

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

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

САХИБОВЕВ ДИЛШОД ПАРПИЖАЛИЛОВИЧ

**БУЙРАК УСТИ БЕЗИ ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРИДА ЖАРРОҲЛИК
ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ҚАЙТА ИШЛАШ ВА
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.34 – Юрак - қон томир хирургияси

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ДОКТОРЛИК (DSc)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2019

Докторлик диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата докторской диссертации

Contents of dissertation abstract of doctoral dissertation

Сахибоев Дилшод Парпижалилович Буйрак усти беги хавфсиз ўсмаларида жарроҳлик даволаш усулларини қайта ишлаш ва такомиллаштириш	3
Сахибоев Дилшод Парпижалилович Разработка и совершенствование методов хирургического лечения доброкачественных опухолей надпочечников.....	25
Sahiboev Dilshod Parpijalilovich Development and improvement methods of surgical treatment of benign tumors of adrenal glands.....	49
Эълон қилинган ишлар рўйхати Список опубликованных работ List of published works.....	53

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

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

САХИБОВЕВ ДИЛШОД ПАРПИЖАЛИЛОВИЧ

**БУЙРАК УСТИ БЕЗИ ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРИДА ЖАРРОҲЛИК
ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ҚАЙТА ИШЛАШ ВА
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.34 – Юрак - қон томир хирургияси

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ДОКТОРЛИК (DSc)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2019

Фан доктори (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида №B2017.3.DSc/Tib208 рақам билан рўйхатга олинган.

Доторлик диссертацияси Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

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

Илмий маслаҳатчи:	Беркинов Улугбек Базарбаевич тиббиёт фанлари доктори
Расмий оппонентлар:	Емельянов Сергей Иванович тиббиёт фанлари доктори, профессор Бахритдинов Фазлитдин Шамситдинович тиббиёт фанлари доктори, профессор Юсупбеков Аброрбек Ахмеджанович тиббиёт фанлари доктори
Етакчи ташкилот:	«А.В. Вишневский номидаги хирургия миллий тиббий текшириш маркази» Федерал Давлат бюджет муассасаси (Россия Федерацияси)

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 2019 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, Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази мажлислар зали).

Доторлик диссертацияси билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (75-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 2019 йил «_____» _____ кун тарқатилди.
(2019 йил «_____» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Ф.Г. Назиров

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

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 (докторлик диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотига кўра, “буйрак усти беzi хавфсиз ўсмаларининг ривожланиш частотаси 10 000 аҳолига 1-5 гача тўғри келади, буларнинг аксариятини 20-50 ёшли беморлар ташкил қилади¹. Радиоиммунологик усулларни клиник амалиётга кенг татбиқ этилиши ушбу касалликларнинг клиник кўринишлари ривожланишидан олдин касалликнинг топологик ва нозологик ташхисини сезиларли даражада яхшилади². Буйрак усти беzi ўсмаларини даволашнинг асосий усули адреналэктомия ҳисобланади. Амалиётнинг муваффақиятли амалга оширилиши буйрак усти безининг чуқурда жойлашиши туфайли амалиётдан кейинги кўплаб асоратларнинг асосий сабаби бўлган жуда травматик йўл билан киришни талаб қилади»³. Адреналэктомия жароҳатларини камайтиришга қаратилган уринишлардан бири рентгенэндоваскуляр амалиётларни жорий этилиши бўлиб, бир қатор ҳолатларда буйрак усти беzi гормонларининг фаоллигини камайтиради. Шу билан бирга, буйрак усти безлари патологиясида ушбу усулни татбиқ этиш тажрибасига эга бўлган бир нечта муаллифлар фикрига кўра, ўсма бўлганда бу усул самарасиз ҳисобланади. Адреналэктомия жароҳатларини минималлаштириш бўйича яна бир кадам эндовизуал технологиянинг жорий этилиши ҳисобланади. Эндовизуал усуллардан фойдаланадиган амалиётлар сони аста-секин ўсиб бормоқда ва бугунги кунда ушбу технология буйрак усти беzi ўсмаларини даволашда “олтин стандарт”га айланди. Бироқ, лапароскопик технологияларнинг ривожланиши тортишувларга сабаб бўлган бошқа муаммолар, яъни фойдаланиш имкониятини танлашнинг ягона ва оқилона концепцияси йўқлиги, амалиёт бажариш жараёнини такомиллаштириш ва техникасига индивидуал ёндашувни ишлаб чиқиш зарурати пайдо бўлишига олиб келди.

Бугунги кунда жаҳон амалиётида буйрак усти беzi ўсмалари ривожланишининг патогенетик механизмларини ўрганиш анатомик ва функционал, генотипик ва морфологик хусусиятларни ўз ичига олган турли хил омилларга боғлиқ бўлган долзарб тадқиқотлардан ҳисобланади. Бунда буйрак усти беzi ўсмалари хужайраларининг тафовутланиши ва гистогенетик тегишлилигини таҳлил қилишга имконини берувчи аъзо, тўқималар ва цитоспецифик белгиларни аниқлашга алоҳида эътибор қаратилади. Ядро организаторида кислотали оксиллар фаоллигини аниқлашга асосланган пролифератив фаолликни баҳолаш билан буйрак усти беzi ўсмаларнинг клиник кўриниши ва прогнозларини ўрганиш бўйича фаол ишлар олиб борилмоқда. Иммуногистокимёвий йўналишдаги изланишлар истиқболли бўлиб қолмоқда, чунки улар бу ўсмаларнинг клиник

¹World Health Organization. Cancer: fact sheet no. 24. World Health Organization website. 2016. www.who.int/iris/handle/10442/133876

² Bhargava P, Sangster G, Haque K, Garrett J, Donato M, D'Agostino H. A Multimodality Review of Adrenal Tumors. // *CurrProblDiagnRadiol*. 2018 Oct 25. pii: S0363-0188(18)30252-4.

³ Unger N. Adrenal incidentaloma : Diagnostic and therapeutic concept from an endocrinological perspective. // *Chirurg*. 2019 Jan;90(1):3-8. doi: 10.1007/s00104-018-0739-6. Review. German.

хусусиятларини башорат қилишда муҳим аҳамиятга эга бўлган буйрак усти беши ўсмалари турли қисмларининг гистогенетик келиб чиқишини таҳлил қилишга имкон беради.

Бугунги кунда мамлакатимизда буйрак усти беши ўсмалари бўлган беморларни хирургик усулда даволаш натижаларини яхшилаш бўйича кўплаб чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Ушбу йўналишда, хусусан, бу тоифадаги беморларга юқори технологик хирургик хизмат кўрсатишни яхшилашда муайян ижобий натижаларга эришилган. «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг заиф гуруҳларининг тўлақон ҳаёт кечиришини таъминлаш мақсадида тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган»¹. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан буйрак усти беши ўсмалари бўлган беморларни ташхислаш усулларини такомиллаштириш, амалиётдан олдинги тайёргарлик ва комплекс хирургик амалиётнинг тактик усулларини ишлаб чиқиш натижаларини такомиллаштириш жорий соҳалардан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарори ва Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 10 майдаги 266-сон «Жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлашни ташкил этиш илмий-тадқиқот институти фаолияти тўғрисида»ги қарори ва бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI “Тиббиёт ва фармакология” устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган

Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи². Буйрак усти беши яхши сифатли ўсмалари бўлган беморларни ташхислаш

¹ Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ПФ-4947- сонли Фармони, ЎзР Қонун Ҳужжатлари тўплами 2017 йил.

² Диссертация бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи: Sapalidis K, Mandalovas S, Kesisoglou I. Laparoscopic Excision of an Adrenal Ganglioneuroma Presented as an Incidentaloma of the Retro Peritoneum. // Curr Health Sci J. 2018 Jan-Mar;44(1):71-75; Guntiboina VA, Sengupta M, Islam N, Barman S, Biswas SK, Chatterjee U, Mishra PK, Roy P, Mallick MG, Datta C. Diagnostic and prognostic utility of SF1, IGF2 and p57 immunoeexpression in pediatric adrenal cortical tumors. // J Pediatr Surg. 2018 Dec 27. pii: S0022-3468(18)30804-2; Alrezk R, Suarez A, Tena I, Pacak K. Update of Pheochromocytoma Syndromes: Genetics, Biochemical Evaluation, and Imaging. // Front Endocrinol (Lausanne). 2018 Nov 27;9:515; Xiao H, Xu D, Chen P, Zeng G, Wang X, Zhang X. Identification of Five Genes as a Potential Biomarker for Predicting Progress and Prognosis in Adrenocortical Carcinoma. // J Cancer. 2018 Oct 31;9(23):4484-4495; Bhargava P, Sangster G, Haque K, Garrett J, Donato M, D'Agostino H. A Multimodality Review of Adrenal Tumors. // CurrProblDiagnRadiol. 2018 Oct 25. pii: S0363-0188(18)30252-4. Feo CV, De Troia A, Pedriali M, Sala S, Zatelli MC, Carcoforo P, Feo CF. Adrenal cavernous hemangioma: a case report. // BMC Surg. 2018 Nov 20;18(1):103; Ramsetty A, Bragg S, Bradford S, Bain J. Endocrine Conditions in Older Adults: Adrenal Tumors. // FP Essent. 2018 Nov;474:28-32; Chatzoulis G, Passos I, Bakaloudi DR, Giannakidis D, Koumpoulas A, Ioannidis K, Tsifountoudis I, Pappas D, Spyridopoulos P. Giant nonfunctioning adrenal tumors: two case reports and review of the literature. // J Med Case Rep. 2018 Nov 10;12(1):335; Picard C, Orbach D, Carton M, Brugieres L, Renaudin K, Aubert S, Berrebi D, Galmiche L, Dujardin

сифати ва комплекс хирургик даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган илмий изланишлар жаҳоннинг етакчи илмий марказлари, олий таълим ташкилотларида олиб борилмоқда, шу жумладан, 3rd Department of Surgery, ANEPА University Hospital, Aristotle University of Thessaloniki (Thessaloniki, Greece), Johns Hopkins Hospital (Meriland, USA), Royal Marsden (London, England), Department of Pediatric Surgery, Nil Ratan Sarkar Medical College & Hospital (Kolkata, India), Cleveland Clinic, Adrenal Center, Endocrinology and Metabolism Institute (Cleveland, USA), Asan Medical Center (Seoul, South Korea), National Institute for Physiological Sciences (Tokio, Japan), Provincial Hospital (Castellon, Spain), Max-Planck-Institut für Molekulare Physiologie Leibniz-Institut für Molekulare Pharmakologie (Berlin, Germany), Biomedical Engineering, Stony Brook University (New York, USA), Department of Medical Sciences, Section of Endocrinology and Internal Medicine, S. Anna University Hospital of Ferrara, and University of Ferrara (Ferrara, Italy); Department of Pathology and Molecular Medicine, Queen's University (Otava, Canada); Department of Surgery, 424 General Military Hospital of Thessaloniki (Thessaloniki, Greece), Department of Pathology, Hôpital Robert Debré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (Paris, France), Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel, Universitäts klinikum Essen, Hufelandstr (Essen, Deutschland), Н.Н. Блохин номидаги Россия онкология илмий маркази (Москва, Россия), Тошкент тиббиёт академияси (Тошкент, Ўзбекистон).

Жаҳонда буйрак усти беши хавфсиз ўсмаларини хирургик даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган тадқиқотлар натижасида, шу жумладан, КТ нинг ноинвазивлиги, юқори маълумот бериш, қизиқиш соҳасини тўғридан-тўғри тасвирлаши, тасвирларни уч ўлчамли реконструкция қилиш имконияти 86% сезгирлик билан уни таъхислашнинг “олтин стандарт”га айлантирган (Cleveland Clinic, Adrenal Center, Endocrinology and Metabolism Institute, USA); анъанавий адреналэктомиянинг камчиликлари амалиётнинг юқори травматиклиги ва амалиёт вақтида пастки кавак венани, ошқозон ости беши ва талокни жароҳатлаш каби жиддий асоратларнинг юзага келиши, ўлим кўрсаткичининг даражаси 11% гача етиши аниқланган (Department of Medical Sciences, Section of Endocrinology and Internal Medicine, S. Anna University Hospital of Ferrara, and University of Ferrara, Italy); адреналэктомиядан кейин узок даврда беморларнинг 40-69% ида артериал қон босими меъёрлашди, гиперальдостеронизмда асосий манбани олиб ташлаш юқори қон босими ва қон томирлар деворларидаги қайтмас ўзгаришлар, қон томир деворининг мослашиши туфайли қон босими юқори рақамларда сақланиши исботланган (Department of Pathology, Hôpital Robert Debré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, France); видеоэндоскопик адреналэктомия “анъанавий” амалиётга нисбатан камроқ травматиклиги, кам қон кетиши, анальгетикларга бўлган эҳтиёжнинг камлиги, яра асоратларини

F, Leblond P, Thomas-Teinturier C, Dijoud F. Revisiting the role of the pathological grading in pediatric adrenal cortical tumors: results from a national cohort study with pathological review. // Mod Pathol. 2018 Nov 6. doi: 10.1038/s41379-018-0174-8; Unger N. Adrenal incidentaloma : Diagnostic and therapeutic concept from an endocrinological perspective. //Chirurg. 2019 Jan;90(1):3-8.

камайтириши, бемор учун амалиётдан кейинги даврда қулайликнинг ошириш, косметик, психологик, тиббий ва иқтисодий самарадорлигини ошириши, асоратлар частотаси 11%, ўлим кўрсаткичи эса 1% ни ташкил этиши аниқланган (Asan Medical Center, Seoul, South Korea).

Айни пайтда, жаҳонда буйрак усти хавфсиз ўсмаларини ташхислаш ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган тадқиқотлар давом эттирилмоқда, шу жумладан, буйрак усти беzi ўсмаларида турли амалиётларга тайёрлаш стандартларини ишлаб чиқиш; буйрак усти беzi зарарланишларида ташхислаш усуллари оптимал таркиби ва кетма-кетлигини аниқлаш; ўсманинг морфолок хусусиятига кўра хирургик даволаш узок натижаларини таҳлил қилиш; хирургик усулда даволаш натижаларини амалиётга ёндашувни такомиллаштириш; тактик-техник жиҳатларни ва усулларни, буйрак усти беzi хавфсиз ўсмалари учун даволаш алгоритминини такомиллаштириш орқали ўсма ўлчами ва унинг гормонал фаоллигини ҳисобга олган ҳолда даволашнинг оптимал усулини танлаш имконини берди.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Буйрак усти беzi ўсмаларини хирургик усулда даволаш муаммолари ва бутун дунёдаги кўплаб йирик илмий тадқиқот институтлари ва клиникаларида кенг миқёсда ўрганилмоқда. Бу ўсмаларни хирургик усулда даволаш билан боғлиқ муаммолар топиқ ташхислаш, бемор аъзолари ва тизимларида қайтмас ўзгаришлар, ўзига хос асоратлар билан аниқланади. Iñiguez-Ariza NM¹ нинг фикрига кўра, гормонал фаол буйрак усти беzi ўсмалари артериал гипертензия билан кечиб, нисбатан ёш беморларнинг ногиронлиги сабабларидан бири ҳисобланади ва оғир ҳолатларда ўлимга олиб келади. Гормонал фаол бўлмаган буйрак усти беzi ўсмаларининг кўплаб клиник жиҳатлари ҳам етарли даражада ўрганилмаган. Бир қатор муаллифлар беморларни динамик кузатувини мақуллайди, бу инциденталомаларнинг хавфли ўсмага айланишига мойиллиги пастлиги, ўсиш ва гормонал фаоллигининг пастлиги билан ифодаланади (Yang H²). Шу билан бир вақтда, макропрепаратни гистологик текширув натижалари инциденталомалар орасида адренкортикал саратоннинг улуши 2,4-4,5% ва яширин гормонал фаол ўсма 7-12% ни ташкил этади (Zheng W³).

Бошқа тадқиқотчилар эса фаол хирургик тактикани кўпроқ талаб қилишмоқда. Lavingia K⁴, нинг фикрига кўра, “АҚШда адреналэктомия сони 1980 йилдан 2018 йилгача 2,5 маротабага ошди”. Россияда ҳам шунга ўхшаш ҳолат кузатилган. “Баъзилар хавфсиз ўсма туфайли хирургик амалиётга кўрсатмаларни белгилашда унинг ўлчамларига асосланадилар ва бу

¹Iñiguez-Ariza NM, Kohlenberg JD, Delivanis DA, Hartman RP, Dean DS, Thomas MA, Shah MZ, Herndon J, McKenzie TJ, Arlt W, Young WF Jr, Bancos I. Clinical, Biochemical, and Radiological Characteristics of a Single-Center Retrospective Cohort of 705 Large Adrenal Tumors. // Mayo ClinProcInnovQual Outcomes. 2017 Dec 21;2(1):30-39.

²Yang H, Wu HH, Bu N, Zhou L, Zhang JQ, Zhou LQ, Guo XH. Clinical characteristics of silent pheochromocytoma // Zhonghua Yi XueZaZhi. 2018 Sep 11;98(34):2727-2731.

³Zheng W, Fung KM, Cheng L, Osunkoya AO. Benign vascular tumors, cysts, and pseudocysts of the adrenal gland: a contemporary multi-institutional clinicopathological analysis of 55 cases. // Hum Pathol. 2018 Dec;82:95-102.

⁴Lavingia K, Torabi R, Kim SW, Hughes MS, Feliberti EC, Perry RR. A Rare Adrenal Incidentaloma That Mimics Adrenocortical Carcinoma. // Case Rep Surg. 2018 Jun 7;2018:9607972.

кўрсаткич 2 дан 7 см гани ташкил қилади” (Bhargava P¹). Шу нуқтаи назардан, бундай ўсмалари бўлган беморларда асоссиз хирургик амалиётлари жуда юқори эканлиги аниқланган. Сўнгги йилларда буйрак усти беzi бўйича анъанавий “очик” амалиётлар билан бир қаторда эндовидеохирургик усуллар дунё миқёсида клиник амалиётга кенг татбиқ этилган. Ушбу усулларнинг ҳар бири ўзининг афзалликлари ва камчиликларига эга. Инциденталомаларда “очик” ёки эндовидеоскопик хирургик амалиётларни танлаш учун аниқ кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни аниқлаш, хирургик кесимни танлаш (очик амалиётларда – люмботомия, лапаротомия, тораколюмболапаротомия, эндоскопик амалиётларда – қорин орқали ёки қориндан ташқари), шунингдек, амалиётни бажариш техникасини танлаш муҳим ва долзарб масала ҳисобланиб, шубҳасиз, даволаш натижаларини яхшилашга таъсир кўрсатади.

Адабиёт маълумотлари таҳлили кўрсатадики, буйрак усти беzi хавфсиз ўсмаларини ташхислаш ва хирургик усулида даволаш сифати сезиларли яхшиланди, лекин универсал диагностика ва даволаш алгоритмларини ишлаб чиқиш, амалиёт учун кўрсатма ва оптимал вариантини, амалиёт ҳажмини танлаш имконини беради, бу эса нафақат илмий, балки амалий аҳамиятга эга бўлиб, ихтисослаштирилган тиббий ёрдам натижаларини яхшилашга, ногиронлик ва ўлим кўрсаткичини камайтиришга йўналтирилган. Реабилитация муаммоси ва ҳаёт сифатини яхшилаш махсус тиббий ва ижтимоий аҳамият касб этади, чунки бундай ўсма билан касалланган беморларнинг асосий қисми меҳнатга лаёқатли ёшдаги кишилардан иборатдир.

Диссертация тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг “Инсон хирургик касалликларини диагностикаси ва даволашда янги технологияларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш” (2013-2018йй.) мавзусидаги 01.07.0069-сон илмий-тадқиқот иши режасига мувофиқ бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади буйрак усти беzi хавфсиз ўсмалари билан оғриган беморларда ташхислаш, амалиёт олди тайёргарлиги ва комплекс хирургик давога тактик-техник ёндашишни такомиллаштириш йўли билан даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

буйрак усти беzi хавфсиз ўсмаларини патогномоник МСКТ мезонларини аниқлаш ва дифференциация қилиш учун балли баҳолаш усулини ишлаб чиқиш;

буйрак усти беzi ўсмаларида патологик жараённинг шакли ва босқичини дифференциал ташхислашда селектив флебография самарадорлигини аниқлаш;

¹Bhargava P, Sangster G, Haque K, Garrett J, Donato M, D'Agostino H.A Multimodality Review of Adrenal Tumors. // CurrProblDiagnRadiol. 2018 Oct 25. pii: S0363-0188(18)30252-4

буйрак усти безининг хавфсиз гормонал фаол бўлмаган ўсмаларини фармакологик аниқлаш самарадорлигини провокацион синамаларни ўтказиш йўли билан ўрганиш;

буйрак усти безининг хавфсиз ўсмалари бўлган беморларда анъанавий очик адреналэктомия натижаларини таҳлил қилиш;

буйрак усти безининг хавфсиз ўсмалари бўлган беморларда эндоваскуляр амалиётларнинг самарадорлигини баҳолаш;

лапароскопик адреналэктомия ўтказиш жараёнида тактик ва техник жиҳатларни оптималлаштириш;

буйрак усти безининг хавфсиз ўсмаларида ретроперитонеоскопик адреналэктомия усулини такомиллаштириш;

буйрак усти безининг хавфсиз ўсмаларида эндовидеоскопик амалиётлар натижаларини ўрганиш;

буйрак усти безининг хавфсиз ўсмаларини хирургик усулда комплекс даволашда клиник амалиётга ёндашувни ишлаб чиқиш ва жорий этиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Тошкент тиббиёт академиясининг II клиникасида 1994 йилдан 2018 йилгача бўлган даврда буйрак усти безининг хавфсиз ўсмалари бўлган 284 нафар беморнинг даволаш натижалари хизмат қилган.

Тадқиқотнинг предмети буйрак усти беги хавфсиз ўсмалари бўлган беморларни турли хирургик усулда даволаш натижаларини таҳлил қилишдан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотнинг мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни бажариш мақсадида қуйидаги усуллар қўлланди: умумий клиник (умумий ва биокимёвий қон ва сийдик таҳлиллари), инструментал (УТТ, ЭхоКГ), нурли (МСКТ-ангиографияси, МРТ), махсус (гормонал профил тадқиқотлар) ва статистик таҳлил.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

МСКТ ва ҳажмли ҳосила гистологик тузилиш маълумотларини корреляцион боғлиқлигини таҳлил қилиш орқали буйрак усти беги ўсмаларини хавфсиз ёки хавфли бўлиш эҳтимоллиги аниқланган;

чап буйрак усти безининг кичик ўлчамдаги (2 см гача) ўсмаларида аденомани гиперплазиядан фарқлаш имконини берувчи қон-томирлар анатомияси вариантларининг ангиографик хусусиятлари аниқланган;

гиперальдостеронизмни Иценко-Кушинг синдромининг субклиник шакли ва “сезилмайдиган” феохромоцитомалардан қиёсий ташхислаш учун гормонал фаол бўлмаган ўсмаларни фармакологик текшириш мезонлари ишлаб чиқилган;

адреналэктомиядан кейин қолдиқ артериал гипертензия, касалликнинг узоқ вақт давомида кечиши ва нишон аъзоларда иккиламчи ўзгаришлар таъсири билан боғлиқ бўлган касалликнинг клиник кўринишларини қисман регрессия эҳтимолига таъсир қилувчи патогенетик омиллар очиб берилган;

эндоваскуляр амалиётлар ёмон прогнозининг асосий сабаблари касалликнинг буйракнинг сурункали яллиғланишлари, буйрак усти беги тўқимасининг 1,0 см дан катта ўсма пайдо бўлганда девитализациясининг

бузилиши ва атеросклеротик келиб чиқишга эга вазоренал механизмли артериал гипертензия эканлиги исботланган;

буйрак усти бези гормонал фаол ўсмалари бўлган беморларни амалиётдан олдинги тайёрлаш усули, гормонларнинг индукция шароитларини тўғрилаш ва ўзига хос гемодинамик асоратларни камайтириш усули такомиллаштирилган;

орқа ретроперитонеал адреналэктомияни беморнинг амалиёт столида ҳолатини оптималлаштириш ва яхши сифатли ўсманинг анатомик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда бажариш усули ишлаб чиқилган;

буйрак усти бези ўсмаларининг асосий клиник ва биокимёвий кўринишлари, нишон аъзолар ва унга боғлиқ бўлган касалликларнинг асоратларини динамик баҳолаш учун эндоваскуляр, эндоскопик ва очик адреналэктомиядан сўнгги ижобий натижаларнинг барқарорлиги (Kaplan-Meyer) асосланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

буйрак усти бези ўсмалари морфогенезини дифференциал баҳолаш учун хавфсиз ёки хавфли ўсма жараёнларига хос бўлган патогномоник МСКТ белгилари билан балли ўлчов усули ишлаб чиқилган;

касалликнинг хавфсиз генезига ташхис қўйиш ва хирургик даволаш усуллари танлашни оптималлаштиришда буйрак усти бези кичик ўлчамли ўсмаларида селектив флебография самарадорлиги исботланган;

гормонал фаол ўсмалари бўлган беморларда таклиф этилган амалиётдан олдинги тайёргарлик мажмуаси, амалиёт ва ундан кейинги даврда юрак - қон томир асоратларининг олдини олишга самарали таъсир кўрсатиши исботланган;

беморни амалиёт столига жойлаштиришнинг тавсия этилган усули ретроперитонеал кириш орқали адреналэктомия қилиш имкониятларини кенгайтиришга ва шунга мос равишда амалиётдан кейинги асоратлар частотасини камайтиришга имкон бериши аниқланган;

патологик жараённинг шакли, босқичи ва оғирлигига қараб, буйрак усти бези ўсмалар учун очик, эндоваскуляр ва эндовидеоскопик амалиётларга кўрсатмалар оптималлаштирилган;

буйрак усти бези хавфсиз ўсмаларининг ўлчами ва фаоллигини, шунингдек, гормонал индуцирланган асоратлари ва ёндош касалликларнинг оғирлигини ҳисобга олувчи хирургик усулнинг тактик ва техник жиҳатларини танлаш ва оптималлаштириш имконини берувчи даволаш чора-тадбирлар алгоритми ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Натижаларнинг ишончлилиги беморларнинг ҳолатини баҳолаш, диагностика ва даволашнинг замонавий усуллари, методологик ёндашувлар ва статистик таҳлил тўпламларини тўғри қўллашда объектив мезонлардан фойдаланган ҳолда тасдиқланган. Тадқиқот етарли миқдордаги клиник материаллар бўйича олиб борилган. Тадқиқот усуллари буйрак усти бези ўсмалари бўлган беморларни ташхислаш ва хирургик усулда даволашда замонавий илмий ва амалий ғоялар ва ёндашувларга асосланган. Кўриб чиқилган муаммоларни ҳал этиш

тиббий статистиканинг замонавий тасдиқланган усуллари билан амалга оширилган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулоса ва таклифлар назарий аҳамиятга эга бўлиб, буйрак усти беши хавфсиз ўсмалари бўлган беморларни хирургик усулда даволаш муаммоларини ҳал этишга салмоқли ҳисса қўшади. Ушбу касалликнинг хавфсиз ёки хавфли генезининг дифференциал текширилишининг патологик хусусиятлари нур ташхислаш ва ўсманинг гистологик тузилишини ҳисобга олган ҳолда аниқланган. Адреналэктомиядан сўнг касалликнинг клиник кўринишларини тўлиқ бўлмаган регрессия эҳтимоллигига таъсир қилувчи патогенетик омиллар ошкор этилган. Ўсма жараёнининг асосий хусусиятларини инобатга олган ҳолда адреналэктомиянинг оптимал усулини аниқлаш учун мезонлар ишлаб чиқилган. Тадқиқотнинг алоҳида натижалари буйрак усти беши хавфсиз ўсмалари бўлган беморларни ташхислаш ва хирургик усулда даволашда магистр, клиник ординаторлар ва курсантлар учун ўқув дастурининг мазмуни ва таркибини яхшилаш имконини беради.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шунинг билан аниқланадики, буйрак усти беши хавфсиз ўсмаларининг хусусиятини баҳоловчи ишлаб чиқилган балли мезон, амалиётдан олдинги даврда ўсманинг характерини аниқлаш ва морфологиясига боғлиқ муайян даволаш тактикасини танлашга имкон берган. Гиперальдостеронизмнинг латент шакли, Иценко-Кушинг синдромининг субклиник шакли ва гормонал фаол бўлмаган ўсмалар, “яширин” феохромоцитома билан беморларни аниқлаш усули ишлаб чиқилган. Беморни амалиёт столига жойлаштириш усули таклиф этилган, бу эса ретроперитонеоскопик адреналэктомия қилиш имкониятларини кенгайтириш, шунингдек, амалиётдан кейинги асоратларни камайитириш имконини берган. Буйрак усти беши хавфсиз ўсмалари учун даволаш чоратадбирлар тактикаси ишлаб чиқилган, бу ўсманинг катталигига ва гормонал фаолиятига кўра оптимал даволаш усулини танлаш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Буйрак усти беши ўсмалари ташхиси ва даволаш натижаларини яхшилашга бағишланган тадқиқот бўйича олинган илмий натижалари асосида:

услубий тавсияномалар ишлаб чиқилди “Симптоматик артериал гипертензияда хирургик усулни танлаш” ва “Буйрак усти беши хавфсиз ўсмаларини ташхиси ва даволашни ўзига хос хусусиятлари” тавсияномалар тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 11 июлдаги 8н-д/158-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсияномалар кам инвазив усуллар самарадорлигини ошириш ва имкониятларини кенгайтириш, амалиёт ичи асоратлар сонини камайитириш, ҳамда амалиётдан кейинги эрта ва кейинги даврларда яхши натижалар олиш имконини берган;

буйрак усти беши хавфсиз ўсмалари билан оғриган беморларда юқори технологияли хирургик ёрдам кўрсатиш сифатини яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалий фаолиятига, хусусан, Тошкент тиббиёт академияси 2-клиникаси, Жигар ва ўт чиқариш йўллари хирургияси

илмий маркази, Болалар кам инвазив республика илмий маркази амалий фаолиятига татбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 11 июлдаги 8н-д/158-сон маълумотномаси). Буйрак усти беши сифатли ўсмаси билан оғриган бўлган беморларни даволашда таклиф этилган комплекс ёндашиш видеоэндоскопик муолажалар сифатини ошириш, асосий симптомларни 3 йил ичида 85,9% беморларда, 6 йил ичида 80,5% ва 9 йилда 80% беморларда камайишига олиб келган, специфик асоратлар ва ўлим сонини қисқартириш ҳамда ижобий натижалар миқдорини ошириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқот натижалари 8 та илмий-амалий анжуманларида, шу жумладан, 3 та халқаро ва 5 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича 37 та илмий иш чоп этилган, шу жумладан, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертацияларнинг асосий илмий натижаларини чоп этиш учун тавсия этилган илмий нашрларда 13 та мақола, шундан, 10 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, етти боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан иборат. Диссертациянинг ҳажми 200 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари шакллантирилган, тадқиқотнинг республика илмий ва тадқиқотлари устувор йўналишларига мослигини, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **“Буйрак усти беши ўсмаларининг эпидемиологияси, диагностикаси ва жарроҳлик усулида даволаш”** деб номланган биринчи бобида адабиётлар тахлили келтирилган, тўртта бўлинмадан иборат бўлиб, буйрак усти беши ўсмаларининг эпидемиологияси, этиологияси, диагностикаси, ва шунингдек жарроҳлик усулида даволашнинг тарихий ва замонавий қарашларга бағишланган. Келгусида хал этилишини талаб қиладиган мунозарали ва ҳал этилмайдиган масалалар кўрсатилган.

Диссертациянинг **“Материалнинг клиник хусусиятлари ва қўлланилган текширув усуллари”** деб номланган иккинчи бобида, 1994 дан 2018 йилгача буйрак усти беши ўсмалари бўлган 284 беморнинг хусусиятлари келтирилган.

Беморлар қўлланилган даволаш усуллари бўйича уч гуруҳга бўлинган: биринчи гуруҳ – “очик” адреналэктомия қилинган 92 бемор, иккинчи гуруҳ – рентгенэндоваскуляр муолажа бажарилган 48 нафар, учинчи гуруҳ - видеоэндоскопик адреналэктомия бажарилган 144 бемор.

263 (92,6%) беморда артериал гипертензия бўлиб, уларнинг давомийлиги 1 йилдан 20 йилгача, ўртача $7,3 \pm 0,6$ йилни ташкил этди.

Ўсимта ҳажми 0,5 см. дан 18 см. гача, биринчи ва учинчи гуруҳларда ўсимта катталиги жиҳатидан алоҳида фарқлар бўлмаган, ушбу гуруҳларда беморларнинг аксарияти ўсма ҳажмини 1 см. дан 6 см. гача (ўртача $3,2 \pm 0,8$ см).

Иккинчи гуруҳда ўсимта ҳажми 0,5 см. дан 2,7 см. гача (ўртача $0,8 \pm 0,2$ см). Ушбу гуруҳда 12 ҳолатда ўсма ҳажми 10 мм. дан ортиқ бўлган.

Буйрак усти беши ўсмаларининг амалиётгача ташхислаш: шикоятларни йиғиш, анамнез, объектив текширув, қорин ва қорин парда орти бўшлиғини ультратовуш ва МСКТ, гормонал ҳолатни лаборатор текширувлар ўтказилган.

Диссертациянинг **“Буйрак усти беши ўсмаларининг махсус текширув усуллари натижалари ва амалиётгача тайёрлаш”** деб номланган учинчи бобида, 284 беморнинг 96 (33,8%) тасида альдостерон ташхисига мос равишда қон зардобиди альдостерон концентрацияси (АК) кутарилиши кузатилган.

Аммо, 22 (7,8%) беморда АК нинг мўътадил миқдори аниқланишига қарамасдан, гипералдостеронизмнинг енгил белгилари кузатилди, шунинг учун улар 7 та ҳолатда изотоник натрий хлорид эритмаси билан синовдан ўтказилганда альдостерон даражасининг 10% гача ортишини аниқлашга имкон берадиган, бу эса альдостерома ташхисини аниқлаш имкон берган.

31,8% ҳолатда яширин гипералдостеронизмни аниқланган. 20 (7,1%) беморда қонда адреналин концентрацияси кўтарилган ва 7 (2,5%) беморда қонда норадреналин концентрацияси ошган.

Феохромоцитома шубҳа қилинган беморларнинг 13 (4,6%) тасида клонидин билан бостирувчи тест ўтказган, 4 (30,8%) беморда тест синовлари ижобий бўлган, яъни тестнинг самарадорлиги 30,8% ни ташкил этган.

89 (31,3%) беморда қонда кортизол юқори концентрацияси мавжуд эди. 46 (16,2%) беморда қонда кортизол миқдори нормада бўлган, бироқ субклиник шаклдаги Иценко-Кушинг синдроми (ИКС) кузатилган ва 17 (36,9%) беморда тест ижобий баҳоланди, синаманинг информативлиги 36,9% ни ташкил этган.

Буйрак усти беши ўсмаларининг табиатини аниқлашда инструментал усуллардан бири бўлган МСКТ жуда муҳим аҳамиятга эга. Дастлабки текширув вақтида 290 беморда МСКТ маълумотлари таҳлил қилинди.

МСКТ га кўра, 6 та беморда хавфли ўсма аниқланган (I ва III гуруҳларда учта бемор), шунинг учун бу беморларни тадқиқотдан чиқарилди ва онкологга йўлланма берилди. Қолган 284 (100%) беморда хавфсиз ўсмалар аниқланган: ўнг буйрак усти беши худудида - 101 (35,6%), чап томонда - 183 (64,4%) ҳолатда аниқланган.

Юқоридаги келтирилган КТ текширувидан сўнг буйрак усти беши ўсмаларининг белгиларини ва олинган ўсмаларни морфологик текширувларни таҳлили, амалиётгача хавфли ўсмаларни аниқлаш ва даволаш усулини танлаш имконини берадиган балли ўлчовни ишлаб чиқиш (Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал мулк агентлиги № DGU 05769/15.11.2018, дастурга гувоҳнома олинган) имконини берди. Бунинг учун амалиёт бажарилган 150 беморда МСКТ кўрсаткичлари ва гистологик

материални ўрганилган. Ҳар бир белги 1-жадвалда акс эттирилган баллар билан баҳоланди.

1-жадвал

МСКТ бўйича буйрак усти беши ўсмаларининг кўрсаткичлари

Ўсма кўрсаткичлари	Баллар		
	1 балл	2 балл	3 балл
Ўсма ўлчами	<4 см	4,1-6,0 см	>6,0 см
Четлари	Текис	Баъзи жойлари нотекис	Нотекис
Капсуласи	аниқланади	Қийинчилик билан аниқланади	аниқланмайди
Шакли	думалок	Овал	Нотўғри
Тузилиши	Гомоген	қисман гетероген	Гетероген
Таркибида қўшимчалар	йўқ	Ёғ, қон	Кальцинатлар
Зичлиги (куюқ)	<20 Н	21-40 Н	>40 Н
Контрастнинг тўпланиш вақти	1 мин.гача	2 мин.гача	>2 мин.дан катта
10 мин. ичида контрастни ювилиш %	>60	30-60	<30
Ўсиб кириш белгилари	Мавжуд эмас	Шубҳа бор	мавжуд
Лимфатугунларини мавжудлиги	Мавжуд эмас	1 см.гача ягона бор	>1 см. дан катта

Шундай қилиб, агар баллар йиғиндиси 15 га тенг бўлса, гистологик текширув натижаларига кўра, жараён хавфсиз характерга эга бўлиб, 15 баллдан юқори бўлганда хавфли сифатли бўлган.

Буйрак усти беши ўсмаларининг хавфли табиатини тахмин қилиш учун балли усулли қўллаш орқали МСКТ сезгирлигини 99,3% га, ўзига хослигини 83,3% гача, усулнинг аниқлигини 97,3% га кўтаришга эришилди.

Беморларда чап буйрак усти беши ўсмалари кичик ўлчамли (2 см. гача) бўлганда селектив флебографияни киритиш аденомларни гиперплазиялардан ажратишни таъминлайди.

Буйрак усти беши ўсмалари бўлган беморларда амалиётдан олдинги тайёргарликнинг асосий принциплари амалиётнинг биринчи босқичда гипертензиянинг олдини олиш ва иккинчи босқичда гипотензиянинг олдини олиш, шунингдек амалиётдан кейинги даврда адренал этишмовчилик намоён бўлишини олдини олиш.

Шу муносабат билан беморларнинг амалиётдан олдинги тайёргарлиги ўсманинг морфологик турига қараб алоҳида аҳамиятга эга бўлиб, №758

сонли “Буйрак усти беги ўсмалари гормонал-фаол ўсмалари бўлган беморларни амалиётдан олдинги тайёрлаш усули” бўйича рационализаторлик таклифини ишлаб чиқилган ва клиника амалиётига татбиқ этилган.

Конн синдромида гипокалемия, гипернатриемия ва метаболик алкалозни тузатиш учун мўлжалланган хирургик даволашдан 1 ой олдин беморларга верошпирон 100 мг. ва калий воситаси кундалик дозада буюрилган. Гиперкортицизм ҳолатларида электролитлар бузилишларини тузатиш ва компенсация қилиш учун барча беморлар 14-20 кун давомида верошпирон (50-200 мг/кун) билан калий препаратлари комбинацияси буюрилган. Феохромоцитоманда беморнинг умумий ҳолатининг оғирлигига боғлиқ равишда, гипертония давомийлигига, гипертоник кризларнинг частотасига, ўсимта катталигига ва гормонал фаолият даражасига қараб, 15-25 кун доксозалин кунига 4 дан 12 мг гача белгиланган.

Диссертациянинг **“Буйрак усти беги ўсмалари бўлган беморларда очик адреналэктомия натижалари”** деб номланган тўртинчи бобида, ТТА II-клиникасида даволанган 92 беморда очик адреналэктомия натижалари тақдим этилган.

Гормонал фаол ўсмалар 94,6% ни ташкил этган, беморларнинг 5,4% да гормонал фаоллик аниқланмади. МСКТ маълумотларига кўра, буйрак усти беги ўсмаларининг ўлчами ва жойлашуви куйидагича: 61 (66,3%) чап томони шикастланиши кузатилган, ўсманинг ўлчами 1 см дан 18 см гача (ўртача $5,2 \pm 0,8$ см).

Адреналэктомиyani очик усул билан бажариш учун 2 та йўл 81 та (88%) беморларда торакофренолюмботомия (ТФЛ) ва 11 (12%) ўрта лапаротомия (ЎЛ) қўлланилган. Беморнинг тана тузилишига кўра кесма узунлиги 15 дан 35 см гача (ўртача $22,2 \pm 2,4$ см). ТФЛ орқали ОАЭ амалиётининг ўртача давомийлиги $143,8 \pm 8,3$ дақиқа бўлиб, у жарроҳлик йўли билан кириш ва плеврал бўшлиқнинг очилишига боғлиқ. Интраоператив қон йўқотиш миқдори 200 дан 700 мл гача, ўртача 445 ± 27 мл ни ташкил қилди. Амалиётдан кейинги дастлабки даврда 7 (7,6%) ҳолатда куйидаги асоратлар кузатилди: 1 (1,1%) - қайта амалиётни талаб қиладиган ретроперитонеал бўшлиқдан қон кетиши, 3 (3,3%) ҳолатда плевра-ўпка асоратлари (кичик пневмоторакс - 1, эксудатив плеврит - 1, гемоторакс - 1), 3 (3,3%) беморда амалиётдан кейинги жароҳатни йиринглаши кузатилди. Битта ҳолатда ўлим кузатилди. Шифохонада беморларнинг ўртача бўлиш давомийлиги ТФЛ дан кейин $13,6 \pm 2,1$ кун ва ЎЛ дан кейин $12,1 \pm 1,1$ кунни ташкил этган. Ўртача артериал қон босимининг ишончли пасайиши амалиётдан кейинги яқин даврда $207,4 \pm 26,2$ дан $145 \pm 14,7$ мм рт.ст. гача ($p < 0,01$). Амалиётдан сўнг 78 (90,7%) беморда ижобий (яхши ва қониқарли) натижалар қайд этилган. Натижада 8 (9,4%) беморда қониқарсиз натижалар қайд этилган, шифохонадан чиқариш вақтида қон босими дастлабки кўрсаткичдан фарқ қилмаган.

Очик адреналэктомия 10 см. дан катта ва хавфли ўсмаларни (ўсма морфогенези бўйича 15 баллдан юқори бўлган беморлар) даволашда танланган усули бўлиб ҳисобланади. Бир томонлама очик адреналэктомиядан

кейин 5 йилгача бўлган даврда яхши ва қониқарли натижалар беморларнинг 85,9% ида, 10 йилгача - 80,8% ида, 10 йилдан ортиқ - 76,7% ида кузатилди.

Диссертациянинг **“Буйрак усти беги ўсмалари бўлган беморларда эндоваскуляр даволаш усуллари натижалари”** деб номланган бешинчи бобида, 48 та беморда рентгеноэндоваскуляр даволаш (РЭД) натижалари келтирилган. Барча беморлар артериал гипертензия (АГ) нинг клиник белгилари билан муружаат қилишган, АГ давомийлиги 1 йилдан 12 йилгача, ўртача $4,1 \pm 0,4$ йил оралиғида бўлган. Шундай қилиб, клиник, лаборатор, инструментал усуллар асосида 5 (10,4%) беморда феохромоцитома, 17 (35,4%) беморда альдостерома ва 24 (50%) беморда кортикостерома ташхиси аниқланди. 1 (2%) беморда гирсутизм белгилари (тестестерома) кузатилди.

Қон босимининг клиник белгилари йўқлиги сабабли 1 (2%) беморда ташхис қўйиш учун натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан синама ўтказилди ва гиперальдостеронизм аниқланди. Қуйидаги усулларни қўлладик: 36 та беморда буйрак усти безининг марказий венасини электрокогуляция билан ёпиш усули, буйрак усти безининг венасини 3% ли тромбовар эритма билан ўткир бекитиш усули - 2 беморда ва буйрак усти безининг венасини ўткир окклюзия усули марказий венасини электрокогуляция билан бирга - 10 беморда қўлланилди. Амалиётдан кейинги даврда ўртача систолик артериал қон босимининг $206,3 \pm 21,3$ дан $143,2 \pm 12,7$ мм рт.ст.гача ($p < 0,01$) ва ўртача диастолик артериал қон босимининг $109,2 \pm 9,7$ дан $91,3 \pm 6,2$ мм рт.ст.гача ишончли равишда пасайиши кузатилди ($p < 0,01$). Амалиётдан кейинги даврда 32 (66,7%) беморда РЭД дан сўнг яхши натижалар, 12 (25%) ҳолатда қониқарсиз натижалар қайд этилди. РЭДдан кейин 12 (25%) беморда қониқарсиз натижалар кузатилди, бу амалиётдан кейин самара йўқлиги ёки узок даврда АГ нинг қайталаниши тарзида кузатилди.

Барча беморларда МСКТ текшируви ўтказилди. Шу билан бирга, 4 (33,3%) беморда буйрак усти безлари патологияси аниқланмади, 4 (33,3%) беморда 15 мм. дан 22 мм. гача (ўртача 18,5 мм) катталиқдаги ўсма аниқланди, қониқарсиз натижалар кузатилган 4 (33,3%) беморда электрокогуляциядан сўнг чап буйрак усти безининг 18 мм дан 35 мм гача бўлган геморрагик кистаси, доимий АГ билан аниқланди. 8 та ҳолатда яхши натижа билан адреналэктомия бажарилган. Альдостерома ва кистали 7 (58,3%) беморда адреналэктомиядан сўнг яхши ва қониқарли натижалар қайд этилган. Буйрак усти беги яхши ўсмалари 1,0 см дан кичик бўлганда эндоваскуляр даволаш АГ ни самарали минимал инвазив даволаш усулидир, 5 йил ичида беморларнинг 80% дан ортиғида симптомларни камайтириш имконини берувчи усулдир. Чап буйрак усти безининг марказий венасини РЭД 91,7% ҳолатларда АГ ни даволаш самарадорлигини оширади. АГ ни даволашда РЭД нинг қониқарсиз натижаларининг сабаблари 25% да сурункали буйрак касалликлари, 66,7% ҳолатларда ўсимта ўлчами 1,0 см ортиқ бўлганда тўқимани етарли девитализация қилмаслик ва 8,3% да атеросклеротик реноваскуляр гипертензия сабаб бўлади.

Диссертациянинг “Буйрак усти беzi яхши ўсмалари бўлган беморларда видеоэндоскопик адреналэктомия натижалари” деб номланган олтинчи бобида, 144 та видеоэндоскопик адреналэктомия натижалари келтирилган.

Клиник белгилар, шунингдек, махсус синамалар натижаларига кўра 15 (10,4%) беморларда феохромоцитома, 58 (40.3%) ҳолатда - кортисостерома ва 49 (34%) беморларда альдостерома аниқланган. 5 (3.5%) беморда тестостерома аниқланган. Шундай қилиб, гормонал фаол ўсмалар беморларнинг 127 (88,2%) да, ва гормонал ноактив бўлган ўсмалар беморларнинг 17 (11,8%) тасида аниқланган.

Гормонал актив БУБЎ бўлган беморларда амалиётдан олдинги тайёргарлик талаб қилинади, бу эса ўсимтанинг эхтимолий морфологик кўриниши ва гомеостазнинг ҳолатига боғлиқ бўлган. Ўртача амалиётдан олдинги тайёрлаш давомийлиги $17,1 \pm 4,5$ кун (10 дан 25 кунгача). Бунда ўртача тана вазни индекси (ТВИ) $30,2 \pm 2,1$ эди. Шу билан бирга, орқа ретроперитонеал адреналэктомия (ОРА) бажарилган беморларда ТВИ ёнлама трансабломинал адреналэктомия (ЁТА) га нисбатан юқори бўлган (ўз навбатида $32,4 \pm 2,2$ ва $28,8 \pm 1,2$). 144 ЛАЭ дан: 93 (64,6%) ҳолатда ЛАЭ ёнбош кесма орқали, 6 (4,2%) беморда “hand-assist”; 45 (31,3%) беморда ОРА бажарилган. Дастлабки 50 видеоэндоскопик адреналэктомия (ВЭАЭ) ЁТА усули ёрдамида амалга оширилган. ВЭАЭ нинг давомийлиги, ўсимтанинг ўлчамига боғлиқ бўлган: ўсманинг катталиги 6 см дан ошган бўлса, амалиёт вақтини сезиларли даражада оширди. Буни ҳисобга олиб, амалиёт давомийлигини қисқартириш ва қон йуқотиш хажмини қисқартириш учун ўсманинг 8-10 см гача ўлчамида, ЁТА “hand-assist” техникаси татбиқ этилган. ЁТА “hand-assist” усули 6 (4,1%) ҳолатда қўлланилган. 2-жадвалда ЁТА ва ЁТА- “hand-assist” нинг солиштирма кўрсаткичлари ўсмалар катталиги 8-10 см гача бўлгандаги маълумотлари келтирилган.

2-жадвал

ЁТА ва ЁТА «hand-assist» усуллари таққосий кўрсаткичлари

Амалиёт турлари	Амалиёт сони	S	D	Кесма узинлиги	Қон йуқотиш ҳажми	Амалиёт давомийлиги	асорати
ЁТА	2	1	1	-	135 ± 15 мл	$129 \pm 4,4$ мин	йўқ
ЁТА «hand-assist» билан	6	4	2	7-8 см ($7,5 \pm 0,22$ см)	$80 \pm 6,2$ мл*	$88 \pm 3,8^*$ Мин	йўқ

Еслатма: * - БТА кўрсаткичлари билан солиштирганда ишончли ($P < 0,05$)

Кейинчалик, тажриба ортиши билан, ретроперитонеал усул жорий этилди (2014 йилдан бошлаб). Шу билан бирга, чекланган бўшлиқни ҳисобга олган ҳолда ОРА усул учун ўсма ўлчами 4 см гача беморлар танланган.

ЁТА нинг ўртача давомийлиги $95,1 \pm 8,1$ мин. ташкил этди, бунда амалиёт чапда ўнгга нисбатан ($108,3 \pm 8,5$ мин ва $80,5 \pm 7,7$ мин) узокрок давом этди, бу эса талоқ ва ошқозон ости безининг анатомик яқин жойлашуви ($p < 0,05$) туфайли юзага келди.

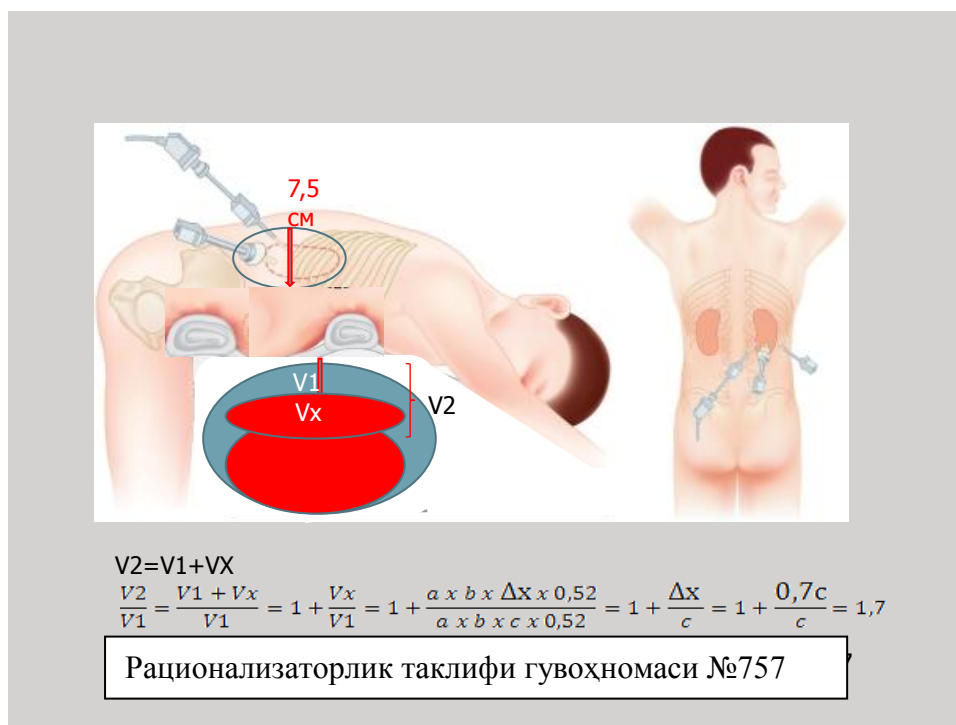
ОРА нинг ўртача давомийлиги $78,3 \pm 7,2$ мин. бўлиб, бунда ўнгга чапга нисбатан ($84,2 \pm 7,5$ мин. ва $72,5 \pm 6,5$ мин. тегишли равишда) буйрак усти безининг пастки ковак вена устида жойлашганлиги учун амалиёт узокрок давом этди ($p < 0,05$).

ВЭАЭ бажарилганда амалиёт давомида қон йўқотиш минимал бўлиб, 20 дан 150 мл гача (ўртача 65 ± 25 мл) бўлган.

ОРА нинг ЁТА га нисбатан афзалликлари абдоминал органлар билан алоқа мавжуд эмаслиги, семизлик билан оғриган беморларда безнинг кичик ўсмалари (айниқса чапда) тез топилиши билан тушинтирилади. Бу афзалликлар ОРА ўтказилган беморларнинг ЁТА билан таққослаганда амалиётдан кейинги даврда қолиш давомийлигини камайтириш имкон берган.

ОРА нинг афзалликларини ҳисобга олган ҳолда, унинг бажарилишига қулайлик ва имкониятлар чегарасини кенгайтириш учун беморнинг амалиёт столида янги позициясини таклиф қилинди.

Ретроперитонеал бўшлиқ ҳажмини ошириш учун қорин ташқи чегараларига иккита валикни жойлаштирдик: қов соҳаси ва кўкрак қафасининг пастки учлигида (1-расм). Беморнинг бу ҳолатида жарроҳлик майдони ҳажми вертикал ўлчам ҳисобидан (Гук қонуни) максимал равишда 1,7 марта кўпаяди.



1-расм. ОРАни бажаришда операция столида беморнинг жойлашиш чизмаси.

Лекин “ишчи” бўшлиқни чексиз кенгайтира олмаймиз. Қорин бўшлиғининг органларини керакли миқдорда пасайтиришни аниқлаш учун керакли кўтарилиш масофаси, бу ҳолда валикларнинг баландлиги аниқланди. Талаб қилинадиган баландликни ҳисоблаш қуйидаги формула бўйича амалга оширилди:

$V = a \times b \times c \times 0,52$; бу ерда a – вертикал ўлчам, b – сагиттал ўлчам, c – фронтал ўлчам, $0,52$ – корригирланувчи коэффицент.

Ушбу формуладан фойдаланиб ретроперитонеоскопик усул билан олиниши мумкин бўлган максимал ўсманинг ўлчами 6 см дан ошмаслиги кераклигини аниқладик. Катта ўлчамли ўсмаларда амалиёт бурчаги ўткирлашиб, адреналэктомия бажариш самарасиз бўлади.

Формула: $V_2 = V_1 + V_x$

$$\frac{V_2}{V_1} = \frac{V_1 + V_x}{V_1} = 1 + \frac{V_x}{V_1} = 1 + \frac{a \times b \times \Delta x \times 0,52}{a \times b \times c \times 0,52} = 1 + \frac{\Delta x}{c} = 1 + \frac{0,7c}{c} = 1,7$$

ЁТА ни бажаришда 1 (0,7%) ҳолатда талоққа зарар етказилди, бу лапароскопик спленэктомиyani талаб қилди, 1 (0,7%) ҳолатда жигар шикастланиши оқибатида паренхимал қон кетиши кузатилди, бу эса конверсияни талаб қилди. Амалиётдан кейинги даврда ўткир панкреатит ва ретроперитонеал гематома 2 (1,4%) ҳолатда ривожланди ва бу қўшимча жарроҳлик амалиётини талаб қилмади. ОРА ни бажаришда амалиёт ичи ва ундан кейинги даврда асоратлар кузатилмади. ЁТА да беморларнинг ўртача шифохонада бўлиш давомийлиги $4,5 \pm 0,7$, ОРА да эса $-3,2 \pm 0,5$ кунни ташкил этди. ВЭАЭ дан кейин ўлим кузатилмади.

Фикримизча, ЁТА 6 дан 10 см. гача ўсмаларда, шунингдек, симултант жарроҳлик амалиётларида қулай бажарилади. Кузатувларимизда амалиёт столида беморнинг ҳолатини ўзгартирмасдан 8 (8,08%) лапароскопик усулда холецистэктомия, 1 (1%) - жигар цистэктомиyasi, 2 (2%) - герниопластика бажарилган.

Амалиётдан кейинги яқин муддат мобайнида 80 (55,6%) беморда яхши, 42 (29,2%) ҳолатда қониқарли ва 22 (14,6%) ҳолатда қониқарсиз натижалар қайд этилди.

Буйрак усти беzi ўсмаси сабабли ривожланган АГ билан оғриган беморларни даволашнинг узоқ муддатли натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, амалиётдан кейин 3 йил давомида, беморларнинг 85,9% да гипотензив таъсир сақланган, 3 ва 6 йилдан кейин тегишли равишда 80,5% ва 80% ни ташкил этади.

Амалиётдан сўнг турли муддатларда беморларни 3 нафари вафот этди. Бунинг сабаблари: ўткир миокард инфаркти - 1 та, 2 та ҳолат эса АГ билан боғлиқ бўлмаган сурункали касалликлар ўлим сабаблари бўлган.

Шундай қилиб, буйрак усти беzi ўсмалари бўлган беморларни жарроҳлик усулида даволашда эндовизуал адреналэктомия етакчи ўринни

эгаллайди, бунга кўрсатма 10 см гача бўлган ўсмалар ҳисобланади. Эндовидеоскопик жарроҳликнинг анъанавий жарроҳлик усулига нисбатан афзалликлари, интраоператив қон кетишининг 445 ± 27 мл дан $65 \pm 2,5$ мл гача ($p < 0,01$), амалиётдан кейинги асоратлар сонининг 7,6% дан 1,4% гача камайиши ($p < 0,05$), беморларнинг шифохонада қолиш муддати лапароскопик амалиётдан кейин $13,6 \pm 2,1$ кундан $4,5 \pm 0,5$ гача, ретроперитениоскопик адреналектомиядан кейин $3,2 \pm 0,4$ кунга ($p < 0,05$), шунингдек беморларнинг реабилитация қилиш муддати 30-50 дан 15 кунгача қисқариш имконини берган. Амалиётдан кейинги эрта, яқин ва узоқ муддатда (5 йилгача) ўлим кўрсаткичлари кузатилмади. ЁТА “hand-assist” техникаси ёрдамида ЛАЭ ўсма ўлчами 8 - 10 см гача бўлган беморларга амалиётни бажариш ва унинг давомийлигини $129 \pm 4,4$ мин дан $88 \pm 3,8$ мин. гача камайтириш имконини беради ($p < 0,05$). Касалликнинг қайталанишидан эркин даври 3 йилда беморларнинг 85,9% да, 6 йилгача - 80,5% ва 9 йилгача - 80% беморларда кузатилади. Олинган маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатадики, ретроперитонеоскопик усулни беморларнинг амалиёт столида такомиллаштирилган турини қўллаш 6 см дан кичик ўлчамдаги ўсмаларда юқори самарадорлигини кўрсатди. Бу усулнинг ЁТА га нисбатан афзалликлари абдоминал органлар билан алоқага киришмаслиги, семизлик мавжуд беморларда кичик ўсмаларни тезкор топиш имконияти билан тушинтирилади.

Диссертациянинг **“Буйрак усти беzi яхши сифатли ўсмалари бўлган беморларни хирургик даволаш натижаларининг қийсий таҳлили ва ушбу тоифадаги беморларни олиб бориш алгоритмни ишлаб чиқиш”** деб номланган еттинчи бобида, учта жарроҳлик усулининг қийсий таҳлили тақдим этилган (3-жадвал).

Олинган маълумотларга асосланган ҳолда, БУБЎ ва АГ касалланган беморларни ташхислаш - даволаш алгоритм ишлаб чиқилди ва амалиётга татбиқ этилди (2-расм). Дастурий маҳсулоти сифатидаги ихтирога патент олинган № DGU 04278/ 01.03.2017.

Ушбу алгоритмга кўра, анамнездан қон босимининг ортиши ҳақида шикоят қилган беморлар клиник текширувда буйрак усти безининг ультратовуш текширувини талаб қилади, бу эса АГ ни адренал генезини аниқлаш ёки инкор қилиш имконини беради. Кейинчалик, буйрак усти безининг ўсмаси билан касалланган беморларда МСКТ (агар зарур бўлса контрастли), қонда гормонларни аниқлаш амалга оширилади. Клиник текширувда ва буйрак усти беzi ультратовуш текшируви бўйича АГ нинг буйрак усти беzi генезидан шубҳа қилинган бўлса, МСКТ текширувини ўтказиш ва гормонал фонни ўрганиш тавсия этилади. Алгоритмда тасодифан буйрак усти безининг ўсмаси аниқланган беморлар тоифаси мавжуд. АГ нинг ўсма билан боғлиқлигини аниқлаш учун уларда гормонлар даражасини ўрганиш керак, хатто зарурат пайдо бўлса синамаларни ўтказиш керак.

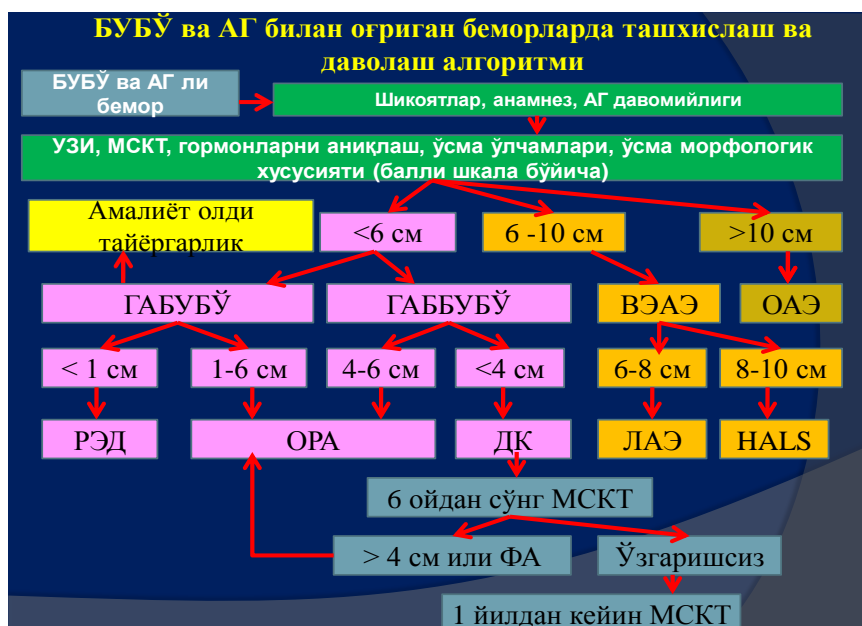
3-жадвал

Амалиётлар турлари қиёсий маълумотлари

кўрсаткичлар	ОАЭ (n=92)	РЭДН (n=45)	ВЭАЭ (n=144)
Кесма узинлиги, см	15 дан 35 гача ўртача 22	Кесма йўқ	3-4 троокар тешиклари
Амалиёт давомийлиги, мин	143,8±8,3 (149,3±9,5 S) (140,5±8,7D)	38,3±7,2	95,1±8,1 (108,3±8,5 S) (80,5±7,7 D)
Амалиёт ичи қон йукотиш ҳажми, мл	200 дан 700 гача ўртача 445±27	ўртача 15±1,2	ўртача 65±25
Амалиёт ичи асоратлари	1	2	2
Ностабил гемодинамика	3	1	кузатилмади
Реанимацияда қолиш давомийлиги (соат)	18,5±1,5	0	4±0,5
Наркотик анальгетларга эҳтиёж	Дастлабки 2-3 кун	1 кунда мавжуд бўлган	бўлмаган
Ичак функциясининг тикланиши (кун)	3-кун	1-2 кун	кузатилмаган
Амалиётдан кейинги асоратлар	7	2	2
Беморни активлаш	3-кун	1 -кун	1-кун
Ўртача қон босимининг пасайиши АД, мм сим. уст.	216,4±12,3 дан 142,8±8,3 гача	206,4±11,3 дан 145,8±7,8 гача	220,4±13,1 дан 140,8±6,9 гача
Летальность	1	0	0
Шифохонада қолиш давомийлиги (кун)	13,6±2,1 кун	4,5±0,5	2,2±0,4
Реабилитация даври	30-50 кун	6-7 кун	3-5 кун

Алгоритм бўйича даволанишнинг кейинги усуллари танлаш ўсма ўлчами ва гормонал фаолиятга боғлиқ. Шундай қилиб, 4 см дан кичик гормонал ноактив ўсма аниқланганда динамик кузатув талаб қилинади. Ушбу беморларда БУБЎ белгиларининг клиник кўриниши, ижобий синамалар, ўсманинг ўсиб бориши амалиётлардан бири учун кўрсатма бўлади. Юқорида келтирилган белгиларнинг дастлабки 1 йил давомида мавжуд эмаслиги, навбатдаги текширувни 1 йилдан кейин 3 йил давомида ўтказиш кераклигини кўрсатади. Юқорида келтирилган белгиларнинг дастлабки 1 йил давомида мавжуд эмаслиги, навбатдаги текширувни 1 йилдан кейин 3 йил давомида ўтказиш кераклигини кўрсатади. Гормонал фаол ўсма аниқланган беморларда албатта амалиётдан олдинги тайёргарлик ўтказиш талаб қилинади. Чап томонда 1 см гача ўсма РЭД ни ўтказишга кўрсатма бўлади. Ўсма ўнгда ва ўлчамлари 10 см гача бўлганда, ВЭАЭ қўлланилиши керак. Шу билан бирга, агар ўсимтанинг ҳажми 6 см гача бўлса ОРА, ўлчами 6 дан 8 см ораллиғида бўлганда -ЁТА, 8 дан 10 см гача бўлганда ЁТА “hand-assist”

билан ЛАЭ тавсия этилади. Ўсманинг ўлчами 10 см дан катта бўлса, ОАЭ ни бажариш тавсия этилади.



2-расм. БУБЎ ва АГ билан оғриган беморлар ташхислаш ва даволаш алгоритми

ХУЛОСА

1. Буйрак усти беги ўсмаларини МСКТ ташхислаш ва гистологик текширувлари натижаларининг корреляцион таҳлили натижасида патогномок белгилар аниқланди, бу эса ўсмаларнинг морфогенезини баҳолашга имкон берди. Бунда, умумий баллар 15 гача бўлганда хавфсиз, 15 балдан юқори бўлган ҳолатда хавфли ўсма эхтимоли мавжуд. Буйрак усти беги ўсмаларини ташхислашда ушбу усулни қўллаш МСКТ нинг сезгирлигини 99,3% га, ўзига хослигини 83,3% га ва усулнинг аниқлиги 97,3% гача оширади.

2. Кичик ўлчамдаги (2 см гача) ўсмаларда беморларни текшириш дастурида селектив флебографиянинг киритилиши, аденомани гиперплазиядан қиёсий ташхислаш учун ангиографик мезонларини, шунингдек патологик жараённинг шакли ва босқичини аниқлаш имконини берган.

3. Қиёсий ташхислашда буйрак усти беги гормонал-ноактив ўсмаларини фармакологик верификация қилиш (дексаметазонли, клонидинли ва изотоник эритмали синамалар) феохромацитомани - 30,7%, Иценко-Кушинго синдромини 36,9% ва Конн синдромини - 31,8% ҳолатларда тасдиқлаш имконини берган.

4. Анъанавий очик адреналэктомия 10 см дан катта буйрак усти беги ўсмалари учун ва жараённинг малигнизациясида (буйрак усти беги ўсмаларининг морфогенези шкаласидаги миқдори 15 баллдан юқори) танлаш усули бўлиб қолмоқда. Буйрак усти беги хавфсиз ўсмаларида бир томонлама очик адреналэктомиядан кейинги 5 йилгача бўлган узок даврда яхши ва

қониқарли натижалар частотаси беморларнинг 85,9 % ида, 10 йилгача - 80,8 % ида, 10 йилдан ортиқ - 76,7 % ида кузатилган.

5. Буйрак усти беzi хавфсиз ўсмалари ўлчами 1,0 см гача бўлганда рентгенэндоваскуляр амалиётлар АГ ни даволашнинг самарали, малоинвазив усули ҳисобланади, бунда 5 йил ичида симптомларнинг қайталанишдан эркин даври 82,5%, 10 йилгача - 75,0% ни ташкил этади. Бирок, буйрак усти безининг етарли бўлмаган девитализацияси аниқланганда эндовизуал адреналэктомия усулларида бири кўрсатма ҳисобланади.

6. Буйрак усти беzi хавфсиз ўсмалари ўлчами 1,1 см. дан ортиқ бўлган беморларда рентгенэндоваскуляр амалиётлардан кейин 3-5 йил ичида АГ нинг қайталаниш белгилари 66,7% ва қисқа муддатли таъсир 33,3% да кузатилган. Шу муносабат билан РЭД буйрак артерияси стенозини ривожланиш ҳолатларида дилатация ёки стентлаш имконияти билан, шунингдек бошқа жарроҳлик амалиётларини амалга оширишнинг имкони бўлмаганда танлов усули бўлиб қолмоқда.

7. Лапароскопик адреналэктомия тактикаси ва техник жиҳатларини оптималлаштириш, хусусан, “hand-assist” техникани қўллаш орқали буйрак усти беzi ўсмалари ўлчами 8 дан 10 см гача бўлганда жарроҳлик амалиётларини амалга ошириш ва амалиёт давомийлигини $129,0 \pm 4,4$ мин. дан $88,0 \pm 3,8$ мин. гача қисқартириш имконини берган. Шу билан бирга, касалликнинг 3 йилгача кузатув давомида қайталанишдан эркин даври 85,9% беморларда, 6 йилгача - 80,5% ва 9 йилгача - 80% ҳолатларда кузатилган.

8. Ретроперитонеоскопик кириш орқали эндовизуал адреналэктомия (беморнинг амалиёт столида ўзгартирилган жойлашишидан фойдаланиш туфайли) ўсма ўлчами 6 см. гача бўлган ҳолатларда лапароскопик усул билан солиштирилганда юқори самарадорликни кўрсатади ва бу усулни қўллаш учун кўрсатмаларни сезиларли даражада кенгайтиради. Шу билан бирга, қорин бўшлиғи аъзолари билан алоқа қилмаслиги ва семириш бўлган беморларда безнинг кичик ўлчамли ўсмаларини (айниқса, чапда) тез аниқлаш имконияти усулни афзалликлари ҳисобланади.

9. Клиник амалиётда эндовидеоскопик амалиётларни жорий этиш амалиёт ичи қон кетишини 445 ± 27 мл. дан $65 \pm 2,5$ мл. гача ($p < 0,01$), амалиётдан кейинги асоратларни 7,6% дан 1,4% гача камайтириш ($p < 0,05$), шифохонада ётиш давомийлигини лапароскопик усулда $13,6 \pm 2,1$ кундан $4,5 \pm 0,5$ кунгача ($p < 0,05$) ва ретроперитенеоскопик адреналэктомияда $3,2 \pm 0,4$ кунгача ($p < 0,05$) қисқартириш, шунингдек беморларни реабилитация муддатини 30-50 дан 15 кунгача қисқартириш имконини берган.

10. Буйрак усти беzi яхши сифатли ўсмаларини жарроҳлик усулида комплекс даволашнинг, ташхислаш алгоритми, ўсма ўлчамига кўра жарроҳлик усули ва тактикасини танлашни ўз ичига олган ишлаб чиқилган ёндошувнинг клиник амалиётга жорий этилиши, миниинвазив усуллар имкониятларини кенгайтириш, самарадорлигини ошириш, амалиёт ичи асоратлари частотасини пасайтириш, шунингдек, амалиётдан кейинги яқин ва узоқ муддатларда яхши натижалар олиш имконини берган.

**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**

ТАШКЕТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

САХИБОВ ДИЛШОД ПАРПИЖАЛИЛОВИЧ

**РАЗРАБОТКА И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ
ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

14.00.34 – Сердечно-сосудистая хирургия

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

ТАШКЕНТ – 2019

Тема докторской диссертации зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №B2017.3.DSc/Tib208.

Докторская диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

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

Научный консультант: **Беркинов Улугбек Базарбаевич**
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты: **Емельянов Сергей Иванович**
доктор медицинских наук, профессор

Бахритдинов Фазлитдин Шамситдинович
доктор медицинских наук, профессор

Юсупбеков Аброрбек Ахмеджанович
доктор медицинских наук

Ведущая организация: **Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский Центр хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава Российской Федерации**

Защита состоится «__» _____ 2019 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, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова).

С докторской диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за №75). Адрес: 100115, г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2019 года.
(реестр протокола рассылки № ____ от _____ 2019 года).

Ф.Г. Назиров

Председатель научного совета по присуждению
ученой степени доктора наук, д.м.н., профессор,
академик

А.Х. Бабаджанов

Ученый секретарь научного совета по
присуждению ученой степени доктора наук, д.м.н.

А.В. Девятов

Председатель научного семинара при научном совете
по присуждению ученой степени доктора наук,
д.м.н., профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской диссертации)

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения «частота развития опухолей надпочечников составляет от 1 на 200 тысяч до 1-5 на 10 тысяч населения, при этом наиболее часто эти новообразования встречаются в возрасте 20-50 лет»¹. «Широкое внедрение в клиническую практику радиоиммунологических методик, позволило существенно улучшить топическую и нозологическую диагностику этих заболеваний еще до развития типичных клинических проявлений»². Основным методом лечения новообразований надпочечников является адреналэктомия. «Успешное ее выполнение, из-за глубины расположения надпочечника, требует очень травматичного доступа, являющегося основной причиной большого числа осложнений после хирургического вмешательства»³. Одной из попыток снижения травматичности адреналэктомии, явилось внедрение рентгеноэндovasкулярных вмешательств, позволяющих в ряде случаев эффективно подавлять гормональную активность надпочечников. В то же время, по мнению ряда авторов, имеющих опыт ее внедрения при патологии надпочечников, она малоэффективна при наличии в нем образований. Другим шагом в минимализации травматичности адреналэктомии является внедрение эндовизуальной технологии. Количество вмешательств эндовизуальным способом стало прогрессивно увеличиваться и сегодня эта технология стала «золотым стандартом» в лечении доброкачественных опухолей надпочечников. Однако развитие лапароскопических технологий обусловило появление других спорных вопросов, а именно отсутствие единой и рациональной концепции выбора оперативного доступа, необходимость совершенствования техники оперативных манипуляций и разработки индивидуализированного подхода к оперативной технике.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными исследованиями продолжают оставаться изучение патогенетических механизмов развития объемных образований надпочечника в зависимости от различных факторов, включая анатомо-функциональные, генотипические и морфологические особенности. Особое внимание уделяется выявлению органо-, ткане- и цитоспецифических признаков, позволяющих провести анализ гистогенетической принадлежности и степени дифференцировки опухолевых клеток новообразований надпочечников. Также активно проводятся исследования по изучению клинического течения и прогноза первичных новообразований надпочечников с оценкой их пролиферативной активности на основании определения активности кислых белков

¹ World Health Organization. Cancer: fact sheet no. 24. World Health Organization website. 2016. www.who.int/iris/handle/10442/133876

² Bhargava P, Sangster G, Haque K, Garrett J, Donato M, D'Agostino H. A Multimodality Review of Adrenal Tumors. // *CurrProblDiagnRadiol*. 2018 Oct 25. pii: S0363-0188(18)30252-4.

³ Unger N. Adrenal incidentaloma : Diagnostic and therapeutic concept from an endocrinological perspective. // *Chirurg*. 2019 Jan;90(1):3-8. doi: 10.1007/s00104-018-0739-6. Review. German.

ядрышкового организатора. Исследования в области иммуногистохимии остаются перспективными, в связи с тем, что они позволяют провести анализ гистогенетического происхождения различных компонентов опухолей надпочечников, что имеет важное значение в прогнозе особенностей клинического течения этих новообразований.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения проводится множество мер, направленных на улучшение результатов хирургического лечения больных с доброкачественными опухолями надпочечников. В этом направлении, в частности, в улучшении качества оказываемой высокотехнологичной хирургической помощи данному контингенту больных, достигнуты положительные результаты. В «стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017 - 2021 годы»⁴ включены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов лечения больных с доброкачественными опухолями надпочечников путем совершенствования методов диагностики, дооперационной подготовки, а также разработки тактических подходов комплексного хирургического лечения, является одним из актуальных направлений.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Постановлениями Президента Республики Узбекистан: «О мерах по дальнейшему развитию онкологической службы и совершенствованию онкологической помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за № ПП-2866 от 4 апреля 2017 года, и «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за № ПП-3071 от 20 июня 2017 года, Постановлением Кабинета Министров №266 от 10 мая 2017 года «Об организации деятельности научно-исследовательского института общественного здоровья и организации здравоохранения», 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 VI «Медицина и фармакология».

Обзор международных научных исследований по теме диссертации.⁵ Научные исследования, направленные на улучшение качества диагностики и

⁴ Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. N УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

⁵ Обзор международных научных исследований проведен с использованием следующих источников: Sapalidis K, Mandalovas S, Kesisoglou I. Laparoscopic Excision of an Adrenal Ganglioneuroma Presented as an Incidentaloma of the Retro Peritoneum. // Curr Health Sci J. 2018 Jan-Mar;44(1):71-75; Guntiboina VA, Sengupta M, Islam N, Barman S, Biswas SK, Chatterjee U, Mishra PK, Roy P, Mallick MG, Datta C. Diagnostic and prognostic utility of SF1, IGF2 and p57 immunexpression in pediatric adrenal cortical tumors. // J Pediatr Surg. 2018 Dec 27. pii: S0022-3468(18)30804-2; Alrezk R, Suarez A, Tena I, Pacak K. Update of Pheochromocytoma Syndromes: Genetics, Biochemical Evaluation, and Imaging. // Front Endocrinol (Lausanne). 2018 Nov 27;9:515; Xiao H, Xu D, Chen P, Zeng G, Wang X, Zhang X. Identification of Five Genes as a Potential Biomarker for

результатов комплексного хирургического лечения больных с доброкачественными опухолями надпочечников, осуществляются в ряде ведущих научных центрах и высших образовательных учреждениях мира, в том числе в 3rd Department of Surgery, AHEPA University Hospital, Aristotle University of Thessaloniki (Thessaloniki, Greece), Johns Hopkins Hospital (Meriland, USA), Royal Marsden (London, England), Department of Pediatric Surgery, Nil Ratan Sarkar Medical College & Hospital (Kolkata, India), Cleveland Clinic, Adrenal Center, Endocrinology and Metabolism Institute (Cleveland, USA), Asan Medical Center (Seoul, South Korea), National Institute for Physiological Sciences (Tokio, Japan), Provincial Hospital (Castellon, Spain), Max-Planck-Institut für Molekulare Physiologie и Leibniz-Institut für Molekulare Pharmakologie (Berlin, Germany), Biomedical Engineering, Stony Brook University (New York, USA), Department of Medical Sciences, Section of Endocrinology and Internal Medicine, S. Anna University Hospital of Ferrara, and University of Ferrara (Ferrara, Italy); Department of Pathology and Molecular Medicine, Queen's University (Otava, Canada); Department of Surgery, 424 General Military Hospital of Thessaloniki (Thessaloniki, Greece), Department of Pathology, Hôpital Robert Debré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (Paris, France), Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel, Universitätsklinikum Essen, Hufelandstr (Essen, Deutschland), Российском онкологическом научном центре имени Н.Н. Блохина (Москва, Россия), Ташкентской медицинской академии (Ташкент, Узбекистан).

В результате исследований, проведенных в мире по улучшению результатов хирургического лечения больных с доброкачественными опухолями надпочечников предложены различные решения, в том числе: установлено, что неинвазивность, высокая степень информативности, прямое изображение зон интереса, возможность трехмерной реконструкции, отсутствие противопоказаний к проведению нативного исследования сделали КТ «золотым стандартом» в диагностике различных патологий надпочечников, с чувствительностью метода до 86% (Cleveland Clinic, Adrenal Center, Endocrinology and Metabolism Institute, USA); определено, что недостатки традиционной адреналэктомии заключаются в травматичности хирургического доступа и возможности развития тяжелых осложнений, связанных с выполнением основного хирургического приема повреждения полых вен, поджелудочной железы и селезенки, с летальностью до 11%.

Predicting Progress and Prognosis in Adrenocortical Carcinoma. // J Cancer. 2018 Oct 31;9(23):4484-4495; Bhargava P, Sangster G, Haque K, Garrett J, Donato M, D'Agostino H.A Multimodality Review of Adrenal Tumors. // CurrProblDiagnRadiol. 2018 Oct 25. pii: S0363-0188(18)30252-4. Feo CV, De Troia A, Pedriali M, Sala S, Zatelli MC, Carcoforo P, Feo CF. Adrenal cavernous hemangioma: a case report. // BMC Surg. 2018 Nov 20;18(1):103; Ramsetty A, Bragg S, Bradford S, Bain J. Endocrine Conditions in Older Adults: Adrenal Tumors. // FP Essent. 2018 Nov;474:28-32; Chatzoulis G, Passos I, Bakaloudi DR, Giannakidis D, Koumpoulas A, Ioannidis K, Tsifountoudis I, Pappas D, Spyridopoulos P.Giant nonfunctioning adrenal tumors: two case reports and review of the literature. // J Med Case Rep. 2018 Nov 10;12(1):335; Picard C, Orbach D, Carton M, Brugieres L, Renaudin K, Aubert S, Berrebi D, Galmiche L, Dujardin F, Leblond P, Thomas-Teinturier C, Dijoud F. Revisiting the role of the pathological grading in pediatric adrenal cortical tumors: results from a national cohort study with pathological review. // Mod Pathol. 2018 Nov 6.doi: 10.1038/s41379-018-0174-8; Unger N.Adrenal incidentaloma : Diagnostic and therapeutic concept from an endocrinological perspective. //Chirurg. 2019 Jan;90(1):3-8.

(Department of Medical Sciences, Section of Endocrinology and Internal Medicine, S. Anna University Hospital of Ferrara, and University of Ferrara, Italy); доказано, что после адrenaлэктомии в отдаленном периоде артериальное давление нормализуется у 40-69% больных, а сохранение его на высоких цифрах, после удаления источника гиперальдостеронизма, объясняется адаптацией сосудов к повышенному артериальному давлению и возникновением необратимых изменений в стенках сосудов (Department of Pathology, Hôpital Robert Debré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, France); определено, что выполнение видеоэндоскопической адrenaлэктомии продемонстрировало ряд преимуществ, по сравнению с «традиционной» - меньшая травматичность, низкая кровопотеря, уменьшение потребности в обезболивающих средствах, значительное уменьшение числа раневых осложнений, увеличение комфортности послеоперационного периода для пациента, косметический эффект, психологическая и медико-экономическая эффективность, при этом частота осложнений составляет около 11%, а летальность не превышает 1% (Asan Medical Center, Seoul, South Korea).

В настоящий период в мире продолжают исследования по улучшению диагностики и результатов хирургического лечения больных с доброкачественными опухолями надпочечников, в том числе: разработка стандартов предоперационной подготовки к различным вариантам операций при новообразованиях надпочечников; определение оптимального сочетания и последовательности применения диагностических методов в зависимости от предполагаемого характера поражения надпочечников; анализ отдаленных результатов хирургического лечения в зависимости от морфологического варианта опухоли; повышение эффективности хирургического лечения, путем совершенствования оперативного доступа, тактико-технических аспектов и методологии; разработка тактического алгоритма лечебных мероприятий при доброкачественных опухолях надпочечников позволяющего выбрать оптимальный метод лечения в зависимости от размера опухоли и ее гормональной активности.

Степень изученности проблемы. Проблема хирургического лечения новообразований надпочечников достаточно широко освещена и изучается во многих крупных научно-исследовательских институтах и клиниках по всему миру. Актуальность проблем, связанных с хирургическим лечением опухолей надпочечников, определяется трудностями их топической диагностики, ранним развитием необратимых изменений в системах и органах больных, специфичностью осложнений. По мнению Iñiguez-Ariza NM⁶ «гормонально-активные опухоли надпочечников, сопровождающиеся синдромом артериальной гипертензии, являются одной из причин инвалидности больных в сравнительно молодом возрасте, а в наиболее тяжелых случаях приводят к

⁶Iñiguez-Ariza NM, Kohlenberg JD, Delivanis DA, Hartman RP, Dean DS, Thomas MA, Shah MZ, Herndon J, McKenzie TJ, Arlt W, Young WF Jr, Bancos I. Clinical, Biochemical, and Radiological Characteristics of a Single-Center Retrospective Cohort of 705 Large Adrenal Tumors. // Mayo ClinProcInnovQual Outcomes. 2017 Dec 21;2(1):30-39.

смерти». Многие клинические аспекты гормонально-неактивных опухолей надпочечников также изучены еще недостаточно. Ряд авторов склоняется к динамическому наблюдению за пациентами, объясняя это «незначительной частотой обнаружения злокачественных опухолей среди инциденталом, их низкой тенденцией к росту и к появлению гормональной активности» (Yang H⁷). В то же время, по результатам гистологического исследования удаленных новообразований надпочечников удельный вес аденокортикального рака среди инциденталом составляет 2,4-4,5%, а опухоли со скрытой гормональной активностью диагностируются в 7-12% (Zheng W⁸).

Другие исследователи призывают к более активной хирургической тактике. По данным Lavingia K⁹, «число адреналэктомий в США с 1980 по 2018 год увеличилось в 2,5 раза». Аналогичная ситуация отмечена и в России. «Некоторые ориентируются на размер доброкачественных новообразований при выборе показаний к хирургическому вмешательству, причем этот критерий варьирует от 2 до 7 см» (Bhargava P¹⁰). В этой связи приходится констатировать достаточно высокую частоту необоснованных хирургических вмешательств у больных с этим видом опухолей надпочечников. В последние годы, наряду с традиционными «открытыми» операциями на надпочечниках, во всем мире широко стали внедряться в клиническую практику эндовидеохирургические методы. У каждого из этих методов существуют свои преимущества и недостатки. Определение четких показаний и противопоказаний к «открытому» или эндовидеоскопическому методу выполнения операции при инциденталом надпочечника, как и обоснование выбора хирургического доступа (люмботомия, лапаротомия, торако-люмбо-лапаротомия при «открытых», чрезбрюшинный или внебрюшинный при эндоскопических), а также техника выполнения операции является весьма важной и актуальной задачей, решение которой, безусловно, повысит качество лечения пациентов.

Проведенный анализ литературных данных свидетельствует о том, что качество диагностики и хирургического лечения доброкачественных новообразований надпочечников заметно улучшились, однако разработка универсального лечебно-диагностического алгоритма позволяющего своевременно определить показания к операции и выбрать оптимальный вариант и объем хирургического вмешательства, является актуальной не только в научном, но и в практическом плане, и направлено на улучшение результатов специализированной помощи, снижение процента инвалидизации и летальности. Проблема реабилитации и улучшения

⁷Yang H, Wu HH, Bu N, Zhou L, Zhang JQ, Zhou LQ, Guo XH. Clinical characteristics of silent pheochromocytoma // *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2018 Sep 11;98(34):2727-2731.

⁸Zheng W, Fung KM, Cheng L, Osunkoya AO. Benign vascular tumors, cysts, and pseudocysts of the adrenal gland: a contemporary multi-institutional clinicopathological analysis of 55 cases. // *Hum Pathol*. 2018 Dec;82:95-102.

⁹Lavingia K, Torabi R, Kim SW, Hughes MS, Feliberti EC, Perry RR. A Rare Adrenal Incidentaloma That Mimics Adrenocortical Carcinoma. // *Case Rep Surg*. 2018 Jun 7;2018:9607972.

¹⁰Bhargava P, Sangster G, Haque K, Garrett J, Donato M, D'Agostino H.A Multimodality Review of Adrenal Tumors. // *CurrProblDiagnRadiol*. 2018 Oct 25. pii: S0363-0188(18)30252-4

качества жизни приобретает особую медико-социальную значимость в связи с тем, что основной контингент пациентов с этими опухолями составляют лица трудоспособного возраста.

Связь диссертационного исследования с научно-исследовательскими работами учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Ташкентской медицинской академии в рамках научного проекта: №01.07.0069 «Разработка и внедрение новых технологий в диагностике и лечении хирургических заболеваний человека» (2013-2018 гг).

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных с доброкачественными опухолями надпочечников путем совершенствования методов диагностики, дооперационной подготовки и тактико-технических подходов к комплексному хирургическому лечению.

Задачи исследования:

выявить патогномичные МСКТ критерии и разработать балльную оценку для дифференциации новообразования надпочечников;

определить эффективность селективной флебографии в дифференциальной диагностике формы и стадии патологического процесса при опухолях надпочечников;

изучить эффективность фармакологической верификации гормонально-неактивных новообразований надпочечника посредством проведения провокационных проб;

провести анализ результатов традиционной открытой адреналэктомии у больных с доброкачественными опухолями надпочечников;

оценить эффективность рентгенэндоваскулярных вмешательств у больных доброкачественными опухолями надпочечников;

оптимизировать тактико-технические аспекты при проведении лапароскопической адреналэктомии;

усовершенствовать способ ретроперитонеоскопической адреналэктомии при доброкачественных опухолях надпочечников;

изучить результаты эндовидеоскопических вмешательств при доброкачественных опухолях надпочечников;

разработать и внедрить в клиническую практику комплексный подход к хирургическому лечению доброкачественных опухолей надпочечников.

Объектом исследования явились 284 больных с доброкачественными опухолями надпочечников, находившихся на стационарном лечении во II-ой клинике Ташкентской медицинской академии за период с 1994 по 2018 гг.

Предмет исследования составляют анализ результатов различных вариантов хирургического лечения больных с доброкачественными опухолями надпочечников.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические (общий и биохимический анализы крови и мочи), инструментальные (УЗИ, ЭхоКГ), лучевые методы (МСКТ ангиография, МРТ), специальные (исследования гормонального профиля) и статистические методы исследований.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

уточнена вероятность доброкачественного или злокачественного генеза опухолей надпочечников на основании анализа корреляционной зависимости данных МСКТ и гистологической структуры новообразования;

определены ангиографические особенности вариантной анатомии сосудов при новообразованиях левого надпочечника малых размеров (до 2 см), позволяющие провести дифференциальную верификацию аденомы от гиперплазии;

определены критерии фармакологической верификации гормонально-неактивных новообразований надпочечника для дифференциальной диагностики гиперальдостеронизма, субклинической формы синдрома Иценко-Кушинга, а также «немых» феохромоцитом;

раскрыты патогенетические факторы, влияющие на вероятность неполного регресса клинических проявлений заболевания после адреналэктомии и связанные с остаточными явлениями артериальной гипертензии, длительным анамнезом и вторичными изменениями со стороны органов мишеней;

доказано, что основными причинами неблагоприятного прогноза рентгеноэндоваскулярных вмешательств является сочетание основной патологии с хроническими воспалительными заболеваниями почек, недостаточная девитализация ткани надпочечника при размере опухоли более 1,0 см и развитие вазоренального механизма гипертензии атеросклеротической этиологии;

усовершенствована методика предоперационной подготовки больных с гормонально-активными опухолями надпочечников для нивелирования гормонально-индуцированных состояний и снижения риска специфических гемодинамических осложнений;

усовершенствован способ выполнения задней ретроперитонеальной адреналэктомии с учетом оптимизации положения пациента на операционном столе и анатомических особенностей доброкачественной опухоли надпочечника;

изучены актуарные кривые (Kaplan-Meier) устойчивости положительных результатов после рентгеноэндоваскулярных, эндовидеоскопических и открытых адреналэктомий с учетом динамической оценки регресса основных клинико-биохимических проявлений опухоли надпочечника, тяжести осложнений со стороны органов-мишеней и сопутствующих заболеваний.

Практические результаты исследования заключается в следующем:

разработана балльная шкала для дифференциальной оценки

морфогенеза опухолей надпочечников с определением патогномоничных МСКТ признаков, характерных для доброкачественного или злокачественного процесса;

доказана эффективность селективной флебографии при опухоли левого надпочечника малых размеров в диагностике доброкачественного генеза заболевания и оптимизации выбора хирургической тактики лечения;

доказано, что предложенный комплекс дооперационной подготовки пациентов с гормонально-активными опухолями надпочечников позволяет эффективно предотвращать сердечно-сосудистые осложнения в интра- и послеоперационном периоде;

определено, что предложенный способ укладки пациента на операционном столе позволяет расширить возможности для выполнения адреналэктомии ретроперитонеальным доступом и соответственно сократить частоту послеоперационных осложнений;

оптимизированы показания для открытых, рентгеноэндovasкулярных и эндовидеоскопических вмешательств при опухолях надпочечника в зависимости от формы, стадии и тяжести патологического процесса;

разработан алгоритм лечебных мероприятий при доброкачественных новообразованиях надпочечников, позволяющий определить выбор и оптимизировать тактико-технические аспекты хирургического вмешательства с учетом размера и активности опухоли, а также тяжести гормонально-индуцированных осложнений и сопутствующих заболеваний.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов обоснована использованием объективных критериев оценки состояния больных, современных методов диагностики и лечения, корректным применением методологических подходов и наборов статистического анализа. Исследование проведено на достаточном количестве клинического материала. Методы решения основываются на современных научно-практических представлениях и подходах к диагностике и хирургическому лечению больных с доброкачественными опухолями надпочечников. Решение рассмотренных задач выполнено современными апробированными методами медицинской статистики.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость работы заключается в том, что результаты вносят существенный вклад в решение проблемы хирургического лечения больных с доброкачественными опухолями надпочечников. Уточнены патоморфологические особенности дифференциальной верификации доброкачественного или злокачественного генеза этой патологии с учетом данных лучевой диагностики и гистологической структуры новообразования. Раскрыты патогенетические факторы, влияющие на вероятность неполного регресса клинических проявлений заболевания после адреналэктомии. Разработаны критерии определения оптимального способа адреналэктомии с учетом основных характеристик опухолевого процесса. Отдельные результаты работы дадут возможность в усовершенствовании содержания и структуры программы обучения магистров, клинических ординаторов и

слушателей повышения квалификации по диагностике и хирургическому лечению больных с доброкачественными опухолями надпочечников.

Практическая ценность работы заключается в том, что разработанная балльная шкала оценки характера опухолей надпочечников позволяет дооперационно предположить природу опухоли надпочечника и выбрать определенную тактику лечения в зависимости от морфопринципа. Разработана методика определения больных со скрытой формой гиперальдостеронизма, субклинической формой синдрома Иценко-Кушинга, а также «немых» феохромоцитом среди больных с гормонально-неактивными новообразованиями надпочечника. Предложен способ укладки пациента на операционном столе, позволяющий расширить возможности выполнения ретроперитонеоскопической адреналэктомии, а также снизить процент послеоперационных осложнений. Разработан тактический алгоритм лечебных мероприятий, при доброкачественных опухолях надпочечников позволяющий выбрать оптимальный метод лечения в зависимости от размера опухоли и ее гормональной активности.

Внедрение результатов исследования. На основании научных результатов, полученных в ходе исследования, направленного на улучшение диагностики и лечения опухолей надпочечников:

разработаны методические рекомендации «Выбор хирургической тактики при симптоматической артериальной гипертензии» и «Особенности диагностики и лечения доброкачественных опухолей надпочечников» (справка Министерства здравоохранения № 8н-д/158 от 11 июля 2018 года). Предложенные рекомендации позволили повысить эффективность и расширить возможности миниинвазивных методик, снизить частоту интраоперационных осложнений, а также получить хорошие результаты в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

полученные научные результаты по улучшению качества оказываемой высокотехнологичной хирургической помощи больным с доброкачественными опухолями надпочечников внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности в клиническую практику II-ой клиники Ташкентской медицинской академии, Научного центра хирургии печени и желчевыводящих путей, Республиканского центра малоинвазивной хирургии детского возраста (справка Министерства здравоохранения № 8н-д/158 от 11 июля 2018 года). Применение предложенного комплексного подхода к лечению больных с доброкачественными опухолями надпочечников позволило улучшить качество эндовидеоскопических вмешательств с регрессом основной симптоматики в течение 3 лет у 85,9% больных, 6 лет – у 80,5% и 9 лет – в 80% случаев, сократить частоту специфических осложнений и летальности, а также увеличить долю положительных результатов.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 8 научно-практических конференциях, в том числе, на 3 международных и 5 республиканских.

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано

37 научных работ, в том числе 13 журнальных статей, 10 из которых в республиканских и 3 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, семи глав, выводов, списка цитируемой литературы и приложений. Объем работы составляет 200 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

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

В первой главе «**Эпидемиология, диагностика и хирургическое лечение новообразований надпочечников**» приведен обзор литературы, состоящий из четырех подглав, посвященным вопросам эпидемиологии, этиологии, диагностики, а также исторических и современных взглядов хирургического лечения ОН. Указаны дискуссионные и нерешенные вопросы, требующие дальнейшей разработки.

Во второй главе диссертации под названием «**Клиническая характеристика материалов и использованные методы исследований**» дана характеристика 284 больных с опухолями надпочечников за период с 1994 по 2018 годы.

Больные в соответствии с применяемыми методами лечения распределены на три группы: первая группа - 92 больных, которым выполнялась «открытая» адреналэктомия, вторая группа - 48 больных, которым выполнены рентгеноэндоваскулярные методы лечения и третья группа – 144 больных, которым выполнялась видеоэндоскопическая адреналэктомия.

У 263 (92,6%) больных была артериальная гипертензия, длительность которой колебалась от 1 года до 20 лет, в среднем - $7,3 \pm 0,6$ лет.

Величина опухоли варьировалась от 0,5 см до 18 см. В первой и третьей группах по размеру опухоли особые различия не наблюдались, в этих группах у большинства больных размер опухоли составил от 1 см до 6 см (в среднем $3,2 \pm 0,8$ см). Во второй группе размер опухоли колебался от 0,5 см до 2,7 см (в среднем $0,8 \pm 0,2$ см). В 12 случаях в этой группе размер опухоли составил более 10 мм.

Дооперационная диагностика опухолей надпочечников включала в себя стандартный набор исследований: сбор жалоб, анамнеза, объективного осмотра, ультразвукового исследования и МСКТ брюшной полости и забрюшинного пространства, лабораторное исследование гормонального статуса.

В третьей главе «**Результаты специальных методов исследования и предоперационная подготовка больных опухолями надпочечников**» приведены результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики.

Из 284 больных у 96 (33,8%) отмечено повышение концентрации альдостерона плазмы (КАП), что соответствовало диагнозу альдостерома. Однако у 22 (7,8%) больных, несмотря на нормальную КАП, имелись легкие признаки гиперальдостеронизма, в связи с чем, им была дополнительно проведена проба с изотоническим раствором натрия хлорида, что в 7 случаях позволило определить повышение концентрации альдостерона в сыворотке крови более чем на 10 нг%, что позволило уточнить диагноз альдостерома.

В 31,8% случаев нами был выявлен скрытый гиперальдостеронизм. У 20 (7,1%) больных отмечалось увеличение концентрации адреналина в крови, а у 7 (2,5%) больных – увеличение концентрации норадреналина в крови.

13 (4,6%) больным с подозрением на феохромоцитому произведена супрессивная проба с клонидином, при этом у 4 (30,8%) больных проба оказалась положительной, т.е., результативность пробы составила 30,8%.

У 89 (31,3%) больных отмечалась высокая концентрация кортизола в крови. У 46 (16,2%) больных, содержание кортизола в крови была в норме, однако наблюдались субклинические формы СИК, и им проводилась дексаметозоновая проба, у 17 (36,9%) больных проба оказалась положительной, информативность пробы составила 36,9%.

Среди инструментальных методов в выявлении природы опухоли надпочечников большое значение имела МСКТА.

МСКТ данные проанализированы у 290 больных при первичном обследовании.

У 6 больных по данным МСКТ были признаки злокачественной опухоли (по 3 больных в I и III группах), поэтому эти пациенты были исключены из исследования и изначально были направлены к онкологу.

У остальных 284 (100%) больных, объёмные новообразования были выявлены: в области правого надпочечника – 101 (35,6%) случай, в области левого надпочечника – 183 (64,4%) случаев.

Проанализировав приведенные выше КТ признаки опухоли надпочечника, а также полученные морфологические исследования удаленных опухолей нами разработана балльная шкала (получен патент на изобретение, в виде программного продукта № DGU 05769/ 15.11.2018, агентство по интеллектуальной собственности РУз), позволяющая определить дооперационно злокачественность процесса и, следовательно, выбрать метод лечения.

Для этого нами изучены КТ параметры и гистологический материал у 150 больных, подвергшихся хирургическому вмешательству.

Каждый признак оценивали баллами, отраженные в табл.1.

Таблица 1

Показатели объемных образований надпочечников по данным МСКТ

Параметры опухоли	Баллы		
	1 балл	2 балла	3 балла
Размер опухоли	<4 см	4,1-6,0 см	>6,0 см
Контуры	Ровные	Местами неровные	Неровные
Капсула	Прослеживается	Прослеживается с трудом	Не прослеживается
Форма	Округлая	Овальная	Неправильная
Структура	Гомогенная	Частично гетерогенная	Гетерогенная
Включения	Нет	Жиры, кровь	Кальцинаты
Плотность (нативная)	<20 Н	21-40 Н	>40 Н
Время накопления контраста	До 1 мин	До 2 мин	>2 мин
% вымывание контраста в течении 10 мин.	>60	30-60	<30
Признаки прорастания	Отсутствуют	Имеется подозрение	Имеется
Наличие лимфоузлов	Отсутствуют	Имеются единичные до 1 см	Имеются более >1 см

Так, если сумма баллов была до 15, то по результатам гистологического исследования процесс был доброкачественным, а при сумме превышающей 15 баллов - злокачественный. Применяя балльную шкалу прогноза злокачественности опухоли надпочечника, мы добились повышения чувствительность МСКТ в этом до 99,3%, специфичности - до 83,3%, точности метода – до 97,3%. Включение селективной флебографии исследования пациентов с небольшими размерами (до 2 см) опухолей левого надпочечника, позволила дифференцировать аденомы от гиперплазии.

Основные принципы дооперационной подготовки у больных с опухолями надпочечников направлены на предупреждение гипертензии на первом этапе операции и гипотензии - на втором, а также профилактику проявлений надпочечниковой недостаточности в послеоперационном периоде.

В этой связи дооперационная подготовка больных ОН в зависимости от ее морфологического типа имела особое значение, в связи с выше изложенным, нами был разработано и внедрено в деятельность клиники рационализаторское предложение за №758 «Способ предоперационной

подготовки больных с гормонально-активными опухолями надпочечников» от 2018 г.

При синдроме Конна для коррекции гипокалиемии, гипернатриемии и метаболического алкалоза пациентам за 1 месяц до предполагаемого оперативного лечения назначены верошпирон в дозе 100 мг ежедневно и препараты калия.

При гиперкортицизме с целью коррекции и компенсации электролитных нарушений всем пациентам была назначены препараты калия в сочетании с верошпироном (50-200мг/сут) в течение 14-20 суток. При феохромоцитоме назначен препарат доксозалин от 4 до 12 мг в сутки в зависимости от тяжести общего состояния пациента, длительности течения гипертензии, частоты гипертонических кризов, размеров опухоли и степени гормональной ее активности. Препарат назначали от 15-25 дней.

В четвертой главе **«Результаты открытой адреналэктомии у больных опухолями надпочечников»** приведены результаты открытой адреналэктомии у 92 больных, находившихся на стационарном лечении во II-ой клинике ТМА. Гормонально активные опухоли составили 94,6%, не обладали гормональной активностью 5,4 % больных.

По данным МСКТ, размеры и локализация ОН были: в 61 (66,3%) случае левостороннее поражение надпочечников; размер опухоли варьировал от 1 см до 18 см (в среднем $5,2 \pm 0,8$ см).

Для выполнения адреналэктомии открытым способом использовались 2 доступа: торакофренолюмботомия (ТФЛ) у 81 (88%) больного и срединная лапаротомия (ЛТ) – у 11(12%). Длина разреза составила от 15 до 35 см (в среднем $22,2 \pm 2,4$ см) в зависимости от телосложения пациента. Средняя длительность операции ОАЭ из ТФЛ доступа составила $143,8 \pm 8,3$ минут и была обусловлена длиной хирургического доступа и вскрытием плевральной полости.

Интраоперационная кровопотеря составила от 200 до 700 мл, в среднем составила 445 ± 27 мл. В раннем послеоперационном периоде наблюдались в 7 (7,6%) случаях следующие осложнения: 1 (1,1%) - кровотечение из брюшинного пространства, потребовавшее повторной операции, в 3 (3,3%) случаях были плевро-легочные осложнения (малый пневмоторакс – 1, экссудативный плеврит – 1, гемоторакс - 1), у 3 (3,3%) больных было нагноение послеоперационной раны. Был один летальный исход.

Средняя продолжительность пребывания больных в клинике составила $13,6 \pm 2,1$ дней после ТФЛ и $12,1 \pm 1,1$ дней после ЛТ.

Отмечено достоверное снижение среднего АД в ближайшем после операционном периоде с $207,4 \pm 26,2$ до $145 \pm 14,72$ мм рт.ст. ($p < 0,01$). Непосредственно после операции положительный (хороший и удовлетворительный) результат отмечен у 78 (90,7%) больных. Неудовлетворительный результат был у 8 (9,4%) больных, на день выписки уровень АД фактически не отличался от исходного.

Открытая адреналэктомия остается методом выбора при опухолях надпочечников размерами более 10 см и злокачественности процесса (при

сумме баллов более 15 по шкале морфогенеза опухолей надпочечников). Частота хороших и удовлетворительных результатов после односторонней открытой адреналэктомии в отдаленном периоде до 5 лет отмечается у 85,9% больных, до 10 лет – в 80,8%, более 10 лет – в 76,7% случаях.

В пятой главе **«Результаты эндоваскулярных методов лечения у больных опухолями надпочечников»** приведены результаты эндоваскулярных вмешательств у 48 больных. Все пациенты обращались с клиническими признаками АГ, длительность АГ колебалась от 1 года до 12 лет, в среднем $4,1 \pm 0,4$ лет. Так, на основании клинико-лабораторных, инструментальных методов у 5 (10,4%) пациентах диагностирована феохромоцитома, у 17 (35,4%) - альдостерома и у 24 (50%) больных выявлена кортикостерома. У 1 (2%) больного выявлены признаки гирсутизма (тестестерома). У 1 (2%) больной в виду отсутствия клинических признаков АД, с целью диагностики была проведена проба с изотоническим раствором натрия хлорида и выявлен гиперальдостеронизм.

Мы использовали следующие методы: метод коагуляционной окклюзии центральной вены надпочечника путем её электрокоагуляции - у 36 больных, метод острой окклюзии венозного русла надпочечника путем введения 3% раствора тромбовара – у 2 больных и метод острой окклюзии венозного русла надпочечника в сочетании с электрокоагуляцией центральной вены надпочечника – у 10 больных. Отмечено достоверное снижение среднего САД в ближайшем после операционном периоде с $206,3 \pm 21,3$ до $143,2 \pm 12,7$ мм рт.ст. ($p < 0,01$) и снижение среднего ДАД с $109,2 \pm 9,7$ до $91,3 \pm 6,2$ мм рт.ст. ($p < 0,01$). В ближайшем послеоперационном периоде хороший результат после РЭВ наблюдался у 32 (66,7%) больных, удовлетворительный результат наблюдался у 12 (25%) больных. У 12 (25%) пациентов после РЭВ на надпочечнике отмечен неудовлетворительный результат, который выражался в отсутствии эффекта или рецидиве АГ в отдаленном периоде наблюдения. Всем больным выполнено МСКТ. При этом у 4 (33,3%) больных со стороны надпочечников патологии не выявлены. У 4 (33,3%) больных выявлена опухоль размерами от 15 мм до 22 мм (в среднем 18,5 мм). Еще у 4 (33,3%) больных с неудовлетворительным результатом мы обнаружили геморрагическую кисту левого надпочечника после электрокоагуляции размерами от 18 мм до 35 мм. 8 больным была выполнена адреналэктомия с хорошим результатом. После адреналэктомии хороший и удовлетворительный результат отмечался у 7 (58,3%) пациентов с альдостеромой и кистой надпочечника. Эндоваскулярные вмешательства при доброкачественных опухолях надпочечников размерами менее 1,0 см являются эффективным малоинвазивным методом лечения АГ. Они позволяют добиться регресса симптоматики в течении 5 лет у более чем 80% больных.

РЭВ в бассейне центральной вены левого надпочечника позволяет повысить результативность лечения АГ до 91,7%. Причинами неудовлетворительных результатов РЭВ в лечении АГ явились: хронические воспалительные заболевания почек у 25% больных,

недостаточная девитализация ткани надпочечника при размере опухоли более 1,0 см у 66,7% и присоединение вазоренального механизма гипертензии атеросклеротической природы в 8,3% случаях.

В шестой главе «**Результаты видеоэндоскопической адреналэктомии у больных опухолями надпочечников**» приведены результаты видеоэндоскопической адреналэктомии у 144 больных.

По клиническим признакам, а также по результатам специальных проб у 15 (10,4%) пациентов установлен диагноз феохромоцитомы, у 58 (40,3%) - кортикостерома и у 49 (34%) больных была выявлена альдостерома. У 5 (3,5%) больных выявлена тестостерома. Таким образом, больные с гормонально активными опухолями составили 127 (88,2%), не обладали гормональной активностью лишь 17 (11,8%) больных.

Пациенты с гормонально-активными ОН, нуждались в дооперационной подготовке, которая зависела от предполагаемой морфологической принадлежности опухоли и состояния гомеостаза. В среднем длительность предоперационной подготовки составила $17,1 \pm 4,5$ суток (от 10 до 25 дней). Средний индекс массы тела был $30,2 \pm 2,1$. При этом, ИМТ пациентов, перенесших ЗЗА был выше, чем БТА ($32,4 \pm 2,2$ и $28,8 \pm 1,2$ соответственно). Среди 144 ЛАЭ: ЛАЭ из бокового доступа выполнена 93 (64,6%) больным, «hand assist ЛАЭ» - у 6 (4,2%); задняя забрюшинная адреналэктомия (ЗЗА) была выполнена у 45 (31,3%) пациентов. Первые 50 видеоэндоскопических адреналэктомий (ВЭАЭ) выполнены посредством бокового трансабдоминального доступа (БТА). Длительность ВЭАЭ зависела, как правило, от размера опухоли: чем больше размер опухоли превышал 6 см, тем достоверно увеличивалось время операции. Учитывая это, нами при размерах опухоли от 8 до 10 см с целью сокращения времени операции и объема интраоперационной кровопотери решено внедрить при БТА методику «hand-assist». Методика «hand-assist» применена нами в 6 (4,1%) случаях. Сравнительные данные БТА и БТА с «hand-assist» при опухоли надпочечника от 8 до 10 см представлены в табл.2.

Таблица 2

Показатели БТА и БТА с «hand-assist» при размерах опухоли надпочечника от 8 до 10 см

Виды операции	Количество операций	S	D	Длина разреза	Объем кровопотери	Время операции	Осложнения
БТА	2	1	1	-	135 ± 15 мл	$129 \pm 4,4$ мин	нет
БТА с «hand-assist»	6	4	2	7-8 см ($7,5 \pm 0,22$ см)	$80 \pm 6,2$ мл*	$88 \pm 3,8^*$ Мин	нет

Примечание: * - достоверно по сравнению с показателями БТА ($P < 0,05$)

В дальнейшем, по мере накопления опыта, внедрена методика забрюшинного доступа (с 2014 года). При этом для заднего забрюшинного

доступа, с учетом ограниченного пространства, отбирали пациентов, размер опухоли которых не превышал 4 см. Средняя длительность БТА составила $95,1 \pm 8,1$ мин., при этом слева операция длилась дольше, чем справа ($108,3 \pm 8,5$ мин и $80,5 \pm 7,7$ мин. соответственно), что было обусловлено анатомическим расположением вблизи селезенки и хвоста поджелудочной железы ($p < 0,05$). Средняя длительность ЗЗА составила $78,3 \pm 7,2$ мин., при этом справа операция длилась дольше, чем слева ($84,2 \pm 7,5$ мин. и $72,5 \pm 6,5$ мин. соответственно), в виду расположения надпочечника на нижней полой вене ($p > 0,05$). Интраоперационная кровопотеря при выполнении ВЭА была минимальна и колебалась от 20 до 150 мл (в среднем 65 ± 25 мл). Преимуществами ЗЗА перед БТА являлись отсутствие контакта с органами брюшной полости, быстрый поиск малых опухолей надпочечника (особенно слева) у больных с ожирением. Эти преимущества позволили сократить послеоперационное пребывание больных перенесших ЗЗА сравнительно с БТА. Учитывая преимущества ЗЗА, для удобства ее выполнения и расширения границ ее возможности нами предложено новое положение пациента на операционном столе. Чтобы увеличить объем забрюшинного пространства мы подкладывали два валика на наружные границы живота: в область лонного сочленения и в область нижней трети грудной клетки (рис. 1). При таком положении больного размер операционного поля увеличивается максимум до 1,7 раза за счет вертикального размера (закон Гука). То есть увеличивать до бесконечности «рабочее» пространство мы не можем.

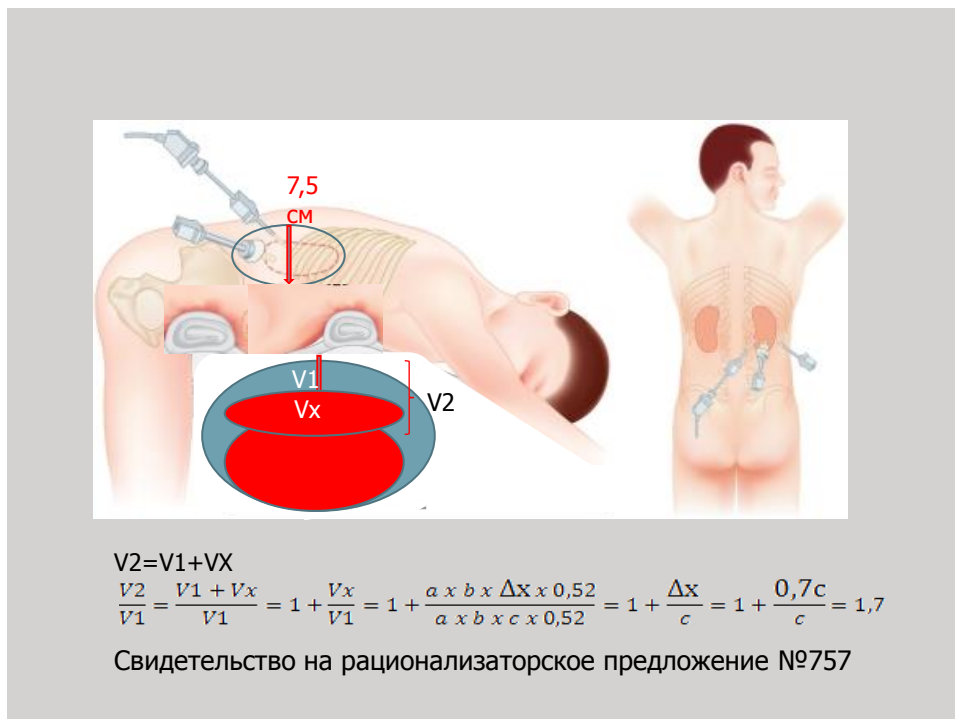


Рис. 1. Модифицированная схема расположения пациента на операционном столе при выполнении ЗЗА.

Для определения необходимого опускания органов живота рассчитывали расстояние необходимого подъема, в данном случае высоту валиков. Расчет необходимой высоты валика осуществлялся по формуле:

$V = a \times b \times c \times 0,52$; где a – вертикальный размер, b – сагиттальный размер, c – фронтальный размер, $0,52$ – корригирующий коэффициент.

Применяя данную формулу нами рассчитано, что максимальный размер опухоли, который может быть удален ретроперитонеоскопическим доступом не должен превышать 6 см. При больших размерах опухоли угол операционного действия становится острым и выполнение адrenaлэктомии неэффективным.

Формула: $V_2 = V_1 + V_x$

$$\frac{V_2}{V_1} = \frac{V_1 + V_x}{V_1} = 1 + \frac{V_x}{V_1} = 1 + \frac{a \times b \times c \times \Delta x \times 0,52}{a \times b \times c \times 0,52} = 1 + \frac{\Delta x}{c} = 1 + \frac{0,7c}{c} = 1,7$$

При выполнении БТА в 1 (0,7%) случае отмечено повреждение селезенки, что потребовало лапароскопической спленэктомии, в 1 (0,7%) – повреждение печени с паренхиматозным кровотечением, потребовавшее конверсии. В послеоперационном периоде в 2 (1,4%) случаях развился острый панкреатит и гематома забрюшинного пространства, не потребовавших дополнительных хирургических вмешательств. При выполнении ЗЗА ни интраоперационных, ни послеоперационных осложнений не было. Среднее пребывание больных, перенесших БТА, составило $4,5 \pm 0,7$ койко-дня, а после ЗЗА – $3,2 \pm 0,5$. Летальных исходов после ВЭА не было.

БТА, на наш взгляд, предпочтительна при опухолях от 6 до 10 см, а также в случаях симультанной хирургической патологии. Так, в наших наблюдениях, без смены положения пациента на операционном столе выполнены лапароскопически в 8 (8,08%) случаях холецистэктомия, в 1 (1%)- цистэктомия из печени, в 2 (2%) – герниопластика.

В ближайшем периоде хороший результат отмечался у 80 (55,6%) больных, удовлетворительный результат наблюдались у 42 (29,2%) больных, неудовлетворительный результаты наблюдали в 22 (14,6%) случаев.

Проведенный анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных с АГ надпочечникового генеза показал, что до 3 лет после операции гипотензивный эффект сохраняется у 85,9% больных, через 3 и 6 лет 80,5% и 80% соответственно.

В различные сроки после операции умерло 3, причинами которых стали: Острый инфаркт миокарда – 1 случай, в 2 случаях причинами летальных исходов стали хронические заболевания, несвязанные с АГ.

Таким образом, при хирургическом лечении больных с опухолями надпочечников ведущее место должна занимать эндовидеоскопическая адrenaлэктомия, показаниями к которой считаются размеры опухолей надпочечников до 10 см. Преимуществами эндовидеоскопических операций по сравнению с традиционными оперативными вмешательствами являются уменьшение объема интраоперационной кровопотери от 445 ± 27 мл до $65 \pm 2,5$ мл ($p < 0,01$), снижение числопослеоперационных осложнений с 7,6%

до 1,4% ($p < 0,05$), сокращение времени пребывания пациентов в стационаре с $13,6 \pm 2,1$ койко-дней до $4,5 \pm 0,5$ койко-дней ($p < 0,05$) при лапароскопической и $3,2 \pm 0,4$ койко-дней ($p < 0,05$) при ретроперитонеоскопической адреналэктомии, а также сокращение сроков реабилитации больных от 30-50 до 15 дней. Летальных исходов в раннем, ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде (до 5 лет) не отмечено.

ЛАЭ с применением техники «hand-assist» позволяет произвести оперативное вмешательство при размерах опухолей надпочечника от 8 до 10 см и снизить его продолжительность с $129 \pm 4,4$ мин до $88 \pm 3,8$ мин ($p < 0,05$). Свобода от рецидивов заболевания до 3 лет наблюдается в 85,9% случаях, до 6 лет – 80,5% и до 9 лет – у 80% больных.

Анализ полученных данных показал высокую эффективность ретроперитонеоскопического доступа с применением модифицированного положения больного на операционном столе при опухолях надпочечника размерами менее 6 см. При этом, преимуществами данного метода перед БТА являются отсутствие контакта с органами брюшной полости, быстрый поиск малых опухолей надпочечника у больных с ожирением.

В седмой главе **«Сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных доброкачественными опухолями надпочечников и разработка алгоритма ведения больных данной категории»** приведены сравнительные данные трех хирургических методов (таб. 3).

На основании полученных данных, нами был разработан и внедрен алгоритм диагностики и лечения больных ОН и АГ (рис. 2), на который был получен патент на изобретение, в виде программного продукта № DGU 04278/ 01.03.2017.

Согласно этому алгоритму больным, обратившимся с жалобами на повышение АД после сбора анамнеза, проведения клинического осмотра необходимо УЗИ надпочечников, которые позволяют, как правило, определить или исключить надпочечниковый генез АГ. Затем у больных с образованиями надпочечника выполняется МСКТ (при необходимости с контрастированием), исследование гормонов крови. При подозрении на надпочечниковый генез АГ по данным клинического осмотра и отсутствия по данным УЗИ образования надпочечника, рекомендуем все же проведение МСКТ и исследование гормонального фона.

Есть категории больных, которые попадают в наш алгоритм уже с выявленным случайно образованием надпочечника. Для выявления связи АГ с этим образованием необходимо у них изучить гормональный фон с проведением, при необходимости, провоцирующих проб. Выбор в дальнейшем лечебной тактики согласно нашему алгоритму зависит от размера опухоли и гормональной активности.

Таблица 3.

Сравнительные данные различные виды операций отражены в
нижеследующей таблице

Показатели	ОАЭ (n=92)	РЭДН (n=45)	ВЭАЭ (n=144)
Длина разреза, см	С 15 до 35 в среднем 22	Нет разрезов	3-4 троакарных прокола
Длительность операция, мин	143,8±8,3 (149,3±9,5 S) (140,5±8,7D)	38,3±7,2	95,1±8,1 (108,3±8,5 S) (80,5±7,7 D)
Объем интраоперационной кровопотери, мл	от 200 до 700 в среднем 445±27	в среднем 15±1,2	в среднем 65±25
Интраоперационные осложнения	1	2	2
Нестабильность гемодинамики	3	1	Не наблюдались
Длительность нахождения в реанимации (час)	18,5±1,5	0	4±0,5
Потребность в наркотических анальгетиках	Имелась в первые 2-3 суток	Имелась в 1 сутки	Не была
Восстановление работы кишечника (сутки)	3-сутки	1-2сутки	Не влияет
Послеоперационные осложнения	7	2	2
Активизация больных	3-сутки	1 -сутки	1-сутки
Снижение среднего АД, мм рт. ст.	с 216,4±12,3 до 142,8±8,3	с 206,4±11,3 до 145,8±7,8	с 220,4±13,1 до 140,8±6,9
Летальность	1	0	0
Длительность нахождения в стационаре (сутки)	13,6±2,1 дней	4,5±0,5	2,2±0,4
Период реабилитации	30-50 дней	6-7 дней	3-5 дней

Так при выявлении гормонально неактивной опухоли менее 4 см необходимо динамическое наблюдение. Появление у этих больных клинических признаков ОН, положительная провоцирующая проба, рост опухоли, являющиеся показанием к проведению одного из хирургических вмешательств. Отсутствие вышеуказанных признаков в течении 1 года рекомендуют проведение последующего обследования через 1 год в течении 3-х лет.

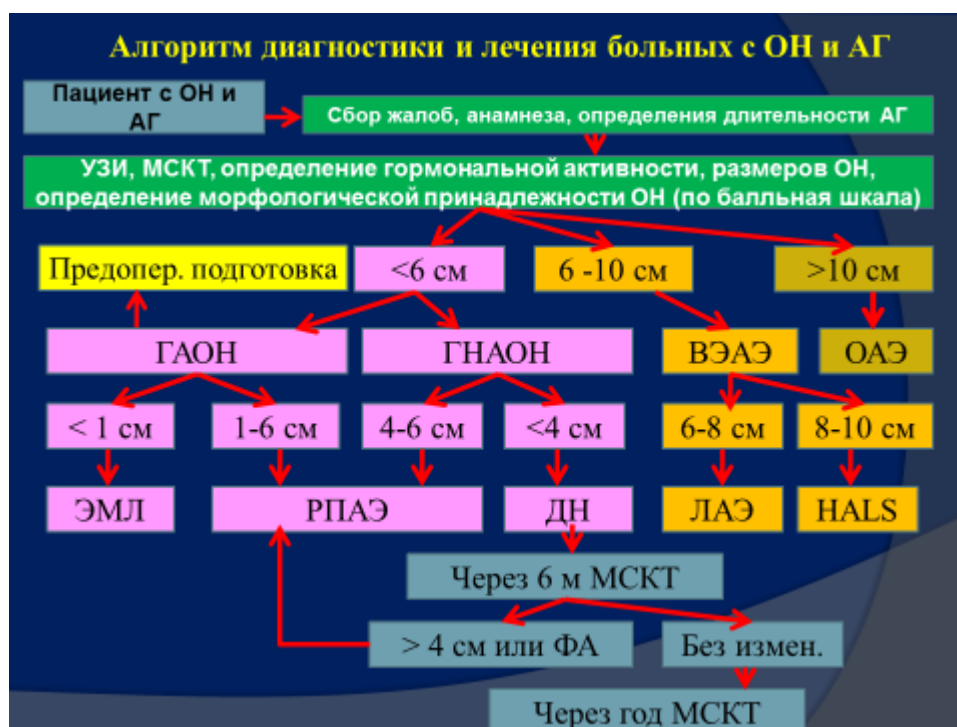


Рис. 2 Алгоритм диагностики и лечения больных с ОН и АГ

Так при выявлении гормонально неактивной опухоли менее 4 см необходимо динамическое наблюдение. Появление у этих больных клинических признаков ОН, положительная провоцирующая проба, рост опухоли, являются показанием к проведению одного из хирургических вмешательств. Отсутствие вышеуказанных признаков в течении 1 года рекомендуют проведение последующего обследования через 1 год в течении 3-х лет.

Больные с гормонально активной опухолью должны быть подвержены оперативному вмешательству после обязательной предоперационной подготовкой. При размерах образования до 1 см слева рекомендуем проведение РЭВ. При расположении опухоли справа и при ее размерах до 10 см необходимо ВЭАЭ. При этом при размере опухоли до 6 см рекомендуем ЗЗА, от 6 до 8 см БТА, от 8 до 10 см – ЛАЭ с «hand-assist». При размерах опухоли более 10 см необходима ОАЭ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Корреляционный анализ данных МСКТ-диагностики и гистологического исследования опухолей надпочечников выявил патогномичные признаки, позволившие выработать балльную оценку морфогенеза опухолей надпочечников. Согласно ей, при сумме баллов до 15 можно предположить доброкачественность процесса, при сумме, превышающей 15 – злокачественность. Применение данной шкалы при диагностике опухолей надпочечников, повышает чувствительность МСКТ до 99,3%, специфичность до 83,3% и точность метода – до 97,3%.

2. Включение селективной флебографии в программу исследования пациентов с небольшими размерами (до 2 см) опухолей левого надпочечника позволило уточнить ангиографические критерии для дифференциальной верификации аденомы от гиперплазии, а также формы и стадии патологического процесса.

3. Проведение фармакологической верификации гормонально-неактивных новообразований надпочечника для дифференциальной диагностики (дексаметазоновая проба, проба с клонидином и проба с изотоническим раствором) позволило подтвердить феохромоцитому - в 30,7%, синдром Иценко-Кушинга – в 36,9% и синдром Конна – в 31,8% случаях.

4. Традиционная открытая адреналэктомия остается методом выбора при опухолях надпочечников размерами более 10 см и злокачественности процесса (при сумме баллов более 15 по шкале морфогенеза опухолей надпочечников). Частота хороших и удовлетворительных результатов после односторонней открытой адреналэктомии при доброкачественных новообразованиях надпочечника в отдаленном периоде до 5 лет отмечается у 85,9% больных, до 10 лет – в 80,8%, более 10 лет – в 76,7% случаях.

5. Рентгенэндоваскулярные вмешательства при доброкачественных опухолях надпочечников размером до 1,0 см являются эффективными, малоинвазивными методами лечения АГ, при которых свобода от рецидива симптоматики в течение 5 лет составляет 82,5%, до 10 лет – 75,0%. Однако, при выявлении недостаточной девитализации надпочечника показан один из способов эндовизуальной адреналэктомии.

6. При размерах опухоли надпочечника более 1,1 см рентгенэндоваскулярные вмешательства у 66,7% больных наблюдается рецидив симптоматики АГ в течение 3-5 лет, а у 33,3% –отмечается кратковременный эффект. В связи с этим РЭВ остаются методом выбора в случаях развития стеноза почечной артерии с возможностями дилатации или стентирования последней, а также в случаях невозможности выполнения других видов хирургических вмешательств.

7. Оптимизация тактико-технических аспектов лапароскопической адреналэктомии, в частности, за счет применения методики “hand-assist”, позволяет производить оперативное вмешательство при размерах опухолей надпочечников от 8 до 10 см и снизить продолжительность операции с $129,0 \pm 4,4$ мин до $88,0 \pm 3,8$ мин. При этом свобода от рецидивов заболевания до 3 лет наблюдается у 85,9% больных, до 6 лет – у 80,5% и до 9 лет – в 80% случаях.

8. Эндовизуальная адреналэктомия посредством ретроперитонеоскопического доступа (за счет применения модифицированного положения больного на операционном столе) показывает высокую эффективность по сравнению с лапароскопическим при размере опухоли до 6 см, значительно расширяя показания к применению данного способа. При этом, преимуществами являются отсутствие контакта с

органами брюшной полости и быстрый поиск малых опухолей надпочечника (особенно слева) у больных с ожирением.

9. Внедрение в клиническую практику эндовидеоскопических операций позволило уменьшить объем интраоперационной кровопотери от 445 ± 27 мл до $65 \pm 2,5$ мл ($p < 0,01$), снизить число послеоперационных осложнений с 7,6% до 1,4% ($p < 0,05$), сократить время пребывания пациентов в стационаре с $13,6 \pm 2,1$ койко-дней до $4,5 \pm 0,5$ койко-дней ($p < 0,05$) при лапароскопической и $3,2 \pm 0,4$ койко-дней ($p < 0,05$) при ретроперитонеоскопической адреналэктомии, а также сократить сроки реабилитации пациентов от 30-50 до 15 дней.

10. Разработанный и внедренный в клиническую практику комплексный подход к хирургическому лечению доброкачественных опухолей надпочечников, включающий в себя алгоритм диагностики, выбора тактики и способа хирургической коррекции в зависимости от размера опухоли, позволяет повысить эффективность и расширить возможности миниинвазивных методик, снизить частоту интраоперационных осложнений, а также получить хорошие результаты в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.27.06.2017.Tib.49.01 AT THE
REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL
MEDICAL CENTER OF SURGERY NAMED AFTER ACADEMICIAN
V. VAKHIDOV AND TASHKENT MEDICAL ACADEMY ON THE
ADMISSION OF SCIENTIFIC DEGREES**

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

SAHIBOEV DILSHOD PARPIJALILOVICH

**DEVELOPMENT AND IMPROVEMENT METHODS OF SURGICAL
TREATMENT OF BINIGN TUMORS OF ADRENAL GLANDS**

14.00.34 – Cardiovascular surgery

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

TASHKENT – 2019

Subject of doctoral dissertation (DSc) is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the №B2017.3.DSc/Tib208.

The doctoral dissertation carried out at the Tashkent medical academy.

The dissertation abstract in two languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is available on the web page of the Scientific Council (www.rscs.uz) and Ziyonet information and educational portal (www.ziyonet.uz).

Scientific consultant: **Berkinov Ulugbek Bazarbaevich**
doctor of medical science

Official opponents: **Emelyanov Sergey Ivanovich**
doctor of medical science, professor

Bahritdinov Fazlitdin Shamsitdinovich
doctor of medical science, professor

Yusupbekov Abrorbek Ahmedjanovich
doctor of medical science

Leading organization: **The Federal State Budgetary Establishment "National medical research center of surgery name after A.V.Vishnevskiy" of the Ministry of Health of the Russian Federation**

Protection will be held on "___" _____ 2019 at ____ hours at a meeting of the Scientific Council DSc.27.06.2017.Tib.49.01 at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after Academician V.Vakhidov and the Tashkent Medical Academy (Address: 100115, Tashkent, Kichik str., Halka Yuli, 10. Tel. : (+99871) 277-69-10; fax: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru, Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Surgery named after academician V.Vakhidov).

A doctoral thesis can be found in the Information Resource Center of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after academician V. Vakhidov (registered under No. 75). Address: 100115, Tashkent, st. Kichik Halka Yuli 10. Phone: (+99871) 277-69-10; fax: (+99871) 277-26-42.

The dissertation author's abstract was sent _____ 2019.
(registry of the distribution protocol number ____ from _____ 2019).

F.G. Nazyro

Chairman of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medical science, professor, academic

A.Kh. Babadjanov

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

A.V. Devyatov

Chairman of the scientific seminar at the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medical science, professor

INTRODUCTION (abstract of doctoral dissertation)

The purpose of the study is to improve the results of treatment of patients with benign adrenal tumors by improving diagnostic methods, pre-operative preparation and tactical and technical approaches to complex surgical treatment.

Research objectives: were 284 patients with benign tumors of adrenal glands, who were hospitalized in the II clinic of the Tashkent Medical Academy in the department of vascular surgery for the period from 1994 to 2018.

The tasks of research:

identify pathognomonic CT criteria and develop a score for the differentiation of adrenal neoplasms;

to determine the effectiveness of selective phlebography in the differential diagnosis of the form and stage of the pathological process in adrenal tumors;

to study the effectiveness of pharmacological verification of hormone-inactive tumors of the adrenal gland by conducting provocative tests;

to analyze the results of traditional open adrenalectomy in patients with benign adrenal tumors;

evaluate the effectiveness of endovascular interventions in patients with benign adrenal tumors;

to optimize tactical and technical aspects during laparoscopic adrenalectomy;

to improve the method of retroperitoneoscopic adrenalectomy in benign adrenal tumors;

to examine the results of endovideoscopic interventions for benign adrenal tumors;

to develop and introduce into clinical practice an integrated approach to the surgical treatment of benign adrenal tumors.

Scientific novelty of the research work:

the probability of benign or malignant genesis of adrenal tumors was clarified on the basis of the analysis of the correlation dependence of CT data and the histological structure of the neoplasm;

angiographic features of vessels were identified in neoplasms of the left adrenal gland of small sizes (up to 2 cm), which allow differential verification of adenoma from hyperplasia;

determined criteria for pharmacological verification of hormone-inactive adrenal neoplasms for the differential diagnosis of hyperaldosteronism, subclinical form of Itsenko-Cushing syndrome, as well as "dumb" pheochromocytoma;

revealed pathogenetic factors affecting the likelihood of incomplete regression of clinical manifestations of the disease after adrenalectomy and associated with residual effects of arterial hypertension, a long history and secondary changes in the target organs;

it has been proven that the main reasons for the poor prognosis of endovascular interventions are a combination of the main pathology with chronic inflammatory diseases of the kidneys, insufficient devitalization of the adrenal

tissue with a tumor size of more than 1.0 cm and the development of the vasorenal mechanism of atherosclerotic hypertension;

the scheme of preoperative preparation of patients with adrenal hormone-active tumors has been improved for leveling hormone-induced conditions and reducing the risk of specific hemodynamic complications;

improved way to perform posterior retroperitoneal adrenalectomy, taking into account the optimization of the patient's position on the operating table and the anatomical features of a benign adrenal tumor;

actuarial curves (Kaplan-Meyer) of the stability of positive results after endovascular, endovideoscopic and open adrenalectomy were studied taking into account the dynamic assessment of the regression of the main clinical and biochemical manifestations of adrenal tumors, the severity of complications from target organs and associated diseases.

The introduction of research results. According to the results of a scientific study to improve the quality of surgical care provided to patients with adrenal tumors:

methodological recommendations were developed on the “Choice of surgical tactics for symptomatic arterial hypertension” and “Features of diagnosis and treatment of benign adrenal tumors” (certificate of the Ministry of Health No. 8n-d /158 of July 11, 2018). The proposed recommendations allowed increasing the efficiency and expanding the possibilities of minimally invasive techniques, reducing the incidence of intraoperative complications, as well as obtaining good results in the immediate and late postoperative period.

scientific results obtained to improve the quality of high-tech surgical care for patients with benign adrenal tumors were introduced into practical public health activities, in particular, into clinical practice of the 2nd clinic of the Tashkent Medical Academy, Liver and Biliary Tracts Research Center, Republican Center for Minimally Invasive Surgery of Children (certificate of the Ministry of Health No. 8n-d / 158 dated July 11, 2018). The application of the proposed integrated approach to the treatment of patients with benign adrenal tumors improved the quality of endovascular interventions with regression of the main symptoms for 3 years in 85.9% of patients, 6 years in 80.5% and 9 years in 80% of cases, to reduce the frequency specific complications and mortality, as well as increase the proportion of positive results.

The structure and volume of the thesis. The thesis consists of an introduction, seven chapters, conclusions, a list of references and applications. The amount of work is 200 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П., Рахимов А.П. Хирургические аспекты лечения доброкачественных опухолей надпочечников. // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2015. – №3. – С. 76-81. (14.00.00, №8).
2. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П. Результаты малоинвазивных методов лечения опухолей надпочечников. // Вестник ТМА. – Ташкент, 2015. – №4, – С. 68-72. (14.00.00, №13).
3. Berkinov U.B., Sahiboev D.P. Pre- and intraoperative management of patients with neoplasms of adrenal glands. // Вестник ТМА. – Ташкент, 2018. – №1, – С. 65-67. (14.00.00, №13).
4. Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П. Сравнительная оценка эффективности боковой трансабдоминальной и задней забрюшинной адреналэктомий. // Вестник ТМА. – Ташкент, 2017. – №3, – С. 39-42. (14.00.00, №13).
5. Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П., Ирناзаров А.А., Алломова Ш.М. Особенности лечения новообразований надпочечников. // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2018. – №2. – С. 33-37. (14.00.00, №8).
6. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П., Болтаев А.А. Сравнительная оценка эффективности лапароскопической и ретроперитонеоскопической адреналэктомий. // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2018. – №2. – С. 7-12. (14.00.00, №8).
7. Karimov Sh.I., Berkinov U.B., Sahiboev D.P. The results of treating of adrenal genesis hypertension through different surgical methods. // "European Science Rewiev". – Vena, Austria, 2015. – № 11-12. С. 106-110. (14.00.00, №19).
8. Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П. Буйрак усти беги яхши сифатли ўсмаларида лапароскопик адреналэктомияни косметик ахамияти. // Журнал дерматовенерология ва эстетик тиббиёт. – Ташкент, 2016. – №2. С. 71-75. (14.00.00, №1).
9. Berkinov U.B., Sahiboev D.P., Irnazarov A.A. Results simultaneous operations in patients with adrenal tumors. // "European Science Rewiev". – Vena, Austria, 2016. – № 3-4. С. 76-77. (14.00.00, №19).
10. Karimov Sh.I., Berkinov U.B., Sahiboev D.P. Our experience video-endoscopic adrenalectomy in patients with benign adrenal tumors large sizes. // American Journal of Medicine and Medical Sciences. – USA, 2017. – №7(1). С. 11-13. (14.00.00, №2).
11. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П., Ирназаров А.А., Таджиев С.З. Симультанные операции у больных с опухолями надпочечников. // Вестник ТМА. – Ташкент, 2016. – №4, – С. 60-62. (14.00.00, №13).

12. Сахибоев Д.П. Результаты видеоэндоскопической адреналэктомии у больных с доброкачественными опухолями надпочечников больших размеров. // Вестник ТМА. – Ташкент, 2016. – №4, – С. 108-110. (14.00.00, №13).

II бўлим (II часть; II part)

13. Сахибоев Д.П. Выбор хирургической тактики при симптоматической артериальной гипертензии. Методические рекомендации для курсантов и молодых хирургов. – Ташкент. 2018. – С. 29.

14. Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П. Особенности диагностики и лечения доброкачественных опухолей надпочечников. Методические рекомендации для курсантов и молодых хирургов. – Ташкент. 2018. – С. 31.

15. Сахибоев Д.П. Программа для диагностики и выбора тактики больных с опухолями надпочечников. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. – Ташкент. 2017. № DGU 04278/01.03.2017.

16. Сахибоев Д.П. Программа для дифференциальной диагностики опухолей Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. – Ташкент. 2018. № DGU 05769/15.11.2018.

17. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П. Результаты лечения артериальной гипертензии надпочечникового генеза различными хирургическими методами. //Журнал «Непрерывное медицинское образование и наука». – Челябинск. 2015. – №2, – С. 18-23.

18. Karimov Sh.I., Berkinov U.B., Sahiboev D.P. Surgical correction of hypertension adrenal genesis. // The journal of cardiovascular surgery. – Istanbul, Turkey, 2015. –№2, – С. 319-320.

19. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П. Эндовидеохирургическое лечение опухолей надпочечников. // IV Международный медицинский научно-практический Форум. – Челябинск, Россия, 2015. – С 80-81.

20. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П., Холматов Ш.Т., Ирнараров А.А., Рахимов А.Р. Наш опыт лапароскопической адреналэктомии у больных с доброкачественными опухолями надпочечников. // Альманах института хирургии имени А.В.Вишневского №1. – Москва, Россия, 2015. – С. 402-403.

21. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П., Махмудов Г.А., Болтаев А.А. Роль лучевых методов диагностики при опухолях надпочечников. // Материалы VI Евразийского радиологического форума «Достижения и перспективы развития современной радиологии». – Казахстан, 2015. – С. 109-110.

22. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П. Результаты видеоэндоскопической адреналэктомии у больных с доброкачественными опухолями надпочечников. // Тезисы XIX Съезда Общества эндоскопических

хирургов России, г. Москва, 16-18 февраля 2016 г. Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского. – Москва, Россия, 2016. – №1, – С. 142-143.

23. Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П. Меры профилактики осложнений при видеоскопической адреналэктомии. // Тезисы XIX Съезда Общества эндоскопических хирургов России, г. Москва, 16-18 февраля 2016 г. Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского. – Москва, Россия. 2016.– №1, – С. 144-145.

24. Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П. Роль мультислайсной компьютерной томографии в выборе рационального эндовидеохирургического доступа при патологии надпочечников. // Тезисы XIX Съезда Общества эндоскопических хирургов России, г. Москва, 16-18 февраля 2016 г. Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского. – Москва, Россия. 2016. – №1, – С. 146-147.

25. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П. Альтернатива лапароскопической адреналэктомии при артериальной гипертензии надпочечникового генеза. // Материалы V Международный медицинский научно-практический Форум «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов и сердца. Интервенционная кардиология». – г. Челябинск, Россия. 17-19 марта 2016 года. – С. 116-117.

26. Karimov Sh.I., Berkinov U.B., Sahiboev D.P. Our tactics of surgical treatment of adrenal tumors - single center experience. // ELSA Visionary Summit 2017. – Asan Medical Center, Seoul, Korea. 2017, February 17(Fri)-18(Sat). – PP. 122.

27. Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П., Асраров А.А, Холматов Ш.Т. Возможности малоинвазивных вмешательств в лечении опухолей надпочечников. // Тезисы XX Съезда Общества эндоскопических хирургов России, г. Москва, 4-7 апреля 2017 г. Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского. – Москва, Россия. 2017. – №1, – С. 746-747.

28. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П., Шарипов Р.А. Наша тактика ведения больных доброкачественными опухолями надпочечников.// Материалы Республиканской научно-практической конференции «Развитие и перспективы использования миниинвазивных технологий в медицине и хирургии». – Ургенч, Узбекистан. 2018. – С. 130-131.

29. Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П., Ирнараров А.А., Болтаев А.А. Оценка эффективности трансабдоминальной и ретроперитонеоскопической адреналэктомий. // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Развитие и перспективы использования миниинвазивных технологий в медицине и хирургии». – Ургенч, Узбекистан. 2018. – С. 130-131.

30. Сахибоев Д.П. Алгоритм диагностики и лечения больных с новообразованиями надпочечников. // Учебно-методическое пособие для студентов 4-5 курсов медицинских высших образовательных учреждений. – Ташкент. 2018. – С. 36.

31. Сахибоев Д.П. Буйрак усти беги хажмли хосилаларида диагностика ва даволаш алгоритми. // Тиббиёт олий таълим муассасалари 4-5 курс талабалари учун ўқув-услугий кўлланма. – Ташкент. 2018. – С. 37.

32. Сахибоев Д.П., Суннатов Р.Д., Ирнazarов А.А. Артериал гипертензия. Диагностика ва хирургик даволаш. Тиббиёт олий таълим муассасалари 4-5 курс талабалари учун ўқув-услубий кўлланма. – Ташкент. 2018. – С. 37.

33. Сахибоев Д.П., Суннатов Р.Д., Ирнazarов А.А. Артериальная гипертензия. Диагностика и хирургическое лечение. Учебно-методическое пособие для студентов 4-5 курсов медицинских высших образовательных учреждений. – Ташкент. 2018. – С. 36.

34. Sahiboev D.P., Sunnatov R.D., Irnazarov A.A. Arterial hypertension. Diagnosis and surgical treatment. Teaching-methodical manual for students of 4-5 courses of medical institutions. – Tashkent. 2018. – P. 36.

35. Sahiboev D.P. Algorithm for diagnosis and treatment of patients with neoplasms of adrenal glands. Teaching-methodical manual for students of 4-5 courses of medical institutions. – Tashkent. 2018. – P. 36.

36. Сахибоев Д.П. Способ предоперационной подготовки больных с гормонально-активными опухолями надпочечников. // ТМА. Свидетельство на рационализаторское предложение. – Ташкент. 2018. №758, 07.06.2018.

37. Сахибоев Д.П. Способ выполнения задней ретроперитонеальной адреналэктомии доброкачественной опухоли надпочечников. //ТМА. Свидетельство на рационализаторское предложение. – Ташкент. 2018. №757, 07.06.2018.

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

Босишга рухсат этилди: 15.03.2019 йил
Бичими 60x44 ¹/₈, «Times New Roman»
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табоғи 3,5. Адади: 100. Буюртма: № 20.

100060, Тошкент, Я. Ғуломов кўчаси, 74.

«TOP IMAGE MEDIA»
босмахонасида чоп этилди.