

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

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

ЦОЙ АЛЕКСЕЙ ОЛЕГОВИЧ

**ҚИЗИЛЎНГАЧ ПЛАСТИКАСИДАН КЕЙИНГИ ҚИЗИЛЎНГАЧ
ЧОКЛАРИНИ ЧАНДИҚЛИ ТОРАЙИШИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА
ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ЙЎЛЛАРИ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТОШКЕНТ - 2019

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Цой Алексей Олегович

Қизилўнғач пластикасида кейинги қизилўнғач чокларини чандиқли
торайишини олдини олиш ва хирургик даволаш йўллари 3

Цой Алексей Олегович

Пути профилактики и тактика хирургического лечения рубцовых
сужений пищеводных анастомозов после эзофагопластики 21

Tsoy Aleksey Olegovich

The ways of prophylaxis and surgical treatment tactics of cicatricial
strictures of esophageal anastomoses after esophagoplasty 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

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

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

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

ЦОЙ АЛЕКСЕЙ ОЛЕГОВИЧ

**ҚИЗИЛЎНГАЧ ПЛАСТИКАСИДАН КЕЙИНГИ ҚИЗИЛЎНГАЧ
ЧОКЛАРИНИ ЧАНДИҚЛИ ТОРАЙИШИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА
ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ЙЎЛЛАРИ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТОШКЕНТ - 2019

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси Олий аттестация комиссиясида № В2017.1.PhD/Tib118 рақам билан рўйхатга олинган.

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

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

Илмий раҳбар:	Низамходжаев Зайниддин Махаматович тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оппонентлар:	Хакимов Мурод Шавкатович тиббиёт фанлари доктори, профессор Эргашев Бахтиёр Бердалиевич тиббиёт фанлари доктори
Етакчи ташкилот:	А.Н. Сизганов номидаги «Миллий хирургия илмий маркази» АЖ (Қозоғистон Республикаси)

Диссертация ҳимояси академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази ва Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.49.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2019 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru; Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази мажлислар зали).

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

Диссертация автореферати 2019 йил «___» _____ да тарқатилди.
(2019 йил «___» _____ даги ___ рақамли реестр баённомаси).

Ф.Г. Назиров

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

А.Х. Бабаджанов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

А.В. Девятов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзуси долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига қараганда, «2017 йил ҳолатига кўра, операция қилинган қизилўнгач касалликлари (ОҚҚК) эзофагопластикадан сўнг узок муддатларда ривожланадиган турли патологик ҳолатлар мажмуи бўлиб, операция қилинган беморларнинг ҳаёт сифатини пасайтиради»¹. «ОҚҚК сабаблари турлича бўлиб, уларнинг миқдори турли муаллифлар маълумотларига қараганда 15 дан 55% оралиғидаги кўрсаткичга эга»². ОҚҚК сони йилдан йилга ортиб бормоқда, бу анестезиология, реаниматология ҳамда қизилўнгач жарроҳлигининг илдам ривожланиши билан боғлиқ бўлиб, эзофагопластикага бўлган кўрсатмаларни кенгайтириш имконини беради, бунда беморларнинг 23-47% ида сунъий қизилўнгачда такрорий аралашув бажарилиши тақозо этилади. Турли-туман ОҚҚК орасида асосийларидан бири қизилўнгач анастомозлари чандикли торайиши (ҚАЧТ) бўлиб, улар дисфагия ва регургитацияни келтириб чиқаради. Кўплаб тадқиқотларда келтирилган маълумотларга кўра, эзофагопластикадан сўнг бу асорат частотаси 9-40% оралиғида бўлиб, айрим ҳолларда 75% гача етган. Замонавий жарроҳлик ютуқлари ва янги технологияларнинг қўлланилишига қарамай, ҚАЧТ ривожланиш частотаси пасайишга мойил бўлмай, юқориликча қолмоқда.

Жаҳон амалиётида патологик флора, қўлланган тикув материали ва бошқа сабаб-оқибат омилларига боғлиқ равишда чандикли стриктуралар ривожланиши ва уларнинг қайталаниши патогенези хусусиятларини аниқлаш мақсадида тадқиқотлар давом этмоқда. Анастомозланиш соҳасининг қон билан таъминланиши, маҳаллий яллиғланиш реакциясининг ифодаланганлиги, қўлланилган турли материалларни ҳисобга олган ҳолда чандик тўқамаси шаклланишининг морфологик ва иммуногистокимёвий жиҳатларини ўрганишга алоҳида эътибор берилмоқда. Эзофагопластикадан сўнг қизилўнгач анастомозлар чандикли торайишининг олдини олиш борасидаги муаммолар ечимини доимий равишда излаш зарурати ва уларни даволаш тактикасида ягона ёндашувнинг мавжуд эмаслиги ушбу муаммони ўрганишни давом этиш ва бу тоифадаги беморларни даволаш бўйича жарроҳлик тактикасини дифференциациявий такомиллаштириш учун асос бўла олади.

Мамлакатимиз соғлиқни сақлаш соҳаси ривожланишининг ҳозирги босқичида даволаш натижаларни яхшилаш ва аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам ҳажмини кенгайтириш борасида кўплаб чора-тадбирлар амалга ошириб борилмоқда, хусусан, ҚАЧТ бўлган беморларни ташхислаш ва даволаш сифатининг олдини олиш борасида ижобий натижаларга эришилган. «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг

¹ Shahi AS, Behdad B, Esmaili A, Moztarzadeh M, Peyvandi H. Esophageal stenting in caustic injuries: a modified technique to avoid laparotomy // Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2015. – V. 63. – P. 406-418

² Kim, J. H. Benign strictures of the esophagus and gastric outlet: interventional management / J. H. Kim, J. H. Shin, H. Y. Song // Korean. J. Radiol. – 2010. – Vol. 11, № 5. – P. 497–506.

бешта устувор йўналишлар бўйича ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг заиф гуруҳларининг тўлақон ҳаёт кечиришини таъминлаш мақсадида тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган»¹. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, тактикани такомиллаштириш, каминвазив ва жарроҳлик даволашдаги янги усулларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш йўли билан қизилўнгач анастомозлари чандикли стриктуралари бўлган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш долзарб йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилиш тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чоратадбирлари тўғрисида»ги Фармони, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чоратадбирлари тўғрисида»ги қарори, Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 10 майдаги 266-сон «Жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлашни ташкил этиш илмий-тадқиқот институти фаолияти тўғрисида»ги қарори ва бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Predescu I² фикрига кўра, «операция қилинган қизилўнгач касалликлари қизилўнгач пластикадан сўнг турли муддатларда ривожланиб, унинг учраш частотаси 21,4 билан 55% оралиғида тебранади». «Эзофагопластикадан сўнг узок муддатларда 23,5 дан 47% гача беморлар сунъий қизилўнгачдаги такрорий аралашувга эҳтиёж сезади» (Singhal S.³). ОҚҚК муаммоси доимо долзарб бўлиб, клиник амалиётда эзофагопластика бор экан, долзарблигича қолаверади. «Афсуски, ҳозирга қадар ҳам сунъий қизилўнгачни шакллантириш, ҳам операциядан кейинги яқин муддатларда пайдо бўладиган асоратларнинг эҳтимолини йўққа чиқариш имкони мавжуд эмас» (Ananthakrishnan N.⁴). қониқарсиз натижалар мавжудлиги туфайли қайта реконструкцияга муҳтож у ёки бу микдордаги касаллар гуруҳи пайдо бўлади.

Сунъий қизилўнгач билан яшовчи беморлар сони ортиши билан у билан боғлиқ касалликлар бўлган беморлар сони ҳам ортаверади. Беморларнинг тақдири оғиз орқали овқатланиш қанчалик тез ва сифатли тикланишига

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

² 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.

³ Singhal S., Hasan S. S., Cohen D.C., Pfanner T. Multi-disciplinary approach for management of refractory benign occlusive esophageal strictures // Therap. Adv. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 6, № 5. – P. 365–370.

⁴ Ananthakrishnan N., Subbarao K.S., Parthasarathy G., Kate V., Kalayarasan R. Long term results of esophageal bypass for corrosive strictures without esophageal resection using a modified left colon esophagocoloplasty--a report of 105 consecutive patients from a single unit over 30 years // Hepatogastroenterology. 2014 Jun. – V. 61. – P. 1033-1041.

боғлиқ бўлаиб қолади. Шу муносабат билан, ОҚҚК катта ижтимоий аҳамият касб этади. Said A.¹ бошчилигидаги тадқиқотчилар эзофагопластикадан сўнг анастомоз торайиши бўлган 25 нафар беморнинг эндоскопик усулда муваффақиятли даволангани тўғрисидаги маълумотларни келтиришади. Шу муносабат билан муаллифлар даволашни каминвазив усуллардан бошлашни таклиф этадилар, аммо натижалар қониқарсиз бўлганида такрорий жарроҳлик аралашувларга эҳтиёж сезилади. Тавадов А.В.² қизилўнгач-ошқозон ва қизилўнгач-ичак анастомозлари стриктуралари бўлган 98 нафар беморда, А.Ф. Черноусов³ эса қизилўнгач анастомози чандикли торайиши бўлган 126 нафар беморда эндоскопик даволаш усуллари қўлладилар, улардан 58 тасида амалиёт эзофагопластикадан сўнг бажарилди. Олинган натижалар таҳлил қилинганда, муаллифлар хулоса қилишдики, эндоскопик даволаш усуллари қайта реконструктив аралашувларнинг реал муқобили бўла олади, аммо рестеноз ривожланмаслигига кафолат бера олмайди.

Адабиётлар таҳлили кўрсатишича, қизилўнгач бирламчи пластикаси натижалари сезиларли равишда яхшиланган, бунда техник бажарилиши қулай бўлган каминвазив ва жарроҳлик усуллари ёрдамида қизилўнгач анастомозларининг чандикли торайиши янги усуллари ишлаб чиқиш асосий долзарб ва ҳал қилувчи муаммо бўлиб турмоқда, бу эса ушбу асоратлар ривожланишининг сабаб-оқибат омилларини янада ўрганиш ва шунга мувофиқ даволаш-ташхислаш тактикасини такомиллаштиришни талаб этади.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертацион тадқиқот академик В.Вохидов номидаги Республика ихтисолаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази илмий-тадқиқот иш режаларининг «Қизилўнгач касалликлари ва ошқозон кардиясида дисфагия синдромини ташхислаш, консерватив ва жарроҳлик йўли билан даволашга бўлган методик асослар ва комплекс ёндашувларни ишлаб чиқиш» мавзусидаги АТСС 3.4 (2012-2014йй.) ва «Қизилўнгач жарроҳлиги ва ошқозон кардиясини реконструктив-тиклаш жарроҳлигида анастомозларни шакллантириш усуллари ишлаб чиқиш ва такомиллаштириш» мавзусидаги АДСС 15.3.5 (2015-2017) илмий-амалий ишлари режасига мувофиқ бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади каминвазив ва жарроҳлик даволаш усуллари такомиллаштириш ҳамда янгиларини ишлаб чиқиш орқали қизилўнгач анастомозлари чандикли стриктуралари бўлган беморларни жарроҳлик усулида даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

эзофагопластика тури ва қизилўнгач туташувлари турларига қараб қизилўнгач анастомозлари чандикли торайишлари ривожланиш частотасини

¹ Said A., Brust D.J., Gaumnitz E.A., Reicheldefefer M. Prediction of early recurrence of benign esophageal strictures //Am. J. Gastroenterol. -2013. -V. 98. -N 6. -P. 1252-1256.

² Тавадов А.В. Хирургическая реконструкция стенозированного шейного соустья искусственного пищевода: Дис. к-та мед. наук. Москва, 2014. – 163 с.

³ Черноусов А.Ф., Ручкин Д.В., Черноусов Ф.А. Завершение эзофагопластики путем ремобилизации трансплантата //Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - 2015. - №8 - С.71-75.

ўрганиш;

чандикли торайишларнинг анъанавий ва қия-кўндаланг анастомозларнинг операциядан кейинги етишмовчилиги частотасига боғлиқлигини ўрганиш;

каминвазив ва жарроҳлик коррекциясининг турли усуллари киритиб, қизилўнғач анастомозлари чандикли торайишлари бўлган беморларни даволашнинг дифференциациявий тактикасини ишлаб чиқиш;

қизилўнғач анастомозлари чандикли торайишлари бўлган беморларда реконструктив операциянинг янги усулини ишлаб чиқиш ва унинг самарадорлигини аниқлаш;

қизилўнғач анастомозлари чандикли торайишлари бўлган беморлар учун оптимал даволаш-тактик алгоритмини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 1991 йилдан 2015 йилга қадар академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисолаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказида қизилўнғачдаги турли патология сабабли эзофагопластика бажарилган 393 нафар беморлар хизмат қилган. Узоқ муддатларда 3 ойдан 39 йилгача бўлган муддатда, 1991 дан 2015 йилгача муддатда стационар даволанган 238 нафар бемор текширилган.

Тадқиқотнинг предмети бўлиб қизилўнғач анастомозлари чандикли торайишлари бўлган беморларни каминвазив ва жарроҳлик усулларида даволаш натижаларининг таҳлили ҳисобланади.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни ечиш учун қуйидаги усуллар қўлланган: клиник, биокимёвий, инструментал, морфологик ва статистик усуллар.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

операциядан кейинги асоратлар, жумладан, узоқ муддатларда чандикли торайишлар хавфи миқдорини камайтириш имконини берадиган қизилўнғач анастомозларини шакллантириш усули ишлаб чиқилган;

қизилўнғач анастомозлари чандикли стриктуралари бўлган беморларни даволашнинг янги реконструктив операция усули ишлаб чиқилган;

фақат эндоскопик назорат билан рентгенологик мониторингсиз бужлашни ўтказиш учун қизилўнғач бужи такомиллаштирилган;

эзофагопластика тури ва қизилўнғач анастомози вариантга қараб қизилўнғач анастомозлари чандикли торайишлари ривожланиши хусусиятлари очиқ берилган;

қизилўнғач анастомозлари етишмовчилиги ривожланиши частотаси ва узоқ муддатлардаги чандикли торайишлари шаклланиши ўртасидаги патогенетик алоқа исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

эзофагопластика тури, қизилўнғач анастомозлари вариантлари ва операциядан кейинги асоратлар характериға қараб, қизилўнғач анастомозлари чандикли торайишлари ривожланиши хавфи омиллари аниқланган;

турли вариантдаги эзофагопластика натижалари ўрганилган, бу

қизилўнғач анастомозлари чандиқли торайишлари ривожланишининг олдини олишнинг асосий жиҳатларини аниқлаш имконини берган;

бўйинда қия-кўндаланг қизилўнғач туташувларини шакллантириш усуллари такомиллаштирилган, бу етишмовчилик частотасини ва шунга мувофиқ чандиқли торайишлар ривожланиши эҳтимолини камайтириш имконини берган;

қизилўнғач чандиқли торайишини бужлаш методикаси такомиллаштирилган, бу эса фақат эндоскопик назорат остида амалиётларни бажариш ҳисобига шифокор ва беморнинг нурланишини бартараф этган;

қизилўнғач анастомозлари чандиқли торайишларида каминвазив аралашувлар усулини танлаш тактик алгоритми ишлаб чиқилган, бу даволаш натижаларини яхшилаш, шунингдек, қизилўнғачдаги такрорий операциялар эҳтимолини қисқартириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги. Тадқиқот натижаларининг ишончилиги қўлланган замонавий, амалиётда кенг қўлланадиган лаборатор, ультратовуш, рентгенологик, морфологик ва эндоскопик усуллар билан тасдиқланган. Олинган барча натижа ва хулосалар далилий тиббиёт тамойилларига асосланган. Статистик қайта ишлов олинган натижалар ишончилигини тасдиқлаган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти илгари сурилган натижа, хулоса ва тавсиялар операция тури, қизилўнғач туташувлари вариантлари, шунингдек, операциядан кейинги асоратлар характерига қараб, бирламчи эзофагопластикадан сўнг қизилўнғач анастомозлари чандиқли торайишлари ривожланиш хусусиятларини ўрганишга катта хисса қўшишидан иборат. Ўтказилган тадқиқот туташувлар чандиқли торайиши ривожланиши хавфини камайтириш учун қизилўнғач анастомозларини шакллантиришнинг янги усуллари, шунингдек, бу асоратларни узоқ муддатларда коррекциялаш учун каминвазив аралашувлар бўйича янги методикаларни ишлаб чиқиш имконини берган. Ишнинг айрим натижалари магистрлар, клиник ординаторлар ва курсантлар учун ОҚҚК бўлган беморларни ташхислаш ва даволаш мавзулари бўйича ўқув дастурлари мазмуни ва тузилишини такомиллаштириш мақсадида қўлланиши мумкин.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, замонавий каминвазив эндоскопик технологияларни дифференциацияланган равишда жорий этиш ҚАЧТда мураккаб такрорий жарроҳлик аралашувларини ўтказишга муҳтож беморлар сонини камайтириш имконини берган. Қизилўнғач анастомозлари чандиқли торайишларини коррекциялашнинг жарроҳлик усуллари такомиллаштириш рестеноз эҳтимолини камайтириш ҳисобига бу тоифадаги беморларни жарроҳлик усули билан даволашнинг бевосита ва узоқ натижаларини яхшилаш имконини берган. Ушбу асоратларни даволаш тактикасини танлаш бўйича ишлаб чиқилган алгоритм каминвазив технологиялар мажмуини оптималлаштириш, ва умуман олганда, жарроҳлик асоратлар частотаси, бу тоифадаги беморларни даволаш ва

реабилитация қилишга сарфланган харажатларни қисқартириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Қизилўнғач анастомозлари чандиқли стриктуралари бўлган беморларни жарроҳлик усулида даволашни яхшилаш бўйича олиб борилган илмий тадқиқот натижалари асосида:

«Қизилўнғач анастомозини қўйиш усули» учун Интеллектуал мулк агентлигининг ихтирога патенти олинган (№IAP 03944). Таклиф этилган усул операциядан кейинги яқин муддатларда ўзига хос асоратлар миқдорини камайтириш ва узоқ натижаларни яхшилаш имконини берган;

«Қизилўнғач анастомозлари чандиқли стриктураларини жарроҳлик билан даволаш усули» учун Интеллектуал мулк агентлигининг ихтирога патенти олинган (№IAP 04834). Ишлаб чиқилган усул қизилўнғач анастомозлари чандиқли стриктуралари сабабли операция қилинган беморлардаги бевосита ва узоқ натижаларни яхшилаш имконини берган;

«Қизилўнғач бужи» учун Интеллектуал мулк агентлигининг фойдали моделга патенти олинган (№FAP 01130). Қизилўнғач анастомозлари чандиқли стриктуралари бўлган беморларда алмашадиган зайтунлар билан эндоскопик бужлаш бўйича такомиллаштирилган методика кам инвазив даволаш натижаларини яхшилаш имконини берган;

қизилўнғач анастомозлари чандиқли торайишлари бўлган беморларни жарроҳлик усулида даволаш натижаларини яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалий фаолияти, хусусан, Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган жарроҳлик илмий-амалий тиббиёт марказининг қизилўнғач ва ошқозон бўлими, Андижон давлат тиббиёт институтининг 3-сонли жарроҳлик бўлимига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 8 ноябрдаги 8н-д/239-сон маълумотномаси). Олинган натижалар эзофагогастроанастомозлар ноқобиллиги частотасини 22,4%дан 8,5%гача ва эзофагоколоанастомозларни 10,4%дан 2,3%гача, шунингдек, қизилўнғач анастомозлари чандиқли стриктуралари ривожланишини 42,3%дан 19,8%гача камайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқот натижалари 14 та илмий-амалий конференцияларда, жумладан, 11 та халқаро ва 3 республика илмий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 44 та илмий иш чоп этилган, шу жумладан, 6 та мақола, улардан 4 таси республика, 2 таси хорижий журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссияси докторлик диссертацияларининг асосий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларда чоп этилган.

Диссертация тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, иккита боб, хулоса, хотима, амалий тавсиялар ва фойдаланган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертация ҳажми 112 саҳифадан иборат.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация ишининг долзарблиги асосланган, тадқиқот мақсади, вазифалари шакллантирилган, тадқиқот натижаларининг илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти келтирилган, тадқиқот натижалари апробацияси ва эълон қилинган ишлар тўғрисида маълумотлар берилган, диссертация ҳажми ва тузилиши ҳақида ахборот келтирилган.

Диссертациянинг биринчи боби **«Операция қилинган қизилўнғач касалликларини даволаш тактикасини аниқлашнинг замонавий жиҳатлари»** деб номланиб, унда ОҚҚК бўлган беморларни даволаш тактикаси муаммолари бўйича илмий маълумотлар батафсил таҳлил қилинди, танқидий баҳоланди, умумлаштирилди ва тизимга солинди, ўз ечимини кутиб турган долзарб муаммолар ўрганилди. Адабиётлар таҳлили натижасида мазкур муаммо бўйича ҳал этилмаган вазифалар аниқланди.

«Материалнинг клиник тавсифи ва тадқиқот усулларининг таҳлили» деб номланган иккинчи бобда клиник материал ва қўлланган тадқиқот усуллари тавсифланган. 1991 йилдан 2015 йилга қадар қизилўнғачдаги турли касалликлар туфайли қизилўнғач пластик жарроҳлигини бошидан ўтказган 393 нафар беморнинг узок натижаларини ўрганиш тажрибаси ишимиз учун асос бўлди. Узок муддатларда, 3 ойдан 39 ёшгача бўлган муддатда қизилўнғач пластикасини бошидан кечирган ва 1991 йилдан 2015 йилга қадар академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослашган илмий-амалий тиббиёт марказида стационар даволанишда бўлган 238 нафар бемор текширувдан ўтказилди.

Назорат гуруҳини 1991 йилдан 2000 йилга қадар операция қилинган 92 нафар бемор ташкил этади. Асосий гуруҳни 2001 йилдан 2015 йилга қадар операция бажарилган 146 нафар бемор ташкил этди.

Асосий гуруҳда қия-кўндаланг қизилўнғач анастомозни шакллантириш бўйича ноёб усул қўлланган.

Беморларга комплекс текширув ўтказилган, улар ҳам умумклиник, ҳам махсус инструментал тадқиқот усулларини ўз ичига олган.

Учинчи боб **«Қизилўнғачдаги реконструкция-қайта тиклаш операцияларидан сўнг қизилўнғач анастомозлар чандик стриктуралари ривожланишининг қиёсий таҳлили»** деб номланган. Узок муддатларда текширилган 238 нафар бемордан 92 тасига (қиёслаш гуруҳи) анъанавий анастомозлар ва 146 тасига (асосий гуруҳ) – қия-кўндаланг қизилўнғач анастомозлари қўйилган. Шу тариқа эзофагогастроанастомоз (ЭзГА) 137 нафар беморга, қиёслаш гуруҳида – 50 (54,3%) нафар беморга ва 87 та (59,5%) асосий гуруҳдаги беморларга қўйилган. Эзофагоколоанастомоз (ЭзКА) 97 нафар беморга, бунда қиёслаш гуруҳида – 38 нафар беморда (41,3%) ва асосий гуруҳда – 59 нафар беморга (40,4%) қўйилган.

Текширилган 238 нафар бемордан нормал фаолият юритувчи қизилўнғач анастомози (НФЮҚА) 170 нафар беморда қайд этилган, бу эса 71,4% демакдир. 92 нафар бемордан иборат қиёслаш гуруҳида НФЮҚА 53 (57,6%) нафар беморда қайд этилган, асосий гуруҳдаги 146 нафар беморда НФЮҚА

текширилган беморларнинг 80,1% да юқори эканлиги қайд этилган ($\chi^2=14.04$; $p=0.0002$), бу 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Қиёсланаётган гуруҳларда нормал ишлаётган анастомозлар

	Таққослаш гуруҳи (n=92)	Асосий гуруҳ (n=146)	P
ЭзГА	29(63,1%)	73(83,9%)	$\chi^2=7.869$; $p=0.005$
ЭзКА	24(58%)	44(74,5%)	$\chi^2=0.45$; $p=0.5$
Жами	53(57,6%)	117(80,1%)	$\chi^2=14.04$; $p=0.0002$

Қизилўнгач анастомозининг чандиқли торайиши (ҚАЧТ) 238 нафар бемордан 68 тасида ташхисланган, бу 28,6%ни ташкил этган.

2-жадвал

Гуруҳлардаги қизилўнгач анастомозлари чандиқли торайиши.

Таққослаш гуруҳи (n=92)		Асосий гуруҳ (n=146)	
Анастомоз тури	Миқдори	Анастомоз тури	Миқдори
ЭзГА	21(53,8%)	ЭзГА к-п	14(48,2%)
ЭзКА	14(35,9%)	ЭзКА к-п	15(51,7%)
ЭзЭА	4(10,2%)		
Итого:	39(42,3%)	Итого:	29(19,8%)
P	$\chi^2=14.04$; $p=0.0002$		

Қиёслаш гуруҳида узоқ муддатларда ҚАЧТ 39 (42,3%) беморда қайд этилган, асосий гуруҳда эса уларнинг сони ишончли равишда ($\chi^2=14.04$; $p=0.0002$) 19,8% (n=29)гача камайган. Қиёсланаётган гуруҳларда ҚАЧТ умумий миқдори 2-жадвалда келтирилган.

Қизилўнгач биринчи пластикасида ПА етишмовчилиги ривожланишига қараб ҚАЧТ ривожланиши таҳлили ўтказилди, натижалар 3-жадвалда келтирилган.

3-жадвал

ҚАЧТ ривожланишининг биринчи эзофагопластикада ПА етишмовчилиги билан боғлиқлиги

	Таққослаш гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	(n=92)	РСПА	(n=146)	ҚАЧТ
Етишмовчилик	30	20(66,7%)	18	10(55,5%)
Етишмовчиликсиз	62	19(30,6%)	128	19(14,8%)
Жами	92	39(42,3%)	146	29(19,8%)
P	$\chi^2= 14.42$; $p=0.0001$			

Таққослаш гуруҳида узоқ муддатларда 92 нафар бемор текширилди, бунда ноқобиллик 30 фоиз беморларда қайд этилган бўлиб, улардан ҚАЧТ 20 тасида ривожланган, бу эса 66,7%ни ташкил этган. 62 нафар беморда қизилўнгач бирламчи пластикасидан кейинги давр ПА томондан асоратсиз кечган, аммо ҚАЧТ 19 (30,6%) нафар беморда ривожланган, бу эса

қизилўнғач анастомози етишмовчилиги бўлган беморларга караганда 2 баравардан ҳам камроқ демакдир.

Худди шундай таҳлил асосий гуруҳ беморларида ўтказилган. Узоқ муддатларда текширувдан ўтказилган 146 нафар беморда қизилўнғач пластикасида ПА етишмовчилиги 18 нафар беморда ривожланган ва уларнинг 10 тасида ҚАЧТ ривожланган, бу 55,5%ни ташкил этди. Қизилўнғач анастомози ноқобиллиги бўлмаган 128 нафар бемордан 19 (14,8%) тасида ҚАЧТ ривожланган.

Демак, қизилўнғач пластикасидан сўнг ҚАЧТ ривожланиши мумкин, бу операциядан кейинги давр кечишига боғлиқ эмас, аммо ҚА ноқобиллигидан сўнг стриктура ривожланиши эҳтимоли жуда юқори, бу статистика маълумотлари билан ўз тасдиғини топади ($\chi^2=14.42$; $p=0.0001$)

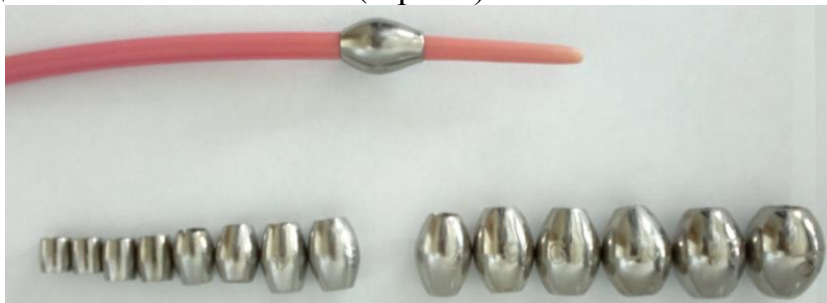
Тўртинчи боб «Қизилўнғач анастомозлари чандиқли стриктуралари бўлган беморларни каминвазив ва жарроҳлик усуллари билан даволаш натижалари» деб номланади.

ҚАЧТ бўлган беморларни каминвазив усул билан даволаш самарадорлигини баҳолаш Галлингер Ю.И. ва Годжелло Э.А. (2002) таклиф этган мезонларга кўра баҳоланган.

ЭДТ 8 нафар беморда қўлланган. Бевосита ҳамда узоқ натижалар натижаларни баҳолаш шуни кўрсатдики, ЭДТ бошқа каминвазив даволаш усуллари, хусусан, бужлашга тайёргарлик босқичи сифатида бажарилиши керак.

ГД ҚАЧТ бўлган 3 нафар беморда қўлланган. Бундай усул барча беморларда самарали бўлди, бир йилдан ортиқ муддатда узоқ муддатларда рестеноз ривожланиши 1 нафар беморда кузатилган, бу эса бужлаш курсини ўтказишни талаб этди.

Бужлаш ҚАЧТ бўлган 52 нафар беморда бажарилган. 2002 йилда “Академик В.Воҳидов номидаги РИЖМ”нинг қизилўнғач ва ошқозон эндоскопияси ва жарроҳлиги бўлимида клиник амалиётга алмаштириладиган металл учликлар билан эндоскопик бужлаш бўйича хусусий методика ишлаб чиқилди ва амалиётга жорий этилган, унга № FAP 01130 “Қизилўнғач бужи” фойдали моделига патент олинган (1-расм).



1-расм. Эндоскопик бужлаш учун металл зайтунлар тўпами

Сим бўйлаб бужлаш 32(61,5%) нафар беморда, алмашадиган зайтунлар билан эндоскопик бужлаш 15 (28,9%) та беморда ва иккала усулни аралаш қўллаб 5 (9,6%) нафар беморда бажарилган. ҚАЧТ бўлган беморларда

алмашадиган зайтунлар билан эндоскопик бужлаш методикасини ишлаб чиқиш ҚАЧТ бўлган беморларда ҳам ушбу каминвазив даволаш усулини кенг татбиқ этиш имконини берди, бунда назорат гуруҳида улар 7 (28%) нафар беморда, асосий гуруҳида эса 13 (48,1%) нафар беморда қўлланган.

Бужлаш умумий ҳисобда 40 (76,9%) нафар беморда самарали бўлган ва 12 (23,1%) нафар беморда самарасиз бўлган. Таққослаш гуруҳларидаги бужлаш натижаларининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, бужлаш таққослаш гуруҳидаги 16 (64%) нафар беморда самарали бўлган, асосий гуруҳида эса ($\chi^2=4.53$ $p=0.033$) 88,9% га кўтарилган ($n=21$). Мос равишда самарасиз бужлаш миқдори ишончли тарзда 36% дан 11,1%га камайган.

1-ҳолатда ЭЗКА чандикли стриктураси бўлган беморда тор бўйлаб бужлаш фонида колотрансплантат терминал қисми префорацияси бажарилди, бу эса ривожланган перитонит бўйича жарроҳлик аралашувини талаб этди. Беморда колотрансплантат перфоратив тешиги тикилди, қорин бўшлиғи санацияси ва дренажи бажарилди, операциядан кейинги давр ҳам қулай бўлди, бемор эса қониқарли аҳволда шифоханадан чиқарилди.

6 ойдан 5 йилгача бўлган узок муддатли кузатувларда рестеноз таққослаш гуруҳларида 25 беморнинг 17 (68%) нафарида кузатилган: 6 ойгача – 8 (47%) тасида, 6 ойдан 1 йилгача – 6 (35,3%) тасида, 1 дан 3 ёшгача – 2 (11,7%) тасида ва 3 дан 5 йилгача – 1 (5,9%) тасида қайд этилган. Асосий гуруҳида рестеноз 27 дан 11 (40,7%) нафар беморда кузатилган: 6 ойгача бўлган муддатда 7 (63,6%) тасида, 6 ойдан 1 йилгача муддатда – 2 (18,2%) тасида, 1 дан 3 ёшгача – 2 (18,2%) тасида қайд этилган.

Шу тариқа иккала гуруҳида рестенозларнинг аксарият қисми бужлашдан сўнг 1 йил ичида, мос равишда 82,3% (таққослаш гуруҳи) ва 81,8% (асосий гуруҳ) беморда пайдо бўлган. Бужлаш қўллангандан сўнг асосий гуруҳидаги рестеноз частотаси ишончли равишда ($\chi^2=3.88$, $p=0.049$) 68% дан 40,7% гача камайган.

Рестеноз пайдо бўлганда беморларга 1-3 йил ичида қайта бужлаш амалга оширилди: назорат гуруҳидаги 10 (40%) нафар беморда ва асосий гуруҳидаги 8 (29,6%) та беморда. Назорат гуруҳидаги бир неча мартали такрорий бужлаш курслари 40% беморда амалга оширилган, бу асосий гуруҳ беморларига қараганда ишончли равишда ($\chi^2=4.56$, $p=0.033$) юқори.

Бужлашни ўтказиш самарасиз бўлганда ёки бунинг имкони бўлмаганда беморларга қизилўнғач аностомозида қайта реконструктив аралашувлар ўтказилган. Бунда таққослаш гуруҳидаги 44% бемор бунга эҳтиёж сезган, асосий гуруҳида эса уларнинг сони ишончли равишда ($\chi^2=3.957$ $p=0.047$) 22,2% гача пасайган.

1991 йилдан 2015 йилгача бўлган давр ичида ҚАЧТ бўлган 18 нафар беморга қайта реконструктив операция ўтказилган: назорат гуруҳида – 12 нафар беморга ва асосий гуруҳида 6 нафар беморга.

Жарроҳлик усули билан даволашга қуйидагилар кўрсатма бўла олган:

1. Каминвазив даволаш усуллари қўллаш имконияти мавжуд эмаслиги.

2. Каминвазив даволаш усуллари самарасизлиги.

3. Операция қилинган қизилўнгачда ҚАЧТ билан бирга бошқа касалликлар мавжудлиги.

ҚАЧТ бўлган беморларга стриктурани кенгайтиришнинг каминвазив усуллари кўллаш имконияти баҳоланди, шундан сўнг операция ўтказишга кўрсатмалар аниқланган.

Операция қилинган 18 нафар бемордан 50% ҳолатда кам инвазив аралашувлар имконияти бўлмаган, шу муносабат билан уларни бажаришга уринишлар ҳам бўлмаган, 16,7% нафар беморда бу самарасиз бўлган, яъни бирор бир бужлаш усули ёки ЭДТ билан стриктурани кенгайтиришга эришилмаган ва 33,3% беморда каминвазив усуллар самарали бўлган, бу эса қайта реконструкцияларга оқилона тайёргарлик кўриш имкониятини яратди.

Торайган анастомоз ва бажарилган реконструктив операция характериға қараб беморларни таққослаш қуйидагича бўлган: анастомоз резекцияси ва янги қизилўнгач туташивуни шакллантириш 5 (27,8%) нафар беморда бажарилган, турли модификацияли маҳаллий пластика – 12 (66,7%) нафар беморда ва ингичка ичак трансплантантини олиб ташлаш ва такрорий шунтловчи колоэзофагопластика 1 (5,6%) нафар беморда бажарилган.

3/4 операцияси 8 (44,4%) нафар беморда бажарилган: таққослаш гуруҳида – 6 та ва асосий гуруҳида – 2 та беморда. Бевосита натижалар қуйидагича тақсимланган: таққослаш гуруҳидаги 1 нафар беморда (12,5%) анастомоз етишмовчилиги бўлган, у консерватив усулда бартараф этилган. Қолган 7 (87,5%) та бемор асоратсиз шифоханадан чиқарилган. Ўлим билан юқунланган ҳолатлар кузатилмаган.

3/4 операциясининг узок муддатлари ҳамма 8 та беморда кузатилган. Шу билан бирга аниқландики, $\frac{3}{4}$ операциясидан сўнг анастомоз рестенози 5 нафар беморда пайдо бўлган, бу 62,5%ни ташкил этади. Бунда улардан иккитасида рестенозда анастомоз бужланиб, ижобий натижаларга эришилган, аммо 3 нафар беморга кам инвазивли даволаш усуллари бажариш имконияти бўлмаган, шу сабабли уларга уларга такрорий реконструктив операциялар бажарилган.

Анастомоз резекцияси ва янги аностомозни шакллантириш 5 (27,8%) нафар беморга бажарилган, бу турдаги реконструктив операция стриктураси 1 см дан юқори бўлган беморларда амалга оширилган: ЭКА чандикли торайишида 2 нафар беморда ва ЭЭА чандикли торайишида 3 нафар беморда бажарилган. Янги туташув етишмовчилиги 5 та бемордан 2 (40%) тасида кузатилган.

« $\frac{3}{4}$ операцияси» (тўртдан бири) торайган туташув сегменти олд деворини бўйламасига кесиш ва кўндаланг тикишдан иборат бўлиб, бу қизилўнгач аностомози ёриғини кенгайтириш имконини беради. Аммо юқорида кўрсатилган усулнинг жиддий камчиликлари бор.

Янги усулни ишлаб чиқиш мақсади – реконструкциядан кейинги даврда рестеноз ва чоклар самарасизлигининг олдини олиш, шунингдек анастомоз орқали овқатнинг тўғри ўтишини тиклашга эришиш.

« $\frac{3}{4}$ операцияси» янги реконструкция усули - «Қизилўнгач анастомозлари

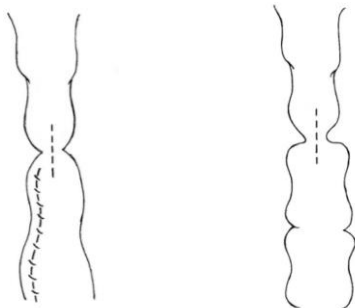
чандикли стриктураларини жарроҳлик усулида даволаш усули»ни ишлаб чиқишда прототип вазифасини ўтай олди, унга қуйидаги ихтиро учун патент олинган: 18.02.2014 даги IAP 04834. $\frac{3}{4}$ операцияси ва биз таклиф этаётган модификация ўртасидаги принципиал фарқланишлар қуйидагилардан иборат:

1. Анастомознинг олд ва орқа девори кесилади: анастомознинг олд девори торайиш тепасидан кесилади, анастомознинг орқа девори бўйламасига мускул қаватигача кесилади;

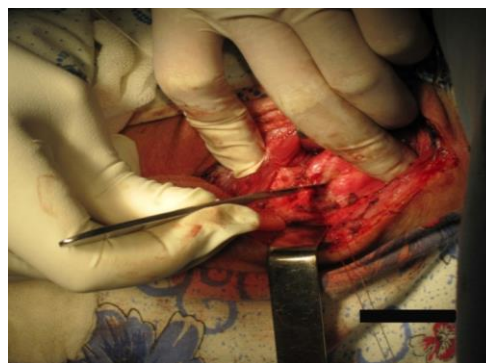
2. Анастомознинг орқа девори кўндаланг йўналишда узлуксиз атравматик чок билан тикилади;

3. Анастомознинг олд девори йўғон ошқозон зондида узлуксиз атравматик икки қатор чок билан тикилади.

Қизилўнғач анастомозлари чандикли стриктураларини жарроҳлик усули билан даволаш бўйича таклиф этилаётган усул босқичлари: операция интубацион наркоз остида бажарилади, беморнинг операция столидаги ҳолати – тепага қараб, боши бироз орқага ва ўнга, операцион кириш характери – чап томонлама колитомия (Буркхадт усули);



Операция босқичи чизмаси

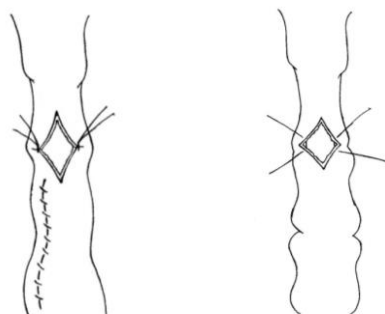


Анастомоз олд деворини кесиш

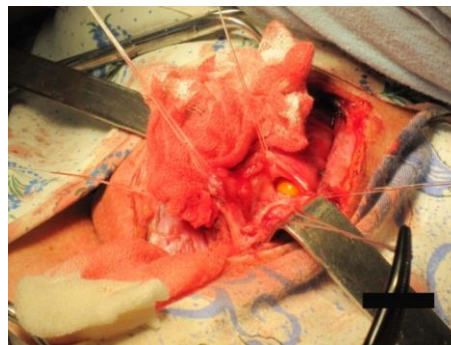
2-расм. Қизилўнғач анастомози олд деворини кесиш

Бўйлама йўналишда анастомоз олд деворини торайиш тепасидан кесиш ва 3 см узунликда анастомозни очиш (2-расм).

Анастомоз олд деворининг ўнг ва чап қирғоқларига иккита ушлагич қўйилади (3-расм), ушлагичлар икки томонга тортилади, натижада анастомознинг орқа девори кўринади.



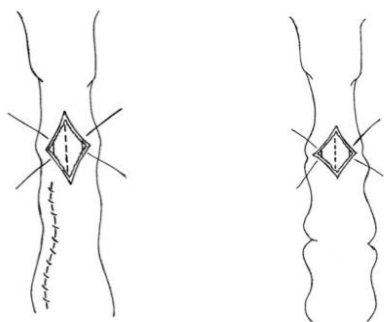
Чизма



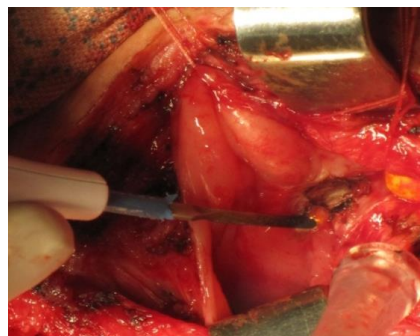
Олд деворни кесиш, «Ушлагич-чоклар»ни қўйиш

3-расм. «Ушлагич-чоклар»ни қўйиш

- шиллик ва шилликости қават чегараларида торайиш тепасидан, ҚА орқа деворини очмасдан анастомоз орқа деворини 2-2,5 см узунликда кесиш, чандиқ тўқималари кесилади (4-расм)



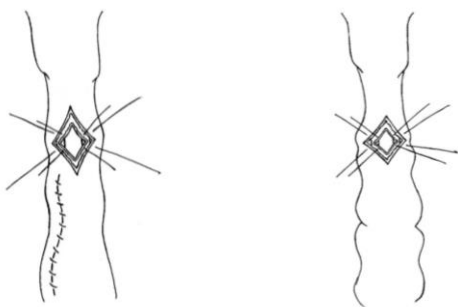
Чизма



Орқа деворни кесиш

4-расм. Қизилўнгач анастомози орқа деворини кесиш

- анастомоз орқа деворини кўндаланг йўналишда узлуксиз бир қатор сўрилиб кетадиган атравматик чок билан тикиш (5-расм),



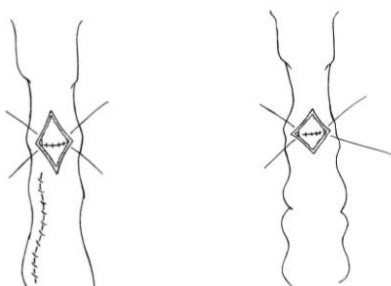
Чизма



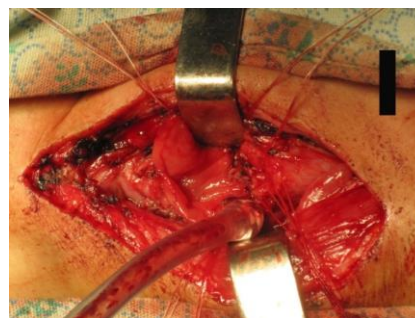
Орқа деворни тикиш

5-расм. Қизилўнгач анастомози орқа деворини тикиш

Натижада қизилўнгач анастомози орқа девори деформацияси ва торайиши бартираф этилади, бунда туташув диаметри ошади (6-расм).



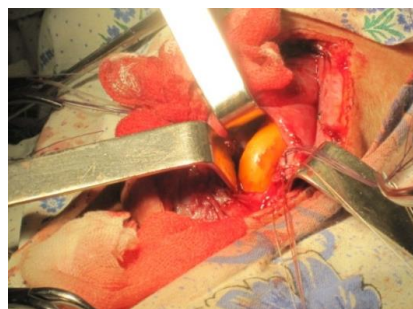
Чизма



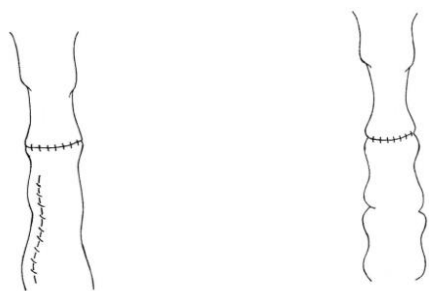
Орқа девор тикилганидан кейинги кўриниш

6-расм. Тикилгандан кейин қизилўнгач анастомози орқа девори кўриниши

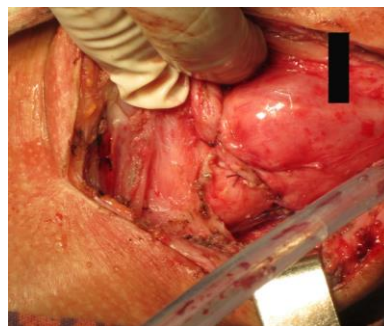
- қизилўнғач анастомози орқа девори коррекциясидан сўнг интраоперацион шаклда диаметри 2 см га тенг йўғон ошқозон зонди ўтказилади (7-расм)



7-расм. Қизилўнғач анастомози ҳудуди орқали зондни трансплантантга ўтказиш – сўнг анастомознинг олд девори кўндаланг йўналишда узлуксиз икки қатор атраватик чок билан йўғон ошқозон зондида тикилади (8-расм), қизилўнғач клетчаткаси дренажланади.



Чизма



Яқуний кўриниш

8-расм. Қизилўнғач анастомози олд деворини тикиш

Баён этилган методика асосий гуруҳдаги 4 нафар беморда амалга оширилган. 4 та беморнинг ҳаммаси илгари ҚАЧТ бўйича операция қилинган, унинг устига 3 та ҳолатда шунтловчи колопластика амалга оширилган ва 1 та ҳолатда қизилўнғач экстирпацияси ва гастропластика бажарилди.

Операциядан кейинги даврда, анастомоз ноқобиллиги ва ўлим билан яқунланиш ҳолатлари кузатилмади. 6 ойдан 3 йилгача бўлган узок муддатлар барча беморларда кузатилган – бирор ҳолатда рестеноз ва дисфагияга бўлган шикоятлар аниқланмади.

ҚАЧТ бўлган беморларда даволаш-ташхислаш алгоритми.

Ўтказилган тадқиқотлар натижасида ҚАЧТ бўлган беморлар учун даволаш-тактик алгоритмни ишлаб чиқдик, бу эса бу турдаги беморларга даволаш тактикаси вариантларини аниқлаш имконини беради. Ушбу алгоритмга ЎзР ИМА дан 9.03.2016 даги DGU №03585 сонли гувоҳнома олинган. Таклиф этилган алгоритм 9-расмда тақдим этилган.



9-расм. ҚАЧТ бўлган беморлар учун даволаш-ташхислаш алгоритми

ҚАЧТ аниқланган беморларда даражасидан қатъи назар даволашни стриктурани кенгайтиришнинг каминвазив усулларида бошлаш керак.

СКК самарадорлиги Галлингер Ю.И. ва Годжелло Э.А. (2002) лар таклиф этган «Самарадорлик мезонлари» асосида баҳоланган.

ҚАЧТ бужлаш, анъанавий бужлаш (АБ), шунингдек, эндоскопик бужлаш (ЭБ) стриктура даражасидан қатъи назар беморларга бажарилиши мумкин. Аммо агар симни ўтказиш иложи бўлмаса, аввал эндоскопик диатермотуннелизация ва сўнг бужлаш ҳамда дилатацияни (ЭДТ) амалга ошириш мумкин. Дисфагия қайталанган беморларда самарали бужлаш ўтказиш учун қўллаб-қувватловчи бужлаш курсларини қайта амалга оширди. Бужлашни амалга ошириш самарасиз бўлганда ёки уни ўтказиш имкони бўлмаганда, беморга такрорий реконструктив жарроҳлик амалиётини ўтказиш керак бўлади.

ҚАЧТ гидробаллон дилатацияси (ГД) стриктура даражасидан қатъи назар ўтказилади. ГД самарасиз бўлганда, такрорий муурожаатларда юкорида келтирилган методикани қўллаш билан бирга ГД такрорий курсларини ўтказиш тавсия этилади. ГД ўтказиш самарасиз бўлганда ёки уни ўтказиш иложи бўлмаганда такрорий реконструктив жарроҳлик аралашуви тавсия этилади.

Каминвазив даволаш усулларини ўтказиш самарасиз бўлганда ёки уни ўтказиш иложи бўлмаганида, беморларга такрорий жарроҳлик аралашувлари тавсия этилади. Узокка чўзилмаган ҚАЧТ бўлганда бизнинг модификациямиздаги 3/4 операциясини таклиф этамиз, узокка чўзилган ҚАЧТда аввал қўйилган анастомоз резекция билан бирга янги туташувни қўйиш тавсия этилади.

ХУЛОСА

1. Қизилўнгач анастомозлари чандиқли стриктуралари 28,6% беморда ривожланади. Бу эзофагопластикадаги қониқарсиз узоқ натижалар сабаблари ичида асосийси бўлиб, дисфагия қайталаниши ва беморнинг қайта муружаат қилишига олиб келади.

2. Қизилўнгачда реконструктив-тикловчи операцияларда кўндаланг ҚА шакллантиришнинг такомиллаштирилган усуллари ишлаб чиқиш ва клиник амалиётга жорий этиш эзофагогастроанастомозлар ноқобиллиги частотасини ишончли равишда 22,4% дан 8,5% гача ($\chi^2=14.85$; $p=0.0001$) ва эзофагоколоанастомозларни 10,4% дан 2,3% % гача ($\chi^2=12.09$; $p=0.0005$), қизилўнгач анастомозлари чандиқли стриктуралари ривожланишини 42,3% дан 19,8% ($\chi^2=14.04$; $p=0.0002$) гача камайтириш имконини беради.

3. Қизилўнгач анастомозлари етишмовчилиги бевосита ҚАЧТ ривожланиши эҳтимолига таъсир қилади ($\chi^2=14.42$; $p=0.0001$). Таққослаш гуруҳида ҚА ноқобиллигидан сўнг стриктуралар 66,7% беморда ривожланган, туташув бирламчи битишида эса – 30,6%. Асосий гуруҳда ҳам шундай натижалар олинган: ҚА етишмовчилигидан сўнг стриктура 55,5% беморда ривожланган, бу ҚА ноқобиллиги бўлмаган беморга қараганда юқори демакдир – 14,8%.

4. Қизилўнгач анастомозлари чандиқли стриктуралари бўлган беморларни каминвазивли даволаш усуллари асосийси бужлаш бўлиб қолмоқда, бу умуман олганда 76,9% беморда самарали бўлиб, 23,1% беморда самарасиз бўлган. Таққосланаётган гуруҳлардаги бужлаш натижалари таҳлили кўрсатишича, бужлаш таққослаш гуруҳидаги 64% беморда самарали бўлган, асосий гуруҳда эса ишончли равишда ($\chi^2=4.53$ $p=0.033$) 88,9% гача ошган, шунга мос равишда самарасиз бужлаш сони 36% дан 11,1% гача камайган.

5. Чандиқли торайишда қизилўнгач анастомозини реконструкция қилиш бўйича жорийланган оригинал усул хирургик даволашнинг бевосита ва узоқ натижаларини яхшилаш имконини берган, бунда бирор марта рестеноз белгилари аниқланмади.

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

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

ЦОЙ АЛЕКСЕЙ ОЛЕГОВИЧ

**ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СУЖЕНИЙ ПИЩЕВОДНЫХ
АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТАШКЕНТ - 2019

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №В2017.1.PhD/Tib118.

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

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

Научный руководитель:	Низамходжаев Зайниддин Махаматович доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Хакимов Мурод Шавкатович доктор медицинских наук, профессор Эрагашев Бахтиёр Бердалиевич доктор медицинских наук
Ведущая организация:	АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова» (Республика Казахстан)

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2019 г. в _____ часов на заседании Научного Совета DSc.27.06.2017.Tib.49.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова и Ташкентской медицинской академии (Адрес: 100115, г.Ташкент, ул.Кичик халка йули,10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

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

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

Ф.Г. Назиров

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, профессор, академик

А.Х. Бабаджанов

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

А.В. Девятов

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения «на 2017 год болезни оперированного пищевода (БОП) представляют собой совокупность различных патологических состояний, развивающихся в отдаленном периоде после эзофагопластики, что снижает качество жизни оперированных пациентов»¹. «Причины возникновения БОП многообразны и их частота по данным различных авторов колеблется в широких диапазонах от 15 до 55%»². Количество БОП с каждым годом увеличивается, что обусловлено прогрессивным развитием анестезиологии, реаниматологии и самой хирургии пищевода, что позволило значительно расширить показания к эзофагопластике, при этом 23-47% больных нуждаются в повторном вмешательстве на искусственном пищеводе. Среди всего многообразия БОП, одним из значимых остается рубцовое сужение пищеводных анастомозов (РСПА), которое приводит к дисфагии и регургитации. Частота этого осложнения после эзофагопластики по данным большинства исследований находится в интервале 9-40%, иногда достигая 75%. Несмотря на достижения современной хирургии и применение новых технологий, частота развития РСПА не имеет существенной тенденции к снижению и остается высокой.

В мировой практике продолжают исследоваться вопросы по выявлению особенностей патогенеза развития рубцовых стриктур и их рецидива в зависимости от патологической флоры, примененного шовного материала и других причинно-следственных факторов. Особое внимание уделяется изучению морфологических и иммуногистохимических аспектов формирования рубцовой ткани с учетом особенностей кровоснабжения зоны анастомозирования, выраженности местной воспалительной реакции, примененных различных материалов. Постоянный поиск решений в отношении профилактики рубцовых сужений пищеводных анастомозов после эзофагопластики и отсутствие единой тактики лечения последних, послужил основанием для продолжения изучения этой проблемы и совершенствования дифференцированной хирургической тактики лечения данной категории больных.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения проводится множество мер, направленных на улучшение результатов и существенное расширение диапазона оказываемой населению медицинской помощи, в частности, в улучшении качества диагностики и лечения больных с РСПА, достигнуты положительные результаты. «В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017 - 2021 годы поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для

¹ Shahi AS, Behdad B, Esmaili A, Moztarzadeh M, Peyvandi H. Esophageal stenting in caustic injuries: a modified technique to avoid laparotomy // Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2015. – V. 63. – P. 406-418

² Kim, J. H. Benign strictures of the esophagus and gastric outlet: interventional management / J. H. Kim, J. H. Shin, H. Y. Song // Korean. J. Radiol. – 2010. – Vol. 11, № 5. – P. 497–506.

обеспечения их полноценной жизнедеятельности»³. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов лечения больных с рубцовыми стриктурами пищеводных анастомозов путем совершенствования тактики, разработки и внедрения новых методов миниинвазивного и хирургического лечения, является одним из актуальных направлений.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» за № УП-4985 от 16 марта 2017 года, Постановлением Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за № ПП-3071 от 20 июня 2017 года, Постановлением Кабинета Министров №266 от 10 мая 2017 года «Об организации деятельности научно-исследовательского института общественного здоровья и организации здравоохранения», а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

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

Степень изученности проблемы. По мнению Predescu I⁴, «болезни оперированного пищевода развиваются в разные сроки после пластики пищевода с частотой от 21,4 до 55%». «В отдаленном периоде после эзофагопластики от 23,5 до 47% больных нуждаются в повторном вмешательстве на искусственном пищеводе» (Singhal S.⁵). Проблема БОП всегда была актуальной и будет оставаться таковой, пока в клинической практике находит применение эзофагопластика. «К сожалению, до сих пор не исключены осложнения, возникающие как в процессе формирования искусственного пищевода, так и в ближайшем послеоперационном периоде» (Ananthakrishnan N.⁶). В результате неудач образуется то или иное количество больных, нуждающихся в повторной реконструкции.

С ростом числа пациентов, живущих с искусственным пищеводом, закономерно возрастает количество пациентов с его болезнями. Судьба больных всецело зависит от того, насколько быстро и качественно будет восстановлено полноценное питание через рот. В связи с этим проблема БОП

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

⁴ Predescu I, Predescu D, Constantinoiu S. Postoperative functional result and quality of life after oesophageal reconstruction based on the type of cervical anastomosis. Chirurgia (Bucur). 2015 Mar-Apr. 110(2). 109-16.

⁵ Singhal S., Hasan S. S., Cohen D.C., Pfanner T. Multi-disciplinary approach for management of refractory benign occlusive esophageal strictures // Therap. Adv. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 6, № 5. – P. 365–370.

⁶ Ananthakrishnan N., Subbarao K.S., Parthasarathy G., Kate V., Kalayarasan R. Long term results of esophageal bypass for corrosive strictures without esophageal resection using a modified left colon esophagocoloplasty--a report of 105 consecutive patients from a single unit over 30 years // Hepatogastroenterology. 2014 Jun. – V. 61. – P. 1033-1041.

имеет значимый социальный контекст. Исследователи во главе с Said A.⁷ сообщили об успешном эндоскопическом лечении 25 больных со стриктурой анастомоза после эзофагопластики. В этой связи авторами предлагается начинать лечение с миниинвазивных вмешательств, однако при неэффективных результатах следует прибегать к повторным хирургическим вмешательствам. Тавадов А.В.⁸ применил эндоскопические методы лечения у 98 пациентов со стриктурами пищеводно-желудочного и пищеводно-кишечного анастомозов, А.Ф. Черноусов⁹ – у 126 больных с рубцовым стенозом пищеводного анастомоза, из них у 58 – после эзофагопластики. После анализа полученных результатов авторы пришли к выводу, что эндоскопические методы лечения служат реальной альтернативой повторным реконструктивным вмешательствам, однако не могут гарантировать развитие рестеноза.

Проведенный анализ литературных данных свидетельствует о том, что результаты первичной пластики пищевода заметно улучшились, при этом основной актуальной и определяющей проблемой остается разработка новых методов лечения рубцовых сужений пищеводных анастомозов посредством эффективных и в то же время абсолютно надежных в техническом исполнении и обеспечении методов миниинвазивных и оперативных методов, что требует дальнейшего изучения причинно-следственных факторов развития этих осложнений и соответственно совершенствования лечебно-диагностической тактики.

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

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных с рубцовыми стриктурами пищеводных анастомозов путем совершенствования тактики и разработки новых методов миниинвазивного и хирургического лечения.

Задачи исследования:

изучить частоту развития рубцовых стриктур пищеводных анастомозов в

⁷ Said A., Brust D.J., Gaumnitz E.A., Reicheldefefer M. Prediction of early recurrence of benign esophageal strictures //Am. J. Gastroenterol. -2013. -V. 98. -N 6. -P. 1252-1256.

⁸ Тавадов А.В. Хирургическая реконструкция стенозированного шейного соустья искусственного пищевода: Дис. к-та мед. наук. Москва, 2014. – 163 с.

⁹ Черноусов А.Ф., Ручкин Д.В., Черноусов Ф.А. Завершение эзофагопластики путем ремобилизации трансплантата //Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - 2015. - №8 - С.71-75.

зависимости от способа эзофагопластики и вариантов пищеводных соустьев;

изучить зависимость развития рубцовых стриктур от частоты послеоперационной недостаточности традиционных и косопоперечных пищеводных анастомозов;

разработать дифференцированную тактику лечения больных с рубцовыми стриктурами пищеводных анастомозов с включением различных методов миниинвазивной и хирургической коррекции;

разработать новый метод реконструктивной операции у больных с рубцовыми стриктурами пищеводных анастомозов и определить его эффективность;

разработать оптимальный лечебно-тактический алгоритм для больных с рубцовыми стриктурами пищеводных анастомозов.

Объектом исследования явились 393 больных, перенесших эзофагопластику по поводу различной патологии пищевода в период с 1991 по 2015 гг. в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова. В отдаленном периоде, в сроки от 3 месяцев до 39 лет, было обследовано 238 больных, находившихся на стационарном лечении в период с 1991 по 2015 гг.

Предмет исследования составляет анализ результатов миниинвазивного и хирургического лечения больных с рубцовыми стриктурами пищеводных анастомозов.

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:

разработан способ формирования пищеводных анастомозов, позволивший уменьшить частоту послеоперационных осложнений, включая риск рубцовых сужений в отдаленном периоде;

разработан способ реконструктивной операции у больных с рубцовыми стриктурами пищеводных анастомозов;

усовершенствован пищеводный буж для проведения бужирования только под эндоскопическим контролем, без необходимости применения рентгенологического мониторинга;

раскрыты особенности развития рубцовых стриктур пищеводных анастомозов в зависимости от способа эзофагопластики и варианта пищеводных анастомозов;

доказана патогенетическая связь между частотой развития недостаточности пищеводных анастомозов и формированием рубцовых стриктур в отдаленном периоде.

Практические результаты исследования заключается в следующем:

определены факторы риска развития рубцовых стриктур пищеводных анастомозов в зависимости от способа эзофагопластики, варианта пищеводных анастомозов и характера послеоперационных осложнений;

изучены результаты различных вариантов эзофагопластики, что

позволило определить основные аспекты профилактики развития рубцовых стриктур пищеводных анастомозов;

усовершенствован способ формирования косопоперечных пищеводных соустьев на шее, позволивший уменьшить частоту недостаточности и соответственно снизить вероятность развития рубцовых стриктур;

усовершенствована методика бужирования рубцового сужения пищевода, которая позволила нивелировать лучевую нагрузку на врача и пациента за счет проведения манипуляции только под эндоскопическим контролем;

разработан тактический алгоритм выбора метода миниинвазивных вмешательств при рубцовых стриктурах пищеводных анастомозов, позволивший улучшить результаты лечения, а также сократить вероятность повторных операций на пищеводе.

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

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования заключается в том, что полученные соискателем положения, выводы и предложения вносят существенный вклад в изучение особенностей развития рубцовых сужений пищеводных анастомозов после первичной эзофагопластики в зависимости от способа операций, вариантов пищеводных соустьев, а также от характера послеоперационных осложнений. Проведенное исследование позволило разработать новые способы формирования пищеводных анастомозов для снижения риска развития рубцовых сужений соустьев, а также новые методики миниинвазивных вмешательств для коррекции этих осложнений в отдаленном периоде. Отдельные результаты работы могут быть использованы в целях совершенствования содержания и структуры программы обучения магистров, клинических ординаторов и курсантов по тематикам диагностики и лечения больных с БОП.

Практическая ценность работы заключается в том, что дифференцированное внедрение современных миниинвазивных эндоскопических технологий позволило уменьшить число больных, нуждающихся в проведении сложных повторных хирургических вмешательств при РСПА. Совершенствование хирургических способов коррекции рубцовых стриктур пищеводных анастомозов позволило улучшить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения данной категории больных за счет снижения вероятности рестеноза. Разработанный алгоритм выбора тактики лечения этих осложнений позволил оптимизировать комплекс малоинвазивных технологий и в целом сократить

как частоту хирургических осложнений, так и затраты на лечение и реабилитацию этой категории пациентов.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению хирургического лечения больных с рубцовыми сужениями пищеводных анастомозов:

разработан «Способ наложения пищеводного анастомоза» (патент на изобретение №IAP 03944). Предложенный способ позволил снизить частоту специфических осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и улучшить отдаленные результаты;

разработан «Способ хирургического лечения рубцовых стриктур пищеводных анастомозов» (патент на изобретение №IAP 04834). Разработанный способ позволил улучшить непосредственные и отдаленные результаты больных, оперированных по поводу рубцовых сужений пищеводных анастомозов;

разработан «Пищеводный буж» (№FAP 01130). Усовершенствованная методика эндоскопического бужирования сменными оливами у пациентов с рубцовыми сужениями пищеводных анастомозов позволила улучшить результаты миниинвазивного лечения;

полученные научные результаты внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», в хирургическое отделение №3 Андijanского Государственного медицинского института (справка Министерства здравоохранения № 8н-д/239 от 8 ноября 2018 года). Полученные результаты исследования позволили достоверно снизить частоту несостоятельности эзофагогастроанастомозов с 22,4% до 8,5% и эзофагоколоанастомозов с 10,4% до 2,3% %, а также развитие рубцовых стриктур пищеводных анастомозов с 42,3% до 19,8%.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 14 научно-практических конференциях, в том числе, на 11 международных и 3 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 44 научных работы, в том числе 6 журнальных статей, 4 из которых в Республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитированной литературы. Объем текстового материала составляет 112 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность диссертационной работы, сформулированы цель, задачи исследования, приводятся научная новизна и

научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и структуре диссертации.

В первой главе **«Современные аспекты определения тактики лечения болезней оперированного пищевода»** проведен тщательный анализ, критическая оценка, обобщение и систематизация научной информации по проблеме тактики лечения больных с БОП, изучены актуальные вопросы, требующие своего дальнейшего решения. В результате проведенного анализа литературы определены нерешенные задачи по данной проблеме.

Во второй главе **«Клиническая характеристика материала и обзор методов исследований»** описан клинический материал и использованные методы исследования. В основу работы положен опыт изучения отдаленных результатов 393 больных перенесших пластику пищевода по поводу различной патологии пищевода в период с 1991 по 2015гг. В отдаленном периоде, в сроки от 3 месяцев до 39 лет, было обследовано 238 больных перенесших пластику пищевода и находившихся на стационарном лечении в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова в период с 1991 по 2015 г.

Группу сравнения составили 92 больных, оперированных в период с 1991 по 2000 годы. Основную группу – 146 пациента, которым операции выполнены в период с 2001 по 2015 года включительно.

В основной группе использован оригинальный способ формирования косо-поперечного пищеводного анастомоза.

Больные были подвергнуты комплексному обследованию, включавшего как общеклинические, так и специальные инструментальные методы исследования.

В третьей главе **«Сравнительная оценка развития рубцовых стриктур пищеводных анастомозов после реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе»**. Из обследованных в отдаленном периоде 238 больных, у 92 пациентов были наложены традиционные анастомозы (группа сравнения) и у 146 – косопоперечные пищеводные анастомозы (основная группа). Так эзофагогастроанастомоз (ЭзГА) был наложен у 137 больных, у 50(54,3%) в группе сравнения и у 87(59,5%) в основной. Эзофагоколоанастомоз (ЭзКА) был наложен у 97 больных, при этом в группе сравнения – у 38(41,3%) и в основной – 59(40,4%).

Из 238 обследованных больных, нормально функционирующий пищеводный анастомоз (НФПА) диагностирован у 170 больных, что составило 71,4%. В группе сравнения из 92 больных НФПА установлен у 53(57,6%), а в основной группе из 146 обследованных пациентов НФПА установлен достоверно ($\chi^2=14.04$; $p=0.0002$) выше – у 80,1%, что представлено в таблице 1.

Таблица 1

Нормально функционирующие анастомозы в сравниваемых группах

	Группа сравнения (n=92)	Основная группа (n=146)	P
ЭзГА	29(63,1%)	73(83,9%)	$\chi^2=7.869$; p=0.005
ЭзКА	24(58%)	44(74,5%)	$\chi^2=0.45$; p=0.5
Всего	53(57,6%)	117(80,1%)	$\chi^2=14.04$; p=0.0002

Рубцовое сужение пищеводного анастомоза (РСПА), из 238 больных диагностировано у 68 больных, что составило 28,6%.

Таблица 2

Рубцовое сужение пищеводных анастомозов в группах.

Группа сравнения (n=92)		Основная группа (n=146)	
Вид анастомоза	Кол-во	Вид анастомоза	Кол-во
ЭзГА	21(53,8%)	ЭзГА к-п	14(48,2%)
ЭзКА	14(35,9%)	ЭзКА к-п	15(51,7%)
ЭзЭА	4(10,2%)		
Итого:	39(42,3%)	Итого:	29(19,8%)
P	$\chi^2=14.04$; p=0.0002		

В группе сравнения в отдаленном периоде РСПА наступило у 39(42,3%) больных, а в основной их число достоверно ($\chi^2=14.04$; p=0.0002) уменьшилось до 19,8% (n=29). Общее количество РСПА в сравниваемых группах представлено в таблице 2.

Проведен анализ развития РСПА в зависимости от развития недостаточности ПА при первичной пластике пищевода, что представлено в таблице 3.

Таблица 3

Зависимость развития РСПА от недостаточности ПА при первичной эзофагопластике

	Группа сравнения		Основная группа	
	(n=92)	РСПА	(n=146)	РСПА
Недостаточность	30	20(66,7%)	18	10(55,5%)
Без недостаточности	62	19(30,6%)	128	19(14,8%)
Всего	92	39(42,3%)	146	29(19,8%)
P	$\chi^2= 14.42$; p=0.0001			

В группе сравнения в отдаленном периоде обследовано 92 больных, при этом несостоятельность была у 30 пациентов, из их числа РСПА развилось у 20, что составило 66,7%. У 62 больных послеоперационный период первичной пластики пищевода протекал без осложнений со стороны ПА, однако РСПА все же развилось у 19(30,6%), что более чем в 2 раза меньше, чем у пациентов с недостаточностью пищеводного соустья.

Аналогичный анализ проведен у больных основной группы. Из 146 больных, обследованных в отдаленном периоде, несостоятельность ПА при пластике пищевода развилась у 18 больных и из их числа в 10 случаях, что составило 55,5%, развилась РСПА. Из 128 больных, у которых не было несостоятельности пищеводного соустья, РСПА развилось у 19(14,8%) больных.

Следовательно, РСПА может развиваться у больных после пластики пищевода независимо от того как протекал ближайший послеоперационный период, однако вероятность развития стриктуры после несостоятельности ПА гораздо выше, что подтверждается данными статистики ($\chi^2=14.42$; $p=0.0001$)

В четвертой главе «Результаты миниинвазивных и хирургических методов больных с рубцовыми стриктурами пищеводных анастомозов»

Оценка эффективности миниинвазивных методов лечения у больных с РСПА оценивали согласно критериям, предложенными Галлингером Ю.И. и Годжелло Э.А. (2002).

ЭДТ использована у 8 больных. Оценка непосредственных и отдаленных результатов показала, что ЭДТ должна выполняться только как подготовительный этап других миниинвазивных методов лечения, в частности – бужирования.

ГД использована у 3 больных с РСПА. Методика оказалась эффективной у всех больных, развитие рестеноза в отдаленном периоде в сроках более 1 года наблюдалось у 1 больной, что потребовало курса бужирования.

Бужирование проведено 52 пациентам с РСПА. В 2002 году в отделении эндоскопии и хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» разработана и внедрена в клиническую практику собственная методика эндоскопического бужирования (ЭБ) сменными металлическими насадками, на которые получен патент на полезную модель «Пищеводный буж» № FAP 01130 (рис 1).

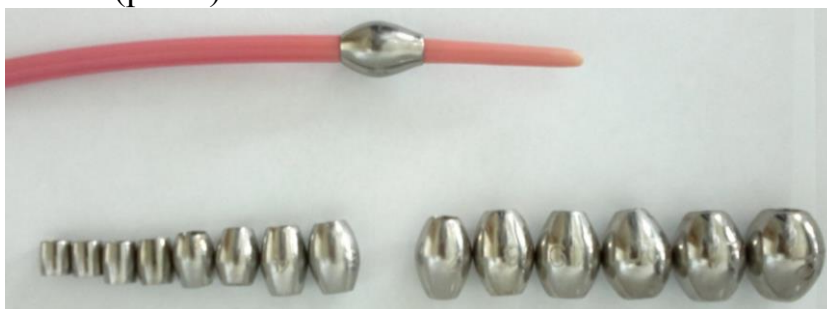


Рис. 1. Набор металлических оливок для эндоскопического бужирования

Бужирование по струне проведено у 32(61,5%), эндоскопическое бужирование сменными оливоками у 15(28,9%) и сочетание обоих способов – у 5(9,6%). Разработка методики эндоскопического бужирования сменными оливоками у больных с ПРСП, позволило шире внедрить данный способ миниинвазивного лечения и у больных с РСПА, при этом в контрольной группе они использованы у 7(28%), а в основной уже у 13(48,1%) пациентов.

Бужирование было эффективно в общей сложности у 40(76,9%) и неэффективным – у 12(23,1%) пациентов. Сравнительный анализ результатов бужирования в сравниваемых группах показал, что оно было эффективным в группе сравнения у 16(64%) больных, а в основной группе достоверно ($\chi^2=4.53$ $p=0.033$) увеличилось до 88,9% ($n=21$). Соответственно число неэффективных бужирований достоверно уменьшилось с 36% до 11,1%.

В 1 случае, на фоне бужирования по струне у больной с рубцовой стриктурой ЭЗКА, имело место перфорация терминальной части колотрансплантата, что потребовало оперативного вмешательства по поводу развившегося перитонита. Больной произведено ушивание перфоративного отверстия колотрансплантата, санация и дренирование брюшной полости с благоприятным послеоперационным периодом, и больная была выписана в удовлетворительном состоянии.

В отдаленном периоде наблюдения в сроках от 6 месяцев до 5 лет рестеноз в группе сравнения установлен у 17(68%) из 25 больных: до 6 месяцев – у 8(47%), от 6 месяцев до 1 года – у 6(35,3%), от 1 до 3 лет – у 2(11,7%) и от 3 до 5 лет – у 1(5,9%). В основной группе рестеноз наступил у 11(40,7%) из 27 больных: до 6 месяцев у 7(63,6%), от 6 месяцев до 1 года – у 2(18,2%), от 1 до 3 лет – у 2(18,2%).

Таким образом в обеих группах подавляющее большинство рестенозов наступило в течении 1 года после бужирования, соответственно у 82,3% (группа сравнения) и у 81,8% (основная группа). Частота рестеноза в основной группе после применения бужирования достоверно ($\chi^2=3.88$, $p=0.049$) уменьшилась с 68% до 40,7%.

При возникновении рестеноза больным проводились повторные курсы бужирования на протяжении 1-3 лет: в контрольной группе у 10(40%) и в основной – у 8(29,6%). Повторные неоднократные курсы бужирования в контрольной группе произведены 40% больным, что достоверно ($\chi^2=4.56$, $p=0.033$) выше по сравнению с пациентами основной группы.

При неэффективности или невозможности проведения бужирования больным проводились повторные реконструктивные вмешательства на пищеводном анастомозе. При этом в группе сравнения в них нуждались 44%, а основной их число достоверно ($\chi^2=3.957$ $p=0.047$) уменьшилось до 22,2%.

В период с 1991г по 2015 годы 18 больным с РСПА выполнены повторные реконструктивные операции: в контрольной группе – 12 больным и 6 пациентам в основной группе.

Показанием к хирургическому методу лечения являлись:

1. Невозможность проведения миниинвазивных методов лечения,
2. Неэффективность миниинвазивных методов лечения
3. Сочетание РСПА с другими заболеваниями оперированного пищевода,

Больным с РСПА оценивалась возможность проведения миниинвазивных методов расширения стриктуры, после чего определялись показания к операции.

Из 18 оперированных больных, в 50% случаев миниинвазивные вмешательства были невозможны, в связи с чем, даже не было попыток их выполнения, у 16,7% больных оно было неэффективным, т.е. не удалось достаточно расширить стриктуру каким-либо методом бужирования или ЭДТ и у 33,3% больных миниинвазивные методы были эффективны, что позволило провести более адекватную предоперационную подготовку к повторным реконструкциям.

Распределение больных в зависимости от характера суженного анастомоза и выполненной реконструктивной операции был следующим: резекция анастомоза с формированием нового пищевода соустья выполнена у 5(27,8%), местная пластика в различных модификациях у 12(66,7%) и удалением тонкокишечного трансплантата с повторной шунтирующей колоэзофагопластикой у 1(5,6%).

Операция 3/4 выполнена 8(44,4%) больным: в группе сравнения – 6 и в основной группе – у 2 пациентов. Непосредственные результаты распределились следующим образом: у 1 больной (12,5%) в группе сравнения наступила недостаточность анастомоза, ликвидированная консервативно. Остальные 7(87,5%) больных, были выписаны без осложнений. Летальных исходов не наблюдали.

Отдаленный результат операции 3/4 прослежен у всех 8 больных. При этом установлено, что рестеноз анастомоза после операции 3/4, возник у 5 больных, что составило 62,5%. При этом у 2 из них удалось при рестенозе выполнить бужирование анастомоза с удовлетворительными результатами, однако 3 пациентам миниинвазивные методы лечения были невозможны, в связи с чем им выполнены повторные реконструктивные операции.

Резекция анастомоза с формированием нового соустья выполнена 5(27,8%) больным, данный вид реконструктивной операции выполнялся у больных со стриктурами более 1см: при рубцовом сужении ЭКА у 2 и рубцовом сужении ЭЭА у 3 пациентов. Недостаточность нового соустья наблюдалось у 2(40%) из 5 больных.

«Операция $\frac{3}{4}$ » (три четверти), заключается в продольном рассечении передней стенки суженного сегмента соустья с поперечным сшиванием, что позволяет расширить просвет пищевода анастомоза. Однако вышеуказанный способ обладает существенными недостатками.

Целью разработки новой методики явилась профилактика рестеноза и несостоятельности швов в послеоперационном периоде после реконструкции, а также восстановление адекватного пассажа пищи через анастомоз.

«Операция $\frac{3}{4}$ », явилась прототипом при разработке нового способа реконструкции - «Способ хирургического лечения рубцовых стриктур пищеводных анастомозов», на который получен патент на изобретение: IAP 04834 от 18.02.2014 года Принципиальные отличия между операцией 3/4 и предлагаемой нами модификации заключаются в следующем:

1. Рассекается передняя и задняя стенка анастомоза: передняя стенка анастомоза рассекается над сужением, задняя стенка анастомоза рассекается до мышечного слоя в продольном направлении;

2. Задняя стенка анастомоза ушивается непрерывным атравматичным швом в поперечном направлении;

3. Передняя стенка анастомоза ушивается на толстом желудочном зонде непрерывным атравматичным двухрядным швом в поперечном направлении.

Этапы предлагаемого способа хирургического лечения рубцовых стриктур пищеводных анастомозов: операция выполняется под интубационным наркозом, положение больного на операционном столе – на спине с отклоненной головой назад и направо, характер операционного доступа – левосторонняя колитомия (доступ Буркхадта);

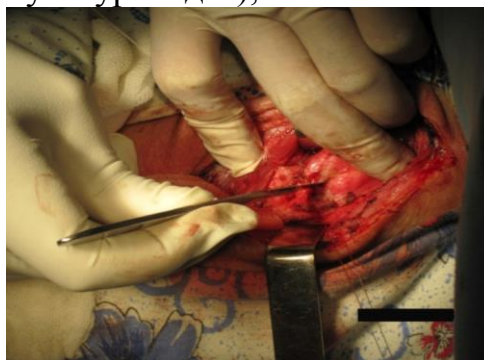
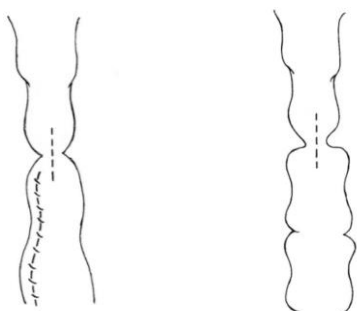


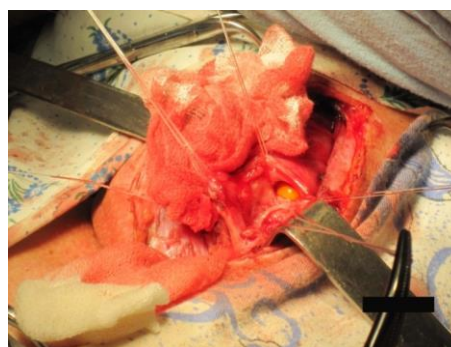
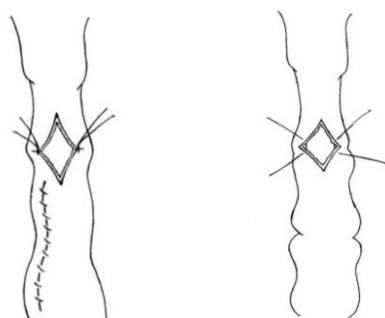
Схема этапа операции

Рассечение передней стенки анастомоза

Рис. 2. Рассечение передней стенки пищеводного анастомоза

- рассечение передней стенки анастомоза в продольном направлении над сужением со вскрытием просвета анастомоза на протяжении 3 см (рис. 2).

накладываются две держалки на правый и левый края передней стенки анастомоза (рис. 3), держалки разводятся в стороны, в результате чего визуализируется задняя стенка анастомоза.

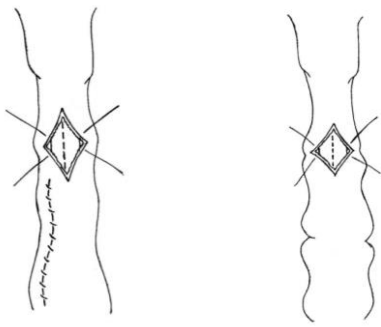


Схема

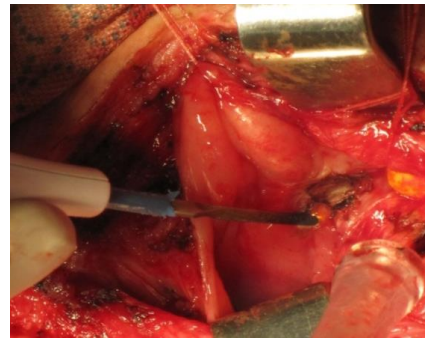
Рассечение передней стенки, наложение «швов-держалок»

Рис. 3. Наложение «швов-держалок»

- рассечение задней стенки анастомоза на протяжении 2-2,5см в продольном направлении над сужением в пределах слизистого и подслизистого слоев без вскрытия задней стенки ПА, рубцовые ткани иссекаются (рис. 4)



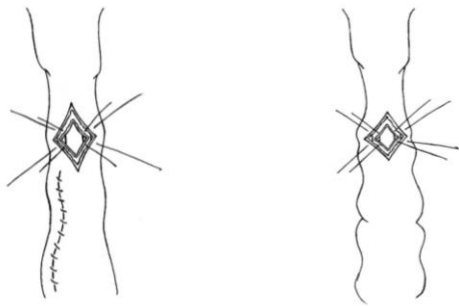
Схема



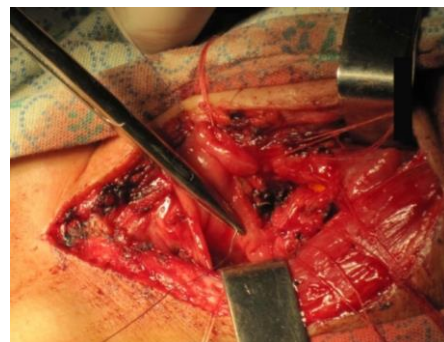
Рассечение задней стенки

Рис. 4. Рассечение задней стенки пищеводного анастомоза

- ушивание задней стенки анастомоза в поперечном направлении непрерывным однорядным рассасывающимся атравматичным швом (рис. 5),



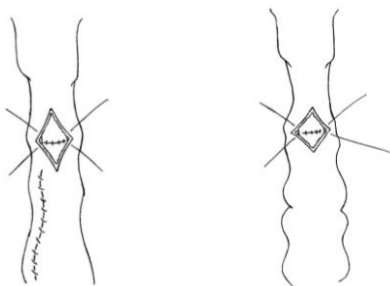
Схема



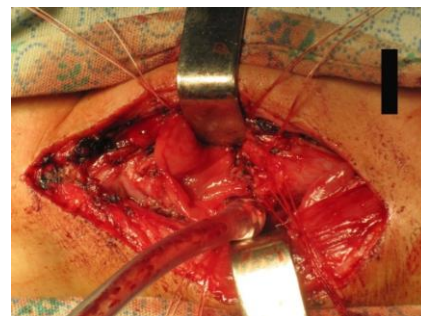
Ушивание задней стенки

Рис. 5. Ушивание задней стенки пищеводного анастомоза

в результате чего ликвидируется деформация и сужение на задней стенке пищеводного анастомоза, при этом увеличивается диаметр соустья (рис. 6.)



Схема



Вид после ушивания задней стенки

Рис. 6. Вид задней стенки пищеводного анастомоза после ушивания

- после коррекции задней стенки пищеводного анастомоза интраоперационно проводится толстый желудочный зонд диаметром 2 см (рис. 7)

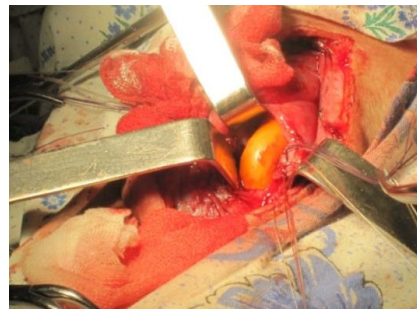
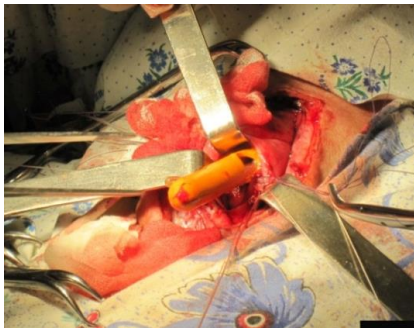
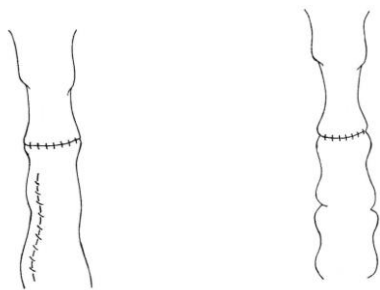
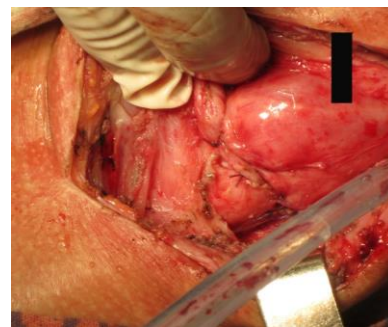


Рис. 7. Проведение зонда в трансплантат через зону пищеводного анастомоза

- затем осуществляется ушивание передней стенки анастомоза в поперечном направлении непрерывным двухрядным атравматичным швом на толстом желудочном зонде (рис. 8), дренирование околопищеводной клетчатки.



Схема



Окончательный вид

Рис. 8. Ушивание передней стенки пищеводного анастомоза

Описанная методика произведена у 4 больных основной группы. Все 4 больных были оперированы ранее по поводу ПРСП, причем в 3 случаях произведена шунтирующая колопластика и в 1 случае экстирпации пищевода с гастропластикой.

В послеоперационном периоде, случаев несостоятельности анастомоза и летальных исходов не отмечено. Отдаленный период в сроки от 6 месяцев до 3х лет прослежен у всех больных – ни в одном случае признаков рестеноза и жалоб на дисфагию не выявлено.

Лечебно-диагностический алгоритм у больных с РСПА.

На основании проведенных исследований нами разработан лечебно-тактический алгоритм для больных с РСПА, который позволяет определить варианты лечебной тактики данным больным. На данный алгоритм получено свидетельство DGU №03585 от 9.03.2016 года АИС РУз. Предложенный алгоритм представлен на рисунке 9.

У больных с выявленной РСПА, не зависимо от степени, лечение необходимо начинать с миниинвазивных методов расширения стриктуры.

Эффективность МРС оценивалась согласно «Критериям эффективности» предложенными Галлингером Ю.И. и Годжелло Э.А. (2002).

Бужирование РСПА, традиционное бужирование (ТБ), а также эндоскопическое бужирование (ЭБ), может выполняться больным не зависимо от степени стриктуры. Однако если невозможно провести струну

можно прибегнуть сначала к эндоскопической диатермотуннелизации (ЭДТ) с последующим бужированием или дилатацией. При эффективном бужировании пациентам с рецидивом дисфагии вновь проводят курсы поддерживающего бужирования. При неэффективности или невозможности проведения бужирования, больному показано повторное реконструктивное хирургическое вмешательство.

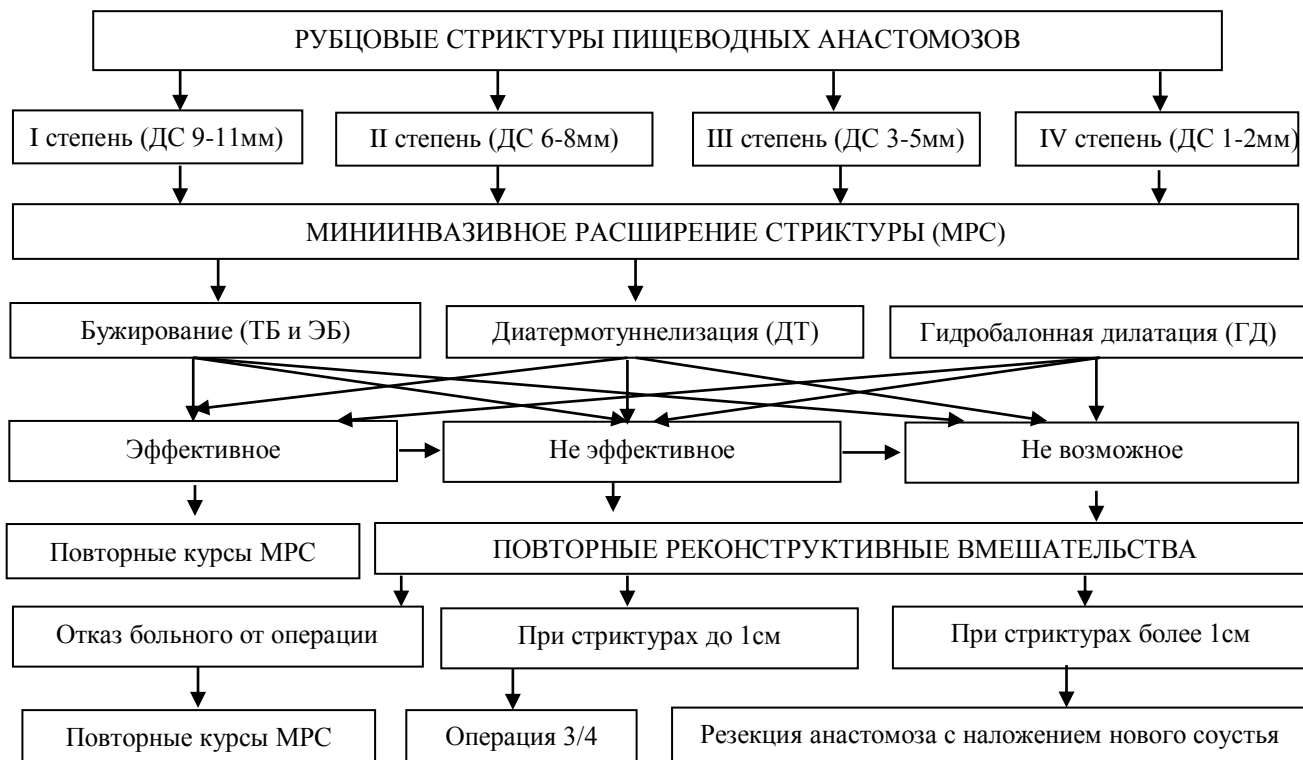


Рис. 9. Лечебно-диагностический алгоритм для больных с РСПА

Гидробаллонная дилатация (ГД) РСПА проводится не зависимо от степени стриктуры. При эффективности ГД, при повторных обращениях, показано проведение повторных курсов ГД с возможностью сочетания с описанными выше методиками. При неэффективности или невозможности проведения ГД, показано повторное реконструктивное хирургическое вмешательство.

В случаях, когда проведение миниинвазивных методик лечения неэффективно или невозможно, больным показано повторное хирургическое вмешательство. При не протяженных РСПА рекомендуем операцию 3/4 в нашей модификации, а при протяженных РСПА, рекомендуем выполнение резекции ранее наложенного анастомоза с наложением нового соустья.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Рубцовые стриктуры пищеводных анастомозов развились у 28,6% больных и являются основными причинами неудовлетворительных отдаленных результатов эзофагопластики, обуславливающих рецидив дисфагии и повторное обращение пациентов.

2. Разработка и внедрение в клиническую практику усовершенствованных методик формирования косо-поперечных ПА при реконструктивно-восстановительных операциях на пищеводе позволило достоверно снизить частоту несостоятельности эзофагогастроанастомозов с 22,4% до 8,5% ($\chi^2=14.85$; $p=0.0001$) и эзофагоколоанастомозов с 10,4% до 2,3% % ($\chi^2=12.09$; $p=0.0005$), а также развитие рубцовых стриктур пищеводных анастомозов с 42,3% до 19,8% ($\chi^2=14.04$; $p=0.0002$)

3. Недостаточность пищеводных анастомозов непосредственно влияет на вероятность развития РСПА ($\chi^2=14.42$; $p=0.0001$). В группе сравнения после несостоятельности ПА стриктуры развились у 66,7%, что выше, чем при первичном заживлении соустья – 30,6%. В основной группе получены аналогичные данные: после недостаточности ПА стриктура развилась у 55,5%, что выше, чем у больных без несостоятельности ПА – 14,8%.

4. Основным методом миниинвазивного лечения больных с рубцовыми стриктурами пищеводных анастомозов остается бужирование, которое было эффективно в общей сложности у 76,9% и неэффективным – у 23,1% пациентов. Анализ результатов бужирования в сравниваемых группах показал, что оно было эффективным в группе сравнения у 64% больных, а в основной группе достоверно ($\chi^2=4.53$ $p=0.033$) увеличилось до 88,9%, соответственно число неэффективных бужирований уменьшилось с 36% до 11,1%.

5. Внедренный оригинальный метод реконструкции пищеводного анастомоза при его рубцовом сужении позволил улучшить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения, при этом признаков рестеноза не выявлено ни в одном случае.

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

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

TSOY ALEKSEY OLEGOVICH

**THE WAYS OF PROPHYLAXIS AND SURGICAL TREATMENT
TACTICS OF CICATRICAL STRICTURES OF ESOPHAGEAL
ANASTOMOSES AFTER ESOPHAGOPLASTY**

14.00.27 – Surgery

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

TASHKENT - 2019

Subject of dissertation (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the № B2017.1.PhD/Tib118.

The doctoral dissertation carried out at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after academician V. Vakhidov.

Abstract of the dissertation is available in two 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::	Nizamkhodjaev Zayniddin Makhamatovich Doctor of medicine, professor
Official opponents:	Khakimov Murod Shavkatovich Doctor of medicine, professor ErgashevBakhtiyor Berdalievich Doctor of medicine
Leading organization:	JC «National Research Center of Surgery named after A.N.Sizganov» (Republic of Kazakhstan)

The defense will be take place on « ___ » _____ 2019 at ___ o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.27.06.2017.Tib.49.01 at the Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov and Tashkent Medical Academy. (Address: 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str. 10, Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov; Phone: (99871) 227-69-10; fax: (99871) 227-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

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

Abstract of the dissertation sent out on « ___ » _____ 2019.
(mailing report № ___ of _____ 2019).

F.G. Nazyrov

Chairman of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine, professor, academician

A.Kh. Babadjanov

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

A.V. Devyatov

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

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The aim of the research work is to improve the surgical treatment results of patients with cicatricial strictures of the esophageal anastomoses by improving tactics and developing new methods of minimally invasive and surgical treatment.

Research objectives were 393 patients who underwent esophagoplasty for various pathologies of the esophagus in the period from 1991 to 2015. at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after Academician V.Vakhidov. In the long-term period (from 3 months to 39 years) 238 patients who were hospitalized between 1991 and 2015 were examined.

The scientific novelty of the research consists of the followings:

a method for the formation of esophageal anastomoses which has made it possible to reduce the frequency of postoperative complications, including the risk of cicatricial contractions in the long-term period has been developed ;

a method of reconstructive surgery in patients with cicatricial strictures of the esophageal anastomoses, which has made it possible to reduce the incidence of suture failure has been worked-out;

the esophageal bougache to conduct bougienage only under endoscopic control, without the need for radiological monitoring has been improved;

the features of the development of cicatricial strictures of the esophageal anastomoses were determined depending on the method of esophagoplasty and the variant of the esophageal anastomoses;

the pathogenetic relationship between the incidence of development of insufficiency of the esophageal anastomoses and the formation of cicatricial strictures in the remote period has been proved.

Introduction of the research results. According to the results of a scientific study to improve the surgical treatment of patients with cicatricial narrowing of the esophageal anastomoses:

“Method for applying an esophageal anastomosis” was developed (invention patent No. IAP 03944). The proposed method has allowed to reduce the frequency of specific complications in the immediate postoperative period and improve long-term results;

a method for the surgical treatment of cicatricial strictures of the esophageal anastomoses (invention patent No. IAP 04834) was developed. The developed method made it possible to improve the immediate and long-term results of patients operated on for cicatricial stenosis of the esophageal anastomoses;

esophageal bougé (No. FAP 01130) was developed. The improved endoscopic bougienage technique with replaceable olives in patients with cicatricial stenosis of the esophageal anastomoses improved the results of minimally invasive treatment;

the obtained scientific results were introduced into the practice of public health, in particular, in the department of surgery of the esophagus and stomach of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov, in the surgical department No. 3 of the Andijan State Medical Institute (Ministry of Health No. 8 n-d/239 dated by

November 8, 2018). The results of the study allowed to reliably reduce the incidence of esophagogastric anastomoses failure from 22.4% to 8.5% and esophagocolic anastomoses from 10.4% to 2.3%, as well as the development of cicatricial strictures of the esophageal anastomoses from 42.3% to 19.8% .

Structure and scope of the dissertation. The thesis consists of an introduction, two chapters, conclusion, conclusion decision, practical recommendations and a list of references. The volume of textual material is 112 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РУЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Гулямов О.М., Цой А.О. Способ формирования пищеводного анастомоза//Агентство по интеллектуальной собственности республики Узбекистан, Патент №IAP 03944.

2. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О. Способ хирургического лечения рубцовых стриктур пищеводных анастомозов//Агентство по интеллектуальной собственности республики Узбекистан, Патент №IAP 04834.

3. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Цой А.О., Нигматуллин Э.И., Садыков Р.К. Новый способ хирургического лечения больных с рубцовыми стриктурами пищеводных анастомозов//Хирургия Узбекистана. - Ташкент, 2016 - №2 - С. 46-52 (14.00.00, №9).

4. Струсский Л.П., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Д.А., Цой А.О., Садыков Р.К. Результаты инструментальных методов лечения рубцовых стриктур пищеводных анастомозов//Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2016 - №3 - С. 19-23 (14.00.00, №11).

5. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Хаджибаев Ж.А., Цой А.О., Нигматуллин Э.И. Особенности специфических послеоперационных осложнений экстирпации пищевода с одномоментной гастропластикой//Вестник современной клинической медицины. - Казань, 2016 – Том 10, выпуск №4 - С. 39-44 (14.00.00, №24).

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

7. 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 - №5 - С. 62-65 (14.00.00, №3).

8. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И. Новый способ хирургического лечения рубцовых стриктур пищеводных анастомозов//Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент, 2016 - №5 - С. 65-68 (14.00.00, №3).

II бўлим (II часть; II part)

9. Струсский Л.П., Низамходжаев З.М., Шагазатов Д.Б., Хусанов А.М., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р. Пищеводный буж//Агентство по

интеллектуальной собственности республики Узбекистан, патент на полезную модель № FAP 01130.

10. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О. Программа для выбора метода лечения рубцовых стриктур пищеводных анастомозов после эзофагопластики//Агентство по интеллектуальной собственности республики Узбекистан, свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин № DGU 03585.

11. 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.

12. Низамходжаев З.М., Худайбергенов А.М., Лигай Р.Е., Гулямов О.М., Бекчанов Х.Н., Цой А.О., Эшонходжаев О.Д. Особенности послеоперационных осложнений после радикальных операций по поводу рака пищевода // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - Ташкент, 2006 - №1 - С. 54-58.

13. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Гулямов О.М., Хаджибаев Ж.А., Цой А.О. Выбор способа формирования пищеводных анастомозов при шунтирующей колоэзофагопластике//Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2008 - №3 - С. 13-15.

14. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Байкузиев Т., Халмурадова М. Болезни оперированного пищевода: диагностика и тактика лечения // Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2009 - №1 - С. 80-85.

15. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Гулямов О.М., Цой А.О., Омонов Р.Р., Мирзакулов А.Г. Результаты хирургического лечения рубцовых стриктур пищеводных анастомозов//Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. - Томск, 2011 – Том 14 №1(36) - С. 67-73.

16. 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.

17. Лигай Р.Е., Низамходжаев З.М., Гулямов О.М., Цой А.О., Эшонходжаев О.Д. Выбор способа формирования пищеводных анастомозов при эзофагопластике//Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2006 - №3 – 16.

18. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Гулямов О.М., Цой А.О. Непосредственные результаты формирования пищеводных анастомозов при эзофагопластике//Сборник трудов III конференции гастроэнтерологов Узбекистана: «Актуальные вопросы современной гастроэнтерологии и гепатологии». - Ташкент, 2007 - С. 103-104.

19. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Гулямов О.М., Цой А.О. Результаты формирования пищеводных анастомозов при эзофагопластике//Сборник тезисов «I-Международная конференция по торако-абдоминальной хирургии, посвященная 100-летию со дня рождения Б.В. Петровского». – Санкт-Петербург, 2008 - С. 249.

20. Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Бекчанов Х.Н., Цой А.О., Абдуллаев Д.С. Результаты инструментальных методов лечения рубцовых стриктур пищеводных анастомозов//Вестник хирургической гастроэнтерологии - Москва, 2011 - №3 - С. 119.

21. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Цой А.О., Омонов Р.Р. Отдаленные результаты хирургического лечения рубцовых стриктур пищеводных анастомозов//Вестник хирургической гастроэнтерологии - Москва, 2011 - №3 - С. 124.

22. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Бекчанов Х.Н., Цой А.О. Результаты реконструктивных операций в хирургическом лечении рубцовых стриктур пищеводных анастомозов//Материалы VII-международного конгресса – Алмата «Клиническая медицина Казахстана», Специальный выпуск, 2011 - №3,4 - С. 207.

23. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Цой А.О., Курабанов А.К. Результаты лечения рубцовых стриктур пищеводных анастомозов//Материалы III-конгресса хирургов Казахстана «Вестник хирургии Казахстана», Специальный выпуск – Алма-Аты, 2012 – №1 - С. 45.

24. Nizamkhojav Z.M., Ligay R.E., Bekchanov Kh.N., Tsoy A.O., Mirzakulov A.G. Efficiency of the esophageal extirpation in surgical treatment of esophageal ahalasia //Abstracts of XII international euroasian congress of surgery and gastroenterology. - Баку, 2011 - С. 72.

25. Nizamkhojav Z.M., Ligay R.E., Hadjibaev J.A., Tsoy A.O., Abdullaev D.S. Improved method of surgical treatment of strictures of esophageal anastomoses//Abstracts of XII international euroasian congress of surgery and gastroenterology. - Баку, 2011 - С. 72-73.

26. Лигай Р.Е., Цой А.О. К вопросу хирургического лечения рубцовых стриктур пищеводных анастомозов//Материалы Республиканской научно-практической конференции «Проблемы развития малого бизнеса, основанного на научных достижениях и инновационных технологиях, взглядом молодых ученых». - Ташкент, 2011 – С. 283.

27. Цой А.О., Курбанов А.Б. Миниинвазивные технологии в лечении рубцовых стриктур пищеводных анастомозов //Материалы Республиканской научно-практической конференции «Проблемы развития малого бизнеса, основанного на научных достижениях и инновационных технологиях, взглядом молодых ученых». - Ташкент, 2011 – С. 285.

28. Цой А.О., Бекбулатов М., Мадраимов А. Результаты хирургического лечения рубцовых стриктур пищеводных анастомозов//Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых ТГМУ им. Абу али ибн

Сино «Актуальные вопросы и проблемы медицинской науки. – Душанбе, Таджикистан, 2013 - С. 169.

29. Цой А.О., Султанов Ш.И., Тилемисов Р.О. Возможности инструментальных методов лечения рубцовых стриктур пищеводных анастомозов//Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых ТГМУ им. Абу али ибн Сино «Актуальные вопросы и проблемы медицинской науки. – Душанбе, Таджикистан, 2013 - С. 177.

30. Лигай Р.Е., Низамходжаев З.М., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Омонов Р.Р., Мадраимов А.А. Вопросы лечения рубцовых стриктур пищеводных анастомозов\\ IV конгресс хирургов Казахстана, 15-19 апреля 2013г., Алматы. Вестник хирургии Казахстана. – Алматы, 2013 год - №1 –С. 53.

31. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Бекбулатов М.Р., Орзикулов Э.И. Результаты реконструктивных операций в лечении рубцовых стриктур пищеводных анастомозов\\ VII научно-практическая конференция «Актуальные проблемы хирургии», посвященной памяти академика Л.В.Полуэктова. - Омск, Россия, 2013г. – С. 53.

32. Лигай Р.Е., Низамходжаев З.М., Цой А.О., Омонов Р.Р., Ташкентбаев Ф.Р., Усманов У.К. Инструментальные методы лечения рубцовых стриктур пищеводных анастомозов\\VII научно-практическая конференция «Актуальные проблемы хирургии», посвященной памяти академика Л.В.Полуэктова. - Омск, Россия, 2013г. – С. 55.

33. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Тактика лечения болезней искусственного пищевода\\Материалы IX межрегиональной конференции «Актуальные проблемы хирургии», посвященной памяти академика Л.В.Полуэктова. - Омск, Россия, 2015г. – С. 15.

34. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Бекбулатов М.Р. Хирургическое лечение болезней искусственного пищевода\\Материалы IX межрегиональной конференции «Актуальные проблемы хирургии», посвященной памяти академика Л.В.Полуэктова. - Омск, Россия, 2015г. – С. 17.

35. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Бекбулатов М.Р. Выбор способа лечения болезней искусственного пищевода\\Материалы V-международного конгресса «Актуальные направления современной кардио-торакальной хирургии». - Санкт-Петербург, Россия, 2015г. – С. 211.

36. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Иминов К. Результаты хирургического лечения болезней искусственного пищевода\\Материалы V-международного конгресса «Актуальные направления современной кардио-торакальной хирургии». - Санкт-Петербург, Россия, 2015г. – С. 107.

37. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А. К вопросу тактики лечения болезней искусственного пищевода\\Материалы VI конгресса хирургов Казахстана «Хирургия XXI века. Настоящее и будущее». Вестник хирургии Казахстана, - Алмата, Казахстан, 2015г. – №1 - С. 106.

38. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Иминов К. Анализ результатов хирургического лечения болезней искусственного пищевода\\Материалы конференции «Профилактическая медицина: вчера, сегодня и завтра». - Андижан, 2015г. – С. 555.

39. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Абдуллаев Д.С., Тилемисов Р.О. Результаты реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе у больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами\\Материалы конференции «Профилактическая медицина: вчера, сегодня и завтра». - Андижан, 2015г. – С. 553.

40. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И. Реконструктивные операции при болезнях искусственного пищевода\\Сборник трудов IX Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии, Евразийский онкологический журнал. – Минск, Беларусь, 2016г. - том 4, №2 – С. 395.

41. Лигай Р.Е., Низамходжаев З.М., Гулямов О.М., Цой А.О., Ажимуратов М.К. Непосредственные результаты экстирпации пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой\\Сборник трудов IX Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии, Евразийский онкологический журнал. – Минск, Беларусь, 2016г. - том 4, №2 – С. 395.

42. Лигай Р.Е., Низамходжаев З.М., Гулямов О.М., Цой А.О., Ажимуратов М.К. Характер послеоперационных осложнений после экстирпации пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой\\Сборник трудов IX Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии, Евразийский онкологический журнал. – Минск, Беларусь, 2016г. - том 4, №2 – С. 396.

43. Цой А.О., Нигматуллин Э.И. Анализ повторных хирургических вмешательств при болезнях искусственного пищевода\\XI Международная (XX Всероссийская) Пироговская научная медицинская конференция. Секция молодых ученых. – Москва, Россия, 2016г. - С. 396.

44. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А. Миниинвазивные методы лечения болезней искусственного пищевода\\Сборник материалов конференции VII Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы эндоскопии»: Настоящее и будущее эндоскопии. – Санкт-Петербург, Россия, 2016г. - С. 44.

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

Бичими: 84x60 1/16. «Times New Roman» гарнитура рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табоғи: 3. Адади 100. Буюртма №7.

«Тошкент кимё-технология институти» босмахонасида чоп этилди.
100011, Тошкент, Навоий кўчаси, 32-уй.