

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

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ЭГАМОВ САРВАРБЕК ШАВКАТОВИЧ

**ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ
ХИРУРГИЯСИДАГИ ҚИЙИН ЯРАЛАР**

14.00.27 – Хирургия

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

АНДИЖОН – 2023

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor philosophy (PhD)

Эгамов Сарварбек Шавкатович

Ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги хирургиясидаги қийин
яралар..... 3

Эгамов Сарварбек Шавкатович

«Трудные» язвы в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной
кишки..... 24

Egamov Sarvarbek Shavkatovich

"Difficult" ulcers in duodenal ulcer surgery..... 44

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works 47

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

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ЭГАМОВ САРВАРБЕК ШАВКАТОВИЧ

**ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ
ХИРУРГИЯСИДАГИ ҚИЙИН ЯРАЛАР**

14.00.27 – Хирургия

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

АНДИЖОН – 2023

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2021.3.PhD/Tib2166 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

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

Илмий раҳбар:

Ботиров Акрам Кодиралиевич
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Расмий оппонентлар:

Ходжиматов Гуломиддин Минходжиевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Саттаров Ойбек Тохирович
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Етакчи ташкилот:

Бухоро давлат тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2023 йил «__» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

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

Диссертация автореферати 2023 йил «__» _____ да тарқатилди.

(2023 йил «__» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Мадазимов М.М.

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

Х.Т. Мусашайхов

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

Б.Р. Абдуллажанов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблилиги ва талабгорлиги. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги (ЎБИЯК) ханузгача хирургик гастроэнтерологиянинг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда. XX аср давомида ва ҳозирги кунгача жарроҳларнинг тактикаси ва унинг патогенези масалаларига муносабати бир неча бор қайта кўриб чиқилган. Ушбу муаммо ҳали ҳам даврий матбуот саҳифаларини тарк этмаётгани, монографиялар сони анча кўпайгани, унга бағишланган конгресслар, симпозиумлар ва конференцияларнинг ортиши бунинг далилидир. Эришилган ютуқларга қарамай, турли йиллардаги статистик маълумотларга кўра, ЎБИЯК режали хирургиясида меъда резекциясидан (МР) сўнг ўлим даражаси жуда юқори – 4-6% бўлиб, бу тешилган яраларда 3,5–8%, қон кетишларда 15-34%, пилородуоденал стенозда 6-19% ва пенетрацияланувчи яраларда 8-15%ни ташкил этади. Бундан ташқари, уларда постгастрорезекцион бузилишлар ривожланиб, бу 10-40% ҳолларда ногиронликни: - биринчи йилда - операция қилинган беморларнинг 20-30% да ва 10-15% да кечки муддатларда келтириб чиқаради¹. Шу муносабат билан, яра касаллигини даволашнинг тактик жиҳатларини такомиллаштириш муаммоси очик радикал аралашувларни такомиллаштириш билан боғлиқ бўлган барча асосий йўналишларни ҳам ўз ичига олади.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда ошқозоннинг кислота ишлаб чиқарувчи ва мотор-эвакуатор функцияси ҳолатининг патогномик хусусиятлари, касалликнинг молекуляр ва генетик жиҳатларини ўрганишга қаратилган бир қатор мақсадли илмий текширувлар ўтказилмоқда. Эндоген ва экзоген омилларнинг таъсири ва ўзаро боғлиқлиликка кўра, яра касаллигининг асоратланган шаклларида ошқозон шиллиқ қавати ҳимоя механизмларининг динамик мувозанатини ўрганиш долзарб ҳисобланади. Қайталанувчи пептик яраларнинг геморрагик ва перфоратив асоратларини прогнозлаш муҳим қизиқиш уйғотиб, ошқозон яраларининг ёмон сифатли шаклларга трансформацияланиши ва патологик ҳолат оғирлигини копмлекс верификациялашда тизимли ёндашувларни мукаммаллаштириш ва тавсия этилган балли тизимлар самарадорлигини баҳолаш бўйича бир қатор рандомизирланган клиник текширувлар ўтказилмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг замонавий босқичида консерватив ва хирургик даволаш, профилактиканинг илғор технологияларини жорий этиш орқали ЎБИЯК билан касалланган беморларни даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чоратadbирлар амалга оширилмоқда. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган². Ушбу

¹ Lin N, Smiley A, Goud M, Lin C, Latifi R. Risk factors of mortality in patients hospitalized with chronic duodenal ulcers. Am Surg. 2022;88(4):764-769. doi:10.1177/00031348211054074

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

вазифаларни амалга ошириш, жумладан, “қийин” дуоденал яраларда хирургик тактикани такомиллаштириш ушбу патологиянинг юқори клиник аҳамияти сабаб ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги хирургиясининг ва умуман олганда, тиббиётнинг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 4 октябрдаги ПҚ-5254-сон “Хирургия хизматини трансморфация қилиш, ҳудудларда жарроҳлик амалиётлари сифатини ошириш ва кўламини кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ва 2021 йил 26 июлдаги ПҚ-5198-сон «Аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини янада яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Бугунги кунда ўн икки бармоқ ичак яра касаллигини хирургик даволашда, этиопатогенези, диагностикаси, муайян хирурлик аралашув усулини танлаш ва хирургик тактика масалалари бир неча бор қайта кўриб чиқилган бўлса-да, бутун дунёда, хусусан, Ўзбекистонда катта тажриба тўпланган. Натижада, инсоннинг бошқа касаллиги учун қилинмаган, ЎБИЯК да кўплаб усулий ва техник қабуллар ишлаб чиқилган ва клиник синовдан ўтган (Циммерман Я.С., 2018; Хаджибаев А.М., 2020; Шептулин А.А., 2020; Guo H., 2021). Бироқ, сўнгги ўн йилликдаги даврий адабиётларни ўрганиш шуни кўрсатдики, тадқиқотчилар “қийин” ДЯ га керакли эътиборни қаратмаяпти. Маҳаллий ва хорижий хирургларнинг илмий-амалий ишларида ўн икки бармоқ ичакнинг улкан, постбульбар, пенентрацияланувчи ва каллез яралари бўйича операцияларни бажаришда қийинчиликлар ҳақида хабарлар мавжуд. Шу билан бирга, муаллифлар операциядан кейинги асоратлар ва ўлимнинг юқори частотасини қайд этишади, бу “қийин олиб ташланадиган” ДЯ мавжудлиги ва ОР бажариш вақтида ЎБИ нинг “қийин” чўлтоғини шакллантириш билан боғлиқ (Калиш Ю.И., 2009; Крылов Н.Н., 2017; Abbass A., 2020).

Бугунги кунда ЎБИЯК режали хирургиясида асосий хирургик амалиёти турли хил модификациялардаги МР ҳисобланади (70-80% ҳолларда МР Бильрот-II бўйича амалга оширилади) (Cirocchi R et al., 2019, С.М. Liang et al. 2019). Шубҳасиз, хирурглар ЎБИ чўлтоғининг етишмовчилигини Бильрот-II бўйича ошқозон резекциясининг “Ахиллес товони” деб ҳисоблашда ҳақлидир. “Қийин олиб ташланадиган” ДЯ да ярани қолдирган ҳолда ЎБИ чўлтоғини шакллантириш билан Бильрот-II бўйича МР га устиворлик берилишини ҳисобга олсак, унинг аҳамияти ошади (Афендулов С.А., 2016; Каримов Ш.И.,

Хакимов М.Ш. ва бошқ., 2018). Ушбу ҳолатнинг ўзи давомий оғриқлар ва қон кетишига сабаб бўлиши мумкин. Кўпинча, хирурглар ДЯ бутунлай кесиб олиб ташлашга уриниб, ошқозон ости безини, шунингдек, катта дуоденал сўрғични (КДС) ва ўт чиқарув йўллари шикастлайдилар. Бундан ташқари, ЎБИ чўлтоғини шакллантиришнинг ўзи унинг носозлиги юзага келишига хавф туғдиради, бу эса операциядан кейинги ўлимнинг асосий сабаби ҳисобланади.

Адабиёт маълумотлари таҳлили шуни кўрсатдики, хирургик даволаш натижаларидан қониқмаслик асосан керакли эътибор қаратилмаган, “қийин олиб ташланадиган” ўн икки бармоқли ичак яраларида бажариладиган оператив аралашувларга боғлиқдир. Бу бир қатор сабаблар: “қийин” дуоденал яра (ДЯ) ҳақидаги ягона ягона конкретлаштирилган тушунчанинг йўқлиги; уларнинг диагностикасидаги қийинчиликлари, шунингдек, хирургик аралашувнинг ўзидаги қийинчиликлар; уларнинг клиник кечиши хусусиятлари ва хирургик тактикани аниқлашда ягона ёндашувлар тўғрисида маълумотларнинг етишмаслиги билан боғлиқ. “Қийин” ДЯ ҳақидаги тушунчага аниқлик киритиш, ошқозоннинг функционал ҳолати ва касалликнинг клиник кечишининг типологик хусусиятларини аниқлаш, ҳамда операцияларнинг услубий ва техник жиҳатларини янада такомиллаштириш орқали ушбу вазиятни бартараф этиш мумкин. Буларнинг барчаси хирургик тактикани такомиллаштириш ва Бильрот-I бўйича МР га кўрсатмаларни кенгайтириш имконини беради, бу эса ўз навбатида дуоденал чўлтоқ чоклари етишмовчилигининг хирургик профилактикасидаги муҳим чоратадбирлардан бири ҳисобланади. Мазкур диссертация иши ушбу муаммоларни ҳал қилишга бағишланган.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институтининг илмий ишлари режасига мувофиқ бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади “қийин” дуоденал яраларда ошқозоннинг функционал ҳолатини ва касалликнинг клиник кечишининг типологик хусусиятларини аниқлаш, ҳамда ташрих усуллари ва техник ёндашувларини такомиллаштириш орқали яра касаллигини хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

“қийин” ДЯ бўлган беморлар тоифасини аниқлаштириш ва яра касаллигининг асоратсиз кечишига солиштирган ҳолда, клиник кечишининг типологик хусусиятларини ҳамда ошқозоннинг секретор ва мотор-эвакуатор функциясини аниқлаш;

“қийин” ДЯ да хирургик даволашнинг бевосита натижаларининг ретроспектив таҳлилинини ўтказиш ва операциядан кейинги асоратлар ва ўлим сабабларини, ҳамда даволашга “анъанавий” ёндашувлардаги салбий натижаларни аниқлаш;

“қийин” ДЯ да хирургик тактикани ҳамда операцияларнинг усуллари ва техник ёндашувларни такомиллаштириш;

такомиллаштирилган хирургик тактикада ва даволашга “анъанавий” ёндашувларда “қийин” ДЯ бўлган беморларни хирургик даволашнинг яқин ва кечки мuddатлардаги натижаларини қиёсий баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2001 йилдан 2020 йилгача бўлган даврда Андижон давлат тиббиёт институти клиникасининг 3-хирургия бўлимида “қийин” ДЯ туфайли резекцион амалиётлар ўтказилган 262 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети касаллик кечишининг айрим типологик хусусиятларини, ошқозон резекцияси ва ўн икки бармоқ ичак чўлтоғини тикишнинг такомиллаштирилган усуллари ва техник ёндашувлари, шунингдек, операциядан олдинги тайёргарлик даврига коррективлар киритиш ва операциядан кейинги даврни олиб боришни инобатга олган ҳолда, хирургик тактикани мақбуллаштиришга асосланган “қийин” дуоденал яраларда хирургик даволаш натижаларининг самарадорлигини баҳолашдан иборат.

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

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

“қийин” дуоденал яралар билан оғриган беморларнинг контингентига аниқлик киритилган ва тавсифланган ҳамда ушбу касалликнинг клиник кечишининг типологик хусусиятлари аниқланган;

“қийин” дуоденал яраларда ошқозоннинг секретор ва мотор-эвакуатор функцияси кўринишидаги функционал кўрсаткичларининг хусусиятлари аниқланган;

ошқозон резекциясида унинг чўлтоғини “қисқичларсиз” шакллантириш усули ҳамда ўн икки бармоқ ичак чўлтоғини тикиш усули каби ошқозонда бажариладиган ташрих усуллари ва техник жиҳатлари самарадорлиги асосланган ҳолда такомиллаштирилган;

ташрихларнинг такомиллаштирилган усуллари ва техник жиҳатларидан фойдаланиб ошқозоннинг функционал ҳолати ҳамда касалликнинг клиник кечишининг типологик хусусиятларини инобатга олиш хирургик тактикани оптималлаштирган ҳолда “қийин” дуоденал яраларни хирургик даволаш натижаларини яхшилаши исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

клиник вариантлар ва клиник кечиши хусусиятларини, шунингдек ошқозоннинг функционал ҳолати ва операция соҳасидаги топографик-анатомик ўзгаришларни инобатга олиш “қийин” ДЯ бўлган беморларни даволашнинг хирургик тактикасига ўзгартиришлар киритиш имконини бериши аниқланган;

ошқозон резекция пайтида унинг чўлтоғини “қисқичсиз” шакллантиришнинг тавсия этилган усули Бильрот-II бўйича анастомоз шакллантириш имкониятини оширгани ҳолда физиологикликни сақлашга, операциянинг инвазивлигини камайтиришга, шунингдек, асоратлар сонини камайтиришга имкон бериши аниқланган;

меъда резекцияси пайтида ўн икки бармоқли ичак чўлтоғини тикишнинг тавсия этилган усули ўзига хос асоратларни камайтириши, даволаниш муддатини қисқартириши ҳамда ошқозон ости беши ва ўт йўлларининг шикастланиш хавфини камайтириши мумкинлиги аниқланган;

“қийин” дуоденал яраларда Бильрот-I бўйича меъда резекциясини бажариш имкони бўлмаганида такомиллаштирилган усуллар ва техник жиҳатларни қўллаган ҳолда Гофмейстер-Финстерер ёки Бальфур бўйича, дуоденал ўтказувчанликнинг сурункали бузилиши бўлганда эса, Ру-Ибадов бўйича меъда резекциясини бажариш асосланган;

“қийин” дуоденал яраларни хирургик даволашнинг тавсия этилган тактик ва техник жиҳатларидан фойдаланиш операциядан кейинги асоратларни камайтириши, шунингдек, узок муддатли даврда аъло ва яхши натижалар улушини оширишга имкон бериши исботланган.

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

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва берилган тавсиялар назарий аҳамиятга эга бўлиб, касалликнинг типологик хусусиятларини аниқлаш, шунингдек, операцияларнинг такомиллаштирилган усуллари ҳамда техник жиҳатларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш, операциядан олдинги тайёргарликка ва операциядан кейинги даврни олиб боришга корректив киритиш, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим сонини камайтириши, хирургик даволашнинг узок муддатли натижаларини яхшилаши ҳисобига “қийин” дуоденал яраларга оид мавжуд тушунчаларни кенгайтиришга муҳим ҳисса қўшиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, ўтказилган тадқиқотлар “қийин” дуоденал яраларда касалликнинг айрим типологик хусусиятларини аниқлаш, ошқозон резекциясининг ҳамда ўн икки бармоқ ичак чўлтоғини тикишнинг такомиллаштирилган усуллари ва техник жиҳатларидан фойдаланиш, шунингдек операциядан олдинги тайёргарликка корректив киритиш, операциядан кейинги асоратлар сони, ўлимнинг камайиши ва хирургик даволашнинг узок муддатли натижаларини яхшилашга асосланган хирургик тактикани такомиллаштиришга имкон берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. “Қийин” дуоденал яраларни хирургик даволаш натижаларини яхшилаш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида:

«Ўн икки бармоқли ичакнинг “қийин” яраларида бажариладиган ташрихларнинг такомиллаштирилган усуллари» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 11 октябрдаги 08-31323-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар ўн икки бармоқ ичак чўлтоғи

етишмовчилиги частотасини, ва ўз навбатида, ўлим кўрсаткичини камайтириш хисобига даволаш натижаларини яхшилашга имкон берган;

олинган илмий натижалар соғлиқни сақлашнинг амалий фаолиятига, жумладан, Андижон давлат тиббиёт институти клиникаси ҳамда Андижон шаҳар тиббиёт бирлашмаси жарроҳлик бўлимларига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 11 октябрдаги 08-31323-сон маълумотномаси). Жорий этиш натижалари ташрихдан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичларини камайтиришга, шунингдек, “қийин” ўн икки бармоқли ичак яраларини хирургик даволашнинг бевосита ва узоқ муддатдаги натижаларини яхшилашга имкон берган.

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

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 13 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 4 та мақола, жумладан, 2 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

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

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

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

Диссертациянинг «**“Қийин” дуоденал яраларда ўн икки бармоқ ичак яра касаллигини хирургик даволаш масаласининг ҳозирги ҳолати**» деб номланган биринчи бобида муаммонинг мохиятини очиб берувчи адабиётлар шарҳи келтирилган бўлиб, қисқа тарихий маълумотлар, келтирилган, эпидемиология масалалари, муаммонинг тиббий-ижтимоий аҳамияти, ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг этиологияси ва патогенези, патофизиологик механизмлари ва асоратлари ҳақидаги замонавий тасаввурлар кўриб чиқилган. Шунингдек, “қийин” дуоденал яраларни хирургик даволаш муаммосининг ҳолати, диагностика ва даволашнинг замонавий усуллари, ҳамда ушбу патология билан хасталанган беморлар ҳаётига хавф солувчи асоратлар профилактикасининг долзарб масалалари кўрилган.

Диссертациянинг «**Клиник тавсиф ва тадқиқотнинг усуллари**» деб номланган иккинчи бобида тадқиқотнинг асосий йўналишлари бўйича маълумотлар келтирилган.

2001 йилдан 2020 йилгача бўлган давр оралиғида АДТИ Хирургия ва урология кафедраси базасида ЎБИЯК бўйича 1567 нафар беморда операция

бажарилган. Бунда “қийин” ДЯ 494 нафар (31,5%) беморда аниқланган бўлиб, улардан 364 нафар беморда (73,7%) режали тартибда ва 130 нафарида (26,3%) шошилич тартибда операция бажарилган. “Қийин” ДЯ бўлган 364 нафар беморлардан 102 нафарида МДО билан ваготомия ўтказилган. Режали ва шошилич тартибда операция қилинган беморлардаги хирургик тактика турлича бўлганлиги сабабли, шошилич тартибда операция қилинган беморларда илмий тахлил ўтказилмади. Мазкур тадқиқотнинг предмети бўлиб режали тартибда операция қилинган 262 нафар “қийин” ДЯ бўлган беморлар олинган.

Клиник кечишнинг типологик хусусиятларини, шунингдек ошқозоннинг секретор ва мотор-эвакуатор функциясини аниқлаш учун “қийин” ДЯ да (262) асоратланмаган (94), яъни “қийин” ДЯ бўлмаган ЎБИ яра касаллигини солиштирган холда илмий тахлил ўтказдик.

Материални тақдим этишни соддалаштириш учун шартли равишда беморларни 2 гуруҳга ажратдик:

- “қийин” ДЯ бўлганлар – асосий гуруҳ (262 нафар бемор);
- ЯК асоратсиз кечиши билан – қиёсий гуруҳ (94 нафар бемор).

Қиёсий гуруҳда ЯК- эркакларда 71 (75,5%) холатда, аёлларда эса - 23 (24,5%), 3:1 нисбатда қайд этилган. Холбуки асосий гуруҳда - эркакларда 238 (90,8%) холларда, аёлларда эса фақат - 24 (9,2%) нафарида, 10:1 нисбатда аниқланган. Яъни “қийин” ДЯ бидан касалланиш эркак жинсидаги шахсларда аёлларга нисбатан сезиларли даражада устунлиги кузатилган.

Биринчи жадвалдан кўриниб туриптики, қиёсий гуруҳда ЯК асосий ёш - 19-44 ёшда – 88 нафар (91,5%), яъни ўсмирлик ва ёш даврда аниқланган. Асосий гуруҳда эса 19-59 ёшда (89,0%), ёш ва етилган даврда қайд этилган (1-жадвал).

1-жадвал

Солиштирма гуруҳларда ЎБИЯК бўлган беморларнинг ёшига кўра тасимланиши

Ёши (йилларда)	ЯК асоратланмаган кечиши (n - 94)		«қийин» ДЯ (n - 262)		Chi ²	P
	абс	%	абс	%		
15-19	33	35,1	39	14,9	76	0,3
20-44	53	56,4	115	43,9	198	<0.05
45-59	6	6,4	92	35,1	129	<0.05
60 ва ундан катталар	2	2,1	16	6,1	33	<0.05
Жами	94	100,0	262	100,0	x	x

Шуни таъкидлаш лозимки, “қийин” ДЯ 19 ёшгача, яъни ўсмирлик ёшида ҳам аниқланиши мумкин -39 (14,9%). Бу яна бир бор яранинг “қийинлиги” унинг локализациясини аниқлаш, асоратларининг табиати ва фаоллиги даражаси, яъни периульцероз яллиғланиш инфилтрациясининг кенг сохаси мавжудлигини билан тасдиқланади.

Жадвал 2 дан кўриниб туриптики, қиёсий гуруҳда беморларнинг асосий тоифаси яра анамнезининг давомийлиги 6 йилгача бўлган беморлар 76 (80,9%) ташкил этган бўлиб, тадқиқот ўтказиладиган гуруҳда эса яра анамнезининг давомийлиги 11-15 йилни - 213 (81,2%) нафар беморни ташкил этган. Шунинг таъкидлаш лозимки, текширилувчи гуруҳда яра анамнезининг давомийлиги 16 йил ва ундан ортиқ бўлиши 36 нафар (13,9%) беморда аниқланган бўлиб, қиёсий гуруҳда эса бундай яра анамнезидаги давомийлик аниқланмаган.

2-жадвал

ЎБИЯК бўлган беморларнинг яра анамнезининг давомийлигига кўра тақсимланиши

Яра анамнезининг давомийлиги (йилларда)	Гуруҳлар:					Хи ²	Р
	ЯК асоратланмаган кечиши (n - 94)		«қийин» ДЯ (n - 262)				
	абс	%	абс	%			
6 йилгача	76	80,9	13	5,0	133	<0.05	
6 – 10	15	15,9	118	45,0	161	<0.05	
11 – 15	3	3,2	95	36,2	124	<0.05	
16 – 20	-	-	24	9.2	х	х	
21 ва ундан ортиқ	-	-	12	4.6	х	х	
Жами	94	100	151	100	х	х	

Қиёсий гуруҳда нисбатан қисқа яра анамнези аниқланган, касалликнинг давомийлиги ва даврий пайдо бўлиши сақланган, ярага қарши даво касалликнингнинг симптомкомплексига осон таъсир кўрсатган ва ўтказилган даво курсидан сўнг турғун ремиссия кузатилган. Текширилувчи гуруҳда касаллик тез-тез ва узлуксиз қайталаниш билан кечган, кўпинча “гиперсекретор” синдром, шунингдек, турғун ва кучли оғриқ синдроми аниқланган, ҳамда хар бир қасаллик кўзғалишида 6 ойдан ортиқ ярага қарши комплекс даво таъсир этмаган.

Асоратланмаган ЎБИЯК да касалликнинг кечиши анча яхши бўлиб, “қийин” ДЯ да касалликнинг клиник манзараси анча кучли агрессив кечиши билан намоён бўлган. Қиёсий гуруҳда касалликнинг кўзғалиши 2-5 йилда 1 марта 79 (80,9%) холларда, асосий гуруҳда эса – фақат 6 (2,4%) холларда кузатилган. Касалликнинг йилда 2-4 марта кўзғалиши қиёсий гуруҳда фақат 7 (7,4%) холларда, холбуки асосий гуруҳда эса – 215 (82%) холларда қайд этилган.

Қиёсий гуруҳда оғриқ локализацияси эпигастрал ва бошқа локализацияда бўлиши (белга иррадиацияланиши билан) фақат 21 (22,4%) холларда, асосий гуруҳда эса – 96 (36,7%) холларда қайд этилган. Оғриқ синдромининг табиати 85 (90,4%) холларда овқат қабули билан боғлиқлиги ҳамда 9 нафар (9,6%) беморда эса овқат қабули билан боғлиқ бўлмаганлиги кузатилган. Бундан фарқлироқ, асосий гуруҳдаги оғриқ синдромининг табиати 38 (14,5%) холларда овқат қабули билан боғлиқ бўлган, 224 (85,5%) холларда овқат

қабули билан боғлиқ бўлмаган, яъни доимий табиатга эга бўлган.

Ошқозоннинг секретор функцияси хусусиятларини аниқлаш учун “қийин” ДЯ бўлган ва асоратланмаган ЎБИЯК бўлган беморларда ошқозон ширасининг кўрсаткичлари ўрганилди ва солиштирилди. Олинган натижаларни клиник баҳолаш учун унинг кўрсаткичлари 50 нафар соғлом шахсларда ўрганилди, шулардан КБП - $3,9 \pm 0,8$ ммоль/соат, КМП - $18,4 \pm 0,9$ ммоль/соатни ташкил этган. Бунда қиёсий гуруҳдаги беморларда КБП ўртача кўрсаткичлари - $7,9 \pm 0,7$ ммоль/соат, асосий гуруҳда эса - $12,6 \pm 1,2$ ммоль/соатни ташкил этган (аниқлилик $p < 0,05$).

Демак, асосий гуруҳда КБП кўрсаткичлари соғлом шахслардаги худди шундай кўрсаткичларидан 3,2 баробар, қиёсий гуруҳга нисбатан эса – 1,5 баробар ошган.

Ошқозон шираси таркибидаги пепсин ўрганилганда, соғлом шахсларда ПБП ўртача $47,6 \pm 3,9$ мг/%, ПМП эса - $94,5 \pm 10,1$ мг/% ташкил этганлиги аниқланган. Асосий гуруҳда пепсиннинг базал ва максимал продукцияси эса мос равишда $89,9 \pm 8,4$ мг/% ва $192,4 \pm 17,3$ мг/% ташкил этган. Бунда қиёсий гуруҳда ПБП ўртача кўрсаткичи $68,7 \pm 7,2$ мг/%, ПМП эса - $166,3 \pm 15,3$ мг/% ташкил этган.

Тадқоқотимиз шуни кўрсатдики, пепсиннинг базал ва максимал продукцияси соғлом шахсларда ҳам, қиёсий ва асосий гуруҳдаги беморларда ҳам бир хил даражада сақланиб қолади. Бироқ бу маълумотлар ўрта статистик қийматга эгаллигини инобатга олиш лозим. Улар орасида операция услини танлашда индивидуал ёндашувни талаб этувчи, норма- ва гипоацид кўрсаткичли беморлар ҳам учраган. Кўриниб туриптики, ушбу жихатларни инобатга олиш зарур, акс холда операция усулини нотўғри танлашга ва усулнинг дискредитациясига олиб келиши мумкин.

Ошқозон функционал холатининг хусусиятларини аниқлаш учун (ошқозоннинг мотор-эвакуатор функцияси) рентгенологик текшируви маълумотлари бўйича текширув ва солиштириш ўтказилди. Холбуки, соғлом шахсларда (50 нафар) ошқозон эвакуацияси порцион-ритмик табиатга эга бўлган. Кўп беморларда ошқозон илгаксимон шаклга эга бўлиб, овалсимон газли шар кўринишида, шиллик қаватнинг қалинлашмаган бўйлама бурмалари мавжудлиги, бироқ кучли перисталька аниқланган. Рентгенологик текширувда қиёсий гуруҳдаги беморларда (60 нафар бемор) соғлом шахсларга нисбатан солиштирилганда, эвакуация 1-1,5 соатдан сўнг тугаган, яъни ошқозоннинг мотор-эвакуатор функцияси сезиларли тезлашганлиги аниқланган. Шу билан бирга, ошқозон шиллик қаватининг кучли шиши ва ЎБИ пиёзчаси шиллик қаватининг қисман деформацияси ажралиб турган. Асосий гуруҳдаги беморларда (132 нафар) ОМЭФ асосан ПДС даражасига боғлиқ бўлиб, аксарият беморларда “токча” симптоми аниқ кўриниб турган. Улардаги функционал бузилишлар яққол ва турғун бўлиб, бу касалликнинг давомийлиги билан боғлиқ бўлган.

Рентгенологик текширувлар билан бир қаторда, УЭГГ ўтказилди. Бунда, “қийин” ДЯ ли, ПДС бўлган беморларда тахлил ўтказилмаган. Олинган

натижалар соғлом шахсларга нисбатан қийин гуруҳда ОМЭФ тезлашганлигини кўрсатган. Шу билан бирга, асосий гуруҳда ОМЭФ янада кучлироқ тезлашганлиги аниқланган. Умуман олганда, асоратланмаган яра касаллигига нисбатан солиштирилганда, “қийин” ДЯ да ошқозоннинг мотор фаолиятининг фаоллашувидан дарак берувчи ўзгаришлар кузатилади.

“Қийин” ДЯ да клиник кечининг хусусиятлари ва ошқозоннинг функционал ҳолатини аниқлаган ҳолда, асосий гуруҳдаги беморларни (262 нафар) шартли равишда 2 гуруҳга ажратдик, бу даволашга турлича тактик-техник ёндашувлар билан боғлиқлик эди. Ўрганиладиган беморлар тоифасининг гуруҳларга тақсимланиши:

- назорат гуруҳи - 2001 дан 2010 йилларгача - 114 нафар (43,5%) беморлар;
- тадқиқот гуруҳи - 2011 дан 2020 йилларгача - 148 нафар (56,5%) беморлар.

Назорат гуруҳида ЎБИЯК атрофдаги аъзоларга пенетрацияланиши билан 43 нафар (37,7%) беморда кузатилган бўлиб, турли даражадаги пилородуоденал стеноз –39 нафар (34,2%), шунингдек, пенетрациянинг турли даражадаги ПДС билан бирга келиши - 32 нафар (28,1%) беморларда қайд этилган. Назорат гуруҳидаги беморларда илгари 8 ҳолатда ҚЯ тикиш, 5 ҳолатда яра тубидаги қонаётган қон томирни тикиш ўтказилган ҳамда 15 ҳолатда СДЎБ аниқланган.

Тадқиқот гуруҳида ЎБИЯК атрофдаги аъзоларга пенетрацияланиши билан 45 нафар (30,4%) беморда, турли даражадаги пилородуоденал стеноз – 52 нафар (35,1%), ва пенетрациянинг турли даражадаги ПДС билан бирга келиши- 51 нафар (24,5%) беморларда қайд этилган. Шунини таъкидлаш лозимки, тадқиқот гуруҳида 26 ҳолатда беморлар анамнезида перфоратив ДЯ тикиш, 17 ҳолатда яра тубидаги қонаётган қон томирни тикиш ўтказилган ва 10 ҳолатда ЎБИЯК нинг СДЎБ бирга келиши аниқланган.

3-жадвал

Солиштирма гуруҳларда терапевтик патологияларнинг табиати ва сони

Хамроҳ терапевтик патология касалликлари табиати	Бемор гуруҳлари					Жами	
	Назорат		P	Тадқиқот		абс	%
	n - 114	%		n - 148	%		
Беморлар сони:	n - 114	%		n - 148	%	n– 262	
Юрак қон томир тизими	7	35%	0,0882	13	65%	20	7,6
Нафас аъзолари	8	47%	0,7316	9	53%	17	6,5
Жигар, ўт йўллари	6	38%	0,1923	10	63%	16	6,1
Ошқозон ости беши	2	50%	1	2	50%	4	8,4
Буйраклар, сийдик йўллари	12	55%	0,5178	10	45%	22	1,5
ичак	2	50%	1	2	50%	4	
Жами:	37	45%		46	55%	83	31,7

“Қийин” ДЯ бўлган беморларда хамрох терапевтик патологиялар 83 нафар (31,7%) беморларга аниқланган. Шулардан, юрак қон томир тизими касалликлари – 20 (7,6%), нафас аъзолари – 17 (6,5%), шунингдек, жигар, ўт йўллари– 16 (6,1%) ҳамда буйрак ва сийдик йўллари терапевтик патологияси – 22 (8,4%) ташкил этган. Шу билан бирга, 4 (1,5%) ҳолатда ошқозон ости беги патологияси ва 4 ҳолатда (1,5%) – спастик колит кўринишидаги ичак патологияси ташхисланган. “Қийин” ДЯ бўлган беморларда 28 (10,7%) ҳолатда қўш хирургик патология аниқланган (3-жадвал).

Режали оператив амалиётларда ўт тош касаллиги 9 нафар (3,4%) беморларда, вентрал чурралар - 14 нафар (5,3%) ва жигар эхинококкози 5 нафар (1,9%) беморларда аниқланган.

Дисстертациянинг «Ўн икки бармоқ ичак “қийин” яралари бўлган беморларда хирургик тактика» деб номланган учинчи боби уч кичик бобдан иборат.

Назорат гуруҳидаги беморларда хирургик тактика. Назорат гуруҳида 2001 йилдан 2010 йилгача бўлган даврда режали тартибда клиникага мурожаат қилган “қийин” ДЯ бўлган беморлар 114 тани ташкил этган. Назорат гуруҳида пенетрация кўринишидаги асоратлар 43 нафар (37,7%) беморда аниқланган. ДЯ нинг ошқозон ости бегига пенетрацияси (30 нафар) гигант ва/ёки каллез яралар билан 26 нафар беморда ва 4 нафар беморда «ойнади» яралар билан бирга келган. Бу беморларнинг барчасига Бильрот-II бўйича МР ўтказилган. ДЯ нинг жигар-ўн икки бармоқ ичак бойламига пенетрацияси (9 нафар) гигант ва/ёки каллез яралар билан 3 нафар беморда ва 5 нафар беморда «ойнади» яралар билан ҳамда 1 нафар беморда эгарсимон яра билан бирга келган. Шунинг билан бирга, 2 нафар беморда илгари яра тубидаги қонаётган қон томир тикилган ва 4 нафарида СДЎБ аниқланган. Шулардан Бильрот-I бўйича модификацияларида ОР 3 нафар беморда ва Бильрот-II бўйича МР 6 нафар беморда бажарилган. ДЯ нинг ўт пуфагига пенетрацияси гигант ва/ёки каллез яралар билан 3 нафар беморда ва 5 нафар беморда ва 1 нафар беморда эгарсимон яра билан бирга келган. Бунда 3 нафар беморда Бильрот-I бўйича ҳамда 6 нафарида Бильрот-II бўйича ОР бажарилган.

4-жадвал

Ошқозон резекцияси усулларига қараб беморларнинг тақсимланиши.

Операция усуллари	Назорат гуруҳи			
	абс	%	абс	%
	Б-I бўйича ОР		Б-II бўйича ОР	
МР:	n – 114			
- Габерер	22	19,3	-	-
- Габерер-Финней	14	12,3	-	-
- Л.Г. Хачиев	15	13,1	-	-
- Гофмейстер-Финстерер	-	-	20	17,5
- Бальфур	-	-	28	24,6
- Ру-Ибадов	-	-	15	13,2
Жами: абс / %	51	44,7	63	55,3

Умуман олганда, назорат гурухидаги беморларда Бильрот-I бўйича модификацияларда МР 51 нафар (44,7%) беморда, Бильрот-II бўйича модификацияларда ОР 63 нафар (55,3%) беморда бажарилган (4-жадвал).

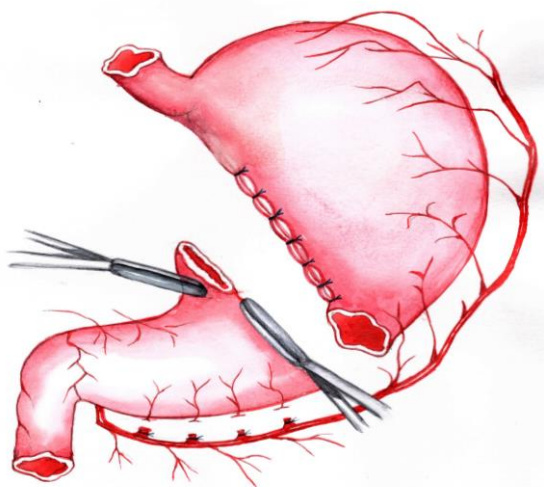
Назорат гурухидаги беморларни хирургик даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил ўтказганимизда, бир қатор тактик ва техник камчиликларга йўл қўйилгани аниқланди.

Қониқарсиз натижаларнинг сабабларини таҳлил қилиш ва ушбу тоифадаги беморларни хирургик даволашдаги малаканинг тўпланиши 2011 йилдан бошлаб хирургик тактикани қайта кўриб чиқишга имкон берди.

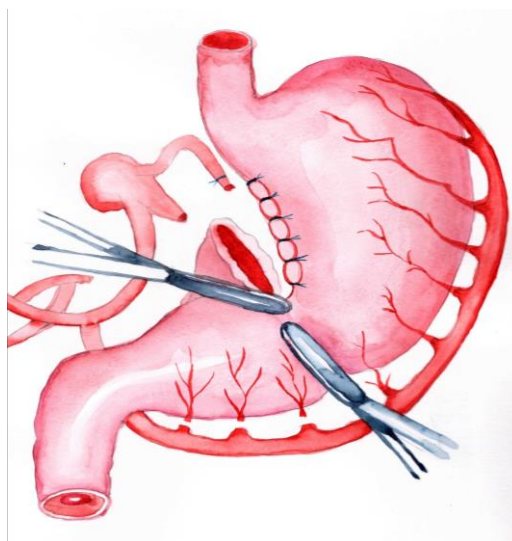
Операцияларнинг такомиллаштирилган усуллари ва техник жиҳатлари.

Ошқозон резекциясида унинг чўлтоғини “жомсиз” шакллантириш усули.

Ошқозон мобилизацияси катта эгриликдан бошланади, шаклланадиган чўлтоқ учун 2/3 қисм қолдирилади. Мобилизация фақат ўнг ошқозон-чарви артериясининг терминал ён шохлари кесишиши билан қатъий париетал тарзда амалга оширилади, бу билан асосий устуннинг бутунлиги сақланади. Катта эгрилик бўйлаб фақат ошқозоннинг олиб ташланадиган қисмига, ошқозон ўқиға перпендикуляр равишда, узунлиги -6 см гача, яъни хосил бўладиган соустья бўшлиғидан 2 баробар катталиқдаги масофагача қисқич қўйилади (1-расм).



1-расм. Ошқозон чўлтоғининг денервацияси ва деваскуляризацияси чизмаси



2-расм. Ошқозон чўлтоғининг жомсиз шакллантирилгандан кейинги кўриниши

Ошқозоннинг кичик эгрилигидан тарафдан кардиядан 2-4 см орқага чекиниб, чап ошқозон артериясининг пастга тушувчи шохини боғлаймиз ва кесиб ўтамиз. Сўнгра фақат чарви халтаси томондангина қон томирлар ва адашган нервни бирга қамраб олган холда қисқич қўямиз, унинг устида асталик билан босқичма-босқич ошқозоннинг кичик эгрилигини олиб ташлаймиз (хлорид кислота ишлаб чиқарувчи 90% қоплўвчи хужайралар кичик эгриликда жойлашган) ва ошқозоннинг катта эгрилиги томондан

қўйилган асбобнинг учигача викрил билан тугунли чооклар қўйилади. Кичик эгрилик перитонизацияси капрон билан “П” симон чоклар қўйиш билан амалга оширилади. Кейин катта эгрилик тарафдан ошқозоннинг фақат олиб ташланадиган қисмига, унинг ўқиға перпендикуляр равишда 5-6 см масофагача қисқич қўйилади ва сероз қават кесилади, викрил билан “гофри”ли шиллик-шиллик ости-мушакли бир қаторли чоклар қўйилади. Натижада ошқозон чўлтоғи тешигининг диаметри 6-7 см дан 3,0 см гача кичраяди, бу эса ЎБИ бошланғич қисми диаметрига мос келади. Сўнгра ошқозоннинг дистал қисми кичик чарви қисми билан резекция қилинади (2-расм). Анастомознинг олдинги лабини бекитгунгача декомпрессион зонд қолдиришимиз шарт. Ўнг ошқозон артериясининг кесишиши билан олиб ташланиши керак бўлган ошқозоннинг дистал қисми мобилизация қилинади.

Кейинчалик олиб ташланадиган ошқозоннинг дистал қисми мобилизацияси амалга оширилади. Сўнгра ЎБИ бошланғич қисми орқа деворига тахминан чокларнинг биринчи қатори қўйилади. Анастомознинг орва лабларига чоклар қўйишда, ошқозон қирғоғидан 0,8-1,0 см орқага чекиниб, игна санчилиши, ЎБИ да эса ичак қирғоғидан 0,5-0,6 см орқага чекиниб игна санчилиши ва чиқиши лозим. Чоклар орасидаги масофа ошқозонда 0,6-0,8 см, ЎБИ да эса 0,5-0,6 см бўлиши керак. Сўнгра ошқозоннинг дистал қисми яра билан бирга резекция қилинади ва викрил билан 4-5 тагача чокларнинг иккинчи қатори қўйилади. Анастомознинг олдинги лабини бекитгунгача декомпрессион зонд қўйилиши шарт. Сўнгра анастомознинг олдинги лаби шакллантирилади.

Анастомознинг олдинги лабига чоклар қўйишда иккала томонга “П” симон чоклар – анастомоз ичкари асосига “кулфчалар” қўйиш лозим, бу техник жихатдан тикилган қирғоқларнинг мос келишини енгиллаштиради ва анастомоз соҳасига келувчи асосий юкламага бардош беради, бу хам чоклар носозлиги профилактикасининг чора-тадбирларидан бири ҳисобланади. Анастомознинг олдинги лаби кичик эгриликдан бошлаб бир қаторли, сероз-мушак-шиллик ости қаватларни қамраган ҳолда ичкарига букланган чоклар билан тикилади. Игна ошқозон чўлтоғи ва ЎБИ қирғоғидан 0,5-0,6 см орқага чекиниб санчилади, игна чиқарилиши эса - 0,2 см орқага чекиниб амалга оширилади. Чоклар орасидаги масофа 0,8 см, миқдори эса - 4-5 та бўлиши лозим. Сероз-мушакли чокларнинг иккинчи қатори биринчи қатордаги чоклар орасига қўйилади. Анастомознинг олдинги лабига чокларни қўйишда тугунчалар ошқозон чўлтоғининг олдинги деворида жойлашиши, яъни ЎБИ қа қараганда унинг деворидан мустахкамроқ бўлиши лозим. Бу билан анастомознинг мустахкамлиги қўшимча тарзда ортади.

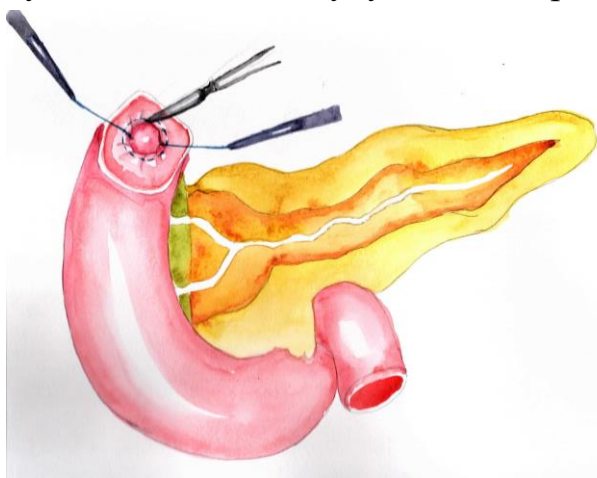
Ошқозоннинг олиб ташланадиган, дистал қисмидан ажратишда ЎБИ қа ичак чегарасидан 0,5-1,0 см юқориққа қисқич қўйилади. ЎБИ қа ён қирғоқларига тахминан ушловчи чоклар қўйилади. Бунда, ошқозонни ЎБИ дан ажратишда унинг орқа деворидан бошлаган маъқулроқ. Назогастродуоденал зонд орқали анастомоз шакллантирилгандан сўнг, операция столида ошқозон “тоза” сув чиққунча ювилади. Операциядан кейинги даврда ошқозоннинг

доимий декомпрессияси ўтказилади.

Бильрот-I бўйича МР бажариб бўлмайдиган вазиятларни эса сақлаш лозим. Буларга дуоденостаз, постбульбар яралар, 3-5 см масофадаги дуоденал стенознинг ЎБИ гигант ва пенертацияланувчи яралар бирга келиши киради. Бундай вазиятларда Бильрот-II бўйича МР амалга оширилади.

Бильрот-II бўйича МР да ўн икки бармоқ ичак чўлтоғини тикиш усулини ишлаб чиқдик ва тадбиқ этдик. Дуоденал чўлтоқни тикиш ва хирургнинг “қийин” ДЯ тўлиқ олиб ташлашга интилиши кўпинча ошқозон ширасининг фаоллашуви билан операциядан кейинги панкреатит ҳамда юқори ўлим билан ЎБИ чўлтоғи чокларининг носозлиги ривожланишига хавф туғдиради.

“Қийин” ДЯ да, унинг чўлтоғини тикишдан олдин, фақат яра қирғоқлари унинг тубигача субмукоз кесиб ташланади, сўнгра тўқима қирғоқлари шиллиқ-шиллик ости-мушакли бир қаторли тугунли чоклар билан мослаштирилади, яъни яра туби хазм трактининг ташқарисига чиқарилади (3-расм). Атрофдаги аъзоларга тегиб турувчи яра туби улардан ажратилмаган. Мукозэктомия операция техникасини бироз қийинлаштира-да, бироқ ажралма ажралувчи ошқозон ости бези ва ўт йўллариининг шикастланишини олдини олган. Экстрадуоденизация оғриқ импульсацияси ва кейинги асоратларнинг манбаси сифатида ярани йўқотиш имконини берган. ЎБИ чўлтоғини бекитиш учун иккита ярим кисетли чоклар қўйилган (4-расм).



3-расм. Яра қирғоқларининг унинг тубигача субмукоз кесиб ташланиши



4-расм. Ярим кисетли чокларни қўйиш

Игна ЎБИ девори қирғоғидан 0,1-0,2 см орқага чекиниб санчилиши, игна чиқарилиши эса ичак деворидан 0,5-0,7 см орқага чекиниб амалга оширилиши лозим. Бу ЎБИ деворини унинг шиллиқ қавати билан бирга ичкарига киритиш имконини беради. Чокларни тортишда игна санчилиши ва чиқарилиши орасидаги масофа ҳам 0,5-0,7 см тенг бўлиши керак. Бу билан ЎБИ чўлтоғи чокларининг мустахкамлиги таъминланади. Юзасига сероз-мушакли-шиллик ости тугунли чоклар қўйилади (5-расм). Операция чўлтоққа декомпрессион зонд киритиш билан яқунланади.



5-расм. Тугунли сероз-мушакли чокларнинг иккинчи қаторини қўйиш

Ишлаб чиқилган техник қабуллар “қийин” ДЯ да оператив амалиётнинг хавфсизлигини таъминлаган.

Тадқиқот гуруҳидаги беморларда хирургик тактика. Тадқиқот гуруҳида Бильрот-I бўйича МР модификациялари - 117 нафар (79,1%) беморларда бажарилган бўлиб, бу назорат гуруҳига нисбатан, 34,4% кўплигини кўрсатади. Бундай ҳолатлар жуда муҳим бўлиб, яъни дуоденал чўлтоқни шакллантириш заруратини, шу ердан ажралма чиқишини сезиларли камайтиради. Назорат гуруҳидан фарқли равишда, СДЎБ бирорта ҳолатида Бильрот-I бўйича модификацияларда МР амалга оширилмаган. Бунда назорат гуруҳидаги камчиликлар инобатга олинган эди. Барча беморларда операцияларнинг такомиллаштирилган усуллари ва техник қабулларидан фойдаланилган.

5-жадвал

Асосий гуруҳдаги беморларнинг амалга оширилган ошқозон резекцияси модификацияларига кўра тақсимланиши

Операция усуллари	Асосий гуруҳ			
	абс	%	абс	%
	Б-I бўйича МР		Б-II бўйича МР	
МР:	n – 148			
- Габерер	28	18,9	-	-
- Габерер-Финней	36	24,3	-	-
- Л.Г.Хачиев	53	35,8	-	-
- Гофмейстер-Финстерер	-	-	12	8,1
- Ру инвагин. анастом. билан	-	-	19	12,8
Жами: абс / %	117	79,1	31	20,9

Умуман олганда, назорат гуруҳидаги беморларда Бильрот-I бўйича модификациялардаги МР 51 нафар (44,7%) беморда, Бильрот-II бўйича эса 63 нафар (55,3%) беморда амалга оширилган. Шунингдек, тадқиқот гуруҳидаги беморларда Бильрот-I бўйича модификациялардаги МР 117 нафар (79,1%) беморда, Бильрот-II бўйича модификациялардаги МР – 31 нафар (20,9%)

беморда бажарилган. Яъни асосий гуруҳдаги Бильрот-I бўйича модификациялардаги МР сони 34,4% ошган (5-жадвал).

Шундай қилиб, ЎБИ “қийин” яраси бўлган беморларда ЎБИЯК режали хирургиясида Габерер бўйича ГДА билан МР бажариш - пиёзчали каллез ва ЎБИ олдинги деворининг гигант яраларида ўзини оқлаган. Агар МР дан сўнг ЎБИ пиёзчаси бошланғич қисми ён девори очик қолса, Габерер-Финней бўйича бўйлама ТЛА қўйилган, агар ЎБИ пиёзчаси бошланғич қисми олдинги девори очик қолса, у холда Л.Г.Хачиев бўйича кўндаланг ТЛА қўйилган. Иккала вазиятда ҳам термино-латерал анастомозларни қўйиш дуоденал ўтказувчанликнинг сурункали бузилиши йўқлигини билдирган, шунингдек, уларни қўллашда “қийин” ДЯ даги дуоденал чўлтоқни шакллантирмадик.

Олиб борилган ишнинг натижасида, тадқиқот гуруҳида Бильрот-I бўйича модификациялар 79,1% ҳолатларда бажарилган бўлиб, бу ЎБИ чўлтоғи чоклари носозлигининг хирургик профилактикасидаги чора-тадбирлардан бири бўлган. Бильрот-I бўйича модификацияларда МР амалга оширишнинг имкони бўлмаганда, Гофмейстер-Финстерер ёки Бальфур бўйича МР амалга оширилган. “Қийин” постбульбар ДЯ нинг СДЎБ билан бирга кечганда, Ру-Ибадов бўйича МР танлов операцияси хисобланган.

Диссертациянинг «**Хирургик даволашнинг яқин ва узоқ муддатли натижалари**» деб номланган тўртинчи боби 2 та кичик бобдан ташкил топган.

Яқин муддатли натижаларни клиник баҳолаш. Назорат гуруҳида (114 нафар) ошқозонда қилинган оператив амалиёти билан боғлиқ маҳаллий табиатга эга асоратлар 22 нафар (19,3%) беморда аниқланган. Шулардан ЎБИ чўлтоғи чокларининг носозлиги 10 нафар (8,8%) беморда, 5 (4,4%) ҳолатда ўлим билан яқунланган. 4 нафар (3,5%) беморда операциядан кейинги даврда посттравматик панкреатит панкреонекроз ривожланиши билан аниқланган, 2 (1,7%) ҳолатда ўлим билан яқунланган. 2 нафар (1,7%) беморда “қийин” ДЯ қайта ишлашда операция сезиларли даражада техник қийинчиликлар билан кечган (6-жадвал).

6-жадвал

Оператив амалиётлари билан боғлиқ бўлган асоратларнинг табиати ва сони

Операциядан кейинги асоратлар табиати	Беморларнинг гуруҳлари				
	Назорат (n-114)		Тадқиқот (n -148)		
Беморлар сони (n)	Абс	%	Абс	%	
Чоклар етишмовчилиги	10 (5)	8,8+2,65	2 (1)	1,3+0,9	
панкреатит (панкреонекроз)	4 (2)	3,5+1,7	-	-	
анастомозит	7	6,1+2,2	7	4,7+1,7	
ошқозон чўлтоғидан қон кетиши	-	-	1	0,9	
чамбар ичак чарвисидаги анастомознинг қисилиши	1	0,9	-	-	
Жами	абс	22 (7)	19,3	10(1)	6,7+2,1

Қавс ичида ўлим сони кўрсатилган.

Демак, “қийин” ДЯ бўлган беморларда хирургик тактикани қайта кўриб чиқиш ошқозонда қилинадиган оператив амалиёти билан боғлиқ операциядан кейинги асоратларни 19,3 дан 6,7%, яъни 12,6%, шунингдек, ўлим холатларини 6,1 дан 0,7%, яъни 5,4% қисқартиришга имкон берган.

Умумий табиатли асоратлар, назорат гуруҳида 12 нафар (10,5%) беморда қайд этилган. Бундан, ўпка-бронх асоратлари 6 нафар (5,3%) беморда (2 тасида - бронхопневмония ва 4 нафарида – сурункали бронхитнинг кўзғалиши) кузатилган. Барча беморларга антибиотикотерапия курси, нафас гимнастикаси, қониқарли якун билан вибромассаж ва физиотерапевтик муолажалар ўтказилган. Умуман олганда, тадқиқот гуруҳидаги беморларда умумий табиатли асоратларнинг сони 10,5 дан 5,4% камайган (5,1% пасайган).

Операциядан кейин “Қийин” ДЯ бўлган беморларда ошқозон секрецияси кўрсаткичларини таққослаш учун соғлом шахсларнинг ошқозон секрецияси кўрсаткичлари билан солиштирдик. Бунда, соғлом шахслардаги КБП ўртача кўрсаткичлари $3,9 \pm 0,8$ ммоль/соат, КМП – $18,4 \pm 0,9$ ммоль/соат, ПБП - $47,6 \pm 3,9$ ммоль/соат ва ПМП $94,5 \pm 10,1$ ммоль/соатни ташкил этган. Ўтказилган МР дан кейин 1 йилгача бўлган муддатларда беморларнинг ўртача кўрсаткичлари қуйидагиларни ташкил этган: КБП $-2,9 \pm 2,9$ ммоль/соат ва КМП $-7,8 \pm 3,5$ ммоль/соат; ПБП – $35,3 \pm 3,2$ ммоль/соат ва ПМП – $84,2 \pm 7,4$ ммоль/соат. “Клиника усули” бўйича МР бажарилган беморларда хлорид кислотаси ва пепсиннинг базал ва максимал продукциясининг ўртача кўрсаткичлари қуйидагича: КБП $-2,7 \pm 1,8$ ммоль/соат ва КМП $-6,9 \pm 3,7$ ммоль/соат; ПБП – $28,5 \pm 2,4$ ммоль/соат ва ПМП – $70,7 \pm 5,4$ ммоль/соат. Операциядан кейин яқин муддатлардаги ошқозон секретор функциясининг кўрсаткичлари иккала гуруҳларда операциядан олдинги кўрсаткичларга нисбатан, асосан, 2 баробаргача пасайган. Шундай қилиб, ошқозон секрециясининг дастлабки кўрсаткичларига солиштирилганда, назорат гуруҳидаги беморларда хлорид кислотасининг базал продукцияси 77,0%, максимал продукцияси эса - 73,4% камайган. Шу билан бирга, пепсиннинг базал продукцияси 60,7%, максимал продукцияси эса - 56,2% камайган. Тадқиқот гуруҳидаги беморларда яқин муддатлардаги КБП 78,6%, максимал продукцияси эса 76,5% камайган. Шу билан бирга, ПБП 68,3%, ПМП эса - 63,3% камайган. Яъни, “қийин” ДЯ бўлган операция қилинган беморларда назорат ва тадқиқот гуруҳларида ошқозон секрецияси кўрсаткичларининг ишончли пасайиши кузатилган.

Шундай қилиб, салбий оқибатларнинг сабабларини тахлил қилиш ва касаллик клиник кечишининг типологик хусусиятларини инобатга олган холда хирургик тактикани қайта кўриб чиқиш, операцияларнинг такомиллаштирилган усуллари ва техник қабулларидан фойдаланиш ошқозонда қилинадиган оператив амалиётлар билан боғлиқ операциядан кейинги асоратларни - 12,6% (с 19,3 дан 6,7%), шунингдек, операциядан кейинги ўлимни 5,4% (с 6,1 до 0,7%) камайтиришга имкон берди.

«Узоқ муддатли натижаларни клиник баҳолаш». «Қийин» ДЯ да ЎБИЯК ни хирургик даволашнинг узоқ муддатли натижаларини 227 нафар (86,6%)

беморда кузатиш имконига эга бўлди. Баҳолаш Visik A.A. умум қабул қилинган тасниф асосида ўтказилди.

Аъло ва яхши узоқ муддатли натижалар назорат гуруҳида 65 нафар (70,7%) беморда, холбуки асосий гуруҳда – 115 нафар (85,2%) беморда кузатилган.

Назорат гуруҳида қониқарли натижалар 19 нафар (20,6%) беморда аниқланган. Зеро, асосий гуруҳда қониқарли натижалар 16 нафар (11,6%) беморда қайд этилган. Назорат гуруҳидаги қониқарли натижаларга 13 нафар беморда демпинг синдромининг енгил даражаси (10 нафар) ва ўрта оғир даражаси (3нафар) сабаб бўлган. 4 нафар беморда ДГР атрофик гастрит белгилари билан намоён бўлган ва 2 нафар беморда ўрта оғирликдаги диарея кузатилган. Беморлар мавсумий равишда даволовчи шифокордан маслаҳат олганлар ва амбулатор даволанганлар. Асосий гуруҳдаги 11 нафар беморда ДГР аниқланган бўлиб, бу қайта консерватив даво ўтказишга сабаб бўлган. 5 нафар беморда анастомозит қайд этилган. Санаб ўтилган белгилар бемор ҳаётига жиддий хавф солмаган.

Хирургик натижаларнинг қониқарсиз натижалари назорат гуруҳида 8 (8,7%) ҳолатда аниқланган. Асосий гуруҳда – Бильрот-I бўйича МР дан кейин - 4 (3,0%) ҳолатда қайд этилган. Қониқарсиз натижаларга яраларнинг қўзғалиши ва пептик яралар сабаб бўлган. Барча беморларга ошқозон резекцияси амалга оширилган.

Шундай қилиб, салбий оқибатларнинг сабабларини таҳлил қилиш ва касаллик клиник кечишининг типологик хусусиятларини инобатга олган ҳолда хирургик тактикани қайта кўриб чиқиш, операцияларнинг такомиллаштирилган усуллари ва техник қабулларида фойдаланиш “қийин” ДЯ даги хирургик даволаш натижаларини яхшилаш ҳамда керакли мақсадга эришиш имконини берган. Шундан, ошқозонда қилинган оператив амалиёти билан боғлиқ операциядан кейинги асоратларнинг сони 12,6% (19,3 дан 6,7%), операциядан кейинги ўлим 5,4% (6,1 дан 0,7%) камайган. Асосий гуруҳда умумий табиатдаги асоратлар 10,5 дан 5,4% (5,1% пасайиши) камайган. Бунда, кечки муддатлардаги аъло ва яхши натижалар 14,5% (70,7 дан 85,2%) яхшиланган, қониқарли натижалар 9% (20,6 дан 11,6%) ва қониқарсиз натижалар 5,7% (8,7 дан 3%) пасайган.

ХУЛОСА

1. «Қийин» ДЯ да бир қатор типологик хусусиятлар мавжуд: эркактларнинг аёлларга нисбати 3:1 дан 10:1 ортади; 81,2% ҳолатда яра анамнезининг давомийлиги – 11-15 йилни ташкил этган (назорат гуруҳида 80,9% - 5 йил), 84% ҳолатда касалликнинг йилига 2-4 марта қўзғалиши кузатилган (қиёсий гуруҳда – 19,1%), 62,6% ҳолатда оғриқ синдроми овқат қабули билан боғлиқ бўлмаган (қиёсий гуруҳда – 9,6%); диспептик бузилишлар кучли бўлиб, 71,8% ҳолатда тана вазнининг етишмаслиги 5-20 кг ташкил этган (қиёсий гуруҳда - 37,2%).

2. “Қийин” ДЯ режали хирургиясида такомиллаштирилган усуллар ва техник қабуллар 79,1% ҳолатларда Бильрот-I бўйича модификацияларда ОР бажариш имконини берган, бу эса ЎБИ чўлтоғини тикиш заруратини истисно этган, чоклар носозлиги хирургик профилактикасининг чораси ҳисобланади.

3. ЎБИ юқори горизонтал қисмини сақлаб қолишда кўндаланг (Габерер-Финней бўйича), бошқа вазиятларда эса – бўйлама (Л.Г.Хачиев бўйича) анастомоз қўйиш афзалроқдир. Бильрот-I бўйича МР амалга оширишнинг имкони бўлмаса, Гофмейстер-Финстерер ёки Бальфур бўйича МР бажарилади, ПЎСБ билан бирга кечганда эса Ру-Ибадов бўйича МР танлов операцияси ҳисобланади.

4. “Қийин” ДЯ хирургик даволашга янги ёндашувларни жорий этиш ошқозонда қилинадиган операциялар учун хос операциядан кейинги асоратларни 19,3 дан 6,7%, операциядан кейинги ўлимни 6,1 дан 0,7% ва умумий табиатга эга асоратларни - 10,5 дан 5,4% камайтириш имконини берган. Узоқ муддатлардаги аъло ва яхши натижалар 70,7 дан 85,2% яхшиланган, қониқарли натижалар 20,6 дан 11,6% ва қониқарсиз натижалар – 8,7 дан 3% пасайган.

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

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ЭГАМОВ САРВАРБЕК ШАВКАТОВИЧ

**«ТРУДНЫЕ» ЯЗВЫ В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

14.00.27 – Хирургия

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

АНДИЖАН - 2023

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №B2021.3.PhD/Tib2166

Диссертация выполнена в Андижанском государственном медицинском институте.

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

Научный руководитель:

Ботиров Акрам Кодиралиевич
доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты:

Ходжиматов Гуломиддин Минходжиевич
доктор медицинских наук, профессор

Саттаров Ойбек Тохирович
доктор медицинских наук, доцент

Ведущая организация:

Бухарский государственный медицинский институт

Защита диссертации состоится «___» _____ 2023 г. в ___ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 по присуждению ученых степеней при Андижанском государственном медицинском институте (Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю.Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

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

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2023 года.

(реестр протокола рассылки №___ от _____ 2023 года).

М.М. Мадазимов

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

Х.Т. Мусашайхов

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

Б.Р. Абдуллажанов

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) продолжает и по сей день оставаться актуальной проблемой хирургической гастроэнтерологии. На протяжении 20 века и по настоящее время неоднократно пересматривались тактика хирургов и отношение к вопросам ее патогенеза. Свидетельством этого является тот факт, что данная проблема по сей день не сходит со страниц, периодической печати, значительно возрос выпуск монографий, ей посвящаются съезды, симпозиумы и конференции. Несмотря на достигнутые успехи, в плановой хирургии ЯБ резекция желудка (РЖ), по данным статистики различных лет, сопровождается довольно высокой летальностью – 4-6% что, при прободной язве – 3,5-8%, при кровоточащих язвах - 15-34%, при пилородуоденальном стенозе (ПДС) - 6-19%, при пенетрирующих язвах – 8-15%. Кроме того, у них развиваются постгастрорезекционные расстройства, которые в 10-40% случаев обуславливают инвалидность: - в первый год - у 20-30% оперированных и у 10-15%, в более поздние сроки¹. В связи с чем, проблема совершенствования тактических аспектов лечения язвенной болезни затрагивает все основные направления, связанные также с оптимизацией открытых радикальных вмешательств.

В мировой практике проводится целый ряд целевых научных исследований, направленных на изучение патогномичных особенностей состояния кислотопродуцирующей и моторно-эвакуаторной функции желудка, молекулярных и генетических аспектов заболевания, в зависимости от влияния и взаимосвязи эндогенных и экзогенных факторов, среди которых особо актуальным является исследование роли динамического равновесия механизмов защиты слизистой оболочки при осложненных формах язвенной болезни. Особый интерес вызывают вопросы прогнозирования геморрагических и перфоративных осложнений рецидивирующих пептических язв, в том числе проводится ряд рандомизированных клинических исследований по оценке эффективности рекомендованных балльных систем и совершенствованию системных подходов комплексной верификации степени тяжести патологического процесса и злокачественной трансформации язв желудка.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения проводится множество мер, направленных на улучшение результатов лечения больных ЯБДПК за счет внедрения передовых технологий профилактики, консервативного и хирургического лечения. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг². Реализация данных задач, в том

¹ Lin N, Smiley A, Goud M, Lin C, Latifi R. Risk factors of mortality in patients hospitalized with chronic duodenal ulcers. Am Surg. 2022;88(4):764-769. doi:10.1177/00031348211054074

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

числе, оптимизация хирургической тактики при «трудных» дуоденальных язвах, является одним из актуальных направлений хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и медицины ввиду высокой клинической значимости этой патологии.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 17 декабря 2018 года, Постановлениями Президента Республики Узбекистан «О мерах по трансформации хирургической службы, повышению качества и расширению масштаба хирургических операций в регионах» за №ПП-5254 от 4 октября 2021 года и «О мерах по дальнейшему повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению» за № ПП-5198 от 26 июля 2021 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

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

Степень изученности проблемы. К настоящему времени в хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки во всем мире и в частности, в Узбекистане, накоплен значительный опыт, хотя неоднократно пересматривались вопросы этиопатогенеза, диагностики, выбор того или иного способа оперативного вмешательства и хирургическая тактика. В результате, при ЯБДПК разработаны и прошли клиническую апробацию множество методик и технических приемов, которые нету при любом другом заболевании человека (Циммерман Я.С., 2018; Хаджибаев А.М., 2020; Шептулин А.А.,2020; Guo H., 2021). Однако, изучение периодической литературы последних десятилетий показало, что исследователи не уделяют должного внимания «трудным» ДЯ. В научно-практических работах отечественных и зарубежных хирургов имеются сообщения о сложностях при выполнении операций по поводу гигантских, постбульбарных, пенетрирующих и каллезных язвах ДПК. При этом, авторы отмечают высокую частоту послеоперационных осложнений и летальности, что обусловлено наличием «трудноудаляемой» ДЯ и формированием «трудной» культи ДПК во время выполнения РЖ (Калиш Ю.И., 2009; Крылов Н.Н.,2017; Abbass A, 2020).

На сегодняшний день основным оперативным вмешательством в плановой хирургии ЯБДПК являются РЖ в различных модификациях (в 70-80% случаев выполняется РЖ по Бильрот-II) (Cirocchi R et al., 2019, С.М. Liang et al. 2019). И, несомненно правы хирурги, которые считают несостоятельность культи ДПК «ахилесовой пятой» резекции желудка по Бильрот-II. Ее значение возрастает, если учесть тот факт, что при «трудноудаляемых» ДЯ предпочтение отдается РЖ по Бильрот-II с формированием культи ДПК с оставлением язвы (Афендулов С.А., 2016; Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш. и др.,

2018). Само это обстоятельство может являться причиной продолжающихся болевых ощущений и возникновения кровотечения. Нередко, стремясь полностью иссечь ДЯ хирурги повреждают поджелудочную железу, а также большой дуоденальный сосочек (БДС) и желчевыводящие протоки. К тому же сам факт формирования культи ДПК таит в себе угрозу возникновения ее несостоятельности, что является основной причиной послеоперационной летальности.

Анализ литературы показал, что неудовлетворенность результатами хирургического лечения, в основном, обусловлен оперативными вмешательствами при «трудноудаляемых» язвах ДПК, на что должного внимания не уделено. Это связано рядом причин: отсутствием единого конкретизированного понятия о «трудных» ДЯ; сложностями их диагностики, а также самого оперативного вмешательства; отсутствием данных касательно особенностей их клинического течения и единых подходов в определении хирургической тактики. Данную ситуацию возможно исправить, конкретизировав само понятие «трудные» ДЯ, установив типологические особенности клинического течения и функционального состояния желудка, а также дальнейшим совершенствованием методик и технических приемов операций. Все это позволит оптимизировать хирургическую тактику и расширить показания к РЖ по Бильрот-1, что в свою очередь является одной из важнейших мер хирургической профилактики несостоятельности швов дуоденальной культи. Решению этих задач посвящена данная диссертационная работа.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Андижанского государственного медицинского института.

Цель исследования является улучшение результатов хирургического лечения язвенной болезни при «трудных» дуоденальных язвах, путем определения типологических особенностей клинического течения и функционального состояния желудка, а также совершенствованием методик и технических приемов операций.

Задачи исследования:

конкретизировать контингент с «трудными» ДЯ и определить типологические особенности клинического течения, а также секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка по сравнению с неосложнённым течением язвенной болезни;

провести ретроспективный анализ непосредственных результатов хирургического лечения при «трудных» ДЯ и установить причины послеоперационных осложнений и летальности, а также неудовлетворительных результатов при «традиционных» подходах к лечению;

при «трудных» ДЯ оптимизировать хирургическую тактику и усовершенствовать методики и технические приемы операций;

провести сравнительную оценку ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения у больных с «трудными» ДЯ при оптимизированной хирургической тактике и «традиционных» подходах к лечению.

Объектом исследования явились 262 больные, перенесшие резекционные вмешательства по поводу «трудных» ДЯ в 3 хирургическом отделении Клиники Андижанского государственного медицинского института за период с 2001 по 2020 годы.

Предмет исследования составляет оценка эффективности результатов хирургического лечения при «трудных» дуоденальных язвах основанный на оптимизации хирургической тактики, с учетом некоторых типологических особенностей течения заболевания, усовершенствованных способов и технических приемов резекции желудка и ушивания культи двенадцатиперстной кишки, а также внесением корректив в период предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

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

Научная новизна исследования заключается в следующем:

дана характеристика и конкретизированы контингент больных с «трудными» ДЯ и определены типологические особенности клинического течения при данной патологии;

определены особенности функциональных параметров желудка (секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка) при «трудных» ДЯ;

усовершенствованы методики и технические приёмы операций на желудке – способ «безжомного» формирования культи желудка при ее резекции и способ ушивания культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка, с обоснованием их эффективности;

доказано, что учёт типологических особенностей клинического течения и функционального состояния желудка с использованием усовершенствованных методик и технических приемов операций позволяет оптимизировать хирургическую тактику и улучшить результаты хирургического лечения при «трудных» ДЯ.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

определено, что учёт клинических вариантов и особенностей клинического течения, а также функционального состояния желудка и топографо-анатомических изменений в зоне операции позволяют внести коррективы в хирургическую тактику лечения пациентов с «трудными» ДЯ;

определено, что предложенный способ «безжомного» формирования культи желудка при ее резекции позволяет сохранить физиологичность повышая возможность формирования анастомоза по Бильрот-I, уменьшить травматичность операции, а также снизить число осложнений;

определено, что предложенный способ ушивания культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка позволяет снизить частоту

развития специфических осложнений, сократить сроки лечения и снизить риск травмы головки поджелудочной железы и желчных протоков;

обоснована выполнения РЖ по Гофмейстер-Финстереру или Бальфур при отсутствии возможности выполнения РЖ по Бильрот-I, а при сочетании с ХНДП – РЖ по Ру-Ибадову с применением усовершенствованных методик и технических приемов при «трудных» ДЯ;

доказано, что применение предложенных тактико-технических аспектов хирургического лечение “трудных” ДЯ позволяет снизить частоту развития послеоперационных осложнений, а также увеличить долю отличных и хороших результатов отдаленного периода.

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

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования имеют свою теоретическую значимость, вносят существенный вклад в расширение существующих представлений о «трудных» ДЯ за счет определения типологических особенностей заболевания, а также разработки и внедрения усовершенствованных методик и технических приемов операций и внесения корректив в предоперационную подготовку, и послеоперационное ведение, позволяющие снизить частоту послеоперационных осложнений, летальность и улучшить отдаленные результаты хирургического лечения.

Практическая ценность работы заключается в том, что проведенные исследования позволили оптимизировать хирургическую тактику при «трудных» дуоденальных язвах основанной на учете некоторых типологических особенностей клинического течения, использования усовершенствованных методик и технических приемов резекции желудка и ушивания культи двенадцатиперстной кишки, а также внесением корректив в предоперационную подготовку и послеоперационное ведение, которая позволила уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальность.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению результатов хирургического лечения ЯБДПК с «трудными» ДЯ:

разработаны методические рекомендации “Усовершенствованные методики операций при «трудных» язвах двенадцатиперстной кишки” (справка Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №08-31323 от 11 октября 2022 года). Предложенные методические рекомендации позволили улучшить результаты лечения за счет сокращения частоты несостоятельности швов культи ДПК и соответственно, летальности.

полученные научные результаты внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в отделения хирургии Клиники Андижанского

государственного института и городской больницы города Андижана (справка Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №08-31323 от 11 октября 2022 года). Результаты внедрения позволили снизить показатели послеоперационных осложнений и летальности, а также улучшить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения «трудных» язв двенадцатиперстной кишки.

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

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, в том числе 4 журнальных статей, 2 из которых в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций.

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

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ.

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

В первой главе диссертации «**Современное состояние вопроса хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки при «трудной» дуоденальной язве**» представлен обзор литературы, раскрывающий суть проблемы, где дается краткая историческая справка, рассматриваются вопросы эпидемиологии, медико-социальной значимости проблемы, современные представления об этиологии и патогенезе, патофизиологические механизмы и осложнения язвенной болезни 12-перстной кишки. Также состояние проблемы хирургического лечения при «трудных» дуоденальных язвах, современные методы диагностики и лечения, а также актуальные вопросы профилактики жизнеугрожающих осложнений у больных с данной патологией.

Во второй главе диссертации «**Клиническая характеристика и методы исследования**» даны сведения по основным направлениям исследования.

За период с 2001 по 2020 годы на базе кафедры хирургических болезней и урологии АндГосМИ по поводу ЯБДПК оперированы 1567 больных. При этом «трудные» ДЯ диагностированы у 494 (31,5%) пациентов. Из них в

плановом порядке оперированы 364 (73,7%) пациентов и в экстренном - 130 (26,3%). Из 364 больных с «трудными ДЯ 102-м выполнены ваготомии с ДЖО. В связи с тем, что хирургическая тактика у оперированных в плановом и экстренном порядке различная, больные оперированные в экстренном порядке, научному анализу не подлежали. Предметом настоящего исследования явились 262 больных с «трудными» ДЯ оперированные в плановом порядке.

Для определения типологических особенностей клинического течения, а также секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка нами проведен научный анализ при «трудных» ДЯ (262) по сравнению язвенной болезнью ДПК с неосложненным течением заболевания (94), т.е. при отсутствии «трудных» ДЯ.

Для упрощения изложения материала мы условно выделили 2 группы:

- с «трудными» ДЯ – основная группа (262 больных);
- с неосложненным течением ЯБ – группа сравнения (94 больных).

В группе сравнения ЯБ диагностирована- у мужчин в 71 (75,5%) случаев, а у женщин - в 23 (24,5%), с соотношением 3:1. Тогда как в основной группе - у мужчин в 238 (90,8%) случаев, а у женщин лишь - в 24 (9,2%), с соотношением 10:1. То есть при «трудных» ДЯ заболеваемость у лиц мужского пола существенно превалирует над лицами женского пола.

Как видно из таблицы 1, ЯБ в группе сравнения диагностирована, в основном в возрасте 19-44 лет – 88 (91,5%), т.е. в юношеском и молодом возрасте. Тогда как в основной группе, в возрасте 19-59 (89,0%), то есть в молодом и зрелом возрасте (табл.1).

Таблица 1

Распределение больных ЯБДПК сравниваемых групп по возрасту

Возраст (в годах)	Неосложненное течение ЯБ (n - 94)		«трудные» ДЯ (n - 262)		Chi ²	P
	абс	%	абс	%		
15-19	33	35,1	39	14,9	76	0,3
20-44	53	56,4	115	43,9	198	<0.05
45-59	6	6,4	92	35,1	129	<0.05
60и старше	2	2,1	16	6,1	33	<0.05
Всего	94	100,0	262	100,0	x	x

Следует отметить, что «трудные» ДЯ могут диагностироваться и в возрасте до 19 лет, т.е. в юношеском возрасте -39 (14,9%). Это еще раз подтверждает тот факт, что «трудность» язвы определяется её локализацией, характером осложнений и степенью её активности, т.е. наличием широкой зоны периаульцерозной воспалительной инфильтрации.

Как видно из таблицы 2, в группе сравнения основной контингент составили пациенты с длительностью язвенного анамнеза до 6 лет – 76 (80,9%), тогда как в исследуемой, длительность язвенного анамнеза составило 11-15 лет - 213 (81,2%) пациентов. Следует отметить, что в исследуемой

группе длительность язвенного анамнеза 16 лет и более диагностировано у 36 (13,9%) пациентов, тогда как в группе сравнения такая длительность язвенного анамнеза не установлена (табл.2).

Таблица 2

Распределение больных ЯБДПК по длительности язвенного анамнеза

Длительность язвенного анамнеза (в годах)	Группы:					
	Неосложненное течение ЯБ (n - 94)		«трудные» ДЯ (n - 262)		Chi ²	P
	абс	%	абс	%		
до 6 лет	76	80,9	13	5,0	133	<0.05
6 – 10	15	15,9	118	45,0	161	<0.05
11 – 15	3	3,2	95	36,2	124	<0.05
16 – 20	-	-	24	9,2	x	x
21 и более	-	-	12	4,6	x	x
Всего	94	100	151	100	x	x

В группе сравнения установлен относительно короткий язвенный анамнез, сохранялась сезонность и периодичность проявлений болезни; симптомокомплекс заболевания легко поддавался противоязвенному лечению и отмечалась стойкая ремиссия после проведенного курса лечения. В исследуемой группе болезнь имела частое и непрерывно-рецидивирующее течение, нередко диагностирован «гиперсекреторный» синдром, а также стойкий и выраженный болевой синдром, а также более 6 месяцев не поддавалась комплексному противоязвенному лечению при каждом обострении.

При неосложненной ЯБДПК течение болезни было значительно благоприятным. При «трудных» ДЯ клиническая картина проявлялись значительно выраженными агрессивным течением заболевания. В группе сравнения обострение болезни отмечалось 1 раз в 2-5 лет в 79 (80,9%) случаев, тогда как в основной – лишь в 6 (2,4%). Обострение 2-4 раза в год в группе сравнения отмечены лишь в 7,4% случаев, тогда как в основной – у 215 (82%).

В группе сравнения установлено локализация болей в эпигастральной области и другой локализации (с иррадиацией в поясницу) в группе сравнения отмечена лишь в 21 (22,4%) случае, тогда как в основной – в 96 (36,7%). Характер болевого синдрома был связан с приемом пищи в 85 (90,4%) случаев и не связан с приемом пищи - у 9 (9,6%) пациентов. В отличие от этого, в основной группе характер болевого синдрома был связан с приемом пищи лишь в 38 (14,5%) случаев и не связан - в 224.

Для определения особенностей секреторной функции желудка нами проведено исследование и сопоставление показателей желудочного сока у больных с «трудными» ДЯ и у больных с неосложненным течением ЯБДПК. Для клинической оценки полученных результатов его показатели исследованы у 50 здоровых лиц, у которых БПК составила - 3,9±0,8 ммоль/час, а МПК - 18,4±0,9 ммоль/час. При этом, средние показатели БПК у пациентов группы

сравнения оказались - $7,9 \pm 0,7$ ммоль/час, а в основной группе - $12,6 \pm 1,2$ ммоль/час (Достоверность не менее $p < 0,05$). Итак, в основной группе показатели БПК превышали аналогичные показатели у здоровых лиц в 3,2 раза, а по отношению к группе сравнения - в 1,5 раза.

Исследованием пепсина в составе желудочного сока установлено, что БПП у здоровых лиц в среднем оказалось $47,6 \pm 3,9$ мг/%, а МПП - $94,5 \pm 10,1$ мг/%. В основной группе показатели базальной и максимальной продукции пепсина оказались $89,9 \pm 8,4$ мг/% и $192,4 \pm 17,3$ мг/%, соответственно. При этом, средние показатели БПП в группе сравнения оказалась $68,7 \pm 7,2$ мг/%, а МПП - $166,3 \pm 15,3$ мг/%.

Наши исследования показали, что базальная и максимальная продукция пепсина у здоровых лиц, у группы сравнения и основной группах сохраняют аналогичную тенденцию. Однако, следует отметить, что эти данные среднестатистические. На их фоне встречались больные с нормо- и гипоацидностью показателей желудочного сока, требующие индивидуального подхода к выбору метода операции. Очевидно, что необходимо учитывать эти обстоятельства, иначе это может привести к неправильному выбору метода операции и дискредитации метода.

Для определения особенностей функционального состояния желудка (моторно-эвакуаторной функции желудка) нами проведено исследование и сопоставление по данным рентгенологического исследования. Так у здоровых лиц (50) эвакуация из желудка имела порционно-ритмический характер. У подавляющего большинства желудок имел крючкообразную форму. Овальный газовый пузырь, не утолщенные продольные складки слизистой, отчетливая, но усиленная перистальтика. При рентгенологическом исследовании пациентов группы сравнения (60 больных) по сравнению со здоровыми лицами эвакуация заканчивалась через 1 - 1,5 часа, т.е. эвакуаторная функция желудка была умеренно ускоренной. При этом, отличительными были выраженный отек слизистой и умеренная деформация слизистой луковицы ДПК. У пациентов основной группы (132) МЭФЖ зависела в основном от степени ПДС. Симптом «ниши» у подавляющего большинства больных определялся четко. Функциональные нарушения были еще более выраженными и стойкими, что было взаимосвязано с длительностью заболевания.

Наряду с рентгенологическими исследованиями нами проведена НРГГ. При этом, больные с «трудными» ДЯ с ПДС анализу не подлежали. Полученные данные показали ускорение МЭФЖ в группе сравнения по отношению к здоровым лицам. Вместе с тем в основной группе ускорение МЭФЖ еще более выражена. В целом, по сравнению с неосложненным течением язвенной болезни при «трудных» ДЯ наблюдаются изменения, свидетельствующие об активизации моторной деятельности желудка.

При «трудных» ДЯ установив особенности клинического течения и функционального состояния желудка, основную группу (262 больных) мы условно разделили на две группы, что было связано с различиями в тактико-

технических подходах к лечению. Распределение исследуемой категории пациентов на группы:

- контрольная группа - с 2001 по 2010 годы - 114 (43,5%) пациентов;
- исследуемая группа - с 2011 по 2020 годы - 148 (56,5%) пациентов.

В контрольной группе ЯБДПК сочеталась с пенетрацией в окружающие органы у 43 (37,7%) пациентов, различной степенью пилородуоденального стеноза – у 39 (34,2%), а также пенетрацией с различной степенью ПДС - у 32 (28,1%) пациентов. В контрольной группе пациенты ранее перенесли ушивание ПДЯ в 8 случаев, прошивание кровотокающего сосуда на дне язвы – в 5 случаев и ХНДП диагностировано в 15 случаев.

В исследуемой группе ЯБДПК сочеталась с пенетрацией диагностировано у 45 (30,4%) пациентов), различной степени ПДС – у 52 (35,1%) и сочетание пенетрации с различной степени ПДС у 51 (34,5%) пациента. Следует отметить, что в исследуемой группе в 26 случаев пациенты в анамнезе перенесли ушивание перфоративной ДЯ, в 17 – в анамнезе ушивание кровотокающего сосуда на дне язвы и в 10 случаев диагностировано сочетание ЯБДПК с ХНДП.

У пациентов с «трудными» ДЯ сопутствующие терапевтические патологии диагностированы у 83 (31,7%) пациентов. Из них заболевания сердечно-сосудистой системы – 20 (7,6%), органов дыхания – 17 (6,5%), а также терапевтическая патология печени, желчных путей – 16 (6,1%) и почек с мочевыми путями – 22 (8,4%). В том числе, в 4 (1,5%) случаев нами диагностирована патология поджелудочной железы и в 4 (1,5%) – заболевания кишечника в виде спастического колита. У больных с «трудными» ДЯ в 10,7% случаях диагностирована сочетанная хирургическая патология (табл.4).

Таблица 4.

Характер и частота терапевтической патологии в сравниваемых группах.

Характер сопутствующей терапевтической патологии	Группы больных					Всего	
	Контрольная		р	исследуемая		абс	%
	количество больных:			количество больных:			
	n - 114	%		n - 148	%	n – 262	
сердечно-сосудистая система	7	35%	0,0882	13	65%	20	7,6
органы дыхания	8	47%	0,7316	9	53%	17	6,5
печень, желчные пути	6	38%	0,1923	10	63%	16	6,1
поджелудочная железа	2	50%	1	2	50%	4	8,4
почки, мочевые пути	12	55%	0,5178	10	45%	22	1,5
кишечник	2	50%	1	2	50%	4	
Всего:	37	45%		46	55%	83	31,7

При плановых оперативных вмешательствах желчнокаменная болезнь

нами диагностирована у 9 (3,4%) пациентов, вентральные грыжи у 14 (5,3%) и эхинококкоз печени у 5 (1,9%) пациентов.

Третья глава «Хирургическая тактика у пациентов с «трудными» язвами двенадцатиперстной кишки» состоит из 3 подглав.

Хирургическая тактика у пациентов контрольной группы. Контрольную группу составили 114 пациентов с «трудными» ДЯ, поступившие в клинику в плановом порядке за период с 2001 по 2010 годы. В контрольной группе установлены наличие осложнений в виде пенетрации у 43 (37,7%) пациентов. Пенетрация ДЯ в поджелудочную железу (30) сочеталась с гигантскими и/или каллезными язвами у 26 пациентов и с «зеркальными» язвами у 4. Всем этим пациентам произведены РЖ по Бильрот-11. Пенетрация ДЯ в печеночно-двенадцатиперстную связку (9) сочеталась с гигантскими и/или каллезными язвами у 3 пациентов, с «зеркальными» язвами у 5 пациентов и седловидной - у 1 пациента. К тому же 2 пациента ранее перенесли прошивание кровотока на дне язвы и у 4 диагностировано ХНДП. Из них РЖ в модификациях Бильрот-1 выполнено 3 пациентам и РЖ в модификациях Бильрот-11 у 6 пациентов. Пенетрация ДЯ в желчный пузырь сочеталась с гигантскими и/или каллезными язвами у 3 и с седловидной язвой у 1 пациента. При этом у 3 пациентов выполнены РЖ по Бильрот-1 и у 6 - по Бильрот-11.

В целом, у пациентов контрольной группы РЖ в модификациях по Бильрот-1 выполнены у 51 (44,7%) пациентов, а РЖ в модификациях по Бильрот-11 у 63 (55,3%) пациентов (табл.4).

Таблица 4

Распределение пациентов в зависимости от способов резекции желудка.

Методы операций	контрольная группа			
	абс	%	абс	%
	РЖ по Б-I		РЖ по Б-II	
РЖ по:	n – 114			
- Габерер	22	19,3	-	-
- Габерер-Финнею	14	12,3	-	-
- Л.Г. Хачиеву	15	13,1	-	-
- Гофмейстер-Финстереру	-	-	20	17,5
- Бальфуру	-	-	28	24,6
- Ру-Ибадову	-	-	15	13,2
Итого: абс / %	51	44,7	63	55,3

Проведенный нами ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов контрольной группы показал, что нами допущены ряд тактических и технических упущений.

Анализ причин неудовлетворительных результатов и накопление опыта хирургического лечения данного контингента позволил нам с 2011 года пересмотреть хирургическую тактику.

Усовершенствованные методики и технические приемы операций.

Способ «безжомного» формирования культи желудка при ее резекции.

Мобилизацию желудка начинаем с большой кривизны, оставляя 2/3 для будущей культи. Мобилизация производится строго пристеночно с

пересечением только терминальных боковых ветвей правой желудочно-сальниковой артерии, тем самым, сохраняя целостность основного ствола. Со стороны большой кривизны накладываем зажим лишь на удаляемую часть желудка перпендикулярно оси желудка протяженностью до 5-6 см, т.е. в 2 раза больше просвета будущего соустья (рис. 1).

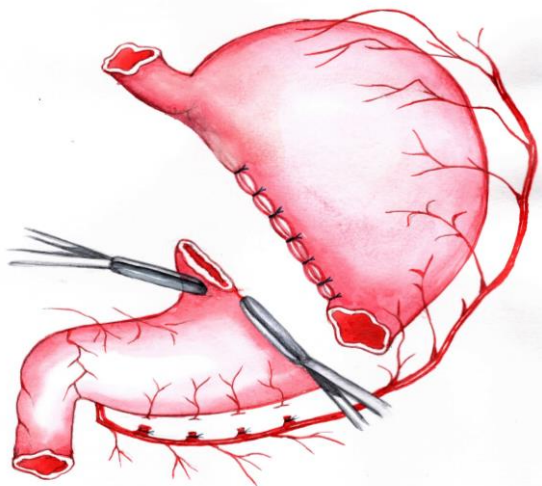


Рис. 1. Схема денервации и деваскуляризации культи желудка

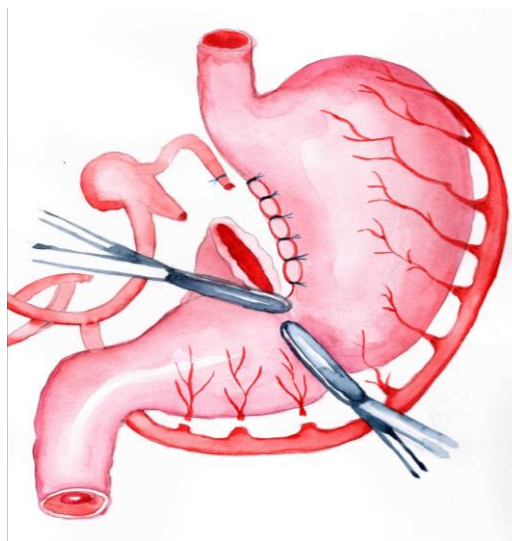


Рис. 2. Вид культи желудка после ее безжонного формирования

Со стороны малой кривизны желудка отступя 2-4 см от кардии производим лигирование и пересечение нисходящей ветви левой желудочной артерии. Затем лишь со стороны сальниковой сумки накладываем зажим захватывая его вместе с сосудами и блуждающими нервами, над которым поэтапно производим иссечение малой кривизны желудка (90% обкладочных клеток, продуцирующих соляную кислоту, находится на малой кривизне) и накладываем узловые швы викрилом до кончика инструмента, наложенного со стороны большой кривизны желудка. Перитонизация малой кривизны производится «П»-образными швами капроном. Далее со стороны большой кривизны накладываем зажим лишь на удаляемую часть желудка перпендикулярно его оси протяженностью до 5-6 см и производим рассечение серозной оболочки с наложением слизисто подслизисто мышечных «гофрирующих» однорядных швов викрилом. В результате, диаметр отверстия культи желудка уменьшается от 6-7 см до 3,0 см, что будет соответствовать диаметру начальной части ДПК. Затем резецируем дистальную часть желудка с частью малого сальника (рис.2). До закрытия передней губы анастомоза обязательно оставляем декомпрессионный зонд. Производим мобилизацию дистальной части желудка, подлежащего удалению с пересечением правой желудочной артерии.

В дальнейшем производится мобилизация дистальной части желудка, подлежащего удалению. Затем на заднюю стенку начальной части ДПК предварительно накладываем первый ряд швов. При наложении швов на заднюю губу анастомоза вкол иглы должен производиться отступя 0,8-1,0 см

от края желудка, а в ДПК вкол и выкол иглы должно быть до 0,5-0,6 см от края кишки. Расстояние между швами в желудке должен быть 0,6-0,8 см, а в ДПК 0,5-0,6 см. Затем резецируется дистальная часть желудка вместе с язвой и накладывается второй ряд швов викрилом, количеством 4-5. До закрытия передней губы анастомоза обязательно оставляем декомпрессионный зонд. Затем формируем переднюю губу анастомоза.

При наложении швов на переднюю губу анастомоза по обеим сторонам необходимо наложить «П» - образные швы – «замки» основанием кнутри анастомоза, что технически облегчает сопоставление сшиваемых краев и выдерживают основную нагрузку, приходящую на область анастомоза, которая также является одной из мер в профилактике несостоятельности их швов. Передняя губа анастомоза ушивается однорядными, вворачивающимся швами с захватом серозно-мышечно-подслизистого слоя, начиная со стороны малой кривизны. Вкол начинается отступя 0,5-0,6 см от края культи желудка и ДПК, а выкол - отступя 0,2 см. Расстояние между швами должно быть 0,8 см, количеством - 4-5. Второй ряд серозно-мышечных швов устанавливается в промежутке между первым рядом швов. При наложении швов передней губы анастомоза узлы должны находиться на передней стенке культи желудка, т.к. ее стенка прочнее, чем ДПК. Этим самым дополнительно увеличивается прочность анастомоза.

При разъединении дистальной части желудка, подлежащей удалению, от ДПК раздавливающий зажим накладываем на 0,5-1,0 см выше границы кишки. На ДПК с боковых краев предварительно накладываются швы-держалки. При этом, разъединение желудка от ДПК целесообразно начинать со стороны её задней стенки. Через назогастроуденальный зонд после формирования анастомоза за операционным столом начинаем промывание желудка до «чистых» вод. В послеоперационном периоде проводится постоянная декомпрессия желудка.

Надо помнить обстоятельства, которые не позволяют выполнить РЖ в Бильрот-I. Это наличие дуоденостаза, постбульбарные язвы, дуоденальный стеноз на протяжении 3-5 см в сочетании с гигантскими и пенетрирующими язвами ДПК. В этих случаях выполняется РЖ по Бильрот-II.

При РЖ по второму принципу Бильрот нами разработан и внедрен **способ ушивания культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка**. Ушивание дуоденальной культи и стремление хирурга к полному иссечению «трудной» ДЯ, нередко чревато развитием послеоперационного панкреатита с активацией желудочного сока и развитием несостоятельности швов культи ДПК с высокой летальностью.

При «трудных» ДЯ, перед ушиванием ее культи производится лишь субмукозное иссечение краев язвы до ее дна, затем края тканей сопоставлялись слизисто подслизисто мышечными однорядными узловыми швами, т.е. дно язвы выводилась за пределы пищеварительного тракта (рис.3). Дно язвы, непосредственно прилежащее к смежным органам, от них не отделяли. Мукозэктомия несколько усложняла технику операции, но

позволяла предотвратить травму поджелудочной железы и желчных протоков с отсюда вытекающими последствиями. Экстрадуоденизация позволяло ликвидировать язву как источник болевых импульсаций и последующих осложнений. Для укрытия культи ДПК накладываются два полукисетных шва (рис.4).

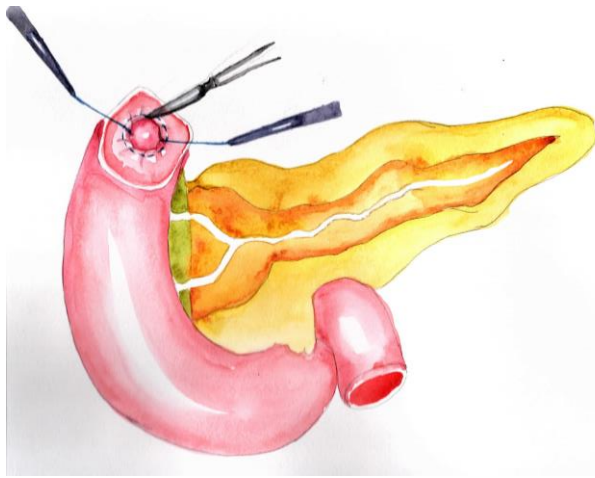


Рис.3. Субмукозное иссечение краев язвы до ее дна

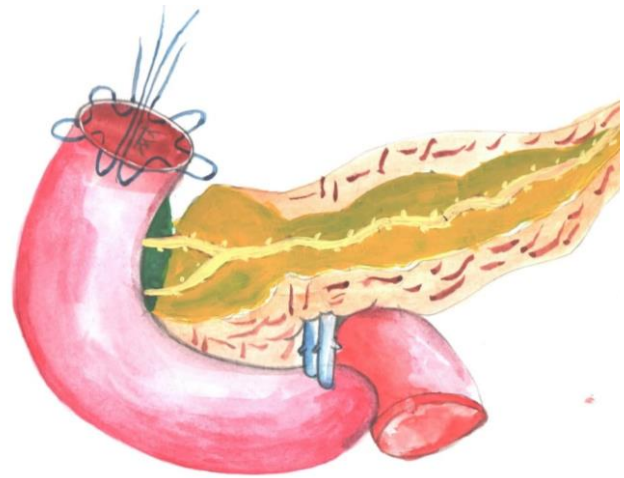


Рис.4. Наложение полукисетных швов

Вкол иглы должен находиться 0,1-0,2 см отступя от края стенки ДПК, а выкол на расстоянии 0,5-0,7 см от края стенки кишки. Это позволяет вернуть стенку ДПК кнутри вместе с ее слизистой. Расстояние между вколом и выколом иглы при затягивании швов должно соответствовать также 0,5-0,7 см. Этим самым обеспечивается надежность швов культи ДПК. Поверх накладываются серозно-мышечно-подслизистые узловые швы (рис.5). Операция завершается подведением к культе декомпрессионного зонда.



Рис.5. Наложение второго ряда узловых серозно-мышечных швов

Разработанные технические приемы обеспечивали безопасность оперативного вмешательства при «трудных» ДЯ.

Хирургическая тактика у пациентов исследуемой группы. В исследуемой группе РЖ в модификациях Бильрот-1 выполнены у 117 (79,1%) пациентов, что по сравнению с контрольной группой больше на 34,4%. Это обстоятельство имеет важное значение т.к. у этого контингента значительно уменьшается необходимость формирования дуоденальной культуры с отсюда вытекающими последствиями. В отличие от контрольной группы ни в одном случае на фоне ХНДП РЖ в модификации по Бильрот-1 не выполнялись. Это было предопределено учетом упущений в контрольной группе. У всех пациентов применялись усовершенствованные методики и технические приемы операций.

В целом, у пациентов контрольной группы РЖ в модификациях по Бильрот-1 выполнены у 51 (44,7%) пациентов, а РЖ в модификациях по Бильрот-11 у 63 (55,3%) пациентов. При этом у пациентов исследуемой группы РЖ в модификациях по Бильрот-1 выполнены у 117 (79,1%) пациентов, а РЖ в модификациях по Бильрот-11 у 31 (20,9%) пациентов. То есть в основной группе число РЖ в модификациях по Бильрот-1 увеличилось на 34,4% (табл.5).

Таблица 5

Распределение пациентов основной группы в зависимости выполненных модификаций резекции желудка.

Методы операций	Основная группа			
	абс	%	абс	%
	РЖ по Б-I		РЖ по Б-II	
РЖ по:	n – 148			
- Габерер	28	18,9	-	-
- Габерер-Финнею	36	24,3	-	-
- Л.Г. Хачиеву	53	35,8	-	-
- Гофмейстер-Финстереру	-	-	12	8,1
- Ру с инвагин. анастом.	-	-	19	12,8
Итого: абс / %	117	79,1	31	20,9

Таким образом, в плановой хирургии ЯБДПК у пациентов с «трудными» язвами ДПК выполнение РЖ с ГДА по Габерер оправдано при луковичных каллезных и гигантских язвах передней стенки луковицы ДПК. Если после РЖ оставалась свободной боковая стенка начальной части луковицы ДПК накладывали продольный ТЛА по Габерер-Финнею, а если свободным оставалась передняя стенка начальной части луковицы ДПК - то накладывали поперечный ТЛА по Л.Г. Хачиеву. Наложение термино-латеральных анастомозов в аналогичных ситуациях было предопределено отсутствием хронического нарушения дуоденальной проходимости, а также тем, что их применением мы избегали формирование дуоденальной культуры при «трудных» ДЯ.

В результате проведенной работы, модификации по Бильрот-1 в исследуемой группе пациентов выполнены в 79,1% случаях, что явилось

одной из мер в хирургической профилактике недостаточности швов культи ДПК. При отсутствии возможности выполнения РЖ в модификациях по Бильрот-1, производили РЖ по Гофмейстер-Финстереру или Бальфур. При «трудных» постбульбарных ДЯ в сочетании с ХНДП операцией выбора являлась РЖ по Ру-Ибадову.

Четвертая глава – «Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения», которая состоит из 2 подглав.

Клиническая оценка ближайших результатов. В контрольной группе (114) осложнения местного характера, связанные с оперативным вмешательством на желудке, диагностированы у 22 (19,3%) пациентов. Из них несостоятельность швов культи ДПК диагностирована у 10 (8,8%) пациентов, с летальным исходом в 5 (4,4%) случаев. У 4 (3,5%) пациентов в послеоперационном периоде диагностирован посттравматический панкреатит с развитием панкреонекроза, с летальным исходом в 2 (1,7%) случаев. У 2 (1,7%) пациентов операция сопровождалась значительными техническими трудностями в обработке «трудной» дуоденальной язвы, что привело к травме поджелудочной железы с летальным исходом (табл.6).

Таблица 6

Частота и характер осложнений, связанные с оперативным вмешательством

Характер послеоперационных осложнений	Группы пациентов			
	контрольная (n-114)		Исследуемая(n -148)	
число больных (n)	Абс	%	Абс	%
- несостоятельность швов	10 (5)	8,8+2,65	2 (1)	1,3+0,9
- панкреатит (панкреонекроз)	4 (2)	3,5+1,7	-	-
анастомозит	7	6,1+2,2	7	4,7+1,7
кровотечение из киля желудка	-	-	1	0,9
ущемление анастомоза в брыжейке ободочной кишки	1	0,9	-	-
Всего	абс			
	22 (7)	19,3	10(1)	6,7+2,1
	%			

В скобках указана летальность.

Итак, у пациентов с «трудными» ДЯ пересмотр хирургической тактики позволил снизить процент послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством на желудке, с 19,3 до 6,7%, т.е. на 12,6%, а также летальных исходов с 6,1 до 0,7%, т.е. на 5,4%.

Осложнения общего характера, контрольной группе диагностированы у 12 (10,5%) пациентов. При этом, бронхолегочные осложнения диагностированы у 6 (5,3%) пациентов (у 2 - бронхопневмония и у 4- обострение хронического бронхита). Всем больным проведен курс антибиотикотерапии, дыхательная гимнастика, вибромассаж и физиотерапевтические процедуры с благоприятным исходом. В целом, в

исследуемой группе пациентов осложнения общего характера снизились с 10,5 до 5,4% (снижение на 5,1%).

Для сопоставления показателей желудочной секреции у пациентов с «трудными» ДЯ после выполненных операций нами проведено сравнение с показателями желудочной секреции со здоровыми лицами. При этом, средние показатели БПК у здоровых лиц оказались $3,9 \pm 0,8$ ммоль/ч, МПК – $18,4 \pm 0,9$ ммоль/ч, а БПП - $47,6 \pm 3,9$ ммоль/ч и МПП $94,5 \pm 10,1$ ммоль/ч. В сроки до 1 года после выполненных РЖ у пациентов средние показатели составили: БПК $-2,9 \pm 2,9$ ммоль/ч и МПК $-7,8 \pm 3,5$ ммоль/ч; БПП – $35,3 \pm 3,2$ ммоль/ч и МПП – $84,2 \pm 7,4$ ммоль/ч. У пациентов, перенесших РЖ по «методике клиники» средние показатели базальной и максимальной продукции кислоты и пепсина средние показатели составили: БПК $-2,7 \pm 1,8$ ммоль/ч и МПК $-6,9 \pm 3,7$ ммоль/ч; БПП – $28,5 \pm 2,4$ ммоль/ч и МПП – $70,7 \pm 5,4$ ммоль/ч. Показатели секреторной функции желудка в ближайшие сроки в обеих группах после выполненных операций по сравнению с дооперационными, в основном, снизились более чем в 2 раза. Так, по сравнению с исходными показателями желудочной секреции, у пациентов контрольной группы базальная продукция кислоты снизилась на 77,0%, максимальная - на 73,4%. Вместе с тем базальная продукция пепсина снизилась на 60,7%, а максимальная - на 56,2%. У пациентов исследуемой группы в ближайшие сроки БПК снизилась на 78,6%, а максимальная на 76,5%. Вместе с тем БПП снизилась на 68,3%, а максимальная - на 63,3%. То есть у оперированных пациентов с «трудными» ДЯ в контрольной и исследуемой группах отмечено достоверное снижение показателей желудочной секреции.

Таким образом, анализ причин нежелательных последствий и пересмотр хирургической тактики с учетом типологических особенностей клинического течения и широкое применение усовершенствованных методик и технических приемов операций, позволил нам снизить частоту послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством на желудке - на 12,6% (с 19,3 до 6,7%), а также послеоперационную летальность на 5,4% (с 6,1 до 0,7%).

«Клиническая оценка отдаленных результатов». Отдалённые результаты хирургического лечения ЯБДПК при «трудных» ДЯ удалось проследить у 227 (86,6%) пациентов. Оценка проводилась по общепринятой классификации Visik A.A.

В контрольной группе отличные и хорошие отдалённые результаты нами установлены у 65 (70,7%) пациентов, тогда как в основной - у 115 (85,2%).

Удовлетворительные результаты в контрольной группе отмечены у 19 (20,6%) пациентов. Тогда как в основной группе удовлетворительные результаты установлены у 16 (11,6%) пациентов. В контрольной группе причиной удовлетворительного результата у 13 пациентов явился демпинг-синдром легкой (10) и средней тяжести (3). У 4 пациентов явился ДГР с явлениями атрофического гастрита и у 2 диарея средней степени тяжести.

Неудовлетворительные результаты хирургического лечения в

контрольной группе нами диагностированы в 8 (8,7%) случаев. В основной группе - после РЖ по Бильрот-1 - в 4 (3,0%) случаев. Причиной неудовлетворительных результатов явились рецидив и пептические язвы. Всем больным выполнены резекции желудка.

Таким образом, анализ причин нежелательных последствий и пересмотр хирургической тактики с учетом типологических особенностей клинического течения применением усовершенствованных методик и технических приемов операций, позволило нам улучшить результаты хирургического лечения при «трудных» ДЯ и добиться искомой цели. Так, частота послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством на желудке снизились на 12,6% (с 19,3 до 6,7%), а послеоперационная летальность на 5,4% (с 6,1 до 0,7%). В основной группе осложнения общего характера снизились с 10,5 до 5,4% (снижение на 5,1%). При этом, в отдаленные сроки отличные и хорошие результаты улучшились на 14,5% (с 70,7 до 85,2%), удовлетворительные, снизились на 9% (20,6 до 11,6%) и неудовлетворительные, снизились на 5,7% (8,7 до 3%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. При «трудных» ДЯ имеются ряд типологических особенностей: соотношение мужчин к женщинам возрастает с 3:1 до 10:1; длительность язвенного анамнеза у 81,2% составило – 11-15 лет (в контрольной у 80,9% - 5 лет), в 84% случаев обострение болезни отмечалось 2-4 раза в год (в группе сравнения – в 19,1%), в 62,6% случаев характер болевого синдрома не был связан с приемом пищи (в группе сравнения – в 9,6%); диспептические расстройства были более выраженными, дефицит массы тела в 71,8% случаев составил 5-20 кг (в группе сравнения -37,2%).

2. В плановой хирургии «трудных» ДЯ усовершенствованные методики и технические приемы позволяют в 79,1% случаях выполнить РЖ в модификациях по Бильрот-1, что исключая необходимость ушивания культи ДПК, является мерой хирургической профилактики несостоятельности.

3. При сохранении верхней горизонтальной части ДПК следует отдавать предпочтение поперечному соустью (по Габерер-Финнею), в других случаях – продольному (по Л.Г. Хачиеву). При отсутствии возможности выполнения РЖ по первому принципу Бильрот, выполняется РЖ по Гофмейстер-Финстереру или Бальфур, а при сочетании с ХНДП операцией выбора являлась РЖ по Ру-Ибадову.

4. Внедрение новых подходов в хирургическом лечении «трудных» ДЯ, позволило снизить частоту послеоперационных осложнений характерных для операций на желудке с 19,3 до 6,7%, послеоперационную летальность с 6,1 до 0,7% и осложнения общего характера - с 10,5 до 5,4%. В отдаленные сроки отличные и хорошие результаты улучшились с 70,7 до 85,2%, удовлетворительные, снизились с 20,6 до 11,6% и неудовлетворительные – с 8,7 до 3%.

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

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

EGAMOV SARVARBEK SHAVKATOVICH

"DIFFICULT" ULCERS IN DUODENAL ULCER SURGERY

14.00.27 – Surgery

ABSTRACT OF PhD DISSERTATION ON MEDICAL SCIENCES

ANDIJAN – 2023

Subject of the doctoral dissertation (PhD) was registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the № B2021.3.PhD/Tib2166.

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

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

Scientific supervisor:

Botirov Akram Kodiralievich
doctor of medical sciences, docent

Official opponents:

Khojimatov Gulomiddin Minkhodzhievich
doctor of medical sciences, professor

Sattarov Oybek Tohirovich
doctor of medical sciences, docent

Leading organisation:

Bukhara State Medical Institute

The dissertation will be defended on « ____ » _____ 2023 at ____ p.m. hours at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 at the Andijan State Medical Institute (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

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

Abstract of the dissertation sent out on « ____ » _____ 2023.
(mailing report № ____ of _____ 2023).

M.M. Madazimov

Vice chairman of the scientific council on award of scientific degrees,
doctor of medical science, docent

X.T. Musashaykhov

Scientific secretary of the scientific council on award of scientific degrees,
doctor of medical science, docent

B.R. Abdullajanov

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

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The aim of the study is to improve the results of surgical treatment of peptic ulcer in "difficult" duodenal ulcers, by determining the typological features of the clinical course and the functional state of the stomach, as well as improving the methods and techniques of operations.

The object of the study were 262 patients who underwent resection interventions for "difficult" DU in the 3rd surgical department of the Clinic of Andijan State Medical Institute for the period from 2001 to 2020.

The scientific novelty of the research is as follows:

the characteristics and concretization of the contingent of patients with "difficult" DU are given and the typological features of the clinical course in this pathology are determined;

the features of the functional parameters of the stomach (secretory and motor-evacuation function of the stomach) in "difficult" DU were determined;

improved methods and techniques of operations on the stomach - the method of formation of the stomach stump "without pulps" during its resection and the method of suturing the duodenal stump during gastric resection, with the rationale for their effectiveness;

It has been proved that taking into account the typological features of the clinical course and the functional state of the stomach using improved methods and techniques of operations allows optimizing surgical tactics and improving the results of surgical treatment in "difficult" DU.

Implementation of the research results. According to the results of a scientific study to improve the results of surgical treatment of DU with "difficult" DU:

guidelines "Improved methods of operations for "difficult" duodenal ulcers" were developed (certificate of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 08-31323 of October 11, 2022). The proposed methodological recommendations made it possible to improve the results of treatment by reducing the frequency of duodenal stump suture failure and, accordingly, mortality.

the obtained scientific results are implemented in the practice of health care, in particular, in the departments of surgery of the Clinic of the Andijan State Institute and the city hospital of the city of Andijan (certificate of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 08-31323 dated October 11, 2022). The results of the implementation allowed to reduce the rates of postoperative complications and mortality, as well as to improve the immediate and long-term results of surgical treatment of "difficult" duodenal ulcers.

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

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Ботиров А.К., Эгамов С.Ш., Расулов М.Т. Хирургическая тактика при «трудных» дуоденальных язвах // Новый день в медицине. – Бухара 2022. №2(40) С.202-206. (14.00.00. №22)

2. Эгамов С.Ш., Ботиров А.К., Расулов М.Т., Некоторые типологические особенности при «трудных» дуоденальных язвах // Новый день в медицине. – Бухара 2022. №9(47) С.351-356. (14.00.00. №22)

3. Botirov A.K., Egamov S.Sh., Nosirov M.M., Rasulov M.T. Immediate Results of Surgical Treatment for “Difficult” Duodenal Ulcers // International Journal of Current Science Research and Review. 2022. Volume-5. Issue-5. P.1580-1584. (Scientific Journal Impact Factor – 5.995)

4. Botirov A.K., Egamov S.Sh. Modified methods and technical techniques of operations for “difficult” duodenal ulcers // RA journal of applied research. 2022. Volume-8. Issue-10. P.742-745. (Scientific Journal Impact Factor – 7.108)

II бўлим (II часть; part II)

5. Эгамов С.Ш., Ботиров А.К. Усовершенствованные методики операций при “трудных” язв двенадцатиперстной кишки // Методические рекомендации. АГМИ. Ташкент, 2022. 27 стр.

6. Ботиров А.К., Эгамов С.Ш. Частота и характер послеоперационных осложнений и летальности при «трудных» дуоденальных язвах // Материалы республиканской дистанционной научной онлайн-конференции по инновационным научно-практическим исследованиям ученых и молодежи Узбекистана, часть 18, 30 ноября 2021 г. – Ташкент, С.15.

7. Ботиров А.К., Эгамов С.Ш., Носиров М.М., Ботиров Ж.А. Способ обработки культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка по поводу «трудных» дуоденальных язв // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования: сб. ст. по материалам LIV Международной научно-практической конференции «Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования». – №11(50). – М., Изд. «Интернаука», 2021. С.68.

8. Ботиров А.К., Эгамов С.Ш., Ботиров Ж.А., Расулов М.Т. Показания к резекции желудка при «трудных» дуоденальных язвах // «Актуальные проблемы медицины». Республиканская научно-практическая онлайн конференция молодых ученых и студентов. г. Андижан. -2021- С. 273.

9. Ботиров А.К., Эгамов С.Ш., Ботиров Ж.А., Расулов М.Т. Хирургическая тактика при «трудных» дуоденальных язвах // «Актуальные проблемы медицины». Республиканская научно-практическая онлайн конференция молодых ученых и студентов. г. Андижан. -2021- С. 274.

10. Эгамов С.Ш., Ботиров Ж.А., Ботиров А.К., Расулов М.Т. Особенности функционального состояния желудка при «трудных» дуоденальных язвах // «Актуальные проблемы медицины». Республиканская научно-практическая онлайн конференция молодых ученых и студентов. г. Андижан. -2021- С. 611.

11. Эгамов С.Ш., Ботиров Ж.А., Ботиров А.К., Расулов М.Т. Типологические особенности при «трудных» дуоденальных язвах // «Актуальные проблемы медицины». Республиканская научно-практическая онлайн конференция молодых ученых и студентов. г. Андижан. -2021- С. 612.

12. Ботиров А.К., Эгамов С.Ш., Отакузиев А.З., Хамракулов Ш.Х. Функциональное состояние желудка до и после резекции желудка при «трудных» дуоденальных язвах// «Problems of modern Surgery» International scientific and practical conference with the participation of foreign scientists. 12 October, 2022. P. 344-345.

13. Ботиров А.К., Эгамов С.Ш., Отакузиев А.З. Отдаленные результаты хирургического лечения «трудных» дуоденальных язва // «Применение высоких инновационных технологий в профилактической медицине». Материалы научно-практической конференции. г. Андижан. -2022- С. 931.