АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ 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 МАРКАЗИ

ЛИГАЙ РУСЛАН ЕФИМОВИЧ

ҚИЗИЛЎНГАЧ РЕКОНСТРУКТИВ-ТИКЛОВЧИ ХИРУРГИЯСИДА ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКАНИНГ ЗАМОНАВИЙ ПРИНЦИПЛАРИ

14.00.27 – Хирургия

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА
ДОКТОРЛИК (DSc) ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

ТОШКЕНТ – 2017

УДК: 616.33:616.329-008.1-089.844

Докторлик (DSc) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата докторской (DSc) диссертации

Contents of the of Doctoral (DSc) Dissertation Abstract

Лигай Руслан Ефимович
Қизилўнгач реконструтив-тикловчи хирургиясида гастроэзофагопластиканинг замонавий принциплари..... 3

Лигай Руслан Ефимович
Современные принципы гастроэзофагопластики в реконструктивно-восстановительной хирургии пищевода……... 29

Ligay Ruslan Yefimovich
Modern principles of gastroesophagoplasty in reconstructive surgery of the esophagus..... 55

Эълон қилинган ишлар рўйхати
Список опубликованных работ
List of published works..... 59

АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ 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 МАРКАЗИ

ЛИГАЙ РУСЛАН ЕФИМОВИЧ

ҚИЗИЛЎНГАЧ РЕКОНСТРУКТИВ-ТИКЛОВЧИ ХИРУРГИЯСИДА ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКАНИНГ ЗАМОНАВИЙ ПРИНЦИПЛАРИ

14.00.27 – Хирургия

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ДОКТОРЛИК (DSc) ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

ТОШКЕНТ – 2017

Фан доктори (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида № B2017.1.Dsc/Tib105 рақам билан рўйхатга олинган.

Докторлик диссертацияси Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия маркази бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) веб-саҳифасининг www.rscs.uz ва «Ziyonet» ахборот-таълим портали www.ziyonet.uz манзилларига жойлаштирилган.

Илмий маслаҳатчи:	**Низамходжаев Зайниддин Махаматович** тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оппонентлар:	**Черноусов Александр Федорович** тиббиёт фанлари доктори, профессор
	Жураев Миржалол Дехканович тиббиёт фанлари доктори, профессор
	Хакимов Мурод Шовкатович тиббиёт фанлари доктори, профессор
Етакчи ташкилот:	**«Н.Н.Петров номидаги Миллий тиббий тадқиқот онкология маркази» Федерал Давлат бюджет ташкилоти, РФ ССВ, Санкт-Петербург, Россия**

Диссертация ҳимояси Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия маркази, Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.49.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2017 йил 29 сентябр куни соат 14^{00} 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 маркази мажлислар зали).

Докторлик диссертацияси билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия маркази Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (16 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 2017 йил 16 сентябр куни тарқатилди.

(2017 йил 16 сентябр даги №16 рақамли реестр баённомаси).

Ф.Г. Назиров
Илмий даражалар берувчи
илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

А.Х. Бабаджанов
Илмий даражалар берувчи
илмий кенгаш илмий котиби,
тиббиёт фанлари доктори

А.В. Девятов
Илмий даражалар берувчи
илмий кенгаш ҳузуридаги илмий семинар раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (докторлик диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти халқаро онкологик изланишларни қўллаб-қувватловчи агентлигининг (IARC) дунё миқёсидаги рак бўйича янгиланган «GLOBOCAN–2012» маълумотларига кўра «онкологик касалликлар орасида қизилўнгач раки билан касалланиш олтинчи (3%), ошқозон-ичак тракти ўсмалари орасида учинчи (ошқозон ва йўғон ичак ракидан кейин) ўринда туради ва ўлим даражаси юқорилиги ҳамда кенг тарқалганлиги сабабли тиббий-ижтимоий жиҳатдан долзарб муаммо ҳисобланади»[1]. 2015 йилда дунёда қизилўнгач ракининг дастлабки босқичи билан касалланган 425 минг ҳамда ушбу касаллик билан вафот этган 320 минг киши қайд этилган. Сўнгги ўн йилликда ушбу касаллик билан касалланиш даражаси тўхтовсиз ўсиб бормоқда. Оператив техника тараққиётига қарамасдан «бугунги кунда қизилўнгач реконструктив-тикловчи хирургияси торако-абдоминал хирургияда бирмунча мураккаб йўналишлардан бири бўлиб қолмоқда»[2]. Қизилўнгач ракида бир йилгача ўлим ҳолати юқорилиги кузатилади, беморларнинг беш йилгача яшовчанлиги 3,5–13% дан ошмайди.

Мамлакатимиз мустақиллигининг дастлабки кунлариданоқ аҳолига сифатли тиббий хизмат кўрсатилишини тубдан янгилаш юзасидан ижобий натижаларга эришилди. Амалга оширилган тадбирлар натижасида, шу жумладан, «қизилўнгачда олиб борилган реконструктив-тикловчи операциялардан кейинги асоратлар учраши тезлигини камайтириш борасида ижобий натижаларга эришилди» [3] . Мамлакатимизда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам сифат жиҳатдан янги даражага кўтарилди, бу эса қизилўнгачда рекоструктив-тикловчи аралашувлар ва унинг асоратлари билан боғлиқ бўлган қайд этилган илмий-амалий муаммоларни ҳал қилишда янги имкониятлар очиб берди. Сўнгги 5 йил ичида даволаш сифати яхшиланганлиги, шунингдек, эзофагапластикадан кейин ўлим кўрсаткичининг 5% гача камайиши қайд этилмоқда, бу эса, шубҳасиз, ташхислашнинг янги информатив усулларини, шунингдек, мураккаб юқори технологик даволаш усулларининг татбиқ этилиши билан боғлиқ. Бугунги кунда Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича ҳаракатлар стратегиясига биноан соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш ва аҳолига кўрсатилган тиббий хизмат сифатини янада ошириш вазифалари қўйилган[4]. Шундан келиб чиққан ҳолда, қизилўнгач реконструктив-тикловчи хирургиясида гастроэзофагопластиканинг

---

[1] World Health Organization. Cancer: fact sheet no. 297. World Health Organization website, 2012. www.who.int/iris/handle/10665/244872

[2] Park J.Y., Shin J.H., Song H.Y. et al. Airway complications after covered stent placement for malignant esophageal stricture: special reference to radiation therapy // Am. J. Roentgenol, 2012. Vol. 198 (2). – P. 453–459.

[3] Назырова Л.А., Арифжанов А.Ш., Ибадов Р.А. Структура ранних послеоперационных осложнений в хирургии пищевода // Анестезиология и реаниматология, 2009. №4. – С. 38–42.

[4] Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сонли «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони

замонавий принципларини ишлаб чиқиш ҳам қўйилган вазифаларни бажаришда долзарб йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Жаҳон миқёсида «қизилўнгач раки хирургиясида ошқозон трансплантант шаклланиши учун оптимал аъзо ҳисобланади. Бироқ 5–10% ҳолларда, кўпинча йирингли медиастинит ва плевра эмпиемаси ривожланиши туфайли фатал якун топувчи трансплантат некрози кузатилади»[1]. «Ошқозон трансплантантининг бўйинга кўчирилиши ошқозонни кенг кўламли мобилизация қилишни талаб этади ҳамда унинг асосий озиқланувчи томирлари қисмини боғлаш билан бирга олиб борилиб, ушбу ҳолат ошқозон трансплантантининг ишемик некрози, қизилўнгач-ошқозон анастомозининг муваффақиятсиз якун топиши каби тез-тез учровчи (ўртача 7–20%) асоратлар билан изоҳланади»[2]. Қизилўнгач раки локализацияси, кўлами, торайиш даражаси, беморнинг умумий аҳволи ва ёндош касалликлари инобатга олинган даволашнинг энг мувофиқ усулини танлашга кўрсатмалар, ушбу тоифадаги беморларни даволашнинг янги самарали усулини ишлаб чиқиш каби муаммолар бугунга қадар ўз ечимини кутаётганлиги диссертация мавзусининг долзарблиги ва заруриятини кўрсатади. Муаммонинг долзарблиги кўрсатилаётган хирургик хизмат самарадорлигини ошириш, қизилўнгач раки зарарли ва зарарсиз ўсмаларини хирургик даволаш усулларини такомиллаштириш, беморлар реабилитацияси, ногиронлик ҳолларини камайтириш ҳамда беморларда ҳаёт сифатини яхшилашдан иборат.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2011 йил 28 ноябрдаги ПҚ–1652-сон «Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишни янада чуқурлаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори, Вазирлар Махкамасининг 2017 йилдаги ҚТ 19-сон «Жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлашни ташкил этиш илмий-тадқиқот институти фаолияти тўғрисида»ги қарори ва бошқа меъёрий-ҳуқуқий хужжатлар билан белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқот хам муайям даражада ёрдам беради.

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

Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи.[3]

Қизилўнгач касаллиги билан оғриган беморларни хирургик даволаш ва ташхислаш натижаларининг самарадорлигини оширишга йўналтирилган илмий изланишлар жаҳоннинг етакчи илмий марказлари ва олий таълим

---

[1]Raymond D.R. The esophageal anastomosis: traditional methods to prevent leak // J. Gastrointestinal Surgeiy, 2009. – V. 13. – P. 1555–1557.

[2]Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Антонов О.Н. Профилактика недостаточности анастомозов желудочно-кишечного тракта. // Хирургия, 2005. №12. – С. 25–29.

[3]Bosetti C., Levi F., Ferlay J. et al. Trends in oesophageal cancer incidence and mortality in Europe // Int. J. Cancer, 2008. Vol. 122. – P. 1118–1129. Bothereau H., Munoz-Bongrand N., Lambert B. Esophageal reconstruction after caustic injury: is there still a place for right coloplasty? // Am. J. Surg. 2007. – V. 193. N 6. – P. 660–664. Izbicki J.R., Chernousov A.F. Surgery of esophagus. // Steinkopff Verlag. Germany 2009. p.- 387. Li B., Xiang J., Zhang Y., Hu H., Sun Y., Chen H. Factors affecting hospital mortality in patients with esophagogastric anastomotic leak: a retrospective study. WorldJSurg. 2015 Dec 17. Давыдов М.И., Бохян В.Ю., Степанов А.А. Хирургическое лечение больных раком грудного отдела пищевода // Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, 2010. №3. – С. 75–79.

муассасалари, жумладан, Johns Hopkins Hospital (Мериленд, АҚШ), Memorial Sloan-Kettering Cancer (НьюЙорк, АҚШ), Charité Cancer Center (Берлин, Германия), European Institute of Oncology (Милан, Италия), Royal Marsden (Лондон, Англия), Christie Cancer Center (Манчестер, Англия), Brazilian National Cancer Institute (Рио де Жанейро, Бразилия), Medical Center Samsung (Сеул, Жанубий Корея), National Cancer Center (Чиба, Япония), Российский онкологический научный центр имени Н.Н.Блохина (Москва, Россия Федерацияси), Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган жарроҳлик маркази (Ўзбекистон)да олиб борилмоқда.

Дунёда қизилўнгач касалликлари билан оғриган беморларни даволашга йўналтирилган илмий тадқиқотлар натижасида қатор, жумладан, қуйидаги илмий натижалар олинган: қизилўнгач кўкрак қисми ракини радикал усулда даволашнинг ягона йўли хирургия эканлиги аниқланган, бироқ бундай реконструктив операцияларни бажариш нафақат ушбу органнинг мураккаб анатомиясини, балки жарроҳликнинг замонавий усуллари ва принципларини ҳам билишни талаб этади (Российский онкологический научный центр имени Н.Н.Блохина, Москва, Россия Федерацияси); тотал ёки субтотал эзофагэктомия ҳамда қизилўнгачнинг реконструкция босқичини қамраб олувчи турли бир вақтли операциялар тан олинган ва кенг жорий этилган (Royal Marsden, Лондон, Англия). Сўнгги йилларда қизилўнгач касаллигини хирургик даволаш бўйича кўплаб ютуқлар қўлга киритилган бўлса-да, касаллик учраши камайиши ва операциядан кейинги асоратлар оғирлик даражаси ҳамда ўлим ҳолатини ифодаловчи узоқ натижаларни қониқарли деб бўлмаслиги таъкидланган (Johns Hopkins Hospital, Мериленд, АҚШ). Касалликни эрта ташхислаш қийинлиги ва беморларнинг кеч мурожаат этиши натижасида кўпинча қизилўнгач ўсмаси операция қилинадиган пайтда резекция қилишга яроқсиз бўлиб қолиши ўрганилган (НИИ онкологии имени Н.Н.Петрова, Санкт-Петербург, Россия Федерацияси). Бугунги кунда қизилўнгач пластикасининг техник томонлари кенг тадқиқ этилган бўлса-да, бироқ операциядан кейинги асоратларни профилактикалаш ва даволаш бўйича юзага келувчи саволларга етарлича эътибор қаратилмаётганлиги ўлим ҳолати даражасига ўз таъсирини кўрсатиши аниқланган (Российский научный центр хирургии имени академика Б.В.Петровского, Москва, Россия Федерацияси).

Дунёда қизилўнгач касаллиги билан оғриган беморларни ташхислаш ва хирургик даволаш натижаларини яхшилаш бўйича қатор, жумладан, қуйидаги устувор йўналишларда илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда: қизилўнгачда ўтказиладиган реконструктив операцияларга операция олди тайёргарлиги стандартларини ишлаб чиқиш; эзофагогастропластика билан бир вақтда амалга ошириладиган қизилўнгач экстирпациясидан сўнг кузатиладиган операциядан кейинги турли асоратларни тизимлаш; қизилўнгач экстирпациясида ошқозондан трансплантатни шакллантиришнинг янги усулларини ишлаб чиқиш.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. «Қизилўнгач касаллигини хирургик даволаш муаммоси етарли кенг ёритилган» ва Predescu I.[1], Bosetti C.[2], Черноусов А.Ф.[3], каби олимлар билан бир қаторда жаҳоннинг кўплаб йирик илмий-текшириш институтлари ҳамда клиникаларида ўрганилмоқда. Бугунги кунда кўплаб хирургик мактаблар қизилўнгачда амалга ошириладиган кўп босқичли операциялардан кўра ошқозоннинг катта эгрилигидан кесилган найчадан трансплантант сифатида фойдаланиб бир вақтли тикловчи операциялар ўтказиш самарали эканлигини тан олишмоқда. J.Ndoye [4] , М.И.Давыдов [5] ларнинг фикрича, «Қизилўнгачнинг мураккаб топографик-анатомик жойлашуви, пластика жараёнида кўкрак ва қорин бўшлиғини бир вақтда манипуляция қилиш зарурати реконструктив операцияларни сермеҳнат ва жароҳатли қилиб қўйиши сабабли юқори даражадаги хирургик техника ҳамда тиббий ходимнинг тайёрлигини талаб этади. Бироқ хирургнинг яхши тайёрлиги ва тажрибаси билан бир қаторда адекват анестезиологик, реанимацион кўмак, операциядан кейин касалларни саводли олиб бориш ҳам талаб этилади».

«Беморларни даволашнинг тактик-техник аспектларини такомиллаштириш билан бир қаторда операциядан кейинги асоратларни чуқур таҳлил қилиш, асоратлар ривожланиши профилактикаси, қизилўнгачда радикал операция амалга оширилган беморларнинг ҳаёт сифатини ўрганиш зарур» (Park J.Y.[6]). R.J.Korst[7] ва А.Ш.Арифжанов[8]лар томонидан амалга оширилган тадқиқот натижаларига кўра «операциядан кейин яқин даврдаги асоратлар специфик (қизилўнгач пластикаси билан бевосита боғлиқ) ва носпецифик (ёндош касалликларнинг зўрайиши, қўшни аъзолар жароҳати натижаси ва бошқалар) бўлиши мумкин». Специфик асоратлар сирасига трансплантант некрози, муваффақиятсиз анастомоз ва анастомознинг қуриб қолиши кабилар, носпецифик асоратларга эса юрак-қон-томир ва нафас олиш тизими томонидан бўладиган, йирингли асоратлар, хилотракс киради. Операциядан кейинги асоратларнинг катта қисмини бронх-ўпка (пневмония, ўпка ателактази, плеврит, плевра эмпиемаси) томонидан бўладиган асоратлар ташкил қилади. Турли муаллифлар томонидан берилган маълумотларга кўра ушбу асоратлар 19% дан

---

[1]Predescu I, Predescu D, Constantinoiu S. Postoperative functional result and quality of life after oesophageal reconstruction based on the type of cervicalanastomosis. Chirurgia (Bucur), 2015 Mar-Apr. 110(2). 109–16.

[2]Bosetti C., Levi F., Ferlay J. et al. Trends in oesophageal cancer incidence and mortality in Europe // Int. J. Cancer. 2008. Vol. 122. P. 1118–1129.

[3]Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Антонов О.Н. Профилактика недостаточности анастомозов желудочно-кишечного тракта. // Хирургия. 2005. № 12. – С. 25–29.

[4]NdoyeJ.M., DiaA., NdiayeA., FallB. etal. Arteriography of three models of gastric oesophagoplasty: the whole stomach, a wide gastric tube and a narrow gastric tube // Surg. Radiol. Anat. 2006. Oct. – V. 28. N5. – P. 429–437.

[5]Давыдов М.И., Бохян В.Ю., Степанов А.А. Хирургическое лечение больных раком грудного отдела пищевода // Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, 2010. №3. – С. 75–79.

[6]Park J.Y., Shin J.H., Song H.Y. et al. Airway complications after covered stent placement for malignant esophageal stricture: special reference to radiation therapy // Am. J. Roentgenol, 2012. Vol. 198 (2). P. 453–459.

[7]Korst RJ., Port J.L., Lee P.C. et al. Intrathoracic manifestations of cervical anastomotic leaks after transthoracic esophagectomy for carcinoma // Ann. Thorac. Surg. 2005. – V. 80. – P. 1185–1190.

[8]Арифжанов А.Ш., Назырова Л.А. Ибадов Р.А. Структурный анализ бронхолёгочных осложнений в раннем периоде после реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе // Тезисы VI Конгресса хирургов Казахстана, 2008. – С. 25–26.

50% гача етади. Li B.[1] томонидан олиб борилган тадқиқот натижаларига кўра бошқа «юрак-қон-томир асоратларининг кенг тарқалган гуруҳига 5–18,9% ҳолларда дуч келинувчи юрак етишмовчилиги, миокард инфаркт, ўпка артериясининг тромбоэмболияси ва шу кабилар киради». К.В.Павелеца [2] томонидан келтирилган маълумотларга кўра «сўнгги пайтларда ўлим ҳолати кузатилиши бирмунча камайган бўлса-да, барибир 3–7% атрофида тебраниб турибди». Ўлим ҳолатининг асосий сабаби кўпинча қизилўнгач анастомозининг яроқсизлиги бўлиб қолмоқда.

Олиб борилган тадқиқотлар таҳлили шуни кўрсатадики, қизилўнгач касалликларини хирургик даволаш ва ташхислаш сифати сезиларли яхшиланди, бироқ эзофагопластикада трансплантатни шакллантиришнинг янги усуллари татбиқ этилиши, шунингдек, операциядан кейинги асоратлар профилактикаси бўйича даволаш чоралари оптимизацияси қизилўнгачда зарарли ва зарарсиз ўсма касалликлари бўлган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш имконини беради.

Диссертация тадқиқотнинг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти «Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия маркази» АЖ илмий-текшириш ишлари, АТСС 3.4 «Қизилўнгач ва ошқозон кардияси касалликларида дисфагия синдроми диагностикаси, консерватив ва хирургик даволашга комплекс ёндашув ҳамда методик асосларини ишлаб чиқиш» ҳамда АДСС 15.3.5 «Ошқозон кардияси ва қизилўнгач реконструктив-тикловчи хирургиясида анастомозни шакллантириш методи аспектларини ишлаб чиқиш ва такомиллаштириш» гранти лойиҳалари доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади қизилўнгач касаллиги билан оғриган беморларни периоператив даврда олиб бориш йўлларини такомиллаштириш, гастротрансплантатни шакллантиришнинг янги усулларини ишлаб чиқиш ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

қизилўнгачнинг дастлабки патологиясига боғлиқ ҳолда гастроэзофагопластика билан бир вақтда қизилўнгач экстирпацияси бажарилганда операциядан кейинги асоратлар учраш тезлиги, характери ва сабабларини аниқлаш;

эзофагопластика билан бир вақтда қизилўнгач экстирпацияси бажарилганда специфик ва йирингли-яллиғланишли асоратлар таркибини аниқлаш;

---

[1] Li B., Xiang J., Zhang Y., Hu H., Sun Y., Chen H. Factors affecting hospital mortality in patients with esophagogastric anastomotic leak: a retrospective study. World J Surg. 2015 Dec 17.

[2] Павелец К.В., Медведев К.В., Лобанов М.Ю., Вавилова О.Г., Протченков М.А. Ближайшие результаты одномоментных операций при раке пищевода // Онкохирургия: Международный онкологический научно-образовательный форум. – СПб., 2010. – С. 117–118.

эзофагопластика билан бир вақтда қизилўнгач экстирпациясига мувофиқ операциядан кейинги асоратлар турли гуруҳини тизимлаштириш;

эзофагопластика билан бир вақтда қизилўнгач экстирпацияси операциясидан кейинги асоратлар учраши тезлигини камайтиришга йўналтирилган мажмуавий даволаш-профилактика чораларини ишлаб чиқиш;

эзофагопластика билан бир вақтда қизилўнгач экстирпациясида ошқозондан трансплантантни шакллантиришнинг янги усулларини ишлаб чиқиш ва клиник амалиётга татбиқ этиш;

эзофагопластикадан кейин унинг резервуар-эвакуаторлик функциясини ўрганган ҳолда оригинал усуллар орқали шакллантирилган гастротрансплантантнинг функционал ҳолатини аниқлаш;

таклиф этилган даволаш-профилактика чораларини эзофагопластика билан бир вақтда қизилўнгач экстирпацияси бажарилган операциядан кейинги асоратлар билан қиёсий солиштириш орқали самарадорлигини баҳолаш;

эзофагопластика билан бир вақтда қизилўнгач экстирпациясидан кейинги ўлим ҳолатлари сабаблари таркибини ўрганиш ҳамда уларни профилактика қилиш йўлларини аниқлаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 1991–2015 йилларда «Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган жарроҳлик маркази» АЖда қизилўнгач касалликлари билан оғриган ва стационар даволанишда бўлган 234 нафар бемор олинган.

Тадқиқотнинг предмети бўлиб гастроэзофагопластика билан бир вақтда қизилўнгач экстирпацияси бажарилган беморларни хирургик даволаш натижалари таҳлили ҳисобланади.

Тадқиқотнинг усуллари. Диссертацияда клиник, биокимёвий, инструментал, морфологик, статистик каби текширув усуллари қўлланилган.

Тадқиқотининг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

қизилўнгач пластикасидан кейин трансплантант некрози ва қизилўнгач анастомоз етишмовчилигига олиб келувчи асосий сабабларнинг ўзаро бир-бирига мураккаб боғлиқлиги аниқланган ва гастроэзофагопластиканинг асосий замонавий принциплари шакллантирилган;

қизилўнгачда реконструктив-тикловчи операциялардан кейинги асоратлар системалаштирилган ва бу ушбу касалликнинг мажмуавий профилактикаси ишлаб чиқилган;

эзофагопластика билан бир вақтда ошқозон катта эгрилигидан гастротрансплантантни шакллантиришнинг янги усули ишлаб чиқилган;

гастротрансплантантнинг ошқозон антрал қисмини сақлаган ҳолда резервуар-эвакуаторлик функцияси баҳоланган;

операциядан олдин беморларни олиб бориш, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатини камайтиришга йўналтирилган даволаш-профилактика чора-тадбирлар мажмуаси ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижаси:

ахалазия кардия, қизилўнгачнинг куйишдан кейинги чандиқли қуриши ҳамда стенозловчи рефлюкс-эзофагит каби қизилўнгачнинг зарарсиз қуришлари

кузатилган беморларда қизилўнгач экстирпациясини гастроэзофагопластика билан бир вақтда бажаришга кўрсатмалар аниқланган;

бронх-ўпка, специфик, йирингли-яллиғланишли, юрак-қон-томир, тромбо-эмболик, қон кетиши ва шу каби операциядан кейинги асоратлар турли мос гуруҳларга тизимлаштирилган;

антрал қисмнинг адекват резервуар-эвакуаторлик функциясини сақлаган ҳолда икки артериядан (ошқозон-сальникли ўнг ва ошқозон ўнг) озиқланувчи ошқозоннинг катта эгрилигидан гастротрансплантантни шакллантиришнинг янги оригинал усуллари ишлаб чиқилди ва клиник амалиётга татбиқ этилган;

эзофагопластикада гастроплантантни шакллантириш бўйича ишлаб чиқилган янги усуллар трансплантант некрози, қизилўнгач анастомози етишмаслиги, трансплантант чоклари каби операциядан кейинги қўрқинчли специфик асоратлар ривожланиш эҳтимолини сезиларли камайтириш имконини берган;

касалликнинг дастлабки патологияси характери, беморнинг аҳволи, соматик патологиялар билан бирга оғирлаштирувчи ҳолатлар ифодаланишини ҳисобга олган ҳолда қизилўнгач зарарли ва зарарсиз ўсмалари реконструктив-тикловчи операцияларидан кейинги асоратлар барча гуруҳи учун даволаш-профилактика чора-тадбирлар комплекси ишлаб чиқилди ва клиник амалиётга татбиқ этилган;

таклиф этилган даволаш-профилактика чора-тадбирлар комплексининг татбиқ этилиши барча гуруҳ операциядан кейинги асоратлар ривожланишини сезиларли камайтириш имконини берди, бу ўз навбатида қизилўнгачда реконструктив-тикловчи операциялардан кейинги ўлим ҳолатини камайтирган;

тадқиқот натижаларининг амалий соғлиқни сақлаш тизимига жорий этилиши қизилўнгач зарарли ва зарарсиз ўсмалари билан касалланган беморларни хирургик даволаш натижалари, беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш ва шу орқали ушбу категория беморларининг ногиронлик ҳолатини камайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган ёндашув ва усуллар, назарий маълумотларнинг олинган тажриба натижалари билан мос келиши, тажриба маълумотлари статистик таҳлил қилинганлиги, таклиф ва тавсияларнинг амалиётга жорий этилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти қизилўнгач касалликларини хирургик даволаш ва диагностикасини яхшилаш бўйича олинган натижаларни амалий тиббиётда, хусусан, режали ва шошилинч жарроҳлик бўлимлари иш фаолиятида қўлланилишидан иборат. Тадқиқотнинг қизилўнгач касалликларини хирургик даволаш ва ташхислаш бўйича алоҳида натижалари талабалар, шунингдек, магистрлар, клиник ординаторлар ва курсантлар ўқув дастурлари таркиби ва мазмунини такомиллаштиришда қўлланилиши мумкинлиги билан изоҳланади.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти таклиф қилинган даволаш-профилактика чора-тадбирлар мажмуаси қизилўнгач касалликларини

хирургик даволаш натижаларини яхшилаши, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим даражасини камайтириши, беморларнинг касалхонада ётиш даврини қисқартиришидан иборат. Ишлаб чиқилган ва клиник амалиётга татбиқ этилган антраль қисмнинг адекват резервуар-эвакуаторлик функциясини сақлаган ҳолда икки артериядан (ошқозон-сальникли ўнг ва ошқозон ўнг) озиқланувчи ошқозоннинг катта эгрилигидан гастротрансплантантни шакллантиришнинг янги оригинал усуллари операциядан кейинги асоратларни камайтириш ва даволаш чораларини яхшилашга хизмат қилади. Таклиф қилинган даволаш-профилактика чора-тадбирлар комплексининг татбиқ этилиши барча гуруҳ операциядан кейинги асоратлар ривожланишини сезиларли камайтириш имконини берди, бу ўз навбатида қизилўнгачда реконструктив-тикловчи операциялардан кейинги ўлим ҳолатини камайтирди.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Қизилўнгач эктирпацияси техникасини такомиллаштиришга йўналтирилган илмий изланишларга асосан «Эзофагопластикада гастротрансплантатни шакллантириш усуллари» бўйича патент олинган (Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги №IAP 03872). Қизилўнгач касалликлари билан оғриган беморларга гастротрансплантатни шакллантиришнинг такомиллаштирилган усуллари қўлланиши операциядан кейинги специфик асоратларни 43% дан 11,6% гача камайтириш имконини берди;

ишлаб чиқилган гастротрансплантатни шакллантириш ва операциядан кейинги асоратларни профилактика қилиш дастури амалий соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хурургия маркази, Андижон ва Хоразм вилоятлари онкология диспансерларининг торако-абдоминал бўлимлари фаолиятига кенг татбиқ этилди (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2016 йил 14 декабрдаги 8н-д/79-сон хулосаси). Бу қизилўнгачда реконструктив-тикловчи операциялардан кейинги ўлим ҳолатини 17,7% дан 7,7% гача камайтириш имконини берди.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари, жумладан, 6 та халқаро ва 7 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 53 та илмий иш чоп этилган, шу жумладан 1 та ихтирога патент олинган, 9 та республика ва 3 та хорижий журналларда Ўзбекистон Республикаси ОАКнинг докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларда чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, олтита боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловадан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 200 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурияти асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объект ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Қизилўнгач касалликларини стенозловчи эзофагопластиканинг замонавий аспектлари»** деб номланган биринчи боби тўққизта бўлинмадан иборат бўлиб, илмий изланишлар натижаларининг таҳлили, қизилўнгач гастропластика билан экстирпация қилингандан кейин ривожланувчи асоратлар муаммоларига бағишланган ва жарроҳлик даволаш усули, ижтимоий-тиббий аспектлари адабиётлар таҳлили асосида ёритилган. Қизилўнгач зарарли ва зарарсиз ўсмалари билан оғриган беморларни даволашга бўлган замонавий қарашлар ва тарихий маълумотлар батафсил ёритилган. Дифференциацияланган хирургик тактика ва қизилўнгачда реконструктив-тикловчи операциялар натижаларини яхшилашга қаратилган ва келажакда ўрганиш ҳамда такомиллаштириш талаб этиладиган баҳсли, ўз ечимини кутаётган саволлар аниқланган.

Диссертациянинг **«Тадқиқот материалининг клиник тавсифи ва тадқиқот усулларининг шарҳи»** деб номланган иккинчи бобида клиник материал ва фойдаланилган текширув усуллари тўғрисида маълумотлар берилган. Тадқиқот жараёнида қизилўнгач касаллигининг турли кўринишлари билан оғриган ва 1991–2015 йилларда «Академик В.Воҳидов номидаги ихтисослаштирилган хирургия маркази» акциядорлик жамиятида гастроэзофагопластика билан бир вақтда қизилўнгач субтотал экстирпацияси бажарилган 234 нафар беморнинг текшириш ва даволаш натижалари таҳлил қилинган. Беморлар ўзида текширишнинг умумий клиник ва махсус инструменталь усулларини мужассамлаштирувчи комплекс текширувдан ўтказилган.

Беморлар касаллик патологияси характерига кўра қуйидагича тақсимланган: қизилўнгач ўсмаси – 204 нафар (87,2%), ахалазия кардия 18 нафар (7,7%), куйишдан кейинги чандиқли торайиш – 6 нафар (2,55%) ва стенозловчи рефлюкс-эзофагит – 6 нафар (2,55%).

Ошқозондан трансплантантни шакллантиришнинг такомиллаштирилган техник аспектларидан фойдаланишга боғлиқ ҳолда жинси, ёши, касалликнинг дастлабки патологияси характери ва ёндош касалликларнинг намоён бўлишига кўра 234 нафар бемор икки қиёсий гуруҳга ажратилди ($p<0,05$).

Назорат гуруҳини 1991–2000 йилларда ошқозон ва қизилўнгач хирургияси бўлимида даволанган 79 нафар бемор, асосий гуруҳни 2001–2015 йилларда операция қилинган 155 нафар бемор ташкил этди. Ушбу гуруҳда

патент олинган ошқозондан трансплантантни шакллантирувчи янги оригинал усулдан, шунингдек, операциядан кейинги асоратларнинг такомиллаштирилган комплекс профилактикасидан фойдаланилди.

Диссертациянинг **«Қизилўнгач касалликлари билан оғриган беморларни даволашнинг клиник жиҳатлари ва дифференциация-лашган хирургик тактика»** деб номланган учинчи бобида қизилўнгач зарарли ҳамда зарарсиз ўсма касалликлари билан оғриган беморларни хирургик даволашга кўрсатманинг асосий жиҳатлари тақдим этилган. Беморларнинг қиёслаш гуруҳи ва қизилўнгач патологияси характерига кўра тақсимланиши 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Қизилўнгач патологияси характери ва гуруҳларга кўра тақсимланиш

Қизилўнгач патологияси характери	Назорат гуруҳи	Асосий гуруҳ	Жами
Қизилўнгач ўсмаси	75 97,4%)	129(82,2%)	204(87,2%)
Ахалазия кардия III–IV босқичи	3(1,3%)	15(10,8%)	18(7,7%)
Куйишдан кейинги чандиқли торайиш	–	6(3,8%)	6(2,6%)
Стенозловчи рефлюкс-эзофагит	1(1,3%)	5(3,2%)	6(2,6%)
Жами	79	155	234(100%)

Гастроэзофагопластика билан бир вақтда қизилўнгач экстирпацияси бажарилган зарарли патологияли беморларнинг бундай устунлиги бир нечта факторлар билан боғлиқ:

1. Стастистик маълумотларга кўра қизилўнгач ўсмалари реконструктив-тикловчи операцияларни ўтказишга муҳтожлиги билан барча қизилўнгач патологиялари орасида биринчи ўринда туради. Бинобарин, зарарсиз торайишларга қараганда қизилўнгач ўсмаси бўлган беморлар априорида кўп.

2. Замонавий миниинвазив (бужлаш, дилатация) ва эндоскопик (дилатация, эндоскопик бужлаш, диатермотуннелизация, стентлаш) технологиялар зарарсиз торайиши бўлган беморларни нафақат бевосита, балки ушбу категория беморларини инструменталь даволашнинг узоқ натижаларини сезиларли яхшилаш имконини берди. Бинобарин, қизилўнгачнинг зарарсиз торайишига шартланган дисфагияни хирургик тузатишга муҳтож беморлар сони сезиларли камайди.

3. Тадқиқот жараёнида олинган натижалар ва адабиётлар маълумотларига асосан шуни қатъий таъкидлаш мумкинки, қизилўнгач зарарсиз торайишлари орасида (қизилўнгачнинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши (ҚККЧТ), III–IV босқичлардаги ахалазия кардия, стенозловчи рефлюкс-эзофагит) жуда кўпчилик беморлар куйишдан кейинги чандиқли торайиш туфайли хирургик даволанишга муҳтож. Қизилўнгачда куйишдан кейинги чандиқли торайиши бўлган беморларда гастроэзофагопластика билан бир вақтда қизилўнгач экстирпациясини бажариш ўзига хос хусусиятга эга. Бу операциянинг ушбу варианти кўрсатмаларини чегаралашга тегишли

бўлиб, шунингдек, кўпинча ошқозондан трансплантатни шакллантиришнинг иложи йўқлиги билан ҳам боғлиқ.

Агар беморларда қизилўнгач ўсмаси бўлса, қизилўнгач экстирпациясига кўрсатма ҳеч қандай гумонга асос бўлмайди, аммо зарарсиз ўсмалар торайишига нисбатан бундай ёндашувга рухсат этилмайди. Зарарсиз торайиши бўлган беморларда гастроэзофагопластика билан бир вақтда қизилўнгач экстирпациясига кўрсатмалар жамланмаси 2-жадвалда берилган. Жуда кўпчилик ҳолатларда зарарсиз ўсмалар торайиши бўлган беморларни хирургик даволашга бўлган кўрсатмалар самарасиз якунланган ёки дилатация ва бужирлаш каби каминвазив аралашувларни олиб бориш имкони бўлмаган.

2-жадвал

Қизилўнгач зарарсиз торайишларини хирургик даволашга кўрсатма

Хирургик даволашга кўрсатмалар	Қизилўнгач патологияси			Жами
	Ахалазия	ҚККЧТ	СРЭ	
Кардиодилатациянинг самарасизлиги	6	–	–	6 (20%)
Кардиодилатациянинг имконсизлиги	12	–	–	12 (40%)
Бужлашнинг имконсизлиги	–	2	–	2 (6,7%)
Бужлашнинг самарасизлиги	–	–	2	2 (6,7%)
Бужлашдан кейинги тез-тез рецидив	–	1	3	4 (13,3%)
Чандиқли торайиш малигнизацияси	–	3	–	3 (10%)
Баррет қизилўнгачи	–	–	1	1 (3,3%)
Жами	18	6	6	30 (100%)

Ушбу бобда қизилўнгач зарарли ва зарарсиз ўсма касалликларига хирургик аралашувларнинг қуйидаги алоҳида жиҳатлари атрофлича ёритилган: қизилўнгачнинг мураккаб топографик-анатомик жойлашуви; қизилўнгач патологияси бўлган беморларнинг дастлабки оғир аҳволи; анестезиологик қўлланманинг мураккаблиги; хирургик ёндашувларнинг турли-туманлиги; қизилўнгачда реконструктив-тикловчи операциялар ўтказилишининг мураккаблиги; интра- ва операциядан кейинги асоратлар хатари ҳамда қизилўнгачда реконструктив-тикловчи операциялардан кейин ўлим ҳолати учрашининг юқорилиги.

Диссертациянинг **«Қизилўнгачда реконструктив-тикловчи операциялардан кейинги асоратлар характери ва уларни профилактикалаш йўллари»** деб номланган тўртинчи бобида қизилўнгач хирургиясидаги асоратлар ёритилган. Бугунги кунга қадар операциядан кейинги асоратларнинг умумқабул қилинган таснифи йўқ, берилган таснифларнинг кўпчилиги уларнинг турли-туманлигини яққол кўрсатади. Бироқ улар қизилўнгач операциясидан сўнг юзага чиқувчи барча хавф

гуруҳларини акс эттирмайди. Ушбу тадқиқот жараёнида шунга амин бўлиндики, қуйидаги барча операциядан кейинги асоратларни бир нечта гуруҳларга бирлаштириш ва тизимлаштириш, ишлаб чиқиш ҳамда уларнинг оптимал мажмуавий профилактикасини клиник амалиётга татбиқ этиш зарур: специфик, бронх-ўпка, йирингли-яллиғланишли, юрак-қон-томир, тромбо-эмболик, қон кетиши ва бошқа асоратлар.

Қуйидагилар ушбу гуруҳ асоратларининг асосий ривожлантируччи факторлари ҳисобланади: беморнинг дастлабки оғир аҳволи, ёндош патологияларнинг клиник муҳим юқори частотаси, клиник аралашувларнинг давомлилиги ва жароҳатлилиги, шунингдек, операциядан кейинги даврда оғриқ синдромининг ифодаланиши.

Юқорида баён этилганларга биноан тадқиқот жараёнида қизилўнгачда реконструктив-тикловчи операциялар натижаларини яхшилашга қаратилган асосий гуруҳда барча босқич беморларини даволашга йўналтирилган операциядан олдинги комплекс даволаш-профилактика чоралари ишлаб чиқилди, амалиётга татбиқ этилди ҳамда электрон-ҳисоблаш машиналари учун дастурлар – DGU 03653 «Қизилўнгачда реконструктив-тикловчи операцияларда профилактика ва даволаш тактикасини танлаш дастури» расмий рўйхатдан ўтказилганлиги ҳақида гувоҳнома олинди (2016 йил 11 апрель). Ушбу комплекс қуйидаги бандлардан ташкил топган:

I. Операция олди тайёргарликларни оптималлаштириш. Таклиф этилаётган комплексга биноан бронх-ўпка асоратлари профилактикасида (нейбулазер терапия, нафас машқи); йирингли-септик профилактика (антибактериал терапия); тромбо-эмболик асоратлар профилактикаси (операциядан 12 соат олдин кам молекулярли гепарин, пастки қисмларни эластик компрессия қилиш); сувли-электролитли, гиповолемия, гипопротеинэмия бузилишларини тузатиш; аниқланган ёндош патологияларни тузатишларни қамраб олади.

II. Анестезиологик қўлланмани оптималлаштириш: комбинирланган, умумий ва узайтирилган эпидураль аналгезия беморнинг эрта экстубациясига таъсир кўрсатувчи наркотик препаратлар ва миорелаксантлардан фойдаланишни камайтириш имконини беради; интраоперацион небулайзер терапия (бронх-ўпка асоратлари профилактикаси); торакал киришда ўпкаларни алоҳида интубация қилиш қизилўнгач мобилизациясида ортиқча жароҳатланишдан қочиш имконини беради; ёндош патологияларни интраоперацион тузатиш гемодинамика, нитратларни жорий қилиш, операция олди даврда ташхислаш ва тузатиш бошланган босқичда ташхисланган ёндош патологияга боғлиқ ҳолда нейбулазер терапияни ўтказиш кўрсаткичларини стабиллаштиришга йўналтирилган.

III. Хирургик қўлланмани оптималлаштириш қуйидаги специфик асоратларни камайтиришга йўналтирилган: хирургик мос йўлни танлаш; пластика учун мос материал танлаш; қизилўнгач анастомозининг шаклланиш даражасини аниқлаш.

IV. Операциядан кейинги олиб боришни оптималлаштириш операциядан олдинги даврда бошланган барча гуруҳ асоратлари профилактикаси, кўрилган чоралар давомини қамраб олади.

Диссертациянинг «**Гастротрансплантатни шакллантириш усулларини такомиллаштириш**» деб номланган бешинчи бобида тотал эзофагопластика учун ошқозон катта эгрилигидан гастротрансплантатни шакллантиришнинг оригинал усуллари техникаси хусусиятлари ёритилган.

Ошқозон ва қизилўнгач хирургияси бўлимида айрим маҳаллий усуллар етишмаслиги таҳлилига асосан тадқиқот жараёнида янги оригинал усул таклиф этилди ва ушбу ихтиро учун «Қизилўнгач пластикасида ошқозондан трансплантатни шакллантириш усуллари» ЎзР 2711-сон 19.06.1995 йилдан патент олинди. Ушбу усул ғояси учун қуйидаги кузатишлар хизмат қилди: трансплантантни шакллантириш жараёнида кичик эгрилик тугунли чок билан икки қаторли қилиб тикилганда анча қўпол ички милк ҳосил бўлади. Бу эса яратилган ошқозон найчаси қон билан яхши таъминланишига қарамасдан етарлича узунликка эга бўлмаслигига олиб келади. Ушбу ихтиронинг бошқалардан фарқловчи асосий жиҳати шундаки, дастлаб сероз ва мускул девори кесилади, шиллиқ ва шиллиқости қатламга УКЛ–60 аппарат чоки қўйилади, шундан кейин кўрсатилган қатламлар скальпелда ёрилади. Натижада ошқозон қатламлари прецизион тикилганда қўпол деформацияланган милк ҳосил бўлиши кузатилмайди ва ошқозон шиллиқ қавати чўзилиши ҳисобига шакллантирилаётган трансплантат проксимал қисми қон билан таъминланиши ёмонлашмаган ҳолда 6–7 см га чўзилади. Бироқ ошқозоннинг барча бўлимларидан фойдаланиш трансплантатни резервуарлик хусусиятидан мосуво қилади, шунингдек, барибир специфик асоратлар учрашининг юқори тезлиги, тажрибалар йиғиндисида уларнинг ҳисоби сезиларли камайса-да, етарлича сақланиб қолади.

Кўрсатилган етишмовчиликларни истисно этиш учун ушбу тадқиқот жараёнида гастротрансплантатни шакллантиришнинг янги усули ишлаб чиқилди, клиник амалиётга татбиқ этилди ҳамда ушбу ихтирога Ўзбекистон Республикаси IAP 03872-сон «Эзофагопластикада гастротрансплантатни шакллантиришнинг усули» (З.М.Низамходжаев, Р.Е.Лигай ҳаммуаллифликда) патент олинди.

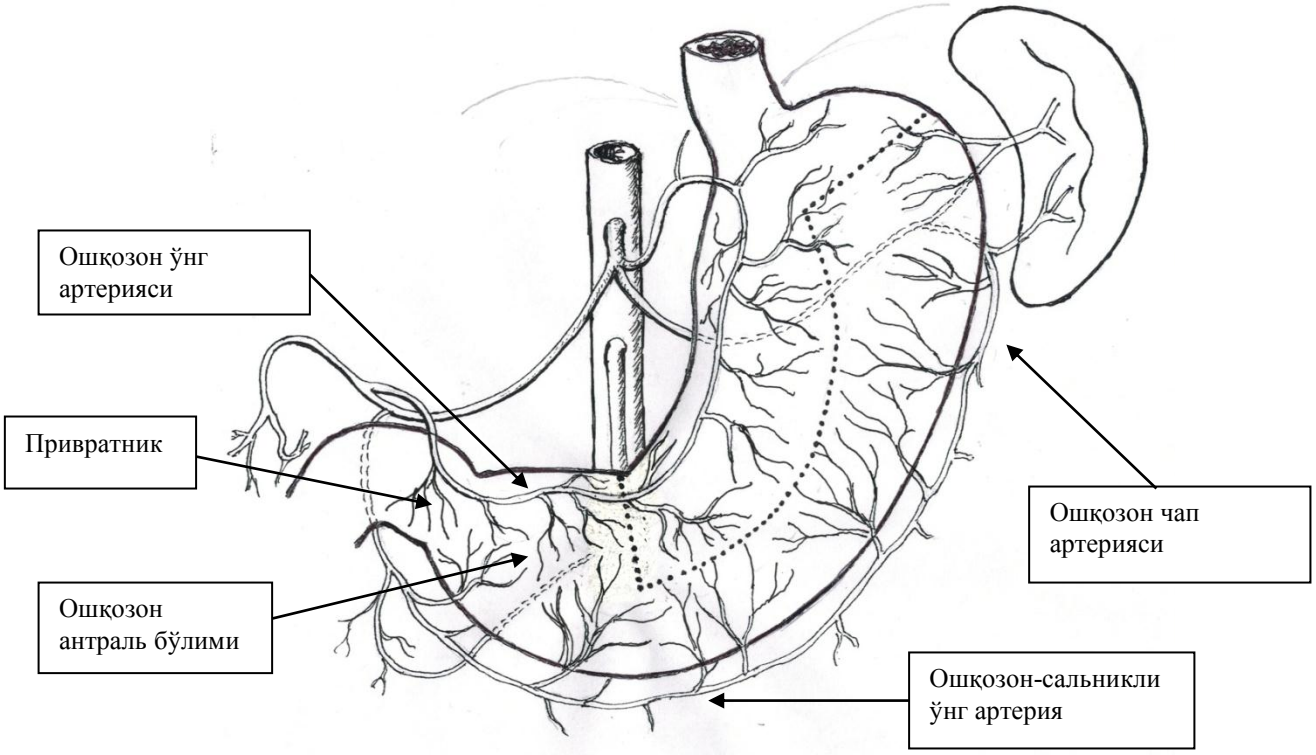
Трансплантатни шакллантириш босқичлари кўпинча олдин тақдим этилган прецизион усуллардан деярли фарқ қилмайди, бироқ айрим ўзига хос фарқларга эга:

1. Қўшимча равишда ошқозон ўнг артерия асосий стволи сақлаб қолинади, бу эса гастротрансплантат васкуляризациясини аҳамиятли яхшилаш имконини беради.

2. Ошқозон найчасининг бошқа қисмлари (2–3см) билан солиштирилганда гастротрансплантатнинг проксимал қисми 4 см энлиликда шаклланади.

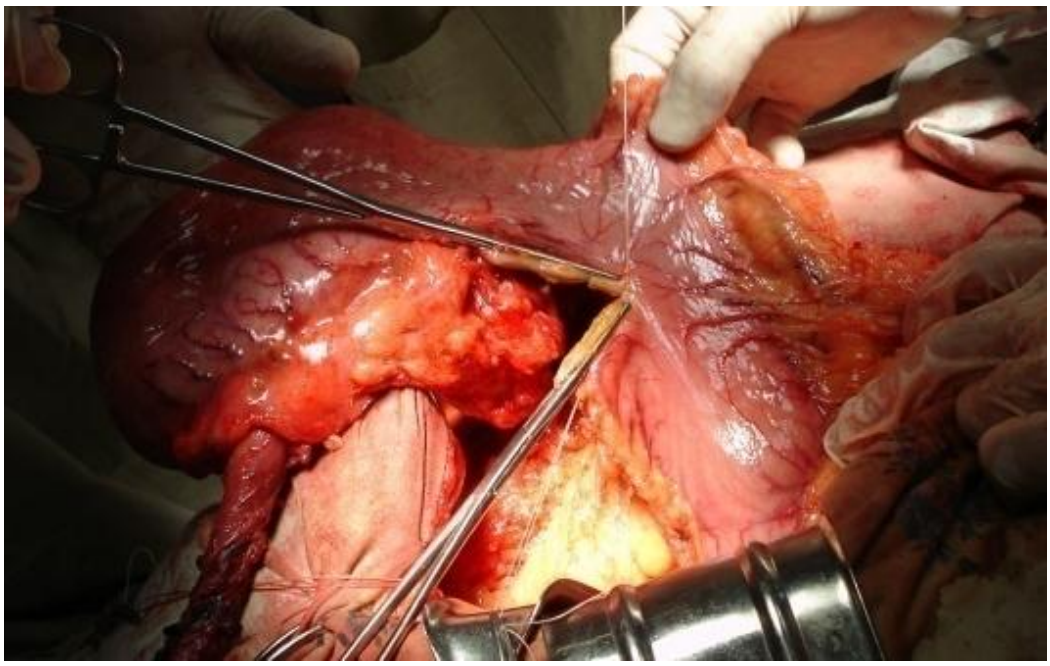
3. Ошқозон кичик эгрилигини ёриш резервуар ролини бажарувчи ошқозон антраль қисмининг анатомик бутунлиги сақланган ҳолда привратникдан 7 см баландликда бошланади.

Қуйида берилган ошқозон мобилизацияси схемаси ва трансплантатни шакллантириш жараёни кўрсатилган 1-расмдан ҳам кўриш мумкинки, қон билан таъминланиш иккита артерия орқали амалга оширилади: ошқозон-сальникли ўнг ва ўнг ошқозон, бу ижобий маънода трансплантат васкуляризациясида кўринади. Бундан ташқари резервуар ролини бажарувчи ошқозон антраль қисмининг анатомик бутунлиги сақланади. Шундай қилиб, ошқозон катта эгрилигидан резервуар-эвакуаторлик функцияси ва адекват қон билан таъминланиши сақланган ҳолда изоперистальтик найчанинг керакли узунлиги шакллантирилади. Таклиф этилган ошқозон катта эгрилигидан сунъий қизилўнгачни шакллантириш усули 2–4-расмларда кўрсатилган.

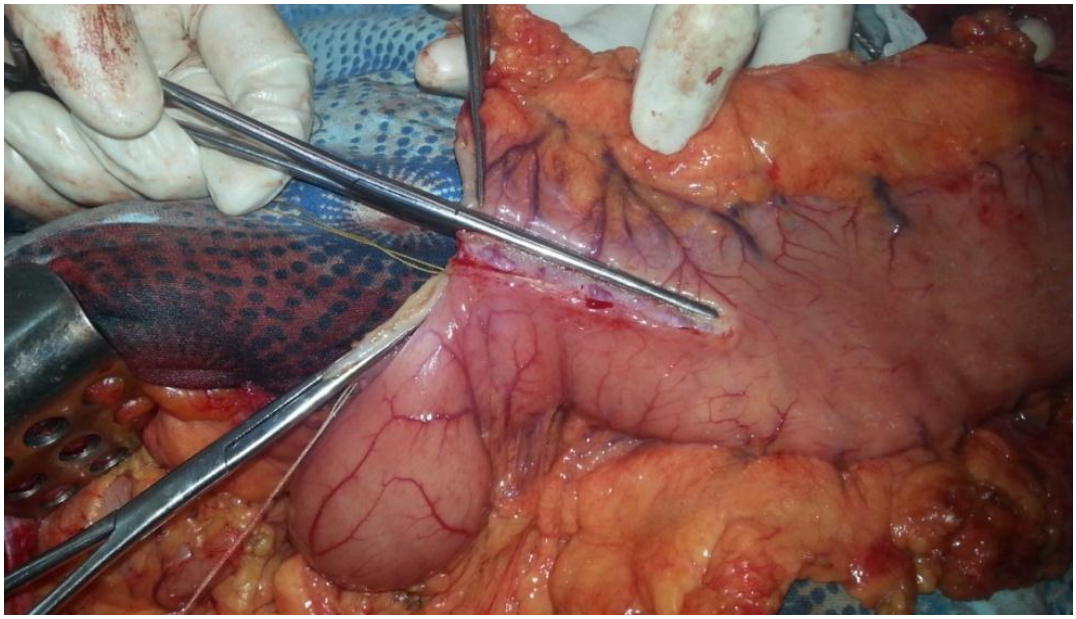


1-расм. Трансплантатни шакллантиришда ошқозон мобилизацияси схемаси.

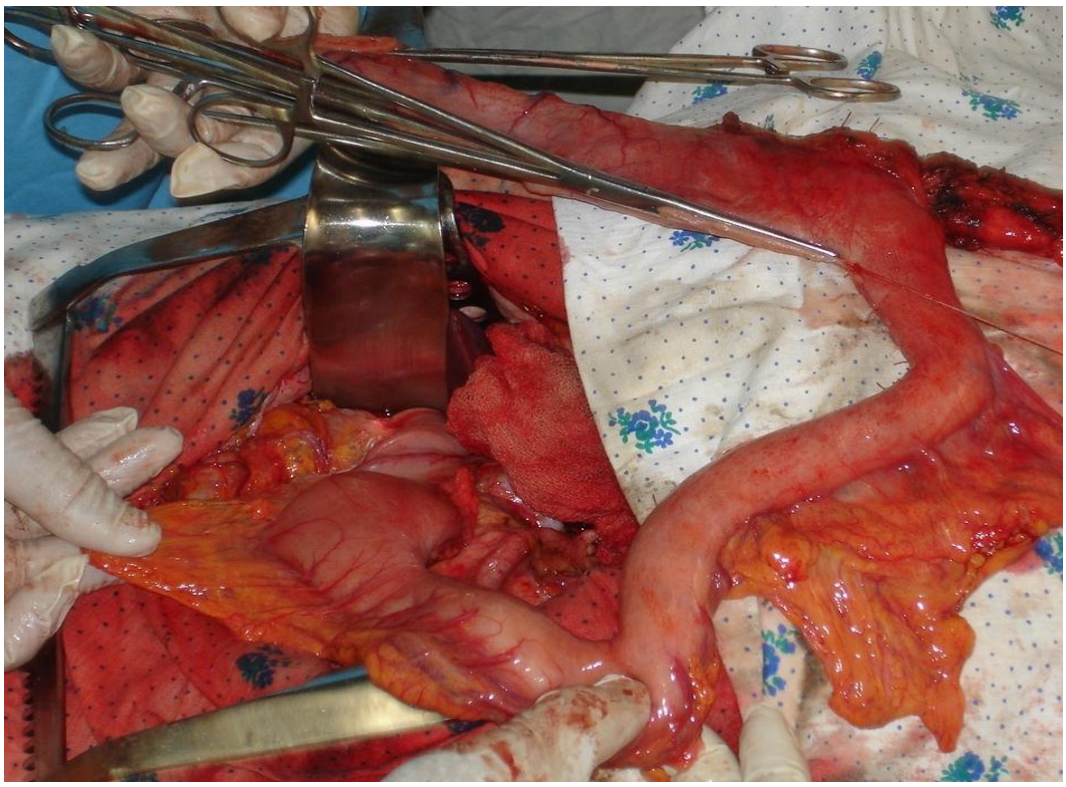
Ошқозоннинг одатдаги резервуарлик функциясини сақлаб қолишга уриниш гастротрансплантатни шакллантиришнинг янги усулини яратиш мақсадларидан бири бўлди. Трансплантатнинг мотор-эвакуаторлик функцияси рентгенологик и радиоизотоп текширишлар ёрдамида тадқиқ этилди (5-расм). Бунда трансплантатнинг дисталь қисмида контрастнинг ушланиш даражаси, шунингдек, привратник орқали барий эвакуацияси характери намоён бўлди. Тадқиқот жараёнида кашф этилган усул орқали трансплантат шакллантирилган барча беморларда 30–45 минут давомида эвакуациянинг порцияли-ритмик тури аниқланди, бир соатгача бўлган муддатда кўпинча контрастлашиш кузатилди, ошқозоннинг антраль бўлими ҳисобланувчи ошқозон найчаси дистал қисмининг бирмунча кенгайган қисми белгиланди.



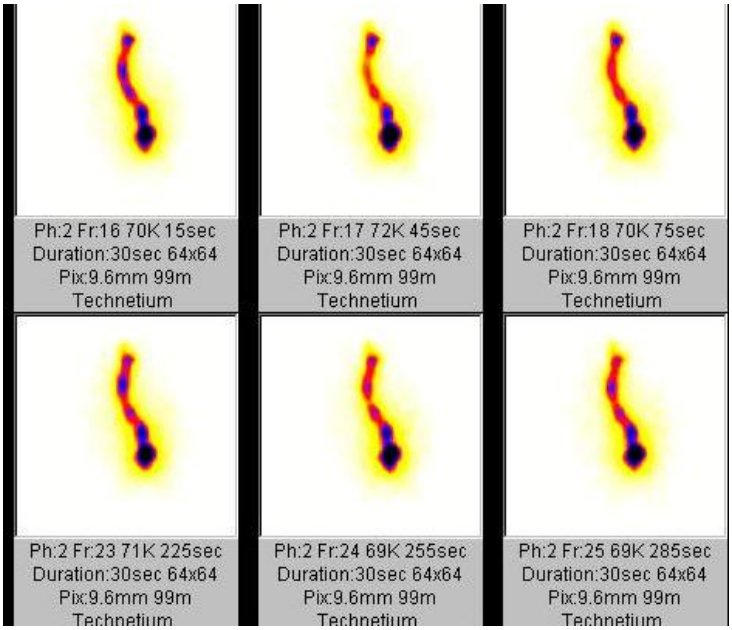
2-расм. Ошқозон-сальникли ўнг ва ошқозон ўнг артерияси сақланган ҳолда ошқозон мобилизацияси ўтказилади. Иккита қисқич орасидаги ошқозон кичик эгрилиги привратникдан 6–7 см баландликда катта эгриликка перпендикуляр йўналтириб ёрилади (ошқозон антраль қисмининг анатомик бутунлиги сақланади).



3-расм. Катта эгриликка параллел қўйилган қисқич остида катта эгрилик томонга ажратилувчи сероз-мушак қатлами ёрилади ва аппарат (УКЛ–60) учун «майдонча» яратилади, шу билан бирга ошқозоннинг шиллиқ ва шиллиқости қатлами тикилади.



4-расм. Кейин шакллантирилаётган ошқозон найчаси чўзилади ва перитонизацияловчи сероз-мушак чоклари қўйилади. Шу тахлит гастрорансплантатнинг чўзилишига эришилади. Гастрорансплантатни шакллантириш ошқозон ичига йўналтирилган ҳолда давом этади, лекин сунъий қизилўнгач учи яқинида сўнгги кенглик 1–2 см кенгроқ қилинади.



5-расм. Гастротрансплантатнинг рентгенологик ва радиоизотоп харитаси.

Диссертациянинг «**Қизилўнгач касалликларини хирургик даволаш натижаларининг қиёсий характеристикаси**» деб номланган олтинчи бобида интра- ва операциядан кейинги асоратлар, шунингдек, тадқиқотнинг қиёсланилаётган гуруҳларида қизилўнгач дастлабки патологияси характерига боғлиқ ҳолда ўлим ҳолати сабабларининг қиёсий таҳлили келтирилган.

Қизилўнгач экстирпацияси жараёнида 234 нафар бемордан 60 нафарида интраоперацион асоратлар аниқланди ва бу ҳолат 25,6% ни ташкил этди. Шу билан бирга қизилўнгач ўсмаси бўлган 204 нафар бемордан 51 нафарида (25%), зарарсиз торайишлари бўлган 30 нафар бемордан 9 нафарида (30%) ривожланди. Бироқ интраоперацион асоратлар учрашини қиёсий баҳолаш натижалари қизилўнгач зарарли ва зарарсиз патологиялари орасида ишончли фарқ йўқлигини кўрсатди (χ^2=1,041; p=0,3095).

Тадқиқот жараёнида гастроэзофагопластика билан бир вақтда қизилўнгач экстирпацияси интраоперацион асоратлар характери қуйидагича таҳлил қилинди: қораталоқ шикастланиши 10 нафар (15,8%), умуртқа ва кўкрак орасидан қон кетиши 6 нафар (2,6%), медиастиналь плевра шикастланиши 37 нафар (15,8%), трахея ва бронхнинг шикастланиши 1 нафар (0,4%), кўкрак лимфа йўли шикастланиши 2 нафар (0,8%) ва ёшга боғлиқ асабларнинг шикастланиши 4 нафар (1,7%) беморда ривожланиши кузатилди.

Интраоперацион асоратларни қиёсий баҳолаш асосий гуруҳда улар сони 35,4% дан (назорат гуруҳи) 20,6% га ишончли (χ^2=8,625, p=0,003317) камайганлигини кўрсатди.

Диаграммада (6-расм) беморларда операциядан кейинги энг кўп учровчи асоратлар ичида бронх-ўпка асоратлари олдинги ўринда (109 нафар, 46,6%) туриши, сўнг специфик (52 нафар, 22,2%), йирингли-яллиғланишли (43 нафар, 18,4%), юрак-қон-томир (24 нафар, 10,3%), бошқа асоратлар (14 нафар, 5,9%), тромбо-эмболик (13 нафар, 5,6%), қон кетиши (7 нафар, 2,9%) каби асоратлар кузатилиши келтирилган.

6-расм. Гасстропластика билан қизилўнгач экстирпация қилингандан кейинги асоратлар учраши тезлигини қиёсий баҳолаш.

Қизилўнгач дастлабки патологиясига боғлиқ ҳолда операциядан кейинги асоратлар характери ўрганилганда (3-жадвал) уларнинг нозологиядан ривожланиш фарқини аниқ кўрсатди. Бунда қизилўнгач ўсмаси бўлган беморларда операциядан кейинги асоратлар учраши кўпроқ кузатилди.

3-жадвал

Операциядан кейинги асоратлар таркиби таҳлили

Операциядан кейинги асоратлар характери	Қизилўнгач ўсмаси (n=204)	Ахалазия (n=18)	ҚККЧТ (n=6)	СРЭ (n=6)	Жами (n=234)
Специфик	48(23,5%)	2(11,1%)	–	2(33,3%)	52(22,2%)
Бронх-ўпка	101(49,5%)	4(22,2%)	2(33,3%)	2(33,3%)	109(46,6%)
Йирингли-яллиғланишли	41(20,1%)	1(5,6%)	–	1(16,7%)	43(18,4%)
Тромбо-эмболик	13(6,4%)	–	–	–	13(5,6%)
Юрак-қон-томир	24(11,8%)	–	–	–	24(10,3%)
Қон кетиши	7(3,4%)	–	–	–	7(3%)
Бошқа асоратлар	14(6,9%)	–	–	–	14(5,9%)

Қиёсланилаётган гуруҳлардаги операциядан кейинги асоратлар характери таҳлили ўтказилди (4-жадвал).

4-жадвал

Операциядан кейинги асоратлар характерининг қиёсий таҳлили

Операциядан кейинги асоратлар характери	Назорат гуруҳи (n=79)	Асосий гуруҳ (n=155)	Ишончлилиги
Специфик асоратлар	34(43%)	18(11,6%)	p<0,001
Бронх-ўпка асоратлари	54(68,3%)	55(35,5%)	p=0,001
Йирингли-яллиғланишли асоратлар	31(39,2%)	12(7,7%)	p<0,001
Тромбо-эмболик асоратлар	6(7,6%)	7(4,5%)	p=0,330
Юрак-қон-томир асоратлари	14(17,7%)	10(6,5%)	p=0,007
Қон кетиши	5(6,3%)	2(1,3%)	p=0,032
Бошқа асоратлар	7(8,9%)	7(4,5%)	p=0,185

Статистик таҳлилга кўра назорат гуруҳида бронх-ўпка асоратлари 68,3% ривожланган бўлса, асосий гуруҳда бу кўрсаткич ишончли 35,5% (χ^2=22,72; p=0,001)га, специфик асоратлар ишончли 43% дан 11,6% (χ^2=29,9; p<0,001)гача, йирингли-яллиғланишли асоратлар ишончли 39,2% дан 7,7% (χ^2=34,61; p<0,001)гача, юрак-қон-томир асоратлари ишончли 17,7% дан 6,5% (χ^2=7,221; p=0,007)гача камайди.

Специфик асоратлар сирасига кирувчи эзофагогастроанастомоз (ЭГА) чокларининг етишмовчилиги, гастротрансплантат (ГТ)нинг тотал ва уч қисми некрози, шунингдек, гастротрансплантат чоклари етишмовчилиги, айниқса, хавфли ҳисобланади (5-жадвал).

5-жадвал

Операциядан кейинги специфик асоратларнинг таркибий таҳлили

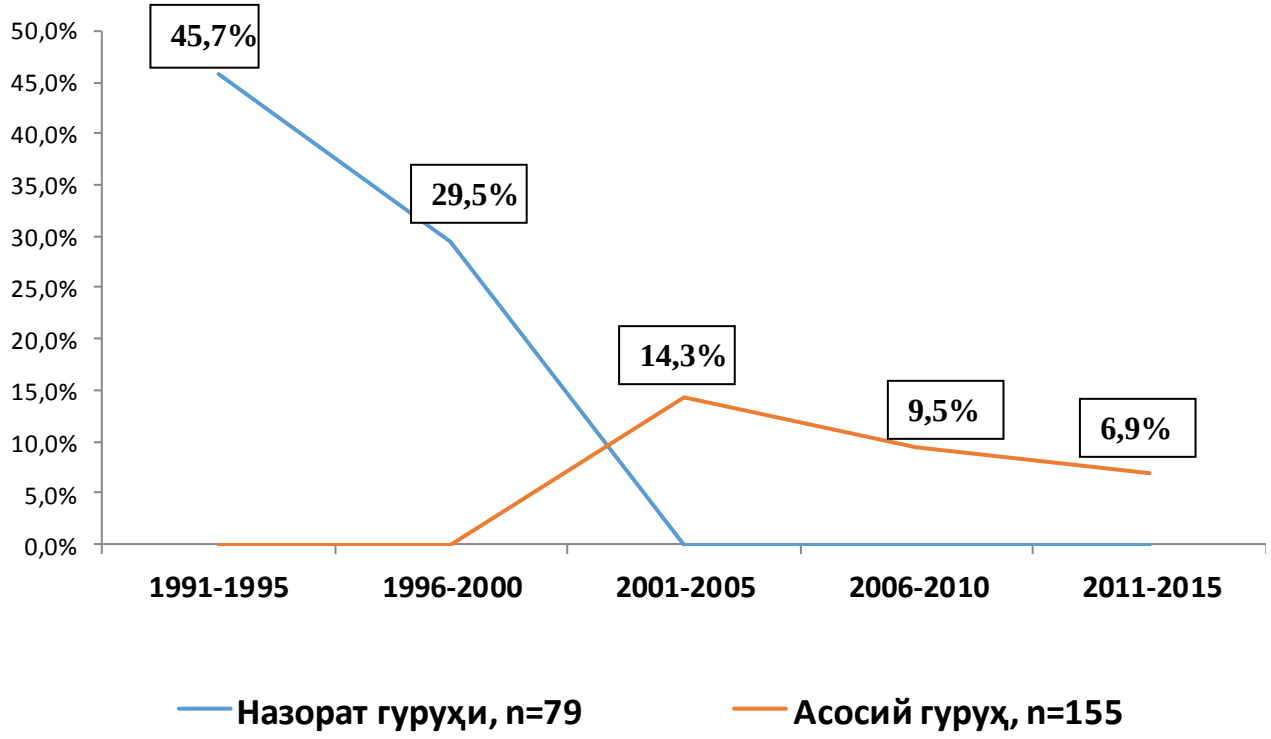
Специфик асоратлар характери	Қизилўнгач ўсмаси (n=204)		Ахалазия (n=18)		ҚККЧТ (n=6)		СРЭ (n=6)		Жами (n=234)	
	НГ n=75	АГ n=129	НГ n=3	АГ n=15	НГ n=0	АГ n=6	НГ n=1	АГ n=5	НГ n=79	АГ n=155
ЭГА етишмовчилиги	27 36%	14 10,8%	1 33,3%	1 6,7%	0	0	1 100%	1 20%	29 36,7%	16 10,3%
ГТ некрози	1 1,3%	–	–	–	–	–	–	–	1 1,3%	–
ГТнинг якуний некрози	2 2,6%	1 0,8%	–	–	–	–	–	–	2 2,5%	1 0,6%
ГТ чоклари етишмовчилиги	2 2,6%	1 0,8%	–	–	–	–	–	–	2 2,5%	1 0,6%
Жами	32 42,7%	16 12,4%	1 33,3%	1 6,7%	–	–	1 100%	1 20%	34 43%	18 11,6%

Назорат гуруҳида (НГ) ЭГА етишмовчилиги 29 нафар (36,7%) беморда кузатилди. Гастротрансплантатни шакллантиришнинг такомиллаштирилган усули татбиқ этилганлиги туфайли асосий гуруҳда (АГ) ишончли 10,3% гача (χ^2=23,46; p=0,001) муваффақиятсизликка учраш частотаси камайтирилди. Назорат гуруҳида гастротрансплантатнинг тотал некрози 1 нафар (1,3%) беморда кузатилди, асосий гуруҳда эса ушбу асорат бирорта ҳам кузатилмади. Гастротрансплантатнинг уч қисми некрози назорат гуруҳида 2 нафар (2,5%) беморда кузатилди, асосий гуруҳда эса ушбу асорат учраши 0,6% гача камайди. Трансплантат некрози ва унинг чоклари етишмовчилиги асоратлари бўйича бу каби кам сонли ишончли статистик маълумотларни олишнинг иложи бўлмади. Бироқ такомиллаштирилган ушбу усул туфайли энг қўрқинчли асорат – трансплантат некрози асоратлари натижалари яхшиланганлигини ҳам инкор этиб бўлмайди.

Барча специфик асоратларни умумлаштирган ҳолда қуйидаги маълумотлар олинди: назорат гуруҳида специфик асоратлар 34 нафар (43%) беморда учради, асосий гуруҳда эса гастротрансплантатни шакллантиришнинг такомиллаштирилган янги оригинал усули татбиқ этилганлиги туфайли ушбу асорат учрашини 11,6% гача ишончли (χ^2=29,9; p<0,001) тўрт баробар камайтиришга эришилди.

Қизилўнгач анастомози етишмовчилиги специфик асоратлар орасида етакчилик қилиши сабабли ушбу тадқиқот жараёнида муваффақиятсиз якун топган анастомоз учрашининг камайиш динамикаси йиллар бўйича

гастротрансплантатни шакллантириш усулига кўра ўрганиб чиқилди (7-расм).



7-расм. 1991–2015 йилларда муваффақиятсиз якун топган қизилўнгач анастомозининг камайиш тезлиги динамикаси.

Муваффақиятсизликнинг кўп қисми 1991–1995 йиллар оралиғида қизилўнгачда реконструктив операциялар татбиқ этилган дастлабки бошланғич босқичда, яъни 35 та операциядан 16 таси (45,7%) муваффақиятсизликка учраганлигида кузатилганлиги тақдим этилган диаграммадан аниқ кўриниб турибди. Кейинчалик қизилўнгач реконструктив хирургиясида тўпланган тажрибалар, ошқозондан гастротрансплантатни шакллантиришнинг янги усули татбиқ этилиши билан муваффақиятсизликка учраш тезлигини 29,5% гача камайтиришга эришилди (1996–2000). Динамикадан 2001–2005 йилларда муваффақиятсизликлар сони изчил камайиб борганлиги яққол кўринади: 14,3% гача (7 нафар бемор), 2006–2010 йилларда 9,5% гача (6 нафар бемор), 2011–2015 йилларда 6,9% гача (3 нафар бемор).

Муваффақиятсизликка учраш сони камайишининг ишончли статистик таҳлили қуйидагиларни аниқлаш имконини берди:

2001–2005 йилларда 1991–2000 йилларга солиштирилганда – χ^2=7,522; p=0,006;

2006–2010 йилларда 1991–2000 йилларга солиштирилганда – χ^2=13,95; p=0,0001;

2011–2015 йилларда 1991–2000 йилларга солиштирилганда – χ^2=12,72; p=0,0003.

Гастроэзофагопластика билан бир вақтда қизилўнгач экстирпацияси бажарилган 234 нафар бемордан 26 нафарида ўлим ҳолати кузатилди ва бу 11,1% ни ташкил этди. Шу билан бирга назорат гуруҳида ўлим ҳолати 17,7% ни кўрсатди (79 нафар бемордан 14 нафари). Асосий гуруҳда бу ишончли (χ^2=5,277; p=0,021) икки баробардан кўпроқ – 7,7% гача камайди (155 нафар бемордан 12 нафари).

Ўлим ҳолати таркибида асоратлар гуруҳининг қиёсий таҳлили 6-жадвалда келтирилган.

6-жадвал

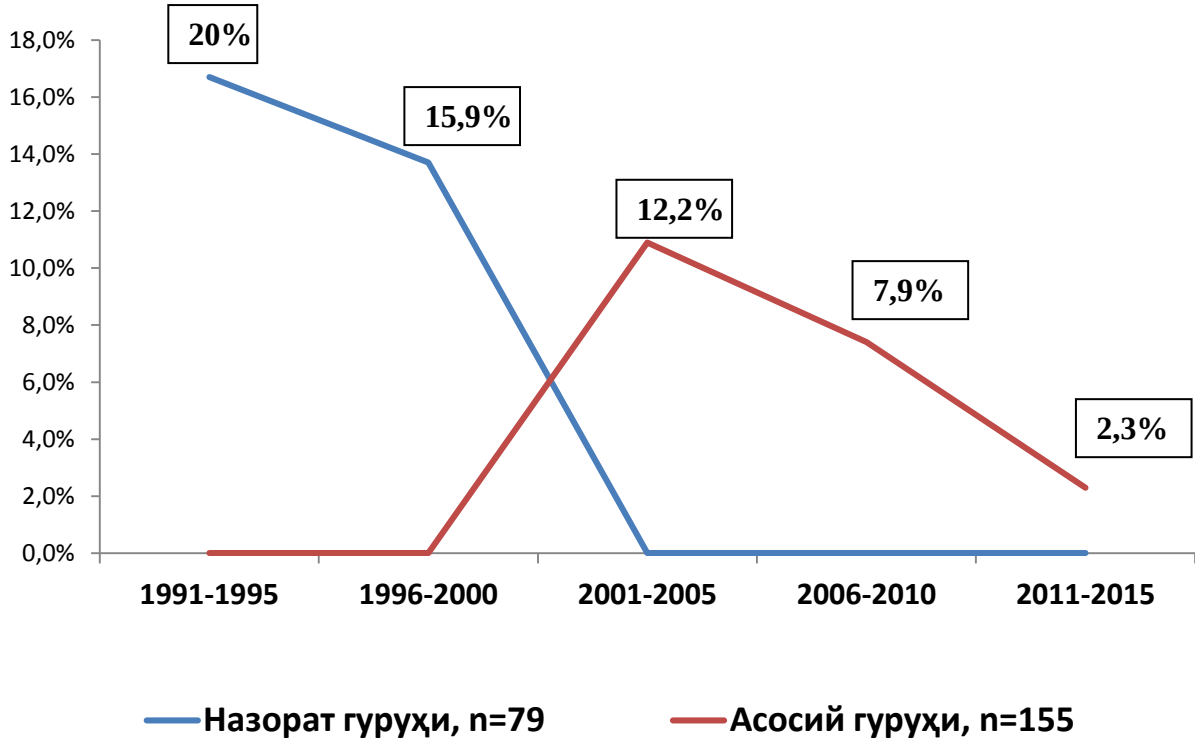
Ўлим ҳолати таркибида асоратлар гуруҳининг қиёсий таҳлили

Ўлим ҳолати сабаблари	НГ (n=79)	АГ(n=155)	Жами	Ишончлилиги
Трахея ва бронхнинг шикастланиши	1 (7,1%)	–	1 (3,8%)	–
Ўткир жигар етишмовчилиги	–	1 (8,3%)	1 (3,8%)	–
Специфик фондаги йирингли-яллиғланишли асоратлар	7 (50%)	4 (33,3%)	11 42,3%)	p=0,031
Юрак-қон-томир ва тромбоэмболик асоратлар	3 (21,4%)	6 (50%)	9 (34,6%)	p=0,98
Бронх-ўпка асоратлари	3 (21,4%)	1 (8,3%)	4 (15,4%)	p=0,078
Жами	14(7,7%)	12(7,7%)	26 11,1%)	p=0,021

Назорат гуруҳида специфик фонда ривожланган йирингли-яллиғланишли асоратлар 50% ҳолатда ўлимга сабаб бўлди. Асосий гуруҳда ўлим ҳолати таркибида кўрсатилган асоратлар ҳиссасини 50% дан 33,3% гача ишончли (p=0,031) камайтиришга эришилди. Назорат гуруҳида 21,4% ни ташкил қилувчи фатал якун топишнинг сабаби ҳисобланган бронх-ўпка асоратлари ўлим ҳолати таркибида алоҳида эътиборга лойиқ. Мажмуавий профилактик чораларнинг татбиқ этилиши ўлим ҳолати таркибида бронх-ўпка асоратларини 8,3% гача камайтириш имконини берди. Тадқиқот жараёнида 1991 йилдан бошлаб ўлим ҳолати камайиши динамикаси таҳлил этилди ҳамда кўргазмали диаграмма шаклида тақдим этилди (8-расм).

Ўлим ҳолати 1991–1995 йиллар оралиғида энг кўп кузатилди, яъни бажарилган 35 та операциядан 20% ида ўлим ҳолати учради. 1996–2000 йиллардаги навбатдаги босқичда ошқозондан гастротрансплантатни шакллантиришнинг янги усули татбиқ этилиши билан ўлим ҳолати 15,9% гача (44 нафар бемор) камайди. Кейинчалик ошқозондан гастротрансплантатни шакллантириш усуллари такомиллаштирилиши, шунингдек, бронх-ўпка асоратларини даволашнинг мажмуавий профилактик чоралари татбиқ этилиши ўлим ҳолатини 2001–2005 йилларда 12,2% гача (49 та операция), 2006–2010 йилларда 7,9% гача (63 та операция), 2010–2015 йилларда 2,3% гача (43 та операция) камайтириш имконини берди. Айтиш керакки, гастроэзофагопластика билан бир вақтда қизилўнгач экстирпацияси

бажарилганда ўлим ҳолати охирги марта 2012 йилда қайд этилди, сўнгги уч йил давомида ўлим ҳолати кузатилмади.



8-расм. Гастропластика билан қизилўнгач экстирпация қилингандан кейин ўлим ҳолати учрашининг камайиш динамикаси.

Статистик таҳлилларга кўра назорат гуруҳида бундай ўлим ҳолати камайиш динамикаси 1996–2000 йилларга қараганда 1991–1995 йилларда ишончсиз бўлган (χ^2=0,2237; p=0,636).

Ишончлиликнинг статистик таҳлилига кўра назорат ва асосий гуруҳларда ўлим ҳолати учраши камайиш динамикаси қуйидагиларни аниқлаш имконини берди:

ўлим ҳолатининг ишончсиз камайиши 1991–1995 йилларга қиёсланганда 2001–2005 йилларда – χ^2=0,688; p=0,406;

ўлим ҳолатининг ишончсиз камайиши 1991–1995 йилларга қиёсланганда 2006–2010 йилларда – χ^2=2,895; p=0,088;

ўлим ҳолатининг ишончсиз камайиши 1991–1995 йилларга қиёсланганда 2011–2015 йилларда – χ^2=6,121; p=0,013.

Ушбу илмий-текшириш тадқиқотига асосан тиббиёт фанининг замонавий босқичида гастроэзофагопластиканинг қуйидаги асосий принципларини шакллантириш мумкин:

1. Анатомик жиҳатлари, ангиоархитектоника, шунингдек, ошқозонда аввал ўтказилган хирургик аралашувлар характерини чуқур ўрганган ҳолда ошқозондан трансплантатни шакллантиришни адекват баҳолаш зарур.

2. Ўрнатилаётган гастротрансплантатнинг оптимал ҳаракатчанлигини таъминловчи ўн икки бармоқли ичакни Кохер бўйича, албатта, мобилизация қилиш керак.

3. Гастротрансплантатнинг қон билан таъминланишини яхшилаш учун икки озиқланувчи артерия – ўнг ошқозон ва ошқозон-сальникли ўнг артериялар сақлаб қолиниши шарт.

4. Гастротрансплантатнинг резервуарлик ва эвакуаторлик функцияларини таъминлаш учун ошқозон антраль бўлимини сақлаб қолиш зарур.

5. Ошқозоннинг кичик эгрилиги тикилаётганда прецизион техниканинг қўлланилиши трансплантат деформациясидан қочиш имконини беради, шунингдек, уни 6–7 см га узайтиради.

6. Гастротрансплантат яратилаётганда унинг проксимал қисми оптимал коллатераль девор ичи алоқаларни сақлаб қолиши учун 4 см дан кам бўлмаган энлиликда шакллантирилиши керак ва бу қизилўнгач анастомози бўлган қисмнинг қон билан таъминланишини яхшилайди.

7. Бўйинда қизилўнгач анастомозини шакллантириш бир вақтда бўлиши керак, бунда қизилўнгач қисмининг минимал мобилизацияси ва тикилаётган аъзоларнинг адекват солиштирмаси зарур.

Бироқ фақат қизилўнгач экстирпацияси техникасини такомиллаштириш билан яхши натижаларга эришиб бўлмайди. Бемор стационарда бўлган пайтда барча босқичларга йўналтирилган комплекс ёндашув зарур. Оптимал натижаларга эришиш учун қуйидаги қоидаларга амал қилиш керак:

1. Операциягача бўлган босқичда барча замонавий усулларни қўллаган ҳолда беморларни мажмуавий текшириш.

2. Бронх-ўпка, юрак-қон-томир, тромбо-эмболик, йирингли-септик профилактика қилиш мақсадида адекват операция олди тайёргарлик кўриш.

3. Аниқланган ёндош соматик патологиялар ва сувли-электролитли, оқсил алмашинувидаги бузилишлар тузатилиши керак.

4. Операцияга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни тўғри аниқлаш.

5. Анезтезиологик қўлланмага адекватлик (узоқ перидураль аналгезия билан комбинирланган тотал вена ичи анестезияси).

6. Хирургик йўлнинг адекват танланиши.

7. Қизилўнгачда хирургик аралашув ҳажмини тўғри аниқлаш.

8. Анастомоз ва трансплантатни шакллантириш усулининг адекват танлови.

9. Операциядан кейинги босқичда барча гуруҳ асоратларига йўналтирилган профилактикани комплекс олиб бориш.

ХУЛОСА

1. Қизилўнгач экстирпацияси 59,4% гача етувчи турли операциядан кейинги асоратларнинг юқори даражада учраши билан характерланади ҳамда ушбу асоратларнинг сабаби бўлиб қуйидагилар ҳисобланади: клиник аҳамиятли ёндош патологияларнинг юқори даражада учраши, хирургик аралашувларнинг давомлилиги ва жароҳатлилиги, шунингдек, оғриқ синдромининг операциядан кейинги босқичда намоён бўлиши.

2. Операциядан кейинги асоратларнинг таклиф этилган тизими қизилўнгач касаллиги билан оғриган беморларни хирургик даволашнинг

барча босқичларида профилактика қилишга йўналтирилган оптимал комплекс чоралар ишлаб чиқиш имконини берди.

3. Нозологияга боғлиқ ҳолда операциядан кейинги асоратлар таҳлил қилинганда, кўпинча улар қизилўнгач ўсмаси бўлган беморларда ривожланиши аниқланди. Қизилўнгач экстирпациясидан кейинги асоратлар таркибини ўрганиш бронх-ўпка асоратлари 46,6%, специфик асоратлар 22,2%, йирингли-яллиғланишли 18,4%, юрак-қон-томир 10,3%, тромбо-эмболик 5,6%, қон кетиши 2,9% ва бошқа асоратлар 5,9% ни ташкил этишини кўрсатди.

4. Гастротрансплантатни шакллантиришнинг ишлаб чиқилган янги усули ошқозон катта эгрилигидан қон билан адекват таъминланган, резервуар-эвакуаторлик функцияси сақланган ҳолда ва бўшлиқдан ташқарида бўйин анастомозларини яратиш учун етарли узунликка эга изоперистальтик найчани яратиш имконини беради.

5. Ишлаб чиқилган гастротрансплантатни шакллантиришнинг янги усули клиник амалиётга татбиқ этилиши назорат гуруҳида 43% бўлган специфик асоратларни ишончли (χ^2=29,9; p<0,001) асосий гуруҳда 11,6% га, шунингдек, йирингли-яллиғланишли асоратларни мос равишда 39,2% дан 7,7% гача ишончли (χ^2=34,61; p<0,001) камайтириш имконини берди.

6. Оригинал усул асосида шакллантирилган гастротрансплантатни радиоизотоп ва рентгенологик текшириш натижаларига кўра барча текширилган беморлар ошқозон найчаси дистал қисмида адекват резервуар-эвакуаторлик функциясидан гувоҳлик берувчи порцияли-ритмик ва барий ҳамда радиофармпрепарат эвакуациясининг секинлашган тури кузатилди.

7. Операция олди тайёргарликлари, анестезиологик ва хирургик қўлланмалар, қизилўнгач касалликлари билан оғриган беморларни операциядан кейин олиб бориш йўлларини оптималлаштиришга йўналтирилган мажмуавий даволаш-профилактика чораларининг ишлаб чиқилиши ва амалиётга татбиқ этилиши назорат гуруҳида 17,7% ни ташкил қилувчи ўлим ҳолатини асосий гуруҳда 7,7% гача ишончли (χ^2=5,277; p=0,021) камайтириш имконини берди.

8. Эзофагогастропластика билан бир вақтда қизилўнгач экстирпацияси амалга оширилгандан кейинги ўлим ҳолати умумий таркиби сабаблари ўрганилганда 42,3% ҳолатда йирингли-яллиғланишли асоратлар фатал натижаларга олиб келиши, 34,6% ҳолатни юрак-қон-томир ва тромбоэмболик асоратлар ташкил этиши, бронх-ўпка асоратлари – 15,4%, ўткир жигар етишмовчилиги – 3,8%, трахея ва бронхнинг интраоперацион шикастланишлари – 3,8% эканлиги маълум бўлди.

9. Гастротрансплантатни шакллантиришнинг янги усули клиник амалиётга татбиқ этилиши натижасида назорат гуруҳида 50% гача ўлим ҳолатига сабаб бўлган йирингли-яллиғланишли асоратлар ҳиссасини асосий гуруҳда 33,3% гача ишончли (χ^2=4,607; p=0,031) камайтиришга эришилди.

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

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА

ЛИГАЙ РУСЛАН ЕФИМОВИЧ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКИ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА

14.00.27 – Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ ДОКТОРСКОЙ (DSc) ДИССЕРТАЦИИ ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ

ТАШКЕНТ – 2017

Тема докторской диссертации (DSc) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № B2017.1.Dsc/Tib105

Докторская диссертация выполнена в Республиканском специализированном центре хирургии имени академика В.Вахидова.

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

Научный консультант	**Низамходжаев Зайниддин Махаматович** доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	**Черноусов Александр Федорович** доктор медицинских наук, профессор
	Джураев Мирджалол Дехканович доктор медицинских наук, профессор
	Хакимов Мурод Шовкатович доктор медицинских наук, профессор
Ведущая организация:	**Федеральное Государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н.Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия**

Защита состоится 29 сентября 2017 года в 14^{00} часов на заседании Научного Совета DSc.27.06.2017.Tib.49.01 при Республиканском специализированном 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 центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за № 16). Адрес: 100115, г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан 16 сентября 2017 года.

(реестр протокола рассылки № 16 от 16 сентября 2017 года).

Ф.Г.Назыров
Председатель научного совета по присуждению
учёных степеней,
доктор медицинских наук, профессор

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

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской диссертации)

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения, а также обновленной версии базы мировых данных по раку GLOBOCAN 2012, поддерживаемой Международным агентством онкологических исследований (IARC), «в структуре заболеваемости рак пищевода занимает 6 место (3%), а среди опухолей желудочно-кишечного тракта – третье (после рака желудка и толстой кишки), в 2015г. в мире было зарегистрировано 425 тысяч первичных случаев заболевания раком пищевода и 320 тысяч умерших от этого заболевания. Уровень заболеваемости за последние десятилетия имеет неуклонный рост. При раке пищевода наблюдается высокий уровень летальности до года, а показатели 5-летней выживаемости больных не превышают 3,5-13%» [1]. «Несмотря на значительные достижения и прогрессирующее совершенствование оперативной техники реконструктивно-восстановительная хирургия пищевода продолжает оставаться одним из наиболее сложных направлений в торако-абдоминальной хирургии, причем наиболее значимые успехи были достигнуты в последние десятилетия, что обусловлено внедрением новых технологий, совершенствованием методов диагностики, а также несомненными успехами анестезиологии и реаниматологии, позволившие выполнять сложнейшие одномоментные вмешательства на пищеводе». [2] К настоящему времени остаются нерешёнными вопросы своевременной диагностики и лечения рака этой локализации.

С первых дней независимости нашей страны по организации фундаментально новой, качественной медицинской помощи населению достигнуты положительные результаты. В результате проведенных мероприятий, в том числе, «достигнуты положительные эффекты в снижении частоты осложнений после реконструктивно-восстановительных вмешательств на пищеводе» [3]. В течение последних 5 лет отмечается улучшение качества лечения, а также снижение летальности после эзофагопластики до 5%, что, безусловно, связанно с внедрением новых информативных методов диагностики, а также сложных высокотехнологичных вмешательств. На сегодняшний день согласно указу Президента Республики Узбекистан о стратегии действий по дальнейшему развитию, обозначены задачи по повышению качества медицинской помощи населению [4]. Исходя из этого, разработка современных принципов

---

[1] World Health Organization. Cancer: fact sheet no. 297. World Health Organization website. 2012. www.who.int/iris/handle/10665/244872

[2] Park J.Y., Shin J.H., Song H.Y. et al. Airway complications after covered stent placement for malignant esophageal stricture: special reference to radiation therapy // Am. J. Roentgenol. 2012. Vol. 198 (2).P. 453–459.

[3] Назырова Л.А., Арифжанов А.Ш., Ибадов Р.А. Структура ранних послеоперационных осложнений в хирургии пищевода // Анестезиология и реаниматология. - 2009. - № 4. - С. 38-42

[4] Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сонли «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони

гастроэзофагопластики в реконструктивно-восстановительной хирургии пищевода является одним из актуальных направлений для решения поставленных задач.

В начальном периоде становления хирургии пищевода основное внимание уделялось резекционному этапу, который включал решение таких проблем, как определение оптимального хирургического доступа, обеспечение анестезиологического пособия, технику резекции и экстирпации пищевода. В настоящее время наиболее важным моментом является так называемый реконструктивно-восстановительный этап, который включает в себя выбор органа для пластики пищевода, способ формирования трансплантата и пищеводных анастомозов (ПА). «Наиболее распространенным вмешательством в хирургии рака пищевода и его доброкачественных сужений является субтотальная экстирпация пищевода (ЭП) с гастроэзофагопластикой, т.к. благодаря своим пластичным качествам и особенностям кровоснабжения желудок считается оптимальным органом для формирования трансплантата. Однако, все же в 5-10% случаев наступает частичный или тотальный некроз трансплантата, который часто заканчивается фатально из-за развития гнойного медиастинита и эмпиемы плевры».[1] «Перемещение желудочного трансплантата на шею требует обширной мобилизации желудка и сопровождается перевязкой части основных питающих его сосудов, чем объясняются такие нередкие осложнения, как ишемические некрозы желудочного трансплантата и несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза, которые в среднем составляют 7-20%».[2]

В результате целенаправленных организационных и практических мероприятий, утвержденных Постановлением Президента Республики Узбекистан ПП-1652 от 28 ноября 2011 года «О мерах по дальнейшему углублению реформирования системы здравоохранения», а также постановления кабинета министров «Об организации деятельности научно-исследовательского института общественного здоровья и организации здравоохранения» СЗ РУз-19 от 2017 года и других нормативно-правовых документах принятых в данной сфере, в настоящий период достигнуты значимые результаты в развитии медицины, что и обусловило высокую актуальность настоящего исследования.

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

Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации[3]. Научные исследования, направленные на улучшение диагностики и

---

[1] Raymond D.R. The esophageal anastomosis: traditional methods to prevent leak // J. Gastrointestinal Surgeiy. 2009. - V. 13.-P. 1555-1557.

[2] Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Антонов О.Н. Профилактика недостаточности анастомозов желудочно-кишечного тракта. // Хирургия. 2005.—№ 12. - С. 25-29.

[3] Bosetti C., Levi F., Ferlay J. et al. Trends in oesophageal cancer incidence and mortality in Europe // Int. J. Cancer. 2008. Vol. 122. P. 1118–1129.

хирургического лечения больных с заболеваниями пищевода, проводятся в ведущих клиниках и научных центрах мира, в частности Johns Hopkins Hospital (Meriland, USA), Memorial Sloan-Kettering Cancer (NewYork, USA), Charité Cancer Center (Berlin, Germany), European Institute of Oncology (Milan, Italy), Royal Marsden (London, England), Christie Cancer Center (Manchester, England), Brazilian National Cancer Institute (Rio de Janeiro, Brazil), Medical Center Samsung (Seul, South Korea), National Cancer Center (Chiba, Japan), Российский онкологический научный центр имени Н.Н. Блохина (Москва, Россия), Республиканский специализированный центр хирургии им. академика В.Вахидова (Ташкент, Узбекистан).

На основании проведенных научных исследований в мире по улучшению лечения больных с заболеваниями пищевода получен ряд важных научных результатов: установлено, что единственным радикальным способом лечения рака грудного отдела пищевода остается хирургический, однако выполнение реконструктивных операций требует не только знания сложной анатомии пищевода, но и владения современными принципами и приемами оперирования (Российский онкологический научный центр имени Н.Н. Блохина, Москва, Россия); в настоящее время получили признание и разработаны различные одномоментные операции, включающие тотальную или субтотальную эзофагэктомию и этап реконструкции пищевода (Royal Marsden, London, England). Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в хирургическом лечении заболеваний пищевода, выражающиеся в снижении частоты и тяжести послеоперационных осложнений и летальности, отдаленные результаты нельзя признать удовлетворительными (Johns Hopkins Hospital, Meriland, USA). Изучено, что это обусловлено трудностями ранней диагностики и поздней обращаемостью пациентов, так как к моменту операции больные с опухолями пищевода часто оказываются нерезектабельными (НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург, Россия). На сегодняшний день достаточно хорошо разработаны технические стороны пластики пищевода, однако вопросам профилактики и лечению интра- и послеоперационных осложнений уделено недостаточно внимания, а именно это влияет на уровень летальности (Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского, Москва, Россия).

В настоящий период в мире продолжаются исследования по улучшению диагностики и результатов хирургического лечения больных с заболеваниями пищевода, в том числе: разработка стандартов предоперационной подготовки к реконструктивным операциям на пищеводе, систематизация различных послеоперационных осложнений после экстирпации пищевода с

Bothereau H., Munoz-Bongrand N., Lambert B. Esophageal reconstruction after caustic injury: is there still a place for right coloplasty? // Am. J. Surg. 2007. - V. 193. - N 6. -P. 660-664.

Izbicki J.R., Chernousov A.F. Surgery of esophagus. // Steinkopff Verlag. Germany 2009. p.- 387.

Li B., Xiang J., Zhang Y., Hu H., Sun Y., Chen H. Factors affecting hospital mortality in patients with esophagogastric anastomotic leak: a retrospective study. WorldJSurg. 2015 Dec 17.

Давыдов М.И., Бохян В.Ю., Степанов А.А. Хирургическое лечение больных раком грудного отдела пищевода // Вестник РОНЦ им. Н. Н. БлохинаРАМН. 2010. № 3. С. 75-79

одномоментной эзофагогастропластикой; разработке новых способов формирования трансплантата из желудка при экстирпации пищевода.

Степень изученности проблемы. «Проблема хирургического лечения заболеваний пищевода достаточно широко освещена» и изучается рядом авторов Predescu I.[1], Bosetti C.[2],Черноусов А.Ф.[3], во многих крупных научно-исследовательских институтах и клиниках по всему миру. На сегодняшний день многие хирургические школы отдают предпочтение одномоментным восстановительным операциям с использованием в качестве трансплантата трубки, выкроенной из большой кривизны желудка по сравнению с многоэтапными операциями на пищеводе. По мнению Ndoye J.,[4]Давыдов М.И.,[5] «Сложное топографо-анатомическое расположение пищевода, необходимость одновременных манипуляций в грудной и брюшной полостях во время пластики, делают реконструктивные операции трудоемкими и травматичными, что требует высокой хирургической техники и подготовленности персонала. Однако помимо хорошей подготовки и опыта хирурга, требуется адекватная анестезиологическая, реанимационная поддержка, грамотное послеоперационное ведение больных».

«Помимо совершенствования тактико-технических аспектов лечения больных, необходим тщательный анализ послеоперационных осложнений, профилактика развития осложнений, изучение качества жизни у пациентов которым были выполнены радикальные операции на пищеводе» (Park J.Y.[6]). По данным Korst R.J.[7] и Арифжанова А.Ш.[8] «осложнения в ближайшем периоде после операции могут быть специфическими (связанные непосредственно с пластикой пищевода) и неспецифическими (обострение сопутствующих заболеваний, последствия травмы соседних органов и др.)». К специфическим осложнениям, можно отнести некроз трансплантата, несостоятельность и стриктуру анастомоза. К неспецифическим относятся осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, гнойные осложнения, хилоторакс. Большую часть послеоперационных осложнений занимают бронхо-легочные (пневмония, ателектаз легких, плеврит, эмпиема плевры). Частота этих осложнений достигает по данным различных авторов от 19 до 50%. Согласно

---

[1] Predescu I, Predescu D, Constantinoiu S. Postoperative functional result and quality of life after oesophageal reconstruction based on the type of cervicalanastomosis. Chirurgia (Bucur). 2015 Mar-Apr. 110(2). 109-16.

[2] Bosetti C., Levi F., Ferlay J. et al. Trends in oesophageal cancer incidence and mortality in Europe // Int. J. Cancer. 2008. Vol. 122. P. 1118–1129.

[3] Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Антонов О.Н. Профилактика недостаточности анастомозов желудочно-кишечного тракта. // Хирургия. 2005.—№ 12. - С. 25-29.

[4] NdoyeJ.M., DiaA., NdiayeA., FallB. etal. Arteriography of three models of gastric oesophagoplasty: the whole stomach, a wide gastric tube and a narrow gastric tube // Surg. Radiol. Anat. 2006. - Oct. -V.28.-N5.-P. 429-437.

[5] Давыдов М.И., Бохян В.Ю., Степанов А.А. Хирургическое лечение больных раком грудного отдела пищевода // Вестник РОНЦ им. Н. Н. БлохинаРАМН. 2010. № 3. С. 75-79

[6] Park J.Y., Shin J.H., Song H.Y. et al. Airway complications after covered stent placement for malignant esophageal stricture: special reference to radiation therapy // Am. J. Roentgenol. 2012. Vol. 198 (2).P. 453–459.

[7] Korst RJ., Port J.L., Lee P.C. et al. Intrathoracic manifestations of cervical anastomotic leaks after transthoracic esophagectomy for carcinoma // Ann. Thorac. Surg. 2005. - V. 80. -P. 1185-1190.

[8] Арифжанов А.Ш., Назырова Л.А. Ибадов Р.А. Структурный анализ бронхолёгочных осложнений в раннем периоде после реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе // Тезисы VI Конгресса хирургов Казахстана 2008. – С. 25 - 26.

проведенным исследованиям Li B. [1], другой «распространенной группой осложнений являются сердечно-сосудистые: сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии и другие, встречающиеся в 5-18,9% случаев». По данным Павелеца К.В. [2] «летальность, несмотря на снижение ее в последнее время, все же колеблется от 3 до 7%». Наиболее частой причиной летальности является несостоятельность пищеводных анастомозов.

Проведенный анализ литературных данных свидетельствует о том, что качество диагностики и лечения хирургических заболеваний пищевода, заметно улучшились, однако внедрение новых методов формирования транспалантата при эзофагопластике, а также оптимизация лечебных мероприятий по профилактике послеоперационных осложнений, будут способствовать улучшению результатов лечения больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями пищевода.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ АО «РСЦХ 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» и АДСС 15.3.5 «Разработка и усовершенствование аспектов методов формирования анастомозов при реконструктивно-восстановительной хирургии пищевода и кардии желудка».

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных с заболеваниями пищевода путем совершенствования периоперативного ведения, разработки и внедрения нового способа формирования гастротрансплантата.

Задачи исследования:

изучить частоту, характер и причины послеоперационных осложнений экстирпации пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой в зависимости от первичной патологии пищевода.

изучить структуру специфических и гнойно-воспалительных осложнений экстирпации пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой.

систематизировать различные послеоперационные осложнения в группы применительно к экстирпации пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой.

---

[1] Li B., Xiang J., Zhang Y., Hu H., Sun Y., Chen H. Factors affecting hospital mortality in patients with esophagogastric anastomotic leak: a retrospective study. World J Surg. 2015 Dec 17.

[2] Павелец К.В., Медведев К.В., Лобанов М.Ю., Вавилова О.Г., Протченков М.А. Ближайшие результаты одномоментных операций при раке пищевода // Онкохирургия: Международный онкологический научно-образовательный форум. – СПб., 2010. – С. 117 – 118.

разработать комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленный на снижение частоты послеоперационных осложнений экстирпации пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой.

разработать и внедрить в клиническую практику новый способ формирования трансплантата из желудка при экстирпации пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой.

изучить функциональное состояние гастротрансплантата, сформированного по оригинальной методике путем изучения его резервуарно-эвакуаторной функции после эзофагопластики.

изучить эффективность предложенных лечебно-профилактических мероприятий путем сравнительной оценки послеоперационных осложнений экстирпации пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой.

изучить структуру причин летальных исходов после экстирпации пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой и определить пути их профилактики.

Объектом исследования явились 234 больных с заболеваниями пищевода, находившихся на стационарном лечении в АО «Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова» в период с 1991 по 2015 г.

Предмет исследования составляет анализ результатов хирургического лечения больных с различными заболеваниями пищевода, которым выполнена экстирпация пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой.

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**:**

выявлена сложная взаимосвязь между основными причинами, приводящими к некрозу трансплантата и недостаточности пищеводных анастомозов после пластики пищевода, на основании чего сформулированы основные современные принципы гастроэзофагопластики.

систематизированы группы послеоперационных осложнений после реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе, что позволило разработать комплекс мер по их профилактике.

разработана новая методика формирования трансплантата из большой кривизны желудка при экстирпации пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой.

изучена резервуарная и эвакуаторная функция гастротрансплантата с сохраненным антральным отделом желудка.

разработан комплекс лечебно-профилактических мероприятий в периоперативном ведении больных, направленный на снижение частоты послеоперационных осложнений и летальности.

Практические результаты исследования:

конкретизированы показания к выполнению экстирпации пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой у пациентов с доброкачественными

стриктурами пищевода: ахалазия кардии, постожоговые рубцовые стриктуры пищевода и стенозирующий рефлюкс-эзофагит;

систематизированны различные послеоперационные осложнения в соответствующие группы: бронхо-легочные, специфические, гнойно-воспалительные, сердечно-сосудистые, тромбо-эмболические, кровотечения и прочие;

разработана и внедрена в клиническую практику новая оригинальная методика формирования гастротрансплантата из большой кривизны желудка на двух питающих артериях (правая желудочно-сальниковая и правая желудочная) с сохранением антрального отдела для адекватной резервуарно-эвакуаторной функции;

внедрение новой методики формирования гастротрансплантата при эзофагопластике позволило значительно снизить вероятность развития наиболее грозных специфических послеоперационных осложнений, к которым относятся некроз трансплантата, недостаточность пищеводных анастомозов и швов трансплантата;

разработан и внедрен в клиническую практику комплекс лечебно-профилактических мероприятий для всех групп послеоперационных осложнений реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе при его доброкачественных и злокачественных заболеваниях в зависимости от характера первичной патологии, состояния больных и выраженности отягощающей сопутствующей соматической патологии;

внедрение предложенного комплекса лечебно-профилактических мероприятий позволило достоверно снизить развитие всех групп послеоперационных осложнений, что в свою очередь уменьшило число летальных исходов после реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе;

внедрение материалов исследования в практическое здравоохранение позволило улучшить результаты хирургического лечения больных с доброкачественными и злокачественнымии заболеваниями пищевода, улучшить качество жизни больных и тем самым снизить инвалидность данной категории пациентов.

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

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость определяется тем, что полученные результаты исследований по улучшению диагностики и результатов хирургического лечения заболеваний пищевода могут быть применены в разных областях науки, в практическом здравоохранении и учебном процессе, в частности в практике хирургических отделений как плановой, так и экстренной медицинской службы. Отдельные результаты работы дадут возможность усовершенствования содержания и структуры программы обучения студентов,

а также магистров, клинических ординаторов и курсантов по диагностике и хирургическому лечению заболеваний пищевода.

Практическая ценность работы заключается в том, что рекомендованный комплекс лечебно-профилактических мероприятий позволил улучшить результаты хирургического лечения заболеваний пищевода, значительно сократить частоту послеоперационных осложнений и летальность, а также уменьшить сроки пребывания пациентов в стационаре. Разработаная и внедреная в клиническую практику новая оригинальная методика формирования гастротрансплантата из большой кривизны желудка на двух питающих артериях (правая желудочно-сальниковая и правая желудочная) с сохранением антрального отдела для адекватной резервуарно-эвакуаторной функции позволила минимизировать послеоперационные осложнения и улучшить исход лечения. Внедрение предложенного комплекса лечебно-профилактических мероприятий позволило достоверно снизить развитие всех групп послеоперационных осложнений, что в свою очередь уменьшило число летальных исходов после реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе

Внедрение результатов исследования.

На основании научных результатов по совершенствованию техники экстирпации пищевода получен патент «Способ формирования гастротрансплантата при эзофагопластике» (Агентство интеллектуальной собственности Республики Узбекистан №IAP 03872). Применение усовершенствованной методики формирования гастротрансплантата у больных с заболеваниями пищевода позволило уменьшить число специфических послеоперационных осложнений с 43% до 11,6%;

разработаный способ формирования гастротрансплантата и программа профилактики послеоперационных осложнений широко внедрены в практическое здравоохранение, в том числе в деятельность АО «РСЦХ имени академика В.Вахидова», торако-абдоминальных отделений Андижанского и Хорезмского областных онкологических диспансеров (Заключение Министерства здравоохранения №8 Н-д/79 от 14 декабря 2016 года), что позволило уменьшить летальность после реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе с 17,7% до 7,7%.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были доложены и обсуждены, на 6 международных и 7 республиканских научно-практических конференциях.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 53 научных работ, в том числе 1 патент на изобретение, 12 журнальных статей, 9 из которых в республиканских и 3 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, шести глав, выводов, списка цитируемой литературы и приложений. Объем текстового материала составляет 200 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 краткой структуре диссертации.

В первой главе **«Современные аспекты эзофагопластики стенозирующих заболеваний пищевода»** приведён обзор литературы, состоящий из девяти подглав, посвященный вопросам развития осложнений после экстирпации пищевода с гастропластикой. Побробно освещены исторические данные и современный взгляд на тактику лечения больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями пищевода. Выявлен круг спорных и нерешенных вопросов, касающихся дифференцированной хирургической тактики и улучшения результатов реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе, требующие дальнейшего изучения и совершенствования.

Во второй главе диссертации **«Клиническая характеристика материала и обзор методов исследования»** описан клинический материал и использованные методы исследования. В диссертационной работе проведен анализ результатов обследования и лечения 234 больных с различными заболеваниями пищевода, которым выполнена субтотальная экстирпация пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой в АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова» за период с 1991 по 2015 года. Больные были подвергнуты комплексному обследованию, включавшего как общеклинические, так и специальные инструментальные методы исследования.

Распределение больных по характеру патологии: опухоли пищевода – 204(87,2%), ахалазия кардии – 18(7,7%), постожоговые рубцовые стриктуры – 6(2,55%) и стенозирующий рефлюкс-эзофагит – 6(2,55%).

В зависимости от использования усовершенствованных технических аспектов формирования трансплантата из желудка, данные 234 больных были распределены на 2 сравниваемые группы, которые по полу, возрасту, характеру первичной патологии и сопутствующим заболеваниям были репрезентабельными ($p>0,05$).

Контрольную группу составили 79 пациентов, находившихся на лечении в отделении хирургии пищевода и желудка за период с 1991 по 2000 годы. Основную группу составили 155 пациентов, которые оперированы в период с 2001 по 2015 годы. В данной группе использован запатентованный новый оригинальный метод формирования трансплантата из желудка, а также усовершенствованный комплекс профилактики послеоперационных осложнений.

В третьей главе **«Клинические особенности и дифференцированная тактика хирургического лечения больных с заболеваниями пищевода»** представлены особенности показаний к хирургическому лечению больных с

доброкачественными и злокачественными заболеваниями пищевода. Распределение больных по группам сравнения и характеру патологии пищевода представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение по характеру патологии пищевода и группам

Характер патологии пищевода	Контрольная группа	Основная группа	Всего
Опухоли пищевода	75(97,4%)	129(82,2%)	204(87,2%)
Ахалазия кардии III-IV стадии	3(1,3%)	15(10,8%)	18(7,7%)
Постожоговые рубцовые стриктуры	-	6(3,8%)	6(2,6%)
Стенозирующий рефлюкс-эзофагит	1(1,3%)	5(3,2%)	6(2,6%)
Всего	79	155	234(100%)

Такое превалирование пациентов со злокачественной патологией, которым выполнена экстирпация пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой, было обусловлено несколькими факторами:

1. Опухоли по статистике занимают первое место среди всех патологий пищевода, которые нуждаются в проведении реконструктивно-восстановительных операций. Следовательно, в априоре пациентов с опухолями пищевода больше, чем с доброкачественными стриктурами.

2. Внедрение современных миниинвазивных (бужирование, дилатация) и эндоскопических (дилатация, эндоскопическое бужирование, диатермотуннелизация, стентирование) технологий у больных с доброкачественными стриктурами позволило значительно улучшить как непосредственные, так и отдаленные результаты инструментального лечения данной категории больных. Следовательно, значительно уменьшилось число пациентов, нуждающихся в хирургической коррекции дисфагии, обусловленной доброкачественными стриктурами пищевода.

3. На основании собственного опыта и данных литературы можно четко утверждать, что среди доброкачественных стриктур пищевода (ПРСП, ахалазия кардии III-IV стадии, стенозирующий рефлюкс-эзофагит), подавляющее большинство больных нуждается в хирургическом лечении по поводу постожоговых рубцовых стриктур. Выполнение экстирпации пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой у пациентов с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода имеет свои особенности. Это касается ограничений показаний к данному варианту операции, а также связано с частым отсутствием условий для формирования трансплантата из желудка.

Если у больных с опухолями пищевода показания к экстирпации пищевода не вызывают сомнений, то в отношении доброкачественных стриктур данный вопрос далек от разрешения. Сводные данные по показаниям к экстирпации пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой у больных с доброкачественными стриктурами

представлены в таблице 2. В подавляющем большинстве случаев показаниями к хирургическому лечению у больных с доброкачественными стриктурами пищевода были неэффективность или невозможность проведения так называемых миниинвазивных вмешательств, к которым относятся дилатация и бужирование.

Таблица 2

Показания к хирургическому лечению доброкачественных сужений пищевода

Показания к хирургическому лечению	Патология пищевода			Всего
	Ахалазия	ПРСП	СРЭ	
Неэффективность кардиодилатации	6	-	-	6(20%)
Невозможность кардиодилатации	12	-	-	12(40%)
Невозможность бужирования	-	2	-	2(6,7%)
Неэффективность бужирования	-	-	2	2(6,7%)
Частый рецидив после бужирования	-	1	3	4(13,3%)
Малигнизация рубцовой стриктуры	-	3	-	3(10%)
Пищевод Баррета	-	-	1	1(3,3%)
ИТОГО	18	6	6	30(100%)

В главе подробно освещены вопросы, касающиеся особенностей хирургических вмешательств на пищеводе при его доброкачественных и злокачественных заболеваниях, к которым относятся: сложность топографо-анатомического расположения пищевода; исходная тяжесть состояния больных с патологией пищевода; сложность анестезиологического пособия; разнообразие хирургических доступов; сложность реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе; высокий риск интра- и послеоперационных осложнений и высокая частота летальности после реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе.

В четвертой главе **«Характер послеоперационных осложнений реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе и пути их профилактики»** представлены исследования, посвященные вопросам осложнений в хирургии пищевода. До настоящего времени нет общепринятой классификации послеоперационных осложнений, большинство из которых наглядно показывает лишь их многообразие. Однако они не отражают все возможные группы опасностей, возникающие после операций на пищеводе. Мы считаем возможным и даже необходимым все послеоперационные осложнения объединить и систематизировать в несколько групп, что позволит разработать и внедрить в клиническую практику оптимальный комплекс их профилактики: специфические осложнения; бронхо-легочные осложнения; гнойно-воспалительные осложнения; сердечно-сосудистые осложнения; тромбо-эмболические осложнения; кровотечения и прочие осложнения.

Основными факторами развития данных групп осложнений считаем: исходное тяжелое состояние больных; высокая частота клинически значимой сопутствующей патологии; длительность и травматичность хирургического вмешательства, а также выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде.

В связи с этим для улучшения результатов реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе нами разработан и внедрен в основной группе комплекс периоперативных лечебно-профилактических мероприятий, направленный на все этапы лечения пациентов, на который получено свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин – DGU 03653 (11 апреля 2016 года) «Программа для выбора профилактики и тактики лечения при реконструктивно-восстановительных операциях на пищеводе». Данный комплекс состоит из следующих пунктов:

I. Оптимизация предоперационной подготовки, согласно предлагаемому комплексу, заключается в профилактике бронхолегочных осложнений (небулайзерная терапия, дыхательная гимнастика); профилактика гнойно-септических осложнений (антибактериальная терапия); профилактика тромбо-эмболических осложнений (низкомолекулярный гепарины за 12 часов до операции, эластическая компрессия нижних конечностей); коррекция водно-электролитных нарушений, гиповолемии, гипопротеинэмии; коррекция выявленной сопутствующей патологии.

II. Оптимизация анестезиологического пособия: Комбинированная, общая и продленная эпидуральная анальгезия позволяет сократить использование наркотических препаратов и миорелаксантов, что способствует ранней экстубации больного; интраоперационная небулайзерная терапия (профилактика бронхо-легочных осложнений); раздельная интубация легких при торакальном доступе позволяет избежать излишней травматизации легкого при мобилизации пищевода; интраоперационная коррекция сопутствующей патологии направлена на стабилизацию показателей гемодинамики, коррекцию гликемии, введение нитратов, проведение небулайзерной терапии в зависимости от диагностированной сопутствующей патологии на этапе диагностики и начатой коррекции в предоперационном периоде.

III. Оптимизация хирургического пособия направлена на снижение специфических осложнений: выбор адекватного хирургического доступа; выбор пластического материала для пластики; определение уровня формирования пищеводного анастомоза; определение способа формирования пищеводного анастомоза.

IV. Оптимизация послеоперационного ведения: заключается в продолжении мероприятий, начатых еще в предоперационном периоде для профилактики всех групп осложнений.

В пятой главе **«Совершенствование способа формирования гастротрансплантата»** описана техника оригинальной методики формирования гастротрансплантата из большой кривизны желудка для тотальной эзофагопластики.

В отделении хирургии пищевода и желудка на основании анализа некоторых недостатков традиционных способов, был предложен свой оригинальный метод, на который получен патент на изобретение РУз №2711 от 19.06.1995г. «Способ формирования трансплантата из желудка при пластике пищевода». Главной отличительной чертой данного изобретения являлось то, что сначала рассекается серозная и мышечная оболочка, а на слизисто-подслизистый слой накладывается аппаратный шов УКЛ-60, после чего производится рассечение указанных слоев скальпелем. В результате прецизионного ушивания слоев желудка не наблюдается образование грубого деформирующего валика и за счет растяжения слизистой желудка формируемый трансплантат удлиняется на 6-7 см без ухудшения кровоснабжения его проксимальной части. Однако использование всех отделов желудка лишает трансплантат резервуарной функции, а также все же сохранялась достаточно высокая частота специфических осложнений, хотя с накоплением опыта их количество значительно уменьшилось.

Для исключения указанных недостатков, нами был разработан и внедрен в клиническую практику новый способ формирования гастротрансплантата, на который получен патент на изобретение Агентства интелектуальной собственности Республики Узбекистан № IAP 03872 «Способ формирования гастротрансплантата при эзофагопластике» (Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е. с соавторами).

Этапы формирования трансплантата в большинстве случаев не отличаются от прецизионной методики, предложенной ранее, однако имеются некоторые принципиальные отличия:

1. Дополнительно сохраняется основной ствол правой желудочной артерии, что позволяет улучшить васкуляризацию гастротрансплантата.

2. Проксимальная часть гастротрансплантата формируется шириной 4 см по сравнению с остальной частью желудочной трубки (2-3 см).

3. Рассечение малой кривизны желудка начинается на 7 см выше привратника с сохранением анатомической целостности антрального отдела желудка, который выполняет роль резервуара.

Схема мобилизации желудка и формирования трансплантата в нашей модификации представлена на рис. 1, из которого видно, что кровоснабжение осуществляется за счет двух артерий: правой желудочно-сальниковой и правой желудочной, что положительным образом сказывается на васкуляризации трансплантата. Кроме того, сохраняется анатомическая целостность антрального отдела желудка, который играет роль резервуара. Таким образом, формируется изоперистальтическая трубка из большой кривизны желудка необходимой длины, с адекватным кровоснабжением и сохраненной резервуарно-эвакуаторной функцией. Этапы предлагаемого способа формирования искусственного пищевода из большой кривизны желудка (рис. 2-4):

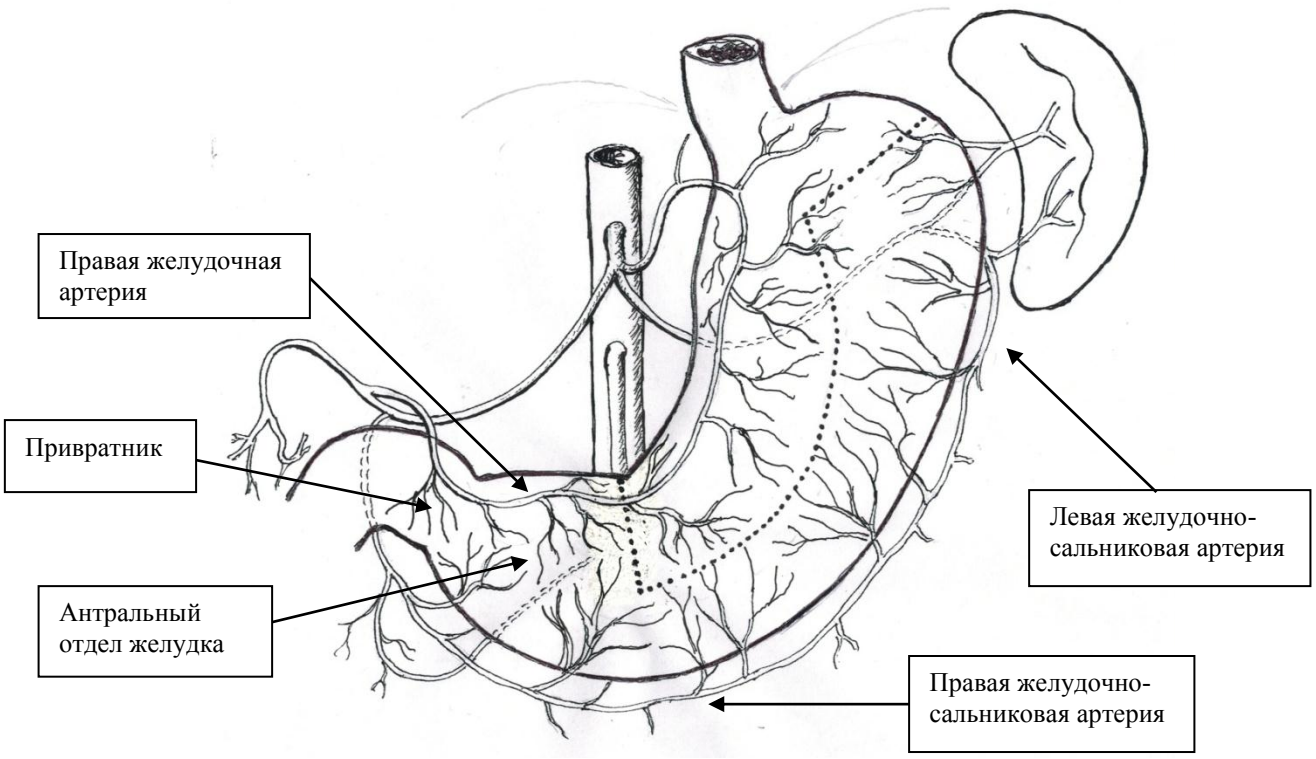


Рис. 1. Схема мобилизации желудка при формировании трансплантата

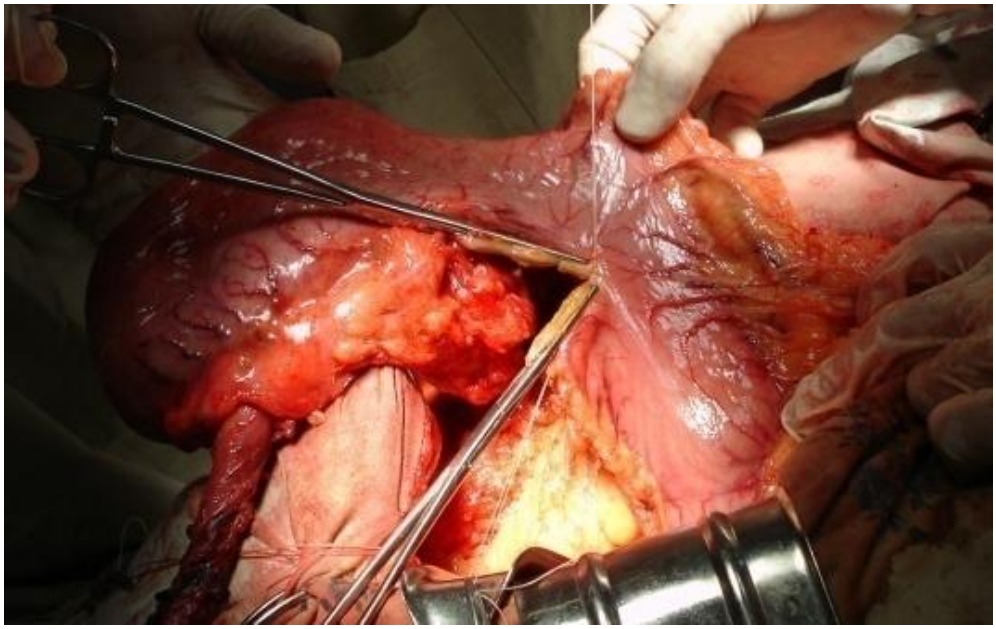


Рис. 2. Производится мобилизация желудка с сохранением правой желудочно-сальниковой и правой желудочной артерии. Рассекается малая кривизна желудка между двумя зажимами на 6-7 см выше привратника и перпендикулярно по направлению к большой кривизне (сохраняется анатомическая целостность антрального отдела желудка)

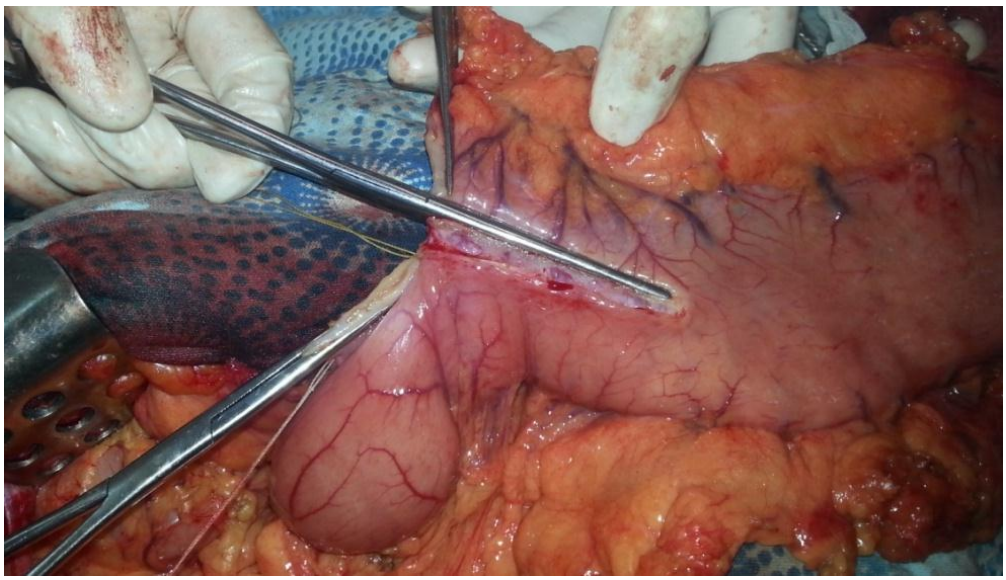


Рис. 3. Под зажимом, наложенным параллельно большой кривизне, производится рассечение серозно-мышечного слоя, который отсепаровывается в сторону большой кривизны и создается «площадка» для аппарата (УКЛ-60), при этом ушиваются только слизистый и подслизистые слои желудка

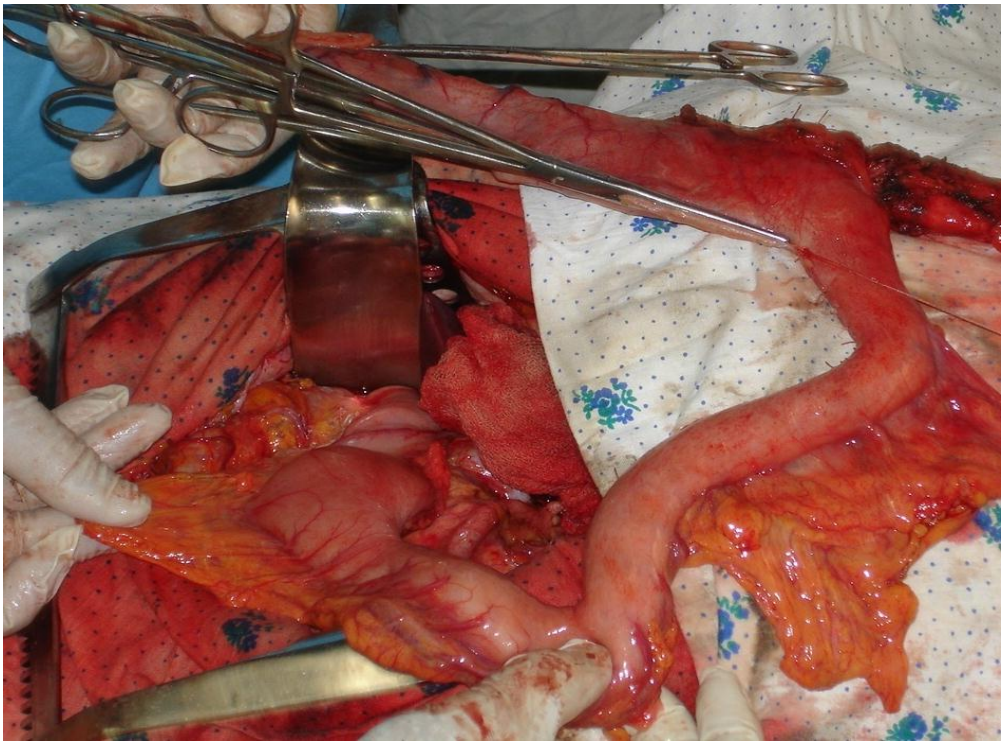


Рис. 4. Далее растягивается формируемая желудочная трубка и накладываются перитонизирующие серозно-мышечные швы. Таким образом достигается удлинение гастротрансплантата. Формирование гастротрансплантата продолжается по направлению к дну желудка, однако ближе к оральному концу искусственного пищевода, ширина последнего создается шире на 1-2 см

Одной из целей создания нового способа формирования гастротрансплантата явилась попытка сохранить его резервуарную функцию, которая присуща желудку. Моторно-эвакуаторная функция трансплантата исследовалась с помощью рентгенологического и радиоизотопного исследования (рис. 5). При этом выявлялась степень задержки контраста в дистальной части трансплантата, а также характер эвакуации бария через привратник. У всех больных, у которых сформирован трансплантат по нашей методике, выявлен порционно-ритмичный тип эвакуации в течении 30-45 минут, наибольшее контрастирование наблюдалось в сроки до 1 часа, в дистальной части желудочной трубки отмечается более расширенная часть, которая является антральным отделом желудка.

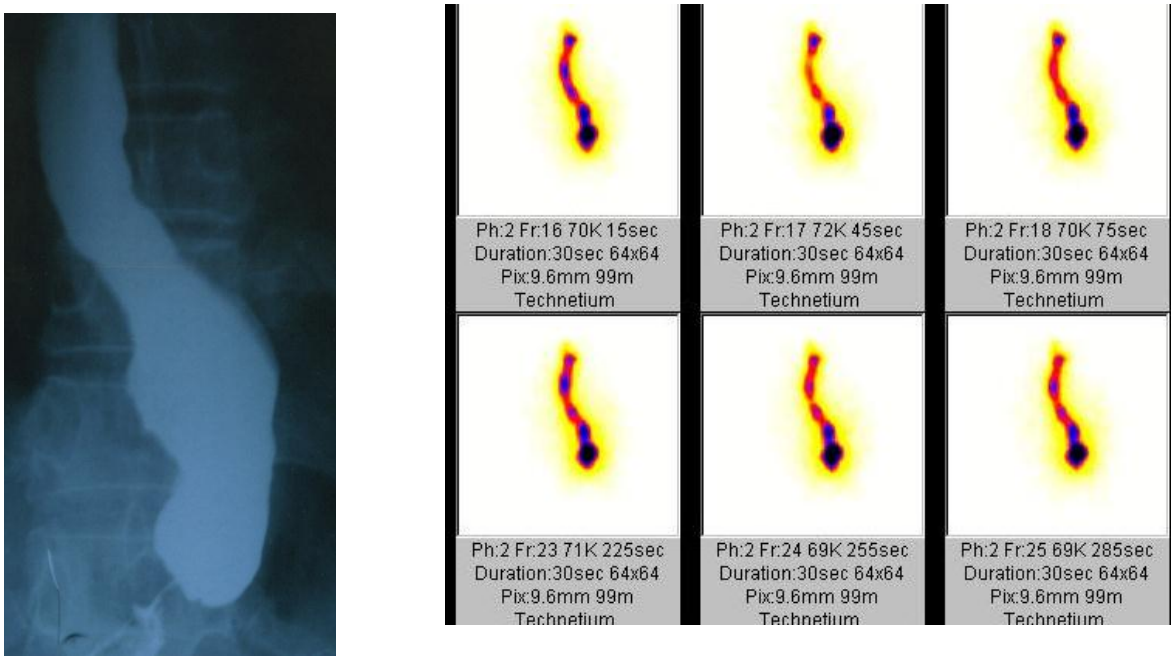


Рис. 5. Рентгенологическая и радиоизотопная картина гастротрансплантата

В шестой главе диссертации **«Сравнительная характеристика результатов хирургического лечения заболеваний пищевода»** представлен сравнительный анализ интра- и послеоперационных осложнений, а также причины летальных исходов в зависимости от характера первичной патологии пищевода в сравниваемых группах исследования.

Во время экстирпации пищевода у 234 больных интраоперационные осложнения установлены в 60 случаях, что составило 25,6%. При этом у пациентов с опухолями пищевода они развились у 51(25%) из 204, а у больных с доброкачественными стриктурами у 9(30%) из 30.

Нами проанализирован характер интраоперационных осложнений экстирпации пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой: повреждение селезенки отмечено у 10(4,3%), кровотечение из средостения – у 6(2,6%), повреждение медиастинальной плевры – у 37(15,8%), повреждение трахеи и бронхов – у 1(0,4%), повреждение грудного лимфатического

протока – у 2(0,8%) и повреждение возвратных нервов развилось у 4(1,7%) больных.

Сравнительная оценка интраоперационных осложнений показала, что в основной группе их количество достоверно ($\chi 2$=8.625, p=0.003) уменьшилось с 35,4% (контрольная группа) до 20,6%.

На диаграмме (рис.6) представлено, что наиболее частыми послеоперацинными осложнениями остаются бронхо-легочные – у 109(46,6%), далее следуют специфические – у 52(22,2%), гнойно-воспалительные – у 43(18,4%), сердечно-сосудистые – у 24(10,3%), прочие – у 14(5,9%), тромбо-эмболические – у 13(5,6%) и кровотечение – у 7(2,9%) пациентов.

Рис. 6. Сравнительная оценка частоты послеоперационных осложнений экстирпации пищевода с гастропластикой.

Изучение характера послеоперационных осложнений в зависимости от первичной патологии пищевода (таблица 3) отчетливо показало разницу в их развитии от нозологии. При этом наиболее часто послеоперационные осложнения развились у пациентов с опухолями пищевода.

Таблица 3

Анализ структуры послеоперационных осложнений

Характер послеоперац. осложнений	Опухоли N=204	Ахалазия N=18	ПРСП N=6	СРЭ N=6	Всего n=234
Специфические	48(23,5%)	2(11,1%)	-	2(33,3%)	52(22,2%)
Бронхо-легочные	101(49,5%)	4(22,2%)	2(33,3%)	2(33,3%)	109(46,6%)
Гнойно-воспалител.	41(20,1%)	1(5,6%)	-	1(16,7%)	43(18,4%)
Тромбо-эмболические	13(6,4%)	-	-	-	13(5,6%)
Сердечно-сосудистые	24(11,8%)	-	-	-	24(10,3%)
Кровотечение	7(3,4%)	-	-	-	7(3%)
Прочие осложнения	14(6,9%)	-	-	-	14(5,9%)

Проведен сравнительный анализ характера послеоперационных осложнений в сравниваемых группах, что представлено в таблице 4.

Таблица 4

Сравнительный анализ характера послеоперационных осложнений

Характер послеоперационных осложнений	Контрольная группа (n=79)	Основная группа (n=155)	Достоверность
Специфические осложнения	34(43%)	18(11,6%)	p<0.001
Бронхолегочные осложнения	54(68,3%)	55(35,5%)	p=0.001
Гнойно-воспалител. осложнения	31(39,2%)	12(7,7%)	p<0.001
Тромбо-эмболические осложнения	6(7,6%)	7(4,5%)	p=0.330
Сердечно-сосудистые осложнения	14(17,7%)	10(6,5%)	p=0.007
Кровотечение	5(6,3%)	2(1,3%)	p=0.032
Прочие осложнения	7(8,9%)	7(4,5%)	p=0.185

Статистический анализ показал, что если в контрольной группе бронхо-легочные осложнения развились у 68,3%, то в основной группе их число достоверно (χ^2=22.72, p=0.001) уменьшилось до 35,5%; число специфических осложнений достоверно (χ^2=29.9, p<0.001) уменьшилось с 43% до 11,6%; число гнойно-воспалительных осложнений достоверно (χ^2=34.61, p<0.001) уменьшилось с 39,2% до 7,7%, число сердечно-сосудистых осложнений достоверно (χ^2=7.221, p=0.007) уменьшилось с 17,7% до 6,5%.

Наиболее опасными являются специфические осложнения, к которым относятся недостаточность швов эзофагогастроанастомоза (ЭГА), тотальный и концевой некроз гастротрансплантата (ГТ), а также недостаточность швов гастротрансплантата (табл. 5).

Таблица 5

Структурный анализ специфических послеоперационных осложнений

Характер специф. осложнений	Опухоли (n=204)		Ахалазия (n=18)		ПРСП (n=6)		СРЭ (n=6)		Всего (n=234)	
	КГ n=75	ОГ n=129	КГ n=3	ОГ n=15	КГ n=0	ОГ n=6	КГ n=1	ОГ n=5	КГ n=79	ОГ n=155
Недос-ть ЭГА	27 36%	14 10,8%	1 33,3%	1 6,7%	0	0	1 100%	1 20%	29 36,7%	16 10,3%
Некроз ГТ	1(1,3%)	-	-	-	-	-	-	-	1(1,3%)	-
Концевой некроз ГТ	2 2,6%	1 0,8%	-	-	-	-	-	-	2 2,5%	1 0,6%
Недос-ть швов ГТ	2 2,6%	1 0,8%	-	-	-	-	-	-	2 2,5%	1 0,6%
Всего	32 42,7%	16 12,4%	1 33,3%	1 6,7%	-	-	1 100%	1 20%	34 43%	18 11,6%

В контрольной группе недостаточность ЭГА наступила у 29(36,7%) больных. Благодаря внедрению усовершенствованной методики

формирования гастротрансплантата в основной группе удалось достоверно (χ^2=23.46, p=0.001) снизить частоту несостоятельности до 10,3%. Тотальный некроз гастротрансплантата в контрольной группе наступил у 1(1,3%) больного, а в основной – ни в одном случае не наступило подобное осложнение. Что касается концевого некроза гастротрансплантата, то в контрольной группе он наступил у 2(2,5%) больных, а в основной – снизился до 0,6%. Аналогичные результаты были получены в отношении недостаточности швов трансплантата, которая наступила у 2(2,5%) больных контрольной группы, а в основной – ее частота уменьшилась до 0,6%. В виду малого числа подобных осложнений достоверных статистических данных по некрозу трансплантата и недостаточности его швов получить не удалось. Однако отрицать улучшение результатов в плане наступления самого грозного осложнения – некроза трансплантата, благодаря усовершенствованной методики его формирования, также нельзя.

Суммировав данные всех специфических осложнений, были получены следующие данные. В контрольной группе специфические осложнения наступили у 34(43%), а в основной – благодаря внедрению новой оригинальной методики формирования гастротрансплантата удалось достоверно (χ^2=29.9, p<0.001) практически в четыре раза снизить частоту специфических осложнений до 11,6%.

Наибольшее число в структуре специфических осложнений составила недостаточность пищеводных анастомозов, в связи с чем нами проведено изучение динамики снижения частоты несостоятельности по годам в завсимости от способа формирования гастротрансплантата, что представленно в диаграмме на рисунке 7.

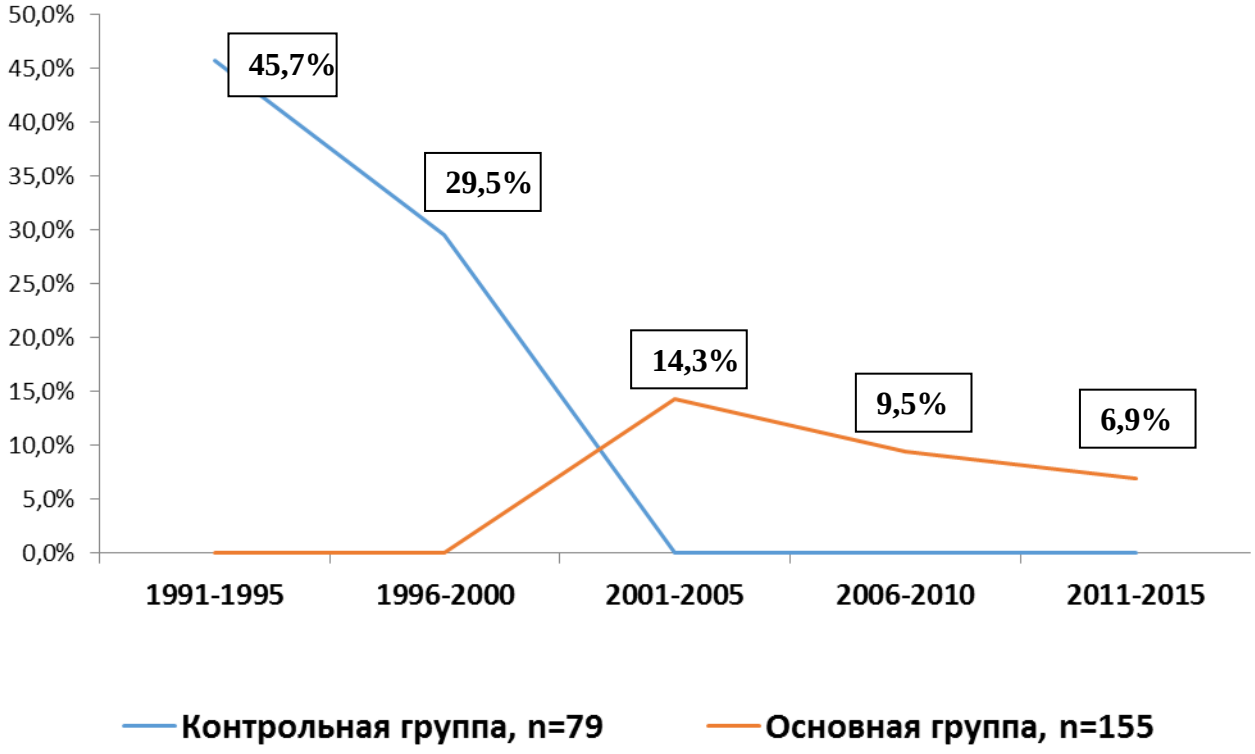


Рис. 7. Динамика снижения частоты несостоятельности пищеводных анастомозов за период с 1991 по 2015 года.

Из данных представленной диаграммы отчетливо видно, что наибольшее число несостоятельности было в первый начальный этап внедрения реконструктивных операций на пищеводе в период с 1991 по 1995 годы, когда из 35 операций несостоятельность наступила у 16(45,7%). В дальнейшем благодаря внедрению усовершенствованного способа формирования гастротрансплантата из желудка, накоплению опыта в реконструктивной хирургии пищевода, удалось снизить частоту несостоятельности до 29,5% (1996-2000гг). В динамике отмечается последовательное снижение частоты несостоятельности в период с 2001-2005 годы – до 14,3% (7 больных), с 2006-2010 годы до 9,5% (6 больных) и с 2011-2015 годы до 6,9% (3 больных).

Статистический анализ достоверности снижения частоты несостоятельности позволил выявить следующее:

- достоверное снижение несостоятельности в период с 2001-2005 годы по сравнению с 1991-2000 годами – χ^2=7.522, p=0.006;

- достоверное снижение несостоятельности в период с 2006-2010 годы по сравнению с 1991-2000 годами– χ^2=13.95, p=0.0001;

- достоверное снижение несостоятельности в период с 2011-2015 годы по сравнению с 1991-2000 годами– χ^2=12.72, p=0.0003.

Из 234 больных, которым выполнена экстирпация пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой летальный исход наступил у 26, что составило 11,1%. При этом в контрольной группе летальность составила 17,7% (14 из 79 пациентов). В основной группе она достоверно (χ^2=5.277, p=0.021) уменьшилась более чем в 2 раза до 7,7% (12 из 155 пациентов).

Сравнительный анализ групп осложнений в структуре летальных исходов представлен в табл. 6.

Таблица 6

Сравнительный анализ групп осложнений в структуре летальности

Причины летальных исходов	КГ (n=79)	ОГ (n=155)	Всего	Достоверность
Повреждение трахеи и бронха	1(7,1%)	-	1(3,8%)	-
Острая печеночная недостат.	-	1(8,3%)	1(3,8%)	-
Гнойно-воспалительные осложнения на фоне специфических	7(50%)	4(33,3%)	11(42,3%)	p=0.031
Сердечно-сосудистые и тромбоэмболические осложнения	3(21,4%)	6(50%)	9(34,6%)	p=0.98
Бронхолегочные осложнения	3(21,4%)	1(8,3%)	4(15,4%)	p=0.078
Всего	14(17,7%)	12(7,7)	26(11,1%)	p=0.021

В контрольной группе в 50% случаев причиной летальности были гнойно-воспалительные осложнения, развившиеся на фоне специфических. В основной группе удалось достоверно (p=0.031) снизить долю указанных

осложнений в структуре летальности с 50% до 33,3%. Заслуживает внимания в структуре летальности бронхо-легочные осложнения, которые явились причиной фатальных исходов в контрольной группе в 21,4%. Внедрение комплекса профилактических мероприятий позволило уменьшить долю бронхо-легочных осложнений в структуре летальности до 8,3%. Нами проанализирована динамика снижения летальных исходов начиная с 1991 года (рис. 8), представленная в виде наглядной диаграммы.

Наибольшая летальность отмечена в период с 1991 по 1995 года, когда на 35 выполненных операций летальный исход развился у 20%. В последующем за период с 1996 по 2000 годы благодаря повышению опыта и внедрения нового способа формирования трансплантата из желудка число летальных исходов уменьшилось до 15,9% из 44 больных. В дальнейшем продолжено совершенствование техники формирования трансплантата из желудка, а также внедрен комплекс мероприятий по профилактике бронхолегочных осложнений, что позволило уменьшить летальность в период с 2001 по 2005 годы (49 операций) до 12,2%, в период с 2006 по 2010 годы (63 операции) до 7,9% и в период с 2010 по 2015 годы (43 операции) до 2,3%. Необходимо отметить, что последний летальный исход после экстирпации пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой был зафиксирован в 2012 году, в последние три года летальных исходов не было.

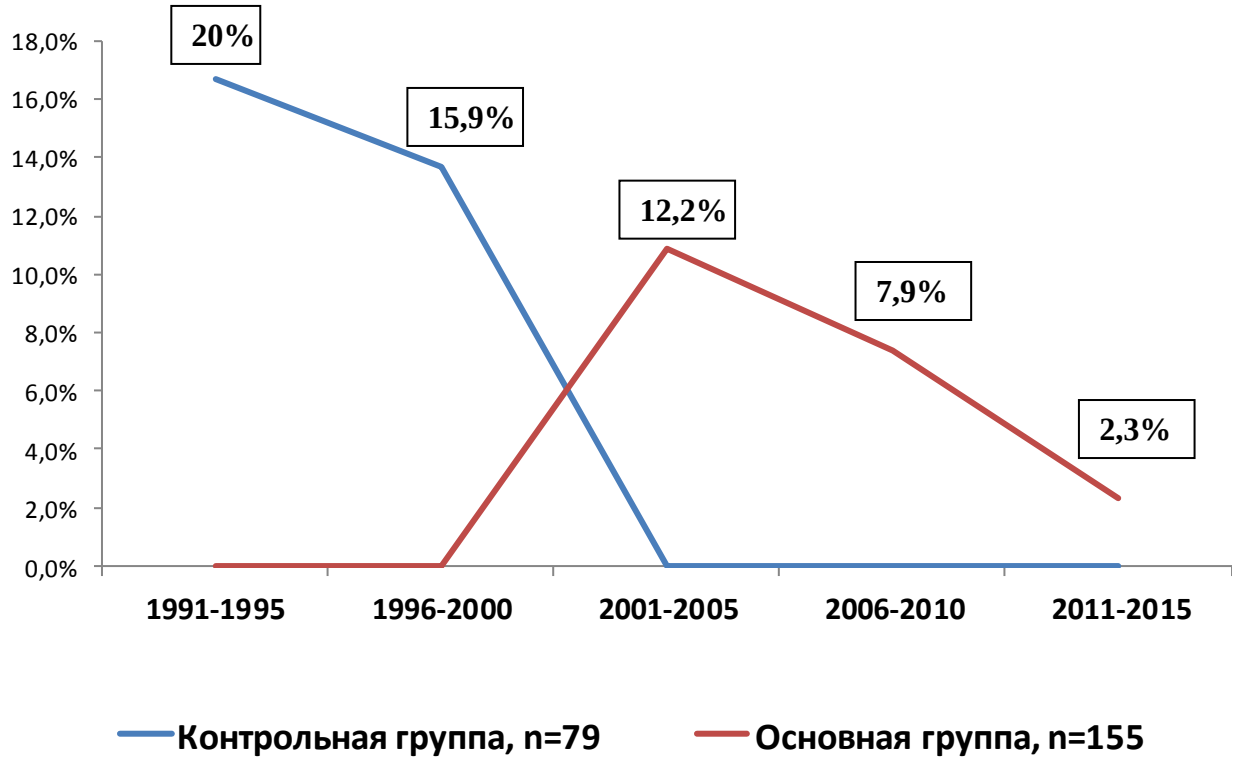


Рис. 8. Динамика снижения частоты летальных исходов после экстирпации пищевода с гастропластикой.

Статистический анализ показал, что такая динамика снижения частоты летальных исходов в контрольной группе в период с 1996-2000 года по сравнению с 1991-1995 года была недостоверной (χ^2=0.2237, p=0.636).

Статистический анализ достоверности динамики снижения частоты летальных исходов в контрольной и основной группе позволил выявить следующее:

- недостоверное снижение летальных исходов в период с 2001-2005 года по сравнению с 1991-2000 годами – χ^2=0.688, p=0.406;
- недостоверное снижение летальных исходов в период с 2006-2010 года по сравнению с 1991-2000 – χ^2=2.895, p=0.088;
- достоверное снижение частоты летальных исходов удалось достичь только в период с 2011-2015 года по сравнению с 1991-2000 – χ^2=6.121, p=0.013.

На основании данной научно-исследовательской работы, возможно сформулировать основные принципы гастроэзофагопластики на современном этапе медицинской науки:

1. Необходима адекватная оценка возможности формирования трансплантата из желудка путем тщательного изучения его анатомических особенностей, ангиоархитектоники, а также характере ранее перенесенных хирургических вмешательств на желудке;
2. Обязательно выполняется мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру, которая позволяет достичь оптимальной подвижности перемещаемого гастротрансплантата;
3. Необходимо сохранение двух питающих артерий: правой желудочной и правой желудочно-сальниковой для улучшения кровоснабжения гастротрансплантата;
4. Необходимо сохранять антральный отдел желудка для обеспечения резервуарной и эвакуаторной функции гастротрансплантата;
5. Применение прецизионной техники при ушивании малой кривизны желудка позволяет избежать деформации трансплантата, а также удлиняет его на 6-7 см;
6. При создании гастротрансплантата его проксимальную часть необходимо формировать шириной не менее 4 см для сохранения оптимальной коллатеральной внутристеночной связи, что улучшает кровоснабжение в области пищеводного анастомоза;
7. Формирование пищеводного анастомоза на шее должно быть одномоментным, при этом необходима минимальная мобилизация культи пищевода и адекватное сопоставление сшиваемых органов

Однако считаем, что невозможно достичь хороших результатов только одним совершенствованием техники экстирпации пищевода. Необходим комплексный подход, направленный на все этапы нахождения пациента в стационаре. В связи с чем необходимо соблюдение следующих правил для достижения оптимального результата:

1. Комплексное обследование больных с использованием всех современным методов диагностики на дооперационном этапе;
2. Адекватная предоперационная подготовка с целью профилактики бронхо-легочных, сердечно-сосудистых, тромбо-эмболических, гнойно-септических осложнений.

3. Коррекция сопутствующей соматической патологии, выявленных водно-электролитных нарушений и белкового обмена;

4. Правильное определение показаний и противопоказаний к операции;

5. Адекватность анестезиологического пособия (тотальная комбинированная внутривенная анестезия в сочетании с длительной перидуральной анальгезией);

6. Адекватный выбор хирургического доступа;

7. Правильное определение объема хирургического вмешательства на пищеводе;

8. Адекватный выбор способа формирования трансплантата и анастомоза;

9. Комплексное ведение послеоперационного периода, направленное на профилактику всех групп осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Экстирпация пищевода характеризуется высокой частотой различных послеоперационных осложнений, достигающих 59,4%, основными причинами которых являются: исходное тяжелое состояние больных; высокая частота клинически значимой сопутствующей патологии; длительность и травматичность хирургического вмешательства, а также выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде;

2. Предложенная систематизация послеоперационных осложнений позволила разработать оптимальный комплекс мероприятий, направленный на их профилактику на всех этапах хирургического лечения больных с заболеваниями пищевода;

3. Анализ послеоперационных осложнений в зависимости от нозологии показал, что наиболее часто они развились у пациентов с опухолями пищевода. Изучение структуры послеоперационных осложнений экстирпации пищевода показало, что бронхо-легочные развились у 46,6%, специфические у 22,2%, гнойно-воспалительные у 18,4%, сердечно-сосудистые у 10,3%, тромбо-эмболические у 5,6%, кровотечения у 2,9% и прочие осложнения у 5,9% больных.

4. Разработка нового способа формирования гастротрансплантата позволяет создать изоперистальтическую трубку из большой кривизны желудка с адекватным кровоснабжением, сохраненной резервуарно-эвакуаторной функцией и достаточной длины для создания внеполостных шейных анастомозов.

5. Внедрение в клиническую практику нового способа формирования гастротрансплантата позволило достоверно ($\chi 2=29.9$, $p<0.001$) уменьшить частоту специфических осложнений с 43% в контрольной до 11,6% в основной группе, а также гнойно-воспалительных осложнений ($\chi 2=34.61$, $p<0.001$) с 39,2% до 7,7% соответственно.

6. Рентгенологическое и радиоизотопное исследование гастротрансплантата, сформированного по оригинальной методике, показало у всех исследованных больных порционно-ритмичный и замедленный тип

эвакуации бария и радиофармпрепарата из дистальной части желудочной трубки, что свидетельствует об адекватной резервуарно-эвакуаторной функции.

7. Разработка и внедрение комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленный на оптимизацию предоперационной подготовки, анестезиологического и хирургического пособия, послеоперационного ведения больных с заболеваниями пищевода, позволило достоверно ($\chi 2=5.277$, $p=0.021$) уменьшить частоту летальных исходов с 17,7% в контрольной до 7,7% в основной группе.

8. Изучение общей структуры причин летальных исходов после экстирпации пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой показало, что у 42,3% к фатальному результату привели гнойно-септические осложнения, у 34,6% - сердечно-сосудистые и тромбоэмболические осложнения, у 15,4% - бронхо-легочные осложнения, у 3,8% - острая печеночная недостаточность и у 3,8% - интраоперационное повреждение трахеи и бронха.

9. Внедренный в клиническую практику новый способ формирования гастротрансплантата позволил достоверно ($\chi 2=4.607$, $p=0.031$) снизить долю гнойно-воспалительных и специфических осложнений в структуре летальности с 50% в контрольной до 33,3% в основной группе.

SCIENTIFIC COUNCIL DSc.27.06.2017.Tib.49.01 at REPUBLICAN SPECIALIZED CENTER OF SURGERY NAMED AFTER ACADEMICIAN V. VAKHIDOV and TASHKENT MEDICAL ACADEMY on AWARD of SCIENTIFIC DEGREES

REPUBLICAN SPECIALIZED SURGERY CENTER NAMED AFTER ACADEMICIAN V. VAKHIDOV

LIGAY RUSLAN EFIMOVICH

MODERN PRINCIPLES OF GASTROESOPHAGOPLASTICS IN RECONSTRUCTIVE SURGERY OF THE ESOPHAGUS

14.00.27 – Surgery

ABSTRACT OF DOCTORAL DISSERTATION (DSc)
ON MEDICAL SCIENCES

TASHKENT – 2017

Subject of doctoral dissertation (DSc) is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the № B2017.1.Dsc/Tib105

The dissertation carried out at the Republican specialized surgery center named after academician V. Vakhidov.

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

Research consultant:	**Nizamkhodzhaev Zayniddin Mahamatovich** doctor of medical science, professor
Official opponents:	**Chernousov Alexander Fedorovich** doctor of medical science, professor
	Juraev Mirjalol Dehkanovich doctor of medical science, professor
	Khakimov Murod Shavkatovich doctor of medical science, professor
Leading organization:	**Federal State Budgetary Institution «National medical research center of oncology named after N.N.Petrov», Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia**

Defense will take place at 29th september 2017 year 14^{00} at the meeting of scientific council DSc.27.06.2017.Tib.49.01 at the Republic Specialized Center of Surgery named after acad. V.Vahidov and Tashkent Medical Academy (address: 100115, Uzbekistan, Tashkent, Small circular str., 10. Phone: (+998971) 277-69-10; fax: (+998971) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

Doctoral dissertation is possible to review in the information-resource centre at the Republic Specialized Center of Surgery named after acad. V.Vahidov (registration №16). Address: 100115, Uzbekistan, Tashkent, Small circular str. 10. Phone: (+998971) 277-69-10; fax: (+998971) 277-26-42.

Abstract of dissertation sent out on 16 september 2017 year

(mailing report № 16 at 16 september 2017 year)

Nazyrov F.G.
Chairman of scientific council on award
of scientific degrees,
doctor of medical science, professor

Babadjanov A.Kh.
scientific secretary of scientific council on award
of scientific degrees,
doctor of medical science

Devyatov A.V.
Chairman of scientific seminar under scientific council
on award of scientific degrees,
doctor of medical science, professor

INTRODUCTION (abstract of DSc thesis)

The urgency and relevance of the dissertation topic. Despite significant achievements and progressing perfection of surgical technique, reconstructive surgery of the esophagus continues to be one of the most difficult areas in thoraco-abdominal surgery, with the most significant successes achieved in recent decades, due to the introduction of new technologies, improved diagnostic methods, the success of anesthesiology and reanimatology.

In the initial period of the development of esophagus surgery, the focus was on the resection stage, which included solving such problems as determining optimal surgical access, providing anesthesia, resection technique, and esophagia extirpation. Currently, the most important point is the so-called reconstructive-recovery stage, which includes the choice of an organ for plasty of the esophagus, the method of forming a transplantant and esophageal anastomoses.

The most common intervention in surgery of esophageal cancer and its benign strictures is subtotal extirpation of the esophagus with gastroesophageal plastic surgery, because due to its plastic qualities and characteristics of blood supply, the stomach is considered to be the optimal organ for the formation of a graft. However, still in 5-10% of cases partial or total necrosis of the transplant occurs, which often ends fatal due to the development of purulent mediastinitis and empyema of the pleura. The transfer of the gastric transplantant to the neck requires extensive mobilization of the stomach and is accompanied by ligation of some of the main vessels feeding it, which explains such common complications as ischemic necrosis of the transplantant and the inconsistency of the esophageal-gastric anastomosis, which on the average are 7-20%.

The aim of the research work is improve the results of surgical treatment of patients with esophageal diseases by improving perioperative management, development and introduction a new method for the formation of a gastrotransplant.

The tasks of research:

To study the frequency, nature and causes of postoperative complications of esophagus extirpation with one-stage esophagogastroplasty depending on the primary pathology of the esophagus.

To study the structure of specific and purulent-inflammatory complications of esophagus extirpation with one-stage esophagogastroplasty.

To systematize various postoperative complications into groups with reference to esophagus extirpation with one-stage esophagogastroplasty.

To develop a set of therapeutic and prophylactic measures aimed at reducing the frequency of postoperative complications of esophagus extirpation with one-stage esophagogastroplasty.

To develop and introduce into clinical practice a new method for the formation of a graft from the stomach during esophageal extirpation with one-stage esophagogastroplasty.

To study the functional state of the gastrotransplant, formed according to the original technique by studying its reservoir evacuation function after esophagoplasty.

To study the effectiveness of the proposed treatment and prophylactic measures by a comparative evaluation of postoperative complications of esophagus extirpation with one-stage esophagogastroplasty.

To study the structure of the causes of lethal outcomes after esophagus extirpation with one-stage esophagogastroplasty and to determine the ways of their prevention.

The object of the research work. 234 patients with diseases of the esophagus who were on inpatient treatment in the JSC "Republican Specialized Center for Surgery named after Academician V.Vakhidov" in the period from 1991 to 2015 were present.

Scientific novelty of the research work:

A complex interrelation between the main causes leading to necrosis of transplantation and insufficiency of esophageal anastomoses after plasty of the esophagus is revealed, on the basis of which the main modern principles of gastroesophageplasty are formulated.

Systematized groups of postoperative complications after reconstructive-reconstructive operations on the esophagus, that would make a set of measures for their prevention.

A new technique for the formation of a graft from the large curvature of the stomach in the case of esophagus extirpation with one-stage esophagogastroplasty has been developed.

The reservoir and evacuation function of a gastrotransplant with a preserved antrum stomach was studied.

A set of therapeutic and prophylactic measures was developed in the perioperative management of patients, aimed at reducing the frequency of postoperative complications and lethality.

The outline of the thesis.

Scientific significance is determined by the fact that the best results of correctional scientific research and effectiveness for the treatment of diseases of the esophagus, including in other fields of science, in practical preservation and training, in particular in the practice of surgical departments, both plan and emergency medical services. The results of the work will make it possible to improve the content and structure of the program for the study of students, as well as magisters, clinical courses and courses in the treatment of diseases of the esophagus.

The practical value of the work lies in the fact that the recommended set of curative preventive measures has improved the results of surgical treatment of esophagus diseases, significantly shorten the part of postoperative complications and lethality, and also reduce the length of stay of patients in the hospital.

The introduction of the proposed set of therapeutic and prophylactic measures made it possible to reliably reduce the development of all groups of postoperative complications, which in turn reduced the number of deaths after reconstructive operations on the esophagus.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS
I бўлим (I часть; I part)

1. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Бабаханов А.Т., Эшонходжаев О.Д. Способ формирования гастротрансплантата при эзофагопластике // Агентство по интеллетуальной собственности республики Узбекистан Патент №IAP 03872.
2. Хаджибаев А.М., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Асамов Х.Х. Хирургическая тактика при стенозирующем рефлюкс-эзофагите // Хирургия Узбекистана. - Ташкент, 1999 - №1 – С. 104-107 (14.00.00, №9).
3. Хаджибаев А.М., Низамходжаев З.М., Янгиев Б.А., Лигай Р.Е. Принципы хирургического лечения кардиоспазма и ахалазии кардии // Хирургия Узбекистана. - Ташкент, 2003 - №2 - С. 45-49 (14.00.00, №9).
4. Низамходжаев З.М., Худайбергенов А.М., Лигай Р.Е., Гулямов О.М., Бекчанов Х.Н., Цой А.О., Эшонходжаев О.Д. Сравнительный анализ частоты недостаточности пищеводных анастомозов после различных вариантов эзофагопластики // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - Ташкент, 2006 - №1 - С. 41-45 (14.00.00, №17).
5. Худайбергенов А.М., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Бабаханов А.Т., Хаджибаев Ж.А., Бекчанов Х.Н., Цой А.О. Особенности послеоперационных осложнений после радикальных операций по поводу рака пищевода // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - Ташкент, 2006 - №1 - С. 54-58 (14.00.00, №17).
6. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Бабаханов А.Т. Хирургическое лечение рака пищевода // Хирургия Узбекистана. - Ташкент, 2006 - №2 - С. 34-39 (14.00.00, №9).
7. Хаджибаев А.М., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Гулямов О.М., Шагазатов Д.Б., Бекчанов Х.Н. Сравнительная характеристика различных вариантов пищеводных анастомозов при эзофагопластике // Хирургия Узбекистана. - Ташкент, 2007 - №1 - С. 47-51 (14.00.00, №9).
8. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Д.А., Бекчанов Х.Н., Абдуллаев Д.С., Мирзакулов А.Г., Им В.М. К вопросу выбора тактики хирургического лечения сочетанных постожоговых рубцовых стриктур пищевода и желудка // Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2011 - №3 - С. 40-43 (14.00.00, №11).
9. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Абдуллаев Д.С. Хирургическое лечение сочетанных постожоговых рубцовых стриктур пищевода и желудка // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. - Томск, 2012 - №3 - С. 61-65 (14.00.00, №35).
10. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Нигматуллин Э.И. Характер специфических осложнений после эзофагопластики у больных с заболеваниями пищевода // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент, 2016 - №2 - С. 17-20 (14.00.00, №17).

11. Nizamkhodjaev Z.M., Ligay R.E., Khadjibaev J.A., Tsoy A.O., Nigmatullin E.I. Character of specific postoperative complications of esophagus extirpation with simultaneous gastroplasty // European Science review. - Vienna, Austria, 2016 - №5-6 – P. 49-56 (14.00.00, №19).

12. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И. Особенности специфических послеоперационных осложнений экстирпации пищевода с одномоментной гастропластикой // Вестник современной клинической медицины. - Казань, Россия, 2016 - том 9, выпуск 4 - С. 39-42 (14.00.00, №24).

13. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Нигматуллин Э.И. Специфические осложнения после эзофагопластики у больных с заболеваниями пищевода // Журнал теоретической и клинической медицины. –Ташкент, 2016 - том 9, выпуск 4 - С. 39-42 (14.00.00, №3).

II бўлим (II часть; II part)

1. Низамходжаев З.М., Назырова Л.А., Лигай Р.Е., Арифжанов А.Ш., Цой А.О. Программа для выбора профилактики и тактики лечения при реконструктивно-восстановительных операциях на пищеводе // Агентство по интеллетуальной собственности республики Узбекистан, свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин № DGU 03653

2. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Гулямов О.М., Цой А.О. Оптимизация результатов лечения органических осложнений после восстановительных операций на пищеводе // Материалы конференции, посвященной 75 летию ТашИУВ «Актуальные проблемы последипломной подготовки врачей и новые горизонты медицины», Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент, 2007 - №2 - С. 235-237

3. Лигай Р.Е. Гастроэзофагопластика в реконструктивной хирургии пищевода // Материалы конференции, посвященной 75 летию ТашИУВ «Актуальные проблемы последипломной подготовки врачей и новые горизонты медицины» Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент, 2007 - №2 - 217-219

4. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О. Современные аспекты гастроэзофагопластики в хирургии пищевода // Пластичная и реконструктивная хирургия. - Киев, 2007 - №2 - С. 42-44

5. Назырова Л.А., Лигай Р.Е., Арифжанов А.Ш., Шагазатов Д.Б. К вопросу профилактики бронхолегочных осложнений после радикальных операций по поводу рака пищевода // Пластичная и реконструктивная хирургия. - Киев, 2007 - №2 - С. 67-69

6. Лигай Р.Е. Усовершенствованный способ формирования трансплантата из желудка в хирургии пищевода // Сборник статей и тезисов III межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти академика РАМН, профессора Полуэктова Л.В. - Омск, 2009 - С. 9-13

7. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Бекчанов Х.Н. Результаты

хирургического лечения больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии // Сборник статей и тезисов III межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти академика РАМН, профессора Полуэктова Л.В. - Омск, 2009 - С. 13-17

8. Лигай Р.Е., Бабаханов А.Т., Бекчанов Х.Н., Цой А.О. Выбор способа формирования желудочного трансплантата при гастроэзофагопластике // Материалы научной конференции молодых ученых «Современные методы диагностики и лечения заболеваний в клинике и эксперименте», посвященной 60 летию Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН. – Москва, 2005 - С. 84-85

9. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Бабаханов А.Т., Бекчанов Х.Н., Цой А.О. Принципы формирования гастротрансплантата при эзофагопластике // Сборник трудов международной научно-практической конференции, посвященной 60-летию НЦХ им. Сызганова. Вестник хирургии Казахстана. – Алмата, 2005 - №3 - С. 11

10. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Бабаханов А.Т., Бекчанов Х.Н. Непосредственные результаты хирургического лечения рака пищевода // Сборник трудов международной научно-практической конференции, посвященной 60 летию НЦХ им. Сызганова. Вестник хирургии Казахстана. – Алмата, 2005 - №3 - С. 58

11. Ligay R.E., Gulamov O.M., Khojbayev Zh.A. Method of esophageal anastamotic formations in esophageal extirpation for esophageal cancer // Сборник трудов IX-Международного Евроазиатского конгресса хирургов и гастроэнтерологов. - Баку, 2006 - С. 95-96

12. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Кадырова В., Бабаханов А.Т., Бекчанов Х.Н. Эффективность небулайзерной терапии в профилактике бронхолегочных осложнений после эзофагопластики // Сборник трудов IX-Международного Евроазиатского конгресса хирургов и гастроэнтерологов. - Баку, 2006 - С. 97-98

13. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Бабаханов А.Т., Хаджибаев Ж.А., Эшонходжаев О.Д. Способ формирования гастротрансплантата при эзофагопластике // Сборник трудов VI научно-прак. конф. «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи». - Ургенч, 2006 - С. 392

14. Лигай Р.Е., Низамходжаев З.М., Арифжанов А.Ш., Бабаханов А.Т., Цой А.О. Профилактика бронхо-легочных осложнений после радикальных операций по поводу рака пищевода // Сборник трудов VI научно-прак. конф. «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи». – Ургенч, 2006 - С. 291

15. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Бабаханов А.Т., Хаджибаев Ж.А., Бекчанов Х.Н., Эшонходжаев О.Д. Новый способ формирования гастротрансплантата при эзофагопластике // Сборник трудов научно-практической конференции «Вахидовские чтения - 2006», Наманган, октябрь 2006г, Хирургия Узбекистана - 2006 - №3 - С.19-20

16. Низамходжаев З.М., Назырова Л.А., Лигай Р.Е., Кадырова В.,

Бабаханов А.Т. Небулайзерная терапия в профилактике бронхо-легочных осложнений после эзофагопластики // Сборник трудов научно-практической конференции «Вахидовские чтения - 2006», Наманган, октябрь 2006г, Хирургия Узбекистана, 2006 - №3 - С.66

17. Nizamkhodjaev Z.M., Ligay R.E., Eshonkhodjaev O.D. A new metod of gastroesophagoplasty in restorative surgery of the esophagus // 42-nd World Congress of the International Society of surgery. ISS/SIC, 26-30 august 2007. Montreal. Canada, Book of Abstracts - P. 197-198

18. Лигай Р.Е. Способ формирования гастротрансплантата в реконструктивно-восстановительной хирургии пищевода // Материалы V-Съезда онкологов и радиологов стран СНГ. - Ташкент, 14-16 мая 2008 - С. 307

19. Низамходжаев З.М., Назырова Л.А., Лигай Р.Е., Арифжанов А.Ш. Профилактика бронхо-легочных осложнений в хирургии опухолей пищевода // Материалы V-Съезда онкологов и радиологов стран СНГ. – Ташкент, 2008 - С. 209

20. Хаджибаев А.М., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б. Характер послеоперационных осложнений при хирургическом лечении рака пищевода // Материалы V-Съезда онкологов и радиологов стран СНГ, Ташкент, 14-16 мая 2008 - С. 220

21. Хаджибаев А.М., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е. Усовершенствованный способ формирования гастротрансплантата при эзофагопластике // Материалы I Международной конференции по торако-абдоминальной хирургии, посвященная 100-летию со дня рождения Б.В. Петровского, 2008 - С. 251

22. Ligay R.E. Metod of gastroesophagoplasty in reconstructive surgery of esophagus // XI International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology, Baku, 2008 - P. 96

23. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Бекчанов Х.Н., Цой А.О., Султанов П.К. Хирургическое лечение кардиоспазма и ахалазии кардии // Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Актуальные вопросы неотложной хирургической гастроэнтерологии», 3-5 ноября 2010 года, Геленжик, Краснодарсий край, Россия. Вестник хирургической гастроэнтерологии, №3 - 2010 - С. 111

24. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е. Результаты усовершенствованного способа формирования гастротрансплантата при субтотальной экстирпации пищевода // Сборник тезисов XII международного Евроазиатского конгресса хирургов и гастроэнтерологов, Баку, 2011 - С. 73-74

25. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е. Способ формирования гастротрансплантата при реконструктивно-восстановительных операциях на пищеводе // Материалы международного конгресса «Инновационные технологии и прогресс в медицине», Астана, Казахстан, Клиническая медицина Казахстана, 2011 - №3 - С. 208

26. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Бекчанов Х.Н., Хаджибаев Ж.А., Цой А.О. Экстирпация пищевода в реконструктивной хирургии больных с

запущенными стадиями кардиоспазма и ахалазии кардии // Материалы международного конгресса «Инновационные технологии и прогресс в медицине», Клиническая медицина Казахстана. – Астана, 2011 - №3 - С. 230

27. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е. Результаты модифицированного способа формирования гастротрансплантата при субтотальной экстирпации пищевода // Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии». Вестник хирургической гастроэнтерологии. - Геленжик, 2011 - №3 - С. 124-125

28. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е. Экстирпация пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой в реконструктивно-восстановительной хирургии пищевода // Материалы III конгресса хирургов Казахстана, Вестник хирургии Казахстана. - Алмата, 2012 - № 1, С. 44

29. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е. Совершенствование технических аспектов реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе // Материалы научно-практической конференции Вахидовские чтения - 2012. Хирургия Узбекистана. – Самарканд, 2012 - №3 - С. 60-61

30. Лигай Р.Е. Экстирпация пищевода в хирургическом лечении больных с тотальными постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода // Материалы научно-практической конференции Вахидовские чтения, Хирургия Узбекистана. – Самарканд, 2012 - №3 - С. 38-39

31. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Абдуллаев Д.С., Султанов Ш.И., Тилемисов Р.О. Показания к экстирпации пищевода у больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода // Материалы VII научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии», посвященной памяти академика Л.В. Полуэктова. - Омск, 2013 - С. 45-46

32. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Бекбулатов М.Р., Абдурахманов З.М., Мажидов А.К. Осложнения пластики пищевода у больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода // Материалы VII научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии», посвященной памяти академика Л.В. Полуэктова. - Омск, 2013 - С. 47-48

33. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Бекбулатов М.Р. Гастроэзофагопластика в реконструктивно-восстановительной хирургии пищевода // Материалы III Международного конгресса «Актуальные направления современной кардио-торакальной хирургии». - Санкт-Петербург, 2013 - С. 190

34. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Бекбулатов М.Р. Опыт эзофагогастропластики в реконструктивно-восстановительной хирургии пищевода // Сборник трудов II межрегиональной конференции «Актуальные вопросы абдоминальной хирургии и гастроэнтерологии». - Томск, 2013 - С. 202

35. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Цой А.О., Султанов Ш.И. Экстирпация пищевода в хирургическом лечении тотальных постожоговых рубцовых стриктур пищевода // Сборник трудов XIII Международного конгресса хирургов и гастроэнтерологов. - Баку, 2013 - С. 222

36. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е. Экстирпация пищевода в реконструктивно-восстановительной хирургии пищевода // Материалы VI конгресса хирургов Казахстана «Хирургия XXI века. Настоящее и будущее». Вестник хирургии Казахстана. – Алмата, 2015 - №1- С. 106-107

37. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е. Результаты гастроэзофагопластики у больных с заболеваниями пищевода // Сборник научных трудов, IX межрегиональной конференции, посвященной памяти академика РАМН, профессора Л.В. Полуэктова «Актуальные проблемы хирургии». - Омск, 2015 - С. 13-14

38. Лигай Р.Е., Низамходжаев З.М., Цой А.О., Ажимуратов М.Т. Результаты экстирпации пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой // Материалы 42 Научной сессии ЦНИИГ «Принципы доказательной медицины в клинической практике». - Москва, 2016, С. 56-57

39. Лигай Р.Е., Низамходжаев З.М., Цой А.О., Ажимуратов М.Т. Непосредственные результаты экстирпации пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой // Материалы IX Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. – Минск, 2016, С. 395

40. Лигай Р.Е., Низамходжаев З.М., Цой А.О., Ажимуратов М.Т. Характер послеоперационных осложнений после экстирпации пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой // Материалы IX Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. - Минск, 2016 - С. 396.

Автореферат «Шошилинч тиббиёт ахборотномаси» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди