечении ПДЯ с пилоруссохраняющей ДП по сравнению с пилородуоденопластикой (ПДП) нарушающими ее целостность, что явилось предметом настоящего исследования.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии плана научно-исследовательских работ Андиганского медицинского института в рамках научного проекта «Разработка и внедрение новых технологий в диагностике и лечении хирургических заболеваний человека» (2018-2023 гг.) и программы НИР (№01.07. 0069).

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения прободных дуоденальных язв, путем усовершенствования диагностического и лечебного алгоритмов, а также совершенствованием пилоруссохраняющих методик и технических приемов операций иссечения язв с дуоденопластикой.

Задачи исследования:

усовершенствовать методики и технические приемы пилоруссохраняющих иссечений ПДЯ с ДП;

изучить ближайшие результаты иссечения ПДЯ с нарушением и сохранением целостности пилорического жома;

разработать лечебный и диагностический алгоритмы, позволяющие оптимизировать хирургическую тактику при ПДЯ;

определить функциональное состояние желудка путем исследования секреторной и МЭФЖ после иссечения ПДЯ с пилоруссохраняющей дуоденопластикой (ДП) по сравнению с пилородуоденопластиками (ПДП);

провести сравнительную оценку результатов хирургического лечения ПДЯ при пилоруссохраняющих ДП и пилорусразрушающих ПДП.

Объектом исследования явились 479 больных, которым за период с 2001 по 2020 гг. в клинике Андиганского государственного медицинского института были выполнены иссечение ПДЯ сопровождающиеся пилородуоденопластикой (нарушением целостности СП) и дуоденопластикой (сохранением целостности СП).

Предмет исследования составляет оценка эффективности пилоруссохраняющей дуоденопластики для профилактики послеоперационных осложнений.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, инструментальные, лабораторные, специальные и статистические методы исследований.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

установлена относительно низкая эффективность иссечения ПДЯ с нарушением целостности пилорического жома, в связи с высокой частотой послеоперационных осложнений, а также неудовлетворительных результатов в отдаленные сроки;

усовершенствованы методики и технические приемы пилоруссохраняющих иссечений ПДЯ с ДП;

разработаны усовершенствованные диагностические и лечебные алгоритмы, позволяющие оптимизировать хирургическую тактику при ПДЯ;

определены особенности функционального состояния гастродуоденального комплекса путем исследования секреторной и МЭФЖ после иссечения ПДЯ с пилоруссохраняющей дуоденопластикой и пилородуоденопластики (ПДП) типа Джадд-Танаке, Гейнеке-Микулича и Финнея;

доказано, что оптимизация хирургической тактики, путем разработки и внедрения усовершенствованных методик и технических приемов пилоруссохраняющей ДП, а также диагностического и лечебного алгоритмов, позволяют улучшить результаты хирургического лечения ПДЯ.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

доказано, что иссечение ПДЯ с пилоруссохраняющей ДП позволяет удалить язву, не разрушая целостность «многогранной» функции СП и восстановить дренажную функцию желудка в наиболее физиологичных условиях.

уточнены показания к выполнению усовершенствованной методики иссечения прободной дуоденальной язвы с пилоруссохраняющей дуоденопластикой;

определено, что предложенный способ иссечения ПДЯ с пилоруссохраняющей ДП позволяет сохранить физиологичность, снизить

частоту развития специфических осложнений, улучшить отличные и хорошие отдаленные результаты;

доказано, что применение предложенных лечебно-диагностических алгоритмов при ПДЯ позволяет оптимизировать хирургическую тактику за счет ранней диагностики, а также возможности выбора адекватного оперативного пособия.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов обоснована использованием объективных критериев оценки состояния пациентов, современных методов лабораторной и инструментальной диагностики, корректным применением методологических подходов. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные данные имеют свою теоретическую значимость и вносят свой существенный вклад в развитие знаний и навыков, связанных с сохранением «многогранной» функции пилорического сфинктера анализируя результаты оперативных вмешательств, приводящих к нарушению целостности пилорического сфинктера, а также в изучение механизмы развития специфических осложнений.

Практическая ценность работы заключается в том, что оптимизация хирургической тактики при ПДЯ путем разработки и внедрения усовершенствованных методик и технических приемов операций, а также диагностического и лечебного алгоритмов позволило снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности и улучшить отдаленные результаты хирургического лечения.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению результатов хирургического лечения прободных дуоденальных язв:

разработаны методические рекомендации «Усовершенствованный способ пилоросохраняющей дуоденопластики при прободных дуоденальных язвах» (справка Министерства здравоохранения №8н-з/130 от 14 марта 2022 года). Предложенные рекомендации позволили снизить частоту нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка функционального характера на 6,9%, дуоденогастрального рефлюкса – на 13,7%, демпинг синдрома – на 11,6% и диареи – на 2,6%. При этом, частота осложнений общего характера снизилось на 22,4%.

полученные научные результаты внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в Андижанский и Наманганский филиалы Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, (справка Министерства здравоохранения №8н-з/130 от 14 марта 2022 года). Результаты внедрения дали возможность удалить патологический субстрат не разрушая целостность «многогранной» функции сфинктера привратника и восстановить дренажную функцию желудка в наиболее физиологичных условиях, а также разработанные диагностический и лечебный алгоритмы

позволили оптимизировать хирургическую тактику при прободных дуоденальных язвах.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 5 научно-практических конференциях, в том числе, на 3 международных и 2 республиканских.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, в том числе 5 журнальных статей, 2 из которых в республиканских и 3 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций.

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

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

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

В первой главе диссертации «**Исторические аспекты и современное состояние проблемы хирургического лечения ПДЯ**» представлен обзор литературы, раскрывающий суть проблемы хирургического лечения ПДЯ, современные методы диагностики и лечения, а также актуальные вопросы профилактики осложнений у больных с данной патологией.

Во второй главе диссертации даны сведения по клинической характеристике материалов и использованные методы исследования.

На протяжении последних 20-ти лет (2001-2020гг.) на базе кафедры хирургических болезней и урологии хирургическому лечению подлежали 782 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), осложненной перфорацией. Из них ушивание прободной ПДЯ перенесли 229 (29,3%) пациентов, резекции желудка (РЖ) - 74 (9,4%). В том числе, иссечение ПДЯ с дренирующими желудок операциями (ДЖО) типа пилородуоденопластики (ПДП) по Джадду-Танаке, Гейнеке-Микуличу и Финнею оперировано 98 (12,5%) пациентов, и иссечение ПДЯ с дуоденопластикой (ДП) с сохранением целостности сфинктера привратника (СП) -381 (48,7%) пациента.

Соотношение числа больных перенесших оперативные вмешательства по поводу прободной ДЯ представлены на рисунке 1.



Рисунок 1. Число пациентов и виды оперативных вмешательств при ПДЯ за последние 20 лет.

Исходя поставленной цели и задачам исследования материалом настоящего исследования явились лишь больные перенесшие иссечение ПДЯ сопровождающиеся пилородуоденопластикой (нарушением целостности СП) и дуоденопластикой (сохранением целостности СП). В этой связи, пациенты перенесшие резекции желудка (РЖ) и ушивание ПДЯ анализу не подлежали.

Предметом нашего исследования явились лишь 479 пациентов. Из них 381 (79,5%) составили основную группу, а 98 (20,5%) – группу сравнения т.е. контрольную, что представлено в рисунке 2.



Рисунок 2. Исследуемые пациенты основной группы и группы сравнения.

Распределение больных ЯБДПК, осложненной перфорацией по возрасту, мы провели согласно Международной возрастной классификации ВОЗ, а именно выделялись 4 возрастные группы: 1) юношеский возраст, 2) молодой, 3) средний или зрелый, 4) пожилой. При этом пациенты пожилого (60-74 года) и старческого (75-90 лет) возраста объединены в одну группу. Долгожителей (старше 90 лет) среди наших пациентов не было.

Распределение пациентов по полу и возрасту в контрольной и исследуемой группах достоверной разницы не имели. Это позволило нам представить эти данные в объединенном виде, что отражено в таблице №1.

Таблица №1.

Распределение пациентов по полу и возрасту.

Пол	Возраст (в годах)								Всего	
	До 19		19-44		45-59		60 и старше			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Мужчины	59	12,3	323	67,4	54	11,3	16	3,3	452	94,4
Женщины	3	0,6	13	2,7	9	1,9	2	0,4	27	5,6
Итого	62	12,9	336	70,1	63	13,2	18	3,7	479	100

Характер осложнений ЯБДПК, у больных с прободной ДЯ представлены в таблице №2.

Таблица №2.

Характер осложнений ЯБДПК у больных с прободной ДЯ

Характер осложнений ЯБДПК	Количество больных	
	Абс	%
Перфорация:		
-без осложнений	287	59,9
-компенсированный	106	22,1
-субкомпенсированный	34	7,1
-декомпенсированный	16	3,3
-пенетрация	17	3,6
-сочетание осложнений	19	4,0
Всего	479	100

Как видно из таблицы №2, почти у 2/3 пациентов -287 (59,9%), во время оперативных вмешательств другие осложнения ЯБ не установлено. Наряду с этим, при ПДЯ оперативные вмешательства выполнены при различной степени пилородуоденального стеноза - у 156 (32,5%). Из них при компенсированном у 106 (22,1%), субкомпенсированном – 34 (7,1%) и при декомпенсированном – 16 (3,3%). Сочетание ПДЯ с пенетрацией и с локализацией язв на боковых стенках ДПК, а также наличием «зеркальных» язв установлено у 17 (3,6%) пациентов. К тому же у 19 (2,6%) больных ПДЯ сочеталось пенетрацией и пилородуоденальным стенозом.

У пациентов с ПДЯ сопутствующие терапевтические патологии диагностированы у 65 (13,6%) пациентов. Из них заболевания сердечно-сосудистой системы – 20 (4,2%), органов дыхания – 7 (1,5%), а также терапевтическая патология печени, желчных путей – 8 (1,7%) и почек с мочевыми путями – 16 (3,3%). В том числе, в 4 (0,8%) случаев нами диагностирована патология поджелудочной железы и в 10 (2,1%) – заболевания кишечника в виде спастического колита.

В третьей главе диссертации «**Методики и принципы иссечения ПДЯ. Ближайшие результаты**» представлены результаты исследований по совершенствованию способа пилоруссохраняющей дуоденопластики при ПДЯ.

При усовершенствованной способе пилоруссохраняющей дуоденопластики нет необходимости в мобилизации ДПК по Кохеру, а лишь острым путем производили ограниченную тщательную диссекцию периульцерозной спаечной «мантии», что открывает контуры стенок, сегмент сужения и зону язвенного рубца. При этом часто после иссечения отёчной, рыхло связанной со стенкой ДПК рубцовой мантии патологические изменения оказываются менее выраженными и хирургу открывается неизменённая стенка ДПК вокруг перфорационного отверстия. К тому же исключали повреждение правой желудочно-сальниковой и панкреатодуоденальной артерий в зависимости от локализации язвы. Сохраняли целостность и интактность сфинктера привратника с ее «многогранными» функциями и максимально сохраняли циркулярные дуоденальные мышцы и крипты слизистой. Это достигалось прецизионным иссечением ПДЯ окаймляющими разрезами в поперечном направлении к оси ДПК, что параллельными оси желудка окаймляющими разрезами вокруг прободной язвы (рис.3).

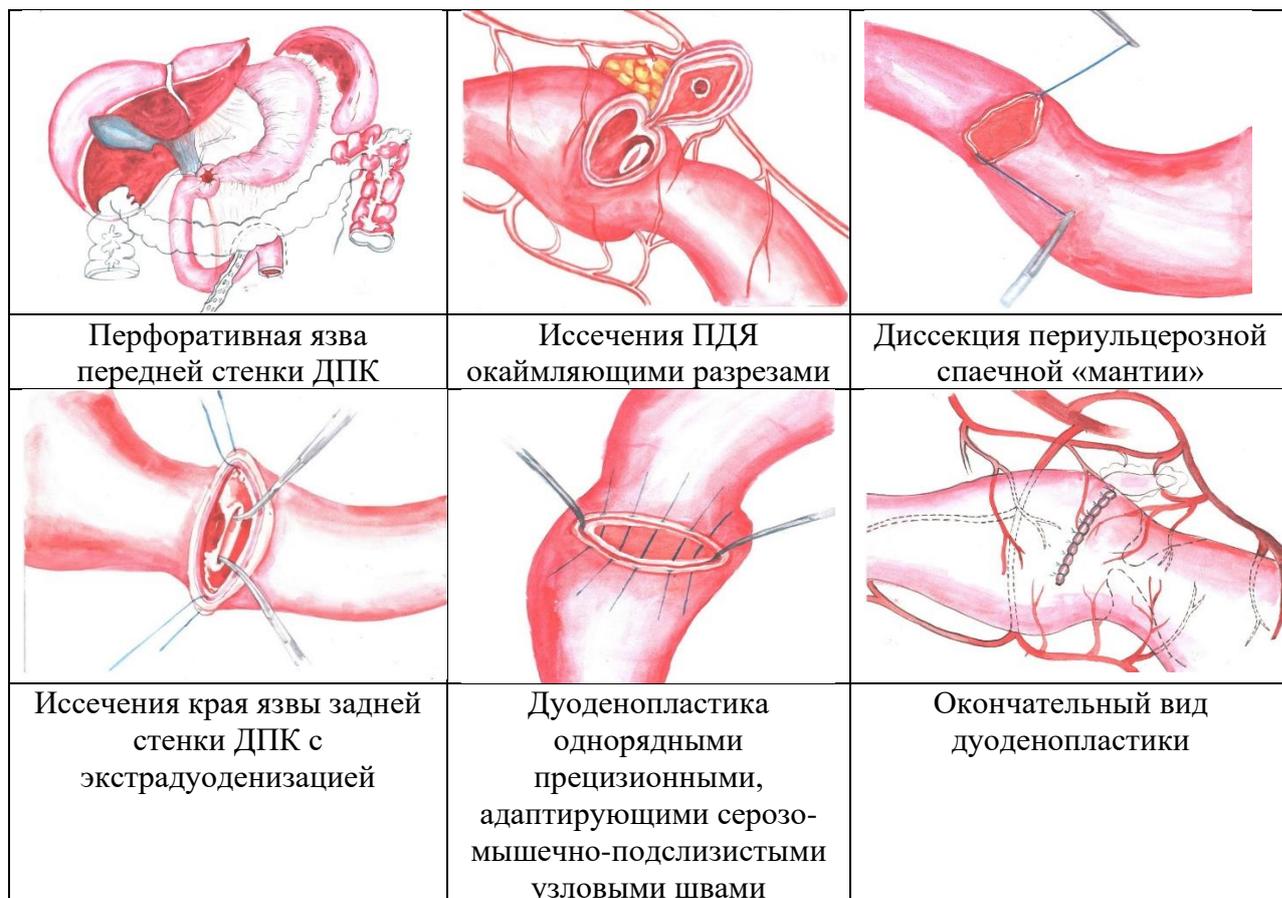


Рисунок 3. Усовершенствованный способ пилоруссохраняющей дуоденопластики

После, язву передне боковой стенки ДПК иссекали элетроножом в пределах здоровых тканей, далее через дуоденальный дефект выводили желудочный зонд, к которому фиксируется назогастродуоденальный зонд для декомпрессии; проксимальный конец ее выводили через нос пациента. Целостность кишечной стенки восстанавливали дуоденопластикой однорядными прецензионными, адаптирующими серозо-мышечно-подслизистыми узловыми швами узелками кнаружи. При этом расстояние между стежками должно быть 0,5 см, а отступ от края разреза - 0,5 см с проксимального стороны раны без захвата тканей пилорического жома и до 0,8-1,0 см с дистального края раны, что обеспечивает плотность соприкосновения тканей. При затягивании узлов однорядных серозно мышечно подслизистых швов над декомпрессионным зондом обеспечивается физиологическая герметичность и механическая прочность дуоденопластики.

Данная методика операции, являясь разновидностью мостовидной ДП, имеет следующие преимущества:

1) позволяет сохранить целостность желудка и сфинктер привратника как единое целое, с их нейрососудистыми взаимосвязями, что обеспечивает порционную эвакуацию пищи сохраняя, при этом естественный пассаж по ЖКТ;

2) после иссечения язвы с пилоруссохраняющей ДП без ваготомии, в ранние сроки после операции восстанавливается пищеварение, однако, имеется высокая опасность рецидива язвы, что у исследуемых больных требует плановой СПВ. Мы же с успехом применяли методику «медикаментозной ваготомии» по схеме;

3) пилородилатация приводит к расправлению внутренней стенки и восстановлению просвета пилорического сфинктера, что расширяет показания к данной методике;

4) оставление полихлорвинильного зонда обеспечивает декомпрессию области и ДП, тем самым является мерой профилактики несостоятельности швов;

5) техника наложения кишечного шва позволяет восстановить просвет ДПК не нарушая ее дренажную функцию.

При определении хирургической тактики, у больных контрольной группы мы придерживались разработанного и внедренного диагностического и лечебного алгоритма (рис. 4 и 5).

Послеоперационные осложнения характерные для операций на желудке представлены в таблице №3. Как видно, ДГР диагностирован у 27 пациентов. Основным методом диагностики ДГР явилось ФГДС. ДГР диагностирован в контрольной группе в 16 (16,3%) случаев, а в основной – лишь в 11 (2,9%).

Причем его проявления в контрольной группе были более выраженными, что проявлялась на клинической картине, и было предопределено нарушением целостности пилорического жома. Тогда как в исследуемой группе, пациенты особых жалоб не предъявляли, и наличие ДГР диагностировано при контрольном эндоскопическом исследовании.

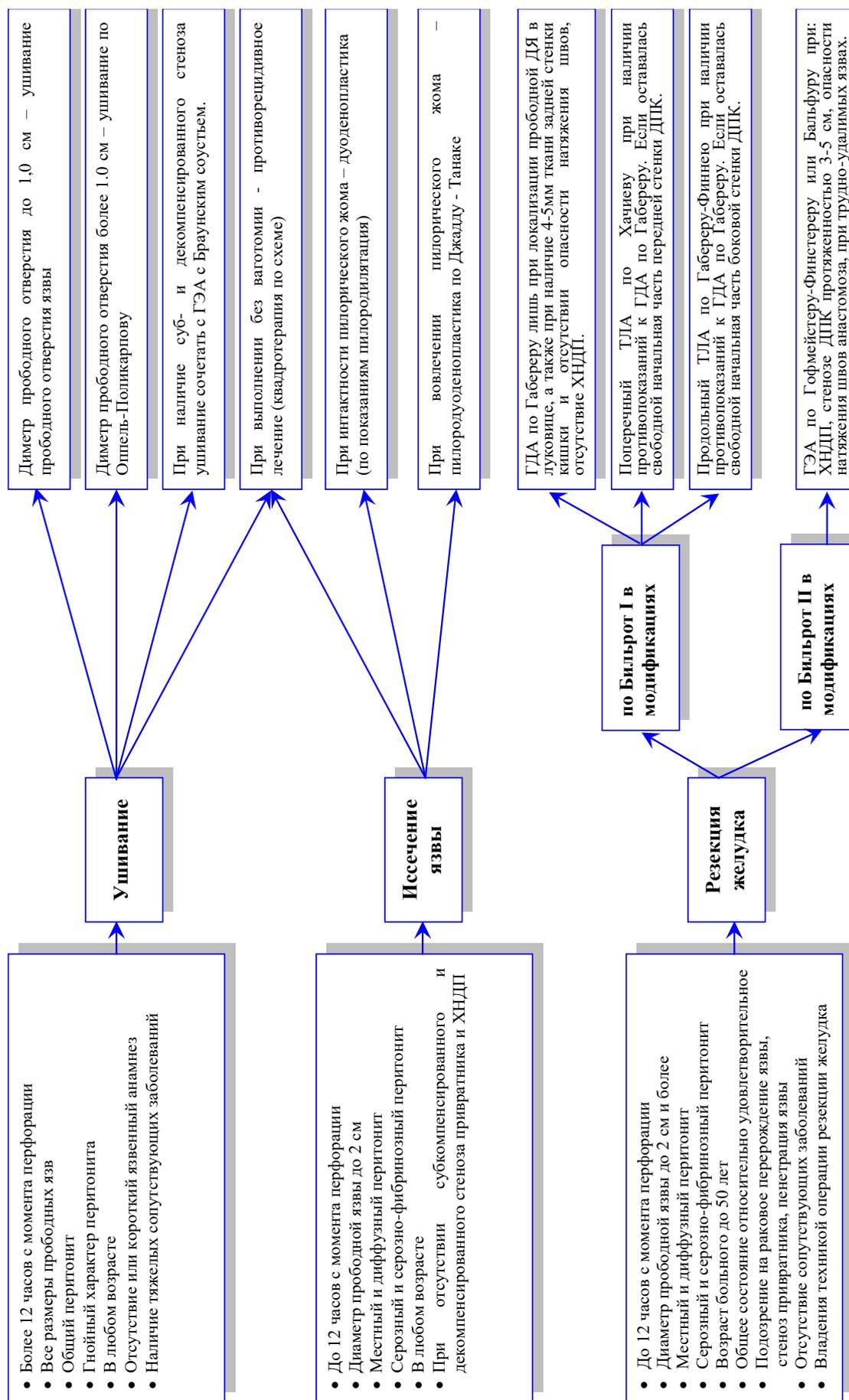


Рис. 5. Лечебный алгоритм при перфоративных язвах ДПК.

Таблица №3.

Осложнения раннего послеоперационного периода.

Характер осложнений	Группы				Статистика различия по t критерию (P)
	контрольная (1)		основная (2)		
	абс	%	абс	%	
ДГР	16	16,3	11	2,9	$P_1 < 0,01$
Демпинг-синдром	13	13,3	8	2,1	$P_1 < 0,01$
Анастомозит	11	11,2	10	2,6	$P_{1,2} < 0,01$
Гастроплегия	2	2,0	3	0,8	$P_1 < 0,01$
Сужение анастомоза	-	-	1	0,3	$P_2 < 0,05$
Острый панкреатит	1	1,0	-	-	
Диарея	4	4,1	5	1,3	$P_1 < 0,01$
кровотечение	1	1,0			$P_1 < 0,01$
Перитонит	1	1,0	1	0,3	$P_1 < 0,01$

Таким образом, ДГР и демпинг синдром являясь патогномичными проявлениями пилорусразрушающих операций, довольно таки распространенные и часто встречающиеся осложнения, где пусковым механизмом является нарушение целостности сфинктера привратника. Вследствие чего ДГР и демпинг синдром не только пагубно влияет на течение заболевания, но и в большей степени определяет качество оперативного лечения.

Считаем необходимым, привести установленные нами противопоказания к усовершенствованной методике иссечения ДЯ с ДП именно здесь, после анализа результатов лечения в ближайшие сроки после выполненных операций. Они разработаны по мере накопления клинического опыта применения данной методики. Противопоказания заключаются в следующем:

1. Язва ДПК в диаметре более 2,0 т.к. при ушивании такого дефекта стенки ДПК, в результате удаления ее большого участка может произойти деформация кишки, которая, суживая ее просвет, может привести к рестенозу и явиться причиной повторного оперативного вмешательства.

2. Наличие ХНДП, т.к. иссечение язвы ДПК при ХНДП, как показывают наши исследования, допустимы лишь в тех случаях, если эта операция дополняется операцией Стронга, дающая возможность декомпрессии ДПК с восстановлением нормального пассажа пищи.

3. Декомпенсированный протяженный стеноз привратника, т.к. применение данной методики достаточно не обеспечивает дренажную функцию желудка. Операцией выбора должна быть «классическая» РЖ.

4. Грубые рубцовые и воспалительно-инфильтративные изменения в области ДПК, резко деформирующие ее стенку, что создает значительные технические трудности при дуоденопластике.

5. При распространении язвенной инфильтрации на сфинктер привратника и его разрушении, т.к. одним из основных преимуществ нашей методики, считаем сохранение целостности сфинктера привратника.

6. Синдром Золлингера - Эллисона и малигнизация язвы. Хотя данных данный синдром и осложнение нами не наблюдались, они являются противопоказанием к данным методикам операций.

При пенетрации язвы в поджелудочную железу или печеночно-двенадцатиперстную связку ранее мы считали противопоказанием к данной методике. Однако, по мере накопления опыта нами разработана методика субмукозного иссечения до кратера (дна) язвы и последующей экстрадуоденизацией однорядными слизисто подслизисто мышечными швами, то есть дно язвы выводится за пределы кишечной трубки.

В целом, разработанные технические приемы обеспечивали безопасность оперативного вмешательства.

При невозможности иссечения прободной ДЯ, т.е. при наличие противопоказаний к этой методике отдавали предпочтение ушиванию ПДЯ или первичной РЖ. Однако, этот контингент исследованию не подлежал.

Динамика изучения послеоперационных нарушений, характерных для данной патологии показала, что пилоруссохраняющая дуоденопластика предупреждает такие осложнения как демпинг-синдром, ДГР или они носят функциональный характер и создает благоприятные условия для пищеварения. Другими словами, при ДП создаются оптимальные условия для транспорта, ферментативной обработки и абсорбции пищевых веществ в ЖКТ. Частота демпинг-синдрома и ДГР при ДП сведены к минимуму. Единичные случаи послеоперационных нарушений наблюдались в период освоения нового метода и были обусловлены технологическими погрешностями, допущенными при операции или же предрасположением пациентов к этим патологическим состояниям.

В четвертой главе диссертации представлены **«Отдаленные результаты и морфофункциональное состояние гастродуоденального комплекса»**. Отдаленные исходы оперативных вмешательств по поводу прободных ДЯ изучались нами в сроки 1-10 лет после операции. Прослежена судьба 392 бывших пациентов, что составило 81,8 % от общего числа больных. По причинам, не связанным с перенесенной операцией, умерли 14 больных, 52 - в связи с переменой места жительства выведены из поля зрения, 21 больной по различным причинам не явились на контрольное обследование. Из общего числа обследованных в отдаленном периоде 82 (20,9%) больных обследованы стационарно, а 310 (79,1%) - анкетным способом. Отдаленные результаты оценивали на основании критериев Visick.

Как видно из таблицы 4, отличные и хорошие результаты в контрольной группе установлены в 53 (64,4%) случаев, в основной группе - в 272 (87,7%) случаев. Это указывает на большую эффективность дуоденопластики по сравнению с ДЖО, разрушающими целостность сфинктера привратника. Следует отметить, что в обеих группах, в основном, это были пациенты, у которых иссечение ПДЯ сочеталось выполнением ваготомий.

Таблица 4.

Отдалённые результаты в зависимости от метода операции.

Отдалённые результаты	Методы операции			
	ДП n-310		ДЖО n- 82	
	абс	%	абс	%
Отличные	227	73,2	36	43,9
Хорошие	45	14,5	17	20,7
Удовлетворительные	26	8,4	20	24,4
Неудовлетворительные	12	3,9	9	11,0
Всего	310	100	82	100

Далее изучено функциональное состояние гастродуоденального комплекса после выполненных операций.

Моторно-эвакуаторная функция желудка. Рентгенологическое исследование в сроки до 1 года после операции у 243 пациентов и в сроки 1-10 лет - у 187 пациентов (табл.5.).

Таблица 5.

МЭФЖ по данным рентгенологического исследования.

Характер эвакуации	Срок наблюдений							
	До 1 года				1-10 лет			
	ДЖО		ДП		ДЖО		ДП	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Ускорен (до 1ч)	13	19,1	9	5,1	15	20,8	9	7,8
Норма (до 2.5 ч)	45	66,2	158	90,3	52	72,2	106	92,2
Замедлен (более 2.5 ч)	10	14,7	8	4,6	5	6,9	-	-
Всего больных	68		175		72		115	

Как видно из таблицы 5, к 1-летнему сроку наблюдения скорость эвакуации из желудка у большинства больных возвращалась к норме, но от нормы отличается характер эвакуации в зависимости, от вида пилоропластики. Лучшие показатели восстановления МЭФЖ были после пилоруссохраняющей ДП. К тому же в отдаленные сроки – 1 год и более после выполненных оперативных вмешательств со СтВ и без нее, имели недостоверное отличия ($P < 0.05$). Через 1-10 лет после операции состояние МЭФЖ у больных, которым применялась ДЖО, непрерывно-ускоренный тип эвакуации наблюдался у 15 (20,8%), порционно-ритмический - у 52 (72,2%), замедление эвакуации – у 5 (6,9%). Исследования оперированных больных в более поздние сроки от 1 года до 10 лет показали, что МЭФЖ в эти сроки полностью восстанавливается. Полученные результаты свидетельствовали о значительно лучших функциональных результатах пилоруссохраняющей дуоденопластики.

С помощью НЭГГ и НРГГ нами исследованы показатели МЭФЖ в контрольной и основной группах. НЭГГ была применена в сроки до 1 года у 93 пациентов и у 68 - в сроки 1-5 лет. Средние показатели МЭФЖ по данным НЭГГ и НРГГ представлены в таблице 6.

Таблица 6.

Средние показатели МЭФЖ по данным НЭГГ И НРГГ

Средние показатели	Характер выполненных операций иссечения			
	До 1 года		1-10 лет	
	ДЖО	ДП	ДЖО	ДП
НЭГГ:Рмах(ив)	1,01±0,52	0,93±0,54	1,04±0,52	0,89±0,53
Р ср (ив)	0,59±0,51	0,71±0,52	0,81±0,51	0,67±0,51
НРГГ:Т ½ мин	23,8±2,4	28,7±2,9	26,8±2,2	32,5±2,2
% остат.ч/з час	25,6±2,6	26,9±2,3	26,9±2,3	27,7±2,3

Как видно из таблицы 6, данным НЭГГ после иссечения ПДЯ с ПДП в сроки до 1 года составило – Рмах-1,01±0,52 мв, тогда как после пилоруссохраняющей ДП – Рмах- 0,93±0,54 мв. В отдаленные сроки после иссечения ПДЯ с ПДП в сроки 1 год и более составило – Рмах-1,04±0,52 мв и после пилоруссохраняющей ДП - Рмах- 0,67±0,51 мв.

Сравнительный анализ показателей НЭГГ, наглядно свидетельствует о значительном восстановлении моторной функции оперированного желудка уже в сроки до 1 года. При этом средние показатели НЭГГ не достигают показателей контрольной группы. Восстановление моторной деятельности оперированного желудка наиболее выражено у пациентов, перенесших пилоруссохраняющую ДП.

В целом, по сравнению с ближайшими результатами, в отдаленные сроки после выполненных операций наблюдаются изменения, свидетельствующие об активизации моторной деятельности желудка в обеих сравниваемых группах больных.

НРГГ была применена в сроки до 1 года 86 пациентов и у 76 – в сроки 1-10 лет. Сравнительный анализ показателей таблицы №2, в отдаленные сроки (более 1 года) после иссечения ПДЯ с ПДП и иссечением ПДЯ с ДП период полувыведения (Т ½ мин) составило - 26,8±2,2 и 32,5±2,2, соответственно, тогда как % остаточной активности составило - 26,9±2,3 и 27,7±2,3, соответственно, что свидетельствует о значительном восстановлении эвакуаторной функции оперированного желудка.

Сравнительный анализ показателей МЭФЖ в отдаленном послеоперационном периоде позволяет сделать следующие выводы. В отдаленном послеоперационном периоде характер эвакуации зависит от вида пилоро- и дуоденопластики. После пилоруссохраняющей ДП преобладает порционно-ритмический тип эвакуации, что свидетельствует о сохранности функции пилорического жома.

Исследование показателей базальной и максимальной продукции кислоты и пепсина (БПК и МПК; БПП и МПП), в отдаленные сроки после

выполненных операций свидетельствуют, что после всех видов оперативных вмешательств имеется тенденция к некоторому повышению их показателей в сравниваемых группах.

Следует отметить, что после иссечения ПДЯ с пилоруссохраняющей ДП отмечается более выраженное повышение БПК и МПК, а также БПП и МПП которая хотя и выше показателей контрольной группы, тем не менее, остаются низкими по сравнению с больными ЯБ. При этом, статистически достоверные изменения между сравниваемыми группами пациентов не отмечены. Это послужило поводом к их объединению и дальнейшего сопоставления.

Для объективной оценки функционального состояния гастродуоденального комплекса и эффективности оперативного вмешательства в отдаленные сроки 1 год и более, после выполненных операций нами исследован характер желудочной секреции.

В сроки 1 год и более выполненных операций характер желудочной секреции после иссечения ПДЯ с ДЖО у 65 пациентов и после иссечения ПДЯ с пилоруссохраняющей ДП - у 124 пациентов.

Средние показатели характера желудочной секреции в сравниваемых группах в сроки 1 год и более представлены в таблице 7.

Таблица 7.

Средние показатели кислотопродуцирующей функции желудка в сроки 1 год и более после выполненных операций.

Показатели желудочного сока	Методы операций	
	ДЖО	ДП
	n – 65	n – 124
БПК (ммоль/ч)	2,3 ± 0,8	2,4 ± 0,7
МПК (ммоль/ч)	7,8 ± 2,5	8,4 ± 3,1
БПП (мг/%)	37,1 ± 3,1	32,7 ± 3,0
МПП (мг/%)	76,4 ± 5,7	71,1 ± 5,9

Как видно из таблицы 7, в отдаленные сроки после выполненных операций у пациентов, перенёвших иссечение ПДЯ с пилоруссохраняющей ДП средние показатели составили: БПК -2,4 ± 0,7 ммоль/ч и МПК -8,4 ± 3,1 ммоль/ч; БПП - 32,7 ± 3,0 ммоль/ч и МПП - 71,1 ± 5,9 ммоль/ч.

У пациентов, перенесших иссечение ПДЯ с ПДП средние показатели базальной и максимальной продукции кислоты и пепсина средние показатели составили: БПК -2,3 ± 0,8 ммоль/ч и МПК -7,8 ± 2,5 ммоль/ч; БПП - 37,1 ± 3,1 ммоль/ч и МПП - 76,4 ± 5,7 ммоль/ч. Сравнительный анализ средних показателей базальной и максимальной продукции кислоты и пепсина показал, что они были близкими к нормальным величинам, что было обусловлено нормализацией дренажной функции, приемом антисекреторных препаратов и определенным контингентом старших возрастных групп.

Таким образом, как показало проведенное нами исследование, результаты иссечения ПДЯ с пилоруссохраняющей ДП значительно лучше,

чем иссечения ПДЯ с ДЖО сопровождающиеся нарушением целостности пилорического жома. Дуоденопластика позволяет сохранить целостность сфинктера привратника и создает благоприятные условия для развития компенсаторных механизмов пищеварительной системы, сохраняя наиболее физиологичный пассаж пищи, а также вызывает наименьшее число осложнений и побочных эффектов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. При ПДЯ разрушение целостности пилорического жома при ПДП по Гейнеке-Микуличу, Финнею и Джадд-Танаке являются причиной высокой частоты таких патогномичных синдромов как ДГР и демпинг синдрома в ближайшие сроки после выполненных операций (ДГР в контрольной группе - 16,3%, в основной – 2,9%; демпинг синдром в контрольной группе 19,3%, в основной – 2,1%).

2. Усовершенствованные методики и технические приемы иссечения ПДЯ с пилоруссохраняющей ДП за счет сохранения целостности многогранной функции пилорического жома уменьшают частоту ДГР и демпинг синдрома.

3. Предложенные лечебный и диагностический алгоритмы, наряду с методиками и техническими приемами иссечения ПДЯ с пилоруссохраняющей ДП позволяют оптимизировать хирургическую тактику.

4. Исследование функционального состояния желудка в отдаленные сроки (1 год и более) подтвердило эффективность иссечения ПДЯ с пилоруссохраняющей ДП, (частота ДГР в контрольной группе - 13,4%, в основной – 4,5%; частота демпинг синдрома контрольной группе - 7,3%, в основной – 1,3%).

5. Оптимизация хирургической тактики, наряду с методиками и техническими приемами иссечения ПДЯ с пилоруссохраняющей ДП позволило улучшить отличные и хорошие результаты на 23,1, снизить частоту удовлетворительных результатов на 16,0% и неудовлетворительных - на 7,1%.

**THE SCIENTIFIC COUNCIL PhD.04/30.12. 2019.Tib.95.01
ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES AT THE
ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE**

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

IZATILLAYEV IBROIMJON RAKHMADJONOVICH

**THE ROLE AND SIGNIFICANCE OF PYLORUS-PRESERVING
DUODENOPLASTY IN SURGERY FOR PERFORATED
DUODENAL ULCER**

14.00.27 – Surgery

ABSTRACT OF PhD DISSERTATION ON MEDICAL SCIENCES

ANDIJAN – 2022

Subject of the doctoral dissertation (PhD) was registered in the Hihger Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the №B2021.3.PhD/Tib2157.

The dissertation is carried out at the Andijan State Medical Institute.

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

Scientific supervisor:	Botirov Akram Kodiraliyevich doctor of medical sciences, docent
Official opponents:	Halikov Sarvar Pulatovich doctor of medical sciences Musashayxov Xusanboy Tadjibayevich doctor of medical sciences, docent
Leading organisation:	Samarkand State Medical University

The dissertation will be defended on «___» _____ 2022 at ___ p.m. hours at the meeting of the Scientific Council PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 at the Andijan State Medical Institute (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Andijan State Medical Institute (Registration number №___) (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50).

Abstract of the dissertation sent out on «___» _____ 2022.
(mailing report №___ of _____ 2022).

M.M. Madazimov
Chairman of the scientific council on award of
scientific degrees,
doctor of medical science, docent

M.F. Nishanov
Scientific secretary of the scientific council on award
of scientific degrees,
doctor of medical science, docent

B.R. Abdullajanov
Chairman of the scientific seminar at the scientific
council for the awarding of academic degrees, doctor
of medical sciences, docent

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The aim of the study is to improve the results of surgical treatment of perforated duodenal ulcers by improving the diagnostic and therapeutic algorithms, as well as improving pylorus-preserving techniques and techniques for excision of ulcers with duodenoplasty.

The object of the study were 479 patients who for the period from 2001 to 2020 in the clinic of the Andijan State Medical Institute, excision of the PDU was performed, accompanied by pyloroduodenoplasty (violation of the integrity of the PS) and duodenoplasty (preservation of the integrity of the PS).

The scientific novelty of the research is as follows:

a relatively low efficiency of excision of the PDU with a violation of the integrity of the pyloric sphincter was established, due to the high frequency of postoperative complications, as well as unsatisfactory results in the long term;

improved methods and techniques of pylorus-preserving excisions of PDU with DP;

improved diagnostic and therapeutic algorithms have been developed to optimize surgical tactics in PDU;

the features of the functional state of the gastroduodenal complex were determined by examining the secretory and MEFS after excision of the PDU with pylorus-preserving duodenoplasty and pyloroduodenoplasty of the Judd-Tanake, Heineke-Mikulich and Finney types;

Implementation of the research results. According to the results of a scientific study on improving the results of surgical treatment of perforated duodenal ulcers:

guidelines "An improved method of pylorus-preserving duodenoplasty for perforated duodenal ulcers" were developed (certificate of the Ministry of Health No. 8n-z / 130 dated March 14, 2022). The proposed recommendations made it possible to reduce the frequency of violations of the motor-evacuation function of the stomach of a functional nature by 6.9%, duodenogastric reflux - by 13.7%, dumping syndrome - by 11.6% and diarrhea - by 2.6%. At the same time, the frequency of general complications decreased by 22.4%.

the obtained scientific results are implemented in the practice of health care, in particular, in the Andijan and Namangan branches of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, (certificate of the Ministry of Health No. 8n-z / 130 dated March 14, 2022). The results of the implementation made it possible to remove the pathological substrate without destroying the integrity of the "multifaceted" function of the pyloric sphincter and restore the drainage function of the stomach under the most physiological conditions, as well as the developed diagnostic and therapeutic algorithms made it possible to optimize surgical tactics for perforated duodenal ulcers.

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

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Ботиров А.К., Изатиллаев И.Р., Носиров М.М., Ботиров Ж.А. Функциональное состояние желудка при пилоруссохраняющей дуоденопластике по поводу прободной дуоденальной язвы // Журнал биомедицины и практики. – Ташкент 2021. Том 6, №6. С. 231-237. (14.00.00. №24)

2. Ботиров А.К., Изатиллаев И.Р., Носиров М.М., Ботиров Ж.А. Ближайшие результаты хирургического лечения прободных дуоденальных язв // Новый день в медицине. – Бухара 2022. №2(40) С.178-182. (14.00.00. №22)

3. Botirov A.K., Izatillayev I.R., Nosirov M.M., Botirov J.A. Methods and principles of excision of perforated duodenal ulcers // J. Art of medicine. International Medical Scientific Journal. 2021. Volume-1. Issue-3. P.29-39. (14.00.00, №3)

4. Izatillayev I.R., Botirov A.K., Nosirov M.M. Perforated peptic ulcer disease: review of history and treatment // RA journal of applied research. 2022. Volume-8. Issue-5. P.368-374. (Scientific Journal Impact Factor – 7.108)

5. Botirov A.K., Izatillayev I.R., Nosirov M.M. Long-term results of pylorus-preserving duodenoplasty in the surgical treatment of perforated duodenal ulcers // International Journal of Current Science Research and Review. 2022. Volume-5. Issue-9. P.3697-3701. (Scientific Journal Impact Factor – 5.995)

II бўлим (II часть; part II)

6. Ботиров А.К., Изатиллаев И.Р. Усовершенствованный способ пилоруссохраняющей дуоденопластики при прободных дуоденальных язвах // Методические рекомендации. АГМИ. Ташкент, 2022. 26 стр.

7. Ботиров А.К., Изатиллаев И.Р., Носиров М.М., Ботиров Ж.А. Характер и частота послеоперационных осложнений после иссечения прободной дуоденальной язвы с дуоденопластикой // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования: сб. ст. по материалам LIV Международной научно-практической конференции «Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования». – №11(50). – М., Изд. «Интернаука», 2021. С.59-63.

8. Изатиллаев И.Р., Ботиров А.К. Отдаленные результаты дуоденопластики при прободных дуоденальных язвах // Материалы республиканской дистанционной научной онлайн-конференции по инновационным научно-практическим исследованиям ученых и молодежи Узбекистана, часть 18, 30 ноября 2021 г. – Ташкент, С.17-18.

9. Изатиллаев И.Р., Ботиров А.К. Моторно-эвакуаторная функция желудка при пилоруссохраняющей дуоденопластике по поводу прободной дуоденальной язвы // Материалы научно-практической конференции «Инновационный подход к актуальным проблемам медицины – 2022», 12 май 2022 г. Андижан, С.188-189.

10. Изатиллаев И.Р., Ботиров А.К. Секреторная функция желудка при пилоруссохраняющей дуоденопластике по поводу прободной дуоденальной язвы // Материалы научно-практической конференции «Инновационный подход к актуальным проблемам медицины – 2022», 12 май 2022 г. Андижан, С.189.

11. Izatillayev I.R., Botirov A.K. Pylorus-preserving duodenoplasty in the surgical treatment of perforated duodenal ulcers anastomoses // Materials of International Virtual Conference. Indonesia, October, 2022. P.30-32.

12. Izatillayev I.R., Botirov A.K. Modified method for excision of perfect duodenal ulcer with duodenoplasty // European journal of science archives conferences series. Aachener, Germany, September, 2022. P.66-68.