

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА  
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ  
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.04/30.12.2019Tib.77.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА  
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**ХУДАЁРОВ САНЖАРБЕК САРВАРОВИЧ**

**МЕЪДА САРАТОНИ ЖАРРОҲЛИГИДА ЯНГИ ТЕХНОЛОГИЯЛАР**

**14.00.14 – Онкология**

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

**Фан доктори (DSc) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора наук (DSc)**

**Contents of dissertation abstract of doctor of sciences (DSc)**

<b>Худаёров Санжарбек Сарварович</b> Меъда саратони жарроҳлигида янги технологиялар .....	3
<b>Худаёров Санжарбек Сарварович</b> Новые технологии в хирургии рака желудка .....	23
<b>Khudayorov Sanjarbek Sarvarovich</b> New technologies in gastric cancer surgery.....	43
<b>Эълон қилинган ишлар рўйхати</b> Список опубликованных работ List of published works.....	47

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА  
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ  
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.04/30.12.2019Tib.77.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА  
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**ХУДАЁРОВ САНЖАРБЕК САРВАРОВИЧ**

**МЕЪДА САРАТОНИ ЖАРРОҲЛИГИДА ЯНГИ ТЕХНОЛОГИЯЛАР**

**14.00.14 – Онкология**

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

**Фан доктори (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2021.2.DSc/Tib564 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий Кенгаш веб-сайтида ([www.cancercenter.uz](http://www.cancercenter.uz)) ва «ZiyoNet» ахборот-таълим порталида ([www.ziyo.net](http://www.ziyo.net)) жойлаштирилган.

**Илмий маслаҳатчи:**

**Джураев Миржалол Дехканович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар:**

**Мухаммедаминов Шухрат Каримджанович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Хакимов Мурод Шавкатович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Лигай Руслан Ефимович**  
тиббиёт фанлари доктори

**Етакчи ташкилот:**

**Россия Федерацияси Соғлиқни сақлаш  
вазирлиги ФДАОТМ И.М. Сеченов  
номидаги Биринчи Москва давлат тиббиёт  
университети**

Диссертация ҳимояси 2025 й. «\_\_\_» \_\_\_\_\_ да соат \_\_\_\_\_ да Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг илмий даражалар бериш бўйича DSc.04/30.12.2019Tib.77.01 рақамли Илмий Кенгаш йиғилишида бўлиб ўтади (Манзил: 100174, Тошкент шаҳри, Фаробий кўчаси, 383. Тел/факс: (+99871) 246-05-13; e-mail: [www.cancercenter.uz](http://www.cancercenter.uz)).

Диссертация билан Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (\_\_\_\_\_-сон билан рўйхатдан ўтказилган). манзил: 100174, Тошкент шаҳри, Фаробий кўчаси, 383. Тел/факс: (+99871) 246-05-13.

Диссертация автореферати тарқатилди «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 йилда.  
(2025 йил “\_\_\_” \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ -сонли юбориш протоколи реестри).

**М.Н.Тилляшайхов**

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

**А.А.Адилходжаев**

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

**М.Х.Ходжибеков**

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

## КИРИШ (фан доктори (DSc) диссертацияси аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти.** Дунё бўйлаб меъда саратони (МС) хавфли ўсмалар орасида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди, айниқса, Осиё, Шарқий Европа ва Лотин Америкаси мамлакатларида. GLOBOCAN 2022 маълумотларига кўра, "...2022 йилда бутун дунё бўйлаб 968 784 та янги меъда саратони ҳолати қайд этилган бўлиб, бу барча хавфли ўсмаларнинг 4,8% ни ташкил этади. Худди шу йили меъда саратони туфайли 660 175 киши вафот этган, бу эса хавфли ўсмалардан ўлим ҳолатларининг 6,8% ни ташкил қилади..."<sup>1</sup>. Хавфли ўсмалар билан касалланиш тузилмасида МС кўплаб мамлакатларда ўртача иккинчи ўринни эгаллайди. Россияда МС сўнгги йилларда барқарор равишда хавфли ўсмалар орасида 2-ўринни эгаллаб келмоқда. Ўзбекистонда эса 2023 йилда 1957 беморда МС аниқланган бўлиб, эркаклар орасида 1-ўринни, аёллар орасида эса кўкрак беги хавфли ўсмасидан сўнг 2-ўринни эгаллаган. МС ҳолатларининг ўсиши ва юқори ўлим кўрсаткичи сабабли мазкур касаллик замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади.

Жаҳон тиббиётида меъда хавфли ўсмаларининг тарқалиши, ташхиси ва комплекс даволашга бағишланган кўплаб илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. МС жарроҳлик даволашининг бевосита ва узоқ муддатли натижалари ўрганилган ҳолда, кўплаб муаллифлар гастрэктомия (ГЭ) нинг мақсадга мувофиқлигини ва унинг меъда резекциясига нисбатан радикалроқ усул эканлигини таъкидлайдилар. Бироқ, ГЭ беморлар учун оғир кечади, жарроҳ учун эса меҳнатталаб жараён ҳисобланади. Бундан ташқари, унинг функционал натижалари қониқарсиз бўлиб қолмоқда. Эзофаго-еюно-анастомоз билан ўтказилган ГЭ 12 бармоқ ичак ва камида 40-50 см ингичка ичакнинг ҳазм жараёнидан чиқиб қолишига олиб келади. Бу эса кўпинча турли хил постгастрэктомик синдромлар (ПГЭС) ривожланишига сабаб бўлади. Ушбу муаммоларнинг олдини олиш мақсадида кўплаб гастропластик ва реконструктив операцияларнинг турли модификациялари ишлаб чиқилган. Бироқ кўплаб муаллифлар томонидан эзофагоеюноанастомозни шакллантиришнинг етарлича ишончли усули ҳалигача мавжуд эмаслиги ва меъданинг резервуарлик функциясини қониқарли даражада тиклашга қодир бўлган резервуарни шакллантириш усуллари ривожлантириш ва такомиллаштириш зарурлиги таъкидланмоқда. Бу эса ушбу мавзунинг тадқиқотлар учун долзарблигини, жарроҳлик давосини самарасини оширадиган истиқболли илмий тадқиқотларни юритиш, муҳим илмий-амалий аҳамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, жумладан, онкологик касалликларни эрта ташхислаш ва самарали даволашга йўналтирилган чоратадбирлар изчил амалга оширилмоқда. 2022–2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистон тараққиёт стратегиясининг етита устувор йўналиши доирасида аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга

<sup>1</sup>[https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf?utm_source=chatgpt.com)

кўтариш мақсадида «...бирламчи тиббий-санитария хизматида аҳолига малакали хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш...»<sup>2</sup> бўйича аниқ вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалардан келиб чиқиб, меъда хавфли ўсмалари бўлган беморларда клинико-морфологик жиҳатларни ўрганиш ҳамда даволаш-профилактика тадбирларини такомиллаштиришга қаратилган илмий-тадқиқот ишларини олиб бориш долзарб ҳисобланади. Келтирилган йўналишлар замонавий онкологиядаги энг долзарб муаммолардан бири бўлиб, юқоридаги далиллар ушбу масаланинг аҳамиятини яна бир бор тасдиқлайди ва бу соҳада илмий тадқиқотларни амалга оширишнинг мақсадга мувофиқдир.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ–60-сон «2022–2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида», 2017 йил 4 апрелдаги ПҚ–2866-сон «2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасида онкология хизматини янада ривожлантириш ва аҳолига онкологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида» ва 2021 йил 27 майдаги ПҚ–5130-сон «Аҳолига гематология ва онкология хизматларини кўрсатиш тизимини янада такомиллаштириш тўғрисида»ги қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологияларини ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги.** Тадқиқот Ўзбекистон Республикасида фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқ А-9-040-сонли илмий тадқиқотлар гранти ("меъда саратони реконструктив ва реконструктив жарроҳлиги технологияларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш"мавзусида) асосида ўтказилди.

### **Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи.<sup>3</sup>**

Меъда саратони аниқланган беморларни диагностикаси ва комбинирлашган даволашга қаратилган илмий тадқиқотлар дунёдаги қатор етакчи илмий марказлар ва олий таълим муассалари, жумаладан: Anderson Hospital (Texas), J. Hopkins Hospital (Meriland), Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (New York), Mayo Clinic (USA), Memorial Health University Medical Center (USA), Cleveland Clinic (USA), National Cancer Center Hospital (Japan), Ro Hospital (UK), St. George's University Hospitals NHS Foust (UK), King's College Hospital

<sup>2</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги № УП-60-сон «2022–2026 йилларда Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

<sup>3</sup> Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи. [www.msccc.org](http://www.msccc.org), [www.mdanderson.org](http://www.mdanderson.org), [www.hopkinsmedicine.org](http://www.hopkinsmedicine.org), [www.mayoclinic.org](http://www.mayoclinic.org), [www.clevelandclinic.org](http://www.clevelandclinic.org), [www.charite.de](http://www.charite.de), [www.ncc.go.jp](http://www.ncc.go.jp), [www.snuh.org](http://www.snuh.org), [www.petermac.org](http://www.petermac.org), [www.pumch.cn](http://www.pumch.cn), [www.pkucancer.com](http://www.pkucancer.com), [www.samsunghospital.com](http://www.samsunghospital.com), [medicine.cu.edu.eg](http://medicine.cu.edu.eg), [www.regionh.dk/righospitalet](http://www.regionh.dk/righospitalet), [www.ncis.com.sg](http://www.ncis.com.sg), [www.ronc.ru](http://www.ronc.ru), [new.nmicr.ru](http://new.nmicr.ru), [www.niioncologii.ru](http://www.niioncologii.ru), [www.cancercenter.uz/ru](http://www.cancercenter.uz/ru).

(UK), Charité University Hospital (Germany), Peking Union Medical College Hospital (China), Peking University Cancer Hospital (Beijing), Seoul National University Hospital (South Korea), Medical Center Samsung (South Korea), Cairo University Hospitals (Egypt), National University Cancer Institute (Singapore), Н.Н. Блохин номидаги онкология маркази (Россия), П.А. Герцен номидаги онкология маркази (Россия), Н.Н. Петров номидаги онкология маркази (Россия), Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказида (Ўзбекистон) олиб борилмоқда.

Олиб борилган тадқиқотлар натижасида меъда саратони билан касалланган беморларнинг комбинирланган даволаш бўйича бир қатор илмий натижалар олинган, жумладан: Германиянинг Билефельд Университетида ўтказилган ESOPEC Trial клиник тадқиқотида маҳаллий тарқалган меъда саратонини даволаш учун FLOT ва CROSS протоколлари таққосланган ва ижобий натижалар олинган; АҚШдаги Миллий саратон институтида (NCI) меъда саратони учун таргет ва иммунотерапияга асосланган даво схемалари ишлаб чиқилган, шу жумладан авастин каби дори воситалар самараси исботланган; Жон Хопкинс клиникасида (АҚШ) меъда саратонида кам инвазив робот ассистирланган жарроҳлик (RAMIE) амалиётининг аҳамияти асосланган; Миллий саратон институтида (NCI) молекуляр диагностика (масалан, HER2 ёки PIK3CA), гуморал иммунология ва CAR-T хужайралар каби биоинженеринг усуллари ўз ичига олган мураккаб ёндашув ишлаб чиқилган. Ушбу ёндашув қизилўнгач саратони диагностика ва даво сифатини оширишга қаратилган; Япония Миллий саратон марказида қизилўнгач саратонини даволаш учун иммунотерапия билан биргаликда микробиота трансплантацияси усули ишлаб чиқилган.

Ҳозирги вақтда меъда хавfli ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволашни такомиллаштириш бўйича қатор, жумладан куйидаги илмий тадқиқотлар устувор йўналишларда олиб борилмоқда: Онкожарроҳлик марказларида даволаш-ташхис ёндашувларини такомиллаштириш; Химиотерапия ва нур терапиясининг таъсирини баҳолаш ва меъда хавfli ўсмалари бўлган беморлар учун энг самарали усуллари ишлаб чиқиш; Операциядан кейинги ҳолатни яхшилаш, шу жумладан, меъда хавfli ўсмалари билан оғриган беморларда жарроҳлик асоратларининг хавфини пасайтириш; Гастрэктомия (ГЭ) муваффақиятли ўтказилган беморлар сонининг ортиши ва узоқ муддатли натижаларнинг яхшиланишига қарамасдан, меъданинг тўлиқ олиб ташланиши билан боғлиқ операциядан кейинги касалликлар муаммоси ўз долзарблигини сақлаб қолмоқда, бу ҳолат хазм йўллариининг турли бўлимлари ўртасидаги нормал анатомик-физиологик муносабатларнинг ўзгариши билан боғлиқ; Рецидивсиз яшовчанлик муддатини узайтириш ва комплекс реабилитация дастурларини жорий этиш орқали беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш; Бу тадқиқотлар замонавий онкологиядаги муҳим муаммоларни ҳал этишга қаратилган бўлиб, уларни амалга ошириш хавfli ўсмаларни даволаш самарадорлигини оширишга хизмат қилади.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Аввалдан маълумки, ГЭнинг кониқарисиз клиник натижалари, кўпинчи унинг овқат ҳам қилиш қилиологиясига негатив таъсири билан белгиланади. Замонавий илмий адабиётларда ГЭдан сўнг овқат ҳазм қилиш тизимининг қизиологик реконструкция қилиш усуллари борасида кўплаб фундаментал ишланмалар мавжуд. Лекин, ўндан ортиқ бендай усуллар мавжудлигига қарамай, уларинг ҳеч бири оптимал деб қабул қилинмаган (Pan V. et.al., 2008, Yang V.S. et. al., 2013). Ярим аср давомида клиник амалиётда ингичка ичак ҳалқасини Ру ёки Броун анастомози билан реконструкция қилишнинг классик версияси устунлик қилди (Черноусов А.Ф., 2004; Livonen M.K., 2008). Аммо ҳар қандай ҳалқали пластик жарроҳликнинг камчилиги шундаки, у овқат ва ҳазм қилиш шарбатларининг ўтишини анатомик ажратилишига, химус ферментациясининг ва овқат ҳазм қилишнинг нейрогуморал регуляциясининг бузилишига олиб келади. ПГЭС частотаси ўртача 30 дан 83% гача ўзгаради (Hyung W.J. et.al., 2008).

Д.В.Ручкин ва бошқ. маълумотида кўра, ГЭдан кейин оғир овқат ҳазм қилиш бузилиши, операция қилинган беморларнинг 25 фоизида доимий ногиронлик бошланишига олиб келади. Шу билан бирга, ГЭ дан кейин жарроҳлик йўли билан овқатларнинг табиий ўтишини тиклаш усуллари ҳали жарроҳлик амалиётида кенг қўлланилмаган. Айни пайтда, асосий олиб боралаётган тадқиқотлар натижасида еюнопластиканинг нисбий техник соддалигига, уни амалга ошириш билан боғлиқ асоратларнинг етарлича пасайишига ва беморларнинг ҳаёт сифатининг яхшилашишига эришишга имкон беради. Меъданинг жарроҳлик касалликларини даволаш тарихида ГЭ дан кейин овқат ҳазм қилиш трактининг узлуксизлигини тиклашнинг классик ва ўзига хос усулларининг турли мисоллари мавжуд. Бироқ, яқин вақтгача қизилўнгач – ичак анастомозини қўллашнинг кўп жиҳатлари мунозарали бўлиб қолмоқда. Бу усуллардан фойдаланиш учун кўрсатмалар ёки қарши кўрсатмаларни аниқлаш учун ҳали ҳам ягона ёндашув мавжуд эмас. Илмий адабиётларда ГЭ дан кейин қизилўнгач-ичак анастомозининг турли хил вариантларидан фойдаланиш натижаларини таққослаш учун камдан-кам уринишлар мавжуд.

Ўлим таркибида етакчи ўринни эгалловчи қизилўнгач ичак анастомози чокларининг этишмовчилиги муаммоси ҳали ҳам долзарбдир (Brasesco O.; Rosin D., 2001; Ikeguch M.; Oka S., 2001). Анастомоз стенози муаммоси ўз аҳамиятини йўқотмаган ва эзофагоеюнопластика техникасини янада такомиллаштириш йўллари излаш долзарблигича қолмоқда (Chikora K. et.al., 2001). Шунинг учун чоклар этишмовчилиги пайдо бўлишининг олдини олиш учун ишончли анастомозни шакллантириш йўллари ва усулларини ўрганиш керак. Бу қизилўнгач-ичак анастомозини шакллантиришнинг ҳозирда қўлланилаётган асосий усулларини қиёсий баҳолаш йўли билан амалга оширилади.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Тадқиқот иши Республика Онкология ва радиология илмий-



амалий тиббиёт марказининг (2017-2021 йиллар) илмий-тадқиқот режасига мувофиқ амалга оширилди.

**Тадқиқотнинг мақсади** меъда ўрнини босувчи резервуар ва функционал жиҳатдан адекват инвагинацион-муфтасимон қизилўнгач-ичак анастомозини яратиш орқали гастрэктомиядан кейинги беморларнинг бевосита ва функционал натижалари ва ҳаёт сифатини яхшилашдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

ўн икки бармоқ ичакни овқат ҳазм қилиш жараёнига қайтариш ва меъданинг резервуар функциясини компенсация қилиш билан гастрэктомиядан кейинги меъда ўрнини босадиган резервуарни яратишнинг оригинал усулини ишлаб чиқиш;

шаклланган резервуарнинг мумкин бўлган функционал асоратлар, ҳаёт сифати ва операциядан кейинги реабилитация жараёнига таъсирини ўрганиш ва бу таъсирни резервуар шакллантирилмаган ГЭ натижалари билан қиёсий баҳолаб чиқиш;

замонавий тадқиқот усулларида фойдаланган ҳолда резервуарнинг мотор ва эвакуатор вазифаларини, шунингдек, морфометрик хусусиятларини ўрганиш, суткалик рН-метрияси ва кислота-асос муҳитини монометрик текширувларини ўтказиш ва резервуарнинг бўшлиқ ичи босимини баҳолаш;

қизилўнгач-ичак анастомозини таркибий ва функционал хусусиятларини таъминловчи янги юқори ишончли ва герметик инвагинацион-муфтасимон эзофагоеюноанастомозни ишлаб чиқиш;

функционал адекват қизилўнгач-ичак анастомозини яратиш учун жарроҳлик технологияларидан фойдаланишнинг бевосита натижаларини қиёсий жиҳатдан баҳолаш;

ГЭ-дан кейин функционал адекват қизилўнгач-ичак анастомозини яратишнинг оригинал усулини қўллашнинг яқин ва узоқ муддатли натижаларини клиник, рентгенологик, эндоскопик ва морфологик баҳолашни амалга ошириш ва уларни мавжуд ГЭ усулларида қўллашнинг ўхшаш натижалари билан таққослаш.

**Тадқиқотнинг объекти** бўлиб Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази абдоминал бўлимида текширувдан ўтган ва даволанган верификацияланган T4aN2M0, T4bN2M0 (3-4 клиник босқич) МС ташҳиси билан 76 ёшгача бўлган 862 бемор олинган. Тадқиқот натижаларини таҳлил қилиш жараёнида барча зарур тиббий ҳужжатлар, стандарт диагностика ва даволаш усулларидаги протоколлари, SSV№7-сонли рўйхатга олиш шакллари, ва РИОР ва РИАТ филиалларининг ҳисоб ҳужжатлари ўрганилди.

**Тадқиқотнинг предмети** бўлиб қуйидагилар олинди:

ЭФГДС биопсияси натижалари ва хулосалари (биопсия материаллари парафин блокларидан сақланган), ошқозон контраст рентгенографияси, қорин бўшлиғи, кичик чаноқ аъзолари ва периферик лимфа тугунларининг УТТси, кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи органларининг МСКТси, ПЭТ-КТ натижалари, шунингдек, қуйидаги таҳлиллар натижалари: қоннинг умумий таҳлили, биокимёвий таҳлил (мочевина, креатинин, АЛТ/АСТ, ишқорий

фосфатаза, умумий оқсил ва альбумин, билирубин, глюкоза), сийдикнинг умумий таҳлили, коагулограмма, ЭКГ, ЭхоКГ ва Карновский ва ЕСОГ шкаллари бўйича умумий ҳолатни баҳолаш натижалари олинган.

**Тадқиқотнинг усуллари** бўлиб диссертация ишида меъда саратонини тадқиқ қилишнинг стандарт усуллари – нур, радионуклид, эндоскопик, клиник ва биокимёвий, морфологик усуллар, рН-метрия усули қўлланилади, олинган натижаларнинг ишончлилиги беморларнинг клиник ва лаборатор-инструментал текширувлари маълумотларини статистик қайта ишлаш усуллари билан тасдиқланди.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

гастрэктомиянинг реконструктив босқичида инвагинацион-муфтасимон анастомоз қўйиш усули ишлаб чиқилган (ихтиро патенти №IAP 04468, 13.05.2010й.);

гастрэктомиянинг Ру бўйича реконструкциясида қониқарсиз функционал натижалар Ру-стаз ва гипогликемик синдромлар, агастрал анемия ва рефлюкс-эзофагит ўн икки бармоқ ичакдаги пейсмердан Ру афферент иннервациясининг бузилиши боғлиқ бўлганлиги исботланган;

меъданинг резервуар функциясини қоплаш, овқатнинг порцияли тушишини таъминлаш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини беради гастрэктомидан кейинг қизилўнгач-ичак анастомозини қўйиш усули ишлаб чиқилган (ихтиро патенти №IAP 05391, 04.02.2015й.);

«меъда ўрнини босувчи» резервуарни ўн икки бармоқ ичак орқали ўтиш йўлини қайтариш ёки қайтармасдан шакллантириш ўн икки бармоқ ичакни овқат пассажидан истисно қилиш ва кўтарилувчи қисмининг ўткир бурчаги ҳисобига демпинг-синдром ва рефлюкс-эзофагитнинг олдини олишини таъминлаши исботланган;

еюнопластикада трансдуоденал овқат ўтиш йўлини тиклаш билан редуоденизация ва антирефлюкс анастомоз шакллантириш йўқотилган меъданинг мотор-эвакуатор функциясини пасайиши ва сақламасининг порцияли эвакуацияси ҳисобига диспепсия симптомларининг олдини олишини исботланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

тавсия этилган инвагинацион-муфтасимон эзофагоеюноанастомоз анастомознинг функционал ҳолатини яхшилайти, регургитация, дисфагия ҳодисаларини максимал даражада олдини олади ва анастомоз этишмовчилигининг частотасини сезиларли даражада камайтиради;

ГЭ дан кейин "меъда ўрнини босувчи" резервуарни яратиш функционал агастрал патологик синдромлар эҳтимолини олдини олади, ҳаёт сифатини ва операциядан кейинги реабилитация жараёнини яхшилайти;

"меъда ўрнини босувчи" резервуарнинг шакллантирилиши ва овқат ҳазм қилиш жараёнида ўн икки бармоқли ичакнинг иштирокини тиклаш сафронинг қизилўнгач бўшлиғига ташланишининг олдини олади ва шу билан рефлюкс эзофагитнинг пайдо бўлишининг олдини олади;

ГЭ дан кейин "меъда ўрнини босувчи" резервуарнинг шакллантирилиши, ГЭ нинг бошқа усуллари билан таққослаганда жарроҳлик давосининг бевосита

натижаларини бузмасдан, унинг узоқ муддатли натижаларини яхшилайти, функционал асоратларни олдини олади, ичак моторикасини ва овқат ҳазм қилиш пайтида овқат массаларини эвакуация қилиш жараёнини ва иммунитет тизими ҳолатини яхшилайти;

ўн икки бармоқ ичакнинг овқат ҳазм қилиш жараёнида иштирокини тиклаш, овқат ҳазм қилиш трактининг физиологик ҳолатини нормаллаштиради; хусусан, у ўн икки бармоқ ичакка овқатнинг порциал тушишини таъминлайти, овқат ҳазм қилиш шароитларини яхшилайти, ўн икки бармоқли ичак гипертензияси ва демпинг синдроми ривожланишининг олдини олишга ёрдам беради.

**Тадқиқот натижаларининг ишончилиги** етарли миқдордаги кузатувлар (862 бемор) бўйича замонавий нур, эндоскопик, радионуклеид, морфологик, клиник ва биокимёвий текширув усуллари ёрдамида олинган маълумотлар билан тасдиқланган. Олинган лаборатория, инструментал, шунингдек объектив клиник маълумотлар ва беморларнинг субъектив тажрибалари маълумотлари замонавий статистик таҳлил усулларида ўтказилди.

Услубий жиҳатдан иш амалдаги қоидаларга тўлиқ мувофиқ равишда қурилган. Тадқиқот қиёсий характерга эгадир. Асосий гуруҳда олинган натижалар билан бир қаторда, назорат гуруҳида олинган натижалар ҳам қиёсий тадқиқотларнинг объективлиги учун умумий қабул қилинган мезонларга мувофиқ ўрганилди. Олинган маълумотлар статистик ишлов беришдан ўтказилди, аниқланган ишончли натижалар резюме, хулосалар ва амалий тавсиялар шаклида тақдим этилди.

#### **Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.**

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти резектабел меъда саратонини жарроҳлик йўли билан даволаш бўйича билим ва кўникмаларни кенгайтиришга муҳим ҳисса қўшади ва тадқиқот натижаларининг меъда саратонини ташхислаш ва даволашда янги технологиялар ва алгоритмларни қўллаш орқали даво самарасини яхшилашдан иборат бўлиб, такомиллаштирилган эзофаго-еюно анастомоз усули ва диагностика-даволаш алгоритми операциядан кейинги асоратларни камайтириб, беморларнинг тикланишини тезлаштириши ва ётоқ кунларини қисқариши билан изоҳланади.

Тадқиқотнинг натижаларининг амалий аҳамияти, такомиллаштирилган меъданинг йўқолган функциясини қоплаш учун функционал жиҳатдан етарли даражада оригинал резервуар ишлаб чиқилган бўлиб, у ўн икки бармоқли ичакга овқат маҳсулотларини порциал тушишини таъминлаш ва беморларнинг эрта реабилитацияси ва ҳаёт сифатини яхшилаш учун мўлжалланганлигини имкон беради ва операциядан кейинги стационарда қолиш муддатини қисқартиришга ва дори-дармон ҳамда даволаш харажатларини камайтириши билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги илмий техник кенгашининг 2024 йил 26 октябрдаги 09/15 -сон қарорига кўра:

*Биринчи илмий янгилик:* гастрэктомиянинг реконструктив босқичида инвагинацион-муфтасимон анастомоз қўйиш усули ишлаб чиқилганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қорақалпоғистон филиали жарроҳлик бўлимида 2023 йил 11 августдаги №43-сонли буйруқ билан, Самарқанд филиали жарроҳлик бўлимида 2023 йил 3 июлдаги №181-сонли буйруқ билан жорий этилган. *Ижтимоий самарадорлиги:* Ишлаб чиқилган инвагинацион-муфтасимон анастомознинг гастрэктомияда жорий этилиши яхшироқ функционал ҳолат билан характерланиб, анастомоз етишмовчилиги хавфини камайтиради. Бу эса операциядан кейинги даврнинг яхшироқ кечишини таъминлаб, асоратларнинг олдини олишга ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон яратган. *Иқтисодий самарадорлиги:* Ишлаб чиқилган инвагинацион-муфтасимон анастомознинг гастрэктомияда қўлланилиши беморларнинг функционал ҳолатини яхшилаш ва анастомоз етишмовчилиги хавфини пасайтириш ҳисобига бюджет маблағларининг 15,5% гача тежалишига имкон берган. *Хулоса:* Ишлаб чиқилган инвагинацион-муфтасимон анастомознинг гастрэктомияда жорий этилиши яхшироқ функционал ҳолат билан тавсифланиб, анастомоз етишмовчилиги хавфини камайтириши исботланган. Бу эса операциядан кейинги даврнинг яхшироқ кечишини таъминлаб, асоратларнинг олдини олишга, беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга, бюджет маблағларининг 15,5% гача тежалишига ва стационарда қолиш муддатининг 1-2 кунга қисқаришига имкон яратган.

*Иккинчи илмий янгилик:* гастрэктомиянинг Ру бўйича реконструкциясида қониқарсиз функционал натижалар Ру-стаз ва гипогликемик синдромлар, агастрал анемия ва рефлюкс-эзофагит ўн икки бармоқ ичакдаги пейсмеркердан Ру афферент иннервациясининг бузилиши боғлиқ бўлганлиги исботланганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қорақалпоғистон филиали жарроҳлик бўлимида 2023 йил 11 августдаги №43-сонли буйруқ билан, Самарқанд филиали жарроҳлик бўлимида 2023 йил 3 июлдаги №181-сонли буйруқ билан жорий этилган. *Ижтимоий самарадорлиги:* Гастрэктомиядан кейин Ру бўйича реконструкцияда кузатилиши мумкин бўлган қониқарсиз функционал натижалар — Ру-стаз, гипогликемик синдромлар, агастрал анемия ва рефлюкс эзофагитнинг олдини олиш ҳисобига операциядан кейинги асоратлар сони камайган ва беморларнинг ҳаёт сифати яхшиланган. *Иқтисодий самарадорлиги:* Меъда саратонини даволашда гастрэктомиядан сўнг Ру бўйича реконструкцияда кузатилиши мумкин бўлган қониқарсиз функционал натижалар — Ру-стаз, гипогликемик синдромлар, агастрал анемия ва рефлюкс эзофагитнинг олдини олиш операциядан кейинги асоратлар сонини камайтиришга, стационарда қолиш муддатини 1-2 кунга қисқартиришга ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон берган. Бу эса давлат бюджети харажатларининг 10,5% га камайишига олиб келган. *Хулоса:* Янгича даволаш усулини қўллаш натижасида гастрэктомиядан кейин Ру бўйича реконструкцияда юзага келиши мумкин бўлган қониқарсиз функционал ҳолатлар — Ру-стаз, гипогликемик синдромлар, агастрал анемия ва рефлюкс

эзофагитнинг олди олиниб, операциядан кейинги асоратлар сони камайган, стационарда қолиш муддати 1-2 кунга қисқарган ва беморларнинг ҳаёт сифати яхшиланган. Бу эса давлат бюджети харажатларини 10,5% га қисқартириш имконини берган.

*Учинчи илмий янгилик* меъданинг резервуар функциясини қоплаш, овқатнинг порцияли тушишини таъминлаш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини беради гастрэктомидан кейинг қизилўнғач-ичак анастомозини қўйиш усули ишлаб чиқилганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қорақалпоғистон филиали жарроҳлик бўлимида 2023 йил 11 августдаги №43-сонли буйруқ билан, Самарқанд филиали жарроҳлик бўлимида 2023 йил 3 июлдаги №181-сонли буйруқ билан жорий этилган. *Ижтимоий самарадорлиги:* Ишлаб чиқилган қизилўнғач-ичак анастомозини қўллаш меъданинг резервуарлик функциясини қоплашга, озиқ-овқатнинг порциялаб тушишини таъминлашга ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон берган. *Иқтисодий самарадорлиги:* Такмиллаштирилган қизилўнғач-ичак анастомозини қўллаш беморларнинг стационарда бўлиш муддатини 3 кунга қисқартиришга имкон берган ва бу эса чоклар етишмовчилиги ҳолатларининг камайиши, эрта ўлим ҳолатларининг пасайиши ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш ҳисобига давлат маблағлари харажатларининг 25,5% га камайишига олиб келган. *Хулоса:* Ишлаб чиқилган қизилўнғач-ичак анастомозини қўллаш меъданинг резервуарлик функциясини қоплаш ва озиқ-овқатнинг порциялаб тушишини таъминлаш ҳисобига беморларнинг стационарда бўлиш муддатини 3 кунга қисқартирган. Шунингдек, чоклар етишмовчилиги ҳолатларининг камайиши, эрта ўлимнинг пасайиши ва беморларнинг ҳаёт сифатининг яхшиланиши орқали давлат харажатларининг 25,5% га камайишига олиб келган.

*Тўртинчи илмий янгилик:* «меъда ўрнини босувчи» резервуарни ўн икки бармоқ ичак орқали ўтиш йўлини қайтариш ёки қайтармасдан шакллантириш ўн икки бармоқ ичакни овқат пассажидан истисно қилиш ва кўтарилувчи қисмининг ўткир бурчаги ҳисобига демпинг-синдром ва рефлюкс-эзофагитнинг олдини олишини таъминлаши исботланганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қорақалпоғистон филиали жарроҳлик бўлимида 2023 йил 11 августдаги №43-сонли буйруқ билан, Самарқанд филиали жарроҳлик бўлимида 2023 йил 3 июлдаги №181-сонли буйруқ билан жорий этилган. *Ижтимоий самарадорлиги:* Таклиф этилган "меъда ўрнини босувчи" резервуарни дуоденал пассажни сақлаб ёки ундан воз кечиб қўллаш, овқатнинг ҳазм жараёнидаги ҳаракатидан ва йўғон ичакнинг кўтарилувчи қисмидаги ўткир бурчакдан чиқариб ташлаш ҳисобига демпинг-синдром ва рефлюкс-эзофагитнинг намоён бўлишини камайтиришга ҳамда беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон берган. *Иқтисодий самарадорлиги:* Таклиф этилган "меъда ўрнини босувчи" резервуарни дуоденал пассажни сақлаб ёки ундан воз кечиб қўллаш овқатнинг ҳазм жараёнидаги ҳаракатидан ва йўғон ичакнинг кўтарилувчи қисмидаги ўткир бурчакдан чиқариб ташлаш ҳисобига

демпинг-синдром ва рефлюкс-эзофагит намоён бўлишини камайтиришга, беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга, стационарда қолиш муддатини 1 кунга қисқартиришга ва давлат бюджети харажатларини 9,5% га тежашга имкон берган. *Хулоса:* Таклиф этилган "меъда ўрнини босувчи" резервуарни дуоденал пассажни сақлаб ёки ундан воз кечиб қўллаш демпинг-синдром ва рефлюкс-эзофагитнинг намоён бўлишини камайтириб, беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга олиб келган. Шунингдек, стационарда қолиш муддатини 1 кунга қисқартириб, давлат бюджети харажатларини 9,5% га тежаш имконини яратган.

*Бешинчи илмий янгилик:* еюнопластикада трансдуоденал овқат ўтиш йўлини тиклаш билан редуоденизация ва антирефлюкс анастомоз шакллантириш йўқотилган меъданинг мотор-эвакуатор функциясини пасайиши ва сақламасининг порцияли эвакуацияси ҳисобига диспепсия симптомларининг олдини олишини исботланганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қорақалпоғистон филиали жарроҳлик бўлимида 2023 йил 11 августдаги №43-сонли буйруқ билан, Самарқанд филиали жарроҳлик бўлимида 2023 йил 3 июлдаги №181-сонли буйруқ билан жорий этилган. *Ижтимоий самарадорлиги:* антирефлюкс анастомозининг шакллантирилиши билан еюнопластика пайтида овқатнинг трансдуоденал пассажини тиклаш билан редуоденизация меъданинг йўқолган мотор эвакуация функциясини пасайтириш ва таркибни порцион эвакуация қилиш орқали диспептик симптомларнинг пайдо бўлишига тўсқинлик қилишга имкон берган. Бу эса тезроқ реабилитацияга ёрдам берган ва стационарда қолиш муддатини қисқартирган. *Иқтисодий самарадорлиги:* антирефлюкс анастомозининг шакллантирилиши билан еюнопластика пайтида овқатнинг трансдуоденал пассажини тиклаш билан редуоденизация меъданинг йўқолган мотор эвакуация функциясини пасайтириш ва таркибни порцион эвакуация қилиш орқали диспептик симптомларнинг пайдо бўлишига тўсқинлик қилишга имкон берган. Бу тез тикланишга, стационарда қолиш муддатини 2-3 кунга қисқартиришга ва давлат бюджети харажатларини 15% га тежаш имконини берган. *Хулоса:* таклиф этилган антирефлюкс анастомозининг шакллантирилиши билан еюнопластика пайтида овқатнинг трансдуоденал пассажини тиклаш билан редуоденизация меъданинг йўқолган мотор эвакуация функциясини пасайтириш ва таркибни порцион эвакуация қилиш орқали диспептик симптомларнинг пайдо бўлишининг олдини олган ва тез тикланишга ёрдам берган. Бу эса стационарда қолиш муддатини 2-3 кунга қисқартириб, давлат бюджети харажатларини 15% га тежаш имконини яратган.

**С.С.Худаёровнинг «Меъда саратони жарроҳлигида янги технологиялар»** мавзусидаги диссертация тадқиқотида олинган юқоридаги илмий янгиликлар бошқа соғлиқни сақлаш муассаларига жорий этиш бўйича Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг 2024 йил 18 ноябрдаги 02-03/710 – сон хати соғлиқни сақлаш вазирлигига тақдим этилган.

**Илмий натижаларнинг апробацияси.** Ушбу тадқиқот натижалари 7 та илмий-амалий конференцияларда, шу жумладан 3 та халқаро ва 4 та республика конференцияларида муҳокама қилинди.

**Тадқиқот натижаларининг нашр этилганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича 39 та илмий мақола чоп этилган, шу жумладан 15 та журнал мақолалари, шундан 10 таси республика, 5 таси диссертациянинг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун Ўзбекистон Республикаси олий аттестация комиссияси томонидан тавсия этилган хорижий журналларда, 20 та тезис, 1 монография, 1 услубий тавсиянома ва 2 та патент.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация кириш, олтита боб, хулосалар, амалий тавсиялар ва қўлланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 200 бетни ташкил этади.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш қисмида** олиб борилаётган тадқиқотнинг долзарблиги ва талаб борлиги, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари асосланган, объект ва предмети тавсифланган, тадқиқотнинг республика фан ва техникасининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларининг амалиётга тадбиқ этилганлиги, нашр этилган ишлар тўғрисидаги маълумотлар ва диссертациянинг тузилиши келтириб ўтилган.

Диссертациянинг «**Меъда саратонини ташхислаш ва жарроҳлик давосининг замонавий ҳолати (адабиётлар шарҳи)**» мавзусидаги биринчи бобида Меъда саратонининг тарқалиш муаммосининг ҳозирги ҳолати, меъда саратони билан оғриган беморларни жарроҳлик давоси тактикаси, шунингдек, маҳаллий ва хорижий адабиётлар асосида эзофагоёюноанастомозни қўллаш усуллари бўйича адабиётлар шарҳи келтирилган. Меъда саратонини жарроҳлик давоси натижалари илмий ва амалий маълумотларни таҳлил қилишда келтирилган.

Диссертациянинг «**Клиник материалнинг умумий характеристикаси ва тадқиқот методикаси**» деб номланувчи иккинчи бобида диссертацияда қўлланилган тадқиқотнинг материал ва усуллари батафсил баён этилган. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг абдоминал жарроҳлиги бўлимида 2000 йилдан 2014 йилгача даволанган меъда саратони билан касалланган 862 беморни даволаш натижалари ўрганилган. Улар қуйидаги ҳажмларда жарроҳлик амалиётлари ўтказишган: стандарт, стандарт-радикал, кенгайтирилган-радикал ва комбинацияланган ГЭ.

Эзофагоёюноанастомозни шакллантириш усулларига қараб, текширилган беморлар 2 гуруҳга бўлинган:

1 – гуруҳда – n=302 (35,0%) – ГЭ тугагандан сўнг, Гилярович ва Гилярович-Шалимовга кўра муффтасимон шаклидаги ҚИА ҳосил қилинди.

2 - гуруҳда – n=560 (65,0%) – резекция босқичи тугагандан сўнг, биз томонидан ишлаб чиқилган усул бўйича инвагинация-муфтасимон ҚИА ҳосил қилинди.

Ушбу иккала анастомоз, анастомозларнинг вертикал турига киради, улар горизонтал турлардан фарқли ўлароқ, инвагинация ва муфта ҳосил бўлиш имкониятини яратади.

Текширилган беморлар орасида эркаклар 586 (68,0%) ва аёллар 276 (32,0%) нафарни ташкил қилди, жинсий нисбати 2,1:1. Шунга ўхшаш нисбат 1 ва 2-гуруҳларда сақланиб қолди. Беморларнинг ёши 24 ёшдан 78 ёшгача бўлган. Беморларнинг ўртача ёши  $58,7 \pm 5,3$  ёшни ташкил этди.

Ўсманинг локализациясига кўра, 1998 йилги ЖССА таснифига кўра: дистал соға саратони – L, меъда танаси саратони – M, проксимал қисм саратони - U, тотал шикастланиш - L+M+U, қизилўнгач ёки тишсимон чизиқнинг шикастланиши - E, пилорус ва ўн икки мармоқ ичак пиёзча қисмининг ўсмали инфилтрацияси.

ЖССТ халқаро гистологик таснифи (2004) бўйича ўсманинг гистологик тузилишини аниқлашда аденокарцинома 662 (76,8%) беморда, безли-яси хужайрали карцинома 66 (7,7%), ясси хужайрали карцинома - 36 (4,2%), майда хужайрали карцинома – 28 (3,2%) ва беморларнинг 70 (8,1%) тасида паст дифференциаллашган саратон аниқланди.

Беморларни Халқаро иттифоқнинг VII нашри (2010) бўйича TNM босқичи бўйича тақсимланганда T2N1-2M0 ва T3N1-2M0 босқич 15,7% (135) беморда; T4aN1-3M0 – 46,3% (399); T4bN2M0 – 33,2% (286); T4aN2-3M1 – 2,1% (18); T4bN2-3M1 – 2,8% (24) беморда аниқланди. Узок метастазлар M<sub>1</sub> 42 (4,9%) беморда аниқланди.

МСни комплекс текшириш учун кўкрак қафаси, қизилўнгач, меъда ва ўн икки бармоқли ичакнинг рентгенологик текшируви, УТТ, УТДГ, ФГДС, МСКТ, диагностик лапароскопия, комплекс қон таҳлиллари, умумий ва биокимёвий кўрсаткичлар қўлланилган. Меъда-ичак трактининг мотор эвакуация функцияси рентгенологик, ультратовуш ва радионуклид ёрдамида ўрганилди, рН-метрия амалга оширилди, меъда саратони онкомаркерлари СА 72.4 ва РЭА аниқланди.

Тадқиқотга РИОваРИАТМнинг абдоминал бўлими шароитида ГЭ бажарилган МС билан 862 бемор олинди. Жарроҳлик усули ва лимфа тугунларини ажратиш ҳажмига қараб, беморлар қуйидагича тақсимланди:

1. Стандарт ГЭ ЛД Д1 n=62 (7.2%).
2. Стандарт радикал ГЭ (СРГ) ЛД Д2 n=780 (90.5%).
3. Кенгайтирилган радикал ГЭ (КРГ) ЛД Д3 n=20 (2.3%).

Беморнинг аҳволи оғирлиги сабабли D2 ҳажмида лимфа диссекция қилиш имконияти йўқлиги сабабли, беморларнинг 7,2% да стандарт РЭ амалга оширилди. Д3 ҳажмидаги лимфодиссекция ҳажмининг самарадорлигини ўрганиш учун КРГ 2,3% (20) беморларда протокол билан ўтказилди. 862 бемордан 399 (46,3%) бемор комбинацияланган операция қилинди. Операция одатда юқори ўрта трансперитонеал киришдан амалга оширилди. Жарроҳликнинг максимал қулайлигига беморни тўғри ётқишиш орқали



эришилади. Меъда ўсмаси қизилўнғачнинг пастки кўкрак қисмига тарқалганда, ўсиб ўтиш даражасига қараб, тораколапаротом кириш йўлининг мақсадга мувофиқлиги масаласи ҳал қилинади.

"Меъда ўрнини босувчи" резервуарни шакллантириш учун биз беморларни танлашнинг маълум мезонларини ишлаб чиқдик, улар куйидаги жиҳатларни ўз ичига олган:

1. беморларнинг ёши 65 ёшгача бўлди.
2. Оғир ҳамроҳ патологияларнинг йўқлиги.
3. МСнинг асоратланган шаклининг йўқлиги.
4. TNM (2010) градациясига кўра фақат T2-3N1-2M0, T4aN1-2M0.
5. Лимфа тугунларининг 3-гуруҳида ва узоқ метастазларнинг йўқлиги.

2003 йилдан бошлаб ва 2014 йилгача ГЭ дан кейин ҳосил бўлган "меъда ўрнини босувчи" резервуарнинг компенсатор функциясини ўрганиш бўйича тадқиқот доирасида МС билан касалланган 304 бемор текширилди. Резервуарнинг ГЭ нинг функционал ҳолатига таъсирини ўрганиш учун беморлар 2 кичик гуруҳга бўлинган:

1. Асосий кичик гуруҳ - ГЭ дан кейин меъда ўрнини босувчи резервуар ҳосил қилинган n=148 бемор.

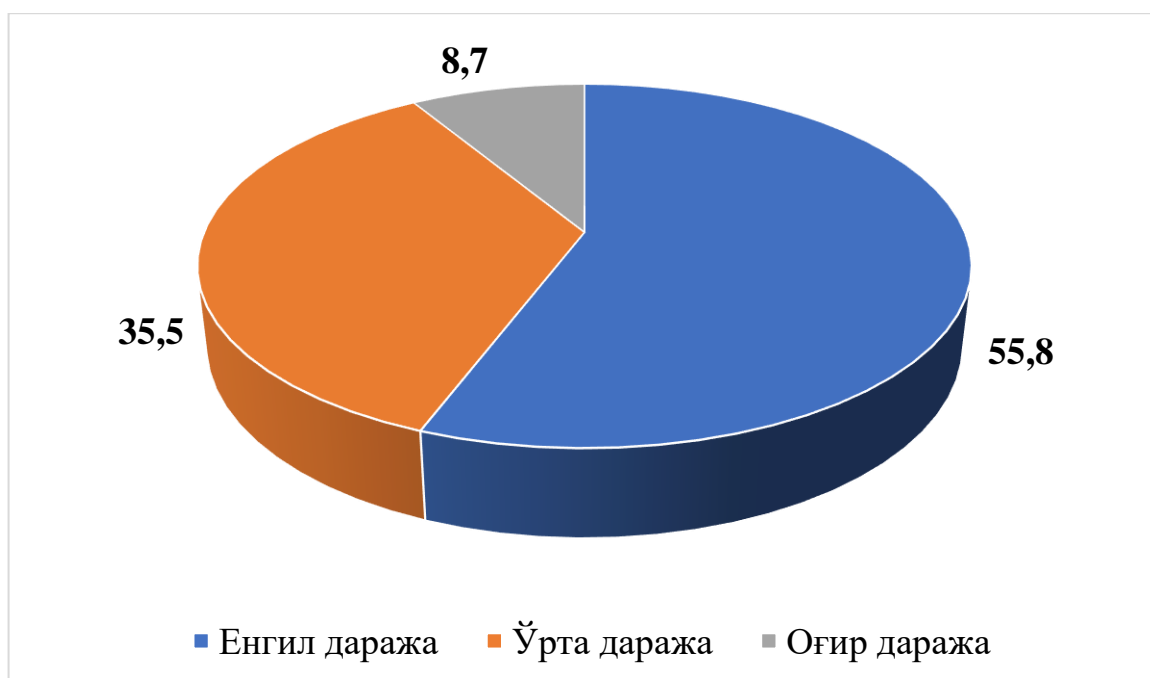
2. Назорат кичик гуруҳ - ГЭ кейин резервуар ҳосил қилинмаган n=156 бемор.

Резервуар функциясини ўрганиш операциядан 1, 3, 6 ой ва 1 йил ўтгач объектив ва субъектив усул билан амалга оширилди. ЭГДФС, рентген ва радионуклид текширувлар ёрдамида асосий ва назорат гуруҳларида юқори овқат ҳазм қилиш трактининг ҳолати ўрганилди.

Шаклланган резервуарнинг функционал ҳолати клиник, рентгенологик ва эндоскопик усулда биз томонидан ишлаб чиқилган мезонларга мувофиқ баҳоланди. Булар: демпинг синдроми, рефлюкс эзофагити, диспептик ҳолатлар, агастрал анемия белгилари, тана вазнининг ўзгариши, жисмоний реабилитация давомийлиги ва беморларнинг ҳаёт сифати.

Диссертациянинг «**Гастрэктомиянинг функционал асоратлари ва уларни баҳолаш мезонлари**» деб номланувчи учинчи бобида 862 беморда тотал ГЭ нинг функционал асоратларини таҳлил қилиш натижалари ёритилган. Беморларнинг асосий гуруҳида (n=560) клапан механизмларини олиб ташлаш туфайли ҳосил бўлган функционал асоратларни олдини олиш учун янги эзофагоеюноанастомоз қўлланилган. Шунинг учун биз назорат гуруҳи билан солиштирганда ушбу функционал камчиликларнинг компенсациясини объектив кузатиш имкониятига эга бўлдик. Назорат гуруҳининг беморлари (n=302) анастомоз шакллантирилишининг классик варианты ёрдамида операция қилинди.

Турли даражадаги демпинг-синдром 138 (45,7%) беморда кузатилди (улардан 56 (40,6%) - эркак ва 82 (59,4%) – аёл). Енгил даражадаги демпинг-синдром 77 (55,8%) беморда, ўрта даражадаги 49 (35,5%) беморда ва оғир даражаси 12 (8,7%) беморда кузатилди (1-расм).



**1-расм. Демпинг-синдромнинг ривожланиши (%да)**

Ўтказилган тадқиқотлар асосида ГЭ дан кейин анемия частотаси ва даражаси кўрсаткичлари аниқланди. Бу ҳақда маълумот 1-жадвалда келтирилган.

**1-жадвал**

**ГЭ дан кейин анемиянинг частотаси ва оғирлиги ҳақида маълумот динамикаси**

Анемия даражаси	Гемоглобинни сақлаш даражаси, г/л		Амалиётдан 3 ҳафта ўтгач		Амалиётдан 6 ой ўтгач		Амалиётдан 12 ой ўтгач	
	>90	<110	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I даража	>90	<110	158	54,5	134	58,3	144	62,3
II даража	>70	<90	106	36,6	82	35,7*	79	34,2*
III даража	<70		26	9,0	14	6,1	8	3,5
			290	100,0	230	100,0	231	100,0

Жадвал шуни кўрсатадики, агар операциядан кейинги дастлабки 3 ой ичида 290 (96,0%) беморда агастрик анемия кузатилган бўлса, тегишли тавсиялар ва антианемик терапиядан сўнг, 6 ойдан сўнг, 60 (20,7%) беморларда анемия ҳодисалари бартараф этилди. Уларнинг гемоглобин даражаси 110 г/л дан ортиқни кўрсатди. Деярли бир йил ўтгач, бу кўрсаткич хали ҳам барқарор турганлиги кўринди.

Биз таклиф қилган реконструкциянинг назарий асосланиши овқат химусини гепатопанкреатодуоденал зонасининг овқат ҳазм қилиш ферментлари билан янада самарали аралаштиришни таъминлашдан иборат бўлиб, бу нейро-гуморал овқат ҳазм қилиш омилларини стимуллашга, овқат

ҳазм қилиш жараёнини, ёғлар, оқсиллар, углеводлар метаболизмини нормаллаштиришга, ва натижада озикланиш статусини, ҳаёт сифати ва руҳий-ижтимоий реабилитациянинг яхшиланишга олиб келади.

Диссертациянинг «ГЭ дан кейин функционал асоратларнинг олдини олиш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашда «меъда ўрнини босувчи» резервуар яратишнинг роли» деб номланган тўртинчи бобда, овқат ҳазм қилиш трактининг узлуксизлигини тиклаш усулига қараб беморларни ўрганиш натижалари келтирилган. Беморлар 2 гуруҳга бўлинган:

1-гуруҳ (n=148) – ГЭдан кейин "меъда ўрнини босувчи" резервуар шакллантириш билан овқат ҳазм қилиш тракти узлуксизлигини тиклаш амалга оширилган.

2-гуруҳ (n=156) - ГЭдан кейин "меъда ўрнини босувчи" резервуар шакллантирмасдан овқат ҳазм қилиш тракти узлуксизлигини тиклаш амалга оширилган.

## 2-жадвал

### Таққосланган гуруҳларда операциядан кейинги асоратлар ва ўлим частотаси

операциядан кейинги асоратлар ва ўлим частотаси	СРГ резервуар билан 12 бармоқ ичакда пассажни сақлаш билан, n=54		СРГ резервуар билан 12 бармоқ ичакда пассажни сақлашсиз, n=94		СРГ резервуар шакллантирмасдан билан, n=156	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Эзофагоёюноанастомоз етишмовчилиги	-	-	-	-	1	0,6
Ўткир амалиётдан кейинги панкреатит	2	3,7*	3	3,2*	3	1,9
Қорин ич қон кетиши	-	-	1	1,1	1	0,6
Экссудатив плеврит	4	7,4*	7	7,4*	2	1,3
Анастомозит	-	-	-	-	1	0,6
Эвентерация	-	-	-	-	2	1,3
Қорин олд девори жароҳати йиринглаши	-	-	-	-	-	-
ЎАТЭси	-	-	1	1,1	1	0,6
НСС	1	1,9	1	1,1	2	1,3
Полиорган етишмовчилик	-	-	1	-	-	-
Жами	7	13,0	14	14,9	21	13,5
Леталлик	1	1,9	2	2,1	3	1,9

ГЭда овқат ҳазм қилиш трактининг узлуксизлигини жарроҳлик йўли билан тиклаш учун ишлатган усулнинг янгилиги Ўзбекистон Республикаси

интеллектуал мулк агентлигининг IAP04468-сонли патенти билан тасдиқланган..

Жарроҳлик аралашувларнинг бевосита натижалари ўрганилди. Таққосланган гуруҳларда операциядан кейинги асоратлар ва леталлик ҳақида маълумот 2-жадвалда келтирилган

Резервуар шакллантириш билан ва шакллантирмасдан СРГ нинг функционал натижалари операциядан 3 ой ўтгач баҳоланди. Қуйида биз резервуар шакллантириш усулига қараб ва усиз демпинг синдромининг частотаси ҳақида маълумот келтирганмиз (3-жадвал).

3-жадвал шуни кўрсатадики, асл резервуар яратилгандан сўнг 12 бармоқ ичакнинг овқат ҳазм қилиш жараёнида иштирокини тиклаш билан, операция қилинган 54 беморнинг ҳеч бирида демпинг-синдроми кузатилмади.

Ушбу тадқиқот натижалари ҳақида маълумот 4-жадвалда келтирилган. Кўриниб турибдики, 12 бармоқ ичак бўйлаб пассаж сақлаш билан резервуар шакллантирилишида 2 (3,0%) беморда А даражали рефлюкс эзофагити кузатилган. Операциядан 3 ой ўтгач, бу беморлар, айниқса, ёғли овқатларни истеъмол қилгандан кейин, биров жигилдон қайнатишидан шикоят қилишди.

### 3-жадвал

#### Резервуар шакллантириш ёки шакллантирмаслик усулига қараб демпинг синдромининг частотаси

№	Жарроҳлик реконструкция усуллари	Бемор сони	Демпинг-синдром						Жами	
			Енгил даража		Ўрта даража		Оғир даража			
			абс	%	абс	%	абс	%	Абс	%
1.	СРГ резервуар билан 12 бармоқ ичакда пассажни сақлаш билан	54	-	-	-	-	-	-	-	-
2	СРГ резервуар билан 12 бармоқ ичакда пассажни сақланишсиз	94	4	4,3*	1	1,1	-	-	5	5,3
3	СРГ резервуар шакллантирмаслик билан	156	22	14,1	14	9,0	5	3,2	41	26,3

(p<0,5)

## 4-жадвал

**Резервуар шаклантириш ёки шаклантирмаслик усулига қараб  
рефлюкс эзофагит частотаси**

Жарроҳлик реконструкция усуллари	Бемор сони	Рефлюкс-эзофагит								Жами	
		А даража		В даража		С даража		D даража			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
СРГ резервуар билан 12 бармоқ ичакда пассажни сақлаш билан	54	2	3,7*	-	-	-	-	-	-	2	3,7
СРГ резервуар билан 12 бармоқ ичакда пассажни сақланишсиз	94	5	5,3*	2	2,1	-	-	-	-	7	7,4
СРГ резервуар шаклантирмаслик билан	156	53	33,3	28	17,9	14	9,0	4	2,6	98	62,8

(p&lt;0,5)

Жарроҳлик даволаш усулига қараб операциядан кейинги бир йил ичида демпинг синдроми ривожланиш частотаси 5-жадвалда келтирилган.

## 5-жадвал

**Жарроҳлик даволаш усулига қараб операциядан кейинги 12 ой ичида  
демпинг синдроми ривожланиш частотаси**

Жарроҳлик реконструкция усуллари	Бемор сони, n=304	Демпинг-синдром						Жами	
		Енгил даража		Ўрта даража		Оғир даража			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
СРГ резервуар билан 12 бармоқ ичакда пассажни сақлаш билан	54	-	-	-	-	-	-	-	-
СРГ резервуар билан 12 бармоқ ичакда пассажни сақланишсиз	94	1	1,1	-	-	-	-	1	1,1
СРГ резервуар шаклантирмаслик билан	156	18	11,5	8	5,1	2	1,3	28	17,9

Яратилган резервуарнинг 12 ой ичида гипогликемик синдромни ривожланиш эҳтимолига таъсири ҳақида маълумот 6-жадвалда келтирилган.

**6-жадвал**

**Реконструкция усулига қараб 12 ой ичида гипогликемик синдромнинг ривожланиш частотаси**

Жарроҳлик реконструкция усуллари	Бемор сони, n=304	Гипогликемик синдром						Жами	
		I даража		II даража		III даража		абс	%
		абс	%	абс	%	абс	%		
СРГ резервуар билан 12 бармоқ ичакда пассажни сақлаш билан	54	-	-	-	-	-	-	-	-
СРГ резервуар билан 12 бармоқ ичакда пассажни сақланишсиз	94	4	4,2*	2	2,1	-	-	6	6,4
СРГ резервуар шаклантирмаслик билан	156	22	14,1	16	10,3	6	3,8	44	28,2

ГЭ операциясидан кейин 12 ой ичида тана вазнининг ўзгариши тўғрисидаги маълумотлар 7-жадвалда келтирилган.

**7-жадвал**

**Реконструкция усулларига қараб ГЭ дан кейин 12 ой давомида тана массаси индексининг ўзгариши**

Жарроҳлик реконструкция усуллари	Бемор сони n=304	Чиқариш да тана массаси, %	Тана массаси ўзгариш индекси			
			<100		>100	
			абс	%	абс	%
СРГ резервуар билан 12 бармоқ ичакда пассажни сақлаш билан	54	100	-	-	54	100
СРГ резервуар билан 12 бармоқ ичакда пассажни сақланишсиз	94	100	-	-	94	100
СРГ резервуар шаклантирмаслик билан	156		86	55,1	70	44,9

7-жадвалдан кўришиб турибдики, 12 ойдан кейин ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, 1 ва 2 - гуруҳларда барча беморларда тана массаси индекси мусбат бўлган, 3-гуруҳда эса тана массаси индекси мусбат бўлган беморларнинг улуши 44,9% ни ташкил этган, салбий эса – 55,1% да кузатилган. 1, 2 ва 3 гуруҳлар ўртасидаги фарқлар статистик аҳамиятли ( $p < 0.05$ ).

Юқоридаги жадваллардан кўришиб турибдики, 1 ва 2-гуруҳларда операциядан 12 ой ўтгач диспептик бузилишлар умуман кузатилмади ва 3-

гурухда биз беморларнинг 71,1 фоизда бу бузилишларни кузатдик ва 6 ойлик кузатув маълумотларидаги ўзгаришлар ишончсизлиги аниқланди ( $p>0,05$ ).

#### 8-жадвал

### СРГ дан кейин реконструкция усулларига қараб 12 ойдан сўнг диспептик бузилишларнинг частотаси ва интенсивлиги

Диспептик бузилишлар даражаси	СРГ резервуар билан 12 бармоқ ичакда пассажни сақлаш билан, n=54		СРГ резервуар билан 12 бармоқ ичакда пассажни сақлашсиз, n=94		СРГ резервуар шаклланти рмаслик билан, n=156		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Диспептик бузилишларнинг йўқлиги	54	100	94	100	45	28,9	193	63,5
Диспептик бузилишлар кузатилиши частотаси	-	-	-	-	108	69,2	108	35,5
Диспептик бузилишларнинг ифодаланганлиги	-	-	-	-	3	1,9	3	1,0

3-гурухда 3, 6 ва 12 ойдан кейин беморларнинг ҳаёт сифати беморларнинг 1 ва 2 гуруҳларидаги кўрсаткичлардан сезиларли даражада ( $p<0,05$ ) фарқ қилади. Тадқиқот шуни кўрсатдики, беморларнинг атиги 7,7 фоизда 6 ойгача ҳаёт сифати индекси операциядан олдинги давр билан таққосланадиган бўлган ( $p<0,05$ ). 12 ойдан сўнг, беморларнинг атиги 16 фоизда операциядан олдинги даврдаги ҳаёт сифати билан сезиларли даражада фарқ қилмаган ва беморларнинг 84 фоизда бу кўрсаткич анча пастлиги кузатилди ( $p<0,05$ ).

#### 9-жадвал

### ГЭ дан кейин реконструкция усулларига қараб МС беморлари ҳаёт сифатининг ўртача кўрсаткичлари

Кузатув муддати	1 гуруҳ, n=54	2 гуруҳ, n=94	3 гуруҳ, n=156
Жарроҳлик давоси арафасида	65,4 $\pm$ 2,3	66,1 $\pm$ 2,41	65,9 $\pm$ 2,1
3 ойдан сўнг	63,4 $\pm$ 2,4	61,4 $\pm$ 2,6	57,3 $\pm$ 0,9***
6 ойдан сўнг	76,2 $\pm$ 2,2***^^^	70 $\pm$ 2,1^	61,4 $\pm$ 0,8***^^^
12 ойдан сўнг	82,4 $\pm$ 2,6***^^^	75,3 $\pm$ 1,9***^^^	63,3 $\pm$ 0,8^^^

Изоҳ: \* - Жарроҳлик давоси арафасида натижалари аҳамиятли (\* -  $P<0,05$ , \*\*\* -  $P<0,001$ ); ^ - 3 ойдан сўнгги натижалар аҳамиятли (^ - 0,05, ^^ -  $P<0,001$ )

Шундай қилиб, 12 бармоқ ичак бўйлаб пассаж билан "меъда ўрнини босувчи" резервуарни шакллантириш орқали постгастрэктомик бузилишлар сонининг максимал камайишига ва овқат ҳазм қилиш тизимининг оптимал ишлашига эришиш мумкин.

Тавсия этилган техника олиб ташланган меъданинг резервуар функциясини тиклайди, бажариш осон, тарқалган жараён бўлмаган тақдирда барча ҳолатларда қўлланилади, ишончли ва ичак резервуарини шакллантириш усули билан боғлиқ асоратлар билан бирга келмайди. Янги технологиядан фойдаланиш ижобий физиологик йўналиш билан тавсифланади: у демпинг синдроми, рефлюкс эзофагит ҳодисаларини бутунлай бартараф этади, агастрал анемияси, диспептик синдромлар ҳодисаларини максимал даражада камайтиради, тана массаси индексини оширади, жисмоний реабилитация ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилади.

Диссертациянинг «**Янги инвагинацион-муфтасимон эзофагоеюноанастомозни ишлаб чиқиш ва унинг гастрэктомиянинг бевосита натижаларига таъсири**» деб номланган бешинчи бобда қизилўнгач-ичак анастомозининг ҳар хил турлари бўлган беморлар гуруҳларида баҳо берилган.

Биз тотал ГЭдан кейин бажарилишнинг соддалиги, юқори ишончилиги, қизилўнгачнинг қисқа сегментида анастомоз ҳосил қилиш имкониятини берадиган ва узоқ операциядан кейинги даврда яхши ҳаёт сифатини таъминлайдиган эзофаго-еюно анастомозининг янги турини ишлаб чиқдик ва амалга оширдик. Типологик тадқиқотлар асосида қизилўнгач-ингичка ичак анастомозини шакллантиришнинг тўртта ўхшаш усули, яъни Гилярович, Гилярович-Грэхам, Гилярович-Русланов анастомози ва Гилярович-Шалимов анастомозига кўра эзофагоеюноанастомознинг қиёсий характеристикаси ўтказилди.

2-бобда таъкидланганидек, эзофагоентероанастомозни шакллантириш усулларига қараб, беморлар 2 гуруҳга бўлинган:

I гуруҳ –  $n=302$  (35,0%) – СРГ тутагандан сўнг, беморлар Гилярович ва унинг мавжуд модификациялари Гилярович-Грэхам ва Гилярович-Шалимов усулида муфтасимон қизилўнгач-ичак анастомози ўтказилди.

Амалдаги қизилўнгач-ичак анастомози вариантларига қараб, I гуруҳ беморлари қуйидаги кичик гуруҳларга бўлинган:

1 кичик гуруҳ –  $n=108$  (35,8%) – Гилярович усулида ҚИА.

2 кичик гуруҳ –  $n=55$  (18,2%) – Гилярович-Грэхем модификацияси бўйича ҚИА.

3 кичик гуруҳ –  $n=139$  (46,1%) – Гилярович-Шалимов бўйича ҚИА.

II гуруҳ –  $n=560$  (65,0%) – биз томонимиздан ишлаб чиқилган ҚИА.

Ушбу бобда Гилярович усулида қизилўнгач-ичак анастомозини шакллантириш материаллари ва усулларининг хусусиятлари ва уларнинг бевосита натижалари, Гилярович-Грэхам усулида қизилўнгач-ичак анастомозини шакллантириш материаллари ва усуллари ва уларнинг бевосита натижалари, Гилярович-Шалимов усулида қизилўнгач-ичак анастомозини шакллантириш материаллари ва усулларининг хусусиятлари ва уларнинг



бевосита натижалари ўрганилган. шахсий методикага мувофик шакллантирилган қизилўнгач-ичак анастомозининг материаллари ва усуллари ва уларнинг бевосита натижалари ўрганилган.

#### 10-жадвал

#### Гилярович усулида ҚИА шакллантириш билан ГЭ операциядан кейинги асоратларнинг частотаси ва табиати

Асорат номланиши	Бемор сони	%	Даво тактикаси		Вафот этди
			Терапевтик	Жарроҳлик	
<b>Амалиётдан кейинги эрта асоратлар</b>					
Юрак-қон томир тизими етишмавчилиги	8	25,8	+	-	2
Бронхопневмония	2	6,5	+	-	-
Амалиётдан кейинги панкреатит	6	19,4	+	-	-
ЎАТЭси	1	3,2	+	-	1
ҚИА етишмовчилиги	10	32,2	+(8)	+(2)	6
Қорин ичи қон кетиши	1	3,2	+	-	
Узоқ вақтлик лимфорейя	3	9,7	+	-	
Жами	31	100	29 (93,5%)	2(6,5%)	9 (9,3%)
<b>Амалиётдан кейинги кечки асоратлар</b>					
Рефлюкс-эзофагит	54	73	+	+	
ҚИА анастомозити	67	90,5	+		
ҚИА торайиши	14	18,5	-		

Гилярович усулида ҚИА шаклланиши билан ГЭ нинг бевосита натижаларини ўрганилганда, беморларнинг жами 28,7 фоизда (31) операциядан кейинги даврда асоратларни ривожланганлиги аниқланди. Операциядан кейинги эрта ва кеч асоратларнинг табиати ҳақида маълумот 10-жадвалда келтирилган.

Гилярович-Грэхам усулида ҚИА шаклланиши билан ГЭ натижалари ўрганилганда, операциядан кейинги даврда жами 18 (32,7%) беморда асоратлар қайд этилган. Операциядан кейинги эрта ва кеч асоратларнинг табиати ҳақида маълумот 11-жадвалда келтирилган.

Гилярович-Шалимов усулида ҚИА шаклланиши билан ГЭ нинг бевосита натижаларини ўрганилганда, операциядан кейинги даврда 32 (23,1%) беморда асоратлар ривожланганлиги, шундан 11 (7,9%) жарроҳлик асоратлари ва 21 (15,1%) беморларда терапевтик асоратлар бўлганлиги аниқланди. Операциядан кейинги эрта ва кеч асоратларнинг табиати ҳақида маълумот 12-жадвалда келтирилган.

## 11-жадвал

**Гилярович-Грэхем усулида ҚИА шакллантириш билан ГЭ операциядан кейинги асоратларнинг частотаси ва табиати**

Асорат номланиши	Бемор сони	%	Даво тактикаси		Вафот этди
			Терапевтик	Жарроҳлик	
<b>Амалиётдан кейинги эрта асоратлар</b>					
Юрак-қон томир етишмовчилиги	7	38,9	+	-	1
Бронхопневмония	1	5,5	+	-	1
Амалиётдан кейинги панкреатит	1	5,5	+	-	-
Гепатохолецистопанкреатит	1	5,5	+	-	-
Нейроген ковуқ	1	5,5	+	-	-
ҚИА етишмовчилиги	5	27,8	+(4)	+(1)	3
Чап томон диафрагма ости соҳа абцесси	1	5,5	-	+	
Узоқ вақтлик лимфорейя	1	5,5	-		
Жами	18	100	17 (94,4%)	1 (5,6%)	5 (9,1%)
<b>Амалиётдан кейинги кечки асоратлар</b>					
Рефлюкс-эзофагит	28	71,8	+		
ҚИА анастомозити	31	79,5	+		
ҚИА торайиши	9	23,1	-	+	

## 12-жадвал

**Гилярович-Шалимов усулида ҚИА шакллантириш билан ГЭ операциядан кейинги асоратларнинг частотаси ва табиати**

Асорат номланиши	Бемор сони	%	Даво тактикаси		Вафот этди
			терапевтик	жарроҳлик	
<b>Амалиётдан кейинги эрта асоратлар</b>					
Юрак-қон томир етишмовчилиги	16	76,2	+	-	1
Амалиётдан кейинги панкреатит	3		+	-	-
БМҚАЎБ	1		+	-	1
Буйрак-жигар етишмовчилиги	1		+	-	1
ҚИА етишмовчилиги Йўғон ичак оқмаси	8		+(5)	+(3)	6
Аъзолар эвентерацияси	1		+	-	
Қорин бўшлиғи	1		+	-	
Узоқ вақтлик лимфорейя	1		+	-	
Жами	32	100	29 (90,6)	3 (9,4)	9 (6,5)
<b>Амалиётдан кейинги кечки асоратлар</b>					
Рефлюкс-эзофагит	54	45,7	+	-	
ҚИА анастомозити	65	55,1	+	-	
ҚИА торайиши	12	10,2	-	+	

Ўз методикамиз бўйича ҚИА шакллантириш билан ГЭнинг бевосита натижалари ўрганаётганда, операциядан кейинги даврда атиги 58 (10,4%) беморда асоратлар ривожланганлиги аниқланди. Улардан 24 (4,3%) беморда жарроҳлик асоратлари, 32 (5,7%) беморда терапевтик асоратлар кузатилган. Регургитация клиник, рентгенологик ва эндоскопик 30 беморда ўрганилди. Текширилган беморларнинг умумий сонидан 7 (23,3%) беморда регургитация аниқланди.

### 13-жадвал

#### ҚИА шакллантирилган ГЭ беморларида 3 ой ўтгач рефлюкс-эзофагитнинг учраш частотаси

Рефлюкс-эзофагит даражасининг оғирлиги	Рефлюкс-эзофагит частотаси		P
	абс. сон	%	
А даража	59	72,0	
В даража	20	24,4	>0,05
С даража	3	3,6	>0,05
Д даража	-	-	
Жами	82	100	

Анастомознинг ўтказувчанлиги клиник рентгенологик ва эндоскопик усуллар билан текширилди. 8 (1,6%) беморда қониқарсиз анастомоз билан боғлиқ (ўтказувчанликнинг бузилиши) клиник шикоятлар қайд этилди.

ҚИА нинг кеч асоратларидан бири сифатида анастомоз соҳасидаги торайиш даражасига кўра беморларнинг тақсимланиши 14-жадвалда келтирилган.

### 14-жадвал

#### Биз яратган усулда ҚИА шакллантирилган ГЭ беморларида 3 ой ўтгач анастомознинг торайишини учраш частотаси

Ўтказувчанликни баҳолаш	Торайиш даражаси		P
	абс. сон	%	
Аъло	240	48,8	
Яхши	223	45,5	>0,05
Қониқарли	20	4,1	<0,001
Қониқарсиз	8	1,6	<0,05
Жами	491	100	

Диссертациянинг «Қизилўнгач-ичак анастомозининг турли хил вариантларида гастрэктомиянинг натижаларини қиёсий баҳолаш» деб номланган диссертациясининг олтинчи бобида 4 та тадқиқот гуруҳининг қиёсий таҳлили келтирилган.

Таққосланган тўртта гуруҳда операциядан кейинги даврда кузатилган терапевтик асоратлар орасида энг кўп учрайдигани юрак - қон томир ва

бронхопулмонал асоратлар, жарроҳлик асоратлари орасида эса – ҚИА чокларининг етишмовчилиги бўлган.

ҚИА чоклари етишмовчилиги частотасидаги бир томондан 1-гурухи (Гильярович усулида ҚИА) ва иккинчи томондан 2-гурух (Гильярович-Грэхем усулида ҚИА) ишонарли статистик фарқ аниқланмади ( $P > 0,05$ ). Лекин, 3-гурухда (ҚИАни Шалимов бўйича модификацияси) ушбу кўрсаткич 1-гурухга нисбатан ишонарли паст бўлди ( $P < 0,05$ ). 1-гурухга нисбатан ҚИА етишмовчилиги ҳолатларини янада паст кўрсаткичи 4-гурухда аниқланди (бизнинг методикамиз бўйича ҚИА) ( $p < 0,001$ ). Шунингдек, 4-гурухда чоклар етишмовчилиги 2-чи ва 3-чи гуруҳларга нисбатан ҳам статистик ишонарли паст бўлди ( $P < 0,05$ ).

ҚИА чокларининг етишмовчилиги туфайли ўлим ҳақида маълумот 15-жадвалда келтирилган. I, II ва III гуруҳлар гуруҳлар орасидаги фарқ статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас ( $P > 0,05$ ), IV гуруҳлар ва қолганлари ўртасидаги фарқ эса сезиларли бўлиб чиқди ( $P < 0,05$ ).

### 15-жадвал

#### Шакллантириш усулига қараб ҚИА етишмовчилигидан амалиётдан кейинги леталлик

Гуруҳлар	Кузатувлар сони	Етишмовчилик солни	Леталлик	
			Сони	%
I гуруҳ	108	10	6	5,6
II гуруҳ	55	5	3	5,5
III гуруҳ	139	8	6	4,3
IV гуруҳ	560	12	4	0,7

Шундай қилиб, ҚИА ни шакллантириш бўйича ишлаб чиқилган ва жорий қилинган методология ҚИА чоклари етишмовчилигини сезиларли даражада камайтиради ва ўлим даражасини 5,5% дан 0,7% гача камайтиради.

қизилўнгачнинг 3/1 қисми резекциясига қараб ҚИА чокларининг етишмовчилигини таҳлил қилиш қуйидагиларни кўрсатди.

I гуруҳда ҚИА чоклари етишмовчилиги кузатилган 10 ҳолатдан 6 тасида қизилўнгачнинг пастки/3 қисмини шикастланиши қайд этилган. II гуруҳда бу 5 бемордан 3 тасида; III гуруҳда эса, 8 ҳолатдан 5 тасида кузатилган. IV гуруҳда қизилўнгачнинг пастки/3 қисми шикастланиши 14 ҳолатдан 8 тасида қайд этилган. Умуман олганда, қизилўнгачнинг пастки/3 қисми зарарланган 411 бемордан 22 тасида (5,3%) ҚИА чокларининг етишмовчилиги кузатилди. Қизилўнгач зарарланмаган 449 (52,2%) бемордан 15 тасида (3,3%) ҚИА чокларининг етишмовчилиги кузатилди.

Бизнинг ишимизда, ГЭ бажарилган 862 бемордан 37 тасида анастомоз чоклари етишмовчилиги кузатилди ва бу 4,3% ни ташкил этди. Улардан ҚИА чокларининг эрта етишмовчилиги 14 (37,8%) ҳолатни ва кеч етишмовчилиги 23 (62,2%) ни ташкил этди. 19 (2,2%) бемор ҚИА чоклари етишмовчилигидан вафот этди.

Агар дастлабки учта гуруҳда эрта анастомоз чоклари етишмовчилиги сезиларли даражада устун бўлган бўлса, IV гуруҳда, аксинча, ҚИА чокларининг кеч етишмовчилиги сезиларли даражада кўп учради. Бу ҳолат ҚИА чокларининг етишмаслигидан ўлимга бевосита таъсир қилди.

#### 16-жадвал

#### ҚИА шакллантириш усулига қараб ГЭ дан кейинги чоклар етишмовчилиги частотаси ва леталлик

Кузатув гуруҳлари	Кузатувлар сони	ҚИА чоклари етишмовчилиги				Вафот этди	
		эрта		кечки		абс.	%
		абс.	%	абс.	%		
I гуруҳ	108	6	5,5	4	3,7	6	5,5
II гуруҳ	55	3	5,4	2	3,4	3	5,4
III гуруҳ	139	5	3,4	3	2,2	6	4,3
IV гуруҳ	560	2	0,3	12	2,2	4	0,7
Жами	860	16	1,9	21	2,4	19	2,2

I гуруҳдаги терапевтик асоратлар 11 (10,2%) беморда, II гуруҳда - 10 (18,2%), III гуруҳда – 18 (13,0%) ва IV гуруҳда - 32 (5,7%) беморларда кузатилган.

Ушбу асоратларнинг йиғиндисига кўра, ўлим сони I гуруҳда 3 (2,8%), II гуруҳда 2 (3,6%), III гуруҳда 3 (2,2%) ва IV гуруҳда 12 (2,2%) ни ташкил этди (17-жадвал).

#### 17-жадвал

#### ҚИА шакллантириш усулига қараб ГЭ дан кейинги терапевтик асоратлар ва леталлик

Кузатув гуруҳлари	Терапевтик асоратлар		Вафот этди		Жами	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I гуруҳ	11	10,2	3	2,8	9	8,3
II гуруҳ	10	18,2	2	3,6	5	9,1
III гуруҳ	18	13,0	3	2,2	9	6,4
IV гуруҳ	32	5,7	12	2,2	16	2,8

Гуруҳлардаги беморлар сонининг ўзгариши даволанишдан кейин 3 ой ўтгач, уларнинг ҳаммаси ҳам назорат тадқиқотида келмаганлиги билан боғлиқ. Мурожаат қилган беморлар текширилди ва XELOX схемаси бўйича кимётерапия курсини олди. Шунингдек, вафот этганлар умумий рўйхатдан чиқарилди. I гуруҳда 9 нафар бемор вафот этди, 25 нафари назорат текширувига келмади ва 74 нафари қолди; II гуруҳда 5 нафар бемор вафот этди, 11 нафари назорат текширувига келмади ва 39 нафари қолди; III гуруҳда

9 нафари вафот этди, мос равишда 12 нафари назорат текширувига келмади ва 118 нафар қолди; IV гуруҳда 16 бемор вафот этди, 22 киши назоратга келмади ва 492 киши қолди.

### 18-жадвал

#### ҚИА шакллантириш усулига қараб ГЭ дан 3 ойдан кейинги рефлюкс-эзофагитнинг пайдо бўлиш частотаси ва оғирлик даражаси

РЭ оғирлик даражаси	I гуруҳ n=74		II гуруҳ n=39		III гуруҳ n=118		IV гуруҳ n=492	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
А даража	22	29,7	12	30,8	24	20,3	59	12,0***
В даража	20	27,0	10	25,7	20	17,0	20	4,0***
С даража	9	12,1	4	10,3	8	6,7	3	0,6***
Д даража	3	4,0	2	5,1	2	1,7	0	0
Жами	54	73,0	28	71,8	54	45,8	82	16,7***

19-жадвалда кўрсатилган рақамлар шуни кўрсатадики, ўтказувчанликни баҳолашнинг аъло, яхши ва қониқарли мезонлари беморларнинг I, II, III гуруҳларида тахминан бир хил ва кўрсаткичлар бир-биридан сезиларли даражада фарқ қилмайди ва IV гуруҳда кўрсаткичлар олдинги учта гуруҳдан сезиларли даражада фарқ қилади.

### 19-жадвал

#### ҚИА шакллантириш усулига қараб ГЭ дан 3 ойдан кейинги ҚИА торайишининг пайдо бўлиш частотаси

Ўтказувчанликни баҳолаш	I гуруҳ, n=74		II гуруҳ, n=39		III гуруҳ, n=118		IV гуруҳ, n=492	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Аъло	18	24,3	10	25,6	34	28,8	240	48,8***^^
Яхши	24	32,5	11	28,3	42	35,6	223	45,5*^
қониқарли (I даражали дисфагия)	18	24,3	9	23,1	30	25,4	20	4,1***^^
қониқарсиз (II даражали дисфагия)	14	18,9	9	23,1	12	10,2^	8	1,6***^^
Жами	74	100	39	100	118	100	491	100

Изоҳ: \* - I гуруҳ маълумотларига нисбатан фарқлар аҳамиятли (\*\* -  $P < 0,01$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ ); ^ - 2 гуруҳ маълумотларига нисбатан фарқлар аҳамиятли (^ -  $P < 0,05$ , ^^ -  $P < 0,01$ , ^^ -  $P < 0,001$ )

ҚИА шакллантириш усулига қараб регургитация частотасини аниқлаш учун, ҳар бир гуруҳдан 30 бемор танлаб олинди ва мақсадли клиник, рентгенологик ва эндоскопик текширувлар ўтказдик. Қўшимча маълумот 20-жадвалда келтирилган.

**ҚИА шакллантириш усулига қараб ГЭ дан кейинги регургитациянинг пайдо бўлиш частотаси**

Гуруҳлар	Кузатувлар сони	Регургитация		P
		абс.	%	
I гуруҳ	30	22	73,3	
II гуруҳ	30	23	76,7	>0,05
III гуруҳ	30	16	53,3	>0,05
IV гуруҳ	30	7	23,3	<0,00

Юқоридаги жадвалдан кўришиб турибдики, клапан механизми вазифасини маълум даражада бажарадиган инвагинацион-муфтасимон анастомознинг яратилиши IV гуруҳда регургитация частотасининг сезиларли даражада пасайишига олиб келди ва бу беморларнинг 23,3% ни ташкил этди. Бу I ва II гуруҳ беморларига қараганда 3 баравар кам ва III гуруҳга қараганда 2,5 баравар камдир ( $P < 0,05$ ).

### ХУЛОСАЛАР

“Меъда саратони жарроҳлигида янги технологиялар” мавзусида тиббиёт фанлари бўйича фан доктори (DSc) бўйича олиб борилган тадқиқотлар асосида қуйидаги хулосалар шакллантирилди:

1. ГЭ дан кейин биз томонимиздан ишлаб чиқилган "меъда ўрнини босувчи" резервуарни шакллантириш, овқат массаларининг битта ҳазм қилиш занжиридаги бўғин сифатида 12 бармоқ ичак бўйлаб ўтишини қайтариш етарлича хавфсиз ва жарроҳлик давосининг бевосита натижаларини ёмонлаштирмайди. Резервуар шакллантиришда операциядан кейинги асоратларнинг частотаси 13,0%, ўлим даражаси 1,9% ни ташкил қилди ва назорат гуруҳида (ГЭ резервуар шакллантирилмасдан) асоратлар частотаси асосий гуруҳдагидан ишончли фарқ қилмаганлиги кўрсатди (13,5%) ва ўлим даражаси 1,9% ни ташкил қилди ( $P > 0,05$ ).

2. ГЭ дан кейин "меъда ўрнини босувчи" резервуарни шакллантирилиши даволанишдан кейинги узоқ муддатли даврда агастрал синдромларни камайтириш учун сезиларли даражада яхши кўрсаткичларни беради. Таклиф этилаётган усул назорат гуруҳидаги демпинг синдромларининг частотасини асосий гуруҳдаги 26,8% дан 0% гача, рефлюкс эзофагитнинг частотасини 62,8% дан 3,7% гача, гипогликемик синдромни 50% дан 13,0% гача, диспептик бузилишларни 63,5% дан 0% гача ва агастрал синдромнинг намоён бўлиши частотасини 77,8% дан 22,2% гача камайтиришга имкон берди.

3. Қизилўнғач, меъда ва ингичка ичакнинг мотор эвакуатор фаолияти овқат ҳазм қилиш конвеерининг таркибий қисмидир. Гастрэктомиядан сўнг, редуоденизация билан еюнопластика ёрдамида шакллантирилган резервуар анъанавий жарроҳлик пайтида 30% кузатилувчи йўқотилган меъданинг мотор эвакуатор вазифасини компенсация қилишни 70% га кўтариш имконини беради. Шу билан бирга, қизилўнғач бўшлиғининг рН метрияси 6,2 ни (меъёрда 6), резервуар бўшлиғиники 7,1 ни (меъёрда 7), ўн икки бармоқ ичакда 7,4 ни (меъёрда 6-7,9) кўрсатди.

4. ГЭдан кейин шакллантирилган резервуар узоқ вақт давомида (45-60 дақиқа давомида) қабул қилинган овқатни ушлаб туради, қисқарувчанлик вазифасини бажаради, эвакуацияни порционлигини таъминлайди ва бунинг натижасида овқат массаларин транзити трафигини имконини беради ва ҳазм қилиш бузилишлари оғирлик даражасини камайтириш имконини беради.

5. Ишлаб чиқилган ГЭ дан кейин шакллантирилувчи инвагинацион-муфтасимон ҚИА техник жиҳатдан содда, ишончли герметик ва нисбатан хавфсиз усулдир. Агар мавжуд даволаш усулларида чоклар етишмовчилигининг частотаси 5,6-4,3% ни ташкил қилса, таклиф этилаётган анастомоз усули уни 0,7% гача камайтирди.

6. ҚИА қўйиннинг мавжуд вариантларидан фарқли ўлароқ, таклиф этилаётган шакллантириш усули рефлюкс эзофагит (мавжуд вариантларда 73,0-45,8%, бизнинг усулимизда 16,7% гача), I-II даражали дисфагия (46,2-35,6% дан 5,7% гача) ва регургитация (73,3-53,3% дан 23,3% гача) каби функционал асоратларнинг частотасини сезиларли даражада камайтирди.



**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019 Tib.77.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ  
МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ**  

---

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ И  
РАДИОЛОГИИ**

**ХУДАЁРОВ САНЖАРБЕК САРВАРОВИЧ**

**НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ РАКА ЖЕЛУДКА**

**14.00.14 – Онкология**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА НАУК (DSc)  
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**ТАШКЕНТ – 2025**

**Тема диссертации доктора наук (DSc) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за № B2021.2.DSc/Tib564.**

Диссертация выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекском, русском, английском (резюме)) размещён на веб-странице Научного совета ([www.cancercenter.uz](http://www.cancercenter.uz)) и Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» ([www.ziyo.net](http://www.ziyo.net)).

**Научный консультант:**

**Джураев Миржалол Дехканович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты:**

**Мухаммедаминов Шухрат Каримджанович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Хакимов Мурод Шавкатович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Лигай Руслан Ефимович**  
доктор медицинских наук

**Ведущая организация:**

**ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России**

Защита диссертации состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019Tib.77.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии по присуждению ученых степеней (Адрес: 100174, г. Ташкент, ул. Фароби, 383. Тел/факс: (+99871) 246-05-13; e-mail: [info@cancercenter.uz](mailto:info@cancercenter.uz)).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (зарегистрирована за № \_\_\_\_). Адрес: 100174, г. Ташкент, ул. Фароби, 383. Тел/факс: (+99871) 246-05-13.

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

**М.Н.Тилляшайхов**

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

**А.А.Адилходжаев**

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

**М.Х.Ходжибеков**

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

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора наук (DSc))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** Рак желудка (РЖ) занимает одно из первых мест среди злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта, особенно в странах Азии, Восточной Европы и Латинской Америки. Согласно данным GLOBOCAN 2022, предоставленным Международным агентством по изучению рака (IARC), «...в 2022 году по всему миру было зарегистрировано около 968 784 новых случаев рака желудка, что составляет 4,8% от общего числа онкологических заболеваний. В том же году от рака желудка умерло 660 175 человек, что составляет 6,8% от всех случаев смерти от рака.....»<sup>1</sup>. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями частота РЖ занимает в разных странах мира в среднем второе место. В России показатель заболеваемости РЖ в последние годы стойко держится на 2-м ранговом месте. В Узбекистане, в 2023 г. РЖ был выявлен у 1957 больных и занял 1-е место у мужчин и 2-е - у женщин, уступив раку молочной железы. Рост числа новых случаев рака желудка и смертности делает данное заболевание одной из актуальных проблем современной медицины.

В мировой медицине проводится множество научных исследований, посвящённых распространению, диагностике и комплексному лечению рака желудка. На основании изучения непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения РЖ многие авторы подчеркивают целесообразность гастрэктомии (ГЭ) и ее более радикальный характер по сравнению с резекцией желудка. Однако ГЭ нередко тяжело переносится больными, трудоемка для хирурга, а ее функциональные результаты оставляют желать лучшего. Применение ГЭ с эзофаго-еюно-анастомозом в отводящую петлю сопровождается выключением 12-перстной кишки (ДПК) и не менее 40-50 см тощей кишки из общей цепи пищеварения. Это часто приводит к развитию разнообразных постгастрэктомических синдромов (ПГЭС). С целью их предупреждения разработано множество модификаций гастропластических и реконструктивных операций. Данные многих авторов свидетельствуют об отсутствии до настоящего времени достаточно надежного способа формирования эзофагоеюноанастомоза и необходимости разработки и оптимизации способов формирования резервуара, который бы удовлетворительно компенсировал резервуарную функцию желудка. Это подчеркивает актуальность данной темы, необходимость проведения перспективных исследований, нацеленных на усовершенствование хирургического лечения, что имеет важное научно-практическое значение.

В нашей стране последовательно осуществляются меры по развитию медицины, приведению медицинской системы в соответствие с международными стандартами, включая раннюю диагностику и эффективное лечение онкологических заболеваний. В рамках семи приоритетных направлений Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022–2026 годы поставлены конкретные задачи по выводу уровня медицинских услуг для

---

<sup>1</sup>[https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf?utm_source=chatgpt.com)

населения на новый этап, включая «...по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг...»<sup>2</sup>. Исходя из этих задач, является актуальным проведение научно-исследовательских работ, направленных на изучение клинико-морфологических аспектов и на усовершенствование лечебно-профилактических мероприятий больных с раком желудка. Указанные направления научных исследований являются одними из наиболее актуальных проблем современной онкологии. Приведённые выше доводы ещё раз подчёркивают важность данной проблемы и целесообразность проведения научных исследований в этом направлении.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, обозначенных в Постановлениях Президента Республики Узбекистан № УП-60 «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022–2026 годы» от 28 января 2022 года, № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному улучшению системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, в Постановлениях Президента Республики Узбекистан № ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию оказания специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан в 2017–2021 годах» от 20 июня 2017 года, и № ПП-5130 «О дальнейшем совершенствовании системы оказания гематологической и онкологической помощи населению» от 27 мая 2021 года, а также другие нормативно-правовые акты, регулирующие данную сферу, создают основу для реализации задач, поставленных в рамках исследования данной диссертации.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий в Республике Узбекистан.** Исследование проведено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий в Республике Узбекистан на основе грантового исследования А-9-040 («Разработка и внедрение технологий по реконструктивно-восстановительной хирургии рака желудка»).

### **Обзор международных научных исследований по теме диссертации.<sup>3</sup>**

Ряд научных исследований, направленных на комбинированное лечение пациентов с диагнозом РЖ, проводится ведущими мировыми научными центрами и высшими учебными заведениями, в том числе: Anderson Hospital (Texas), J. Hopkins Hospital (Meriland), Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (New York), Mayo Clinic (USA), Memorial Health University Medical Center (USA), Cleveland Clinic (USA), National Cancer Center Hospital (Japan), Ro Hospital (UK), St. George's University Hospitals NHS Foust (UK), King's College Hospital (UK), Charité University Hospital (Germany), Peking Union Medical College Hospital (China), Peking University Cancer Hospital (Beijing), Seoul National University Hospital (South Korea), Medical Center Samsung (South

---

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

<sup>3</sup>Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации проведен на основании: [www.mskcc.org](http://www.mskcc.org), [www.mdanderson.org](http://www.mdanderson.org), [www.hopkinsmedicine.org](http://www.hopkinsmedicine.org), [www.mayoclinic.org](http://www.mayoclinic.org), [www.clevelandclinic.org](http://www.clevelandclinic.org), [www.charite.de](http://www.charite.de), [www.ncc.go.jp](http://www.ncc.go.jp), [www.snuh.org](http://www.snuh.org), [www.petermac.org](http://www.petermac.org), [www.pumch.cn](http://www.pumch.cn), [www.pkucancer.com](http://www.pkucancer.com), [www.samsunghospital.com](http://www.samsunghospital.com), [medicine.cu.edu.eg](http://medicine.cu.edu.eg), [www.regionh.dk/righospitalet](http://www.regionh.dk/righospitalet), [www.ncis.com.sg](http://www.ncis.com.sg), [www.ronc.ru](http://www.ronc.ru), [new.nmicr.ru](http://new.nmicr.ru), [www.niioncologii.ru](http://www.niioncologii.ru), [www.cancercenter.uz/ru](http://www.cancercenter.uz/ru),

Korea), Cairo University Hospitals (Egypt), National University Cancer Institute (Singapore), ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» (Россия), МНИОИ имени П.А. Герцена (Россия), НМИЦ онкологии имени Н.Н. Петрова (Россия), Республиканском специализированном научно-практическом центре онкологии и радиологии (Узбекистан).

В результате проведенных исследований были получены ряд научных данных по комбинированному лечению пациентов с раком желудка, в том числе: клиническом исследовании ESOPEC Trial, проведенном в Университете Билефельда (Германия), были сравнены протоколы FLOT и CROSS для лечения местно-распространенного рака желудка, и получены положительные результаты. В Национальном онкологическом институте США (NCI) разработаны схемы лечения рака желудка на основе таргетной и иммунотерапии, в частности, доказана эффективность таких препаратов, как Авастин. В клинике Джона Хопкинса (США) обоснована значимость малоинвазивной робот-ассистированной хирургии (RAMIE) при раке желудка. В Национальном онкологическом институте США (NCI) разработан комплексный подход, включающий молекулярную диагностику (например, HER2 или PIK3CA), гуморальную иммунологию и биоинженерные методы, такие как CAR-T-клетки. Этот подход направлен на повышение качества диагностики и лечения рака желудка. В Национальном онкологическом центре Японии разработан метод трансплантации микробиоты в сочетании с иммунотерапией для лечения рака желудка.

В области усовершенствования хирургического подхода к лечению рака желудка в данный момент проводятся научные исследования по ряду приоритетных направлений, в том числе усовершенствование лечебно-диагностического подхода в работе онкохирургических центров; оценка влияния и разработка наиболее перспективных методов химио, лучевой терапии пациентов с злокачественными новообразованиями желудка; улучшению послеоперационного состояния, в том числе снижению долевого риска возникновения послеоперационных осложнений среди пациентов с раком желудка; наряду с неуклонным увеличением количества больных, успешно перенесших ГЭ и улучшением отдаленных результатов лечения РЖ, сохраняется своя острота проблема послеоперационных болезней, обусловленных полным удалением желудка и изменением в этой связи нормальных анатомо-физиологических отношений между разными отделами пищеварительного тракта; а также улучшению параметров качества жизни, за счет увеличения срока безрецидивной выживаемости и внедрения комплексных программ реабилитации. Эти исследования направлены на решение важных проблем современной онкологии и способствуют повышению эффективности лечения злокачественных опухолей.

**Степень изученности проблемы.** Давно известно, что клинически неудовлетворительные результаты ГЭ во многом определяются негативными последствиями ее для физиологии пищеварения. В современной научной литературе немало фундаментальных разработок, касающихся способов физиологической реконструкции пищеварительной системы после ГЭ.

Однако, хотя существует уже более десятка таких способов, ни один из них не признан оптимальным (Pan V. et.al., 2008, Yang V.S. et. al., 2013). В клинической практике полвека господствовал классический вариант реконструкции на петле тонкой кишки по Ру или с Брауновским соустьем (Черноусов А.Ф., 2004; Livonen M.K., 2008). Но недостаток любой петлевой пластики состоит в том, что она ведет к анатомическому разобщению пассажа пищи и пищеварительных соков, расстройству ферментации химуса и нейрогуморальной регуляции пищеварения. Частота ПГЭС варьирует в среднем от 30 до 83% (Hyung W.J. et.al., 2008).

По данным Д.В. Ручкина и соавт., тяжелое нарушение пищеварения после ГЭ ведет к наступлению стойкой инвалидности у 25% оперированных больных. При этом методы восстановления оперативным путем естественного пассажа пищи после ГЭ до сих пор не получили широкого распространения в хирургической практике. Между тем ныне наиболее востребованы исследования, результаты которых позволили бы достичь относительной технической простоты еюнопластики при достаточно низкой частоте осложнений, сопряженных с её выполнением, и хорошем качестве жизни больных. История лечения хирургических заболеваний желудка знает различные примеры классических и оригинальных способов восстановления непрерывности пищеварительного тракта после ГЭ. Однако вплоть до последнего времени многие аспекты наложения пищеводно-кишечного соустья остаются спорными, до сих пор нет единого подхода к определению показаний или противопоказаний к применению этих способов. В научной литературе нечасто встречаются попытки сравнительной оценки результатов применения после ГЭ различных вариантов наложения пищеводно-кишечного соустья.

По-прежнему актуальна проблема несостоятельности швов пищеводной кишечной анастомоза, занимающей ведущее место в структуре летальных исходов (Brasacco O.; Rosin D., 2001; Ikeguchi M.; Oka S., 2001). Не потеряла актуальности и проблема стенозирования соустья, заставляющая, в частности, искать пути дальнейшего совершенствования технических приемов эзофагоеюнопластики (Chikora K. et.al., 2001). Следовательно, необходимы исследования путей и способов формирования надежного анастомоза с тем, чтобы предотвратить возникновение несостоятельности швов, что явилось главной предпосылкой для сравнительной оценки применяемых ныне основных способов формирования пищеводно-кишечного соустья.

**Связь диссертации с планом научно-исследовательских работ учреждения, где она выполнена.** Работа выполнена в соответствии с научно-исследовательским планом Республиканского научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (2017-2021гг).

**Цель исследования** явилось улучшить непосредственные и функциональные результаты и качество жизни больных после гастрэктомии путем создания резервуара, замещающего желудок, и функционально адекватного инвагинационно-муфтообразного пищеводно-кишечного анастомоза.

### **Задачи исследования:**

разработать и внедрить в клиническую практику оригинальный способ создания резервуара, замещающего желудок, после ГЭ с возвратом ДПК в процесс пищеварения и компенсацией резервуарной функции желудка;

изучить влияние сформированного резервуара на частоту возникновения возможных функциональных осложнений, качество жизни и процесс послеоперационной реабилитации и оценить это влияние в сравнении с результатами ГЭ без формирования резервуара;

изучить моторную и эвакуаторную функции, а также морфометрические особенности резервуара с помощью современных методов исследований, провести суточную рН-метрию и монометрические исследования кислотно-щелочной среды и оценку внутрипросветного давления резервуара;

разработать новый высоконадежный и герметичный инвагинационно-муфтообразный эзофагоэуноанастомоз, обеспечивающий структурные и функциональные свойства ПКА;

оценить непосредственные результаты применения хирургических технологий создания функционально адекватного ПКА в сравнительном аспекте;

провести клиническую, рентгенологическую, эндоскопическую и морфологическую оценку ближайших и отдаленных результатов применения оригинального метода создания после ГЭ функционально адекватного ПКА и сравнить их с аналогичными результатами применения существующих методов ГЭ.

**Объектом исследования** явились 862 больных до 76 лет с верифицированным диагнозом РЖ, T4aN2M0, T4bN2M0 (3-4 клиническая стадия), проходивших обследование и лечение в абдоминальном отделении Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии. В ходе анализа результатов исследования были изучены все необходимые медицинские документы, протоколы стандартных методов диагностики и лечения, учетные формы № 7, SSV и учетная документация филиалов РСНПМЦОиР.

**Предмет исследования:** результаты и заключения биопсии по данным ЭФГДС (биопсийные материалы сохранены в парафиновых блоках), контрастную рентгенографию желудка, УЗИ органов брюшной полости, малого таза и периферических лимфатических узлов, МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости, результаты ПЭТ-КТ, а также следующие анализы: общий анализ крови, биохимический анализ (мочевина, креатинин, АЛТ/АСТ, щелочная фосфатаза, общий белок и альбумин, билирубин, глюкоза), общий анализ мочи, коагулограмма, ЭКГ, ЭхоКГ и результаты оценки общего состояния по шкалам Карновского и ECOG.

**Методы исследования.** В диссертационной работе использованы стандартные методы исследования рака желудка - лучевые, радионуклиновые, эндоскопические, клиничко-биохимические, морфологические методы, метод рН-метрии. Достоверность полученных результатов подтверждена методами

статистической обработки данных клинического и лабораторно-инструментального исследования больных.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

разработан инвагинационно-муфтообразный анастомоз на реконструктивном этапе гастрэктомии (патент на изобретение №IAP 04468, 13.05.2010г);

доказано, что неудовлетворительные функциональные результаты гастрэктомии с реконструкцией по Ру является - Ру-стаз и гипогликемический синдромы, агастральная анемия и рефлюкс эзофагит, за счет нарушения афферентной иннервации петли по Ру от пейсмакера, расположенного в двенадцатиперстной кишке;

разработан способ наложения пищеводно-кишечного анастомоза, позволяющий компенсировать резервуарную функцию желудка, обеспечить порционное поступление пищи и улучшить качество жизни пациентов (патент на изобретение №IAP 05391, 04.02.2015г);

доказано что формирование «желудкозамещающего» резервуара с возвратом или без возврата пассажа по ДПК предупреждает проявление демпинг-синдрома и рефлюкс-эзофагита за счет исключения из пассажа пищи и острого угла восходящей части ДПК;

доказано что редуоденизация с восстановлением трансдуоденального пассажа пищи при еюнопластике с формированием антирефлюксного анастомоза предотвращает возникновения диспептических симптомов за счет снижения моторно-эвакуаторной функции утерянного желудка и порционной эвакуации содержимого;

**Практическая значимость исследования** заключается в следующем:

предложенный инвагинационно-муфтообразный эзофагоеюноанастомоз способствует улучшению функционального состояния анастомоза, максимально предотвращает явления регургитации, дисфагии и достоверно снижает частоту несостоятельности анастомоза;

создание «желудкозамещающего» резервуара после ГЭ предотвращает возможность возникновения функциональных агастральных патологических синдромов, улучшает качество жизни и процесс послеоперационной реабилитации;

формирование «желудкозамещающего» резервуара и восстановление участия двенадцатиперстной кишки в процессе пищеварения предотвращают заброс желчи в просвет пищевода, предупреждая тем самым возникновение рефлюкс-эзофагита;

формирование «желудкозамещающего» резервуара после ГЭ, не ухудшая непосредственных результатов хирургического лечения по сравнению с другими способами ГЭ, улучшает при этом его отдаленные результаты, предотвращает функциональные осложнения, улучшает моторику кишечника и процесс эвакуации пищевых масс в ходе пищеварения и показатели состояния иммунной системы;

восстановление участия ДПК в процессе пищеварения нормализует физиологическое состояние пищеварительного тракта; в частности, это



обеспечивает порционное поступление пищи в ДПК, улучшает условия пищеварения, способствует предотвращению дуоденальной гипертензии и развития демпинг-синдрома.

**Достоверность результатов исследования** подтверждена данными, полученными применением современных методов лучевых, эндоскопических, радионуклидных морфологических и клинико-биохимических методов исследования на достаточном количестве наблюдений (862 больных). Полученные лабораторные, инструментальные, а также объективные клинические данные и данные субъективных переживаний пациентов были подвергнуты современным методам статистического анализа.

Методологически работа была построена в полном соответствии с действующими правилами. Исследования носили сравнительный характер. Параллельно результатам, полученным в основной группе, исследовали и результаты, полученные в контрольной группе согласно общепринятым критериям объективности сравнительных исследований. Полученные данные подвергли статистической обработке, выявленные при этом достоверные результаты оформлены в виде заключения, выводов и практических рекомендаций.

#### **Научная и практическая значимость результатов исследований.**

Научная значимость результатов исследования заключается в существенном вкладе в расширение знаний и навыков по хирургическому лечению резектабельного рака желудка, а также в улучшении эффективности лечения путем применения новых технологий и алгоритмов в диагностике и терапии рака желудка. Совершенствованный метод эзофаго-юноанастомоза и диагностико-лечебный алгоритм способствуют снижению послеоперационных осложнений, ускорению восстановления пациентов и сокращению их пребывания в стационаре.

Практическая значимость исследования заключается в разработке оригинального резервуара, функционально обеспечивающего компенсацию утраченной функции желудка. Этот резервуар способствует порционному поступлению пищевых продуктов в двенадцатиперстную кишку, что направлено на раннюю реабилитацию пациентов и улучшение качества их жизни. Кроме того, он способствует сокращению срока послеоперационного пребывания в стационаре, а также снижению затрат на медикаментозное лечение и терапию.

**Внедрение результатов исследования.** Согласно заключению №09/15 Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан от 26 октября 2024 года:

внедрена в практику *первая научная новизна*: разработан инвагинационно-муфтообразный анастомоз на реконструктивном этапе гастрэктомии (патент на изобретение №IAP 04468, 13.05.2010г). Метод был внедрён в хирургическом отделении Каракалпакского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии приказом №42 от 11 августа 2023 года, в хирургическом отделении Самаркандского филиала приказом №18i от 3 июля

2023 года. *Социальная эффективность*: внедрение разработанного инвагинационно-муфтообразного анастомоза при гастрэктомии характеризующейся лучшей функциональным состоянием и снижающий риск развития несостоятельности, позволило более функционального течения послеоперационного периода и предотвращать послеоперационных осложнений, что улучшило качество жизни пациентов. *Экономическая эффективность*: применение разработанного инвагинационно-муфтообразного анастомоза при гастрэктомии позволило экономить до 15,5% бюджетных средств, благодаря улучшения функционального состояния больных и снижения риска развития несостоятельности. *Вывод*: доказано, что внедрение разработанного инвагинационно-муфтообразного анастомоза при гастрэктомии характеризующейся лучшей функциональным состоянием и снижающий риск развития несостоятельности, позволило более функционального течения послеоперационного периода и предотвращать послеоперационных осложнений, что улучшило качество жизни пациентов, позволило экономить до 15,5% бюджетных средств и сокращения времени пребывания в стационаре на 1-2 дня.

внедрена в практику *вторая научная новизна*: доказано, что неудовлетворительные функциональные результаты гастрэктомии с реконструкцией по Ру является - Ру-стаз и гипогликемический синдромы, агастральная анемия и рефлюкс эзофагит, за счет нарушения афферентной иннервации петли по Ру от пейсмакера, расположенного в двенадцатиперстной кишке. Метод был внедрён в хирургическом отделении Каракалпакского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии приказом №42 от 11 августа 2023 года, в хирургическом отделении Самаркандского филиала приказом №181 от 3 июля 2023 года. *Социальная эффективность*: за счет предотвращения неудовлетворительных функциональных результатов гастрэктомии с реконструкцией по Ру в виде Ру-стаза и гипогликемических синдромов, агастральной анемии и рефлюкс эзофагита, позволило снизить количество послеоперационных осложнений и улучшились качество жизни пациентов. *Экономическая эффективность*: за счет предотвращения неудовлетворительных функциональных результатов гастрэктомии с реконструкцией по Ру в виде Ру-стаза и гипогликемических синдромов, агастральной анемии и рефлюкс эзофагита при раке желудка привело к сокращению затрат государственного бюджета на 10,5%, благодаря снижению числа послеоперационных осложнений, уменьшения койко дней на 1-2 дней и улучшения качества жизни. *Вывод*: с использованием нового метода лечения, за счет предотвращения неудовлетворительных функциональных результатов гастрэктомии с реконструкцией по Ру в виде Ру-стаза и гипогликемических синдромов, агастральной анемии и рефлюкс эзофагита при раке желудка, благодаря снижению числа послеоперационных осложнений, уменьшения койко дней на 1-2 дней и улучшения качества жизни привело к сокращению затрат государственного бюджета на 10,5%.

внедрена в практику *третья научная новизна*: разработан способ наложения пищеводно-кишечного анастомоза позволяющий компенсировать резервуарную функцию желудка, обеспечить порционное поступление пищи и улучшить качество жизни пациентов (патент на изобретение №IAP 05391, 04.02.2015г). Метод был внедрён в хирургическом отделении Каракалпакского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии приказом №42 от 11 августа 2023 года, в хирургическом отделении Самаркандского филиала приказом №18i от 3 июля 2023 года. *Социальная эффективность*: применение разработанного способа наложения пищеводно-кишечного анастомоза позволило компенсировать резервуарную функцию желудка, обеспечить порционное поступление пищи и улучшить качество жизни пациентов. *Экономическая эффективность*: усовершенствованный способ наложения пищеводно-кишечного анастомоза позволил сократить продолжительность пребывания пациентов в стационаре на 3 дня, что обеспечило снижение государственных расходов на 25,5% благодаря уменьшению случаев несостоятельности швов, ранней смертности и улучшению качества жизни пациентов. *Вывод*: применение разработанного способа наложения пищеводно-кишечного анастомоза за счет компенсации резервуарную функцию желудка, обеспечения порционного поступление пищи, позволил сократить продолжительность пребывания пациентов в стационаре на 3 дня и благодаря уменьшению случаев несостоятельности швов, ранней смертности и улучшению качества жизни пациентов обеспечило снижение государственных расходов на 25,5%.

внедрена в практику *четвертая научная новизна*: доказано что формирование «желудкозамещающего» резервуара с возвратом или без возврата пассажа по ДПК предупреждает проявление демпинг-синдрома и рефлюкс-эзофагита за счет исключения из пассажа пищи и острого угла восходящей части ДПК. Метод был внедрён в хирургическом отделении Каракалпакского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии приказом №42 от 11 августа 2023 года, в хирургическом отделении Самаркандского филиала приказом №18i от 3 июля 2023 года. *Социальная эффективность*: применение предложенного «желудкозамещающего» резервуара с возвратом или без возврата пассажа по ДПК за счет исключения из пассажа пищи и острого угла восходящей части ДПК позволило снизить проявление демпинг-синдрома и рефлюкс-эзофагита, а также улучшить качество жизни пациентов. *Экономическая эффективность*: применение предложенного «желудкозамещающего» резервуара с возвратом или без возврата пассажа по ДПК за счет исключения из пассажа пищи и острого угла восходящей части ДПК позволило улучшить качество жизни пациентов, сокращения пребывания больных в койке на 1 день и привело к экономии 9,5% из государственного бюджета. *Вывод*: применение предложенного «желудкозамещающего» резервуара с возвратом или без возврата пассажа по ДПК за счет исключения из пассажа пищи и острого угла восходящей части ДПК позволило снизить

проявление демпинг-синдрома и рефлюкс-эзофагита. Это улучшило качество жизни пациентов и позволило к экономии 9,5% из государственного бюджета и сокращения пребывания больных в койке на 1 день.

внедрена в практику *пятая научная новизна*: доказано что редуоденизация с восстановлением трансдуоденального пассажа пищи при еюнопластике с формированием антирефлюксного анастомоза предотвращает возникновения диспептических симптомов за счет снижения моторно-эвакуаторной функции утерянного желудка и порционной эвакуации содержимого. Метод был внедрён в хирургическом отделении Каракалпакского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии приказом №42 от 11 августа 2023 года, в хирургическом отделении Самаркандского филиала приказом №181 от 3 июля 2023 года. *Социальная эффективность*: при выполнении редуоденизации с восстановлением трансдуоденального пассажа пищи при еюнопластике с формированием антирефлюксного анастомоза предотвращает возникновения диспептических симптомов за счет снижения моторно-эвакуаторной функции утерянного желудка и порционной эвакуации содержимого и способствует быстрому восстановлению и сокращению пребывания в стационаре. *Экономическая эффективность*: при выполнении редуоденизации с восстановлением трансдуоденального пассажа пищи при еюнопластике с формированием антирефлюксного анастомоза предотвращает возникновения диспептических симптомов за счет снижения моторно-эвакуаторной функции утерянного желудка и порционной эвакуации содержимого и способствует быстрому восстановлению, сокращению пребывания в стационаре и сэкономить 15% из государственного бюджета. *Вывод*: за счет снижения моторно-эвакуаторной функции утерянного желудка и порционной эвакуации содержимого использование редуоденизации с восстановлением трансдуоденального пассажа пищи при еюнопластике с формированием антирефлюксного анастомоза предотвращает возникновения диспептических симптомов и способствует быстрому восстановлению. Это приведет к сокращению пребывания в стационаре и сэкономить 15% из государственного бюджета за счет сокращения времени пребывания в стационаре на 2-3 дня.

Представлен в Министерство здравоохранения письмо Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии №02-03/710 от 18 ноября 2024 года по внедрению и других учреждения здравоохранения вышеизложенных 5 научных инноваций, полученных в диссертационном исследовании С.С.Худаёрова «**Новые технологии в хирургии рака желудка**».

**Апробации данных результатов:** Результаты данного исследования были обсуждены на 7 научно-практических конференциях, включая 4 международных и 3 республиканских.

**Опубликованность данных результатов:**

По теме диссертационной работы опубликовано 39 научная работ, в том числе 15 журнальных статей, 10 из которых в республиканских, 5 в

зарубежных журналах, рекомендованных высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертации, 20 тезисов, 1 монография, 1 методические рекомендации и 2 патента.

**Структура и объем диссертации.** Диссертационная работа состоит из введения, шести глав, заключение, выводов, практических рекомендаций и список использованной литературы. Объем диссертации составляет 200 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задача исследования, характеризуется объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологии республики, излагается 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 диссертации «**Современное состояние диагностики и хирургического лечения рака желудка (обзор литературы)**» представлен обзор литературы по современному состоянию проблемы распространенности, тактики хирургического лечения больных раком желудка, а также методов наложения эзофагоэноанастомоза на основе местной и зарубежной литературы. Результаты хирургического лечения рака желудка, представлены при анализе научных и практических данных.

Во второй главе диссертации «**Общая характеристика клинического материала и методов исследования**» подробно излагаются материалы и методы исследования, использованные в диссертации. Проанализирован опыт лечения 862 больных РЖ, находящихся в отделении абдоминальной хирургии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии Министерство здравоохранения Республики Узбекистан в период с 2000 по 2014 гг., которым было произведено оперативное вмешательство в объеме: стандартная, стандартно-радикальная, расширенно-радикальная и комбинированная ГЭ.

В зависимости от способов формирования эзофагоэноанастомоза обследованные больные были распределены на 2 группы:

В 1-ой группе – n=302 (35,0%) – после завершения ГЭ формировали муфтообразный ПКА по Гильяровичу и по Гильяровичу-Шалимову.

Во 2-ой группе –n=560 (65,0%) – после завершения резекционного этапа был сформирован инвагинационно-муфтообразный ПКА по разработанной нами методике.

Оба эти анастомоза относятся к вертикальным типам анастомозов, которые в отличие от горизонтальных типов создают возможность инвагинации и муфтообразования.

Среди обследованных больных мужчин было 586 (68,0%), а женщин 276 (32,0%), соотношение полов составило 2,1:1 (рис. 2.1). Аналогичное соотношение сохранялось и в 1-ой и во 2-ой группах. Возраст больных колебался от 24 до 78 лет. Средний возраст пациентов составил  $58,7 \pm 5,3$  года.

По локализации опухоли распределены согласно классификации JCCA 1998 г.: рак дистального отдела – L, рак тела желудка – M, рак проксимального отдела – U, тотальное поражение – L+M+U, поражение пищевода или зубчатой линии – E, опухолевая инфильтрация привратника и луковицы ДПК – D

При идентификации гистологического строения опухоли по Международной гистологической классификацией ВОЗ (2004), аденокарцинома выявлена у 662 больных (76,8%), железисто-плоскоклеточный рак – у 66 (7,7%), плоскоклеточный рак – 36 (4,2%), мелкоклеточный рак – 28 (3,2%) и низкодифференцированный рак выявлен у 70 (8,1%) больных.

При распределении больных по стадиям TNM Международного союза VII редакции (2010 г.), стадии T2N1-2M0 и T3N1-2M0 наблюдались всего у 15,7% (135) больных; T4aN1-3M0 – у 46,3% (399); T4bN2M0 – у 33,2% (286); T4aN2-3M1 – у 2,1% (18); T4bN2-3M1 – у 2,8% (24). Отдаленные метастазы M<sub>1</sub> был отмечены у 42 (4,9%) больных.

Для комплексного обследования РЖ были использованы рентгенологическое исследование органов грудной клетки, пищевода, желудка и ДПК, УЗИ, УЗДГ, ФГДС, МСКТ, диагностическая лапароскопия, комплексные анализы крови в общие и биохимические показатели, с помощью рентген, УЗИ и радионуклидных исследований определялся моторно-эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта, проводили рН-метрию, определялись онкомаркеры рака желудка СА 72.4 и РЭА.

В исследование включены 862 больных РЖ, которым произведена ГЭ в условиях абдоминального отделения РСНПМЦОиР.

В зависимости от объема операции и лимфодиссекции больные распределялись следующим образом:

1. Стандартная ГЭ ЛД.Д1 n=62 (7,2%).
2. Стандартная радикальная ГЭ (СРГ) ЛД.Д2 n=780 (90,5%).
3. Расширенная радикальная ГЭ (РРГ) ЛД.Д3 n=20 (2,3%).

Стандартная ГЭ произведена 7,2% больным при отсутствии возможности проведения лимфодиссекции в объеме Д2 из-за тяжести состояния больного. РРГ произведена 2,3% (20) больным протоколно для изучения эффективности объема лимфодиссекции в объеме Д3. Из 862 больных 399 (46,3%) больным произведена комбинированная операция. Операция, как правило, выполнялась из верхнесрединного трансабдоминального доступа. При распространении опухоли желудка в нижнегрудинный отдел пищевода в зависимости от уровня прорастания решается вопрос о целесообразности комбинированного тораколапаротомного доступа.

Для формирования «желудкозамещающего» резервуара нами были разработаны определенные критерии отбора больных, которые включали в себя следующие аспекты:

1. Возраст больных до 65 лет.
2. Отсутствие тяжелых сопутствующих патологий.
3. Отсутствие осложненной формы РЖ.
4. По градациям TNM (2010) только T2-3N1-2M0, T4aN1-2M0.
5. Отсутствие метастазов в 3-ей группе лимфоузлов и отдаленных метастазов.

Начиная с 2003 и по 2014 г. включительно, в рамках проведения исследования по изучению компенсаторной функции сформированного «желудкозамещающего» резервуара после ГЭ было обследовано 304 больных РЖ. Для изучения влияния резервуара на функциональные последствия ГЭ больные были распределены на 2 подгруппы:

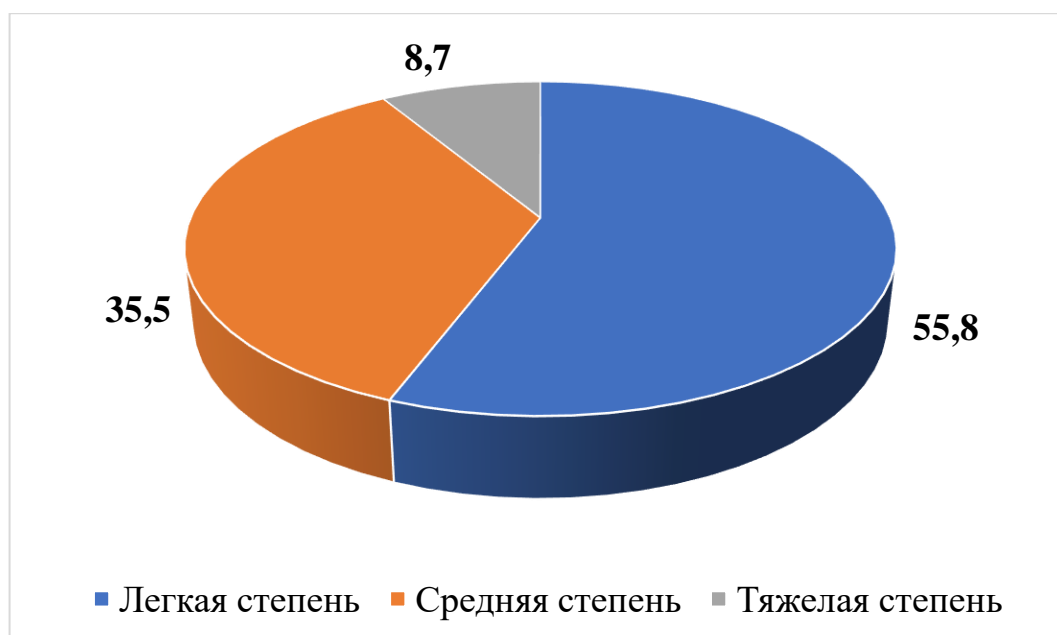
1. Основная подгруппа n=148 больных, у которых после ГЭ был сформирован желудкозамещающий резервуар.
2. Контрольная подгруппа n=156 больных, у которых после ГЭ резервуар не был сформирован.

Исследование резервуарной функции проводили объективным и субъективным методом спустя 1, 3, 6 месяцев и 1 год после операции. С помощью ЭГДФС, рентгенологических и радионуклидных исследований изучено состояние верхнего отдела пищеварительного тракта в основной и контрольной группе.

Функциональное состояние сформированного резервуара оценивали клиничко-рентгенологически и эндоскопически по разработанным нами критериальным признакам как: демпинг-синдром, рефлюкс-эзофагит, диспептические явления, явления агастральной анемии, изменение массы тела, срок физической реабилитации и качество жизни больных.

В третьей главе диссертации **«Функциональные осложнения гастрэктомии и критерии для их оценки»** освещены результаты анализа функциональных осложнений тотальной ГЭ у 862 больных. В основной группе больных (n=560) был использован новый эзофагоэюноанастомоз именно для предотвращения функциональных осложнений из-за удаления клапанных механизмов, поэтому мы имели возможность объективно наблюдать компенсацию этих функциональных недостатков при сравнении с контрольной группой. Больные контрольной группы (n=302) были оперированы с использованием классического варианта формирования анастомоза.

Развитие демпинг-синдрома разной степени мы наблюдали у 138 (45,7%) больных (из них 56 (40,6%) - мужчины и 82 (59,4%) – женщины). Демпинг-синдром легкой степени был диагностирован у 77 (55,8%), средней степени у 49 (35,5%) и тяжелой степени у 12 (8,7%) больных (рисунок 1).



**Рис. 1. Развитие демпинг-синдрома (в %)**

На основании проведенных исследований были установлены показатели частоты и степени анемии после ГЭ. Сведения об этом приведены в таблице 1.

**Таблица 1**

**Сведения о частоте и степени тяжести анемии после ГЭ в динамике**

Степень анемии	Уровень содержания гемоглобина, г/л		Спустя 3 недели после операции		Спустя 6 месяцев после операции		Спустя 12 месяцев после операции	
			абс.	%	абс.	%	абс.	%
I степень	>90	<110	158	54,5	134	58,3	144	62,3
II степень	>70	<90	106	36,6	82	35,7*	79	34,2*
III степень	<70		26	9,0	14	6,1	8	3,5
			290	100,0	230	100,0	231	100,0

Из таблицы видно, что если в первые 3 месяца после операции, агастральная анемия наблюдалась у 290 (96,0%) больных, то после соответствующих рекомендаций и антианемической терапии спустя 6 месяцев у 60 (20,7%) больных явления анемии были ликвидированы. Уровень гемоглобина показал у них более 110 г/л. Спустя почти год этот показатель всё ещё держался стабильно.

Теоретическим обоснованием предложенной нами реконструкции является обеспечение более эффективного смешивания пищевого химуса с пищеварительными ферментами гепатопанкреато-дуоденальной зоны, что приводит к стимуляции нервно-гуморальных факторов пищеварения, нормализации процесса пищеварения, обмена жиров, белков, углеводов и, как следствие этого, улучшение питательного статуса, качества жизни и психосоциальной реабилитации.



В четвертой главе диссертации «Роль создания «желудкозамещающего» резервуара в предотвращении функциональных осложнений после гэ и улучшения качества жизни больных» представлены результаты изучения больных в зависимости способа восстановления непрерывности пищеварительного тракта. больные были распределены на 2 группы:

1 группа (n=148) – больные, у которых восстановление непрерывности пищеварительного тракта после стандартной ГЭ сопровождали формированием «желудкозамещающего» резервуара.

2 группа (n=156) – больные, у которых непрерывность пищеварительного тракта восстанавливали после СРГ без формирования «желудкозамещающего» резервуара.

Новизна использованного нами способа хирургического восстановления непрерывности пищеварительного тракта при ГЭ подтверждена патентом Агентства интеллектуальной собственности Республики Узбекистан № IAP 04468. Было изучено непосредственные результаты хирургических вмешательств. Сведения о послеоперационных осложнениях и летальности в сравниваемых группах приведены в таблице 2

**Таблица 2**

**Частота послеоперационных осложнений и летальности в сравниваемых группах**

Частота послеоперационных осложнений и летальность	СРГ с резервуаром с сохранением пассажа по ДПК, n=54		СРГ с резервуаром без сохранения пассажа по ДПК, n=94		СРГ без формирования резервуара n=156	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Несостоятельность эзофагоэноанастомоза	-	-	-	-	1	0,6
Острый послеоперационный панкреатит	2	3,7*	3	3,2*	3	1,9
Внутрибрюшинное кровотечение	-	-	1	1,1	1	0,6
Экссудативный плеврит	4	7,4*	7	7,4*	2	1,3
Анастомозит	-	-	-	-	1	0,6
Эвентерация	-	-	-	-	2	1,3
Нагноение раны передней брюшной стенки	-	-	-	-	-	-
ТЭЛА	-	-	1	1,1	1	0,6
НСС	1	1,9	1	1,1	2	1,3
Полиорганная недостаточность	-	-	1	-	-	-
Итого	7	13,0	14	14,9	21	13,5
Летальность	1	1,9	2	2,1	3	1,9

Были оценены функциональные результаты СРГ с формированием резервуара и без него через 3 месяца после операции. Ниже мы приводим данные о частоте возникновения демпинг-синдрома в зависимости от способа формирования резервуара и без него (таблица 3).

**Таблица 3**

**Частота появления демпинг-синдрома в зависимости от способа формирования резервуара и без него**

№	Методы хирургической реконструкции	Кол-во пациентов	Демпинг-синдром						Всего		
			Легкая степень		Средняя степень		Тяжелая степень				
			абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1.	СРГ формирование резервуара с сохранением пассажа по ДПК	54	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	СРГ формирование резервуара без сохранения пассажа по ДПК	94	4	4,3*	1	1,1	-	-	5	5,3	
3	СРГ без формирования резервуара	156	22	14,1	14	9,0	5	3,2	41	26,3	

(p<0,5)

Из таблицы 3 видно, что после создания оригинального резервуара с восстановлением участия ДПК в пищеварительном процессе, ни у одного из 54 оперированных больных демпинг-синдром не возник.

**Таблица 4**

**Частота появления рефлюкс-эзофагита в зависимости от типа формирования резервуара и без него**

Методы хирургических реконструкций	кол-во больных	Рефлюкс-эзофагит								всего	
		А степени		В степени		С степени		D степени			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
СРГ – формирование резервуара с сохранением пассажа по ДПК	54	2	3,7*	-	-	-	-	-	-	2	3,7
СРГ – формирование резервуара без сохранения пассажа по ДПК	94	5	5,3*	2	2,1	-	-	-	-	7	7,4
СРГ без формирования резервуара	156	53	33,3	28	17,9	14	9,0	4	2,6	98	62,8

(p<0,5)

Сведения о результатах этого исследования приводятся в таблице 4. Как можно видеть, при формировании резервуара с сохранением пассажа по ДПК, рефлюкс-эзофагит А степени наблюдался у 2 (3,0%) больных. Спустя 3 месяца после операции эти больных жаловались на появления незначительной изжоги, особенно после употребления жирной пищи.

Частота развития демпинг-синдрома в течение года после операции в зависимости от метода хирургического лечения приведена в таблице 5.

**Таблица 5**

**Частота развития демпинг-синдрома в течение 12 месяцев в зависимости от методов хирургического лечения**

Методы хирургической реконструкции	Кол-во б-х, n=304	Демпинг-синдром						Всего	
		легкая степень		средняя степень		тяжелая степень			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
СРГ с формированием резервуара с сохранением пассажа по ДПК	54	-	-	-	-	-	-	-	-
СРГ с формированием резервуара без сохранения пассажа по ДПК	94	1	1,1	-	-	-	-	1	1,1
СРГ без формирования резервуара	156	18	11,5	8	5,1	2	1,3	28	17,9

Сведения о влиянии созданного резервуара на вероятность развития гипогликемического синдрома в течение 12 месяцев приведены в таблице 6.

**Таблица 6**

**Частота появления гипогликемического синдрома в зависимости от метода реконструкции в течение 12 месяцев**

Методы хирургической реконструкции	Кол-во больных, n=304	Гипогликемический синдром						Всего	
		I степень		II степень		III степень			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
СРГ с формированием резервуара с сохранением пассажа по ДПК	54	-	-	-	-	-	-	-	-
СРГ с формированием резервуара без сохранения пассажа по ДПК	94	4	4,2*	2	2,1	-	-	6	6,4
СРГ без формирования резервуара	156	22	14,1	16	10,3	6	3,8	44	28,2

Сведения об изменении массы тела в течение 12 месяцев после операции ГЭ приведены в таблице 7.

**Таблица 7**

**Изменение индекса массы тела в зависимости от методов реконструкции после ГЭ в течение 12 месяцев**

Методы реконструкции	Кол-во n=304	Масса тела при выписк е %	Индекс изменения массы тела			
			<100		>100	
			абс	%	абс	%
СРГ с формированием резервуара с сохранением пассажа по ДПК	54	100	-	-	54	100
СРГ с формированием резервуара без сохранения пассажа по ДПК	94	100	-	-	94	100
СРГ без формирования резервуара	156		86	55,1	70	44,9

Как видно из таблицы 7, исследования, проведенные спустя 12 месяцев, показали, что в 1-й и 2-й группах у всех больных имелся положительный индекс массы тела, тогда как в 3-й группе доля больных с положительным индексом массы тела составила 44,9%, а с отрицательным - 55,1%. Различия между 1-й, 2-й и 3-ей группами статистически достоверны ( $p < 0,05$ ).

**Таблица 8**

**Частота и интенсивность диспептических расстройств в зависимости от методов реконструкции после СРГ через 12 месяцев**

Степень диспептических расстройств	СРГ с формированием резервуара с сохранением пассажа по ДПК, n=54		СРГ с формированием резервуара без сохранения пассажа по ДПК, n=94		СРГ без формирования резервуара n=156		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Отсутствие диспептических расстройств	54	100	94	100	45	28,9	193	63,5
Частота проявлений диспептических расстройств	-	-	-	-	108	69,2	108	35,5
Выраженные диспептические расстройства	-	-	-	-	3	1,9	3	1,0

Как видно из приведенных таблиц, в 1-й и 2-й группе спустя 12 месяцев с момента операции диспептические явления полностью отсутствовали, а в 3-ей

группе эти расстройства мы наблюдали у 71,1% больных, а изменения относительно данных 6 месячного наблюдения были недостоверны ( $p > 0,05$ ).

В 3-й группе показатель качества жизни больных через 3, 6 и 12 месяцев достоверно ( $p < 0,05$ ) отличался от показателей в 1-й и 2-й групп больных. Проведенное анкетирование показало, что к 6 месяцам только у 7,7% больных показатель качества жизни был сопоставим с показателем дооперационного периода ( $p < 0,05$ ). Через 12 месяцев только у 16% больных средний показатель качества жизни достоверно не отличался от аналогичного показателя дооперационного периода, а у 84% больных этот показатель был достоверно ниже ( $p < 0,05$ ).

**Таблица 9**

**Средние показатели качества жизни больных РЖ в зависимости от методов реконструкции после ГЭ**

Сроки наблюдения	1 группа, n=54	2 группа, n=94	3 группа, n=156
Накануне хирургического лечения	65,4 $\pm$ 2,3	66,1 $\pm$ 2,41	65,9 $\pm$ 2,1
Через 3 месяца	63,4 $\pm$ 2,4	61,4 $\pm$ 2,6	57,3 $\pm$ 0,9***
Через 6 месяцев	76,2 $\pm$ 2,2***^^^	70 $\pm$ 2,1^	61,4 $\pm$ 0,8*^^^
Через 12 месяцев	82,4 $\pm$ 2,6***^^^	75,3 $\pm$ 1,9***^^^	63,3 $\pm$ 0,8^^^

*Примечание:* \* - различия относительно данных Накануне хирургического лечения значимы (\* -  $P < 0,05$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ ); ^ - различия относительно данных через 3 месяца значимы (^ -  $0,05$ , ^^ -  $P < 0,001$ )

Таким образом, с помощью формирования «желудкозамещающего» резервуара с пассажем по ДПК можно добиться максимума снижения числа постгастрэктомических расстройств, оптимального функционирования пищеварительной системы.

Предлагаемая методика восстанавливает резервуарную функцию удаленного желудка, отличается простотой выполнения, применима во всех случаях при отсутствии распространенности процесса, надежна, не сопровождается осложнениями, связанными с методикой формирования кишечного резервуара. Применение новой технологии характеризуется положительной физиологической направленностью: ликвидирует полностью явления демпинг-синдрома, рефлюкс-эзофагит, максимально снижает явления агастральной анемии, диспептические синдромы, повышает индекс массы тела, улучшает физическую реабилитацию и качество жизни пациентов.

В пятой главе диссертации «**Разработка нового инвагинационно-муфтообразного эзофаго-юноанастомоза и его влияние на непосредственные результаты гастрэктомии**» приводится оценка у групп больных различных видов пищеводно-кишечного анастомоза.

Нами разработан и внедрен новый вид эзофаго-юно анастомоза в клиническую практику после тотальной ГЭ, сочетающего в себе простоту исполнения, высокую надежность, возможность формирования соустья на

коротком отрезке пищевода, и обеспечивающего оптимальное качество жизни в отдаленный послеоперационный период. На основе типологического исследования проведена сравнительная характеристика четырех аналогичных способов формирования пищеводно-тонкокишечного соустья, а именно эзофагоэюноанастомоза по Гильяровичу, Гильяровичу-Грэхему, анастомоз Гильяровича-Русланова и анастомоз Гильяровича-Шалимова.

Как было отмечено во 2 главе, в зависимости от методов формирования эзофагоэнтероанастомоза, больные были распределены на 2 группы:

I группа – n=302 (35,0%) – после завершения СРГ у больных выполняли муфтообразный ПКА по Гильяровичу и существующим его известным модификациям Гильяровича-Грэхема и Гильяровича-Шалимова.

В зависимости от использованных вариантов ПКА пациентов I-й группы распределили по следующим подгруппам:

1 подгруппа – n=108 (35,8%) – ПКА по Гильяровичу.

2 подгруппа – n=55 (18,2%) – ПКА в модификации Гильяровича-Грэхема.

3 подгруппа – n=139 (46,1%) – ПКА по Гильяровичу-Шалимову.

II-я группа – n=560 (65,0%) – ПКА по разработанной нами методике.

**Таблица 10**

**Частота и характер послеоперационных осложнений при ГЭ с формированием ПКА по Гильяровичу**

Название осложнений	Кол-во больн.	%	Тактика лечения		Умерли
			Терапевтическая	Хирургическая	
<b>Ранние послеоперационные осложнения</b>					
Сердечно-сосудистая недостаточность	8	25,8	+	-	2
Бронхопневмония	2	6,5	+	-	-
Послеоперационный панкреатит	6	19,4	+	-	-
ТЭЛА	1	3,2	+	-	1
Недостаточность ПКА	10	32,2	+(8)	+(2)	6
Внутрибрюшное кровотечение	1	3,2	+	-	
Длительная лимфоррея	3	9,7	+	-	
Всего	31	100	29 (93,5%)	2(6,5%)	9 (9,3%)
<b>Поздние послеоперационные осложнения</b>					
Рефлюкс-эзофагит	54	73	+	+	
Анастомозит ПКА	67	90,5	+		
Сужение ПКА	14	18,5	-		

Данной главе была изучена характеристика материалов и методик формирования ПКА по Гильяровичу и их непосредственные результаты, характеристика материалов и методов формирования ПКА по Гильяровичу-Грэхему и их непосредственные результаты, характеристика материалов и методов формирования ПКА по Гильяровичу-Шалимову и их непосредственные результаты, характеристика материалов и методов формирования ПКА по собственной методике и их непосредственные результаты.

При изучении непосредственных результатов ГЭ с формированием ПКА по Гильяровичу выявлено, что всего в послеоперационный период осложнения развились у 28,7% (31) больных. Сведения о характере ранних и поздних послеоперационных осложнений приведены в таблице 10.

При изучении непосредственных результатов ГЭ с формированием ПКА по Гильяровичу-Грэхему выявлено, что всего в послеоперационный период осложнения зарегистрированы у 18 (32,7%) больных. Сведения о характере ранних и поздних послеоперационных осложнений приведены в таблице 11.

**Таблица 11**

**Частота и характер послеоперационных осложнений при ГЭ с формированием ПКА по Гильяровичу-Грэхему**

Название осложнений	Абс. кол-во	%	Тактика лечения		Умерли
			Терапевтическая	Хирургическая	
<b>Ранние послеоперационные осложнения</b>					
Сердечно-сосудистая недостаточность	7	38,9	+	-	1
Бронхопневмония	1	5,5	+	-	1
Послеоперационный панкреатит	1	5,5	+	-	-
Гепатохолецисто-панкреатит	1	5,5	+	-	-
Нейрогенный мочевой пузырь	1	5,5	+	-	-
Несостоятельность ПКА	5	27,8	+(4)	+(1)	3
Абцессподдиафрагмальной области слева	1	5,5	-	+	
Длительная лимфоррея	1	5,5	-		
Всего	18	100	17 (94,4%)	1 (5,6%)	5 (9,1%)
<b>Поздние послеоперационные осложнения</b>					
Рефлюкс-эзофагит	28	71,8	+		
Анастомозит ПКА	31	79,5	+		
Сужение ПКА	9	23,1	-	+	

При изучении непосредственных результатов ГЭ с формированием ПКА по Гильяровичу-Шалимову выявлено, что в послеоперационный период

осложнения развились у 32 (23,1%) больных, из которых у 11 (7,9%) наблюдали хирургические осложнения, у 21 (15,1%) больного – терапевтические. Сведения о характере ранних и поздних послеоперационных осложнений приведены в таблице 12.

**Таблица 12**

**Частота и характер послеоперационных осложнений при ГЭ с формированием ПКА по Гильяровичу-Шалимову**

Название осложнений	Кол-во	%	Тактика лечения		Умерли
			терапевтическая	хирургическая	
<b>Ранние послеоперационные осложнения</b>					
Сердечно-сосудистая недостаточность	16	76,2	+	-	1
Послеоперационный панкреатит	3		+	-	-
ОНМК	1		+	-	1
Почечно-печеночная недостаточность	1		+	-	1
Недостаточность ПКА толстокишечный свищ	8		+(5)	+(3)	6
Эвентерация органов брюшной полости	1		+	-	
Длительная лимфоррея	1		+	-	
Всего	32	100	29 (90,6)	3 (9,4)	9 (6,5)
<b>Поздние послеоперационные осложнения</b>					
Рефлюкс-эзофагит	54	45,7	+	-	
Анастомозит	65	55,1	+	-	
Сужение просвета ПКА	12	10,2	-	+	

При изучении непосредственных результатов ГЭ со сформированным по собственной методике ПКА выявлено, что в послеоперационный период осложнения развились всего у 58 (10,4%) больных. Из них хирургические осложнения наблюдали у 24 (4,3%) больных, а терапевтические у 32 (5,7%) больных. Регургитация была исследована клинико-рентгено-эндоскопически у 30 больных. Из общего количества обследованных регургитация установлена у 7 (23,3%) больных. Пройодимость анастомоза была исследована клинико-рентгенологическими и эндоскопическими методами. Клинические жалобы, связанные с неудовлетворительностью анастомоза (нарушение проходимости), отмечены были у 8 (1,6%) больных.



Таблица 13

**Частота встречаемости рефлюкс-эзофагита спустя 3 месяца после ГЭ у больных с формированием ПКА по собственной методике**

Тяжесть степени рефлюкс-эзофагита	Частота рефлюкс-эзофагита		P
	абс. число	%	
Степень А	59	72,0	
Степень В	20	24,4	>0,05
Степень С	3	3,6	>0,05
Степень D	-	-	
Всего	82	100	

Распределение больных по степени сужения в области анастомоза как одного из поздних осложнений ПКА приведено в таблице 14.

Таблица 14

**Частота признаков сужения анастомоза спустя 3 месяца после ГЭ у больных с ПКА, сформированным по собственной методике**

Оценка проходимости	Степень сужения		P
	абс. число	%	
Отлично	240	48,8	
Хорошо	223	45,5	>0,05
Удовлетворительно	20	4,1	<0,001
Неудовлетворительно	8	1,6	<0,05
Всего	491	100	

В шестой главе диссертации «Сравнительная оценка результатов гэ при различных вариантах пка» приводится сравнительный анализ 4-х групп исследования.

Во всех четырех сравниваемых группах среди терапевтических осложнений, наблюдавшихся в послеоперационный период, наиболее частыми были сердечно-сосудистые и бронхолегочные осложнения, среди хирургических – несостоятельность швов ПКА.

Статистически достоверной разницы в частоте несостоятельности швов ПКА между I-й группой (ПКА по Гильяровичу) с одной стороны и II-й (соответственно ПКА по Гильяровичу-Грэхему) – с другой не отмечено ( $P>0,05$ ). Но в III-й группе (модификация ПКА по Шалимову) этот показатель был достоверно меньшим ( $P<0,05$ ), чем в I-й группе. Еще реже, чем в I-й группе ( $p<0,001$ ), случаи несостоятельности швов ПКА мы отмечали в IV-й группе (ПКА в нашей модификации). Причем в IV-й группе несостоятельность швов наблюдалась статистически достоверно реже и по сравнению со II-й и III-й группами ( $P<0,05$ ).

Сведения о летальности в связи с несостоятельностью швов ПКА приведены в таблице 15. Разница между I-й, II-й и III-й группами не была статистически достоверной ( $P>0,05$ ), тогда как разница между IV-й и остальными группами оказалась достоверной ( $P<0,05$ ).

**Таблица 15**

**Послеоперационная летальность от несостоятельности ПКА в зависимости от способа формирования**

Группы	Кол-во наблюдений	Кол-во несостоятельности	Летальность	
			Кол-во	%
I группа	108	10	6	5,6
II группа	55	5	3	5,5
III группа	139	8	6	4,3
IV группа	560	12	4	0,7

Таким образом, разработанная и внедренная нами методика формирования ПКА достоверно снижает частоту возникновения несостоятельности швов ПКА и снижает частоту летальности с 5,5% до 0,7%.

Анализ несостоятельности швов ПКА в зависимости от резекции н/3 пищевода показал следующее.

В I-й группе в 6 из 10 случаев несостоятельности швов ПКА отмечено поражение н/3 пищевода. Во II-й оно отмечено у 3 больных из 5; в III-й - в 5 случаях из 8. В IV группе поражение н/3 пищевода было отмечено в 8 случаях из 14. В целом при поражении н/3 пищевода у 411 больных несостоятельность швов ПКА наблюдали у 22 больных (5,3%). При отсутствии поражения пищевода у 449 (52,2%) больных несостоятельность швов ПКА наблюдалось у 15 (3,3%) больных.

**Таблица 16**

**Частота несостоятельности швов и летальности после ГЭ в зависимости от варианта формирования ПКА**

Группы наблюдения	Кол-во наблюдений	Недостаточность швов ПКА				Умерли	
		ранняя		поздняя		абс.	%
		абс.	%	абс.	%		
I группа	108	6	5,5	4	3,7	6	5,5
II группа	55	3	5,4	2	3,4	3	5,4
III группа	139	5	3,4	3	2,2	6	4,3
IV группа	560	2	0,3	12	2,2	4	0,7
Всего	860	16	1,9	21	2,4	19	2,2

В наших случаях из 862 произведенных ГЭ у 37 больных наступила несостоятельность швов анастомоза, что составило 4,3%. Из них ранняя несостоятельность швов ПКА составила 14 (37,8%) случаев, а поздняя – 23 (62,2%). Умерли от несостоятельности швов ПКА 19 (2,2%) больных.

Если в первых трех группах достоверно преобладала ранняя несостоятельность швов анастомоза, то в IV-й группе, наоборот, достоверно больше встречалась поздняя недостаточность швов ПКА. Данное обстоятельство непосредственно влияло на летальность от недостаточности швов ПКА.

Терапевтические осложнения в I-й группе наблюдали у 11 (10,2%) больных, во II-й группе – у 10 (18,2%), в III-й – у 18 (13,0%) и в IV-й группе – у 32 (5,7%) больных.

По совокупности этих осложнений число случаев летального исхода составило соответственно в I-й группе 3 (2,8%), во II-й – 2 (3,6%), в III-й – 3 (2,2%) и в IV-й – 12 (2,2%) (таблица 17).

**Таблица 17**

**Терапевтические осложнения и летальность после ГЭ в зависимости от варианта формирования ПКА**

Группы наблюдения	Терапевтические осложнения		Умерло		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I группа	11	10,2	3	2,8	9	8,3
II группа	10	18,2	2	3,6	5	9,1
III группа	18	13,0	3	2,2	9	6,4
IV группа	32	5,7	12	2,2	16	2,8

Изменение количества больных в группах связано с тем, что по истечении 3-х месячного срока после лечения не все они явились на контрольное исследование. Обратившиеся же больные были обследованы и получили курс химиотерапии по схеме FLOT. А также из общего списка были исключены умершие.

**Таблица 18**

**Частота возникновения и степень тяжести рефлюкс-эзофагита в зависимости от способа формирования ПКА спустя 3 месяца после ГЭ**

Степень тяжести РЭ	I группа n=74		II группа n=39		III группа n=118		IV группа n=492	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Степень А	22	29,7	12	30,8	24	20,3	59	12,0** *
Степень В	20	27,0	10	25,7	20	17,0	20	4,0***
Степень С	9	12,1	4	10,3	8	6,7	3	0,6***
Степень Д	3	4,0	2	5,1	2	1,7	0	0
Всего	54	73,0	28	71,8	54	45,8	82	16,7** *

В I-й группе умерло 9 больных, не явились на контрольное обследование – 25, осталось – 74; во II-й группе умерло– 5 больных, не явились на контрольное обследование – 11, осталось – 39; в III-й группе соответственно умерло– 9, не явились на контрольное обследование – 12, осталось – 118; в IV-й группе - умерло 16 больных, не явились на контроль – 22, осталось – 492.

Приведенные в таблице 19 цифры показывают, что критерии оценки проходимости отлично, хорошо и удовлетворительно примерно одинаковы в I-й, II-й и III-й группах больных и показатели между собой достоверно не отличаются, а в IV группе показатели достоверно отличаются от предыдущих трёх групп.

**Таблица 19**

**Частота встречаемости сужения ПКА в зависимости от способа формирования ПКА спустя 3 месяца после операции**

Оценка проходимости	I группа, n=74		II группа, n=39		III группа, n=118		IV группа, n=492	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
отлично	18	24,3	10	25,6	34	28,8	240	48,8***^^
хорошо	24	32,5	11	28,3	42	35,6	223	45,5*^
удовлетворительно (дисфагия I степени)	18	24,3	9	23,1	30	25,4	20	4,1***^^^
не удовлетворительно (дисфагия II степени)	14	18,9	9	23,1	12	10,2^	8	1,6***^^^
Всего	74	100	39	100	118	100	491	100

*Примечание: \* - различия относительно данных I-й группы значимы (\*\* -  $P < 0,01$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ ); ^ - различия относительно данных 2-й группы значимы (^ -  $P < 0,05$ , ^^ -  $P < 0,01$ , ^^ -  $P < 0,001$ )*

С целью определения частоты появления регургитации в зависимости от способа формирования ПКА, в каждой группе мы отобрали по 30 больных и провели целенаправленные клиничко-рентгенологические и эндоскопические исследования. Более подробная информация приведена в таблице 20.

**Таблица 20**

**Частота появления регургитации у больных, перенесших ГЭ, в зависимости от способа формирования ПКА**

Наименование	Количество наблюдений	Регургитация		P
		абс.	%	
I группа	30	22	73,3	
II группа	30	23	76,7	>0,05
III группа	30	16	53,3	>0,05
IV группа	30	7	23,3	<0,00

Как видно из приведённой таблицы, создание инвагинационно-муфтообразного анастомоза, выполняющего в определенной мере функции клапанного механизма, привело к достоверному снижению частоты регургитации в IV-й группе, составившей 23,3% больных, что в 3 раза меньше, чем в I-й и II-й группах, и в 2,5 раза меньше, чем в III-й группе ( $P < 0,05$ ).

## ВЫВОДЫ

На основе проведенных исследований по диссертации доктора уфилософии (DSc) на тему: «Новые технологии в хирургии рака желудка» сформулированы следующие выводы:

1. Разработанный метод формирования «желудкозамещающего» резервуара с возвратом пассажа пищевых масс по ДПК после ГЭ как звена единой цепи пищеварения является достаточно безопасным и не ухудшает непосредственных результатов хирургического лечения. Было показано, частота послеоперационных осложнений при формировании резервуара составила 13,0%, летальность - 1,9%, тогда как в контрольной группе (ГЭ без формирования резервуара) частота осложнений достоверно не отличалась от таковой в основной группе (составив 13,5%), а летальность составила 1,9% ( $P > 0,05$ ).

2. Формирование после ГЭ «желудкозамещающего» резервуара обеспечивает в отдалённый период после лечения достоверно лучшие показатели по снижению агастральных синдромов. Предлагаемая нами методика позволила снизить частоту демпинг-синдромов с 26,8% в контрольной группе до 0% - в основной, частоту появления рефлюкс-эзофагита с 62,8% до 3,7%, гипогликемического синдрома – с 50% до 13,0%, диспептические расстройства с 63,5% до 0% и частоту проявления агастрального синдрома с 77,8% до 22,2%.

3. После гастрэктомии сформированный резервуар с помощью еюнопластики с редуодиназацией до 70 % компенсирует моторно эвакуаторную функцию утеряннного желудка против 30 % при традиционной операции. При этом рНметрия просвета пищевода показала 6,2 (в норме 6) в просвете резервуара 7.1 (в норме 7) в двенадцатиперстной кишке 7.4 ( в норме от 6-7.9).

4. Сформированный после ГЭ резервуар продолжительное время (до 45-60 мин.) удерживает принятую пищу, обладает сократительной функцией, обеспечивает порционный характер эвакуации, что позволяет сохранить трафик транзита пищевых масс по тонкой кишке и уменьшить тяжесть пищеварительных расстройств.

5. Разработанный инвагинационно-муфтообразный ПКА, формируемый после ГЭ, является технически простым, надежно-герметичным и относительно безопасным методом. Если частота несостоятельности швов при существующих способах лечения составляет 5,6-4,3%, то предлагаемый нами способ наложения анастомоза снизил ее до 0,7%.

6. В отличие от существующих вариантов наложения ПКА, предлагаемый нами способ его формирования статистически значимо снизил частоту таких функциональных осложнений как рефлюкс-эзофагит (с 73,0-45,8% при существующих вариантах до 16,7% - при нашем способе), дисфагия I-II-й степени (с 46,2-35,6% до 5,7%) и регургитация (с 73,3-53,3% до 23,3%).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.77.01 AT THE  
REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC-PRACTICAL MEDICAL  
CENTER OF ONCOLOGY AND RADIOLOGY ON  
AWARD OF SCIENTIFIC DEGREE**

---

**REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC-PRACTICAL MEDICAL  
CENTER OF ONCOLOGY AND RADIOLOGY**

**KHUDAYOROV SANJARBEK SARVAROVICH**

**NEW TECHNOLOGIES IN GASTRIC CANCER SURGERY**

**14.00.14 – Oncology**

**DISSERTATION ABSTRACT  
OF DOCTOR OF SCIENCE (DSc) ON MEDICAL SCIENCES**

**TASHKENT – 2025**

**The topic of the doctor of science (DSc) dissertation is registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under No. B2021.2.DSc/Tib564.**

The dissertation was completed at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Oncology and Radiology.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the Scientific Council ([www.cancercenter.uz](http://www.cancercenter.uz)) and on the information and educational portal “ZiyoNet” ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

**Scientific consultant:**

**Juraev Mirjalol Dehkanovich**

Doctor of Medical Sciences, Professor

**Official opponents:**

**Mukhammedaminov Shukhrat Karimjanovich**

Doctor of Medical Sciences, Professor

**Khakimov Murod Shavkatovich**

Doctor of Medical Sciences, Professor

**Ligai Ruslan Efimovich**

Doctor of Medical Sciences

**Lead organization:**

**Ministry of Health of the Russian Federation I.M.**

**Sechenov First Moscow State Medical University**

The defense of the dissertation will take place “\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2025 at \_\_\_\_\_ hours at a meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.77.01 at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology. (Address: 100174, Tashkent, Farobiy street, 383. Tel.: (+99871) 227-13-27; fax: (+99871)246-15-96; e-mail: [info@cancercenter.uz](mailto:info@cancercenter.uz) , Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology).

The dissertation can be found at the Information Resource Center of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Oncology and Radiology (registered under No.\_\_\_\_). Address: 100174, Tashkent, Farobiy street, 383, Tel.: (+99871) 246-05-13; fax: (+99871) 246-15-96.

The abstract of the dissertation was sent out “\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2025.  
(mailing protocol register No. \_\_\_\_\_ dated “\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2025).

**M.N.Tillyashaykhov**

Chairman of the Scientific Council for Awarding Academic Degrees,  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**A.A.Adilkhodjaev**

Scientific Secretary of the Scientific Council for Awarding Scientific  
Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

**M.Kh.Khodjibekov**

Chairman of the scientific seminar at the Scientific Council for the  
Award of Academic Degrees, Doctor of  
Medical Sciences, Professor



## **INTRODUCTION (abstract of DSc thesis)**

**The purpose of the study** was to improve the immediate and functional outcomes and the quality of life of patients after gastrectomy by creating a reservoir replacing the stomach and a functionally adequate invaginated-cuff-shaped esophago-intestinal anastomosis.

**The object of the study** was 862 patients up to the age of 76 with a verified diagnosis of gastric cancer (GC), T4aN2M0, T4bN2M0 (clinical stages 3-4), who underwent examination and treatment in the abdominal department of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology.

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

An invaginated cuff-shaped anastomosis was developed for the reconstructive stage of gastrectomy (patent for invention No. IAP 04468, 13.05.2010).

It was proven that unsatisfactory functional outcomes of gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction include Roux stasis syndrome, hypoglycemic syndrome, agastric anemia, and reflux esophagitis due to impaired afferent innervation of the Roux limb from the pacemaker located in the duodenum.

A method for creating an esophago-intestinal anastomosis was developed, which compensates for the reservoir function of the stomach, ensures portioned food intake, and improves patients' quality of life (patent for invention No. IAP 05391, 04.02.2015).

It was demonstrated that the formation of a "stomach-replacing" reservoir, with or without the restoration of duodenal passage, prevents the development of dumping syndrome and reflux esophagitis by eliminating food passage through the acute angle of the ascending part of the duodenum.

It was proven that reduodenization with the restoration of transduodenal food passage during jejunoplasty, along with the formation of an anti-reflux anastomosis, prevents the occurrence of dyspeptic symptoms by reducing the impaired motor-evacuatory function of the lost stomach and ensuring portioned evacuation of its contents.

### **Implementation of the research results.**

It has been proven that the implementation of the developed invaginated cuff-shaped anastomosis in gastrectomy, characterized by better functional status and a reduced risk of anastomotic failure, allowed for a more functional postoperative course and the prevention of postoperative complications. This improved patients' quality of life, resulted in savings of up to 15.5% of budgetary funds, and reduced hospital stay duration by 1-2 days.

The use of the new treatment method, by preventing unsatisfactory functional outcomes of gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction—such as Roux stasis syndrome, hypoglycemic syndrome, agastric anemia, and reflux esophagitis in gastric cancer—along with reducing the number of postoperative complications, shortening hospital stay by 1-2 days, and improving quality of life, resulted in a 10.5% reduction in government budget expenditures.

The application of the developed method of esophago-intestinal anastomosis, by compensating for the reservoir function of the stomach and ensuring portioned

food intake, allowed for a reduction in patients' hospital stay by 3 days. Additionally, by decreasing the incidence of anastomotic failure, early mortality, and improving patients' quality of life, it resulted in a 25.5% reduction in government expenditures.

The application of the proposed "stomach-replacing" reservoir, with or without the restoration of duodenal passage, by eliminating food passage through the acute angle of the ascending part of the duodenum, allowed for a reduction in the occurrence of dumping syndrome and reflux esophagitis. This improved patients' quality of life, resulted in a 9.5% savings in the state budget, and reduced hospital stay duration by 1 day.

By reducing the motor-evacuatory function of the lost stomach and ensuring portioned evacuation of its contents, the use of reduodenization with the restoration of transduodenal food passage during jejunoplasty, along with the formation of an anti-reflux anastomosis, prevents the occurrence of dyspeptic symptoms and promotes rapid recovery. This will lead to a reduction in hospital stay duration by 2-3 days and result in a 15% savings in the state budget due to decreased hospitalization costs.

**Structure and Volume of the Dissertation.** The dissertation consists of an introduction, six chapters, a conclusion, findings, practical recommendations, and a list of references. The total volume of the dissertation is 200 pages.

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

**I бўлим (I часть; part I)**

1. Джураев М.Д., Худоёров С.С., Эшонов А.К., Маюсупов Ш.Э. Влияние адьювантной химиотерапии на результаты стандартной с расширенной гастрэктомии при раке желудка // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана, №3 2011 г. С. 63-65 (14.00.00, №17).
2. Худоёров С.С. Влияние резервуара на процесс послеоперационной реабилитации // Вестник врача №4, 2011 г. Самарканд, С. 132-134 (14.00.00, №20).
3. Juraev M.D., Egamberdiev D.M., Khudayorov S.S., Tuyev H.N. Individual approach in treatment of advanced stomach cancer // European Medical Health and Pharmaceutical Journal, Volume 1, spring/2011. С. 21-25 (14.00.00, №15).
4. Джураев М.Д., Худоёров С.С. Непосредственные результаты гастрэктомии в зависимости от типа эзофагоэюноанастомоза // Ўзбекистон хирургияси, 2011, №4. С. 18-21. (14.00.00, №9).
5. Худоёров С.С. Влияние желудокзамещающего резервуара на отдалённые результаты хирургического лечения рака желудка // Ежеквартальный международный научный журнал, №2 (69) 2012 г. С. 110-112 (14.00.00, №17).
6. Джураев М.Д., Худоёров С.С., Эшонов А.К. Хирургический способ предотвращения функциональных осложнений после гастрэктомии // Ўзбекистон хирургияси, 2012, №2. С. 18-20. (14.00.00, №9).
7. Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Наврузов С.Н., Худоёров С.С. Способ формирования эюногастропластики после гастрэктомии и ее влияние на качество жизни пациентов // Евразийский Онкологический журнал, 2015, №2 (05), С. 26-31. (14.00.00, №15).
8. Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Худойбердиева М.Ш., Худоёров С.С. Рецидив рака желудка: Современные возможности диагностики и хирургического лечения // Медицинский журнал Узбекистана, №2 2015 г. С. 39-41 (14.00.00, №8).
9. Джураев М.Д., Худойбердиева М.Ш., Худоёров С.С. Диагностика и хирургическое лечение рецидива рака желудка // Теоретическая и клиническая медицина, №5, 2016 г. С. 85-87 (14.00.00, №3).
10. Khudayberdieva M.Sh., Juraev M.D., Khudayorov S.S., Juraev F.M. The impact of prognostic factors on the recurrence of stomach cancer // European science review, №5-6 2016 y. May-June. С. 138-140 (14.00.00, №22).

11. Джураев М.Д., Худойбердиева М.Ш., Худоёров С.С., Джураев Ф.М. Влияние факторов прогноза на рецидив рака желудка // Медицинский журнал Узбекистана, №6 2016 г. С. 20-22 (14.00.00, №8).

12. Тилляшайхов М.Н., Адилходжаев А.А., Худоёров С.С., Рахимов О.А., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Юнусов С.Ш., Отабоев А.Х. Первый опыт лапароскопической гастрэктомии с D2 лимфодиссекцией // Хирургия Узбекистана, №3 (87) 2020 г. С. 91-96 (14.00.00, №9).

13. Джураев М.Д., Джураев Ф.М., Худоёров С.С. Комбинированное лечение рака желудка с метастазами в печень // Клиническая и экспериментальная онкология, 2021, №1 (15), С. 22-32. (14.00.00, №21).

14. Yakubov Y.K., Khudayorov S.S., Khudayberdieva M.Sh. Gastrointestinal Stromal Tumors (GIST) Clinical cases // Norwegian Journal of development of the International Science №69/2021 ISSN 3453-9875. С. 25-34. (14.00.00, №22).

15. Juraev M.D., Khudayorov S.S., Juraev F.M. Results of Combined Treatment of Gastric Cancer With Liver Metastases // Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation 32 (3), ISSN 2651-4451 | e-ISSN 2651-446X, P. 15298-15306 (14.00.00, №12).

## **II бўлим (II часть; part II)**

1. Джураев М.Д., Худоёров С.С. Рак желудка // Монография, Ташкент, 2013 г., 370 стр.

2. Наврузов С.Н., Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Эшонов А.К., Эгамбердиев Д.М. Способ создания резервуара после гастрэктомии / Патент на изобретение, №IAP 04468. 13.05.2010 г.

3. Джураев М.Д., Худоёров С.С., Юсупбеков А.А., Эгамбердиев Д.М. Способ наложения пищеводно-кишечного анстомоза / Патент на изобретение, №IAP 05391. 04.02.2015 г.

4. Джураев М.Д., Худоёров С.С. Способ еюногастропластики после гастрэктомии // Методические рекомендации, Ташкент 2023. 23 стр.

5. Джураев М.Д., Худоёров С.С., Эшонов А.К. Пути улучшения процесса ранней реабилитации и качества жизни больных после расширенной гастрэктомии / Сборник научных трудов. II конгресс онкологов Узбекистана. г.Ташкент 6-7 октября 2011г. С. 158-159.

6. Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Худоёров С.С. Модифицированный инвагинационно-муфтообразный эзофагоеюноанастомоз после гастрэктомии / Материалы научно-практической конференции «актуальные проблемы онкоурологии» г.Термез. 22-23 ноября 2013г. С.67-68.

7. Джураев М.Д., Наврузов С.Н., Худаяров С.С., Эшонов А.К. Влияние резервуара на результаты расширенной гастрэктомии / Сборник материалов III конгресса онкологов Узбекистана., 14-16 мая 2015г., г.Ташкент. С. 7.
8. Джураев М.Д., Эгамбердиев Д.М., Худаяров С.С., Туйев Х.Н., Бабаев А.К. Гастропанкреатоспленэктомии при местно-распространенном раке желудка / Сборник материалов III конгресса онкологов Узбекистана. 14-16 мая 2015г. г.Ташкент. С. 15.
9. Худайбердиева М.Ш., Джураев М.Д., Якубов Ю.К., Худоёров С.С., Туйев Х.У. Прогностические факторы при развитии рецидивов рака желудка / Клиническая и экспериментальная онкология, 09-10 ноября 2018г. г.Фергана. ISSN 2181-9092, С. 139-140
10. Худайбердиева М.Ш., Джураев М.Д., Якубов Ю.К., Худоёров С.С. Рецидивы рака желудка и оценка роли онкомаркера СА 72-4 / Клиническая и экспериментальная онкология, 09-10 ноября 2018г. г.Фергана. ISSN 2181-9092, С. 140.
11. Джураев М.Д., Худоёров С.С., Эгамбердиев Д.М., Худойердиева М.Ш., Журавлёв И.И., Бобожонов Э.Т., Муминов С.С. Реабилитация больных после формирования желудка заменяющего резервуара // Евразийский Онкологический журнал, Казань, Россия, 2020, том 8, №2, С. 134.
12. Худоёров С.С., Якубов Ю.К., Эгамбердиев Д.М., Максимкулов Ж.М., Туйев Х.Н., Досчанов М.Т., Достов А.А., Хадиев Р.К. Отдалённые результаты хирургического лечения рака желудка // Евразийский Онкологический журнал, Казань, Россия, 2020, том 8, №2, С. 156-157.
13. Джураев М.Д., Худоёров С.С., Эгамбердиев Д.М., Досчанов М.Т., Худайбердиева М.Ш. Верхней левой эвисцерации при местно-распространённом раке желудка // Клиническая и экспериментальная онкология, г.Андижан 2021 г, ISSN 2181-9092, С. 80.
14. Джураев М.Д., Худоёров С.С., Досчанов М.Т. Роль созданного резервуара в улучшении реабилитации и качества жизни больных после гастрэктомии // Клиническая и экспериментальная онкология, г.Андижан 2021 г, ISSN 2181-9092, С. 80-81.
15. Джураев М.Д., Худайбердиева М.Ш., Худоёров С.С., Досчанов М.Т. Хирургического лечения рецидивного рака желудка // Клиническая и экспериментальная онкология, г.Нукус. 2022 г, ISSN 2181-9092, С. 164.
16. Джураев М.Д., Худоёров С.С., Нишонов Д.А., Досчанов М.Т. Хирургическое лечение стромальных опухолей желудка // Клиническая и экспериментальная онкология, г.Нукус. 2022 г, ISSN 2181-9092, С. 166-167.
17. Джураев М.Д., Худоёров С.С., Худайбердиева М.Ш., Нишонов Д.А., Бобожонов Э.Т., Досчанов М.Т. Результаты лечения GIST желудка //

Евразийский Онкологический журнал, Online, Казахстан, 2022, том 10, №2, С. 621.

18. Джураев М.Д., Худоеров С.С., Худайбердиева М.Ш., Мирзараимова С.С., Досчанов М.Т. Роль прогностических факторов в возникновении рецидива рака желудка // Евразийский Онкологический журнал, Online, Казахстан, 2022, том 10, №2, С. 621-622.

19. Джураев М.Д., Худаяров С.С., Туйев Х.Н., Бабаев А.К. Гастропанкреатоспленэктомии при местно-распространенном раке желудка // Клиническая и экспериментальная онкология, г.Хива 2023 г, ISSN 2181-9092, С. 134-135.

20. Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Худаяров С.С. Результаты верхней левой эвисцерации при местно-распространенном раке желудка // Клиническая и экспериментальная онкология, г.Хива 2023 г, ISSN 2181-9092, С. 135.

21. Джураев М.Д., Худаяров С.С., Худайбердиева М.Ш., Бабаджанов Э.Т., Хамраев А.А. Хирургическое лечение рецидива рака желудка / Клиническая и экспериментальная онкология, Сборник тезисов. 17-18 мая 2024г. г.Бухара. ISSN 2181-9092, С. 148

22. Джураев М.Д., Худаяров С.С., Туйев Х.У., Бабаджанов Э.Т., Бегматова Н.У. Эффективность комбинированного лечения при местно-распространенном раке желудка /Клиническая и экспериментальная онкология, Сборник тезисов. 17-18 мая 2024г. г.Бухара. ISSN 2181-9092, С. 150-151.

23. Джураев М.Д., Худаяров С.С., Туев Х.У., Бабаджанов Э.Т., Бегматова Н.У. Эффективность комбинированного лечения при местнораспространенном раке желудка // Евразийский Онкологический журнал, Online, Таджикистан, 2024, том 12, №2, С. 509-510.

24. Джураев М.Д., Худаяров С.С., Худайбердиева М.Ш., Бабаджанов Э.Т., Хамраев А.А. Результаты хирургического лечения рецидивов рака желудка // Евразийский Онкологический журнал, Online, Таджикистан, 2024, том 12, №2, С. 510.