

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

---

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ**

**ЙИГИТАЛИЕВ САРДОР ХУСАНБОЕВИЧ**

**МЕЪДА-ИЧАК ЙЎЛЛАРИ ПОЛИПСИМОН ҲОСИЛАЛАРИНИ  
ДАВОЛАШДА ЭНДОСКОПИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАН ДОКТОРИ (DSc)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**АНДИЖОН – 2024**

**Докторлик диссертацияси (DSc) автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата докторской диссертации (DSc)**

**Contents of dissertation abstract of doctoral dissertation (DSc)**

**Йигиталиев Сардор Хусанбоевич**

Меъда-ичак йўллари полипсимон ҳосилаларини даволашда эндоскопик технологияларни такомиллаштириш..... 3

**Йигиталиев Сардор Хусанбоевич**

Совершенствование эндоскопических технологий в лечении полиповидных новообразований желудочно-кишечного тракта..... 33

**Yigitaliev Sardor Khusanboevich**

Improvement of endoscopic technologies in the treatment of polypoid neoplasms of the gastrointestinal tract..... 59

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works ..... 63

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

---

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ**

**ЙИГИТАЛИЕВ САРДОР ХУСАНБОЕВИЧ**

**МЕЪДА-ИЧАК ЙЎЛЛАРИ ПОЛИПСИМОН ҲОСИЛАЛАРИНИ  
ДАВОЛАШДА ЭНДОСКОПИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАН ДОКТОРИ (DSc)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**АНДИЖОН – 2024**

**Фан доктори (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2024.2.DSc/Tib1078-рақами билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Тошкент давлат стоматология институтида бажарилган.  
Диссертация автореферати илмий Кенгаш сайтида икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) (www.adti.uz ) ва «Ziynet» ахборот-таълим порталида (www.ziynet.uz ) жойлаштирилган.

**Илмий маслаҳатчи:**

**Исмаилов Сайдимурод Ибрагимович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар:**

**Биков Михаил Ильич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Эгамов Юлдашали Сулейманович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Касимов Адхам Лутфиллаевич**  
тиббиёт фанлари доктори, доцент

**Етакчи ташкилот:**

**Гродно давлат тиббиёт университети (Беларус Республикаси)**

Диссертация ҳимояси Андижон дала тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2024 йил «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтди (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

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

Диссертация автореферати 2024 йил «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ да тарқатилди.  
(2024 йил «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**М.М. Мадазимов**

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

**М.Ф. Нишанов**

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

**Б.Р. Абдуллажанов**

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

## КИРИШ (докторлик (DSc) диссертацияси аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Яллиғланишли фиброз полип (IFP) - кам учрайдиган, мезенхимал келиб чиқишли, этиологияси ноаниқ бўлган яхши сифатли ҳосилadır. Бу ҳосила фиброз тўқиманинг пролиферацияси билан характерланади, бу эса турли яллиғланишли хужайралар, кўпинча дуксимон хужайралар ва эозинофиллар билан инфильтрацияга олиб келади. IFP кўпроқ аёлларда (1,3-1) учрайди ва кўпинча ҳаётнинг бешинчи ўн йиллигидаги одамларни касаллантиради<sup>1</sup>. Меъда-ичак йўлларида (МИЙ) пайдо бўлганда, IFP камаювчи тартибда, кўпинча ошқозон, ингичка ичак ва кейинчалик йўғон ичакни зарарлантиради. Шундай қилиб, кўринишлар турли хил бўлиши мумкин: меъданинг чиқиш қисмининг обструкциясидан то ичакнинг инвагинациясигача. Одатда IFP ташхиси хирургик ёки эндоскопик макропрепаратнинг гистологик ва иммуногистокимёвий таҳлили орқали тасдиқланади. МИЙнинг юқори қисмларини эндоскопия қилиш вақтида IFP ўсимтаси ва ўн икки бармоқли ичакнинг IFPси девор ичида бўртиб турувчи, текис юзага эга бўлган ҳосилалар кўринишида бўлади, бу юзалар кўпинча ярали бўлади. Колоректал зарарланишлар колоноскопия вақтида аниқланади, бу орада ингичка ичак зарарланишлари кўпинча жарроҳлик амалиётлари вақтида, ҳамда обструкция симптомлари туфайли аниқланади. Ичак инвагинациясида қорин бўшлиғининг компьютер томографияси танлов усули ҳисобланади. IFPни диагностика қилиш қийин бўлишининг асосий сабаби клиник симптомларнинг носпецифик кечишидир. Эндоскопик амалиёт натижасида олинган биопсия намуналари “ҳар доим ҳам гистологик ташхис учун етарли маълумот бера олмайди”<sup>2</sup>. Энг ишончли ташхис олиб ташланган ҳосиланинг иммуногистокимёвий таҳлил ҳисобланади. Ҳозирги вақтда IFPни даволаш тактикасини танлашда хирургик даволаш услубини аниқлашда ҳам муаммолар мавжуд.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда эндоскопик биопсиянинг диагностик самарадорлигини ошириш учун кўп марказли истиқболли таҳлилий тадқиқотлар долзарб бўлиб қолмоқда, чунки фақат 10% ошқозон IFPлари операциядан олдин диагностика қилинади, шунингдек полипсимон ҳосилаларнинг зарарли ривожланишини олдиндан прогноз қилиши мумкин бўлган эндоскопик ультратовуш текшируви ва гистопатологик хусусиятларни белгилаш учун клиник маълумотларни экстраполяция қилиш бўйича ишлар олиб борилмоқда.

Мамлакатимизда хирургияни ривожлантиришнинг замонавий жиҳатлари меъда-ичак йўлларининг полипсимон ҳосилалари билан касалланган беморларни даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чоратadbирларни ўз ичига олади. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти

<sup>1</sup>Hehir C, Calpin G, Dowling G, Spillane C, Kilgallen C, Hill ADK. Inflammatory fibroid polyp of the small intestine presenting as small bowel obstruction with intussusception: a case report. J Surg Case Rep. 2024 Jan 4;2024(1):tjad695. doi: 10.1093/jscr/tjad695.

<sup>2</sup>Qasim A, Makker J. Gastrointestinal Tract Challenges: Chronic Inflammatory Fibroid Polyps Demystified. Cureus. 2023 Nov 19;15(11):e49068. doi: 10.7759/cureus.49068.

устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган<sup>3</sup>. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, меъда-ичак йўлларидаги полиплар билан касалланган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш, ушбу патологиянинг юқори тиббий ва ижтимоий аҳамияти туфайли абдоминал хирургиянинг ва умуман олганда, тиббиётнинг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 4 октябрдаги ПҚ-5254-сон «Хирургия хизматини трансморфация қилиш, худудларда жарроҳлик амалиётлари сифатини ошириш ва кўламини кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида» ва Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид кўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги Қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъерий-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.

**Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий тадқиқотлар шарҳи.**<sup>4</sup> Меъда-ичак йўлларидаги полипсимон янги ҳосилалари билан касалланган беморларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини яхшилашга қаратилган илмий-тадқиқот ишлари, кўплаб халқаро илмий жарроҳлик жамиятлари ва

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

<sup>4</sup> Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи Inayat F, Ur Rahman A, Wahab A, Riaz A, Zahid E, Bejarano P, Pimentel R. Gastric Inflammatory Fibroid Polyp: A Rare Cause of Occult Upper Gastrointestinal Bleeding. *J Investig Med High Impact Case Rep.* 2020 Jan-Dec;8:2324709620936840. doi: 10.1177/2324709620936840; Acar N, Acar T, Cengiz F, Şuataman B, Tavusbay C, Hacıyanli M. Endoscopic resection for giant oesophageal fibrovascular polyp. *Ann R Coll Surg Engl.* 2020 Apr;102(4):e89-e90. doi: 10.1308/rcsann.2020.0008; Cha JH, Jang JS. Correlation between healing type of lesion and recurrence in gastric neoplastic lesions after endoscopic submucosal dissection. *Turk J Gastroenterol.* 2020 Jan;31(1):36-41. doi: 10.5152/tjg.2020.18764; Santos CEOD, Nader LA, Scherer C, Furlan RG, Pereira-Lima JC. Small as well as large colorectal lesions are effectively managed by endoscopic mucosal resection technique. *Arq Gastroenterol.* 2022 Jan-Mar;59(1):16-21. doi: 10.1590/S0004-2803.202200001-04; Ni X, Yin J, Chen L, Zhu Z. Endoscopic resection of a rare duodenal polypoid mass: duodenal angiolipoma. *Rev Esp Enferm Dig.* 2023 Jun;115(6):332-333. doi: 10.17235/reed.2022.9268/2022; Khsiba A, Bradai S, Nakhli A, Chelbi E, Azouz MM. Solitary gastric Peutz-Jeghers polyp: a case report. *Pan Afr Med J.* 2022 Jan 24;41:65. doi: 10.11604/pamj.2022.41.65.29526; Kourti A, Dimopoulou A, Zavras N, Sakellariou S, Palamaris K, Kanavaki I, Fessatou S. Inflammatory fibroid polyp of the anus in a 12-month-old girl: Case report and review of the literature. *J Paediatr Child Health.* 2022 Aug;58(8):1313-1316. doi: 10.1111/jpc.16080; Trecca A, Catalano F, Bella A, Borghini R. Robotic colonoscopy: efficacy, tolerability and safety. Preliminary clinical results from a pilot study. *Surg Endosc.* 2020 Mar;34(3):1442-1450. doi: 10.1007/s00464-019-07332-6; Garmpis N, Damaskos C, Garmpi A, Dimitroulis D. Inflammatory Fibroid Polyp of the Gastrointestinal Tract: A Systematic Review for a Benign Tumor. *In Vivo.* 2021 Jan-Feb;35(1):81-93. doi: 10.21873/invivo.12235; Hehir C, Calpin G, Dowling G, Spillane C, Kilgallen C, Hill ADK. Inflammatory fibroid polyp of the small intestine presenting as small bowel obstruction with intussusception: a case report. *J Surg Case Rep.* 2024 Jan 4;2024(1):tjad695. doi: 10.1093/jscr/tjad695 ва бошқа манбалар асосида амалга оширилган.

ташкilotлари томонидан, жумладан: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), Allama Iqbal Medical College, Lahore, (Покистон), Cleveland Clinic Florida, Weston, FL, (АҚШ), Qinghai People's Hospital (Хитой), Department of General Surgery, Izmir Katip Çelebi University Atatürk Training and Research Hospital (Туркия), Department of Internal Medicine, Dong-A University College of Medicine, Busan, (Ж.Корея), Santa Casa Hospital, Departamento de Gastroenterologia e Endoscopia, Porto Alegre (Бразилия); Gastroenterology, Clinical Medical College, Yangzhou University/Northern Jiangsu People's Hospital, (Хитой), Department of Gastroenterology, Mohamed Tahar Maamouri Hospital, Nabeul, (Тунис); Department of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Third Department of Paediatrics, Attikon University General Hospital, National and Kapodistrian University of Athens (Греция); Operative Endoscopy, Progetto I-Salus, Rome (Италия); First Department of Pathology, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens (Греция); Department of Surgery, Beaumont Hospital, Dublin, (Ирландия); Gastroenterology, BronxCare Health System, New York, (АҚШ); Gastrointestinal Surgery, Synergy Institute of Medical Sciences, Dehradun, (Хиндистон); “А.В. Вишневский номидаги хирургия миллий тиббий тадқиқот маркази” Федерал давлат бюджет муассасаси (Россия Федерацияси); Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази (Ўзбекистон), Академик В.Вахидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббий маркази (Ўзбекистон); Тошкент тиббиёт академиясида (Ўзбекистон) амалга оширилмоқда.

Меъда-ичак йўлларининг полипсимон ҳосилалари билан оғриган беморларда жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш бўйича дунёда олиб борилган тадқиқотлар натижасида бир қатор илмий натижалар олинган, жумладан: IFR ҳаётининг бешинчи-ўн йиллигида беморларга таъсир қилиши аниқланган, гарчи 4 ёшдан 84 ёшгача бўлган беморларда ҳам учраши маълум бўлган, одатда ошқозонга, аниқроғи унинг антрал қисмига таъсир қилади, лекин бутун меъда-ичак йўлларида ҳам учраши мумкин (First Department of Surgery, Laiko General Hospital, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece); ошқозон-ичак трактидаги колоректал ва бошқа аденоматоз-прекурсор зарарланишлар билан ўхшаш молекуляр ўзгаришларга қарамай, IFRлар камдан-кам ҳолларда ошқозон неоплазиясининг ривожланган босқичига (юқори даражадаги дисплазия ёки аденокарсинома) ўтиши ва уларнинг ошқозон онкогенезидаги роли ноаниқ, аммо эҳтимол чекланган бўлиб қолаётганлиги аниқланган (Department of Laboratory Medicine and Pathology, University of Washington, Washington, USA); толали аденомалар ўтириб ўсадиган, диспластик безли эпителий билан қопланган ўсимталар эканлиги, уларнинг ёмон сифатли (зарарли) янги ҳосилаларга айланиш хавфи айниқса (50% гача) 2 см дан катта ўлчамларда юқорироқ бўлганлиги, катта ўлчам, толаларнинг мавжудлиги ва дистал жойлашиши колоректал аденомаларда оғир дисплазия билан боғлиқлиги аниқланган (Department of Surgery, Maulana Azad Medical College, New Delhi, India); колоректал зарарланишларни даволашнинг энг осон варианты деб шиллик қаватининг эндоскопик резекцияси топилган, шу жумладан,  $\geq 20$  мм

ҳажмли зарарланишларда (Santa Casa Hospital, Departamento de Gastroenterologia e Endoscopia, Porto Alegre, RS, Brasil); IFR пайдо бўлишининг сабаби асосан номаълум бўлиши, аммо эҳтимолий сабаблар инфекция, автоиммун ёки аллергия механизмлар билан боғлиқ бўлиши мумкинлиги аниқланган, IFR гистологик сабаблари дуксимон хужайраларнинг аралаш яллиғланган инфилтрацияга эга шиллиқ ости пролиферацияси билан тавсифланиши аниқланган (Rafeh Saeed, Department of Academic Surgery, University Hospital Waterford/University College Cork, Waterford, Ireland); Пеитз-Егерс ягона полипи Пеитз Егерс синдромида учрайдиган полиплар билан бир хил гистологик хусусиятларга эга бўлган ноёб гамартоматоз полип сифатида таърифланган, ва йўлдош ичак полипоз, тери-шиллик қават пигментацияси ва оилавий анамнезда Пеитз-Егерс синдроми бўлмаган, ўт пуфагидагининг ягона Пеитз-Егерс полипи жуда кам учраши исботланган (Department of Gastroenterology, Mohamed Tahar Maamouri Hospital, Nabeul, Tunisia); пневматик приводли (Endotics System®) ўзиюлар платформа кўринишидаги роботлаштирилган колоноскопия (RC) йўғон ичакни оғриқ ва ноқулайликни тўлиқ камайтириш билан текширишга қодир эканлиги, ва бунда полипларни аниқлаш даражаси (PDR) 40% ни, аденомани аниқлаш частотаси (ADR) эса - 26,7% ни ташкил қилганлиги исботланган. (Department of Emergency Surgical Endoscopy, Borgo Trento Hospital, Verona, Italy).

Ҳозирги даврда абдоминал жарроҳлик йўналиши бўйича энг долзарб тадқиқот ишлари, МИЙнинг полипсимон хосилаларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг альтернатив усулларини ишлаб чиқиш ва жорий этишга бағишланмоқда. Афсуски, IFRнинг этиологияси ҳалигача номаълум, лекин полипларнинг кенг диапазони қайд этилган ўлчамлари ва уларнинг симптомсиз характерига асосланиб, IFRнинг узок ва секин ўсишини тахмин қилиш мумкин. Ушбу узок давр мобайнида IFRнинг гистологияси ўзгариши мумкин. Кичикроқ зарарланишларда дуксимон хужайраларнинг тақсимланиши бироз кўпроқ бўлиб, зарарланиш катталашгани сари тўқима архитектураси турли мавжуд турларга қараб ўзгаради; бундан ташқари, турли гистологик турлар бир хил IFR доирасида ҳам мавжуд бўлиши мумкин. IFRнинг ошқозони анъанавий равишда жарроҳлик йўли билан даволанса-да, эндоскопик резекция ҳозирги кунда хавфсиз ва самарали даволаш усулига айланмоқда. Ушбу йўналишда давом эттирилган изланишлар шубҳасиз полипларни эндоскопик даволаш имкониятлари ҳақидаги замонавий тушунчаларни яхшилайти ва ушбу патологияни жарроҳлик билан даволаш муаммосини янги нуқтаи назардан ўрганишга имкон беради.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** МИЙнинг юқори ва қуйи қаватларидаги полиплар билан касалланган беморларни жарроҳлик билан даволаш муаммоси долзарб бўлиб қолмоқда, альтернатив жарроҳлик тактикаси ва оператив аралашувнинг рационал усулини танлаш масалалари ҳали якуний ечимдан узок. Тор спекторда тасвирлаш (NBI), хромоэндоскопия, шиллиқ қаватнинг эндоскопик резекцияси, қиллик ости қатламнинг эндоскопик диссекцияси каби ютуқлар, зарарсиз ва эрта зарарли полипларни даволашни яхшилашга қодир воситалардир. МИЙнинг шиллиқ қавати

полиплари, уларнинг гистологик туридан қатъи назар, атрофдаги шиллик юзасидан бўртиб турувчи ўсимталар сифатида аниқланади. МИЙнинг юқори бўлими полиплари одатда эзофагогастроуденоскопия пайтида тасодифан аниқланади ва уларнинг тарқалганлиги барча ўтказилган тадқиқотларнинг 0,5 дан 23% гача ҳолларида баҳоланади. Баъзи янги ҳосилалар баъзан қон кетиши, анемия ёки обструкция билан намоён бўлиши мумкин<sup>5</sup>. МИЙнинг юқори бўлимида пайдо бўлган ҳосилаларнинг аксарияти (>85%) яхши сифатли(зарарсиз) бўлиб, гиперпластик полиплар ва фундал безлари полиплари қаторига тегишли бўлади, уларнинг ёмон сифатга(зарарли ўсимтага) ўтиш хавфи паст. Улардан кейин аденомалар ва бошқа гистологик турлар келади, уларнинг ёмон сифатга ўтиш потенциали 6,8 дан 55,3% гача ўзгариб туради. Ошқозон полипларининг тахминан 90 фоизи диаметри 1 см дан кам бўлади, бу ҳолатда дисплазия пайдо бўлиш частотаси 1,68% ни ташкил этади, ва ёмон сифатга ўтиш даражаси <1% га тенг<sup>6</sup>. Иккинчи энг кўп учрайдиган полипсимон ҳосилаларнинг локализацияси йўғон ичакда бўлиб, ушбу патология колоректал саратон (КРР) ривожланиш хавфи жиҳатидан алоҳида аҳамиятга эга. Энг кўп учрайдиган турлари орасида гиперпластик полиплар, аденомалар ва тишсимон ҳосилаларга ажратилади. Гиперпластик полипларнинг тарқалганлик даражаси колоноскопик тадқиқотларда одатда 10% дан 15% гача бўлиб, айрим аҳоли гуруҳларида 30% гача етиши мумкин. Анъанавий тишсимон аденомаларнинг йўғон ичакдаги тарқалганлиги (ўртача ўлчами тахминан 15 мм) 1% дан камроқни ташкил этади ва скрининг колоноскопияда аниқлинади<sup>7</sup>. Шу билан бирга, колоректал саратон (КРР) бутун дунё бўйлаб саратон туфайли ўлим даражасининг иккинчи етакчи сабаби бўлиб қолмоқда, умр бўйи ривожланиш хавфи тахминан 4% дан 5% гачани ташкил этади<sup>8</sup>. Колоректал саратон скрининги ва прекансероз йўғон ичак аденомаларини олиб ташлаш, касалланиш ва ўлимнинг тахминан 50% га пасайишига олиб келади. Колоректал полипларнинг аксарияти кичик, зарарсиз (яхши сифатли) ҳосилалардир, аммо 10-15% ҳолларда полиплар "мураккаб" деб таснифланади, яъни катталиги (> 20 мм), морфологияси ёки локализацияси туфайли эндоскопик резекция қилиш техник жиҳатдан қийин (илеоцекал клапан, аппендикуляр тешиқ, тишсимон чизик соҳалари)<sup>9</sup>.

Тавсияларнинг аксарияти 5 мм дан катта ўлчамда бўлган полипсимон ҳосилаларни олиб ташлашга йўналтирилган. Биопсия дисплазия ва малигнизацияни тўлиқ четлаб ўтишни кафолатлай олмайди, шунинг учун

---

<sup>5</sup>Barbosa SHB, Lazaro GCF, Franco LM, Valenca JTJ, Nobre SMA, Souza M. Agreement between different pathologists in histopathologic diagnosis of 128 gastric polyps. *Arq Gastroenterol.* 2017;54(3):263–266.

<sup>6</sup>Santos CEOD, Nader LA, Scherer C, Furlan RG, Sanmartin IDA, Pereira-Lima JC. Small as well as large colorectal lesions are effectively managed by endoscopic mucosal resection technique. *Arq Gastroenterol.* 2022 Jan-Mar;59(1):16-21. doi: 10.1590/S0004-2803.202200001-04.

<sup>7</sup>Bettington M, Walker N, Rahman T, et al. High prevalence of sessile serrated adenomas in contemporary outpatient colonoscopy practice. *Intern Med J* 2017;47(3):318–23.

<sup>8</sup>Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2021;71(3):209–49.

<sup>9</sup>Mann R, Gajendran M, Umaphathy C, Perisetti A, Goyal H, Saligram S, Echavarría J. Endoscopic Management of Complex Colorectal Polyps: Current Insights and Future Trends. *Front Med (Lausanne)* 2021;8:728704.

ҳосилани тўлиқ олиб ташлагандан кейин морфологик тасдиқлаш ва резекция сифатини баҳолаш билан бирга батафсил патологоанатомик тадқиқот ўтказиш зарурияти мавжуд. Олдини олиш мумкин бўлган йўғон ичак полипларини аниқлаш глобал муаммога айланган, чунки умр бўйи колоректал саратоннинг ривожланиш хавфи тахминан 4% дан 5% гача бўлиб қолмоқда. Полипсимон ҳосилаларни даволаш усуллари клипсалаш, совуқ эксцизия, электрокоагуляция, шиллик қаватнинг эндоскопик резекцияси (EMR), шиллик ости қатламнинг эндоскопик диссекцияси (ESD) ва бошқаларни ўз ичига олади. Полипларни тўлиқ олиб ташлаш эҳтимоли уларнинг ўлчамларига ва эксцизия усулига боғлиқ, хусусан, 6-20 мм диаметрли полипларда бу кўрсаткич совуқ олиб ташлашда 81,6% ва совуқ ёки термал резекцияда 94,1-95,5% га етади<sup>10</sup>. Бошқа маълумотларга кўра, бир блок билан резекция қилиш частотаси EMR учун 44,5% дан 63% гача, ESD учун эса 87,9% дан 96% гача атрофида ўзгариб туради. Шиллик ости қатламнинг эндоскопик диссекциясида бошқа вариантларга қараганда тўлиқ резекция даражаси юқорироқ, лекин шу билан бирга қон кетиш ва перфорация хавфи ошади. МИЙнинг юзаки ҳосилаларини эндоскопик даволашда тўғри диагностика ва ушбу аралашувлар хавфини камайтириш муҳим аҳамиятга эга. Бундай ҳосилаларни олиб ташлаш анча юқори асоратлар хавфи билан боғлиқ ва махсус тайёрланган эндоскопистлар томонидан бажарилиши зарур. Асосий асоратланишлар орасида, аралашув вақтида ҳам, эрта даврда ҳам қон кетиш ва перфорация ажратиб кўрсатилади. Эрта постманипуляцион қон кетиши частотаси 0% дан 6,3% гача, перфорация (тешилиш) сони эса 0-6% гача атрофида ўзгариб туради<sup>11</sup>. Колоректал соҳада аралашув ўтказиш техник жиҳатдан МИЙнинг юқори бўлимларига қараганда мураккаброқ бўлиб, бу полипларнинг асоратлари ва қайта пайдо бўлиш эҳтимоли юқорироқлигини акс эттиради. Полипларнинг қайта пайдо бўлиш частотаси 32,1% га етиши мумкин. Баъзан тўлиқ эндоскопик резекция ёки диссекциядан кейин ҳам, нотўлиқ олиб ташланганлиги сабабли, беморларнинг 2,4-12,2% да қайталаниш кузатилади. Полипларни резекция қилишдан кейин маҳаллий қайта пайдо бўлиш ҳолатлари бир блок билан олиб ташлаганда 3% ҳолатларда ва фрагментар резекцияларда 20% ҳолатларда юз беради. Ҳозиргача полипларни олиб ташлашнинг турли усулларининг афзалликлари ва камчиликларини баҳолаш бўйича етарлича тадқиқотлар ўтказилмаган. Полипсимон ҳосилаларни эндоскопик даволаш самарадорлигини ошириш масаласи кенг ўрганишни талаб қилади. Бу ҳам эндоскопик усулларни ва ҳосилаларни олиб ташлаш усулларини тўғри танлаш имконини беради.

Шу тариқа, полипларни эндоскопик даволаш масаласи ҳали ҳам очиқ қолмоқда. Адабиётлар таҳлили, замонавий жарроҳлик аралашувларини

<sup>10</sup>Jiang Q, Yan X, Wang D, Zhang S, Zhang Y, Feng Y, Yang A, Wu D. Endoscopic mucosal resection using cold snare versus hot snare in treatment for 10-19 mm non-pedunculated colorectal polyps: protocol of a non-inferiority randomised controlled study. *BMJ Open*. 2023 May 22;13(5):e070321. doi: 10.1136/bmjopen-2022-070321.

<sup>11</sup>Yanai Y, Yokoi C, Watanabe K, Akazawa N, Akiyama J. Endoscopic resection for gastrointestinal tumors (esophageal, gastric, colorectal tumors): Japanese standard and future prospects. *Glob Health Med*. 2021 Dec 31;3(6):365-370. doi: 10.35772/ghm.2020.01116.

такомиллаштириш технологияларининг теоретик жиҳатлари ва клиник тажрибаси, МИЙдаги полипсимон хосилаларни бартараф этишнинг энг мақбул усулини танлашга оид тактик жиҳатлар, роботлаштирилган операцияларга кўрсатмаларни кенгайтириш билан боғлиқ, бу муаммони ҳал қилиш жарроҳликнинг устувор йўналишларидан бири эканлигини кўрсатмоқда. Шу билан бирга, полипларнинг ўлчамлари, жойлашиши ва морфологиясига қараб жарроҳлик даволашни танлашга оид дифференциал ёндашув масалалари деярли ўрганилмаган. Сўнгги ўн йилликларда тўпланган клиник тажрибани ҳисобга олган ҳолда, бундай долзарб муаммони ҳал қилиш учун МИЙдаги полипсимон ва нополипсимон хосилалар билан касалланган беморларни жарроҳлик билан даволаш усулларини такомиллаштиришнинг янги йўллари ишлаб чиқиш ва бу тоифадаги беморларни дифференциал даволаш жарроҳлик тактикаси алгоритминини такомиллаштириш зарур. Юқорида кўрсатилганларни ҳисобга олган ҳолда, бу патологияни жарроҳлик билан даволашнинг мавжуд усулларини такомиллаштириш ва янги усулларини ишлаб чиқиш бўйича кейинги тадқиқотларни ўтказиш талаб этилади.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Тошкент давлат стоматология институтининг илмий-тадқиқот режасига мувофиқ ИЛ-5221091389-сон “Қорин бўшлиғи жарроҳлигида операциядан кейинги асоратларнинг олдини олиш учун яра қопламаларини ишлатишнинг маҳаллий технологияларини ишлаб чиқиш” лойиҳаси доирасида бажарилган (2022-2025 йй).

**Тадқиқотнинг мақсади** диод лазеридан фойдаланган ҳолда меъда-ичак йўллариининг юзаки полипсимон хосилаларини эндоскопик олиб ташлаш усулини такомиллаштириш орқали хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

тажриба орқали шиллиқ ости қаватига инъекция қилиш орқали ва меъда-ичак шиллиқ қаватининг етарли даражада кўтарилишини таъминлаш учун гелли субстанциянинг оптимал концентрациясини аниқлаш;

гелли шиллиқ ости “ёстикча”сини яратишдан кейинги меъда-ичак шиллиқ қавати резекцияси учун лазер таъсир кўрсаткичларига аниқлик киритиш;

гелли лифтингдаги шиллиқ қаватни лазер билан кесиш пайтида гистоструктуранинг маҳаллий хусусиятларини текшириш учун морфологик тадқиқотлар ўтказиш;

диодли лазердан фойдаланиш асосида меъда-ичак йўллари шиллиқ қаватининг юзаки хосилаларини эндоскопик олиб ташлаш усулини ишлаб чиқиш;

юқори меъда-ичак йўллариининг юзаки хосилаларини олиб ташлашдан кейинги даврда тавсия этилган усулнинг самарадорлигини баҳолаш учун клиник тадқиқотлар ўтказиш;

йўғон ичак шиллиқ қаватининг юзаки хосилаларини олиб ташлашдан кейинги даврда тавсия этилган усулнинг клиник самарадорлигини баҳолаш;

меъда-ичак йўллариининг юзаки хосилаларини эндоскопик эксцизияси бўйича тавсия этилган усулнинг умумий самарадорлигини тадқиқ қилиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 246 беморда МИЙ шиллик ости қаватининг юзаки янги хосилаларининг эндоскопик даволаш натижаларининг ретроспектив таҳлили олинган, улардан 352 та хосила олиб ташланган, проспектив тадқиқот эса асосий гуруҳда - 214 беморда олиб борилган, уларда таклиф этилган усул билан 319 та хосила олиб ташланган. Эндоскопик аралашувлар “Академик В.Вохидов номидаги РИХИАТМ” давлат муассасасида - 43 беморда, шунингдек 2019 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда «ENDOMED+» хусусий клиникасида 417 беморда амалга оширилган.

**Тадқиқотнинг предмети** юқори энергияли лазер таъсири ва гел шаклидаги гемостатик ва антисептик воситалар комбинациясини шиллик ости қатламга юбориш ёрдамида меъда-ичак шиллик қаватининг юзаки хосилаларини эндоскопик олиб ташлашнинг ишлаб чиқилган усули самарадорлигини таҳлил қилишдан иборат.

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

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

меъда-ичак йўллариининг юзаки полипсимон ва полипсимон бўлмаган хосилаларни техник хусусиятлари эксцизиянинг специфик оқибатлари хавфини камайтиришга, шунингдек, патологиянинг маҳаллий қайталаниш ҳолатларини камайтиришга қаратилган эндоскопик олиб ташлаш усули ишлаб чиқилган;

полипсимон хосилани олиб ташлаш мақсадида меъда-ичак шиллик қаватининг етарлича лифтингини амалга ошириш учун Хемобен кукунини 0,1% метилен кўки эритмасида эритиш йўли билан олинган 4-5% гелни қўллаш оптимал эканлиги аниқланган;

шиллик қаватининг гелли лифтинги билан таклиф этилган лазерли эксцизия усули амалга оширилганда меъда ёки йўғон ичакнинг чуқур қаватлари зарарланишининг хавфи сезиларли даражада камайиши, инфицирланган яралар ва некротик қопламалар ҳосил бўлиши кузатилмаслиги ҳамда гелнинг тўлиқ сўрилиши 5-7 кун ичида содир бўлиши исботланган;

юзаки хосилаларни эксцизия қилиш соҳасида таклиф қилинган комбинацияланган гелли субстанцияни шиллик қават остига инъекция қилиш йўли билан ёстиқча ҳосил қилиш маҳаллий гемостатик, яллиғланишга қарши ва регенератив таъсир кўрсатишни таъминлаши, шунингдек, аралашув худудини назорат қилишни яхшилаши аниқланган;

таклиф этилган эндоскопик эксцизия усулини юқори энергияли лазер таъсирини қўллаган ҳолда амалга ошириш жойлашуви, шакли ва ўлчамидан қатъий назар юзаки хосилаларни олиб ташлашнинг радикаллигини ошириши исботланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

шиллик ости инъекциянинг 4-5% концентрациядаги гелли композицияси оқиб кетмаслиги, етарли даражадаги лифтингни таъминлаши ва лазер

жарроҳлик амалиётини амалга ошириш чегараларини аниқ белгилашга имкон бериши тажрибада исботланган;

меъда-ичак йўлларининг юзаки полипсимон ва полипсимон бўлмаган хосилаларини эндоскопик олиб ташлашнинг тавсия этилган усули, амалиётнинг хавфсизлиги ва сифатини ошириши, маҳаллий асоратларнинг ривожланиш тезлигини пасайишини таъминлаши аниқланган;

неопластик жараённинг морфоструктурасининг локализацияси, ҳажми, шакли ва хусусиятларидан қаътий назар, меъда-ичак йўлларининг шиллик қаватининг юзаки хосилаларини эксцизиясини тавсия этилган усулини қўллаш имконияти асослаб берилган;

тавсия этилган гелли субстанцияни юзаки хосилаларнинг шиллик ости қаватга инъекция юбориш эндоскопик аралашув пайтида ва ундан кейинги даврда геморрагик асоратларни ривожланиш хавфини камайтириши исботланган;

электрокоагуляцияга қараганда камроқ пенетрацион кучга эга бўлган юқори энергияли лазердан фойдаланиш шиллик қават хосиласининг эксцизия қилинган зонасида “ёстикча” ҳосил қилиш билан биргаликда мушак-сероз қатламига зарар етказиш ва шунга мос равишда орган тешилиши хавфини олдини олиши тасдиқланган;

меъда-ичак йўлларининг юзаки полипсимон ва полипсимон бўлмаган хосилаларни эндоскопик даволашнинг ишлаб чиқилган усули ўзига хос асоратланишлар частотасини ва рецидив хавфини камайтириш орқали яқин ва узоқ натижалар улушини оширишни таъминлаши исботланган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги.** Натижаларнинг ишончлилиги беморларнинг ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонларидан фойдаланиш, замонавий диагностика ва даволаш усуллари, методологик ёндашувлар ва статистик таҳлил тўпламларини тўғри қўллаш асосида таъминланган, диссертацияда кўриб чиқилган муаммоларни ҳал қилиш усуллари замонавий илмий-амалий тасаввурлар ва МИЙнинг полипсимон хосилалари билан касалланган беморларни диагностика қилиш ва жарроҳлик даволашга бўлган ёндашувларга асосланган.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижалар назарий аҳамиятга эга бўлиб, шиллик қаватнинг юзаки хосилаларини эксцизия қилишда шиллик қаватнинг дозали деструкциясини, шунингдек, гелнинг юқори гемостатик ва яллиғланишга қарши фаоллигини таъминлаш имконини берувчи юқори энергияли диод лазер ҳамда антисептик ва гемостатик воситаларни ўз ичига олган гелли субстанцияни шиллик қават ости инъекцияси билан биргаликда қўлланилганда меъда-ичак йўллари шиллик қаватларининг морфологик ўзгаришлари ҳақидаги мавжуд тасаввурларни кенгайтиришга муҳим ҳисса қўшганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижалар асосида меъда-ичак йўлларининг полипсимон ва полипсимон бўлмаган янги хосилаларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг тактик-техник жиҳатлари оптималлаштирилганлиги, таклиф этилган эндоскопик

олиб ташлаш усулининг самарадорлиги исботланганлиги, бу жарроҳлик аралашуви вақтида ва ундан кейинги яқин даврда қон кетиш асоратларининг ривожланиш хавфини сезиларли даражада камайтирганлиги, шунингдек, специфик асоратлар частотасини ва рецидив шаклланиш хавфини камайтириш ҳисобига яхши яқин ва узоқ муддатли натижалар улушини оширишга имкон берганлиги билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилиниши.** Меъда-ичак йўллариининг полипсимон ва полипсимон бўлмаган шаклларидаги янги ҳосилаларини жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини яхшилаш бўйича илмий тадқиқот натижаларига кўра:

биринчи илмий янгилик: меъда-ичак йўлларида юзаки полипсимон ва полипсимон бўлмаган ҳосилаларни техник хусусиятлари эксцизиянинг специфик оқибатлари хавфини камайтиришга, шунингдек, патологиянинг маҳаллий қайталаниш ҳолатларини камайтиришга қаратилган эндоскопик олиб ташлашнинг ишлаб чиқилган усули (Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлигининг 2024 йил 25 апрелдаги IAP 7677-сонли ихтиро учун патенти) Тошкент давлат стоматология институти томонидан 2024 йил 10 июлда 01-р/15-сон ва 2024 йил 2 августда 01-р/19-сон билан тасдиқланган “Ошқозон-ичак трактининг юзаки полипоид ва полипоид бўлмаган ҳосилаларини эндоскопик олиб ташлаш усулини такомиллаштириш” ва “Йўғон ичакнинг юзаки полипоид ҳосилаларини эндоскопик даволашнинг янги усули” номли услубий тавсияномалар мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 24 июлдаги 78-сон, Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 12 августдаги 123/1-I-сон ва Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 14 сентябрдаги 96-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 13 ноябрдаги 8/7-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: Асоратлар сонининг камайиши ва беморларнинг ҳаёт сифатининг яхшиланиши реабилитация муддатини қисқартиришга олиб келади. Бу усул беморларни ногиронликка чиқишдан сақлайди, уларнинг ҳаёт сифатини яхшилади ва даволаш самарадорлигини оширади. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: Тадқиқотга 50 нафар бемор жалб этилган бўлиб, уларнинг 15 нафарида (30%) анъанавий усуллар қўлланилганда асоратлар юзага келган, бу эса беморларни касалхонада бўлиш муддатини ўртача 3 кунга узайтирган. Янги усулни жорий этиш ушбу асоратларнинг олдини олиш имконини берди, бу эса беморларнинг стационарда бўлиш муддатини ва даволаниш харажатларини сезиларли даражада қисқартирди. Бир бемор учун 1 кунлик тежамкорлик: 365 000 сўм. 3 кун учун тежамкорлик:  $365\ 000 \times 3 = 1\ 095\ 000$  сўм. 15 нафар пациент учун умумий тежамкорлик:  $1\ 095\ 000 \times 15 = 16\ 425\ 000$  сўм. Хулоса: меъда-ичак йўллари ҳосилаларини эндоскопик олиб ташлаш бўйича ишлаб чиқилган усул 15 нафар беморда асоратлар келиб чиқишининг олдини олиб, умумий 16 425 000 сўм иқтисод қилинади. Янги ёндашув нафақат даволаш харажатларини камайтиради, балки

реабилитация самарадорлигини оширади, беморларнинг стационарда бўлиш муддатини қисқартиради ва тиббий ёрдам сифатини яхшилади.

иккинчи илмий янгилик: полипсимон хосилани олиб ташлаш мақсадида меъда-ичак шиллик қаватининг етарлича лифтингини амалга ошириш учун Хемобен кукунини 0,1% метилен кўки эритмасида эритиш йўли билан олинган 4-5% гелни қўллаш оптимал эканлиги аниқланганлиги Тошкент давлат стоматология институти томонидан 2024 йил 10 июлда 01-р/15-сон ва 2024 йил 2 августда 01-р/19-сон билан тасдиқланган “Ошқозон-ичак трактининг юзаки полипоид ва полипоид бўлмаган хосилаларини эндоскопик олиб ташлаш усулини такомиллаштириш” ва “Йўғон ичакнинг юзаки полипоид хосилаларини эндоскопик даволашнинг янги усули” номли услубий тавсияномалар мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 24 июлдаги 78-сон, Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 12 августдаги 123/1-I-сон ва Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 14 сентябрдаги 96-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 13 ноябрдаги 8/7-сон хулосаси). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: амалиётни вақтида тўқималарни шикастланишини камайтириш ва операция зонасининг визуализациясини яхшилаш даволаш сифати, беморлар реабилитация муддатини қисқартириш ва муваффақиятли оператив амалиётлар улушини оширишга ёрдам беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: Гелдан фойдаланиш натижасида шиллик ости тўқималарнинг шикастланиши каби асоратлар хавфи камайди. 40 нафар бемор орасида 12 нафарида асоратларнинг олди олиниб, стационарда бўлиш муддати 2 кунга қисқартиради. Бир бемор учун 1 кунлик тежамкорлик: 365 000 сўм. 2 кун учун тежамкорлик:  $365\ 000 \times 2 = 730\ 000$  сўм. 12 нафар бемор учун умумий тежамкорлик:  $730\ 000 \times 12 = 8\ 760\ 000$  сўм. Хулоса: Эндоскопик аралашувларда ушбу технологиядан фойдаланиш нафақат даволашнинг клиник самарадорлигини оширади, балки асоратлар хавфини камайтириш ҳисобига маблағ иқтисоди таъминлайди. Умумий тежамкорлик 8 760 000 сўмни ташкил қилди, бу эса тавсия этилган усулни иқтисодий жиҳатдан манфаатли ва оммабоп бўлишини таъминлайди.

учинчи илмий янгилик: шиллик қаватнинг гелли лифтинги билан таклиф этилган лазерли эксцизия усули амалга оширилганда меъда ёки йўғон ичакнинг чуқур қаватлари зарарланишининг хавфи сезиларли даражада камайиши, инфицирланган яралар ва некротик қопламалар ҳосил бўлиши кузатилмаслиги ҳамда гелнинг тўлиқ сўрилиши 5-7 кун ичида содир бўлиши исботланганлиги Тошкент давлат стоматология институти томонидан 2024 йил 10 июлда 01-р/15-сон ва 2024 йил 2 августда 01-р/19-сон билан тасдиқланган “Ошқозон-ичак трактининг юзаки полипоид ва полипоид бўлмаган хосилаларини эндоскопик олиб ташлаш усулини такомиллаштириш” ва “Йўғон ичакнинг юзаки полипоид хосилаларини эндоскопик даволашнинг янги усули” номли услубий тавсияномалар

мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 24 июлдаги 78-сон, Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 12 августдаги 123/1-I-сон ва Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 14 сентябрдаги 96-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 13 ноябрдаги 8/7-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: меъда-ичак йўллари шиллик қаватининг тикланиш муддатини қисқартириш беморларни ҳаёт сифатини яхшилашга ёрдам беради, бу эса уларга кундалик фаолиятларига тезроқ қайтиш имконини беради. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: гелли ёстиқча билан диодли лазер эксцизия қўлланган 60 нафар бемор орасида 20 нафар (33%) асоратлар кузатилмаган, жумладан, яллиғланиш жараёнлари, тўқималарни тикланиши секинлашиши ёки қўшимча хирургик аралашувларга эҳтиёж бўлмаган. Стационарда қолиш харажатлари ҳар бир кун учун 365 000 сўмни ташкил қилган. Янги усул туфайли асоратлардан сақланган 20 нафар бемор учун умумий тежамкорлик:  $365\ 000\ \text{сўм} \times 1\ \text{кун} \times 20\ \text{бемор} = 7\ 300\ 000\ \text{сўм}$ . Хулоса: гелли шиллик ости ёстиқчаси билан лазерли эксцизия усули асоратлар юзага келиши эҳтимолини сезиларли даражада камайтиради, беморларни стационарда бўлиш муддатини қисқартиради ва тиббиёт муассасаларига молиявий юкламани камайтиради. Умумий тежамкорлик 20 нафар бемор учун 7 300 000 сўмни ташкил қилди, бу эса методиканинг юқори иқтисодий самарадорлигини тасдиқлайди.

тўртинчи илмий янгилик: юзаки ҳосилаларни эксцизия қилиш соҳасида таклиф қилинган комбинацияланган гелли субстанцияни шиллик қават остига инъекция қилиш йўли билан ёстиқча ҳосил қилиш маҳаллий гемостатик, яллиғланишга қарши ва регенератив таъсир кўрсатишни таъминлаши, шунингдек, аралашув ҳудудини назорат қилишни яхшилаши аниқланганлиги Тошкент давлат стоматология институти томонидан 2024 йил 10 июлда 01-р/15-сон ва 2024 йил 2 августда 01-р/19-сон билан тасдиқланган “Ошқозон-ичак трактининг юзаки полипоид ва полипоид бўлмаган ҳосилаларини эндоскопик олиб ташлаш усулини такомиллаштириш” ва “Йўғон ичакнинг юзаки полипоид ҳосилаларини эндоскопик даволашнинг янги усули” номли услубий тавсияномалар мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 24 июлдаги 78-сон, Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 12 августдаги 123/1-I-сон ва Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 14 сентябрдаги 96-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 13 ноябрдаги 8/7-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: гелни меъда-ичак йўллари шиллик ости қаватига юбориш орқали ҳосил бўлган ёстиқча фойдаланиш оператив амалиётдан кейинги асоратларни камайтиради ва беморларнинг реабилитациясини тезлаштиради. Бу эса даволаш сифатини яхшилашга тикланиш учун зарур бўлган вақтни қисқартиришга ёрдам беради.

Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: тадқиқотда гелни шиллик остига юбориб эксцизия амалга оширилган 50 нафар бемор кузатилди, анъанавий усуллар билан даволанган 18 (36%) нафар беморда қон кетиш каби асоратлар кузатилди, бу эса касалхонада бўлиш муддатини ошишига олиб келди. Тавсия этилган усулдан фойдаланиш асоратларнинг олдини олиш имконини берди, қўшимча даволанишга бўлган эҳтиёжни камайтирди. Стационар даволаниш учун энг кам харажат ҳар бир кун учун 365 000 сўмни, гел ёстикчадан фойдаланиш оқибатида асоратлари бўлмаган 18 нафар бемор учун ҳар бир даволаниш куни учун 6 570 000 сўмни ташкил этди. Хулоса: гелли ёстикча ёрдамида эксцизияни амалга ошириш келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларни камайтиради ва касалхонада бўлиш вақтини қисқартиради ва (18 нафар бемор)да 6 570 000 сўмдан кунига иқтисод қилинади;

бешинчи илмий янгилик: таклиф этилган эндоскопик эксцизия усулини юқори энергияли лазер таъсирини қўллаган ҳолда амалга ошириш жойлашуви, шакли ва ўлчамидан қатъий назар юзаки хосилаларни олиб ташлашнинг радикаллигини ошириши исботланганлиги Тошкент давлат стоматология институти томонидан 2024 йил 10 июлда 01-р/15-сон ва 2024 йил 2 августда 01-р/19-сон билан тасдиқланган “Ошқозон-ичак трактининг юзаки полипоид ва полипоид бўлмаган хосилаларини эндоскопик олиб ташлаш усулини такомиллаштириш” ва “Йўғон ичакнинг юзаки полипоид хосилаларини эндоскопик даволашнинг янги усули” номли услубий тавсияномалар мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 24 июлдаги 78-сон, Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 12 августдаги 123/1-сон ва Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 2024 йил 14 сентябрдаги 96-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 13 ноябрдаги 8/7-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: хосилани тўлиқ олиб ташлаш такрорий жарроҳлик аралашув хавфини камайтириб беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилади ва уларни реабилитация қилиш вақтини қисқартиради. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: 70 бемордан иборат гуруҳда анъанавий даволаш усулларида фойдаланганда 22 (31%) беморда қайталаниш кузатилиб, қўшимча жарроҳлик аралашувларни талаб этди. Лазерли эксцизияда орқали амалга оширилган амалиётларда асоратлар кузатилмади, ҳар бир оператив амалиёт нархи 1 500 000 сўмга қисқарди. Гуруҳ бўйича жами тежаб қолинган маблағ 33 000 000 сўмни ташкил этди. Хулоса: юқори диодли лазерли эксцизия орқали асоратлар сонини ва такрорий оператив амалиётларга эҳтиёжни камайтиради, бу нафақат жарроҳлик амалиёти самарадорлигини ошириб, такрорий амалиётлар кузатилмаган 22 нафар беморда 33 000 000 сўмни тежаш имконини беради.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 8 та илмий анжуманларда, жумладан 5 та халқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманларда муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 23 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 10 та мақола, жумладан, 7 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация кириш, олти боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 234 бетни ташкил этган.

## **ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ**

Диссертациянинг **кириш қисмида** ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурлиги асосланади, объект ва предметлари тавсифланади, тадқиқотнинг Республика фан ва техникасининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилади, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинади, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти, тадқиқот натижаларининг бажарилиши, чоп этилган ишлар тўғрисидаги маълумотлар ва диссертациянинг тузилиши очиқ берилган.

Диссертациянинг **"Меъда-ичак йўллари полипсимон ҳосилалари жарроҳлигининг эволюцияси"** деб номланган биринчи бобида адабиёт маълумотлари шарҳи келтирилган. Меъда-ичак саратонининг олдини олишда полипозни ташхис қилишнинг долзарблиги каби масалалар таҳлил қилинган, ушбу патологиянинг хусусиятларини эндоскопик текшириш жиҳатлари, полипсимон ва полипсимон бўлмаган янги ҳосилаларнинг замонавий таснифлари кўриб чиқилган. Шунингдек, яқин ва узоқ муддатдаги асоратлар, қайталанишлар ҳамда тадқиқотнинг заруриятини асослашнинг муаммоли масалалари муҳокама қилиниб, уларни эндоскопик даволаш методлари ёритилган.

Диссертациянинг **"Экспериментал, клиник материаллар ва қўлланилган тадқиқот усуллариининг тавсифи"** деб номланган иккинчи бўлимида тадқиқот материаллари ва усуллари келтирилган. Ушбу диссертациянинг асоси меъда-ичак йўллари шиллик қаватидаги юзаки полипсимон ҳосилаларни эндоскопик олиб ташлашнинг янги усулини ишлаб чиқишдан иборат бўлиб, у ушбу ҳосилаларнинг ўзига хос асоратланишлари ва қайталанишларнинг ривожланиш хавфини камайтиришга қаратилган. Тадқиқот икки йўналишни ўз ичига олади: экспериментал ва клиник.

Экспериментал қисм, шиллик қаватнинг юзаки ҳосилаларини олиб ташлашда антисептик ва гемостатик воситалардан иборат бўлган гелли модда билан шиллик ости инъекциясини қўллаган ҳолда, юқори энергияли диодли лазердан фойдаланиш имкониятларини ўрганишга бағишланган.

Клиник тадқиқот 2019 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда ретроспектив форматда ўтказилган. Ретро-проспектив таҳлил 246 беморда ошқозон-ичак тракти шиллик қаватининг юзаки ҳосилаларини эндоскопик даволаш натижаларини ўз ичига олган бўлиб, уларда 352 та ҳосила олиб ташланган. Проспектив тадқиқот асосий гуруҳда ўтказилган – 214 беморда таклиф

этилган усул билан 319 та ҳосила олиб ташланган. Энг кўп ҳосилалар ошқозондан олиб ташланган – таққослаш гуруҳидаги 127 (51,6%) бемор ва асосий гуруҳдаги 109 (50,9%) беморда, қизилўнгачдан таққослаш гуруҳидан 3 нафар беморда (1,2%) ва асосий гуруҳда 4 нафар бемор (1,9%), ўн икки бармоқли ичакдан (ЎБИ) 4 (1,6%) ва 5 (2,3%) ҳосилалар олиб ташланган. Йўғон ичакдан 112 (45,5%) ва 96 (44,9%) беморда ҳосилалар олиб ташланган.

**Меъда-ичак йўллари (МИЙ) юқори бўлимларида юзаки неопластик шикастланишлари бўлган беморларнинг тавсифи.** Юзаки ҳосилаларнинг меъда-ичак йўллари (МИЙ) юқори бўлимида жойлашиши (қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак) таққослаш гуруҳида 134 (54,5%) беморда (182 та ҳосила олиб ташланган) ва асосий гуруҳда 118 (55,1%) беморда (167 та ҳосила олиб ташланган) аниқланган (1–жадвал).

### 1–жадвал

#### МИЙ юқори қисмидаги ҳосилаларнинг локализацияси ва ҳажми (ҳосилалар сонидан келиб чиқиб)

Локализация	Ҳажми (см)						Жами	
	<0,5	0,5-1,0	1,1-2,0	2,1-2,5	2,6-3,0	>3,0	абс.	%
Таққослаш гуруҳи								
Қизилўнгач пастки 3/1 қисми	1	2					3	1,6%
Ошқозоннинг фундал қисми	7	28	7	2	1		45	24,7%
Ошқозон танаси	6	31	11	1			49	26,9%
Ошқозоннинг антрал қисми	8	39	5	2	1	1	56	30,8%
Ошқозоннинг бир неча бўлими	10	13	2				25	13,7%
Ўн икки бармоқли ичак	2	2					4	2,2%
ЖАМИ (абс)	34	115	25	5	2	1	182	100,0%
ЖАМИ (%)	18,7%	63,2%	13,7%	2,7%	1,1%	0,5%		
Асосий гуруҳ								
Қизилўнгач пастки 3/1 қисми	1	3					4	2,4%
Ошқозоннинг фундал қисми	6	28	3	2	1		40	24,0%
Ошқозон танаси	4	26	10	3	1		44	26,3%
Ошқозоннинг антрал қисми	4	30	11	2	2	2	51	30,5%
Ошқозоннинг бир неча бўлими	7	14	2				23	13,8%
Ўн икки бармоқли ичак	2	3					5	3,0%
ЖАМИ (абс)	24	104	26	7	4	2	167	100,0%
ЖАМИ (%)	14,4%	62,3%	15,6%	4,2%	2,4%	1,2%		

Таққослаш гуруҳидаги ҳосилаларларнинг ўртача ўлчами  $0,9 \pm 0,6$  см, асосий гуруҳда  $1,0 \pm 0,7$  см ни ташкил этган ( $t=1,60$ ;  $p>0,05$ ).

Эндоскопик текширувда юзаки неопластик зарарланишларнинг морфологик шакли Париж эндоскопик таснифига мувофиқ аниқланган (2002). Аксарият ҳолларда, полипсимон ҳосилалар олиб ташланган (0-Ip, 0-Is) – таққослаш гуруҳида 170 (93,4%) ва асосий гуруҳда 149 (89,2%). Полипсимон бўлмаган бир оз кўтарилган (бўртиб турувчи) юзаки ҳосилалар (0-IIa), мос равишда 12 (6,6%) ва 18 (10,8%) ҳолатда олиб ташланган. Таққослаш гуруҳидаги эндоскопик аралашувлар қуйидагиларни ўз ичига олган: биопсия

қисқичлари билан совуқ усулда олиб ташлаш – 16 (8,8%) ҳолатда, эндоскопик ҳалқа билан совуқ усулда олиб ташлаш – 26 (14,3%) ҳолатда, электроэксизия билан хароратли олиб ташлаш – 94 (51,6%) ҳолатда, EMR – 25 (13,7%) ҳолатда ва шиллиқ ости қатлами диссекцияси (ESD) – 21 (11,5%) ҳолатда. Асосий гуруҳда янги эндоскопик усул қўлланилган, хароратли лазер эксизия йўли билан олиб ташлаш 90 (53,9%) ҳолатда, EMR – 42 (25,1%) ва ESD – 35 (21,0%) ҳолларда амалга оширилган.

**Юзаки неопластик йўғон ичак шикастланишга бўлган беморларнинг хусусиятлари.** Ушбу кичик гуруҳга йўғон ичакда юзаки ҳосилалари бўлган беморлар киритилган, таққослаш гуруҳида - 112 бемор (170 та ҳосила олиб ташланган) ва асосий гуруҳда - 96 бемор (152 та ҳосила олиб ташланган) (2-жадвал).

## 2-жадвал

### Йўғон ичакдаги ҳосилаларнинг локализацияси ва ҳажми (умумий ҳосилалар сонидан келиб чиқиб)

Локализация	Ҳажми (см)						Жами	
	0,5 гача	0,5-1,0	1,1-2,0	2,1-2,5	2,6-3,0	>3,0	абс.	%
Таққосаш гуруҳи								
Кўр ичак	4	3	5	9	2	0	23	13,5%
Кўтарилувчи чамбар ичак	3	7	6	15	5	1	37	21,8%
Кўндаланг-чамбар ичак	2	5	8	10	4	2	31	18,2%
Тушувчи чамбар ичак	2	1	2	4	1	0	10	5,9%
Сигмасимон ичак	3	7	8	34	6	1	59	34,7%
Тўғри ичак	2	2	3	3	0	0	10	5,9%
ЖАМИ (абс)	16	25	32	75	18	4	170	100,0%
ЖАМИ (%)	9,4%	14,7%	18,8%	44,1%	10,6%	2,4%		
Асосий гуруҳ								
Кўр ичак	3	2	4	6	2	0	17	11,2%
Кўтарилувчи чамбар ичак	4	6	7	16	4	1	38	25,0%
Кўндаланг-чамбар ичак	1	5	7	10	4	2	29	19,1%
Тушувчи чамбар ичак	0	0	1	2	2	0	5	3,3%
Сигмасимон ичак	3	7	8	31	6	1	56	36,8%
Тўғри ичак	1	2	2	2	0	0	7	4,6%
ЖАМИ (абс)	12	22	29	67	18	4	152	100,0%
ЖАМИ (%)	7,9%	14,5%	19,1%	44,1%	11,8%	2,6%		

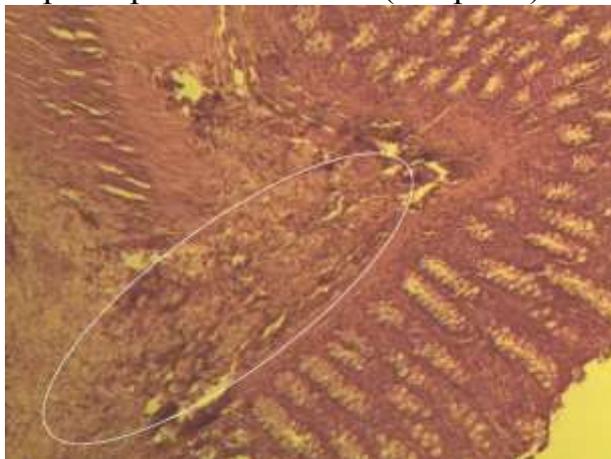
0-Is типидagi полипсимон янги ҳосилалар таққослаш гуруҳида 42 (24,7%) ва асосий гуруҳда 39 (25,7%) ҳолларда олиб ташланди. Бир оз кўтарилган (бўртиб турувчи) (0-IIa) типидagi юзаки ҳосилалар, мос равишда 125 (73,5%) ва 109 (71,7%) ҳолларда олиб ташланган, LST (латерал-тарқалувчи ҳосилалар) типидagилари, мос равишда 3 (1,8%) ва 4 (2,6%) ҳолларда олиб ташланган.

Таққослаш гуруҳидаги эндоскопик аралашувлар қуйидагиларни ўз ичига олган: биопсия қисқичлари билан совуқ усулда олиб ташлаш – 16 (9,4%) ҳолатда, эндоскопик ҳалқа билан совуқ усулда олиб ташлаш – 34 (20%) ҳолатда, электроэксизия билан термал олиб ташлаш – 58 (34,1%) ҳолатда, EMR – 43 (25,3%) ҳолатда ва шиллиқ остикатлами диссекцияси (ESD) – 19 (11,2%) ҳолатда. Асосий гуруҳда янги эндоскопик усул қўлланилган,

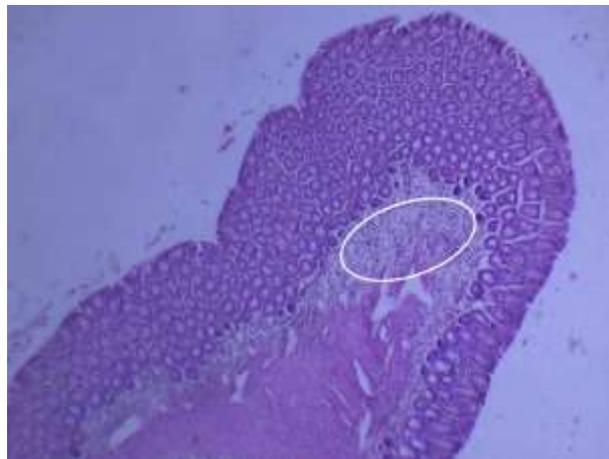
хароратли лазер эксцизия йўли билан олиб ташлаш 72 (47,4%) ҳолатда, EMR – 48 (31,6%) ва ESD – 32 (21,1%) ҳолларда амалга оширилган.

Диссертациянинг учинчи боби "**Ошқозондаги шиллик қават резекциясида Хемобен гелини шиллик ости киритишнинг самарадорлиги**" деб номланган бўлиб, унда экспериментал тадқиқотларнинг биринчи қисми баён этилган. Экспериментал тадқиқотларнинг биринчи қисми ошқозон ва йўғон ичак девори тўқималарининг Хемобен гелини киритишга реакциясини ўрганишга бағишланган. Натижалар шуни кўрсатдики, 5% гелни қўллаш оптимал концентрация бўлиб, гел ўз хусусиятларни 5-15 дақиқа давомида сақлайди. Метилен кўкининг 0,1% эритмасида 5% Хемобен гелининг шиллик ости киритилиши шиллик қават остида 30 дақиқа давомида асл шаклини сақлаб турувчи етарли зичликдаги ёстиқни ҳосил қилиши аниқланган. Шу билан бирга, игна киритилган жойларда гематома ёки гелнинг оқиши кузатилмайди, шиллик қават некрози, эрозияси ёки ошқозон ярасининг пайдо бўлиш белгилари кузатилмаган, бу назорат гуруҳида қайд этилган.

Экспериментнинг кейинги босқичида Хемобен гели ёрдамида ошқозон мукозектомияси ўтказилган. "Ёстиқча" ҳосил қилинганидан сўнг, юқори энергияли лазер нурланишидан фойдаланган ҳолда ошқозон шиллик қаватининг қисман резекцияси амалга оширилди. Ушбу гуруҳда усул шиллик қаватни қон кетишисиз аниқ резекция қилишга имкон берди. Гель ёстиқчаси лазер нурларининг шиллик ости қатламдан ташқарига ўтишига тўсқинлик қилган. Дефектли зоналар 7 сутка ичида ифодаланган яллиғланиш ва асоратларсиз тикланган (1-2 расм).



**1-расм. Шиллик ости қатламдаги гел, ўрта калибрли қон томирларининг ёпишиб қолиши, шиш ва мушак толалари дистрофияси. Экспериментал гуруҳда ошқозон деворининг микрографияси, 3-сутка. ГЭ. × 40.**



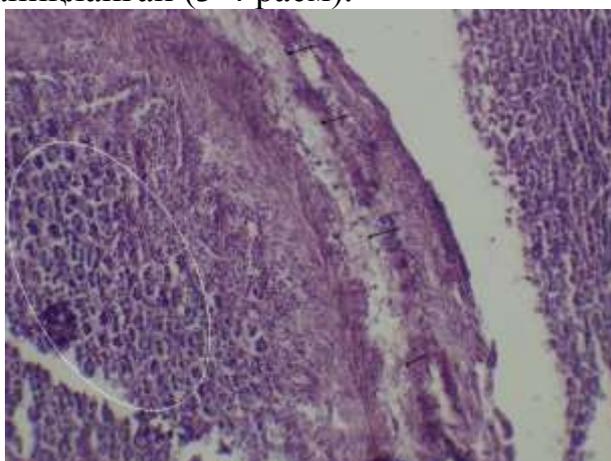
**2-расм. Базавий мембрананинг бириктирувчи тўқима асосининг рельеф юзасининг нотекисликлари (оқ ранг билан белгиланган), шиллик қатлам толачаларининг рельефи тикланган, патологик ўзгаришлар бўлмаган. Ошқозон- тажриба. 7-сутка. ГЭ. × 40.**

Метил кўкининг 0,1% эритмаси қўлланилган ҳайвонларнинг назорат гуруҳида "ёстиқча", кесилган зонани аниқ ажратиб олишга имкон бермаган, тез сўрилиб кетган ва сезиларли гемостатик таъсир кўрсатмаган, лазер билан таъсир кўрсатишда эса, лазер нурларининг ошқозон девори чуқур қатламларига кириб боришидан тўлиқ ҳимоя қилишга имкон бермаган, бу эса

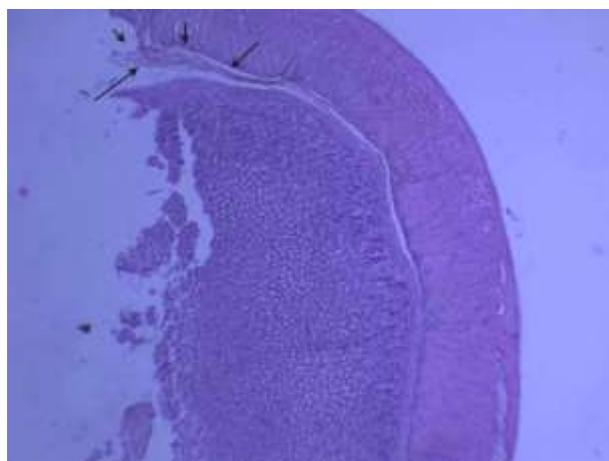
хайвонларнинг тўртдан бирида сероз девори некрози ва йирингли-септик асоратларнинг ривожланишига олиб келган.

Диссертациянинг **"Йўғон ичакда полипэктомия бажаришда Хемобен гелини шиллиқости юбориш самарадорлигини экспериментал баҳолаш"** деб номланган тўртинчи бобида экспериментал тадқиқотларнинг иккинчи қисми баён этилган.

Олинган натижаларга асосланиб, гелли модданинг тавсия этилган тури ёрдамида шиллиқ қаватда лифтинг шакллантириш билан биргаликда жарроҳлик лазеридан фойдаланиш, яллиғланиш реакциясининг сезиларли даражада пасайишига ва тикланиш жараёнининг тезлашишига олиб келиши, ва шу билан бирга сероз қатлам ва шиллиқ ости томирлар бутунлиги сақланиб қолиши, асоратланган яралар ва некротик доғ пайдо бўлиш хавфи минималлашиши, гелнинг 7-суткага келиб сўрилиши морфологик равишда аниқланган (3-4 расм).



3-расм. Толачалар атрофияси (оқ ранг билан белгиланган), шиллиқ ости қатламдаги гель, нейтрофил чўкмалари йўқ. Йўғон ичак, лазер ва гель ёрдамида амалга оширилган операциядан 3 сутка ўтган пайти. ГЭ. × 40.



4-расм. Базавий мембрананинг бириктирувчи-тўқима тузилмаси толачаларининг тикланиши (стрелкалар билан кўрсатилган). Шиллиқ ости бўшлиқда гель аниқланмаган. Шиллиқ қаватнинг тикланиши. 7-сутка. Тажриба. ГЭ. × 40.

Назорат гуруҳида лазер таъсири остида 0,1% метилен кўки эритмасидан шаклланган сув "ёстикчаси"ни қўллаш, лазер нурларининг йўғон ичак девори чуқур қатламларигача етиб боришидан тўлиқ ҳимоя қилиш имконини бермаган, дефектли зоналарнинг тикланиши анча секин кечган. Инфекцияланган яралар ва некротик қаватнинг шаклланиши кузатилган, шунингдек, ичакни қуршаб турган тўқимасида йирингли-некротик яллиғланиш ҳам кузатилган.

Тажрибанинг якуний қисми 12-14 кг оғирликдаги Гвинея чўчкаларида ошқозон ва йўғон ичак шиллиқ қаватини эндоскопик резекция қилиш бўлган. Шаклланган ёстикча аниқ кўриниб турган, шиллиқ қават 5-6 мм га кўтарилган, бу эса мукозэктомияни амалга оширишни осонлаштирган. Лазер билан кесиш жараёни қон кетиш аломатларисиз ўтган, шиллиқ ости қатлами яхши кўриниб турган ва гель ошқозоннинг сероз қатламининг лазер нурланишидан зарарланишини муҳофаза қилган. Динамикада кузатиш гель сўрилишидан сўнг ошқозоннинг шиллиқ қаватининг ёпилиб бораётгани ва бу дефектли зонанинг тикланиш жараёнини яхшилаганлигини кўрсатган.

Диссертациянинг бешинчи бўлими «Меъда-ичак йўлларида юзаки полипсимон ва полипсимон бўлмаган ҳосилаларни эндоскопик олиб ташлаш усулини такомиллаштириш» деб номланган бўлиб, таклиф этилган усулнинг техник жиҳатлари баён қилинган. Қўйилган мақсад, МИЙ полипларини эндоскопик олиб ташлаш усулини қуйидагича амалга ошириш йўли билан эришилди (1, 2 расмлар):



Шиллиқ ости қатлам пунцияси



Гелли препарат билан инъекция



Шиллиқости “ёстикча” пайдо бўлгунича инъекция юбориш



Полип асосининг лазерли диссекцияси



Олиб ташланган полип асосининг лазерли диссекциядан сўнгги кўриниши

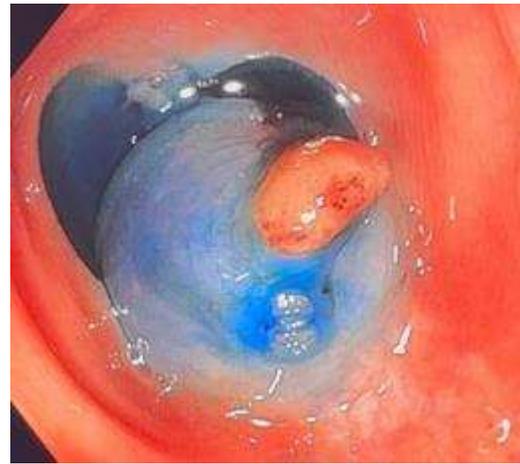


Олиб ташланган полип асосининг лазерли диссекциядан сўнгги тромбларсиз кўриниши

1-расм. Ошқозон полипини олиб ташлаш босқичлари



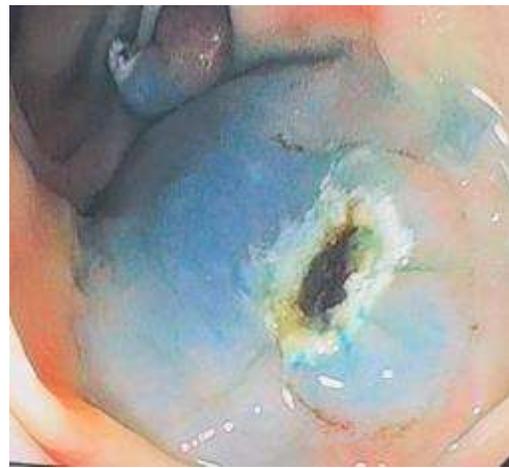
**Гель композицияси билан инъекция бошланиши**



**Инъекциядан сўнг полипни кўтариш**



**Эксцизия бошланиши**



**Ҳосила олиб ташланган соҳадаги шиллик қават**

## **2-расм. Сигмасимон ичак полипини олиб ташлаш босқичлари**

- Ҳосилаларнинг қаерда жойлашганлигига қараб, қизиқтирган зонанинг текшируви ўтказилади ва полип аниқланади.
- Стерил гель тайёрлаш учун 1,0 г кукун шаклидаги Хемобен композициясини, 20 мл 0,1% метилен кўки эритмаси билан 1 дақиқа давомида доимий аралаштириб турилади.
- Аралаштирилганидан сўнг (қўйиқлашишнинг олдини олиш мақсадида), олинган гель полипнинг асос ҳудудида шиллик ости қаватга эндоскопик инъектор ёрдамида киритилади, 10 мм диаметрли майдонга 1,0 мл миқдоридаги гель билан, полипнинг асосидан 5-7 мм узунликда "ёстикча" шакллантирилади.
- Полипни атрофдаги соғлом шиллик тўқима билан бирга, унинг асосидан 2-3 мм дан кўпроқ жой қолдириб, 10 Вт гача қувватли, импульс режимида 2-5 Гц частотали ва доғ майдони 2 мм гача бўлган, Gbox (GIGAA) тизимининг 1470 нм узунликдаги диодли лазерни қўллаш орқали кесиб ташланади.
- Полипни асоси билан олиб ташлангандан сўнг, дефектнинг четлари ёпилиши учун шиллик қаватдаги дефект бўйлаб икки томондан 0,5 мл

Хемобен гелини (1,0 г Хемобен кукунли композициясини 20 мл 0,1% метилен кўки эритмаси билан аралаштириш натижасида олинган) қайтадан киритадилар.

- Аралашув зонасининг якуний ревизияси ва эндоскопик даволаш тамомланиши.

Усулнинг афзалликлари: тўлиқ ва мустаҳкам гемостазга эришилади; мушак-сероз қатлами зарарланиши хавфининг олди олинади, шунга кўра органнинг перфорация хавфи камаяди; полип асосининг шакли қандай бўлишидан қатъи назар, уни олиб ташлаш радикалиги таъминланади; юқори энергияли лазердан фойдаланилади, бу эса электрокоагуляцияб шунингдек 980-1,06 мкм диапазонли нурлантириш кучига эга инфра қизил (ИК) - лазерларининг кириш қобилияти билан солиштирганда нисбатан камроқ. Шунинг учун, у янада юмшоқроқ хусусиятларга эга.

Диссертациянинг олтинчи бобида **"Юқори меъда-ичак йўлининг юзаки ҳосилаларини эндоскопик аралашувлар натижалари келтирилган."** Такқослаш гуруҳида яхлит блок қилиб бажарилган полипэктомияларнинг улуши 69,8% ни ташкил этган, мос равишда фрагментларга бўлиб 55 та полип олиб ташланган. Асосий гуруҳда, янги эксцизия техникасини амалга оширилганлигини ҳисобга олган ҳолда, бу кўрсаткич, яхлит блок қилиб олинганлар - 82,6% ва фрагментларга бўлиб олинганлар - 17,4% ни ташкил этган. Такқослаш гуруҳида 1 см гача бўлган полипларнинг 149 ҳосиладан 112 (75,2%) таси, асосий гуруҳда эса 128 ҳолатдан 114 (89,1%) таси яхлит блок қилиб олиб ташланган. 1 см дан каттароқ ҳосилаларда бу нисбат - 45,5% га қарши 61,5% ни ташкил этган.

Шиллиқ қавати ҳосилаларини олиб ташлашда эндоскопик аралашувларнинг энг кенг тарқалган мураккаблаштирувчи омили қон кетишидир. Таклиф этилган техника, гемостатик компонент туфайли, бу асоратларнинг частотасини камайтиришга имкон берган. Агар биз геморрагик синдромнинг фақат клиник жиҳатдан аҳамиятли кўринишларини, яъни кўшимча гемостатик чораларни талаб қиладиган кўринишларни кўриб чиксак, манипуляция пайтида такқослаш гуруҳида улар 12 (6,6%) ҳолатда учраган ва асосий гуруҳда умуман кузатилмаган. Эксцизиядан кейинги дастлабки даврда кечиктирилган қон кетиши такқослаш гуруҳида 6 (3,3%) ҳолатда ва асосий гуруҳда фақат 1 (0,6%) ҳолатда ривожланган.

Clavien-Dindo таснифига кўра 2, 3а ва 3б даражаларига мансуб деб топилган клиник аҳамиятга эга асоратларнинг умумий частотаси 3-жадвалда келтирилган.

Бизнинг тадқиқотларимизда такқослаш гуруҳидаги 57 та ҳолатда аниқ морфологик текширишни амалга оширишнинг иложи бўлмади. Шу билан бирга, асосий гуруҳда шиллиқ ости имбибициянинг дастлабки шакллантириш билан лазерли эксцизиядан фойдаланиш ҳисобига, полипларнинг морфологик номаълум вариантларининг улуши атиги 15,6% ни ташкил этди. Гиперпластик характер такқослаш гуруҳида 64,8% ва асосий гуруҳда 61,7% ҳолларда аниқланган. Фундал безларнинг полиплари (мос равишда) 18,4% ва 19,9%

ҳолатни ташкил этган. Полипларнинг аденоматоз тури 16,8% ва 18,4% ҳолларда аниқланган. Малигнизация 4 ва 6 ҳолларда аниқланган.

### 3-жадвал

#### Ҳосилаларни эндоскопик олиб ташлашдан кейинги асоратланишлар частотаси (беморлар сонидан келиб чиқиб)

Асоратланиш	Таққослаш гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	абс.	%	абс.	%
Қон кетиши	6	4,5%	1	0,8%
Перфорация (тешилиш)	1	0,7%	0	0,0%
Полипэктомиядан кейинги электрокоагуляция синдроми	3	2,2%	0	0,0%
Асоратларсиз	124	92,5%	117	99,2%
Жами	134	100,0%	118	100,0%
Фарк ( $\chi^2$ )	6,578; df=1; p=0,011			

Морфологик текширув натижасида таққослаш гуруҳидаги 16,8% ва асосий гуруҳидаги 17,7% ҳолларда дисплазиянинг бошқа даражаси аниқланган. Ҳосилаларнинг малигнизацияси фақат 10 та ҳолатда аниқланган (таққослаш гуруҳида 4 та ва асосий гуруҳида 6 та). Малигнизациянинг тасдиқланганлиги ҳисобга олган ҳолда хирургик даволаш таклиф қилинган, аммо жарроҳлик фақат 3 беморда (субтотал ошқозон резекцияси) амалга оширилган, қолган беморлар жарроҳликдан ҳоли бўлишган ва динамикада кузатилган.

Эндоскопик эксцизиялардан кейин беморларни реабилитация қилиш комплекси иккала гуруҳида ҳам тенг равишда ўтказилган. Эндоскопик аралашувлардан сўнг ўртача ётоқ-куни (койко-день) таққослаш гуруҳида  $3,5 \pm 1,2$  ва асосий гуруҳида  $3,1 \pm 0,9$  суткани ташкил этгани қайд этилган ( $t=2,90$ ;  $p<0,05$ ).

Янги усулни клиник қўллашнинг биринчи тажрибасини ҳисобга олган ҳолда, узоқ муддатли натижалар 6 ойдан 18 ойгача бўлган муддатларда кузатилган. Таққослаш гуруҳидан 109 бемор, асосий гуруҳдан 98 бемор кузатилган. Таққослаш гуруҳидаги 82,6 фоиз беморларда назорат текширув пайтида релапслар қайд этилмаган, аммо 19 (17,4%) ҳолларда юзаки неоплазмалар ривожланишининг қайталаниши тасдиқланган. Асосий гуруҳида релапс фақат 3 беморда аниқланган.

Олиб ташланган ҳосилаларнинг дастлабки ҳажмига қараб, такрорланиш даражаси ҳам бошқача бўлган. Шундай қилиб, таққослаш гуруҳида 1 см гача бўлган полипларнинг 7,8% ҳолларда, асосий гуруҳида эса 0,9% ҳолларда қайталаниш аниқланган (4-жадвал). 1-2 см полипларда қайталаниш даражаси (мос равишда) 33,3% га қарши 4,5% ни ташкил этган. 2,0 см дан каттарок бўлган полиплар учун - 60% ва 8,3% (мос равишда).

Рецидивнинг яна бир хавф омили - бу ҳосилаларни олиб ташлаш тури ҳисобланади. Таққослаш гуруҳида яхлит блок билан олиб ташлашдан кейинги қайталаниш улуши, таққослаш гуруҳида 5,0%, асосий гуруҳида 0,9% ни ташкил этган. Фрагментларга бўлиб олиб ташлашда ушбу кўрсаткичлар 28,0% ва 7,7% ҳолатгача ошган. Даволашнинг барча натижаларини умумлаштириб, қуйидагиларни таъкидлаш мумкин.

**Ҳосилаларнинг дастлабки ҳажмига қараб неоплазмалар ривожланиши қайталаниши (ҳосилалар сонидан келиб чиқиб)**

Полип ҳажми	Таққослаш гуруҳи			Асосий гуруҳ			$\chi^2$ (df=1)	
	n	Қайталанган	%	n	Қайталанган	%	Қиймат	p
1 смгача	128	10	7,8%	109	1	0,9%	6,324	0,012
1,0-2,0 см	18	6	33,3%	22	1	4,5%	5,683	0,018
>2,0 см	5	3	60,0%	12	1	8,3%	5,236	0,023
Жами	151	19	12,6%	143	3	2,1%	11,663	<0,001
Қайталанишларсиз	151	132	87,4%	143	140	97,9%		

Тадқиқотимизда биз "яхши" натижалар қаторига, аралашувдан сўнгги қисқа муддатда ривожланган асоратланишларни ва полиплани қайта ҳосил бўлишини истисно қилган натижаларни киритдик. Касаликнинг қайталаниши қайд этилмаган, аммо консерватив тарзда ҳал қилинган клиник жиҳатдан муҳим асоратланишлар (постполипэктомия электрокоагуляция синдроми) ёки такрорий эндоскопик аралашув (кечиктирилган қон кетиши) (Clavien-Dindo бўйича 2-3а даражаси) кузатилган натижалар - "қониқарли" деб белгиланди. Узоқ муддатли кузатувда, янги ҳосилалар пайдо бўлишининг қайталанганда - натижалар "қониқарсиз" деб топилди. Агар фақатгина узоқ даврда кузатилган беморларнинг ҳолатини баҳоласак, таққослаш гуруҳидаги яхши натижалар улуши – 73,4% (109 бемордан 20 таси), қониқарли – 8,3% (9) ва қониқарсиз – 18,3% (20) ни ташкил этди. Асосий гуруҳда натижалар, 95,9% (98 бемордан 94 таси) ҳолларда – яхши, 1,0% (1) да – қониқарли ва 3 (3,1%) ҳолларда – қониқарсиз деб топилди ( $\chi^2=19,562$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ).

Диссертациянинг еттинчи бобида **"Йўғон ичак шиллик қаватининг юзаки ҳосилаларини эндоскопик аралашувлар натижалари"** келтирилган. Таққослаш гуруҳида яхлит блок билан қилинган эсцизия улуши 57,1% ни ташкил этди (170 полипдан 97 таси), фрагментларга бўлинган ҳолда 73 (42,9%) полип олиб ташланди. Асосий гуруҳда, эсцизиянинг янги техникасини амалга оширилганини ҳисобга олган ҳолда, бу кўрсаткич – яхлит блок билан – 70,4% (152 полипдан 107) ни, ва фрагментларга бўлиб олинганлар – 45 (29,6%) ни ташкил этди. Таққослаш гуруҳида 1 см гача бўлган полипларнинг 29 таси яхлит блок қилиб олиб ташланди, асосий гуруҳда эса 29 та ҳолатда. 1см дан каттароқ ҳосилалар орасида эса, мос равишда 52,7% ва 66,1% ҳолларда.

Эсцизияларни амалга оширишда таққослаш гуруҳида 71 (41,8%) ҳолатларда ва асосий гуруҳда 108 (71,1%) аралашувларда қон кетиш белгилари қайд этилмаган. Манипуляция пайтида геморрагик синдромнинг клиник жиҳатдан аҳамиятли кўринишлари, таққослаш гуруҳида 4,7% ҳолларда бўлган ва асосий гуруҳда кузатилмаган. Эндоскопик эсцизиядан

сўнги дастлабки даврда, полиплар олиб ташланганидан кейин кечиктирилган қон кетиши - таққослаш гуруҳида 4 (2,4%) ҳолатда ва асосий гуруҳда фақат 1 (0,7%) ҳолатда ривожланган.

Таққослаш гуруҳидаги 112 беморнинг кечиктирилган қон кетишидан ташқари, 1 (0,9%) ҳолатда постполипэктомик электрокоагуляцион синдроми ҳам қайд этилган. Таққослаш гуруҳида 107 (95,5%) ва асосий гуруҳда 95 (99,0%) нафар бемор ҳеч қандай асоратланишларни бошдан кечирмади. Таққослаш гуруҳидан 39 ҳолатда, гистологик текширувга юборилган материални морфологик тасдиқлашнинг иложиси бўлмади, асосий гуруҳда полипларнинг морфологик жиҳатдан номаълум вариантлари улуши атиги 7,9% ни ташкил этди.

Гиперпластик характерли кечиш, таққослаш гуруҳида 36,6% ва асосий гуруҳда 32,9% ҳолларда аниқланган. Малигнизация нуқтаи назаридан энг хавфли аденоматоз типи ва тишсимон ҳосилалар, мос равишда, таққослаш гуруҳида 48,9% ва 14,5% ҳолларда ва асосий гуруҳда 50,7% ва 16,4% ҳолларда аниқланган.

Юқори меъда-ичак йўллари шиллик қаватидан олиб ташланган ҳосилалардан фарқли ўлароқ, йўғон ичакдан олинган препаратларни морфологик текшируви натижасида, таққослаш гуруҳида 51,1% ва асосий гуруҳда 56,4% ҳолларда дисплазиянинг турли даражаси аниқланган. Малигнизация таққослаш гуруҳида 3 ҳолатда ва асосий гуруҳда 4 ҳолатда қайд этилган. Малигнизация ташхис қилиниши билан хирургик даволаш фақат 2 беморда (ўнг томонлама гемокOLONэктомия) амалга оширилган, қолган беморларда жарроҳликдан тийилиб, улар динамикада кузатилган.

Йўғон ичакдаги эндоскопик аралашувлардан кейинги ўртача ётоқ-кунлар сони, таққослаш гуруҳида  $4,0 \pm 1,2$  сутка ва асосий гуруҳда  $3,4 \pm 1,0$  суткани ташкил этди ( $t=4,23$ ;  $p<0,05$ ).

Узоқ натижалар таққослаш гуруҳидаги 91 беморда ва асосий гуруҳдаги 80 беморда кузатилган. Таққослаш гуруҳида 69 (75,8%) беморда контрол текшируви пайтида қайталанишлар қайд этилмаган, аммо 22 (24,2%) ҳолатда юзаки неоплазмаларнинг қайта ривожланиши тасдиқланган. Асосий гуруҳда фақат 4 (5,0%) беморда қайталаниш кузатилган (5-жадвал).

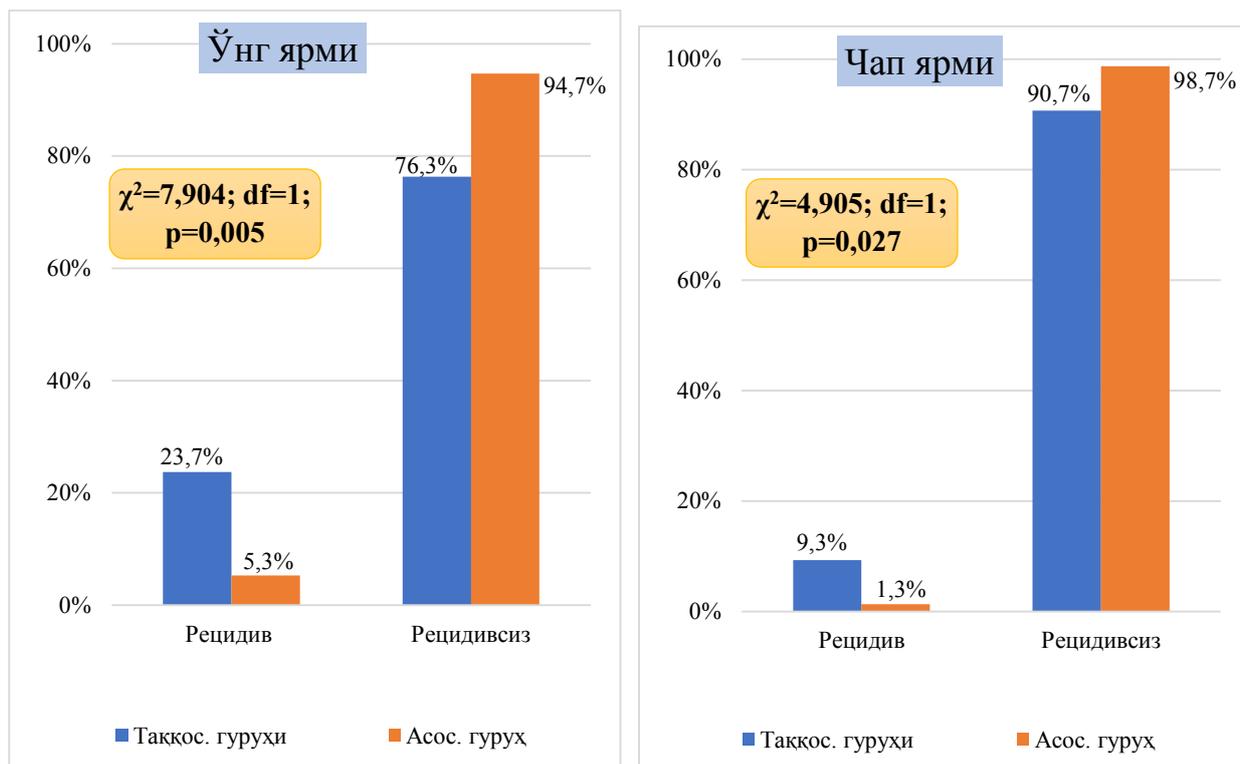
#### 5-жадвал

#### Ҳосилаларнинг дастлабки ҳажмига қараб неоплазмалар ривожланиши қайталаниши (ҳосилалар сонидан келиб чиқиб)

Полип ҳажми	Таққослаш гуруҳи			Асосий гуруҳ			$\chi^2$ (df=1)	
	n	Қайтала ниш	%	n	Қайтала ниш	%	Қиймат	p
1 смгача	26	1	3,8%	21	0	0,0%	0,825	0,364
1,0-2,0 см	26	2	7,7%	24	0	0,0%	1,923	0,166
>2,0 см	93	19	20,4%	88	4	4,5%	10,285	0,002
Жами	145	22	15,2%	133	4	3,0%	12,109	<0,001
Қайталаниш ларсиз	145	123	84,8%	133	129	97,0%		

Шунингдек, таққослаш гуруҳида полипларни яхлит блок билан эксцезия қилишдан сўнг, касалликнинг қайталаниш улуши 7,5% ни ташкил этган. Асосий гуруҳда яхлит блок билан олиб ташланган хосилаларнинг 90 тасидан фақатгина 1 (1,1%) ҳолатда қайталаниш кузатилган. Фрагментлаб олиб ташлаш услуби бу кўрсаткичларни 24,6% ва 7,0% гача оширган.

Ўз навбатида, йўғон ичакда юзаки хосилаларни пайдо бўлишининг қайталаниш хавфи нафақат уларнинг асл ҳажмига ва олиб ташлаш вариантыга, балки хосилаларнинг локализациясига ҳам боғлиқдир (4-расм).



**4-расм. Йўғон ичакнинг чап ёки ўнг ярмида жойлашишига қараб неоплазмаларнинг қайталаниши**

Тадқиқотнинг ушбу қисми натижаларини умумлаштириб, қуйидагиларни таъкидлаш мумкин. Узоқ муддатли даврда кузатилган беморлар орасида таққослаш гуруҳидаги яхши натижалар улуши 70,3%, қониқарли натижалар – 5,5% ва қониқарсиз натижалар – 24,2% ни ташкил этган. Асосий гуруҳда натижалар 93,8% ҳолларда яхши, 1,3% – қониқарли ва 5,0% ҳолларда – қониқарсиз бўлган.

## ХУЛОСА

1. Ўтказилган экспериментал тадқиқотлар натижалари йўғон ичак ва меъданинг шиллиқ қаватини резекция қилиш учун "ёстикча" сифатида Хемобен кукунини метилен кўкининг 0,1% эритмасида эритиш йўли билан олинган 4-5% гелни киритиш оптимал эканлигини аниқланди, гел бундай консистенцияда оқиб кетмайди, шиллиқ қаватни етарли даражада кўтариш ва

лазер жарроҳлик аралашувини амалга ошириш чегараларини аниқ белгилаш имконини беради.

2. Ошқозон ёки йўғон ичак шиллиқ қаватини, қуввати 8 Вт, нурланиш фокусировкаланган 1,56 мкм диапазонли лазер нурлантиришидан фойдаланган ҳолда экспериментал кесиш, шиллиқ қаватни шиллиқ ости қатлам томирларидан қон кетишисиз аниқ резекция қилишга имкон беради, гель ёстикчаси эса лазер таъсирини шиллиқ ости қатлампидан ошиб бошқа қатламларга киришидан ҳимоя қилади, дефектли зонанинг тикланиши эса 7-10 кун ичида содир бўлади.

3. Метилен кўкининг атиги 0,1% эритмаси ишлатилган ҳайвонларнинг назорат гуруҳида ёстикча, хирургик аралашув зонасини аниқ чегаралашга имкон беради, тезда сўрилиб кетди ва сезиларли гемостатик таъсир кўрсатмади, шу билан бирга яратилган лифтинг лазер нурланрининг ошқозон девори чуқур қатламларига кириб боришини тўлиқ олдини олишга имкон эрмади, бу эса сероз мембранаси некрозига ва операциядан кейинги йирингли-септик асоратларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин.

4. Морфологик жиҳатдан аниқланганки, жарроҳлик лазерининг шиллиқ қаватни гелли композиция билан кўтариш билан биргаликда қўлланилиши нафақат чуқур жойлашган тўқималарнинг жароҳатланишини минималлаштириш билан бошқариладиган таъсирни таъминлайди, балки битиш учун қулай шароитларни ҳам яратади, бу гемостатик, яллиғланишга қарши ва регенератив таъсирнинг мавжудлиги билан намоён бўлади, бу эса кўшимча яллиғланиш ёки инфекциясиз тўқималарнинг тезлаштирилган тикланишига ёрдам беради.

5. Тажриба гуруҳида, назорат гуруҳидан фарқли ўлароқ, йўғон ичакнинг сероз қавати ва ошқозоннинг шиллиқ ости қаватидаги катта томирларнинг шикастланмаганлиги, таклиф этилган шиллиқ қаватни кўтариш варианты билан лазер таъсирининг кўпроқ тежамли характерга эга эканлигини кўрсатиши мумкин, бунда инфекцияланган яралар ва некротик қопламаларнинг пайдо бўлиши кузатилмаган, ва гелнинг тўлиқ сўрилиши 5-7 кун ичида кўринадиган излар ёки тўқималарга салбий таъсир қолдирмасдан содир бўлган, бу унинг клиник шароитларда фойдаланиш учун самарадорлиги ва хавфсизлигини тасдиқлайди.

6. Ишлаб чиқилган усулнинг техник жиҳатлари, ошқозон-ичак йўлининг юзаки полипсимон ва полипсимон бўлмаган янги ҳосилаларини эндоскопик олиб ташлашда, маҳаллий гемостатик таъсирни таъминлаш, аралашув зонаси устидан назоратни яхшилаш учун ҳосила асосига таклиф этилган гелли субстанция билан инъекция юбориб, "ёстикча" шакллантириш ва ҳосиланинг жойлашуви, шакли ва ўлчамларидан қатъи назар, олиб ташлашнинг радикаллигини ошириш мақсадида юқори энергияли лазер таъсирини қўллашдан иборат.

7. Аралашувни ўтказиш назоратини ва унинг сифатини яхшилаш ҳисобига ишлаб чиқилган усул билан МИЙнинг юқори бўлимида жойлашган юзаки полипсимон ва полипсимон бўлмаган янги ҳосилаларни лазер эксцизияси R0-резекцияни 91,5% ҳолларда амалга оширишга имкон берди (1,0 см гача бўлган

полипларда – 96,3%, 1,0 смдан катта бўлганларда – 88,6%), ва йўғон ичак ҳосилаларида 79,7% ҳолларда (2,0 см гача бўлган полипларда – 91,7%, 2,0 смдан катта бўлганларда – 76,9%).

8. МИЙнинг юқори бўлимида жойлашган юзаки янги ҳосилаларни эндоскопик олиб ташлаш усулининг биринчи клиник баҳолаш натижалари, ушбу аралашувларни бажаришда тажриба орттирилганлигини ҳисобга олган ҳолда, ушбу методика эксцизияни яхлит блок билан амалга ошириш эҳтимолини 69,8% дан 82,6% гача оширишини ( $p=0,006$ ), кечиктирилган геморрагик кўринишлар ривожланиш хавфини кескин камайтиришини (3,3% дан 0,6% гача), шунингдек, умумий асоратлар частотасини 7,5% дан 0,8% гача ( $p=0,011$ ) камайтиришини ва аралашувдан кейинги шифохона даври муддатини  $3,5\pm 1,2$  кундан  $3,1\pm 0,9$  кунгача қисқартиришини ( $p<0,05$ ) кўрсатди.

9. Юқори ошқозон-ичак трактининг юзаки неоплазмаларини эндоскопик олиб ташлашнинг узоқ муддатли натижаларини таҳлил қилиш натижасида, усулнинг техник хусусиятлари туфайли диодли лазер ёрдамида эксцизияни бажариш, патологиянинг қайталаниш хавфини 17,4% дан 3,1% гача камайтириш имконини берганлигини аниқлади ( $p<0,001$ ), ва бунда бир блок билан олиб ташлашда ҳам (5,0% дан 0,9% гача;  $p=0,034$ ), фрагментланган эксцизияда ҳам (28,0% дан 7,7% гача;  $p=0,040$ ) ҳам ушбу тенденция тенг кузатилган, ўз навбатида полипларнинг дастлабки ўлчамларига қараб, қайталанишлар улуши 1 см гача бўлган ҳосилаларда 7,8% дан 0,9% гача ( $p=0,012$ ), 1-2 см бўлган ҳосилаларда 33,3% дан 4,5% гача ( $p=0,018$ ) ва 2 смдан катта бўлган ҳосилаларда 60,0% дан 8,3% гача ( $p=0,023$ ) камайган.

10. Ишлаб чиқилган техникага мувофиқ йўғон ичак шиллик қаватининг юзаки полипсимон ва полипсимон бўлмаган неоплазмаларини эндоскопик олиб ташлаш, эксцизияни яхлит блок билан ўтказиш эҳтимолини 57,1% дан 70,4% гача оширишга ( $p=0,014$ ), операция вақтида (4,7% дан 0% гача) ҳамда операциядан кейинги даврда кечиктирилган қон кетишлар хавфини кескин камайтиришга (2,4% дан 0,7% гача) ( $p=0,012$ ) имкон берди, шунингдек умумий асоратлар частотасини 4,5% дан 1,0% гача камайтирди, бунда операциядан кейинги шифохона даври муддати  $4,0\pm 1,2$  кундан  $3,4\pm 1,0$  суткагача қисқарди ( $p<0,05$ ).

11. Йўғон ичакдан юзаки янги ҳосилаларни олиб ташлашдан кейинги қайталанишлар ривожланиш хавфи ҳосиланинг ўлчамлари, олиб ташлаш усули ва жойлашувига боғлиқ бўлиб, таклиф этилган усул бу кўрсаткични бутун намуналарда 24,2% дан 5,0% гача ( $p<0,001$ ), бир блокда олиб ташлашда - 7,5% дан 1,1% гача ( $p=0,037$ ), фрагментланган эксцизияда - 24,6% дан 7,0% гача ( $p=0,019$ ), 1 см гача бўлган ҳосилаларда - 3,8% дан 0% гача, 1-2 см – 7,7% дан 0% гача, 2 смдан катта бўлганларда 20,4% дан 4,5% гача ( $p=0,002$ ) камайтиришга имкон берди, ўз навбатида чамбарак ичакнинг ўнг ярмида олиб ташланган ҳосилаларда патологиянинг қайталаниш частотаси 23,7% дан 5,3% гача ( $p=0,005$ ) ва чап томонида 9,3% дан 1,3% гача ( $p=0,027$ ) ҳолатларда камайди.

12. Умумий ҳисобда, полипсимон ва полипсимон бўлмаган неоплазмаларни эндоскопик олиб ташлашнинг тавсия этилган усулини жорий

этиш, юқори меъда-ичак полипларини эксцизия қилишда яқин ва узоқ муддатли яхши натижалар улушини 73,4% дан 95,9% гача, йўғон ичак полипларида - 70,3% дан 93,8% гача оширишга имкон берди, бунда қониқарсиз натижалар частотаси 18,3% дан 3,1% гача ( $p < 0,001$ ) ва 24,2% дан 5,0% гача ( $p < 0,001$ ) мос равишда камайди.

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

---

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ  
ИНСТИТУТ**

**ЙИГИТАЛИЕВ САРДОР ХУСАНБОЕВИЧ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В  
ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОВИДНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-  
КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

**14.00.27 – Хирургия**

**АВТОРЕФЕРАТ ДОКТОРСКОЙ (DSc) ДИССЕРТАЦИИ  
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**АНДИЖАН – 2024**

**Тема докторской диссертации (DSc) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за №B2024.2.DSc/Tib1078.**

Диссертация выполнена в Ташкентском государственном стоматологическом институте.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.adti.uz](http://www.adti.uz)) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

<b>Научный консультант:</b>	<b>Исмаилов Сайдимурод Ибрагимович</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Официальные оппоненты:</b>	<b>Быков Михаил Ильич</b> доктор медицинских наук, профессор <b>Эгамов Юлдашали Сулейманович</b> доктор медицинских наук, профессор <b>Касимов Адхам Лутфиллаевич</b> доктор медицинских наук, доцент
<b>Ведущая организация:</b>	<b>Гродненский государственный медицинский университет (Республика Беларусь)</b>

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. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: [info@adti.uz](mailto:info@adti.uz), Андижанский государственный медицинский институт).

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

Автореферат диссертации разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 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 докторской диссертации (DSc))

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** Воспалительный фиброзный полип (IFP) - редкое доброкачественное новообразование мезенхимального происхождения неясной этиологии. Эти опухоли характеризуются пролиферацией фиброзной ткани, сопровождающейся инфильтрацией различными воспалительными клетками, чаще всего веретенообразными клетками и эозинофилами. IFP преобладает у женщин (1,3-1) и чаще всего поражает людей пятого десятилетия жизни<sup>1</sup>. При возникновении в желудочно-кишечном тракте IFP чаще всего поражает желудок, тонкую кишку, за которой следует толстая кишка в порядке убывания. Таким образом, проявления могут быть разнообразными: от обструкции выходного отдела желудка до инвагинации кишечника. Обычно диагноз IFP подтверждается посредством гистологического и иммуногистохимического анализа хирургического или эндоскопического препарата. Во время эндоскопии верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) IFP пищевода и двенадцатиперстной кишки выглядят как приподнятые образования внутри стенки, имеющие гладкую поверхность, которая часто изъязвляется. Колоректальные поражения выявляются при колоноскопии, тогда как поражения тонкой кишки обычно выявляются во время хирургических процедур, часто из-за симптомов обструкции. В случае инвагинации кишечника методом выбора является КТ брюшной полости. Диагностика IFP может представлять трудности, учитывая зачастую неспецифические клинические симптомы. Образцы биопсии, полученные в результате эндоскопических процедур, «не всегда могут дать достаточную информацию для гистологического диагноза»<sup>2</sup>. Наиболее достоверный диагноз достигается при иммуногистохимическом анализе удаленной опухоли. До настоящего времени существуют проблемы как в определении тактики, так и в способах хирургического лечения IFP.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными продолжают оставаться исследования многоцентрового проспективного анализа с целью повышения диагностической эффективности эндоскопической биопсии, так как, только 10% желудочных IFP диагностируются в предоперационном периоде, также проводятся работы по экстраполяции клинических данных для обозначения эндоскопического УЗИ и гистопатологических особенностей, которые могут предвещать злокачественное развитие полиповидных образований.

Современные аспекты развития отечественной хирургии включают множество мер, направленных на улучшение результатов лечения больных с полиповидными образованиями ЖКТ. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям

---

<sup>1</sup>Hehir C, Calpin G, Dowling G, Spillane C, Kilgallen C, Hill ADK. Inflammatory fibroid polyp of the small intestine presenting as small bowel obstruction with intussusception: a case report. J Surg Case Rep. 2024 Jan 4;2024(1):rjad695. doi: 10.1093/jscr/rjad695.

<sup>2</sup>Qasim A, Makker J. Gastrointestinal Tract Challenges: Chronic Inflammatory Fibroid Polyps Demystified. Cureus. 2023 Nov 19;15(11):e49068. doi: 10.7759/cureus.49068.

включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг<sup>3</sup>. Реализация данных задач, в том числе, путем улучшения результатов лечения больных с полипами желудочно-кишечного тракта является одним из актуальных направлений абдоминальной хирургии и медицины в целом, ввиду высокой медико-социальной значимости данной патологии.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 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 с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан VI. «Медицина и фармакология».

**Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации.**<sup>4</sup> Научно-исследовательские работы, направленные на улучшение качества оказываемой медицинской помощи пациентам с полиповидными новообразованиями ЖКТ проводятся многими международными научными хирургическими обществами и организациями, в том числе European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), Allama Iqbal Medical College, Lahore,

---

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

<sup>4</sup>Обзор зарубежных исследований по теме диссертации проведено на основе: Inayat F, Ur Rahman A, Wahab A, Riaz A, Zahid E, Bejarano P, Pimentel R. Gastric Inflammatory Fibroid Polyp: A Rare Cause of Occult Upper Gastrointestinal Bleeding. *J Investig Med High Impact Case Rep.* 2020 Jan-Dec;8:2324709620936840. doi: 10.1177/2324709620936840; Acar N, Acar T, Cengiz F, Şuataman B, Tavusbay C, Hacıyanlı M. Endoscopic resection for giant oesophageal fibrovascular polyp. *Ann R Coll Surg Engl.* 2020 Apr;102(4):e89-e90. doi: 10.1308/rcsann.2020.0008; Cha JH, Jang JS. Correlation between healing type of lesion and recurrence in gastric neoplastic lesions after endoscopic submucosal dissection. *Turk J Gastroenterol.* 2020 Jan;31(1):36-41. doi: 10.5152/tjg.2020.18764; Santos CEOD, Nader LA, Scherer C, Furlan RG, Pereira-Lima JC. Small as well as large colorectal lesions are effectively managed by endoscopic mucosal resection technique. *Arq Gastroenterol.* 2022 Jan-Mar;59(1):16-21. doi: 10.1590/S0004-2803.202200001-04; Ni X, Yin J, Chen L, Zhu Z. Endoscopic resection of a rare duodenal polypoid mass: duodenal angioliopoma. *Rev Esp Enferm Dig.* 2023 Jun;115(6):332-333. doi: 10.17235/reed.2022.9268/2022; Khsiba A, Bradai S, Nakhli A, Chelbi E, Azouz MM. Solitary gastric Peutz-Jeghers polyp: a case report. *Pan Afr Med J.* 2022 Jan 24;41:65. doi: 10.11604/pamj.2022.41.65.29526; Kourti A, Dimopoulou A, Zavras N, Sakellariou S, Palamaris K, Kanavaki I, Fessatou S. Inflammatory fibroid polyp of the anus in a 12-month-old girl: Case report and review of the literature. *J Paediatr Child Health.* 2022 Aug;58(8):1313-1316. doi: 10.1111/jpc.16080; Trecca A, Catalano F, Bella A, Borghini R. Robotic colonoscopy: efficacy, tolerability and safety. Preliminary clinical results from a pilot study. *Surg Endosc.* 2020 Mar;34(3):1442-1450. doi: 10.1007/s00464-019-07332-6; Garmpis N, Damaskos C, Garmpi A, Dimitroulis D. Inflammatory Fibroid Polyp of the Gastrointestinal Tract: A Systematic Review for a Benign Tumor. *In Vivo.* 2021 Jan-Feb;35(1):81-93. doi: 10.21873/invivo.12235; Hehir C, Calpin G, Dowling G, Spillane C, Kilgallen C, Hill ADK. Inflammatory fibroid polyp of the small intestine presenting as small bowel obstruction with intussusception: a case report. *J Surg Case Rep.* 2024 Jan 4;2024(1):rjad695. doi: 10.1093/jscr/rjad695.

(Pakistan), Cleveland Clinic Florida, Weston, FL, USA), Qinghai People's Hospital (China), Department of General Surgery, Izmir Katip Çelebi University Atatürk Training and Research Hospital (Turkey), Department of Internal Medicine, Dong-A University College of Medicine, Busan, (Korea), Santa Casa Hospital, Departamento de Gastroenterologia e Endoscopia, Porto Alegre, (Brasil); Gastroenterology, Clinical Medical College, Yangzhou University/Northern Jiangsu People's Hospital, (China), Department of Gastroenterology, Mohamed Tahar Maamouri Hospital, Nabeul, (Tunisia); Department of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Third Department of Paediatrics, Attikon University General Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, (Greece); Operative Endoscopy, Progetto I-Salus, Rome, (Italy); First Department of Pathology, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, (Greece); Department of Surgery, Beaumont Hospital, Dublin, (Ireland); Gastroenterology, BronxCare Health System, New York, (USA); Gastrointestinal Surgery, Synergy Institute of Medical Sciences, Dehradun, (Индия); ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» (Россия), Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (Узбекистан), Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова (Узбекистан), Ташкентской медицинской академии (Узбекистан).

В результате исследований, проведённых в мире, по улучшению результатов хирургического лечения у больных с полиповидными образованиями ЖКТ, получен ряд научных результатов, в том числе: определено, что IFP поражает больных на 5-м десятилетии жизни, хотя известны случаи больных от 4 до 84 лет, обычно поражает желудок, а точнее антральный отдел желудка, но может обнаруживаться по всему ЖКТ (First Department of Surgery, Laiko General Hospital, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece); выявлено, что несмотря на схожие молекулярные изменения с колоректальными и другими аденоматозными поражениями-предшественниками в желудочно-кишечном тракте, IFP редко прогрессируют до поздней стадии неоплазии желудка (дисплазия высокой степени или аденокарцинома), и их роль в онкогенезе желудка остается неясной, но, вероятно, ограниченной (Department of Laboratory Medicine and Pathology, University of Washington, Washington, USA); установлено, что ворсинчатые аденомы представляют собой сидячие разрастания, выстланные диспластическим железистым эпителием, риск злокачественного новообразования которых особенно высок (до 50%) при размерах более 2 см., большой размер, содержание ворсинок и дистальное расположение связаны с тяжелой дисплазией при колоректальных аденомах (Department of Surgery, Maulana Azad Medical College, New Delhi, India); установлено, что эндоскопическая резекция слизистой оболочки является простым в использовании вариантом лечения поверхностных колоректальных поражений, включая поражения  $\geq 20$  мм (Santa Casa Hospital, Departamento de Gastroenterologia e Endoscopia, Porto Alegre, RS, Brasil); установлено, что

причина IFP в значительной степени неизвестна, хотя вероятными причинами предполагаются инфекционные, аутоиммунные или аллергические механизмы, гистологически IFP характеризуется подслизистой пролиферацией веретенообразных клеток со смешанной воспалительной инфильтрацией, но преимущественно эозинофилами (Rafeh Saeed, Department of Academic Surgery, University Hospital Waterford/University College Cork, Waterford, Ireland); доказано, что одиночный полип Пейтца-Егерса определяется как уникальный гамартоматозный полип, имеющий те же гистологические особенности, что и полипы синдрома Пейтца-Егерса, без сопутствующего полипоза кишечника, кожно-слизистой пигментации и семейного анамнеза синдрома Пейтца-Егерса, одиночный полип Пейтца-Егерса в желудке встречается крайне редко (Department of Gastroenterology, Mohamed Tahar Maamouri Hospital, Nabeul, Tunisia); доказано, что роботизированная колоноскопия (RC), представляющая собой самоходную платформу с пневматическим приводом (Endotics System®), способна исследовать толстую кишку с целью уменьшения боли и дискомфорта, при этом частота обнаружения полипов (PDR) - 40%, частота обнаружения аденомы (ADR) - 26,7% (Department of Emergency Surgical Endoscopy, Borgo Trento Hospital, Verona, Italy).

В настоящий период в мире наиболее актуальными исследованиями абдоминальной хирургии продолжают оставаться разработка и внедрение альтернативных методов хирургического лечения полиповидных образований ЖКТ. К сожалению, этиология IFP до сих пор неизвестна, но на основании широкого диапазона зарегистрированных размеров полипов и их бессимптомного характера можно предположить, что IFP демонстрирует длительный и медленный рост. В течение этого длительного периода времени гистология IFP может измениться. Меньшие поражения имеют более выраженное распределение веретенообразных клеток, и по мере того, как поражение становится больше, архитектура ткани меняется в зависимости от различных существующих типов; более того, разные гистологические типы могут сосуществовать в пределах одного и того же IFP. Хотя IFP желудка традиционно лечатся хирургическим путем, эндоскопическая резекция в настоящее время становится безопасным и эффективным методом лечения. Дальнейший поиск в этом направлении несомненно улучшит современное представление о возможностях эндоскопического лечения полипов и позволит изучить проблему хирургического лечения данной патологии с новых позиций.

**Степень изученности проблемы.** Проблема хирургического лечения больных с полипами как верхнего, так и нижнего этажа ЖКТ остается актуальной, а вопросы выбора альтернативной хирургической тактики и рационального метода оперативного вмешательства еще далеки от окончательного решения. Такие достижения, как NBI, хромоэндоскопия, эндоскопическая резекция слизистой оболочки, эндоскопическая диссекция подслизистой оболочки являются инструментами, которые могут улучшить лечение доброкачественных и ранних злокачественных полипов. Полипы

слизистой оболочки ЖКТ определяются как просветные выступы над плоскостью прилегающей слизистой оболочки независимо от ее гистологического типа. Полипы верхнего отдела ЖКТ обычно обнаруживаются случайно во время эзофагогастродуоденоскопии, а их распространенность оценивается от 0,5 до 23% от всех проведенных исследований. Некоторые новообразования могут иногда проявляться кровотечением, анемией или обструкцией<sup>5</sup>. Образования на слизистой верхнего отдела ЖКТ в большинстве случаев доброкачественные (>85%) и относятся к гиперпластическим полипам и полипам фундальных желез, которые имеют низкий риск малигнизации. За ними следуют аденомы и другие гистологические типы, потенциал злокачественности которых варьирует от 6,8 до 55,3%. Около 90% полипов желудка имеют диаметр менее 1 см, при этом частота возникновения дисплазии составляет 1,68%, а уровень злокачественной трансформации <1%<sup>6</sup>. Другой самой частой локализацией полиповидных образований слизистой оболочки является толстая кишка, при этом данная патология имеет особое значение в плане риска развития колоректального рака (КРР). Среди наиболее частых вариантов выделяют гиперпластические полипы, аденомы и зубчатые образования. Уровень распространенности гиперпластических полипов при колоноскопических исследованиях обычно составляет от 10% до 15%, но в определенных группах населения может достигать 30%. Распространенность традиционных зубчатых аденом толстой кишки (средний размер около 15 мм) составляет менее 1% при скрининговой колоноскопии<sup>7</sup>. При этом колоректальный рак (КРР) остается второй по значимости причиной смертности от рака во всем мире, с риском развития на протяжении жизни примерно от 4% до 5%<sup>8</sup>. Скрининг КРР и удаление предраковых аденом толстой кишки приводит к снижению заболеваемости и смертности примерно на 50%. Большинство колоректальных полипов - это небольшие, доброкачественные образования, однако в 10-15% случаев полипы классифицируются как «сложные», то есть которые технически сложны для эндоскопической резекции из-за их размера (> 20 мм), морфологии или локализации (илеоцекальный клапан, аппендикулярное отверстие, зубчатая линия)<sup>9</sup>.

Большинство рекомендаций направлены на удаление полиповидных образований размером более 5 мм. Биопсия не может полностью исключить дисплазию и малигнизацию, поэтому после полного удаления образования

---

<sup>5</sup>Barbosa SHB, Lazaro GCF, Franco LM, Valenca JTJ, Nobre SMA, Souza M. Agreement between different pathologists in histopathologic diagnosis of 128 gastric polyps. *Arq Gastroenterol.* 2017;**54**(3):263–266. doi:10.1590/s0004-2803.201700000-29

<sup>6</sup>Santos CEOD, Nader LA, Scherer C, Furlan RG, Sanmartin IDA, Pereira-Lima JC. Small as well as large colorectal lesions are effectively managed by endoscopic mucosal resection technique. *Arq Gastroenterol.* 2022 Jan-Mar;**59**(1):16-21. doi: 10.1590/S0004-2803.202200001-04.

<sup>7</sup>Bettington M, Walker N, Rahman T, et al. High prevalence of sessile serrated adenomas in contemporary outpatient colonoscopy practice. *Intern Med J* 2017;**47**(3):318–23.

<sup>8</sup>Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2021;**71**(3):209–49.

<sup>9</sup>Mann R, Gajendran M, Umopathy C, Perisetti A, Goyal H, Saligram S, Echavarria J. Endoscopic Management of Complex Colorectal Polyps: Current Insights and Future Trends. *Front Med (Lausanne)* 2021;**8**:728704.

следует провести тщательное патологоанатомическое исследование с морфологической верификацией и оценкой качества резекции. Выявления предраковых полипов толстой кишки относится к глобальной проблеме, так как риск развития КРР в течение жизни остается примерно от 4% до 5%. Методы лечения полиповидных образований включают клипирование, холодную эксцизию, электрокоагуляцию, эндоскопическую резекцию слизистой оболочки (EMR), эндоскопическую подслизистую диссекцию (ESD) и др. Вероятность полного удаления полипов зависит от их размеров и метода эксцизии, в частности при диаметре 6-20 мм этот показатель достигает 81,6% при холодном удалении и 94,1-95,5% при холодной или тепловой резекции<sup>10</sup>. По другим данным частота резекций единым блоком колеблется от 44,5 до 63% для EMR и от 87,9% до 96% для ESD. Эндоскопическая подслизистая диссекция имеет более высокий уровень полной резекции, чем остальные варианты, но при этом увеличивается риск кровотечения и перфорации. Ключевое значение в эндоскопическом лечении поверхностных образований ЖКТ имеет правильная диагностика и снижение риска проведения этих вмешательств. Удаление таких образований связано с немалым риском осложнений и должно выполняться специально обученными эндоскопистами. Среди основных осложнений, развивающихся как во время вмешательства, так и в ранний период выделяют кровотечение и перфорацию. Частота ранних постманипуляционных кровотечений колеблется от 0% до 6,3%, перфораций 0-6%<sup>11</sup>. Проведение вмешательства в колоректальной зоне технически сложнее, чем в верхних отделах ЖКТ, что отражается на более высокой вероятности осложнений и рецидивирования полипов. Частота рецидивов полипов может достигать 32,1%. Даже после полной резекции путем эндоскопической резекции или диссекции рецидивы встречаются у 2,4-12,2% пациентов вследствие неполного удаления. Локальный рецидив после резекции полипов возникает в 3% случаев при удалении *единым блоком* и в 20% при фрагментарных резекциях. До сих пор недостаточно исследований по оценке преимуществ и недостатков различных методов удаления полипов. Соответственно, вопрос об улучшении эффективности эндоскопического лечения полиповидных образований требует дальнейшего изучения. Это касается как правильного выбора эндоскопических методов, так и способов удаления образований.

Таким образом, вопрос эндоскопического лечения полипов все еще остается открытым. Проведенный анализ литературы, касающейся теоретических аспектов и клинического опыта применения технологий совершенствования современных хирургических вмешательств, тактические аспекты, связанные с выбором наиболее рационального метода ликвидации полиповидных образований ЖКТ, расширение показаний к

---

<sup>10</sup>Jiang Q, Yan X, Wang D, Zhang S, Zhang Y, Feng Y, Yang A, Wu D. Endoscopic mucosal resection using cold snare versus hot snare in treatment for 10-19 mm non-pedunculated colorectal polyps: protocol of a non-inferiority randomised controlled study. *BMJ Open*. 2023 May 22;13(5):e070321. doi: 10.1136/bmjopen-2022-070321.

<sup>11</sup>Yanai Y, Yokoi C, Watanabe K, Akazawa N, Akiyama J. Endoscopic resection for gastrointestinal tumors (esophageal, gastric, colorectal tumors): Japanese standard and future prospects. *Glob Health Med*. 2021 Dec 31;3(6):365-370. doi: 10.35772/ghm.2020.01116.

роботизированным операциям, свидетельствует о том, что решение этой проблемы является одним из приоритетных направлений хирургии. При этом практически не изученными остаются вопросы, касающиеся дифференцированного подхода к выбору хирургического лечения в зависимости от размеров, локализации и морфологии полипов. Для решения столь актуальной проблемы с учетом накопленного за последние десятилетия клинического опыта, необходимо разработать новые пути совершенствования методов хирургического лечения больных с полиповидными и непалиповидными образованиями ЖКТ и усовершенствовать алгоритм хирургической тактики дифференцированного лечения данной категории пациентов. В свете вышеуказанного необходимы дальнейшие исследования по совершенствованию известных и разработке новых способов хирургического лечения этой патологии.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Ташкентского государственного стоматологического института ИЛ-5221091389 «Разработка отечественных технологий применения раневых покрытий для профилактики осложнений в абдоминальной хирургии» (2022-2025гг).

**Целью исследования** является улучшение результатов хирургического лечения поверхностных полиповидных новообразований желудочно-кишечного тракта за счет совершенствования метода эндоскопического удаления с применением диодного лазера.

**Задачи исследования:**

определить в эксперименте оптимальную концентрацию гелевой субстанции для проведения подслизистой инъекции и создания адекватного лифтинга слизистой оболочки ЖКТ;

уточнить параметры лазерного воздействия для прецизионной резекции слизистой оболочки ЖКТ для создания гелевой подслизистой подушки;

провести морфологические исследования для верификации локальных особенностей гистоструктуры при лазерном иссечении слизистой оболочки на гелевом лифтинге;

разработать способ эндоскопического удаления поверхностных новообразований слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, основанного на применении диодного лазера;

провести клинические исследования по оценке эффективности предложенного способа в ближайший период после эксцизии поверхностных новообразований образований верхнего отдела ЖКТ;

оценить клиническую эффективность предложенного способа в ближайший период после эксцизии поверхностных новообразований слизистой оболочки толстой кишки;

изучить общую результативность предложенной методики эндоскопической эксцизии поверхностных новообразований желудочно-кишечного тракта.

**Объектом исследования** явился ретроспективный анализ результатов эндоскопического лечения поверхностных новообразований слизистой ЖКТ у 246 пациентов, у которых было удалено 352 образования, проспективное же исследование проведено в основной группе - 214 пациентов, у которых было удалено 319 образований с применением предложенного способа. Эндоскопические вмешательства были проведены в ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова» (43 пациента) и в частной клинике «ENDOMED+» (417 пациентов) за период с 2019 по 2023 годы.

**Предмет исследования** составляет анализ эффективности разработанного способа эндоскопического удаления поверхностных новообразований слизистой оболочки ЖКТ с применением высокоэнергетического лазерного воздействия и подслизистого введения комбинации гемостатического и антисептического средства в форме геля.

**Методы исследования.** Для достижения цели исследования и решения поставленных задач были применены общеклинические, экспериментальные, морфологические и статистические методы исследований.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

разработан способ эндоскопического удаления поверхностных полиповидных и неполиповидных новообразований желудочно-кишечного тракта, технические особенности которого направлены на снижение риска специфических последствий эксцизии, а также локального рецидивирования патологии;

определено, что для проведения достаточного лифтинга слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта с целью последующего удаления полиповидного образования оптимальным является применение 4-5% геля, полученного при растворении порошка Хемобен в 0,1% растворе метиленовой сини;

доказано, что при проведении предложенного способа лазерной эксцизии с формированием гелевого лифтинга слизистой оболочки существенно снижается риск повреждения глубже лежащих слоев желудка или толстой кишки, не наблюдается образование инфицированных язв и некротического налета, а полное рассасывание геля происходит в течение 5-7 дней;

определено, что формирование валика под слизистой оболочкой в зоне эксцизии поверхностных новообразований путем инъекции предложенной комбинированной гелевой субстанции обеспечивает локальный гемостатический, противовоспалительный и регенеративный эффекты, а также улучшает контроль над зоной вмешательства;

доказано, что предложенный способ эндоскопической эксцизии с применением высокоэнергетического лазерного воздействия характеризуется увеличением радикальности удаления поверхностных новообразований независимо от локализации, формы и размеров его ножки.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

доказано в эксперименте, что в 4-5% концентрации гелевая композиция при подслизистой инъекции не расплывается, позволяет создать достаточный

лифтинг и четко отграничить пределы выполнения лазерной хирургической манипуляции;

определено, что предложенный способ эндоскопического удаления поверхностных полиповидных и неполиповидных новообразований желудочно-кишечного тракта увеличивает безопасность и качество выполнения манипуляции, обеспечивает снижение частоты развития локальных осложнений;

обоснована возможность применения предложенного способа эксцизии поверхностных новообразований слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта независимо от их локализации, размеров, формы и особенностей морфоструктуры неопластического процесса;

доказано, что применение инъекции под слизистую оболочку в зоне эксцизии поверхностных новообразований предложенного состава гелевой композиции снижает риск развития геморрагических осложнений во время и в ближайший период после вмешательства;

установлено, что применение высокоэнергетического лазера, который обладает меньшей проникающей способностью чем электрокоагуляция, в совокупности с созданием валика в зоне эксцизии новообразования слизистой оболочки предупреждает риск повреждения мышечно-серозного слоя и соответственно перфорации органа;

доказано, что разработанный способ эндоскопического лечения поверхностных полиповидных и неполиповидных образований желудочно-кишечного тракта обеспечивает увеличение доли хороших ближайших и отдаленных результатов за счет снижения частоты специфических осложнений и риска формирования рецидива.

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

**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 расширение существующих представлений о морфологических изменениях слизистой желудочно-кишечного тракта при применении высокоэнергетического диодного лазера в совокупности с проведением подслизистой инъекции гелевой субстанции, включающей антисептическое и гемостатическое средства, при выполнении удаления поверхностных новообразований слизистой оболочки, что дало возможность дозировать деструкцию слизистой оболочки при эксцизии поверхностных новообразований, при этом отмечена высокая гемостатическая и противовоспалительная активность геля, способствующего скорейшей регенерации в зоне воздействия.

Практическая значимость исследования состоит в том, что на основании полученных результатов оптимизированы тактико-технические аспекты хирургического лечения полиповидных и неполиповидных новообразований желудочно-кишечного тракта, доказана эффективность предложенного способа эндоскопического удаления последних, что значительно снижает риск развития геморрагических осложнений во время и в ближайший период после вмешательства, а в совокупности обеспечивает увеличение доли хороших ближайших и отдаленных результатов за счет снижения частоты специфических осложнений и риска формирования рецидива.

**Внедрение результатов исследования в практику.** По результатам научного исследования по улучшению результатов хирургического лечения полиповидных и неполиповидных образований желудочно-кишечного тракта:

разработан способ эндоскопического удаления полипов желудочно-кишечного тракта (патент на изобретение Министерства юстиции Республики Узбекистан №IAP 7677 от 25 апреля 2024 года). Предложенный способ может применяться независимо от локализации, формы и размеров поверхностных полиповидных и неполиповидных образований желудочно-кишечного тракта;

разработаны методические рекомендации «Совершенствование метода эндоскопического удаления поверхностных полиповидных и неполиповидных образований желудочно-кишечного тракта», «Новый способ эндоскопического лечения поверхностных полиповидных образований толстой кишки». Предложенные рекомендации позволили улучшить результаты эндоскопического лечения больных с поверхностными новообразованиями слизистой верхнего отдела желудочно-кишечного тракта и толстой кишки;

полученные научные результаты внедрены в практику Ферганского многопрофильного медицинского центра (приказ №78 от 24.07.2024г.), Хорезмского многопрофильного медицинского центра (приказ №123/1-I от 12.08.2024г.), Ферганского многопрофильного медицинского центра (приказ №96 от 14.09.2024г.) Андижанского многопрофильного медицинского центра (приказ №70 от 20.09.2024г.) (Заключение научно-технического совета при Министерстве здравоохранения от 13 ноября 2024 г. №8/7). Внедрение результатов исследования в клиническую практику обеспечило увеличение доли хороших ближайших и отдаленных результатов эндоскопического лечения поверхностных полиповидных и неполиповидных образований желудочно-кишечного тракта за счет снижения частоты специфических осложнений и риска формирования рецидива.

**Апробация результатов исследования.** Результаты этого исследования обсуждались на 5 международных и 4 республиканских научно-практических конференциях.

**Опубликованность результатов исследования.** Всего по теме диссертации опубликовано 23 научных работ, в том числе 1 патент на изобретение, 2 методические рекомендации, 10 журнальных статей, 7 из которых в Республиканских и 3 в зарубежных журналах, рекомендованных

ВАК Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, обзора литературы, шести глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитированной литературы. Объем текстового материала составляет 234 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** диссертации обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, характеризуются объекты и предметы, показано соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологий Республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертационной работы **«Эволюция хирургии полиповидных новообразований желудочно-кишечного тракта»** приводится обзор литературных данных. Проанализированы такие вопросы как актуальность диагностики полипоза в профилактике развития рака ЖКТ, рассмотрены аспекты эндоскопической верификации особенностей этой патологии, современные классификации полиповидных и неполиповидных образований. Также раскрыты методы их эндоскопического лечения с обсуждением проблемных вопросов ближайших и отдаленных осложнений, рецидивов и обоснованием необходимости дальнейших исследований.

Во второй главе диссертации **«Характеристика экспериментального, клинического материала и примененных методов исследований»** приводятся материалы и методы исследования. В основу данной диссертационной работы положена разработка нового способа эндоскопического удаления поверхностных полиповидных образований слизистой оболочки ЖКТ, который направлен на снижение риска развития специфических осложнений и рецидива формирования этих образований. Исследование включает два направления: экспериментальное и клиническое. Экспериментальная часть посвящена изучению возможностей применения высокоэнергетического диодного лазера в совокупности с проведением подслизистой инъекции гелевой субстанции, включающей антисептическое и гемостатическое средства, при выполнении удаления поверхностных новообразований слизистой оболочки.

Клиническое исследование проведено в ретро-проспективном формате за период с 2019 по 2023 гг. Ретроспективный анализ составили результаты эндоскопического лечения поверхностных новообразований слизистой ЖКТ у 246 пациентов, у которых было удалено 352 образования. Проспективное исследование проведено в основной группе – 214 пациентов, у которых было удалено 319 образований с применением предложенного способа. Наибольшее число новообразований было удалено из желудка – 127 (51,6%) пациентов в

группе сравнения и 109 (50,9%) в основной группе, из пищевода удалено 3 (1,2%) и 4 (1,9%) новообразований соответственно, двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 4 (1,6%) и 5 (2,3%). Из толстой кишки новообразования удалены у 112 (45,5%) и 96 (44,9%) пациентов.

**Характеристика пациентов с поверхностными неопластическими поражениями верхнего отдела ЖКТ.** Поверхностные образования локализовались в верхнем отделе ЖКТ (пищевод, желудок и ДПК) в группе сравнения у 134 (54,5%) пациентов (удалено – 182 образования) и в основной группе у 118 (55,1%) больных (удалено 167 образований) (табл. 1).

**Таблица 1**

**Локализация и размеры образований в верхнем отделе ЖКТ (из числа образований)**

Локализация	Размер (см)						Итого	
	до 0,5	0,5-1,0	1,1-2,0	2,1-2,5	2,6-3,0	>3,0	абс.	%
<b>Группа сравнения</b>								
Н/3 пищевода	1	2					3	1,6%
Фундальный отдел желудка	7	28	7	2	1		45	24,7%
Тело желудка	6	31	11	1			49	26,9%
Антральный отдел желудка	8	39	5	2	1	1	56	30,8%
Несколько отделов желудка	10	13	2				25	13,7%
Двенадцатиперстная кишка	2	2					4	2,2%
ВСЕГО (абс)	34	115	25	5	2	1	182	100,0%
ВСЕГО (%)	18,7%	63,2%	13,7%	2,7%	1,1%	0,5%		
<b>Основная группа</b>								
Н/3 пищевода	1	3					4	2,4%
Фундальный отдел желудка	6	28	3	2	1		40	24,0%
Тело желудка	4	26	10	3	1		44	26,3%
Антральный отдел желудка	4	30	11	2	2	2	51	30,5%
Несколько отделов желудка	7	14	2				23	13,8%
Двенадцатиперстная кишка	2	3					5	3,0%
ВСЕГО (абс)	24	104	26	7	4	2	167	100,0%
ВСЕГО (%)	14,4%	62,3%	15,6%	4,2%	2,4%	1,2%		

Средний размер образований в группе сравнения составил  $0,9 \pm 0,6$  см, в основной группе  $1,0 \pm 0,7$  см ( $t=1,60$ ;  $p>0,05$ ).

Морфологическая форма при эндоскопическом обследовании определялась согласно Парижской эндоскопической классификации поверхностных неопластических поражений (2002). В большинстве случаев удалены полиповидные образования (0-Ip, 0-Is) – 170 (93,4%) в группе сравнения и 149 (89,2%) в основной группе. Неполиповидные слегка приподнятые (выступающие) поверхностные образования (0-IIa) удалены в 12 (6,6%) и 18 (10,8%) случаев соответственно.

Эндоскопические вмешательства в группе сравнения включали холодное удаление биопсийными щипцами – 16 (8,8%) образований, холодное удаление петлей – 26 (14,3%), тепловое удаление электроэксцизией – 94 (51,6%), EMR

– 25 (13,7%) случаев и диссекцию в подслизистом слое (ESD) – 21 (11,5%). В основной группе применен новый метод эндоскопической эксцизии, при этом тепловое удаление путем лазерной эксцизии выполнено в 90 (53,9%) случаях, EMR – 42 (25,1%) и ESD – 35 (21,0%) случаев.

**Характеристика пациентов с поверхностными неопластическими поражениями толстой кишки.** В данную подгруппу включены пациенты с поверхностными образованиями в толстой кишке, в группе сравнения - 112 пациентов (удалено – 170 образований) и в основной группе - 96 больных (удалено 152 образования) (табл. 2).

**Таблица 2**

**Локализация и размеры образований в толстой кишке (из числа образований)**

Локализация	Размер (см)						Итого	
	до 0,5	0,5-1,0	1,1-2,0	2,1-2,5	2,6-3,0	>3,0	абс.	%
<b>Группа сравнения</b>								
Слепая кишка	4	3	5	9	2	0	23	13,5%
Восходящая кишка	3	7	6	15	5	1	37	21,8%
Поперечно-ободочная кишка	2	5	8	10	4	2	31	18,2%
Нисходящая кишка	2	1	2	4	1	0	10	5,9%
Сигмовидная кишка	3	7	8	34	6	1	59	34,7%
Прямая кишка	2	2	3	3	0	0	10	5,9%
ВСЕГО (абс)	16	25	32	75	18	4	170	100,0%
ВСЕГО (%)	9,4%	14,7%	18,8%	44,1%	10,6%	2,4%		
<b>Основная группа</b>								
Слепая кишка	3	2	4	6	2	0	17	11,2%
Восходящая кишка	4	6	7	16	4	1	38	25,0%
Поперечно-ободочная кишка	1	5	7	10	4	2	29	19,1%
Нисходящая кишка	0	0	1	2	2	0	5	3,3%
Сигмовидная кишка	3	7	8	31	6	1	56	36,8%
Прямая кишка	1	2	2	2	0	0	7	4,6%
ВСЕГО (абс)	12	22	29	67	18	4	152	100,0%
ВСЕГО (%)	7,9%	14,5%	19,1%	44,1%	11,8%	2,6%		

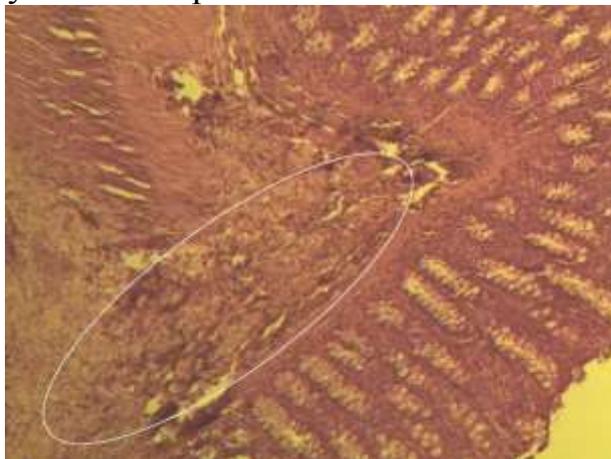
В 42 (24,7%) случаях удалены полиповидные образования типа 0-Is в группе сравнения и 39 (25,7%) в основной группе. Неполиповидные слегка приподнятые (выступающие) поверхностные образования (0-IIa) удалены в 125 (73,5%) и 109 (71,7%) случаев соответственно, в 3 (1,8%) и 4 (2,6%) случаях удалены образования типа LST (латерально-распространяющееся образование).

Эндоскопические вмешательства в группе сравнения включали холодное удаление биопсийными щипцами – 16 (9,4%) образований, холодное удаление петлей – 34 (20%), тепловое удаление электроэксцизией – 58 (34,1%), EMR – 43 (25,3%) случая и ESD – 19 (11,2%). В основной группе применен новый метод эндоскопической эксцизии, при этом тепловое удаление путем лазерной

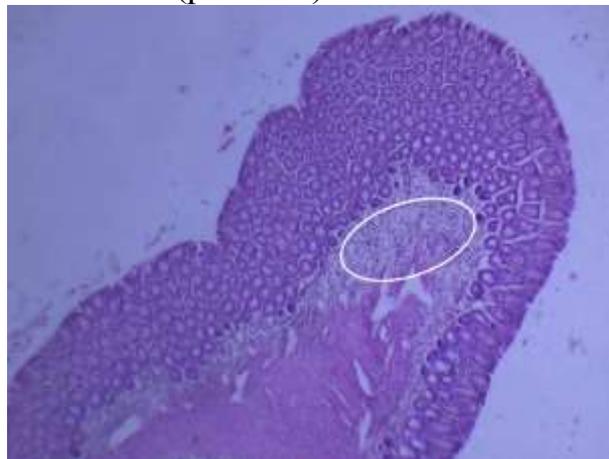
эксцизии выполнено в 72 (47,4%) случаях, EMR – 48 (31,6%) и ESD – 32 (21,1%) случая.

В третьей главе диссертации «**Эффективность подслизистого введения геля Хемобен при мукозэктомии из желудка**» изложена первая часть экспериментальных исследований. Первая часть экспериментальных исследований была посвящена изучению реакции тканей стенки желудка и толстой кишки на введение геля Хемобен. Результаты показали, что оптимальной концентрацией является применение 5% геля, который сохраняет свойства в течение 5-15 минут. Было установлено, что подслизистое введение 5% геля Хемобен на 0,1% растворе метиленовой сини позволяет сформировать подушку под слизистой оболочкой достаточной плотности, сохраняющую первоначальную форму в течение 30 минут. При этом в местах вкола иглы не наблюдается формирование гематомы или вытекания геля, отсутствовали признаки некроза слизистой, формирования эрозий или язв, что было отмечено в группе контроля.

Следующим этапом эксперимента проводилась мукозэктомия желудка с применением геля Хемобен. После формирования подушки выполнялась частичная резекция слизистой желудка с использованием высокоэнергетического лазерного излучения. В данной группе методика позволила прецизионно резецировать слизистую без кровотечения. Гелевая подушка препятствовала проникновению лазерного излучения за пределы подслизистого слоя. Заживление участков дефекта происходило в течение 7 суток без выраженного воспаления и осложнений (рис. 1-2).



**Рис. 1.** Гель в подслизистом слое, спавшиеся (спаянные) кровеносные сосуды среднего калибра, отек и дистрофия мышечных волокон. Микрофотография стенки желудка в опытной группе, 3 сутки. ГЭ. × 40.



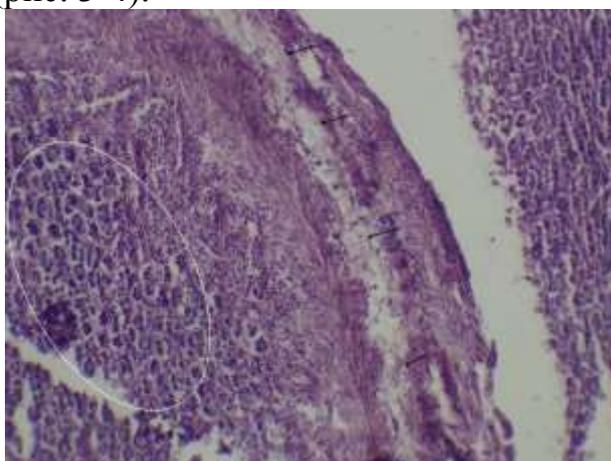
**Рис. 2.** Неровности рельефной поверхности соединительнотканной основы базальной мембраны (выделено белым), восстановлен рельеф ворсин слизистой оболочки, отсутствие патологических изменений. Желудок - опыт. 7-е сутки. ГЭ. × 40.

В контрольной группе животных, где использовался из 0,1% раствор МС, подушка не позволяла четко отграничить зону иссечения, быстро рассасывалась и не давала ощутимый гемостатический эффект, а при лазерном воздействии не давала возможности полностью предохранить от

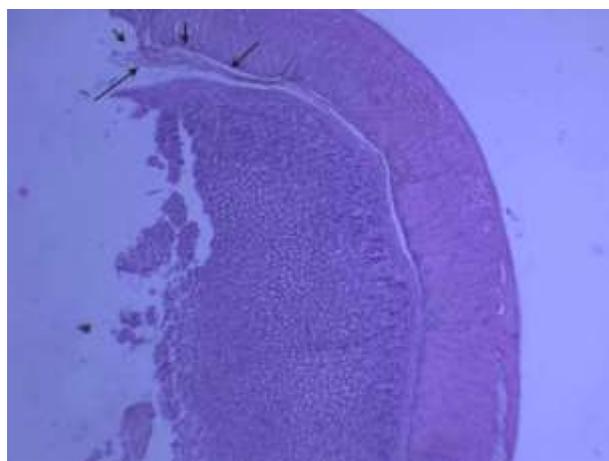
проникновения лазерного излучения в глубокие слои стенки желудка, что привело у четверти животных к развитию некроза серозной стенки и гнойно-септических осложнений.

В четвертой главе диссертации «**Экспериментальная оценка эффективности подслизистого введения геля Хемобен при полипэктомии из толстой кишки**» изложена вторая часть экспериментальных исследований.

На основе полученных результатов было сделано заключение, что использование хирургического лазера в сочетании с формированием лифтинга слизистой предложенным вариантом гелевой субстанции приводит к существенному снижению воспалительной реакции и ускорению процесса заживления, при этом морфологически установлено сохранение целостности серозного слоя и подслизистых сосудов, минимизация риска образования инфицированных язв и некротического налета, рассасывание геля к 7 суткам (рис. 3-4).



**Рис. 3. Атрофия ворсинок (выделено белым), гель в подслизистом слое, отсутствие нейтрофильной инфильтрации. Толстая кишка, 3-и сутки после операции с использованием лазера и геля. ГЭ. × 40.**



**Рис. 4. Разволокнение соединительнотканной структуры базальной мембраны (указано стрелками). Отсутствие геля в подслизистом пространстве. Восстановление слизистой оболочки. 7-е сутки. Опыт. ГЭ. × 40.**

В группе контроля при лазерном воздействии использование водяной подушки из 0,1% раствора метиленовой сини не давало возможности полностью предохранить от проникновения лазерного излучения в глубокие слои стенки толстой кишки, заживление участков дефекта происходило существенно медленней. Наблюдалось образование инфицированных язв и некротического налета, а также имело место гнойно-некротическое воспаление окружающей кишку клетчатки с септическими осложнениями.

Заключительной частью эксперимента послужило проведение эндоскопической резекции слизистой желудка и толстой кишки у минисвинок весом 12-14 кг. Сформированная подушка четко визуализировалась, слизистая поднималась на 5-6 мм, что облегчало выполнение мукозэктомии. Лазерное иссечение протекало без признаков кровотечения, подслизистый слой хорошо визуализировался и гель предохранял повреждение серозного слоя желудка

лазерным излучением. Наблюдение в динамике показало, что после рассасывания геля слизистая желудка смыкается, тем самым улучшается процесс заживления дефекта.

В пятой главе диссертации «Совершенствование способа эндоскопического удаления поверхностных полиповидных и неполиповидных образований желудочно-кишечного тракта» изложены технические аспекты предложенного метода. Поставленная задача решена тем, что способ эндоскопического удаления полипов ЖКТ выполняют следующим образом (рис. 1, 2):



**Пункция подслизистого слоя**



**Инъекция гелевой композиции**



**Инъекция до образования подслизистой подушки**



**Лазерная диссекция основания полипа**



**Основание удаленного полипа после лазерной диссекции**



**Основание удаленного полипа после лазерной диссекции без тромбов**

**Рис. 1. Этапы выполнения удаления полипа желудка**



**Начало инъекции гелевой композиции**



**Лифтинг полипа после инъекции**



**Начало эксцизии**



**Слизистая в зоне удаленного образования**

**Рис. 2. Этапы выполнения удаления полипа сигмовидной кишки**

- В зависимости от локализации образования выполняют осмотр зоны интереса, идентифицируют полип.
- Подготавливают стерильный гель, для чего 1,0 г порошкообразной композиции НЕМОВЕН смешивают с 20 мл 0,1% раствора метиленовой сини при постоянном помешивании в течении 1 минуты.
- Сразу же после перемешивания (чтобы избежать загустения) полученный гель вводят в подслизистый слой в область основания полипа посредством эндоскопического игольчатого инъектора из расчета 1,0 мл геля на площадь диаметром 10 мм с формированием валика в слизистой оболочке, который распространяется на 5-7 мм за пределы основания полипа.
- Производят иссечение полипа вместе с окружающей здоровой тканью слизистой оболочки до подслизистого слоя, отступя от основания ножки полипа на 2-3 мм, путем использования диодного лазера системы Gbox (GIGAA) с длиной волны 1470 нм, мощностью до 10 Вт в импульсном режиме с частотой 2-5 Гц и площадью пятна до 2 мм.
- После иссечения полипа с основанием для смыкания краев дефекта в слизистой оболочке в подслизистый слой вдоль дефекта с двух сторон

повторно вводят 0,5 мл геля Хемобен (полученного в результате смешения 1,0 г порошкообразной композиции Хемобен и 20 мл 0,1% раствора метиленовой сини).

- Окончательная ревизия зоны вмешательства и окончание эндоскопической манипуляции.

Преимущества способа: достигается полный и стойкий гемостаз; предупреждается риск повреждения мышечно-серозного слоя желудка, тем самым снижается риск перфорации органа; достигается радикальность удаления полипа независимо от формы его ножки; используется высокоэнергетический лазер, который обладает меньшей проникающей способностью в сравнении с электрокоагуляцией, а также ИК-лазерами с излучением в диапазоне 980-1,06мкм. Следовательно, обладает более щадящими свойствами.

В шестой главе диссертации представлены **«Результаты эндоскопических вмешательств при поверхностных новообразованиях верхнего отдела желудочно-кишечного тракта»**. В группе сравнения доля выполненных полипэктомий единым блоком составила 69,8%, соответственно по фрагментам было удалено 55 полипов. В основной группе с учетом выполнения новой методики эксцизии этот показатель составил 82,6% - единым блоком и 17,4% фрагментарно. При полипах до 1 см в группе сравнения из 149 образований единым блоком были удалены 112 (75,2%), тогда в основной группе в 114 из 128 случаев (89,1%). При образованиях более 1 см это соотношение составило 45,5% против 61,5%.

Наиболее частым осложняющим фактором эндоскопических вмешательств при удалении образований слизистой является кровотечение. Предложенная методика за счет гемостатического компонента позволила снизить частоту этих проявлений. Так, если рассматривать только клинически значимые проявления геморрагического синдрома, то есть потребовавшие проведения дополнительных гемостатических мероприятий, то во время манипуляции их было 12 (6,6%) в группе сравнения и ни одного в основной группе. В раннем периоде после эксцизии отсроченные кровотечения развились в 6 (3,3%) случаях в группе сравнения и только в 1 (0,6%) случае в основной группе.

Общая частота клинически значимых осложнений, которые по классификации Clavien-Dindo были отнесены к 2, 3а и 3б степени, приведена в табл. 3.

**Таблица 3**

**Частота осложнений после эндоскопического удаления образований (из числа пациентов)**

Осложнение	Группа сравнения		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Кровотечение	6	4,5%	1	0,8%
Перфорация	1	0,7%	0	0,0%
Постполипэктомический электрокоагуляционный синдром	3	2,2%	0	0,0%
Без осложнений	124	92,5%	117	99,2%
Итого	134	100,0%	118	100,0%
Разница ( $\chi^2$ )	6,578; df=1; p=0,011			

В наших исследованиях в группе сравнения в 57 случаях не удалось провести точную морфологическую верификацию. При этом в основной группе за счет применения лазерной эксцизии с предварительным формированием подслизистой имбибиции доля морфологически неустановленных вариантов полипов составила всего 15,6%. Гиперпластический характер был идентифицирован в 64,8% случаев в группе сравнения и 61,7% в основной группе. Полипы фундальных желез составили 18,4% и 19,9%. Аденоматозный тип полипов был определен в 16,8% и 18,4% случаев. Малигнизация определена в 4 и 6 случаев.

При морфологическом исследовании различная степень дисплазии выявлена в 16,8% случаев в группе сравнения и 17,7% случаев в основной группе. Малигнизация образований была определена всего в 10 случаях (4 в группе сравнения и 6 в основной группе). С учетом верификации малигнизации было предложено оперативное лечение, однако последнее было выполнено только у 3 пациентов (субтотальные резекции желудка), остальные больные от операции воздержались и наблюдались в динамике.

Комплекс реабилитации пациентов после эндоскопических эксцизий был равнозначным в обеих группах. Отмечено, что средний койко-день после эндоскопических вмешательств составил  $3,5 \pm 1,2$  суток в группе сравнения и  $3,1 \pm 0,9$  суток в основной группе ( $t=2,90$ ;  $p<0,05$ ).

Отдаленные результаты с учетом первого опыта клинического применения нового способа были прослежены в сроки от 6 до 18 месяцев. Из группы сравнения прослежено 109 больных, в основной группе 98. В группе сравнения у 82,6% пациентов во время контрольного исследования рецидивов не отмечено, однако в 19 (17,4%) случаях верифицированы рецидивы развития поверхностных новообразований. В основной группе рецидив был выявлен только у 3 пациентов.

В зависимости от исходных размеров удаленных новообразований частота рецидива также была различной. Так, при полипах до 1 см в группе сравнения рецидив был определен в 7,8% случаев, в основной группе в 0,9% случаев (табл. 4). При полипах 1-2 см частота рецидива составила 33,3% против 4,5%. При полипах более 2,0 см - 60% и 8,3%.

**Таблица 4**

**Рецидив развития новообразований в зависимости от исходных размеров образований (из числа образований)**

Размер полипа	Группа сравнения			Основная группа			$\chi^2$ (df=1)	
	n	Рецидив	%	n	Рецидив	%	Значение	p
До 1 см	128	10	7,8%	109	1	0,9%	6,324	0,012
1,0-2,0 см	18	6	33,3%	22	1	4,5%	5,683	0,018
>2,0 см	5	3	60,0%	12	1	8,3%	5,236	0,023
Всего	151	19	12,6%	143	3	2,1%	11,663	<0,001
Без рецидивов	151	132	87,4%	143	140	97,9%		

Другим фактором риска развития рецидива является вариант удаления образований. В группе сравнения доля рецидива при удалении единым блоком составила 5,0% в группе сравнения, в основной группе 0,9%. Фрагментированное удаление повысило эти показатели до 28,0% и 7,7% случаев. Обобщая все результаты лечения можно отметить следующее. В нашем исследовании к хорошим мы отнесли результаты, которые исключали развитие ближайших осложнений после манипуляции и рецидивов образования полипов. Удовлетворительными считались результаты, при которых не отмечено рецидивов патологии, но имели место какие-либо клинически значимые осложнения, разрешенные консервативно (постполипэктомический электрокоагуляционный синдром) или повторным эндоскопическим вмешательством (отсроченные кровотечения) (степень 2-3а по Clavien-Dindo). Неудовлетворительными считались результаты, когда в отдаленном периоде отмечены рецидивы формирования новообразований. Если рассматривать когорту только прослеженных в отдаленном периоде пациентов, то доля хороших результатов в группе сравнения составила 73,4% (у 20 из 109 больных), удовлетворительных – 8,3% (9) и неудовлетворительных – 18,3% (20). В основной группе результаты соответствовали хорошим в 95,9% (у 94 из 98 пациентов) случаев, удовлетворительным в 1,0% (1) и неудовлетворительным в 3 (3,1%) случаев ( $\chi^2=19,562$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ).

В седьмой главе диссертации представлены **«Результаты эндоскопических вмешательств при поверхностных новообразованиях слизистой толстой кишки»**. В группе сравнения доля эксцизий единым блоком составила 57,1% (при 97 из 170 полипов), соответственно по фрагментам было удалено 73 (42,9%) полипа. В основной группе с учетом выполнения новой методики эксцизии этот показатель составил 70,4% - единым блоком (при 107 из 152 полипах) и 45 (29,6%) – фрагментарно. При полипах до 1 см в группе сравнения единым блоком были удалены 29, в основной группе в 29 случаях. При образованиях более 1 см в 52,7% и 66,1% случаев.

При выполнении эксцизий признаков кровотечения не отмечено в 71 (41,8%) случаев в группе сравнения и при 108 (71,1%) вмешательствах в основной группе. Клинически значимые проявления геморрагического синдрома во время манипуляции были в 4,7% случаев в группе сравнения и ни одного в основной группе. В раннем периоде после эндоскопической эксцизии отсроченные кровотечения после удаления полипов развились в 4 (2,4%) случаях в группе сравнения и только в 1 (0,7%) случае в основной группе.

Из 112 пациентов в группе сравнения помимо отсроченных кровотечений также был отмечен 1 (0,9%) случай развития постполипэктомического электрокоагуляционного синдрома. Без каких-либо осложнений было 107 (95,5%) пациентов в группе сравнения и 95 (99,0%) в основной группе.

В группе сравнения в отправленном на гистологическое исследование материале в 39 случаях не удалось провести морфологическую верификацию, в основной группе доля морфологически неустановленных вариантов полипов

составила всего 7,9%. Гиперпластический характер был идентифицирован в 36,6% случаев в группе сравнения и 32,9% в основной группе. Наиболее опасные с точки зрения малигнизации аденоматозный тип и зубчатые образования были определены в 48,9% и 14,5% случаев в группе сравнения и 50,7% и 16,4% в основной группе.

В отличие от удаленных образований из слизистой верхнего отдела ЖКТ при морфологическом исследовании препаратов из толстой кишки различная степень дисплазии была выявлена в 51,1% случаев в группе сравнения и 56,4% в основной группе. Малигнизация была определена в 3 случаях в группе сравнения и 4 в основной группе. Оперативное лечение при установленной малигнизации было выполнено только у 2 больных (правосторонняя гемокOLONэктомия), остальные больные от операции воздержались и наблюдались в динамике.

Средний койко-день после эндоскопических вмешательств на толстой кишке составил  $4,0 \pm 1,2$  суток в группе сравнения и  $3,4 \pm 1,0$  суток в основной группе ( $t=4,23$ ;  $p<0,05$ ).

Отдаленные результаты прослежены у 91 больного в группе сравнения и 80 в основной группе. В группе сравнения у 69 (75,8%) пациентов во время контрольного исследования рецидивов не отмечено, однако в 22 (24,2%) случаях верифицированы рецидивы развития поверхностных новообразований. В основной группе рецидив был выявлен только у 4 (5,0%) пациентов (табл. 5).

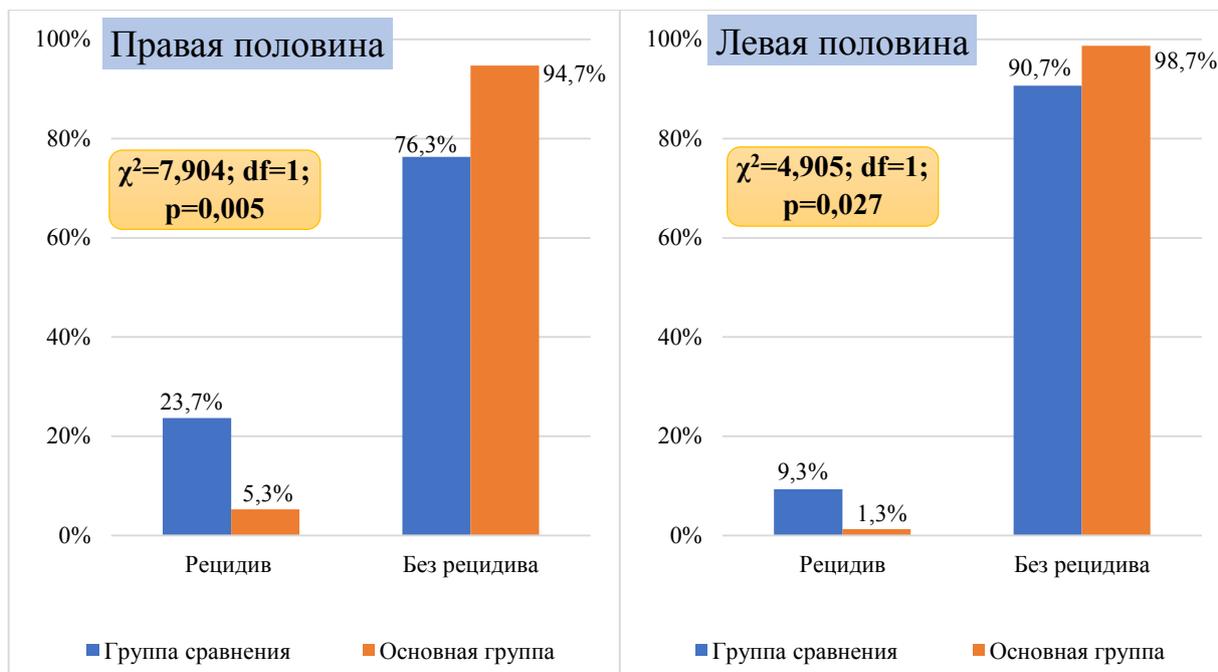
**Таблица 5**

**Рецидив развития новообразований в зависимости от исходных размеров образований (из числа образований)**

Размер полипа	Группа сравнения			Основная группа			$\chi^2$ (df=1)	
	n	Рецидив	%	n	Рецидив	%	Значение	p
До 1 см	26	1	3,8%	21	0	0,0%	0,825	0,364
1,0-2,0 см	26	2	7,7%	24	0	0,0%	1,923	0,166
>2,0 см	93	19	20,4%	88	4	4,5%	10,285	0,002
Всего	145	22	15,2%	133	4	3,0%	12,109	<0,001
Без рецидивов	145	123	84,8%	133	129	97,0%		

Также в группе сравнения из эксцизий полипов единым блоком доля рецидива составила 7,5%. В основной группе из 90 удаленных единым блоком образований рецидив был в 1 (1,1%) случае. Фрагментированное удаление повысило эти показатели до 24,6% и 7,0%.

В свою очередь риск рецидивов формирования поверхностных новообразований в толстой кишке зависел не только от их исходных размеров и варианта удаления, а также от локализации (рис. 4).



**Рис. 4. Рецидив развития новообразований в зависимости от локализации в левой или правой половине толстой кишки**

Обобщая результаты данной части исследований можно отметить следующее. Среди прослеженных в отдаленном периоде пациентов доля хороших результатов в группе сравнения составила 70,3%, удовлетворительных – 5,5% и неудовлетворительных – 24,2%. В основной группе результаты соответствовали хорошим в 93,8% случаев, удовлетворительным в 1,3% и неудовлетворительным в 5,0% случаев.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Результаты проведенных экспериментальных исследований позволили установить, что для формирования подушки для последующей резекции слизистой желудка и толстой кишки оптимальным является введение 4-5% геля, полученного при растворении порошка Хемобен в 0,1% растворе метиленовой сини, при этом в данной консистенции гель не расплывается, позволяет создать достаточный лифтинг слизистой и четко отграничить пределы выполнения лазерной хирургической манипуляции.

2. Экспериментальное иссечение слизистой желудка или толстой кишки с использованием лазерного излучения в диапазоне 1,56 мкм, мощностью 8 Вт и фокусировкой излучения позволяет прецизионно резецировать слизистую без кровотечения из сосудов подслизистого слоя, при этом гелевая подушка препятствует проникновению воздействия за пределы подслизистого слоя, а заживление дефекта происходит в течение 7-10 суток.

3. В контрольной группе животных, где использовался только 0,1% раствор метиленовой сини, подушка не позволяла четко отграничить зону оперативного вмешательства, быстро рассасывалась и не давала ощутимый гемостатический эффект, при этом созданный лифтинг не давал возможности полностью предохранить от проникновения лазерного излучения в глубокие

слои стенки желудка, что может привести к некрозу серозной оболочки и развитию послеоперационных гнойно-септических осложнений.

4. Морфологически установлено, что применение хирургического лазера в сочетании с лифтингом слизистой гелевой композицией обеспечивает не только контролируемое воздействие с минимизацией травмы глубжележащих тканей, но и благоприятные условия для заживления, что проявлялось наличием гемостатического, противовоспалительного и регенеративного эффекта, способствуя ускоренному восстановлению тканей без дополнительного воспаления или инфекции.

5. Отсутствие повреждений серозного слоя толстой кишки и крупных сосудов подслизистого слоя желудка в опытной группе, в отличие от контрольной, может указывать на более щадящий характер лазерного воздействия с предложенным вариантом лифтинга слизистой, при этом не наблюдалось образования инфицированных язв и некротического налета, а полное рассасывание геля происходило в течение 5-7 дней без оставления видимых следов или негативного воздействия на ткани, что подтверждает его эффективность и безопасность для использования в клинических условиях.

6. Техническими аспектами разработанного способа эндоскопического удаления поверхностных полиповидных и неполиповидных новообразований желудочно-кишечного тракта формирование валика под образованием путем инъекции предложенной комбинированной гелевой субстанции для обеспечения локального гемостатического эффекта, улучшения контроля над зоной вмешательства, а также применение высокоэнергетического лазерного воздействия для увеличения радикальности удаления независимо от локализации, формы и размеров образования.

7. За счет улучшения контроля за проведением манипуляции и качества ее выполнения разработанная методика лазерной эксцизии поверхностных полиповидных и неполиповидных новообразований верхнего отдела ЖКТ позволила выполнить R0-резекцию в 91,5% случаев (при полипах до 1,0 см – 96,3%, более 1,0 см – 88,6%), а при образованиях толстой кишки в 79,7% случаев (при полипах до 2,0 см – 91,7%, более 2,0 см – 76,9%).

8. Первая клиническая оценка эффективности предложенного способа эндоскопического удаления поверхностных новообразований верхнего отдела ЖКТ с учетом накопления опыта выполнения этих манипуляций показала, что данная методика увеличивает вероятность выполнения эксцизии единым блоком с 69,8% до 82,6% ( $p=0,006$ ), существенно снижает риск развития отсроченных геморрагических проявлений, требующих дополнительных манипуляций (с 3,3% до 0,6%), а также в целом обеспечила снижение общей частоты осложнений с 7,5% до 0,8% ( $p=0,011$ ), а также сокращение госпитального периода после вмешательства с  $3,5\pm 1,2$  до  $3,1\pm 0,9$  суток ( $p<0,05$ ).

9. Анализ отдаленных результатов эндоскопического удаления поверхностных новообразований верхнего отдела ЖКТ позволил определить, что эксцизия с применением диодного лазера за счет технических особенностей способа позволила снизить риск рецидива патологии с 17,4% до

3,1% ( $p < 0,001$ ), при этом данная тенденция отмечена как при удалении единым блоком (с 5,0% до 0,9%;  $p = 0,034$ ), так и при фрагментированной эксцизии (с 28,0% до 7,7%;  $p = 0,040$ ), в свою очередь в зависимости от исходных размеров полипов доля рецидивов сократилась с 7,8% до 0,9% при образованиях до 1 см ( $p = 0,012$ ), с 33,3% до 4,5% при образованиях 1-2 см ( $p = 0,018$ ) и с 60,0% до 8,3% при образованиях более 2 см ( $p = 0,023$ ).

10. Эндоскопическое удаление поверхностных полиповидных и неполиповидных новообразований слизистой толстой кишки по разработанной методике позволило увеличить вероятность выполнения эксцизии единым блоком с 57,1% до 70,4% ( $p = 0,014$ ), существенно снизить риск геморрагических проявлений, требующих дополнительных манипуляций как во время вмешательства (с 4,7% до 0%), так и отсроченных кровотечений в ближайший период (с 2,4% до 0,7%) ( $p = 0,012$ ), а также в целом общей частоты осложнений с 4,5% до 1,0%, при этом длительность госпитального периода после вмешательства сократилась с  $4,0 \pm 1,2$  до  $3,4 \pm 1,0$  суток ( $p < 0,05$ ).

11. Риск развития рецидивов после удаления поверхностных новообразований из толстой кишки зависит от таких факторов как размеры, способ удаления и локализация, при этом предложенная методика позволила сократить этот показатель по всей выборке с 24,2% до 5,0% ( $p < 0,001$ ), при удалении единым блоком - с 7,5% до 1,1% ( $p = 0,037$ ), фрагментированной эксцизии с 24,6% до 7,0% ( $p = 0,019$ ), размерах образований до 1 см с 3,8% до 0%, 1-2 см – с 7,7% до 0%, более 2 см – с 20,4% до 4,5% ( $p = 0,002$ ), в свою очередь при удалении образований из правой половины ободочной кишки частота рецидива патологии уменьшилась с 23,7% до 5,3% ( $p = 0,005$ ) и в левой части с 9,3% до 1,3% случаев ( $p = 0,027$ ).

12. Внедрение предложенного способа эндоскопического удаления полиповидных и неполиповидных новообразований в целом позволило увеличить долю хороших ближайших и отдаленных результатов при эксцизии полипов верхнего отдела ЖКТ с 73,4% до 95,9%, полипах толстой кишки с 70,3% до 93,8%, в свою очередь частота неудовлетворительных исходов сократилась с 18,3% до 3,1% ( $p < 0,001$ ) и с 24,2% до 5,0% ( $p < 0,001$ ) соответственно.

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

---

**TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE**

**YIGITALIYEV SARDOR KHUSANBOEVICH**

**IMPROVEMENT OF ENDOSCOPIC TECHNOLOGIES IN THE  
TREATMENT OF POLYPOID NEOPLASMS OF THE  
GASTROINTESTINAL TRACT**

**14.00.27 - Surgery**

**ABSTRACT OF DOCTORAL (DSc) DISSERTATION  
IN MEDICAL SCIENCES**

**ANDIJAN – 2024**

**The theme of doctoral (DSc) dissertation is registered at the Supreme Attestation Commission at the Ministry of higher education, science and innovation of the Republic of Uzbekistan under the number B2024.2.DSc/Tib1078.**

The dissertation is carried out at the Tashkent State Dental Institute.

The abstract of the dissertation is posted in three (Uzbek, Russian and English (resume)) languages on the website of Scientific Council ([www.adti.uz](http://www.adti.uz)) and Informational and Educational portal of “Ziyonet” ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

<b>Scientific consultant:</b>	<b>Ismailov Saidimurad Ibragimovich</b> doctor of medical sciences, professor
<b>Official opponents:</b>	<b>Bykov Mikhail Ilyich</b> doctor of medical sciences, professor <b>Egamov Yuldashali Suleymanovich</b> doctor of medical sciences, professor <b>Kasimov Adham Lutfillaevich</b> doctor of medical sciences, docent
<b>Leading Organization:</b>	<b>Grodno State Medical University (Republic of Belarus)</b>

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. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50; e-mail: [info@adti.uz](mailto:info@adti.uz)).

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

Abstract of the dissertation sent out on «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 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 (ANNOTATION OF DOCTORAL DISSERTATION)

**The aim of the research work** is to improve the results of surgical treatment of superficial polypoid and non-polypoid neoplasms of the gastrointestinal tract by improving the method of endoscopic removal using a diode laser.

**The object of the research work** was a retrospective analysis of the endoscopic treatment results of superficial neoplasms of the gastrointestinal mucosa in 246 patients in whom 352 formations were removed, while a prospective study was conducted in the main group - 214 patients in whom 319 formations were removed using the proposed method. Endoscopic interventions were performed in the State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after Academician V.Vakhidov" – 286 patients, as well as in private clinics for the period from 2019 to 2023.

**The scientific novelty of the research is as follows:**

a method of endoscopic removal of superficial polypoid and non-polypoid neoplasms of the gastrointestinal tract has been developed, the technical features of which are aimed at reducing the risk of specific consequences of excision, as well as local recurrence of pathology;

it was determined that in order to carry out sufficient lifting of the mucous membrane of the gastrointestinal tract in order to subsequently remove the polypoid formation, it is optimal to use 4-5% gel obtained by dissolving Chemoben powder in 0.1% methylene blue solution;

it is proved that when carrying out the proposed method of laser excision with the formation of gel lifting of the mucous membrane, the risk of damage to the underlying layers of the stomach or colon is significantly reduced, the formation of infected ulcers and necrotic plaque is not observed, and complete gel resorption occurs within 5-7 days;

it was determined that the formation of a roller under the mucous membrane in the excision zone of superficial neoplasms by injection of the proposed combined gel substance provides local hemostatic, anti-inflammatory and regenerative effects, as well as improves control over the intervention zone;

it is proved that the proposed method of endoscopic excision using high-energy laser exposure is characterized by an increase in the radicality of removal of superficial neoplasms, regardless of the localization, shape and size of its pedicle.

**Implementation of the research results into practice.** Based on the results of a scientific study to improve the results of surgical treatment of polypoid and non-polypoid formations of the gastrointestinal tract: a method for endoscopic removal of polyps of the gastrointestinal tract has been developed (patent for the invention of the Ministry of Justice of the Republic of Uzbekistan No. IAP 7677 dated April 25, 2024). The proposed method can be used regardless of the localization, shape and size of the superficial polypoid and non-polypoid formations of the gastrointestinal tract;

methodological recommendations "Improving the method of endoscopic removal of superficial polypoid and non-polypoid formations of the gastrointestinal tract" have been developed. The proposed recommendations made it possible to

improve the results of endoscopic treatment of patients with superficial neoplasms of the mucous membrane of the upper gastrointestinal tract and colon;

The introduction of the research results into clinical practice ensured an increase in the proportion of good immediate and long-term results of endoscopic treatment of superficial polypoid and non-polypoid formations of the gastrointestinal tract by reducing the frequency of specific complications and the risk of recurrence.

**The structure and scope of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, a literature review, six chapters, conclusion, inferences, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of the work is 234 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; I part)**

1. Бабаджанов А.Х., Садиков Р.А., Джуманиязов Дж.А., Йигиталиев С.Х. Способ эндоскопического удаления полипов желудочно-кишечного тракта // Патент на изобретение. Центр интеллектуальной собственности при Министерстве Юстиции Республики Узбекистан. №IAP 7677 от 25 апреля 2024 года.

2. Йигиталиев С.Х. Современные возможности эндоскопического лечения полиповидных новообразований желудочно-кишечного тракта // Хирургия Узбекистана. 2023, №1 (97); С. 63-67. (14.00.00, №9).

3. Исмаилов С.И., Йигиталиев С.Х. Актуальность диагностики полиповидных новообразований в профилактике рака желудочно-кишечного тракта // Журнал «Проблемы биологии и медицины». 2023, №6 (150); С. 425-431. (14.00.00, №19).

4. Йигиталиев С.Х. Варианты эндоскопической флуоресцентной диагностики полиповидных новообразований желудочно-кишечного тракта // Хирургия Узбекистана. 2023, №4 (100); С. 32-36. (14.00.00, №9).

5. Исмаилов С.И., Джуманиязов Д.А., Йигиталиев С.Х. Результаты эндоскопических вмешательств при поверхностных новообразованиях верхнего отдела желудочно-кишечного тракта // Журнал «Проблемы биологии и медицины». 2024, №1 (151); С. 102-106. (14.00.00, №19).

6. Исмаилов С.И., Садиков Р.А., Джуманиязов Д.А., Йигиталиев С.Х. Технические аспекты нового способа эндоскопического удаления поверхностных полиповидных и неполиповидных образований желудочно-кишечного тракта // Журнал «Проблемы биологии и медицины». 2024, №1 (151); С. 107-112. (14.00.00, №19).

7. Исмаилов С.И., Джуманиязов Д.А., Йигиталиев С.Х. Сравнительный анализ эндоскопического лечения поверхностных полиповидных и неполиповидных новообразований слизистой толстой кишки // Хирургия Узбекистана. 2024, №1 (101); С. 80-84. (14.00.00, №9).

8. Исмаилов С.И., Садиков Р.А., Йигиталиев С.Х., Очиллов Ж.У. Экспериментальная оценка эффективности подслизистого введения геля хемобен при полипэктомии из толстой кишки // Хирургия Узбекистана. 2024, №2 (102); С. 5-11. (14.00.00, №9).

9. Sadikov R.A., Yigitaliev S.Kh. Experimental Evaluation of the Effectiveness of Submucosal Administration of Hemoben gel during laser mucosectomy from the stomach in terms of the potential for endoscopic treatment of polypoid formations // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2024, 14(5): 1293-1299. DOI: 10.5923/j.ajmms.20241405.30. (14.00.00, №2).

10. Ismailov S.I., Djumaniyazov D.A., Yigitaliev S.K., Yakubov F.R. Sapaev D.Sh. Novel Endoscopic Technique in Treating Colon Neoplasms with Improved

Clinical Outcomes // Journal of Angiotherapy 2024, 8(6): P.1-6. (№3 Scopus, CiteScore 0.1)

11. Ismailov S.I., Djumaniyazov D.A., Yigitaliev S.K. (2024). Comparative Analysis of Endoscopic Treatment of Superficial Polypoid and Non-Polypoid Neoplasms of the Colon Mucosa // Journal of Cancer Research & Clinical Practice 2024, 7(1): P. 1-5. (№35 CrossRef).

## **II бўлим (II часть; part II)**

12. Исмаилов С.И., Садилов Р.А., Джуманиязов Д.А., Йигиталиев С.Х. Совершенствование эндоскопических вмешательств при поверхностных новообразованиях верхнего отдела желудочно-кишечного тракта // Методические рекомендации. Ташкент, 2024. 28 стр.

13. Исмаилов С.И., Йигиталиев С.Х., Мардонов Ж.Н. Новый способ эндоскопического лечения поверхностных полиповидных образований толстой кишки-экспериментально-клиническое исследование // Методические рекомендации. Ташкент. 2024. 30 стр.

14. Исмаилов С.И., Джуманиязов Д.А., Йигиталиев С.Х. Совершенствование эндоскопических технологий в лечении полиповидных новообразований желудочно-кишечного тракта // Материалы XXVII Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения - 2024» «50-летию Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент 27 сентября 2024 г. С. 39-40.

15. Исмаилов С.И., Садилов Р.А., Джуманиязов Д.А., Йигиталиев С.Х. Способ эндоскопического удаления поверхностных полиповидных и неполиповидных образований желудочно-кишечного тракта // Материалы XXVII Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения - 2024» «50-летию Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент 27 сентября 2024 г. С. 40.

16. Исмаилов С.И., Садилов Р.А., Джуманиязов Д.А., Йигиталиев С.Х. Совершенствование способа эндоскопического удаления поверхностных полиповидных и неполиповидных образований желудочно-кишечного тракта // Материалы III Международной научно-практической конференции «Инновационные технологии в здравоохранении: Новые возможности для внутренней медицины», Самарканд, 5-6 апреля 2024 г. С. 168-169.

17. Исмаилов С.И., Садилов Р.А., Джуманиязов Д.А., Йигиталиев С.Х. Совершенствование способа эндоскопического удаления поверхностных полиповидных и неполиповидных образований желудочно-кишечного тракта // Материалы Международной научно-практической конференции «Применение высоко инновационных технологии в профилактической медицине», Андижан, 30 апреля 2024 г. С. 295-296.

18. Исмаилов С.И., Джуманиязов Д.А., Йигиталиев С.Х. Эндоскопические вмешательства при поверхностных новообразованиях

верхнего отдела желудочно-кишечного тракта // Материалы Международной научно-практической конференции «Применение высоко инновационных технологии в профилактической медицине», Андижан, 30 апреля 2024 г. С. 296-298.

19. Ismailov S.I., Djumaniyazov D.A., Yigitaliev S.Kh. Improvement of endoscopic technologies in the treatment of polypoid neoplasms of the gastrointestinal tract // International conference on multidisciplinary science. India 2024, 2(1); P. 29-31.

20. Ismailov S.I., Djumaniyazov D.A., Yigitaliev S.Kh. Endoscopic interventions for superficial neoplasms of the upper gastrointestinal tract // International conference on medicine, science, and education. Germany 2024 1(1); P. 232-235.

21. Ismailov S.I., Sadikov R.A., Djumaniyazov D.A., Yigitaliev S.Kh. Improving the method of endoscopic removal of superficial polypoid and non-polypoid formations of the gastrointestinal tract // International conference of natural and social-humanitarian sciences. Belgium 2024, 1(1); P. 178-180.

22. Ismailov S.I., Sadikov R.A., Djumaniyazov D.A., Yigitaliev S.Kh. Method of endoscopic removal of superficial polypoid and non-polypoid formations of the gastrointestinal tract // International conference on modern development of pedagogy and linguistics. Finland 2024, 1(1); P. 283-285.

23. Ismailov S.I., Djumaniyazov D.A., Yigitaliev S.Kh. Analysis of endoscopic treatment of superficial polypoid neoplasms of the colon mucosa // International conference on interdisciplinary science. USA 2024, 1(1); P. 332-335.