

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

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

ХАДЖИБАЕВ ЖАМШИД АБДУАЗИМОВИЧ

**ҚИЗИЛҮНГАЧДА КУЙИШДАН КЕЙИНГИ ЧАНДИҚЛАРИ БЎЛГАН
БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ
ЖИҲАТЛАРИ**

14.00.27 - Хирургия

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

ТОШКЕНТ - 2018

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Хаджибаев Жамшид Абдуазимович

Қизилўнгачда куйишдан кейинги чандиқлари бўлган беморларни
даволаш тактикасининг замонавий жиҳатлари..... 3

Хаджибаев Жамшид Абдуазимович

Современные аспекты тактики лечения больных с постожоговыми
рубцовыми стриктурами пищевода..... 21

Khadjibaev Jamshid Abduazimovich

Modern aspect of treatment tactics in patients with postburn cicatricial
esophageal strictures..... 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

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

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

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

ХАДЖИБАЕВ ЖАМШИД АБДУАЗИМОВИЧ

**ҚИЗИЛҶНГАЧДА КУЙИШДАН КЕЙИНГИ ЧАНДИҚЛАРИ БЎЛГАН
БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ
ЖИҲАТЛАРИ**

14.00.27 - Хирургия

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

ТОШКЕНТ - 2018

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2017.1.PhD/Tib142 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

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

Илмий раҳбар:	Низамходжаев Зайниддин Махаматович тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оппонентлар:	Ҳакимов Мурод Шавкатович тиббиёт фанлари доктори, профессор Худайбергенов Шухрат Нурматович тиббиёт фанлари доктори
Етакчи ташкилот:	«И.И. Джанелидзе номидаги Санкт-Петербург тез ёрдам илмий-тадқиқот институти» Давлат бюджет ташкилоти (Россия Федерацияси)

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

Диссертация билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиётмарказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (43-рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Диссертация автореферати 2018 йил «___» _____ куни тарқатилди.
(2018 йил «___» _____ даги ___ рақамли реестр баённомаси).

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 фанларидоктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг 2017 йилдаги маълумотларига кўра, қизилўнгачнинг кимёвий куйиши (ҚКК) билан касалланганларнинг 70-75%ини 10 ёшгача бўлган болалар, 25-30%ини катталар ташкил этади. Қизилўнгачнинг энг кўп тарқалган патологияси фақатгина хавфли ҳосила қолдирувчи қизилўнгачнинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши (ҚККЧТ) бўлиб қолмоқда¹. ҚККЧТни даволашнинг асосий усули қизилўнгачни бужлашдан иборат. Нисбатан соддалиги ва етарли самарадорлиги уни амалиётга кенг татбиқ этишга хизмат қилди, бироқ клиник тажрибадан келиб чиқиб, унинг айрим камчиликларини белгилаш мумкин: фақатгина 60-80% ҳолларда яхши натижаларга эришиш мумкин, 20-40% да эса қониқарсиз натижалар олинди, дисфагия қайталаниши 15-75% ҳолларда юз беради, 10-12% ҳолларда эса перфорация, ярали эзофагит, қон кетиши каби асоратлар пайдо бўлади². Шунга кўра, даволашнинг миниинвазив ва жарроҳлик усулларига анъанавий ёндашувларни қайта кўриб чиқиш ва ҚККЧТ бўлган беморларни даволаш усулидаги асосий муаммолар бўйича илмий тадқиқотларни давом эттириш зарур.

Бутун бунёда ҚККЧТ бўлган беморларни даволаш усулларини такомиллаштириш мақсадида кимёвий реагент хусусияти, куйиш сабаби ва беморларнинг стационар даволанишга келган вақтидаги кўрсатилган тиббий ёрдам самарадорлигидан келиб чиқиб, қизилўнгачнинг чандиқли торайиши хусусиятларини аниқлаш бўйича бир қатор мақсадли илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Ҳозирги вақтда, қизилўнгачнинг торайишини кенгайтиришда қизилўнгач перфорацияси хавфини ҳисобга олиб миниинвазив технологияларни ишлаб чиқиш ва жорий этишга катта эътибор қаратилмоқда, бу эса, ўз навбатида, ҚККЧТ узоқ муддатга қайталанишининг олдини олишни таъминлашга имкон беради. Юқорида қайд этилганидек, ушбу тадқиқот иши тактикани такомиллаштириш ва янги даволаш усулларини жорий этиш орқали ҚККЧТ бўлган беморларни минимал инвазив даволаш натижаларини яхшилашга бағишланган.

Бугунги кунда соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш, юқори сифатли тиббий хизматни таъминлаш устувор йўналишлардан бири ҳисобланади. Ўзбекистон Республикасининг 2017-2021 йилларга мўлжалланган устувор ривожланиш йўналишлари бўйича ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг кам таъминланган қатламларига тиббий-ижтимоий ёрдам кўрсатиш тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш борасида вазифалар белгиланган³. Бундан келиб чиқадики, тактикани такомиллаштириш, ҚККЧТ бўлган

¹ Frazzoni L, La Marca M, Montale A, Fuccio L. Management of benign esophageal strictures: a literature review // *Recenti Prog Med.* 2018 Jan; 109 (1):46-49.

² Климашевич А.В. Никольский В.И. Кувакова Р.Э. Современные тенденции в лечении постожоговых рубцовых стриктур пищевода // XI съезд хирургов России. - 2011. - С. 38.

³ Ўзбекистон Республикасини 2017-2021 йилларда ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича Ҳаракатлар стратегияси.

беморларни янги миниинвазив усул билан даволашни ишлаб чиқиш ва жорий этиш долзарб йўналишлардан бири ҳисобланади.

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

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Сигал Е.И. фикрига кўра, “ҚККдан сўнг шикастланиш жойида 3-70% беморларда чандикли торайиш шаклланади. Бунда ҚККЧТ ривожланиш частотаси тўғридан-тўғри эзофагит оғирлик даражасига боғлиқ: I даражада (катарал) торайиш ҳосил бўлмайди, II даражада (эрозияли) ва III даражада (ярали-некротик) қизилўнгач торайиши 53-100% ҳолларда ривожланади”¹. Чандикнинг битиш жараёни торайиш ҳосиласининг охири босқичигача 1-1,5 ой давом этади, бироқ баъзан узокроқ 1 йилдан 5 йилгача ҳам бўлиши мумкин. “Қизилўнгач чандикли торайишининг ҳосил бўлиши ва ривожланиши нафақат қизилўнгач девори бузилишининг чуқурлиги ва кўламига, балки агрессив суюқлик таъсирига, шунингдек, организмнинг ҳимоя реакциялари фаоллиги, яллиғланиш жараёни даражаси ва инфекциянинг бирлашишига боғлиқ” (Черноусов А.Ф.²).

Сўнгги ўн йил мобайнида ҚККда қизилўнгачнинг шикастланиш даражасини баҳолаш учун эндоскопик ультрасонография усули қўллана бошланди. Y.Kamijo таснифлашни ишлаб чиқди: IA даража – жараёнда шиллиқ қаватнинг куйиши; IB даража – шиллиқ ости қатлам куйиши; IIA даража – мушак қавати куйиши; IIB даража – адвентиция қаватининг куйиши белгиланди³. ҚККни даволаш бўйича ҳар хил нуқтаи назарлар мавжуд бўлиб, ҳалигача ягона даволаш тактикаси йўқ. Барча даволаш тадбирлари яқун оқибатда қизилўнгачнинг ўтказиш имкониятини сақлаб қолишга ва асоратларининг олдини олишга қаратилган (Ogunrombi A.B.⁴). Консерватив даво самара бермаганида ва торайишнинг эрта муддатда қайталанганида 15-40% беморлар қизилўнгачда мураккаб реконструктив-тикловчи амалиётлар

¹ Сигал Е.И. Доброкачественные заболевания пищевода / Е. И. Сигал, М. В. Бурмистров // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 40–47.

² Черноусов, А.Ф. Стриктура шейного соустья после эзофагопластики / А.Ф. Черноусов, Д.В. Ручкин, А.В. Тавадов // Хирургия. – 2008. – № 12. – С. 60–64.

³ Y. Kamijo, I. Kondo, M. Kokuto et al. Miniprobe ultrasonography for determining prognosis in corrosive esophagitis // Am. J. Gastroenterol. – 2018. – Vol. 99, № 5. – P. 851–854.

⁴ Ogunrombi A.B. The impact of psychological illness on outcome of corrosive esophageal injury / A. B. Ogunrombi Mosaku K.S., Onakpoya U.U. // Niger. J. Clin. Pract. – 2013. – Vol. 16, № 1. – P. 49–53.

ўтказилишга мухтож (Okonta K.E.¹). Ҳозирги вақтда бир вақтда бажариладиган эзофагопластиканинг турли вариантлари қўлланмоқда, бунда ингичка ичак, йўғон ичак ва ошқозонли пластикадан фойдаланилади.

Адабиётлардаги маълумотлар таҳлили шуни кўрсатадики, ҚККЧТ билан беморларни даволашдаги ижобий прогресс мавжудлигига қарамай, ҳозирги кунгача диагностика ва хирургик тактикани танлашда ягона стандартлар қабул қилинмаган. ҚККЧТ билан беморларда қизилўнгачнинг эҳтимол ятроген зарарланишларини эътиборга олган ҳолда, замонавий миниинвазив даволаш усулларининг аҳамияти аниқланмаган. Бу ҳолат ушбу оғир беморлар гуруҳини ўрганишни давом эттириш ва даволашнинг хирургик тактикасини такомиллаштириш заруратини белгилаб беради.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг АТССЗ.4. “Қизилўнгач ва ошқозон кардияси касалликларидаги дисфагия синдромини ташхислаш, консерватив ва жарроҳлик аралашуви билан даволашнинг услубий асослари ва комплекс ёндашувларини ишлаб чиқиш” (2012-2014) ва АДСС 15.3.5 “Қизилўнгач ва ошқозон кардиясини реконструктив тикловчи жарроҳлик аралашувида анастомозларни шакллантириш усулларини ишлаб чиқиш ва такомиллаштириш” (2015-2017) илмий-амалий режалари доирасида амалга оширилган.

Тадқиқотнинг мақсади қизилўнгачнинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши бўлган беморларда тактикани такомиллаштириш, даволашнинг янги миниинвазив усулини татбиқ этиш йўли билан даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

қизилўнгачнинг куйишдан кейинги чандиқли торайишининг типологик хусусиятларини унинг табиати, кимёвий реагент миқдори, куйиш сабаби ва юзага келган вақтидан келиб чиқиб ўрганиш;

қизилўнгачнинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши бўлган беморларда сим ўтказгич бўйлаб бужлаш натижаларини унинг қўлами ва табиатидан келиб чиқиб ўрганиш;

ятроген шикастланишнинг тузилишини аниқлаш орқали қизилўнгачнинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши бўлган беморларни миниинвазив усулда даволашнинг қониқарсиз натижаларини ўрганиш ва унинг олдини олиш йўллариини белгилаш;

қизилўнгачнинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши бўлган беморларни даволашнинг такомиллаштирилган миниинвазив усулларини (алмашинадиган оливалар билан бужлаш ва стентлаш) ишлаб чиқиш, клиник амалиётга татбиқ этиш ва самарадорлигини ўрганиш;

¹ Okonta K.E. In patients with corrosive oesophageal stricture for surgery, is oesophagectomy rather than bypass necessary to reduce the risk of oesophageal malignancy? / K. E. Okonta, M. Tettey, U. Abubakar // Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg. – 2012. – Vol. 15, № 4. – P. 713–715.

қизилўнғачнинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши бўлган беморларни даволаш-ташхислаш алгоритмини ишлаб чиқиш ва амалиётга татбиқ этиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 1991 йилдан 2015 йилгача академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказида қизилўнғачнинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши билан стационар даволанган 559 нафар бемор олинган.

Тадқиқот предмети бўлиб ҚККЧТ бўлган беморларни миниинвазив ва жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларининг таҳлили натижалари ҳисобланади.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда белгиланган мақсад ва вазифаларга эришиш учун клиник, биокимёвий, инструментал, морфологик ва статистик усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

алмашинадиган металл олива билан эндоскопик бужлашнинг такомиллаштирилган усули ишлаб чиқилган;

қизилўнғач куйишдан кейинги чандиқли торайишини узоқ муддатга интубация қилиш учун силикон стентнинг янги конструкцияси ишлаб чиқилган;

стентлашдан аввал ва ундан кейин турли муддатларда қизилўнғач чандиқли торайган девори морфологик ўзгаришларининг хусусиятлари ўрганилган;

қизилўнғачнинг куйиш характери, кимёвий реагент миқдори, куйиш сабаби ва юзага келган вақтига боғлиқ равишда қизилўнғач чандиқли торайишининг типологик хусусиятлари очиқ берилган;

инструментал даволашнинг турли усулларига бўлган кўрсатмалар оптималлаштирилган, шунингдек, сим ўтказгич бўйлаб бужлаш, эндоскопик бужлаш, гидробаллонли дилатация ва чандиқли торайишни стентлаш усуллари амалга оширишга дифференциал ёндашувлар такомиллаштирилган;

қизилўнғачнинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши бўлган беморларда диагностик эндоскопия ва миниинвазив аралашувлар вақтида қизилўнғач шикастланишининг частотаси ва сабаблари ўрганилган уларнинг олдини олиш чоралари ишлаб чиқилган;

қизилўнғачнинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши бўлган беморларда миниинвазив аралашувларнинг замонавий усуллари танлашга индивидуал ёндашувнинг асосий мезонлари аниқланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

қизилўнғачнинг кимёвий куйиши туфайли чандиқли торайиш бўлган беморларни ташхислаш стандартлари ишлаб чиқилган ва бу даволаш тактикасини танлашда муҳим бўлган барча типологик хусусиятларини аниқлашга имкон берган;

миниинвазив аралашувлар усулини танлашга дифференциал ёндашувларни ишлаб чиқиш ва клиник амалиётга жорий этиш асоратлар (қон

кетиши, перфорация) частотасини сезиларли пасайтиришга ва даволашнинг самарадорлигини оширишга имкон берган;

клиник амалиётга эндоскопик стентлашни жорий этиш эндопротез туришининг бутун муддати давомида қизилўнгач ўтказувчанлигини етарли даражада тиклашга имкон берган, бунда бужлашнинг такрорий профилактик курсларини ўтказишга зарурат бўлмаган, бу эса шикастланиш эҳтимолини ва стационарда даволаниш вақтини қисқартирган;

эндоскопик бужлаш ва стентлаш усуллари такомиллаштирилган, бу эса миниинвазив даволаш усуллари самарадорлигини ошириш ва мураккаб реконструктив жарроҳлик амалиётларига мухтож беморлар сонини камайтириш имконини берган;

қизилўнгачнинг куйишдан кейинги чандиқли торайиш бўлган беморларни миниинвазив усуллар билан даволаш натижаларини яхшилашга имкон берувчи оптимал даволаш-ташхислаш алгоритми ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги бемор ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари, коррекциялашда услубий ёндашувларни қўллаш ва статистик таҳлиллар тўплами билан асосланади. Статистик ишлов бериш олинган натижаларнинг ишончлилигини тасдиқлаган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган натижаларнинг назарий аҳамиятга эгаллиги ва куйишдан кейинги чандиқли торайишнинг типологик хусусиятларини ўрганишга сезиларли хисса қўшишидан иборат. Ўтказилган тадқиқотлар миниинвазив даволашнинг янги усуллари ҳисобга олган ҳолда хирургик даволаш тактикасини оптималлаштириш имконини бериб, натижада даволаш самарасини ортган, асоратлар частотаси камайган ва беморларнинг касалхонада ётиш муддати қисқарган ва оқибатда даволашнинг бевосита ва узоқ муддатдаги натижалари яхшиланган. Тадқиқот ишининг айрим натижалари магистрлар, клиник ординаторлар ва курсантларни ҚККЧТ бўлган беморлар диагностикаси ва даволаш бўйича ўқитиш дастурлари мазмуни ва тузилишини такомиллаштириш мақсадида қўлланиши мумкин.

Тадқиқот ишининг амалий аҳамияти ҚККЧТ бўлган беморлар учун тавсия этилган даволаш-ташхислаш алгоритми ушбу тоифадаги беморларни миниинвазив даволашнинг энг оптимал вариантини аниқлашга имкон беришидан иборат. Бужлаш, гидробаллонли дилатация ва стентлашнинг такомиллашган усуллари клиник амалиётга жорий этиш миниинвазив даволаш усулининг билвосита ва узоқ муддатли натижаларини сезиларли яхшилаш имконини берган. Бунда субтотал ва тотал ҚККЧТ бўлган беморлар қизилўнгачида мураккаб реконструктив тикловчи жарроҳлик амалиётларини ўтказишга бўлган эҳтиёжнинг ишончли пасайгани белгиланган, бу эса беморларнинг стационар даволаниш муддатларини қисқартириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Қизилўнгачнинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши бўлган беморларни даволаш

натижаларини яхшилашга бағишланган тадқиқот бўйича олинган илмий натижалар асосида:

ишлаб чиқилган “Қизилўнгач бужи”га Интеллектуал мулк агентлигининг патенти олинган (FAP 01130-сон фойдали модели учун патент, 2017 йил). Таклиф этилган усул алмаштириладиган олива билан эндоскопик бужлашнинг такомиллаштирилган усули бўлиб, анъанавий бужлаш имкони бўлмаган беморларни ҳам миниинвазив даволашга имкон берган;

ишлаб чиқилган “Қизилўнгачни эндопротезлаш учун стент”га Интеллектуал мулк агентлигининг патенти олинган (FAP 01101-сон фойдали модел учун патент, 2017 йил). Таклиф этилган стент муваффақиятли бужлаш курсидан сўнг қизилўнгачнинг чандиқли торайишини узоқ муддатга интубация қилиш имконини берган, бу эса қизилўнгачнинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши бўлган беморларни миниинвазив аралашувлар билан даволашнинг исталган босқичида юзага келиши мумкин бўлган қизилўнгач шикастланиш хавфини пасайтириш имконини берган;

қизилўнгачнинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши бўлган беморларни даволаш натижаларини яхшилашга бағишланган тадқиқот бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, хусусан, академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг қизилўнгач ва ошқозон хирургияси ҳамда хирургик эндоскопия бўлимларига, Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Наманган ва Жиззах вилоятлар филиалларининг токсикология ва абдоминал хирургия бўлимларига (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 5 мартдаги 8н-д/40-сон маълумотномаси) татбиқ этилган. Такомиллаштирилган миниинвазив эндоскопик аралашувлар усуллари кўллаш мураккаб реконструктив-тикловчи амалиётлар талаб этиладиган беморлар сонини 40,1%дан 17,9%га камайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқот натижалари илмий-амалий конференцияларда, шу жумладан, 4 та халқаро ва 2 та республика анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 21 та илмий иш чоп этилган, шу жумладан, 5 та мақола, улардан 3 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси ОАК докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларда чоп этилган.

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

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати асосланган, мақсад ва вазифалари, шунингдек тадқиқотнинг объект ва предмети шакллантирилган, тадқиқот ишининг Ўзбекистон Республикаси

фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, илмий янгиликлар ва тадқиқотнинг амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг назарий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини жорий қилиш, чоп этилган ишлар ва диссертация тузилиши ҳақида маълумотлар берилган.

Диссертациянинг **“Қизилўнгачнинг куйишдан кейин чандиқли торайишини ташхислаш ва даволаш тактикасига замонавий ёндашувлар”**, деб номланган биринчи бобида ҚККЧТ бўлган беморларни даволаш усули муаммолари бўйича илмий маълумотларнинг пухта таҳлили, танқидий баҳоларини умумлаштириш ва тизимлаштириш келтирилган, келажакда ечимини талаб қилувчи долзарб масалалаар ўрганилган. Адабиётларни таҳлил қилиш натижасида ушбу муаммо бўйича ечилмаган вазифалар аниқланган.

Диссертациянинг **“Материалларнинг клиник тавсифи ва тадқиқот усуллари шарҳи”**, деб номланган иккинчи бобида тадқиқотнинг клиник материаллари ва фойдаланилган тадқиқот усуллари тасвирланган. Тадқиқот иши академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг қизилўнгач ва ошқозон хирургияси бўлимида 1991 йилдан 2015 йилгача стационар даволанган 559 нафар ҚККЧТ бўлган беморларни даволаш тажрибасига асосланган. Беморларда умумклиник усул билан бирга махсус инструментал тадқиқот усуллари ўз ичига олган комплекс текширувлар ўтказилди.

Диссертациянинг **“Қизилўнгачнинг куйишдан кейинги чандиқли торайишининг типологик хусусиятлари”**, деб номланган учинчи бобида даволаш тактикасини аниқлаш учун ҳал қилувчи омиллар - кўлами, кечиш хусусияти, чандиқли торайиш сони ва даражасини биз умумий ном билан типологик хусусиятлар деб умумийлаштирдик, яъни фақатгина ҚККЧТ бўлган беморларнинг жами барча параметрлари ушбу тоифадаги беморларни мининг инвазив ва жарроҳлик йўли даволаш усулини танлашни аниқлашга имкон беради.

ҚККЧТни кўлами бўйича тақсимлаш: қисқа (3смгача) –43 та (7,7%) беморда, кенг масофали (4-9см) –215 нафар (38,5%), субтотал (10-15см) –179 та (32%) ва тотал (15смдан катта) –122 нафар (21,8%) беморда белгиланди.

Юқори даражада чандиқли торайиш йўли табиати остида кўпинча бужлашнинг қониқарсиз натижалари ва гастростомия ёки реконструктив операцияларга сабаб бўлувчи қизилўнгачнинг халқасимон торайиш хусусиятлари тушунилади. Қизилўнгачнинг чандиқли торайиши йўли табиати бўйича беморларни тақсимлаш: халқасимон торайиш 256 та (45,8%) беморда, тўғри торайиш 244 нафар (43,4%) ва тўлиқ бекилиб қолиши 59 нафар (10,5%) беморда белгиланганини кўрсатди.

Торайиш сони, деганда бир нечта торайиш жойлари, шунга мос равишда, сим киритишда муайян қийинчиликларни келтириб чиқарадиган, шунингдек ятроген шикастланиш юзага келиш хавфини оширувчи бир нечта супрастенотик кенгайишлар мавжудлиги тушунилади. Беморларни ҚККЧТ кўлами, табиати ва сонига кўра тақсимлаш 1-жадвалда кўрсатилган.

Якка торайиш 288 та (51,5%) беморда ва торайишнинг кўпроқ даражаси (бир нечта) 271 нафар (48,5%) беморда белгиланди. Қизилўнғач ўтказувчанлиги бузилиши 458 нафар беморда: компенсацияланган – 94 та (20,5%) беморда, субкомпенсацияланган – 240 нафар (52,4%), декомпенсацияланган – 124 та (27,1%) беморда кузатилди.

1-жадвал

Беморларни ҚККЧТнинг типологик хусусиятларига кўра тақсимлаш

Кўлами	Торайиш йўли хусусияти			Торайиш сони	
	халқасимон	тўғри	тўлиқ бекилиш	якка	кўплик
Қисқа(n=43)	-	41(95,3%)	2(4,7%)	43(100%)	-
Кўлами катта(n=215)	65(30,2%)	132(61,4%)	18(8,4%)	174(80,9%)	41(19,1%)
Субтот. (n=179)	106(59,2%)	52(29,1%)	21(11,7%)	56(31,3%)	123(68,7%)
Тотал (n=122)	85(69,7%)	19(15,6%)	18(14,7%)	15(12,3%)	107(87,7%)
Жами(n=559)	256(45,8%)	244(43,7%)	59(10,5%)	288(51,5%)	271(48,5%)

Диссертациянинг “Қизилўнғачнинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши бўлган беморларни сим билан бужлаш натижалари”, деб номланган тўртинчи бобида 399 та беморда амалга оширилган миниинвазив даволашнинг энг кенг тарқалган усули сим ўтказгич бўйлаб бужлаш натижалари келтирилган. ҚККЧТни миниинвазив усул билан даволашга қарши кўрсатмалар мутлак: қизилўнғачнинг чандиқли-ўзгарган узунлигининг тўлиқ бекилиб қолиши; қизилўнғач перфорацияси; қизилўнғач-медиастинал ёки қизилўнғач-респираторли тешиқлари; торайишнинг асосланган малигнизация хавфи ва қизилўнғачнинг чандиқли торайишининг ярали-некротик эзофагити ҳамда нисбий кўрсатмалар: кўп учрайдиган қизилўнғачнинг сохта дивертикулези; чандиқли торайишнинг халқасимон йўли; анамнездаги қизилўнғач перфорациясига бўлинишади.

ҚККЧТ бўлган беморларда қизилўнғачни бужлаш самарадорлигини баҳолаш мезонларини Галлингер Ю.И. ва Годжелло Э.А. (2002й.) га кўра баҳоладик: яхши натижалар - 223 та (55,9%), қониқарли натижа - 52 та (13%) ва қониқарсиз натижа - 124 нафар (31,1%) беморда кузатилди. Бироқ, бундай маълумотларни 2-жадвалда кўрсатилган торайиш кўламини ҳисобга олмай туриб кўриб чиқиш мумкин эмас.

2-жадвал

Кўламидан келиб чиқиб узунлик бўйлаб бужлаш натижалари

Торайиш кўламини	Бужлаш натижалари			жами
	яхши	қониқарли	қониқарсиз	
Қисқа	24(92,3%)	2(7,7%)	-	26(6,5%)
Кенг кўламли	144(77,8%)	21(11,4%)	20(10,8%)	185(46,4%)
Субтотал	46(37,5%)	22(17,7%)	56(45,1%)	124(31,1%)
Тотал	9(14%)	7(21%)	48(75%)	64(16%)
Жами	223(55,9%)	52(13%)	124(31,1%)	399
ишонччилик*	$\chi^2 = 133.5, df=6, p<0.05$			

Шундай қилиб, кўлам даволаш натижаларига ишончли ($p < 0.05$) таъсир кўрсатади, яъни унинг ортиши билан бужлаш натижалари ҳам ёмонлашади.

Сим ўтказгич бўйлаб бужлаш самарадорлигини баҳолаш учун 3-жадвалда кўрсатилган чандикли торайишнинг турли кўламли бўлган беморларда қоникарсиз натижалар сабабининг таҳлили ўтказилди.

3-жадвал

Бужлашнинг қоникарсиз натижалари сабабларининг таҳлили

	Торайиш кўлами				жами n=399
	қиска N=26	кенг кўламли N=185	субтотал N=124	тотал N=64	
Қизилўнгач перфорацияси	-	4	5	1	10(8,1%)
Бужлаш имкони бўлмади	-	8	42	41	91(73,4%)
Оғриқ синдроми	-	1	1	2	4(3,2%)
Самарасиз бужлаш	-	4	6	4	14(11,3%)
Бужлашдан воз кечиш	-	3	2	-	5(4%)
Жами	-	20(10,8%)	56(45,2%)	48(75%)	124

Диссертациянинг “Қизилўнгачнинг қуйишдан кейинги чандикли торайишини эндоскопик даволаш усулини такомиллаштириш”, деб номланган бешинчи бобида ҚККЧТ бўлган беморларни даволаш имкониятларини сезиларли кенгайтиришга имкон берувчи замонавий эндоскопик технологиялар кўриб чиқилган. Бужлашнинг барча вариантлари орасида сим ўтказгич бўйлаб бужлаш бўлган бир мунча хавфсиз ва кенг тарқалган усул ҳисобланади, бужлашнинг 3 та асосий камчилиги мавжуд:

1. Бемор ва шифокорга юқори нурли юкланиш хавфи, айниқса, кўпчилик беморларда бужлашнинг бир неча марта профилактик курсларини ўтказиш талаб этилади.

2. Қон кетиши ва ятроген перфорация асоратлари ривожланиш хавфининг юқори эҳтимоли.

3. Кўрмасдан туриб фақат рентгенологик назоратда сим ўтказгични киритиш ва мос равишда бужлаш имконсиз бўлганда халқасимон торайишларда манипуляциялашнинг имкони йўқлиги.

Ҳозирги вақтда, биз, қуйидаги эндоскопик технологиялардан фойдаланиш тажрибасини тақдим этамиз: гидробаллонли дилатация (ГД), эндоскопик бужлаш (ЭБ) ва эндоскопик стентлаш (ЭС). Ушбу усулларни, худди шундай бужлашни ҳам, биз ягона термин билан ҚККЧТ бўлган беморларни миниинвазив усул билан даволаш, деб атадик. Замонавий миниинвазив технологияларни жорий этиш бир неча мақсадларга эришишга имкон берди: юқори самарадорлик; минимал шикастланиш; қизилўнгачнинг ятроген шикастланиш хавфининг пасайиши ва реконструктив жарроҳлик аралашувиغا операциядан олдин адекват тайёрланиш.

Гидробаллонли дилатация (ГД) 35 нафар беморда қўлланди. Бир марталик тўлиқ даволаниш курси учун ГД сеанслари 2 кундан 3 кунгача 1

кун ташлаб ўзгартириб турилди. Чандикли торайиш кўлаמידан келиб чикиб ГД самарадорлигининг қиёсий таҳлили ўтказилди (4-жадвал).

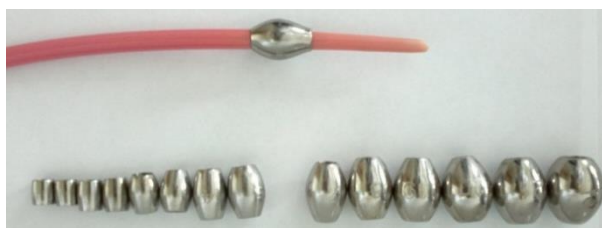
4-жадвал

Торайиш кўламига кўра ГД натижалари

Торайиш кўлами	ГД натижалари			Жами
	яхши	қониқарли	қониқарсиз	
Қисқа	3(100%)	-	-	3
Кенг кўламли	10(76,9%)	3(23,1%)	-	13
Субтотал	6(46,2%)	7(53,8%)	-	13
Тотал	1(16,7%)	3(50%)	2(33,3%)	6
Жами	20(57,1%)	13(37,2%)	2(5,7%)	35
Ишончлилик	$\chi^2=16.57, df=6, p=0.011$			

Статистик таҳлил торайиш кўлами ГД натижаларига ишончли ($p=0.011$) таъсир этишини кўрсатди. ҚКҚЧТ бўлган 35 та беморда манипуляция амалга оширилгандан сўнг ГД ассоратлари кузатилмади. Шундай экан, торайиш кўламига боғлиқ бўлган ГД юқори самарадорлик билан тавсифланади.

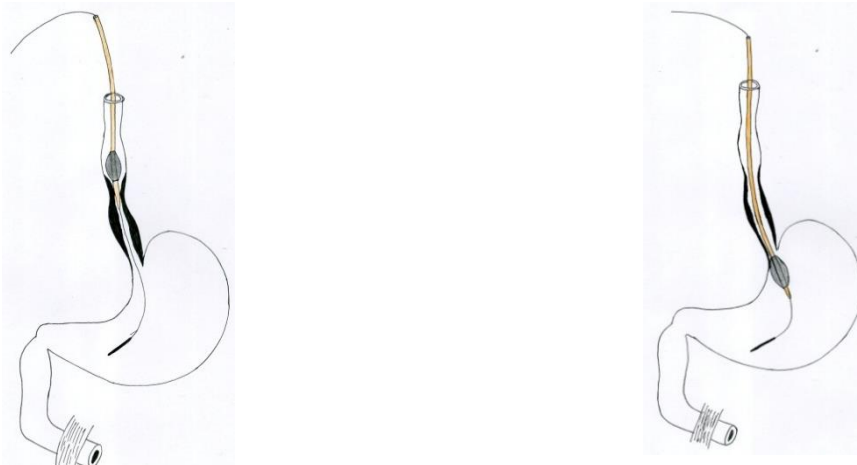
2002 йилда академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг эндоскопия ҳамда қизилўнғач ва ошқозон хирургияси бўлимларида алмашинадиган металл ускуналар билан эндоскопик бужлаш (ЭБ) шахсий усул ишлаб чиқилди ва клиник амалиётга жорий этилди. Усулнинг анъанавий сим ўтказгич бўйлаб бужлашдан фарқи шундаки, зангламайдиган пўлатдан ясалган, олива шаклидаги турли диаметрли ускуналар ёрдамида 28-ўлчамли битта буждан фойдаланилади, тепадаги биттаси анча ингичкароқ ва йўналтирувчи ҳисобланади. Ўтказгич учун рентгенконтраст юмшоқ ангиографик катетер қўлланилади. Учи очик тешикли анъанавий қизилўнғач бужидан фойдаланилади. Конусли учнинг нуқтасидан 3-4см масофада бир хил диаметрли ўйилган тешикка алмашинадиган ускуна ўрнатилади. Ускуналарнинг ишчи юзаси ўлчами 8 мм дан 18 ммгача. 8-9 мм диаметрли ускуналар цилиндр шаклида ишланган, 9ммдан катта ускуналар олива шаклида ясалган. Такдим этилган ускуналар учун “Қизилўнғач бужи”FAP 01130-сон фойдали модел учун патент олинган.



1-расм. Эндоскопик бужлаш учун метал оливалар тўплами

Эндоскопик бужлаш усули схемали тарзда 2-расмда кўрсатилган. Торайиш диаметри, оралиғининг хусусиятларини аниқлаш мақсадида диагностик эндоскопия амалга оширилади, бу олива ўлчамини аниқлаш учун зарур. Кейин эса шопилмасдан эндоскопик назоратда сим киритилади. Бунда, албатта ўтказгич сим ўлчанади, зеро ўтказгич 50 см дан

кўпроқ киритилади. Бундай узунлик кесишдан кардиягача бўлган масофа ўртача 40 смга тенглиги билан аниқланади.



2 – расм. Алмашинувчи оливалар билан эндоскопик бужлаш схемаси

Кейин эндоскопия олиб ташланади, бунда асбобни чиқариш вақтида сим чиқиб кетмаслиги учун сим жойлашиши пухта назорат қилинади. Кейин буж турткичга торайиш диаметрига мос келадиган олива жойлаштирилади ва шошмасдан оливали буж узунасига киритилади. Қизилўнгачнинг торайган ҳудуди қаршилиқ даражасидан келиб чиқиб, битта сеансда бир вақтнинг ўзида бир неча катта диаметрли оливалардан фойдаланиш мумкин. ЭБнинг узунасига бужлаш билан таққослагандаги асосий устунлиги ўтказгични визуал назорат остида киритиш имконияти ҳисобланади, бу айниқса, чандиқли торайишга киришнинг эксмарказий жойлашувида ва халқасимон торайишда жуда муҳим.

ЭБ 68 та беморда ўтказилди, бунда 66 та (97%) ҳолатда 34-40 ўлчамли бужларга мос келадиган оливалар билан бужлаш ўтказилди. Яъни фақатгина 3% беморда зарурий диаметрда бужлаш имкони бўлмади. Бошқа ҳолларда эса беморлар маълумотларидаги қониқарсиз натижалар қизилўнгачнинг ятроген перфорацияси туфайли олинди. ЭБ натижалари 5-жадвалда кўрсатилган. Бунда яхши натижалар 66,2% беморда, қониқарли натижа 23,5% ва қониқарсиз натижа 10,3% беморда белгиланди.

5-жадвал

Торайиш кўламига боғлиқ эндоскопик бужлаш натижалари

Торайиш кўлами	Эндоскопик бужлаш натижалари			жами (n=68)
	яхши	қониқарли	қониқарсиз	
Қисқа	6(100%)	-	-	6
Кенг кўламли	23(76,6%)	5(16,7%)	2(6,7%)	30
Субтотал	15(51,7%)	10(34,5%)	4(13,8%)	29
Тотал	1(33,3%)	1(33,3%)	1(33,3%)	3
Жами	45(66,2%)	16(23,5%)	7(10,3%)	68

ЭСнинг асосий устунлиги ҚККЧТ бўлган беморларда бужлашнинг тўлиқ курсини етарли ўтказиш билан белгиланади. Ундан кейин торайиш кўлаמידан узунроқ стент ўрнатилади. Натижада бужлашнинг такрорий

профилактик курсларига бўлган эҳтиёж йўқолади, бу эса унинг асоратлари хавфини камайтиради. Бундан ташқари, ҚККда чандикли торайиш шаклланишида бужлаш курсидан сўнг ўзи торайиш ривожланишига ёрдам берадиган иккиламчи рефлюкс-эзофагитга олиб келувчи қизилўнгач қисқариши, Гисс бурчаги тўғриланиши ва кардиянинг физиологик функциялари бузилиши ҳам исботланган. Шундай қилиб, қизилўнгачнинг кўкрак қисмидаги ўрта ва қуйи учлигида эндоскопик стентлашни қўллаш қизилўнгачни шиллиқ қаватини муайян даражада қизилўнгач деворлари қуйиш жараёнини қийинлаштирувчи ошқозон таркибидаги агрессив кислота-пептик таъсирдан “химоя” қилади.

Шундай экан, эндоскопик стентлаш қуйидаги мақсадларни талаб этади:

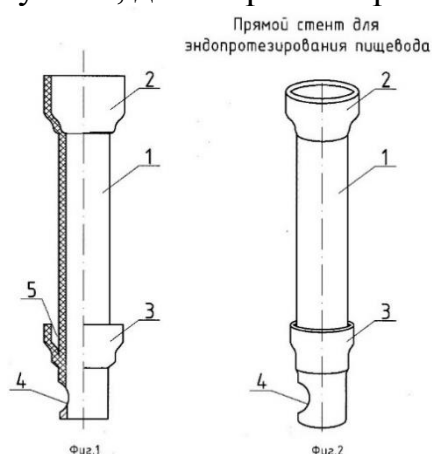
-беморни стационарда даволаниш муддати ва частотасини қисқартириш. Беморларда муваффақиятли стентлаш амалга оширилганда бужлашнинг фақат битта тўлиқ курсини ўтказиш етарли бўлади;

- бужлашнинг такрорий сеансларини ўтказиш частотасини камайтириш хисобига қизилўнгачнинг ятроген шикастланиш эҳтимолини пасайтириш;

- бужлаш курсидан кейин қайта стентлашнинг олдини олиш;

-қизилўнгачнинг субтотал ва тотал торайиши бўлган беморларни реконструктив жарроҳлик аралашувига операция олди тайёрлашнинг оптимал усулларини таъминлаш.

Биз такомиллашган стентлашни ишлаб чиқдик ва “Қизилўнгачни эндопротезлаш учун стент” фойдали модели учун ЎзР ИМАнинг FAP 01101-рақамли патенти олинди. Қизилўнгачни эндопротезлаш учун стент (3-расм) силикон трубка шаклида ишлаб чиқилган (1) биринчиси антимиграцион воронка ёрдамида (2) биттасида охирида ва иккинчисида антимиграцион воронка ёрдамида (3), қизилўнгач орқали найча киритиш (1) билан амалга оширилган. Иккинчи антимиграцион воронка (3) найнинг қарама-қарши учига (1) иккинчи учидан оралиқда жойлаштирилганки, у найча ўқиға (1) перпендикуляр кесиш билан амалга оширилган. Найчада (1) иккинчи учи билан бир қаторда кўшимча тешик қилинган (4). Стент қатъий равишда кўлами, диаметри ва торайиш шаклиға кўра индивидуал тайёрланади.

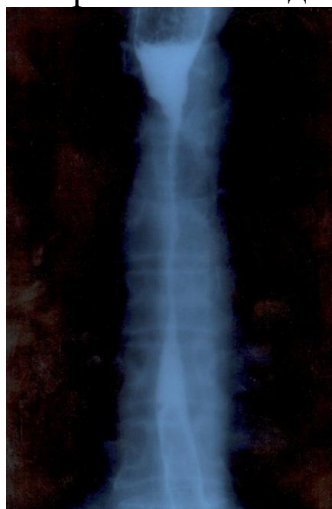


- 1 – силиконли найча
- 2 – биринчи, проксимал антимиграцион воронка
- 3 – иккинчи дистал антимиграцион воронка
- 4 – стентнинг дистал қисмидаги кўшимча ёнбош тешиги
- 5 – дистал воронка ва силикон найча ўртасидаги тор тирқиш

3-расм. Қизилўнгачни эндопротезлаш учун тўғри стент схемаси.

Эндоскопик стентлаш ҚККЧТ бўлган 25 нафар беморнинг кенг кўламли торайиш бўлган 11 тасида, субтотал торайишли 12 та ва 2 та тотал торайиш бўлган беморларда амалга оширилди. ЭСнинг барча истиқболли усулларига қарамай, биз уни фақат 25 нафар беморда қўладик. ЭСни қўллашнинг чегараланганлиги оптимал натижалар олиш учун беморларни пухталиқ билан танлашга боғлиқ. Ушбу усулни қуйидаги қўллашга қарши кўрсатмалар бўлганда амалга ошириш имконсиз: эрта посткуйиш даврдаги ярали-некротикэзофагит; торайишда қизилўнгачнинг супрастенотик кенгайишининг йўқлиги; халқум ва қизилўнгачнинг оғиз билан бирга чандиқли торайиши; қизилўнгачнинг тотал куйишдан кейинги чандиқли торайиши (истисноли ҳолатларда ушбу тоифадаги беморларда стентлашни операция олди тайёрлаш учун ўтказиш мумкин).

Дастлаб, қизилўнгачнинг узунасига ёки 38-40 ўлчамли бужларга мос келадиган 1,2-1,4 см диаметргача бўлган алмашинадиган оливалар билан ЭБнинг босқичли бужлаши амалга оширилади. Эндоскопик назорат остида ошқозонга сим йўналтиргич киритилади. Олдиндан ўлчам бўйича тайёрланган стент бужнинг олдиндан белгиланган, торайишнинг дистал чегараларига мос келадиган бошланғич қисмига “жойлаштирилади”. “Буж турткич” ёрдамида шошилмай, эҳтиёткорлик билан қизилўнгач оралиғига стент ўрнатилади. Қизилўнгач стентлангандан сўнг, албатта эндоскопик назорат ва қизилўнгачнинг рентгенконтраст текшируви ўтказилади (4-расм). Стент ўрнатилган кундан бошлаб суяқ ва куюқ овқатлар билан оғиз орқали овқатлантириш бошланади.



4-расм. Стентлашдан олдинги ва кейинги рентгенологиксурат

Диссертациянинг “Қизилўнгачнинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши бўлган беморларни жарроҳлик аралашуви билан даволаш”, деб номланган олтинчи бобида ҚККЧТ бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларининг таҳлили келтирилган. ҚККЧТ бўлганда реконструктив тикловчи операцияларнинг турли вариантлари учун кўрсатмалар 6-жадвалда кўрсатилган.

Эзофагопластика мураккаб ва травматологик аралашув бўлиб, амалга оширилгандан сўнг турли асоратлар ривожланиши мумкин. Шундай қилиб,

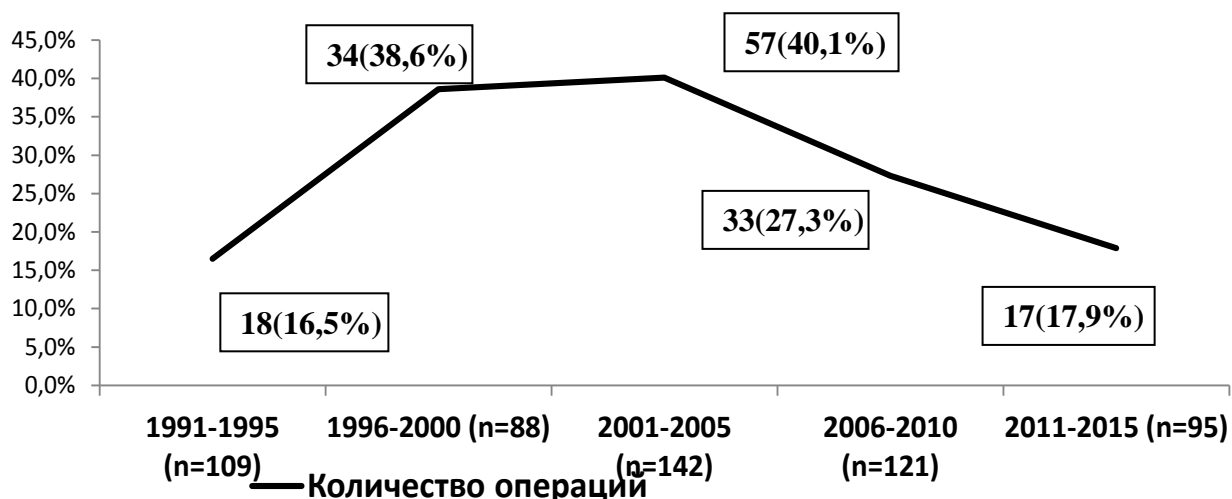
ҚККЧТ бўлган беморлар миниинвазив аралашувларни такомиллаштириш йўли билан мураккаб реконструктив аралашувларни амалга оширишни тўхтатиш долзарб муаммолардан бўлиб қолмоқда. Такомиллашган замонавий миниинвазив аралашувларни, шунингдек уларни танлашга дифференциациявий ёндашувларни жорий этиш мураккаб реконструктив операцияларни бажаришни камайтириши шарт.

6-жадвал

ҚККЧТ бўлган беморларда реконструктив жарроҳлик аралашувларнинг кўрсатмалари

Жарроҳлик аралашуви билан даволашга кўрсатмалар	Операция табиати		Жами
	Колопластика	Экстирпация	
Торапйиш малигнизацияси	-	3(25%)	3(1,9%)
«эски» куйишлар	-	5(41,7%)	5(3,1%)
Бужлашнинг имконсизлиги	51(34,7%)	2(16,7%)	53(33,3%)
Тез-тез қайталаниш	60(40,8%)	1(8,3%)	61(38,4%)
Самарасиз бужлаш	25(12,9%)	1(8,3%)	26(16,4%)
Қизилўнгач перфорацияси	11(7,5%)	-	11(6,9%)
Жами	147	12	159

Шу муносабат билан, биз турли вақт оралиғида ҚККЧТ бўлган беморларда реконструктив операцияларни ўтказиш зарурлигини статистик таҳлил қилдик. Статистик ишончлилик учун биз беморларни 5 даврга бўлдик: 1991-1995 йилларда – 109 та бемор, 1996-2000 йиллар – 88 нафар бемор, 2001-2005 йиллар – 142 та бемор, 2006-2010 йиллар – 121 та бемор, 2011-2015 йиллар – 95 та бемор.



5-расм. Қизилўнгачда реконструктив-тикловчи амалиётлар динамикаси.

Статистик таҳлил маълумотлари 2006 йилдан 2010 йилгача бўлган даврда реконструктив тикловчи операцияларга бўлган эҳтиёжнинг 27,3% гача пасайиши ишончсиз - $\chi^2=3.021$; $p=0.082$ бўлганини кўрсатди.

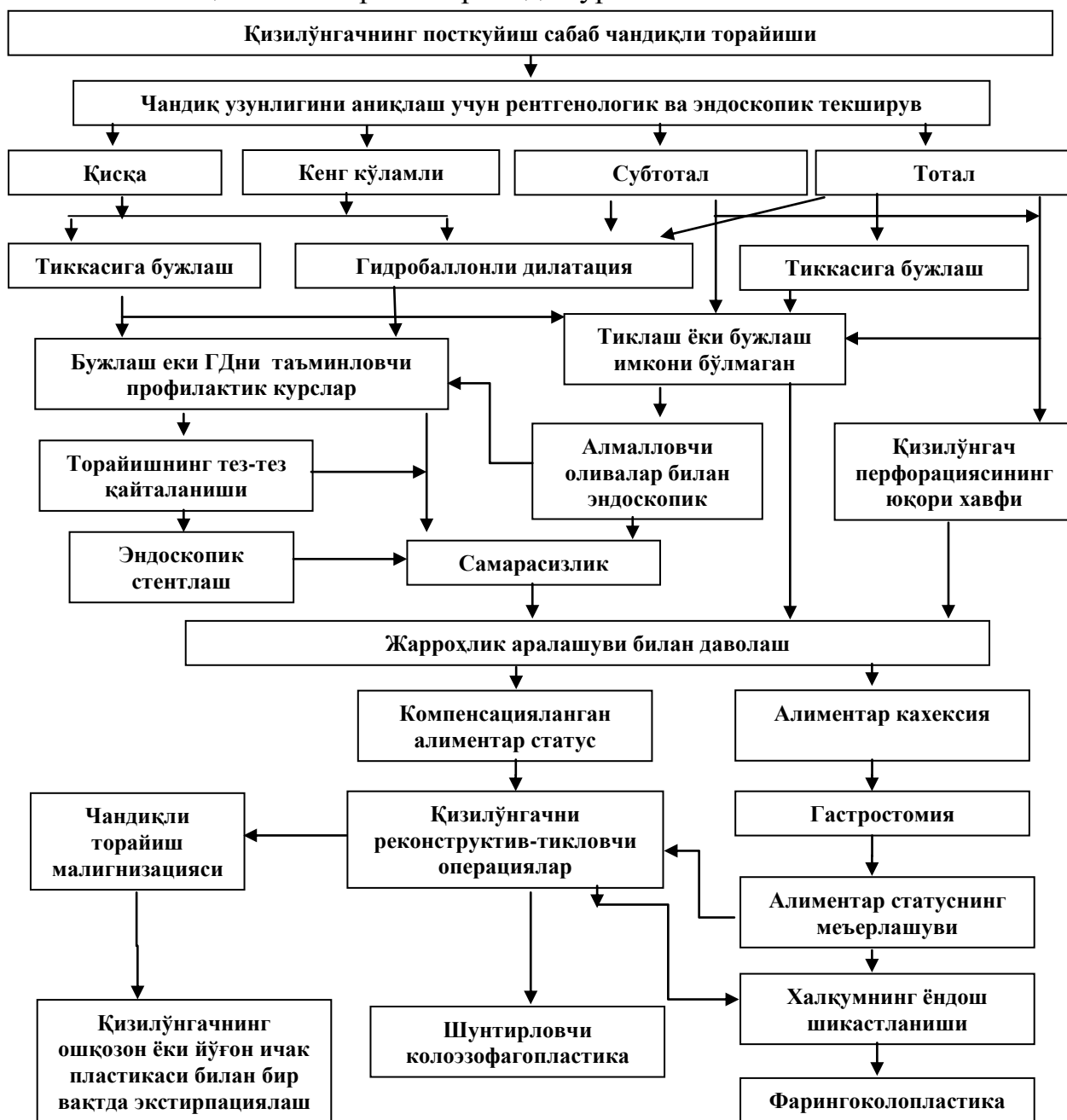
Бироқ, 2010 йилдан 2015 йилгача бўлган даврда операцияга эҳтиёжнинг 17,9%гача пасайиши ишончли - $\chi^2=9.777$; $p=0.001$ бўлган. Натижада, мини

инвазив эндоскопик технологияларни такомиллаштириш ва уларни клиник амалиётга жорий этиш қизилўнгачда мураккаб реконструктив тикловчи операцияларни ўтказиш эҳтиёжини ишончли камайтиришга имкон берди.

ҚККЧТ бўлган беморларни даволаш-ташхислаш алгоритми.

Ўтказилган тадқиқотлар асосида ҚККЧТ бўлган беморлар учун оптимал даволаш-ташхислаш тактика алгоритми ишлаб чиқилди, бу алгоритм ушбу тоифадаги беморларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш босқичини аниқлашга имкон беради. Ушбу алгоритмга Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк Агентлигининг 2016 йил 9 мартдаги DGU03584-сонли электрон-ҳисоблаш машиналари учун дастурларни расмий қайд этиш ҳақида гувоҳнома олинган.

Ишлаб чиқилган алгоритм 6-расмда кўрсатилган.



6-расм. ҚККЧТ бўлган беморлар даволаш-ташхислаш алгоритми

ХУЛОСА

1. Қизилўнгач куйишдан кейинги чандикли торайишининг типологик хусусиятларини ўрганиш (кўлами, торайиш йўли табиати, торайиш миқдори ва даражаси), торайиш кўлами даволаш тактикасини танлашда аниқловчи омил бўлишини кўрсатди. Кимёвий реагентнинг табиати чандикли торайиш кўламига ишончли таъсир кўрсатади ($\chi^2=27.99$, $df=12$, $p=0.005$). Қизилўнгачнинг энг агрессив кимёвий куйиш реагенти субтотал ва тотал торайишни 75,5%га ишончли оширувчи ишқор ҳисобланади ($\chi^2=21.8$, $p<0.05$).

2. 399 нафар беморда узунлигига бужлаш натижалари таҳлили торайиш узунлигининг даволаш натижаларига ишончли ($\chi^2=133.5$, $df=6$, $p<0.05$) таъсир этишини кўрсатди, яъни кўлам кенгайиши билан даволаш натижалари ёмонлашади. Қисқа торайиш бўлган 100% беморда, 77,8% беморда кўпроқ кўламли, 37,5% миждо субтотал ва фақат 14% беморда қизилўнгачнинг тотал торайишида яхши натижалар олинди. Шунга мос равишда, қониқарсиз натижаларнинг энг кўп сони субтотал (45,1%) ва тотал торайиш (75%) бўлган беморларда белгиланди.

3. 68 та беморда ўтказилган алмашинувчи олива билан ЭБнинг такомиллашган усулини клиник амалиётга жорий этиш узунлигига бужлаш имконсиз бўлган беморларни ҳам мини инвазив даволашга имкон берди, бунда бемор ва шифокорга нурли юкланиш умуман бўлмаган. ЭБнинг торайиш узунлигига боғлиқ қиёсий таҳлили субтотал ва тотал торайишда яхши натижалар частотаси кўламигага кўра таққослаганда ишончли ($\chi^2=4.002$, $p=0.045$) пасайганини кўрсатди.

4. Гидробаллонли дилатация 94,3% беморда яхши ва қониқарли натижаларни олишга ва узунлигига альтернатив бужлашга имкон берувчи қизилўнгачнинг куйиш сабаб чандикли торайиши бўлган беморларни даволашнинг самарали усули ҳисобланади. Торайиш кўлами гидробаллонли дилатация натижаларига ишончли ($\chi^2=16.57$, $df=6$, $p=0.011$) таъсир кўрсатади, бунда субтотал торайишли беморларда яхши натижалар кўрсаткичи 46,2%гача, тотал торайишда эса 16,7%гача пасайди.

5. Ишлаб чиқилган ва клиник амалиётга жорий этилган стентнинг шахсий модели қизилўнгачнинг узоқ муддатли интубациясини таъминлашга имкон беради. Стентлашдан кейинги морфологик тадқиқотлар маълумотлари қизилўнгачнинг эпителий қатлами тартиблаганини, нозик толали бирикма тўқималарнинг каркасга ўтиш билан грануляцияли тўқималар ҳосиласи белгиланганини кўрсатди, бу эса қизилўнгачнинг чандикли торайган деворларига қўлланувчи материалнинг инертлиги ҳақида маълумот беради.

6. Эндоскопик аралашувларнинг такомиллашган миниинвазив усулларини жорий этиш мураккаб реконструктив тикловчи амалиётларга эҳтиёжи бўлган беморлар кўрсаткичини 40,1% дан 17,9%гача ишончли ($\chi^2=9,777$; $p=0,001$) қисқартиришга имкон берди.

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

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

ХАДЖИБАЕВ ЖАМШИД АБДУАЗИМОВИЧ

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С
ПОСТОЖОГОВЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА**

14.00.27 - Хирургия

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

ТАШКЕНТ-2018

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №B2017.1.PhD/Tib115.

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

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

Научный руководитель:	Низамходжаев Зайниддин Махаматович доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Хакимов Мурод Шавкатович доктор медицинских наук, профессор Худайбергенов Шухрат Нурматович доктор медицинских наук
Ведущая организация:	Государственное Бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И. И. Джанелидзе» (Российская Федерация)

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

С докторской диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за №43). Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан « ____ » _____ 2018 года.
(реестр протокола рассылки № _____ от _____ 2018 года).

Ф.Г. Назиров
Председатель научного совета по присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, профессор, академик

А.Х. Бабаджанов
Ученый секретарь научного совета по присуждению
ученых степеней, доктор медицинских наук

А.В. Девятов
Председатель научного семинара при научном совете
по присуждению ученых степеней
доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным ВОЗ на 2017 год из общего числа пострадавших от химических ожогов пищевода около 70-75% приходится на детей в возрасте до 10 лет, 25-30% составляют взрослые. «Наиболее частой патологией пищевода остаются постожоговые рубцовые стриктуры пищевода (ПРСП), уступая только злокачественным образованиям»¹. Основным методом лечения ПРСП является бужирование пищевода. Относительная простота и достаточная эффективность послужили основанием для его широкого внедрения в практику, однако, с накоплением клинического опыта, можно отметить его существенные недостатки: «только в 60-80% случаев можно добиться хороших результатов, в 20-40% получены неудовлетворительные результаты, рецидивы дисфагии возникают в 15-75%, а в 10-12% случаев возникают осложнения: перфорация, язвенный эзофагит, кровотечение»². В связи с этим назрела необходимость в пересмотре традиционных подходов к миниинвазивным и хирургическим методам лечения и продолжении научных исследований по ключевым вопросам тактики лечения больных с ПРСП.

С целью совершенствования методов лечения больных с ПРСП в мире проводится целый ряд целенаправленных научных исследований по выявлению особенностей рубцовых стриктур в зависимости от характера химического реагента, причин ожога и времени поступления пациентов в стационар с оценкой эффективности оказываемой медицинской помощи. В настоящий период все большее внимание уделяется разработке и внедрению миниинвазивных технологий с учетом риска перфорации пищевода при расширении стриктуры, что в свою очередь позволит обеспечить долгосрочную профилактику рецидива заболевания. В соответствии с вышеизложенным, данная научно-исследовательская работа посвящена улучшению результатов миниинвазивного лечения больных с ПРСП путём совершенствования тактики и внедрения новых методов лечения.

На сегодняшний день, в условиях развития отечественной системы здравоохранения, обеспечение высокого качества оказываемой медицинской помощи является одним из приоритетных направлений. В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности³. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов лечения больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода путем

¹ Frazzoni L, La Marca M, Montale A, Fuccio L. Management of benign esophageal strictures: a literature review // *Recenti Prog Med.* 2018 Jan; 109 (1):46-49.

² Климашевич А.В. Никольский В.И. Кувакова Р.Э. Современные тенденции в лечении постожоговых рубцовых стриктур пищевода // XI съезд хирургов России. - 2011. - С. 38.

³ Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. N УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

оптимизации тактики и внедрения новых миниинвазивных технологий является одним из актуальных направлений.

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

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

Степень изученности проблемы. По мнению Сигала Е.И., «после химических ожогов пищевода в месте его повреждения у 3-70% больных формируется рубцовая стриктура. При этом частота развития ПРСП напрямую зависит от степени тяжести эзофагита: при I ст. (катаральном) стриктура не образуется, при II ст. (эрозивном) и III ст. (язвено-некротическом) сужение пищевода развивается в 53-100%»¹. Процесс рубцевания с момента ожога до конечной стадии образования стриктуры занимает 1-1,5 месяца, но может быть и более длительным – от 1 года до пяти лет. «Образование и развитие рубцового сужения пищевода зависит не только от глубины и протяженности разрушения пищеводной стенки, но и от продолжительности воздействия агрессивной жидкости, а также от активности защитных реакций организма, степени воспалительного процесса и присоединения инфекции» (Черноусов А.Ф.²).

В последнее десятилетие для оценки глубины повреждения пищевода при химическом ожоге пищевода стали использовать метод эндоскопической ультрасонографии. По результатам применения данного метода Y. Kamijo с соавт. разработали классификацию: степень IA – вовлечение в процесс слизистой оболочки; степень IB – подслизистого слоя; степень IIА – мышечного слоя; степень IIВ – адвентиции³. Существуют разноречивые установки и до сих пор нет единой тактики лечения ожогов пищевода. Все лечебные мероприятия в конечном счёте, направлены на сохранение его проходимости и профилактику осложнений (Ogunrombi A.B.⁴). При неэффективности консервативного лечения и раннем рецидиве стриктуры 15-40% больных нуждаются в проведении сложных реконструктивно-

¹ Сигал Е.И. Доброкачественные заболевания пищевода / Е. И. Сигал, М. В. Бурмистров // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 40–47.

² Черноусов, А.Ф. Стриктура шейного соустья после эзофагопластики /А.Ф. Черноусов, Д.В. Ручкин, А.В. Тавадов // Хирургия. – 2008. – № 12. – С. 60–64.

³ Kamijo Y., Kondo I., Kokuto M. et al. Miniprobe ultrasonography for determining prognosis in corrosive esophagitis // Am. J. Gastroenterol. – 2018. – Vol. 99, № 5. – P. 851–854.

⁴ Ogunrombi A.B. The impact of psychological illness on outcome of corrosive esophageal injury / A. B. Ogunrombi MosakuK.S., Onakpoya U.U. // Niger. J. Clin. Pract. – 2013. – Vol. 16, № 1. – P. 49–53.

восстановительных операций на пищеводе (Okonta К.Е.¹). В настоящее время применяются различные виды эзофагопластики, выполняемые одномоментно, при этом возможно использование тонкокишечной, толстокишечной и желудочной эзофагопластики.

Проведенный анализ литературных данных свидетельствует о том, что несмотря на имеющийся позитивный прогресс в лечении больных с ПРСП, до сих пор нет единых стандартов в диагностике и выборе хирургической тактики. Не определена роль современных миниинвазивных методов лечения больных с ПРСП, с учетом возможных ятрогенных повреждений пищевода. Это обуславливает необходимость дальнейшего изучения и совершенствования хирургической тактики лечения этой категории больных.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» АТСС 3.4 «Разработка методических основ и комплексного подхода к диагностике, консервативному и хирургическому лечению синдрома дисфагии при заболеваниях пищевода и кардии желудка» (2012-2014) и АДСС 15.3.5 «Разработка и усовершенствование методов формирования анастомозов при реконструктивно-восстановительной хирургии пищевода и кардии желудка» (2015-2017).

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода путем совершенствования тактики, разработки и внедрения новых миниинвазивных методов лечения.

Задачи исследования:

изучить типологические особенности ПРСП в зависимости от характера, количества химического реагента, причин ожога и времени с момента его наступления;

изучить результаты бужирования по струне-проводнику у больных с ПРСП в зависимости от ее протяженности и характера;

изучить причины неудовлетворительных результатов миниинвазивных методов лечения больных с ПРСП путем определения структуры ятрогенных повреждений и определить пути их профилактики;

разработать и изучить эффективность усовершенствованных методик миниинвазивных методов лечения (бужирование сменными оливами и стентирование) у больных с ПРСП;

разработать лечебно-диагностический алгоритм у больных с ПРСП.

Объектом исследования явились 559 больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода, находившихся на стационарном лечении в

¹ Okonta К.Е. In patients with corrosive oesophageal stricture for surgery, is oesophagectomy rather than bypass necessary to reduce the risk of oesophageal malignancy? / К. Е. Okonta, М. Tettey, U. Abubakar // Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg. – 2012. – Vol. 15, № 4. – P. 713–715.

Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова в период с 1991 по 2015 г.

Предмет исследования составляет анализ результатов миниинвазивного и хирургического лечения больных с ПРСП.

Методы исследования: Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: клинические, биохимические, инструментальные, морфологические и статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

разработана усовершенствованная методика эндоскопического бужирования сменными металлическими оливами;

разработана новая конструкция силиконового стента для длительной интубации постожоговой рубцовой стриктуры пищевода;

изучены особенности морфологических изменений стенки рубцово-суженного пищевода до и в различные сроки после стентирования;

изучены типологические особенности постожоговых рубцовых стриктур пищевода в зависимости от характера, количества химического реагента, причин ожога и времени с момента его наступления;

оптимизированы показания к различным методам инструментального лечения, а также усовершенствован дифференцированный подход к выполнению бужирования по струне-проводнику, эндоскопическому бужированию, гидробаллонной дилатации и стентированию рубцовой стриктуры;

изучена частота и причины повреждений пищевода во время диагностической эндоскопии и миниинвазивных вмешательств у больных с ПРСП, а также определены пути их профилактики;

определены основные критерии индивидуального подхода к выбору современных способов миниинвазивных вмешательств у больных с ПРСП.

Практические результаты исследования:

разработаны стандарты диагностики больных с химическими ожогами пищевода, осложненными образованием рубцовых стриктур, которые позволили выявить их типологические особенности, имеющие определяющее значение в выборе тактики лечения;

определены критерии дифференцированного подхода к выбору метода миниинвазивных вмешательств, позволившие снизить частоту развития осложнений (кровотечение, перфорация) и повысить их эффективность;

установлено, что эндоскопическое стентирование позволяет адекватно восстановить проходимость пищевода в течение всего периода нахождения эндопротеза, при этом нет необходимости в проведении повторных профилактических курсов бужирования, что уменьшает вероятность повреждения и длительность лечения в стационаре;

усовершенствованы методики эндоскопического бужирования и стентирования, позволившие повысить эффективность миниинвазивных способов лечения и уменьшить число больных, нуждающихся в сложных реконструктивных операциях;

разработан оптимальный лечебно-диагностический алгоритм, позволивший улучшить результаты миниинвазивных вмешательств у больных с ПРСП.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов исследования подтверждена примененными современными, широко используемыми в практике лабораторными, ультразвуковыми, рентгенологическими, морфологическими и эндоскопическими исследованиями. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные результаты имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение типологических особенностей постожоговых рубцовых стриктур. Проведенные исследования позволили оптимизировать тактику хирургического лечения с учетом новых методов миниинвазивного лечения, что повысило эффективность лечения, уменьшило частоту осложнений и сократило сроки пребывания пациентов в стационаре, и соответственно улучшило непосредственные и отдаленные результаты лечения. Отдельные результаты работы дадут возможность в усовершенствовании содержания и структуры программы обучения магистров, клинических ординаторов и курсантов по диагностике и лечению больных с ПРСП.

Практическая ценность работы заключается в том, что рекомендованный лечебно-диагностический алгоритм для больных с ПРСП позволил определить наиболее оптимальный вариант миниинвазивного лечения данной категории пациентов. Внедрение в клиническую практику усовершенствованных методик бужирования, гидробаллонной дилатации и стентирования позволило значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты миниинвазивных методов лечения. При этом отмечено достоверное снижение необходимости проведения сложных реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе у пациентов с субтотальными и тотальными ПРСП, что уменьшило сроки и затраты на лечение пациентов в стационаре.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению результатов лечения больных с ПРСП:

разработан «Пищеводный буж» (патент на полезную модель №FAP 01130). Внедрение усовершенствованной методики эндоскопического бужирования сменными оливами позволило выполнять миниинвазивное лечение даже у тех пациентов, которым традиционное бужирование было невозможным, при этом полностью отсутствовала лучевая нагрузка на пациента и врача;

разработан «Стент для эндопротезирования пищевода» (патент на полезную модель №FAP 01101). Устройство позволило осуществить длительную интубацию рубцовой стриктуры пищевода, при этом пациентам

не требовалось проведение частых повторных курсов бужирования, что снижало риск повреждения пищевода;

полученные научные результаты внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в отделение хирургии пищевода и желудка и хирургической эндоскопии ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», в отделение токсикологии и абдоминальной хирургии Наманганского и Джизакского филиалов Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (справка Министерства здравоохранения № 8н-д/40 от 05 марта 2018г). Внедрение усовершенствованных способов миниинвазивных эндоскопических вмешательств позволило уменьшить количество больных, нуждающихся в сложнейших реконструктивно-восстановительных операциях, с 40,1% до 17,9%.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены, в том числе, на 4 международных и 2 республиканских научно-практических конференциях.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликована 21 научная работа, в том числе 5 журнальных статей, 3 из которых в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, материала и методов, четырех глав собственных исследований, заключения, списка литературы. Объем диссертации 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность диссертационной работы, сформулированы цель, задачи исследования, приводятся научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и структуре диссертации.

В первой главе «**Современные подходы к диагностике и тактике лечения постожоговых рубцовых стриктур пищевода**» проведен тщательный анализ, критическая оценка, обобщение и систематизация научной информации по проблеме тактики лечения больных с ПРСП, изучены актуальные вопросы, требующие своего дальнейшего решения. В результате проведенного анализа литературы определены нерешенные задачи по данной проблеме.

Во второй главе «**Клиническая характеристика материала и обзор методов исследований**» описан клинический материал и использованные методы исследования. В основу работы положен опыт лечения 559 больных с ПРСП, которые находились на стационарном обследовании и лечении в отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика

В.Вахидова» за период с 1991 по 2015 года. Больные были подвергнуты комплексному обследованию, включавшего как общеклинические, так и специальные инструментальные методы исследования.

В третьей главе **«Типологические особенности постожоговых рубцовых стриктур пищевода»**. Решающими факторами для определения тактики лечения имеют протяженность, характер хода, количество и степень сужения рубцовой стриктуры, которые мы объединили под названием – типологические особенности, т.к. считаем, что только совокупность всех параметров у больных с ПРСП позволит определить выбор способа миниинвазивного и хирургического лечения данной категории больных.

Распределение по протяженности ПРСП: короткая (до 3см) – у 43(7,7%), протяженная (4-9см) – у 215(38,5%), субтотальная (10-15см) – у 179(32%) и тотальная (более 15см) – у 122(21,8%) пациентов.

Под характером хода рубцовой стриктуры в большей степени понимают особенности извитости сужения пищевода, которая нередко является причиной неудовлетворительных результатов бужирования и одним из показаний к гастростомии или реконструктивным операциям. Распределение больных по характеру хода рубцового сужения пищевода показало, что извитая стриктура была у 256(45,8%), прямая стриктура у 244(43,4%) и полная облитерация у 59(10,5%) пациентов.

Под количеством стриктур понимают наличие нескольких мест сужения, соответственно имеется несколько супрастенотических расширений, что наиболее часто представляет определенные трудности при проведении струны, а также повышает риск возникновения ятрогенного повреждения. Распределение больных по протяженности, характеру и количеству ПРСП представлено в табл.1.

Таблица 1

Распределение больных по типологическим особенностям ПРСП

Протяженность	Характер хода стриктуры			Кол-во стриктур	
	извитой	прямой	облит.	одиноч.	множеств.
Короткие (n=43)	-	41(95,3%)	2(4,7%)	43(100%)	-
Протяж. (n=215)	65(30,2%)	132(61,4%)	18(8,4%)	174(80,9%)	41(19,1%)
Субтот. n=179)	106(59,2%)	52(29,1%)	21(11,7%)	56(31,3%)	123(68,7%)
Тотал. (n=122)	85(69,7%)	19(15,6%)	18(14,7%)	15(12,3%)	107(87,7%)
Всего (n=559)	256(45,8%)	244(43,7%)	59(10,5%)	288(51,5%)	271(48,5%)

Одиночная стриктура была у 288(51,5%), а 2 и более уровня сужения (множественные) установлены у 271(48,5%). Характер нарушения проходимости пищевода у 458 больных: компенсированное – у 94(20,5%), субкомпенсированное – у 240(52,4%), декомпенсированное – у 124(27,1%).

В четвертой главе **«Результаты бужирования по струне у больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода»** представлены результаты наиболее распространенной методики миниинвазивного лечения – бужирования по струне, выполненной у 399 больных. Противопоказания к миниинвазивным методам лечения ПРСП разделяются на абсолютные:

полная облитерация просвета рубцово-измененного пищевода; перфорация пищевода; пищеводно-медиастинальные или пищеводно-респираторные свищи; обоснованное подозрение на малигнизацию стриктуры и язвенно-некротический эзофагит рубцовой стриктуры пищевода и относительные: множественный псевдодивертикулез пищевода; извилистый ход рубцовой стриктуры; перфорация пищевода в анамнезе.

Критерии оценки эффективности бужирования пищевода у больных с ПРСП оценивали согласно Галлингеру Ю.И. и Годжелло Э.А. (2002г): хорошие результаты получены у 223(55,9%), удовлетворительные у 52(13%) и неудовлетворительные – у 124(31,1%). Однако считаем, что такие данные нельзя рассматривать без учета протяженности стриктуры, что представлено в табл. 2.

Таблица 2

Результаты бужирования по струне в зависимости от протяженности

Протяженность стриктуры	Результат бужирования			Всего
	хороший	удов	неудов	
Короткие	24(92,3%)	2(7,7%)	-	26(6,5%)
Протяженные	144(77,8%)	21(11,4%)	20(10,8%)	185(46,4%)
Субтотальные	46(37,5%)	22(17,7%)	56(45,1%)	124(31,1%)
Тотальные	9(14%)	7(21%)	48(75%)	64(16%)
Всего	223(55,9%)	52(13%)	124(31,1%)	399
Достоверность*	$\chi^2=133.5, df=6, p<0.05$			

Следовательно, протяженность достоверно ($p<0.05$) влияет на результаты лечения, т.е. с ее увеличением ухудшаются результаты бужирования.

Для оценки эффективности бужирования по струне проведен анализ причин неудовлетворительных результатов у больных с различной протяженностью рубцовой стриктуры, что представлено в табл. 3.

Таблица 3

Анализ причин неудовлетворительных результатов бужирования

Причины неудовлетворительных результатов	Протяженность стриктуры				Всего n=399
	корот. N=26	протяж. N=185	субтотал. N=124	тотал. N=64	
Перфорация пищевода	-	4	5	1	10(8,1%)
Не удалось провести бужирование	-	8	42	41	91(73,4%)
Болевой синдром	-	1	1	2	4(3,2%)
Неэффективность бужирования	-	4	6	4	14(11,3%)
Отказ от дальнейшего бужирования	-	3	2	-	5(4%)
Всего	-	20(10,8%)	56(45,2%)	48(75%)	124

В пятой главе «Совершенствование эндоскопических методов лечения постожоговых рубцовых стриктур пищевода» рассмотрены современные эндоскопические технологии, позволившие значительно расширить спектр возможностей лечения больных с ПРСП. Из всех вариантов бужирования наиболее безопасным и распространенным является бужирование по струне, у которого имеется три основных недостатка:

1. Высокая лучевая нагрузка на пациента и врача, тем более, что большинству больных требуется проведение неоднократных профилактических курсов бужирования.
2. Достаточно высокая вероятность развития осложнений: кровотечение и ятрогенная перфорация.
3. Невозможность манипуляции при протяженных извитых стриктурах, когда вслепую только под рентгенологическим контролем не удается провести струну-проводник и соответственно - бужирование.

В настоящее время мы располагаем опытом использования следующих эндоскопических технологий: гидробаллонная дилатация (ГД), эндоскопическое бужирование (ЭБ) и эндоскопическое стентирование (ЭС). Данные методики, как и бужирование мы объединили единым термином: миниинвазивные методы лечения больных с ПРСП. Внедрение современных миниинвазивных технологий преследовало достижения нескольких целей: высокая эффективность; минимальная травматичность; снижение риска ятрогенного повреждения пищевода и адекватная предоперационная подготовка к реконструктивным операциям.

Гидробаллонная дилатация (ГД) использована у 35 больных. Количество сеансов ГД за один курс лечения варьировало от 2 до 3, с интервалом 1 день. Проведен сравнительный анализ эффективности ГД в зависимости от протяженности рубцовой стриктуры (табл. 4).

Таблица 4

Результаты ГД в зависимости от протяженности стриктуры

Протяженность стриктуры	Результат ГД			Всего
	хороший	удовлет	неудовлет	
Короткие	3(100%)	-	-	3
Протяженные	10(76,9%)	3(23,1%)	-	13
Субтотальные	6(46,2%)	7(53,8%)	-	13
Тотальные	1(16,7%)	3(50%)	2(33,3%)	6
Всего	20(57,1%)	13(37,2%)	2(5,7%)	35
Достоверность	$\chi^2=16.57, df=6, p=0.011$			

Статистический анализ показал, что протяженность стриктуры достоверно ($p=0.011$) влияет на результаты ГД. Осложнений ГД у больных с ПРСП после выполненных манипуляций у 35 пациентов мы не наблюдали. Таким образом ГД характеризуется достаточно высокой эффективностью, которая зависит от протяженности стриктуры.

В 2002 году в отделении эндоскопии и хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» разработана и внедрена в

клиническую практику собственная методика эндоскопического бужирования (ЭБ) сменными металлическими насадками. Отличием от традиционного бужирования по струне являлось использование одного бужа №28, на который устанавливали насадки различного диаметра, изготовленные из нержавеющей стали в форме оливы, одна из вершин которой более тонкая и является направляющей. Для проводника используется рентгенконтрастный мягкий ангиографический катетер, используется обычный пищеводный буж со сквозным осевым отверстием. На расстоянии 3-4 см от крайней точки конусного конца, устанавливается сменная насадка с резьбовым отверстием одного и того же диаметра. Размер рабочей поверхности насадок составляет от 8 до 18 мм. Насадки диаметром 8 и 9 мм выполнены в виде цилиндра, насадки диаметром более 9 мм выполнены в виде оливы. На предложенные насадки получен патент на полезную модель «Пищеводный буж» № FAP 01130.



Рис. 1 Набор металлических олив для эндоскопического бужирования

Методика эндоскопического бужирования схематически представлена на рис. 2. Выполняется диагностическая эндоскопия с целью определения диаметра сужения, особенностей просвета стриктуры, что необходимо для определения размера необходимой оливы. Затем под эндоскопическим контролем без форсирования проводится струна. При этом обязательно проводится замер проведенной струны, которую проводят не менее чем на 50 см. Такая длина определяется тем, что расстояние от резцов до кардии в среднем равно 40 см.

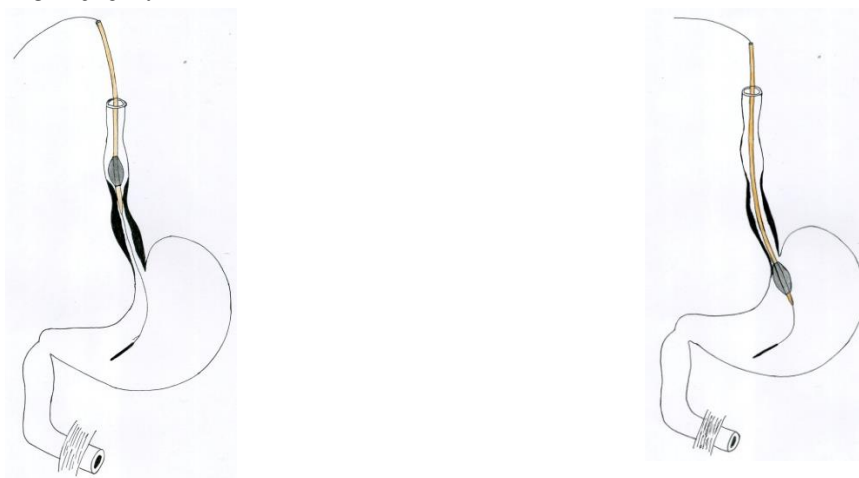


Рис. 2 Схема эндоскопического бужирования сменными оливами

Затем удаляется эндоскоп, при этом тщательно проводится контроль над расположением струны, чтобы она не вышла во время выведения прибора.

Затем на буж-толкатель насаживается олива соответствующая диаметру стриктуры и осторожно без форсирования буж с оливой вводится по струне. В зависимости от степени сопротивления суженного участка пищевода можно одновременно за один сеанс использовать нескольких олив большего диаметра. Главным преимуществом ЭБ по сравнению с бужированием по струне является возможность проведения проводника под визуальным контролем, что особенно важно при эксцентричном расположении входа в рубцовое сужение и при извитых стриктурах.

ЭБ проведено 68 пациентам, при этом в 66(97%) случаях, удалось провести бужирование оливами, соответствующим бужу №34-40. То есть только у 3% пациентов не удалось провести буж необходимого диаметра. В остальных случаях неудовлетворительный результат у данных пациентов был получен из-за ятрогенной перфорации пищевода. Результаты ЭБ представлены в табл. 5. При этом хорошие результаты получены у 66,2%, удовлетворительные у 23,5% и неудовлетворительные – у 10,3%.

Таблица 5

Результаты эндоскопического бужирования от протяженности стриктуры

Протяженность стриктуры	Результат эндоскопического бужирования			Всего (n=68)
	хороший	удовлетв	Неудов	
Короткая	6(100%)	-	-	6
Протяженная	23(76,6%)	5(16,7%)	2(6,7%)	30
Субтотальная	15(51,7%)	10(34,5%)	4(13,8%)	29
Тотальная	1(33,3%)	1(33,3%)	1(33,3%)	3
Всего	45(66,2%)	16(23,5%)	7(10,3%)	68

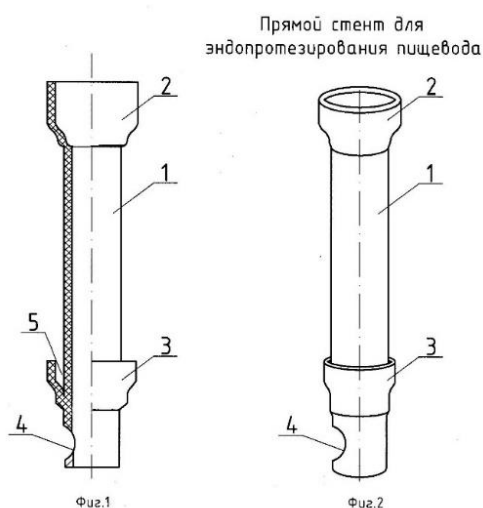
Основным преимуществом ЭС является то, что больным с ПРСП достаточно провести один полноценный курс бужирования. После него устанавливается стент длиной больше протяженности стриктуры. В результате отпадает необходимость в повторных профилактических курсах бужирования, что снижает риск его осложнений. Кроме этого, доказано, что на фоне ХОП при формировании рубцовой стриктуры происходит укорочение пищевода, выпрямление угла Гисса и нарушение функции физиологической кардии, что приводит к вторичному рефлюкс-эзофагиту, который сам по себе способствует прогрессированию сужения после курсов бужирования. Следовательно, применение эндоскопического стентирования средней и нижней трети грудного отдела пищевода позволяет в некоторой степени «защитить» слизистую пищевода от агрессивного кислотно-пептического воздействия желудочного содержимого, усугубляющего течение ожогового процесса стенки пищевода.

Таким образом, внедрение эндоскопического стентирования преследовало следующие цели:

- сокращение длительности и частоты нахождения больного в стационаре. В случае удачного стентирования больным достаточно проведение всего одного полноценного курса бужирования;

- снижение вероятности ятрогенного повреждения пищевода за счет уменьшения частоты проведения повторных сеансов бужирования;
- профилактика рестенозирования после курса бужирования;
- обеспечение наиболее оптимального метода предоперационной подготовки к реконструктивным операциям у больных с субтотальными и тотальными сужениями пищевода.

Нами разработан усовершенствованный стент, на который получен Патент на полезную модель «Стент для эндопротезирования пищевода» АИС РУз № FAP 01101. Стент для эндопротезирования пищевода (рис. 3) выполнен в виде силиконовой трубки (1) с первой антимиграционной воронкой (2) на одном конце и второй антимиграционной воронкой (3), через которую проведена трубка (1). Вторая антимиграционная воронка (3) расположена на противоположной концевой части трубки (1) на расстоянии от ее второго конца, который выполнен срезом, перпендикулярным оси трубки (1). В трубке (1) рядом со вторым концом выполнено дополнительное отверстие (4). Стент изготавливается строго индивидуально, в зависимости от протяженности, диаметра и формы стриктуры.



- 1 – силиконовая трубка
- 2 – первая, проксимальная антимиграционная воронка
- 3 – вторая дистальная антимиграционная воронка
- 4 – дополнительное боковое отверстие в дистальной части стента
- 5 – зазор между дистальной воронкой и силиконовой трубкой

Рис. 3. Схема прямого стента для эндопротезирования пищевода

Эндоскопическое стентирование выполнено 25 больным с ПРСП с протяженными стриктурами у 11; субтотальными у 12 и тотальными у 2 пациентов. Несмотря на всю перспективность методики ЭС мы его применили только 25 больным. Ограниченное использование ЭС обусловлено тем, что для получения оптимальных результатов необходим тщательный отбор пациентов. Данная методика невозможна при наличии следующих противопоказаний: язвенно-некротический эзофагит в раннем постожоговом периоде; отсутствие супрастенотического расширения пищевода над сужением; рубцовые сужения пищевода с захватом глотки или устья пищевода; тотальные постожоговые рубцовые сужения пищевода (в исключительных случаях стентирование возможно провести данным больным для предоперационной подготовки).

Сначала выполняется поэтапное бужирование пищевода по струне или ЭБ сменными оливами до диаметра 1,2-1,4 см, что соответствует бужу №38-

40. Под эндоскопическим контролем в желудок проводят струну-направитель. Предварительно изготовленный по размеру стент «насаживают» начальной частью на буж, на котором заранее имеется метка, соответствующая дистальной границе стриктуры. С помощью «бужа-толкателя» в просвет пищевода устанавливаются стент, который вводят крайне осторожно, без форсирования. После стентирования пищевода обязательно проводилась контрольная эндоскопия и рентгенконтрастное исследование пищевода (рис.4). Питание через рот начинают в день установки стента с жидкой и густой пищей.

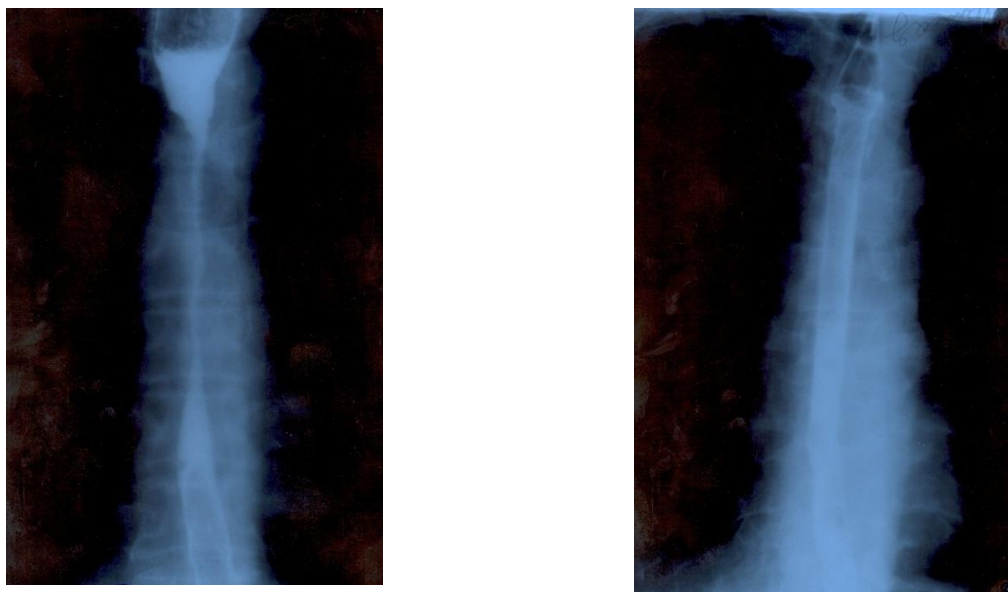


Рис. 4. Рентгенологическая картина до и после стентирования

В шестой главе «Хирургическое лечение больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода» диссертации приведен анализ результатов хирургического лечения больных с ПРСП. Показания к различным вариантам реконструктивно-восстановительных операций при ПРСП представлены в табл. 6.

Таблица 6

Показания к реконструктивным операциям у больных с ПРСП

Показания к хирургическому лечению	Характер операций		Всего
	Колопластика	Экстирпация	
Малигнизация стриктуры	-	3(25%)	3(1,9%)
«Застарелые» ожоги	-	5(41,7%)	5(3,1%)
Невозможность бужирования	51(34,7%)	2(16,7%)	53(33,3%)
Частое рецидивирование	60(40,8%)	1(8,3%)	61(38,4%)
Неэффективное бужирование	25(12,9%)	1(8,3%)	26(16,4%)
Перфорация пищевода	11(7,5%)	-	11(6,9%)
Итого	147	12	159

Эзофагопластика является сложным и травматичным вмешательством после выполнения которой возможно развитие различных осложнений.

Следовательно избежать выполнения сложных реконструктивных вмешательств у больных с ПРСП путем совершенствования миниинвазивных вмешательств остается актуальной проблемой. Внедрение усовершенствованных современных миниинвазивных вмешательств, а также дифференцированного подхода к их выбору должно уменьшить необходимость выполнения сложных реконструктивных операций.

В связи с этим нами проведен статистический анализ необходимости выполнения больным с ПРСП реконструктивных операций в различные временные промежутки. Для статистической достоверности мы разделили пациентов на 5 периодов: 1991-1995 годы – 109 больных, 1996-2000 годы – 88 больных, 2001-2005 годы – 142 больных, 2006-2010 годы – 121 больных, 2011-2015 годы – 95 больных.

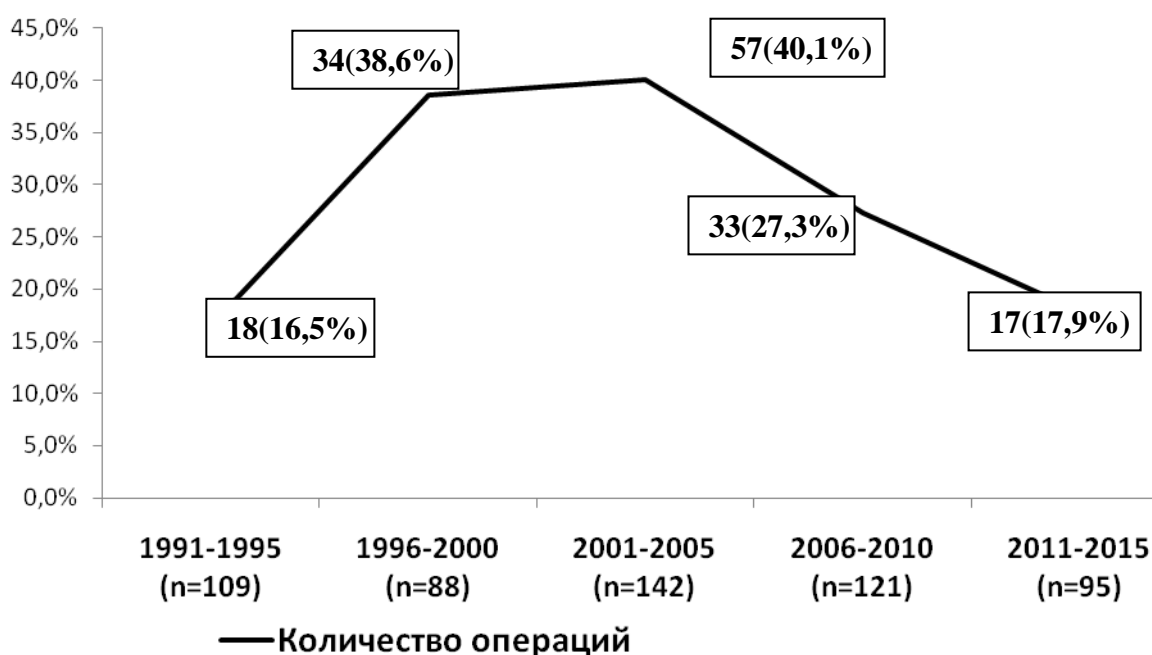


Рис. 5 Динамика реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе

Данные статистического анализа показали, что снижение необходимости в реконструктивно-восстановительных операциях в период с 2006 по 2010 годы до 27,3% было недостоверным - $\chi^2=3.021$; $p=0.082$.

Однако в период с 2010 по 2015 годы снижение необходимости в операциях до 17,9% было достоверным - $\chi^2=9.777$; $p=0.001$.

Следовательно совершенствование миниинвазивных эндоскопических технологий и внедрение их в клиническую практику позволило достоверно уменьшить необходимость в проведении сложнейших реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе.

Лечебно-диагностический алгоритм у больных с ПРСП.

На основании проведенных исследований нами разработан оптимальный лечебно-диагностический тактический алгоритм для больных с ПРСП, который позволяет четко определить этапность оказания специализированной медицинской помощи данным больным. На данный

алгоритм получено свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин DGU №03584 от 9.03.2016 года Агентства интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. Предложенный алгоритм представлен на рис. 6.

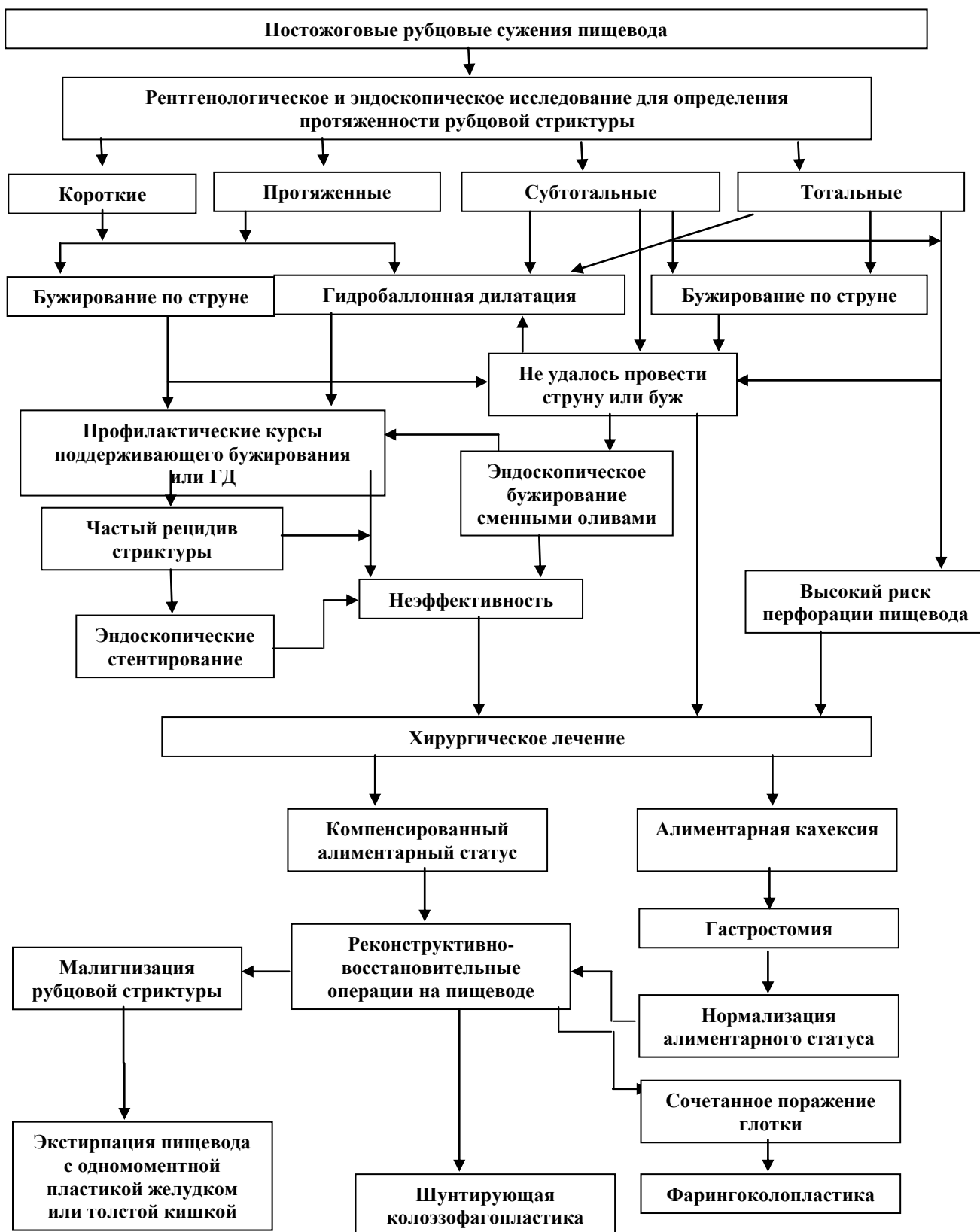


Рис. 6. Лечебно-диагностический алгоритм для больных с ПРСП

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Изучение типологических особенностей постожоговых рубцовых стриктур (протяженность, характер хода стриктуры, количество стриктур и степень сужения) показало, что протяженность является определяющим фактором при выборе тактики лечения. Характер химического реагента достоверно ($\chi^2=27.99$, $df=12$, $p=0.005$) влияет на протяженность рубцовой стриктуры. Самым агрессивным реагентом химического ожога пищевода является щелочь, при которой достоверно ($\chi^2=21.8$, $p<0.05$) увеличивается количество субтотальных и тотальных стриктур – 75,5%.

2. Анализ результатов бужирования по струне у 399 больных показал, что длина стриктуры достоверно ($\chi^2=133.5$, $df=6$, $p<0.05$) влияет на результаты лечения. Хорошие результаты получены у 100% больных с короткими стриктурами, у 77,8% при протяженных, у 37,5% при субтотальных и только у 14% при тотальных сужениях пищевода. Соответственно наибольшее число неудовлетворительных результатов получено у пациентов с субтотальными (45,1%) и тотальными (75%) стриктурами.

3. Внедрение в клиническую практику усовершенствованной методики ЭБ сменными оливами у 68 больных позволило выполнять миниинвазивное лечение даже у тех пациентов, которым бужирование по струне было невозможным, при этом полностью отсутствовала лучевая нагрузка на пациента и врача. Сравнительный анализ эффективности ЭБ в зависимости от длины стриктуры показал достоверное ($\chi^2=4.002$, $p=0.045$) снижение частоты хороших результатов при субтотальных и тотальных стриктурах по сравнению с протяженными.

4. Гидробаллонная дилатация является эффективным методом лечения больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода, позволившая получить хорошие и удовлетворительные результаты у 94,3% больных и может служить альтернативой бужированию по струне. Протяженность стриктуры достоверно ($\chi^2=16.57$, $df=6$, $p=0.011$) влияет на результаты гидробаллонной дилатации, при этом у больных с субтотальными стриктурами число хороших результатов снизилось до 46,2%, а при тотальных до 16,7%.

5. Разработанная и внедренная в клиническую практику собственная модель стента позволила обеспечить длительную интубацию пищевода. Данные морфологических исследований после стентирования показали, что отмечается упорядочение слоев эпителия пищевода, образование грануляционной ткани с переходом в нежно-волокнистый соединительнотканый каркас, что свидетельствует об инертности применяемого материала к стенкам рубцово суженного пищевода.

6. Внедрение усовершенствованных способов миниинвазивных эндоскопических вмешательств позволили достоверно ($\chi^2=9,777$; $p=0,001$) уменьшить количество больных, нуждающихся в проведении сложнейших реконструктивно-восстановительных операций с 40,1% до 17,9%.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.27.06.2017.Tib.49.at the
REPUBLICAN SCECIALIZED SCIENTIFIC-PRACTICAL MEDICAL
CENTRE OF SURGERY NAMED AFTER ACADEMICIAN V.VAKHIDOV
and TASHKENT MEDICAL ACADEMY on CONFERMENTING
ACADEMIC DEGREES**

**REPUBLICAN SCECIALIZED SCIENTIFIC-PRACTICAL MEDICAL
CENTRE OF SURGERY NAMED AFTER ACADEMICIAN V.VAKHIDOV**

KHADJIBAEV JAMSHID ABDUAZIMOVICH

**MODERN ASPECT OF TREATMENT TACTICS IN PATIENTS WITH
POSTBURN CICATRICAL ESOPHAGEAL STRICTURES**

14.00.27 - Surgery

**DISSERTATION ABSTRACT of the DOCTOR of
PHILOSOPHY (PhD) in MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT - 2018

The theme of PhD dissertation has been registered at the High Certification Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan № B2017.1.PHD/Tib115.

The dissertation has been done at the Republican Specialized Scientific-Practical Centre of Surgery named after acad. V.Vakhidov.

The abstract of a thesis has been placed in the web-site of the Scientific Council (www.rscs.uz) and in «Ziyonet» (www.ziyonet.uz) in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)).

Scientific adviser:	Nizamkhodjaev Zayniddin Makhamatovich Doctor of Medicine, M.D., professor
Official opponents:	Khakimov Murod Shavkatovich Doctor of Medicine, M.D., professor Khudaybergenov Shukhrat Nurmatovich Doctor of Medicine, M.D.
Leading organization:	State Budgetary enterprise «Saint-Petersburg I.I.Djanelidze Research Institute of Emergency Medicine», (Russian Federation)

The defense will be take place on «_____» _____ 2018 at ___ o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.27.06.2017.Tib.49.01 at the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V. Vahidov and Tashkent Medical Academy. (Address: 100115, Tashkent c., Small circular str. 10. Phone: (99891) 227-69-10; fax: (99871) 227-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov (Registration number №43), (Adress 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str., 10. Phone: (99871) 227-69-10; fax (99871) 227-26-42).

Abstract of the thesis has been distributed «_____» _____ 2018.
(distribution protocol's registry № _____ dated by _____ 2018).

F.G.Nazirov
Chairman of the Scientific Council on confermenting academic degrees,
Doctor of Medicine, professor, academician

A.Kh.Babadjanov
Scientific secretary of the Scientific Council on confermenting academic
degrees, Doctor of Medicine

A.V. Devyatov
Chairman of the scientific workshop at the Scientific Council on
confermenting academic degrees
Doctor of Medicine, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

The aim of the research work: was an improvement of treatment results in patients with postburn cicatricial esophageal strictures by the way of tactics updating, developing and implementing new miniinvasive treatment methods.

The object of the research work: were 559 patients with postburn cicatricial esophageal strictures who were treated at the Republican Specialized Scientific-Practical Centre of Surgery named after acad. V.V.Vakhidov from 1991 to 2015.

The scientific novelty of the research work is as follows:

An advanced technique of endoscopic bougienage by interchangeable metal olives has been developed;

a new construction of silicon stent for long-term intubation of postburn cicatricial esophageal stricture has been worked-out;

peculiarities of morphologic changes of esophageal wall before and in various periods after stenting have been studied;

typological features postburn cicatricial esophageal stricture subject to their nature, a quantity of chemical agent, the cause and time of burn have been studied;

optimal indications criteria for different instrumental treatment methods were developed and also a differentiated approach of performing GB through a string-wire, endoscopic bougienage, hydro-balloon dilatation and stenting of cicatricial stricture were introduced;

the frequency and the causes of esophageal injuries during diagnostic endoscopy and mini-invasive interventions in the patients with PCES have been studied and the ways of their prevention were defined;

the basic criteria of individual approach to the choice of mini-invasive interventions modern types in patients with PCES were determined.

Introduction of research results.

According to the results of the research on the improvement of treatment results in patients with PCES:

«Esophageal bougie» (patent for effective model №FAP 01130) has been worked-out. The implementation of endoscopic bougienage advanced technique by interchangeable olives into clinical practice allowed to perform miniinvasive treatment even in those patients who were impossible to be performed and there was no radiation exposure for a patient and a doctor;

«Stent for esophageal endoprosthesis» (patent for effective model №FAP 01101) has been developed. The device allowed to provide a long-term intubation of esophageal cicatricial stricture and patients did not require frequent recurring bougienage and reduced the risk of esophageal injuries;

The received scientific results have been implemented to health care practical activity, particularly in the department of esophagus and stomach surgery, endoscopic surgery of the «Republican specialized scientific-practical centre of surgery named after acad.V.Vakhidov», in the departments of toxicology and abdominal surgery of Namangan and Djizak branches of the Republican Research Centre of Emergency Medicine (certificate of Health Ministry № 8Н-Д/40 dated by March, 5,

2018).Implementation of advanced miniinvasive endoscopic interventions allowed to reduce the quantity of patients required to be performed complicated reconstructive surgeries from 40,1% to 17,9%.

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

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Худайбергенов А.М., Низамходжаев З.М., Садыков Р.А., Шагазатов Д.Б., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А. Эффективность гидрабалонной дилатации у больных с постожоговыми рубцовыми сужениями пищевода. // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. -Ташкент, 2008 - № 3.- С. 12-14 (14.00.00, №17).

2. Низамходжаев З.М., Струсский Л.П., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Хусанов А.М.,Абдуллаев Д.С. Современные технологии в лечении рубцовых стриктур пищевода. // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. - Томск, Россия, 2012 - №2. стр. 54-61 (14.00.00, №35)

3. Низамходжаев З.М., Шагазатов Д.Б., Хаджибаев Ж.А., Абдуллаев Д.С., Нигматуллин Э.И. Садилов Р.К. Диагностика и тактика хирургического лечения постожоговых рубцовых стриктур пищевода. //Хирургия Узбекистана. - Ташкент, 2016 - №1, стр. 84-91 (14.00.00, №9)

4. Лигай Р.Е., Низамходжаев З.М., Шагазатов Д.Б., Хаджибаев Ж.А., Абдуллаев Д.С. Типологические особенности рубцовых стриктур пищевода после химического ожога. // Вестник ТМА. - Ташкент, 2016, №2, стр. 71-75. (14.00.00, №13).

5. Nizamkhodjaev Z.M., Ligay R.E., Shagazatov D.B., Khadjibaev J.A., Tsoy A.O. // Direct results of reconstructive – restorative surgeries in patients with esophagus postburn corrosive strictures. // European Science review. – Vienna, Austria, 2016 – №5 – P. 43-49 (14.00.00, №19).

6. Лигай Р.Е., Низамходжаев З.М., Струсский Л.П., Шагазатов Д., Хаджибаев Ж.А. Результаты лечения ятрогенных повреждений пищевода у больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами.//Международная конференция хирургов гастроэнтерологов, Вестник хирургической гастроэнтерологии, Россия, Геленджик, №3, 2010 г, стр. 108.

7. Низамходжаев З.М., Янгиев Б.А., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Курбанов А.Б. Результаты лечения ятрогенных повреждений пищевода у больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами. // Материалы I-Съезда врачей неотложной медицины, НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва, 2012, стр. 62

II бўлим (II часть; II part)

8. Низамходжаев З.М., Шагазатов Д.Б., Хаджибаев Ж.А., Цой А.О., Абдуллаев Д.С. Программа для выбора тактики лечения постожоговых рубцовых стриктур пищевода.// Агентство интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, Свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин. 07.01.2016 г., DGU 03584.

9. Струсский Л.П., Низамходжаев З.М., Хусанов А.М., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Стент для эндопротезирования пищевода. // Агентство интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, Патент на полезную модель. 22.02.2016г., FAP 01101

10. Струсский Л.П., Низамходжаев З.М., Шагазатов Д.Б., Хусанов А.М., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р. Пищеводный буж. //Агентство интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, Патент на полезную модель. 21.04.2016г. FAP 01130

11. Низамходжаев З.М., Струсский Л.П., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Хусанов А.М., Хаджибаев Ж.А. Новые технологии в лечении постожоговых рубцовых стриктур пищевода. // Проблемы клинической медицины, 2011 - № 3-4.- С. 42-46.

12. Янгиев Б.А., Низамходжаев З.М., Хаджибаев Ж.А., Лигай Р.Е. Перфорация пищевода при бужировании больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами. //Сборник трудов VI научнопрактической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи». - Ургенч, 2006г, – С. 660-661.

13. Хаджибаев А.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Хаджибаев Ж.А. Возможности гидробаллонной дилатации в лечении рубцовых сужений пищевода и желудка. //I Международная конференция по торакоабдоминальной хирургии, посвященная 100-летию со дня рождения Б.В. Петровского. – Москва, 2008г, стр. 250.

14. Низамходжаев З.М., Шагазатов Д.Б., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А. Гидробаллонная дилатация в инструментальном лечении больных с постожоговыми рубцовыми сужениями пищевода. // Материалы Республиканской научнопрактической конференции Вахидовские чтения - 2008 «Новое в хирургии органов грудной и брюшной полости», октябрь 2008г, Хирургия Узбекистана, 2008г, №3, стр. 45.

15. Низамходжаев З.М., Садыков Р.А., Шагазатов Д.Б., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Абдуллаев Д.С. Новые технологии в лечении больных с постожоговыми рубцовыми сужениями пищевода.// Сборник статей и тезисов III межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти академика РАМН, профессора Полуэктова Л.В., Омск, 2009г., стр. 25-26.

16. Низамходжаев З.М., Струсский Л.П., Хусанов А.М., Шагазатов Д., Хаджибаев Ж.А., Султанов П.К. Отдалённые результаты нового способа стентирования у больных с по-стожоговыми рубцовыми сужениями пищевода. // Международная конференция хирургов гастроэнтерологов, Вестник хирургической гастроэнтерологии, Россия, Геленджик, №3, 2010 г, стр. 111.

17. Лигай Р.Е., Струсский Л.П., Хаджибаев Ж.А., Янгиев Б.А. Тактика лечения повреждений пищевода у больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами. //Сборник тезисов XII международного Евроазиатского конгресса хирургов и гастроэнтерологов, Баку, 2011, стр. 65

18. Лигай Р.Е., Струсский Л.П., Низамходжаев З.М., Хусанов А.М., Хаджибаев Ж.А. Отдаленные результаты эндоскопического стентирования у больных с рубцовыми стриктурами пищевода. //Сборник тезисов XII международного Евроазиатского конгресса хирургов и гастроэнтерологов, Баку, 2011, стр. 64-65.

19. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Хаджибаев Ж.А., Курбанов А.Б. Эффективность гидробаллонной дилатации в инструментальном лечении больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода. // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицины», Андижан, 27.03.2012 год, стр. 316-317.

20. Низамходжаев З.М., Янгиев Б.А., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Курбанов А.Б. Результаты лечения ятрогенных повреждений пищевода у больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами. // Материалы I-Съезда врачей неотложной медицины, НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва, 2012, стр. 62

21. Хаджибаев Ж.А., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Абдуллаев Д.С. Анализ причин неудовлетворительных результатов бужирования по струне у больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода. // Материалы конференции Вахидовские чтения -2012 г, Самарканд, 16-17.11.2012 года, Хирургия Узбекистана, 2012г,

Автореферат «Шошинч тиббиёт ахборотномаси» журнали тахририяда тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Босишга рухсат этилди: 21.05.2018 йил
Бичими 60x45 ¹/₁₆, «Times New Roman»
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табағи 5. Адади: 100. Буюртма: № _____.

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

Академия ноширлик маркази»
Давлат унитар корхонасида чоп этилди.