

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА  
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ  
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ва ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ  
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА  
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ  
ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**РАИМОВ САЛАХИДДИН АБДУЛЛАЕВИЧ**

**ЖИГАР ЦИРРОЗИ ВА ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ БИЛАН  
КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СЕЛЕКТИВ ПОРТСИСТЕМ  
ШУНТЛАШ ОПЕРАЦИЯСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 - Хирургия**

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

**ТОШКЕНТ - 2018**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Раимов Салахиддин Абдуллаевич**

Жигар циррози ва портал гипертензия билан касалланган беморларда  
селектив портосистем шунтлаш операциясини такомиллаштириш..... 3

**Раимов Салахиддин Абдуллаевич**

Тактико-техническое совершенствование селективного  
портосистемного шунтирования у больных циррозом печени с  
портальной гипертензией..... 21

**Raimov Salakhiddin Abdullftvich**

Tactical and technical improving of selective portosystemic shunting in  
patients with liver cirrhosis with portal hypertension..... 39

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works..... 43

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА  
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ  
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ва ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ  
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА  
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ  
ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**РАИМОВ САЛАХИДДИН АБДУЛЛАЕВИЧ**

**ЖИГАР ЦИРРОЗИ ВА ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ БИЛАН  
КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СЕЛЕКТИВ ПОРТСИСТЕМ  
ШУНТЛАШ ОПЕРАЦИЯСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 - Хирургия**

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

**ТОШКЕНТ - 2018**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2017.1.PhD/Tib110 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Академик В.Воҳидов номидаги республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида ([www.rscs.uz](http://www.rscs.uz)) ва «Ziyonet» ахборот таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.

<b>Илмий раҳбар:</b>	<b>Назиров Феруз Гафурович</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор, академик
<b>Расмий оппонентлар:</b>	<b>Акилов Хабибулла Атауллаевич</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор <b>Хакимов Мурад Шавкатович</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор
<b>Етакчи ташкилот:</b>	<b>«С.М.Киров номли ҳарбий-тиббиёт академияси» олий таълим федерал давлат бюджет ҳарбий таълим муассасаси (Россия Федерацияси)</b>

Диссертация ҳимояси Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази ва Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.49.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2018 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: [cs.75@mail.ru](mailto:cs.75@mail.ru), Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази мажлислар зали).

Диссертация билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (24-рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Диссертация автореферати 2018 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ куни тарқатилди.  
(2018 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**Х.К. Абралов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раис  
ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори

**А.Х. Бабаджанов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш  
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

**А.В. Девятов**

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

## КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, «жигар циррози (ЖЦ) йилига 300 минг киши ўлимнинг сабаби бўлиб ҳисобланади ва прогнозларга кўра, яқин ўн йилликда бу касаллик билан хасталанганлар сони 60% дан кўпроққа ортади»<sup>1</sup>. Қизилўнгач ва ошқозон варикоз кенгайган веналаридан (ҚОВКВ) қон кетиш портал гипертензияли (ПГ) ЖЦ нинг энг кўп учровчи ва ваҳимали асорати ҳисбланади. «Ўзбекистон Республикасида ҳар йили 2000 дан ортиқ ҚОВКВ дан қон кетиш ҳоллари қайд этилади ва биринчи кўринишдаёқ ўлим кўрсаткичи 50% гача етиши мумкин 50%»<sup>2</sup>. Турли манбаларнинг маълумотларига кўра «қизилўнгач-ошқозондан қон кетишларда ЖЦ билан беморлар ўлими 30-60% орасида баҳоланади»<sup>3</sup>. Шу сабабли, ушбу жуда ҳам оғир турдаги беморларни олиб боришга анъанавий ёндашувларни қайта кўриб чиқиш зарурати янада кучли ҳис қилинмоқда.

Дунё миқёсида портал хирургиянинг ривожланиши беморнинг клиник аҳволи оғирлигидан қатъи назар хирургик аралашувлар бажарилганидан сўнг минимал салбий оқибатлар билан турғун гемостазга эришиш билан тўғридан-тўғри боғлиқ. ПГ ли ЖЦ билан беморларда ангиоархитектоника хусусиятлари ва портолиенал ҳавза веналари гистоструктураси морфологик таҳлили муҳим вазифа бўлиб ҳисобланади. Бугунги кунда ПГ ли ЖЦ билан беморлар ёшига, асцит ва геморрагик синдромлар борасида дастлабки декомпенсациясига боғлиқ равишда дистал спленоренал анастомоз (ДСРА) натижаларини ўрганиш масалалари энг долзарб бўлиб қолмоқда. Шу жумладан, ПГ фонида талоқ венасининг кучли трансформацияси кузатилган беморларда ДСРА шакллантиришнинг тактик-техник хусусиятларини ишлаб чиқиш масалалари ҳам аҳамиятли ҳисобланади.

Бугунги кунда, соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш шароитида, кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг юқори сифатини таъминлаш устувор йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади. Бу борада, хусусан, ЖЦ асоратлари диагностикаси ва ПГ билан беморларни хирургик даволашда, муайян ижобий натижаларга эришилган. Шу билан бирга, ПГ ли ЖЦ билан беморларга хирургик ёрдам кўрсатиш тизимини такомиллаштириш учун беморнинг ёши ва цирроз жараёни фонида қон томир-паренхиматоз декомпенсация босқичига боғлиқ равишда ПГ билан беморларда ДСРА самарадорлигини баҳолаш бўйича илмий асосланган натижалар зарур. 2017-2021 йилларда

<sup>1</sup> World Health Organization. Liver Cirrhosis: fact sheet no.125. World Health Organization website. 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs346/ru>, accessed March 12.

<sup>2</sup> Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р., Ирматов С.Х., Джуманиязов Д.А. Современное состояние хирургии портальной гипертензии в Узбекистане и перспективные направления её развития. // Журнал «Хирургия Узбекистана» 2017, №1, стр. 87-91

<sup>3</sup> Lin LL, Du SM, Fu Y, Gu HY, et al. Combination therapy versus pharmacotherapy, endoscopic variceal ligation, or the transjugular intrahepatic portosystemic shunt alone in the secondary prevention of esophageal variceal bleeding: a meta-analysis of randomized controlled trials. // Oncotarget. 2017 May 24. doi: 10.

Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлар бўйича ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг заиф гуруҳларининг тўлақон ҳаёт кечирishiни таъминлаш мақсадида тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган<sup>4</sup>. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан, селектив портосистем шунтлашга кўрсатмаларни оптималлаштириш ва унинг тактик-техник жиҳатларини такомиллаштириш йўли билан ЖЦ билан беморларда ПГ нинг хирургик коррекцияси натижаларини яхшилаш долзарб йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилиш тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармони, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиши янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарори ҳамда ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни бажаришга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** «Қизилўнғач ва ошқозон варикоз кенгайган веналаридан қон кетишлар профилактикасининг эҳтимол бўлган якуний усули доирасида ПГ қон томир хирургиясининг ривожланиши хирургик гепатологиянинг долзарб муаммосилигича қолмоқда» (Манукьян В.Г.<sup>5</sup>, Лука А<sup>6</sup>). Fonio P. Ва ҳаммуал. таъкидлашича, «ҳозирги даврда ЖЦ билан беморларда геморрагик синдром ривожланишининг профилактика усулини танлашда ҳар қил гепатологик мактаблар турлича фикрга эгалар». Бу эса, ушбу муаммога турлича муносабат мавжудлигини кўрсатиб, унинг таркибида Ettorre GM<sup>7</sup> фикрига кўра, «ЖЦ билан беморларда гепатопортал гемодинамиканинг индивидуал хусусиятлари ва жигар функционал захираси ҳолатини батафсил тавсифлаб беришни таъминлайдиган комплекс диагностикасини такомиллаштириш илмий изланишнинг истиқболли йўналиши бўлиб қолмоқда».

UNOS (United Network for Organ Sharing, Richmond, Virginia, USA)<sup>8</sup> маълумотларига кўра, «жигар трансплантациялари сонининг йил сайин ўсиб боришига қарамай, донор аъзосига бўлган эҳтиёж бор-йўғи 25-50% гагина

<sup>4</sup> 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси.

<sup>5</sup> Манукьян В.Г. Выбор метода операции азиго-портального разобщения у больных циррозом печени и портальной гипертензией.: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Москва. - 2011. - 24 с.

<sup>6</sup> Luca A, Miraglia R, Caruso S et al. Short- and long-term effects of the transjugular intrahepatic portosystemic shunt on portal vein thrombosis in patients with cirrhosis. // Gut., 2011. - vol. 60. - pp. 846-52.

<sup>7</sup> Ettorre GM, Levi Sandri GB, Colasanti M, de Werra E, Lepiane P Distal pancreatectomy with splenorenal shunt to preserve spleen in a cirrhotic patient. // Ann Hepatobiliary Pancreat Surg. 2017 May;21(2):93-95.

<sup>8</sup> United Network of Organ Sharing, Policy 3.6.: Allocation of Livers. Oct 14, 2012.

кондирилмоқда. Операцияни кутиш жараёнида 10-24% беморлар, шуларнинг чорагидан кўпроғи қон кетиш туфайли, вафот этишмоқда». Santarém OL фикрига кўра, «бундай юқори ўлим кўрсаткичлари геморрагик синдром ривожланишининг профилактикасига қаратилган аралашувларни бажариш заруратини тақозо қилади, улар ичида эса портал система декомпрессиясининг хирургик усуллари энг оптимал бўлиб ҳисобланади»<sup>9</sup>. Orloff MJ ўзининг тадқиқотларида таъкидлашича, «ДСРА дарвоза хавзасининг етарлича декомпрессиясига эга портосистем шунтлашнинг энг оптимал турларидан бири бўлиб, одатда, кучли энцефалопатияга олиб келмайди ва ҚОВКВ дан қон кетишлар адекват профилактикасига ёрдам беради»<sup>10</sup>.

Адабиётларда келтирилган маълумотлар таҳлили шуни кўрсатдики, ПГ ли ЖЦ билан беморларни хирургик даволаш натижалари анчагина яхшиланган, бу ҳолда оддий, самарали ва шу билан бирга техник бажарилиши ва таъминланишида абсолют ишончли бўлган портал декомпрессия усуллари ёрдамида ПГ коррекциясининг янги усуллари ишлаб чиқиш асосий долзарб ва белгиловчи муаммолардан бўлиб қолмоқда, бу эса даволаш-диагностик тактикани янада такомиллиштиришни талаб этади.

**Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари билан боғлиқлиги.** Диссертация иши ФДСС 12-4 «Портал гипертензиянинг хирургик коррекциясида органопртекцияни таъминлашда жигар циррози билан беморларда гепатодепрессия патогенезини ўрганиш» (2012-2016 йй.) фундаментал илмий дастури доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** портокавал ҳавза қон томирлари регионар ангиоархитектоникаси хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда селектив портосистем шунтлашга кўрсатмаларни оптималлаштириш ва тактик-техник жиҳатларини такомиллаштириш йўли билан ЖЦ билан беморларда ПГ нинг хирургик коррекцияси натижаларини яхшилашдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

ПГ ли ЖЦ билан беморлар ёшига боғлиқ равишда портолиенал ҳавза ангиоархитектоникаси хусусиятларини ўрганиш;

ПГ ли ЖЦ билан беморлар ёшига боғлиқ равишда портолиенал ҳавза веналари гистоструктураси хусусиятларининг морфологик таҳлилинини ўтказиш;

ПГ ли ЖЦ билан беморлар ёшига, асцит ва геморрагик синдромлар борасида дастлабки декомпенсацияга боғлиқ равишда ДСРА натижаларини ўрганиш;

---

<sup>9</sup> Santarém OL, Cleva Rd, Sasaya FM, Assumpção MS, Furtado MS, Julio Guedes Barbato A, Herman P. Left Ventricular Dilation and Pulmonary Vasodilatation after Surgical Shunt for Treatment of Pre-Sinusoidal Portal Hypertension. // PLoS One. 2016 Apr 27;11(4):e0154011

<sup>10</sup> Orloff MJ, Vaida F, Haynes KS, Hye RJ, Isenberg JI, Jinich-Brook H. Randomized controlled trial of emergency transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus emergency portacaval shunt treatment of acute bleeding esophageal varices in cirrhosis. // Gastrointest. Surg., 2012. - vol. 16, N 11. - pp. 2094-111.

ПГ ли ЖЦ билан беморларда ДСРА дан кейин спленомегалия синдроми метрли кўрсаткичлари динамикасининг қиёсий таҳлилини ўтказиш;

ПГ фониди талоқ венасининг кучли трансформацияси билан беморларда дистал турдаги шунтлашни шакллантиришнинг тактик-техник хусусиятларини такомиллаштириш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 1976 йилдан 1992 йилгача бўлган даврда академик В.Вохидов номли РИХМ жигар ва ўт йўллари хирургияси бўлимида ва 1992 йилдан 2016 йилгача бўлган даврда академик В.Вохидов номли РИХМ портал гипертензия ва панкреатодуоденал соҳа хирургияси бўлимида операция бажарилган 446 нафар беморлар олинган. Барча беморларга дистал спленоренал анастомоз қўйилиши бажарилган. ПГ ли ЖЦ билан беморлар диагностика ва хирургик даволаш сифатининг кўп омилли таҳлили асосий тадқиқот объекти бўлиб ҳисобланади.

**Тадқиқотнинг предмети** бўлиб ДСРА ни шакллантиришда портокавал ташлашни чекловчи янги оригинал усулдан фойдаланган ҳолда замонавий юқори технологик хирургик ёрдам усулларини қўллаб портал генезли қон кетишларни тўхтатиш ва профилактикасида хирургик тактика самарадорлигининг таҳлили ҳисобланади.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотнинг мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ечиш учун ушбу усуллардан фойдаланилди: умумклиник, инструментал (ультратовуш, эндоскопик, ангиографик ва радионуклид), морфологик ва статистик текширув усуллари.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

декомпрессив аралашувларнинг селектив турининг тактик-техник жиҳатларини босқичли унификациялашни эътиборга олган ҳолда Ўзбекистонда ПГ хирургияси тараққиёти даврига боғлиқ равишда ДСРА нинг самараси баҳоланган;

ЖЦ билан беморлар индивидуал хусусиятларига боғлиқ равишда шунтлашнинг селектив турига аввал ишлаб чиқилган кўрсатмалар оптималлаштирилган;

ПГ ли ЖП да ҚОВКВ дан қон кетишлар ривожланиш частотаси ва ПСШ бажаришнинг техник жиҳатларига сезиларли таъсир кўрсатувчи спленопортал ўзан ангиоархитектоникаси ва гемодинамикасининг хусусиятлари ёш омилига боғлиқ равишда аниқланган;

ЖЦ билан беморлар ёшига боғлиқ равишда портал система қон томирлари гистоструктураси ўзгаришларининг хусусиятлари ўрганилган ва 50 ёшдан катталарда *t. media* ва *t. adventitia* нинг қалинлашуви кучлироқ ифодаланганлиги, 30 ёшгача эса – спленопортал ўзан веналари бўшлиғининг кенгайиши хос эканлиги исботланган;

талоқ венасининг кучли трансформацияси ва унинг диаметри 1,5 смдан кенгроқ бўлган ЖЦ билан беморларда ДСРА ни шакллантиришда портокавал ташлашни чекловчи оригинал амалиёти ишлаб чиқилган.



**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

морфометрик тадқиқотлар натижасида дарвоза системаси қон томирларнинг ангиоархитектониқаси ва гистоструктураси ўрганилган ва бу ЖЦ билан беморлар ёшига боғлиқ равишда ПГ жадаллашиб боришининг хусусиятларини аниқлаш имконини берган;

ДСРА бажарилишига нисбий қарши кўрсатмалар бўлган беморлар гуруҳларида, хусусан, ПГ ли ЖЦ билан беморларнинг катта ёшлилар гуруҳида, анамнезида ҚОВКВ дан қон ектиш кузатилган ёки асцит синдроми бўлган беморларда, ДСРА бажариш мумкинлиги исботланган;

талокнинг метрик кўрсаткичларини динамик баҳолаш асосида спленомегалия синдроми даражасининг регресси масаласида ДСРА нинг самарадорлиги аниқланган;

талок венасининг кучли трансформацияси ва диаметрининг 1,5 смдан ортиқ кенгайиши кузатилган беморларда ДСРА ни шакллантириш жараёнида портокавал ташлашни чекловчи оригинал усулни қўллаш операциядан кейинги махсус асоратлар ва салбий гемодинамик оқибатлар ривожланиш хавфини камайтириш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги.** Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги қўлланган замонавий, амалиётда кенг қўлланувчи клиник, морфологик, статистик усуллар билан тасдиқланган. Олинган барча натижа ва хулосалар далилий тиббиёт принципларига асосланган. Статистик ишлов бериш олинган натижаларнинг ишонччилигини тасдиқлаган.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган ҳолатлар, хулоса ва таклифлар ҚОВКВ дан қон кетишнинг ривожланиши ва қайталаниши билан кузатилган ПГ билан асоратланган ЖЦ кечишининг клиник-функционал хусусиятларини ўрганишга катта ҳисса қўшишидан иборат. Ишнинг айрим натижалари ЖЦ билан беморлар диагностикаси ва даволаш бўйича талабалар, магистрлар ва клиник ординаторларни ўқитиш дастури таркиби ва структурасини такомиллаштириш мақсадида қўлланиши мумкин.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти ундаги асосий хулоса ва тавсиялар турли даражадаги тиббиёт муассасаларида ЖЦ билан беморлар диагностикаси ва даволашда қўлланиши мумкинлигидан иборат. Талок венасининг кучли трансформацияси ва диаметрининг 1,5 смдан ортиқ кенгайиши кузатилган беморларда ДСРА ни шакллантириш жараёнида портокавал ташлашни чекловчи оригинал усулни қўллаш операциядан кейинги махсус асоратлар ва салбий гемодинамик оқибатлар ривожланиш хавфини камайтириш имконини берган. ҚОВКВ дан қон кетиш ривожланиши частотаси бўйича ўтказилган таҳлил бу асорат профилактикаси учун турли хирургик амалиётлар, шу жумладан, радикал даволаш ҳам, ўтказилишига потенциал эҳтиёжни аниқлаш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** ПГ ли ЖЦ билан беморларни даволаш натижаларини яхшилашга бағишланган тадқиқот бўйича олинган илмий натижалар асосида:

талоқ венасининг кучли трансформацияси ва диаметрининг 1,5 смдан ортиқ кенгайиши кузатилганда салбий гемодинамик оқибатларни бартараф қилиш ва асоратлар частотасини талоқ венаси диаметри 1,5 см гача бўлгандаги ДСРА учун хос кўрсаткичларгача камайтириш имконини берган «Қон томир портосистем шунтлашда портокавал ташлашни чеклаш усули» (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2017 йил 15 ноябрдаги 8н-д/56-сон маълумотномаси) ишлаб чиқилди;

«Портал гипертензия асоратларининг режали хирургияси» услубий қўлланмаси соғлиқни сақлаш амалиётига татбиқ этилди (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2017 йил 15 ноябрдаги 8н-д/56-сон маълумотномаси). ПГ ли ЖЦ билан беморларни қўлланмага асосан даволаш, даволаш тактикасини оптималлаштириш, операциядан кейинги асоратлар частотасини пасайтириш, қизилўнгачдан қон кетиш рецидивлари ҳавфини камайтириш имконини берди.

ПГ ли ЖЦ билан беморлар диагностикаси ва даволаш сифатини яхшилаш бўйича бажарилган диссертация ишининг олинган илмий натижалари соғлиқни сақлаш амалий фаолиятига, хусусан, «Академик В.Воҳидов номли РИХМ» АЖ, Бухоро ва Самарқанд шаҳар кўп тармоқли тиббиёт марказлари, Қорақалпоғистон Республикаси кўп тармоқли тиббиёт маркази амалий фаолиятига, шунингдек, Самарқанд, Бухоро давлат тиббиёт институлари, Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг Нукус филиали ўқув жараёнларига (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2017 йил 15 ноябрдаги 8н-д/56-сон маълумотномаси) татбиқ этилган. Тадқиқотнинг олинган натижалари ПГ ли ЖЦ билан беморларда диагностика сифатини яхшилаш, қизилўнгачдан қон кетишлар рецидиви ҳавфини 30,1% дан 19,5% гача, шундан кейинги даврда жигар энцефалопатияси юзага келиш ҳавфини 30% дан 12% гача ва беморларнинг касалхонада ётиш муддатини 15% га камайтириш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Тадқиқот натижалари илмий-амалий конференцияларда, шу жумладан, 5 та халқаро ва 8 та республика анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши.** Диссертация мавзуси бўйича жами 15 та илмий иш чоп этилган, шу жумладан, 7 та мақола, улардан 3 таси республика ва 4 таси хорижий журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси ОАК докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларда чоп этилган.

**Диссертациянинг ҳажми ва тузилиши.** Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулосалар, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этади.

## **ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ**

**Кириш** қисмида диссертациянинг долзарблиги ва унга бўлган юқори талаб асосланган, изланишнинг мақсад ва вазифалари шакллантирилган, илмий янгиликлар ва олинган натижаларнинг илмий-амалий аҳамияти

келтирилган, муҳокамадан ўтказиш ва илмий иш натижаларининг нашр қилинганлиги, ҳажми ҳамда диссертациянинг қисқа тузилиши ҳақида маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Портал гипертензияли жигар циррози билан беморларни жаррохлик йўли билан даволаш муаммосининг замонавий ҳолати**», деб номланган биринчи боби уч бўлимдан иборат бўлиб, унда жигар циррози муаммосининг замонавий ҳолати ҳақидаги адабиётлар таҳлили келтирилган. ДСРА портал гипертензияли беморларда қўлланиладиган қон томирли шунтлаш амалиётлари орасида энг кенг қўлланиладигани ҳисобланади. Аммо, унинг универсаллиги ва кўплаб ижобий баҳоланган илмий изланишларга қарамай, бу декомпрессия усулини портал гипертензиянинг турли даражаларида, ҳар қил ёш гуруҳларида талоқ венасидаги ўзига хосликларда қўллаш имкониятлари ҳақидаги саволлар тўлиқ ҳал қилинмаган. Шунингдек, талоқ венасининг яққол кенгайган ҳолатларида ДСРА қўлланилиши ва оқибатда портал тизимда депортализация юзага келиши, ўз вақтида бу асоратнинг олдини олиш учун амалиётнинг услубий ўзига хосликларини такомиллаштириш ҳақидаги баҳсли вазиятлар сақланиб қолмоқда.

Диссертациянинг «**Клиник материалнинг умумий тавсифи ва қўлланган текширув усуллари**», деб номланган иккинчи бобида материал ва услубларнинг клиник тавсифи келтирилган. Академик В.Вохидов номидаги РИХМда 1976-2016 йиллар оралиғидаги 981 та портал гипертензияли беморларда ПСШ амалиётининг турли кўринишлари бажарилган. Илмий иш шу давр ичида фақат ДСРА амалиёти амалга оширилган 446 та портал гипертензияли беморларни текшириш натижаларига асосланган. 446 та бемордан 283 таси (63,4%) эркак ва 163 таси (36,6%) аёл жинсига мансуб. 84% ҳолларда ўсмирлар ва ёшларда жаррохлик амалиёти бажарилган. Ўртача ёш кўрсаткичи 31 ёшни ташкил қилди.

Барча беморларнинг 63% қисмида бир ёки бир неча бор қон кетиш ҳолатлари кузатилган. А.Г. Шерцингер таснифига кўра, қизилўнғач веналари варикоз кенгайишининг I даражаси 5% беморларда, II даражаси – 59% ва III даражаси – 36% беморларда кузатилган. Барча беморларга дистал спленоренал анастомоз қўйиш амалиёти бажарилган. Беморларни текшириш учун қуйидаги инструментал текширув усуллари қўлланилган: фиброэзофагогастроскопия, гепатосцинтиграфия, ультрасонография, ангиография (спленопортография). Шунингдек, портал тизим ва чап буйрак вена тизимининг гистоструктурасини морфологик баҳолаш учун қон томирлар деворини ёруғлик оптик ва электрон микроскопия усуллари ёрдамида ўрганилди.

Диссертациянинг «**Жигар циррози билан беморларда портал гипертензия вақтида порто-кавал ҳавза веналари ангиоархитектоникасининг ўзига хослиги**», деб номланган учинчи бобида ПСШ амалиёти режалаштирилган портал гипертензияли беморларнинг ёшларига боғлиқ ҳолда ўзига хос ангиоархитектоник ўзгаришлар ҳақида маълумотлар келтирилган. Беморлар учта ёш гуруҳига бўлинган: 1-гуруҳ – 30

ёшгача беморлар; 2-гуруҳ – 31-49 ёшли беморлар ва 3-гуруҳ – 50 ёшдан катталарни ўз ичига олган. Қон кетиши ҳавф омилларига кўра, гуруҳлар орасида ишончли фарқ мавжудлиги аниқланди. Масалан: иккинчи гуруҳ учун бу кўрсаткич биринчи гуруҳга нисбатан 42% дан 59% гача ошмоқда, учинчи гуруҳда эса кўрсаткич 82%ни ташкил қилди.

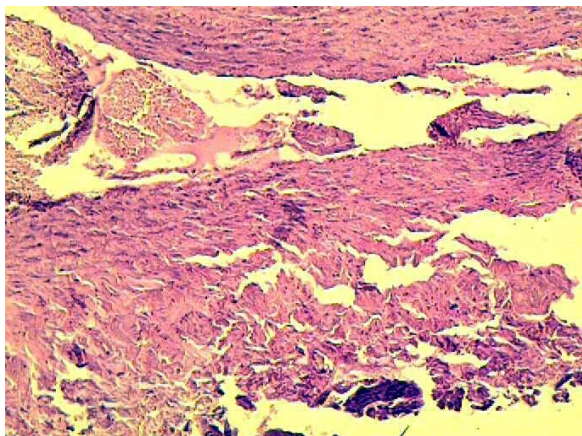
Портал босим кўрсаткичи 1-гуруҳда – 337 мм.сув.уст., 2-гуруҳда – 362 мм.сув.уст., 3-гуруҳда эса – 352 мм.сув.уст. ни ташкил қилди. Эътиборга молик жиҳати шундаки, барча гуруҳларда портал босим кўрсаткичлари деярли ўхшаш бўлишига қарамай, *v.portae* ва *v.lieanalis* диаметрлари орасида сезиларли фарқ аниқланди. Биринчи гуруҳда портал вена диаметри 14,5 мм, иккинчи гуруҳда – 13,7 мм, учинчи гуруҳда эса – 13 мм ни ташкил қилди. Талоқ венаси диаметрининг барча кўрсаткичлари ҳисобга олиб таққослаганда ҳам сезиларли фарқ юзага келиб, энг кичик диаметр катта ёш гуруҳига тўғри келди.

Бу далил шуни кўрсатадики, жигар циррозини портал гипертензия билан бирга ривожланиши спленоренал ҳавзанинг томир тизимини компенсатор кенгайишига олиб келади, бунинг даражаси эса, ўз навбатида, ёш омилига боғлиқ. Ўсиб бораётган портал гипертензияни компенсация қилиш эҳтимоли 30 ёшгача бўлган жигар циррози билан беморлар гуруҳида энг юқори бўлиб, бу бир ҳил босим кўрсаткичларида катта ёшдаги беморлар гуруҳига нисбатан *v.portae* ва *v.lienalis* ( $P<0,05$ ) диаметрининг сезиларли катталашishiга, спленомегалия даражасига ( $P<0,001$ ) ва ҚОВКВдан қон кетиш такрорийлигининг энг кам кузатилишига асос бўлади.

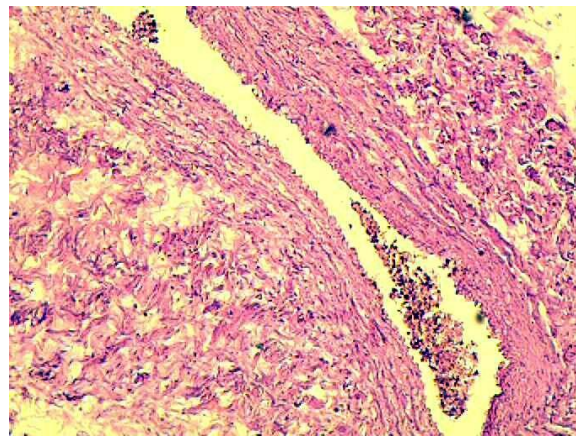
Ёшга боғлиқ бундай ўзгаришлар сабабини аниқлаш учун навбатдаги босқичда жигар циррозли беморларда портокавал ҳавза веналарининг ангиоархитектониқаси ва гистоструктурасидаги ўзгаришларнинг ўзига хослиги таҳлил қилинди. Ёруғлик оптик, электрон микроскопия ва морфометрик текширувларни қўллаган ҳолда олиб борилган комплекс текширувлар шуни кўрсатдики, турли ёш гуруҳларига тегишли беморлар веналари девори орасида яққол фарқ мавжуд. Талоқ венаси деворлари орасидаги фарқ, асосан, венанинг аъзога яқин қисми деворининг қалинлигидадир. Бу фарқ, асосан, ташқи девор эвазига юзага келиб, унинг қалинлиги ёш беморларда венанинг эркин қисмига нисбатан деярли икки баробар қалин бўлади. Ёш ўтиши билан эса бу фарқ янада катталашиб боради. Катта ёшли беморлар гуруҳида аъзога тегиб турувчи венанинг ташқи девори унинг эркин қисми ташқи деворига нисбатан 2,5 баробар қалин бўлади.

Талоқ венасининг ўзига хос хусусияти шундаки, девори ва унинг барча қаватлари қалинлиги унинг эркин қисми ва ошқозон ости безига тегиб турувчи қисмида турлича бўлишидир. Унинг аъзога тегиб турувчи қисми бирмунча қалинроқ. Бунинг сабаби, *t.adventitia* қаватининг сезиларли қалинлашиб кетиши бўлиб, айниқса, портал гипертензияли беморларда яққол намоён бўлади. Морфометрик изланишларнинг кўрсатишича, венанинг эркин қисми деворлари, жумладан, барча қатламлари деярли ўзгармайди. Аъзога тегиб турувчи қисм девори эса, юқорида таъкидланганидек, асосан,

t.adventitia ҳисобига қалинлашади. Ўз навбатида, қон томирлар бўшлиғи ҳам кенгаяди.



Талоқ венаси.  
Назорат. Г - Э 10 x 10



Талоқ венаси. Портал гипертензия,  
t.adventitia нинг қалинлашиши.  
Г - Э 10 x 10

### 1-расм. Талоқ венасининг нормал ва портал гипертензиядаги ҳолати

Ўз навбатида, юқори тутқич венасининг девори ҳам 2- ва 3-гуруҳларда қалинлашиши кузатилади. Ўтказилган морфологик текширувлар шуни кўрсатдики, портал гипертензияли жигар циррози билан беморларнинг портолиенал ҳавзаси веналари сезиларли ўзгаришларга учрайди ва унинг даражаси беморларнинг ёши билан узвий боғлиқ бўлиб, 50 ёшдан катта беморларда вена деворининг, айниқса, t.media ва t.adventitia қаватларининг қалинлашиши билан, 30 ёшдан кичик беморларда эса веналар бўшлиқларининг кенгайиши билан ифодаланади. Айнан шу омил портал тизим веналарининг ангиоархитектоникасидаги ёшга боғлиқ фарқларга асос бўлади.

Ўтказилган тажрибалар шуни кўрсатдики, ўрганилган веналар девори ёшга боғлиқ ҳолда катта ўзгаришларга учрайди. Бу ўзгаришлар қон томир девори қатламларининг қалинлашишида, айниқса, ўрта ва ташқи қатламлар ҳамда томир бўшлиғининг кенгайишида намоён бўлади. Бироқ талоқ венаси бўшлиғи диаметрининг вена деворини кенгайиши ҳисобига торайиши ва айна пайтда вена умумий диаметрининг ортиши кузатилади. Бу ҳолларда вена диаметрининг катталаниши, асосан, унинг деворларидаги, айниқса, ташқи қатламдаги қалинлашиш эвазига юзага келади.

Диссертациянинг «**Портал гипертензияли жигар циррози билан беморларда дистал спленоренал анастомоз натижаларининг таққослама таҳлили**», деб номланган тўртинчи бобда таҳлил уч гуруҳда ўтказилган: биринчи гуруҳ – ПСШнинг амалиётга тадбиқ қилиниш даври бўлиб, ўз ичига 1976-1991 йилларни олган; иккинчи гуруҳ – РИХМда ихтисослашган портал гипертензия жарроҳлиги бўлимини шакллантириш даври (1992-1998 йиллар); учинчи гуруҳ – ДСРА амалиётини такомиллаштириш ва шунтлашнинг ушбу турига бўлган кўрсатмаларни кенгайтириш даври. ПСШни амалиётга татбиқ қилиш боскичида ДСРАнинг улуши атиги 21%ни ташкил қилган, қолган

холларда анастомозларнинг, асосан, марказий турлари қўлланилган. Иккинчи даврда ДСРАнинг улуши 24%гача ўсди. Аини давр селектив анастомозларнинг устунлик қилиши билан ажралиб туради, уларнинг улуши 54%, охириги 4 йилда эса 67%гача кўтарилган. Катталарда ўтказилган ДСРА амалиётининг натижаларини 50 ёшгача бўлган беморлардаги натижалар билан таққослаш учун 285 та бемор уч гуруҳга бўлиб ўрганилди: 30 ёшгача, 31-49 ёшдаги ва 50 ёшдан катта беморлар гуруҳи. Барча беморларга селектив ПСШ амалиёти бажарилган.

Жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар орасида жигар етишмовчилиги ва энцефалопатия кўпроқ учради. Жумладан, ПСШни татбиқ қилиш даврида бу асоратлар, тегишли равишда, 23% ва 31%ни ташкил қилган бўлса, кейинчалик ДСРАга кўрсатмалар мувофиқлаштирилгандан сўнг, юқоридаги кўрсаткичлар 14% ва 17% гача пасайган. Ҳозирги кунга келиб эса, консерватив даво имкониятлари ва аини шунтлаш усулига нисбатан юқори йўналтирилган ёндашув эвазига жигар етишмовчилиги 7,3% холлардагина юзага келмоқда. Анастомозда тромбоз ривожланиш эҳтимоллиги 2,7%, қон кетиш эҳтимоллиги эса 5,2%ни ташкил қилди. Бугунги кунда эса бу асоратларнинг учраш даражаси сезиларли камайган. Ўлим билан тугаган ҳолатлар 39%, 9% ва ҳозирги кунга келиб 3,6%гача пасайган (1-жадвал).

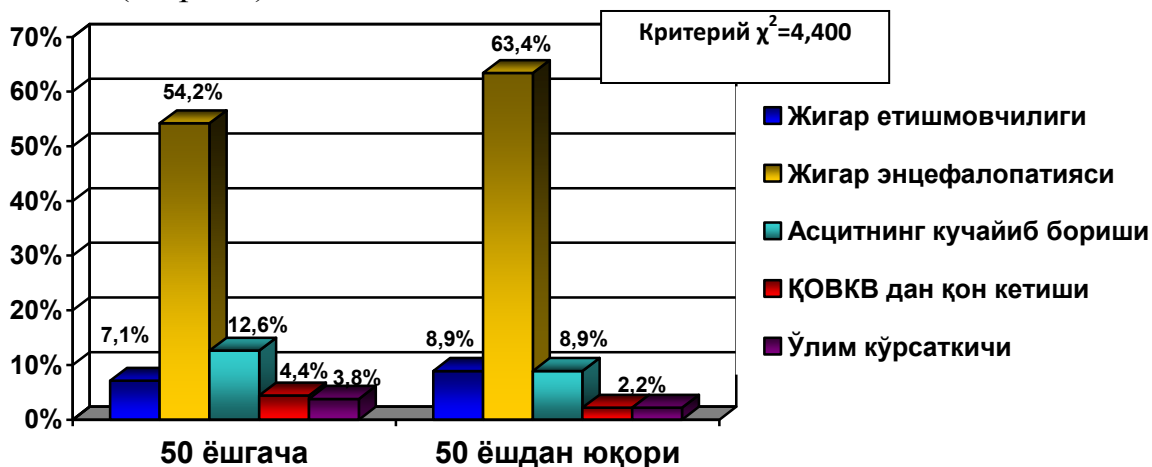
#### 1-жадвал

##### Шунтлашга хос, амалиётдан кейинги асоратлар даражаси

Асоратлар	1976-1991 йиллар	1992-1998 йиллар	1999-2016 йиллар	Умумий
Жигар етишмовчилиги	6 (23,1%)	5 (14,3%)	28 (7,3%)	39 (8,7%)
Энцефалопатия	8 (30,8%)	6 (17,1%)	35 (9,1%)	49 (11,0%)
Асцитнинг ўсиб бориши	5 (19,2%)	6 (17,1%)	47 (12,2%)	58 (13,0%)
Анастомоз тромбози	2 (7,7%)	2 (5,7%)	8 (2,1%)	12 (2,7%)
ҚОВКВдан қон кетиш	4 (15,4%)	3 (8,6%)	16 (4,2%)	23 (5,2%)

Селектив декомпрессия усулига нисбатан яқдил муносабатнинг йўқлиги сабабли дастлабки икки гуруҳдаги беморларда амалга оширилган ДСРА натижалари таҳлил қилинди, зеро дастлабки икки босқичда шунтлашнинг селектив усулини қўллаш борасида қуйидаги баҳсли саволлар мавжуд эди: қон кетишини бошдан кечирган юқори даражадаги портал гипертензияли беморларда – босимни пасайтириш самарадорлигининг пастлиги; асцит синдромининг авж олиш ҳавфи; катта ёш гуруҳдагиларда шунтлашдан кейинги асоратлар ривожланишининг юқори ҳавфи; талоқ венаси диаметридаги яққол ўзгаришлар «охири ёнига» туридаги анастомоз қўлланилишига тўсқинлик қилиши.

Ёшга боғлиқ ҳолда ДСРА натижаларининг таҳлили қуйидагиларни кўрсатди. Жигар циррози билан 50 ёшдан катта беморларда ПСШ амалиётини мувофиқлаштирилган кўрсатмаларга риоя қилган ҳолда бажарилган ҳолларда, амалиётдан кейинги асоратлар учраш хавфи 50 ёшгача бўлган беморларга нисбатан сезиларли юқори бўлмади. Кўрсаткичлар орасидаги фарқ кичик бўлган бир пайтда, ўлим даражаси 3,8% га 2,2% ни ташкил қилди. (2 - расм)



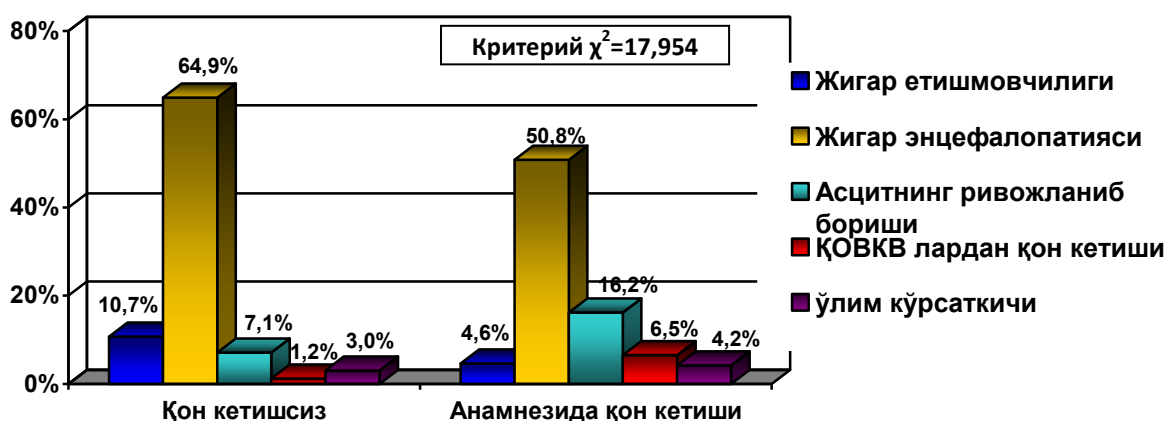
**2-расм. ДСРАга ҳос амалиётдан кейинги асоратларнинг беморлар ёшига боғлиқ ҳолда учраш даражаси.**

Навбатдаги келтирилган маълумотлар, анамнезида ҚОВКВдан қон кетган ва ПСШга қадар шиш-асцитли синдром аниқланган беморларда бажарилган ДСРА амалиётига тегишли натижалар ҳақида. Бу текширувнинг асосий вазифаси селектив шунтлаш амалиётининг портал тизимда босимни пасайтириш самарадорлигини баҳолашдан иборат эди, зеро юқорида санаб ўтилган омиллар, дастлабки икки босқичда, ДСРА амалиётига нисбий қарши кўрсатма деб ҳисобланган. Текширув ўз ичига 1999 - йилдан 2016 йилгача бўлган даврни олган. 385 та бемордан 216 та беморнинг анамнезида қон кетиш, 221 та беморда асцит ташхиси қўйилган.

Ўз-ўзидан кўришиб турибдики, содир бўлган қон кетиши ва ундан кейинги олиб борилган самарали реабилитация беморларда операциядан олдин жигарнинг компенсация ёки субкомпенсацияланган функционал ҳолатда бўлиши, жигарда тарқоқ жараён бўлишига қарамай фаолият кўрсатаётган гепатоцитлар ҳали ҳам сақланиб қолганидан далолат беради. Анамнезида қон кетиши бўлмаган беморларда ДСРА дан кейин жигар етишмовчилигининг ривожланиш эҳтимоллиги 11% ни ташкил қилди. Айти пайтда анамнезида қон кетиши кузатилган беморларда бу кўрсаткич 5% ни кўрсатди. Ўз навбатида, ДСРА дан кейин сақланиб қолган портал гипертензияга боғлиқ асоратлар улуши кескин қарама-қарши бўлиб чиқди. Зеро, асцитнинг кучайиши ва шунтлашдан кейинги эрта даврда қон кетиши каби асоратларнинг учраш эҳтимоллиги анамнезида қон кетиши кузатилган беморларда юқорирок бўлиб чиқди (3 - расм).

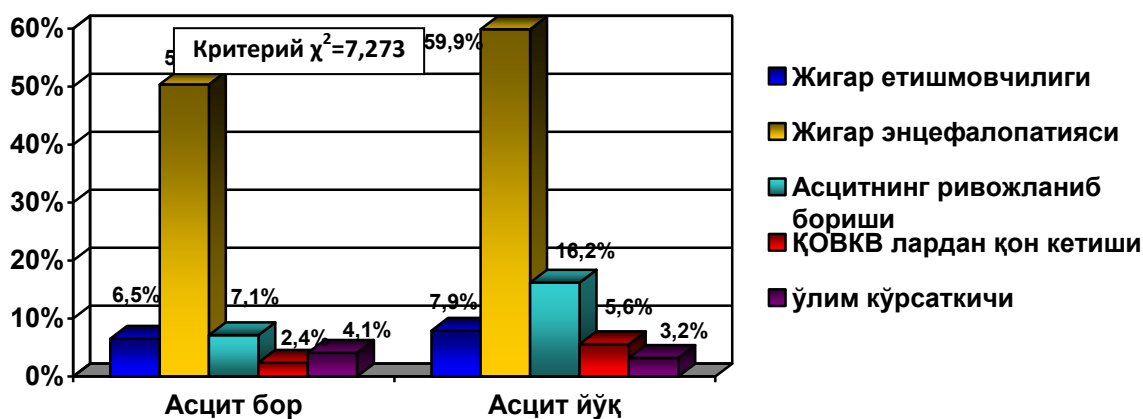


Албатта, юқори портал босимли беморларда селектив ДСРА нинг, амалиётдан кейинги эрта даврларда, босимни пасайтириш самарадорлиги етарлича бўлмаслиги мумкин, бироқ унинг муносиб ишлаши учун, дарвоза тизимидаги қон айланишини анастомоз томонга, гастролиенал ҳамда парапанкреатик соҳа коллатераллари орқали тўлиқ йўналишига зарур вақт талаб этилади. Бундай ҳолларда, ДСРА га қўшимча равишда чап ошқозон венасини (ЧОВ) боғлаш, амалиётдан кейинги эрта даврларда ҚМВКВ дан қон кетиш ҳавфини сезиларли даражада пасайтиради. 385 та бемордан 123 тасида ЧОВ боғланди. Қон кетиш эҳтимоли ЧОВ боғланмаган ҳолларда 5,3%, боғланган ҳолларда эса 1,6% ни ташкил қилди.



**3-расм. Анамнезида ҚОВКВдан қон кетган ва кетмаган беморларда ДСРА га ҳос амалиётдан кейинги асоратларнинг учраш эҳтимолиги**

Амалиётгача қон кетиш бўлган ва бўлмаган беморларда асоратлар тахлили бу омилга боғлиқ бўлган яққол фарқ йўқлигини кўрсатди. Бироқ шуни таъкидлаш жоизки, бу асоратнинг оғирлиги амалиётдан кейинги эрта даврда гепатоситларнинг функционал ҳолатига бевосита боғлиқ бўлади. Аксарият ҳолларда бу асорат жигар етишмовчилиги билан бирга ривожланган ва бундай пайтда амалиётдан кейинги реабилитация чораларига альбумин ва донор плазмасининг қўшилиши асцитнинг кучайишини тўхтатди ва секинлик билан унинг камайишига олиб келди (4-расм).



**4-расм. Амалиётгача бўлган даврда асцит бор ёки йўқ бўлган беморларда ДСРА га ҳос амалиётдан кейинги асоратларнинг учраш эҳтимолиги**



ДСРА нинг талокнинг ўлчамларига таъсирини ўрганиш шуни кўрсатдики, биринчи даражали спленомегалия билан беморларда талокнинг ҳажми амалиётнинг 15-кунига келиб 17% га, 6 ойдан сўнг 28% га камайган. Иккинчи даражали спленомегалияда эса талок ҳажми, тегишли равишда, 23% ва 38% га, бир йилдан кейин эса 41% га камайганлиги аниқланди. Учинчи даражали ва улкан спленомегалияда ДСРА амалиётдан сўнг талок ҳажми касалхонадан чиқариш даврида 20%га камайган, 6 ойдан сўнг 41%, 1 йилга келиб 47%га кичрайгани кузатилди.

ДСРА қўллашга таъсир қилувчи асосий ўзига хосликлардан бири бу талок венасининг диаметридир. Портал гипертензияли беморларда портал тизим веналарида сезиларли ўзгаришлар юз бериб, уларнинг орасида талок венасининг кенгайиб кетиши «охири ёнига» туридаги қон томир анастомозини қўйишга монелик қилиши мумкин.

Шундай қилиб, портал гипертензияли жигар циррози билан беморларда ДСРА амалиётининг портал тизимда босимни пасайтириш самарадорлиги нафақат ҚОВКВ дан қон кетиш ҳавфини камайтиради, балки спленомегалия синдромини ҳам амалиётдан кейинги эрта даврда 16,8-20,2% гача, амалиётдан кейинги бир йил муддатда эса 27,5%-47,4% гача турғун ( $P < 0,001$ ) пасайишини таъминлайди.

Ўтказилган изланишларга асосланиб, қуйидаги малумотларни келтириш мумкин: анамнезида ҚОВКВ дан қон кетиш омили бўлмаган жигар циррози билан беморларда ДСРА дан сўнг жигарга боғлиқ асоратлар учраш эҳтимоли юқори. Булар жигар етишмовчилиги – 10,7%, яширин ва клиник намоён бўлган жигар энцефалопатияси – 64,9%. Анамнезида қон кетиши бўлган жигар циррози билан беморларда эрта постгеморагик реабилитация даврида ва ПСШ га тайёрлаш даврида, жигарнинг компенсацияланган функционал ҳолати унда гепатоцитларнинг етарлича функционал захираси мавжудлигидан далолат беради ва ДСРА дан кейин жигар етишмовчилиги ҳавфини 4,6%гача, яширин ва клиник намоён бўлган жигар энцефалопатияси ҳавфини эса 50,8%гача камайишини таъминлайди.

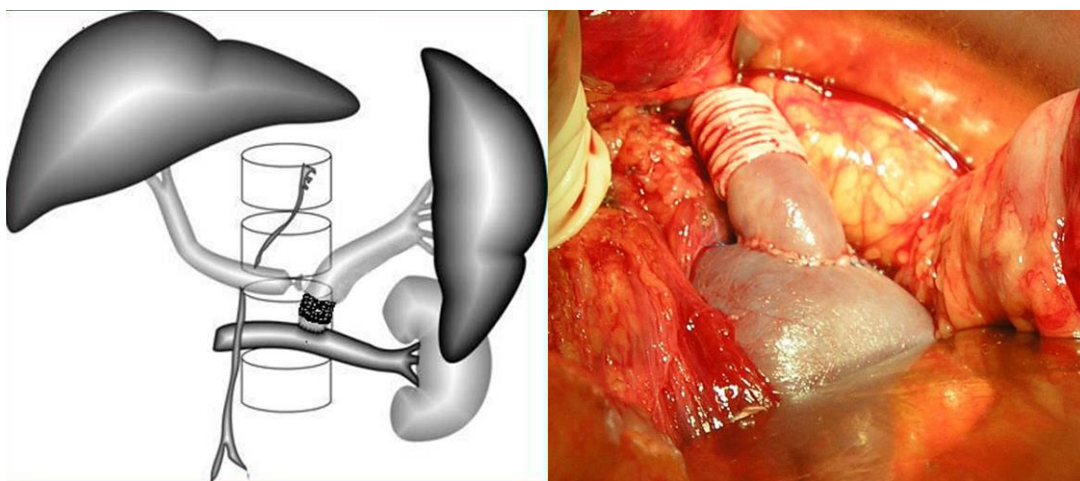
**Диссертациянинг «Дистал спленоренал анастомозни шакллантиришда портокавал қон оқимини чегаралаш мақсадида оригинал усулни татбиқ қилиш», деб номланган бешинчи бобида портокавал қон оқимини чегаралаш усулини татбиқ қилиш натижалари келтирилган.**

ДСРА қўллашга таъсир қилувчи асосий ўзига хосликлардан бири бу талок венасининг диаметридир. Портал гипертензияли беморларда портал тизим веналарида сезиларли ўзгаришлар юз бериб, уларнинг орасида талок венасининг кенгайиб кетиши «охири ёнига» туридаги томир анастомозини қўйишга монелик қилиши мумкин.

Бизнинг бўлимда 1998 йилда портокавал қон оқимини чегаралаш мақсадида оригинал услуб – чегараловчи манжета ишлаб чиқилган ва татбиқ қилинган. Шу мақсадда марказий ПСШ да қўлланилган дакронли қон томир протезидан фойдаланилган. Дастлаб бу усул марказий ПСШ да ишлатилган бўлиб, асосан, қонни қўп миқдорда портал тизимдан пастки кавак вена

тизимига ўтиб кетиши ва оқибатда жигар етишмовчилиги ҳамда шунт тромбози ривожланишини олдини олиш мақсадида қўлланилган. Аммо бу усулни доим ҳам қўллаш мумкин эмас, чунки, кўпчилик беморларга марказий эмас, айнан селектив ДСРА бажариш лозим.

Текширувнинг асосий мақсади, бир томондан, талоқ венасида яққол ўзагаришлар бўлган ва қизилўнгачдан қон кетиш ҳавфи юқори бўлган беморларда селектив ДСРА қўллаш имкониятларини баҳолаш бўлса, бошқа томондан, дарвоза венасидаги қоннинг асосий қисмини анастомоз орқали оқиб ўтишига йўл қўймаслик ҳисобланади. Қон оқимини чегаралаш диаметри 10-12 мм бўлган манжета ёрдамида амалга оширилиб, дастлаб уни талоқ венаси устидан ўтказилади, сўнгра олиб келувчи қон томир ва буйрак венаси орасида тўлиқ анастомоз бўшлиғи ҳосил қилинади (5 - расм).



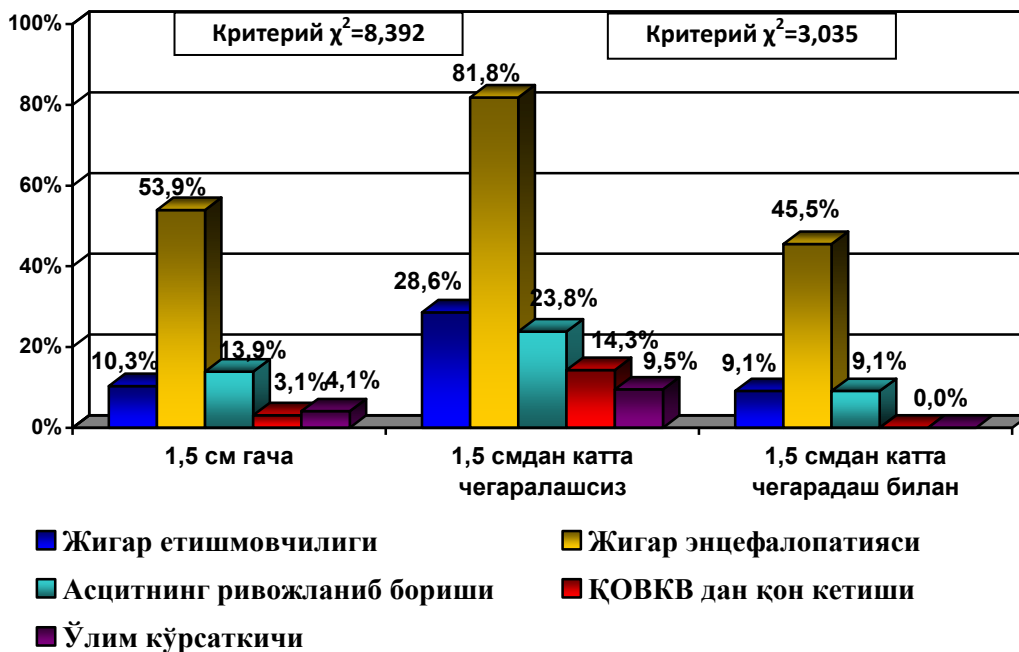
**5-расм. Чегараловчи манжета билан дистал спленоренал анастомоз.**

Таклиф қилинган усулнинг услубий натижаси талоқ венасидаги яққол ўзгаришларда (15 мм дан катта) ДСРА нинг салбий оқибатларини йўқотишдан иборат бўлиб, гастролиенал ҳавзада босимни селектив пасайтиришни амалга оширишга имкон берувчи бир қанча омилларнинг йиғиндиси билан асосланади. Жумладан, буйрак венасида талоқ венаси диаметрига мос келувчи овал дарчанинг очилиши; талоқ венаси устидан, анастомоз чизиғидан 1,0-2,0 смга чекиниб, 10-12мм диаметрга эга 1,0-1,5 см узунликдаги дакрон протез бўлаги қўйилади.

Чегараловчи манжетали ДСРАнинг натижаларини таққослаш мақсадида биз 2008 йилдан 2016 йилгача жарроҳлик амалиёти қўлланган 237 та бемордан ташкил топган учта гуруҳ туздик: талоқ венаси диаметри 1,5 см гача бўлганида ДСРА – 194 та бемор, талоқ венаси диаметри 1,5 см дан катта бўлганида чегаралашсиз ДСРА – 21 та бемор, талоқ венаси диаметри 1,5 см дан катта бўлганида чегараловчи манжета билан ДСРА – 22 та бемор.

Талоқ венаси катта бўлган беморларда оригинал чегараловчи усулни қўлламай туриб ДСРА амалиёти бажарилган ҳолларда жигар етишмовчилиги даражаси 29% ни ташкил қилди, айти пайтда талоқ венаси диаметри 1,5 см гача бўлган ва 1,5 см дан катта бўлиб, чегараловчи манжета қўлланилган беморларда жигар етишмовчилиги даражаси деярли ўхшаш бўлди ва 10% ни

ташқил қилди. Кенгайган талоқ венаси ва манжетасиз ДСРА қўлланилган беморларнинг 14% қисмида қизилўнғач веналаридан амалиётдан кейинги эрта даврда қон кетиши кузатилди, 1,5 см дан кичик диаметрга эга талоқ веналарида бажарилган ДСРА амалиётидан сўнг эса – бор йўғи 3,1% беморларда бу асорат кузатилган. Чегараловчи манжета қўлланилган гуруҳда эса, қон кетиши ва ўлим ҳолатлари умуман қайд қилинмаган (6-расм).



**6-расм. ДСРАга хос амалиётдан кейинги асоратларнинг талоқ венаси диаметрига боғлиқ ҳолда учраши**

Навбатда ДСРА нинг ҚОВКВ кичрайишига нисбатан умумий самарадорлиги келтирилган. Кўпчилик беморларда варикоз даражасининг пасайиши кузатилган. Босимни пасайтиришнинг юқори самарадорлиги (ҚОВКВ I даража, бўшаб қолган веналар ёки вена суратининг кучайиши) 3 ойгача бўлган муддатда 57% беморда кузатилган.

Кўп йиллик малака ДСРА дан кейин умумий яшаб қолиш кўрсаткичи бўйича муқаддам бажарилган изланишлар натижаларини тўлдириш имконини берди. Амалиётдан кейинги 1 йил муддатда ўлим кўрсаткичи 12,5% ни, 1 йилдан 3 йилгача муддатда эса 15% ни ташқил қилди. Каплан-Меер усули бўйича кўрсаткичлар қуйидагича: 1 йилгача – 87,5%, 5 йилгача – 74,4%, 5 йилдан кўп – 71,3%.

Шундай қилиб, ҳозирги даврда ДСРА шунтлашнинг универсал турига киритилиши мумкин. Талоқ ва буйрак веналарининг қулай ангиоархитектоникаси, яққол цирроз жараёнининг йўқлиги ва компенсатор фаолият кўрсатаётган гепатоцитларнинг мавжудлиги каби оптимал шароитлар бўлса, портал тизимда босимни пасайтириш усуллари орасида шунтлашнинг бу тури биринчи даражали бўлиши мумкин.

## ХУЛОСА

1. Ривожланиб бораётган портал гипертензияни спленопортал тизим веналарининг кенгайиши эвазига компенсация қилиш 30 ёшгача бўлган жигар циррози билан беморларга хос бўлиб, бир ҳил босим кўрсаткичларида бу омил улардаги *v.portae* ва *v.lienalis* нинг кенгайиши билан намоён бўладиган томир ўзгаришларининг бошқа ёш гуруҳларига нисбатан кучлироқ бўлишини ( $P<0,05$ ), спленомегалия даражасини ( $P<0,001$ ) ва ҚОВКВдан қон кетиш эҳтимоллигининг энг камлигини асослайди.

2. 50 ёшдан катта беморларда портал гипертензияли жигар циррозининг ривожланишидаги ўзига ҳосликлар қуйидагилардан иборат: спленопортал ҳавза веналарида компенсатор имкониятларнинг пастлиги ва ўз навбатида *v.portae* ва *v.lienalis* ларнинг деярли кенгаймаслиги ( $P<0,01$ ), кичик даражадаги спленомегалия ёки унинг бўлмаслиги ( $P<0,02$ ) каби омиллар, юқори портал босим тасирида ҚОВКВлардан қон кетиш эҳтимоллигини жуда ошириб юборди - 61,1% ( $P<0,05$ ).

3. Келтирилган морфологик изланишлар кўрсатадики, портал гипертензияли жигар циррози билан беморларда вена деворларининг тузулиши чуқур ўзгаришларга учрайди, уларнинг даражаси эса беморлар ёшига боғлиқ бўлиб, 50 ёшдан катталарда томир девори қатламларининг, айниқса *t.media* ва *t.adventitia* ларнинг, кенгайиб кетиши кузатилади ( $P<0,05$ ), 30 ёшгача бўлган беморларда эса томирлар бўшлиғи кенгайди ҳолос ( $P<0,05$ ).

4. Жигар циррози билан беморларда декомпенсацияланган асцит фонида ДСРА амалиётини бажариш, амалиётдан кейинги эрта даврда асцитик синдромнинг турғун ривожланишига ( $P<0,05$ ) олиб келади (7,1% дан 16,2% гача), айти пайтда фаолият кўрсатаётган шунг фонида бу асоратнинг оғирлиги клиник жиҳатдан яққол намоён бўлмайди ва махсус даво-профилактик чоралар ёрдамида бемор аҳволини яхшилаш мумкин.

5. Анамнезида ҚОВКВ лардан қон кетиши кузатилган беморларда ДСРАни қўллаш, босимни селектив пасайтирилиши эвазига асоратнинг қайталаниш эҳтимолини 1,2% дан 6,5% гача оширади. Айти пайтда, амалиётни ЧОВ ни боғлаш билан бирга бажариш, эрта қон кетишлар эҳтимолини анамнезида қон кетиши бўлмаган беморларда 4,3% дан 1,9% га, анамнезида қон кетиши бўлган беморларда эса 6,2% дан 1,4% гача пасайтириш имконини беради.

6. Талоқ венасининг диаметри 1,5 см дан катталашиб кетган ҳолларда одатий ДСРА амалиётини қўллаш, ДСРАга хос амалиётдан кейинги асоратлар ривожланиш эҳтимолини сезиларли ошириб юборди ( $\chi^2=8,392$ ,  $df=5$ ,  $P<0,05$ ). Оригинал портокавал қон оқимини чегараловчи манжетани қўллаш методи билан қўлланган ДСРА амалиётлари салбий гемодинамик оқибатларни олдини олган ҳолда, асоратлар кўрсаткичини вена диаметри 1,5 см гача бўлган беморларда қўлланилган ДСРАдан кейинги асоратларга хос сонларгача пасайтиради.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.27.06.2017.Tib.49.01 при  
РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ ИМЕНИ  
АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА и ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
АКАДЕМИИ по ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

---

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ ИМЕНИ  
АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА**

**РАИМОВ САЛАХИДДИН АБДУЛЛАЕВИЧ**

**ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКОЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ  
СЕЛЕКТИВНОГО ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У  
БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**14.00.27 - Хирургия**

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

**ТАШКЕНТ - 2018**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №В2017.1.PhD/Tib110.**

Диссертация выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова.

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

<b>Научный руководитель:</b>	<b>Назыров Феруз Гафурович</b> доктор медицинских наук, профессор, академик
<b>Официальные оппоненты:</b>	<b>Акилов Хабибулла Атауллаевич</b> доктор медицинских наук, профессор <b>Хакимов Мурад Шавкатович</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Ведущая организация:</b>	<b>Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» (Российская Федерация)</b>

Защита диссертации состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного Совета DSc.27.06.2017.Tib.49.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова и Ташкентской медицинской академии (Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: [cs.75@mail.ru](mailto:cs.75@mail.ru), Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за №24). Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 года.  
(реестр протокола рассылки №\_\_ от \_\_\_\_\_ 2018 года).

**Х.К. Абралов**

Заместитель председателя научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук

**А.Х. Бабаджанов**

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

**А.В. Девятов**

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

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** По данным Всемирной организации здравоохранения «цирроз печени (ЦП) является причиной смерти почти 300 тысяч человек в год и по прогнозам в ближайшее десятилетие число пациентов, страдающих этим заболеванием, увеличится более чем на 60%»<sup>1</sup>. Самым частым и грозным осложнением ЦП с портальной гипертензии (ПГ) является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ). «Ежегодно в Республике Узбекистан регистрируется более 2000 случаев кровотечений из ВРВПЖ, при этом летальность при первом же эпизоде кровотечения может достигать 50%»<sup>2</sup>. По данным различных источников «летальность у больных ЦП при пищеводно-желудочных кровотечениях оценивается в 30-60%»<sup>3</sup>. В связи с этим все более остро ощущается потребность в пересмотре традиционных подходов к ведению этого крайне тяжелого контингента больных.

На мировом уровне развитие портальной хирургии, напрямую зависит от стремления достичь стойкого гемостаза с минимальными негативными последствиями после выполненных хирургических вмешательств, вне зависимости от тяжести клинического статуса пациента. Важной задачей является исследование особенностей ангиоархитектоники и морфологический анализ гистоструктуры вен портолиенального бассейна у больных ЦП с ПГ различного возраста. На сегодняшний день актуальными остаются вопросы изучения результатов дистального спленоренального анастомоза (ДСРА) в этой группе больных в зависимости от возраста, исходной декомпенсации по асцитическому и геморрагическому синдромам. В том числе, немаловажным остаются вопросы разработки тактико-технических особенностей формирования ДСРА у больных с выраженной трансформацией селезеночной вены на фоне ПГ.

На сегодняшний день, в условиях реформирования системы здравоохранения, обеспечение высокого качества оказываемой медицинской помощи является одним из приоритетных направлений. В этом направлении, в частности, в диагностике осложнений ЦП и хирургическом лечении больных с ПГ, достигнуты положительные результаты. Вместе с тем для совершенствования системы оказания хирургической помощи больным ЦП с ПГ требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности дистального спленоренального анастомоза при ПГ в зависимости от возраста и степени сосудисто-паренхиматозной декомпенсации на фоне цирротического процесса. В стратегию действий по пяти приоритетным

---

<sup>1</sup> World Health Organization. Liver Cirrhosis: fact sheet no.125. World Health Organization website. 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs346/ru>, accessed March 12.

<sup>2</sup> Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р., Ирматов С.Х., Джуманиязов Д.А. Современное состояние хирургии портальной гипертензии в Узбекистане и перспективные направления её развития. // Журнал «Хирургия Узбекистана» 2017, №1, стр. 87-91

<sup>3</sup> Lin LL, Du SM, Fu Y, Gu HY, et al. Combination therapy versus pharmacotherapy, endoscopic variceal ligation, or the transjugular intrahepatic portosystemic shunt alone in the secondary prevention of esophageal variceal bleeding: a meta-analysis of randomized controlled trials. // Oncotarget. 2017 May 24. doi: 10.

направлениям развития Республики Узбекистан на 2017 - 2021 годы поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности<sup>1</sup>. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов хирургической коррекции ПГ у больных ЦП путем оптимизации показаний и совершенствования тактико-технических аспектов селективного портосистемного шунтирования, является одним из актуальных направлений.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» за № УП-4985 от 16 марта 2017 года, Постановлением Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за № ПП-3071 от 20 июня 2017 года, а также другими нормативно-правовыми документами, принятыми 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 V «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** «Развитие сосудистой хирургии ПГ в рамках возможного окончательного способа профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка остается актуальной проблемой хирургической гепатологии» (Манукьян В.Г.<sup>2</sup>, Лука А<sup>3</sup>). В своих исследованиях Fonio P. с соавт.<sup>4</sup> подчеркивает, что «в настоящий период различные гепатологические школы придерживаются разных мнений по выбору метода профилактики развития геморрагического синдрома у больных ЦП». Это подчеркивает неоднозначное отношение к этой проблеме, в структуре которой, по мнению Ettore GM<sup>5</sup> «приоритетным направлением научного поиска остается совершенствование комплексной диагностики больных ЦП, обеспечивающей детальную характеристику индивидуальных особенностей гепатопортальной гемодинамики и состояния функционального резерва печени».

По данным UNOS (United Network for Organ Sharing, Richmond, Virginia, USA)<sup>6</sup>, «несмотря на ежегодный рост количества трансплантаций печени, потребность в донорском органе удовлетворяется в лучшем случае на 25-

<sup>1</sup> Стратегия действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах.

<sup>2</sup> Манукьян В.Г. Выбор метода операции азиго-портального разобщения у больных циррозом печени и портальной гипертензией.: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Москва. - 2011. - 24 с.

<sup>3</sup> Luca A, Miraglia R, Caruso S et al. Short- and long-term effects of the transjugular intrahepatic portosystemic shunt on portal vein thrombosis in patients with cirrhosis. // Gut., 2011. - vol. 60. - pp. 846–52.

<sup>4</sup> Fonio P, Discalzi A, Calandri M, Doriguzzi Breatta A, et al. Incidence of hepatic encephalopathy after transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) according to its severity and temporal grading classification. // Radiol Med. 2017 May 16. doi: 10

<sup>5</sup> Ettore GM, Levi Sandri GB, Colasanti M, de Werra E, Lepiane P Distal pancreatectomy with splenorenal shunt to preserve spleen in a cirrhotic patient. // Ann Hepatobiliary Pancreat Surg. 2017 May;21(2):93-95.

<sup>6</sup> United Network of Organ Sharing, Policy 3.6.: Allocation of Livers. Oct 14, 2012.



50%. В процессе ожидания операции умирает 10-24% больных, из которых более четверти пациентов по причине кровотечений». По мнению Santarém OL «столь высокие показатели смертности обуславливают необходимость выполнения вмешательств, направленных на профилактику развития геморрагического синдрома, среди которых наиболее оптимальными считаются хирургические способы декомпрессии портальной системы»<sup>1</sup>. В своих исследованиях Orloff MJ, утверждает «ДСРА является одним из наиболее оптимальных видов портосистемного шунтирования с достаточной декомпрессией воротного бассейна, как правило, не приводящей к выраженной энцефалопатии и способствующей адекватной профилактике кровотечений из ВРВПЖ»<sup>2</sup>.

Проведенный анализ литературных данных свидетельствует о том, что результаты хирургического лечения больных ЦП с ПГ заметно улучшились, при этом, основной актуальной и определяющей проблемой остается разработка новых методов коррекции ПГ по средствам простых, эффективных, и в то же время абсолютно надежных в техническом исполнении и обеспечении методов портальной декомпрессии, что требует дальнейшего совершенствования лечебно-диагностической тактики.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках фундаментального научного проекта ФДСС 12-4 «Исследование патогенеза гепатодепрессии у больных циррозом печени в обеспечении органопротекции при хирургической коррекции портальной гипертензии» (2012-2016 гг.).

**Целью исследования** является улучшение результатов хирургической коррекции ПГ у больных ЦП путем оптимизации показаний и совершенствования тактико-технических аспектов селективного портосистемного шунтирования с учетом особенностей регионарной ангиоархитектоники сосудов portoкавального бассейна.

**Задачи исследования:**

исследовать особенности ангиоархитектоники портолиенального бассейна в зависимости от возраста больных ЦП с ПГ.

провести морфологический анализ особенностей гистоструктуры вен портолиенального бассейна в зависимости от возраста больных ЦП с ПГ.

изучить результаты ДСРА у больных ЦП с ПГ в зависимости от возраста больных, исходной декомпенсации по асцитическому и геморрагическому синдрому.

провести сравнительный анализ динамики метрических показателей синдрома спленомегалии у больных ЦП с ПГ после ДСРА.

<sup>1</sup> Santarém OL, Cleva Rd, Sasaya FM, Assumpção MS, Furtado MS, Julio Guedes Barbato A, Herman P. Left Ventricular Dilation and Pulmonary Vasodilatation after Surgical Shunt for Treatment of Pre-Sinusoidal Portal Hypertension. // PLoS One. 2016 Apr 27;11(4):e0154011

<sup>2</sup> Orloff MJ, Vaida F, Haynes KS, Hye RJ, Isenberg JJ, Jinich-Brook H. Randomized controlled trial of emergency transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus emergency portacaval shunt treatment of acute bleeding esophageal varices in cirrhosis. // Gastrointest. Surg., 2012. - vol. 16, N 11. - pp. 2094-111.

усовершенствовать тактико-технические особенности формирования дистального типа шунтирования у больных с выраженной трансформацией селезеночной вены на фоне ПГ.

**Объектом исследования** явились 446 с ПГ, оперированных в отделении хирургии печени и желчных путей за период с 1976 по 1992 гг. и отделении хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны РСЦХ им. акад. В.Вахидова за период с 1992 по 2016 гг. включительно. Всем больным выполнено наложение дистального спленоренального анастомоза. Основным объектом исследования явился многофакторный анализ качества диагностики и хирургического лечения больных ЦП с ПГ.

**Предмет исследования** составляют анализ эффективности хирургической тактики в остановке, а также профилактике кровотечений портального генеза с применением современных высокотехнологичных методов хирургической помощи с использованием новой оригинальной методики ограничения портокавального сброса при формировании ДСРА.

**Методы исследований.** Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, инструментальные (ультразвуковые, эндоскопические, ангиографические и радионуклидные методы исследования), морфологические и статистические методы исследований.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

изучена эффективность ДСРА в зависимости от периода развития хирургии ПГ в Узбекистане с учетом этапного унифицирования тактико-технических аспектов выполнения этого типа декомпрессивных вмешательств;

оптимизированы ранее разработанные показания к селективному типу шунтирования в зависимости от индивидуальных особенностей больных ЦП;

определены особенности ангиоархитектоники и гемодинамики спленопортального русла при ЦП с ПГ в зависимости от возрастного фактора, оказывающие существенное влияние на частоту развития кровотечений из ВРВПЖ и технические аспекты выполнения ПСШ;

изучены особенности изменений гистоструктуры сосудов портальной системы в зависимости от возраста больных ЦП и доказано, что для пациентов старше 50 лет характерно более выраженное утолщение *t. media* и *t. adventitia*, а для пациентов до 30 лет - увеличение просвета вен спленопортального русла;

разработана оригинальная операция ограничения портокавального сброса при формировании ДСРА у больных ЦП с выраженной трансформацией селезеночной вены и расширением ее диаметра более 1,5 см.

**Практические результаты исследования:**

на основании морфометрических исследований изучена ангиоархитектоника и гистоструктура сосудов воротной системы, что позволило определить особенности прогрессирования ПГ в зависимости от возраста больных ЦП;

доказана возможность выполнения ДСРА в группах пациентов с наличием относительных противопоказаний к этому типу шунтирования, в частности в старшей возрастной группе больных ЦП с ПГ, среди пациентов с перенесенным кровотечением из ВРВПЖ в анамнезе или наличием асцитического синдрома;

по динамической оценке метрических показателей селезенки определена эффективность ДСРА в отношении регресса степени синдрома спленомегалии;

применение оригинальной методики ограничения портокавального сброса при формировании ДСРА у больных с выраженной трансформацией селезеночной вены и расширением ее диаметра более 1,5 см позволило снизить риск развития специфических послеоперационных осложнений и негативных гемодинамических последствий.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов исследования подтверждена примененными современными, широко используемыми в практике клиническими, морфологическими, статистическими методами. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

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

Теоретическая значимость полученных результатов исследования заключается в том, что полученные соискателем положения, выводы и предложения вносят существенный вклад в изучение клинико-функциональных особенностей течения ЦП, осложненного синдромом ПГ с риском развития или рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Отдельные результаты работы могут быть использованы в целях совершенствования содержания и структуры программы обучения студентов, а также магистров и клинических ординаторов по диагностике и лечению больных ЦП.

Практическая ценность работы заключается в том, что основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы при диагностике и лечении больных ЦП в медицинских учреждениях различного уровня. Применение оригинальной методики ограничения портокавального сброса при формировании ДСРА у больных с выраженной трансформацией селезеночной вены и расширением ее диаметра более 1,5 см позволило снизить риск развития специфических послеоперационных осложнений и негативных гемодинамических последствий. Проведенный анализ по частоте развития кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка позволил определить потенциальную необходимость в выполнении различных хирургических вмешательств для профилактики этого осложнения, включая радикальное лечение.

**Внедрение результатов исследования.** По результатам научного исследования по улучшению результатов лечения больных ЦП с ПГ:

разработан «Способ ограничения портокавального сброса при сосудистом портосистемном шунтировании» (Заключение Министерства здравоохранения № 8Н-д/56 от 15 ноября 2017г.) позволивший нивелировать негативные гемодинамические последствия при трансформации селезеночной вены с расширением диаметра сосуда более 1,5 см со снижением частоты осложнений до средних значений, характерных для ДСРА с диаметром селезеночной вены до 1,5 см.

методическая рекомендация «Плановая хирургия осложнений портальной гипертензии» внедрены в практику здравоохранения (Заключение Министерства здравоохранения № 8Н-д/56 от 15 ноября 2017г.). Лечение пациентов ЦП с ПГ согласно рекомендациям позволило оптимизировать тактику лечения, снизить частоту послеоперационных осложнений, уменьшить риск рецидивов пищеводных кровотечений.

полученные научные результаты диссертационной работы по улучшению качества диагностики и лечения больных ЦП с ПГ внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в практическую деятельность АО «РСЦХ им.акад. В.Вахидова», Бухарского, Самаркандского Городских многопрофильных медицинских центров, Каракалпакского Республиканского многопрофильного медицинского центра, а также в учебный процесс Самаркандского, Бухарского Государственных Медицинских Институтов, Нукусского филиала Ташкентского Педиатрического Медицинского Института (Заключение Министерства здравоохранения № 8Н-д/56 от 15 ноября 2017г.). Полученные результаты исследования позволили улучшить качество диагностики больных ЦП с ПГ, уменьшить риск рецидивов пищеводных кровотечений с 30,1% до 19,5%, риск возникновения печёночной энцефалопатии в постшунтовый период с 30% до 12% и на 15% сроки пребывания больных в стационаре.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены, в том числе, на 5 международных и 8 республиканских научно-практических конференциях.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 15 научных работ, в том числе 7 журнальных статей, 3 из которых в республиканских и 4 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, пяти глав, выводов, списка цитированной литературы и приложений. Объем текстового материала составляет 120 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, приводится научная новизна и научно-практическая значимость результатов,

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

В первой главе **«Современное состояние проблемы хирургического лечения больных циррозом печени с портальной гипертензией»** приведен обзор литературы, состоящий из трёх подглав, в которых приводятся сведения о современном состоянии проблемы циррозов печени. ДСРА является одним из наиболее часто выполняемых типов сосудистого шунтирования у больных с портальной гипертензией. Однако, несмотря на его универсальность и множество исследований с положительной оценкой, остаются до конца нерешенными вопросы о возможностях применения этого типа декомпрессии в зависимости от выраженности ПГ, особенностей сосудистой трансформации селезеночной вены в различных возрастных группах. Также спорным вопросом остается возможность наложения ДСРА в условиях выраженного расширения селезеночной вены и вероятности развития депортализации воротного бассейна, что соответственно требует совершенствования технических особенностей в аспекте профилактики этого осложнения.

Во второй главе **«Общая характеристика клинического материала и использованных методов исследования»** приведена характеристика материалов и методов исследования. В РСЦХ им.акад.В.Вахидова за период 1976-2016 гг включительно различные варианты ПСШ выполнены у 981 пациента с ПГ. Работа основана на анализе проведенных исследований у 446 больных с ПГ, оперированных за период с 1976 по 2016 гг включительно. Всем больным выполнено наложение ДСРА. Из 446 больных – 283 были лица мужского пола (63,4%), и – 163 женского пола (36,6%). В 84% случаев оперированы больные молодого и юношеского возраста. Средний возраст составил 31 год.

Среди всех больных 63% имели один или несколько эпизодов кровотечения в анамнезе. Согласно классификации А.Г. Шерцингера варикозное расширение вен I степени было отмечено у 5%, II степени у 59% и III степени у 36%. Всем больным выполнено наложение дистального спленоренального анастомоза. Для обследования больных производились следующие инструментальные методы исследования: фиброэзофагогастроскопия, гепатосцитиграфия, ультрасонография, ангиография (спленопортография). Также для морфометрической оценки гистоструктуры сосудов воротного русла и системы левой почечной вены применена светооптическая и электронная микроскопия сосудистой стенки.

В третьей главе диссертации **«Особенности ангиоархитектоники вен портокавального бассейна в условиях портальной гипертензии у больных циррозом печени»** приведен анализ особенностей изменения ангиоархитектоники воротного бассейна в условиях ПГ в зависимости от возраста больных, которым планировалось ПСШ. Больные были разделены на три возрастные группы: группа 1 - до 30 лет; группа 2 - 31-49 лет и группа 3 - старше 50 лет. По фактору риска развития кровотечения была получена достоверная разница между группами. Так, для второй группы, этот

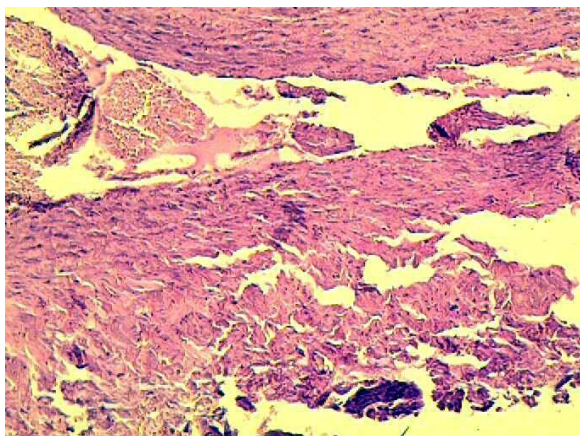
показатель вырос по отношению к группе 1 с 42% до 59%, а в третьей группе увеличился до максимальных значений, составив 82%.

Уровень портального давления составил в группе 1 - 337 мм.вод.ст., в группе 2 - 362 мм.вод.ст., в группе 3 - 352 мм.вод.ст. Интересным представляется тот факт, что фактически при равноценном уровне портального давления диаметры *v.portae* и *v.lienalis* имели существенную разницу. В первой группе диаметр портальной вены составил 14,5 мм, во второй группе – 13,7 мм, а в третьей группе диаметр оказался наименьшим - 13 мм. При сравнении диаметра селезеночной вены по всем сопоставляемым параметрам получено достоверно отличие с формированием минимального диаметра в старшей возрастной группе. Интересным представляется тот факт, что фактически при равноценном уровне портального давления (достоверно не отличалось между группами) диаметры *v.portae* и *v.lienalis* имели существенную разницу.

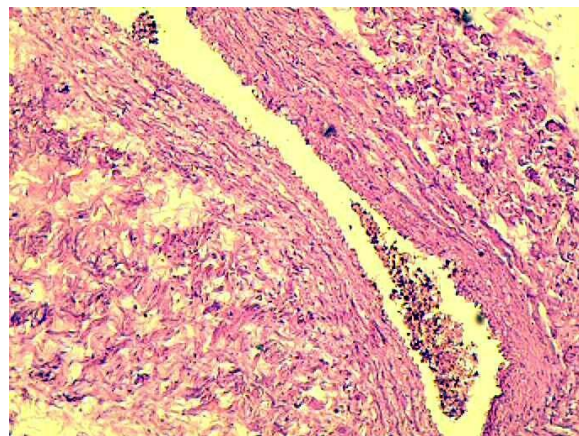
Этот факт доказывает, что прогрессирование ЦП с ПГ приводит к компенсаторному расширению сосудистого русла спленопортального бассейна, выраженность которого зависит от возрастного фактора. Так, максимальная вероятность компенсации нарастающей ПГ характерна для пациентов с ЦП до 30 лет, что доказывает достоверное увеличение диаметра *v.portae* и *v.lienalis* ( $P < 0,05$ ), степени спленомегалии ( $P = 0,001$ ) и меньшая частота перенесенных кровотечений из ВРВПЖ ( $P < 0,05$ ) на фоне равнозначного показателя уровня портального давления по отношению к старшим возрастным группам

Для верификации причин этих возрастных различий следующим этапом проведен анализ особенностей изменений ангиоархитектоники и гистоструктуры вен портокавального бассейна при ЦП. Комплексные исследования с помощью светооптической, сканирующей электронной микроскопии и морфометрии показали, что имеются существенные различия в строении стенок вен у пациентов различных возрастных групп. В селезеночной вене отмечаются различия в толщине той части сосуда, которая прилагает к органу. Эти отличия обусловлены, главным образом, за счёт наружной оболочки, которая у молодых пациентов почти два раза толще, чем свободная часть. С возрастом эти различия усугубляются. В группе взрослых пациентов наружная оболочка, прилежащая к органу почти в 2,5 раза толще, чем в свободной части сосуда.

Отличительной особенностью селезеночной вены является то, что толщина стенки и всех её слоев в свободной её части и части прилежащей к поджелудочной железе неодинакова. Она гораздо шире в части, прилежащей к органу. Это обусловлено существенным возрастанием толщины *t. adventitia*, что особенно ярко проявляется при ПГ (рис. 1). Толщина свободной части стенки селезеночных вен и всех её оболочек, как показали морфометрические исследования, практически не увеличивается. Отмечаемое существенное увеличение толщины стенки, прилежащей к органу, обусловленное, главным образом, гиперплазией *t. adventitia*. Расширяются и просветы сосудов.



Селезёночная вена.  
Контроль. Г-Э 10x10



Селезёночная вена. Портальная гипертензия, утолщение t. adventitia.

**Рис.1. Селезёночная вена в норме и при портальной гипертензии**

В верхней брыжеечной вене также имеет место выраженное утолщение наружной оболочки во 2 и 3 группе. Проведенные морфологические исследования показали, что в условиях ЦП с ПГ структура стенок вен портолиенального бассейна претерпевает существенные изменения, выраженность которых зависит от возраста больных и для пациентов старше 50 лет характеризуется более выраженным утолщением оболочек, особенно t. media и t. adventitia, а для пациентов до 30 лет - увеличением просвета вен. Этот фактор и обуславливает формирование возрастных различий в ангиоархитектонике сосудов портальной системы.

Проведенные исследования показали, что структура стенок изученных вен претерпевает существенные возрастные изменения. Эти изменения заключаются в утолщении оболочек, особенно средней и наружной, увеличении просвета вен. Однако в селезёночных венах отмечается уменьшение поперечных размеров просветов, из-за их спадения, при увеличении поперечника в целом. Увеличение поперечника в этих венах происходит, главным образом, за счёт утолщения самих стенок и в большей мере, за счёт утолщения наружного слоя.

В четвертый главе освещен **«Сравнительный анализ результатов дистального спленоренального анастомоза у больных циррозом печени с портальной гипертензией»**. Анализ проведен в трех группах исследования: первая группа – этап внедрения ПСШ, который охватил период с 1976 по 1991 гг; вторая группа – этап формирования специализированного подразделения хирургии ПГ в РСНПМЦХ (1992-1998 гг); третья группа – этап совершенствования методики наложения ДСРА и расширение показаний к этому типу шунтирования. На этапе внедрения ПСШ удельный вес ДСРА составлял всего 21%, в остальных случаях в подавляющем большинстве были наложены центральные виды анастомозов. Во второй период доля ДСРА возросла до 24%. Настоящий период характеризуется доминированием селективных анастомозов, доля которых достигла 54%,



причем за последние четыре года еще увеличилась до 67%. Для сравнения результатов ДСРА у больных старшего возраста по отношению к пациентам до 50 лет изучены три возрастные группы у 285 больных: до 30 лет, 31-49 лет и 50 лет. Во всех случаях больным выполнено селективное ПСШ.

Наиболее частыми послеоперационными осложнениями были печеночная недостаточность и энцефалопатия. При этом если на этапе внедрения ПСШ частота указанных осложнений достигала 23% и 31% соответственно, то в дальнейшем после стандартизации показаний к ДСРА их частота снизилась до 14% и 17%, а в настоящий период на фоне возможностей консервативной терапии и строго индивидуализированного подхода к этому типу шунтирования печеночная недостаточность развивается в 7,3% случаев. Частота развития тромбоза анастомоза составила 2,7%, кровотечения – 5,2%. При этом в настоящий период эти осложнения наблюдаются заметно реже. Частота фатальных исходов составила 39%, 9%, и в настоящий период снизилась до 3,6% (табл. 1).

**Таблица 1**

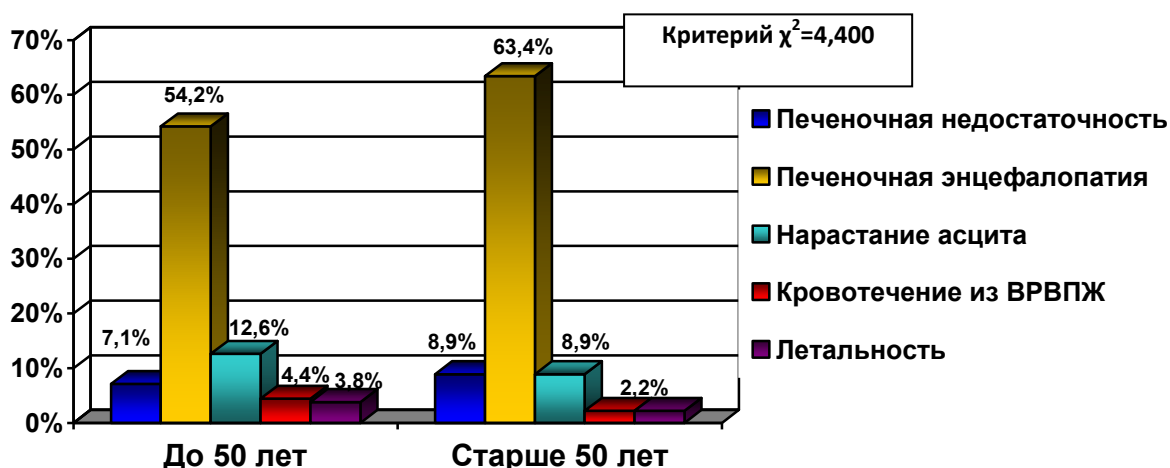
**Частота специфических постшунтовых осложнений**

Осложнение	1976-1991 гг.	1992-1998 гг.	1999-2016 гг.	Всего
Печеночная недостаточность	6 (23,1%)	5 (14,3%)	28 (7,3%)	39 (8,7%)
Энцефалопатия	8 (30,8%)	6 (17,1%)	35 (9,1%)	49 (11,0%)
Наращение асцита	5 (19,2%)	6 (17,1%)	47 (12,2%)	58 (13,0%)
Тромбоз анастомоза	2 (7,7%)	2 (5,7%)	8 (2,1%)	12 (2,7%)
Кровотечение из ВРВПЖ	4 (15,4%)	3 (8,6%)	16 (4,2%)	23 (5,2%)

Учитывая неоднозначное отношение к селективному типу декомпрессии, проанализированы результаты ДСРА в группах пациентов, у которых на первых двух этапах возможность наложения этого варианта шунтирования оспаривалась по следующим причинам: Низкий декомпрессивный эффект – у больных с высокой ПГ, перенесших кровотечение в анамнезе; Риск прогрессирования асцитического синдрома; Высокий риск постшунтовых осложнений в старшей возрастной группе; Выраженная трансформация селезеночной вены по диаметру, что может препятствовать формированию анастомозов по типу конец в бок.

В зависимости от возраста больных анализ результатов ДСРА показал следующее. При соблюдении стандартизированных показаний к ПСШ для больных ЦП возраст пациентов старше 50 лет не несет достоверно большего риска по развитию специфических постшунтовых осложнений по отношению к группе до 50 лет. Показатели отличались незначительно, а уровень летальности составил 3,8% против 2,2% (рис. 2).





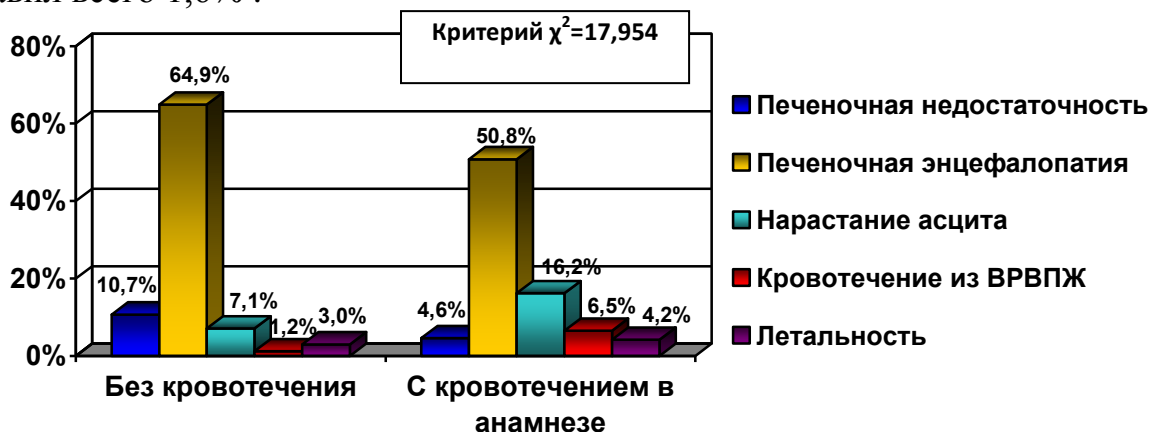
**Рис. 2. Частота специфических осложнений после ДСРА в зависимости от возраста больных**

Далее приведен результаты ДСРА у больных с наличием кровотечения из ВРВПЖ в анамнезе, а также среди пациентов с диагностированным до ПСШ отечно-асцитическим синдромом. Основной задачей этого исследования явилась оценка декомпрессивного эффекта селективного шунта, так как ранее указанные факторы в первые два периода считались относительными противопоказаниями к ДСРА. Исследование охватывает наблюдение на период с 1999 по 2016 гг. Из 385 больных в анамнезе кровотечения перенесли 216 пациентов. Асцит диагностирован в 221 случае.

Сам по себе факт состоявшегося кровотечения и хорошей постгеморрагической реабилитации больных с компенсированным или субкомпенсированным функциональным состоянием печени перед операцией говорит о том, что на фоне диффузного процесса еще сохранен функциональный резерв гепатоцитов. Так, в группе без кровотечения в анамнезе частота печеночной недостаточности после ДСРА составила 11%. Тогда как в группе с наличием геморрагического эпизода в анамнезе этот показатель составил – 5%. В свою очередь, доля осложнений со стороны остаточной ПГ после селективного ДСРА была радикально противоположной. Так, нарастание асцита и кровотечение в ранний период после шунтирования оказались выше в группе больных с кровотечением в анамнезе (рис. 3).

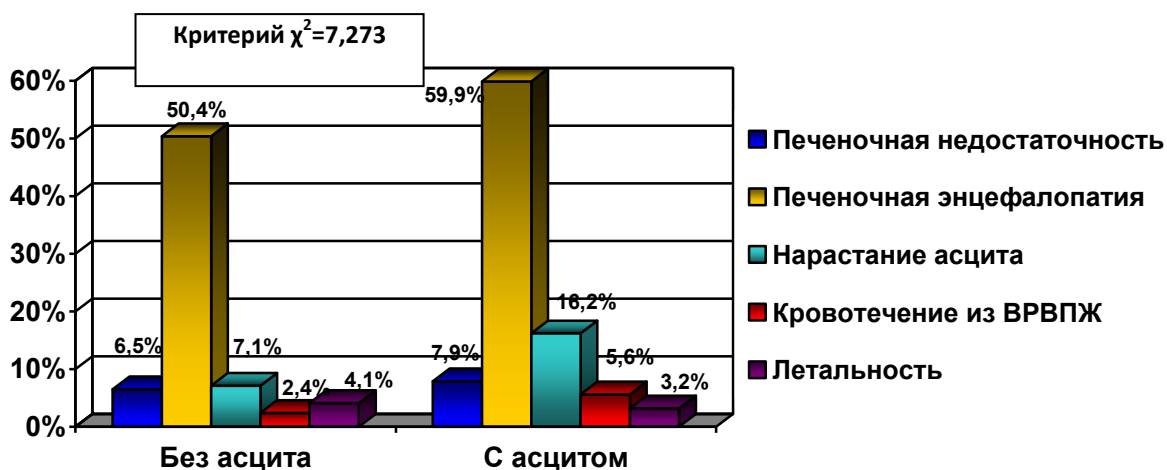
Соответственно селективный ДСРА у больных с высокой ПГ на ранних этапах после шунтирования может обладать недостаточным декомпрессивным эффектом, а для его адекватного функционирования потребуется временной период с трансформацией воротной гемодинамики в сторону анастомоза через коллатеральные сосуды гастролиенальной и парапанкреатической зоны. В этих случаях, дополнение ДСРА перевязкой левой желудочной вены (ЛЖВ) вены позволяет значительно снизить риск развития кровотечения из ВРВПЖ в ранний период. Из 385 больных ЛЖВ перевязана у 123 пациентов. Частота кровотечений без перевязки ЛЖВ

составила 5,3%, тогда как в группе с перевязанной веней этот показатель составил всего 1,6% .



**Рис. 3. Частота специфических осложнений после ДСРА у больных с отсутствием и перенесенным кровотечением из ВРВПЖ в анамнезе**

Анализ частоты осложнений у пациентов с наличием или отсутствием асцита до операции не показал существенных различий по этому признаку. Однако следует отметить, что тяжесть этого осложнения напрямую зависела от функционального статуса гепатоцитов в ранний постшунтовой период. Нередко это осложнение формировалось параллельно с развитием печеночной недостаточности и включение в этих ситуациях в комплекс послеоперационной реабилитации препаратов альбумина и донорской плазмы приводило к стабилизации и постепенному регрессу асцита (рис. 4).



**Рис. 4. Частота специфических осложнений после ДСРА у больных с отсутствием и наличием асцита до операции**

Изучение влияния дистального спленоренального анастомоза на динамику метрических показателей селезенки показало, что в среднем при первой степени спленомегалии объем селезенки уменьшился на 17% через 15 суток после ДСРА, а в последующем еще до 28% к 6 месяцу наблюдения. При второй степени объем уменьшился на 23% и 38% соответственно, а к

году наблюдения до 41%. При третьей степени и гигантской спленомегалии после ДСРА к моменту выписки объем уменьшился на 20%, к 6 месяцам наблюдения до 41% и к году до 47%.

Одной из особенностей, влияющих на вероятность наложения ДСРА, является диаметр селезеночной вены. В условиях ПГ сосуды воротной системы могут претерпевать существенные изменения, среди которых выраженная трансформация селезеночной вены по диаметру может препятствовать формированию анастомозов по типу конец в бок.

Таким образом, у больных ЦП с ПГ на фоне селективного шунтирования декомпрессивный эффект ДСРА позволяет не только значительно нивелировать риск развития кровотечения из ВРПВЖ, но и обеспечивает достоверный ( $P < 0,001$ ) регресс синдрома спленомегалии до 16,8-20,2% в ранние сроки после операции и до 27,5-47,4% в сроки через год после шунтирования.

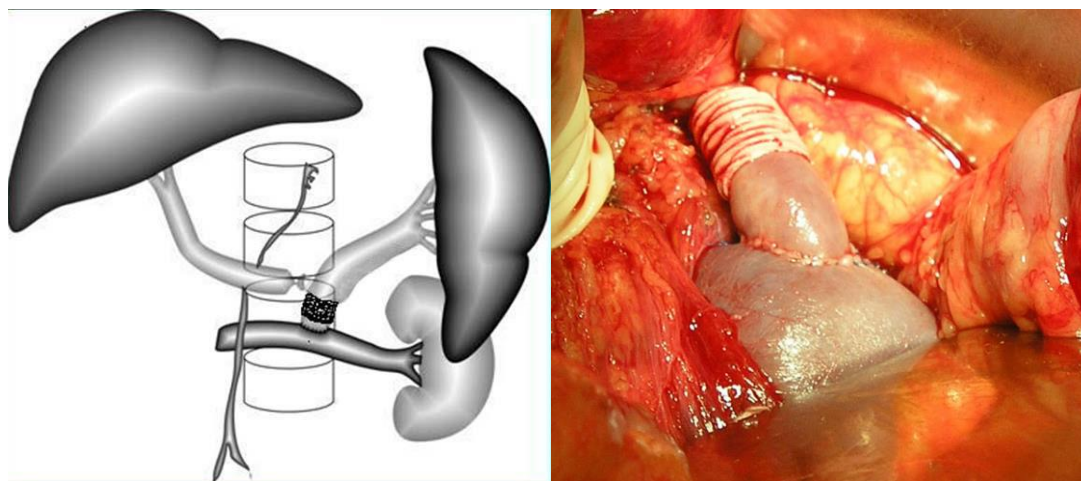
Проведенные исследования позволили резюмировать, что для больных ЦП с отсутствием в анамнезе фактора перенесенного геморрагического синдрома из ВРПВЖ характерен более высокий риск развития печеночных осложнений после ДСРА, достигающий 10,7% - по печеночной недостаточности и 64,9% - по латентной или клинически выраженной ПЭ. Для больных ЦП с состоявшимся кровотечением из ВРПВЖ, компенсированное состояние патологического процесса в печени в период ранней постгеморрагической реабилитации и при планировании ПСШ, свидетельствует о достаточном функциональном резерве гепатоцитов и обуславливает снижение риска развития печеночной недостаточности после ДСРА до 4,6% и латентной или клинически выраженной ПЭ до 50,8%.

**В пятой главе «Внедрение оригинальной методики ограничения портокавального сброса при формировании дистального спленоренального анастомоза»** приведены результаты внедрения оригинальной методики ограничения портокавального сброса

Одной из особенностей, влияющих на вероятность наложения ДСРА, является диаметр селезеночной вены. В условиях ПГ сосуды воротной системы могут претерпевать существенные изменения, среди которых выраженная трансформация селезеночной вены по диаметру может препятствовать формированию анастомозов по типу конец в бок.

В нашем отделении в 1998 году разработана и внедрена оригинальная методика ограничения портокавального сброса при помощи манжеты ограничителя, выполненной из дакронового сосудистого протеза при формировании центральных типов ПСШ. Первоначально эта методика предназначалась только для формирования центральных типов анастомозов, а основной целью было предотвращение массивного портокавального сброса по шунту для снижения риска печеночной недостаточности и тромбоза анастомоза. Однако этот способ не всегда применим, так как большей части больных необходимо выполнение не центрального, а именно селективного ДСРА.

Задачей для исследования явилась оценка возможности применения этой методики при формировании селективного ДСРА у больных с выраженной трансформацией селезеночной вены и высоким риском пищевого кровотечения с одной стороны, и в качестве профилактики полной депортализации воротного кровотока, с другой стороны. Ограничение сброса осуществляется по тем же принципам при помощи сосудистой манжеты диаметром 10-12 мм, которая проводится поверх селезеночной вены, после чего формируется камера анастомоза на весь диаметр приводящего сосуда (рис. 5).



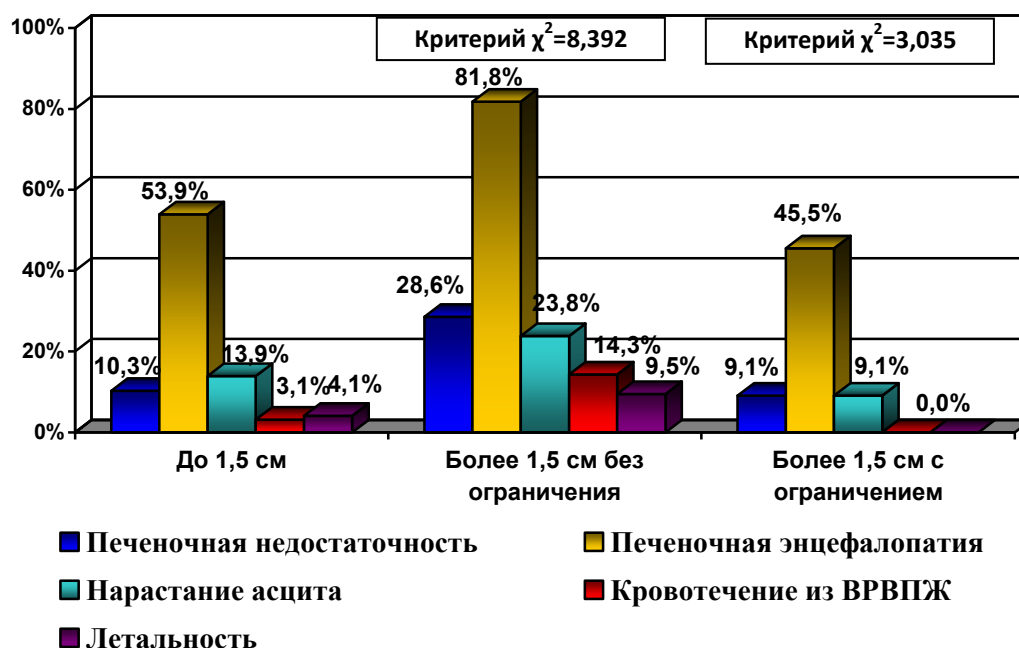
**Рис. 5. Дистальный спленоренальный анастомоз с ограничительной манжетой**

Технический результат предлагаемого способа заключается в устранении негативных последствий ДСРА при выраженной трансформации селезеночной вены (более 15 мм) и обусловлен совокупностью существенных признаков, позволяющих осуществить дозированную селективную декомпрессию гастролиенального бассейна, а именно: Формирование овального окна на стволе почечной вены соответствующего диаметру селезеночной вены; поверх селезеночной вены, отступя от линии анастомоза на 1,0-2,0 см накладывают фрагмент дакронового протеза на протяжении 1,0-1,5 см диаметром 1,0-1,2 см.

Для сравнения результатов ДСРА с ограничительной манжетой мы сформировали три группы из 237 больных, оперированных с 2008 по 2016 гг: ДСРА с диаметром селезеночной вены до 1,5 см – 194 больных; ДСРА с диаметром селезеночной вены более 1,5 см без ограничения – 21 больной; ДСРА с диаметром селезеночной вены более 1,5 см с ограничением – 22 больных.

В группе больных с широкой селезеночной веной наложение ДСРА без применения оригинальной методики ограничения сброса частота печеночной недостаточности составила 29%, тогда как в группе с селезеночной веной до 1,5 см и в группе с ограничением этот показатель был сопоставимым,

составив около 10%. Кровотечение из вен пищевода в ранний период после ДСРА развилось у 14% среди пациентов с широкой веней и ДСРА без ограничения и 3,1% среди больных с веней меньше 1,5 см в диаметре. Кровотечений и летальности в группе с ограничением не отмечено (рис. 6).



**Рис. 6. Частота специфических осложнений после ДСРА в зависимости от диаметра селезеночной вены**

Далее приведена сводная эффективность ДСРА в отношении регресса ВРВПЖ. В подавляющем большинстве случаев наступила уменьшение степени варикоза. Хороший декомпрессивный эффект (ВРВПЖ I степени, спавшиеся или усиление венозного рисунка) получен в сроки до 3 месяцев у 57% пациентов.

Многолетний опыт позволил дополнить данные ранних исследований по общей выживаемости после ДСРА. В сроки до 1 года после операции летальность составила 12,5%. Среди пациентов, наблюдавшихся в сроки от 1 года до 3 лет летальность составила 15%. По методу Каплана-Мейера показатели составили: до 1 года – 87,5%; до 5 лет – 74,4%; более 5 лет – 71,3%.

Таким образом, в настоящий период ДСРА можно отнести к универсальным типам шунтирования. При наличии оптимальных условий, включающих ангиоархитектонику селезеночной и левой почечной вен, отсутствие выраженной активности цирротического процесса и наличие компенсаторного функционального резерва гепатоцитов, этот вариант шунтирования может быть приоритетным в выборе способа декомпрессии.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Компенсация прогрессирующей ПГ за счет расширения сосудистого русла спленопортального бассейна наиболее характерна для пациентов с ЦП до 30 лет, что доказывает максимальная ангиотрансформация с достоверным по отношению к другим возрастным группам увеличением диаметра *v.portae* и *v.lienalis* ( $P<0,05$ ), выраженности спленомегалии ( $P<0,001$ ) и меньшая частота перенесенных кровотечений из ВРВПЖ ( $P<0,05$ ) на фоне сопоставимого для всех возрастных групп уровня портального давления.

2. Характерными особенностями развития ЦП с ПГ для пациентов старше 50 лет является низкая компенсаторная возможность сосудистого русла спленопортального бассейна с достоверно меньшим расширением *v.portae* и *v.lienalis* ( $P<0,01$ ), отсутствием или формированием умеренной спленомегалии ( $P<0,02$ ), что на фоне высокого портального давления обуславливает наибольшую частоту развития кровотечения из ВРВПЖ – 61,1% ( $P<0,05$ ).

3. Проведенные морфологические исследования показали, что в условиях ЦП с ПГ структура стенок вен портолиенального бассейна претерпевает существенные изменения, выраженность которых зависит от возраста больных и для пациентов старше 50 лет характеризуется более выраженным утолщением оболочек, особенно *t. media* и *t. adventitia* ( $P<0,05$ ), а для пациентов до 30 лет - увеличением просвета вен ( $P<0,05$ ).

4. Выполнение ДСРА в группе больных ЦП с исходной декомпенсацией по асцитическому синдрому обуславливает достоверное ( $P<0,05$ ) увеличение частоты прогрессирования асцитического синдрома (с 7,1% до 16,2%) в ранний послеоперационный период, при этом на фоне функционирующего шунта тяжесть этого осложнения не несет выраженного клинического значения и нивелируется посредством специфических лечебно-профилактических мероприятий.

5. При наличии перенесенных кровотечений из ВРВПЖ в анамнезе выполнение ДСРА за счет селективной декомпрессии может увеличить риск развития его рецидива с 1,2% до 6,5%, при этом дополнение операции перевязкой ЛЖВ позволяет снизить вероятность ранней геморрагии с 4,3% до 1,9% в группе больных без кровотечений в анамнезе, и с 6,2% до 1,4% среди пациентов, перенесших это осложнение.

6. При трансформации селезеночной вены с расширением диаметра сосуда более 1,5 см наложение стандартного ДСРА обуславливает достоверное ( $\chi^2=8,392$ ,  $df=5$ ,  $P<0,05$ ) повышение риска развития специфических постшунтовых осложнений, тогда как применение оригинальной методики ограничения портокавального сброса нивелирует негативные гемодинамические последствия со снижением частоты осложнений до средних значений, характерных для ДСРА с диаметром селезеночной вены до 1,5 см.

**SCIENTIFIC COUNCIL AWARD SCIENTIFIC DEGREES  
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 at REPUBLIC SPECIALIZED SCIENTIFIC and  
PRACTICAL MEDICAL CENTER OF SURGERY NAMED after  
ACADEMICIAN V.VAKHIDOV and TASHKENT MEDICAL ACADEMY**  

---

**REPUBLIC SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL MEDICAL  
CENTER OF SURGERY NAMED AFTER ACADEMICIAN V.VAKHIDOV**

**RAIMOV SALAKHIDDIN ABDULLAEVICH**

**TACTICAL AND TECHNICAL IMPROVING OF SELECTIVE  
PORTOSYSTEMIC SHUNTING IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS  
WITH PORTAL HYPERTENSION**

**14.00.27 - Surgery**

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

**TASHKENT - 2018**

**The subject of doctor of philosophy (PhD) dissertation registered by the Supreme Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic Uzbekistan in №B2017.1.PhD/Tib110.**

The dissertation has been done in the Republic specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov.

Abstract of the doctoral dissertation in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)) has been posted on the website of Scientific council (www.rscs.uz) and the information-educational portal «Ziyonet» at (www.ziyonet.uz).

<b>Scientific consultant:</b>	<b>Nazyrov Feruz Gafurovich</b> Doctor of Medicine, Professor, Academician
<b>Official opponents:</b>	<b>Akilov Habibulla Ataulayevich</b> Doctor of Medicine, Professor <b>Hakimov Murad Shavkatovich</b> Doctor of Medicine, Professor
<b>Leading organization:</b>	Federal State Budget Military Educational Institution of Higher Education "Military Medical Academy named after S.M. Kirov» Saint-Petersburg, Russia

The defense will be take place on « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018 at \_\_\_\_ o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.27.06.2017.Tib.49.01 at the Republic specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov and Tashkent Medical Academy. (Address: 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str. 10. Phone: (99891) 227-69-10; fax: (99871) 227-26-42; e-mail: [cs.75@mail.ru](mailto:cs.75@mail.ru), Republic specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov).

Dissertation will be acquainteat the Information-resource center of the Republic specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov (under №24), (Adress 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str., 10. Phone: (99871) 227-69-10; fax (99871) 227-26-42).

Abstract dissertation has been sent on « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018 y.  
(mailing report № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2018y.)

**H.K. Abralov**

Vice-chairman of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine

**A.Kh.Babadjanov**

Scientific secretary of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine,

**A.V. Devyatov**

Chairman of the scientific seminar at the scientific council to award a scientific degrees doctor of medicine, professor



## INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

**The urgency and relevance of the dissertation topic.** According to the World Health Organization, liver cirrhosis (LC) is the cause of death of almost 300 thousand people a year and it is projected that in the next decade the number of patients suffering from this disease will increase by more than 60. The most frequent and formidable complication of LC with portal hypertension (PH) is a bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach (VVES). Annually in Uzbekistan recorded more than 2,000 cases of bleeding from VVES, the lethality at the first bleeding episode can reach 50%. According to various sources, mortality in patients with LC with esophageal-gastric bleeding is estimated at 30-60%. In connection with this, there is an increasing need to revise the traditional approaches to managing this extremely severe contingent of patients.

To date, in the context of reforming the health care system, ensuring the high quality of medical care is one of the priority areas. In this direction, in particular, in the diagnosis of complications of LC and surgical treatment of patients with PH, positive results were achieved. At the same time, to improve the system of surgical care for patients with LC, scientifically substantiated results are needed to assess the effectiveness of distal splenorenal shunts in PH syndrome, depending on the age and degree of vascular-parenchymal decompensation in the background of a cirrhotic process.

**The aim of the research work** is to improve the results of surgical correction of PH in patients with LC by optimizing indications and improving the tactical and technical aspects of selective portosystemic shunting, taking into account the peculiarities of regional angioarchitectonics of the vessels of the portocaval basin.

### **The tasks of research:**

to study the features of the angioarchitectonics of the portolienal basin, depending on the age of patients with LC and PH;

to carry out a morphological analysis of the features of the histological structure of the veins of the portolienal basin, depending on the age of the patients with LC and PH;

to study the results of distal splenorenal shunts in patients with LC and PH, depending on the age of patients, initial decompensating for ascites and hemorrhagic syndromes;

to carry out a comparative analysis of the dynamics of metric indices of splenomegaly syndrome in patients with LC and PH after distal splenorenal shunts;

to improve the tactical and technical features of the formation of the distal type of shunting in patients with a pronounced transformation of the splenic vein with PH.

**The object of the research work** was 446 patients with PH, operated in the department of liver and biliary tract surgery for the period from 1976 to 1992. And in the department of surgery of portal hypertension and pancreatoduodenal zone of the Academician V.Vakhidov RSCS for the period from 1992 to 2016 inclusive. All patients fulfilled the imposition of the distal splenorenal shunts. The main subject of the study was a multifactorial analysis of the quality of diagnosis and surgical treatment of patients with PH.

**Scientific novelty of the research work** is as follows: the effectiveness of distal splenorenal shunts was studied depending on the period of development of PH surgery in Uzbekistan, taking into account the step-by-step unification of the tactical and technical aspects of performing this type of decompressive interventions;

optimized previously developed indications for a selective type of shunts, depending on the individual characteristics of patients with LC;

specific features of angioarchitectonics and hemodynamics of the spleen and portal blood flow in patients with PH depending on the age factor that significantly affect the frequency of development of bleeding from the VVES and the technical aspects of the performance of PSSh;

the peculiarities of the changes in the histological structure of the vessels of the portal system were studied depending on the age of the patients with CP and it was proved that for patients older than 50 years a more pronounced thickening of the media and adventitia, and for patients under 30 years - increased lumen of the veins of the spleen and portal blood flow;

developed an original operation limit when forming the reset portocaval splenorenal distal anastomosis in cirrhotic patients with severe transformation of the splenic vein and expansion of its diameter more than 1.5 cm.

**The outline of the thesis.** Compensation of progressive PH by widening the vascular channel of the splenic basin is most typical for patients with LC until age 30, which is proved by maximal angiostasis with a significant increase in the diameter of v.portae and v.lienalis, the severity of splenomegaly and a lower incidence of bleeding due to other age groups VVES against the background of a comparable for all age groups of portal pressure. Characteristic features of the development of LC and PH for patients older than 50 years is a low compensatory possibility of the vascular bed of the splenoportal basin with a significantly smaller expansion of v.portae and v.lienalis, the absence or formation of moderate splenomegaly, which, against a background of high portal pressure, causes the greatest frequency of bleeding from the VVES - 61.1%.

Morphological studies have shown that under conditions of LC and PH the structure of the walls of the veins of the portolienal basin undergoes significant changes, the severity of which depends on the age of the patients and for patients over 50 years is characterized by a more pronounced thickening of the membranes, especially the media and adventitia, and for patients under 30 years of age - an increase in the lumen of the veins. Execution of DSRS in the group of patients with LC with initial decompensation for ascites syndrome causes a significant increase in the incidence of progression of ascites syndrome (from 7.1% to 16.2%) in the early postoperative period, while the severity of this complication does not bear the pronounced clinical significance and is leveled by means of specific therapeutic and prophylactic measures. If there is a history of previous bleeding from the VVES, performing DSRS due to selective decompression may increase the risk of relapse from 1.2% to 6.5%, while the addition of a ligation operation reduces the likelihood of early hemorrhage from 4.3% to 1.9% in the group of patients without a history of bleeding, and from 6.2% to 1.4% among patients who experienced this complication.

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

**I бўлим (I часть; part I)**

1. Feruz G. Nazyrova, Andrey V. Devyatov, Azam H. Babajanov, Salahiddin A. Raimov. Evaluation of Quality of Life in Patients with Liver Cirrhosis with Portal Hypertension after Portosystemic Shunt. // «International journal of Biomedicine», Volume 2, Issue 2, June 2012, p.124-127. (№5, Global IF. 0.654).

2. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А. Результаты дистального спленоренального анастомоза у больных циррозом печени с портальной гипертензией. // Журнал «Хирургия Узбекистана». г.Ташкент. №2, 2011. Стр. 28-33. (14.00.00, №9).

3. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А. Результаты оригинальной методики ограничения портокавального сброса при формировании дистального спленоренального анастомоза у больных циррозом печени. // Журнал «Вестник экспериментальной и клинической хирургии» Том VI, №3 2013, С. 280-287. (14.00.00, №27).

4. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Раимов Р.А., Мардонов Л.Л. Современная оценка тяжести цирроза печени и прогноза его осложнений. // Журнал «Хирургия Узбекистана» №1, 2013, С. 72-82. (14.00.00, №9).

5. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков И.М., Раимов С.А. Особенности ангиоархитектоники и гемодинамики в системе воротной вены у больных циррозом печени с портальной гипертензией. // Журнал «Вестник экспериментальной и клинической хирургии», Воронеж, 2014, №2, стр. 78-84. (14.00.00, №27).

6. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А., Байбеков Р.Р., Нигматулин Э.И. Ретроспективный анализ результатов селективного портосистемного шунтирования у больных с портальной гипертензией // Журнал «Вестник современной клинической медицины», 2015, Т8, №2, стр. 32-37. (14.00.00, №24).

7. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов Р.А. Результаты дистального спленоренального анастомоза у больных циррозом печени старшей возрастной группы // Журнал «Хирургия Узбекистана» №2, 2013, С. 26-31. (14.00.00, №9).

**II бўлим (II часть; part II)**

8. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Раимов С.А. Опыт портосистемного шунтирования у больных циррозом печени с портальной гипертензией. // III Конгресс Хирургов Казахстана, 23 – 27 апреля 2012 года, г. Алматы, стр. 72

9. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А. Качество жизни больных циррозом печени после портосистемного шунтирования. // Сборник материалов XIX конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные вопросы хирургической гепатологии», 19-21 сентября, 2012. Иркутск, стр. 169

10. Nazyrov F.G., Devyatov A.V., Babadjanov A.H., Raimov S.A. Analysis of the results of the selective portosystemic shunt in patients with portal hypertension. // XXII National Conference of the Indian Association of Surgical Gastroenterology, 10-14 October 2012, Bengaluru, India, L9

11. Nazyrov F.G., Devyatov A.V., Babadjanov A.H., Raimov S.A. The results of selective portosystemic shunting of patients with liver cirrhosis and portal hypertension. // Материалы XII Международного Евроазиатского конгресса Хирургов и Гастроэнтерологов, Баку 13-16 октября, 2011. Стр. 167.

12. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А. Сравнительные результаты дистального спленоренального анастомоза у больных циррозом печени с портальной гипертензией. // Материалы конференции «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии», Геленджик. Вестник хирургической гастроэнтерологии, №3, 2011, стр. 47-48.

13. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А. Влияние портальной гипертензии на ангиоархитектонику вен портальной системы у больных циррозом печени. // IV Конгресс хирургов Республики Казахстана с международным участием «Инновации и инновационные технологии в хирургии», 15 – 19 апреля 2013 года, г. Алматы, стр. 124.

14. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А. Результаты дистального спленоренального анастомоза у больных циррозом печени с портальной гипертензией. // Материалы сборника тезисов II Съезда детских хирургов Республики Узбекистан, Ташкент, 2011, стр. 70-71.

15. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А. Изменения ангиоархитектоники вен воротной системы при портальной гипертензии в зависимости от возраста больных циррозом печени. // XX Конгресс Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ. «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». г.Донецк. 18-20 сент. 2013г. Стр. 35-36.

Автореферат «Ўзбекистон Хирургияси» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Босишга рухсат этилди: 25.01.2018 йил  
Бичими 60x45 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>, «Times New Roman»  
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.  
Шартли босма табағи 5. Адади: 100. Буюртма: № \_\_\_\_\_.

Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси,  
100197, Тошкент, Интизор кўчаси, 68

АКАДЕМИЯ НОШИРЛИК МАРКАЗИ»  
Давлат унитар корхонасида чоп этилди.