

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР
БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

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

АБДУЛЛАЕВ ДАВРАНБЕК САБИРОВИЧ

**ҚИЗИЛҮНГАЧ ВА МЕЪДА ҚЎШМА КУЙИШДАН КЕЙИНГИ
ЧАНДИКЛИ ТОРАЙИШЛАРИДА ТАШХИСЛАШ ВА ЖАРРОХЛИК
УСУЛЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТОШКЕНТ – 2024

УЎК: 617.55-008.8-089.819(083.75)

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Абдуллаев Давранбек Сабирович

Қизилўнғач ва меъда қўшма куйишдан кейинги чандикли торайишларида
ташхислаш ва жаррохлик усулларининг ўзига хос хусусиятлари..... 3

Абдуллаев Давранбек Сабирович

Особенности диагностики и хирургической тактики при сочетанных
постожоговых рубцовых стриктурах пищевода и желудка..... 27

Abdullaev Davranbek Sabirovich

Peculiarities the tactics of surgical treatment of combined cicatricial stenosis
of the esophagus and stomach..... 49

Нашр қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 55

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР
БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

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

АБДУЛЛАЕВ ДАВРАНБЕК САБИРОВИЧ

**ҚИЗИЛҮНГАЧ ВА МЕЪДА ҚЎШМА КУЙИШДАН КЕЙИНГИ
ЧАНДИКЛИ ТОРАЙИШЛАРИДА ТАШХИСЛАШ ВА ЖАРРОХЛИК
УСУЛЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТОШКЕНТ – 2024

Фалсафа доктори (PhD) диссертцияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2021.2.PhD/Tib100-сон билан рўйхатга олинган.

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

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

Илмий раҳбар:

Лигай Руслан Ефимович
тиббиёт фанлари доктори

Расмий оппонентлар:

Хакимов Мурод Шавкатович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Абдуллажонов Баҳром Рустамжанович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етақчи ташкилот:

Абу Али ибн Сино номидаги Тожикистон давлат тиббиёт университети

Диссертация ҳимояси Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2024 йил «___» _____ соат ____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Кичик халқа йули 10-ўй. 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 маркази Ахборот-ресурс марказида (190-сон билан рўйхатга олинган) танишиш мумкин. Манзил: 100115, Тошкент ш. Кичик халқ йўли, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Диссертация автореферати 2024 йил «___» _____ куни тарқатилди.
(2024 йил «___» _____ даги ____ рақамли реестр баённомаси).

Ф.Г. Назиров

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

У.М. Махмудов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби,
тиббиёт фанлари доктори

Р.А. Ибадов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти. Ҳозирги вақтда қизилўнгач ва ошқозоннинг қўшма куйишларини даволаш торакоабдоминал жарроҳликда долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Бу овқат хазм қилиш трактининг бир эмас, балки икки ўриндаги – қизилўнгач ва ошқозондаги обструкцияси билан боғлиқ бўлиб, беморларнинг алиментар ҳолатининг кескин бузилишига олиб келади. «Турли муаллифларнинг маълумотларига кўра, қизилўнгач ва ошқозоннинг қўшма куйиши частотаси 15-53%ни ташкил қилади»¹. ЖССТ маълумотларига кўра «беморларнинг 87%гачаси меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамлар бўлиб, уларнинг 70-90 фоизида қизилўнгач куйиши тасодифан, 5-7 фоизида эса қасддан (суицид мақсадида) содир бўлади, агрессив суюқликларни қасддан истеъмол қилган беморларнинг ёши 16 ёшдан 30 ёшгача бўлган, уларнинг 94,2%ни аёллар ва 5,8%ни эркаклар ташкил қилган»². Шунингдек «қизилўнгач ва ошқозоннинг кимёвий куйишлари заҳарланишлар умумий сонининг 35-50%ни ташкил қилади, касалхонада содир бўладиган ўлим ҳолатлари 10-42%га етади, стенозга олиб келувчи оғир куйиш жароҳатлари 10-20%ни ва қизилўнгачнинг кислоталар таъсирида юзага келадиган оғир шикастланишлари эса 6-20%ни ташкил қилади, бунда ўлимга олиб келувчи оғир даражали куйишлар 53,7% ҳолларда қизилўнгач, ошқозон ва ингичка ичакни, 38% ҳолларда эса қизилўнгач ва ошқозонни зарарлайди»³.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда қизилўнгач ва ошқозоннинг ўтказувчанлигини етарли даражада тиклаш масалаларига бағишланган тадқиқотлар энг долзарб бўлиб қолмоқда. Замонавий гидробаллонли дилататорларнинг пайдо бўлиши қизилўнгач ва ошқозон қўшма жароҳати бор бўлган беморларни даволашда янги имкониятлар яратмоқда. Қизилўнгач ва ошқозоннинг қўшма шикастланишлари билан оғриган беморларни даволашда ягона жарроҳлик амалиёти тактикаси ҳали ҳам мавжуд эмас. Кўпчилик муаллифлар дастлаб ошқозондаги жарроҳлик амалиётлари ва кейинги босқичда, қизилўнгач ўтказувчанлигини қайта тиклаш зарур эканини таъкидлашади. Шу билан бирга, жарроҳлик амалиёт усулини танлаш бўйича мунозаралар ҳамон давом этмоқда: еюностомия, гастрэктомия, резекция, айланиб ўтувчи анастомозлар, дренажловчи амалиётлар, пилоропластика ва уларнинг бажарилиши куйишдан кейинги муддатларга, торайиш даражасига ва ошқозондаги торайишнинг жойлашувига асосланади. Ошқозоннинг ўтказувчанлиги тикланганидан кейин қизилўнгачдаги реконструктив жарроҳлик амалиётларининг энг мақбул вақтини белгилаш масалалари ҳал қилинмаганлигича қолиб келмоқда ҳамда қизилўнгач ва ошқозонда ўтказиладиган бир босқичли аралашувлар натижалари ўрганилмаган.

Мамлакатимизда хирургияни ривожлантиришнинг замонавий жиҳатлари даволаш тактикасини ва лазер нурларидан фойдаланишни такомиллаштириш

¹ Karcioglu O., Topacoglu H., Dikme O., Dikme O. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? // Am.J. Emerg. Med. -2018. -Vol. 36. - №4. - P. 707-714.

² Блоцкий А.А., Карпищенко С.А. Неотложные состояния. СПб.: «Диалог». – 2019. – 205 с.

³ Блоцкий А.А., Антипенко В.В., Блоцкий Р.А. Диагностика и тактика лечения больных с химическими ожогами пищевода // Актуальные вопросы оториноларингологии Благовещенск, 02–03.08.2020 г., с147-153

орқали қизилўнгач шикастланишлари билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб тадбирларни ўз ичига олади. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган⁴. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан, қизилўнгач шикастланишлари билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш ушбу патологиянинг юқори тиббий ва ижтимоий аҳамияти туфайли хирургиянинг долзарб йўналишларидан биридир.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 4 октябрдаги ПҚ-5254-сон «Хирургия хизматини трансморфация қилиш, ҳудудларда жарроҳлик амалиётлари сифатини ошириш ва кўламини кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида» ва 2024 йил 22 январдаги ПҚ-38-сон «Соғлиқни сақлаш соҳасида ислохотларни чуқурлаштириш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги Қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Қизилўнгач ва ошқозоннинг кимёвий куйиш ҳолатларининг аксарияти турли хил кислоталарни (кўпинча цирка кислотаси - 53,6-85,6%) ёки ишқорларни (кўпинча натрий гидроксиди - 18-38,6%) истеъмол қилиш билан боғлиқ ва фақат 14% гача беморлар нима билан захарланганини билмайдилар⁵. Қизилўнгач ва ошқозоннинг кимёвий куйиши билан оғриган беморлар токсикология бўлимига ётқизилган барча беморларнинг учдан бир қисмини ташкил қилади, қизилўнгачнинг клиник шикастланишлари 70% дан ортиқ, ошқозонники эса - 32% гача, қўшма жароҳатларда бир аъзонинг, қизилўнгач ва ошқозон, жароҳатланиши клиникаси яққол намоён бўлиши беморларнинг ярмида қайд этилган⁶. Шуни тушуниш керакки, шикастланишнинг оғирлиги ва куйиш касаллигининг кўлами ва у билан боғлиқ бўлган қизилўнгач ва ошқозонда кейин содир бўладиган торайишли ўзгаришлар бир неча омилларга – «агрессив суюқликнинг миқдори ва концентрацияси, унинг ёпишқоқлиги, турғунлигига ва резорбтив таъсирига боғлиқ»⁷. Ноорганик кислоталарни истеъмолидан

⁴ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60 сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

⁵ Климашевич А.В. Никольский В.И. Кувакова Р.Э. Современные тенденции в лечении постожоговых рубцовых стриктур пищевода // XI съезд хирургов России. - 2011. - С. 38.

⁶ Frazzoni L, La Marca M, Montale A, Fuccio L. Management of benign esophageal strictures: a literature review // Recent Prog Med. 2018 Jan; 109 (1):46-49.

⁷ Хаджибаев А.М., Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Шагазатов Д.Б. Эндоскопическая диагностика и лечение химических ожогов пищевода // Хирургия Узбекистана.-Т., 2017. – №3. –С. 46..

кейинги куйиш касаллиги шиллик қавати ва шиллик ости қаватлари оксилларининг денатуратсиясига олиб келади, бу эса коагулятсион генездаги етарлича зичликдаги некротик ўчоқнинг кескин шаклланишига олиб келади, бу кислотанинг тўқималарга чуқур кириб боришини чеклайди, аммо айнан шу жараён оғриқ шокиннинг шаклланишига ва организмдаги захарланишнинг кучайишига ва асоратларнинг пайдо бўлишига олиб келади ⁸ .

Ишқорларни истеъмолидан кейинги куйиш касаллиги қизилўнгачнинг шиллик ва шиллик ости қаватининг биров дегидратациясига ва юмшаб қолишига олиб келади, бу кислоталарга нисбатан сезиларли даражада чуқуррок, яъни қизилўнгач деворларининг қатламларига кириб бориши ва уларнинг шикастланишига ҳамда катта кўламдаги некроз майдонларини ҳосил бўлишига, куйишдан кейинги яранинг юмшаб қолишига, нафақат қизилўнгач деворларининг барча қатламларини, шунингдек, қизилўнгачга туташ органлар ва тўқималарни шикастланишига олиб келади, бу эса юқори захарланиш, қон кетиши, қизилўнгач атрофи флегмонаси ва медиастинит келтириб чиқаради. Билвосита, ишқорлар билан захарланиш эритроцитлар гемолизи фонида қоннинг кескин ивишига олиб келади, бу ўткир гемоглобинурик нефроз ва токсик гепатитга олиб келади, ўткир буйрак ва жигар етишмовчилигини келтириб чиқаради, яшаб қолиш прогнози ва натижани кескин ёмонлаштиради⁹. Каустик модданинг қизилўнгачга кириб бориши унинг мушакларининг рефлексор спазмига олиб келади, бу кўпинча физиологик қисқаришларда намоён бўлади, бу захарнинг ошқозонга ўтишини чеклайди ва шу билан бирга шиллик қаватнинг шикастланишига таъсир қилиш давомийлигини оширади қизилўнгач, куйиш шикастланишининг оғирлигини ва қизилўнгачнинг чандикли торайишини кучайтиради, максимал спазм кардия учун характерлидир. Ошқозонга захарли кимёвий модданинг кириб бориши куйишга олиб келади, бу айниқса кислота билан захарланишда яққол намоён бўлади¹⁰. Шундай қилиб, барча замонавий консерватив ва миниинвазив даволаш усуллари ҚВОҚҚЧТни эрта муддатларда комплекс даволашга ва катта ҳажмдаги жарроҳлик амалиётларини олдини олишга қаратилган¹¹. Шу билан бирга, ҚВОҚҚЧТни даволашнинг жарроҳлик усуллари кўрсатмалар, жарроҳлик амалиёти усулини танлаш ва даводан кейинги қисқа ва узок муддатли натижаларини таҳлил қилиш масалалари деярли ўрганилмаган¹².

ҚВОҚҚЧТни даволашнинг замонавий усуллари такомиллаштириш технологияларидан фойдаланишнинг назарий жиҳатлари ва клиник тажрибасига оид адабиётларни таҳлил қилиш, узок муддатли прогноз учун энг

⁸Y. Kamijo, I. Kondo, M. Kokuto et al. Miniprobe ultrasonography for determining prognosis in corrosive esophagitis // Am. J. Gastroenterol. – 2018. – Vol. 99, № 5. – P. 851–854.

⁹Y. Kamijo, I. Kondo, M. Kokuto et al. Miniprobe ultrasonography for determining prognosis in corrosive esophagitis // Am. J. Gastroenterol. – 2018. – Vol. 99, № 5. – P. 851–854.

¹⁰Низамходжаев З.М., Струцкий Л.П., Лигай Р.Е.. Современные технологии в лечении рубцовых стриктур пищевода // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2016. – Т. 15, № 2. – С. 54–61.

¹¹Низамходжаев З.М., Струцкий Л.П., Лигай Р.Е.. Современные технологии в лечении рубцовых стриктур пищевода // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2016. – Т. 15, № 2. – С. 54–61.

¹²Okonta K.E. In patients with corrosive oesophageal stricture for surgery, is oesophagectomy rather than bypass necessary to reduce the risk of oesophageal malignancy? // Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg. – 2021. – Vol. 15, № 4. – P. 713–715.

рационал жарроҳлик усулини танлаш билан боғлиқ тактик жихатлар - бу хирургиянинг устувор йўналишларидан бири эканлигини кўрсатади. Бундай долзарб муаммони ҳал қилиш учун сўнгги ўн йилликда тўпланган клиник тажрибани ҳисобга олган ҳолда, ҚвОҚКЧТ ни миниинвазив ва жарроҳлик даволаш усулларини такомиллаштиришнинг янги усулларини ишлаб чиқиш ва ушбу тоифадаги беморларни касалликларини даволаш учун адекват даво тактикасини тизимлаштириш керак.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг тадқиқот режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти “Акад. В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” давлат муассасаси Қизилўнғач ва ошқозон хирургияси бўлимининг илмий ишлари режасига мувофиқ ИЗ-202011231-сон “Қизилўнғач касалликларини жарроҳлик йўли билан даволашда эндовизуал ва минимал инвазив технологияларни ишлаб чиқиш” илмий-тадқиқот лойиҳаси доирасида амалга оширилган (2021-2023 й.).

Тадқиқотнинг мақсади натижаларни қиёсий таҳлил қилиш ҳамда ҳаёт сифатини комплекс баҳолаш йўли билан қизилўнғач ва ошқозоннинг қўшма куйишдан кейинги чандиқли торайиши билан оғриган беморларни оптимал даволаш тактикасини ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

истеъмол қилинган кимёвий реагентнинг турига боғлиқ ҳолда ошқозоннинг куйишдан кейинги қўшма чандиқли шикастланишларининг хусусиятларини аниқлаш;

қизилўнғач ва ошқозоннинг куйишдан кейинги қўшма чандиқли торайишларини босқичма-босқич ташхислашнинг асосий тамойилларини асослаш;

қизилўнғач ва ошқозоннинг қўшма куйишдан кейинги чандиқли торайиши билан оғриган беморларда қизилўнғач ўтказувчанлигининг ёки ошқозон эвакуациясининг бузилиш даражаси устунлигига қараб, клиник симптоматиканинг хусусиятларини ҳамда хирургик коррекция усулини танлашнинг объектив мезонларини аниқлаш;

куйиш касаллигининг босқичига ва қўлланилган даво тактикасига боғлиқ ҳолда уларнинг бевосита ҳамда узоқ муддатли самарадорлигини катамнестик баҳолаш билан қизилўнғач ва ошқозоннинг қўшма куйишдан кейинги чандиқли торайиши билан касалланган беморларнинг ҳаёт сифати кўрсаткичларини аниқлаш;

қизилўнғач ва ошқозоннинг қўшма куйишдан кейинги чандиқли торайиши билан оғриган беморлар учун оптимал даволаш-тактик алгоритмни ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 1990-2022-йиллар мобайнида “Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” давлат муассасасининг Қизилўнғач ва ошқозон жарроҳлиги бўлимида қизилўнғач ва ошқозоннинг қўшма куйишдан кейинги чандиқли торайиши туфайли стационар шароитда даволанган 247 нафар беморларнинг ташхисот ва даволаш натижалари олинган.

Тадқиқотнинг предмети қизилўнгач ва ошқозоннинг қўшма торайиши бўлган беморларда даволашнинг хирургик тактикасини клиник-анамнестик, инструментал, ижтимоий ва статистик тадқиқотлар натижаларини қиёсий жиҳатдан ҳамда кам инвазив ва хирургик аралашувларнинг бевосита ва узоқ муддатли самарадорлиги нуқтаи назаридан клиник самарадорлиги ва беморларнинг ҳаёти сифатини ўрганиш натижаларини таҳлил қилишдан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазибаларни ҳал қилиш учун умумий клиник, лаборатор, инструментал, махсус ва статистик тадқиқот усуллари қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

коагуляцион некрознинг ривожланиши туфайли кимёвий кислота сабали қизилўнгач ва ошқозоннинг куйиши комбинацияланган шикастланишлар шаклланиши ҳавфи сезиларли даражада юқори эканлиги ва ишқорлар натижасида шикастланиши фониди коликвацион некрози эса қизилўнгачга маҳаллий таъсир билан тавсифланиши аниқланган;

куйишдан кейинги ошқозон шикастланишининг муқобил жарроҳлик даволаш вариантини танлашнинг клиник ва диагностик мезонлари кимёвий куйишнинг давомийлиги ва табиати, беморнинг аҳволининг оғирлиги, чандиқнинг тарқалганлиги ва озик-овқат ўтишининг бузилиш даражаси, шунингдек потенциал травматик аралашувларга асосланиб аниқланган;

куйишдан кейинги комбинацияланган шикастланишларида чандиқ жараёнининг тарқалиш даражаси ва оғирлиги объектив баҳолашнинг характерли мезонлари қизилўнгачнинг сезиларли торайишисиз ошқозон стенози клиникасининг тарқалиши, ошқозондан эвакуация қилинмасдан қизилўнгач обструкциясининг тарқалиши ёки бу асоратларнинг эквивалент комбинацияси эканлиги аниқланган;

қизилўнгач ва ошқозоннинг куйишдан кейинги чандиқли стриктураларини миниинвазив ёки жарроҳлик даволаш натижаларининг асосий прогностик омили қизилўнгач обструкцияси ва/ёки ошқозондан эвакуация қилиш даражаси эканлиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

миниинвазив ва жарроҳлик аралашувлар усули ва ҳажмини танлашни оптималлаштириш орқали қизилўнгач ва ошқозон куйишидан кейинги комбинацияланган шикастланишлар оғирлигини баҳолашнинг асосий клиник ва диагностик мезонлари аниқланган;

қизилўнгач ва ошқозоннинг куйишдан кейинги чандиқлари бўлган беморларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш алгоритмлари кимёвий куйишдан кейинги вақтни, беморларнинг аҳволини, шунингдек ҳаёт сифатини баҳолашни ҳисобга олган ҳолда амалга оширилган даволаш тактикасининг клиник самарадорлигини таҳлил қилиш асосида ишлаб чиқилган;

қизилўнгач ва ошқозоннинг куйишдан кейинги чандиқлари бўлган беморларга ихтисослаштирилган жарроҳлик ёрдамнинг ишлаб чиқилган кетма-кетлиги қизилўнгач ўтказувчанлиги бузилишларини тиклаш ва

ошқозондан овқатни эвакуация қилиш босқичларини аниқлашга имкон берганлиги аниқланган;

қизилўнгач ва ошқозонда бир вақтнинг ўзида реконструктив ва тикловчи операцияларни клиник амалиётга жорий этиш жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаганлиги ва беморнинг касалхонада қолишини камайтирганлиги исботланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Натижаларнинг ишончлилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, лаборатор ва инструментал диагностиканинг замонавий усулларида фойдаланилганлиги, услубий ёндашувлар ҳамда статистик таҳлил жамланмаларининг тўғри қўлланилганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва берилган тавсиялар назарий аҳамиятга эга бўлиб, қизилўнгач ва ошқозоннинг куйишдан кейинги қўшма чандиқли торайиши билан оғриган беморларни ташхислаш ва даволашни такомиллаштиришга муҳим ҳисса қўшганлиги, шу билан бирга, куйишдан кейинги чандиқли торайишни бир вақтнинг ўзида коррекциялаш учун кўрсатмалар мавжудлиги ва йўқлигида қизилўнгач ҳамда ошқозонда бажариладиган кам инвазив ва хирургик аралашувларнинг амалга ошириш кетма-кетлиги асосланганлиги ҳамда куйиш касаллигининг босқичига ҳамда қўлланилган кам инвазив ва хирургик аралашувлар тактикасига боғлиқ ҳолда уларнинг бевосита ва узоқ муддатли самарадорлигини катамнестик баҳолаш билан қизилўнгач ва ошқозоннинг куйишдан кейинги қўшма чандиқли торайиши билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифати кўрсаткичлари аниқланганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижалар асосида куйиш касаллигининг босқичига боғлиқ ҳолда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишнинг турли босқичларида қизилўнгач ҳамда ошқозоннинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши бўлган беморларда кам инвазив ва хирургик аралашувларни қўллаш бўйича мақбул тавсиялар ишлаб чиқилганлиги, шу билан бирга, қизилўнгач ва ошқозоннинг қўшма торайишларида бир босқичли реконструктив-тикловчи ташрихларни клиник амалиётга жорий этиш хирургик даволаш натижаларини яхшилашга ва беморларнинг шифохонада қолиш муддатини қисқартиришга имкон берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Қизилўнгач ва ошқозон қўшма куйишдан кейинги чандиқли торайиши касалликларининг диагностикаси ва даволаш натижаларини яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

биринчи илмий янгилик: кислоталар билан кимёвий куйиш натижасида коагуляцион некроз ривожланиши бўлса, қизилўнгач ва ошқозоннинг қўшма жарахатланиши пайдо бўлишининг потенциал хавфи сезиларли даражада юқори, ишқорларнинг шикастланиши фонида коликация некрози эса қизилўнгачнинг маҳаллий таъсирланиши билан тавсифланади. Хирургик тактикани танлашга дифференциаллашган ёндашув қизилўнгач ва ошқозоннинг куйишдан кейинги

чандикли торайиши бўлган беморларда яқин ва узок муддатли даврда юзага келиши мумкин бўлган асоратлар ва хирургик хатолар сонини камайтиришга имкон берди, бу эса хирургик даволашдан кейинги реабилитация, шунингдек, овқатланиш ҳолати ва меҳнат қобилиятини тикланиши тезроқ бўлишини исботлади. Бу академик В. Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирурия илмий-амалий тиббиёт маркази (2024-йил 04 сентябрдаги 838 сонли буйрук), Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 17.02.2024 йилдаги 09-сонли ва У.Холмуратов номидаги Республика кўп тармоқли тиббиёт марказининг 26.02.2024 йилдаги 24/7-сонли буйруқлари билан амалиётга жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий техник кенгашнинг 2024 йил “08” июлдаги 02/42-сонли йиғилиш баённомаси). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: кимёвий куйишдан кейинги вақт, қизилўнғач ва ошқозоннинг чандикли торайишларининг табиати, уларнинг узунлиги ва торайиш жараёнининг хусусиятлари тўғрисида олинган маълумотларга асосланиб қизилўнғач ва ошқозоннинг ўтказувчанлигидаги тўсиқларни бартараф этишга имкон берувчи оптимал хирургик тактика ишлаб чиқилди, бу беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилади ва беморларнинг тез ижтимоий реабилитациясига ёрдам берди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қизилўнғач ва ошқозоннинг қўшма куйишдан кейинги чандикли торайиши билан беморларда қизилўнғачнинг анатомик ўзгаришларининг тузилиши ва хусусиятлари тўғрисида олинган маълумотлар асосида турли умумий ва ўзига хос асоратларни ривожланишининг асосий хавф омилларини эрта аниқлаш ҳисобига ҳар бир бемор учун 3 миллион 600 минг сўм тежаб қолинди. Бунда тежамкорлик 3 600 000 сўмни (9 800 000 сўм (ушбу патологик ҳолатларда қўлланиладиган усуллардан фойдаланган ҳолда умумий сумма)) - 6 200 000 сўмни (таклиф этилаётган усул бўйича диагностика суммаси) = 3 600 000 сўмни (“Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” ДМ прејскурантига кўра) ташкил этади. Хулоса: Қизилўнғач тугилиши ва ошқозон эвакуациясининг бузилиши клиник кўринишидаги устунликка қараб куйишдан кейинги қўшма торайиши билан оғриган беморларни тақсимлаш мезонлари аниқланди, бу эса ҳар бир бемор учун 3 600 000 сўмни тежаш имконини берди, бу эса йиллик иқтисодий кўрсаткични келтириб чиқарди. 36 000 000 сўм (ҳар бири 10 нафар бемор учун). Йиллик бюджет маблағлари ҳисобидан 10 миллион 800 минг сўм, бюджетдан ташқари маблағлар ҳисобидан 25 миллион 200 минг сўм маблағ иқтисод қилинди.

иккинчи илмий янгилик: кимёвий куйишнинг давомийлиги ва табиати, беморнинг аҳволининг оғирлиги, чандикланиш жараёнининг даражаси, озиқ-овқат ўтишининг бузилиши ва ошқозоннинг куйишдан кейинги қўшма шикастланишлари, шунингдек хирургик амалиётларнинг потенциал травматик табиати учун оптимал хирургик даволаш вариантини танлашнинг клиник ва диагностик мезонлари аниқланиб, академик В. Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирурия илмий-амалий тиббиёт маркази (2024-йил 04 сентябрдаги 838 сонли буйрук), Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 17.02.2024 йилдаги 09-сонли ва У.Холмуратов номидаги Республика кўп тармоқли тиббиёт марказининг 26.02.2024 йилдаги 24/7-сонли буйруқлари

билан амалиётга жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий техник кенгашнинг 2024 йил “08” июлдаги 02/42-сонли йиғилиш баённомаси). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: асоратлар сонини камайтириш, даволаниш ва ташхис қўйиш вақтини сезиларли даражада қисқартириши мумкин, тўғри танланган даволаш тактикаси орқали кераксиз молиявий харажатларни йўқ қилади, бу касалликнинг умумий натижасига ижобий таъсир қилади, иқтисодий харажатларни камайтиради. даволаш ва беморларнинг тиббий-ижтимоий ҳолатини яхшилади. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: қизилўнгач ва ошқозоннинг қўшма қўшма куйишдан кейинги чандиқли торайиши бўлган беморларда хирурик тактикани дифференциал танлашдан фойдаланиш ушбу патология билан оғриган беморларни даволаш харажатларини камайтириши имкониятини берди. Таклиф этилаётган усуллар беморнинг касалхонада ётиш муддатини ва такрорий бужлаш курсларини қисқартириш натижасида 1 беморда ўртача 4 200 000 сўм тежашга олиб келади, хусусан: бу патологияда одатда 16 000 000 сўм сарфланади; Таклиф этилган даволаш усулларини қўллаш натижасида ўртача умумий харажатлар 12 800 000 сўмгача камайтирилди; ((одатда ушбу патология учун сарфланадиган ўртача умумий харажатлар) 16 000 000 сўм (“Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” ДМ прејскурантига кўра) - (таклиф этилган усуллардан фойдаланган ҳолда тўғри танланган даволаш тактикаси натижасида янги хирурик амалиётларни жорий этиш натижасида ўртача умумий харажатлар) 12 800 000 сўм = 4 200 000 сўм тежаллади)) (“Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” ДМ прејскурантига кўра). Хулоса: қизилўнгач ва ошқозоннинг қўшма куйишдан кейинги чандиқли торайиши билан дифференциал хирурик тактикани қўллаш натижасида ҳар бир бемор учун 4 200 000 сўм маблағни тежаш мумкин бўлди. Амалиёт ўтқизилган 10 нафар бемор учун бу иқтисодий тежамкорлик йилига 42 000 000 сўмни ташкил этди. Йиллик бюджет ҳисобидан 12 миллион 600 минг сўм, бюджетдан ташқари маблағлар ҳисобидан 29 миллион 400 минг сўм маблағ иқтисод қилинди.

учинчи илмий янгилик: қизилўнгач ва ошқозоннинг куйишдан кейинги қўшма чандиқли торайиши билан оғриган беморларга ихтисослаштирилган жарроҳлик ёрдами кўрсатишнинг ишлаб чиқилган алгоритми қизилўнгач ўтказувчанлигини тиклаш ва ошқозондан овқатни эвакуация қилиш босқичларини аниқлаш имконини берди ва академик В. Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирурия илмий-амалий тиббиёт маркази (2024-йил 04 сентябрдаги 838 сонли буйруқ), Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 17.02.2024 йилдаги 09-сонли ва У.Холмуратов номидаги Республика кўп тармоқли тиббиёт марказининг 26.02.2024 йилдаги 24/7-сонли буйруқлари билан амалиётга жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий техник кенгашнинг 2024 йил “08” июлдаги 02/42-сонли йиғилиш баённомаси). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қизилўнгач ва ошқозоннинг қўшма куйишдан кейинги чандиқли торайишини даволашда кам инвазив амалиётлардан фойдаланиш қизилўнгачнинг торайиши кенгайтиришга ва мураккаб реконструктив операциялардан қочишга, шунингдек реабилитация даврини ва беморнинг

касалхонада стационар ётиб даволаниш муддатини қисқартиришга ва шунга мос равишда даволаш самарадорлиги оширишга имкон беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: қизилўнғачнинг чандиқли торайишини кенгайтиришнинг кам инвазив усулларида фойдаланиш қизилўнғачда мураккаб реконструктив операцияларни талаб қиладиган беморлар сонини камайтириш имконини берди, бу эса ҳар бир бемор учун жами маблағни 3 435 000 сўмга тежаш имконини берди. Кам инвазив амалиётлардан фойдаланиш даволанишнинг умумий харажатларини камайтиради; қизилўнғач торайишларининг хирургик йўл билан даволашнинг мавжуд турларидан фойдаланиш натижасида таклиф этилаётган усуллар асосидаги чора-тадбирлар натижасида харажатлар 9 485 000 сўмни ташкил этади, бу харажатлар миқдори 6 050 000 сўмни ташкил этади (“Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” ДМ прејскурантига кўра). Янги такомиллаштирилган хирургик тактиканинг жорий этилиши ҳар бир беморга 3 435 000 сўм маблағни тежаш имконини беради Хулоса: очиқ интервенциялар билан биргаликда кам инвазив технологияларни жорий этиш ҳар бир беморга 3 435 000 сўм, 7 беморга йилига 25 045 000 сўм (бюджет маблағлари ҳисобидан 10 305 000 сўм, бюджетдан ташқари маблағлар ҳисобидан 14 740 000 сўм) тежаш имконини берди (“Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” ДМ прејскурантига кўра).

тўртинчи илмий янгилик: қизилўнғач ва ошқозоннинг қўшма куйишдан кейинги чандиқли торайиши бўлган беморларда оптимал хирургик тактикани танлашга дифференциал ёндашув, амалиётлардан кейинги асоратлар сонини камайтиришга, шунингдек, узоқ муддатли даврда кам инвазив даволаш усулларида сўнг дисфагия қайталаниш частотасини камайтиришга имкон берди, бу визуал-аналогли текширув шкаласи (ВАШ), ҳаёт индексининг халқаро ихтисослаштирилган сўровномаси «Gastrointestinal Quality of Life Index» (GIQLI) ва «Gastrointestinal Symptom Rating Scale» (GSRS) сўровномаси билан тасдиқланиб, академик В. Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирурия илмий-амалий тиббиёт маркази (2024-йил 04 сентябрдаги 838 сонли буйруқ), Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 17.02.2024 йилдаги 09-сонли ва У.Холмуратов номидаги Республика кўп тармоқли тиббиёт марказининг 26.02.2024 йилдаги 24/7-сонли буйруқлари билан амалиётга жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий техник кенгашнинг 2024 йил “08” июлдаги 02/42-сонли йиғилиш баённомаси). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: ишлаб чиқилган алгоритм клиник белгиларда қизилўнғач торайиши ва/ёки ошқозон эвакуациясининг бузилишининг устунлигига асосланади ва локализация бўйича кам инвазив ва хирургик усулларнинг босқичлари, қизилўнғач ва ошқозоннинг чандиқли торайишлари ҳажми ва даражаси, куйиш касаллиги босқичи ва беморларнинг соматик ҳолатининг оғирлигига қараб қизилўнғач ва ошқозоннинг қўшма куйишдан кейинги чандиқли торайиши бўлган беморлар учун зарур бўлган индивидуал хирургик тактикани аниқ белгилаш усулларни аниқлаш имконини беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: қизилўнғач обструкцияси ёки ошқозон эвакуациясининг бузилишига қараб дифференциал ёндашувни қўллаш хирургик даволаш натижаларини яхшилади, асоратлар

сонини камайтирди ва умумий пери- ва операциядан кейинги даврни қисқартирди. Юқоридаги кўрсаткичлар бўйича қуйидаги иқтисодий натижаларга эришилди: 1 беморнинг касалхонада бўлган даврнинг иқтисодий кўрсаткичи, ушбу тоифадаги беморларни даволашга оқилона ёндашиш натижасида интенсив терапия давомийлиги, ўртача стационарда ётиш давомийлиги муддати ва асоратлар сонининг камайиши ҳисобига қўшимча харажатлар 3 700 000 сўмга камайтирилди. Хулоса: қизилўнгач пластикасининг такомиллаштирилган босқичларини жорий этиш натижасида 29 600 000 сўм маблағ тежалди. Бу йиллик бюджетдан 11 миллион 100 минг сўм, бюджетдан ташқари маблағлар ҳисобидан 18 миллион 500 минг сўм маблағни тежаш имконини берди.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 3 та ҳалқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 16 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 4 та мақола, жумладан, 3 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, бешта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация ишининг долзарблиги асосланган, мақсад ва вазифаларни белгиланган, тадқиқот объекти аниқланган, тадқиқотнинг Республикада фан ривожини устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, тадқиқот натижаларини амалиётга татбиқ этиш, чоп этилган ишлар ва диссертация тузилиши ҳақида маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Қизилўнгач ва ошқозоннинг чандиқли қўшма торайишлари диагностикаси ва даволаш тактикалари бўйича замонавий қарашлар**» деб номланган биринчи боби 4 кичик бўлимдан иборат бўлиб, унда адабиётлар шарҳи тақдим этилган. Шарҳда ҚвОҚКЧТ нинг тарқалиши, патогенезининг хусусиятлари, диагностика нюанслари, уларни минимал инвазив ва жарроҳлик даволаш усуллари бўйича замонавий маълумотлар таҳлил қилинган.

Диссертациянинг «**Материал ва тадқиқот усуллари**нинг умумий тавсифи» деб номланган иккинчи бобида Академик В.Воҳидов номидаги РИЖИАТМ” давлат муассасасининг қизилўнгач ва ошқозон жарроҳлиги бўлимида 2010-2022 йиллар давомида 247 нафар стационар беморларни ўрганиш асосида тайёрланган материал баён этилган.

247 та беморлардан 160 нафар (64,8%) беморда қуйишлар сирка кислота, 44 тасида (17,8%) - сульфат кислота, 4 тасида (1,6%) - хлорид кислота, 1 тасида (0,4%) - нитрат кислота, 16 тасида (6,4%) - ишқор ва 22 тасида (9%) - номаълум кимёвий реагент таъсирида содир бўлган.

Кимёвий куйишдан кейин чандиқли торайиш 6 ойгача тўлиқ шаклланган деб ҳисобланади. Биз ҚвОҚҚЧТ билан оғриган беморларни 2 та гуруҳга ажратдик: куйишнинг «эрта даврида» 1 ойдан 6 ойгача бўлган муддатда ва куйишнинг «кеч даврида» 6 ойдан кейинги муддатда касалхонага мурожаат қилган беморлар. 247 нафар бемордан эрта муддатдаги ҚвОҚҚЧТ билан оғриган беморлар сони 81 нафарни (32,8%) ташкил қилди ва 6 ойдан 5 йилгача бўлган муддатларда мурожаат қилган беморлар сони эса 166 нафарни (67,2%) ташкил қилди. Беморларда анамнестик, клиник, лаборатория, қизилўнгачнинг рентген-контрастли текшируви, эндоскопия, ижтимоий (ҳаёт сифатини ўрганиш) ва статистик маълумотларни қайта ишлаш усуллари ўтказилди.

Диссертациянинг учинчи боби «Қизилўнгач ва ошқозоннинг куйишдан кейинги чандиқли торайиш билан оғриган беморларда клиник кўринишнинг хусусиятлари ва диагностика тамойиллари» га бағишланган. Беморларни дастлабки текшириш натижалари ва қизилўнгач ва ошқозондаги чандиқли ўзгаришларнинг оғирлигига қараб клиник курснинг хусусиятлари келтирилган.

Қолган 231 (93,5%) нафар беморда ошқозон рентгенологик текширувидан сўнг эвакуация функциясининг турли хил бузилишлари аниқланган. Улардан 5 (2,2%) беморда эвакуация бузилиши кузатилмаган, 65 (28,1%) беморда I даража (компенсацияланган стеноз), 63 (27,3%) беморда II даража (субкомпенсацияланган стеноз) ва 98 (42,4%) беморда - III даража (декомпенсацияланган стеноз). Биз ошқозоннинг қўшма чандиқли торайиши анатомик жойлашувига қараб, ошқозон эвакуациясидаги бузилиш даражасини аниқладик 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Ошқозон чандиқли торайишнинг жойлашувига боғлиқ ҳолда эвакуация бузилишининг даражаси

Торайишнинг жойлашуви	Стеноз даражаси			
	Стеноз йўқ	I	II	III
Пилорик қисми (n=23)	1(4,3%)	6(26,1%)	8(34,8%)	8(34,8%)
Антрал қисми (n=45)	1(2,2%)	15(33,3%)	15(33,3%)	14(31,1%)
Пилорик қисми + антрал қисми (n=136)	1(0,7%)	43(31,6%)	37(27,2%)	55(40,4%)
Ошқозоннинг тана қисми (n=5)	2(40%)	1(20%)	-	2(20%)
Антрал қисми+ ошқозоннинг тана қисми (n=11)	-	-	3(27,2%)	8(72,7%)
Субтотал (n=4)	-	-	-	4(100%)
Тотал (n=7)	-	-	-	7(100%)
Жами: 231	5(2,2%)	65(28,1%)	63(27,2%)	98(42,4%)
Ишончилилик	$\chi^2=28.36, df=18, p=0.054 (p<0.05)$			

Статистик тадқиқотлар маълумотлари шуни кўрсатдики, стеноз даражаси ва ошқозоннинг қўшма торайиши жойлашуви ўртасида ишончли боғлиқлик йўқ.

Қўшма ҚвОҚҚЧТ билан оғриган беморларда энг объектив мезонлардан бири бу тана вазнининг пасайишида намоён бўладиган овқатланиш ҳолатининг бузилишидир. Эвакуация бузилиши даражасига қараб тана вазнини камайтириш бўйича тадқиқот ўтказилди (2-жадвал).

2- жадвал

**Қўшма ҚвОҚҚТ билан оғриган беморларнинг алиментар
бузилишларининг табиати**

Тана вазнининг йўқотилиш и	Стеноз даражаси					Жами
	Анамнездаги жарроҳлик амалиётлари	Стеноз йўқ	I	II	III	
нормада	6(37,5%)	3(60%)	5(7,7%)	-	-	14(5,7%)
5 кг гача	6(37,5%)	2(40%)	10(15,3%)	3(4,8%)	-	21(8,5%)
5-10 кг	2(12,5%)	-	14(21,5%)	10(15,9%)	13(13,3%)	39(15,8%)
10-15 кг	2(12,5%)	-	14(21,5%)	16(25,4%)	26(26,5%)	58(23,4%)
15-20 кг	-	-	11(17%)	21(33,3%)	32(32,6%)	64(26%)
20 кг дан кўп	-	-	11(17%)	13(20,6%)	27(27,6%)	51(20,6%)
Жами	16	5	65	63	98	247(100%)
Ишончлилиқ	$\chi^2=60, df=15, p=0.000003$					

Статистик таҳлил ошқозон эвакуацияси бузилиши даражасининг ривожланиши билан тана вазнининг йўқотилиши сезиларли даражада ошишини кўрсатди ($p=0,000003$).

Фақат 13 беморда, бу 5,3% ни ташкил этди, сўровда қизилўнғач ўтказувчанлигининг бузилиши белгилари аниқланмади. Қолган 234 нафарда (94,7%) турли даражадаги дисфагиялар бўлган: I даража - 26 (10,5%), II даража - 96 (38,8%), III даража - 80 (32,4%) ва IV даража - 32 (13%) (3-жадвал).

3-жадвал

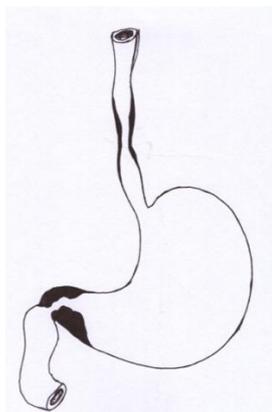
**Ошқозон эвакуацияси бузилишининг оғирлиги ва
қўшма ҚвОҚҚТ билан оғриган беморларда қизилўнғач тутилиши**

Дисфагия даражаси	n	Стеноз даражаси				
		Анамнездаги жарроҳлик амалиётлари	Стеноз йўқ	I	II	III
Дисфагия йўқ	13(5,3%)	-	-	-	2(15,4%)	11(84,6%)
I даража	26(10,5%)	2(7,7%)	-	3(11,5%)	3(11,5%)	18(69,2%)
II даража	96(38,8%)	5(5,2%)	-	36(37,5%)	29(30,2%)	26(27%)
III даража	80(32,4%)	6(7,5%)	2(2,5%)	24(30%)	26(32,5%)	22(27,5%)
IV даража	32(13%)	3(9,4%)	3(9,4%)	2(6,3%)	3(9,4%)	21(65,6%)
Жами	247(100%)	16(6,5%)	5(2,2%)	65(28,1%)	63(27,2%)	98(42,4%)
Ишончлилиқ	$\chi^2=38.75, df=12, p=0.0001$					

Статистик кўрсаткичларни таҳлил қилиш дисфагия ривожланиши билан ошқозон эвакуацияси сезиларли даражада ёмонлашини кўрсатди ($p=0,0001$).

Диссертациянинг тўртинчи бобида «Қизилўнғач ва ошқозоннинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши билан оғриган беморларни даволаш натижалари» келтирилган. Беморларни жарроҳлик даволаш натижалари қизилўнғач ва / ёки ошқозон шикастланишининг асосий клиник кўринишига ва куйиш касаллигининг босқичига қараб тавсифланади.

Биз беморларни қизилўнғач тутилиши ёки ошқозон эвакуациясининг бузилишининг устунлигига қараб, шунингдек, куйишдан кейинги ўтган вақтга қараб уч гуруҳга бўлишни тўғри деб ҳисобладик. (1-расм).



Қизилўнғачнинг клиник аҳамиятли стенозисиз ошқозон стенозининг клиник кўриниши



Ошқозон эвакуацияси бузилиши бўлмаган қизилўнғач ўтказувчанлиги бузилишининг клиник кўриниши



Ошқозон эвакуацияси ва қизилўнғачнинг ўтказувчанлиги бузилиши бир хилда намоён бўлиши

1 расм. Беморларнинг қизилўнғач ва ошқозоннинг торайиши тарқалиш даражасига кўра тақсимланиши

I гуруҳга 43 бемор кирди, бу 17,4% ни ташкил этади. 43 бемордан 21 (48,8%) бемор куйишдан кейинги эрта даврда, 22 (51,2%) бемор эса кеч муурожаат қилган. Клиник кўринишда ва инструментал текшириш усулларига кўра, беморларда ошқозон эвакуациясининг бузилиши клиникаси устунлик қилган. Бундан ташқари, қизилўнғачнинг чандикли деформацияси мавжуд бўлганда, унинг ўтказувчанлигининг бузилиши аниқланмаган ёки минимал даражада ифодаланган, бу эса тузатишни талаб қилмаган.

II гуруҳга 101 бемор кирди, бу 40,9% ни ташкил этади. Куйишдан кейинги эрта даврда 60 (59,4%) бемор, кеч даврда 41 (40,6%) бемор муурожаат қилган. Ушбу беморларда асосий клиник кўриниш қизилўнғачнинг ўтказувчанлигининг бузилиши эди, шунинг учун бу гуруҳда ошқозонда реконструктив аралашувларга эҳтиёж қолмаган. Ушбу гуруҳга шартли равишда ошқозон эвакуацияси бузилиши аниқланмаган беморлар ҳам киритилган.

Учинчи гуруҳга 103 бемор киритилган, бу 41,7% ни ташкил қилади. Барча беморлар куйишдан кейинги кеч даврда муурожаат қилган. Шу билан бирга, қизилўнғач тутилиши ёки ошқозон эвакуацияси бузилишининг тарқалишини устунлигини аниқлаш имкони бўлмади, улар тенг равишда ифодаланган бўлиб, бир босқичли ёки босқичма-босқич жарроҳлик аралашувини талаб қилган.

Биз жарроҳлик даволашнинг тегишли тактикасини танлашда ҳал қилувчи 4 та асосий омилни аниқладик: кимёвий куйишидан кейин ўтган вақт; бемор аҳволининг оғирлиги; қизилўнғачнинг кўшма куйиш шикастланишининг табиати ва ошқозондаги олдинги жарроҳлик аралашувларнинг табиати.

I гуруҳдаги барча 43 та беморда Жарроҳлик амалиёти аралашувининг табиати куйишдан кейин ўтган вақт ва беморнинг қабул қилинган вақтидаги ҳолати билан аниқланди ва ошқозоннинг эвакуация функциясини тиклашга қаратилган. Аммо шуни таъкидлаш керакки, куйишнинг эрта даврида беморларда резекция аралашуви кейинг даврда анастомознинг чандикли стенози билан яқунланиши мумкин, чунки чандикланиш жараёни ҳали тугамаган. Шу муносабат билан куйишнинг эрта босқичида 21 беморга симптоматик операциялар ўтказилган, куйишнинг кеч босқичида 22 беморда чандик ўзгаришлари тўлиқ шаклланганда, резекция аралашуви амалга оширилган (4-жадвал).

4-жадвал

Жарроҳлик амалиётининг хусусиятлари

	Куйишнинг эрта босқичи	Куйишнинг кеч босқичи
Б-1 бўйича ошқозоннинг ½ қисми резекцияси	-	6(27,3%)
Б-1 бўйича ошқозоннинг 2/3 қисми резекцияси	-	10(45,5%)
Б-2 бўйича ошқозоннинг субтотал резекцияси	-	5(22,7%)
Ру га кўра ЭЕА билан гастрэктомия	-	1(4,5%)
Жабудей бўйича ГДА	5(23,8%)	-
Браун бўйича ГЕА шунтлаш ЭЕА билан	16(76,2%)	-
Жами:	21(100%)	22(100%)

II гуруҳ беморларда биринчи гуруҳдан фарқли ўларок, субкомпенсацияланган ёки декомпенсацияланган аниқланмаган, 5% беморларнинг рентгенограммасида эвакуация бузилишлари бўлмаган ва 79,2% беморларда компенсацияланган клиник аҳамиятсиз стеноз мавжуд.

Қизилўнғач тутилишининг клиник белгилари яққол намоён бўлган ҚВОҚҚЧТ билан оғриган 101 нафар беморнинг барчасида йўналтирувчи сим ёрдамида бужлаш амалиёти ўтказилди. Инструментал даволаш усуллариининг самарадорлиги мезонларига асосланиб, бужлаш амалиёти натижаси куйидагича баҳоланди: 35 (34,7%) яхши натижа, 12 (11,9%) қониқарли ва 54 (53,4%) қониқарсиз. Куйиш эрта намоён бўлган 60 нафар бемордан 30 (50%) нафарида яхши, 9 (15%) беморда қониқарли ва 21 (35%) беморда қониқарсиз натижаларга эришилди. Куйиш кеч намоён бўлган гуруҳдан 41 нафар беморнинг 5 нафарида (12,2%) яхши, 3 нафарида (7,3%) қониқарли, 33 нафарида қониқарсиз натижа қайд этилган бўлиб, бу кўрсаткич 80,5% ни ташкил этади.

Куйишдан кейинги эрта даврда муружаат қилган, эндоскопик назорат остида бужлашга уринишлар муваффақиятсизликка учраган, қониқарсиз натижага эга бўлган алиментар ҳолатини тиклаш ва динамикасини кузатиш учун 21 беморларга гастростомия қўйилган ва қониқарли ҳолатда чиқарилган. Тугалланмаган чандикланиш жараёнини ҳисобга олган ҳолда, шунтлаш эзофагоколопластикасини ўтказмасликка қарор қилинди.

Жарроҳлик аралашувини талаб қиладиган куйишнинг кеч даврида муурожаат қилган беморлар сезиларли даражада кўп бўлиб, 33 (80,5%) беморни ташкил этган. Шуълардан, овқатланишнинг кескин камайганлигини ҳисобга олиб, 12 (36,6%) ҳолатда гастростома қўйилган. 21 (63,6%) ҳолатда шунтли колоэзофагопластика, 1 беморга шунтли фарингоколопластика билан ҳалқум-йўғон ичак анастомози ўтказилган 5 йилгача кузатилган даврда, ҳеч қандай ҳолатда, ошқозон деворидаги чандиқли торайиш ривожланмаганлиги сабабли, ошқозонда жарроҳлик аралашуви талаб қилинмаган.

Илгари гастростома қўйилган куйишнинг эрта даврида муурожаат қилган гуруҳдаги 21 нафар бемор ва куйишнинг кеч даврида муурожаат қилган гуруҳдаги 12 нафар беморга реконструктив жарроҳлик – шунтли колоэзофагопластикаси ўтказилган.

Клиник кўринишида қизилўнгач ёки ошқозоннинг торайиши қай бири устунлик қилишини ажратиб бўлмайдиган 103 беморни кенг қамровли текширишлар асосида беморлар иккита кичик гуруҳга бўлинган:

Ш А кичик гуруҳ 51 (49,5%) беморни ўз ичига олган бўлиб, уларнинг аҳволи бир босқичли радикал операцияни ўтказишга имкон бермади ва улар қизилўнгачни бужлаш ва / ёки паллиатив аралашувни бошдан кечирдилар, чунки бужлаш фақат қизилўнгачнинг торайиши билан боғлиқ муаммони ҳал қилади, аммо ҳамма ҳолларда эмас, ошқозондаги чандиқланиш жараёни коррексияни талаб қилади. Бироқ, шу билан бирга, аралашув ҳажми минимал бўлиб, шунтловчи анастомоз ёки маҳаллий пластик жарроҳлик билан чекланган.

Ш В кичик гуруҳ 52 (50,5%) бемордан иборат бўлиб, уларнинг аҳволи қониқарли, қизилўнгач ва ошқозон стенозини радикал коррексиялаш имконини берди.

Қўшма ҚВОҚҚЧТ билан оғриган беморларни даволаш тактикаси қизилўнгачни реканализатсия қилишнинг инструментал усуллари кўллаш имкониятига боғлиқ ва шунинг учун натижалар икки кичик гуруҳда кўшимча баҳоланади: самарали ёки самарасиз бужлаш ва стентлаш.

Ш А кичик гуруҳ 51 бемордан 35,3% ни ташкил этган 18 беморда бужлашни амалга ошириб бўлмади ёки натижа қониқарсиз эди ва 33 беморда яхши ва қониқарли натижаларга эришилган самарали бужлаш 64,7% ни ташкил этади.

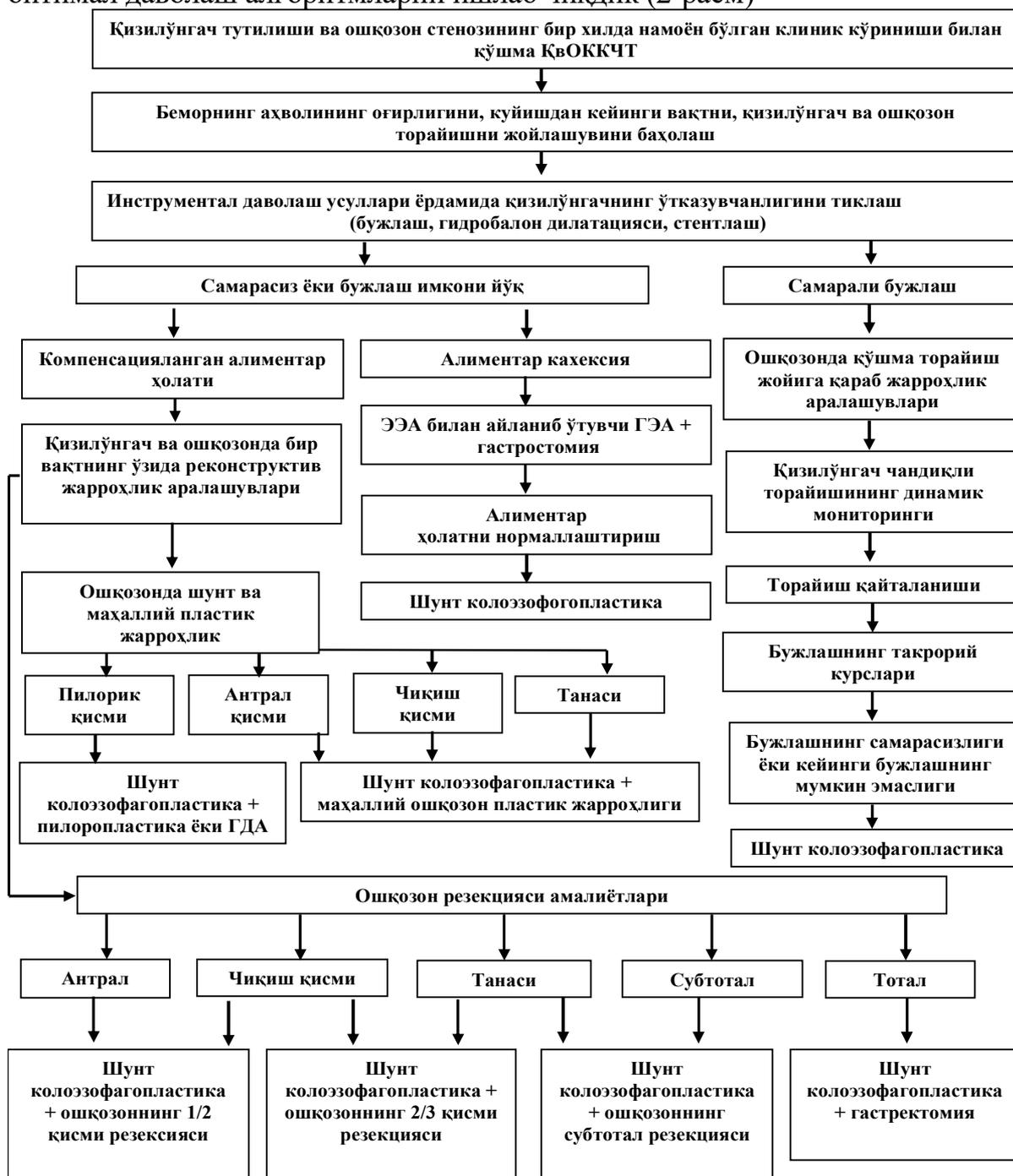
Ушбу 51та беморларда ўтказилган жарроҳлик аралашувлар 3 гуруҳга бўлинган:-32 (62,7%) беморда шунтловчи амалиётлар: ГЭА билан ЭЭА + гастростома 18 та беморда, ГЭА билан ЭЭА 9 та беморда ва 5 нафрда Жабуле бўйича шунтловчи ГДА ва 19 (37,3%) беморда маҳаллий пластис жарроҳлик аралашувлари: Микулич бўйича пилоропластика – 14 беморда ва маҳаллий ошқозон пластик жарроҳлик аралашуви 5 беморда.

Ш Б гуруҳдаги 52 та беморларни барчасининг умумий аҳволи қизилунгач ва ошқозон стенозини бир вақитда коррекция қилиш имкон берди. Барча 52 беморда қизилўнгачда мураккаб реконструктив операциялар ўтказилган (50 тасида шунтлаш колопластика, 1 тасида қизилўнгачнинг пастки учдан бир қисмини резекция қилиш, 1 тасида қизилўнгачни экстирпатсия қилиш). 50 нафар шунтлаш колоэзофагопластикадан 12 нафарида пилоропластика, 14

нафарида шунтлаш ГЭА, 5 нафарида ошқозон маҳаллий пластик жарроҳлик аралашуви, 16 нафарида ошқозон резекцияси бир вақтда амалга оширилган.

Энг мураккаб, травматик, аммо айти пайтда радикал операция – бу шунтлаш колопластикани гастрэктомия билан биргаликда амалга ошириш, 12 беморда гастрэктомия, 4 беморда ошқозоннинг 2/3 қисмини резекция қилиш ва 1 беморда субтотал гастрэктомия.

ҚВОҚҚЧТ билан оғриган беморларнинг 3 гуруҳини даволаш натижаларини таҳлил қилишда, биз клиник белгиларда қизилўнғач тутилишининг устунлиги ва / ёки ошқозон ўтказувчанлигининг бузилиши яққол намоён бўлганлигига қараб оптимал даволаш алгоритмларни ишлаб чиқдик (2-расм)



2-расм. ҚВОҚҚЧТ билан оғриган беморлар учун даволаш алгоритми.

Диссертациянинг бешинчи бобида «Қизилўнгач ва ошқозоннинг куйгандан кейинги чандиқли торайиши бўлган ўрганилаётган беморларнинг ҳаёт сифатини қиёсий таҳлили» келтирилган. Беморларнинг ҳаёт сифатининг батафсил тавсифи унинг ўзгаришларини кузатишда гуруҳларга кўра қиёсий таҳлил қилиш билан тақдим этилади.

Спиэлбергер STAI тестида кўра юқори реактив ва ситуатсион ваҳима ҚвОҚҚЧТ билан касалланган беморларни касалхонага ётқизиш пайтида иккала кичик гуруҳда ошқозон эвакуациясининг бузилиши билан тавсифланган – бу юқори (≥ 45 балл) деб талқин қилинган. Реактив ва ситуатсион ваҳималарнинг пасайиш тенденцияси иккала кичик гуруҳдаги беморларда даволанишни тугатгандан бошлаб ва бутун кузатиш даври давомида намоён бўлган ($p \leq 0,05$). Бироқ, биз бутун кузатиш давомида кичик гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқлар қайд этилмаган.

Қабул қилингандан сўнг беморларнинг умумий соғлиғини (GH) субъектив баҳолашлари иккала кичик гуруҳда ҳам умумий популятсия нормасидан деярли 4 бараварга камайган, ИБ кичик гуруҳида тавсиф бироз ёмонроқ.

Ҳаётийлик шкаласи (VT) бўйича ҳаёт сифати умумий аҳоли меъёрига нисбатан деярли икки баравар камайганлиги аниқланган, бу иккала кичик гуруҳ беморларининг ҳаётийлиги, кучи ва энергиясига таъсир қиладиган ривожланаётган алиментар бузилишларни ҳисобга олганда жуда мантиқий.

Ижтимоий фаолият (SF) бизга беморларнинг сотсиализатсиясини кўрсатади, IA кичик гуруҳидаги беморларда ушбу кичик шкала кўрсаткичларининг пасайиши умумий аҳоли нормасига нисбатан 4,5 баравар, IB кичик гуруҳида – 5 бараварлиги аниқланган, бу дўстлари, қариндошлари, ҳамкасблари ва атрофидаги одамлар билан муносабатларнинг частотаси ва сифатининг пасайишини кўрсатади.

Ҳаёт сифатини ўрганиш натижаларига кўра, беморлар учун иккала жарроҳлик техникаси ҳам субъектив равишда ўхшаш деган хулосага келишимиз мумкин, яъни алгоритмга мувофиқ етарли ва малакали жарроҳлик аралашуви, ошқозон куйиш касаллигининг давомийлигига нисбатан жарроҳлик аралашуви вақти беморлар учун амалда аҳамиятсиз.

Қизилўнгач ўтказувчанлиги бузилишининг клиник белгилари устун бўлган ҚвОҚҚЧТ билан ўрганилган беморларда умумий ҳолатнинг оғирлиги куйиш касаллигининг босқичига қараб ўзгариб туради. Шунинг ҳам таъкидлаш керакки, руҳий саломатлик (MH) кўрсаткичлари ушбу гуруҳнинг иккала кичик гуруҳида жуда паст бўлган, бу, эҳтимол, ўз жонига қасд қилишга уринишларнинг кўплиги билан боғлиқ.

II Б кичик гуруҳида беморларнинг умумий аҳволи II А кичик гуруҳи индексидан бир оз юқори (мос равишда $8,36 \pm 0,79$ ва $7,52 \pm 1,12$ балл), бир хил тенденция дисфагия аломати ($8,92 \pm 0,82$). Ва 7. $87 \pm 0,79$ балл) ва оғрик симптомини тавсифлайди – мос равишда $8,16 \pm 1,12$ балл ва $7,54 \pm 0,78$ балл). Биз буни куйиш касаллигининг босқичи ва симптомларни кучайтирган чандиқланиш жараёнининг босқичи, шунингдек, II Б кичик гуруҳидаги

беморларнинг кўпчилигида кахексия мавжудлиги билан изоҳлашимиз мумкин.

Биз Спилбергер STAI тестига кўра, қизилўнгач тутилишининг клиник кўриниши ва ошқозон ўтказувчанлиги бузилган (≥ 45 балл, максимал 80 балл билан) ҚВОҚҚЧТ II гуруҳининг иккала гуруҳидаги беморларда даволанишдан олдин жуда юқори даражадаги вазиятли ва реактив ваҳимани аниқладик ва II Б гуруҳида бу аломатлар II А гуруҳига нисбатан бироз юқори, гарчи улар статистик жиҳатдан сезиларли фарқга эга бўлмаса ҳам ($P \geq 0,05$).

Умумий популяция кўрсаткичлари билан солиштирганда иккала кичик гуруҳда қизилўнгач ўтказувчанлиги бузилигининг белгилари яққол намоён бўлган ҚВОҚҚЧТ билан оғриган беморларда SF-36 сўровномаси натижаларини таҳлил қилганда, биз II А кичик гуруҳида жисмоний фаолият (PF) шкаласи бўйича ҳаёт сифатининг 2,86 марта ва II В кичик гуруҳида – 3,38 марта пасайишини аниқладик, бунинг катта эҳтимолий сабаби биз ўрганган патологиядир, бу эса табиий равишда кундалик жисмоний фаолиятнинг кескин чекланишига ва жисмоний фаолият ролининг (RP) II А кичик гуруҳида 3,32 марта ва II В кичик гуруҳида 3,42 марта пасайишига олиб келди.

SF-36 сўровномаси шкаласи бўйича ҳаёт сифати кўрсаткичларининг яхшиланиш динамикаси иккала гуруҳдаги беморларда ўхшашдир ва текширувнинг ҳеч бир босқичида кичик гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқ бўлмаган, аммо даволанишдан олдинги кўрсаткичлар сезиларли даражада фарқ қилган.

Ҳаёт сифатини ўрганиш натижаларига кўра, биз беморлар учун иккала бошқарув тактикасида ҳам субъектив ўхшашлик бор деган хулосага келишимиз мумкин, аммо яшовчанлик ва ижтимоий фаолият, ваҳима ва депрессия HADS даражалари, шунингдек, вазият ва шахсий ваҳималар нуқтаи назаридан Спилбергер STAI тестига кўра, биз қизилўнгачнинг ўтказувчанлиги бузилишининг клиник кўринишлари кенг тарқалган ҚВОҚҚЧТ ҳолатларида асосан эрта аралашувларга эҳтиёж бор деган хулосага келамиз, чунки бу келажакда жарроҳлик аралашувлар ҳажми сезиларли даражада кичикроқ бўлиши янада фойдали таъсир кўрсатади ва шу билан бирга тежамкор ҳам бўлади, бу 7 расмда келтирилган қизилўнгач ўтказувчанлиги бузилиши кенг тарқалган ҚВОҚҚЧТ билан оғриган беморларни даволаш ва тактик алгоритмига мос келади.

III гуруҳнинг иккала кичик гуруҳида беморларнинг умумий ҳолати бири-бири билан таққосланганда I ва II гуруҳ кўрсаткичларидан сезиларли даражада юқори ($P \leq 0,05$), РБШ бўйича дисфагия ва оғриқ билан бир хил клиника кузатилади, бу жароҳатнинг ҳажми ва беморларнинг аҳволи оғирлигига, шунингдек, кўпчилик беморларда овқатланиш кахекцияси билан изоҳланади.

Касалхонага ётқизилган вақтда иккала кичик гуруҳ беморларининг «ваҳима» ва «депрессия» шкаласи бўйича HADS кўрсаткичлари клиник ваҳима ва депрессияга тўғри келган, гарчи биз кичик гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан муҳим фарқни топмадик, лекин II ва II гуруҳлар учун статистик аҳамиятга эга ($P \leq 0,05$). Бу ҳолат оғир дисфагия ва қизилўнгач

тутилишининг клиник кўриниши ва ошқозон эвакуациясининг бузилиши ҚВОҚҚЧТ билан оғриган беморларнинг клиник кўринишидан келиб чиқади.

Биз Спилбергер STAI тестига кўра, қизилўнгач тутилишининг клиник кўриниши ва ошқозон ўтказувчанлиги бузилган (≥ 45 балл, максимал 80 балл билан) ҚВОҚҚЧТ III гуруҳининг иккала гуруҳидаги беморларда даволанишдан олдин жуда юқори даражадаги вазиятли ва реактив ваҳимани аниқладик ва III Б гуруҳида бу аломатлар III А гуруҳига нисбатан биров юқори, гарчи улар статистик жиҳатдан сезиларли фарқга эга бўлмаса ҳам ($P \geq 0,05$), хусусан, қизилўнгач ва ошқозоннинг кенг шикастланиши билан боғлиқ вазиятли ташвиш ва мураккаб ва оғир жарроҳлик аралашувига эҳтиёж бор.

III гуруҳнинг иккала кичик гуруҳида юқорида кўрсатилган аломатларнинг барчаси, даволанишдан кейин қолган кузатув даври давомида, атиги 6 ой ўтгач пасайиш тенденциясини кўрсатди, бу гуруҳларнинг ҳар бирининг бошланғич кўрсаткичларига нисбатан нормаллашиши томон статистик жиҳатдан муҳим ўзгаришларни, лекин тадқиқот давомида кичик гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқларсиз, кўрсатди ($P \leq 0,05$).

Шуни ҳам таъкидлаш керакки, I ва II гуруҳларда ўрганилган кўрсаткичларнинг аксарияти даволанишдан олдинги даража билан статистик жиҳатдан сезиларли фарқга эга, III гуруҳда эса бу кўрсаткичлар даволаш тугаганидан кейин атиги 6 ой ўтгач статистик аҳамиятга эга бўлган, қизилўнгач тутилиши ва ошқозон ўтказувчанлиги бузилиши ҚВОҚҚЧТ билан оғриган беморларда катта ҳажмли аралашувлардан кейин узоқ давом этадиган тикланиш жарайонини кўрсатади.

III гуруҳ беморларида жисмоний фаолият (PF) шкаласи бўйича ҳаёт сифатининг қизилўнгач тутилишининг клиник кўриниши ва ошқозон ўтказувчанлиги бузилиши оғир ҚВОҚҚЧТ туфайли 2,83 марта пасайиши аниқланди, бу табиий равишда кундалик жисмоний фаолият кескин чекланишга ва ролнинг жисмоний фаолият уч барабар камайишига (RP) олиб келди.

Соматик оғриқ (BP) нуқтаи назаридан ҳаёт сифатининг пасайиши III гуруҳнинг иккала гуруҳидаги беморларда субъектив оғриқ ҳисларининг кучини тавсифлайди, бу ёш нормасидан 2,63 барабар паст, бу қизилўнгач тутилишининг ва ошқозон ўтказувчанлиги бузилган ҚВОҚҚЧТ билан оғриган беморлар ҳолатининг оғирлиги билан боғлиқ.

Даволанишдан олдин умумий саломатлик (GH) умумий популяция нормасидан 2,88 марта, III гуруҳнинг иккала кичик гуруҳида деярли тенг даражада камайди.

Яшовчанлик шкаласи (VT) бўйича ҳаёт сифати алиментар бузилишлар ва қизилўнгач ва ошқозон шикастланишининг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда умумий популяция меъеридан 2,3 барабар пастлиги қайд этилди, бу эса қизилўнгачнинг тутилиши ва ошқозон ўтказувчанлиги бузилиши ҚВОҚҚЧТ билан оғриган беморларнинг ҳаёт тонусини, тетиклигини ва энергиясини камайтиради.

Ушбу ҳолат, қизилўнгачнинг тутилиши ва ошқозон ўтказувчанлиги бузилиши билан ҚвОҚҚЧТ беморларнинг жисмоний ва ҳиссий саломатлиги учун аҳамиятини кўрсатади.

Даволашнинг охирида SF-36 сўровномасига кўра, фақат жисмоний фаолият (RF), ролли жисмоний фаолият (RP) ва руҳий саломатлик (MH) иккала кичик гуруҳда даволанишдан олдинги кўрсаткичлар билан статистик жиҳатдан муҳим фарқ ($P \leq 0,05$) бор, бошқа барча кўрсаткичлар даволаш тугаганидан кейин фақат 6 ойдан бошлаб иккала кичик гуруҳдаги даволанишдан олдинги кўрсаткичлар билан статистик жиҳатдан сезиларли фарқга эга ($P \leq 0,05$). Биз бу беморларнинг аҳволининг оғирлигини ўтказилган аралашувлар ҳажми билан тушунтирамиз.

SF-36 сўровномаси шкаласи бўйича ҳаёт сифати кўрсаткичларининг яхшиланиш динамикаси иккала кичик гуруҳдаги беморларда ўхшаш ва текширувнинг ҳеч бир босқичида кичик гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқ йўқ эди, даволашнинг охири ҳар доим ҳар бир кичик гуруҳда даволанишдан олдинги кўрсаткичлардан статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилади лекин олти ойдан кейин бошланади ($P \leq 0,05$).

Ҳаёт сифатини ўрганиш натижаларига кўра, биз беморлар учун иккала бошқарув тактикасида ҳам субъектив ўхшашлик бор деган хулосага келишимиз мумкин, аммо яшовчанлик ва ижтимоий фаолият, ваҳима ва депрессия HADS даражалари, шунингдек, вазият ва шахсий ташвишлар нуқтаи назаридан, Спилбергер STAI тестига кўра, биз қизилўнгач тутилиши ва ошқозонни ўтказувчанлиги бузилиши ҚвОҚҚЧТ билан оғриган беморлар учун аралашув босқичини танлашда фақат беморнинг жисмоний ҳолатига таянамиз деган хулосага келамиз, чунки иккала усул ҳам келажакда беморларга фойдали таъсир кўрсатади, асосан иқтисодий самарадорликка, беморнинг жисмоний қобилятларига таянади, бу қизилўнгач тутилишининг ва ошқозон ўтказувчанлиги бузилиши ҚвОҚҚЧТ билан оғриган беморларни даволаш ва тактик алгоритмига мос келади.

ХУЛОСА

1. Беморлар томонидан қабул қилинган кимёвий реагентларнинг табиатини таҳлил қилиш шунинг кўрсатдики, 84,6% ҳолларда қўшма куйишлар турли хил кислоталар (64,8% сирка, 17,8% сульфат, 1,6% хлорид ва 0,4% нитрат) таъсирида юзага келган, 9% да номаълум кимёвий реагент билан ва фақат 6,4% - ишқор билан, 24ум ос равишда кислоталар ва ишқорлар билан куйиш пайтида ривожланадиган коагуляция ва колликвация некрознинг хусусиятлари билан боғлиқ. Энг кўп қўйилган ташхис ошқозоннинг қўшма куйишдан кейинги чандиқли торайиши 143 нафар (57,9%) беморда (пилорик+антрал қисми), 24 нафарда (9,7%) пилорик қисмида, 51 нафарда (20,6%) антрал қисмида, 11 нафарда (4,5%) антрал + ошқозоннинг тана қисмида, 7 нафарда (2,8%) ошқозоннинг тана қисмида, 4 нафарда (1,6%) субтотал ва 7 нафарда (2,8%) тотал шикастланишдир.

2. Қизилўнгачнинг кимёвий куйиши билан оғриган барча беморларда ошқозоннинг қўшма шикастланишларини истисно қилиш керак, уларнинг ташхисини фақат ошқозонни барий суспензияси билан текширганда аниқлаш мумкин, бу қизилўнгачнинг чандиқли торайиши мавжуд бўлган беморларда бу текширувни ўтказишни иложи йўқ ва шунинг учун беморларнинг атиги 6,5 фоизида ошқозоннинг қўшма шикастланиши тўғри аниқланган. Ошқозоннинг қўшма шикастланиши мавжудлигининг якуний ташхисини фақат стриктурани бужлаш ёки дилатация билан кенгайтириш курсидан сўнг ошқозонни такрорий эндоскопик ва рентген-контрастли текширувлар орқали аниқлаш мумкин. ҚвОҚҚЧТ билан оғриган беморларда тавсия этилган босқичма-босқич ташхислаш беморларни 3 гуруҳга бўлиш имконини берди: ошқозон эвакуациясининг бузилиши белгиларининг клиник кўринишида устунлиги билан – 43 (17,4%), қизилўнгачнинг ўтказувчанлигининг бузилиши белгилари устунлиги билан – 101 (40,9%) ва шунга ўхшаш қизилўнгач тутилиши ва ошқозон эвакуацияси бузилиши клиникаси билан – 103 (41,7%);

3. Фақат 13 нафар (5,3%) беморларда овқат ўтишининг бузилиши белгилари аниқланмаган, қолган 234 нафарида (94,7%) эса турли даражадаги дисфагия кузатилган: I даража – 26 (10,5%), II даража – 96 (38,8%), III даража – 80 (32,4%) ва IV даража – 32 (13%) беморлар. Ошқозон эвакуацияси бузилишининг характерини ўрганиш шуни кўрсатдики, фақат 5 нафарида (2,2%) стеноз белгилари аниқланмаган; 65 нафарида (28,1%) компенсацияланган стеноз, 63 нафарида (27,3%) субкомпенсацияланган ва 93 нафарида (42,4%) декомпенсацияланган стеноз ташхиси қўйилган, дисфагия даражаси ва ошқозон эвакуацияси бузилиши ўртасида сезиларли боғлиқлик аниқланмаган ($p>0,05$).

4. Ошқозондаги жарроҳлик аралашув усулини танлаш қуйидаги омиллар билан белгиланади: ошқозон куйган пайтдан бошлаб, ўтган вақт (3 ойгача резекция усулларини ўтказиш мақсадга мувофиқ эмас, чунки ошқозон деворида куйиш жараёни ҳали ҳам давом этаётган бўлади); беморнинг аҳволининг оғирлиги (беморлар кўпинча алиментар кахексия ҳолатида ётқизилади ва шунинг учун овқатланиш ҳолатини вақтинча тиклашга қаратилган органларни сақловчи тадбирларга устунлик бериш керак); қизилўнгачнинг қўшма куйиш шикастланишининг табиати; овқатнинг ошқозондан ўн икки бармоқли ичакка ёки ингичка ичакка ўтишини тиклашнинг адекватлиги; оғир алиментар кахексияси бўлган беморларда ошқозондаги жарроҳлик аралашувининг минимал шикастланиши; ошқозон резекциясининг ҳажми ва усулини танлашнинг адекватлиги; қизилўнгач ва ошқозон қўшма шикастланишларида бир вақтнинг ўзида реконструктив аралашувларнинг асосланганлиги ва қўшма ҚвОҚҚЧТ бўлган беморларни жарроҳлик даволаш усулини танлашга индивидуал ёндашув.

5. Ўрганилаётган беморларнинг ҳаёт сифатини ўрганиш натижаларига кўра, қизилўнгач обструкцияси клиникаси яққол намоён бўлган ҚвОҚҚЧТ ҳолатларида асосан эрта аралашувни амалга ошириш керак, чунки бу келажакда янада фойдали таъсир кўрсатади, жарроҳлик аралашувлар ҳажми кам ва шунинг учун иқтисодий жиҳатдан самаралироқ. Ошқозондан овқат

эвакуацияси бузилган беморларда соматик ва руҳий ҳолати оғирлашиши, клиник хавсираш ва депрессияси бор беморларда эрта жарроҳлик аралашуви талаб қилинади, бу эса ҚвОҚҚЧТ нинг руҳий ва ижтимоий оқибатларини олдини олади, ошқозондан озик-овқатни эвакуация қилиш ва беморларнинг нафақат жисмоний соғлигини балки дастлабки босқичда руҳий саломатликни тиклаш ва беморларнинг социализацияси тикланади. Қизилўнгач обструкцияси ва ошқозон эвакуацияси клиник кўриниши бир хилда намоён бўлган ҚвОҚҚЧТ билан оғриган беморларда фақат беморнинг жисмоний ҳолатини ҳисобга олиш ва босқичма-босқич тиббий ёрдам кўрсатиш керак, энг яхшиси куйиш касаллигининг охирги босқичларида.

6. Қизилўнгач ўтказувчанлигининг бузилиши ва / ёки ошқозон эвакуациясининг бузилиши клиник белгиларига асосланган қўшма ҚвОҚҚЧТ билан оғриган беморлар учун тавсия этилган даволаш ва тактика алгоритмини, чандикли ўзгаришларнинг жойлашуви, куйиш вақти ва беморнинг оғирлик даражасига қараб минимал инвазив ва жарроҳлик даволаш усулларининг вариантлари ва босқичларини аниқ аниқлаш имконини беради.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019. Tib.49.01 ПРИ
РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА**

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

АБДУЛЛАЕВ ДАВРОН СОБИРОВИЧ

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ
ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОСТОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ
ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА**

14.00.27 – Хирургия

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

ТАШКЕНТ – 2024

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2021.2.PhD/Tib100.

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

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

Научный руководитель:

Лигай Руслан Ефимович
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты:

Хакимов Мурод Шавкатович
доктор медицинских наук, профессор

Абдулажанов Бахром Рустамжанович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация:

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

Защита состоится « ____ » _____ 2024 г. в ____ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова (Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за №190). Адрес: 100115, г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан « ____ » _____ 2024 года.
(реестр протокола рассылки № _____ от _____ 2024 года).

Ф.Г. Назиров

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

У.М. Махмудов

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

Р.А. Ибадов

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской диссертации (DSc))

Актуальность и востребованность темы диссертации. В настоящее время вопросы лечения сочетанных ожогов пищевода и желудка продолжают оставаться актуальной проблемой торакоабдоминальной хирургии. «Это обусловлено наличием не одного, а двух уровней непроходимости пищеварительного тракта – пищевода и желудка, что приводит к резкому нарушению алиментарного статуса больных. Частота сочетанных ожогов пищевода и желудка по данным различных авторов колеблется от 15 до 53%»¹. По данным ВОЗ: «до 87% больных составляют люди трудоспособного возраста, причем 70-90% из них получают ожог пищевода случайно, а преднамеренно (с целью суицида) до 5-7%, возраст пациентов, которые умышленно употребляли агрессивную жидкость составлял от 16 до 30 лет, причем из них 94,2% составляли женщины и 5,8% мужчины»². А также «химические ожоги пищевода и желудка составляют 35-50% от общего числа отравлений, госпитальная летальность достигает 10-42%, тяжелые ожоговые травмы, приводящие к стенозу, составляют 10-20%, а тяжелые повреждения пищевода от действия кислот составляют 6-20%, при этом тяжелые ожоги с летальным исходом в 53,7% случаев поражают пищевод, желудок и тонкую кишку, в 38% - пищевод и желудок»³.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными продолжают оставаться исследования, посвященные вопросам адекватного восстановления проходимости пищевода и желудка. Появление современных гидробаллонных дилататоров открывают новые возможности в лечении больных с сочетанными поражениями пищевода и желудка. До сих пор отсутствует единая тактика хирургического лечения больных с сочетанными поражениями пищевода и желудка. Так большинство авторов считают, что первоначально необходимы хирургические вмешательства на желудке, а восстановление проходимости пищевода оставляют на второй этап. При этом до сих пор ведутся дискуссии относительно выбора метода хирургической коррекции: еюностомия, гастрэктомия, резекция, обходные анастомозы, дренирующие операции, пилоропластика, выполнение которых зависит от времени с момента ожога, от степени сужения и локализации стриктуры желудка. Сохраняются нерешенными вопросы оптимальных сроков реконструктивных вмешательств на пищеводе, после восстановления проходимости желудка, а также не изучены результаты одномоментных вмешательств на пищеводе и желудке.

Современные аспекты развития отечественной хирургии включают множество мер, направленных на улучшение результатов лечения больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми сужениями пищевода и желудка

¹ Guzel T, Mirowska-Guzel D. The Role of Serotonin Neurotransmission in Gastrointestinal Tract and Pharmacotherapy. *Molecules*. 2022 Mar 3;27(5):1680.

² Pimentel-Nunes P, Libânio D, Bastiaansen BAJ, Bhandari P. Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2022. *Endoscopy*. 2022 Jun;54(6):591-622.

³ Meng K, Shen L, Li Y, Wen J, Liu Q, Zhang X. Local injection of botulinum toxin type A (BTX-A) prevents scarring esophageal stricture caused by electrocautery in rabbit models. *J Thorac Dis*. 2022 Mar;14(3):668-678.

(ПРСПиЖ) путем разработки дифференцированного подхода к выбору метода миниинвазивного и хирургического лечения. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг⁴. Реализация данных задач, в том числе, путем улучшения результатов лечения больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка является одним из актуальных направлений хирургии ввиду высокой медико-социальной значимости данной патологии.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 7 декабря 2018 года, Постановлениями Президента Республики Узбекистан «О мерах по трансформации хирургической службы, повышению качества и расширению масштаба хирургических операций в регионах» за №ПП-5254 от 4 октября 2021 года и «О дополнительных мерах по углублению реформ в сфере здравоохранения» за №ПП-38 от 22 января 2024 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики. Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Более всего случаев химических ожогов пищевода и желудка связаны с попаданием различных кислот (чаще всего уксусной - 53,6-85,6%) или щелочей (зачастую натрия гидроксида – 18-38,6%) и только до 14% пациентов не знают отравляющее вещество⁵. Пациенты с химическими ожогами пищевода и желудка составляют треть всех госпитализируемых токсикологические отделения, при этом преобладание клиники повреждения пищевода составляют свыше 70%, а желудка - до 32%, причем сочетанные повреждения пищевода и желудка с превалированием какого-либо органа фиксируются в половине случаев⁶. Следует понимать, что тяжесть повреждения и распространенность ожоговой болезни и связанной с ней последующих стриктурных изменений пищевода и желудка зависят от нескольких факторов: «от количества и концентрации агрессивной жидкости, ее вязкости, экспозиции и ее резорбтивного действия»⁷. Ожоговая болезнь после проглатывания неорганических кислот обуславливают денатурацию белков слизистой оболочки и подслизистого слоя, что приводит к резкому формированию достаточно плотного некротического вала коагуляционного

⁴Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов.

⁵Климашевич А.В. Никольский В.И. Кувакова Р.Э. Современные тенденции в лечении постожоговых рубцовых стриктур пищевода // XI съезд хирургов России. - 2011. - С. 38.

⁶Frazzoni L, La Marca M, Montale A, Fuccio L. Management of benign esophageal strictures: a literature review // Recent Prog Med. 2018 Jan; 109 (1):46-49.

⁷Хаджибаев А.М., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б. Эндоскопическая диагностика и лечение химических ожогов пищевода // Хирургия Узбекистана.-Т., 2017. – №3. –С. 46..

генеза, что способствует ограничению проникновения кислоты вглубь тканей, однако именно это обуславливает формирование болевого шока и увеличению интоксикации организма, что приводит к формированию осложнений⁸.

Ожоговая болезнь после проглатывания щелочей обуславливает некоторую дегидратацию и разрыхление слизистой и подслизистой оболочки пищевода, что способствует существенно более глубокому, относительно кислот, проникновению и повреждению слоев стенок пищевода и формированию обширных областей некрозов, мягкости и рыхлости постожогового струпа, разрушению не только всех слоев стенок пищевода, а также прилегающих к пищеводу органов и тканей, что обуславливает высокую интоксикацию, кровотечения, околопищеводной флегмоны и медиастинита. Опосредованно отравления щелочами обуславливают резкое закисление крови на фоне гемолиза эритроцитов, приводящее к острому гемоглобинурийному нефрозу и токсическому гепатиту, обуславливающим острую почечную и печеночную недостаточность, резко отягощающими прогноз выживаемости и исхода⁹. Проникновение едкого вещества в пищевод приводит к рефлекторному спазму его мускулатуры, более всего выраженному в физиологических сужениях, что ограничивает дальнейшее прохождение яда в желудок одновременно приводя к росту длительности экспозиции повреждения слизистой оболочки пищевода, усугубляя тяжесть ожогового повреждения и последующих рубцовых стриктур пищевода, максимальный спазм характерен для кардии. Попадание ядовитого химиката в желудок обуславливает его ожог, особенно выраженный при отравлении кислотами¹⁰. Таким образом, все современные консервативные и миниинвазивные методы лечения направлены на раннее комплексное лечение ПРСПиЖ направлены на недопущение хирургических вмешательств большего объема¹¹. При этом практически не изученными остаются вопросы, касающиеся показаний к хирургическим методам лечения ПРСПиЖ, выбора способа хирургического вмешательства, доступа, анализа как ближайших, так и отдаленных результатов лечения¹².

Проведенный анализ литературы, касающейся теоретических аспектов и клинического опыта применения технологий совершенствования современных методов лечения ПРСПиЖ, тактические аспекты, связанные с выбором наиболее рационального метода операции по долгосрочному прогнозу, свидетельствует о том, что это является одним из приоритетных направлений хирургии. Для решения столь актуальной проблемы с учетом

⁸Y. Kamijo, I. Kondo, M. Kokuto et al. Miniprobe ultrasonography for determining prognosis in corrosive esophagitis // *Am. J. Gastroenterol.* – 2018. – Vol. 99, № 5. – P. 851–854.

⁹Шагазатов Д.Б. Определение оптимальной тактики хирургического лечения на ранних этапах развития постожоговых рубцовых сужений пищевода /Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Ташкент, 2006 год, 27 С

¹⁰Низамходжаев З.М., Струсский Л.П., Лигай Р.Е.. Современные технологии в лечении рубцовых стриктур пищевода // *Вопросы реконструктивной и пластической хирургии.* – 2016. – Т. 15, № 2. – С. 54–61.

¹¹Nayar R, Varshney V, Suman S, Soni S, Kumar N. Thoracoscopic-Assisted Esophagectomy for Corrosive-Induced Esophageal Stricture. *Cureus.* 2020 May 1;12(5):e7909.

¹²Okonta K.E. In patients with corrosive oesophageal stricture for surgery, is oesophagectomy rather than bypass necessary to reduce the risk of oesophageal malignancy? // *Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg.* – 2021. – Vol. 15, № 4. – P. 713–715.

накопленного за последние десятилетия клинического опыта, необходимо разработать новые пути совершенствования методов миниинвазивного и хирургического лечения ПРСПиЖ и систематизировать адекватную лечебную тактику дифференцированного лечения данной категории пациентов.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена на основании плана научно-исследовательских проекта ИЗ-202011231 отделения хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» «Разработка эндовизуальных и миниинвазивных технологий в хирургическом лечении заболеваний пищевода (2021-2023)».

Целью исследования является разработка оптимальной тактики лечения больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми сужениями пищевода и желудка путем сравнительного анализа результатов и комплексной оценки качества жизни пациентов.

Задачи исследования:

определить характер сочетанного постожогового рубцового поражения желудка в зависимости от вида принятого химического реагента;

обосновать основные принципы этапной диагностики сочетанных постожоговых рубцовых стриктур пищевода и желудка;

выявить особенности клинической симптоматики и определить объективные критерии выбора способа хирургической коррекции у больных с сочетанными ПРСПиЖ в зависимости от степени превалирования нарушения проходимости пищевода или эвакуации из желудка;

определить показатели качества жизни пациентов с сочетанными ПРСПиЖ в зависимости от стадии ожоговой болезни и предпринятой тактики лечения с катamnестической оценкой их непосредственной и отдаленной эффективности;

разработать оптимальный лечебно-тактический алгоритм для больных с сочетанными ПРСПиЖ.

Объектом исследования явился анализ результатов диагностики и лечения 247 больных с ПРСПиЖ, которые находились на стационарном лечении в отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» за период с 1990 по 2022 год.

Предмет исследования – анализ результатов клинико-анамнестического, инструментального, социологического и статистического исследований в сравнительном аспекте хирургических тактик ведения пациентов с сочетанными стриктурами пищевода и желудка, результаты изучения клинической эффективности и качества жизни пациентов в аспекте непосредственной и отдаленной эффективности миниинвазивных и хирургических вмешательств.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач были применены общеклинические, лабораторные, инструментальные, специальные и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

установлено, что потенциальный риск формирования сочетанного поражения пищевода и желудка существенно выше при химическом ожоге

кислотами за счет развития коагуляционного некроза, тогда как коликвационный некроз на фоне поражения щелочами характеризуется локальным воздействием на пищевод;

уточнены клинико-диагностические критерии выбора оптимального варианта хирургического лечения при сочетанном постожоговом поражении желудка, основанные на давности и характере химического ожога, тяжести состояния больного, степени распространенности рубцового процесса и нарушения пассажа пищи, а также потенциальной травматичности вмешательства;

определено, что характерными критериями объективной оценки степени распространенности и тяжести рубцового процесса при сочетанном постожоговом поражении являются - превалирование клиники стеноза желудка без значимого сужения пищевода, превалирование непроходимости пищевода без нарушения эвакуации из желудка или равноценная совокупность этих осложнений;

доказано, что основным прогностическим фактором результата миниинвазивного или хирургического лечения сочетанных постожоговых рубцовых стриктур пищевода и желудка является степень непроходимости пищевода и/или нарушения эвакуации из желудка.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

уточнены основные клинико-диагностические критерии оценки тяжести сочетанного постожогового поражения пищевода и желудка, позволившие оптимизировать выбор метода и объема миниинвазивных и хирургических вмешательств;

разработаны алгоритмы оказания специализированной медицинской помощи больным с сочетанными постожоговыми рубцовыми сужениями пищевода и желудка, основанные на анализе клинической эффективности предпринятой тактики лечения с учетом времени с момента химического ожога, состояния пациентов, а также оценке показателей качества жизни;

определено, что разработанная последовательность оказания специализированной хирургической помощи больным с сочетанными постожоговыми рубцовыми сужениями пищевода и желудка позволила определить этапность в восстановлении нарушений проходимости пищевода и эвакуации пищи из желудка;

доказано, что внедрение в клиническую практику одномоментных реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе и желудке при сочетанных сужениях позволило улучшить результаты хирургического лечения и сократить время пребывания пациента в стационаре.

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

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования заключается в том, что полученные положения, выводы и предложения вносят весомый вклад в

совершенствование диагностики и лечения пациентов с сочетанными рубцовыми сужениями пищевода и желудка, при этом обоснована последовательность миниинвазивных и хирургических манипуляций на пищеводе и желудке при наличии и отсутствии показаний к их одномоментной коррекции и определены показатели качества жизни пациентов с сочетанными постожоговыми рубцовыми сужениями пищевода и желудка в зависимости от стадии ожоговой болезни и предпринятой тактики миниинвазивных и хирургических вмешательств с катamnестической оценкой их непосредственной и отдаленной эффективности;

Практическая значимость исследования состоит в том, что на основании полученных результатов разработаны оптимальные рекомендации по применению миниинвазивных и хирургических вмешательств у больных с сочетанными рубцовыми сужениями пищевода и желудка на различных этапах оказания специализированной медицинской помощи в зависимости от стадии ожоговой болезни, при этом внедрение в клиническую практику одномоментных реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе и желудке при сочетанных сужениях позволило улучшить результаты хирургического лечения и сократить время пребывания пациента в стационаре.

Внедрение результатов исследования. На основании полученных научных данных по улучшению диагностики и лечения сочетанных рубцовых сужений пищевода и желудка:

первая научная новизна: потенциальный риск формирования сочетанного поражения пищевода и желудка существенно выше при химическом ожоге кислотами за счет развития коагуляционного некроза, тогда как коликвационный некроз на фоне поражения щелочами характеризуется локальным воздействием на пищевод. Дифференцированный подход к выбору хирургической тактики позволил уменьшить число осложнений и ошибок, которые могут возникнуть в ближайшем и отдаленном периоде у больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка, в результате чего ускоряются сроки реабилитации после хирургического лечения, а также быстрому восстановлению алиментарного статуса и трудоспособности. Внедрение научных инноваций: Внедрено в практику Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В. Вахидова (Приказ № 838 от 04 сентября 2024 г.), Хорезмский Многопрофильный медицинский центр приказ №09 от 17.02.2024г, Республиканский многопрофильный медицинский центр имени У.Халмуратова приказ №24/7 от 26.02.2024г, (Заключение научно-технического совета при Министерстве здравоохранения от 08 июля 2024 г. № 02/42). Социальная эффективность научной инновации состоит из следующего: на основании полученной информации о сроках после химического ожога, характере рубцовых стриктур пищевода и желудка, их протяженности и особенностях хода стриктуры, разработана оптимальная хирургическая тактика, которая позволила разрешить нарушения проходимости как пищевода, так и желудка, что значительно улучшило качество жизни пациентов и способствовало быстрой социальной реабилитации больных. Экономическая эффективность научной

инновации: Сэкономлено 3 600 000 сум на одного пациента за счет раннего выявления основных факторов риска развития различных общих и специфических осложнений на основе полученной информации о структуре и особенностях анатомических изменений пищевода у больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка. В этом случае экономия составит 3 600 000 сум (9 800 000 сум (общая сумма с использованием методов, применяемых в данных патологических случаях) - 6 200 000 сум (сумма диагностики с использованием предлагаемого метода) = 3 600 000 сум) (по прејскуранту ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова»). Заключение: уточнены критерии распределения пациентов с сочетанными постожоговыми рубцовыми сужениями в зависимости от преобладания в клинической картине непроходимости пищевода и нарушения эвакуации из желудка, что позволило сэкономить 3 600 000 сум на одного больного, в результате из них годовой экономический показатель составил 36 000 000 сум (по 10 пациентам). За счет средств годового бюджета сэкономлено 10 миллионов 800 тысяч сумов, за счет внебюджетных фондов – 25 миллионов 200 тысяч сумов;

вторая научная новизна уточнены клинико-диагностические критерии выбора оптимального варианта хирургического лечения при сочетанном постожоговом поражении желудка, основанные на давности и характере химического ожога, тяжести состояния больного, степени распространенности рубцового процесса и нарушения пассажа пищи, а также потенциальной травматичности вмешательства. Внедрение научных инноваций: Внедрено в практику Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В. Вахидова (Приказ № 838 от 04 сентября 2024 г.), Хорезмский Многопрофильный медицинский центр приказ №09 от 17.02.2024г, Республиканский многопрофильный медицинский центр имени У.Халмуратова приказ №24/7 от 26.02.2024г, (Заключение научно-технического совета при Министерстве здравоохранения от 08 июля 2024 г. № 02/42). Социальная эффективность научной инновации уменьшение числа осложнений позволяет значительно уменьшить время на лечение и диагностику, исключает ненужные финансовые затраты, путем правильно выбранной лечебной тактики, что положительно влияет на общий исход заболевания, уменьшает экономические затраты на лечение и улучшает медико-социальное состояния больных. Экономическая эффективность научной инновации: применение дифференцированного выбора хирургической тактики у больных с сочетанными рубцовыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка позволяют уменьшить стоимость лечения больного с данной патологией. Предложенные методики приводят к экономии 4 200 000 сум в среднем на 1 пациента, в результате сокращения длительности пребывания пациента в стационаре и счет уменьшения числа повторных курсов бужирования, а именно: Средняя сумма расходов, которую обычно затрачивают пациенты с данной патологией: 16 000 000 сум (по прејскуранту ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова»); В результате использования предложенных методов лечения средняя общая стоимость уменьшена до 12 800 000 сум (по прејскуранту ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова»); ((средние общие затраты, обычно

затрачиваемые при данной патологии) 16 000 000 сум – (средние общие затраты в результате внедрения нового хирургического вмешательства в результате правильно выбранной тактики лечения с применением предложенных методов) 12 800 000 сум = 4 200 000 сум (сэкономленная сумма)). Заключение: в результате применения дифференцированной хирургической тактике при сочетанных рубцовых стриктурах пищевода и желудка, на одного пациента удалось сэкономить 4 200 000 сум. Для 10 пациентов, включенных в эксперимент, данный показатель экономической экономии составил 42 000 000 сумов в год. За счет средств годового бюджета сэкономлено 12 миллионов 600 тысяч сумов, за счет внебюджетных фондов – 29 миллиона 400 тысяч сумов;

третья научная новизна: определено, что разработанная последовательность оказания специализированной хирургической помощи больным с сочетанными постожоговыми рубцовыми сужениями пищевода и желудка позволила определить этапность в восстановлении нарушений проходимости пищевода и эвакуации пищи из желудка. Внедрение научных инноваций: Внедрено в практику Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В. Вахидова (Приказ № 838 от 04 сентября 2024 г.), Хорезмский Многопрофильный медицинский центр приказ №09 от 17.02.2024г, Республиканский многопрофильный медицинский центр имени У.Халмуратова приказ №24/7 от 26.02.2024г, (Заключение научно-технического совета при Министерстве здравоохранения от 08 июля 2024 г. № 02/42). Социальная эффективность научной инновации состоит из следующего: использование миниинвазивных вмешательств при сочетанных рубцовых стриктурах пищевода и желудка, позволяет расширить стриктуру пищевода и избежать выполнение сложных реконструктивных операций, а также сократить реабилитационный период и пребывание больного в стационаре и соответственно, повысить экономическую эффективность лечения. Экономическая эффективность научной инновации: применение миниинвазивных методов расширения рубцовой стриктуры позволило сократить количество больных нуждающихся в сложных реконструктивно-восстановительных операциях на пищеводе, что позволило сэкономить общие средства на каждого пациента на 3 435 000 сум. Применение миниинвазивных вмешательств позволит снизить общую стоимость лечения; В результате применения существующих видов хирургического лечения при ахалазии кардии затраты составляют 9 485 000 сум, в результате мероприятий на основе предложенных методов сумма этих затрат составляет 6 050 000 сум (по прейскуртанту ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова»). Внедрение новой усовершенствованной хирургической методики позволяет сэкономить 3 435 000 сум с 1 пациента (по прейскуртанту ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова»). Заключение: внедрение миниинвазивных технологий в сочетании с открытыми вмешательствами позволило сэкономить на 1 пациента 3 435 000 сум, на 7 пациентов 25 045 000 сум в год (10 305 000 сум за счет бюджетных средств, 14 740 000 сум за счет внебюджетных фондов) (по прейскуртанту ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова»);

четвертая научная новизна: дифференцированный подход к выбору оптимальной хирургической тактики у больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка, позволил уменьшить число осложнений после проведенных вмешательств, а также в отдаленном периоде позволило уменьшить частоту рецидива дисфагии после миниинвазивных методов лечения, что подтверждено данными изучения качества жизни пациентов согласно визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), международного специализированного опросника «Gastrointestinal Quality of Life Index» (GIQLI) и опросника «Gastrointestinal Symptom Rating Scale» (GSRS). Внедрение научных инноваций: Внедрено в практику Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В. Вахидова (Приказ № 838 от 04 сентября 2024 г.), Хорезмский Многопрофильный медицинский центр приказ №09 от 17.02.2024г, Республиканский многопрофильный медицинский центр имени У.Халмуратова приказ №24/7 от 26.02.2024г, (Заключение научно-технического совета при Министерстве здравоохранения от 08 июля 2024 г. № 02/42). Социальная эффективность научной инновации состоит из следующего: Разработанный алгоритм основан на преобладании в клинической симптоматике непроходимости пищевода и/или нарушения эвакуации из желудка и позволяет четко определить необходимую персонализированную хирургическую тактику пациентов с сочетанными ПРСПиЖ, определить методы и этапность миниинвазивных и хирургических методов по локализации, объему и протяженности рубцовых стриктур пищевода и желудка, стадии ожоговой болезни и тяжести соматического статуса больных. Экономическая эффективность научной инновации: Применение дифференцированного подхода в зависимости от преобладания нарушений проходимости пищевода или эвакуации из желудка, позволило улучшить результаты хирургического лечения, уменьшить количество осложнений и сократить общий пери- и послеоперационный период. По вышеизложенным показателям достигнуты следующие экономические результаты: Экономический показатель госпитального периода 1 больного: В результате рационального подхода к лечению данной категории больных сроки интенсивной терапии, средняя продолжительность пребывания больных в стационаре и дополнительные затраты за счет уменьшения количества осложнений была снижена на 3 700 000 сум. Заключение: внедрение усовершенствованных этапов пластики пищевода привело к экономии 29 600 000 сум. Это позволило сэкономить 11 миллионов 100 тысяч сумов из средств годового бюджета и 18 миллионов 500 тысяч сумов из внебюджетных фондов.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 5 научно-практических конференциях, в том числе, на 3 международных и 2 республиканских.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 16 научных работ, в том числе 4 журнальных статьи, 3 из которых в республиканских и 1 в зарубежном журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитированной литературы. Объем работы составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность диссертационной работы, сформулированы цели, задачи, определены объект исследования, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки Республики, изложены научная новизна и практические результаты исследования, внедрения результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В I главе диссертации **«Современные взгляды в вопросах диагностики и тактики лечения сочетанных рубцовых стриктур пищевода и желудка»**, состоящей из 4 подглав, приводится обзор литературы. В обзоре проанализированы современные данные о распространенности, особенностях патогенеза, нюансах диагностики ПРСПиЖ, методам их миниинвазивного и хирургического лечения.

Во II главе диссертации **«Общая характеристика материала и методов исследования»** описан материал, который базируется на исследовании 247 стационарных пациентов отделения хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» за 2010-2022 годы.

Из 247 больных, у 160(64,8%) больных ожог был обусловлен уксусной эссенцией, у 44(17,8%) – серной кислотой, у 4(1,6%) – соляной, у 1(0,4%) – азотной кислотой, у 16(6,4%) – щелочью и у 22(9%) – неизвестным реагентом.

После химического ожога рубцовая стриктура полностью формируется в сроках до 6 месяцев. В этой связи, больные с ПРСПиЖ нами были разделены на 2 группы: пациенты с «ранними» ожогами, обратившимися в стационар в первые 6 месяцев, и больные с «поздними» ожогами, обращавшимися после 6 месяцев. Из 247 больных с «ранними» сроками сочетанных ПРСПиЖ было 81(32,8%) и в сроках от 6 мес до 5 лет – 166 (67,2%) больных.

Пациентам проводили анамнестические, клинические, лабораторные, рентгенконтрастное исследование пищевода, ЭГДФС, социальные (исследование качества жизни) и методы статистической обработки данных.

В III главе **«Особенности клинической картины и принципы диагностики у больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка»** представлены результаты первичного обследования пациентов и особенности клинического течения в зависимости от степени выраженности рубцовых изменений в пищеводе и желудке.

У 231 (93,5%) больных изучено нарушение эвакуации желудка: у 5 (2,2%) оно не выявлено, у 65 (28,1%) – I ст. (компенсир. стеноз), у 63 (27,3%) – II ст. (субкомпенсир. стеноз) и у 98 (42,4%) больных – III ст (декомпенсир. стеноз). Нами определена степень нарушения эвакуации из желудка в зависимости от анатомической локализации сужения желудка, что представлено в табл. 1.

Данные статистических исследований показали, что между степенью стеноза и локализацией сочетанного сужения достоверных связей нет.

Таблица 1

Степень выраженности нарушения эвакуации из желудка

Локализация сужения	Степень стеноза			
	нет стеноза	I	II	III
Привратник (n=23)	1(4,3%)	6(26,1%)	8(34,8%)	8(34,8%)
Анtrum (n=45)	1(2,2%)	15(33,3%)	15(33,3%)	14(31,1%)
Выходной отдел (n=136)	1(0,7%)	43(31,6%)	37(27,2%)	55(40,4%)
Тело (n=5)	2(40%)	1(20%)	-	2(20%)
Анtrum+телo (n=11)	-	-	3(27,2%)	8(72,7%)
Субтотальное (n=4)	-	-	-	4(100%)
Тотальное (n=7)	-	-	-	7(100%)
Всего: 231	5(2,2%)	65(28,1%)	63(27,2%)	98(42,4%)
Достоверность	$\chi^2=28.36, df=18, p=0.054$			

Одним из наиболее объективных критериев у больных с сочетанными ПРСПиЖ, является нарушение алиментарного статуса, проявляющееся в снижении массы тела. Проведено исследование снижения массы тела в зависимости от степени нарушения эвакуации (табл. 2).

Таблица 2

Характер алиментарных нарушений у больных с сочетанными ПРСПиЖ

Потеря массы тела	Степень стеноза					Всего
	операции в анамнезе	нет стеноза	I	II	III	
Норм	6(37,5%)	3(60%)	5(7,7%)	-	-	14(5,7%)
До 5 кг	6(37,5%)	2(40%)	10(15,3%)	3(4,8%)	-	21(8,5%)
5-10 кг	2(12,5%)	-	14(21,5%)	10(15,9%)	13(13,3%)	39(15,8%)
10-15 кг	2(12,5%)	-	14(21,5%)	16(25,4%)	26(26,5%)	58(23,4%)
15-20 кг	-	-	11(17%)	21(33,3%)	32(32,6%)	64(26%)
Более 20 кг	-	-	11(17%)	13(20,6%)	27(27,6%)	51(20,6%)
Всего	16	5	65	63	98	247(100%)
Достовер.	$\chi^2=60, df=15, p=0.000003$					

Статистический анализ показал достоверное ($p=0.000003$) увеличение потери массы тела с прогрессированием нарушения эвакуации из желудка.

Только у 13 пациентов, что составило 5,3% при опросе не выявлено признаков нарушения проходимости любой пищи по пищеводу. У остальных 234 (94,7%) выявлены различные степени дисфагии: I ст – 26(10,5%), II ст – 96(38,8%), III ст – 80(32,4%) и IV ст – 32(13%) больных (табл. 3).

Анализ статистических показателей показал достоверное ($p=0.0001$) ухудшение эвакуации из желудка с прогрессированием дисфагии.

В IV главе «Результаты лечения больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка» описаны результаты хирургического лечения больных в зависимости от преобладания клиники поражения пищевода и/или желудка и стадии ожоговой болезни.

Мы посчитали целесообразным разделить пациентов на три группы в зависимости от степени преобладания клиники непроходимости пищевода или нарушения эвакуации из желудка (рис. 1).

Таблица 3

Степень выраженности нарушения эвакуации из желудка и непроходимости пищевода у больных с сочетанными ПРСПиЖ

Степень дисфагии	n	Степень стеноза				
		операции в анамнезе	нет стеноза	I	II	III
нет дисфагии	13(5,3%)	-	-	-	2(15,4%)	11(84,6%)
I степень	26(10,5%)	2(7,7%)	-	3(11,5%)	3(11,5%)	18(69,2%)
II степень	96(38,8%)	5(5,2%)	-	36(37,5%)	29(30,2%)	26(27%)
III степень	80(32,4%)	6(7,5%)	2(2,5%)	24(30%)	26(32,5%)	22(27,5%)
IV степень	32(13%)	3(9,4%)	3(9,4%)	2(6,3%)	3(9,4%)	21(65,6%)
Всего	247(100%)	16(6,5%)	5(2,2%)	65(28,1%)	63(27,2%)	98(42,4%)
Достовер.	$\chi^2=38.75, df=12, p=0.0001$					



Превалирование клиники стеноза желудка без клинически значимого стеноза пищевода



Превалирование непроходимости пищевода без нарушения эвакуации из желудка



Равноценно выраженные нарушения эвакуации из желудка и проходимости пищевода

Рис. 1. Распределение больных по степени превалирования сужения пищевода и желудка

В I группу включены 43 больных, что составило 17,4%. Из 43 больных, 21 (48,8%) больной обратился в раннем постожоговом периоде, а 22 (51,2%) больных в позднем. В клинической картине и по данным инструментальных методов обследования у пациентов превалировала клиника нарушения эвакуации из желудка. При этом при наличии рубцовой деформации пищевода нарушения его проходимости не установлено или были выражены минимально, что не потребовало коррекции.

Во II группу включены 101 больной, что составило 40,9%. В раннем постожоговом периоде поступило 60 (59,4%) больных, а в позднем 41 (40,6%) больных. У данных пациентов превалирующим в клинической картине было нарушение проходимости пищевода, в связи с чем, необходимости в проведении реконструктивных вмешательств на желудке у данной группы не было. В данную группу также условно отнесены больные, которым ранее были выполнены различные хирургические вмешательства на желудке.

В третью группу вошли 103 больных, что составило 41,7%. Все больные обратились в позднем постожоговом периоде. При этом невозможно было определить превалирование клиники непроходимости пищевода или нарушения эвакуации из желудка, которые были выражены равноценно и требовали одномоментной или поэтапной хирургической коррекции.

Нами определены 4 основных фактора, определяющие выбор соответствующей тактики хирургического лечения: время с момента химического ожога; тяжесть состояния больного; характер сочетанного поражения пищевода и характер ранее проведенных вмешательств на желудке

Все 43 пациента I группы были оперированы. Характер вмешательства определялся прошедшим временем после ожога и состоянием больного на момент поступления и были направлены на восстановление эвакуаторной функции желудка. Однако, следует отметить, что у больных с ранними ожогами, выполнение резекционных вмешательств чревато рубцовым стенозом анастомоза в отдаленном периоде, так как рубцовый процесс еще не завершился. В этой связи 21 больному с ранними ожогами, выполнялись симптоматические операции, а у 22 больных с поздними ожогами, когда рубцовые изменения полностью сформировались, выполнялись резекционные вмешательства (табл. 5).

Таблица 5

Характер хирургических вмешательств

	Ранний ожог	Поздний ожог
Экономная резекция 1/2 желудка по Б-1	-	6(27,3%)
Резекция 2/3 желудка по Б-1	-	10(45,5%)
Субтотальная резекция желудка по Б-2	-	5(22,7%)
Гастрэктомия с ЭЗЭА по Ру	-	1(4,5%)
ГДА по Джабулею	5(23,8%)	-
Обходной ГЭА с ЭЭА по Брауну	16(76,2%)	-
Итого:	21(100%)	22(100%)

У больных II группы, в отличие от первой группы, ни в одном случае не было субкомпенсированного и декомпенсированного стеноза, у 5% больных рентгенологически не было нарушения эвакуации и компенсированный клинически незначимый стеноз был у 79,2% больных. Всем 101 больному были проведены попытки бужирования по струне-проводнику. На основании критериев оценки эффективности инструментальных методов лечения, результат проведенного бужирования был оценен следующим образом: хороший результат получен у 35(34,7%), удовлетворительный у 12(11,9%) и неудовлетворительный у 54(53,4%) пациентов. Из 60 больных с ранними ожогами, хорошие результаты достигнуты у 30 (50%) больных, удовлетворительные у 9 (15%) больных и неудовлетворительные у 21 (35%) больных. В группе же с поздними ожогами, из 41 больного, хорошие результаты получены у 5 (12,2%) больных, удовлетворительные у 3 (7,3%) больных и неудовлетворительные у 33 больных, что составило 80,5%.

Из 21 пациента с неудовлетворительным результатом бужирования, которые обратились в раннем постожоговом периоде, когда попытки бужирования не удались, даже под эндоскопическим контролем, больным произведено наложение гастростомы и были выписаны в удовлетворительном состоянии для восстановления алиментарного статуса и динамического наблюдения. Учитывая не завершённый рубцовый процесс, от шунтирующей эзофагоколопластики решено было воздержаться.

Больных с поздними ожогами, которым потребовалось хирургического вмешательства было значительно больше и составило 33(80,5%) больных. Из них, учитывая выраженное алиментарное истощение, в 12(36,6%) случаях наложена гастростома. В 21(63,6%) случае выполнена шунтирующая колоэзофагопластика и 1 больной – шунтирующая фарингоколопластика с наложением глоточно-толстокишечного анастомоза.

В отдаленном периоде, который прослежен в сроки до 5 лет, ни в одном случае не потребовалось хирургических вмешательств на желудке, в связи с тем, что рубцовое сужение в стенке желудка не прогрессировало.

У 21 больного из группы с ранними ожогами и 12 больным из группы с поздними ожогами, которым ранее была наложена гастростома выполнены реконструктивные операции – шунтирующая колоэзофагопластика.

103 больных III группы на основании комплексного были разделены на две подгруппы:

III А подгруппу составили 51(49,5%) больной, состояние которых не позволяло выполнить радикальную одномоментную операцию и им были выполнены бужирование пищевода и/или паллиативные вмешательства, так как бужирование решало вопрос только со стриктурой пищевода, но не во всех случаях, а рубцовый процесс в желудке требовал коррекции. Однако при этом, объем вмешательства был минимальным и ограничивался либо обходным анастомозом, либо местной пластикой.

III В подгруппу, составили 52 (50,5%) больных, состояние которых было удовлетворительным и позволяло выполнить радикальную коррекцию как стеноза пищевода, так и желудка.

Тактика лечения больных с сочетанными ПРСПиЖ зависела от возможности инструментальных методов реканализации пищевода, в связи с чем далее результаты будут оцениваться по двум подгруппам: с эффективным или неэффективным бужированием и стентированием.

Из 51 больного III А группы, 18(35,3%) пациентам провести бужирование не удалось, либо результат был неудовлетворительный и эффективное бужирование отмечено у 33(64,7%) больных.

Оперативные вмешательства, выполненные у 51 больных, были разделены на 3 группы: обходные вмешательства у 32(62,7%) больных: ГЭА с ЭЭА + гастростомы у 18, ГЭА с ЭЭА у 9 и ГДА по Джабулею у 5 и местнопластические вмешательства у 19(37,3%) больных: пилоропластика по Микуличу – у 14 и местная пластика желудка у 5 больных.

Из 52 больных III В, во всех случаях состояние больного позволяло произвести коррекцию стеноза как пищевода, так и желудка. У всех 52

больных выполнены сложные реконструктивные операции на пищеводе (шунтирующая колопластика у 50, резекция нижней трети пищевода у 1 и экстирпация пищевода у 1). Из 50 шунтирующих колоэзофагопластик в качестве симультанной операции выполнена пилоропластика у 12, ГЭА у 14, местная пластика желудка у 5 и резекция желудка у 16 пациентов.

Наиболее сложной, травматичной, но в то же время радикальной операцией является выполнение шунтирующей колопластики в сочетании с резекцией желудка, при этом экономная резекция желудка выполнена у 12, резекция 2/3 желудка у 4 и субтотальная резекция желудка у 1 пациента.

Анализ полученных результатов проведенного лечения 3 групп пациентов с ПРСПиЖ позволил разработать оптимальный лечебно-тактический алгоритм, учитывающие преобладание в клинической симптоматике непроходимость пищевода и/или нарушение эвакуации из желудка, время с момента ожога и тяжести состояния пациентов (рис. 2).

В V главе диссертации **«Сравнительный анализ качества жизни исследуемых пациентов с сочетанными постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка»** представлено подробное описание КЖ пациентов со сравнительным анализом его изменения по группам в катамнезе.

Высокая реактивная и ситуативная тревожность по тесту Спилбергера STAI характеризовала при госпитализации пациентов с ПРСПиЖ с превалированием клиники нарушения эвакуации из желудка обеих подгрупп – она интерпретирована как высокая (≥ 45 баллов). Тенденцию к снижению реактивной и ситуативной тревожности демонстрировали пациенты обеих подгрупп уже с момента окончания лечения и на протяжении всего периода наблюдения ($P \leq 0,05$). Однако значимой разницы между подгруппами на протяжении всего катамнеза нами не зафиксировано. Субъективная оценка нашими исследуемыми общего собственного здоровья (GH) при поступлении также снижена от общепопуляционной нормы практически в 4 раза в обеих подгруппах, причем несколько худшая тенденция характеризует IB подгруппу.

КЖ по шкале жизнеспособность (VT) констатировано практически двукратно сниженной относительно общепопуляционной нормы, что вполне логично, учитывая развивающиеся алиментарные нарушения, обязательно влияющие на жизненный тонус, бодрость и энергичность исследуемых пациентов обеих подгрупп. Социальное функционирование (SF) демонстрирует нам социализацию исследуемых, снижение показателей этой подшкалы у пациентов IA подгруппы констатировано в 4,5 раза, в IB подгруппе – в 5 раз относительно общепопуляционной нормы, что констатирует уменьшение частоты и качества взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами и с окружающими людьми.

На основании полученных результатов изучения КЖ мы можем сделать вывод о субъективной схожести для пациентов обеих методик хирургических вмешательств, т.е. при адекватно и грамотно выполненном хирургическом вмешательстве в соответствии с алгоритмом срок проведения хирургического вмешательства относительно продолжительности ожоговой болезни желудка практически не имеет значения для пациентов.

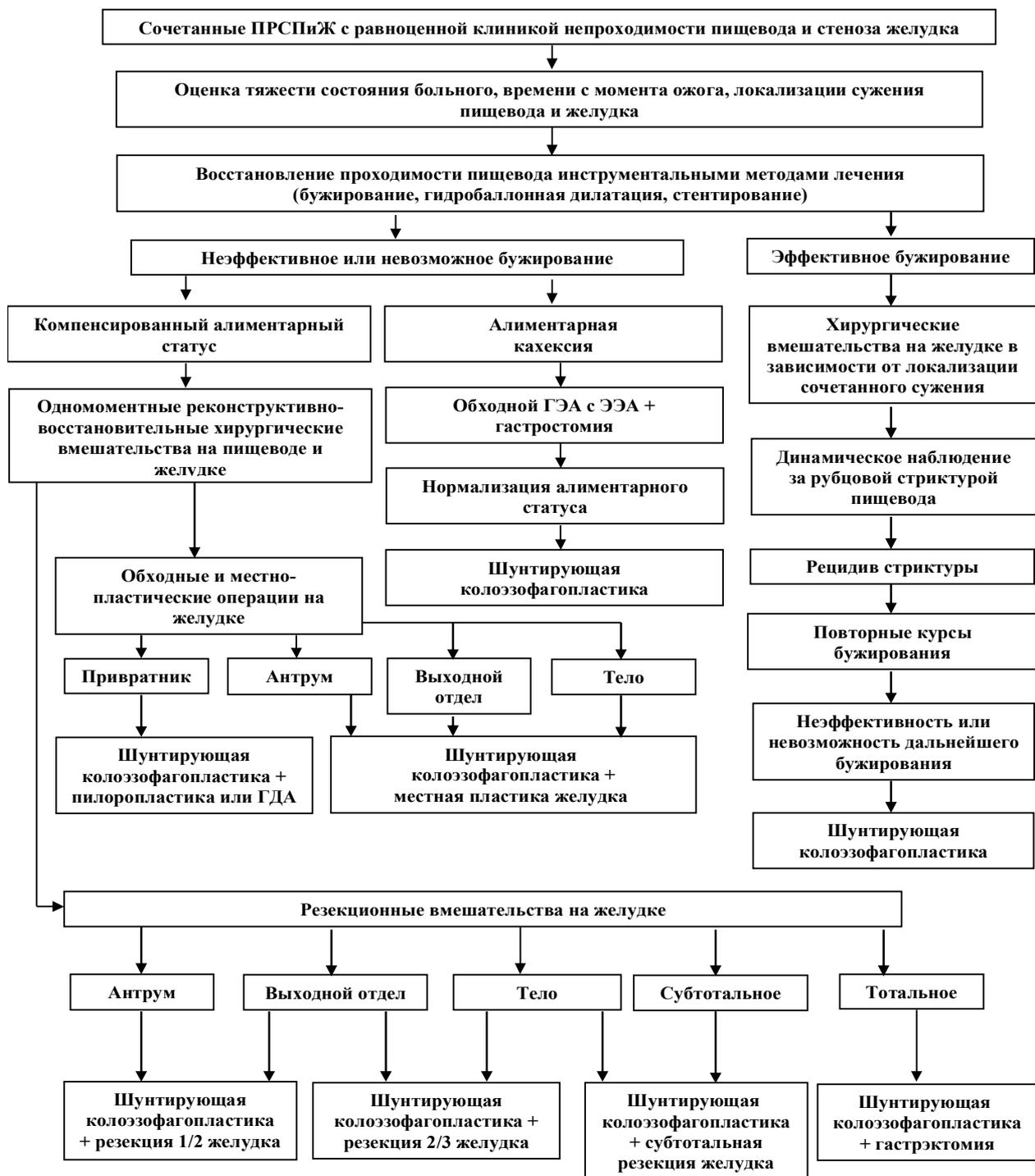


Рис. 2. Лечебно-тактический алгоритм для больных с ПРСПиЖ

У исследуемых пациентов с ПРСПиЖ с превалированием клиники нарушения проходимости пищевода тяжесть общего состояния при поступлении в зависимости от стадии ожоговой болезни менялась. Также следует отметить очень низкие показатели психического здоровья (МН) в обеих подгруппах этой группы, что, вероятно, обусловлено большим числом случаев попыток суицида. В II В подгруппе общее состояние пациентов при поступлении незначимо выше показателя II А подгруппы ($8,36 \pm 0,79$ и $7,52 \pm 1,12$ баллов соответственно), идентичная тенденция характеризует симптом дисфагии ($8,92 \pm 0,82$ и $7,87 \pm 0,79$ баллов соответственно) и симптом боль – $8,16 \pm 1,12$ баллов и $7,54 \pm 0,78$ баллов соответственно). Мы склонны это объяснять стадией ожоговой болезни и

стадией процесса рубцевания, что усугубляло симптоматику, а также присутствием кахексии у большинства пациентов II В подгруппы.

Нами констатированы высокие уровни ситуативной и реактивной тревожности по тесту Спилбергера STAI до начала лечения пациентов обеих подгрупп II группы ПРСПиЖ с превалированием клиники нарушения проходимости пищевода (≥ 45 баллов), причем во II В подгруппе эти симптомы несколько усилены относительно II А подгруппы, хотя и не имели статистически значимой разницы ($P \geq 0,05$).

При анализе результатов опросника SF-36 пациентов с ПРСПиЖ с превалированием клиники нарушения проходимости пищевода обеих подгрупп в сравнении с общепопуляционными показателями мы выявили во II А подгруппе снижение КЖ по шкале физическое функционирование (PF) в 2,86 раза и во II В подгруппе – в 3,38 раза, скорее всего обусловленное именно изучаемой нами патологией, что закономерно обуславливало резкое ограничение повседневной физической нагрузки и снижение ролевого физического функционирования (RP) – в 3,32 раза во II А подгруппе и в 3,42 раза во II В подгруппе. Динамика улучшения показателей КЖ по шкалам опросника SF-36 схожа у пациентов обеих подгрупп и ни на одном этапе обследования не имела статистически достоверной разницы между подгруппами, но всегда значимо отличалась от показателей до лечения в каждой подгруппе.

На основании полученных результатов изучения КЖ мы можем сделать вывод о некоторой субъективной схожести для пациентов обеих тактик ведения, однако по жизнеспособности и социальному функционированию, уровням тревоги и депрессии HADS, а также по ситуативной и личностной тревожностям по тесту Спилбергера STAI мы склонны к выводу о необходимости преимущественно ранних вмешательств при ПРСПиЖ с превалированием клиники нарушения проходимости пищевода, так как это более благотворно будет влиять на пациентов в дальнейшем при существенно меньшем объеме хирургических вмешательств, а, значит, и более эффективном экономически, что согласуется с лечебно-тактическим алгоритмом для больных с ПРСПиЖ с превалированием клиники нарушения проходимости пищевода.

В обеих подгруппах III группы общее состояние пациентов при поступлении соотносимо между собой и значимо превышает показатели I и II групп ($P \leq 0,05$), такая же картина наблюдается с дисфагией и болью по ЦРШ, что объяснимо объемом поражения и общей клинической тяжестью больных, а также алиментарной кахексией у большинства пациентов.

На момент госпитализации баллы шкалы HADS пациентов обеих подгрупп по шкалам «тревога» и «депрессия» соответствовали клинической тревоге и депрессии, хотя нами не констатирована статистически значимая разница между подгруппами, но разница с I и II группами статистически значима по подгруппам ($P \leq 0,05$). Это состояние обусловлено выраженной дисфагией и всей клинической картиной ПРСПиЖ с равноценной клинической картиной непроходимости пищевода и нарушения эвакуации из желудка. Нами констатирован очень высокий уровень ситуативной и реактивной тревожности по тесту Спилбергера STAI до лечения пациентов обеих подгрупп III группы ПРСПиЖ с равноценной

клинической картиной непроходимости пищевода и нарушения эвакуации из желудка (≥ 45 баллов, при максимуме 80 баллов), причем во III В подгруппе эти симптомы несколько усилены относительно III А подгруппы, хотя и не имели статистически значимой разницы ($P \geq 0,05$), в частности ситуативная тревожность, связанная с обширным поражением пищевода и желудка и необходимостью сложного и тяжелого хирургического вмешательства.

В обеих подгруппах III группы все вышеназванные симптомы проявляли тенденцию к снижению начиная только спустя 6 месяцев после лечения на протяжении всего оставшегося периода наблюдения, демонстрируя статистически значимые изменения в сторону нормализации относительно исходных показателей каждой из подгрупп ($P \leq 0,05$), но без значимой разницы между подгруппами на протяжении всего исследования.

Также следует отметить, что в I и II группах большинство исследуемых показателей имели статистически значимую разницу с уровнем до лечения уже на момент окончания лечения, в то время как в III группе эти показатели приобретали статистическую значимость только спустя 6 месяцев после окончания лечения, что говорит о затяжном процессе восстановления после объемных вмешательств у пациентов с ПРСПиЖ с равноценной клинической картиной непроходимости пищевода и нарушения эвакуации из желудка.

У больных III группы снижение КЖ по шкале физическое функционирование (RF) констатировано в 2,83 раза вследствие тяжелого ПРСПиЖ с равноценной клинической картиной непроходимости пищевода и нарушения эвакуации из желудка, что закономерно обуславливало резкое ограничение повседневной физической нагрузки и трехкратное снижение ролевого физического функционирования (RP).

Уменьшение КЖ по показателю соматическая боль (BP) характеризует силу субъективных болевых ощущений пациентов обеих подгрупп III группы в 2,63 раза ниже возрастной нормы, что обусловлено тяжестью состояния больных с ПРСПиЖ с равноценной клинической картиной непроходимости пищевода и нарушения эвакуации из желудка. Общее состояние здоровья (GH) до лечения снижено от общепопуляционной нормы в 2,88 раз практически одинаково в обеих подгруппах III группы. КЖ по шкале жизнеспособность (VT) зафиксировано в 2,3 раза ниже общепопуляционной нормы, учитывая алиментарные нарушения и тяжесть поражения пищевода и желудка, снижающие на жизненный тонус, бодрость и энергичность больных с ПРСПиЖ с равноценной клинической картиной непроходимости пищевода и нарушения эвакуации из желудка. Такое положение вещей наглядно демонстрирует значение ПРСПиЖ с равноценной клинической картиной непроходимости пищевода и нарушения эвакуации из желудка для физического и эмоционального здоровья таких больных.

По опроснику SF-36 на момент окончания лечения имели статистически значимую разницу ($P \leq 0,05$) с показателями до лечения в обеих подгруппах только физическое функционирование (RF), ролевое физическое функционирование (RP) и психическое здоровье (MH), а все остальные показатели имели статистически значимую разницу ($P \leq 0,05$) с показателями

до лечения в обеих подгруппах только начиная с 6 месяцев после окончания лечения. Мы склонны объяснять это тяжесть состояния больных после перенесенного объема вмешательств.

Динамика улучшения показателей КЖ по шкалам опросника SF-36 схожа у пациентов обеих подгрупп и ни на одном этапе обследования не имела статистически достоверной разницы между подгруппами, но начиная с полугода после окончания лечения всегда статистически значимо отличалась от показателей до лечения в каждой подгруппе ($P \leq 0,05$).

На основании полученных результатов изучения КЖ мы можем сделать вывод о некоторой субъективной схожести для пациентов обеих тактик ведения, однако по жизнеспособности и социальному функционированию, уровням тревоги и депрессии HADS, а также по ситуативной и личностной тревожностям по тесту Спилбергера STAI мы склонны к выводу о необходимости опираться при выборе этапности вмешательств при ПРСПиЖ с равноценной клинической картиной непроходимости пищевода и нарушения эвакуации из желудка только на физическое состояние пациента, так как обе методики благотворно влияют на пациентов в дальнейшем, опираясь по большей части на экономическую эффективность, при равных физических компетенциях пациента, что согласуется с лечебно-тактическим алгоритмом для больных с ПРСПиЖ с равноценной клинической картиной непроходимости пищевода и нарушения эвакуации из желудка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Анализ характера принятых пациентами химических реагентов показал, что в 84,6% случаев сочетанный ожог был вызван различными кислотами (уксусной у 64,8%, серной у 17,8%, соляной у 1,6% и азотной у 0,4%), неизвестным химическим реагентом у 6,4% и только у 9% – щелочью, что связано с особенностями коагуляционного и колликвационного некроза, развивающегося при ожогах кислотами и щелочами соответственно. Наиболее часто диагностировано сочетанное постожоговое рубцовое сужение выхода из желудка (привратник + антрум) у 143(57,9%), привратник у 24(9,7%), антральный отдел у 51(20,6%), антрум + тело желудка у 11(4,5%), тело желудка у 7(2,8%), субтотальное у 4(1,6%) и тотальное у 7(2,8%) пациентов.

2. У всех пациентов с химическими ожогами пищевода необходимо исключить сочетанное поражение желудка, диагноз которого можно установить только при тугом заполнении последнего бариевой взвесью, что невозможно при наличии рубцовой стриктуры пищевода, в связи с чем только у 6,5% пациентов до поступления было правильно определено сочетанное поражение желудка. Окончательный диагноз наличия сочетанного поражения желудка можно установить только после адекватно проведенного курса бужирования или дилатации с повторным проведением эндоскопии и рентгена желудка. Предложенная этапная диагностика у больных с сочетанными ПРСПиЖ позволила разделить пациентов на 3 группы: с преобладанием признаков нарушения эвакуации из желудка – 43(17,4%), нарушения

проходимости пищевода – 101(40,9%) и равноценной клиникой непроходимости пищевода и нарушения эвакуации из желудка – 103(41,7%).

3. Только у 13(5,3%) пациентов не выявлено признаков нарушения проходимости пищи, а у остальных 234(94,7%) выявлены различные степени дисфагии: I степень – 26(10,5%), II степень – 96(38,8%), III степень – 80(32,4%) и IV степень – 32(13%) больных. Изучение характера нарушения эвакуации из желудка показало, что только у 5(2,2%) не выявлены признаки стеноза, компенсированный стеноз диагностирован у 65(28,1%), субкомпенсированный у 63(27,3%) и декомпенсированный стеноз у 93(42,4%), при этом достоверной связи между степенью дисфагии и нарушением эвакуации из желудка не выявлено ($p>0,05$).

4. Выбор метода хирургического вмешательства на желудке определяется следующими факторами: время с момента ожога желудка; тяжесть состояния больного; характер сочетанного ожогового поражения пищевода; адекватность восстановления пассажа пищи из желудка в двенадцатиперстную или тощую кишку; минимальная травматичность вмешательств на желудке у больных с выраженной алиментарной кахексией; адекватность выбора объема и способа резекции желудка; обоснованность одномоментных реконструктивных вмешательств на пищеводе и желудке при сочетанных поражениях и индивидуальный подход к выбору метода хирургического лечения больных с сочетанными ПРСПиЖ.

5. По результатам исследования КЖ исследуемых больных следует проводить преимущественно ранние вмешательства при ПРСПиЖ с превалированием клиники нарушения проходимости пищевода, так как это более благотворно будет влиять на пациентов в дальнейшем при существенно меньшем объеме хирургических вмешательств, а, значит, и более эффективном экономически. Усиление тяжести соматического и психического состояния у пациентов с превалированием нарушения эвакуации пищи из желудка, клиническая тревога и депрессия этих больных требует проведения более ранних оперативных вмешательств, что позволит избежать психических и социальных последствий ПРСПиЖ с превалированием клиники нарушения эвакуации из желудка и в более ранние сроки восстановит психическое здоровье и социализацию пациентов. У пациентов с ПРСПиЖ с равноценной клинической картиной непроходимости пищевода и нарушения эвакуации из желудка следует принимать в учет только физическое состояние пациента и оказывать этапную медицинскую помощь, предпочтительнее на поздних этапах ожоговой болезни.

6. Предложенный лечебно-тактический алгоритм для больных с сочетанными ПРСПиЖ, основанный на преобладании в клинической симптоматике непроходимости пищевода и/или нарушение эвакуации из желудка позволяет четко определить варианты и этапность миниинвазивных и хирургических методов лечения в зависимости от локализации, объема и протяженности рубцовых изменений пищевода и желудка, от времени ожога и тяжести состояния пациентов.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 AT THE
REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL
MEDICAL CENTER OF SURGERY NAMED AFTER ACADEMICIAN
V.VAKHIDOV ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES**

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

ABDULLAYEV DAVRANBEK SABIROVICH

**PECULIARITIES THE TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF
COMBINED CICATRICAL STENOSIS OF THE ESOPHAGUS AND
STOMACH**

14.00.27 – Surgery

**ABSTRACT OF THE DISSERTATION OF
DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) IN MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT-2024

The topic of the dissertation for Doctor of Philosophy (PhD) is registered with the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under No. B2021.2.PhD/Tib100.

The doctoral dissertation is carried out at the Tashkent medical academy and Republican specialized center of surgical angioneurology.

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

Scientific supervisor: **Ligai Ruslan Efimovich**
Doctor of Medicine

Official opponents: **Khakimov Murad Shavkatovich**
Doctor of Medicine, professor

Abdullajanov Bakhrom Rustamjanovich
Doctor of Medicine, professor

Leading organization: **Tajik State Medical University named after Abu Ali Ibni Sino (Dushanbe, Tajikistan)**

The defense will take place on «___» _____ 2024 at ___ o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 at the Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V. Vakhidov. (Address: 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str.,10. Phone.: (+99871) 277-69-10; fax: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru, Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V. Vakhidov).

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 № 187). Address: 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str.,10. Phone: (+99871) 277-69-10; fax: (+99871) 277-26-42.

Abstract of the dissertation sent out on «___» _____ 2024
(mailing report № of _____ 2024).

F.G. Nazirov

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

U.M. Makhmudov

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

R.A. Ibadov

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

INTRODUCTION(ANNOTATIONOFDOCTORALDISSERTATION)

The aim of the study is to develop optimal treatment tactics for patients with combined post-burn cicatricial stenosis of the esophagus and stomach through a comparative analysis of the results and a comprehensive assessment of the quality of life of patients.

The object of the study was the analysis of the results of diagnosis and treatment of 247 patients with post-burn cicatricial stenosis of the esophagus and stomach, who were treated in the department of surgery of the esophagus and stomach of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after academician V. Vakhidov for the period from 1990 to 2022

The scientific novelty of the research consists in the following:

It has been established that the potential risk of formation of combined lesions of the esophagus and stomach is significantly higher in case of chemical acid burn due to the development of coagulation necrosis, whereas colic necrosis against the background of alkali damage is characterized by local effects on the esophagus;

the clinical and diagnostic criteria for choosing the optimal surgical treatment option for combined post-burn gastric injury have been clarified, based on the prescription and nature of the chemical burn, the severity of the patient's condition, the extent of scarring and food passage disorders, as well as the potential traumatic nature of the intervention;

It was determined that the characteristic criteria for an objective assessment of the degree of prevalence and severity of the scarring process in combined post-burn lesions are the prevalence of gastric stenosis clinic without significant narrowing of the esophagus, the prevalence of esophageal obstruction without impaired evacuation from the stomach or an equivalent combination of these complications;

it has been proven that the main prognostic factor of the result of minimally invasive or surgical treatment of combined post-burn cicatricial strictures of the esophagus and stomach is the degree of esophageal obstruction and/or impaired evacuation from the stomach.

Implementation of the results of the study. Implementation of research results. Based on the obtained scientific data on improving the diagnosis and treatment of combined cicatricial stenosis of the esophagus and stomach:

1- scientific novelty: the potential risk of developing combined damage to the esophagus and stomach is significantly higher in chemical acid burns due to the development of coagulation necrosis, while coliquation necrosis against the background of alkali damage is characterized by a local effect on the esophagus. A differentiated approach to the choice of surgical tactics has reduced the number of complications and errors that may occur in the near and distant periods in patients with combined post-burn cicatricial strictures of the esophagus and stomach, resulting in accelerated rehabilitation periods after surgical treatment, as well as rapid restoration of alimentary status and ability to work. Implementation of scientific innovations: Implemented into practice of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov (Order No. 838 dated September 4, 2024), Khorezm Multidisciplinary

Medical Center order No. 09 dated February 17, 2024, Republican Multidisciplinary Medical Center named after U. Khalmuratov order No. 24/7 dated February 26, 2024, (Conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health dated July 8, 2024 No. 02/42). The social efficiency of the scientific innovation consists of the following: based on the information obtained on the time after a chemical burn, the nature of cicatricial strictures of the esophagus and stomach, their length and features of the stricture course, an optimal surgical tactic was developed that allowed to resolve obstruction of both the esophagus and stomach, which significantly improved the quality of life of patients and contributed to the rapid social rehabilitation of patients. Economic efficiency of the scientific innovation: 3,600,000 sum were saved per patient due to the early detection of the main risk factors for the development of various general and specific complications based on the information obtained on the structure and features of anatomical changes in the esophagus in patients with combined post-burn cicatricial strictures of the esophagus and stomach. In this case, the savings will amount to 3,600,000 sum (9,800,000 sum (total amount using the methods applied in these pathological cases) - 6,200,000 sum (diagnostics amount using the proposed method) = 3,600,000 sum) (according to the price list of the State Institution “Republican Specialized Scientific and Practical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov”). Conclusion: the criteria for distributing patients with combined post-burn cicatricial stenosis depending on the prevalence of esophageal obstruction and impaired gastric evacuation in the clinical picture have been clarified, which made it possible to save 3,600,000 sum per patient, as a result of which the annual economic indicator was 36,000,000 sum (for 10 patients). 10 million 800 thousand sums were saved from the annual budget, and 25 million 200 thousand sums from off-budget funds.

2-scientific novelty the clinical and diagnostic criteria for choosing the optimal surgical treatment option for combined post-burn damage to the stomach have been clarified, based on the duration and nature of the chemical burn, the severity of the patient's condition, the extent of the cicatricial process and disruption of food passage, as well as the potential trauma of the intervention. Implementation of scientific innovations: Implemented into practice of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov (Order No. 838 dated September 4, 2024), Khorezm Multidisciplinary Medical Center order No. 09 dated February 17, 2024, Republican Multidisciplinary Medical Center named after U. Khalmuratov order No. 24/7 dated February 26, 2024, (Conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health dated July 8, 2024 No. 02/42). Social efficiency of scientific innovation reducing the number of complications can significantly reduce the time for treatment and diagnosis, eliminates unnecessary financial costs through correctly chosen treatment tactics, which has a positive effect on the overall outcome of the disease, reduces the economic costs of treatment and improves the medical and social condition of patients. Economic efficiency of scientific innovation: application of differentiated choice of surgical tactics in patients with combined cicatricial and cicatricial strictures of the esophagus and stomach allow to reduce the cost of treatment of a patient with this pathology. The proposed methods result in savings of 4,200,000 sum on average per 1 patient, as a result of reducing the

length of the patient's stay in hospital and due to a decrease in the number of repeated courses of bougienage, namely: Average amount of expenses usually spent by patients with this pathology: 16,000,000 sum (according to the price list of the State Institution “Republican Specialized Scientific and Practical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov”); As a result of using the proposed methods of treatment, the average total cost was reduced to 12,800,000 sum (according to the price list of the State Institution “Republican Specialized Scientific and Practical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov”); ((average total costs usually incurred for this pathology) 16,000,000 sum – (average total costs as a result of introducing a new surgical intervention as a result of correctly selected treatment tactics using the proposed methods) 12,800,000 sum = 4,200,000 sum (saved amount)). Conclusion: as a result of using differentiated surgical tactics for combined cicatricial strictures of the esophagus and stomach, it was possible to save 4,200,000 sum per patient. For 10 patients included in the experiment, this indicator of economic savings was 42,000,000 sum per year. 12 million 600 thousand sums were saved from the annual budget, 29 million 400 thousand sums from off-budget funds.

3- scientific novelty: it was determined that the developed sequence of providing specialized surgical care to patients with combined post-burn cicatricial stenosis of the esophagus and stomach made it possible to determine the stages in restoring esophageal patency disorders and evacuation of food from the stomach. Implementation of scientific innovations: Implemented into practice of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov (Order No. 838 dated September 4, 2024), Khorezm Multidisciplinary Medical Center order No. 09 dated February 17, 2024, Republican Multidisciplinary Medical Center named after U. Khalmuratov order No. 24/7 dated February 26, 2024, (Conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health dated July 08, 2024 No. 02/42). The social efficiency of scientific innovation consists of the following: the use of minimally invasive interventions for combined cicatricial strictures of the esophagus and stomach allows to expand the esophageal stricture and avoid complex reconstructive surgeries, as well as reduce the rehabilitation period and the patient's stay in the hospital and, accordingly, increase the cost-effectiveness of treatment. Economic efficiency of scientific innovation: application of minimally invasive methods of cicatricial stricture expansion allowed to reduce the number of patients requiring complex reconstructive surgeries on the esophagus, which allowed to save total funds per patient by 3,435,000 sum. Application of minimally invasive interventions will allow to reduce the total cost of treatment; As a result of application of existing types of surgical treatment for achalasia of the cardia, costs amount to 9,485,000 sum, as a result of measures based on the proposed methods, the amount of these costs is 6,050,000 sum (according to the price list of the State Institution “Republican Specialized Scientific and Practical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov”). Introduction of a new improved surgical technique allows to save 3,435,000 sum per 1 patient (according to the price list of the State Institution “Republican Specialized Scientific and Practical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov”). Conclusion: the introduction of minimally invasive

technologies in combination with open interventions allowed saving 3,435,000 soums per patient, 25,045,000 soums per year for 7 patients (10,305,000 soums from budgetary funds, 14,740,000 soums from extra-budgetary funds) (according to the price list of the State Institution “Republican Specialized Scientific and Practical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov”).

4- scientific novelty: a differentiated approach to choosing the optimal surgical tactics in patients with combined post-burn cicatricial strictures of the esophagus and stomach allowed to reduce the number of complications after the interventions, and in the long term allowed to reduce the frequency of relapse of dysphagia after minimally invasive treatment methods, which is confirmed by the data of the study of the quality of life of patients according to the visual analogue scale (VAS), the international specialized questionnaire "Gastrointestinal Quality of Life Index" (GIQLI) and the questionnaire "Gastrointestinal Symptom Rating Scale" (GSRS). Implementation of scientific innovations: Implemented into practice of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov (Order No. 838 dated September 4, 2024), Khorezm Multidisciplinary Medical Center order No. 09 dated 02/17/2024, Republican Multidisciplinary Medical Center named after U. Khalmuratov order No. 24/7 dated 02/26/2024, (Conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health dated July 08, 2024 No. 02/42). The social efficiency of the scientific innovation consists of the following: The developed algorithm is based on the prevalence of esophageal obstruction and/or impaired gastric evacuation in the clinical symptoms and allows to clearly define the necessary personalized surgical tactics for patients with combined PRSPiG, determine the methods and stages of minimally invasive and surgical methods for localization, volume and length of cicatricial strictures of the esophagus and stomach, the stage of burn disease and the severity of the somatic status of patients. Economic efficiency of the scientific innovation: The use of a differentiated approach depending on the prevalence of esophageal obstruction or gastric evacuation disorders allowed to improve the results of surgical treatment, reduce the number of complications and shorten the overall peri- and postoperative period. Based on the above indicators, the following economic results were achieved: Economic indicator of the hospital period for 1 patient: As a result of a rational approach to the treatment of this category of patients, the duration of intensive care, the average length of stay of patients in the hospital and additional costs due to a decrease in the number of complications were reduced by 3,700,000 soums. Conclusion: the introduction of improved stages of esophageal plastic surgery resulted in savings of 29,600,000 soums. This allowed saving 11 million 100 thousand soums from the annual budget and 18 million 900 thousand soums from extra-budgetary funds.

The structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, conclusion, findings, practical recommendations and a list of references. The volume of the work is 120 pages.

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

I бўлим (I часть; part I)

1. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Цой А.О., Абдуллаев Д.С. Сравнительный анализ эффективности хирургической тактики ведения больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка // Хирургия Узбекистана, Ташкент, 2024, №1, стр. 85-89. (14.00.00, №9)

2. Nizamkhodjaev Z.M., Ligai R.E., Tsoi A.O., Abdullaev D.S. Analysis of the results of the effectiveness of surgical treatment of patients with combined post-burn cicatricial strictures of the esophagus and stomach// SJMSB Medical Science and Biology, 2024, Volume 2, page. 109-112 (№12 Index copernicus international, IF (Impact Factor) 8.848 / 2023 in ResearchBib.).

3. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Бабажанов А.С., Цой А.О., Абдуллаев Д.С., Файзуллаев О.А., Абдукаримов А.Д.. Хирургическая тактика у больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка с равнозначно выраженной клиникой стеноза пищевода и желудка // Проблемы биологии и медицины. №2(152), 2024г, стр. 99-105. (14.00.00, №19)

4. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Мирзакулов А.Г., Абдуллаев Д.С., Им В.М. Принципы коррекции нарушения эвакуации из желудка при сочетанных постожоговых рубцовых стриктурах пищевода // Хирургия Узбекистана, Ташкент, 2011, № 2, стр. 34-38. (14.00.00; 01.07.2011; №11)

II бўлим (II часть; part II)

5. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Абдуллаев Д.С. Совершенствование тактики хирургического лечения сочетанных рубцовых сужений пищевода и желудка // Методические рекомендации. Ташкент. 2024, 31 стр.

6. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Абдуллаев Д.С. Хирургическое лечение сочетанных постожоговых рубцовых стриктур пищевода и желудка // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии, №3(42), Россия, Томск, 2012, стр 61-65.

7. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Абдуллаев Д.С. Қизилўнғач ва ошқозон қўшма куйишдан кейинги чандикли торайиши билан беморларни қизилўнғач торайиши ва ошқозон эвакуациясининг бўзилишини хисобга олган холда даволаш тактик алгоритми // Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлиги, № DGU 33172 сонли гувоҳнома. Тошкент. 07.02.2024й.

8. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Абдуллаев Д.С. Динамика качества жизни пациентов с сочетанными постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка // Universum: Медицина и Фармакология, Москва, Россия №3(108) 2024г.

9. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Абдуллаев Д.С., Мальков А.В. Принципы лечения сочетанных постожоговых рубцовых стриктур пищевода и желудка // Вестник экспериментальной и клинической хирургии, Россия, Воронеж, 2012 год, Том V, №4, стр. 66-70.

10. Nizamkhodjaev Z.M., Ligai R.E., Tsoi A.O., Abdullaev D.S. Analysis of the results of augmentation of cicatricial strictures of the esophagus // International Conference on Multidisciplinary Science, volume-2, Issue-3, 2024y, page 172-174.

11. Лигай Р.Е., Низамходжаев З.М., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Абдуллаев Д.С. Тактика хирургического лечения сочетанных постожоговых рубцовых стриктур пищевода и желудка // Вестник хирургической гастроэнтерологии, №3, Россия, Москва, 2011 год, стр. 120.

12. Nizamkhodjaev Z.M., Ligai R.E., Khodjibayev J.A., Abdullaev D.S. Treatment tactics of patients with concomitant post-burn cicatricial esophageal and gastric strictures // Сборник тезисов XII международного Евроазиатского конгресса хирургов и гастроэнтерологов, Баку, 2011, стр. 71-72.

13. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Хаджибаев Ж.А., Абдуллаев Д.С. Результаты пластики у больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода // Хирургия Узбекистана, Ташкент, 2014, №3, стр.50.

14. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Цой А.О., Абдуллаев Д.С. Выбора способа хирургического лечения сочетанных постожоговых стриктур пищевода и желудка // Хирургия Узбекистана, Ташкент, 2014, №3, стр.51.

15. Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Абдуллаев Д.С. Причины неудовлетворительных результатов бужирования по струне у больных с рубцовыми стриктурами пищевода // Хирургия Узбекистана, Ташкент, 2023, №3(99), стр.69

16. Хаджибаев Ж.А., Джуманиязов Дж.А., Лигай Р.Е., Омонов Р.Р., Абдуллаев Д.С., Нигматуллин Э.И., Файзуллаев О.А., Абдукаримов А.Д. Результаты стентирования у больных с доброкачественными и злокачественными стенозами пищевода // Хирургия Узбекистана, Ташкент, 2023, №3(99), стр.80

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали
тахририятида тахрирдан ўтказилди.

Босмахона лицензияси:



9338

Бичими: 84x60 ¹/₁₆. «Times New Roman» гарнитураси.
Рақамли босма усулда босилди.
Шартли босма табағи: 3,5. Адади 100 дона. Буюртма № 39/24.

Гувоҳнома № 851684.
«Тірографф» МЧЖ босмахонасида чоп этилган.
Босмахона манзили: 100011, Тошкент ш., Беруний кўчаси, 83-уй.