

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

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ЭШМЕТОВ ШУХРАТ РУЗМЕТОВИЧ

**СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ КАСАЛЛИГИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ
БИЛАН ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ**

14.00.27 – Хирургия

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

Андижон – 2024

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Эшметов Шухрат Рузметович

Сурункали панкреатит касаллигини жарроҳлик усули билан даволашга
замонавий ёндашув..... 3

Эшметов Шухрат Рузметович

Современные подходы к хирургическому лечению хронического
панкреатита..... 29

Eshmetov Shukhrat Ruzmetovich

Modern approaches to surgical treatment of chronic pancreatitis..... 51

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 55

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

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ЭШМЕТОВ ШУХРАТ РУЗМЕТОВИЧ

**СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ КАСАЛЛИГИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ
БИЛАН ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ**

14.00.27 – Хирургия

**ТИББИЁТ ФАHLАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТ**

Андижон – 2024

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясида B2023.2.PhD/Tib3635 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

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

Илмий раҳбар:

Коханенко Николай Юрьевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Эгамов Юлдашали Сулайманович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Саттаров Ойбек Тохирович
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Етакчи ташкилот:

Академик В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2024 йил «___» _____ соат ___ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю. Отабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz, Андижон давлат тиббиёт институти).

Диссертация билан Андижон давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Диссертация автореферати 2024 йил «___» _____ куни тарқатилди.
(2024 йил «___» _____ даги рақами реестр баённомаси).

М.М. Мадазимов

Илмий жаражалар берувчи илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

М.Ф. Нишанов

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

Б.Р. Абдуллажанов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Хорижий муаллифларнинг маълумотларига кўра, Фарбий Европа мамлакатларида сурункали панкреатитнинг (СП) тарқалиши 100000 аҳолига 25,0-26,4 ҳолатни, маҳаллий нашрлар таҳлил қилинганда, касалланиш даражаси тахминан икки баравар юқори – 100000 аҳолига 27,4-50 ҳолатни, бутун дунёда эса – йилига 100000 аҳолига 1,6-23 ҳолатни ташкил қилади¹. Таъкидлаш жоизки, сўнгги 30 йил ичида ўткир ва сурункали панкреатит билан касалланиш икки баробардан кўпроққа ортди. Ривожланган мамлакатларда ташхис қўйилган вақтдаги беморларнинг ўртача ёши 50 дан 39 ёшгача пасайган, касалланганлар орасида аёллар улуши 30% га ошган ва беморларнинг бирламчи ногиронлиги 15% га етади. Ташхис тасдиқлангандан кейинги ўлим кўрсаткичи биринчи 10 йил ичида 20% гачани, 20 йилдан кейин эса 50% дан юқорини, ўртача 11,9% ни ташкил қилади. XX асрнинг 40-йилларида сурункали панкреатитда панкреатодуоденал резекция даражасидаги ишлаб чиқилган резекцион аралашувлар 80-йиллар охирига қадар танлов усули бўлди. Аммо, ушбу оператив аралашувда турли муаллифларнинг маълумотларига кўра 8-15% ни ташкил этувчи ташрихдан кейинги ўлимнинг анча юқори даражаси ҳамда “Clavien-Dindo бўйича III+IV синфига оид ташрихдан кейинги эрта асоратларнинг 15% гача бўлган жуда юқори сони” кузатилади². Бундан ташқари, панкреатодуоденал резекция ташрихдан кейинги кечки даврда гастростаз (4-30%), анастомоз пептик яраси (3-8%), ферментатив етишмовчилик ва демпинг синдроми (12-25%) ривожланиши туфайли ҳаёт сифатини сезиларли даражада камайтириши мумкин. Шундай қилиб, бугунги кунда панкреатодуоденал резекцияга кўрсатмалар жуда ҳам тор бўлиб, фақатгина диагностиканинг ташрихдан олдинги ва интраоператив босқичларида ошқозон ости беши саратони ва сурункали панкреатитни фарқлаш имкони бўлмаганда амалга оширилади. Шу муносабат билан, асоратларни олдини олишга алоҳида эътибор қаратган ҳолда тадқиқотлар ўтказишга эҳтиёж бор.

Жаҳон амалиётида ҳозирга вақтда ошқозон ости беши йўли ва ўт йўлларида стриктураларида тўлиқ қопланган ўз-ўзидан кенгайдиган металл стентлардан фойдаланиш самарадорлигини аниқлаш бўйича тадқиқотлар энг долзарб бўлиб қолмоқда, рефрактер оғриқ синдромида ва сурункали панкреатитнинг асоратларида эндоскопик ва хирургик аралашувларнинг турли жиҳатлари таҳлил қилинмоқда, панкреатодуоденал резекцияда периоперацион даврни башорат қилиш ва индивидуал резектабелликни аниқлаш усуллари изланмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг ҳозирги босқичида сурункали панкреатит билан оғриган беморларни

¹Cohen SM, Kent TS. Etiology, Diagnosis, and Modern Management of Chronic Pancreatitis: A Systematic Review. JAMA Surg. 2023 Jun 1;158(6):652-661. doi: 10.1001/jamasurg.2023.0367.

²Murruste M, Kirsimägi Ü, Kase K. Complications of chronic pancreatitis prior to and following surgical treatment: A proposal for classification. World J Clin Cases. 2022 Aug 6;10(22):7808-7824. doi: 10.12998/wjcc.v10.i22.7808.

профилактика, консерватив ва хирургик даволашнинг замонавий тамойилларини жорий этиш орқали даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган³. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан функционал ва органик асоратларни ривожланиш хавфини камайтиришга қаратилган инструментал ва морфологик маълумотларга асосланган аралашув ҳажмига дифференциал ёндашув орқали сурункали панкреатитни хирургик даволаш натижаларини яхшилаш тадқиқотларнинг 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 Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 4 октябрдаги ПҚ-5254-сон «Хирургия хизматини трансморфация қилиш, ҳудудларда жарроҳлик амалиётлари сифатини ошириш ва кўламини кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида» ва Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 26 июлдаги ПҚ-5198-сон «Аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини янада яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, ҳозирги пайтда сурункали панкреатит касаллиги абдоминал жарроҳликда бажарилган операциялар жиҳатидан энг кўп учрайдиган касалликлар тоифасига киради. СП ни жарроҳлик усулида даволашнинг асосий принципларидан бири бу панкреатик гипертензияни бартараф қилиш бўлса, иккинчиси чандикланган ва кистоз ўзгарган соҳани олиб ташлашдан иборат. Шунинг учун асосий операция усуллари бу МОБ проток тизимини ички дренажлаш ёки унинг паренхимасини резекция қилишдан иборат бўлади. Кейинги пайтларда дренажлаш операциялари нафақат «очик» усулда, балки эндоскопик, лапароскопик, пункцион усуллар каби кам инвазив усулларда ҳам бажариляпти⁴. Ҳозирги даврда кўпчилик жарроҳларнинг фикрича, «стандарт» дренажловчи операцияларнинг узок даврдаги натижаларини яхшилаш лозимлиги таъкидланади, чунки, тахминан 45-50% беморларда дренажловчи операциялардан кейин 1 йил ичида «оғриқ» синдроми такрорланаяпти, 5 йил

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг. 28. 01 2022 йилдаги «Янги Ўзбекистоннинг 2022-2026 йилларга мўлжалланган ривожланиш стратегияси тўғрисида» ПҚ-60 сонли Фармони.

⁴Mann R, Boregowda U, Vyas N, Gajendran M, Umopathy CP, Sayana H, Echavarria J, Patel S, Saligram S. Current advances in the management of chronic pancreatitis. Dis Mon. 2021 Dec;67(12):101225.

ичида эса бу кўрсаткич 85% ни ташкил қилапти⁵. Бошқа томондан эса резекцион муолажаларда амалиётдан кейинги асоратлар учраш сони 24,7% ни ташкил қилса, бу кўрсаткич дренажловчи операциялардан кейин 12,4% га тенг. Аммо беморларда операциядан кейинги яшаш тарзи сифатини баҳолаганда резекцион операция ўтказган беморларнинг 76,2% ида бироз турғун ва сифатли яшаш тарзи кузатилгани аниқланади, чунки бу операция турида сурункали абдоминал оғрик синдромини чақирувчи сабаблар бартараф қилиниши керак. СП билан оғриган беморларда маҳаллий ва умумий операцион хавф омиллари кўплиги учун таклиф қилинган жарроҳлик усулларининг орасидан оптимал усулни танлаш мураккаб ва қийин масала. Баъзи муаллифларнинг фикрича, инфекцияланган сохта кисталар (СК)ни тери орқали пункцион дренажлаш, бу беморларни операциянинг кейинги босқичларига тайёрлашда муҳим роль ўйнайди ва операциядан кейинги даврнинг силлиқ кечишини таъминлайди⁶. Баъзан эса СП асоратларини даволашда кам инвазив усуллардан фойдаланган ҳолда ижобий натижаларга эришган жарроҳлар хирургик даволашнинг иккинчи босқичидан воз кечишади ва шу билан касалликнинг қайталаниш эҳтимолини оширишади⁷. Эндоскопик дренажлаш билан қиёслаганда тери орқали пункцион дренажлаш даволаш самарадорлигининг камлиги ва қолдиқ бўшлиқларнинг кўп учраши билан боғлиқ, яъни тери орқали пункцион дренажланган беморлар клиник муваффақиятга эришиш учун кўшимча муолажалар (масалан, эндоскопик дренажлаш ёки бошқа жарроҳлик усули) га муҳтож бўлади. Бундан ташқари, тери орқали пункцион дренажлаш касалликнинг қайталанишига ва қайта хирургик аралашув ўтказишга сабаб бўлади, шунингдек, меъда ости беши ташқи оқмаларига олиб келиши мумкин⁸. Шундай қилиб ҳозирга даврда бу усул СП ни даволашнинг яқуний усули ҳисобланмайди ва уни радикал жарроҳлик ёки эндоскопик даволашга имкон бермайдиган ёндош касалликлари бўлган беморлардагина қўллаш мақсадга мувофиқ келади.

Панкреанекроз ёки иккиламчи септик некроз асорати билан оғриган беморлар мураккаб, узоқ муддатли реанимация бўлимида қолишлари ва мураккаб инвазив жарроҳлик аралашувига дуч келиши мумкин. Бу ҳолат кўпинча полиорган етишмовчилик синдроми учраш хавфи билан боғлиқ, бу ҳолатларда ўлим кўрсаткичи 20-30% гача етиши мумкин⁹. Шунинг учун ҳам СП нинг диагностик-даволаш стандартларида оптимал даволашни таъминлаш

⁵Vorontsov OF, Natroshvili IG, Mikhin IV, Graeb C. Khirurgicheskoe lechenie khronicheskogo pankreatita: pokazaniya, sroki, metody [Surgical treatment of chronic pancreatitis: indications, timing, methods]. *Khirurgiia* (Mosk). 2022;(2):82-88. Russian. doi: 10.17116/hirurgia202202182.

⁶Ganaie KH, Choh NA, Parry AH, Shaheen FA, Robbani I, Gojwari TA, Singh M, Shah OJ. The effectiveness of image-guided percutaneous catheter drainage in the management of acute pancreatitis-associated pancreatic collections. *Pol J Radiol*. 2021 Jun 15;86:e359-e365. doi: 10.5114/pjr.2021.107448.

⁷Xiao NJ, Cui TT, Liu F, Li W. Current status of treatments of pancreatic and peripancreatic collections of acute pancreatitis. *World J Gastrointest Surg*. 2021 Jul 27;13(7):633-644. doi: 10.4240/wjgs.v13.i7.633.

⁸Tan JH, Zhou L, Cao RC, Zhang GW. Identification of risk factors for pancreatic pseudocysts formation, intervention and recurrence: a 15-year retrospective analysis in a tertiary hospital in China. *BMC Gastroenterol*. 2018;18:143.

⁹Trikudanathan G, Wolbrink DRJ, van Santvoort HC, Mallery S, Freeman M, Besselink MG. Current Concepts in Severe Acute and Necrotizing Pancreatitis: An Evidence-Based Approach. *Gastroenterology* 2019; 156: 1994-2007. :e3.

учун гастрэнтерологлар, жарроҳлар, интервенцион рентгенологлар ва бошқа мутахассисларни ўз ичига олган кўп тармоқли гуруҳдан фойдаланишни таклиф қилади¹⁰. Ўткир некротик панкреатит жуда оғир касаллик бўлиб уни даволаш қийин масала, лекин асептик панкреатит ёки перипанкреатик некротизланган турини даволашда дастлаб консерватив терапияни қўллаш мумкин, чунки панкреатик ёки перипанкреатик суюқлик 50% ҳолатларда вақт ўтиши билан ўз-ўзидан сўрилиб кетади¹¹. Шунинг учун асептик симптомсиз кечувчи яллиғланишлар ҳажми, жойлашуви ва тарқалишидан қатъий назар жарроҳлик аралашувини талаб қилмайди. Бундан ташқари асептик яллиғланиш даврида МОБ соҳасини эрта дренажлаш ятроген инфекция хавфини ошириши мумкин, бу панкреатит билан тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми фонида ҳал қилиниши қийин бўлган муаммо ҳисобланади. Шундай қилиб, агар беморда аниқ симптомлар билан кечувчи стерил яллиғланиш бўлсагина касалликнинг кечки даврларида (4 ҳафтадан сўнг) жарроҳлик муолажаларини қўллаш мумкин, чунки шу даврда яллиғланиш жараёнидан ажралган суюқлик аниқ чегараларга эга бўлади. Без тўқимасида септик некротизланиш соҳаларининг пайдо бўлиши кенг спектрли антибиотикларни қўллашга ёки мақсадли антибиотикотерапия учун шошилиш кўрсатма ҳисобланади. Септик жараённи тўлиқ назорат қилиш учун одатда абсцессни бўшатиш ёки некротик ўзгарган тўқималарни олиб ташлашга қаратилган жарроҳлик муолажаларини бажариш мақсадга мувофиқ¹². Аниқ чегараланган некротик тўқималар ҳосил бўлмагунча некрэктомия жарроҳлик усулини бажармасдан, кам инвазив жарроҳлик муолажаларини қўллаш кузатилиши мумкин бўлган асоратлар ва ўлим кўрсаткичини камайтиради. Панкреатодуоденал резекция (ПДР) бу МОБ ўсма касалликларида қўлланиладиган мураккаб операциялардан биридир. Муравьев П. ва ҳаммуаллифлар (2022 й.) бундай жарроҳлик муолажалари ўтказган 272 нафар беморнинг натижалари тўғрисида ёзган¹³. Барча беморлар икки гуруҳга ажратилган: асосий гуруҳдаги беморларда (n=112) ПДРга тайёргарлик сифатида декомпрессиянинг оптималлашган алгоритми бажарилган ва назорат гуруҳида (n=160) умум қабул қилган тайёргарлик ўтказилган. Бу беморларнинг барчасида (n=272) ПДР бажарилган. Назорат гуруҳида Уипл бўйича охири-ёнига анастомоз 38/160 (23,7%) беморда, Шалимов-Копчак бўйича охири-охирига анастомоз эса 40/160 (25,0%) ўрнатилган. Проток ва ичак шиллик қавати орасида анастомоз ўрнатиш билан бажарилган панкреатоеюностомоз 128 нафар беморда ўтказилган, шулардан асосий гуруҳда -73 ва назорат гуруҳида 55 нафар беморни ташкил қилган.

¹⁰Baron TH, DiMaio CJ, Wang AY, Morgan KA. American Gastroenterological Association Clinical Practice Update: Management of Pancreatic Necrosis. *Gastroenterology*. 2020;158:67–75.e1.

¹¹Boxhoorn L, Voermans RP, Bouwense SA, Bruno MJ, Verdonk RC, Boermeester MA, van Santvoort HC, Besselink MG. Acute pancreatitis. *Lancet*. 2020;396:726–734.

¹²Bai X, Jin M, Zhang H, Lu B, Yang H, Qian J. Evaluation of Chinese updated guideline for acute pancreatitis on management of moderately severe and severe acute pancreatitis. *Pancreatology*. 2020;20:1582–1586.

¹³Муравьев П., Запороженко Б., Бородаев И. и др. Диагностический подход и специфика лечения у пациентов с очаговыми поражениями билиопанкреатической области, осложненными механической желтухой. *Эксперим. Теор. Медицина*. 2022 г, Февр;23(2):159. doi: 10.3892/etm.2021.11082.

Панкреатогастроанастомоз (ПГА) 35 нафарида бажарилган, уларнинг 19 нафари асосий гуруҳда ва 16 нафари назорат гуруҳидаги беморлар бўлган. МОБ чўлтоқ қисмини ошқозонга ботириш усули билан бажарилган ПГА 32 ҳолатда кузатилган, уларнинг 20 нафари асосий ва 12 нафари назорат гуруҳидаги беморлар эди. Ўлим кўрсаткичи асосий гуруҳда 6,3% (7 бемор) ва назорат гуруҳида 11,9% (19 бемор) ни ташкил қилган. Муаллифларнинг хулосасига кўра, билиар декомпрессия МОБ резекцион муолажаларидан кейинги даврдаги натижаларни яхшилаши мумкин экан.

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, СП асоратларининг учраши тўрисида ҳар хил тушунчалар мавжуд. Сўнги бир неча ўн йилликларда кам инвазив муолажа технологияларининг ривожланиши билан ушбу оғир асоратлар учун стандарт даволаш усуллари жуда катта ўзгаришларга дуч келди. Ҳозирги пайтда қиёсий ва ишончли маълумотларга асосланиб шуни айтиш мумкинки, кам инвазив жарроҳлик муолажалари босқичма-босқич стандарт хирургик даволаш усулига айланиб борапти. Панкреатитнинг оғир шаклларида жарроҳлик амалиётидан кейинги муваффақиятнинг асосий гарови, бу бажариладиган операция турини тўғри танлаш ва беморларни амалиётдан кейинги даврда тўғри парвариш қилиш билан боғлиқ. Бу эса беморнинг умумий ҳолатига ва унда учраган асоратнинг турига ҳамда танланган жарроҳлик аралашувининг ўз вақтида бажарилишига ҳам боғлиқ. Ҳозирги пайтда СП ни жарроҳлик усули билан даволаш чуқур изланишларни талаб қиладиган мураккаб муаммо бўлиб ҳисобланади. СП билан оғриган беморнинг индивидуал ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда унга мос келувчи жарроҳлик усулини танлаш, амалиётдан кейинги даврда уларнинг реабилитациясини оптималлаштириш учун ҳар бир ҳолатда ўзига хос ёндашувни талаб қилади. Юқоридаги барча маълумотлар илмий ва амалий жиҳатдан қизиқарли бўлиб, ушбу илмий тадқиқотни бажаришга ундади.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг илмий тадқиқот ишлари режасига мувофиқ «Қорин бўшлиғи аъзоларининг хирургик патологияси бўлган беморларда кам инвазив даволаш усулларини такомиллаштириш» мавзуси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади инструментал ва морфологик текшириш маълумотларига асосланган ҳолда аралашув ҳажмига дифференциал ёндашув орқали сурункали панкреатитни хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

асоратланган сурункали панкреатитни хирургик даволаш натижаларига таъсир қилувчи асосий мезонларни аниқлаш;

сурункали панкреатитни асоратланган шаклларида хирургик даволашнинг икки босқичли тактикасини қўллаш клиник самарадорлигини баҳолаш;

вирсунг найининг стриктураси билан асоратланган сурункали панкреатитни хирургик даволаш усулини такомиллаштириш;

сурункали панкреатитни асоратланган шаклларида қўлланилган хирургик даволаш тактикасининг клиник самарадорлигини қиёсий жиҳатдан узоқ муддатли даврда тадқиқ қилиш;

сурункали панкреатитни асоратланган шаклларини хирургик даволашдан кейинги даврда беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2010 йилдан 2021 йилгача бўлган даврда Проф. А.А. Русанов номидаги Санкт-Петербург давлат педиатрия тиббиёт университети факультет хирургияси кафедрасининг ва Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиалининг жарроҳлик касалликлари ва трансплантология кафедрасининг клиник базаларида “сурункали панкреатит” ташхиси билан тасдиқланган ҳамда асосий касаллик ва унинг асоратлари бўйича турли хил хирургик аралашувларни бошдан кечирган 144 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети меъда ости безида амалга оширилувчи дренажловчи ёки резекцион аралашувларни танлашга дифференциаллашган ёндашув самарадорлигини таҳлил қилишдан иборат.

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

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

сурункали панкреатит ва унинг асоратлари кечишининг икки босқичли хирургик даволаш тактикасининг мақбул турини танлашда муҳим бўлган клиник ва морфологик хусусиятлари аниқлаштирилган;

сурункали панкреатитнинг вирсунг найи торайиши билан асоратланган шаклларида меъда ости безини резекция қилиш, чиқарув найини бужлаш ҳамда уни ингичка ичак билан анастомоз орқали 2-3 мм диаметрдаги найча ёрдамида дренажлаш билан тавсифланувчи хирургик даволаш усули ишлаб чиқилган;

вирсунг найини бужлаш унинг торайишини бартараф қилишга имкон бериши, узоқ муддатли дренажлаш эса, без паренхимасининг шишини камайишини ҳамда чиқарув найи ва оч ичак ўртасида адекват анастомоз шакллантириш учун каркас хусусиятларини таъминлаши исботланган;

каркасли панкреатикоеюноанастомоз шакллантиришда дренаж найчанинг оптимал диаметри 2-3 мм эканлиги, кичик ўлчамдаги найча панкреатик суюқликнинг мақбул оқимини таъминлай олмаслиги, катта ўлчамдагиси эса, вирсунг найини шикастлаши мумкинлиги аниқланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

сурункали панкреатитни хирургик даволашнинг оптимал турини танлашда асоратлар хусусиятларини ҳамда меъда ости безидаги патологик ўзгаришлар даражасини баҳолашга асосланган тактик алгоритм ишлаб чиқилган;

вирсунг найини бужлаш ва каркасли дренажлаш билан панкреатикоеюноанастомоз шакллантиришнинг тавсия этилган усули

панкреатик гипертензия ва у билан боғлиқ бўлган оғриқ синдромига ҳамда сурункали панкреатитнинг зўрайишига олиб келувчи меъда ости беши чиқарув найининг стриктурасини бартараф этиши аниқланган;

сурункали панкреатит ва унинг асоратларида дренажловчи ёки резекцион аралашувларнинг оптимал усулини танлашнинг таклиф этилган алгоритми касалликнинг қайталанишини ҳамда эрта ва узок муддатли даврдаги асоратлар ривожланиш хавфини камайтиришга ёрдам бериши исботланган;

комплекс хирургик даволашнинг биринчи босқичида сурункали панкреатит асоратларини бартараф этиш радикал дренажловчи ёки резекцион аралашувлар натижаларини яхшилашга, клиник белгиларнинг қайталаниш хавфини камайтиришга ва беморларнинг юқори ҳаёт сифатини таъминлашга имкон бериши аниқланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари, услубий ёндашувлар ва статистик таҳлил тўпламларини тўғри қўлланилганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва таклифлар назарий аҳамиятга эга бўлиб, хирургик даволашга мақбул ёндашувларни танлаш учун зарурий бўлган, сурункали панкреатитнинг клиник кечиши хусусиятларини ва унинг специфик асоратларини намоён бўлиш даражасини аниқлашга муҳим ҳисса қўшганлиги, ўз навбатида, меъда ости беши найининг стриктурасида тавсия этилган ташрих усули касалликнинг асоратланган кечиши ривожланишининг патогенетик жиҳатларини бартараф этишга қаратилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, сурункали панкреатит учун ишлаб чиқилган ташрих усули панкреатик гипертензияни ва у билан боғлиқ бўлган оғриқ синдромига ҳамда сурункали панкреатитнинг зўрайишини бартараф этишга, таклиф этилган алгоритм эса, босқичма-босқич ёндашув заруриятини ҳамда дренажловчи ёки резекцион аралашувнинг оптимал турини ҳисобга олган ҳолда рационал даволаш тактикасини танлашни таъминлашга, умуман олганда, ташрихдан кейинги яқин ва узок муддатли асоратларни камайтиришга имкон берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Тошкент тиббиёт академияси мувофиқлаштирувчи эксперт кенгашининг 2024 йил 24 апрелдаги 04/103-сон хулосасига кўра (илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича ТМА мувофиқлаштирувчи эксперт кенгашининг 2023 йил 17 майдаги 33-сон хулосаси шакллантирилган):

биринчи илмий янгилик: икки босқичли жарроҳлик усулининг оптимал вариантини танлашда муҳим бўлган касаллик кечишининг клиник ва морфологик хусусиятлари аниқланганлиги Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 2023 йил 25 апрелдаги Н89-1-сонли буйруқ билан, РШТЁИМ Хоразм филиалида 2023 йил 14 апрелдаги 51/1-“И”-сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги:

таклиф қилинган усулларни қўллаш жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда кузатилиши мумкин бўлган асоратларнинг камайишига, оғриқ синдромининг йўқолишига ва беморлар ҳаёт тарзининг сифат кўрсаткичига ижобий таъсир қилган. СП касаллиги билан оғриган беморларда таклиф қилинган даволаш усулини қўллаш натижасида клиник жиҳатдан самарадорлик яхшланган ва кузатилиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш орқали тиббий самарадорликка эришилган. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: Таклиф қилинган усулларни қўллаш натижасида амалиёт пайтидаги ва ундан кейинги даврдаги сарф-ҳаражатлар камайди ва юқори иқтисодий самарадорлик таъминланди. СП нинг асоратланган шаклларида жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш патологик жараённинг жойлашишини, шаклини, ўт ва без чиқарув найида торайишлар мавжудлиги ва унинг узунлигини синчковлик билан клиник ва инструментал текширувларга асосланган, шу билан бирга бир босқичли муолажалар жарроҳлик усулида даволашнинг қониқарсиз натижалари хавфини сезиларли даражада осирган, бунинг сабаби касалликнинг кечиши ва оғирлик даражасини паст баҳолаш, ҳамда операция ҳажмини ва турини нотўғри танлаш. Операция қилинган беморларнинг 32,9% да амалиётдан кейинги ҳар хил даражадаги асоратлар кузатилди. Уларнинг 3(4,9%) нафарида қон кетиш белгилари кузатилган бўлса, ички аъзоларнинг функционал этишмовчилиги -1(1,3%). Беморларнинг шифохонада ётиш муддати 10-27 кунни, ўртача $15,4 \pm 1,5$ кунни (назорат гуруҳи билан таққослаганда – $t=2.91$; $p<0.05$) ташкил қилди. Умумий хулоса қилсак, бунда 1 беморда: керакли диагностика ва даволаш тадбирлари арсеналини минимал даражага камайтириш натижасида беморнинг турли диагностик ва даволаш тактикаси даври қисқариши ҳисобига ўртача ҳисобда 1 700 000 сўм маблағ иқтисод қилинишга олиб келади, яъни: мазкур патологияли беморларда одатда сарф қилинадиган ўртача умумий харажатлар: 6 800 000 сўм (Хоразм вилояти КТТМ ва РШТЁИМ Хоразм филиали прејскурантига кўра); таклиф этилган усуллар ёрдамида тўғри танланган даволаш тактикаси натижасида, икки босқичли жарроҳлик амалиётининг жорий этилиши ҳисобидаги ўртача умумий харажатлар: 5 100 000 сўм (Хоразм вилояти КТТМ ва РШТЁИМ Хоразм филиали прејскурантига кўра); ((одатда мазкур патологияда сарф қилингандиган ўртача умумий харажат) 6 800 000 сўм – (таклиф этилган усуллар ёрдамида тўғри танланган даволаш тактикаси натижасида, икки босқичли жарроҳлик амалиётининг жорий этилиши ҳисобидаги ўртача умумий харажат) 5 100 000 сўм = 1 700 000 сўм (иқтисод қилинадиган сумма)), бунда эса йиллик иқтисодий кўрсаткич 45 900 000 сўмни ташкил этди (9 нафар бемор учун). Натижада: йиллик бюджет маблағларидан 25 500 000 сўм, бюджетдан ташқари маблағлардан эса 20 400 000 сўм миқдорда иқтисод қилинди. Хулоса: бунда мазкур усулларни жарроҳлик амалиётига жорий этиш натижасида бир бемор учун 1 700 000 сўм иқтисод қилинишига олиб келди. Тажрибада келтирилган 9 нафар бемор учун, бу иқтисодий тежаш кўрсаткичи йиллик 45 900 000 сўмни ташкил этди. Йиллик бюджет маблағларидан 25 500 000 сўм, бюджетдан ташқари маблағлардан эса 20 400 000 сўм миқдорда иқтисод қилинди.

иккинчи илмий янгилик: сурункали панкреатитнинг вирсунг найи торайиши билан асоратланган шаклларида меъда ости безини резекция қилиш, чиқарув найини бужлаш ҳамда уни ингичка ичак билан анастомоз орқали 2-3 мм диаметрдаги найча ёрдамида дренажлаш билан тавсифланувчи ишлаб чиқилган хирургик даволаш усули Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 2023 йил 25 апрелдаги Н89-1-сонли буйруқ билан, РШТЁИМ Хоразм филиалида 2023 йил 14 апрелдаги 51/1-“И”-сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: сурункали панкреатит касаллиги ва унинг асоратлари билан оғриган беморларда таклиф қилинган даволаш усулини қўллашдан кейинги яқин ва узоқ даврда (беморларнинг шифохонада бўлиш муддати, даволаш харажатлари ва амалиётдан кейинг асоратларнинг учраши, айниқса оғриқ симптомининг камайиши каби) даволаш натижалари яхшиланганлиги кузатилди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: Таклиф қилинган жарроҳлик усулини қўллаш натижасида амалиёт пайтидаги ва ундан кейинги даврдаги сарф-харажатлар камайди ва юқори иқтисодий самарадорлик таъминланди. Масалан СП ни жарроҳлик даволаш натижаларини ўрганишнинг динамик мониторинги шуни кўрсатдики, икки босқичли жарроҳлик усулидан фойдаланиш, узоқ вақт давомида пансреатик гипертензиянинг қайталаниш эҳтимолини камайтириш имконини берган, оғриқ синдромининг тўлиқ ёқолишини 54,3% дан 78,8% гача оширган, оғриқ хуружининг учрашини йилига 1 маротаба ёки ундан кам кузатилишини назорат гуруҳида - 17,4%, асосий гуруҳда - 13,5%, ярим йилда 1 маротаба учрашини, назорат гуруҳида - 17,4%, асосий гуруҳда - 7,7% гача камайтирди, оғриқнинг 1 ойда 1 маротаба ва ундан ортиқ учраши назорат гуруҳида – 10,9% беморда учраган бўлса, асосий гуруҳда учрамади ($p=0,01$). Шуни алоҳида таъкидлаш керакки, бу даврда оғриқ хуружи умуман кузатилмаган беморлар назорат гуруҳида – 54,3% ни, асосий гуруҳда 78,8% ни ташкил қилди ($\chi^2=9,949$; $df=3$; $p=0.010$). Глобал саломатлик ҳолати кўрсаткичи назорат гуруҳида $62,5\pm 2,7$ баллни ташкил қилган бўлса, асосий гуруҳда $71,8\pm 1,9$ баллни ($t=2,84$; $p<0.05$) кўрсатди, функционал шкала бўйича бу кўрсаткич гуруҳларда мос равишда $67,2\pm 3,3$ ва $78,2\pm 2,2$ ни ташкил қилган ($t=2,76$; $p<0.05$), симптоматик шкала бўйича эса $28,4\pm 2,5$ ва $18,3\pm 1,4$ ($t=3,49$; $p<0.05$) эканлиги аниқланган. Юқоридаги натижалар таҳлилидан хулоса қиладиган бўлсак: беморлар шифохонада қолиш кунини мазкур амалиётлар тадбиғи натижасида ўртача 7,5 кунга ($22,9\pm 2,1-15,4\pm 1,5=7,5$ кун) қисқаришидан 1 878 750 сўм (1 кунлик шифохонада қолиш нархи 250 500 сўм) иқтисод қилинади (Хоразм вилояти КТТМ прејскурантига кўра); оғриқ синдромининг тўлиқ ёқолишини 54,3% дан 78,8% гача қисқариши натижасида, сарфланадиган харажат (жароҳатга ишлов бериш воситалари, боғлам материаллар, кўшимча дори ва антибиотиклар) 1 кун учун ўртача 48 000 сўмни ташкил этганда 360 000 сўмни иқтисод қилишга эришилади (Хоразм вилояти КТТМ прејскурантига кўра); қоникарсиз натижалар частотаси 64,7% дан 32,9 % гача, яъни деярли 2 маротабага камайди ($64,7/32,9=1,97$). Натижада қоникарсиз натижалар

яхшиланишидан, 460 600 сўм (ҳар бир ҳолат учун ўртача 235 000 сўм сарфланиши ҳисобидан) иқтисод қилинди; Юқоридагилардан келиб чиқиб жами 1 нафар бемор учун иқтисодий тежаш кўрсаткичи 2 699 350 сўмни ташкил эса, бунда йиллик иқтисодий тежаш кўрсаткичи 10 797 400 сўмни ташкил этади (4 нафар бемор учун). Хулоса: таклиф этилаётган янгича усулларни амалиётга тўла жорий этилиши бир бемор учун 2 699 350 сўм иқтисод қилинишига олиб келди. Бунинг натижасида йиллик иқтисодий тежаш кўрсаткичи 1 797 400 сўмни ташкил этади (4 нафар бемор учун). Шунда, бюджетдан ташқари маблағлардан 10 797 400 сўм миқдорда пул иқтисод қилинган.

учинчи илмий янгилик: вирсунг найини бужлаш унинг торайишини бартараф қилишга имкон бериши, узоқ муддатли дренажлаш эса, без паренхимасининг шишини камайишини ҳамда чиқарув найи ва оч ичак ўртасида адекват анастомоз шакллантириш учун каркас хусусиятларини таъминлаши исботланганлиги Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 2023 йил 25 апрелдаги Н89-1-сонли буйруқ билан, РШТЎИМ Хоразм филиалида 2023 йил 14 апрелдаги 51/1-“И”-сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги кўйидагилардан иборат: Сурункали панкреатит касаллиги билан оғриган беморларда таклиф қилинган икки босқичли жарроҳлик даволаш усулини кўллаш натижасида клиник жиҳатда самарадорлик яхшиланганлиги аниқланди ва кузатилиши мумкин бўлган асоратларнинг олди олинди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: Таклиф қилинган икки босқичли жарроҳлик усулини кўллаш натижасида амалиёт пайтидаги ва ундан кейинги даврдаги сарф-ҳаражатлар камайди, амалиётдан кейинги кечки даврда беморларнинг ҳаёт тарзининг сифат даражаси яхшиланди ва юқори иқтисодий самарадорлик таъминланди. СП ни жарроҳлик даволаш натижаларини ўрганишнинг динамик мониторинги шуни кўрсатдики, икки босқичли жарроҳлик усулидан фойдаланиш, узоқ вақт давомида панкреатик гипертензиянинг қайталаниши эҳтимолини камайтириш имконини берди, оғриқ синдромининг тўлиқ ёқолишини 54,3% дан 78,8% гача оширди, оғриқ хуружининг учрашини йилига 1 маротаба ёки ундан кам кузатилишини – назорат гуруҳида - 17,4%, асосий гуруҳда - 13,5%, ярим йилда 1 маротаба учрашини, – назорат гуруҳида - 17,4%, асосий гуруҳда – 7,7% гача камайтирди, оғриқнинг 1 ойда 1 маротаба ва ундан ортиқ учраши назорат гуруҳида – 10,9% беморда учраган бўлса, асосий гуруҳда учрамади ($p=0,01$). Операциядан кейинг кечри даврда беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш, ўрганилган барча мезонлар бўйича икки босқичли операцияларнинг самарадорлигини кўрсатди. Глобал саломатлик ҳолати кўрсаткичи назорат гуруҳида $62,5\pm 2,7$ баллни ташкил қилган бўлса, асосий гуруҳда $71,8\pm 1,9$ баллни ($t=2,84$; $p<0,05$) кўрсатди, функционал шкала бўйича бу кўрсаткич гуруҳларда мос равишда $67,2\pm 3,3$ ва $78,2\pm 2,2$ ни ташкил қилган ($t=2,76$; $p<0,05$), симптоматик шкала бўйича эса $28,4\pm 2,5$ ва $18,3\pm 1,4$ ($t=3,49$; $p<0,05$) эканлиги аниқланган. Юқоридаги натижалар таҳлилидан хулоса қиладиган бўлсак: беморлар шифохонада қолиш кунини мазкур амалиётлар тадбиғи

натижасида ўртача 7,5 кунга ($22,9 \pm 2,1 - 15,4 \pm 1,5 = 7,5$ кун) қисқаришидан 1 878 750 сўм (1 кунлик шифохонада қолиш нархи 250 500 сўм) иқтисод қилинган (Хоразм вилояти КТТМ прејскурантига кўра); қониқарсиз натижалар частотаси 64,7% дан 32,9% гача, яъни ўртача 1,97 маротабага камайди ($64,7/32,9=1,97$). Натижада қониқарсиз натижалар яхшиланишидан, 462 950 сўм (ҳар бир ҳолат учун ўртача 235 000 сўм сарфланиши ҳисобидан) иқтисод қилинди; Юқоридагилардан келиб чиқиб жами 1 нафар бемор учун иқтисодий тежаш кўрсаткичи 2 341 700 сўмни ташкил эца, бунда йиллик иқтисодий тежаш кўрсаткичи 9 366 800 сўмни ташкил этади (4 нафар бемор учун). Хулоса: таклиф этилаётган янгича усулларни амалиётга тўла жорий этилиши бир бемор учун 2 341 700 сўм иқтисод қилинишига олиб келди. Бунинг натижасида йиллик иқтисодий тежаш кўрсаткичи 9 366 800 сўмни ташкил этади (4 нафар бемор учун).

тўртинчи илмий янгилик: каркасли панкреатикоеюноанастомоз шакллантиришда дренаж найчанинг оптимал диаметри 2-3 мм эканлиги, кичик ўлчамдаги найча панкреатик суюқликнинг мақбул оқимини таъминлай олмаслиги, катта ўлчамдагиси эса, вирсунг найини шикастлаши аниқланганлиги Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 2023 йил 25 апрелдаги Н89-1-сонли буйруқ билан, РШТЎИМ Хоразм филиалида 2023 йил 14 апрелдаги 51/1-“И”-сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: таклиф қилинган техник усулларни қўллаш ва жарроҳлик усулида даволаш алгоритмига риоя қилиш операциядан кейинги эрта ва кечки даврда учраши мумкин бўлган асоратларнинг ва ногиронлик ривожланишининг олдини олади, беморнинг ҳаёт сифатини яхшилади. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: Таклиф қилинган жарроҳлик усулини қўллаш ва даволаш кўрсатмаларига риоя қилиш натижасида амалиёт пайтидаги ва ундан кейинги даврдаги сарф-ҳаражатлар камайди ва юқори иқтисодий самарадорлик таъминланди. СП нинг асоратланган шакллари даволашда икки босқичли операция усулларини қўллаш, радикал жарроҳлик муолажасидан кейинги реабилитация сифатини яхшилашни таъминлади ва бу интенсив терапия муддатини ($p=0.010$) ва беморларнинг умумий ўрин-қунини $22,9 \pm 2,1$ кундан $15,4 \pm 1,5$ кунгача ($p < 0.05$) қисқаришини ва амалиётдан кейинги асоратлар учрашини эса 64,7% дан 32,9% гача, хавф эҳтимоли юқори бўлган асоратлар учрашини эса 22,1% дан 7,9% гача ($p=0,017$) камайтиришга олиб келган. Бундан кўриниб турибдики кам инвазив жарроҳлик муолажаларини қўллаш, беморнинг операциядан кейинги даврдаги амалиётларнинг қисқариши, шифохонада қолиш муддати ҳамда кечги асоратлар учрашининг камайиши натижасида ўртача ҳисобга 1 бемор учун 2 350 000 сўм маблағ иқтисод қилинишга олиб келади, яъни: мазкур патологияли беморларда қўшимча асоратлар ҳамда қониқарсиз кўрсаткичлар натижасида одатда сарф қилингандиган ўртача умумий харажатлар: 7 250 000 сўмни ташкил этади (Хоразм вилояти КТТМ прејскурантига кўра); таклиф этилган усуллар ёрдамида тўғри танланган даволаш тактикаси натижасида, янги жарроҳлик амалиётининг жорий этилиши ҳисобидаги ўртача умумий

харажатлар: 4 900 000 сўм (Хоразм вилояти КТТМ прејскурантига кўра); ((одатда мазкур патологияда сарф қилинган диган ўртача умумий харажат) 7 250 000 сўм – (таклиф этилган усуллар ёрдамида тўғри танланган даволаш тактикаси натижасида, янги жарроҳлик амалиётининг жорий этилиши ҳисобидаги ўртача умумий харажат) 4 900 000 сўм = 2 350 000 сўм (иқтисод қилинадиган сумма)), бунда эса йиллик иқтисодий кўрсаткич 9 400 000 сўмни ташкил этди (4 нафар бемор учун). Хулоса: бунда мазкур кам инвазив муолажа усуллари амалиётга тадбиқ этиш натижасида бир бемор учун 2 350 000 сўм иқтисод қилинишига олиб келди. Тажрибада келтирилган 4 нафар бемор учун, бу иқтисодий тежаш кўрсаткичи йиллик 9 400 000 сўмни ташкил этди.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий анжуманларда, жумладан 2 та ҳалқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларда муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 10 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 4 та мақола, жумладан, 1 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, бешта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 131 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Диссертациянинг **кириш** қисми, унинг долзарблиги ва заруриятига асосланади, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари шакллантирилади, натижаларнинг илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти келтирилади, иш натижаларининг апробация қилиш ва нашр этиш, диссертация ҳажми ва тузилиши ҳақида маълумотлар берилган.

Диссертациянинг «**Сурункали панкреатит ва унинг хирургик давоси**» деб номланган биринчи бобида адабиётлар шарҳи келтирилган. Бунда СП нинг эпидемиологик ва этиопатогенетик хусусиятлари, касалликнинг патологик ва морфологик ўзгаришлар занжири кенг ёритилган. Сурункали панкреатитнинг ривожланишида хавф омилларининг аҳамияти ва касалликнинг таснифланиши, клиник кечиш хусусиятлари, асоратлари, ташхислаш усуллари унинг ўзига хос томонлари, хирургик усулда даволашнинг камчиликлари ва муаммолари асосли равишда кўрсатиб ўтилган. Касалликнинг асоратланган шаклларида жарроҳлик аралашувининг ҳозирги замон тендециялари, ички дренажлаш ва резекцион-дренажлаш операциялари, эндоскопик ва бошқа кам инвазив жарроҳлик муолажаларининг хусусиятлари, шунингдек оператив даволашга босқичма-босқич ёндашиш масалалари келтирилган.

Диссертациянинг «**Беморларнинг клиник хусусиятлари ва тадқиқот усуллари**» номли иккинчи бобида тадқиқотнинг дизайни, диссертация материаллари ва тадқиқот усуллари, ҳамда қўлланилган статистик усуллар тўғрисида маълумотлар келтирилган.

Сурункали панкреатит билан оғриган беморларда жарроҳлик усули билан даволашнинг самарадорлик даражасини ўрганиш учун 2010-2021 йилларда Санкт - Петербург давлат педиатрия тиббиёт университети профессор А.А. Русанов номидаги факультет хирургияси кафедрасининг клиник базаларида ҳамда ТТА УФ хирургик касалликлар ва трансплантология кафедраси клиник базаларида даволанган 144(100%) нафар беморлар киритилди.

СП ни жарроҳлик усули билан даволашга табақалашган ёндашувни ҳисобга олган ҳолда барча беморлар 2 гуруҳга ажратилди. 1- (назорат) гуруҳга 2010-2015 йилларда жарроҳлик даволаш усули сифатида меъда ости бези (МОБ) да турли хил дренажловчи операцияларни ўтказган 68(47,2%) нафар беморлар киритилди. Уларнинг 65(95,6%) нафарида ҳар хил турдаги панкреатолигестив анастомозлар шакллантирилган бўлса, 3 (4,4%) нафар беморда резекцион-дренажловчи операциялар бажарилган. 2-(асосий) гуруҳга эса 76 (52,8%) нафар бемор киритилди, бу беморларда 2016-2021 йилларда панкреатодуоденал соҳадаги ҳар хил патоморфологик ўзгаришларга асосан қуйидаги операция усуллари ўтказилди: резекцион-дренажловчи операциялар -36(47,3%), панкреатодигестив анастомозларни шакллантириш – 33(43,4%) ва без кистасини ташқи дренажлаш – 7(9,3%).

1-гуруҳда эркаклар 58(85,3%) нафар, аёллар эса 10(14,7%) нафарни ташкил қилса, 2- гуруҳда мос равишда 63(82,6%) ва 13(17,4%) нафарни ташкил қилди. Ўртача ёш, 1-гуруҳда $39,4 \pm 0,74$ бўлса, 2-гуруҳда $49,6 \pm 1,62$ ни ташкил қилди. Ўрганилган барча беморларда ёндош касалликалар борлиги аниқланди. Энг кўп учраган ёндош патология бу, нутритив етишмовчилик, портал ва билиар гипертензия синдромлари, шунингдек юрак-қон томир тизими касалликлари бўлди. Шунинг таъкидлаш керакки, 1-гуруҳдаги беморларнинг 39(57,3%) нафарида, 2-гуруҳдагиларнинг эса 44(57,9%) нафарида ёндош касалликларининг 2 ёки ундан кўп тури учради. Иккала гуруҳда ҳам касалликнинг асосий сабаби алкоголь ичимликларини истеъмол қилиш (мос равишда 82,3% ва 89,5%) эканлиги аниқланди. Кўпчилик беморларда касалликнинг анамнези 5-10 йилни ташкил қилди. Беморларни шифохонага тушган пайтдаги текширишда шу нарса маълум бўлдики, уларнинг 88(61,1%) нафарида тана вазнининг етишмовчилиги ва экзокрин бузилишлар борлиги топилди.

Диссертациянинг учинчи бобида “**Назорат гуруҳидаги беморларнинг хирургик даволаш натижалари**” келтирилган. Бу гуруҳдаги 68(100%) нафар беморларнинг 34(50,0%) нафари режали, 33(48,5%) нафарида тезлаштирилган ва 1(1,5%) нафар беморда эса шошилиш равишда операция бажарилди.

СП касаллигида панкреатик гипертензия (100%) синдроми операцияга асосий кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Шунингдек 39(57,4%) беморда МОБ нинг сохта кисталари, шундан 15 (22,1%) нафар беморда йирингли асоратлар ва 5 (7,4%) ҳолатда эса МОБ абсцесслари, 19(27,9%) нафар беморда билиар гипертензия ва 8(11,8%) ҳолатда эса дуоденостаз белгиси операцияга кўрсатма бўлиб хизмат қилди. Беморларнинг 65(95,6%) нафарида ички дренажловчи

операциялар бажарилган бўлса, шундан 60 (88,2%) нафарида бўйлама ПЕА шакллантирилди. МОБ ни мобилизация қилгандан кейин панкреатододенал соҳа тўлиқ кўриқдан ўтказилди. Без чиқарув найи пайпаслаб уни пункция қилинди, ундан панкреатик суюқлик ажралгандан кейин проксимал ва дистал йўналишда 3-4 см кесиб очилди. Агар без найини пункция қилиб топишнинг имкони бўлмаса (без тўқимаси зичлашган ёки чиқарув найи яққол кенгайиш аниқланмаган ҳолатларда) МОБ тўқимаси кўндалангига очилиб чиқарув найи изланди. Металл бужлар билан торайган соҳалар кенгайтирилди ва 4-5 мм диаметрдаги дренаж найчалар дистал ва проксимал йўналишда 5-6 см ичкарига киритилди. Шундан кейин йўғон ичак орқа томонида Ру бўйича панкреатикоюноанастомоз (ПЕА) ўрнатилди, дренаж найча анастомоз ҳалқасидан ингичка ичакка, ундан эса Фелькер бўйича ташқарига чиқарилди. Кўплаб панкреатиколитиаз аниқланган 3 нафар беморда чиқарув найи бутунлай тўлиқ очилди (панкреатикотомия). 9 та ҳолатда МОБ чиқарув найини ички дренажлаш операцияси, ўт йўллари ташқи ва ички найчалаш билан бирга ўтказилган бўлса, 15 та ҳолатда эса бу сохта киста (СК)ни ва 5 та ҳолатда абсцессни ташқи найчалаш билан бирга бажарилди. Портал системадан қон кетиш хавфи катта бўлган 5 (7,4%) нафар беморда сохта кистага анастомоз ўрнатилди, уларнинг 3 нафарида цистоеюноанастомоз (ЦЕА) ва 2 нафарида цистогастроанастомоз (ЦГА) бажарилди.

Без тўқимасида фиброз ўзгаришлар яққол ривожланган 3(4,4%) нафар беморда чекланган резекция амалиёти ўтказилди. Бу беморларда МОБ бошча қисмида фиброз склерозланган соҳалар аниқланди, лекин без чиқарув найида яққол кенгайишлар топилмади. Операцияларнинг ўртача давомийлиги назорат гуруҳида 244,6 минутни ташкил қилди.

Операциядан кейинги эрта даврда 1-гуруҳда қуйидаги асоратлар кузатилди: ПЕА чокларининг етишмовчилиги -2 (2,9%) (бу беморда ПЕА, абсцессни ташқи дренажлаш билан бирга бажарилган); 25 (36,8%) нафар беморда амалиёт соҳаси йиринглаши; 3(4,4%) та ҳолатда қорин бўшлиғига ёки ОИТ ичига қон кетиш кузатилган. Кўпчилик вазиятлар (29 (42,6%) да бу асоратлар консерватив даволаш натижасида баратараф қилинган, 1 (1,5%) нафар беморда ўлим кузатилди (кучайиб боровчи полиорган етишмовчилиги ва сепсис бемор ўлимига сабаб бўлгани аниқланди). 2 (2,9%) нафар беморда қон кетиш асорати сабабли релапаротомия ўтказилди. Беморларнинг стационарда ётиш даври 15-48 кунни, ўртача ўрин-кун $22,9 \pm 2,1$ ни ташкил қилди.

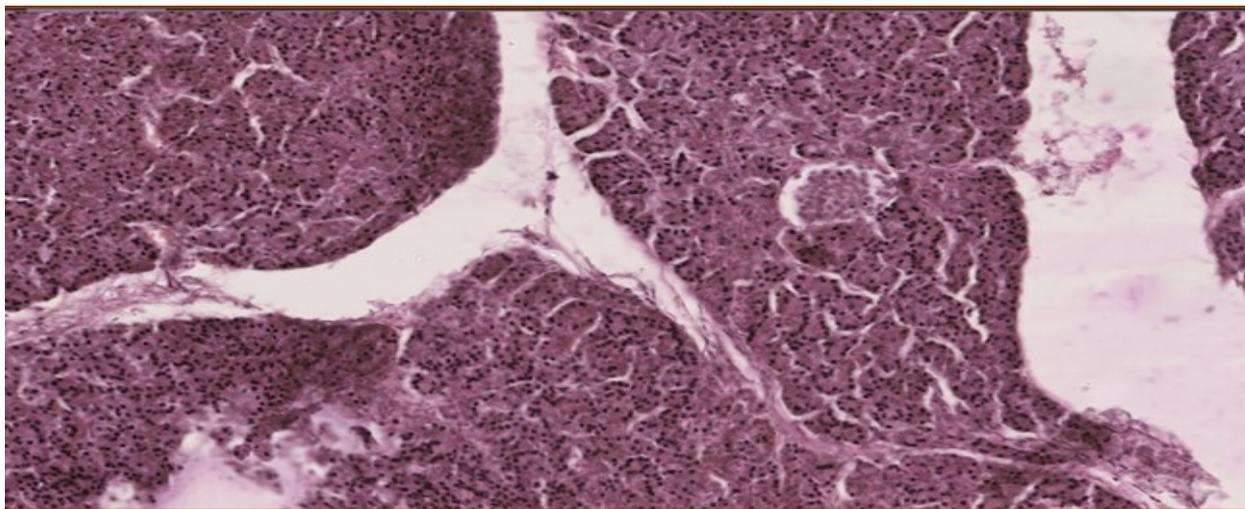
Диссертациянинг тўртинчи бобида **“Сурункали панкреатит касаллигини жарроҳлик усули билан даволашга замонавий ёндашув”** асослари ёритилди. Операциялар икки босқичда амалга оширилди. Бунда хирургик даволашнинг умумий тамойилларига асосланган ҳолда МОБ даги патологик ўзгаришлар ва кузатилган асоратлар шаклига қараб жарроҳлик усули танланди. Касалликнинг “кўзиш” даврида без тўқимасининг “юмшоқлиги” ёки паранкреатик тўқималарда септик-йирингли соҳалар бўлгани учун панкреатикодигестив анастомоз қўйишнинг имкони бўлмайди. Бундай вазиятларда икки босқичли операцияларни қўллаш ва унинг биринчи

босқичида без чиқарув найини ташқи дренажлаш амалиётини бажардик. Жаррохлик усулида даволашнинг 1-босқичи 33(43,5% беморда “очиқ” анъанавий усулда бажарилган бўлса, 43 (56,6%) нафарида кам инвазив муолажалар қўлланилди. Бундан мақсад, сохта киста, оқмалар ва йирингли-септик ўзгаришлар каби сурункали панкреатит касаллигининг асоратларини баратаф қилиш бўлди. Ультратовуш текширувларига асосан 43 (56,6%) нафар беморда МОБ ва парапанкреатик соҳада кистоз ўзгаришлар аниқланди ва бу ўзгаришлар кам инвазив усулда даволашнинг 1-босқичида бартаф қилинди.

Асосан кистани ташқи дренажлаш Дуасон-Мюллер тизими ва 14 Fr дренаж найчаси ёрдамида “pig's tail” тури бўйича ультратовуш навигацияси остида амалга оширилди. Шундан сўнг киста ҳажмини, унинг жойлашувини ва вирсунг найи билан алоқаси бор ёки йўқлигини баҳолаш учун фистулография ўтказилди. Сохта кистадан олинган ажратмаларни бактериологик текшириш ва амилаза миқдорини аниқлаш учун лабораторияга жўнатилди ва текширув натижасига қараб комплекс антибактериал, антисекретор муолажалар ўтказилди. Септик ўзгарган киста бўшлиғини ҳар куни антисептик эритмалари билан ювиб турилди ва унинг бўшлиғидан чиқиб турган ажралмалар миқдори ўлчаб борилди. Киста бўшлиғини дренажлаш амалиёти ва операциянинг 2-босқичигача бўлган давр ўртача 0,68 ойни ташкил қилди. Жаррохлик усулида даволашнинг 2-босқичида, панкреатик гипертензияси бўлган 33 (43,5%) нафар беморда операция пайтида без тўқималарида аниқ фиброз ўзгаришлар топилмади. Шунинг учун бу беморларда операция ПЕА шакллантириш билан яқунланди.

Асосий гуруҳдаги беморларнинг 36(47,4%) нафарида резекцион муолажалар ўтказилди. Шунингдек уларнинг 21(47,7%) нафарида МОБ проксимал резекцияси бажарилди. МОБ нинг (12 бармоқ ичакни сақлаган ҳолда) проксимал резекцияси асосан унинг бошча қисмининг қисман ёки чекланган шикастланишида бажарилди. Булар Фрей операцияси – 15, без бошча қисмининг Берн усули бўйича субтотал резекцияси – 11, Гальперин бўйича – 5 нафар, МОБ дистал резекцияси 3 нафар ва ўрта қисми резекцияси эса 2 нафар беморда бажарилди.

Меъда -йўғон ичак орасидаги бойламлар ва чарви қопи очилгандан кейин МОБ ва унинг атрофидаги соҳа кўрикдан ўтказилди, бунда без тўқимасида фиброз ва кистоз ўзгаришлар, парапанкреатик соҳада ажралмалар бор-йўқлигига эътибор қаратилди, без чиқарув найи пайпалаб унинг ўлчамлари кўздан кечирилди. Агар без чиқарув найи пайпасланмаса – бўйламасига панкреатовирсунготомия бажарилди. Бунда вирсунг найининг ўтказувчанлиги текширилди, кенгайган ёки торайган соҳалар топилди ва бу патологик соҳанинг ўлчамига, жойлашувига, тошларнинг бор-йўқлигига баҳо берилди. Олинган тўқималарни морфологик текширганда без паренхимасида кальцинатланган жойлари аниқланмади, лекин чиқарув найи ичида тошлар баъзан аниқланди (1-расм).



1-расм. Олинган тўқиманинг гистологик манзараси.

МОБ бошчаси вентрал қисмининг резекцияси ва бўйламасига панкреатикоеюноанастомоз, ингичка ичакни Ру бўйича ўрнатиш билан (Фрей операцияси-8(10,5%)) бажарилди, без бошча қисмининг қисман (4 см дан кўп бўлмаган) катталашуви, унинг тўқимасидаги қисман фиброз-яллиғланган ўзгаришлар ва без каналининг ретенцион кенгайиши ҳамда дистал қисмлардаги давомли торайишлар бу операцияга кўрсатма бўлиб ҳисобланди.

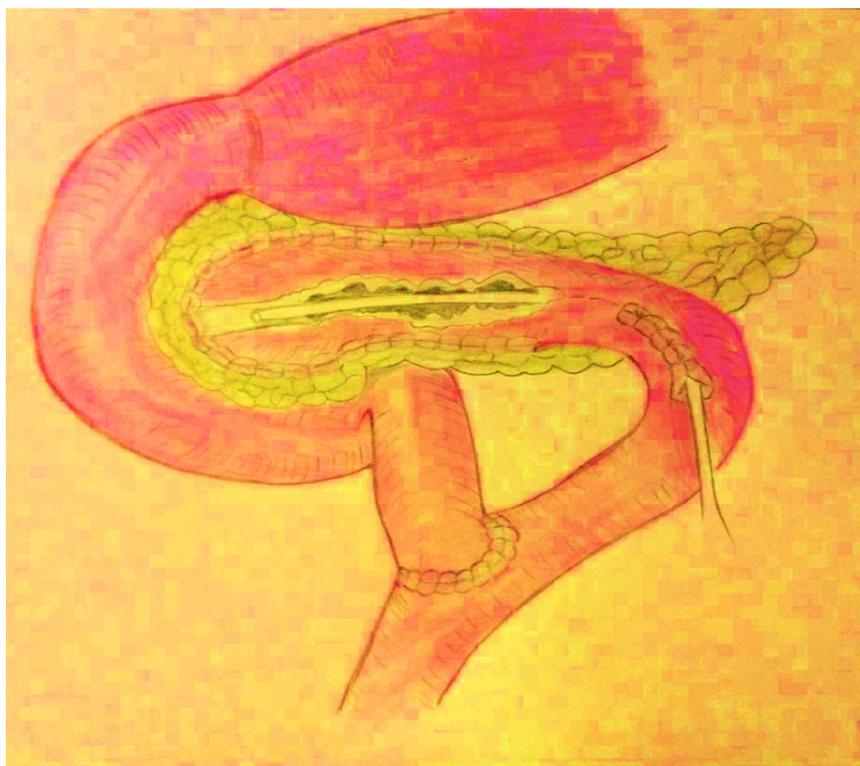
Агар МОБ бошчасининг яллиғланиш натижасида катталашуви (4-6 см) панкреатик секрет оқшининг бузилиши ва билиар гипертензияга олиб келса, без бошча қисмининг Берн варианты бўйича субтотал резекцияси амалиёти бажарилди (6(7,9%)). Бунда олиб ташланувчи соҳа холедохнинг панкреатик қисмида ётган тўқималарни ва “боғловчи фасция”даги бириктирувчи тўқималарни олиб ташлаш ҳисобига бироз ошди. Иложи борича без бошчасидаги ва умумий ўт йўли деворидаги фиброз-ўзгарган тўқималарни олиб ташлаш ҳисобига унинг қалинлиги камайтирилди ва декомпрессия қилинди. Агар операциянинг бу босқичида панкреатик найда ва холедохнинг дистал қисмида торайишлар топилмаса без бошчасининг резекция қилинган қисмида ПЕА (4(5,3%)) қўйишга киришилди. Агар умумий ўт йўли чандиқли торайган бўлса, без бошча қисмидаги чандиқ тубидан холедох бўйламасига кесилиб унинг олдинги деворида ҳосил бўлган лоскутлар бириктирувчи тўқима пластинкасига тикилди (2(2,6%)). Натижада МОБ бошча қисмида ҳосил бўлган анастомоз бўшлиғига, ҳам панкреатик най, ҳам умумий ўт йўли очилди.

Агар панкреатик канал торайган қисмининг давомийлиги 2 см дан узун бўлса, резекция қилинган соҳадан қолган қисми “юмшоқ” бўлиши керак ва шунда ПЕА сифатли чиқади. Мабода, МОБ чиқарув найи бу жойда топилмаса без тўқимаси безнинг бўйинча қисмигача кесилди ва чиқарув канали топилиб анастомоз шакллантирилди (2(2,6%)).

Панкреатик каналнинг дистал қисмидаги узоқ чўзилган торайишларни бартараф қилиш учун без тўқимаси дум қисмига томон кесилди ва Фрей усули бўйича ПЕА ўрнатилди (2(2,6%)).

МОБ бошча қисмининг яққол фиброз-яллиғланиш ҳисобига сезиларли катталашган (5-6 см дан катта) ва билиар ва портал гипертензия белгилари билан бирга келган ҳолатларда ПДР га альтернатив усул сифатида без бўйинчасининг кўндаланг кесиш билан бошча қисми субтотал резекцияси (яъни Бегер) операцияси ўтказилди (5(6,6%).

Лекин БЧН да кўплаб чандикли торайишлар (яъни “кўлмак занжири”) кузатилса, без бошчасини резекция қилиш билан бирга, проток тизимини бужлаб кенгайтиришга тўғри келди ва анастомоз соҳасига Фелькер бўйича бир ёки икки каркасли (2-3 мм диаметрдаги) дренажлар найчалар ўрнатилади (5(6,6%). Бу дренажлар ёпиқ ҳолатда каркас сифатида 1-1,5 ой қўйилиши керак (РФ Патенти №2738162 С1 сана: 09.12.20) (2-расм). Вирсунг найини бужлаш натижасида торайган соҳалар кенгайтирилди. Бу эса оғриқ синдроми билан кечувчи панкреатик гипертензиянинг ва сурункали панкреатит хуружларининг олдини олади. БЧН ни дренажлагандан 1-1,5 ойдан кейин МОБ паренхимасида шишлар камаяди ва каркас ўрнида ингичка ичак ва без проток тизими орасида анастомоз пайдо бўлади. Дренаж найчанинг 2-3 мм бўлиши керак, чунки ундан кичик ўлчамдаги найча панкреатик сокнинг ичакка тушишини тўлиқ таъминламайди, катта ўлчамдагиси эса вирсунг протокининг шикастланишига олиб келади.



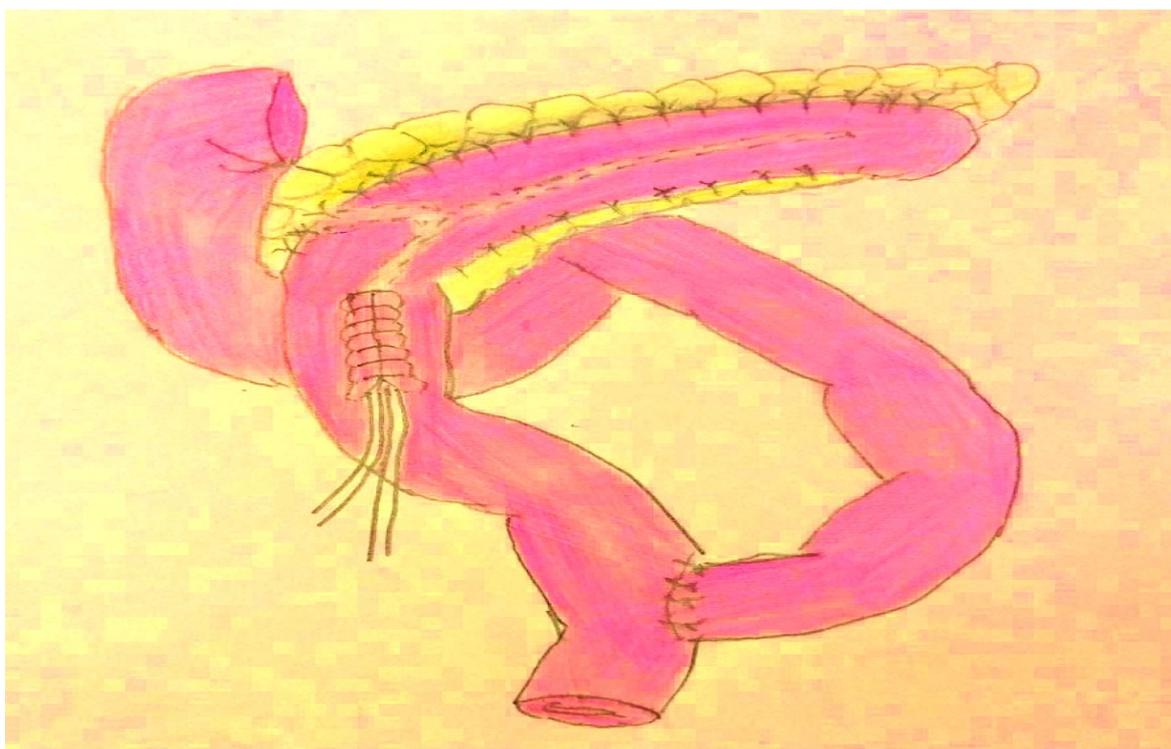
2-расм. Чиқарув найи бўшлиғини ҳосил қилиш учун 2-3 мм найча билан каркасли дренажлаш

МОБ дистал резекцияси 3(3,9%) нафар беморда бажарилди. Без дистал қисми паренхимасидаги жиддий патологик ўзгаришлар бу операцияга кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Дистал резекция ўтказишга қарор қилинганидан

кейин резекция қилинадиган ҳажмига қараб аъзонинг мобилизацияси ўтказилди. 2 ҳолатда амалиёт кесмаси Т-симон шаклда чап томонга кенгайтирилди. Бунинг 1 нафарида дистал резекция пайтида қорин бўшлиғи юқори қаватидаги кучли битишмалар сабабли талоқни ҳам олиб ташлашга тўғри келди. Талоқ артериясини ажратиш truncus celiacus соҳасидан бошланди. Талоқ артерияси ва венаси безнинг резекция қилинган чеккасида ажратилиб, ҳар бирини алоҳида боғланди МОБ чўлтоғи П-симон чоклар билан тикилди. 2 та ҳолатда панкреатик чиқарув найи кенгайганлиги аниқланди, буларда кўшимча панкреатикоеюноанастомоз шакллантирилди (Пьюстау-1 операцияси бажарилди). Буларнинг биттасида операциядан кейин талоқ сегментар инфаркти кузатилди, бу асорат ҳеч қандай даволаш чора – тадбирларисиз ўтиб кетди.

Патологик (киста, фиброз ва псевдоаневризм каби) жараёнлар МОБ нинг ўрта қисмида жойлашганда без ўрта қисми резекцияси амалиёти бажарилди. Бу операциялар 2 (2,6%) беморда ўтказилди.

Бўйлама ПЕА шакллантириш даволашнинг 2 – босқичи сифатида 33 (43,4%) нафар беморда бажарилди (3-расм).



3-расм. МОБ чиқарув найини проксимал ва дистал дренажлаш билан бўйлама ПЕА шакллантириш.

МОБ ни мобилизация қилиб кейин ревизия қилинди. Чиқарув найини пункция қилиб панкреатик шира суюқлиги ажралиб чиққандан кейин игнадан проксимал ва дистал томонга 0,5 см узунликда кесиб очилди. ПЕА шакллантиришда без тўқимасида фиброз-яллиғланиш ўзгаришлар йўқлиги инobatга олиниши керак. Без чиқарув найида кўплаб панкреатолитиаз

кузатилганида най бутун узунлигида панкреатотомия қилинди ва бўйламасига ПЕА ўрнатилди. Проксимал резекция бажарилган беморларни морфологик текширув шуни кўрсатдики, барча беморларда СП нинг кечиши без тўқимасидаги фиброз ўзгаришлар билан боғлиқ ҳолда ривожланган, 3 (8,3%) ҳолатда эса чиқарув найи эпителийсинингдисплазияси билан кечган.

Операция қилинган беморларнинг 32,9% да амалиётдан кейинги ҳар хил даражадаги асоратлар кузатилди. Уларнинг 3(4,9%) нафарида қон кетиш белгилари (ОИТ дан қон кетиш -2(2,6%) ва эркин қорин бўшлиғига қон кетиш -1(1,3%)) кузатилган бўлса, ички аъзоларнинг фуракционал етишмовчилиги -1(1,3%), ўлим кўрсаткичи кузатилмади. Беморларнинг шифохонада ётиш муддати 10-27 кунни, ўртача $15,4 \pm 1,5$ кунни (назорат гуруҳи билан таққослаганда – $t=2.91$; $p<0.05$) ташкил қилди.

Диссертациянинг бешинчи боби «**Сурункали панкреатит билан оғриган беморларни жарроҳлик усулида даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили**» деб номланган. Гуруҳларда турли хил мезонларга кўра бажарилган жарроҳлик даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили ўтказилди.

МОБ проток тизимини ички дренажлаш операцияси вақтининг давомийлиги. Операциялар вақтининг давомийлиги нафақат унинг ҳажми ва шошилиничилигига, балки гепатопанкреатодуденал соҳа тўқимасининг ҳолатига (яъни, чарви қопидаги чандиқли-яллиғланиш борлигига, МОБ паренхимасининг аҳволига ва беморнинг анатомик тузилишига ҳам) боғлиқ.

Назорат гуруҳида операциялар ўртача 244,6 минут давом қилган бўлса, асосий гуруҳда бу кўрсаткич 315,5 минутни ташкил қилган.

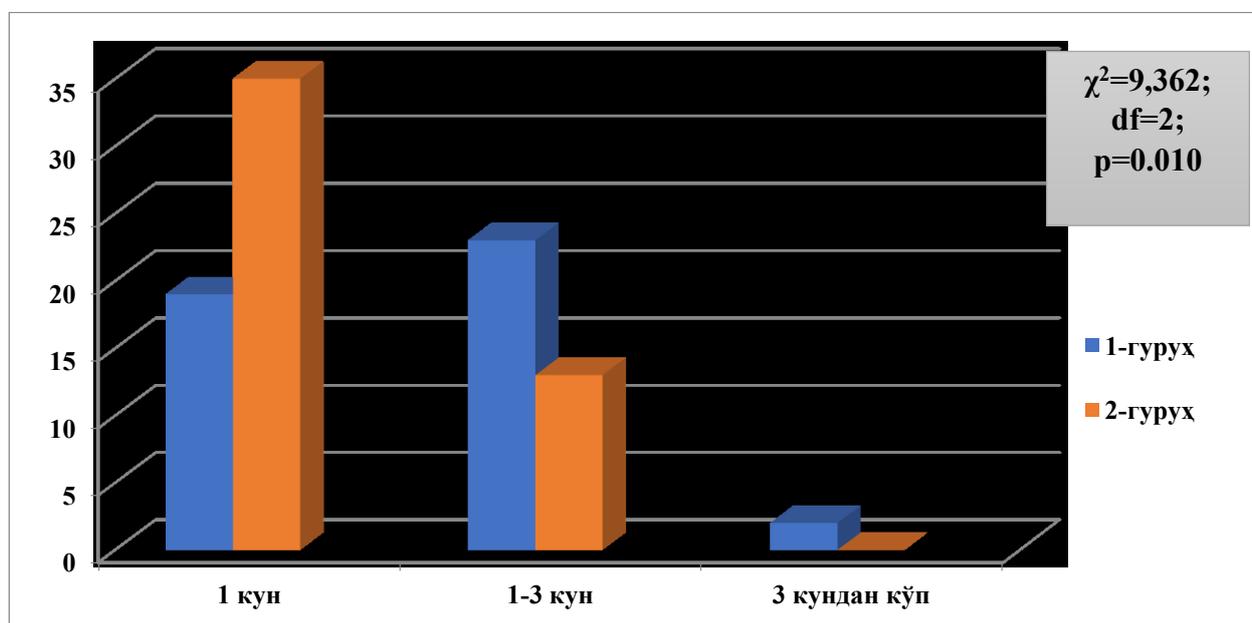
Асосий гуруҳда жарроҳлик муолажалари вақтининг давомийлиги, назорат гуруҳидагига нисбатан анча юқорилиги аниқланди. Бунинг сабаби, биринчи навбатда, асосий гуруҳда касаллик асоратларини бартараф қилиб (жарроҳлик усулида даволашнинг биринчи босқичи), кейин режали равишда жарроҳлик ҳажми катта бўлган ва мураккаб операциялар (жарроҳлик усулида даволашнинг иккинчи босқичи) бажарилганлиги билан тушунтирилади. Иккинчидан, бу беморларда гепатопанкреатодуденал соҳада битишма жараёнлари каби ҳар хил ўзгаришлар фонида операциялар бажариш техник жиҳатдан қийин бўлиб бу ҳар бир жарроҳнинг ўз тажрибасига боғлиқ.

Операция пайтидаги қон кетиш ҳажми. Амалиёт пайтидаги қон кетиш йўқотиш миқдори чарви қопи соҳасидаги чандиқланиш ва яллиғланиш жараёнининг ҳажмига ва чуқурлигига, ҳамда портал гипертензиянинг ривожланиш даражасига боғлиқ. Беморлар қон йўқотиш даражасига кўра 3 та гуруҳга бўлинди: 1- гуруҳда қон кетиш миқдори 500 млгача, 2-гуруҳда 500 мл дан 700 мл гача ва 3-гуруҳда 700-1000 мл қон йўқотиш кузатилди. Назорат гуруҳидаги беморларнинг 35(51,5%) 500 млдан кам қон йўқотган, 30(44,1%) нафари 500 мл дан 700 млгача ва 3(4,4%) нафарида 700-1000 мл қон йўқотган (бу бемор СК бўшлиғидан қон кетиш, 12 бармоқ ичак девори гематомасининг ажралиши ташхиси билан операция қилинган). Асосий гуруҳда эса қуйидаги натижалар кузатилди: 42(55,3%) нафар беморда операция пайтида 500 мл дан кам қон кетган бўлса, 31(40,8%) беморда 500 млдан 700 мл гача ва 3(3,9%)

тасида 700-1000 мл қон кетиши кузатилди. Иккала гуруҳда ҳам 500 млдан кўп миқдорда қон йўқотиш кузатилди ($p \leq 0,01$).

Беморларнинг ИТРБда даволаниш давомийлиги. Бу кўрсаткичнинг давомийлиги ўтказилган операция ҳажмига, шунингдек беморнинг умумий аҳволига ва амалиётдан кейинги эрта даврда асоратлар учрашига боғлиқ. Амалиётдан кейинги даврда беморларнинг интенсив терапия ва реанимация бўлими (ИТРБ)да даволаниш муддатига қараб улар қуйидагича бўлинди: булар 1 ўрин-кун, 1-3 ўрин-кун ва 3 ўрин-кундан ортиқ. Олинган натижалар қиёсий таҳлили 4-расмда келтирилган.

Назорат гуруҳидаги беморларнинг ИТРБ да узоқроқ қолиши ($\chi^2=9,362$; $df=2$; $p=0.010$), бир босқичли аралашув тактикаси билан боғлиқ бўлди. Чунки асосий гуруҳда кам инвазив муолажалар билан СП нинг асоратларини баратараф қилиш, даволашнинг 2-босқичида камроқ хавф билан радикал аралашув имконини берди.



4-расм. Интенсив терапия ва реанимация бўлимида даволаниш муддати.

Амалиётдан кейинги асоратларнинг учраши. Операциядан кейинги эрта даврнинг кечиши кўп жиҳатдан нафақат бажарилган операция ҳажмига, балки беморнинг умумий аҳволига, операция турига ва СП да кузатилган асоратларнинг оғирлик даражасига ҳам боғлиқ. Амалиётдан кейинги эрта даврда кузатилган асоратлар учраши қуйидаги жадвалда келтирилган (1-жадвал).

Амалиётдан кейинги эрта даврда учраган асоратлар таркиби.

Асоратлар	Назорат гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	Абс.	%	Абс.	%
ПЕА нинг етишмовчилиги	2	2,9%	0	0,0%
Ошқозон-ичак тизмидан қон кетиши	2	2,9%	2	2,6%
Қорин бўшлиғига қон кетиши	1	1,5%	1	1,3%
Гиперамилаземия	11	16,2%	7	9,2%
Полиорган етишмовчилиги	3	4,4%	1	1,3%
Жароҳат йиринглаши	25	36,8%	14	18,4%
Барчаси:	44	64,7%	25	32,9%
Ишонччилик	$\chi^2=16,317$; $df=6$; $p<0.05$			

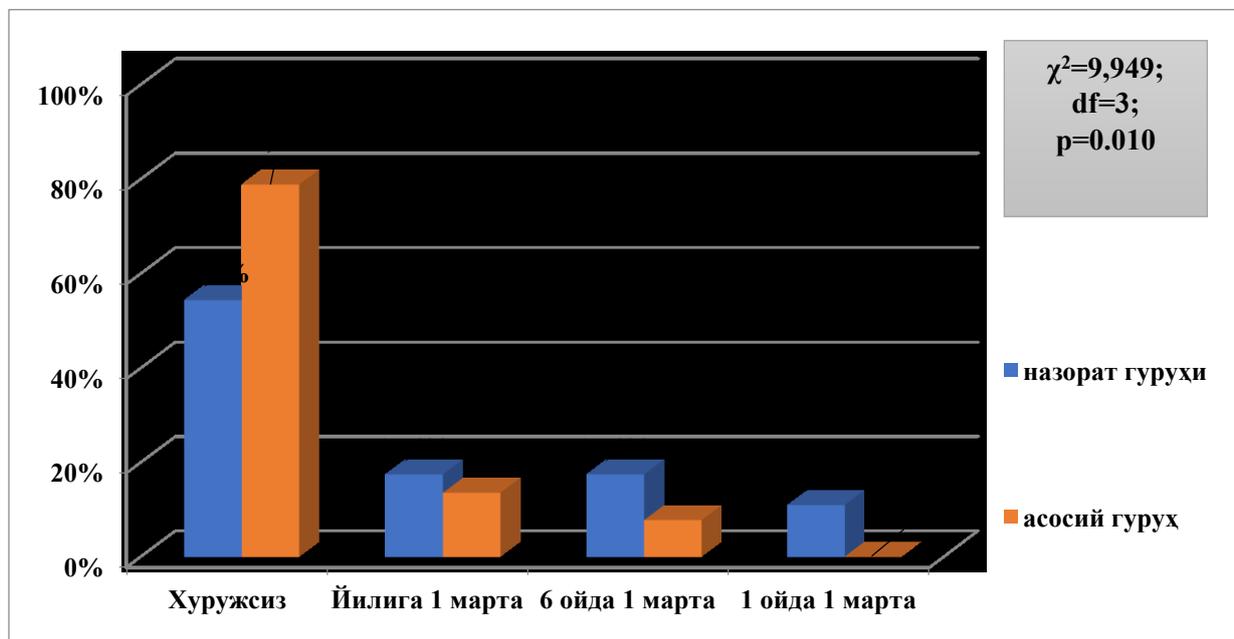
Шуни таъкидлаш керакки, ушбу асоратлар таркибида Clavien-Dindo бўйича III-V даражага мос келадиган хавфли асоратларнинг улуши 22,1% дан (назорат гуруҳидаги 15 нафар бемор) 7,9% гача камайди (асосий гуруҳидаги 6 нафар бемор) ($\chi^2=5,780$; $df=1$; $p=0.017$). Умуман олганда, назорат гуруҳидаги беморларнинг 24 (35,3%) нафарида ва асосий гуруҳидаги беморларнинг 51 (67,1%) нафарида амалиётдан кейинги давр асоратсиз кечди. Бу эса СП касаллигини даволашда икки босқичли жарроҳлик усулининг юқори самарадорлигини исботлайди ($\chi^2=14,552$; $df=1$; $p<0.001$).

Панкреатик гипертензиянинг қайталаниши ва оғриқ синдромининг пайдо бўлиши. Амалиётдан кейинги кечки даврда назорат гуруҳидан 45(66,2%) нафар ва асосий гуруҳдан 52(68,4%) нафар беморлар кузатиб борилди. Бу беморларда амалиётдан кейинги анамнез, назорат гуруҳидаги 24 нафарида 1 йилгача, 14 нафарида- 1 йилдан 3 йилгача, 7 беморда эса 3 йилдан ортиқни ташкил қилди. Асосий гуруҳда эса мос равишда 28, 15 ва 9 нафарни ташкил қилди.

Жарроҳлик усулидаги даволашдан сўнг ўтказилган сўров натижаларига кўра, қориннинг юқори қисмида оғриқ хуружларининг учраши жарроҳлик аралашуви ҳажмига, овқат парҳезига риоя қилишига ва МОБ фермент дори воситаларини қабул қилишига боғлиқ бўлган. Анамнез йиғишда, 1-гуруҳда сўралганларнинг атига 22 (47,8%) нафари парҳез тавсияларига қатъий риоя қилганлиги аниқланди, қолган 24 (52,2%) нафар бемор овқатланиш парҳезини вақти-вақти билан бзишган ёки умуман унга риоя қилишмаган. 2-гуруҳдаги беморларнинг 24 (46,2%) нафари парҳезга риоя қилишган бўлса, 28 (53,8%) бемор эса овқатланиш тавсияларига умуман риоя қилишмаган.

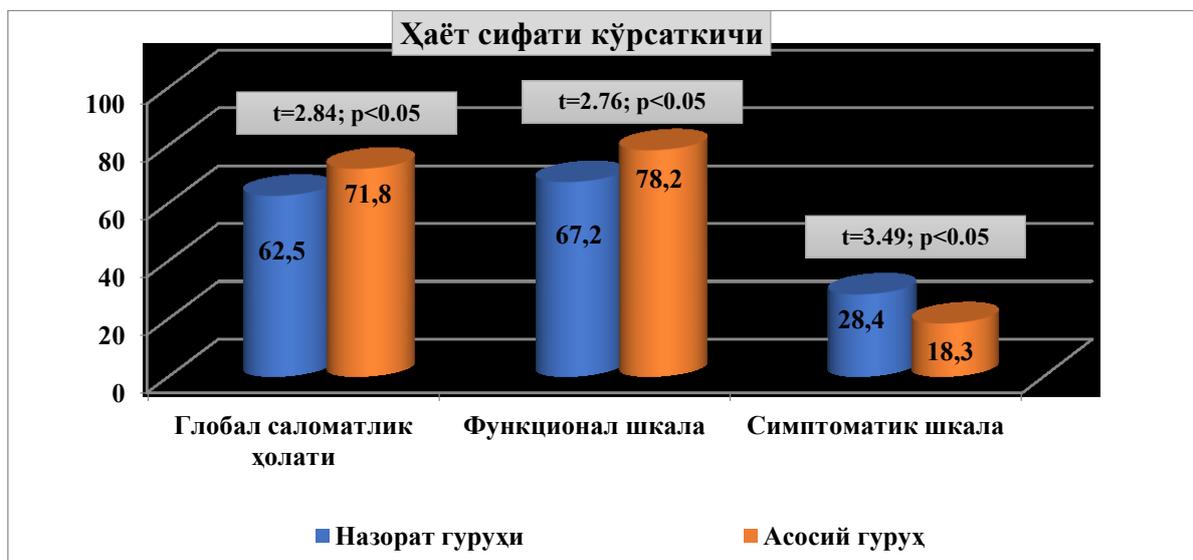
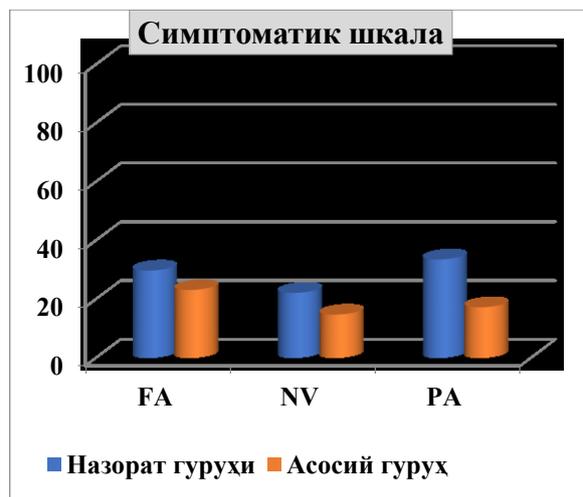
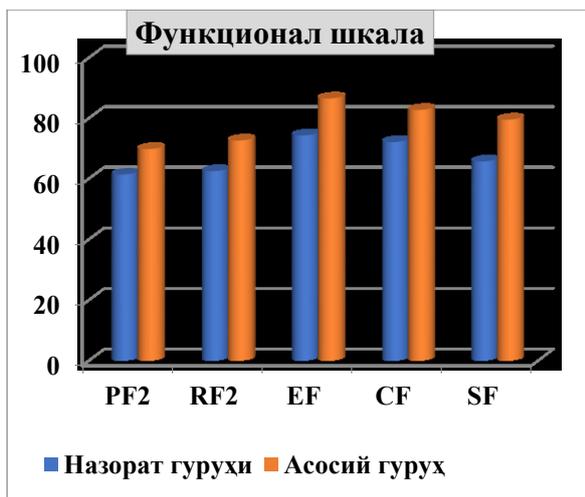
Оғриқ синдромининг пайдо бўлишига кўра, беморлар қуйидагича бўлинди: оғриқ хуружи йилига 1 маротаба ёки ундан кам кузатилиши – назорат гуруҳида - 8 (17,4%), асосий гуруҳда - 7 (13,5%) нафарни, ярим йилда 1 маротаба, назорат гуруҳида -8 (17,4%) ва асосий гуруҳда - 4 (7,7%) нафар беморни ташкил қилди, оғриқ хуружининг 1 ойда 1 маротаба ва ундан ортиқ учраши эса назорат гуруҳида - 5 (10,9%) нафар беморда учраган бўлса, асосий

гуруҳда учрамади. Шунинг алоҳида таъкидлаш керакки, бу даврда оғриқ хуружи умуман кузатилмаган беморлар, назорат гуруҳида 25 (54,3%) ни ва асосий гуруҳда 41 (78,8%) ни ташкил қилди ($\chi^2=9,949$; $df=3$; $p=0.010$). Касалликнинг хуружи бўйича беморларнинг гуруҳларда тақсимланиши ва унинг учраши 5-расмда келтирилган.



5-расм. Операциядан кейинги даврда СП касаллигининг қайталаниши

Операциядан кейинги кечки даврда беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш учун EORTC QLQ-C30 V.3. сўровномасидан фойдаланилди. Сўровнома 5 та функционал ва 3 та симптоматик шкаладан, шунингдек глобал соғлиқни сақлаш ҳолатини баҳолашдан иборат бўлиб саволлар оддий ва такрорланмаслиги билан фойдаланишга жуда қулай. Бунда симптоматик белгиларнинг кам учраши ва функционал кўрсаткичларнинг юқорилиги резекцион-дренажловчи операцияларнинг ички дренажлаш операциялардан самарали эканлигини кўрсатади. Бунинг сабаби резекцион –дренажловчи операцияларда МОБ тўқимасида патологик ўчоқнинг бутунлай баратараф қилинишидир. Функционал шкала бўйича ҳаёт сифатини баҳолаш шунинг кўрсатадики, жисмоний фаолият мезони (PF2) бўйича назорат гуруҳида ўртача балл – $61,4 \pm 2,2$, асосий гуруҳда $69,8 \pm 1,8$ ($t=2,96$; $p<0,05$) баллни ташкил этди, ролли функцияси (RF2) бўйича мос равишда $62,5 \pm 2,7$ ва $72,6 \pm 1,6$ ($t=3,22$; $p<0,05$), эмоционал ёки ҳиссий фаолият (EF) бўйича мос равишда $74,3 \pm 3,2$ ва $86,5 \pm 2,1$ ($t=3,19$; $p<0,05$), когнитив фаолият (CF) – $72,1 \pm 4,9$ ва $82,7 \pm 2,8$ ($t=1,88$; $p>0,05$) ни ташкил қилган бўлса, социал -ижтимоий фаолият, гуруҳларда мос равишда – $65,7 \pm 3,7$ ва $79,5 \pm 2,6$ ($t=3,05$; $p<0,05$) эканлиги аниқланди. Симптоматик ўлчовларга кўра, олинган қийматлар: чарчоқ (FA) - $29,7 \pm 2,3$ ва $23,1 \pm 1,7$ ($t=2,31$; $p<0,05$), кўнгил айниш ва қайд қилиш (NV) – $22,1 \pm 1,8$ ва $14,7 \pm 1,1$ ($t=3,51$; $p<0,05$) ва оғриқ (PA) – $33,5 \pm 3,5$ и $17,2 \pm 1,4$ ($t=4,32$; $p<0,05$) микдорни ташкил қилди (6-расм).



6-расм. Ҳаёт сифати кўрсаткичининг гуруҳларда тақсимланиши.

Шундай қилиб, глобал саломатлик ҳолати кўрсаткичи назорат гуруҳида $62,5 \pm 2,7$ баллни ташкил қилган бўлса, асосий гуруҳда $71,8 \pm 1,9$ баллни ($t=2,84; p<0.05$) кўрсатди, функционал шкала бўйича бу кўрсаткич гуруҳларда мос равишда $67,2 \pm 3,3$ ва $78,2 \pm 2,2$ ни ташкил қилади ($t=2,76; p<0.05$), симптоматик шкала бўйича эса $28,4 \pm 2,5$ ва $18,3 \pm 1,4$ ($t=3,49; p<0.05$) эканлиги аниқланди.

ХУЛОСА

1. СП нинг асоратланган шаклларида жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш патологик жараённинг жойлашишини, шаклини, ўт ва без чиқарув найида торайишлар мавжудлиги ва унинг узунлигини синчковлик билан клиник ва инструментал текширувларга асосланган бўлиши керак, шу билан бирга бир босқичли муолажалар жарроҳлик усулида даволашнинг қониқарсиз натижалари хавфини сезиларли даражада оширади, бунинг сабаби касалликнинг кечиши ва оғирлик даражасини паст баҳолаш, шунингдек операция ҳажмини ва турини нотўғри танлашдир.

2. СП нинг асоратланган шакллари даволашда икки босқичли операция усулини қўллаш, радикал жарроҳлик муолажасидан кейинги реабилитация сифатини яхшилишни таъминлади, бу интенсий терапия муддатини ($p=0.010$) ва беморларнинг шифохонадаги умумий ўрин-кунини $22,9\pm 2,1$ кундан $15,4\pm 1,5$ кунгача ($p<0.05$) қисқаришини ва амалиётдан кейинги асоратлар учрашини эса $64,7\%$ дан $32,9\%$ гача, хавф эҳтимоли юқори бўлган (Clavien-Dindo бўйича III-V даражадаги) асоратлар учрашини эса $22,1\%$ дан $7,9\%$ гача ($p=0,017$) камайишига олиб келди.

3. СП ни даволашнинг таклиф қилинган жарроҳлик усули МОБ чиқарув найининг торайишини, шунингдек кўплаб борайишлар бўлганда уларни бартараф қилиш имконини беради, ПЕА ни “каркас” билан шакллантириш натижасида МОБ ажралмасининг ингичка ичакка етарли миқдорда оқишини таъминлайди ва СП қайталанишининг ва асоратланишининг олдини олади.

4. СП ни жарроҳлик даволаш натижаларини ўрганишнинг динамик мониторинги шуни кўрсатдики, икки босқичли жарроҳлик усулидан фойдаланиш, узоқ вақт давомида панкреатик гипертензиянинг қайталаниш эҳтимолини камайтириш имконини берди, оғриқ синдромининг тўлиқ йўқолишини $54,3\%$ дан $78,8\%$ гача оширди, оғриқ хуружини учрашини йилига 1 маротаба ёки ундан кам кузатилишини – назорат гуруҳида - $17,4\%$, асосий гуруҳда - $13,5\%$, ярим йилда 1 маротаба учрашини, назорат гуруҳида - $17,4\%$ ва асосий гуруҳда - $7,7\%$ гача камайтирди, оғриқнинг 1 ойда 1 маротаба ва ундан ортиқ учраши эса назорат гуруҳида - $10,9\%$ беморда учраган бўлса, асосий гуруҳда учрамади ($p=0,01$).

5. Операциядан кейинги кечки даврда беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш (EORTC QLQ-C30 V.3), ўрганилган барча мезонлар бўйича икки босқичли операцияларнинг самарадорлигини кўрсатди, глобал саломатлик даражаси назорат гуруҳида $62,5\pm 2,7$ ва асосий гуруҳда $71,8\pm 1,9$ балл ($p<0,05$) эканлигини кўрсатди, бунда, функционал шкала бўйича ўртача балл гуруҳларда мос равишда – $67,2\pm 3,3$ ва $78,2\pm 2,2$ ($p<0.05$) ва симптоматик шкала – $28,4\pm 2,5$ ва $18,3\pm 1,4$ ($p<0,05$) баллни ташкил қилди.

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

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ЭШМЕТОВ ШУХРАТ РУЗМЕТОВИЧ

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ
ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**

14.00.27 – Хирургия

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

Андижан – 2024

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии Республики Узбекистан за №B2023.2.PhD/Tib3635.

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

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

Научный руководитель: **Коханенко Николай Юрьевич**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Эгамов Юлдашали Сулайманович**
доктор медицинских наук, профессор

Саттаров Ойбек Тохирович
доктор медицинских наук, доцент

Ведущая организация: **Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова**

Защита состоится «___» _____ 2024 г. в ___ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 при Андижанском государственном медицинском институте по присуждению ученых степеней (Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Отабекова, 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. Отабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2024 года.
(реестр протокола рассылки № ___ от _____ 2024 года).

М.М. Мадазимов

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

М.Ф. Нишанов

Ученый секретарь научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

Б.Р. Абдуллажанов

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным зарубежных авторов распространенность хронического панкреатита (ХП) в странах западной Европы составляет 25,0-26,4 случая на 100000 населения, при анализе отечественных публикаций показатели встречаемости оказались примерно в два раза выше - 27,4-50 на 100000 населения, тогда как в мире в целом - 1,6-23 случая на 100000 в год¹. Следует отметить тенденцию к увеличению заболеваемости острым и хроническим панкреатитом за последние 30 лет - более чем в 2 раза. В развитых странах средний возраст с момента установления диагноза снизился с 50 до 39 лет, среди заболевших на 30% увеличилась доля женщин; первичная инвалидизация больных достигает 15%. Летальность после установленного диагноза составляет до 20% в течение первых 10 лет, и более 50% через 20 лет, в среднем 11,9%. С момента разработки в 40-х годах до конца 80-х годов XX века резекционное вмешательство при ХП в объеме панкреатодуоденальной резекции было процедурой выбора. Однако, данное оперативное вмешательство сопровождается достаточно высокой частотой послеоперационной летальности: 8-15% по данным различных авторов, и «достаточно высоким числом ранних послеоперационных осложнений - до 15% класса Шв+ШС по Clavien-Dindo»². Кроме того, в позднем послеоперационном периоде панкреатодуоденальная резекция может заметно снижать качество жизни за счет развития гастростаза (4-30%), пептических язв анастомоза (3-8%), ферментативной недостаточности и демпинг-синдрома (12-25%). Таким образом, панкреатодуоденальная резекция, на сегодняшний день, имеет достаточно узкие показания и выполняется только лишь в случае невозможности дифференцировать рак поджелудочной железы и ХП на дооперационном и интраоперационном этапах диагностики. В связи с этим существует необходимость в дальнейших исследованиях с акцентом на профилактику осложнений.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными продолжают оставаться исследования эффективности использования полностью покрытых саморасширяющихся металлических стентов при стриктурах протоков поджелудочной железы и желчных протоков, анализируются различные аспекты эндоскопических и хирургических вмешательств при рефрактерном болевом синдроме и осложнениях хронического панкреатита, идет поиск путей прогнозирования течения периоперационного периода и индивидуальное определение резектабельности при панкреатодуоденальной резекции.

¹Cohen SM, Kent TS. Etiology, Diagnosis, and Modern Management of Chronic Pancreatitis: A Systematic Review. JAMA Surg. 2023 Jun 1;158(6):652-661. doi: 10.1001/jamasurg.2023.0367.

²Murruste M, Kirsimägi Ü, Kase K. Complications of chronic pancreatitis prior to and following surgical treatment: A proposal for classification. World J Clin Cases. 2022 Aug 6;10(22):7808-7824. doi: 10.12998/wjcc.v10.i22.7808.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения проводится множество мер, направленных на улучшение результатов лечения пациентов с хроническим панкреатитом за счет внедрения современных принципов профилактики, консервативного и хирургического лечения. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг³. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов хирургического лечения хронического панкреатита путём дифференцированного подхода к объёму вмешательства на основании инструментальных и морфологических данных, направленных на снижение риска развития функционально-органических осложнений, является одним из актуальных направлений для исследования.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 17 декабря 2018 года, Постановлениями Президента Республики Узбекистан «О мерах по трансформации хирургической службы, повышению качества и расширению масштаба хирургических операций в регионах» за №ПП-5254 от 4 октября 2021 года и «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике» за №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования основным 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. Как показал проведенный анализ литературных данных, на сегодняшний день в структуре абдоминальной хирургии, ХП является одним из самых распространенных заболеваний органов брюшной полости. Основным принципом хирургического лечения ХП является декомпрессия протока поджелудочной железы (ПЖ) и устранение рубцово- и кистозно-измененных участков железы. В связи с этим частыми вмешательствами при ХП являются внутреннее дренирование и резекция ПЖ. В последние годы дренирующие операции выполняется не только открытым способом, но и с использованием минимально инвазивных методов: эндоскопических, лапароскопических и пункционных⁴. В настоящее время большинство хирургов считают, что необходимо улучшить долгосрочные результаты «стандартных» дренажных операций, поскольку

³Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов.

⁴Mann R, Boregowda U, Vyas N, Gajendran M, Umopathy CP, Sayana H, Echavarria J, Patel S, Saligram S. Current advances in the management of chronic pancreatitis. Dis Mon. 2021 Dec;67(12):101225. doi: 10.1016/j.disamonth.2021.101225.

примерно у 45-50% пациентов в течение 1 года после операций наблюдается рецидив “болевого” синдрома, а в течение 5 лет этот показатель составляет 85%⁵. С другой стороны, при резекционных процедурах количество послеоперационных осложнений достигает 24,7%, а после дренирующих операций - 12,4%. Однако при оценке качества послеоперационного образа жизни пациентов выясняется, что у 76,2% пациентов, перенесших резекционно-дренирующую операцию, наблюдаются хорошие результаты, поскольку при этом типе операции устраняются причины, вызывающие синдром хронической боли в животе. При многообразии предложенных вариантов хирургического лечения больных ХП выбор наиболее рационального метода часто сопряжен со значительными трудностями, связанными с местными и общими факторами операционного риска. Некоторые авторы указывают, что чрескожное дренирование инфицированных псевдокист (ПК) играет важную роль в подготовке больных к операции и обеспечивает их благоприятное течение⁶. В ряде случаев хирурги, получив хорошие результаты при использовании минимально инвазивных методов лечения осложнений ХП, отказываются от второго этапа хирургического лечения, тем самым рискуя получить рецидив заболевания⁷. По сравнению с эндоскопическим дренированием, чрескожное дренирование связано с более низким уровнем успеха лечения и более высоким уровнем сбора остатков, что означает, что пациентам, перенесшим чрескожное дренирование, могут потребоваться дополнительные вмешательства (такие как эндоскопическое дренирование или хирургическое вмешательство), чтобы помочь в достижении клинического успеха. Кроме того, чрескожное дренирование связано с высокой частотой рецидивов и повторных вмешательств и может привести к образованию наружных свищей поджелудочной железы⁸. Таким образом, в настоящее время этот подход не является предпочтительным при лечении ПКП, и его следует использовать только для пациентов с сопутствующими заболеваниями, которые не позволяют провести радикальное хирургическое или эндоскопическое лечение.

Пациенты с панкреонекрозом или вторичным выключенным некрозом могут столкнуться с осложненным, длительным пребыванием в отделении интенсивной терапии и инвазивными вмешательствами. Это состояние связано с высоким риском синдромов полиорганной дисфункции и высокой

⁵Vorontsov OF, Natroshvili IG, Mikhin IV, Graeb C. Khirurgicheskoe lechenie khronicheskogo pankreatita: pokazaniya, sroki, metody [Surgical treatment of chronic pancreatitis: indications, timing, methods]. *Khirurgiia (Mosk)*. 2022;(2):82-88. Russian. doi: 10.17116/hirurgia202202182.

⁶Ganaie KH, Choh NA, Parry AH, Shaheen FA, Robbani I, Gojwari TA, Singh M, Shah OJ. The effectiveness of image-guided percutaneous catheter drainage in the management of acute pancreatitis-associated pancreatic collections. *Pol J Radiol*. 2021 Jun 15;86:e359-e365. doi: 10.5114/pjr.2021.107448.

⁷Xiao NJ, Cui TT, Liu F, Li W. Current status of treatments of pancreatic and peripancreatic collections of acute pancreatitis. *World J Gastrointest Surg*. 2021 Jul 27;13(7):633-644. doi: 10.4240/wjgs.v13.i7.633.

⁸Tan JH, Zhou L, Cao RC, Zhang GW. Identification of risk factors for pancreatic pseudocysts formation, intervention and recurrence: a 15-year retrospective analysis in a tertiary hospital in China. *BMC Gastroenterol*. 2018;18:143.

смертностью до 20-30%⁹. Поэтому в рекомендациях предлагается использовать многопрофильную команду, включающую гастроэнтерологов, хирургов, интервенционных радиологов и других специалистов для обеспечения оптимального лечения¹⁰. Хотя острый некротический панкреатит довольно серьезен и его трудно лечить, стерильный панкреатический и/или перипанкреатический некроз можно первоначально лечить с помощью поддерживающей терапии, поскольку более 50% панкреатических или перипанкреатических скоплений со временем разрешаются спонтанно¹¹. Следовательно, стерильные бессимптомные поражения не требуют инвазивного вмешательства, независимо от их размера, местоположения или распространенности. Более того, раннее дренирование асептических поражений может увеличить риск ятрогенной инфекции, что является трудноразрешимой проблемой на фоне синдрома систематической воспалительной реакции, связанного с панкреатитом. Таким образом, инвазивные вмешательства при стерильных поражениях следует применять у пациентов с соответствующими симптомами на поздней стадии (более 4 недель), когда скопления были тонко инкапсулированы. Пациентам с инфицированной некротической тканью практически всегда показана немедленная антибиотикотерапия широкого спектра действия или таргетная терапия. Чтобы полностью контролировать инфекцию, обычно неизбежны инвазивные вмешательства, направленные на опорожнение абсцесса и/или удаление инфицированной некротической ткани¹². В эпоху хирургической некрэктомии как стандартного лечения некроза отсрочка вмешательства до тех пор, пока не созреет вторичный выключенный некроз, способствовала безопасным вмешательствам и снижению частоты осложнений или смертности. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) представляет собой одну из наиболее трудоемких операций, которая необходима пациентам с опухолевым поражением этого уровня. Муравьев П., с соавторами (2022) сообщил о результатах 272 пациентов, подвергшихся таким хирургическим процедурам¹³. Все пациенты были разделены на две группы: основную, для которой использовался оптимизированный алгоритм декомпрессии (n=112), и контрольную группу, для которой подготовка к ПДР проводилась по общепринятым стандартам (n=160). ПДР была выполнена 272 пациентам. Терминолатеральный анастомоз Уиппла выполнен у 38/160 (23,7%) больных

⁹Trikudanathan G, Wolbrink DRJ, van Santvoort HC, Mallery S, Freeman M, Besselink MG. Current Concepts in Severe Acute and Necrotizing Pancreatitis: An Evidence-Based Approach. *Gastroenterology* 2019; 156: 1994-2007. :e3.

¹⁰Baron TH, DiMaio CJ, Wang AY, Morgan KA. American Gastroenterological Association Clinical Practice Update: Management of Pancreatic Necrosis. *Gastroenterology*. 2020;158:67–75.e1.

¹¹Boxhoorn L, Voermans RP, Bouwense SA, Bruno MJ, Verdonk RC, Boermeester MA, van Santvoort HC, Besselink MG. Acute pancreatitis. *Lancet*. 2020;396:726–734.

¹²Bai X, Jin M, Zhang H, Lu B, Yang H, Qian J. Evaluation of Chinese updated guideline for acute pancreatitis on management of moderately severe and severe acute pancreatitis. *Pancreatology*. 2020;20:1582–1586.

¹³Муравьев П., Запороженко Б., Бородаев И. и др. Диагностический подход и специфика лечения у пациентов с очаговыми поражениями билиопанкреатической области, осложненными механической желтухой. *Эксперим. Теор. Медицина*. 2022 г, Февр;23(2):159. doi: 10.3892/etm.2021.11082.

контрольной группы; терминально-терминальный анастомоз по методу Шалимова-Копчака наложен 40/160 (25,0%) больным контрольной группы. Панкреатоеноанастомоз с наложением протоковослизистого анастомоза выполнен 128 больным, из них в основной группе - 73, в контрольной - 55. Панкреатогастроанастомоз с погружением культи поджелудочной железы в культю желудка выполнен 35 пациентам, из них в основной группе - 19, в контрольной - 16. Панкреатогастроанастомоз с погружением культи поджелудочной железы в «рукав желудка» выполнен 32 пациентам, из них в основной группе - 20, в контрольной - 12. Летальность в основной группе составила 6,3% (7 пациентов), в контрольной группе - 11,9% (19 пациентов). Авторы заключили, что билиарная декомпрессия может улучшить послеоперационные результаты после резекции поджелудочной железы.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что существуют существенные различия в сообщениях об осложнениях ХП. За последние несколько десятилетий, с развитием минимально инвазивных интервенционных технологий, особенно с развитием эндоскопических методов, стандартные методы лечения этих тяжелых осложнений претерпели огромные изменения. В настоящее время, основываясь на надежных данных рандомизированных контролируемых исследований, ступенчатые минимально инвазивные подходы стали стандартным методом лечения. Выбор хирургического вмешательства, тщательный послеоперационный уход и мониторинг имеют решающее значение для обеспечения долгосрочного успеха и безопасности при тяжелом панкреатите. Своевременное выявление и вмешательство имеют решающее значение для эффективного лечения, при этом выбор лечения зависит от конкретного осложнения и состояния пациента. До настоящего времени хирургическое лечение осложненного ХП является сложной проблемой, требующей дальнейшего изучения и разработки. Необходим междисциплинарный командный подход, чтобы гарантировать, что для каждого пациента будет выбрана наилучшая возможная операция, оптимизировано их восстановление, а их непосредственные и долгосрочные послеоперационные потребности будут хорошо удовлетворены. Все это представляет большой научный и практический интерес, что и побудило к проведению данного научного исследования.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Ташкентской медицинской академии по теме «Совершенствование минимально инвазивных способов лечения больных с хирургическими патологиями органов брюшной полости».

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения хронического панкреатита путём дифференцированного подхода к

объему вмешательства на основании инструментальных и морфологических данных.

Задачи исследования:

определить основные критерии, влияющие на результаты хирургического лечения осложненного хронического панкреатита;

оценить клиническую эффективность применения двухэтапной тактики хирургического лечения осложненного хронического панкреатита;

усовершенствовать способ хирургического лечения хронического панкреатита, осложненного стриктурой вирсунгова протока;

в сравнительном аспекте изучить клиническую эффективность принятой тактики хирургического лечения осложненных форм хронического панкреатита в отдаленный период;

провести оценку качества жизни пациентов после хирургического лечения осложненных форм хронического панкреатита.

Объектом исследования явились 144 (100%) пациента с верифицированным диагнозом «хронический панкреатит», которым выполнены различные хирургические вмешательства по поводу основного заболевания и его осложнений за период с 2010 по 2021 гг. на различных клинических базах кафедр факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова СПбГПМУ и хирургических болезней и трансплантологии УФ ТМА.

Предмет исследования составляет анализ эффективности дифференцированного подхода к выбору дренирующего или резекционного вмешательства на поджелудочной железе.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: клинические, лабораторно-инструментальные и статистические.

Научная новизна исследований заключается в следующем:

уточнены клиничко-морфологические особенности течения хронического панкреатита и его осложнений, учет которых необходим для выбора оптимального варианта двухэтапной тактики хирургического лечения;

разработан способ хирургического лечения хронического панкреатита, осложненного стриктурой вирсунгова протока, характеризующийся выполнением резекции поджелудочной железы, бужирования и дренирования протока с выведением трубки диаметром от 2 до 3 мм через анастомоз с тонкой кишкой;

доказано, что бужирование вирсунгова протока позволяет устранить его стриктуру, а продолжительное дренирование обеспечивает снижение отека паренхимы поджелудочной железы и каркасные свойства для формирования адекватного соустья между протоком и тощей кишкой;

определено, что при формировании панкреатикоюноанастомоза на каркасе наиболее приемлемым диаметром дренажа является 2-3 мм, так как меньший размер не обеспечит оптимального оттока панкреатического сока, а больший может травмировать вирсунгов протока.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

разработан тактический алгоритм выбора оптимального варианта хирургического лечения хронического панкреатита, основанный на оценке характера осложнений и степени патологических изменений в поджелудочной железе;

определено, что предложенный способ формирования панкреатикоеноаноанастомоза с бужированием и каркасным дренированием вирсунгова протока позволяет устранить его стриктуру, вызывающую панкреатическую гипертензию и связанные с ней болевой синдром и обострения хронического панкреатита;

доказано, что предложенный алгоритм выбора оптимального способа дренирующего или резекционного вмешательства при хроническом панкреатите и его осложнениях способствует снижению риска развития ближайших и отдаленных осложнений, включая рецидивы заболевания;

определено, что устранение осложнений хронического панкреатита на первом этапе комплексного хирургического лечения позволяет улучшить результаты радикального дренирующего или резекционного вмешательства, сократить риски рецидива клинической симптоматики и обеспечить более высокое качество жизни пациентов.

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

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в верификацию особенностей клинического течения ХП и тяжести проявлений его специфических осложнений, учет которых необходим для выбора оптимальных подходов к хирургическому лечению, в свою очередь предложенный способ операции при стриктуре панкреатического протока направлен на устранение патогенетических аспектов формирования осложненного течения заболевания.

Практическая ценность работы заключается в том, что разработанный способ операции при ХП позволяет эффективно устранить панкреатическую гипертензию и связанные с ней болевой синдром и обострения заболевания, а предложенный алгоритм обеспечивает выбор рациональной тактики лечения, учитывающей как необходимость этапного подхода, так и оптимальный вариант дренирующего или резекционного вмешательства, которые в целом позволили сократить частоту ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению результатов хирургического лечения хронического панкреатита:

разработан способ лечения для улучшения непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения хронического панкреатита, (Патент: RU 2738162 C1). Предложенный способ позволяет во время открытого вмешательства путем резекции поджелудочной железы, при стриктуре Вирсунгова протока, выполнить его бужирование и дренирование, что дает возможность устранить панкреатическую гипертензию и связанные с ней болевой синдром и обострения заболевания;

разработаны методические рекомендации «Современные подходы к хирургическому лечению хронического панкреатита» (заключение Экспертного совета ТМА №04/103 от 24.04.2024 г.). Предложенные рекомендации за счет дифференцированного подхода и оптимизации выбора тактики лечения осложненных форм хронического панкреатита позволили значительно уменьшить частоту послеоперационных осложнений и улучшить отдаленные результаты с качеством жизни пациентов;

полученные научные данные по улучшению результатов хирургического лечения хронического панкреатита внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, на клинических базах: СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», СПб ГБУЗ Николаевская больница, СПб ГБУЗ Покровская больница (Россия), Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр и Хорезмский филиал РНЦЭМП (заключение Экспертного совета ТМА №04/103 от 24.04.2024 г.). Внедрение в работу усовершенствованного алгоритма позволило снизить частоту послеоперационных осложнений, ускорить период реабилитации, а также сократить длительность госпитализации.

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

Публикация результатов исследования. По теме диссертационной работы опубликовано 10 научных работ, в том числе 4 журнальных статей, 1 из которых в республиканском и 3 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

Структура и объём диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала работы составляет 131 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении подробно описаны актуальные вопросы хирургического лечения ХП, где главной целью является не только устранение абдоминального болевого синдрома и осложнений этой патологии, но и сохранение экзокринной и эндокринной функции ПЖ. В данном разделе диссертации приводится научная новизна и научно-практическая значимость

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

В первой главе диссертации **«Современные подходы к хирургическому лечению хронического панкреатита»** приведен обзор литературы, посвященный актуальным вопросам этиопатогенеза ХП и его осложнений с подробным освещением клинической картины, особенностей клинической и лабораторно-инструментальной диагностики. Приведены современные тенденции в хирургическом лечении ХП и его осложнений с характеристикой таких вмешательств как операции внутреннего дренирования, резекционные, эндоскопические и пункционно-дренирующие вмешательства, а также рассмотрены вопросы этапного подхода к лечению.

Во второй главе диссертации **«Клиническая характеристика больных и методов исследования»** представлены дизайн исследования и подробное описание материала диссертации и проводимых исследований. В период с 2010 по 2021 гг. на различных клинических базах кафедр факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова СПбГПМУ и хирургических болезней и трансплантологии УФ ТМА по поводу ХП и его осложнений выполнены различные хирургические вмешательства у 144 (100%) пациентов. Все пациенты были разделены на 2 группы с учетом дифференцированного подхода к хирургическому лечению: 1 группа - 68 (47,2%) пациентов, оперированных в период с 2010 по 2015 гг., которым в качестве хирургического лечения выполнялись различные дренирующие операции на поджелудочной железе. Во второй группе - 76 (52,8%) пациентов, оперированных в период с 2016 по 2021 гг., которым, в зависимости от морфологических находок применен дифференцированный подход в выборе дренирующего или резекционного вмешательства на ПЖ.

В первой группе мужчин было 58 (85,3%), женщин 10 (14,7%), во второй 63 (82,6%) и 13 (17,4%), соответственно. Средний возраст составил $39,4 \pm 0,74$ лет в первой группе, $49,6 \pm 1,62$ лет во второй. У всех пациентов имела место сопутствующая коморбидная патология, представленная, в основном нутритивной недостаточностью, портальной и билиарной гипертензией, которые являются осложнениями основного заболевания, а также патологией сердечно-сосудистой системы. При этом у 39 (57,3%) пациентов в 1 группе и у 44 (57,9%) больных второй группы имелось сочетание двух и более заболеваний. Как в первой, так и во второй группе ХП в подавляющем большинстве случаев имел алкогольную этиологию - 82,3% и 89,5% случаев, соответственно. Так же, у большинства больных сроки от начала заболевания составляли от 5 до 10 лет. Следует отметить, что из всех больных 88 (61,1%) при поступлении имели дефицит массы тела вследствие выраженной экзокринной недостаточности ПЖ.

В третьей главе диссертации представлены **«Результаты хирургического лечения больных контрольной группы»**. Из 68 (100%) пациентов у 34 (50,0%) была плановая операция, у 33 (48,5%) – срочная, у 1

(1,5%) – экстренная. Показанием к операции считалась панкреатическая гипертензия (100%). Также у 39 (57,4%) больных были псевдокисты ПЖ, из которых у 15 (22,1%) были гнойные осложнения и у 5 (7,4%) - абсцессы, в 19 (27,9%) случаях - билиарная гипертензия и 8 (11,8%) больных оперированы по причинам, приводящим к дуоденостазу. Дренирующие операции были выполнены 65 (95,6%) пациентам, из них продольная панкреатикоюностомия выполнена в 60 (88,2%) случаях. После мобилизации ПЖ выполняли ее ревизию. Пальпаторно или пункционно находили расширенный панкреатический проток, пунктировали его. При получении панкреатического сока по игле производили его рассечение в проксимальном и дистальном направлении на 3-4 см. В случаях, когда пункционно проток не идентифицирован (при плотной железе или не очень широком протоке ПЖ), выполняли поперечную панкреатотомию и искали проток на срезе ПЖ. Металлическими бужами устраняли все стриктуры и после этого на протяжении 5-6 см в обоих направлениях проводили поливинилхлоридные дренажи соответствующего диаметра, но не толще 4-5 мм. Далее формировали позадибодочный панкреатикоюноанастомоз (ПЕА) на отключенной по Ру петле тощей кишки, а трубки выводили через анастомозированную петлю тощей кишки и, затем, на переднюю брюшную стенку (по Фелькеру). У трех больных выполнили панкреатикотомию на всем протяжении, это было обусловлено множественным панкреатиколитиазом. В 9 случаях дренирующих операций процедура выполнялась с наружным и внутренним дренированием желчных протоков, в 15 случаях - с наружным дренированием псевдокист (ПК) и в 5 случаях - с наружным дренированием абсцессов. У 5 (7,4%) больных были наложены цистоэнтероанастомоз (ЦЭА) (3) и цистогастроанастомоз (ЦГА) (2) в связи с высоким риском кровотечения из портальной системы.

Объем резекционных видов операций в контрольной группе был следующий: резекция головки ПЖ в различных модификациях выполнена у 3 (4,4%) пациентов. У этих больных выявлены выраженные фиброзные изменения головки ПЖ и отсутствие выраженного расширения ее протока. Средняя продолжительность операции в контрольной группе составила 244,6 минут.

В раннем послеоперационном периоде у больных в 1-группе возникли различные осложнения: несостоятельность швов ПЕА - 2 (2,9%) (данном больным выполнено наружное дренирование абсцесса поджелудочной железы и ПЭА); у 25 (36,8%) наблюдалось нагноение послеоперационной раны; послеоперационные кровотечения в свободную брюшную полость или в просвет ЖКТ - 3 (4,4%) и др. У большинства больных (29 (42,6%)) эти осложнения были устранены консервативным лечением, у 1 (1,5%) пациента это осложнение закончилось летальным исходом (смерть наступила в результате сепсиса и нарастания полиорганной недостаточности). У 2 больных выполнены релапаротомии по поводу кровотечений. Срок пребывания в стационаре составил от 15 до 48 дней, средний койко-день - 22,9±2,1.

Четвертая глава освещает «**Современные подходы к хирургическому лечению ХП**». Операции выполнялись в два этапа. При выборе способа хирургического вмешательства руководились общими принципами, основанными на характере осложнений и патологических изменений ПЖ. В случаях обострения панкреатита, при рыхлой ПЖ, наличии гнойно-септических осложнений в парапанкреатической клетчатке наложение панкреатикодигестивного анастомоза невозможно. В таких случаях выполняли операцию в два этапа, первым из которых было наружное дренирование панкреатического протока. Первый этап хирургического лечения выполнен традиционным «открытым» способом - 33 (43,48%) и малоинвазивным - 43 (56,6%) пациентам. Их целью было устранение гнойно-септических осложнений, ложных кист и свищей. По данным УЗИ-исследования во второй группе кистозные изменения ПЖ или парапанкреатической клетчатки выявлены у 43 (56,6%) больных и это потребовало их дренирования.

Наружное дренирование кистозных образований выполнялось под ультрасонографической навигацией при помощи системы Даусона-Мюллера и дренажа 14Fr по типу «свиной хвост». После этого выполнялась контрольная фистулография с целью оценки размеров кисты, ее локализации и связи с вирсунговым протоком. Содержимое кисты направлялось на исследование уровня амилазы и бактериологическое исследование. Пациентам проводилась комплексная антибактериальная (с учетом микрофлоры), антисекреторная терапия, ежедневно осуществлялась санация полости кисты раствором антисептиков (при ее инфицировании), проводился учет количества выделенного секрета из полости кисты. Средний срок от момента дренирования кисты до основного этапа во 2 группе составил 0,68 месяца. У 33 (43,48%) пациентов на втором этапе, во время открытых операций осложненное течение ХП при наличии протоковой гипертензии не было обнаружено явных прогрессирующих фиброзных изменений в паренхиме ПЖ, из-за чего операция закончилась образованием ПЭА.

Вторым этапом резекционные операции были выполнены у 36 (47,4%) пациентов основной группы, в том числе проксимальные резекции ПЖ у 31 (86,1%) (операция Фрея -15, операция Бегера - 11, по Гальперину - 5), дистальная резекция – 3, резекция тела ПЖ – 2.

После вскрытия желудочно-поперечноободочной связки и получения доступа к сальниковой сумке проводилась интраоперационная ревизия ПЖ на предмет наличия и размеров участков фиброзной трансформации, кистозных изменений паренхимы, наличия отграниченных жидкостных скоплений, пальпаторно оценивался диаметр протока. Если проток ПЖ не пальпировался - выполнялась продольная панкреатовирсунготомия. Проводилась оценка проходимости вирсунгова протока, оценивалась степень его дилатации, наличие и протяженность стриктур, их локализация, а также наличие конкрементов. При анализе морфологических данных иссеченных препаратов

ПЖ кальцинатов ткани железы нами не обнаружено, имелись только конкременты в протоковой системе (рис.1).

Основным показанием к проксимальной резекции ПЖ с продольным ПЕА на выключенной по Ру петле тонкой кишки (Операции Фрея) являлось наличие невыраженных фиброзно-воспалительных изменений и незначительного увеличения (не более 4 см) размеров головки ПЖ, ретенционного расширения протоков крючковидного отростка, а также формирование протяженных стриктур протока дистального отдела железы (8 (10,5%)).

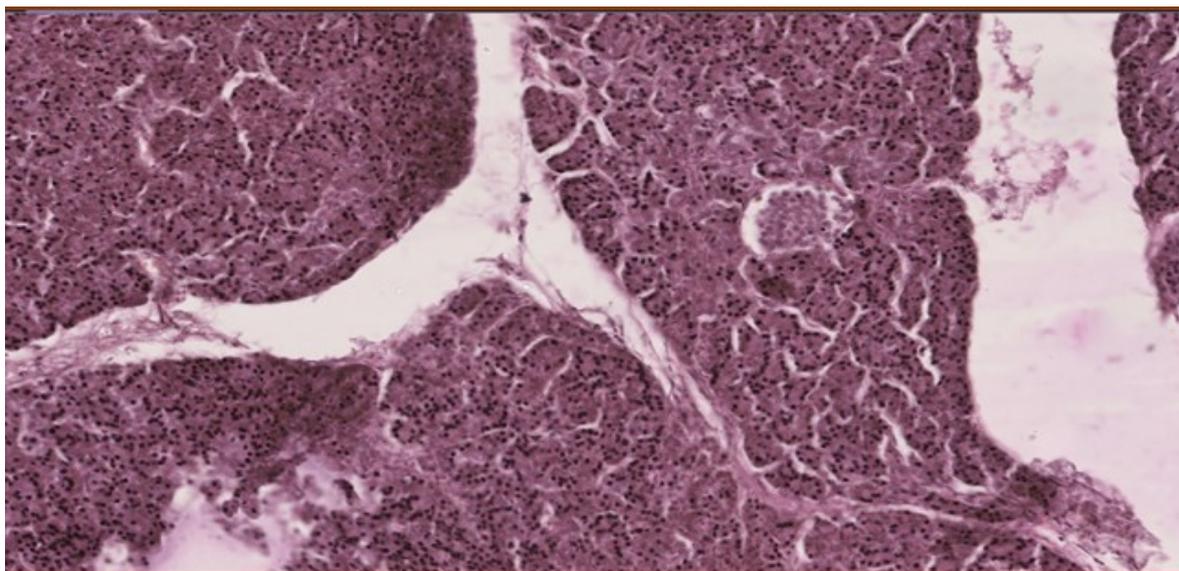


Рис.1. Гистологическая картинка иссеченной ткани ПЖ.

У 6 (7,9%) пациентов воспалительное увеличение (4-6 см) головки ПЖ приводило к нарушению оттока панкреатического секрета и билиарной гипертензии, выполнены Бернский вариант субтотальной резекции головки ПЖ. Объем удаляемой части головки ПЖ увеличивали за счет большего иссечения ее ткани, прилежащей к панкреатической части холедоха и соединительно-тканной пластинке «связующей фасции». Толщину сохраняемой ткани головки железы также минимизировали, стремясь иссечь фиброзно-измененные ткани и освободить стенку общего желчного протока, выполнив его декомпрессию. Если стриктур дистального отдела холедоха и протока ПЖ не выявляли, то на этом этапе приступали к формированию ПЕА (4(5,3%). При наличии рубцовой стриктуры желчного протока, его вскрывали продольно на дне образовавшегося дефекта головки, образовавшиеся боковые лоскуты передней стенки протока подшивали к соединительной пластинке (2(2,6%)).

У 2 (2,6%) больных при необходимости устранения протяженных стриктур дистального отдела панкреатического протока его рассекали в направлении хвоста железы и формировали ПЕА по методике Фрея.

У 5 (6,6%) пациентов при выраженных фиброзно-воспалительных изменениях головки ПЖ со значительным увеличением ее размеров (более 5-6 см), сочетающимся с билиарной и портальной гипертензией, выполнялась

субтотальная резекция головки с поперечным пересечением перешейка железы (операция Бегера).

Особую сложность представляют ситуации с продольной стриктурой Вирсунгова протока. Для улучшения результатов хирургического лечения этой категории пациентов нами предложен усовершенствованный способ операции при ХП, заключающийся в выполнении бужирования протока и дренировании трубкой диаметром от 2 до 3 мм, которую проводили через анастомозированную тонкую кишку и оставляли в протоке на 1-2 месяца. Бужирование Вирсунгова протока позволяет устранить его стриктуру, вызывающую панкреатическую гипертензию и связанный с ней болевой синдром и обострения хронического панкреатита. За 1-2 месяца дренирования главного панкреатического протока снижается отек паренхимы ПЖ и как на каркасе формируется анастомоз между протоковой системой ПЖ и тощей кишкой. Диаметр дренажа 2-3 мм обусловлен тем, что меньший размер не обеспечит оптимальный отток панкреатического сока, а больший диаметр может травмировать Вирсунгов проток в условиях умеренной панкреатической гипертензии.

Способ осуществляется следующим образом. Выполняем резекцию головки поджелудочной железы (если проток после этого не удастся обнаружить, выполняем и резекцию тела поджелудочной железы). После этого панкреатический проток бужуем и дренируем его трубкой 2-3 мм, которую держим в течение 1-2 месяцев после операции, чтобы спал отек, и возникло заживление протока на дренаже, как на каркасе, без стриктур. После бужирования и дренирования панкреатического протока выделяем тощую кишку по Ру и накладываем панкреатопанкреатикоэнтероанастомоз, а дренаж выводим через анастомозированную тонкую кишку. При этом при наличии протяженной (более 1,5-2 см) стриктуры с выраженными очагами фиброза выполнялись резекционно-дренирующие вмешательства, в случае наличия протяженной стриктуры главного панкреатического протока (ГПП) в виде «цепи озер» выполнялись вмешательства с каркасным дренированием трубками 2-3 мм для формирования просвета протока (патент: RU 2738162 C1) (рис. 2).

Дистальная резекция ПЖ выполнена 3 (3,9%) пациентам. Серьезные патологические изменения паренхимы дистальной части железы являются показанием к этой операции. В 2 случаях операционный разрез расширен влево в Т-образной форме. У одного из них при дистальной резекции пришлось удалить селезенку из-за сильных спаек в верхних отделах брюшной полости. В 2 случаях выявлено расширение протока ПЖ, при котором сформирован дополнительный панкреатикоеноанастомоз (выполнена операция Пьюстау-1). У одного из них случился послеоперационный сегментарный инфаркт селезенки, который разрешился без каких-либо лечебных мероприятий.



Рис.2. Каркасное дренирование трубкой 2-3 мм для формирования просвета протока

При локализации патологических процессов (таких как кисты, фиброз, псевдоаневризмы) в средней части ПЖ применяли резекцию средней части железы. Данные операции выполнены 2 (2,6%) пациентам.

Продольный ПЕА был выполнен 33 (43,4%) пациентам в качестве 2-го этапа лечения (рис. 3). Метод легко выполним при непротяженной стриктуре проксимального отдела и расширении панкреатического протока более 0,5 см. необходимым условием для формирования соустья считаем отсутствие фиброзно-воспалительных изменений в головке ПЖ. После широкого вскрытия протока от хвоста до головки железы создаются условия для его ревизии, ликвидации протяженных стриктур и извлечения внутрипротоковых конкрементов.

Морфологическое изучение операционных препаратов после выполнения проксимальной резекции ПЖ подтвердило, что основным проявлением ХП во всех случаях является выраженный фиброз ткани железы, в 3 (8,3%) случаях выявлена резко выраженная дисплазия протокового эпителия.

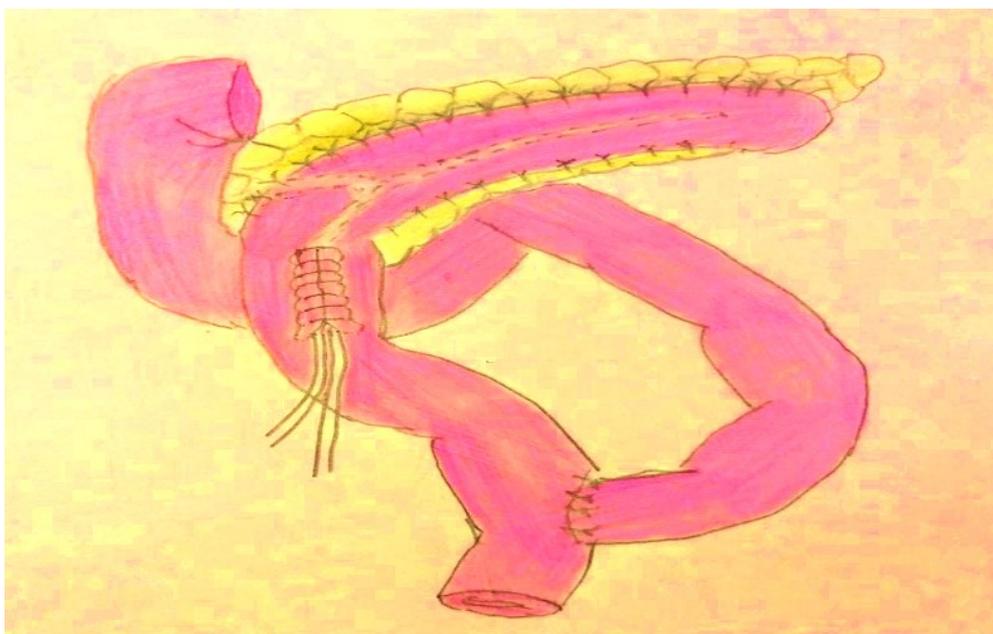


Рис. 3. Продольный ПЕА с проксимальным и дистальным дренированием ГПП.

Осложненное течение послеоперационного периода наблюдалось у 32,9% оперированных пациентов. У 3 (4,9%) оперированных больных отмечались признаки кровотечения (ЖКК - 2 (2,6%) и в брюшную полость - 1 (1,3%)), функциональная недостаточность органов – 1 (1,3%) случай. Летальные исходы не отмечены. Срок пребывания в стационаре составил от 10 до 27 дней, в среднем $15,4 \pm 1,5$ суток (по отношению к контрольной группе – $t=2.91$; $p<0.05$).

В пятой главе «Сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных с хроническим панкреатитом» обсуждены результаты исследований. Проведена сравнительная оценка хирургического лечения больных в исследуемых группах по различным критериям.

Длительность операции внутреннего дренирования протоковой системы ПЖ. Длительность операции у пациентов обеих групп зависела от состояния тканей гепатопанкреатодуоденальной области (наличие рубцово-воспалительных изменений в сальниковой сумке, состояния паренхимы ПЖ). В 1 (контрольной) группе операция длилась 244,6 минут, а в 2 (основной) группе - 315,5 минут. В основной группе длительность оперативных вмешательств была больше чем в контрольной в связи с тем, что, во-первых, в основной группе операции выполнялись после коррекции осложнений ХП, в этих случаях нередко имелись множественные спайки, которые усложняли доступ. Во-вторых, у этих больных на втором этапе производились радикальные вмешательства.

Объем интраоперационной кровопотери. Объем интраоперационной кровопотери, как правило, зависит от степени выраженности рубцового процесса и наличия воспалительных очагов в сальниковой сумке, объема оперативного вмешательства и степени выраженности портальной

гипертензии. Больные в зависимости от объема интраоперационной кровопотери разделены на 3 группы: 1 - до 500 мл, 2 - от 500 до 700 мл и 3 - от 700 до 1000 мл. В контрольной группе у 35 (51,5%) пациентов кровопотеря составила менее 500 мл, у 30 (44,1%) – от 500 до 700мл, у 3 (4,4%) от 700 до 1000 мл (пациент, оперированный по поводу кровотечения в ПК и расслоения гематомой стенки ДПК). В основной группе у 42 (55,3%) больных кровопотеря во время операции была менее 500 мл, у 31 (40,8%) – от 500 до 700 мл, у 3 (3,9%) от 700 до 1000 мл.

Длительность нахождения в ОРИТ. Данный показатель зависел от объема операции, а также от исходного состояния больного и наличия осложнений в раннем послеоперационном периоде. Больные в зависимости от длительности пребывания в отделении реанимации в раннем послеоперационном периоде были разделены следующим образом: до 1 суток, 1-3 суток, более 3 суток (рис. 4).

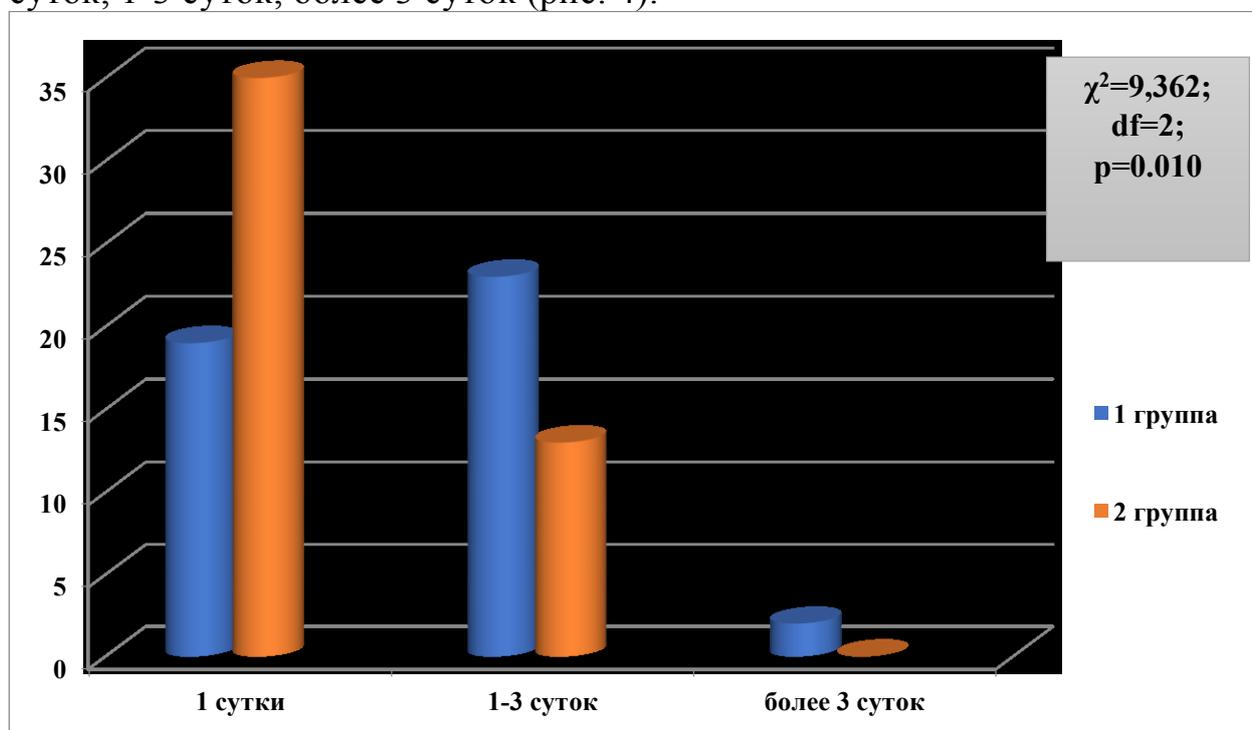


Рис. 4. Длительность нахождения в палате интенсивной терапии после операции.

Более длительное нахождение пациентов контрольной группы ($\chi^2=9,362$; $df=2$; $p=0.010$) в палате интенсивной терапии было связано с предпринятой тактикой одноэтапного вмешательства, так как в основной группе выполнение первого малотравматичного этапа позволяло в дальнейшем выполнить радикальное вмешательство с меньшим риском.

Осложнения в послеоперационном периоде. Течение раннего послеоперационного периода во многом зависело не только от объема выполненного операционного вмешательства, но и от состояния пациента до операции, тяжести течения ХП. Структура ранних осложнений представлена в табл. 1.

Таблица 1

Структура ранних послеоперационных осложнений

Осложнения	контрольная группа		основная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Несостоятельность ПЕА	2	2,9%	0	0,0%
Желудочно-кишечные кровотечения	2	2,9%	2	2,6%
Кровотечение в свободную брюшную полость	1	1,5%	1	1,3%
Гиперамилаземия	11	16,2%	7	9,2%
Полиорганная недостаточность	3	4,4%	1	1,3%
Нагноение п/о раны	25	36,8%	14	18,4%
Всего	44	64,7%	25	32,9%
Достоверность	$\chi^2=16,317$; $df=6$; $p<0.05$			

Следует отметить, что в структуре указанных осложнений доля значимых осложнений, соответствующих III-V степени по Clavien-Dindo снизилась с 22,1% (у 15 пациентов в контрольной группе) до 7,9% (у 6 пациентов в основной группе ($\chi^2=5,780$; $df=1$; $p=0.017$)). В целом без осложнений было выписано только 24 (35,3%) пациента в контрольной группе и 51 (67,1%) больной в основной группе, что доказывает более высокую эффективность хирургического лечения ХП с применением двухэтапной тактики ($\chi^2=14,552$; $df=1$; $p<0.001$).

Рецидив панкреатической гипертензии и частота возникновения болевого синдрома. Отдаленные результаты проведенного хирургического лечения были прослежены у 45 (66,2%) больных из контрольной группы и 52 (68,4%) из основной группы. При этом в контрольной группе 24 пациента прослежены в течение 1 года, 14 – от 1 до 3 лет и 8 – более 3 лет, в основной группе: 28, 15 и 9 больных соответственно.

По данным проведенного опроса после хирургического лечения частота болевых приступов в верхних отделах живота зависела от объема выполненного вмешательства, соблюдения диеты, приема ферментных препаратов. При сборе анамнеза выяснено, что в группе-1 только 22 (47,8%) опрошенных строго соблюдали диетические рекомендации, остальные 24 (52,2%) больных отмечали или периодические погрешности в диете, или вообще не придерживались ее. Во 2-группе диету соблюдали 24 (46,2%), а 28 (53,8%) опрошенных не соблюдали диетические рекомендации.

Пациенты, в зависимости от частоты возникновения болевого синдрома, разделены по следующим интервалам: болевые приступы беспокоили 1 раз в год и реже – 8 (17,4%) в контрольной группе и 7 (13,5%) в основной группе, 1 раз в полгода – 8 (17,4%) и 4 (7,7%) соответственно, 1 раз в месяц – 5 (10,9%) и 0, при этом без приступов было 25 (54,3%) и 41 (78,8%) пациентов ($\chi^2=9,949$; $df=3$; $p=0.010$) (рис. 5).

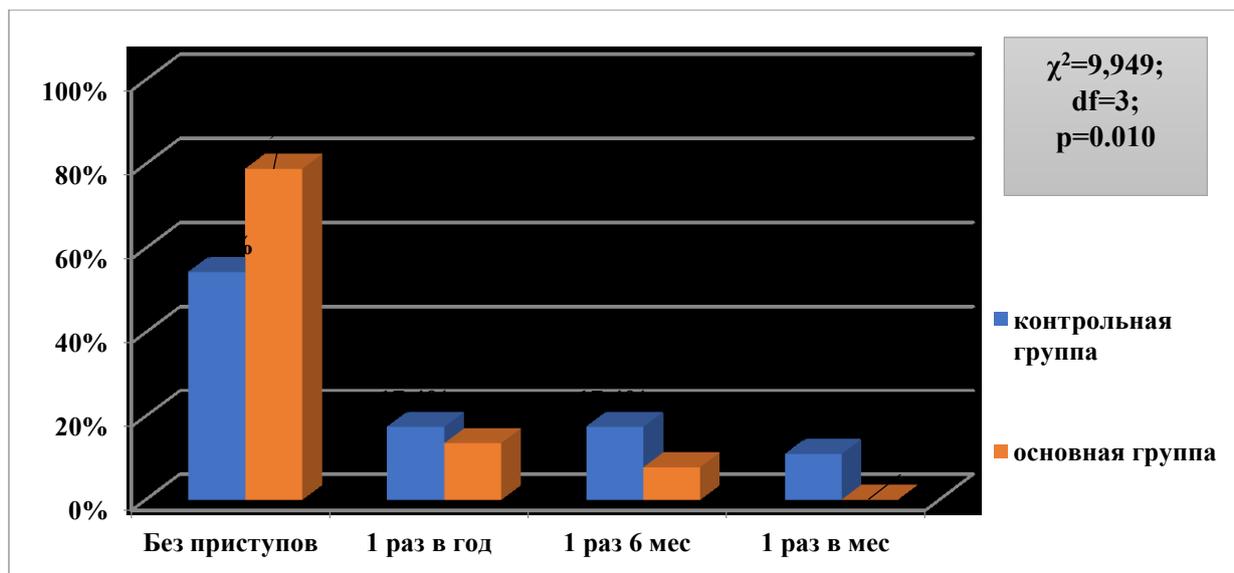


Рис. 5. Частота обострений ХП в послеоперационном периоде

Для оценки качества жизни этих пациентов в отдаленном послеоперационном периоде использовался опросник EORTC QLQ-C30 V.3. Анкета состоит из 5 функциональных и 3 симптоматических шкал, а также оценке глобального статуса здоровья. При этом низкая встречаемость симптоматических признаков и высокие функциональные показатели свидетельствовали о том, что резекционно-дренирующие операции более эффективны, чем операции внутреннего дренирования. Причиной этого является полная ликвидация патологического очага в тканях ПЖ. Оценка качества жизни по функциональным шкалам показала, что по критерию физического функционирования (PF2) средний балл составил в контрольной группе – $61,4 \pm 2,2$, в основной группе – $69,8 \pm 1,8$ ($t=2,96$; $p<0.05$), по ролевому функционированию (RF2) - $62,5 \pm 2,7$ и $72,6 \pm 1,6$ ($t=3,22$; $p<0.05$), эмоциональному функционированию (EF) – $74,3 \pm 3,2$ и $86,5 \pm 2,1$ ($t=3,19$; $p<0.05$), когнитивному функционированию (CF) - $72,1 \pm 4,9$ и $82,7 \pm 2,8$ ($t=1,88$; $p>0.05$) и социальному функционированию – $65,7 \pm 3,7$ и $79,5 \pm 2,6$ ($t=3,05$; $p<0.05$). По симптоматическим шкалам полученные значения составили: усталость (FA) - $29,7 \pm 2,3$ и $23,1 \pm 1,7$ ($t=2,31$; $p<0.05$), тошнота и рвота (NV) – $22,1 \pm 1,8$ и $14,7 \pm 1,1$ ($t=3,51$; $p<0.05$) и боль (PA) – $33,5 \pm 3,5$ и $17,2 \pm 1,4$ ($t=4,32$; $p<0.05$) (рис. 6).

В целом показатель глобального статуса здоровья составил $62,5 \pm 2,7$ против $71,8 \pm 1,9$ балла ($t=2,84$; $p<0.05$), средний балл по функциональным шкалам – $67,2 \pm 3,3$ против $78,2 \pm 2,2$ ($t=2,76$; $p<0.05$) и по симптоматическим шкалам – $28,4 \pm 2,5$ и $18,3 \pm 1,4$ ($t=3,49$; $p<0.05$).

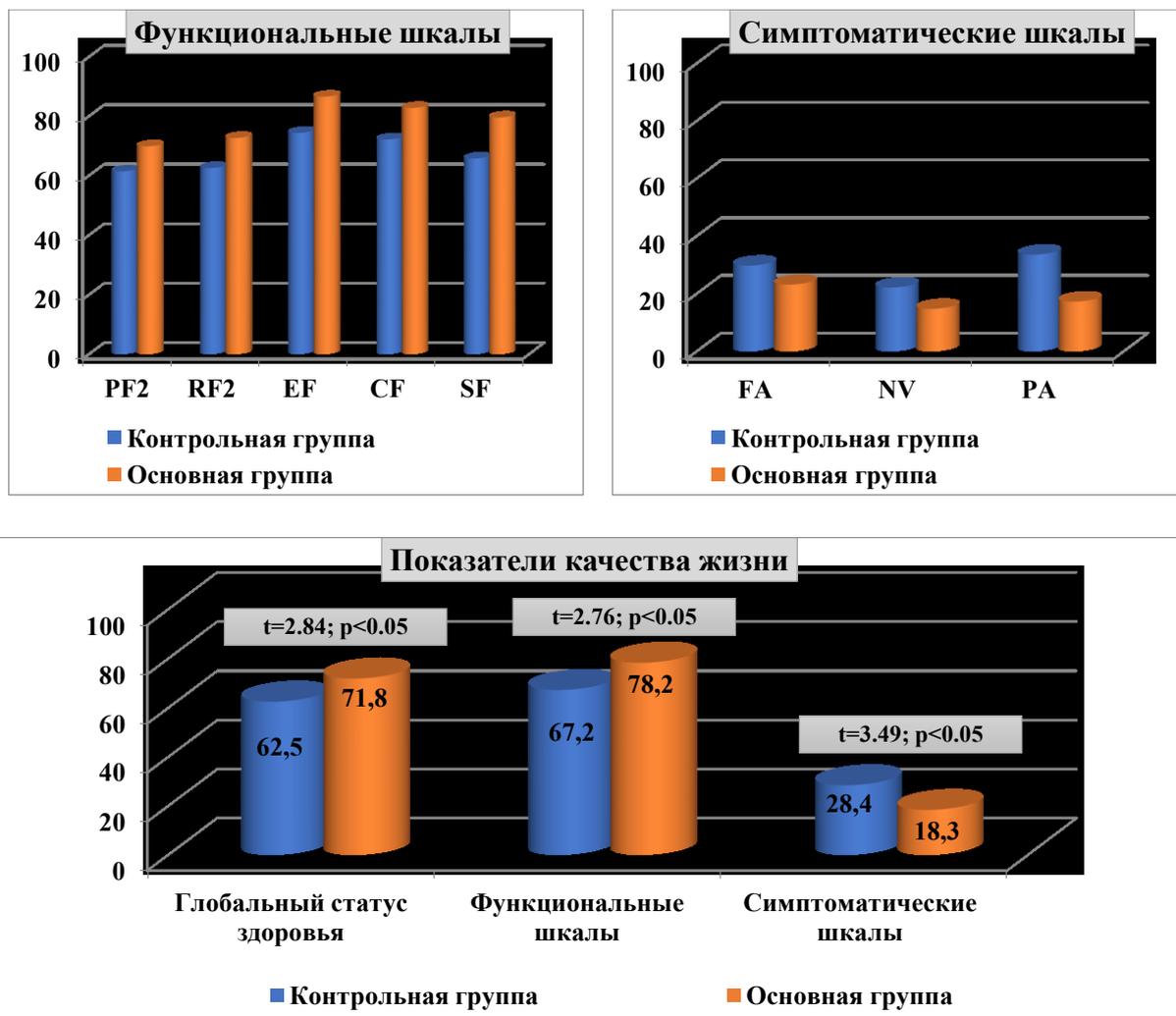


Рис. 6. Распределение показателя качества жизни по группам

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Выбор тактики хирургического лечения осложненных форм ХП должен основываться на тщательной клинко-инструментальной верификации особенностей локализации и выраженности патологических изменений, наличия и протяженности стриктур желчного и панкреатического протоков, при этом одноэтапные подходы существенно увеличивают риск неудовлетворительных результатов оперативного лечения, причиной которых является как недооценка тяжести проявлений заболевания, так и неадекватно выбранный объем или технические дефекты вмешательства.

2. Применение двухэтапной тактики лечения осложненного ХП обеспечило улучшение качества реабилитации после этапа радикального вмешательства, что проявилось сокращением продолжительности интенсивной терапии ($p=0.010$) и общего госпитального периода с $22,9 \pm 2,1$ до $15,4 \pm 1,5$ суток ($p < 0.05$), снижением частоты развития специфических осложнений с $64,7\%$ до $32,9\%$ ($p < 0.001$), в структуре которых доля значимых осложнений (III-V степень по Clavien-Dindo) снизилась с $22,1\%$ до $7,9\%$ ($p=0.017$).

3. Разработанный способ хирургического лечения ХП позволяет устранить стеноз главного панкреатического протока, включая случаи с множественными стриктурами, обеспечивает адекватный отток панкреатического секрета в тонкую кишку за счет формирования анастомоза на каркасе, что обуславливает стойкое снижение интенсивности болевого синдрома, а также риска прогрессирования и рецидивов заболевания.

4. Динамический мониторинг качества результата хирургического лечения ХП показал, что применение двухэтапной тактики позволило в отдаленный период сократить вероятность развития рецидива клинической симптоматики панкреатической гипертензии, при этом частота полного исчезновения болевого синдрома увеличилась с 54,3% до 78,8%, наличие болевых приступов 1 раз в год и реже отмечено в 17,4% случаях в контрольной группе и 13,5% в основной группе, 1 раз в полгода – у 17,4% и 7,7% соответственно, а боли 1 раз в месяц верифицированы у 10,9% пациентов в контрольной группе ($p=0.010$).

5. Оценка качества жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде (EORTC QLQ-C30 V.3) показала достоверно большее значение этого показателя фактически по всем исследованным критериям у пациентов после двухэтапных хирургических вмешательств, при этом уровень глобального статуса здоровья составил $62,5\pm 2,7$ в контрольной группе и $71,8\pm 1,9$ балла в основной группе ($p<0.05$), средний балл по функциональным шкалам – $67,2\pm 3,3$ против $78,2\pm 2,2$ ($p<0.05$) и по симптоматическим шкалам – $28,4\pm 2,5$ и $18,3\pm 1,4$ ($p<0.05$).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01
AT THE ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE
ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES**

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

ESHMETOV SHUKHRAT RUZMETOVICH

**MODERN APPROACHES TO SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC
PANCREATITIS**

14.00.27 – Surgery

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

Andijan–2024

Subject of dissertation (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for the №B2023.2.PhD/Tib3635.

The dissertation was completed at the Tashkent medical academy.

An abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is available on the website of the Scientific Council (www.rscs.uz) and on the Information and Educational Portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific supervisor:	Kokhanenko Nikolay Yurievich doctor of medical sciences, professor
Official opponents:	Egamov Yuldashali Sulaymanovich doctor of medical sciences, professor Sattarov Oybek Tohirovich doctor of medical sciences, docent
Leading organisation:	Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov

The dissertation will be defended on « ___ » _____ 2024 at ___ p.m. hours at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 at the Andijan State Medical Institute (Address: 170100, Andijan c., Yu. Otabekov 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. Otabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50).

Abstract of the dissertation sent out on « ___ » _____ 2024.
(mailing report № ___ of _____ 2024).

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

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

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

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

The aim of the study is to improve the results of surgical treatment of chronic pancreatitis through a differentiated approach to the volume of intervention based on instrumental and morphological data.

The subjects of the study were 144 (100%) patients with a verified diagnosis of chronic pancreatitis, who underwent various surgical interventions for the underlying disease and its complications during the period from 2010 to 2021 at various clinical sites of the departments of faculty surgery named after. prof. A.A.Rusanov St. Petersburg State Pediatric Medical University and surgical diseases and transplantology of the Urgench branch TMA.

The scientific novelty of the study is as follows:

the clinical and morphological features of the course of chronic pancreatitis and its complications, the consideration of which is necessary to select the optimal option for a two-stage tactics of surgical treatment, have been clarified;

a method has been developed for the surgical treatment of chronic pancreatitis complicated by a stricture of the Wirsung duct, characterized by resection of the pancreas, bougienage and drainage of the duct with removal of a tube with a diameter of 2 to 3 mm through an anastomosis with the small intestine;

it has been proven that bougienage of the Wirsung duct eliminates its stricture, and long-term drainage provides a reduction in swelling of the pancreatic parenchyma and scaffolding properties for the formation of an adequate anastomosis between the duct and the jejunum;

it was determined that when forming a pancreaticojejunostomy on a frame, the most acceptable drainage diameter is 2-3 mm, since a smaller size will not ensure optimal outflow of pancreatic juice, and a larger one can injure the Wirsung duct.

Implementation of research results. According to the results of a scientific study to improve the results of surgical treatment of chronic pancreatitis:

a treatment method has been developed to improve the immediate and long-term results of surgical treatment of chronic pancreatitis (Patent: RU 2738162 C1). The proposed method allows, during open intervention by resection of the pancreas, with a stricture of the Wirsung duct, to perform its bougienage and drainage, which makes it possible to eliminate pancreatic hypertension and the associated pain syndrome and exacerbations of the disease;

methodological recommendations "Modern approaches to the surgical treatment of chronic pancreatitis" have been developed (conclusion of the TMA Expert Council No. 04/103 dated April 24, 2024). The proposed recommendations, through a differentiated approach and optimization of the choice of treatment tactics for complicated forms of chronic pancreatitis, made it possible to significantly reduce the frequency of postoperative complications and improve long-term results with the quality of life of patients;

the obtained scientific data on improving the results of surgical treatment of chronic pancreatitis have been introduced into the practical activities of healthcare, in particular, at clinical bases: St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "City Mariinsky Hospital", St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution

Nikolaev Hospital, St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution Pokrovskaya Hospital (Russia), Khorezm Regional Multidisciplinary Medical Center and Khorezm branch of the Russian Research Center for Medical Empowerment (conclusion of the TMA Expert Council No. 04/103 dated April 24, 2024). The introduction of an improved algorithm made it possible to reduce the frequency of postoperative complications, speed up the rehabilitation period, and also shorten the duration of hospitalization.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of the dissertation is 131 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Коханенко Н.Ю., Глебова А.В., Эшметов Ш.Р. Способ хирургического лечения хронического панкреатита // Патент на изобретение Федеральной службы по интеллектуальной собственности Российской федерации №RU 2738162 С1 от 9 декабря 2020 года.

2. Эшметов Ш.Р., Ботиров Д.Ю. Сурункали панкреатит касаллигини хирургик усулда даволашга замонавий ёндашув // Ж. «Тиббиётда янги кун»; №3 (53); 2023; стр. 25-31. (14.00.00, №22).

3. Коханенко Н. Ю., Артемьева Н.Н, Глебова А.В., Кашинцев А.А., Вавилова О.Г., Иванов А.Л., Данилов С.А., Перминова А.А., Эшметов Ш.Р. Особенности хирургического лечения осложненного хронического панкреатита // Ж. «Университетский терапевтический вестник»; №3 (3); 2021; стр. 27-34. (14.00.00, №25 Directory of Open Access Journals).

4. Коханенко Н.Ю., Глебова А.В., Вавилова О.Г., Кашинцев А.А., Калюжный С.А., Эшметов Ш.Р. Этапное хирургическое лечение большого хроническим панкреатитом // Ж. «Анналы хирургической гепатологии»; №3 (26); 2021; стр. 149-155. (14.00.00, №154)

5. Коханенко Н.Ю., Вавилова О.Г., Павелец К.В, Кашинцев А.А., Моргошия Т.Ш., Накопия Г.Г., Данилов С.А., Радионов Ю.В., Ильина М.А., Шенгелия Л.Г., Перминова А.А., Эшметов Ш.Р. Ускоренная послеоперационная реабилитация при хроническом панкреатите // Ж. «Анналы хирургической гепатологии»; №2 (28); 2023; стр. 41-50. (14.00.00, №154).

II бўлим (II часть; part II)

6. Эшметов Ш.Р. Сурункали панкреатит касаллигини жарроҳлик усули билан даволашга замонавий ёндашув // Услужий тавсиянома Урганч 2023 йил. 24 бет.

7. Хаджиев Д.Ш., Эшметов Ш.Р., Худойбергенов Ш.О., Султанзада Н.Д. Интраоперационные результаты хирургического лечения хронического панкреатита // Материалы Международной научно-практической конференции, посвящённой 30 летию основания филиала Ургенчского ГМА «Проблемы и перспективы малоинвазивных технологий в медицине», Ургенч 2022 г., стр. 243-244.

8. Хаджиев Д.Ш., Эшметов Ш.Р., Худойбергенов Ш.О., Султанзада Н.Д. Особенности хирургического лечения осложненного хронического панкреатита // Материалы Международной научно-практической конференции, посвящённой 30 летию основания филиала Ургенчского ГМА

«Проблемы и перспективы малоинвазивных технологий в медицине», Ургенч 2022 г., стр. 252.

9. Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н., Петрик С.В., Глебова А.В., Иванов А.Л., Эшметов Ш.Р. Двухэтапное лечение осложненного хронического панкреатита // Конгресс с международным участием «Здоровые дети - будущее страны» Детская медицина Северо-Запада, Санкт Петербург 2018 г., стр. 169.

10. Коханенко Н.Ю., Павелец К.В., Вавилова О.Г., Данилов С.А., Кашинцев А.А., Радионов Ю.В., Перминова А.А., Эшметов Ш.Р. Ускоренная послеоперационная реабилитация при хроническом панкреатите // XXIX Международный конгресс ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии», Москва, 2022 г., стр. 75.

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

Босмахона лицензияси:



9338

Бичими: 84x60 ¹/₁₆. «Times New Roman» гарнитураси.

Рақамли босма усулда босилди.

Шартли босма табоғи: 3,5. Адади 100 дона. Буюртма № 33/24.

Гувоҳнома № 851684.

«Тірографф» МЧЖ босмахонасида чоп этилган.

Босмахона манзили: 100011, Тошкент ш., Беруний кўчаси, 83-уй.