

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

---

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**НИШАНОВ МУРОДЖОН ФОЗИЛЖОНОВИЧ**

**ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА  
КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИДА  
ЭНДОСКОПИК ВА АНЪАНАВИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ  
РАҚОБАТЛИ ИСТИҚБОЛЛАРИ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**ТОШКЕНТ – 2020**

УЎК: 617-089+616-072.1: -616-089-06(616.33-002.44+616.342)

**Докторлик диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата докторской диссертации**

**Contents of dissertation abstract of doctoral dissertation**

**Нишанов Муроджон Фозилжонович**

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигининг асоратланган шаклларида эндоскопик ва анъанавий аралашувларнинг рақобатли истиқболлари

3

**Нишанов Муроджон Фозилжонович**

Конкурентные перспективы эндоскопических и традиционных вмешательств при осложненных формах язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

29

**Nishanov Murodjon Foziljonovich**

Competitive prospects for endoscopic and traditional interventions for complicated forms of gastric and duodenal ulcer

55

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ

List of published works

59

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

---

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**НИШАНОВ МУРОДЖОН ФОЗИЛЖОНОВИЧ**

**ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА  
КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИДА  
ЭНДОСКОПИК ВА АНЪАНАВИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ  
РАҚОБАТЛИ ИСТИҚБОЛЛАРИ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**ТОШКЕНТ – 2020**

**Докторлик (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида №B2019.4.DSc/Tib379 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

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

<b>Илмий маслаҳатчи:</b>	<b>Назиров Феруз Гафурович</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор, академик
<b>Расмий оппонентлар:</b>	<b>Гурбанхан Фатали огли Муслимов</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор <b>Хакимов Мурод Шавкатович</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор <b>Садиков Рустам Аброрович</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор
<b>Етакчи ташкилот:</b>	<b>Абуали ибн Сино номидаги Тоҷикистон давлат тиббиёт университети</b>

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 2020 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли кўчаси 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: [cs.75@mail.ru](mailto:cs.75@mail.ru), Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази мажлислар зали).

Диссертация билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (109-рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Кичик ҳалқа йўли кўчаси 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Диссертация автореферати 2020 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ кунни тарқатилди.  
(2020 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**Х.К. Абралов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш  
раис ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори

**А.Х. Бабаджанов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш  
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**А.В. Девятов**

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

## КИРИШ (докторлик диссертацияси аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги замонавий соғлиқни сақлаш тизимида клиник ва ижтимоий жиҳатдан етакчи ўрин тутди ва хавфли асоратлар билан кечувчи хазм трактининг энг кенг тарқалган патологиясилигича қолмоқда. «Global Burden of Disease Study 2015» маълумотларига кўра, «яра касаллиги Ер юзи аҳолисининг 4% да учрайди, тарқалиши бўйича йилига 100 000 аҳолидан 100 ва ундан ортиқ беморда ҳамда асоратланган шакллари 70 ҳолатда кузатилади, бутун дунё бўйича энг фаол меҳнатга лаёқатли ёшдаги 5 миллион инсонни касаллантиради ва вақтинча, қисман ва турғун меҳнатга лаёқатнинг йўқолишига сабаб бўлади»<sup>1</sup>. «Охирги ўн йилликда консерватив даволаш стратегиясига қарамай, ушбу муаммога нисбатан янги имкониятлар, илмий-амалий қизиқишлар очилди, асоратланган жараён шаклланганда эса модифицирланган жарроҳлик ёндашувлари ва эндоскопик даволаш-профилактик аралашувларнинг самарадорлиги ва ютуқлари ҳақида бир қатор қарши фикрлар пайдо бўлди»<sup>2</sup>. «Ўзига хос асоратлар ривожланиши 10-20% лигича қолмоқда, улар орасида энг кўп, клиник жиҳатдан аҳамиятли ва оғир асоратлардан қон кетиш (2%-10%) ва перфорация (2%-14%) ташкил этмоқда»<sup>3</sup>. Ўз навбатида, яра касаллигининг ўткир жарроҳлик асоратларидаги ташриҳдан кейинги ўлим сони етакчи бўлиб қолмоқда ва бу кўрсаткич 10-40% ни ташкил этмоқда. Яра касаллиги асоратларини даволашнинг тактик жиҳатларини мукамаллаштириш муаммоси фармакологик ёндашувлар, эндоскопик даволаш-профилактик ва очик радикал аралашувларни оптималлаштириш билан боғлиқ бўлган барча асосий йўналишларни ҳам ўз ичига олади.

Дунё амалиётида ошқозоннинг кислота ишлаб чиқарувчи ва мотор-эвакуатор функцияси ҳолатининг патогномик хусусиятлари, касалликнинг молекуляр ва генетик жиҳатларини ўрганишга қаратилган бир қатор мақсадли илмий текширувлар ўтказилмоқда. Эндоген ва экзоген омилларнинг таъсири ва ўзаро боғлиқлигига кўра, яра касаллигининг асоратланган шаклларида ошқозон шиллиқ қавати ҳимоя механизмларининг динамик мувозанатини ўрганиш долзарб ҳисобланади. Қайталанувчи пептик яраларнинг геморрагик ва перфоратив асоратларини прогнозлаш муҳим қизиқиш уйғотиб, ошқозон яраларининг ёмон сифатли шаклларга трансформацияланиши ва патологик ҳолат оғирлигини копмлекс верификациялашда тизимли ёндашувларни мукамаллаштириш ва тавсия этилган балли тизимлар самарадорлигини баҳолаш бўйича бир қатор рандомизирланган клиник текширувлар ўтказилди.

Юртимиз соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш ва такомиллаштиришнинг замонавий босқичида ошқозон ва ўн икки бармоқ

<sup>1</sup> Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016; 388(10053):1545-1602.

<sup>2</sup> Pioche M, Jacques J, Saurin JC. Gastric and duodenal ulcer. *Gastritis. Rev Prat*. 2019;69(5):147-154.

<sup>3</sup> Tarasconi A, Coccolini F, Biffi WL, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg*. 2020;15:3. Published 2020 Jan 7. doi:10.1186/s13017-019-0283-9

ичакнинг асоратланган яралари бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чора-тадбирлар ўтказилмоқда. Ушбу йўналишда, кўпроқ юқори технологияли жарроҳлик ёрдам сифатини яхшилаш орқали бир қатор кониқарли натижаларга эришилди. Тиббий ёрдам тизимини мукамаллаштириш билан бирга пилородуоденал яралар ва уларнинг асоратларини даволаш самарадорлигини яхшилаш бўйича янги илмий асосланган натижалар талаб этилади. 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлар бўйича ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг заиф гуруҳларининг тўлақон ҳаёт кечиришини таъминлаш мақсадида тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган<sup>4</sup>. Ушбу вазифаларни руёбга чиқариш ҳамда ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг шошилиш асоратларини замонавий ёндашувларни қўллаш орқали даволаш натижаларини яхшилаш, даволашнинг модифицирланган ва эндоскопик жарроҳлик усуллари самарадорлиги ва сифатини ошириш долзарб йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилиш тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармони ва 2018 йил 17 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш бўйича чора-тадбирлар тўғрисида» ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатишни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори, Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 10 майдаги ВМ-266 сонли «Соғлиқни сақлашни ташкиллаштириш ва жамоат соғлиқни сақлаш илмий-текширув институти фаолиятини ташкиллаштириш тўғрисида»ги Қарори ҳамда ушбу йўналишда қабул қилинган бошқа меъерий-ҳуқуқий ҳужжатлардаги вазифаларни амалга оширишда мазкур диссертация иши муайян даражада хизмат қилади.

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

**Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий тадқиқотлар шарҳи<sup>5</sup>.** Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг асоратланган яралари бўлган

<sup>4</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ПФ-4947- сонли Фармони, ЎзР Қонун Ҳужжатлари тўплами 2017 йил.

<sup>5</sup> Диссертация бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи: Soreide K, Thorsen K, Soreide JA. Predicting outcomes in patients with perforated gastroduodenal ulcers: artificial neural network modelling indicates a highly complex disease. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2015;41:91–8; Sivaram P, Sreekumar A. Preoperative factors influencing mortality and morbidity in peptic ulcer perforation. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2018;44:251–7; Cirocchi R, Soreide K, Di Saverio S, Rossi E, Arezzo A, Zago M, Abraha I, Vettoretto N, Chiarugi M. Meta-analysis of perioperative outcomes of acute laparoscopic vs open repair of perforated gastroduodenal ulcers. *J Trauma Acute Care Surg.* 2018; Ansaloni L, Ceresoli M, Fugazzola P, Tomasoni M, Palamara F, Sartelli M, Catena F, Montori G, Raimondo S, Coccolini F. An innovative duodenal perforation surgical repair technique: the BIOPATCH technique. *Journal of Peritoneum (and other serosal surfaces)* 2018; Di Saverio S, Bassi M, Smerieri N, Masetti M, Ferrara F, Fabbri C,

беморларга даволаш ва профилактик ёрдам сифатини яхшилашга қаратилган илмий-текширув ишлар дунё бўйича кўплаб етакчи илмий марказлар ва олий ўқув юртларида олиб борилмоқда, жумладан: Department of Gastrointestinal Surgery, Stavanger University Hospital (Norway), Service de chirurgie générale et digestive, CHU de Rouen (France), Department of General Surgery, Government Medical College, (India), Department of General and Oncologic Surgery, University of Perugia (Italy), Tan Tock Seng Hospital (Singapore), Department of Surgery, College of Medicine and Health Sciences, UAE University (United Arab Emirates), Department of General Surgery, Albury Hospital (Australia), Department of Gastroenterology, Hospital Universitario Infanta Leonor (Spain); Nottingham Digestive Diseases Centre and National Institute for Health Research (UK), Hospital Universitario del Henares (Spain), Department of Gastroenterology and Gastrointestinal Surgery, Hvidovre Hospital (Denmark), Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, Bezmialem Vakıf University (Turkey), Shalamar Medical & Dental College (Pakistan), Department of General Surgery, Renmin Hospital of Wuhan University (China), Department of Gastroenterology and Metabolism, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences (Japan), Department of General Surgery, SCB Medical College (India), И.И.Джанелидзе номидаги Санкт-Петербург тез ёрдам илмий-текшириш институти (Россия), Академик В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази (Ўзбекистон), Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказида (Ўзбекистон) ўтказилган.

Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраларининг ўткир жарроҳлик асоратларини янги технологик имкониятлар ишлаб чиқиш ва қўллаш йўли билан беморларни олиб бориш сифатини яхшилаш бўйича олиб борилган текширувлар натижаларига кўра, турлича фикрлар таклиф этилган, жумладан: пилородуоденал яраларнинг ўткир жарроҳлик асоратларнинг кўплаб эпизодлари ностероид яллиғланишга қарши воситалар, стероидлар, чекиш, *Helicobacter pylori* ва кўп миқдорда туз сақловчи пархез турлари ҳамда қисман бўлса-да, битта хавф омилининг ўзаро таъсири исботланган (Department of General Surgery, Government Medical College, Thiruvananthapuram, India); беморларда пептик яралардан қон кетиш ва/ёки перфорациясининг клиник кечиши ва якунини прогнозлаш учун хатар стратификациясининг мукамал тизимлари аниқланди: Воеу бўйича баҳолаш шкаласи энг кўп қўлланиладиган шкала бўлиб, ундан кейинги ўринда Америка анестезиологлари уюшмаси шкаласи (ASA) ва Peptic Ulcer Perforation шкаласи (PULP) (Department of Gastrointestinal Surgery, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway) туради; перфоратив яраларда эндоскопик йўл билан даволаш фақат айрим холларда, яъни бемор умумий ҳолати стабиллашганда ва рентген-контраст текширувлар ёрдамида яра

---

Ansaloni L, Ghersi S, Serenari M, Coccolini F, Naidoo N, Sartelli M, Tugnoli G, Catena F, Cennamo V, Jovine E. Diagnosis and treatment of perforated or bleeding peptic ulcers: 2013 WSES position paper. *World J Emerg Surg* 2014;9:45; Pioche M, Jacques J, Saurin JC. Gastric and duodenal ulcer. *Gastritis. Rev Prat.* 2019;69(5):147-154. Martinez-Alcala A, Monkemuller K. Emerging Endoscopic Treatments for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2018;28:307–20; Tarasconi A, Coccolini F, Biffl WL, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg.* 2020;15:3.

герметизациясини тасдиқлаган шароитда (Service de chirurgie générale et digestive, CHU de Rouen, Rouen, France) қўлланилди; перфоратив асоратлар ва перитонит белгилари бўлган беморларда бўшлиқли жарроҳлик аралашувларни ортга суриш юқори кўрсаткичдаги ўлим билан кечди (Department of General and Oncologic Surgery, University of Perugia, Terni, Italy); ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг 2,0 см ортиқ яралари ўткир асоратларида индивидуал жарроҳлик ёндашув зарурлиги исботланди, чунки жараённинг тарқалганлигини ва ёмон сифатлилигини аниқлашга асосланган (General, Emergency and Trauma Surgery Department, Bufalini Hospital, Cesena, Italy); қон кетишнинг барча эндоскопик тўхтатиш усуллари консерватив терапияни қўллашга қараганда, қон кетишни қайталанишини камайтиради, бундай холларда ўткир яралардан қон кетганда, эндоскопия усули интенсив терапиянинг бир қисми хисобланади (Department of Gastroenterology, Hospital Universitario Infanta Leonor, Spain).

Хозирги даврда дунё бўйича яра касаллигининг асоратли кечишини жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини яхшилаш бўйича кўплаб тадқиқотлар олиб бориш давом этмоқда. Бундай беморлар сонининг ўсиши, даволаш тактикаси масалаларига бефарқ билан қараш ва даволашнинг коникарсиз натижалари ушбу патологиянинг клиник аспектларини ишлаб чиқиш заруриятини аниқлайди, жарроҳликда замонавий кам инвазив эндоскопик технологияларининг пайдо бўлиши эса янги замонавий йуналишда ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг асоратли яраларини даволаш муаммоларини ўрганиш имконини беради.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Сўнгги юз йилликда яра касаллигининг патофизиологик хусусиятлар тўғрисида тушунчаларда бир қатор ўсишлар кузатилди, бу эса яра ҳосил бўлишининг қайталаниши ва кислоталиликни камайтиришга қаратилган, мантқий ва вақт бўйича синалган фармакологик препаратларни ишлаб чиқаришга олиб келди, ушбу патология бўйича бажариладиган жарроҳлик амалиётларининг мутлоқ сони камайди<sup>6</sup>. Бундан ташқари, жарроҳлик амалиётини талаб этувчи яра касаллиги асоратлари соғлиқни сақлашнинг жиддий муаммосилигича қолмоқда. С.М. Liang et al. (2019)<sup>7</sup> маълумотларига кўра, «бугунги кунда геморрагик асоратлар қайталаниши сони 13,9%, перфорацияларнинг узок муддатли қайталанишлари 12,2%, ўртача 30-кунлик ташрихдан кейинги ўлим кўрсаткичи – қон кетиш қайталанишидан кейин 8,6% ва перфорациядан сўнг 23,5% ташкил этди». Олимлар хатар омилларига катта ёш, хамрох патологиянинг бўлиши, келгандаги шок холати ва ярага қарши терапия бўйича тавсияларга амал қилмасликни киритдилар<sup>8</sup>. М. Pioche et al. (2019)<sup>9</sup> фикрича, «кўрсатилган рақамлар

<sup>6</sup> Prabhu V, Shivani A. An Overview of History, Pathogenesis and Treatment of Perforated Peptic Ulcer Disease with Evaluation of Prognostic Scoring in Adults. *Ann Med Health Sci Res.* 2014; 4(1): 22-29.

<sup>7</sup> Liang CM, Yang SC, Wu CK, Li YC, Yeh WS, Tai WC, Lee CH, Yang YH, Tsai TH, Hsu CN, Chuah SK. Risk of Recurrent Peptic Ulcer Disease in Patients Receiving Cumulative Defined Daily Dose of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. *J Clin Med.* 2019;8(10)

<sup>8</sup> Sivaram P, Sreekumar A. Preoperative factors influencing mortality and morbidity in peptic ulcer perforation. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2018;44:251-7

<sup>9</sup> Pioche M, Jacques J, Saurin JC. Gastric and duodenal ulcer. *Gastritis. Rev Prat.* 2019;69(5):147-154.



касалликнинг чин кўрсаткичи тўғрисида тўлиқ маълумот бермаса-да, асосан, беморларнинг тиббий ёрдамга мурожаат қилишларига асосланилади». Бугунги кунда ушбу патологияни даволашнинг бир қатор жарроҳлик усуллари ва услублари таклиф этилган, бироқ амалий шифокорга адекват мўлжал олиш имконини берувчи алгоритмлар мавжуд эмас. Яра касаллиги асоратларини даволашда лапароскопик жарроҳликнинг ахамияти ханузгача номаълумгача қолмоқда. Сўнгги мета-анализ шуни кўрсатдики, лапароскопик жарроҳликлик маълум бўлган хусусиятларига жароҳат инфекцияларининг қуйи кўрсаткичлари, назогастрал зонднинг қисқа муддат туриши ва ташрихдан кейинги оғриқнинг кучсизлиги ҳисобланади. Бундан ташқари, муаллифлар ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг асоратли яраларини жарроҳлик йўли билан даволашда лапароскопиянинг хавфсизлиги ва самарадорлигини баҳолаш зарурлигини кўрсатиб ўтдилар (Cirocchi R et al., 2019)<sup>10</sup>.

Бир вақтнинг ўзида айрим олимлар яра касаллигининг перфоратив ва геморрагик асоратларида лапароскопик жарроҳликнинг мавжуд хусусиятлари ҳақида маълумотлар берган бўлиб, бошқалар эса ёмон натижалар, ташрих вақтини ҳам баён этганлар (Ge B, et al., 2018)<sup>11</sup>. 5 рандомизирланган назоратдаги текширувларни ўз ичига олган мета-анализ натижаларига кўра (549 та ошқозоннинг перфоратив яралари бўлган беморлар), лапароскопик жарроҳликдаги кўрсаткичлар ташрихдан кейинги асоратлар, ўлим ва қайта ташрихлар кўрсаткичлар билан бир хил бўлиб, перфорацияланган яра касаллигининг очиқ тикланишини кўрсатди (Tan S, et al. 2016)<sup>12</sup>. Ярадан қон кетишларни эндоскопик йўл билан даволаш усуллари катта қизиқиш уйғотади. Олимларнинг маълумотларига кўра, қайта қон кетишлар хавфи, жарроҳлик амалиётлари зарурияти, қон қуйиш учун зарур бўлган қон воситалари сони, шифохонада даволанишлар давомийлиги ва ўлим кўрсаткичи камайди (Baracat F, et al., 2016)<sup>13</sup>. Бундан ташқари, адабиётларда қайталанган пилородуоденал қон кетишлардан кейинги ўлим кўрсаткичи 10% лигича қолаётганлиги ва ушбу гуруҳдаги беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш усулларини мукамаллаштириш зарурлиги келтириб ўтилган (Park S.G., et al., 2018)<sup>14</sup>. Кўплаб марказ таҳлилларини инобатга олган ҳолда, эндовизуал жарроҳлик ва эндоскопик даволаш-профилактик аралашувлардан фаол фойдаланиш давом этмоқда ҳамда шу мақсадда бир қатор олимлар, айниқса, беморларнинг оғир ҳолатларида, одатда дастлабки қон кетгандан сўнг 48 соат давомида жарроҳликнинг анъанавий усулларида фойдаланишни маъқул кўрмоқдалар.

---

<sup>10</sup> Cirocchi R, Soreide K, Di Saverio S, Rossi E, Arezzo A, Zago M, Abraha I, Vettoretto N, Chiarugi M. Meta-analysis of perioperative outcomes of acute laparoscopic vs open repair of perforated gastroduodenal ulcers. *J Trauma Acute Care Surg*. 2018;

<sup>11</sup> Ge B, Wu M, Chen Q, et al. A prospective randomized controlled trial of laparoscopic repair versus open repair for perforated peptic ulcers. *Surgery*. 2016;159(2):451-458.

<sup>12</sup> Tan S, Wu G, Zhuang Q, et al. Laparoscopic versus open repair for perforated peptic ulcer: A meta analysis of randomized controlled trials. *Int J Surg*. 2016;33:124-132.

<sup>13</sup> Baracat F, Moura E, Bernardo W, et al. Endoscopic hemostasis for peptic ulcer bleeding: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Surg Endosc*. 2016;30(6):2155-2168.

<sup>14</sup> Park SJ, Park H, Lee YC, et al. Effect of scheduled second-look endoscopy on peptic ulcer bleeding: a prospective randomized multicenter trial. *Gastrointest Endosc*. 2018;87(2):457-465.

Бироқ айрим холларда модифицирланган аъзо сақловчи ташрихлар қулайлигича қолмоқда (Nagashima K., et al., 2018)<sup>15</sup>.

Адабиётларда келтирилган маълумотлар тахлил қилинганда, шу аниқландики, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг асоратланган яралари билан касалланган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини қониқарли деб баҳолаб бўлмайдими, қон кетиш билан асоратланган яра касаллигида эндоскопик даволаш-профилактик аралашувларнинг самарадорлигини баҳолаш, перфорация билан асоратланган ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигини жарроҳлик йўли билан даволаш усулларини мукамаллаштириш, яра касаллиги бўйича турли ташрихлардан сўнг беморлар ҳаёт сифатини инобатга олган ҳолда, даволаш самарадорлигини тахлил қилиш муаммолигича қолмоқда.

**Диссертация тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот иш режаларининг «Ўн икки бармоқ ичакнинг перфорация билан асоратланган яра касаллигини, иккита локализацияли яраларни жарроҳлик йўли даволаш усулини татбиқ этиш» мавзусидаги И-СС-2017-6-1-сон лойиҳаси доирасида бажарилган (2017-2018йй).

**Тадқиқотнинг мақсади** ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак сурункали яраларининг асоратланган шакллари билан беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг тактик-техник жиҳатларини такомиллаштириш йўли билан даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

Фарғона водийсида гастродуоденал яралар тарқалганилигининг интенсив кўрсаткичини аниқлаш;

икки динамик давр давомида жарроҳлик фаоллик ва ташрихдан кейинги ўлим кўрсаткичларини ўрганиш;

қон кетиш билан асоратланган яра касаллигида эндоскопик даволаш-профилактик аралашувлар самарадорлигини баҳолаш ва қулайликларини аниқлаш;

қон кетиш билан асоратланган ошқозон яра касаллигида резекцияли ва аъзони сақлаб қолувчи эндоскопик ташрих натижаларини ўрганиш;

қон кетиш асоратланган ўн икки бармоқ ичак яра касаллигида модифицирланган резекцияли ва аъзони сақлаб қолувчи ташрих натижаларини ўрганиш;

перфорация билан асоратланган ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигини жарроҳлик йўли билан даволашнинг такомиллаштирилган усуллари самарадорлигини баҳолаш;

пилородуоденал стеноз билан беморларни ташрих олди тайёргарлик хусусиятларини ўрганиш ва бажарилган жарроҳлик амалиётлари самарадорлигини баҳолаш;

---

<sup>15</sup> Nagashima K, Tominaga K, Fukushi K, et al. Recent trends in the occurrence of bleeding gastric and duodenal ulcers under the Japanese evidence-based clinical practice guideline for peptic ulcer disease. JGH Open 2018; 2:255.

ташрихдан кейинги даврда ошқозоннинг асосий функцияларига яра касаллиги асоратларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг модифицирланган усуллари таъсирини ўрганиш;

таққослама гуруҳда ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратларини жарроҳлик йўли билан даволаш самарадорлигини баҳолаш;

таққослама гуруҳларда яра касаллиги бўйича турли ташрихлардан сўнг SF-36 сўровномаси бўйича ҳаёт сифати кўрсаткичларини баҳолаш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида Андижон давлат тиббиёт институти клиникаси III жарроҳлик бўлимида 2007-2018 йилларда ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг асоратланган яралари билан текширилган ва даволанган 1185 нафар беморлар хизмат қилди.

**Тадқиқотнинг предмети** ушбу патологияда энг кўп учрайдиган асоратларнинг тузилиши, сони ва оғирлиги, касалликни жарроҳлик йўли билан даволаш аспектларини мукамаллаштириш ва сифатини баҳолаш орқали ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги бўлган беморларни олиб боришда қўлланилган тактика сифатини таҳлил этишдан иборат.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган масалаларни ҳал этиш учун қуйидаги усуллар қўлланди: умумий клиник таҳлиллар (қоннинг умумий ва биокимёвий таҳлили, коагулограмма), эндоскопик, нур (ультратовуш, мультиспирал компьютер томография), лапароскопия ва статистик текширув усуллари.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг клиник-патогенетик кечиши хусусиятлари, жараённинг жойлашуви ва асоратлар характерини ҳисобга олган ҳолда Фарғона водийси аҳолиси орасида касаллик тарқалганлигининг интенсив кўрсаткичи аниқланган;

ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг турли асоратлари билан беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш сифатида олинган бир қатор чок қўйиш билан гастродуоденоанастомоз қўйиш орқали ошқозонни эконом резекцияси ва кичик чарвини кесиб ташлаш усули ишлаб чиқилган;

стандарт усулларга қараганда камроқ травматик ва функционал пострезекцион асоратлар ривожланиш хавфини камайтирувчи бир қаторли чок қўйиш билан терминолатерал эгри гастродуоденоанастомоз қўйиш орқали ошқозон антрумрезекцияси усули ишлаб чиқилган;

ярани кесиб ташлашга мўлжалланган пилородуоденал локализацияли яра касаллиги асоратларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг аъзони сақлаб қолувчи усуллари ва бир қаторли чок билан пилородуоденопластика бажариш усуллари ишлаб чиқилган;

ошқозон-ичак тракти юқори қисмида жойлашган яралардан қон кетиш фонидида спонтан гемостазда, профилактик мақсадда эндоскопик амалиётларни бажариш орқали геморрагик синдромнинг эрта қайталаниши хавфининг камайиши ва шошилиш жарроҳлик ёрдами зарурияти аниқланган;

беморларнинг соматик ҳолати ва ошқозоннинг мотор-эвакуатор функциясини инобатга олган ҳолда эндоскопик бужлашни қўллаш билан пилородуоденал стенознинг декомпенсация босқичидаги беморларни

комплекс ташрих олди тайёргарлиги таъсирининг клиник-функционал хусусиятлари аниқланган;

ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг таклиф этилган аъзони сақлаб қолувчи усуллари қўлланилгандан сўнг ошқозоннинг кислота ишлаб чиқарувчи ва мотор-эвакуатор функцияси ҳолатининг патогномик хусусиятлари белгиаланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

анъанавий жарроҳлик амалиёти заруриятини камайтирувчи тиббий ёрдам сифати структурасини ўзгартириш имконини берувчи қон кетиш билан асоратланган яра касаллиги билан хасталанган беморларда спонтан ёки эришилган консерватив гемостаз орқали профилактик эндоскопик амалиётларга кўрсатмаларни кенгайтириш асослаб берилган;

пилородуоденал стенознинг оғир даражасида ошқозоннинг мотор-эвакуатор функциясини яхшилаш учун ташрих олди чора-тадбирлар таркибидаги эндоскопик бужлашни қўллаш асослаб берилган;

резекция амалиётларининг техник жиҳатларини соддалаштириш, ташрих травматиклигини камайтириш ва вақтини қисқартириш имконини берувчи ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратларини жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари такомиллаштирилган;

қон кетиш, перфорация ёки пилородуоденал стеноз билан асоратланган ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигида даволашнинг оптимал усулини танлаш орқали даволашнинг тактик жиҳатларини мукамаллаштириш билан бирга резекцион ва аъзо сақловчи ташрихларнинг модифицирланган усуллари қўллаш ташрихдан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичи камайиши исботланган;

ошқозон шираси протеолитик фаоллигини адекват камайтириш ва ошқозон мотор-эвакуатор функциясининг бузилишларининг ривожланиш хавфига нисбатан ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг самарадорлиги исботланган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги.** Тадқиқот натижалари ишончлилиги беморлар ҳолатини баҳолаш, аниқ услубий ёндашувларни қўллаш билан замонавий даволаш ва ташхислаш усулларида фойдаланиш ва статистик таҳлилни танлашнинг объектив мезонларидан фойдаланишга асосланган. Тадқиқот етарли миқдордаги клиник материал устида бажарилди. Диссертациядаги қўрилган муаммоларни ҳал этиш усуллари ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратли шаклларини ташхислаш ва жарроҳлик йўли билан даволашдаги ёндашувлар ҳамда замонавий илмий-амалий фикрларга асосланилади. Кўриб чиқилган вазифаларни ҳал этиш тиббий статистиканинг замонавий синалган усуллари ёрдамида бажарилган.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижалар беморларни комплекс ташрих олди тайёргарлигининг клиник-функционал хусусиятларини аниқлаш ҳисобига беморларнинг соматик ҳолатига ва ошқозоннинг мотор-эвакуатор функциясига ҳамда таклиф этилган жарроҳлик йўли билан аъзони сақлаб қолувчи усуллар бажарилганидан сўнг, ошқозоннинг

мотор-эвакуатор функцияси ва кислота тшла чиқувчи холатининг патогномик хусусиятларини ўрганиш билан ошқозон ва ўн икки бармокли ичак яра касаллиги асоратларини даволашда замонавий ютуқларга эришиш йўли ўз хиссасини қўшган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, қон кетиш билан асоратланган яра касаллиги бўлган беморларни даволаш-эндоскопик аралашувларга кўрсатмалар аниқланди ва кенгайтирилди, бу эса кўрсатиладиган ёрдам хажмига кўра, анъанавий жарроҳлик йўли билан даволаш заруриятини камайишига, ҳамда резекцион аралашувларнинг техник аспектларини соддалаштириш имконини берувчи ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратларини жарроҳлик йўли билан даволаш усулларини мукамаллашувига, умумий тарзда, кам травматизмга эришишга, ташрихдан кейинги асоратлар ўлим курсаткичини камайитиришга эришилган.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг асоратли шакллари билан беморларга кўрсатиладиган юқори технологияли ёрдам сифатини яхшилашга бағишланган тадқиқот бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Ўн икки бармокли ичак яра касаллигида перфорация билан асоратланган, икки ёқлама жойлашган яраларни хирургик даволаш усули» ишлаб чиқилган (Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал мулк агентлигининг 2014 йил 22 октябрдаги IAP 04962-сонли ихтиро учун патенти). Таклиф этилган усул перфорация билан асоратланган яра касаллигини хирургик даволашда ташрихдан кейинги асоратлар частотасини камайитириш имконини берган;

«Ошқозон резекцияси ва гастродуоденоанастомоз қўйиш усули» ишлаб чиқилган (Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал мулк агентлигининг 2016 йил 24 ноябрдаги IAP 05306-сонли ихтиро учун патенти). Таклиф этилган усул ошқозон яраси касаллигини хирургик даволаш натижаларини яхшилаш имконини берган;

«Ошқозон антрумрезекцияси ва қийшиқ терминолатерал гастродуоденоанастомоз қўйиш усули» ишлаб чиқилган (Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал мулк агентлигининг 2020 йил 13 мартдаги IAP 06188-сонли ихтиро учун патенти). Таклиф этилган усул ўн икки бармоқ ичак яраси касаллигини хирургик даволаш натижаларини яхшилаш имконини берган;

«Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраларидан қон кетишда жарроҳлик тактикаси алгоритми» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 3 августдаги 8н-з/95-сон маълумотномаси). Ишлаб чиқилган тавсиялар ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраларини, айниқса, касалликнинг асоратли кечган гуруҳидаги беморларни даволаш натижаларини яхшилаш имконини берган;

«Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак перфоратив яраларини жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 3 августдаги 8н-з/95-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар қон кетишларнинг эрта қайталанишлари

ривожланиш хавфини ва касалликни жарроҳлик йўли билан даволаш заруриятини камайтириш имконини берган;

«Стеноз билан асоратланган ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраларини жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 3 августдаги 8н-з/95-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар қониқарли ва яхши натижалар кўрсаткичини ошириш, қониқарсиз натижалар сонини камайтириш, ўзига хос ва умумий асоратлар, ўлим кўрсаткичини камайтириш имконини берган;

ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраларининг асоратли шакллари билан беморларга кўрсатиладиган жарроҳлик ёрдам сифатини яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалий фаолиятида, хусусан, Андижон давлат тиббиёт институти клиникаси шошилинич жарроҳлик бўлими ва Андижон шаҳар тиббиёт бирлашмаси жарроҳлик бўлими амалий фаолиятига (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 3 августдаги 8н-з/95-сон маълумотномаси) татбиқ этилган. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг асоратланган яралари бўлган беморларни хирургик даволашда таклиф этилган тактик-техник ёндашувларни қўллаш, амалиётлар структурасини ўзгартириш билан бирга аъзо сақлаб қолувчи амалиётларулушини ошириш, специфик ва умумий асоратларни камайтириш, қониқарли ва яхши натижалар улушини 77,2% дан 89,5% гача ошириш имконини берган.

**Тадқиқот натижалари апробацияси.** Тадқиқот натижалари 11 та илмий-амалий конференцияларда, шу жумладан, 5 та халқаро ва 6 та республика анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши.** Диссертация мавзуси бўйича жами 37 илмий иш чоп этилган бўлиб, шу жумладан, 15 та мақола, шулардан 10 таси республика ва 5 таси хорижий журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси ОАК докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этилган илмий нашрларда чоп этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва хажми.** Диссертация таркиби кириш, етти та боб, хулосалар, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. иқтибослашган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг хажми 185 бетни ташкил этади.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ ТАРКИБИ

**Кириш қисми** ўтказилган тадқиқотнинг долзарблилиги ва талабгорлиликка асосланган бўлиб, унда тадқиқот объектлари ва предметлари мавжуд, ишнинг республика илм ва технологияларининг устувор йўналишлари билан мослиги кўрсатиб ўтилди, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари келтирилди, олинган тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилди, диссертация тузилиши ва чоп этилган ишлар бўйича маълумотлар, тадқиқот натижалари амалиётга татбиқ этилди.

Диссертациянинг «**Асоратланган пилородуоденал яраларни жарроҳлик йўли билан даволаш муаммосига замонавий қарашлар**» номли

биринчи бобида ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг асоратли шакллари ташхислаш ва даволаш муаммоси бўйича қатъий таҳлил, критик баҳолаш, илмий маълумотларни бойитиш ва тизимлаштириш ўтказилди, масалани кейинги хал этилишини талаб этувчи долзарб масалалар ўрганилди. Адабиётларда келтирилган таълил натижаларига кўра, ушбу муаммо бўйича хал этилмаган вазифалар аниқланди.

Диссертациянинг «Тадқиқот материаллари ва усулларининг клиник характеристикаси» иккинчи бобида тадқиқотнинг клиник материали ва фойдаланилган усуллари баён келтирилган. Тадқиқот асосига 2007-2018 й.оралиғида АДТИ жарроҳлик ва урология кафедраси базасидаги шошилиш тиббий ёрдам жарроҳлик бўлимида стационар шароитда даволанган 1185 та ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг асоратли шакллари билан хасталанган беморларни даволаш малакаси киритилди (жадвал 1). Назорат гуруҳига 531 бемор (2007-2011 й.) киритилган бўлиб, ушбу гуруҳдаги беморларда стандарт ташрих усуллари, консерватив терапия самара бермаганда, анъанвий тактика бўйича даволаш ўтказилган.

### Жадвал 1

#### Асоратлар кўриниши бўйича яра касаллиги билан хасталанган беморларни тақсимлаш

Асорат	Яра локализацияси	Таққослама гуруҳ		Асосий гуруҳ		Жами	
		мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%
Қон кетиш	12 б/и	276	52,0%	468	71,6%	744	62,8%
	Ошқозон	18	3,4%	24	3,7%	42	3,5%
	Жами	294	55,4%	492	75,2%	786	66,3%
Перфорация	12 б/и	83	15,6%	64	9,8%	147	12,4%
	Ошқозон	7	1,3%	5	0,8%	12	1,0%
	Жами	90	16,9%	69	10,6%	159	13,4%
Стеноз	12 б/и	141	26,6%	82	12,5%	223	18,8%
	Ошқозон	6	1,1%	4	0,6%	10	0,8%
	Жами	147	27,7%	86	13,1%	233	19,7%
Малигнизация*	Ошқозон	0	0,0%	7	1,1%	243	20,5%
Жами	12 б/и	500	94,2%	614	93,9%	1114	94,0%
	Ошқозон	31	5,8%	40	6,1%	71	6,0%
	Жами	531	100,0%	654	100,0%	1185	100,0%

Изох: \* - ишга 7 та таклиф этилган усул бўйича бажарилган паст даражадаги дисплазияли ошқозон ярасини эндоскопик резекцияси киритилган

Асосий гуруҳга 654 бемор киритилган бўлиб, бундай беморларда яра касаллиги асоратларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг мукамаллаштирилган усулларидан фойдаланилди (2012-2018 й.). Тадқиқот ўтказиладиган гуруҳлар барча қиёсий параметрлар бўйича (яра жараёни локализацияси, асоратлар характери, хамроҳ касалликлар ва х.к.) қиёсий таҳлил учун ажратилди.

Диссертациянинг «Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг асоратли шакллари билан хасталанган беморларнинг клиник-функционал характеристикаси» номли учинчи бобида Республиканинг энг зич ахолиси бўлган жойи – Фарғона водийсидаги ошқозон

ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг жарроҳлик эпидемиологияси бўйича таҳлил натижалари келтирилган. 1980-1984 йиллар ва 2012-2018 йиллар оралиғида Фарғона водийсидаги 100.000 аҳолига нисбатан илк марта аниқланган ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг тарқалганлигининг ўртача интенсив кўрсаткичи 1 расмда келтирилган унга кўра, ушбу патология билан умумий хасталаниш дастлабки даврда 109,8 ташкил этган бўлиб, иккинчи даврда ушбу кўрсаткич 172,8 ташкил этди, биринчи даврда илк марта аниқланган патология 18,6 бўлиб, иккинчи даврда 105,6 ташкил этди. Яъни, бу орқали хасталаниш кўрсаткичларининг ўсиши, бошқа томонда, бирламчи ва сифатли ташхислашда кўринарли ўсиш мавжудлигини сезиш мумкин.



**Расм 1. 1980-1984 йиллар ва 2012-2018 йиллар оралиғида Фарғона водийсидаги 100.000 аҳолига нисбатан илк марта аниқланган ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг тарқалганлигининг ўртача интенсив кўрсаткичи**

Тадқиқот шуни кўрсатдики, Фарғона водийсида ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг тарқалганлиги интенсив кўрсаткичи 100.000 аҳолига нисбатан 1980-1984 й. дан 2012-2018 й. гача  $109,8 \pm 9,3$  ( $t=6,20; P<0,001$ ) ўсиши кузатилган бўлиб, унга кўра, касалликнинг илк аниқланган ҳолатлари 100.000 аҳолига нисбатан  $18,6 \pm 1,6$  дан  $105,6 \pm 12,4$  га ўсиши кузатилди ( $t=6,96; P<0,001$ ). Интенсив кўрсаткич ўсиши аҳоли орасида хазм тракти патологияларини ташхислашда, ҳамда ижтимоий мўлжалли омилларнинг яхшиланиш билан тушунтириш мумкин. Ўз навбатида, Фарғона водийсида ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги тарқалишининг ўсиши фониде режали ташриҳлар сонининг (7,8% дан 4,2%) камайиши ҳисобига жарроҳлик фаоллик кўрсаткичининг 12,0% дан 8,5% ( $\chi^2=327,376; df=1; P<0,001$ ) камайиши кузатилди, бунда ўлимнинг тескари пропорционал ўсиши аниқланди, унга кўра, 2012-2018 й юқорилиги – 3,11% (1980-1984 й нисбатан 2,23%;  $\chi^2=7,189; df=1; p=0,008$ ) аниқланди, шошилинич аралашувлардан сўнгги ўлим кўрсаткичининг ўсиши (3,34% дан 5,40% гача;  $\chi^2=9,213; df=1; p=0,003$ )



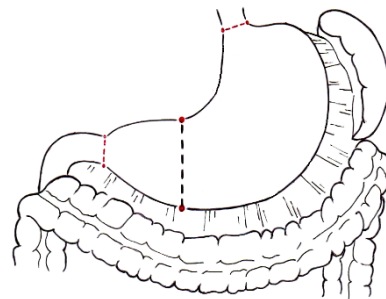
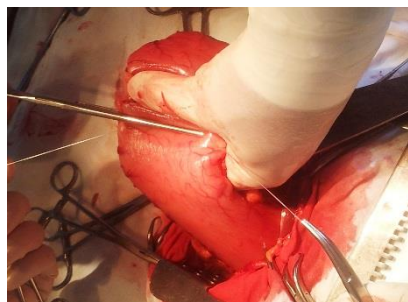
режали жарроҳхлик фониди эса бу кўрсаткичнинг пасайиши кузатилди (1,64% дан 0,70%;  $\chi^2=12,312$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ).

Диссертациянинг «Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак асоратли шаклларида резекцион ва эндоскопик амалиётларнинг айрим тактик-техник аспекти» номли тўртинчи бобида пилородуоденал яраларни

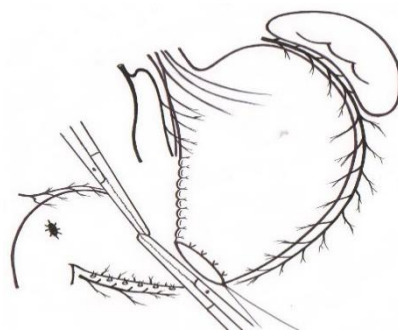
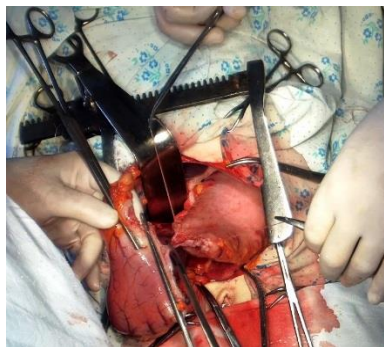
р  
е **Асоратланган пилородуоденал яраларда ошқозон антрумрезекциясининг модифицирланган усули.** Қон кетиш билан асоратланган пилородуоденал яра касаллигидаги экономото ошқозон резекцияси 70 та беморда бажарилган бўлиб: ГДА турли вариантлари билан Бильрот I бўйича 61 (87,3%) ва Бильрот-II бўйича – у 9 (12,7%) беморда ўтказилди. Бу ташрих ташрих хавфи камлиги (ёш, қон кетишнинг енгил ва ўрта даражаси) ҳамда қон кетишнинг субкомпенсацияланган ва декомпенсацияланган стеноз билан бирга кечишига нисбатан, қонаётган ПДЯ бўлган беморлар учун кўрсатма ҳисобланади. Биз томондан ошқозоннинг экономото резекциясининг оригинал усули клиник амалиётга тадбиқ этилди (патент № IAP 05306 АИС ЎУз). Ташрих мазмуни шундаки, экономото (антрум) ОР кичик чарвини кесиб уашлаш ва бир қаторли ГДА шакллантириш билан бажарилди (расм 2-4).

л ОР да муҳим моментлардан бири ГДА оптимал кўринишини танлаш ҳисобланади. Яранинг пилоруснинг олдинги деворида ёки 12 б/и пиёзчасида жойлашишида, Геберер бўйича ГДА билан Бильрот I бўйича ОР бажариш мақсадга мувофиқдир – расм 5.

л  
а  
н  
Д  
а  
в  
о  
л  
а  
Ш  
н  
и  
н  
г  
а  
й  
р  
и  
м

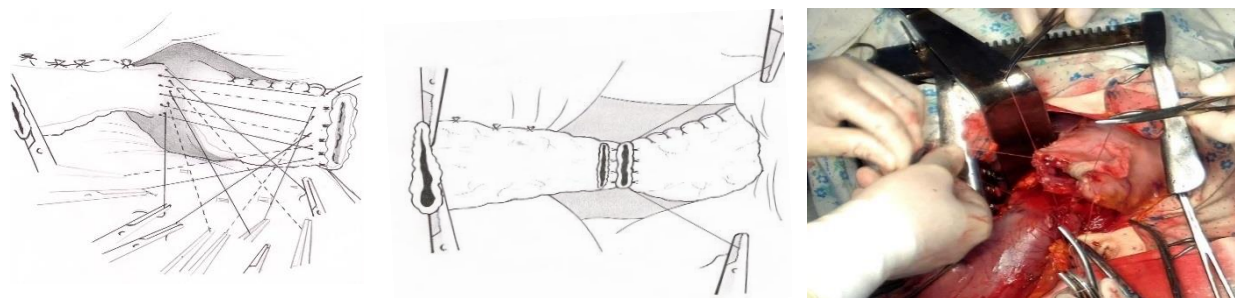


**Расм 2. а) Фото ва б) модифицирланган вариант билан ошқозоннинг резекция қилинадиган қисмини олиб ташлаш схемаси**

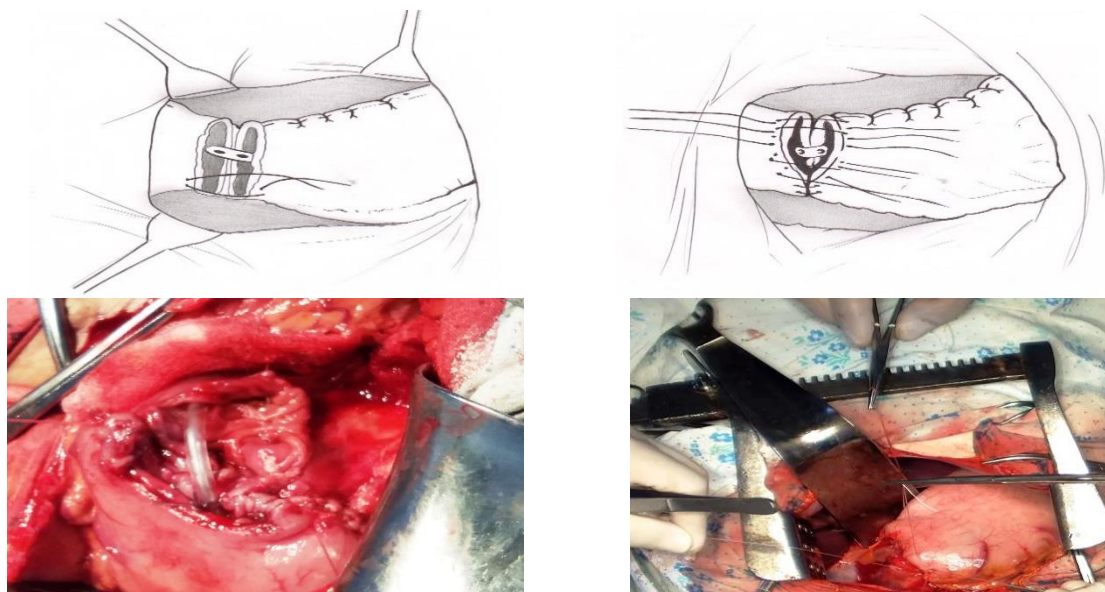


**Расм 3. а) Фото ва б) ошқозон экономото резекцияси усули схемаси**

Т  
а  
к  
т  
и



**Расм 4. Схема: а) ГДА орқа лабларига бир қаторли сероз-мушакли чокларни қўйиш ва б) 12 Б/И орқа деворини ажратиб олиш, в) анастомоз орқа лабини шакллантириш фотоси**



**Расм 5. а), б) Схемалар ва Фото б), г) гастродуоденоанастомоз олдинги лабини тикиш**

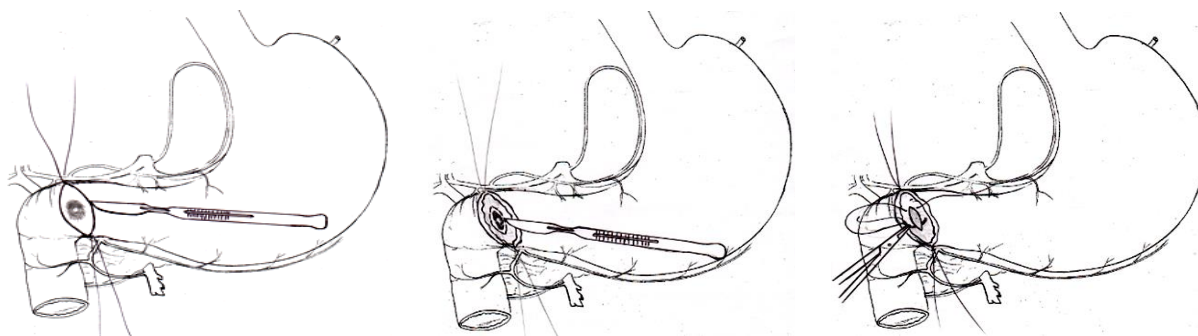
**Габерер-Финней бўйича терминология кўндаланг ва қийшиқ гастродуоденоанастомоз.** Пилородуоденал қисми деформацияловчи «мураккаб, «ойнали», ошқозон ости безига пенетрацияловчи яраларда терминология кўндаланг ГДА (ТЛКГДА) ёки терминология қийшиқ ГДА (ТЛКГДА) билан экономли ОР бажариш қулай ҳисобланади. ТЛКГДА ҳамда, ТЛКГДА да ташрих техникаси бир хил бўлиб, фақат қийшиқ-ўзгарувчан дуоденотомия ичакнинг иккита 2/3 айланасида чоклардан 5-6 см узқликда бажарилади.

Кичик чарвини экономли ОР ва ГДА қўйиш билан кесиб ташлаш усули қуйидаги қулайликларга эга: 1) бир қаторли чок қўйиш тахрих техникасини соддалаштиради; 2) ошқозон-чарви артериялари асосий устунлари бутунлиги сақланади, бу эса ошқозон чўлтоғини қон билан тўлиқ таъминлайди; 3) кичик чарви, кичик эгриликни кесиш селектив ваготомиянинг муҳим қисми бўлиб, кардия, ошқозон катта эгрилиги, жигар, ўт пуфаги ва ичак иннервациясини сақлайди; 4) ошқозон шираси агрессив омилларини адекват пасайтиради ва улар фармакотерапияни коррекциялайди, бу орқали яраларнинг қайталаниши ишончли олдини олиш таъминланади; 5) ошқозоннинг захира функциясини таъминлаган ҳолда, ошқозоннинг маълум қисми сақланиб қолинади; 6)

ошқозон чўлтоғида “гофри” кўринишидаги шиллиқ-мушакли чокларни кўйиш турғун гемостазга эришилади; 7) ошқозоннинг маълум қисмини сақлаб қолиш Бильрот-I бўйича ОР кўрсатмаларни кенгайтиради.

**Қонаётган ПДЯ да яраларни кесиш ва пилородуоденопластика танлаш.** Операция вақти қисқа бўлган беморларда (тешилган ва қонаётган яраларда, ташрихни тез якунлашни талаб этадиган оғир ахволдаги беморларда, кекса ёш) ва ПДЯ нинг кўп асоратларида оптимал ва асосланган ташрих – яраларни кесиш ва радикал пилородуоденопластика (РПДП) хисобланади. Бироқ бундай беморлар эрадикацион ва антисекретор терапия қўллаган холда динамик диспансер назоратга мухтож бўладилар.

ПД олдинги ва орқа девори яраларини ташхислашда (патент №IAP 04962 АИС РУз), дуоденал дефект орқали электрон пичоқ билан яра қирғоқлари орқа девордан кратер тубигача 5 мм қолдириб ажратилади (кўпинча ошқозон ости беги бошчасига пенетрацияланувчи яралар). Бундай йўл ООБ ни шикастламаслик имконини беради. Пиёзчанинг орқа деворидаги дефект ипакли иплардан фойдаланган холда, шиллиқ-шиллик ости-мушакли тугунли чоклар билан тикилади, ичакнинг орқа девори қирғоқлари тенглаштирилади ва мослаштирилади. Яра кратери туби ичак найидан ташқарида қолади, яъни чарви қаторларидан фойдаланмаган холда яра экстрадуоденизацияси ўтказилади (расм б).



**Расм б. ПДЯ олдинги ва орқа девори яраларини кесиш ва ПДП билан бажариш босқичлари**

Шундай қилиб, экономли ОР сўнг ошқозон кичик эгрилигини тикишдаги сероз-мушакли-шиллик ости бир қаторли чоклар кўйиш билан ошқозон-ичак анастомозларини кўйиш техникаси, ҳамда турли кўринишдаги гастродуоденоанастомозларни шакллантириш ва антисекретор терапия ва Нр эрадикацияси фониде пилородуоденопластика билан қонаётган ПДЯ кесиш ташрихи вақтида қийин вазиятдан чиқиш, 12 б/и чўлтоғи чоклари носозлигини инкор этиш ва 12 б/и бўйлаб овқат пассажиини таъминлаш орқали беморларда амалиётларни якунлаш имконини беради.

**Назогастроуденал зондлаш ва ошқозон «лаважи» хусусиятлари.** Бирламчи ёки реконструктив резекцион ташрихларни бажариш, массив битишмали ёки чандиқли жараёнларда янги анастомозларни кўйиш, кўп холларда нормал топография ва анатомия ошқозон ва 12 б/и мотор-эвакуатор функцияси бузилиши, бўшлиқ ичи босимнинг кескин ортиши билан боғлиқ бўлган ташрихдан кейинги эрта асоратлар ривожланиш хавфини оширади.

Шунинг учун декомпрессия, уни ошқозон, 12 б/и, айниқса, ГДА ёки ГЭА соҳасида бирламчи ва қайта ташрихларида қўллаш зарур ҳисобланади. Декомпрессия усуллари эрта ташрихдан кейинги даврда даврда гипертензия ривожланишини олдини олган ҳолда, эрта ташрихдан кейинги асоратлар профилактикаси мақсадида кенг қўлланилиши мумкин, декомпрессиянинг бундай қулайликлари ва ўзига хослиги “қизиқиш соҳасида” яллиғланишли жараёнларнинг тескари ривожланишига олиб келади ва жароҳат битиши учун қулай шароит яратади. Бундан ташқари, ташрих ўтказилган ошқозон ва 12 б/и шароитидаги декомпрессия бу аъзоларнинг мотор-эвакуатор функцияси тез тикланишига, пепсиноген гомеостазининг нормаллашувиغا, ошқозон чўлтоғи ва анастомоз соҳасидаги яллиғланиш белгиларининг йўқолишига олиб келади (патент № IAP 2019 0518 АИС РУз).

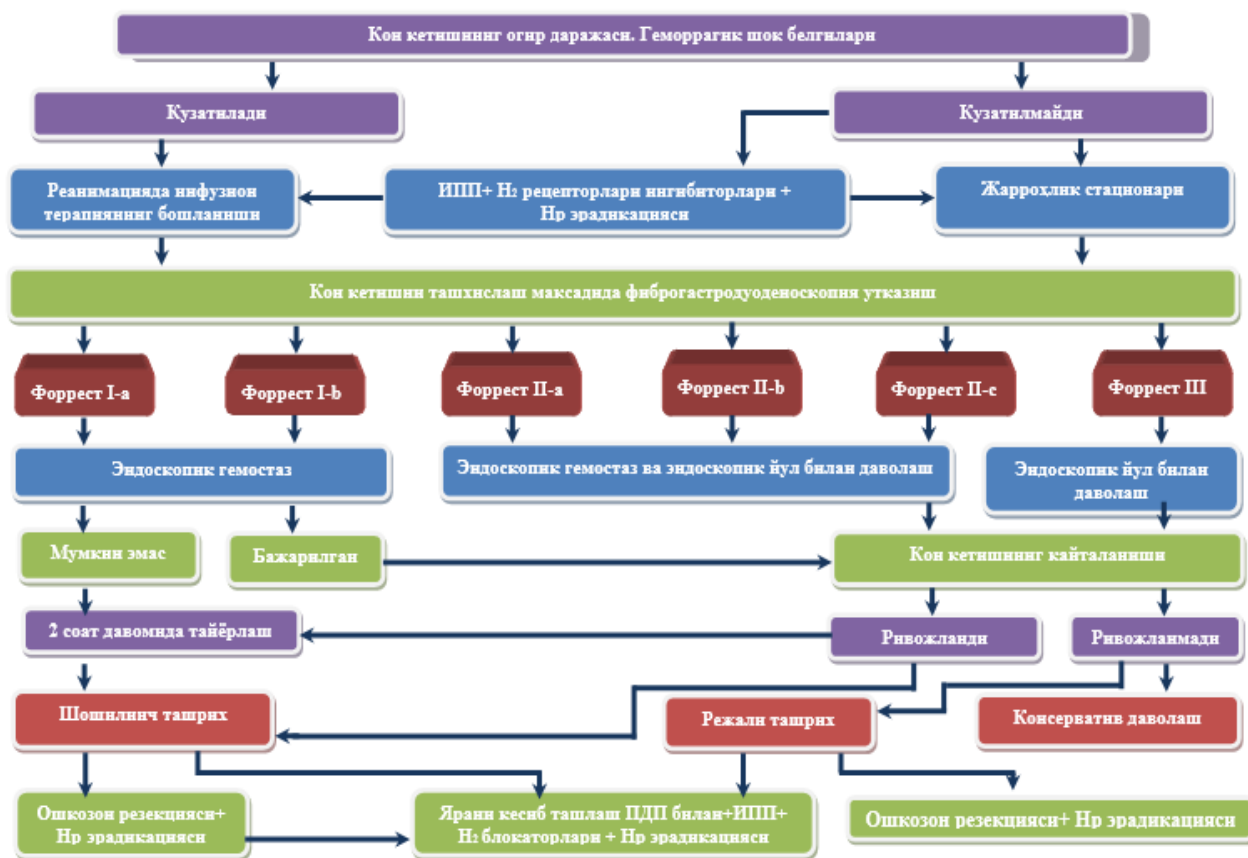
**Ошқозон шиллиқ қавати эрта малигнизациялашган ракиннинг эндоскопик диагностикаси ва резекцияси хусусиятлари.** Ҳазм тракти юқори қисмларини замонавий эндоскопик текширув усуллари тахминан кичик ўлчамдаги эрта раklarни аниқлаш имконини беради ва бундай ўсмаларнинг оптик верификациясини таъминлайди. Бироқ ошқозон эрта ракини эндоскопик усуллардан фойдаланиш йўли билан даволаш лимфоген метастазланиш хавфини чеклайди, бунинг учун, лапаротомия ва резекция ёки маҳаллий лимфодиссекция билан аъзони олиб ташлаш зарур бўлади. Лекин шунга қарамай, клиник амалиётда ошқозон ўсмали зарарланишининг бўшлиқ ичи эндоскопиясида даволаш-профилактик амалиётлардан кўп йиллардан бери фойдаланилади ва ушбу бўлим бўйича онкохирургияда илмий ишлар олиб борилган (Гринкевич М.В., 2017), бизнинг юртимизда бу йил илк марта бу усулдан фойдаланилди ва В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ эндоскопия бўлими ходимлари томонидан бажарилди, ҳамда ҳозирга вақтда 7 та беморда эндоскопик эксцизия малакаси мавжуд.

Диссертациянинг «**Ошқозон ва ўн икки бармоқ яра касаллиги асоратли шакллари жарроҳлик йўли билан даволашнинг тактик аспектларини оптималлаштириш**» номли бешинчи боби яра касаллигининг турли асоратларини олиб боришдаги тактик алгоритмларни шакллантиришга бағишланган. Расм 7 да ярали пилородуоденал қон кетишларда даволаш-диагностик тактика алгоритми келтирилган.

Даволашнинг қўлланилган бирламчи тактикаси бўйича беморларни тақсимлаш натижалари бўйича шу аниқландики, эндоскопик амалиётлар асосий гуруҳда юқори бўлиб, 35,4% ташкил этди, қиёсий гуруҳда эса ушбу кўрсаткич 19,7% кўрсатди. Даволашнинг асосий усули сифатида олинган консерватив терапия тенг ҳолатларда қўлланилди (55,4% ва 49,4%). Даволашнинг жарроҳлик тактикаси сони қиёсий гуруҳда аниқ фарқлар билан юқори бўлиб, асосий гуруҳдаги 15,2% қарши 24,8% ташкил этди ( $\chi^2=25,533$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ).

Қон кетиш билан асоратланган ошқозон ва 12 б/и яра касаллигида кўпинча Б-I бўйича ОР ўтказилган, бу кўрсаткич 48,9% (90 бемордан 44 тасида), пилородуоденопластика билан ярани кесиш сони эса 42,2% (90 ташрих ўтказилган беморда 38 тасида) ташкил этди. Асосий гуруҳда асосан пилородуоденопластика билан ярани кесиш ташрихи (75,9%; 87 ташрих

ўтказилган беморлардан 66 тасида) бажарилган бўлиб, Б-I бўйича ОР ташрихи сони эса 21,8% (87 тадан 19 тасида) ташкил этди. Қонаётган ярани тикиш фақат қиёсий гуруҳда паст кўрсаткичлар билан амалга оширилди (2,2%; 90 тадан 2 тасида).

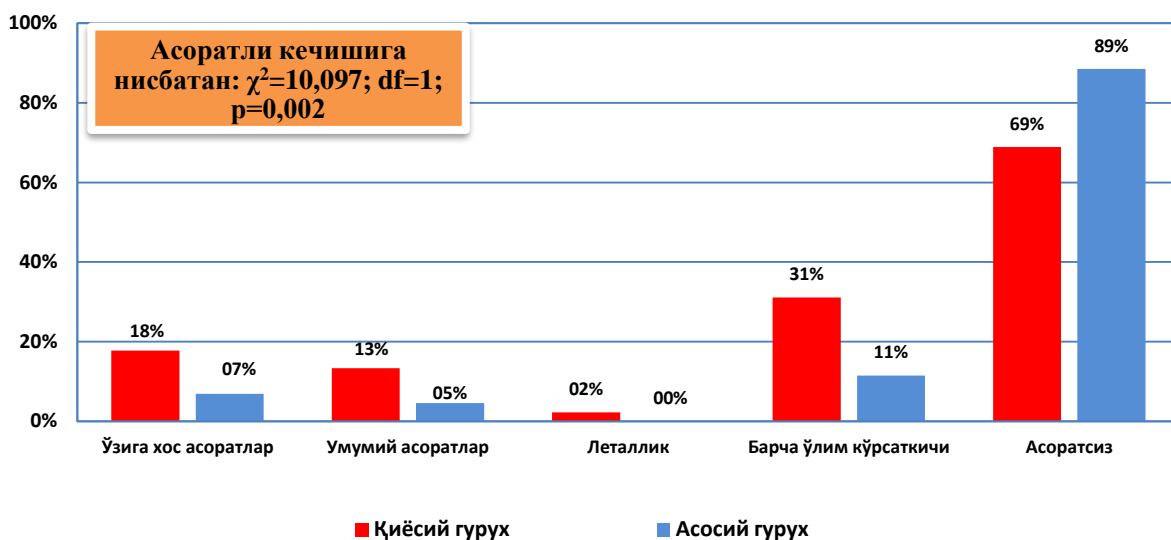


**Расм 7. Қонаётган пилородуоденал яралари бўлган беморларни олиб боришнинг даволаш-диагностик алгоритми**

Ташрихдан кейинги эрта асоратларнинг учраши бўйича олинган маълумотлар тахлил этилганда, ўзига хос асоратлар, хусусан, 12 б/и чўлтоғи носозлиги, ГДА носозлиги, анастомозит, гастростаз, қон кетиш ва панкреатит кабилар, қиёсий гуруҳда аниқланган бўлиб, 17,8% (16 кузатув) ташкил этди. Ушбу кўрсаткич асосий гуруҳда эса аниқ фарқлар билан 6,9% (6 ҳолатда) кузатилди. Умумий асоратларга келганда эса (ўпка-бронх, юрак-қон томир, жароҳатнинг йиринглаши ва эвентрацияси), асосий гуруҳга (4,6%) нисбатан қиёсий гуруҳда (13,3%) юқори кўрсаткични ташкил қилди (расм 8).

Шундай қилиб, ушбу патологиядаги беморларда даволаш усулини танлашдаги тактик аспектларини оптималлаштириш асосида ошқозон ва 12 б/и қон кетиш билан асоратланган яра касаллигида резекцион ва аъзо сақловчи ташрихларнинг модифицирланган усулларини қўллаш орқали ўзига хос асоратлар сонини 17,8% (қиёсий гуруҳдаги 90 беморда 16 тасида) дан 6,9% га (асосий гуруҳдаги 87 бемордан 6 тасида), умумий асоратлар сонини 13,3% (90 тадан 12 тасида) дан 4,6% га (87 тадан 4 тасида) ва ўлим кўрсаткичини 2,2% (қиёсий гуруҳда 2 та ҳолатда) дан 0 га камайиши кузатилди, бу умумий тарзда,

ташрихдан кейинги даврнинг асоратланмаган холда кечиши 68,9% ( қиёсий гуруҳда 62 беморда) дан 88,5% (асосий гуруҳда 77 беморда) ўсиш имконини берди ( $\chi^2=10,097$ ;  $df=1$ ;  $p=0,002$ ).



**Расм 8. Қон кетиш билан асоратланган яра касаллигини жарроҳлик йўли билан даволаш натижалар**

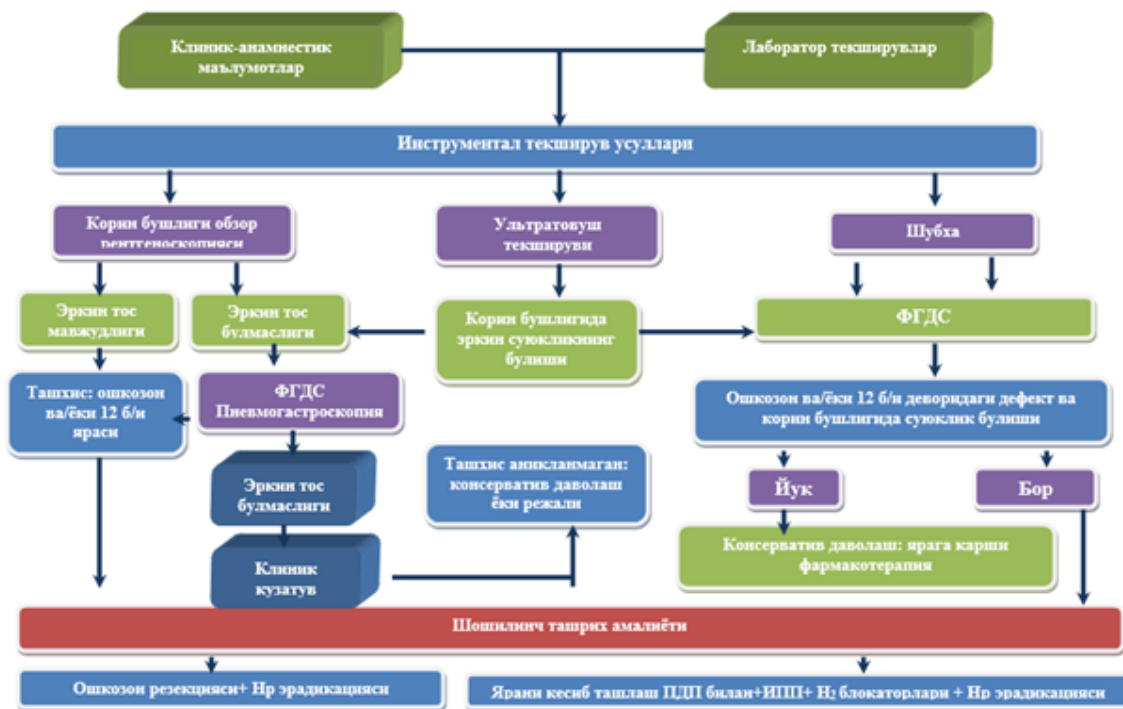
**Перфорация билан асоратланган ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигини даволаш тактикасини танлаш.** Тадқиқотга 159 та перфоратив яра билан хасталанган беморлар киритилган бўлиб: унга кўра, 147 таси 12 б/и ва 12 таси ошқозон яраси перфорациясига ажратилди. Беморлар 2 гуруҳга: қиёсий гуруҳга ( $n=90$ ) ва асосий гуруҳга ( $n=69$ ) ажратилди. Перфоратив ПДЯ билан хасталанган беморларни ташхислаш ва даволаш натижаларини оптималлаштириш мақсадида алгоритм тузилди (ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак перфоратив яраларини ташхислаш ва даволаш тактикасини танлаш учун дастур № DGU 04273- ЭВМ-2017 й. учун дастурларнинг асосий рўйхатга олинганлиги ҳақидаги гувоҳнома) (расм 9).

Кўп холларда ошқозон ва 12 б/и перфоратив яраларида пилородуоденопластика билан ярани кесиш ташрихи – қиёсий гуруҳда 78,9% (90 тадан 71 тасида) ва асосий гуруҳда 76,8% (69 тадан 53 тасида) бажарилди. Б-I бўйича ОР бажарилиши сони қиёсий гуруҳда 10,0% ва асосий гуруҳда 11,6%; Б-II ташрихи қиёсий гуруҳда – 4,4% ва асосий гуруҳда 0,0% кузатилди. Тешилган яраларни лапароскопик тикиш фақат асосий гуруҳда 11,6% (8 холатда) ўтказилди.

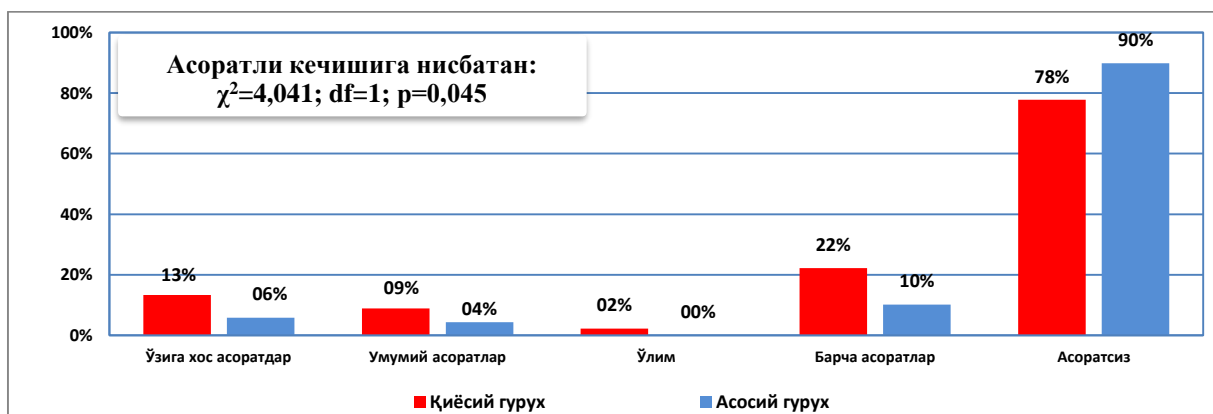
Қиёсий гуруҳда барча ташрихдан кейинги асоратлар сони 22,2% ташкил этган бўлиб, асосий гуруҳга нисбатан бу кўрестакич юқорилиги аниқланди (10,1%) ( $\chi^2=4,041$ ;  $df=1$ ;  $p=0,045$ ). Қиёсий гуруҳда ўлим кўрсаткичи 2,2% (2 холатда) ташкил этга бўлса, асосий гуруҳда эса ўлим холатлари кузатилмади (расм 10).

Шундай қилиб, перфорация билан асоратланган ошқозон ва 12 б/и яра касаллигини жарроҳлик йўли билан даволашда бевосита аъзо сақловчи ташрихларни бажариш билан мукамаллаштирилган усулларни қўллаш ўзига

хос асоратлар сонини 13,3% (қиёсий гуруҳдаги 90 бемордан 12 тасида) дан 5,8% га (асосий гуруҳдаги 69 бемордан 4 тасида), умумий асоратларнинг 8,9% (90 тадан 8 тасида) дан 4,3% (69 тадан 3 тасида) ва ўлимнинг 2,2% (қиёсий гуруҳда 2 ҳолатда) дан 0 камайганлиги кузатилди, бу умумий тарзда, ташрихдан кейинги даврнинг асоратланмаган ҳолда кечиши 77,8% (қиёсий гуруҳда 70 беморда) дан 89,9% (асосий гуруҳда 62 беморда) ўсиш имконини берди ( $\chi^2=4,041$ ;  $df=1$ ;  $p=0,045$ ).



**Расм 9. Перфоратив пилородуоденал яралари бўлган беморларни олиб боришнинг даволаш-диагностик алгоритми**



**Расм 10. Перфорация билан асоратланган яра касаллигини жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари**

Пилородуоденал стеноз билан асоратланган ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигини даволаш тактикасини танлаш. Қуйида пилородуоденал стеноз билан асоратланган яра касаллигини даволаш тактикасини танлаш алгоритми ишлаб чиқилган (расм 11).

Пилородуоденал стеноз билан хасталанган беморларни эндоскопик бужлаш (бошқа кўринишлар – зондлаш, консерватив терапия билан) орқали уларда ташрих олди тайёргарликни кенгайтириш нафақат беморлар умумий ахволини, балки ошқозон мотор-эвакуатор функциясни ҳам яхшилаш имконини беради ( $\chi^2=4,461$ ;  $df=1$ ;  $p=0,035$ ), яъни аъзо сақловчи ташрихлар сонининг ортиши ўзига хос асоратлар кўрсаткичини 13,6% (қиёсий гуруҳдаги 147 тадан 20 тасида) дан 7,0% (асосий гуруҳдаги 86 бемордан 6 тасида), умумий асоратларнинг 10,2% (147 тадан 15 тасида) дан 5,8% (86 тадан 5 тасида) ва ўлимнинг 1,4% (қиёсий гуруҳда 2 ҳолатда) дан 0 пасайиши кузатилди. Шунга мос равишда, ташрихдан кейинги даврнинг асоратланмаган ҳолда кечиши 76,2% (қиёсий гуруҳда 112 беморда) дан 87,2% (асосий гуруҳда 75 беморда) ўсиш имконини берди ( $\chi^2=4,158$ ;  $df=1$ ;  $p=0,042$ ).

Тадқиқотнинг 6 бобида «**Турли ташрихлардан сўнг ошқозоннинг мотор-эвакуатор функциясини текшириш натижалари**» келтирилган. Барча беморларда ташрихдан кейин 6-куни ошқозоннинг мотор-эвакуатор функциясини ўрганиш мақсадида эвакуацияни назорат қилиш остида қорин бўшлиғи рентгеноскопияси ўтказилди. Ошқозон ва 12 б/и яра касаллиги бўйича турли жарроҳлик амалиётлари бажарилгандан сўнг, барий пассажи назорати асосий гуруҳдаги 124 беморда ва қиёсий гуруҳдаги 92 та беморда кузатилди.



**Расм 11. Стенозловчи пилородуоденал яралар бўлган беморларни олиб боришнинг даволаш алгоритми**

Ошқозон ва 12 б/и яра касаллиги асоратлари бўйича бажарилган ташрихлардан сўнг ошқозоннинг эвакуатор функциясини ўрганиш шуни кўрсатдики, резекция ва аъзо сақловчи амалиётларнинг мукамаллаштирилган усулларида фойдаланиш орқали нормал функционал фаоллик кўрсаткичи 39,1% (қиёсий гуруҳдаги 92 бемордан 36 тасида) дан 54,8% (асосий гуруҳдаги 124 бемордан 68 тасида) ташкил топган бўлиб, шулардан эвакуациянинг тезлашиши 41,3% (қиёсий гуруҳда 38 беморда) ва 26,6% (асосий гуруҳда 33 беморда),



эвакуациянинг секинлашиши эса 19,6% (18) ва 18,5% (23) кузатилди ( $\chi^2=6,203$ ;  $df=2$ ;  $p=0,045$ ).

Турли ташрихлардан олдин ва кейин ошқозоннинг кислота хосил қилувчи функциясини ўрганиш шуни кўрсатдики, БПК ва МПК кўрсаткичи айтарли куйи рақамларгача пасайган. Қиёсий гуруҳда Б-I бўйича ОР да БПК  $8,4\pm 0,4$  ммоль/с дан  $0,82\pm 0,12$  ммоль/с гача, МПК  $26,6\pm 1,1$  ммоль/с дан  $1,18\pm 0,11$  ммоль/с гача пасайиши; асосий гуруҳда БПК  $8,5\pm 0,2$  ммоль/с дан  $0,96\pm 0,15$  ммоль/с, МПК  $27,3\pm 0,9$  дан  $1,25\pm 0,14$  ммоль/с гача пасайиши кузатилди.

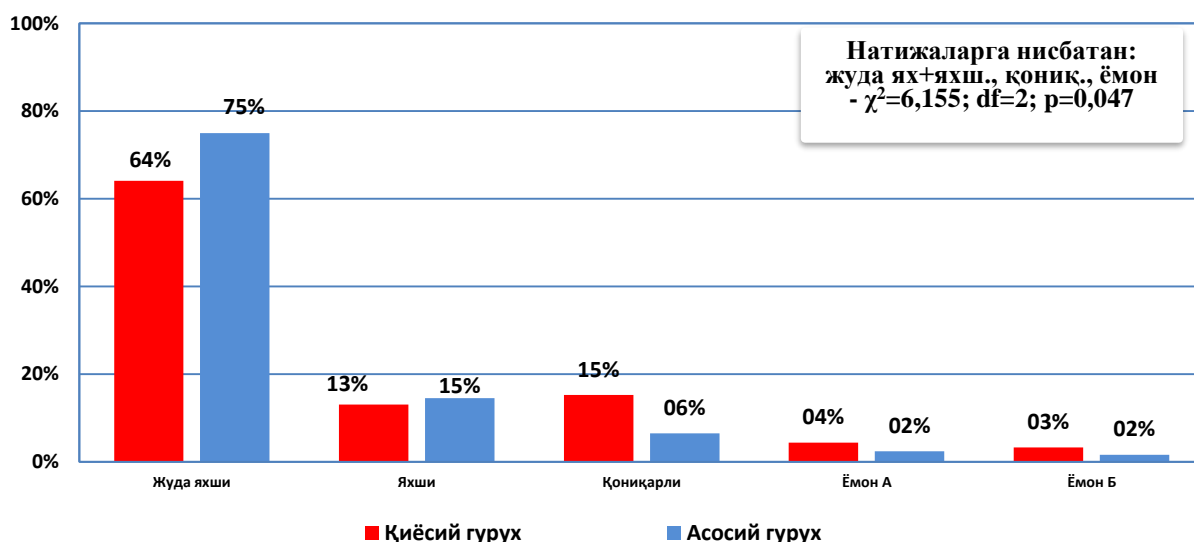
Қиёсий гуруҳда Б-II бўйича ОР да БПК  $8,1\pm 0,2$  ммоль/с дан  $0,15\pm 0,02$  ммоль/с гача, МПК  $27,6\pm 1,2$  ммоль/с дан  $0,31\pm 0,03$  ммоль/с гача пасайиши; асосий гуруҳда БПК  $7,6\pm 0,4$  ммоль/с дан  $0,19\pm 0,02$  ммоль/с, МПК дан  $28,5\pm 1,4$  ммоль/с дан  $0,37\pm 0,04$  ммоль/с гача пасайиши кузатилди. Пластика билан ярани кесиш бажарилганда, қиёсий гуруҳда БПК  $8,5\pm 0,2$  ммоль/с дан  $4,25\pm 0,3$  ммоль/с гача, МПК  $27,7\pm 1,2$  ммоль/с дан  $19,2\pm 1,0$  ммоль/с гача; асосий гуруҳда БПК  $8,9\pm 0,3$  ммоль/с дан  $4,12\pm 0,4$  ммоль/с гача, МПК  $28,7\pm 1,4$  ммоль/с дан  $17,3\pm 0,8$  ммоль/с гача пасайиши аниқланди.

Б-I бўйича ошқозон резекциясидан сўнг 6-кунги суткалик назогастрал аспирация қилинган беморларнинг оч қориндаги қон таркибидаги пепсиноген кўрсаткичлари асосий гуруҳда  $89,4\pm 3,9$  титр.ТБ/мл бўлиб, қиёсий гуруҳда ушбу кўрсаткич қуйилиги аниқланди (қиёсий гуруҳда 3-кунлик суткалик зондлаш ўтказилгандан сўнг) ва  $111,5\pm 4,8$  титр.ед/мл (Т-мезон 3,57;  $P<0,01$ ) ташкил этди. Б-II бўйича ошқозон резекциясидан сўнг 6-кунги суткалик назогастрал аспирация қилинган беморларнинг оч қориндаги қон таркибидаги пепсиноген кўрсаткичлари асосий гуруҳда  $105,1\pm 4,2$  титр.ед/мл бўлиб, қиёсий гуруҳда эса 3-кунлик зондлашдан сўнг ушбу кўрсаткич  $119,4\pm 4,6$  титр.ед/мл (Т-мезон 2,30;  $P<0,05$ ) ташкил этди. Дуоденопластика билан ярани тикишдан сўнг 6-кунги суткалик назогастрал аспирация қилинган беморларнинг оч қориндаги қон таркибидаги пепсиноген кўрсаткичлари асосий гуруҳда  $67,8\pm 4,1$  титр.ед/мл бўлиб, қиёсий гуруҳда эса юқоридаги каби, 3-кунлик зондлашдан сўнг,  $81,5\pm 3,8$  титр.ед/мл (Т-мезон 2,45;  $P<0,01$ ) ташкил этди.

Тадқиқотнинг «**Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг асоратли шакллари жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини қиёсий баҳолаш**» номли 7 бобда асоратланган ПДЯ да турли ташрих амалиётлари натижалари ўрганилган. Қиёсий ташхис шуни кўрсатадики, таклиф этилган алгоритмларни қўллаш ошқозон ва 12 б/и яра касаллигига тактик ёндашув структурасини ўзгартириш имконини берди, консерватив чора-тадбирларнинг (қиёсий гуруҳдаги 531 та бемордан 151 тасида, 28,4%; ва асосий гуруҳдаги 647 та бемордан 235 тасида, 36,3%), эндоскопик амалиётларнинг 10,0% (қиёсий гуруҳда 53 тасида) дан 26,3% (асосий гуруҳдаги 170) ортиши ва жарроҳлик фаолликнинг 61,6% (327 бемор) дан 37,4% (242 бемор) пасайиши кузатилди ( $\chi^2=81,733$ ;  $p<0,001$ ). Ошқозон ва 12 б/и яра касаллигини жарроҳлик йўли билан даволашда мукамал тактик-техник ёндашувлардан фойдаланиш ташрих амалиётлар структурасини ўзгаришига – аъзо сақловчи ташрихлар сонининг 35,2% (қиёсий гуруҳдаги 327 бемордан 115 тасида) дан 59,9% (асосий гуруҳдаги 242 бемордан 145 тасида) ортишига

( $p < 0,001$ ), ўзига хос асоратлар кўрсаткичининг 14,7% (қиёсий гуруҳдаги 327 бемордан 48 тасида) дан 6,6% (асосий гуруҳдаги 242 бемордан 16 тасида), умумий асоратларнинг 10,7% (327 тадан 35 тасида) дан 5,0% (242 тадан 12 тасида) камайишига ва эрта ташрихдан кейинги даврнинг асоратсиз кечиш имконининг 74,6% (қиёсий гуруҳда 244 ҳолатда) дан 88,4% (асосий гуруҳдаги 214 беморда) ортишига олиб келди ( $\chi^2=16,897$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,001$ ).

**Кечки даврда ташрих натижалари** Visik (I948) мезонлари бўйича А.В.Вишневский номидаги жарроҳлик ИТИ да (Россия) ишлаб чиқилган айрим тўлдирешлар билан баҳоланди (расм 12).



**Расм 12. Қиёсий гуруҳдаги ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги бўйича бажарилган барча ташрихларнинг кечки натижалари**

Таҳлил шуни кўрсатдики, ушбу патологиядаги беморларни жарроҳлик йўли билан даволашда тактик-техник ёндашувларни мукамаллаштириш қониқарли ва яхши натижалар кўрсаткичининг 77,2% (қиёсий гуруҳдаги 94 бемордан 71 тасида) дан 89,5% (асосий гуруҳдаги 124 бемордан 111 тасида) ўсишига, қониқарли натижаларни 15,2% (қиёсий гуруҳдаги 14 тасида) ва 6,5% (асосий гуруҳдаги 8 тасида) олишга ва қониқарсиз натижалар сонининг 7,6% (қиёсий гуруҳдаги 92 бемордан 7 тасида) дан 4,0% (асосий гуруҳдаги 124 бемордан 5 тасида) пасайишига олиб келди ( $\chi^2=6,155$ ;  $df=2$ ;  $p=0,047$ ).

## ХУЛОСА

1. Фарғона водийсида ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг тарқалганлиги интенсив кўрсаткичи 100.000 аҳолига нисбатан 1980-1984 й. дан 2012-2018 й. гача  $109,8 \pm 9,3$  ( $t=6,20$ ;  $P < 0,001$ ) ўсиши кузатилган бўлиб, унга кўра, касалликнинг илк аниқланган ҳолатлари 100.000 аҳолига нисбатан  $18,6 \pm 1,6$  дан  $105,6 \pm 12,4$  га ўсиши кузатилди ( $t=6,96$ ;  $P < 0,001$ ).

2. Фарғона водийсида ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги тарқалишининг ўсиши фонида режали ташрихлар сонининг (7,8% дан 4,2%) камайиши ҳисобига жарроҳлик фаоллик кўрсаткичининг 12,0% дан 8,5%

( $\chi^2=327,376$ ;  $df=1$ ;  $P<0,001$ ) камайиши кузатилди, бунда ўлимнинг тескари пропорционал ўсиши аниқланди, унга кўра, 2012-2018 й юқорилиги – 3,11% (1980-1984 й нисбатан 2,23%;  $\chi^2=7,189$ ;  $df=1$ ;  $p=0,008$ ) аниқланди, шошилиш аралашувлардан сўнгги ўлим кўрсаткичининг ўсиши (3,34% дан 5,40% гача;  $\chi^2=9,213$ ;  $df=1$ ;  $p=0,003$ ) режали жарроҳлик фонида эса бу кўрсаткичнинг пасайиши кузатилди (1,64% дан 0,70%;  $\chi^2=12,312$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ).

3. Гемостатик эндоскопик амалиётларнинг профилактик тарзда бажарилиши учун кўрсатмаларни кенгайтириш билан ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигини даволашда тактик ёндашувларни мукамаллаштириш геморрагияларнинг эрта қайталанишларини 7,7% дан 2,9% ( $p=0,006$ ) қисқаришига ва жарроҳлик йўли билан даволаш заруриятининг 30,6% дан 17,7% ( $p<0,001$ ) камайишига олиб келди.

4. Ушбу патологиядаги беморларда даволаш усулини танлашдаги тактик аспектларини оптималлаштириш асосида ошқозон ва 12 б/и қон кетиш билан асоратланган яра касаллигида резекцион ва аъзо сақловчи ташрихларнинг модифицирланган усулларини қўллаш орқали ўзига хос асоратлар сонини 17,8% дан 6,9% га, умумий асоратлар сонини 13,3% дан 4,6% га ва ўлим кўрсаткичини 2,2% дан 0 га камайиши кузатилди, бу умумий тарзда, ташрихдан кейинги даврнинг асоратланмаган холда кечиши 68,9% дан 88,5% ўсиш имконини берди ( $p=0,002$ ).

5. Перфорация билан асоратланган ошқозон ва 12 б/и яра касаллигини жарроҳлик йўли билан даволашда бевосита аъзо сақловчи ташрихларни бажариш билан мукамаллаштирилган усулларни қўллаш ўзига хос асоратлар сонини 13,3% дан 5,8% га, умумий асоратларнинг 8,9% дан 4,3% ва ўлимнинг 2,2% дан 0 камайганлиги кузатилди, бу умумий тарзда, ташрихдан кейинги даврнинг асоратланмаган холда кечиши 77,8% дан 89,9% ўсиш имконини берди ( $p=0,045$ ).

6. Пилородуоденал стеноз билан хасталанган беморларни эндоскопик бужлаш (бошқа кўринишлар – зондлаш, консерватив терапия билан) орқали уларда ташрих олди тайёргарликни кенгайтириш нафақат беморлар умумий ахволини, балки ошқозон мотор-эвакуатор функциясни ҳам яхшилаш имконини беради ( $p=0,035$ ), яъни аъзо сақловчи ташрихлар сонининг ортиши ўзига хос асоратлар кўрсаткичини 13,6% дан 7,0%, умумий асоратларнинг 10,2% дан 5,8% ва ўлимнинг 1,4% дан 0 пасайиши кузатилди. Шунга мос равишда, ташрихдан кейинги даврнинг асоратланмаган холда кечиши 76,2% дан 87,2% га ўсиш имконини берди ( $p=0,042$ ).

7. Ошқозон ва 12 б/и яра касаллиги асоратлари бўйича бажарилган ташрихлардан сўнг ошқозоннинг эвакуатор функциясини ўрганиш орқали шу аниқландики, резекция ва аъзо сақловчи амалиётларнинг мукамаллаштирилган усулларида фойдаланиш орқали нормал функционал фаоллик кўрсаткичининг қиймат гуруҳда 39,1% дан асосий гуруҳда 54,8% (124 бемордан 68 тасида) ўсиши кузатилган бўлиб, 6-кунлик назогастрал аспирация ўтказилгандаги пепсиноген миқдорининг анчагина пасайиши кузатилди.

8. Ошқозон ва 12 б/и яра касаллигини жарроҳлик йўли билан даволашда мукамал тактик-техник ёндашувлардан фойдаланиш ташрих амалиётлар

структурасини ўзгаришига – аъзо сақловчи ташрихлар сонининг 35,2% дан 59,9% ортишига ( $p < 0,001$ ), ўзига хос асоратлар кўрсаткичининг 14,7% дан 6,6%, умумий асоратларнинг 10,7% дан 5,0% камайишига ва эрта ташрихдан кейинги даврнинг асоратсиз кечиш имконининг 74,6% дан 88,4% ортишига олиб келди ( $p < 0,001$ ).

9. Ушбу патологиядаги беморларни жарроҳлик йўли билан даволашда тактик-техник ёндашувларни мукаммаллаштириш қониқарли ва яхши натижалар кўрсаткичининг 77,2% дан 89,5% ўсишига, қониқарли натижаларни 15,2% ва 6,5% олишга ва қониқарсиз натижалар сонининг 7,6% дан 4,0% пасайишига олиб келди ( $p = 0,047$ ).

10. Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари бўйича бажарилган ташрихлардан сўнг беморлар ҳаёт сифатини ўрганиш шуни кўрсатдики, асосий гуруҳда “Жисмоний ҳолат билан тушунтирувчи ролли функциялаш”, “Саломатликнинг умумий ҳолати” ва “Эмоционал ҳолат билан тушунтирувчи ролли функциялаш” шкалалари билан аниқ яхши натижаларга эришилди ( $p < 0,05$ ).

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

---

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ**

**НИШАНОВ МУРОДЖОН ФОЗИЛЖОНОВИЧ**

**КОНКУРЕНТНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И  
ТРАДИЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ  
ФОРМАХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**ТАШКЕНТ – 2020**

**Тема докторской диссертации (DSc) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № B2019.4.DSc/Tib379.**

Докторская диссертация выполнена в Андижанском государственном медицинском институте и 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](http://www.rscs.uz)) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

<b>Научный консультант:</b>	<b>Назиров Феруз Гафурович</b> доктор медицинских наук, профессор, академик
<b>Официальные оппоненты:</b>	<b>Гурбанхан Фатали оглы Муслимов</b> доктор медицинских наук, профессор <b>Хакимов Мурод Шавкатович</b> доктор медицинских наук, профессор <b>Садыков Рустам Аббарович</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Ведущая организация:</b>	Таджикский медицинский университет имени Абу Али ибн Сина, Республика Таджикистан.

Защита состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного Совета DSc.27.06.2017.Tib.49.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова и Ташкентской медицинской академии (Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули,10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: [cs.75@mail.ru](mailto:cs.75@mail.ru), Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова).

С докторской диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за № 109). Адрес: 100115, г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 года.  
(реестр протокола рассылки № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2020 года).

**Х.К. Абралов**  
Заместитель председателя научного совета по присуждению  
ученых степеней, доктор медицинских наук

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

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

## ВВЕДЕНИЕ (АННОТАЦИЯ ДОКТОРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ)

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки занимает одно из клинически и социально значимых мест в современном здравоохранении и остается распространенной патологией пищеварительного тракта, сопровождающейся грозными последствиями. По данным «Global Burden of Disease Study 2015» язвенная болезнь присутствует примерно у 4% населения Земли, а «частота встречаемости составляет 100 и более пациентов на 100.000 населения в год и 70 случаев осложненных форм на 100.000 населения в год, поражая до 5 миллионов человек наиболее активного творческого возраста во всем мире, и обуславливая временную, а порой и стойкую потерю трудоспособности»<sup>1</sup>. «Несмотря на то, что за последние десятилетия в стратегии консервативного лечения открылись новые возможности, научно-практический интерес к данной проблематике вызван наличием противоречивых данных об эффективности и перспективах эндоскопических лечебно-профилактических вмешательств и модифицированных хирургических подходов в случаях формирования осложненного процесса»<sup>2</sup>. «Частота развития специфических осложнений остается на уровне 10-20%, среди которых наиболее частыми, клинически значимыми и тяжелыми осложнениями являются кровотечения (2%-10%) и перфорация (2%-14%)»<sup>3</sup>. В свою очередь послеоперационная летальность при острых хирургических осложнениях язвенной болезни остается значительной и варьирует от 10% до 40%. В связи с чем, проблема совершенствования тактических аспектов лечения осложнений язвенной болезни затрагивает все основные направления, связанные с оптимизацией фармакологических подходов, эндоскопических лечебно-профилактических и открытых радикальных вмешательств.

В мировой практике проводится целый ряд целевых научных исследований, направленных на изучение патогномичных особенностей состояния кислотопродуцирующей и моторно-эвакуаторной функции желудка, молекулярных и генетических аспектов заболевания, в зависимости от влияния и взаимосвязи эндогенных и экзогенных факторов, среди которых особо актуальным является исследование роли динамического равновесия механизмов защиты слизистой оболочки при осложненных формах язвенной болезни. Особый интерес вызывают вопросы прогнозирования геморрагических и перфоративных осложнений рецидивирующих пептических язв, в том числе проводится ряд рандомизированных клинических исследований по оценке эффективности рекомендованных балльных систем и совершенствованию системных подходов комплексной верификации степени тяжести патологического процесса и злокачественной трансформации язв желудка.

---

<sup>1</sup> Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016; 388(10053):1545-1602.

<sup>2</sup> Pioche M, Jacques J, Saurin JC. Gastric and duodenal ulcer. *Gastritis. Rev Prat*. 2019;69(5):147-154.

<sup>3</sup> Tarasconi A, Coccolini F, Biffi WL, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg*. 2020;15:3. Published 2020 Jan 7. doi:10.1186/s13017-019-0283-9

На современном этапе развития и реформирования системы отечественного здравоохранения проводится множество мер, направленных на улучшение результатов хирургического лечения больных осложненными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. В этом направлении, в частности, в улучшении качества оказываемой высокотехнологичной хирургической помощи, достигнуты значимые положительные результаты. Вместе с тем для совершенствования системы оказания медицинской помощи требуются новые научно-обоснованные результаты по совершенствованию эффективности лечения пилородуоденальных язв и их осложнений. В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы включены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности<sup>4</sup>. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов лечения ургентных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки путем внедрения современных подходов, повышения эффективности и качества модифицированных и эндоскопических хирургических методов лечения, является одним из актуальных направлений.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указами Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» за №УП-4985 от 16 марта 2017 года и «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 17 декабря 2018 года, Постановлением Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за №ПП-3071 от 20 июня 2017 года, Постановлением Кабинета Министров за №266 от 10 мая 2017 года «Об организации деятельности научно-исследовательского института общественного здоровья и организации здравоохранения», а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

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

**Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации.**<sup>5</sup> Научно-исследовательские работы, направленные на улучшение качества

---

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

<sup>5</sup> Обзор международных научных исследований проведен с использованием следующих источников: Soreide K, Thorsen K, Soreide JA. Predicting outcomes in patients with perforated gastroduodenal ulcers: artificial neural network modelling indicates a highly complex disease. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2015;41:91–8; Sivaram P, Sreekumar A. Preoperative factors influencing mortality and morbidity in peptic ulcer perforation. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2018;44:251–7; Cirocchi R, Soreide K, Di Saverio S, Rossi E, Arezzo A, Zago M, Abraha I, Vettoretto N, Chiarugi M. Meta-analysis of perioperative outcomes of acute laparoscopic vs open repair of perforated



оказываемой лечебной и профилактической помощи больным с осложненными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, проведены многими ведущими научными центрами и высшими учебными заведениями мира, в том числе в Department of Gastrointestinal Surgery, Stavanger University Hospital (Norway), Service de chirurgie générale et digestive, CHU de Rouen (France), Department of General Surgery, Government Medical College, (India), Department of General and Oncologic Surgery, University of Perugia (Italy), Tan Tock Seng Hospital (Singapore), Department of Surgery, College of Medicine and Health Sciences, UAE University (United Arab Emirates), Department of General Surgery, Albury Hospital (Australia), Department of Gastroenterology, Hospital Universitario Infanta Leonor (Spain); Nottingham Digestive Diseases Centre and National Institute for Health Research (UK), Hospital Universitario del Henares (Spain), Department of Gastroenterology and Gastrointestinal Surgery, Hvidovre Hospital (Denmark), Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, Bezmialem Vakıf University (Turkey), Shalamar Medical & Dental College (Pakistan), Department of General Surgery, Renmin Hospital of Wuhan University (China), Department of Gastroenterology and Metabolism, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences (Japan), Department of General Surgery, SCB Medical College (India), ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» (Россия), Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова (Узбекистан), Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (Узбекистан).

В результате исследований, проведенных в мире по улучшению ведения пациентов с острыми хирургическими осложнениями язв желудка и двенадцатиперстной кишки путем разработки и внедрения новых технологических возможностей, предложены различные решения, в том числе: доказано, что большинство эпизодов острых хирургических осложнений пилородуоденальных язв связаны с использованием нестероидных противовоспалительных препаратов, стероидов, курением, *Helicobacter pylori* и диеты с высоким содержанием соли, и зачастую, имеет место взаимодействие более одного фактора риска (Department of General Surgery, Government Medical College, Thiruvananthapuram, India); определены наиболее оптимальные системы стратификации риска для прогнозирования клинического течения и исхода у пациентов с кровотечением и/или перфорацией пептических язв: оценочная шкала Воеу является наиболее используемой, за ней следуют шкала Американского общества анестезиологов (ASA) и шкала Peptic Ulcer Perforation

---

gastroduodenal ulcers. *J Trauma Acute Care Surg.* 2018; Ansaloni L, Ceresoli M, Fugazzola P, Tomasoni M, Palamara F, Sartelli M, Catena F, Montori G, Raimondo S, Coccolini F. An innovative duodenal perforation surgical repair technique: the BIOPATCH technique. *Journal of Peritoneum (and other serosal surfaces)* 2018; Di Saverio S, Bassi M, Smerieri N, Masetti M, Ferrara F, Fabbri C, Ansaloni L, Ghersi S, Serenari M, Coccolini F, Naidoo N, Sartelli M, Tugnoli G, Catena F, Cennamo V, Jovine E. Diagnosis and treatment of perforated or bleeding peptic ulcers: 2013 WSES position paper. *World J Emerg Surg* 2014;9:45; Pioche M, Jacques J, Saurin JC. Gastric and duodenal ulcer. *Gastritis. Rev Prat.* 2019;69(5):147-154. Martinez-Alcala A, Monkemuller K. Emerging Endoscopic Treatments for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2018;28:307–20; Tarasconi A, Coccolini F, Biffl WL, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg.* 2020;15:3.

(PULP) (Department of Gastrointestinal Surgery, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway); установлено, что в случаях перфоративной язвы эндоскопическое лечение можно рассматривать в крайне отобранных случаях, в условиях стабилизации общего состояния пациента и подтвержденной рентген-контрастным обследованием герметизации язвы (Service de chirurgie générale et digestive, CHU de Rouen, Rouen, France); определено, что у больных с перфоративным осложнением и признаками перитонита откладывание выполнения полостного хирургического вмешательства ассоциируется с высокой степенью летальных исходов (Department of General and Oncologic Surgery, University of Perugia, Terni, Italy); доказано, что в случаях острых осложнений язв желудка и двенадцатиперстной кишки более 2,0 см необходим индивидуальный хирургический подход, основанный на уточнении расположения и злокачественности процесса (General, Emergency and Trauma Surgery Department, Bufalini Hospital, Cesena, Italy); определено, что все виды эндоскопической остановки кровотечения уменьшают повторный риск рецидива по сравнению с применением только консервативной терапии, при этом в случаях острой язвы с активным кровотечением эндоскопия является частью интенсивной терапии (Department of Gastroenterology, Hospital Universitario Infanta Leonor, Spain).

В настоящий период в мире продолжают исследования по улучшению результатов хирургического лечения пациентов с осложненным течением язвенной болезни. Неуклонный рост данного контингента больных, неоднозначность подходов в вопросах лечебной тактики и неудовлетворительные результаты лечения определяют необходимость дальнейшей разработки клинических аспектов данной патологии, а появление современных малоинвазивных эндоскопических технологий в хирургии позволяют изучать проблему лечения больных с осложненными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки с новых позиций и на современном уровне.

**Степень изученности проблемы.** В течение последнего столетия произошел рывок в понимании патофизиологических особенностей язвенной болезни, что привело к разработке логических и проверенных временем фармакологических препаратов, направленных на снижение кислотности и частоты рецидивов язвообразования, значительно уменьшилось абсолютное количество выполненных хирургических вмешательств по поводу этой патологии<sup>6</sup>. Тем ни менее, осложнения язвенной болезни, требующие хирургических вмешательств, остаются серьезной проблемой здравоохранения. По данным С.М. Liang et al. (2019)<sup>7</sup>, «на сегодняшний день частота рецидива геморрагических осложнений составляет 13,9%, а долгосрочный рецидив перфорации составляет 12,2%, средняя 30-дневная послеоперационная летальность составляет 8,6% после рецидивных кровотечений и 23,5% после

---

<sup>6</sup> Prabhu V, Shivani A. An Overview of History, Pathogenesis and Treatment of Perforated Peptic Ulcer Disease with Evaluation of Prognostic Scoring in Adults. *Ann Med Health Sci Res.* 2014; 4(1): 22-29.

<sup>7</sup> Liang CM, Yang SC, Wu CK, Li YC, Yeh WS, Tai WC, Lee CH, Yang YH, Tsai TH, Hsu CN, Chuah SK. Risk of Recurrent Peptic Ulcer Disease in Patients Receiving Cumulative Defined Daily Dose of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. *J Clin Med.* 2019;8(10)

перфорации». К факторам риска ученые относят пожилой возраст, наличие сопутствующей патологии, состояние шока при поступлении и несоблюдение рекомендаций по противоязвенной терапии<sup>8</sup>. По мнению M. Pioche et al. (2019)<sup>9</sup> «указанные цифры не дают полного представления об истинной частоте заболевания, поскольку главным образом основываются на обращаемости больных за медицинской помощью». На сегодняшний день предложен ряд хирургических методик и способов лечения этой патологии, однако отсутствуют алгоритмы, позволяющие практическому врачу адекватно ориентироваться. Все еще остается неясной роль лапароскопической хирургии в лечении осложнений язвенной болезни. Последний мета-анализ показал, что очевидными преимуществами лапароскопической хирургии являются более низкий уровень раневых инфекций, более короткая длительность нахождения назогастрального зонда и меньшая послеоперационная боль. Тем не менее, авторы указывают на необходимость проведения дальнейшей оценки безопасности и эффективности лапароскопии в хирургическом лечении осложненных язв желудка и ДПК (Cirocchi R et al., 2019)<sup>10</sup>.

В то время как некоторые исследователи сообщили о существенных преимуществах лапароскопической хирургии при перфоративных и геморрагических осложнениях язвенной болезни, другие описывают худшие результаты, включая более длительное время операции (Ge B, et al., 2018)<sup>11</sup>. Результаты мета-анализа с включением 5 рандомизированных контролируемых исследований (549 пациентов с перфоративной язвой желудка) показали, что лапароскопическая хирургия имела такие же показатели послеоперационных осложнений, летальности и повторных операций, как открытое восстановление перфорированной язвенной болезни. (Tan S, et al. 2016)<sup>12</sup>. Особый интерес вызывает эндоскопические методы лечения язвенных кровотечений. Авторы сообщают, о значительно низком риске повторных кровотечений, необходимости хирургического вмешательства, количества препаратов крови, необходимых для переливания, меньшей длительности пребывания в стационаре и летальности (Baracat F, et al., 2016)<sup>13</sup>. Тем не менее, в литературе имеются сообщения, что уровень смертности после рецидивных пилородуоденальных кровотечений остается на уровне 10% и необходимость совершенствования методов хирургического лечения в этой группе больных не вызывает сомнений (Park SG, et al., 2018)<sup>14</sup>. С учетом анализа большинство центров продолжают

---

<sup>8</sup> Sivaram P, Sreekumar A. Preoperative factors influencing mortality and morbidity in peptic ulcer perforation. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2018;44:251-7

<sup>9</sup> Pioche M, Jacques J, Saurin JC. Gastric and duodenal ulcer. *Gastritis. Rev Prat.* 2019;69(5):147-154.

<sup>10</sup> Cirocchi R, Soreide K, Di Saverio S, Rossi E, Arezzo A, Zago M, Abraha I, Vettoretto N, Chiarugi M. Meta-analysis of perioperative outcomes of acute laparoscopic vs open repair of perforated gastroduodenal ulcers. *J Trauma Acute Care Surg.* 2018;

<sup>11</sup> Ge B, Wu M, Chen Q, et al. A prospective randomized controlled trial of laparoscopic repair versus open repair for perforated peptic ulcers. *Surgery.* 2016;159(2):451-458.

<sup>12</sup> Tan S, Wu G, Zhuang Q, et al. Laparoscopic versus open repair for perforated peptic ulcer: A meta analysis of randomized controlled trials. *Int J Surg.* 2016;33:124-132.

<sup>13</sup> Baracat F, Moura E, Bernardo W, et al. Endoscopic hemostasis for peptic ulcer bleeding: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Surg Endosc.* 2016;30(6):2155-2168.

<sup>14</sup> Park SJ, Park H, Lee YC, et al. Effect of scheduled second-look endoscopy on peptic ulcer bleeding: a prospective randomized multicenter trial. *Gastrointest Endosc.* 2018;87(2):457-465.

активно использовать эндовизуальную хирургию и эндоскопические лечебно-профилактические вмешательства, при этом ряд исследователей с этой целью предлагают использовать традиционные методы хирургии, особенно в условиях острого тяжелого состояния пациента, обычно в течение 48 часов после первоначального кровотечения. Однако в большинстве случаев приоритет остается за модифицированными органосохраняющими операциями (Nagashima K, et al., 2018)<sup>15</sup>.

Проведенный анализ литературных данных свидетельствует о том, что результаты хирургического лечения больных осложненными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки нельзя признать удовлетворительными, при этом основными актуальными и определяющими проблемами остаются определение перспектив эндоскопических лечебно-профилактических вмешательств с оценкой их эффективности при язвенной болезни, осложненной кровотечением, усовершенствование методик хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией, анализ эффективности лечения с учетом качества жизни пациентов после различных операций по поводу язвенной болезни.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках научного проекта Андижанского Государственного медицинского института за № И-СС-2017-6-1 «Внедрение способа хирургического лечения язв двойной локализации, осложненных перфорацией, при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки» (2017-2018).

**Целью исследования** является улучшение результатов лечения больных с осложненными формами хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки путем совершенствования тактико-технических аспектов хирургического лечения.

**Задачи исследования:**

определить интенсивный показатель распространенности гастродуоденальных язв в Ферганской долине;

изучить показатели хирургической активности и послеоперационной летальности за два динамических периода;

оценить эффективность и определить перспективы эндоскопических лечебно-профилактических вмешательств при язвенной болезни, осложненной кровотечением;

изучить результаты резекционных и органосохраняющих эндоскопических операций при язвенной болезни желудка осложненной кровотечением;

изучить результаты модифицированных резекционных и органосохраняющих операций при язвенной болезни ДПК осложненной кровотечением;

---

<sup>15</sup> Nagashima K, Tominaga K, Fukushi K, et al. Recent trends in the occurrence of bleeding gastric and duodenal ulcers under the Japanese evidence-based clinical practice guideline for peptic ulcer disease. JGH Open 2018; 2:255.

оценить эффективность усовершенствованных методик хирургического лечения язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной перфорацией;

изучить особенности предоперационной подготовки больных с пилородуоденальным стенозом и оценить эффективность выполненных хирургических вмешательств;

изучить влияние модифицированных методик хирургического лечения осложнений язвенной болезни на основные функции желудка в послеоперационном периоде;

в сравнительном аспекте оценить эффективность хирургического лечения осложнений язвенной болезни желудка и ДПК;

оценить показатели качества жизни по вопроснику SF-36 после различных операций по поводу язвенной болезни в группах сравнения.

**Объектом исследования** являлись 1185 пациентов с осложненными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на обследовании и лечении в III-хирургическом отделении клиники Андижанского Государственного медицинского института за период с 2007 по 2018 гг.

**Предмет исследования** составляет анализ эффективности предпринятой тактики ведения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с учетом верификации структуры, частоты и тяжести течения наиболее часто встречающихся осложнений, оценки качества и усовершенствования аспектов хирургического лечения

**Методы исследования.** Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические (общий и биохимический анализы крови, коагулограмма), эндоскопические, лучевые (ультразвуковые, мультиспиральная компьютерная томография), лапароскопия и статистические методы исследований.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

определен интенсивный показатель распространенности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки среди населения Ферганской долины с верификацией клиничко-патогенетических особенностей течения заболевания, локализации процесса и характера осложнений;

разработан способ экономной резекции желудка с наложением гастродуоденоанастомоза однорядным швом и с иссечением малого сальника как варианта хирургического лечения больных с различными осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;

разработан способ антрумрезекции желудка с наложением терминолатерального косогастродуоденоанастомоза однорядным швом, отличающийся от стандартных методик меньшей травматичностью и сниженным риском развития функциональных пострезекционных осложнений;

разработан органосохраняющий способ хирургического лечения осложнений язвенной болезни пилородуоденальной локализации, предусматривающий иссечение язвы и выполнение пилородуоденопластики однорядным швом;

определено, что выполнение эндоскопических вмешательств с профилактической целью при спонтанном гемостазе на фоне состоявшегося кровотечения из язвы верхнего отдела желудочно-кишечного тракта способствует снижению риска развития раннего рецидива геморрагического синдрома и необходимости выполнения экстренного оперативного лечения;

уточнены клиничко-функциональные особенности влияния комплексной предоперационной подготовки больных с декомпенсированной стадией пилородуоденального стеноза с включением эндоскопического бужирования на соматический статус пациентов и моторно-эвакуаторную функцию желудка;

определены патогномоничные особенности состояния кислотопродуцирующей и моторно-эвакуаторной функции желудка после выполнения предложенных органосохраняющих методик оперативного лечения осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

обосновано расширение показаний к профилактическим эндоскопическим вмешательствам при спонтанном или достигнутом консервативном гемостазе у больных с язвенной болезнью, осложненной кровотечением, позволившее изменить структуру оказываемой помощи в сторону достоверного снижения необходимости традиционного хирургического лечения;

обосновано применение эндоскопического бужирования при тяжелой степени пилородуоденального стеноза в комплексе предоперационных мероприятий для улучшения моторно-эвакуаторной функции желудка;

усовершенствованы способы хирургического лечения осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, позволяющие упростить технические аспекты резекционных вмешательств, обеспечить меньшую травматичность и сократить время операции;

доказано, что выполнение модифицированных методик резекционных и органосохраняющих операций при язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной кровотечением, перфорацией или пилородуоденальным стенозом в совокупности с совершенствованием тактических аспектов выбора оптимального метода лечения этой категории пациентов позволило снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности;

доказана эффективность предложенных способов хирургического лечения осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в отношении адекватного снижения кислотно-протеолитической активности желудочного сока и риска развития клинически значимых нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов обоснована использованием объективных критериев оценки состояния больных, современных методов диагностики и лечения, корректным применением методологических подходов и наборов статистического анализа. Исследование проведено на достаточном количестве клинического материала. Методы решения рассмотренных в диссертации проблем основываются на современных научно-практических представлениях и подходах к диагностике и хирургическому лечению осложненных форм ЯБЖ и ДПК. Решение

рассмотренных задач выполнено современными апробированными методами медицинской статистики.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.** Полученные результаты вносят существенный вклад в современные достижения в лечении осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, за счет определения клинико-функциональных особенностей влияния комплексной предоперационной подготовки больных с включением эндоскопических вмешательств на соматический статус пациентов и моторно-эвакуаторную функцию желудка, а также изучения патогномичных особенностей состояния кислотопродуцирующей и моторно-эвакуаторной функции желудка после выполнения предложенных органосохраняющих методик оперативного лечения.

Практическая ценность работы заключается в том, что определены и расширены показания к лечебно-профилактическим эндоскопическим вмешательствам у больных с язвенной болезнью, осложненной кровотечением, что позволило изменить структуру оказываемой помощи в сторону достоверного снижения необходимости традиционного хирургического лечения, также усовершенствованы и предложен способы хирургического лечения осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, позволяющие упростить технические аспекты резекционных вмешательств, что в целом позволило обеспечить меньшую травматичность, снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности.

**Внедрение результатов исследования.** По результатам научного исследования по улучшению качества оказываемой высокотехнологичной помощи больным с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки:

разработан «Способ хирургического лечения язв двойной локализации, осложненных перфорацией при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки» (Агентство по интеллектуальной собственности республики Узбекистан, Патент на изобретение №IAP 04962 от 22 октября 2014 года). Предложенный способ позволил сократить частоту послеоперационных осложнений при хирургическом лечении язвенной болезни, осложненной перфорацией;

разработан «Способ резекции желудка и наложения гастродуоденоанастомоза» (Агентство по интеллектуальной собственности республики Узбекистан, Патент на изобретение №IAP 05306 от 24 ноября 2016 года). Предложенный способ позволил улучшить результаты хирургического лечения язвенной болезни желудка;

разработан «Способ антрумрезекции желудка и наложения терминолатерального косогастродуоденоанастомоза» (Агентство по интеллектуальной собственности республики Узбекистан, Патент на изобретение №IAP 06188 от 13 марта 2020 года). Предложенный способ позволил улучшить результаты хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки;

разработаны методические рекомендации «Алгоритм хирургической тактики при кровотечениях из язв желудка и ДПК» (справка Министерства

здравоохранения № 8н-з/95 от 3 августа 2020 года). Разработанные рекомендации позволили улучшить результаты лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, особенно в группе с осложненным течением заболевания;

разработаны методические рекомендации «Способ хирургического лечения перфоративных язв желудка и ДПК» (справка Министерства здравоохранения № 8н-з/95 от 3 августа 2020 года). Предложенные рекомендации позволили сократить вероятность развития раннего рецидива геморрагии и необходимость хирургического лечения.

разработаны методические рекомендации «Способ хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная стенозом» (справка Министерства здравоохранения № 8н-з/95 от 3 августа 2020 года). Предложенные рекомендации позволили увеличить долю отличных и хороших результатов, снизить частоту неудовлетворительных результатов, снизить частоту специфических и общих осложнений и летальности.

полученные научные результаты по улучшению качества оказываемой хирургической помощи больным с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в отделение хирургии с экстренной медицинской помощью клиники Андижанского государственного медицинского института и в хирургическое отделение Андижанского городского медицинского объединения (справка Министерства здравоохранения № 8н-з/95 от 3 августа 2020 года). Применение предложенных тактико-технических подходов к хирургическому лечению больных с осложненными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки позволило изменить структуру оперативных вмешательств с увеличением доли органосохраняющих операций, снизить частоту специфических и общих осложнений и в целом повысить долю отличных и хороших результатов с 77,2% до 89,5%.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 11 научно-практических конференциях, в том числе, на 5 международных и 6 республиканских.

**Опубликованность результатов.** По теме диссертации опубликовано 37 научных работ, в том числе 15 журнальных статей, 10 из которых в республиканских и 5 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, семи глав, выводов, списка цитируемой литературы. Объем работы составляет 185 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, характеризуются объекты и предметы, показано соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологий



республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Современные взгляды на проблему хирургического лечения осложненных пилородуоденальных язв**» проведен тщательный анализ, критическая оценка, обобщение и систематизация научной информации по проблеме диагностики и лечения больных с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, изучены актуальные вопросы, требующие своего дальнейшего решения. В результате проведенного анализа литературы определены нерешенные задачи по данной проблеме.

Во второй главе «**Клиническая характеристика материала и обзор методов исследований**» описан клинический материал и использованные методы исследования. В основу работы положен опыт лечения 1185 больных с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, которые за период с 2007 по 2018 годы находились на стационарном лечении в отделении хирургии с экстренной медицинской помощью на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ (табл. 1).

**Таблица 1**

**Распределение больных с язвенной болезнью по виду осложнения**

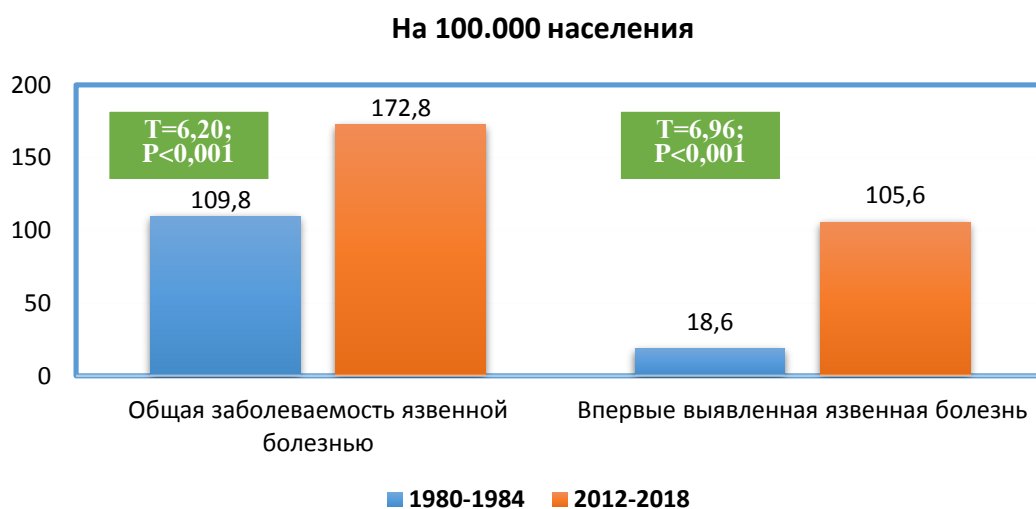
Осложнение	Локализация язвы	Группа сравнения		Основная группа		Итого	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кровотечение	ДПК	276	52,0%	468	71,6%	744	62,8%
	Желудок	18	3,4%	24	3,7%	42	3,5%
	Всего	294	55,4%	492	75,2%	786	66,3%
Перфорация	ДПК	83	15,6%	64	9,8%	147	12,4%
	Желудок	7	1,3%	5	0,8%	12	1,0%
	Всего	90	16,9%	69	10,6%	159	13,4%
Стеноз	ДПК	141	26,6%	82	12,5%	223	18,8%
	Желудок и ДПК	6	1,1%	4	0,6%	10	0,8%
	Всего	147	27,7%	86	13,1%	233	19,7%
Малигнизация*	Желудок	0	0,0%	7	1,1%	243	20,5%
Всего	ДПК	500	94,2%	614	93,9%	1114	94,0%
	Желудок	31	5,8%	40	6,1%	71	6,0%
	Всего	531	100,0%	654	100,0%	1185	100,0%

Примечание: \* - в работу включено 7 случаев эндоскопической резекции язв желудка с низкой степенью дисплазии, выполненной по предложенной методике

В контрольную группу включен 531 пациент (2007-2011 гг), лечение которых проводилось по традиционной тактике с применением при неэффективности консервативной терапии стандартных методов операций. В основную группу включено 654 пациента, в комплексном лечении которых применены усовершенствованные методики хирургического лечения осложнений язвенной болезни (2012-2018 гг.). По всем сравниваемым параметрам (локализация язвенного процесса, характер осложнений,

сопутствующие заболевания и т.д.) исследуемые группы были сопоставимы для сравнительного анализа.

В третьей главе «**Клинико-функциональная характеристика больных осложненными формами язвенной болезни желудка и ДПК**» представлен анализ по хирургической эпидемиологии ЯБЖ и ЯБДПК в одном из наиболее густо населенном регионе Республике – Ферганской долине. Среднее значение интенсивного показателя распространенности и впервые выявленной язвенной болезни желудка и ДПК в Ферганской долине за 1980-1984 гг и 2012-2018 гг на 100.000 населения продемонстрирована на рис.1. Так, общая заболеваемость данной патологией в первом периоде составила 109,8, тогда как этот показатель во втором периоде уже составил 172,8, при этом впервые выявленная патология в первом периоде отмечена в 18,6, а во втором в 105,6. Т.е., наглядно можно определить, что с одной стороны отмечается нарастание показателя заболеваемости, с другой стороны явный прогресс в первичной и качественной диагностике.



**Рис.1. Среднее значение интенсивного показателя распространенности и впервые выявленной язвенной болезни желудка и ДПК в Ферганской долине за 1980-1984 гг и 2012-2018 гг на 100.000 населения.**

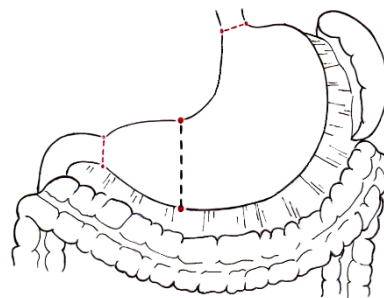
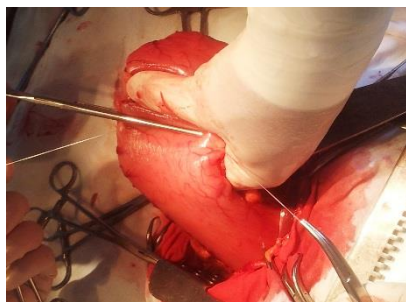
Исследование показало, интенсивный показатель распространенности язвенной болезни желудка и ДПК в Ферганской долине увеличился со  $109,8 \pm 9,3$  на 100.000 населения за 1980-1984 гг до  $172,8 \pm 4,1$  за 2012-2018 гг ( $t=6,20; P<0,001$ ) при этом частота впервые выявленных случаев заболевания возросла с  $18,6 \pm 1,6$  до  $105,6 \pm 12,4$  на 100.000 населения ( $t=6,96; P<0,001$ ). Рост интенсивного показателя можно объяснить, как улучшением диагностики патологии ЖКТ среди населения, так и другими социально-ориентированными факторами. В свою очередь, на фоне роста распространенности язвенной болезни желудка и ДПК в Ферганской долине отмечается достоверное снижение показателя хирургической активности с 12,0% до 8,5% ( $\chi^2=327,376; df=1; P<0,001$ ) за счет уменьшения числа плановых операций (с 7,8% до 4,2%), при этом выявлен обратно пропорциональный рост летальности, которая оказалась достоверно выше за 2012-2018 гг – 3,11%

(против 2,23% за 1980-1984 гг;  $\chi^2=7,189$ ;  $df=1$ ;  $p=0,008$ ), что было обусловлено значительным увеличением летальности после экстренных вмешательств (с 3,34% до 5,40%;  $\chi^2=9,213$ ;  $df=1$ ;  $p=0,003$ ) на фоне снижения этого показателя в плановой хирургии (с 1,64% до 0,70%;  $\chi^2=12,312$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ).

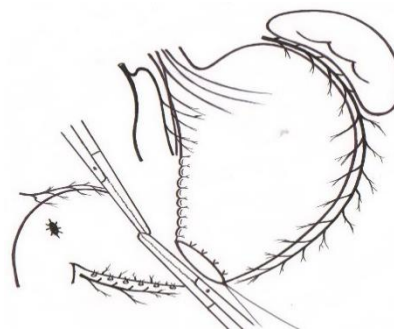
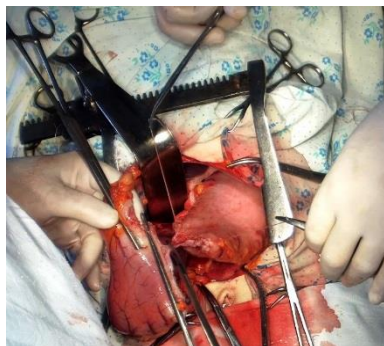
В четвертой главе диссертации «**Некоторые тактико-технические аспекты резекционных и эндоскопических вмешательств при осложненных язвах желудка и ДПК**» изложены некоторые тактико-технические аспекты выполнения резекционных способов хирургического лечения осложненных пилородуоденальных язв.

**Модифицированный способ антрумрезекции желудка при осложненных пилородуоденальных язвах.** Экономная РЖ при ПДЯ, осложненной кровотечением, выполнена у 70 пациентов: по Бильрот I с различными вариантами ГДА у 61(87,3%) и по Бильрот-II – у 9(12,7%) больных. Эта операция показана больным кровоточащей ПДЯ со сравнительно малой степенью операционного риска (молодой возраст, легкая или средняя степень кровопотери), а также при сочетании кровотечения с субкомпенсированным и декомпенсированным стенозом. Нами разработана и внедрена в клиническую практику оригинальная методика экономной резекции желудка (патент № IAP 05306 АИС РУз). Суть операции заключается в экономной (антрум) РЖ с иссечением малого сальника и формированием однорядного ГДА (рис. 2-4).

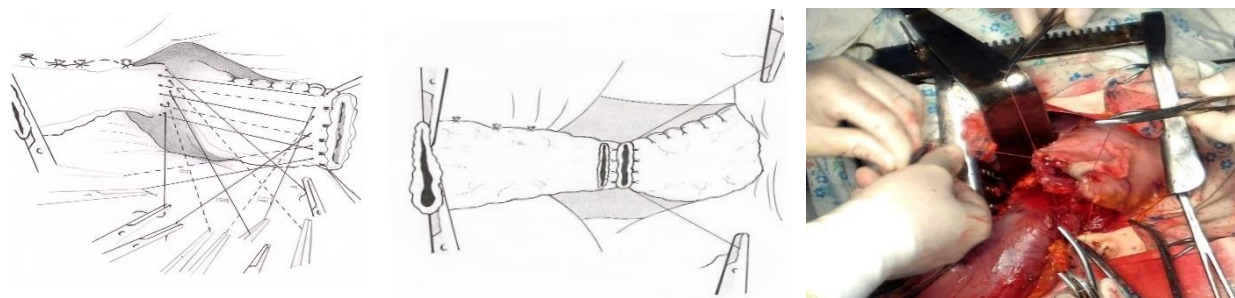
Одним из важных моментов при РЖ является выбор оптимального вида ГДА. При расположении язвы на передней стенке пилоруса или луковице ДПК целесообразно выполнить РЖ по Бильрот I с ГДА по Габереру – рис.5.



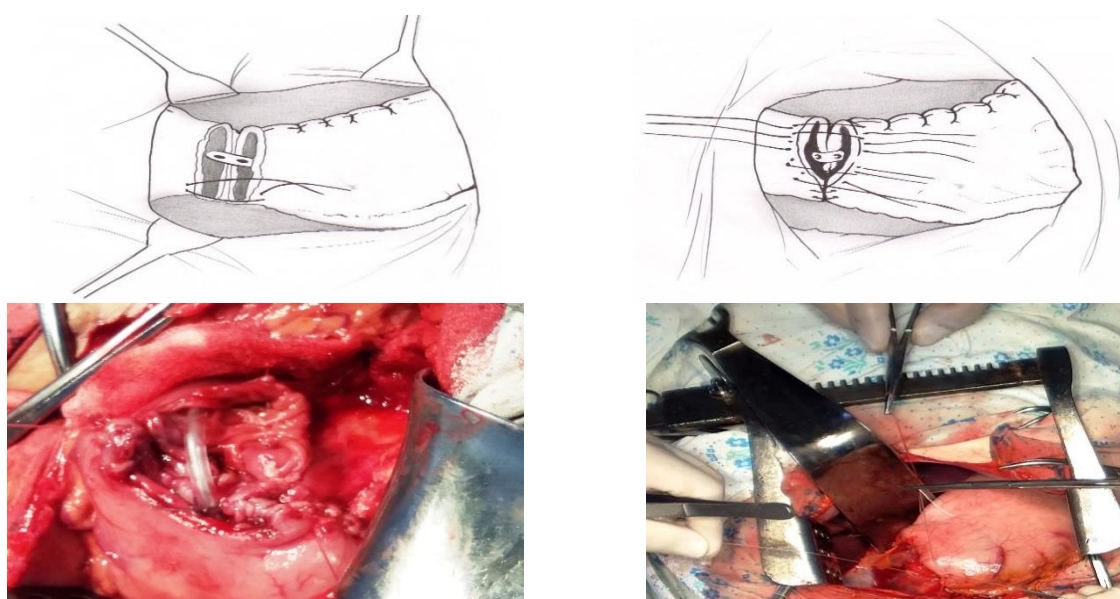
**Рис.2. а) Фото и б) схемы удаления резецируемой части желудка модифицированным вариантом**



**Рис.3. а) Фото и б) схема методики экономной резекции желудка**



**Рис.4. Схема: а) наложение серозно-мышечных однорядных швов на задние губы гастродуоденоанастомоза и б) рассечение задней стенки ДПК, в) Фото формирования задней губы анастомоза**



**Рис.5. а), б) Схемы и Фото б), г) ушивания передней губы гастродуоденоанастомоза.**

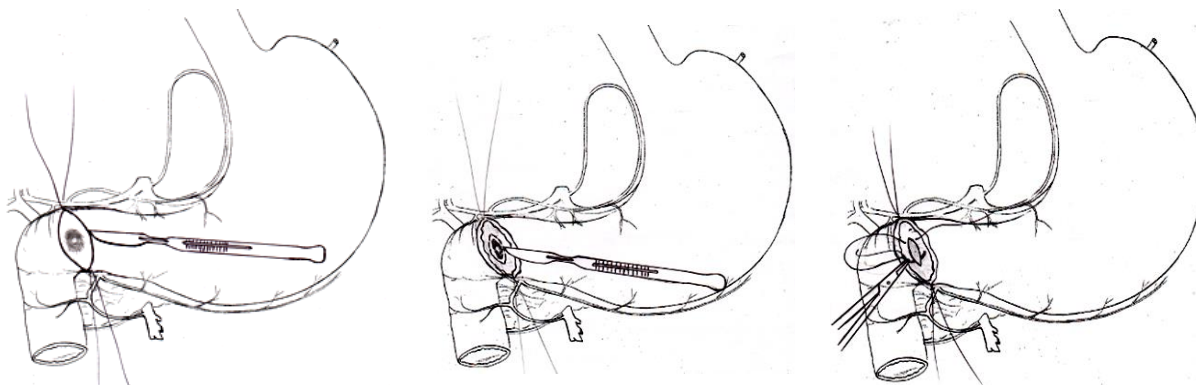
**Терминолатеральный поперечный и косой гастродуоденоанастомоз по Габереру-Финнею.** При «трудных, «зеркальных», пенетрирующих в поджелудочную железу язвах, деформирующих пилородуоденальный отдел предпочтение отдавали экономной резекции желудка с терминолатеральным поперечным ГДА (ТЛПГДА) или терминолатеральным косым ГДА (ТЛКГДА). При наложении ТЛКГДА также, как и при ТЛПГДА техника операции аналогична, только выполняют косо-переменную дуоденотомию на две трети окружности кишки на расстоянии 5-6 мм от ряда швов.

Предложенный способ иссечения малого сальника с экономной РЖ с наложением ГДА имеют следующие преимущества: 1) наложение однорядного шва упрощает технику операции; 2) сохраняется целостность основных стволов желудочно-сальниковых артерий, что позволяет обеспечить полноценное кровоснабжение культи желудка; 3) иссечением малого сальника, малой кривизны желудка осуществляется один из важных компонентов селективной ваготомии, сохраняя вагусную иннервацию кардии, большой кривизны желудка, печени, желчного пузыря и кишечника; 4) адекватно снижаются агрессивные факторы желудочного сока и они

корректируется фармакотерапией, что обеспечивает надёжную профилактику рецидива язв; 5) сохраняется значительная часть желудка, обеспечивая его резервуарную функцию; 6) наложение «гофрирующих» слизисто-мышечных швов на культю желудка обеспечивает адекватный гемостаз; 7) сохранение значительной части желудка расширяет показания к РЖ по Бильрот-I.

**Иссечение язв и выбор пилородуоденопластики при кровоточащих ПДЯ.** Операцией выбора при сочетанных осложнениях ПДЯ и у больных, у которых время операции лимитированы (прободная и кровоточащая язва, тяжесть состояния больных, требующих быстрого окончания операции, пожилой возраст), наиболее оптимальным и обоснованным является иссечение язвы и радикальная пилородуоденопластика (РПДП). Однако они нуждаются в динамическом диспансерном наблюдении с проведением эррадикационной и антисекреторной терапии.

При диагностировании язвы передней и задней стенки ПД области (патент №IAP 04962 АИС РУз), через дуоденальный дефект электроножом иссекаются края язвы задней стенки до дна его кратера (часто пенетрирующую в головку поджелудочной железы), отступя 5 мм. Такой прием позволяет избежать травмы поджелудочной железы. Дефект на задней стенке луковицы ушивается слизисто-подслизисто-мышечными узловыми швами, используя шёлковые нити, сопоставляют и адаптируют края задней стенки кишки. Тем самым дно кратера язвы остаётся за пределами кишечной трубки, т.е. производится экстрадуоденизация язв без использования пряди сальника (рис.6).



**Рис. 6. Этапы иссечения язв передней и задней стенки ПДЯ с ПДП**

Таким образом, техника наложения желудочно-кишечных анастомозов с использованием серозно-мышечно-подслизистых однорядных швов при ушивании малой кривизны желудка после экономной резекции, а также формирование различных видов гастродуоденоанастомозов и иссечение кровоточащих ПДЯ с пилородуоденопластикой на фоне антисекреторной терапии с эррадикацией *Нр*, позволяет выйти из трудной ситуации во время операции, исключить несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки и закончить вмешательство у большинство больных созданием пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке.

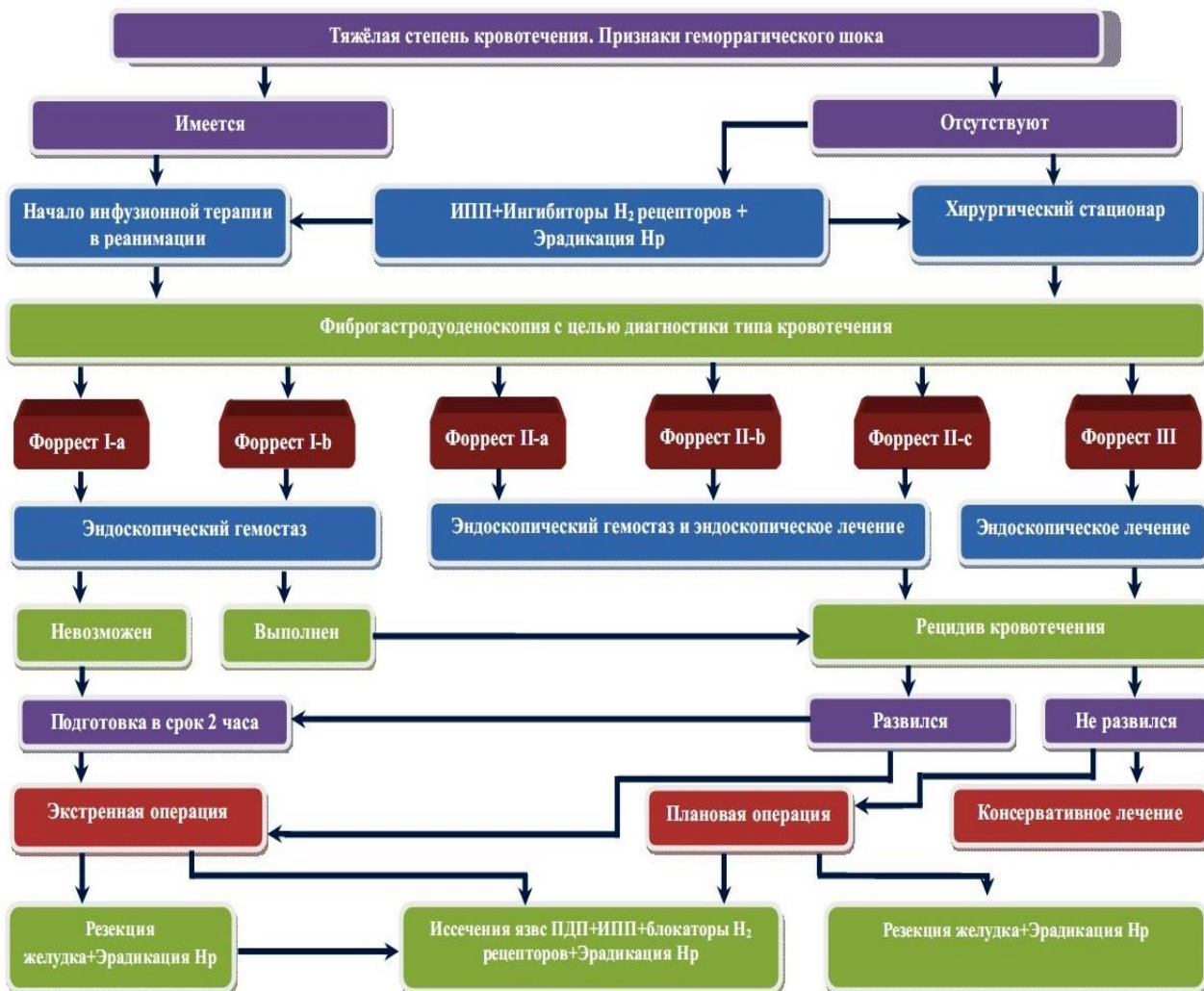
**Особенности назогастроуденального зондирования и желудочного «лаважа»** Выполнение первичных или реконструктивных резекционных операций, наложение новых анастомозов в условиях, когда имеется массивный спаечный или рубцовый процесс, отсутствие в большинстве случаев нормальной топографии и анатомии повышает вероятность возникновения ранних послеоперационных осложнений, связанных с нарушением МЭФЖ и ДПК, резким повышением внутрипросветного давления. Поэтому декомпрессия, ее использование при первичных и повторных операциях на желудке, ДПК, в особенности в области ГДА или ГЭА считается обязательной. Способы декомпрессии могут быть широко применены с целью профилактики ранних послеоперационных осложнений, предупреждая развитие в раннем послеоперационном периоде явления гипертензии и эти преимущества, и достоинства методики декомпрессии способствуют обратному развитию воспалительных изменений в «зоне интереса», и создаются условия для лучшего заживления. Кроме того, декомпрессия в условиях оперированного желудка и ДПК способствует более быстрому восстановлению моторно-эвакуаторной функции этих органов, нормализации гомеостаза пепсиногена, быстрой ликвидации воспалительных явлений культи желудка и область анастомоза (патент № IAP 2019 0518 АИС РУз).

**Особенности эндоскопической диагностики и резекции раннего малигнизированного рака слизистой желудка.** Современные эндоскопические методы исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта позволяют обнаружить ранний рак предельно малых размеров и обеспечивают оптическую верификацию таких опухолей. Однако, применение эндоскопических методов лечения раннего рака желудка ограничено опасностью лимфогенного метастазирования, при котором, необходима лапаротомия и резекция или удаление органа с регионарной лимфодиссекцией. Несмотря на то, что лечебно-оперативные вмешательства при внутрипросветной эндоскопии ракового поражения желудка в клинической практике, применяются достаточно давно и уже этому разделу онкохирургии посвящены научные исследования (Гринкевич М.В., 2017), в нашей стране впервые эта методика применена в этом году и выполнена сотрудниками эндоскопического отделения РСНПМЦХ им. В.Вахидова, и на данный момент имеется опыт эндоскопической эксцизии у 5 пациентов

Пятая глава диссертации **«Оптимизация тактических аспектов хирургического лечения осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки»** посвящена формированию тактических алгоритмов ведения различных осложнений язвенной болезни. На рис. 7 приведен алгоритм лечебно-диагностической тактики при язвенных пилородуоденальных кровотечениях.

По результатам сводного распределения больных по предпринятой первичной тактике лечения видно, что доля эндоскопических вмешательств была выше в основной группе и составила 35,4%, тогда как в группе сравнения данный показатель был 19,7%. Консервативная терапия, в качестве основного метода лечения предпринята в половине случаев (55,4% и 49,4%). Частота хирургической

тактики лечения с достоверной разницей была выше в группе сравнения и составила 24,8% против 15,2% в основной группе пациентов ( $\chi^2=25,533$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ).

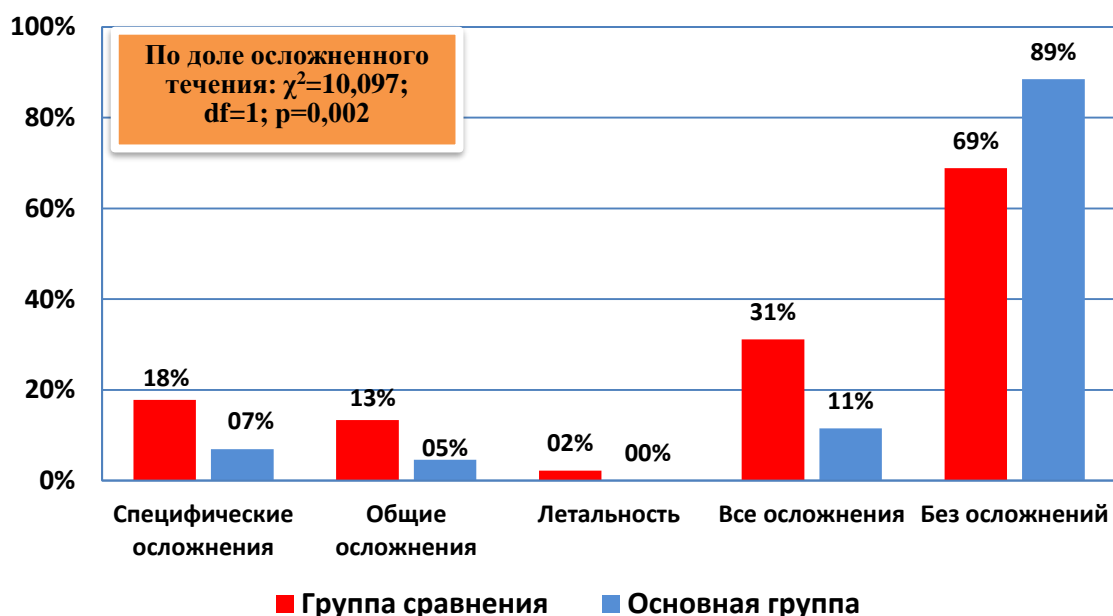


**Рис.7. Лечебно-диагностический алгоритм ведения больных с кровоточащими пилородуоденальными язвами**

При язвенной болезни ДПК и желудка, осложненной кровотечением в большинстве случаев выполнялась резекция желудка по Б-I, составив 48,9% (44 из 90 пациентов), тогда как операция с иссечением язвы с пилородуоденопластикой выполнена с частотой в 42,2% (38 из 90 оперированных). В основной группе преимущественно выполнялось иссечение язвы с пилородуоденопластикой (75,9%; 66 из 87 оперированных), а показатель частоты операции резекции желудка по Б-I составил 21,8% (19 из 87). Прошивание кровоточащей язвы выполнено только в группе сравнения и с низкой частотой (2,2%; 2 случая из 90).

Анализ данных по частоте ранних послеоперационных осложнений показал, что специфические осложнения, такие как несостоятельность культи ДПК, несостоятельность ГДА, анастомозит, гастростаз, кровотечение и панкреатит, чаще были выявлены в группе сравнения и составили 17,8% (16 наблюдений), тогда как данный показатель в основной группе составил 6,9%

(6 случаев) с достоверной разницей. Что касается общих осложнений (бронхолегочные, сердечно-сосудистые, нагноение раны и эвентрация), тут также наблюдается значимо более высокая частота среди пациентов группы сравнения – 13,3% против 4,6% в основной группе (рис. 8).



**Рис. 8. Результаты хирургического лечения язвенной болезни, осложненной кровотечением**

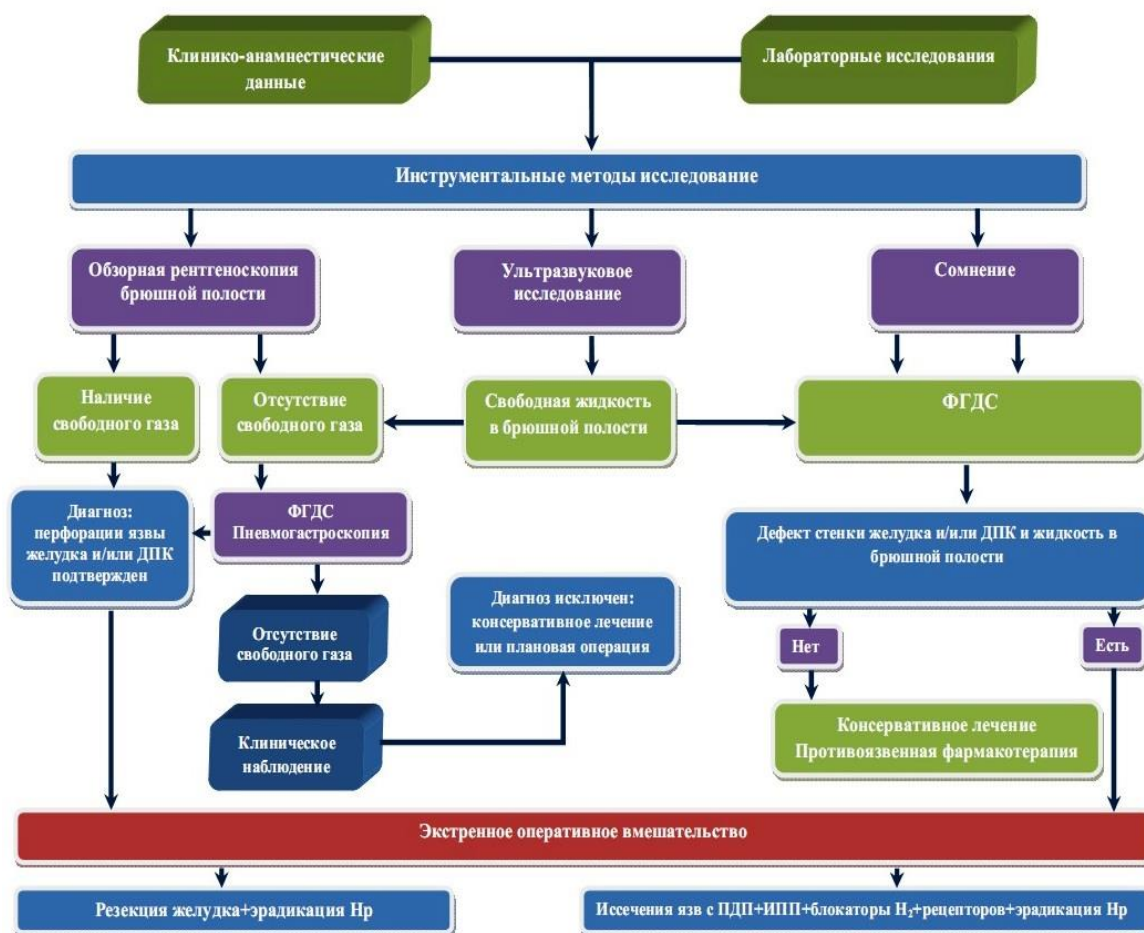
Таким образом, выполнение модифицированных методик резекционных и органосохраняющих операций при язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной кровотечением в совокупности с оптимизацией тактических аспектов выбора метода лечения этой категории пациентов позволило снизить частоту специфических осложнений с 17,8% (у 16 из 90 пациентов в группе сравнения) до 6,9% (у 6 из 87 больных в основной группе), общих осложнений с 13,3% (у 12 из 90) до 4,6% (у 4 из 87) и летальности с 2,2% (2 в группе сравнения) до 0, что в целом обусловило повышение доли неосложненного течения послеоперационного периода с 68,9% (62 в группе сравнения) до 88,5% (77 в основной группе) ( $\chi^2=10,097$ ;  $df=1$ ;  $p=0,002$ ).

**Выбор тактики лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией.** В исследование включены всего 159 пациентов с перфоративными язвами: 147 и 12 наблюдений с перфорацией язв ДПК и желудка соответственно. Пациенты распределены на две группы: группа сравнения (n=90) и основная группа (n=69). С целью оптимизации результатов диагностики и лечения пациентов с перфоративными ПДЯ, был создан алгоритм (Программа для диагностики и выбора тактики лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки № DGU 04273- свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ- 2017г) (рис. 9).

В большинстве случаев перфоративных язв желудка и ДПК выполнены иссечение язв с пилородуоденопластикой – 78,9% (71 из 90 наблюдений) и 76,8% (53 из 69 наблюдений) в группе сравнения и основной группе



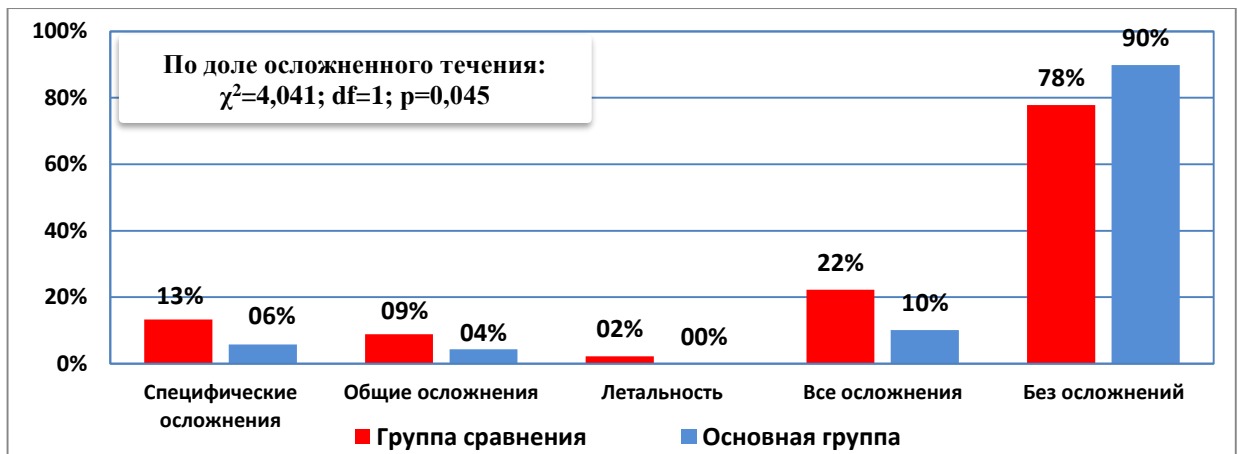
соответственно. Частота выполнения резекций желудка по Б-I составила 10,0% в группе сравнения и 11,6% - в основной группе, по Б-II—4,4% и 0,0% в группе сравнения и основной группе соответственно. Лапароскопическое ушивание прободной язвы было выполнено только в основной группе с частотой в 11,6% (8 случаев).



**Рис. 9. Лечебно-диагностический алгоритм ведения больных с перфоративными пилородуоденальными язвами**

Частота всех послеоперационных осложнений в группе сравнения составила 22,2%, что было достоверно выше, чем в основной группе, где данный показатель составил 10,1% ( $\chi^2=4,041$ ;  $df=1$ ;  $p=0,045$ ). Летальность в группе сравнения составила 2,2% (2 случая), тогда как в основной группе летальных исходов не наблюдалось (рис. 10).

Таким образом, применение усовершенствованных способов хирургического лечения язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной перфорацией с преимущественным выполнением органосохраняющих операций, позволило снизить частоту специфических осложнений с 13,3% (у 12 из 90 пациентов в группе сравнения) до 5,8% (у 4 из 69 больных в основной группе), общих осложнений с 8,9% (у 8 из 90) до 4,3% (у 3 из 69) и летальности с 2,2% (2 в группе сравнения) до 0, что обеспечило улучшение доли неосложненного течения послеоперационного периода с 77,8% (70 в группе сравнения) до 89,9% (62 в основной группе) ( $\chi^2=4,041$ ;  $df=1$ ;  $p=0,045$ ).



**Рис. 10. Результаты хирургического лечения язвенной болезни, осложненной перфорацией**

**Выбор тактики лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом. Далее разработан алгоритм выбора тактики лечения язвенной болезни, осложненной пилородуоденальным стенозом (рис. 11).**



**Рис.11. Лечебный алгоритм ведения больных с стенозирующими пилородуоденальными язвами**

Расширение комплекса предоперационной подготовки больных с пилородуоденальным стенозом за счет включения эндоскопического бужирования наряду с другими вариантами (зондирование, консервативная терапия) позволяет улучшить не только состояние пациентов, но и моторно-эвакуаторную функцию желудка ( $\chi^2=4,461$ ;  $df=1$ ;  $p=0,035$ ), что в целом в совокупности с увеличением доли органосохраняющих операций обусловило снижение частоты специфических осложнений с 13,6% (у 20 из 147 пациентов в группе сравнения) до 7,0% (у 6 из 86 больных в основной группе), общих

осложнений с 10,2% (у 15 из 147) до 5,8% (у 5 из 86) и летальности с 1,4% (2 в группе сравнения) до 0. Соответственно доля неосложненного течения послеоперационного периода возросла с 76,2% (112 в группе сравнения) до 87,2% (75 в основной группе) ( $\chi^2=4,158$ ;  $df=1$ ;  $p=0,042$ ).

В шестой главе показаны **«Результаты исследования моторно-эвакуаторной функции желудка после различных операций»**. Всем пациентам на 6-е сутки после операции с целью изучения моторно-эвакуаторной функции желудка выполнена рентгеноскопия брюшной полости с контролем эвакуации. Контроль пассажа бария прослежен у 124 пациентов в основной и 92 пациентов в группе сравнения после различных хирургических вмешательств по поводу язвенной болезни ДПК и желудка.

Изучение эвакуаторной функции желудка после операций по поводу осложнений язвенной болезни желудка и ДПК показало, что применение усовершенствованных методик резекции и органосохраняющих вмешательств позволило улучшить показатель нормальной функциональной активности с 39,1% (у 36 из обследованных 92 пациентов в группе сравнения) до 54,8% (у 68 из 124 больных в основной группе), тогда как ускоренная эвакуация отмечена в 41,3% (у 38 в группе сравнения) и 26,6% (у 33 в основной группе), а замедленная эвакуация у 19,6% (18) и 18,5% (23) ( $\chi^2=6,203$ ;  $df=2$ ;  $p=0,045$ ).

Изучение показателей кислотопродуцирующей функции желудка до и после различных операций показало, что уровень БПК и МПК снизились до достаточно низких цифр. При резекции желудка по Б-I в группе сравнения БПК снизилось от  $8,4\pm 0,4$  ммоль/ч до  $0,82\pm 0,12$  ммоль/ч, а МПК от  $26,6\pm 1,1$  ммоль/ч до  $1,18\pm 0,11$  ммоль/ч; в основной группе БПК снизилось с  $8,5\pm 0,2$  ммоль/ч до  $0,96\pm 0,15$  ммоль/ч, а МПК с  $27,3\pm 0,9$  до  $1,25\pm 0,14$  ммоль/ч.

При резекции желудка по Б-II в группе сравнения БПК снизилось от  $8,1\pm 0,2$  ммоль/ч до  $0,15\pm 0,02$  ммоль/ч, а МПК от  $27,6\pm 1,2$  ммоль/ч до  $0,31\pm 0,03$  ммоль/ч; в основной группе БПК снизилось от  $7,6\pm 0,4$  ммоль/ч до  $0,19\pm 0,02$  ммоль/ч, а МПК от  $28,5\pm 1,4$  ммоль/ч до  $0,37\pm 0,04$  ммоль/ч. При иссечении с пластикой в группе сравнения БПК снизилось от  $8,5\pm 0,2$  ммоль/ч до  $4,25\pm 0,3$  ммоль/ч, а МПК от  $27,7\pm 1,2$  ммоль/ч до  $19,2\pm 1,0$  ммоль/ч; в основной группе БПК снизилось от  $8,9\pm 0,3$  ммоль/ч до  $4,12\pm 0,4$  ммоль/ч, а МПК от  $28,7\pm 1,4$  ммоль/ч до  $17,3\pm 0,8$  ммоль/ч.

Значение показателей пепсиногена крови натощак у больных после резекции желудка по Б-I при 6-ти суточной назогастральной аспирации в основной группе составило  $89,4\pm 3,9$  титр.ед/мл, что в сравнительном аспекте было достоверно ниже, чем при проведении только 3-х суточного зондирования в группе сравнения, где данный показатель составил  $111,5\pm 4,8$  титр.ед/мл (Т-критерий 3,57;  $P<0,01$ ). Значение показателей пепсиногена крови натощак у больных после резекции желудка Б-II при 6-ти суточной назогастральной аспирации в основной группе составило  $105,1\pm 4,2$  титр.ед/мл, что в сравнительном аспекте было достоверно ниже, чем при проведении только 3-х суточного зондирования в группе сравнения, где данный показатель составил  $119,4\pm 4,6$  титр.ед/мл (Т-критерий 2,30;  $P<0,05$ ). Значение показателей пепсиногена крови натощак у больных после иссечения язв с пластикой при 6-

ти суточной назогастральной аспирации в основной группе составило  $67,8 \pm 4,1$  титр.ед/мл, что в сравнительном аспекте было достоверно ниже, чем при проведении только 3-х суточного зондирования в группе сравнения, где данный показатель составил  $81,5 \pm 3,8$  титр.ед/мл (Т-критерий 2,45;  $P < 0,01$ ).

В седьмой главе «Сравнительная оценка результатов хирургического лечения на осложненные формы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки» изучены результаты различных оперативных вмешательств при осложненных ПДЯ. Сравнительный анализ показал, что применение предложенных алгоритмов позволило изменить структуру тактических подходов к выбору оптимального способа язвенной болезни желудка и ДПК, когда при небольшой разнице по доле консервативных мероприятий (28,4% - 151 из 531 больного в группе сравнения и 36,3% - 235 из 647 пациентов в основной группе), отмечено увеличение эндоскопических вмешательств с 10,0% (53 в группе сравнения) до 26,3% (170 в основной группе) и соответственно снижение хирургической активности с 61,6% (327 больных) до 37,4% (242 пациента) ( $\chi^2=81,733$ ;  $p < 0,001$ ). Применение усовершенствованных тактико-технических подходов к хирургическому лечению язвенной болезни желудка и ДПК позволило изменить структуру оперативных вмешательств с увеличением доли органосохраняющих операций с 35,2% (115 из 327 больных в группе сравнения) до 59,9% (145 из 242 пациентов в основной группе) ( $p < 0,001$ ), снизить частоту специфических осложнений с 14,7% (у 48 из 327 пациентов в группе сравнения) до 6,6% (у 16 из 242 больных в основной группе), общих осложнений с 10,7% (у 35 из 327) до 5,0% (у 12 из 242) и в целом повысить вероятность неосложненного течения раннего послеоперационного периода с 74,6% (244 в группе сравнения) до 88,4% (214 в основной группе) ( $\chi^2=16,897$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,001$ ).

Результаты операций в отдаленный период оценены по критериям Visik (1948) с некоторыми дополнениями, разработанными в НИИ хирургии им. А.В. Вишневого (Россия) (рис. 12).

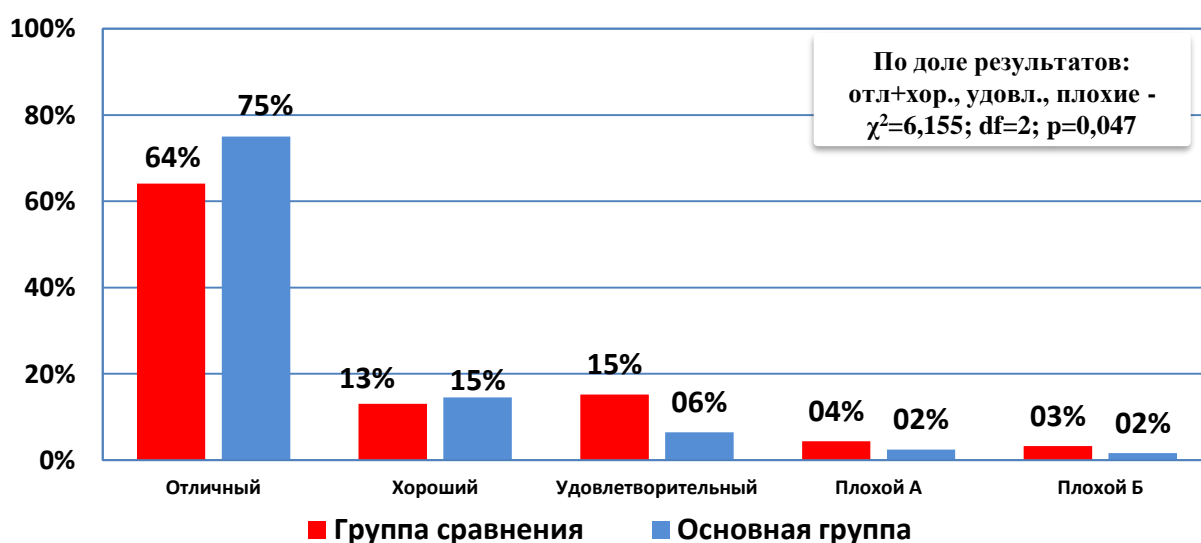


Рис. 12. Сводные отдаленные результаты после всех операций по поводу язвенной болезни желудка и ДПК в группах сравнения

Анализ показал, что совершенствование тактико-технических подходов к хирургическому лечению этой категории больных позволило увеличить долю отличных и хороших результатов с 77,2% (у 71 из 94 больных в группе сравнения) до 89,5% (у 111 из 124 пациентов в основной группе), получить удовлетворительные результаты у 15,2% (14 в группе сравнения) и 6,5% (8 в основной группе) и снизить частоту неудовлетворительных результатов с 7,6% (у 7 из 92 пациентов в группе сравнения) до 4,0% (у 5 из 124 больных в основной группе) ( $\chi^2=6,155$ ;  $df=2$ ;  $p=0,047$ ).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Интенсивный показатель распространенности язвенной болезни желудка и ДПК в Ферганской долине увеличился со  $109,8 \pm 9,3$  на 100.000 населения за 1980-1984 гг до  $172,8 \pm 4,1$  за 2012-2018 гг ( $t=6,20$ ;  $P<0,001$ ) при этом частота впервые выявленных случаев заболевания возросла с  $18,6 \pm 1,6$  до  $105,6 \pm 12,4$  на 100.000 населения ( $t=6,96$ ;  $P<0,001$ ).

2. За сравниваемые временные периоды (1980-1984 гг и 2012-2018 гг) отмечено достоверное снижение показателя хирургической активности (с 12,0% до 8,5%;  $P<0,001$ ), при этом выявлен обратный пропорциональный рост летальности (с 2,23% до 3,11%;  $p=0,008$ ), что было обусловлено увеличением летальности после экстренных вмешательств (с 3,34% до 5,40%;  $p=0,003$ ) на фоне снижения этого показателя в плановой хирургии (с 1,64% до 0,70%;  $p<0,001$ ).

3. Совершенствование тактических подходов к лечению язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной кровотечением с расширением показаний для профилактического выполнения гемостатических эндоскопических вмешательств позволило сократить вероятность развития раннего рецидива геморрагии с 7,7% до 2,9% ( $p=0,006$ ) и в целом достоверно сократить необходимость хирургического лечения с 30,6% до 17,7% ( $p<0,001$ ).

4. Выполнение модифицированных методик резекционных и органосохраняющих операций при язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной кровотечением в совокупности с оптимизацией тактических аспектов выбора метода лечения этой категории пациентов позволило снизить частоту специфических осложнений с 17,8% до 6,9%, общих осложнений с 13,3% до 4,6% и летальности с 2,2% до 0, что в целом обусловило повышение доли неосложненного течения послеоперационного периода с 68,9% до 88,5% ( $p=0,002$ ).

5. Применение усовершенствованных способов хирургического лечения язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной перфорацией с преимущественным выполнением органосохраняющих операций, позволило снизить частоту специфических осложнений с 13,3% до 5,8%, общих осложнений с 8,9% до 4,3% и летальности с 2,2% до 0, что обеспечило улучшение доли неосложненного течения послеоперационного периода с 77,8% до 89,9% ( $p=0,045$ ).

6. Расширение комплекса предоперационной подготовки больных с пилородуоденальным стенозом за счет включения эндоскопического бужирования наряду с другими вариантами (зондирование, консервативная терапия) позволяет улучшить не только состояние пациентов, но и моторно-эвакуаторную функцию желудка ( $p=0,035$ ), что в целом в совокупности с увеличением доли органосохраняющих операций обусловило снижение частоты специфических осложнений с 13,6% до 7,0%, общих осложнений с 10,2% до 5,8% и летальности с 1,4% до 0. Соответственно доля неосложненного течения послеоперационного периода возросла с 76,2% до 87,2% ( $p=0,042$ ).

7. Изучение влияния модифицированных методик хирургического лечения осложнений язвенной болезни на функцию желудка показало, что при сопоставимости результатов по динамике кислотопродуцирующей активности, отмечено увеличение доли послеоперационной нормальной моторно-эвакуаторной функции с 39,1% в группе сравнения до 54,8% в основной группе, а также достоверно более значимое снижение пепсиногена в крови при проведении 6-ти суточной назогастральной аспирации.

8. Применение усовершенствованных тактико-технических подходов к хирургическому лечению язвенной болезни желудка и ДПК позволило изменить структуру оперативных вмешательств с увеличением доли органосохраняющих операций с 35,2% до 59,9% ( $p<0,001$ ), снизить частоту специфических осложнений с 14,7% до 6,6%, общих осложнений с 10,7% до 5,0% и в целом повысить вероятность неосложненного течения раннего послеоперационного периода с 74,6% до 88,4% ( $p<0,001$ ).

9. Сравнительный анализ отдаленных результатов операций по поводу осложнений язвенной болезни желудка и ДПК показал, что совершенствование тактико-технических подходов к хирургическому лечению этой категории больных позволило увеличить долю отличных и хороших результатов с 77,2% до 89,5%, получить удовлетворительные результаты у 15,2% и 6,5% и снизить частоту неудовлетворительных результатов с 7,6% до 4,0 ( $p=0,047$ ).

10. Изучение качества жизни больных после операций по поводу осложнений язвенной болезни желудка и ДПК показало, что в основной группе получены достоверно лучшие показатели по шкалам "Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием", "Общее состояние здоровья" и "Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием" ( $p<0,05$ ).

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

---

**ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE**

**NISHANOV MURODJON FOZILJONOVICH**

**COMPETITIVE PROSPECTS FOR ENDOSCOPIC AND TRADITIONAL  
INTERVENTIONS FOR COMPLICATED FORMS OF GASTRIC AND  
DUODENAL ULCER**

**14.00.27 – Surgery**

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

**TASHKENT – 2020**

**Subject of doctoral dissertation (DSc) is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the № B2019.4.DSc/Tib379.**

The dissertation has been done in the Andijan State Medical Institute.

Abstract of the doctoral dissertation in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)) has been posted on the website of Scientific council (www.rscs.uz) and the information-educational portal «Ziyonet» at (www.ziyonet.uz).

<b>Scientific adviser:</b>	<b>Nazyrov Feruz Gafurovich</b> doctor of medicine, professor, Academician
<b>Official opponents:</b>	<b>Gurbanhan Fatali oglu Muslimov</b> doctor of medicine, professor
	<b>Khakimov Murod Shavkatovich</b> doctor of medicine, professor
	<b>Sadykov Rustam Abrarovich</b> doctor of medicine, professor
<b>Leading organization:</b>	<b>Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino (Republic of Tajikistan)</b>

The defense will be take place on «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 at \_\_\_ o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.27.06.2017.Tib.49.01 at the Republican specialized scientific and practical medical Centre of surgery named after academician V.Vakhidov and Tashkent Medical Academy. (Address: 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str. 10, Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov; Phone: (99891) 227-69-10; fax: (99871) 227-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

The doctoral dissertation is available in the Information Resource Center of the Republican specialized scientific and practical medical Centre of surgery named after academician V.Vakhidov (Registration number №109), (Address 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str., 10. Phone: (99871) 227-69-10; fax (99871) 227-26-42).

Abstract of the dissertation sent out on «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020.  
(mailing report № \_\_\_ of \_\_\_\_\_ 2020).

**H.K. Abralov**

Vice-chairman of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine

**A.Kh.Babadjanov**

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

**A.V. Devyatov**

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



## INTRODUCTION (ABSTRACT OF DOCTORAL DISSERTATION)

**The aim of the research work is** to improve the results of treatment of patients with complicated forms of chronic gastric and duodenal ulcers by improving the tactical and technical aspects of surgical treatment.

**The object of the research work** were 1185 patients with complicated stomach and duodenal ulcers who were examined and treated in the III-surgical department of the clinic of the Andijan State Medical Institute for the period from 2007 to 2018.

**The scientific novelty of the research work is following:**

an intensive indicator of the prevalence of gastric ulcer and duodenal ulcer among the population of the Fergana Valley was determined with the verification of the clinical and pathogenetic features of the course of the disease, the localization of the process and the nature of complications;

a method for economical resection of the stomach with the imposition of gastroduodenoanastomosis with a single-row suture and with excision of the lesser omentum has been developed as an option for surgical treatment of patients with various complications of gastric ulcer and duodenal ulcer;

a method of antrum resection of the stomach with the imposition of a terminolateral oblique gastroduodenoanastomosis with a single-row suture has been developed, which differs from standard techniques in less trauma and a reduced risk of developing functional post-resection complications;

an organ-preserving method of surgical treatment of complications of peptic ulcer disease of pyloroduodenal localization was developed, providing for excision of the ulcer and performing pyloroduodenoplasty with a single-row suture;

it was determined that the performance of endoscopic interventions with a prophylactic purpose in spontaneous hemostasis against the background of bleeding from an ulcer of the upper gastrointestinal tract helps to reduce the risk of early recurrence of hemorrhagic syndrome and the need for emergency surgical treatment;

clarified the clinical and functional features of the influence of complex preoperative preparation of patients with decompensated stage of pyloroduodenal stenosis with the inclusion of endoscopic bougienage on the somatic status of patients and motor-evacuation function of the stomach;

the pathognomonic features of the state of acid-producing and motor-evacuation function of the stomach after the implementation of the proposed organ-preserving methods of surgical treatment of complications of gastric ulcer and duodenal ulcer were determined.

**Introduction of research results.** According to the results of scientific research to improve the quality of high-tech care provided to patients with complicated forms of gastric ulcer and duodenal ulcer:

a "Method for the surgical treatment of ulcers of double localization complicated by perforation in duodenal ulcer disease" has been developed (Intellectual Property Agency of the Republic of Uzbekistan, Patent for invention

No. IAP 04962 dated October 22, 2014). The proposed method made it possible to reduce the incidence of postoperative complications in the surgical treatment of peptic ulcer disease complicated by perforation;

developed "Method of gastric resection and gastroduodenoanastomosis" (Intellectual Property Agency of the Republic of Uzbekistan, Patent for invention No. IAP 05306 dated November 24, 2016). The proposed method has improved the results of surgical treatment of gastric ulcer;

developed "Method of antrum resection of the stomach and the imposition of terminolateral oblique gastroduodenal anastomosis" (Intellectual Property Agency of the Republic of Uzbekistan, Patent for invention No. IAP 06188 dated March 13, 2020). The proposed method made it possible to improve the results of surgical treatment of duodenal ulcer;

methodological recommendations "Algorithm of surgical tactics for bleeding from stomach and duodenal ulcers" were developed (certificate of the Ministry of Health No. 8n-z / 95 dated August 3, 2020). The developed recommendations made it possible to improve the results of treatment of gastric ulcer and duodenal ulcer, especially in the group with a complicated course of the disease

methodological recommendations "Method of surgical treatment of perforated gastric ulcers and duodenal ulcers" were developed (certificate of the Ministry of Health No. 8n-z / 95 dated August 3, 2020). The proposed recommendations have reduced the likelihood of early recurrence of hemorrhage and the need for surgical treatment;

methodological recommendations were developed "Method of surgical treatment of gastric ulcer and duodenal ulcer complicated by stenosis" (certificate of the Ministry of Health No. 8n-z / 95 dated August 3, 2020). The proposed recommendations made it possible to increase the proportion of excellent and good results, reduce the incidence of unsatisfactory results, and reduce the incidence of specific and general complications and mortality.

**Structure and scope of the dissertation.** The thesis consists of an introduction, seven chapters, conclusions, and a list of cited literature. The volume of work is 185 pages.

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

**I бўлим (I часть; I part)**

1. Нишонов Ф.Н., Ботиров А.К., Абдирайимов Б.А., Абдуллажонов Б.Р., Нишанов М.Ф. Способ хирургического лечения язв двойной локализации, осложненных перфорацией при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Агентство по интеллектуальной собственности республики Узбекистан, Патент на изобретение №IAP 04962, 2014.

2. Нишанов М.Ф., Назыров Ф.Г., Нишонов Ф.Н., Абдуллажонов Б.Р., Турсунов Б.К. Способ резекции желудка и наложения гастродуоденоанастомоза // Агентство по интеллектуальной собственности республики Узбекистан, Патент на изобретение №IAP 05306, 2016.

3. Нишонов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Абдуллажонов Б.Р., Бозоров Н.Э., Хожиметов Д.Ш., Рахмонов Б.Б. Способ антрумрезекции желудка и наложения терминолатерального косога гастродуоденоанастомоза // Агентство по интеллектуальной собственности республики Узбекистан, Патент на изобретение №IAP 06188, 2020.

4. Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Турсунов Б.К., Рустамов Ж.А., Хожиметов Д.Ш. Обоснования декомпрессии и желудочно-кишечного лаважа области анастомозов в хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Теоретическая и клиническая медицина. -№2. 2015. Стр-71-74. (14.00.00, №3).

5. Назыров Ф.Г., Нишанов М.Ф., Рустамов Ж.А., Хожиметов Д.Ш., Гофуров У., Рахманов Б.Б. Особенности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у жителей Ферганской долины // Инфекция, Иммунология и Фармакология -№3. 2015. Стр-120-123. (14.00.00, №15).

6. Нишанов Ф.Н., Абдуллажонов Б.Р., Нишанов М.Ф., Гафуров У., Отакузиев А.З. Современное состояние проблемы и хирургическая тактика при дуоденальных кровотечениях язвенного генеза (обзор литературы) // Инфекция, Иммунология и Фармакология -№3. 2015. Стр-131-136. (14.00.00, №15).

7. Нишанов Ф.Н., Турсунов Б.К., Нишанов М.Ф., Бозоров Н.Э., Шерматов А.А. Моторно-эвакуаторные расстройства желудочно-кишечного тракта и способы коррекции их в раннем послеоперационном периоде при хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Терапевтический вестник Узбекистана -№3. 2015. Стр-353-357. (14.00.00, №7).

8. Нишанов Ф.Н., Турсунов Б.К., Нишанов М.Ф., Шерматов А.А. Гастродуоденальная аспирация в послеоперационном периоде, ее значение в изменении ферментного гомеостаза при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И Пирогова. -№3. Москва 2015. Стр-79-82 (14.00.00, №16).

9. Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Хожиметов Д.Ш., Роббидинов Б.С. Хирургическая тактика при сочетанных осложнениях язв двенадцатиперстной кишки // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. -№3. Москва 2018. Стр-43-46 (14.00.00, №16).
10. Нишанов М.Ф., Нишанов Ф.Н., Абдуллажонов Б.Р., Ибрагимов Б.И., Каримжонов Х.А. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная пилородуоденальным стенозом, как проблема хирургической гастроэнтерологии (обзор литературы) // Теоретическая и клиническая медицина. -№2. 2018. Стр-87-91. (14.00.00, №3).
11. Нишанов Ф.Н., Абдуллажонов Б.Р., Нишанов М.Ф., Ибрагимов Б.И., Каримжонов Х.А. Язвенные гастродуоденальные кровотечения у пожилых (обзор литературы) // Теоретическая и клиническая медицина. -№2. 2018. Стр-44-48. (14.00.00, №3).
12. Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Абдуллажонов Б.Р., Мамарасулов М.К., Роббидинов Б.С. Хирургическая тактика и выбор фармакотерапии при стенозирующих пилородуоденальных язв // Вестник «Ташкентской медицинской академии». -№2. 2019. Стр-109-113. (14.00.00, №13).
13. Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Хожиметов Д.Ш., Мамарасулов М.К., Роббидинов Б.С. Сочетание фармакотерапии с методами операции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Теоретическая и клиническая медицина. -№4. 2019. Стр-77-80. (14.00.00, №3).
14. Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Хожиметов Д.Ш., Роббидинов Б.С. Выбор тактики лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией // «Спорт и медицина» -№3-4 2019. Стр-92-95. (14.00.00, №23).
15. Нишанов М.Ф. Эпидемиологические аспекты язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в Ферганской долине // Научно-практический журнал «Хирургия Узбекистана» -№4. 2019. Стр-47-52 (14.00.00, №9).
16. Nazirov F.G., Nishanov M.F., Bozorov N.E., Egamov S.Sh., Khojimetov D.Sh. Duodenal ulcer complicated by piloroduodenal stenosis: Technical and Tactical approaches of treatment // American journal of Medicine and Medical Sciences -№10 (2), 2020. 96-101 (14.00.00, №2).
17. Nishanov F.N., Nishanov M.F., Egamov S.Sh., Mamarasulov M.K., Robbidinov B.S. Optimization of treatment tactics of bleeding gastric and duodenal ulcers // American journal of Medicine and Medical Sciences -№10 (2), 2020. 106-111 (14.00.00, №2).
18. Nazirov F.G., Nishanov M.F., Nishonov F.N., Bozorov N.I., Khojimetov D.Sh. Modern aspects of surgical treatment of pyloroduodenal ulcers // International Journal of Psychosocial Rehabilitation. Volume 24, Special Issue 1, Jan-Feb 2020. 431-436. <https://doi.org/10.37200/ijpr/v24sp1/pr201175> (№5, SCOPUS, IF 0.19).

## II бўлим (II часть; part II)

19. Нишанов М.Ф., Нишонов Ф.Н., Абдуллажонов Б.Р., Усмонов У.Д., Эгамов С.Ш., Каримов М.А., Хожиметов Д.Ш. Программа для выбора тактики лечения и диагностики перфоративных язв двенадцатиперстной кишки // Агентство по интеллектуальной собственности республики Узбекистан, свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин. 31.01.2017 г., № DGU 04273.

20. Нишанов М.Ф., Нишонов Ф.Н., Рустамов Ж.А., Эгамов С.Ш., Ботиров Ж.А. Программа лечебно-диагностической тактики ведения больных с язвенными пилородуоденальными кровотечениями // Агентство по интеллектуальной собственности республики Узбекистан, свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин. 28.12.2016 г., № DGU 04204.

21. Нишанов М.Ф., Нишонов Ф.Н., Бозоров Н.Э., Усмонов У.Д., Отакузиев А.З., Эгамов С.Ш., Каримов М.А. Программа лечебно-диагностической тактики ведения больных с язвенными пилородуоденальными кровотечениями // Агентство по интеллектуальной собственности республики Узбекистан, свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин. 31.01.2017 г., № DGU 04274.

22. Назиров Ф.Г., Нишанов М.Ф. «Способ хирургического лечения перфоративных язв желудка и ДПК». Методические рекомендации. 2019; 20.

23. Нишанов М.Ф. «Способ хирургического лечения при язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной стенозом». Методические рекомендации. 2019; 24.

24. Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф. «Алгоритм хирургической тактики при кровотечениях из язв желудка и ДПК». Методические рекомендации. 2019; 22.

25. Ботиров А.К., Абдурайимов Б.А. Нишанов М.Ф. Медикаментозная ваготомия» у больных, перенесших иссечение прободной дуоденальной язвы с дуоденопластикой // Материалы 12-го международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербурга – Гастро-2010» Россия. – Санкт-Петербург, -№2-3. 2010. М8.

26. Абдуллажанов Б.Р., Абдирайимов Б.А., Бозоров Н.Э., Нишанов М.Ф. Первичная резекция желудка при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки // Материалы 13-го международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербурга – Гастро-2011» Россия. – Санкт-Петербург, -№2-3. 2011. М1.

27. Нишанов М.Ф. Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А., Абдуллажонов А.Б. Совершенствование хирургической тактики при язвенной болезни как профилактика послеоперационных осложнений // Новые технологии в хирургии. Материалы всероссийской научно-практической конференции Санкт-Петербург. ГМУ им. И.И.Мечникова 17.12.2014 г. С.80-82.

28. Нишанов М.Ф., Отакузиев А.З., Абдуллажонов Б.Р., Хожиметов Д.Ш., Рустамов Ж.А. Оптимизация лечебных мероприятий при осложненных дуоденальных язвах // Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали Ибн Сино с международным участием. «Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику». Душанбе 2015 С.160-161.

29. Нишанов М.Ф., Ботиров А.К., Отакузиев А.З. Роль модификации резекции желудка по первому типу Бильрот при трудных дуоденальных язвах // Материалы X Международной (XIX Всероссийской) Пироговской научной медицинской конференции студентов и молодых ученых Россия. – Москва, 2015. С.478.

30. Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Абдуллажонов Б.Р., Хожиметов Д.Ш. Принципы послеоперационного ведения больных оперированных по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Материалы XII Съезда хирургов России.– Ростов-на-Дону. -№2. 2015. С.602-603

31. Нишанов М.Ф., Хожиметов Д.Ш., Роббидинов Б.С., Абдурахмадов А.А. Применения лечебно-диагностического алгоритма у больных с кровоточащими пилородуоденальными язвами // Республиканская научная конференция «Актуальные проблемы хирургии», Андижан 2019 г.

32. Нишанов М.Ф., Бозоров Н.Э., Хожиметов Д.Ш. Особенности перитонита при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки и методы хирургической лечения // Международная научная конференция «Профилактическая медицина: Сегодня, завтра», Андижан 2019 г.

33. Назиров Ф.Г., Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф. Выбор тактики лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией // XV Międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji «Wykształcenie i nauka bez granic - 2019» (Польша 2019) С.80-82.

34. Назиров Ф.Г., Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф. Выбор хирургической тактики при кровотечениях из язв желудка и двенадцатиперстной кишки // XV международна научна практична конференция, «Бъдещето въпроси от света на науката» (Болгария 2019) С.53-56.

35. Nishanov M.F., Bozorov N. E., Robbidinov B. S. Complicated by piloroduodenal stenosis: technical and tactical approaches of treatment // XV International scientific and practical Conference «Conduct of modern science – 2019» (Англия 2019) P.112-114.

36. Nishanov M.F., Khojimetov D. Sh., Robbidinov B. S. Complicated by piloroduodenal stenosis: technical and tactical approaches of treatment // Digest of articles science, research, development, USA 2019. P 69-71.

37. Nishanov M.F., Khojimetov D. Sh., Robbidinov B. S. Surgical tactics and choice of pharmacotherapy for stenosing piloroduodenal ulcers // Science, research, development #25, Berlin 2020. P 69-72.

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

Бичими 60x84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Рақамли босма усули. Times гарнитураси.  
Шартли босма табоғи: 4. Адади 100 нусха. Буюртма № 185.

Гувоҳнома № 10-3719

“Тошкент кимё технология институти” босмаҳонасида чоп этилган.  
Босмаҳона манзили: 100011, Тошкент ш., Навоий кўчаси, 32-уй.