

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

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

ТУКСАНОВ АЛИШЕР ИСКАНДАРОВИЧ

**ЖИГАРДАН ТАШҚАРИ ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БИЛАН
ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН
ДАВОЛАШНИНГ ТАКТИК ВА ТЕХНИК ЖИҲАТЛАРИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТОШКЕНТ - 2022

УЎК: 616.89-02-089:616.149-008.341.1(616.146.4-008.341.1)

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Туксанов Алишер Искандарович

Жигардан ташқари портал гипертензияси билан оғриган беморларни жарроҳлик усули билан даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини такомиллаштириш

3

Туксанов Алишер Искандарович

Совершенствование тактико-технических аспектов хирургического лечения больных с внепеченочной формой портальной гипертензии

21

Tuksanov Alisher Iskandarovich

Improvement of tactical and technical aspects of surgical treatment of patients with extrahepatic form of portal hypertension

39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works.....

43

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

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

ТУКСАНОВ АЛИШЕР ИСКАНДАРОВИЧ

**ЖИГАРДАН ТАШҚАРИ ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БИЛАН
ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН
ДАВОЛАШНИНГ ТАКТИК ВА ТЕХНИК ЖИҲАТЛАРИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТОШКЕНТ - 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида №B2021.2.PhD/Tib1978 рақами билан рўйхатга олинган.

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

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

Илмий раҳбар:	Исмаилов Сайдимурод Ибрагимович тиббиёт фанлари доктори
Расмий оппонентлар:	Акилов Хабибулла Атауллаевич тиббиёт фанлари доктори, профессор Беркинов Улугбек Базарбаевич тиббиёт фанлари доктори, профессор
Етакчи ташкилот:	Андижон давлат тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси академик В.Воҳидов номидаги республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 рақамли Илмий Кенгашнинг 2022 йил «___» _____ кунини соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Кичик халқа йўли кўчаси, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru, Академик В.Воҳидов номидаги республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази).

Диссертация билан академик В. Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида (139-сон билан рўйхатдан ўтган) танишиш мумкин. Манзил: 100115, Тошкент ш, Кичик халқа йўли, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Диссертация автореферати 2022 йил «___» _____ кунини тарқатилди.
(2022 йил «___» _____ даги _____ рақамли тарқатиш баённомаси реестри)

Ф.Г. Назиров

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

А.Х. Бабаджанов

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

Р.А. Ибадов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, «жигар касалликлари портал гипертензия (ПГ) ва патогенетик жиҳатдан у билан боғлиқ бўлган геморрагик синдром каби асоратларнинг ривожланиши туфайли дунё бўйлаб йилига тахминан 2 миллион ўлимга сабаб бўлмоқда»¹. Европа (EASL) ва Осиё-Тинч океани (APASL) жигар касалликларини ўрганиш ассоциациялари томонидан ўтказилган тадқиқотлар натижаларига кўра, «ривожланаётган давлатларда ПГ (54%) ва ошқозон-ичак трактининг юқори қисмларидан қон кетишининг (68-84%) асосий сабаби портал венанинг тромбози бўлиб, бу жигар паренхимасининг цирротик ва онкологик ўзгаришлари билан боғлиқ бўлмаган ПГ нинг жигардан ташқари (ЖТПГ) шакли ривожланишининг асосий механизми ҳисобланди, шу билан бирга, жигарнинг қон томир тизимини турли даражада – микроциркулятор ўзгаришдан то магистрал томирларгача шикастловчи гетероген касалликлар гуруҳини ўз ичига олади»². Сўнгги йилларда ЖТПГ этиопатогенезини тушуниш сезиларли даражада кенгайди, бу беморларни танлаш ва шунга мос равишда ушбу патологияни жарроҳлик йўли билан даволашнинг энг мақбул усулини танлаш туфайли даволаш натижаларининг сезиларли яхшиланишига олиб келди. Ушбу йўналишда, амалий соғлиқни сақлаш тизими учун долзарб бўлган ЖТПГ билан касалланган катта ёшдаги беморларда жарроҳлик техникасининг хусусиятларини аниқлаган ҳолда режали жарроҳлик аралашувлари имкониятларини ўрганиш ва шунтлаш операцияларининг самарадорлигини баҳолашдир. Ушбу йўналишда, ЖТПГ билан касалланган катта ёшдаги беморларда жарроҳлик техникасининг хусусиятларини аниқлаган ҳолда режали жарроҳлик аралашувлари имкониятларини ўрганиш ва шунтловчи ташриҳлар самарадорлигини баҳолаш амалий соғлиқни сақлаш учун долзарбдир.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда ЖТПГ нинг асосий ривожланиш механизмлари ва портолиенал ҳавзанинг шикастланиши табиатининг портал тизимнинг анастомозланган ва вариант анатомияли асосий қон-томирлар диаметрларига боғлиқлиги, ЖТПГ ривожланишининг дастлабки босқичларида ва жигарнинг бироз ўзгарган функционал ҳолатида гемодинамик ўзгаришларнинг хусусиятлари, интрагепатик архитектура иштирок этган ёки этмаган ҳолда портал венасининг обструкцияси ва каверноматоз трансформациясининг сабаб омиллари, портал вена тромбозида жигардаги морфометрик ўзгаришлар ва протромботик бузилишларнинг аҳамияти каби жиҳатларини ўрганиш энг долзарб тадқиқотлар бўлиб қолмоқда. Ташриҳдан кейинги яқин ва узоқ даврларда асоратлар пайдо бўлганда сабаб-оқибат алоқаларни ва ЖТПГда қизилўнгачдан эрта қон

¹ Asrani SK, Devarbhavi H, Eaton J, Kamath PS. Burden of liver diseases in the world. J Hepatol. 2019;70(1):151-171. doi: 10.1016/j.jhep.2018.09.014.

² Rajesh S, Mukund A, Sureka B, Bansal K, Ronot M, Arora A. Non-cirrhotic portal hypertension: an imaging review. Abdom Radiol (NY). 2018;43(8):1991-2010. doi: 10.1007/s00261-018-1570-8.

кетишининг ривожланиши хавф мезонларини аниқлаш бўйича тадқиқотлар давом эттирилмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлашни ривожлантиришнинг ҳозирги босқичида сурункали жигар касалликлари билан оғриган беморларни профилактика, консерватив ва жарроҳлик усулида даволашнинг замонавий тамойилларини жорий этиш орқали даволаш натижаларини яхшилаш бўйича кўплаб чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. 2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегиясида аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари белгиланган³. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан ЖТПГ да геморрагик синдромнинг олдини олиш усулини танлашнинг тактик жиҳатларини оптималлаштириш ва ташрихларнинг янги усулларини жорий этиш, ушбу патологиянинг юқори клиник аҳамияти туфайли, хирургик гепатологиянинг ва умуман олганда тиббиётнинг долзарб йўналишларидан биридир.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 4 октябрдаги ПҚ-5254-сон «Хирургия хизматини трансформация қилиш, худудларда жарроҳлик амалиётлари сифатини ошириш ва кўламни кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ва 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги Қарорлари, шунингдек, ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқот мавзусининг Республикадаги устувор тадқиқот йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот Республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Умуман олганда, гиперкоагуляцион ҳолат, қорин бўшлиғи инфекцияси/перитонит ва портал вена аномалияси (стеноз ва атрезия) ЖТПГ га олиб келувчи муҳим омиллар ҳисобланади ва аксарият ҳолларда бу портал венанинг бирламчи тромбози билан боғлиқ; ЖТПГ нинг бошқа сабаб омилларига ноцирротик генезли портал фиброз (идиопатик ПГ), жигарнинг тугунли регенератор гиперплазияси, қисман тугунли трансформацияси, туғма портал фибрози, шистосомози, пелиози ва бошқалар киради⁴. ЖТПГ да қизилўнгач ва ошқозон варикоз кенгайган веналаридан (ҚОВКВ) қон кетиши кўпинча профуз табиатга эга бўлиб, геморрагик шок ривожланиши билан тавсифланади ва биринчи навбатда гигант спленомегалия (75-100%) мавжудлиги билан

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60 сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

⁴ Sharma R, Pradhan B, Karki P, Bartaula B. Clinico-epidemiological Profile of Extra Hepatic Portal Vein Obstruction: A Tertiary Care Hospital Based Retrospective Study. Kathmandu Univ Med J (KUMJ) 2019;17:30-34.

боғлиқ⁵. R.Khanna ва S.K. Sarin (2018) тадқиқотлари маълумотларига кўра «жигарнинг функционал фаоллигини сақланганлиги, жигар циррози фониди қизилўнгачдан қон кетиши бўлган беморларга қараганда, ЖТПГ билан оғриган беморларда худди шундай қон кетишга яхшироқ бардошлиликни таъминлайди»⁶. Клиник амалиётда, ЖТПГ да оператив даво усулини танлаш ПГ ни радикал коррекциялаш (портотизимли шунтлаш вариантларининг бири ҳисобига портал босимни пасайтириш), шартли-радикал (азиго-портал веноз коллекторни ажратиш) ёки паллиатив (ўткир қон кетишида ёки унинг хавфида қизилўнгач ва ошқозон варикоз кенгайган веналарини вақтинча эндоскопик боғлаш варианты ёки склеротерапияси) каби оператив аралашув тактикасини белгиловчи спленопортал ўзан ўтказувчанлиги асосида ҳал қилинади⁷.

Sundeep ва бошқ. (2017) маълумотларига кўра «ЖТПГ ни оператив даволаш усуллари орасида энг самаралиси (84-100% ҳолларда) портотизимли шунтлаш (ПТШ) бўлиб, у тромбоз ривожланиши хавфи бўлмаса, беморларда ПГ ва унинг асоратларини тўлиқ бартараф этиш имконини беради»⁸. S.A.Basit ва бошқ. (2015) таъкидлаганидек «ПТШ нинг у ёки бу вариантини амалга ошириш имкониятлари анатомик шароитлар билан белгиланади, асосий чеклов ЖТПГ билан касалланган беморларнинг 37-50 фоизида кузатиладиган тотал спленопортал оқим тромбози ҳамда 90% гача ҳолларда учровчи сурункали миелопролифератив касалликлар билан бирга келган ҳолатлар ҳисобланади»⁹. ЖТПГ да қизилўнгач ва ошқозон веналарининг варикоз кенгайиши (ҚОВВК) билан курашишнинг рақобатбардош усули – азигопортал ажратиш ташрихидир, шу жумладан ошқозон деваскуляризацияси билан, спленэктомия ва қизилўнгач транссекцияси билан ёки ушбуларсиз ҳолда. Е.Д.Лубивов ва бошқ. (2016) тадқиқотларида «азигопортал веноз алоқани ажратувчи ташрихлар учун тўғридан-тўғри кўрсатмалар - кўп ҳолларда орттирилган тромбофилиянинг пролифератив шакллари билан боғлиқ бўлган протромботик ҳолатнинг мавжудлиги эканлиги» кўрсатилган¹⁰. «Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ»да сўнгги 5 йил давомида ажратувчи ташрихларнинг энг кўп қўлланилган тури пластик каркастан фойдаланган ҳолда Ф.Г.Назирова бўйича гастроэзофагеал коллекторни тотал ажратиш ташрихи ҳисобланади¹¹. Бироқ, ҳозирги вақтда ЖТПГ билан оғриган беморларни даволашда шошилиш ва режали жарроҳлик аралашувларининг ўрни ва аҳамияти етарли даражада ўрганилмаган.

⁵ Selicean S, Wang C, Guixé-Muntet S, Stefanescu H, Kawada N, Gracia-Sancho J. Regression of portal hypertension: underlying mechanisms and therapeutic strategies. *Hepatol Int.* 2021;15(1):36-50. doi: 10.1007/s12072-021-10135-4.

⁶ Khanna R, Sarin S.K. Idiopathic portal hypertension and extrahepatic portal venous obstruction. *Hepatol Int.* 2018;12(1):148-167. doi: 10.1007/s12072-018-9844-3.

⁷ Samant H., Asafo-Agyei K.O., Garfield K. Portal Vein Thrombosis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. 2021 Feb 3.

⁸ Sundeep Jain, Mukesh Kalla, Adil Suleman, Alok Verma. Proximal spleno-renal shunt with retro-aortic left renal vein in a patient with extra-hepatic portal vein obstruction: first case report. *BMC Surg.* 2017;17(1):65.

⁹ Basit S.A., Stone C.D., Gish R. Portal vein thrombosis. *Clin. Liver Dis.* 2015;19(1):199-221.

¹⁰ Любивый Е.Д. Синдром внепеченочной портальной гипертензии у взрослых (патогенез, диагностика, лечение). Дисс. докт. мед. наук: 14.01.17. Москва, 2016. 264 с.

¹¹ Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Хакимов Д.М., Салимов У.Р. Сравнительный анализ отдаленных результатов тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора. *Вестник экстренной медицины.* 2018;3:18-22.

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ЖТПГ ни хирургик даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини такомиллаштириш масалалари адабиётларда фаол муҳокама қилинадиган ва хирургик гепатологиянинг ҳал этилмаган муаммоларидан биридир. Хусусан, назорат эндоскопик, ультратовуш ва ангиографик текширувлар ўтказишнинг мақбул муддатлари ва кетма-кетлиги ҳамда узоқ муддатдаги даврда қон томир шунтлари ўтказувчанлиги бузилган ҳолларда эндоваскуляр аралашувларни ўтказиш имконияти тўлиқ аниқланмаган. Шу муносабат билан, ЖТПГ фонида ҚОВКВ дан қон кетишида хирургик профилактика тактикасини танлаш учун янада ишончли ва самарали алгоритмларни топиш, ишлаб чиқиш ва клиник амалиётга жорий этиш бўйича мақсадли тадқиқотлар зарур.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти «Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази» давлат муассасасининг илмий-тадқиқотлар режаси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади геморрагик синдром профилактикасининг мақбул усулини танлашнинг тактик жиҳатларини такомиллаштириш орқали портал гипертензиянинг жигардан ташқари шакли бўлган беморларни хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

ЖТПГ нинг турли вариантларида ҚОВКВ дан такрорий қон кетишининг хирургик профилактикаси самарадорлигини аниқлаш;

ЖТПГ билан касалланган беморларда геморрагик синдром профилактикасининг турли усуллари самарадорлигини қиёсий жиҳатдан баҳолаш;

турли аралашувлардан сўнг ЖТПГ фонида ҚОВКВ дан такрорий қон кетишининг ривожланиш частотаси ва муддатларини қиёсий таҳлил қилиш;

анастомоз тромбози ривожланишининг ўзига хос хавф омилларини ва ЖТПГ фонида ПТШ да қисман декомпрессия эҳтимолини аниқлаш;

ЖТПГ билан касалланган беморларда ПТШ самарадорлигига омил белгилари ва уларнинг ассоциациясини прогностик қийматини аниқлаш;

ЖТПГ да портал генезли қон кетиши хирургик профилактикасининг мақбул усулини танлаш алгоритминини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2006 йилдан 2020 йилгача бўлган даврда «Академик В. Воҳидов номидаги РИХИАТМ» давлат муассасасида ЖТПГ нинг турли шаклларида ҚОВКВ дан рецидив қон кетишининг турли вариантдаги хирургик профилактикаси ўтказилган 131 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети ташриҳдан кейинги яқин ва узоқ муддатлардаги асоратларни тизимли таҳлил қилиш, ПТШ нинг қониқарсиз натижалари омилларини аниқлаш ва гастроэзофагеал коллекторни тотал ажратишнинг янги лапароскопик усулини ишлаб чиқиш билан ЖТПГ фонида рецидив қон кетиши хирургик профилактикасининг турли усуллари самарадорлигини таҳлил қилишдан иборат.

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

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

портал гипертензиянинг жигардан ташқари тури шаклланишининг структуравий хусусиятларига, шунингдек, этиологик омиллар, жигар ости блокининг жойлашуви ва давомийлигига боғлиқ ҳолда портал тизимнинг гепатопетал гемодинамикаси ва ангиоархитектоникасидаги ўзига хос ўзгаришларга аниқлик киритилган;

портал тизимнинг мезентериал ёки талоқ томирлари томонидан декомпрессия учун маълум шароитлар мавжуд бўлганда, портал гипертензиянинг жигардан ташқари шаклида портотизимли шунтлаш қизилўнғач-ошқозондан қон кетиши профилактикасининг устувор усули эканлиги исботланган;

жигар ости блокининг тарқалиш даражасига кўра жигардан ташқари портал гипертензияни тизимлаштиришни ҳисобга олган ҳолда, декомпрессив, ажратувчи ва эндоскопик аралашувлардан кейинги геморрагик синдромнинг рецидивсиз кечиши давомийлигининг ва такрорий эпизодлари хавфининг клиник жиҳатлари аниқланган;

жигардан ташқари портал гипертензияси бўлган беморларда портал тизим асосий томирларининг анатомик хусусиятларини, коллатерал қон айланишини, маҳаллий ёки тизимли предикторларни, шунингдек, шунтлашнинг техник жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда портотизим анастомози тромбозининг ривожланиш хавфини верификацияловчи патогномоник мезонлар аниқланган;

портал қон оқимининг жигар ости блоки бўлган беморларда шунтловчи аралашувларнинг декомпрессия даражасига ва рецидив геморрагик синдромли тромбоз хавфига турли хил омилли белгилар ва уларнинг ассоциациялари таъсирининг патогенетик жиҳатлари индивидуал ёки биргаликдаги прогностик аҳамиятини аниқлаш орқали очиб берилган;

портал генезли қон кетишини тўхтатиш ва олдини олиш учун тўлиқ интрамурал веноз транссекция ва ошқозонни алоҳида трансорган тикишни таъминлайдиган гастроэзофагеал коллекторни тўлиқ ажратиш амалиётининг лапароскопик амалга ошириш усули ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

жигардан ташқари портал гипертензияда портотизим шунтлашни амалга оширишда, ҳисобга олиниши декомпрессив аралашувлар самарадорлигини оширишга, анастомоз тромбози частотасини ва геморрагик синдром қайталанишини камайтиришга имкон берувчи специфик хавф омиллар верификация қилинган;

портал гипертензиянинг жигардан ташқари шаклида, хатто анастомоз тромбозининг ўртача хавфи бўлганда ҳам, портотизимли шунтлаш – узок муддатли декомпрессион самарани таъминлаган ва геморрагик синдром қайталанишида, захирада ажратувчи ёки эндоскопик аралашувларни амалга

ошириш имкониятини сақлаган ҳолда қизилўнғач-ошқозондан қон кетиши профилактикасининг асосий усули эканлиги аниқланган;

портал қон кетиш вақтида ҳам, унинг олдини олиш учун ҳам хирургик ёрдамнинг асосий варианты сифатида тавсия этилиши мумкин бўлган, лапаротомик прототипига хос бўлган специфик асоратларни ривожланиш хавфини камайтириш имконини берувчи гастроэзофагеал коллекторни лапароскопик тўлиқ ажратиш усули таклиф этилган;

портал гипертензиянинг жигардан ташқари шакли бўлган беморларда жигар ости блоки тури ва қониқарсиз натижанинг хавф омиллари мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда декомпрессив ва ажратувчи аралашувларга тактик ёндашувларни оптималлаштиришга имкон берган қизилўнғач ва ошқозоннинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетишининг хирургик профилактикаси усулини танлаш алгоритми ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Олинган натижаларнинг ишончлилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, замонавий ташхисот ва даволаш усулларида фойдаланилганлиги, услубий ёндашувлар ҳамда статистик таҳлил жамланмаларининг тўғри қўлланилганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва берилган тавсиялар назарий аҳамиятга эга бўлиб, коллатерал қон айланишининг анатомик хусусиятларини, маҳаллий ёки тизимли предикторларни, шунингдек, шунтлашнинг техник жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда турли аралашувлардан кейин рецидивсиз давр давомийлигининг ва такрорий қон кетиши хавфининг клиник жиҳатларини аниқлаш ҳамда портал венанинг жигардан ташқари обструкцияси бўлган беморларда тромбоз хавфи турли омилларининг таъсир механизмларига аниқлик киритиш билан жигардан ташқари портал гипертензиянинг ривожланиш хусусиятларини ва портал тизим ангиоархитектоникасининг ўзига хос ўзгаришларини ўрганишга муҳим ҳисса қўшиши билан изоҳланади.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти, олиб борилган тадқиқотлар жигардан ташқари портал гипертензияда декомпрессион аралашувларнинг юқори клиник самарадорлигини ҳамда прототипизимли шунтлашни амалга оширишда специфик хавф омилларини ҳисобга олишнинг муҳимлигини кўрсатишга, гастроэзофагеал коллекторни лапароскопик тўлиқ ажратиш усулини ва варикоз қон кетишларида хирургик профилактика усулини танлаш алгоритминини ишлаб чиқишга, қониқарсиз натижа хавф омилларини ҳисобга олган ҳолда декомпрессив ва ажратувчи аралашувларга тактик ёндашувларни оптималлаштиришга имкон берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Жигардан ташқари портал гипертензияда турли хил аралашувларнинг тактик ва техник жиҳатларини оптималлаштириш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида:

“Қизилўнғач ва ошқозон веналарининг варикоз кенгайиши бўлган беморларда гастроэзофагеал веноз коллекторни лапароскопик ажратиш усули” такомиллаштирилган (Ихтиро учун патент IAP 065202, 30.06.2021).

Таклиф этилган усул портал гипертензиянинг жигардан ташқари шакли бўлган беморларда портал генезли қон кетишларни профилактикаси учун оператив аралашувлар доирасини кенгайтиришга имкон берган;

жигардан ташқари портал гипертензия фонида қизилўнғач ва ошқозон варикоз кенгайган веналаридан қон кетишининг хирургик профилактика қилиш бўйича тадқиқотнинг илмий натижалари асосида ишлаб чиқилган «Жигардан ташқари портал гипертензия фонида қизилўнғач ва ошқозон варикоз кенгайган веналаридан қон кетишининг хирургик профилактика қилиш тактикасини танлаш алгоритми» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 3 мартдаги 08-09/6817-сон маълумотномаси). Ишлаб чиқилган тавсиялар жигардан ташқари портал гипертензияда декомпрессив ва ажратувчи аралашувларни амалга оширишда тактик ёндашувларни оптималлаштириш, анастомоз тромбозини ва геморрагик синдромнинг қайталанишини камайтириш имконини берган;

олинган илмий натижалар соғлиқни сақлашнинг амалий фаолиятига, жумладан, Андижон давлат тиббиёт институти клиникасига, Республика шошилинич тиббиёт ёрдам илмий маркази Навоий филиалига ва академик В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказига (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 3 мартдаги 08-09/6817-сон маълумотномаси) жорий этилган. Портал гипертензиянинг жигардан ташқари шакли бўлган беморларни хирургик даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини такомиллаштириш декомпрессив, ажратувчи ва эндоскопик аралашувлардан сўнг геморрагик синдромнинг такрорий эпизодлари хавфини камайтиришга, портотизимли шунтлашда 82,4% ҳолларда ва гастроэзофагеал коллекторни тўлиқ ажратишда 64,9% ҳолларда муваффақиятли даволашга эришишга имкон берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 6 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 3 та ҳалқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 11 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 3 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

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

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги асосланган, тадқиқотнинг мақсад ва вазифалари, тадқиқот натижаларининг илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти ёритилган, тадқиқот натижаларининг апробацияси ва чоп этилган илмий ишлар, диссертациянинг ҳажми ва таркиби тўғрисидаги маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Жигардан ташқари портал гипертензия синдроми диагностикаси ва жарроҳлик йўли билан даволаш муаммосининг ҳозирги ҳолати**» деб номланган биринчи бобида ЖТПГ бор беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш муаммоси бўйича илмий маълумотларни чуқур таҳлил қилиш, танқидий баҳолаш, умумлаштириш ва тизимлаштириш ёритилган, уларнинг кейинги ечимини талаб қиладиган долзарб масалалар ўрганилган.

Диссертациясининг «**Клиник материалнинг умумий тавсифи ва қўлланилган тадқиқот усуллари**» деб номланган иккинчи бобида, тадқиқотга 2006 йилдан 2020 йилгача бўлган даврда «академик В. Воҳидов номидаги РИХИАТМ» давлат муассасасида, ҚОВКВ дан такрорий қон кетишида турли хил жарроҳлик профилактикаси ўтказилган ЖТПГнинг турли шакллари бўлган 131 бемор киритилганлиги келтирилган. Беморларни жинси ва ёшига қараб тақсимлашда беморларнинг 58,0 фоизини эркаклар, 42,0 фоизини аёллар ташкил этган. Ёшга нисбатдан тақсимланганда кўпроқ ёшлар (41,2%) ва ўрта ёшдагилар (45,0%) ташкил қилган. Кўпгина беморларда изоляцияланган «портал вена тромбози» ва «спленопортал оқим тромбози» кузатилган. ГЭКТА 57 (43,5%) беморда, ПТШ 51 (38,9%) беморда ва 23 (17,6%) беморда ЭВ амалга оширилган. ПТШ вариантлари – дистал спленоренал анастомоз (ДСРА) 16 (12,2%) беморларда; ССРА - 14 (10,7%); ЛЛСРА - 5 (3,8%); Н-МКА - 7 (5,3%); Н-МРА - 3 (2,3%); ПСРА - 2 (1,5%); Н-СРА - 4 (3,1%) нафар беморда ўтказилган. Ушбу жадвалда юқоридаги ПТШ вариантлари ЖТПГ нинг қайси шаклида қўлланилганлигини аниқлаш мумкин. Масалан, портал вена тромбози энг кўп ҳолларда (11/8,4%) ДСРА амалга оширилган ва ҳақозо.

Диссертациянинг «**Жигардан ташқари портал гипертензия фониди қизилўнғач-ошқозон қон кетиши қайталанишининг хирургик профилактикасининг турли усуллари самарадорлиги**» деб номланган учинчи бобида ЖТПГ билан касалланган беморларда портал гипертензияни коррекция қилишнинг турли хил вариантларининг бевосита ва узоқ муддатдаги натижалари таҳлил қилинн ва баҳоланган. Натижаларга кўра, анастомозит (3,5%) ва ошқозон деворининг некрози (1,8%) каби ўзига хос асоратлар ГЭКТА учун характерлидир. Жами 18 (13,7%) беморда ташрихдан кейинги давр мураккаб кечган, 113 (86,3%) беморда эса асоратлар кузатилмаганлиги қайд этилган.

ҚОВКВ дан такрорий қон кетиш ГЭКТА дан кейин 20 (35,1%) беморда, ПТШ дан кейин 9 (17,6%) беморда ва ЭВ дан кейин 15 (65,2%) беморда кузатилган. Эрозив-геморрагик гастрит ГЭКТА дан кейин 6 (10,5%) беморда, ПТШ дан кейин 2 (3,9%) беморда ва ЭВ дан кейин 1 (4,3%) беморда кузатилган (1-жадвал).

Бир босқичда даволаш самарадорлиги ГЭКТА дан кейин беморларнинг фақат 45,6 фоизида, ПТШ дан кейин эса 64,7 фоиз беморларда қайд этилган. Шунинг ҳам таъкидлаш керакки, ЭВ асосан қўшимча ёки амалиётдан олдинги ёрдам бўлишига қарамай, беморларнинг 17,4 фоизида бу аралашув якуний муолажа бўлган. ҚОВКВ дан қон кетишини олдини олиш усулидан қатъи назар, бир босқичда даолашнинг умумий самарадорлиги ЖТПГ билан касалланган беморларнинг 48,1 фоизида кузатилган.

1-жадвал

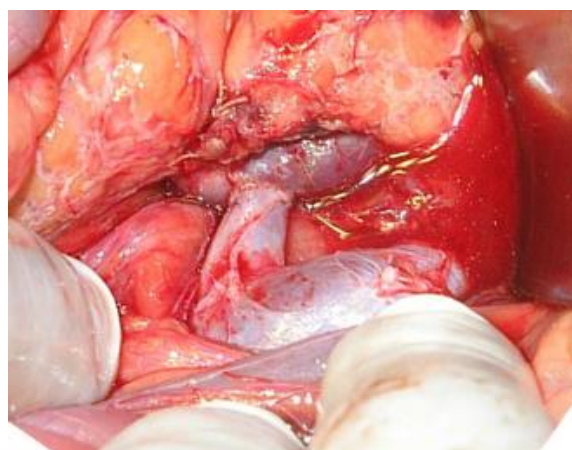
ЖТПГ билан касалланган беморларни турли хил аралашувлардан сўнг яқин муддатдаги асоратларнинг частотасига кўра тақсимланиши

Асорат	ГЭКТА		ПТШ		ЭВ		Жами	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Жигар етишмовчилиги	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Асцит	4	7,0%	1	2,0%	2	8,7%	7	5,3%
Геморрагик синдром ва эрозив анастомозит	2	3,5%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,5%
Ажратиш сохасида ошқозон девори некрози	1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
Бронх-ўпка	5	8,8%	2	3,9%	1	4,3%	8	6,1%
Асорат кузатилган беморлар сони	8	14,0%	3	5,9%	3	13,0%	18	13,7%
Асорат кузатилмаган беморлар сони	49	86,0%	48	94,1%	20	87,0%	113	86,3%

ЖТПГ билан оғриган беморларда ПТШ ни муваффақиятли амалга ошириш варианты 1-расмда ва ГЭКТА варианты 2-расмда келтирилган.

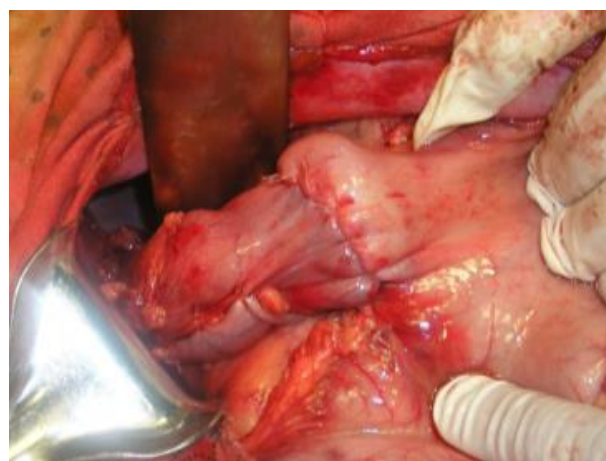


Спленопортограмма. ЖТПГ.
ТВ нинг яхши кўринган стволи



Интраоперацион ҳолат.
ССРА қўйилган

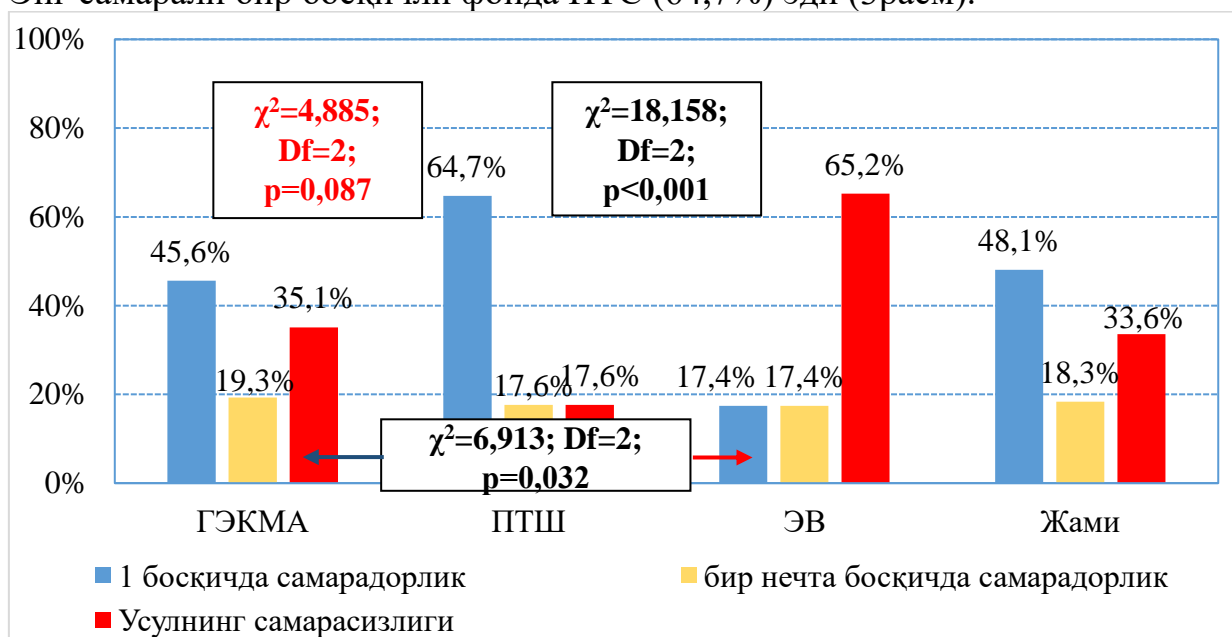
1-расм. ЖТПГ. ПВ нинг каверноз трансформацияси. ССРА қўйиш



2-расм. ЖТПГ. Спленопортал оқим тромбози. ГЭКТА

Клиник нуқтаи назардан, ЖТПГ ривожланишининг сабабларига боғлиқ ҳолда, ҚОВКВ дан такрорий қон кетишининг бир босқичли профилактикаси самарадорлигини таҳлил қилиш эътиборга лойиқдир. Спленопортал оқим тромбозиди ГЭКТА 54,3% кўрсаткич билан, портал вена тромбозиди эса ПТШ 63,9% кўрсаткич билан энг самарали бир босқичли профилактика усули ҳисобланади.

Беморларнинг энг заиф гуруҳи портал тизимининг тромбозиди билан оғриган беморлар бўлиб, улар 40,0% ҳолларда ГЭКМА ёрдамида кўп босқичли коррексияни амалга оширишлари керак, бунда бир босқичли тактика беморларнинг 45,6 фоизиди, бир неча босқичда 19,3 да самарали бўлган. %. Энг самарали бир босқичли фойда ПТС (64,7%) эди (Зрасм).

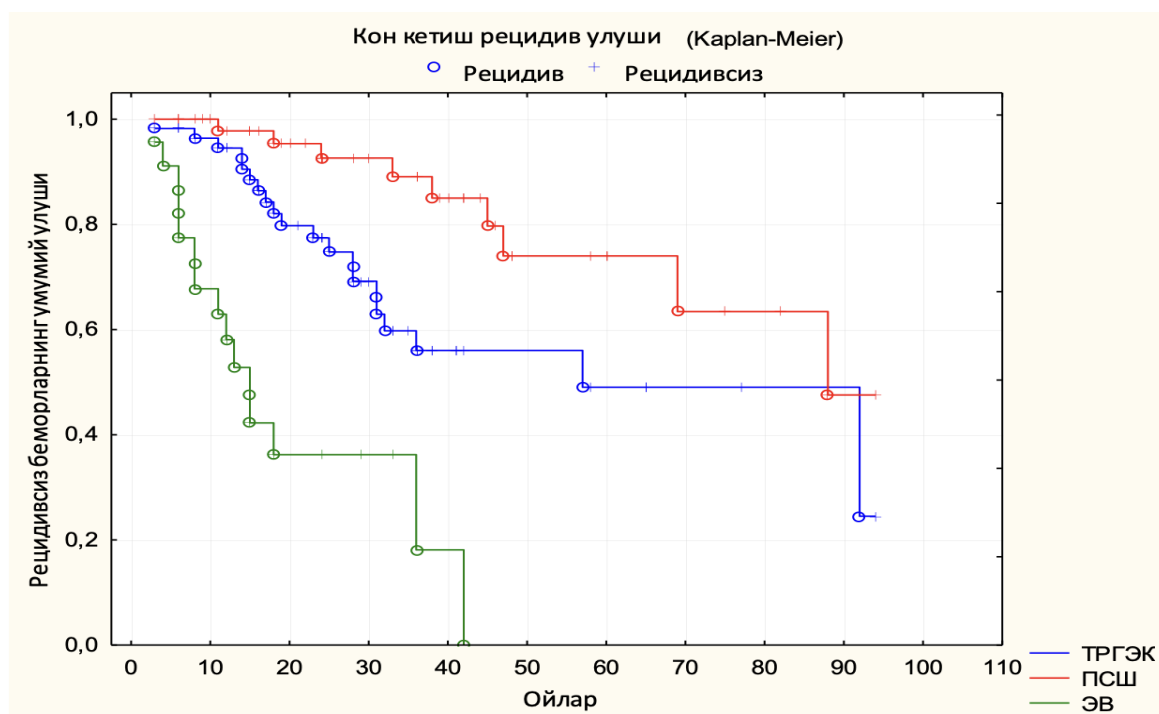


3 расм. ЖТПГда ҚОВКТ дан қон кетишининг қайталанишини олдини олиш учун қўлланиладиган тактикаларнинг самарадорлиги

ГЭКМАдан сўнг беморларнинг 35,1% да қон кетишининг такрорланиши қайд этилган ва бу асорат ЖТПГ нинг ҳар қандай нозологик шакллари учун хос бўлган ва қайталаниш даври 3-92 ой ичида ўзгариб туради, ўртача 19,6. ПТШдан кейин қизилўнгачдан қон кетишининг такрорланиши беморларнинг 17,6 фоизиди қайд этилган, энг юқори такрорланиш даражаси (66,7%) спленопортал оқим тромбозиди фониди ПТШ ўтказилган беморларда ўртача такрорланиш вақти 24,6 ой ичида ўзгарди. Энг юқори такрорланиш даражаси ЭВ (65,2%) дан кейин беморларда кузатилди, бу яна бир бор шифокорларни бу қўлланмага, асосан, радикал усулларни амалга ошириш босқичларида самарали эканлигига, эътибор қаратишга мажбур қилади. Қизилўнгачдан қон кетишининг такрорланишидан озодлик кўрсаткичи, ЖТПГ сабабларидан қатъи назар, ПТШдан кейин энг катта қийматга эга ва кузатувнинг барча босқичларида ва беморларнинг 75,0 фоизиди 5 йиллик барқарор ремиссия билан энг яхши кўрсаткичларга эга.

Портал вена тромбозиди билан боғлиқ ЖТПГ билан оғриган беморларда қайта қон кетишининг умумий нисбати (кузатишлар сони: 49, такрорланиш:

13 (26,53%); қайталаниш йўқ: 36 (73,47%) $\chi^2=15,34263$; Df=2; p=0,00047) ёки унинг каверноз трансформацияси (кузатишлар сони: 20, такрорланиш: 7 (35,00%); такрорийсиз: 13 (65,00%), $\chi^2 = 8,721781$; Df = 2; p = 0, 01277), ГЭКМА билан солиштирганда ПТШ самарадорлигини кўрсатади ва ЕВ (4-расм



4 расм. Турли аралашувлардан сўнг ЖТПГда ҚОВҚТ кон кетишининг такрорланишидан озодлик

Юқоридаги нозологик шаклларда ПТШнинг қониқарли ишлашига қарамай, шунга қарамай, спленопортал оқим тромбозиди (кузатишларнинг умумий сони: 50, такрорланиш: 20 (40%); қайталанишсиз: 30 (60%), $p = 0,03$), Ушбу турдаги аралашувдан сўнг ҚОВҚТ дан қайта қон кетишдан озод қилиш энг ёмони, операциядан кейинги биринчи йил давомида 50% қайта қон кетиш.

Диссертациянинг тўртинчи боби «**Жигардан ташқари портал гипертензия фониди қизилўнгач-ошқозон қон кетишининг такрорланишининг жарроҳлик профилактикасининг тактик ва техник жиҳатларини такомиллаштириш**» ЖТПГда турли хил аралашувлар самарадорлигини омилли таҳлилига бағишланган. ЖТПГда ҚОВҚТнинг жарроҳлик профилактикасини танлаш алгоритмини ишлаб чиқиш.

ПТШнинг қониқарсиз натижаларини ривожланишидаги сабаб-оқибат муносабатларини ҳисобга олган ҳолда, анастомоз тромбозиди ТВ қўлланган 6 (14,6%) ва ЮМВ қўлланган 3 (30,0%) беморларда содир бўлганлиги қайд этилди. ЖТПГ билан касалланган 9 (17,6%) беморда қизилўнгачдан қон кетишининг такрорланиши билан кечадиған ПТШ тромбозининг умумий сони қайд этилган. ПТШдан кейин 9 (17,6%) беморда, улардан 7 таси (17,1%) ТВ дан кейин ва 2 тасида (20,0%) ИПВ дан кейин. Етарли даражада ишлайдиган анастомоз фониди ҚОВҚТнинг регрессияси 33 (64,7%) беморда қайд этилган, улардан 28 (68,3%) бемор ТВ ва 5 (50,0%) бемор ЮМВ дан фойдаланган.

Хавф белгиларининг ассоциациясининг шунт тромбози ёки қисман декомпрессиянинг частотасига таъсирини ҳисобга олган ҳолда, ПТШнинг ҳар қандай вариантыда тромбоз хавфи белгилари бўлган жами 28 нафар бемор борлиги қайд этилди, улардан 8 нафариди (28,6%) ПТШ тромбоз бор ва 8 (28,6%) ва 12 (42,9%) беморларда мос равишда қисман декомпрессия ва адекват декомпрессия мавжуд еди. Шу билан бирга, 23 беморда хавф омиллари қайд этилмаган, аммо битта ҳолатда (4,3%) шунт тромбози ва бир ҳолатда (4,3%) қисман декомпрессия аниқланган, 21 беморда портолиенал хавзанинг адекват декомпрессияси содир бўлган. (91,3%)

Битта белги бўлса, 1 (10,0%) беморда анастомоз тромбози, шунингдек, 1 (10,0%) беморда қисман декомпрессия, 2 (25,0%) беморда иккита белги ва 3 та белги бўлса, аниқланган. ва ундан кўп - 5 та (50,0%).

Жигардан ташқари ПГ билан оғриган беморларда анастомоз тромбозининг сабабларини тизимли таҳлил қилиш бизга талоқ венасидан (ТВ) фойдаланганда хавф омилларининг тўртта гуруҳини аниқлашга имкон берди (2-жадвал).

2-жадвал

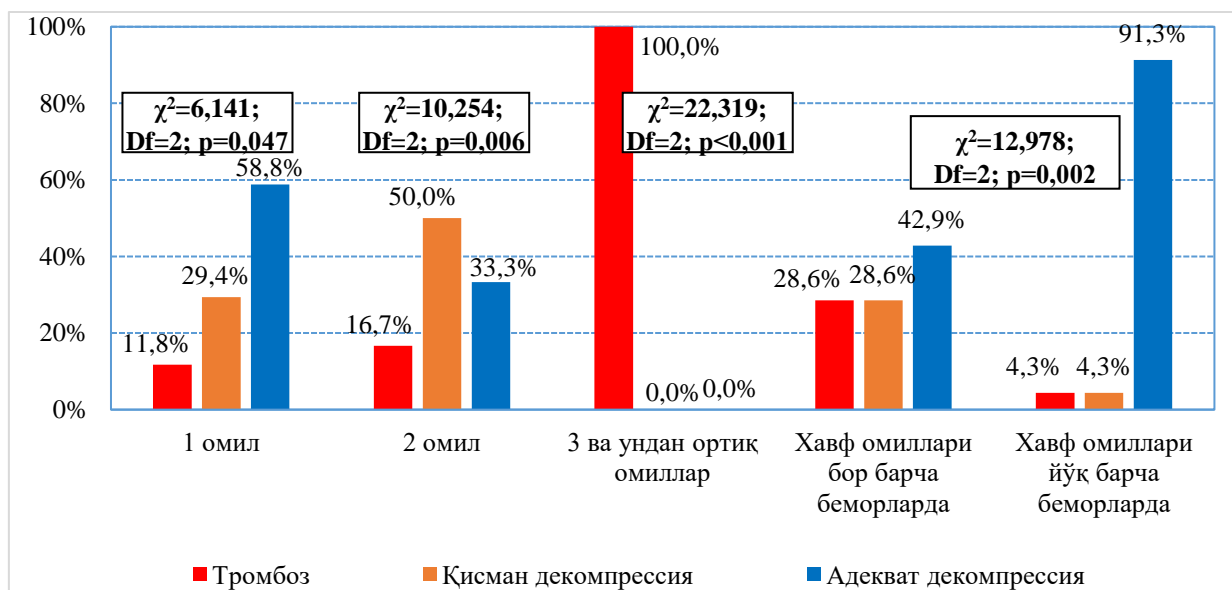
Шунт тромбозининг ривожланиши учун хавф омиллари гуруҳини тақсимлаш

Тромбоз хавф омиллари	Омил бор					Омил йўқ				
	n	Тромбоз		Қисман декомпрессия		n	Тромбоз		Қисман декомпрессия	
		абс	%	абс	%		абс	%	абс	%
Анатомик ўзига хослик	12	5	41,7%	5	41,7%	39	4	10,3%	4	10,3%
Коллатерал қон айланишининг шаклланинг хусусиятлари	9	3	33,3%	3	33,3%	42	6	14,3%	6	14,3%
Тромбоз анастомозининг маҳаллий ёки тизимли предикторлари	13	8	61,5%	5	38,5%	38	1	2,6%	4	10,5%
Техник жиҳатлар	7	3	42,9%	3	42,9%	44	6	13,6%	6	13,6%

Портал тизимининг асосий томирларининг анатомик хусусиятлари 5 (41,7%) ҳолатда тромбознинг сабаби ва 5 (41,7%) ҳолатда қисман декомпрессиянинг сабаби бўлди; «Коллатерал қон айланишини шакллантиришнинг ўзига хос хусусиятлари» 3 (33,3%) ҳолатда тромбоз ва 3 (33,3%) ҳолатда қисман декомпрессияни келтириб чиқарди; «анастомоз тромбози еҳтимолининг маҳаллий ёки тизимли кўрсаткичлари» 8 (61,5%) ҳолатда тромбознинг сабаби ва 5 (38,5%) ҳолатда қисман декомпрессиянинг сабаби бўлган; 42,9% ҳолларда тромбозга «шунтлашнинг техник жиҳатлари» сабаб бўлган.

Барча ПТШ вариантларида шунт тромбози ёки қисман декомпрессия билан касалланишига юқоридаги ўзига хос омиллар ва уларнинг бирлашмаларининг таъсирини ҳисобга олган ҳолда (5-расм), битта белги мавжуд бўлганда, анастомоз тромбози 2 (11,8%) да содир бўлганлигини

аниқлаш мумкин.) беморлар ($\chi^2 = 6,141$; Df =2; p=0,047), 1 (16,7%) беморда иккита белги борлигида ($\chi^2=10,254$; Df =2; p=0,006) ва 3 ёки ундан ортиқ белги бўлса - беморларнинг 5 тасида (100 ,0%) ($\chi^2=22,319$;p<0,001).

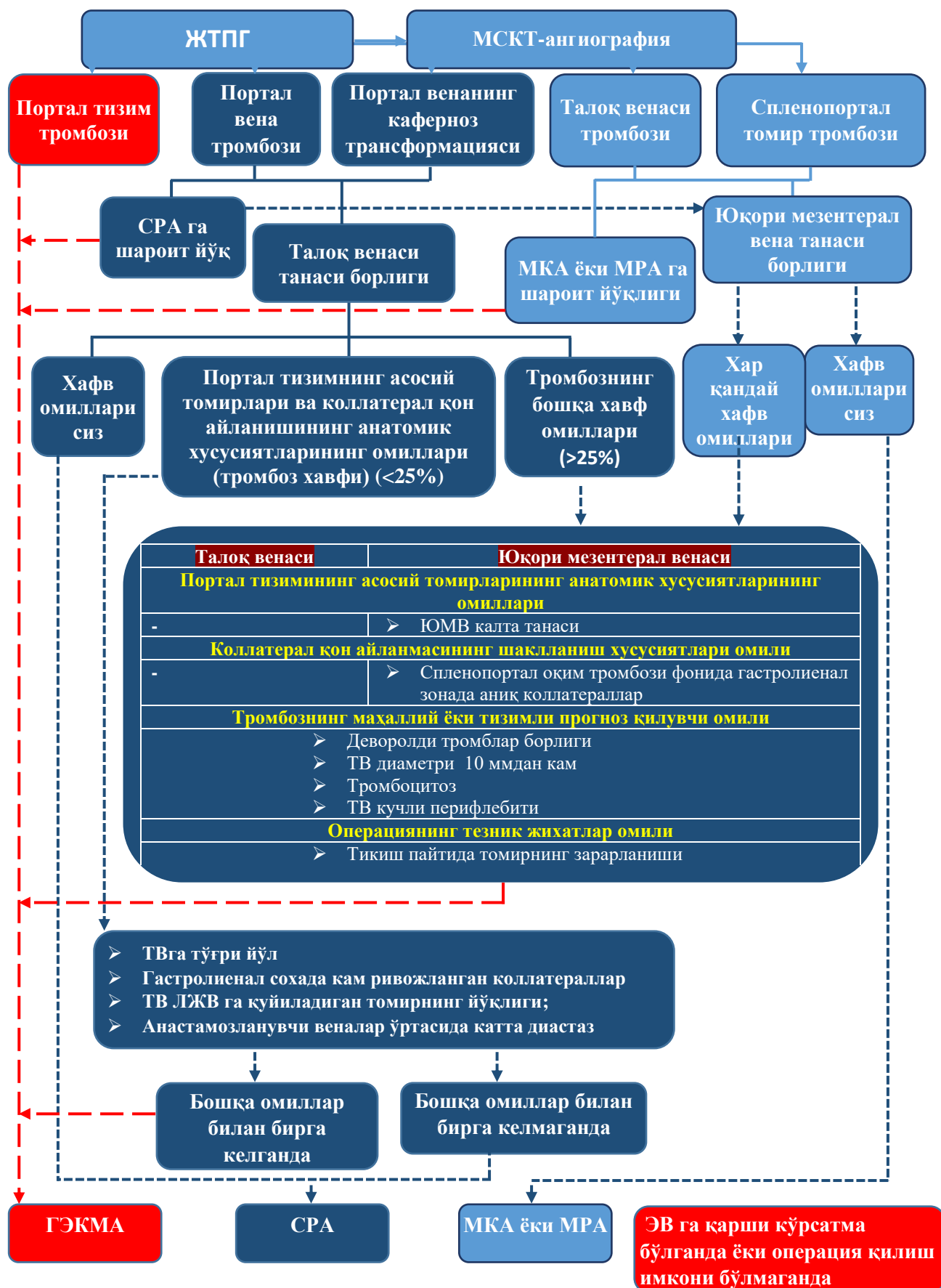


5 расм. Аниқланган омиллар ва уларнинг бирлашмаларининг ПТШнинг барча вариантларида шунт тромбози ёки қисман декомпрессия билан касалланишига таъсири.

ЖТПГ билан оғриган беморларда лапароскопик аралашув нафақат шиллиқости веноз конгломератлар, балки субсероз ва экстраорган веноз портокавал фистулалар тармоғи мавжудлиги сабабли баъзи қийинчиликлар билан боғлиқ. ЖТПГ да лапароскопик ГЭКМАни бажариш техникаси (6-расм) қуйидаги босқичларни ўз ичига олади: ошқозонни катта ва кичик эгрилик бўйлаб мобилизация қилиш; кесилмасдан кичик эгрилик бўйлаб чизиқли стэплерни ўрнатиш; думалоқ стэплерни киритиш учун ошқозоннинг препилорик қисмида гастротомия.



6 расм. Лапароскопик ГЭКМА босқичлари (матнда тавсиф)



7 расм. ЖТПГ борлигида ҚОВҚТдан қон кетишининг жарроҳлик олдини олиш тактикасини танлаш алгоритми.

ЖТПГ фонида қизилўнгачдан қон кетиш хавфи бўлган беморларда турли турдаги жарроҳлик аралашувларнинг самарадорлигини таҳлил қилиш бизга амалий соғлиқни сақлаш учун такомиллаштирилган жарроҳлик аралашув алгоритмини таклиф қилиш имконини берди (7-расм).

Бугунги кунда МССТ ангиографияси нафақат ЖТПГ диагностикасида, балки спленопортал оқим ҳолатини баҳолаш асосида даволаш тактикасини аниқлашда ҳам етакчи ўринни егаллайди.

Шундай қилиб, «портал тизим тромбози» ташхиси билан жарроҳлик аралашув фақат ГЭКМА операцияси билан чегараланади. Бошқа ҳолларда, ПТШни амалга ошириш учун портал тизимининг магистралларидан бири, яъни ТВ ва ЮМВ дан фойдаланиш имконияти кўриб чиқилмоқда.

ТВ ва ЮМВ нинг ангиографик мослигида ушбу томирларнинг анатомик хусусиятлари ва коллатерал қон айланишининг омиллари текширилади (ТВнинг тўғридан-тўғри йўналиши; гастролиенал зонадаги енгил коллатераллар; ЛВ каналининг магистралининг йўқлиги). ТВ; анастомозланган томирлар орасидаги катта диастаз). Тромбоз хавфи 25% дан ошмаслиги керак. Кўпинча такрорий қон кетишнинг узоқ муддатли олдини олишнинг кафолатланган усулига ўтиш учун бошқа омилларни операция вақтида ҳисобга олиш керак.

Режалаштирилган эндоскопик аралашувни қўллаш фақат очик жарроҳлик учун кўрсатмалар бўлмаса ёки беморнинг ўзи буни рад этса амалга оширилади.

ХУЛОСА

1. Даволашнинг бир босқичида ЖТПГда ҚОВҚТ дан қон кетишининг олдини олиш учун қўлланиладиган усулларнинг самарадорлиги атиги 48,1% ни ташкил етди, 16,8% варикоз томирларининг регрессияси йўқлиги сабабли ЭВ нинг кўшимча сеансларини талаб қилди, енг қийин тоифалар еса тромбоз бўлди. Портал тизими ва талоқ томири тромбози бир босқичли ёки комбинацияланган жарроҳлик усулларининг яхши натижалари билан 60% ҳолларда, ўз навбатида, ПВ нинг каверноз трансформациясида бу кўрсаткич 65,0%, изоляция қилинган ТВ тромбози - 71,4% ни ташкил этди., ва ПВ тромбози - 73,5%.

2. ЖТПГ билан энг яхши натижалар ПТШ билан 1 босқичли самарадорлик билан олинган - 64,7%, кўшимча эндоскопик сеансларни ҳисобга олган ҳолда - 17,6% ва умуман олганда - 82,4%, аммо бу аралашувни амалга ошириш қатъий чекланган. Жигар ости блокировка шароитида портал тизимининг ангиоархитектоникасининг ҳолати (38,9%), ГЭКМА билан бу кўрсаткичлар мос равишда 45,6%, 19,3% ва 64,9% ни ташкил етди, бу еса ПТШга нисбатан ишончсиз бўлиб чиқди ($p = 0,087$). , ўз навбатида, ЭВ билан муваффақиятли даволаниш фақат 34,8% ҳолларда (ҳар бирида 17,4%) еришилди (ПТШ учун $p < 0,001$; ГЭКМА учун $p = 0,032$).

3. ЖТПГ фонида ҚОВҚТ дан такрорий қон кетишининг ривожланиш частотасининг қиёсий таҳлили ЭВ нинг сезиларли даражада паст самарадорлигини кўрсатди, бунда беморларнинг 65,2 фоизида ўртача $13,5 \pm 2,9$

ойдан кейин геморрагик синдромнинг такрорий эпизодлари ривожланган, ГЭКМА 35, 1% ҳолларда ($p=0,014$) $25,9\pm 4,4$ ой давом етган рецидивсиз курсни таъминлади ($p<0,05$), бу ПТШдан кейинги рецидивлардан сезиларли даражада фарқ қилмади - $41,4\pm 8,2$ ой (ГЭКМАга). - $p>0,05$; ЕВ га - $p<0,05$), лекин частотаси бўйича ундан сезиларли даражада паст - 17,6% ($p=0,042$ - ГЭКМА ва $p<0,001$ - ЕВ).

4. ЖТПГ билан оғриган беморларда анастомоз тромбози сабабларини структуравий таҳлил қилиш куйидаги хавф омиллари бўйича гуруҳланган ўзига хос белгиларни аниқлаш имконини берди: портал тизимининг асосий томирларининг анатомик хусусиятлари (беморларнинг 23,5 фоизида текширилган) частотаси билан. шунт тромбози ва қисман декомпрессия еҳтимоли 41,7% ҳолларда; бу асоратларнинг частотаси билан коллекторлар шакллантириш хусусиятлари (17,6%) - мос равишда 44,4% ва 33,3%; анастомознинг тромбоз еҳтимолининг маҳаллий прогнозлари (25,5%) - 61,5% ва 38,5%; шунтлашнинг техник жиҳатлари (13,7%) - ҳар бир ҳолатларнинг 42,9%.

5. ЖТПГда ПТШ самарадорлигига таъсир қилувчи турли омил белгилари ва уларнинг ассоциациялари мавжудлиги шунт тромбози ва қисман декомпрессия частотаси бўлган беморларнинг 54,9% да аниқланган - ҳар бирида 28,6%, бу предикторлар йўқлигида еса 4,3% ташкил қилди, мос равишда, самарали шунтлаш улуши 91,3% ($p=0,002$) га нисбатан 42,9% ни ташкил етди, бир хавф омилни текшириш тромбоз билан касалланишни 4,3% дан 11,8% гача ва қисман декомпрессия еҳтимолини 4,3% дан 4,3% гача оширади. 29,4% ($p=0,047$), 2 омилнинг комбинацияси билан - 16,7% ва 50,0% гача ($p=0,006$) ва 100% ҳолларда 3 ва ундан ортиқ омилларнинг бирлашиши тромбозга олиб келади ($p<0,001$).

6. Жигар ости блоки фониди ангиоархитектоника ва гемодинамикада ўзгаришлар хусусиятларини текшириш, шунингдек, анатомик, маҳаллий, гемодинамиканинг ўзгаришлар хусусиятларини текшириш асосида жигардан ташқари ПГда портал қон кетишининг жарроҳлик профилактикаси усулини танлашнинг ишлаб чиқилган алгоритми. қониқарсиз натижа хавфининг тизимли ва интраоператив предиктрлари декомпрессияли ва ажратувчи аралашувларни амалга оширишда тактик ёндашувларни оптималлаштиришга имкон берди.

**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**

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

ТУКСАНОВ АЛИШЕР ИСКАНДАРОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ
ФОРМОЙ ПОТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТАШКЕНТ-2022

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2021.2.PhD/Tib1978.

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

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

Научный руководитель: **Исмаилов Сайдимурод Ибрагимович**
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты: **Акилов Хабибулла Атауллаевич**
доктор медицинских наук, профессор

Беркинов Улугбек Базарбаевич
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Андижанский государственный медицинский институт**

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2022 г. в _____ часов на заседании Научного Совета DSc. 04/30.12.2019.Tib.49.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова (Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули,10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за № 139). Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан «_____» _____ 2022 года.
(реестр протокола рассылки № _____ от _____ 2022 года).

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

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

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения «заболевания печени становятся причиной примерно 2,0 миллионов смертей в год во всем мире вследствие развития таких осложнений, как портальная гипертензия (ПГ) и, патогенетически связанного с ней, геморрагического синдрома»¹. Согласно результатам исследований, проведенных Европейской (EASL) и Азиатско-тихоокеанской (APASL) ассоциациями по изучению болезней печени «в развивающихся странах мира основной причиной ПГ (54%) и кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (68-84%) является тромбоз воротной вены, как основной механизм развития внепеченочной формы ПГ (ВПГ), не связанной не с цирротическим и не с онкологическим поражением печеночной паренхимы, при этом включающей группу гетерогенных заболеваний, поражающих сосудистую систему печени на различном уровне: от микроциркуляторного русла до магистральных сосудов»². В последние годы понимание этиопатогенеза ВПГ значительно расширилось, что привело к значительному улучшению результатов лечения благодаря селекции пациентов и соответственно выбору наиболее оптимального способа хирургической коррекции данной патологии. В данном направлении актуальными для практического здравоохранения являются изучение возможностей плановых хирургических вмешательств с уточнением особенностей хирургической техники у взрослых больных с ВПГ и оценкой эффективности шунтирующих операций.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными исследованиями остаются изучение таких аспектов ВПГ, как основные механизмы прогресса и зависимость характера поражения портолиенального бассейна от диаметров анастомозированных и вариантной анатомии магистральных сосудов портальной системы, особенности гемодинамических сдвигов на самых ранних этапах развития ВПГ и при малоизмененном функциональном состоянии печени, причинные факторы обструкции и каверноматозной трансформации воротной вены с или без вовлечения внутрипеченочной архитектоники, морфометрические изменения печени при тромбозе воротной вены и значимость протромботических нарушений. Продолжаются исследования по установлению причинно-следственных связей при возникновении осложнений ближайшего и отдаленного послеоперационного периодов, выявлению критериев риска развития ранних рецидивов пищеводных кровотечений при ВПГ.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения проводится множество мер, направленных на улучшение результатов лечения пациентов с хроническими заболеваниями печени за счет внедрения

¹ Asrani SK, Devarbhavi H, Eaton J, Kamath PS. Burden of liver diseases in the world. J Hepatol. 2019;70(1):151-171. doi: 10.1016/j.jhep.2018.09.014.

² Rajesh S, Mukund A, Sureka B, Bansal K, Ronot M, Arora A. Non-cirrhotic portal hypertension: an imaging review. Abdom Radiol (NY). 2018;43(8):1991-2010. doi: 10.1007/s00261-018-1570-8.

современных принципов профилактики, консервативного и хирургического лечения. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг³. Реализация данных задач, в том числе, путем оптимизации тактических аспектов выбора способа профилактики геморрагического синдрома при ВПГ и внедрения новых способов операций, является одним из актуальных направлений хирургической гепатологии и медицины в целом, ввиду высокой клинической значимости данной патологии.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 17 декабря 2018 года, Постановлениями Президента Республики Узбекистан «О мерах по трансформации хирургической службы, повышению качества и расширению масштаба хирургических операций в регионах» за №ПП-5254 от 4 октября 2021 года и «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике» за №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года, 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».

Степень изученности проблемы. Как правило, гиперкоагуляционное состояние, внутрибрюшная инфекция/перитонит и аномалия воротной вены (стеноз и атрезия) считаются важными предрасполагающими факторами ВПГ, и в подавляющем большинстве случаев это связано с первичным тромбозом воротной вены; к другим причинным факторам ВПГ относятся портальный фиброз нецирротического генеза (так называемая идиопатическая ПГ), узловая регенераторная гиперплазия, частичная узловая трансформация, врожденный портальный фиброз печени, шистосомоз, пелиоз печени и др.⁴ Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) при ВПГ нередко носят профузный характер с развитием геморрагического шока и связаны прежде всего с наличием гигантской спленомегалии (75-100%)⁵. По данным исследований R. Khanna и S.K. Sarin (2018) «сохранность функциональной активности печени обеспечивает лучшую переносимость пищеводных кровотечений у больных с ВПГ, чем у больных с такими же

³ Указ Президента РУз от 28.01.2012 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов.

⁴ Sharma R, Pradhan B, Karki P, Bartaula B. Clinico-epidemiological Profile of Extra Hepatic Portal Vein Obstruction: A Tertiary Care Hospital Based Retrospective Study. Kathmandu Univ Med J (KUMJ) 2019;17:30-34.

⁵ Selicean S, Wang C, Guixé-Muntet S, Stefanescu H, Kawada N, Gracia-Sancho J. Regression of portal hypertension: underlying mechanisms and therapeutic strategies. Hepatol Int. 2021;15(1):36-50. doi: 10.1007/s12072-021-10135-4.

кровотечениями на фоне цирроза печени»⁶. В клинической практике, выбор оперативного пособия при ВПГ решается на основании проходимости спленопортального русла, которое и определяет тактику оперативного вмешательства, как радикальный способ коррекции ПГ (снижение портального давления за счет одного из вариантов портосистемного шунтирования), условно-радикальный (разобщение азиго-портального венозного коллектора) или палиативный (вариант временного эндоскопического лигирования или склеротерапии ВРВПЖ при остром кровотечении или его угрозе)⁷.

По данным Sundeep et al. (2017) «среди оперативных методов лечения ВПГ наиболее эффективным (в 84-100% случаев) является портосистемное шунтирование (ПСШ), которое при отсутствии риска развития тромбоза позволяет полностью избавить пациента от ПГ и ее осложнений»⁸. Как отмечают S.A.Basit et al. (2015) «возможности выполнения того или иного варианта ПСШ определяются анатомическими условиями, а основным ограничением является тотальный тромбоз спленопортального русла, наблюдаемый у 37-50% больных с ВПГ, а при сочетании с хроническими миелопролиферативными заболеваниями – до 90%»⁹. Конкурентным способом борьбы с ВРВПЖ при ВПГ является операция азигопортального разобщения, в том числе в сочетании с деваскуляризацией желудка, со спленэктомией и транссекцией пищевода или без таковой. В исследованиях Е.Д. Любивога и соавт. (2016), показано, что «прямым показанием к операциям разобщения азигопортального венозного сообщения является наличие фонового протромботического состояния, связанного в большинстве случаев с пролиферативными формами приобретённой тромбофилии»¹⁰. В аспекте разобщающих операций в «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» наиболее часто используемым вариантом в течение последних 5 лет является операция тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора по Ф.Г.Назырову с использованием пластикового каркаса¹¹. Тем ни менее, в настоящее время недостаточно изученными остаются роль и место экстренных и плановых хирургических вмешательств при ведении пациентов с ВПГ.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что вопросы совершенствования тактических и технических аспектов хирургического лечения ВПГ относятся к одной из активно обсуждаемых в литературе и до конца нерешённых проблем хирургической гепатологии. В частности, не

⁶ Khanna R, Sarin S.K. Idiopathic portal hypertension and extrahepatic portal venous obstruction. *Hepato Int.* 2018;12(1):148-167. doi: 10.1007/s12072-018-9844-3.

⁷ Samant H., Asafo-Agyei K.O., Garfield K. Portal Vein Thrombosis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. 2021 Feb 3.

⁸ Sundeep Jain, Mukesh Kalla, Adil Suleman, Alok Verma. Proximal spleno-renal shunt with retro-aortic left renal vein in a patient with extra-hepatic portal vein obstruction: first case report. *BMC Surg.* 2017;17(1):65.

⁹ Basit S.A., Stone C.D., Gish R. Portal vein thrombosis. *Clin. Liver Dis.* 2015;19(1):199-221.

¹⁰ Любивый Е.Д. Синдром внепеченочной портальной гипертензии у взрослых (патогенез, диагностика, лечение). Дисс. докт. мед. наук: 14.01.17. Москва, 2016. 264 с.

¹¹ Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Хакимов Д.М., Салимов У.Р. Сравнительный анализ отдаленных результатов тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора. *Вестник экстренной медицины.* 2018;3:18-22.

установлены оптимальные сроки и последовательность проведения контрольных эндоскопических, ультразвуковых и ангиографических исследований и не в полной мере определена возможность выполнения эндоваскулярных вмешательств при нарушении проходимости сосудистых шунтов в отдаленном периоде. В связи с этим, необходимы целенаправленные исследования по поиску, разработке и внедрению в клиническую практику более надежных в соблюдении и эффективных алгоритмов выбора тактики хирургической профилактики кровотечений из ВРВПЖ на фоне ВПГ.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках научно-исследовательских работ ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова».

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных с внепеченочной формой портальной гипертензии путем совершенствования тактических аспектов выбора оптимального способа профилактики геморрагического синдрома.

Задачи исследования:

определить показатель эффективности хирургической профилактики рецидивов кровотечения из ВРВПЖ при различных вариантах ВПГ;

оценить в сравнительном аспекте эффективность различных способов профилактики геморрагического синдрома у больных с ВПГ;

провести сравнительный анализ частоты и сроков развития рецидива кровотечений из ВРВПЖ на фоне ВПГ после различных вмешательств;

выделить специфические факторы риска развития тромбоза анастомоза и вероятности частичной декомпрессии при ПСШ на фоне ВПГ;

определить прогностическое значение факторных признаков и их ассоциаций на эффективность ПСШ у больных с ВПГ;

разработать алгоритм выбора оптимального способа хирургической профилактики кровотечений портального генеза при ВПГ.

Объектом исследования явились 131 больных с различными формами ВПГ, которым выполнены различные варианты хирургической профилактики рецидивов кровотечений из ВРВПЖ в ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова» за период с 2006 по 2020 гг.

Предмет исследования составляет анализ эффективности различных методов хирургической профилактики рецидивов кровотечений на фоне ВПГ со структурным анализом ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений, установлением факторов неудовлетворительных результатов ПСШ и разработкой нового способа лапароскопического ТРГЭК.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, лабораторные, инструментальные, специальные и статистические методы исследований.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

уточнены структурные особенности формирования внепеченочной формы портальной гипертензии, а также характерных изменений гепатопетальной гемодинамики и ангиоархитектоники воротной системы в зависимости от этиологических факторов, локализации и протяженности подпеченочного блока;

доказано, что портосистемное шунтирование при внепеченочной форме портальной гипертензии является приоритетным методом профилактики пищеводно-желудочных кровотечений при наличии определенных условий для декомпрессии со стороны мезентериального или лиенального притоков воротной системы;

определены клинические аспекты продолжительности безрецидивного течения и риска повторных эпизодов геморрагического синдрома после декомпрессивных, разобщающих и эндоскопических вмешательств с учетом систематизации внепеченочной портальной гипертензии по степени распространенности подпеченочного блока;

определены патогномоничные критерии верификации риска развития тромбоза портосистемного анастомоза у больных с внепеченочной формой портальной гипертензии с учетом анатомических особенностей основных сосудов воротной системы, коллатерального кровообращения, локальных или системных предикторов, а также технических аспектов шунтирования;

раскрыты патогенетические аспекты влияния различных факторных признаков и их ассоциаций на степень декомпрессии шунтирующих вмешательств и риск тромбоза с рецидивом геморрагического синдрома у пациентов с подпеченочным блоком воротного кровотока с идентификацией их индивидуального или сочетанного прогностического значения;

разработан способ лапароскопического выполнения тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора для остановки и профилактики кровотечений портального генеза, обеспечивающий раздельное трансорганное прошивание желудка с полноценной интрамуральной венозной транссекцией;

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

верифицированы специфические факторы риска выполнения портосистемного шунтирования при внепеченочной портальной гипертензии, учет которых позволит повысить эффективность декомпрессивных вмешательств, сократить частоту тромбоза анастомоза и рецидивов геморрагического синдрома;

определено, что при внепеченочной форме портальной гипертензии, даже на фоне средней степени риска тромбоза анастомоза, портосистемное шунтирование является первичным вариантом профилактики пищеводно-желудочных кровотечений, обеспечивая долгосрочный декомпрессивный эффект и сохраняя в резерве при рецидиве геморрагического синдрома возможность выполнения разобщающих или эндоскопических вмешательств;

предложен способ лапароскопического тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора, который может быть рекомендован в

качестве основного варианта хирургической помощи как на высоте кровотечения портального генеза, так и для его профилактики, что позволит снизить риск развития специфических осложнений, характерных для лапаротомного прототипа;

разработан алгоритм выбора способа хирургической профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с внепеченочной формой портальной гипертензии, позволивший оптимизировать тактические подходы к декомпрессивным и разобщающим вмешательствам с учетом варианта подпеченочного блока и наличия факторов риска неудовлетворительного исхода.

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

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные результаты исследования имеют свою теоретическую значимость, вносят существенный вклад в изучение особенностей развития внепеченочной портальной гипертензии и характерных изменений ангиоархитектоники воротной системы с определением клинических аспектов длительности безрецидивного периода и риска повторных кровотечений после различных вмешательств, с учетом вариантной анатомии коллатеральной гемодинамики, локальных или системных предикторов, а также технических аспектов шунтирования, с уточнением механизмов влияния различных факторов риска тромбоза у пациентов с внепеченочной обструкцией воротной вены.

Практическая ценность работы заключается в том, что проведенные исследования позволили показать высокую клиническую эффективность декомпрессивных вмешательств при внепеченочной портальной гипертензии, значимость учета специфических факторов риска выполнения портосистемного шунтирования, разработать способ лапароскопического тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора и алгоритм выбора способа хирургической профилактики варикозных кровотечений и оптимизировать тактические подходы к декомпрессивным и разобщающим вмешательствам с учетом факторов риска неудовлетворительного исхода.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по оптимизации тактических и технических аспектов различных вмешательств при внепеченочной портальной гипертензии:

усовершенствован «Способ лапароскопического разобщения гастроэзофагеального венозного коллектора у больных с варикозным расширением вен пищевода и желудка» (Патент на изобретение IAP 065202 от 30 июня 2021 года). Предложенный способ позволил расширить спектр оперативных пособий для профилактики кровотечений портального генеза у больных с внепеченочной формой портальной гипертензии;

разработаны методические рекомендации «Алгоритм выбора тактики хирургической профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка на фоне внепеченочной портальной гипертензии» (справка Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №08-09/6817 от 3 марта 2022 года). Разработанные рекомендации позволили оптимизировать тактические подходы к выполнению декомпрессивных и разобщающих вмешательств при внепеченочной портальной гипертензии, сократить частоту тромбоза анастомоза и рецидивов геморрагического синдрома;

полученные научные результаты внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в клинику Андижанского государственного медицинского института, Навоинский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова» (справка Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №08-09/6817 от 3 марта 2022 года). Совершенствование тактических и технических аспектов хирургического лечения больных с внепеченочной формой портальной гипертензии позволило снизить риск повторных эпизодов геморрагического синдрома после декомпрессивных, разобщающих и эндоскопических вмешательств, достигнуть успешного лечения в 82,4% случаях при портосистемном шунтировании и в 64,9% случаях при тотальном разобщении гастро-эзофагеального коллектора.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 6 научно-практических конференциях, в том числе, на 3 международных и 3 республиканских.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, в том числе 5 журнальных статей, 3 из которых в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала работы составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

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

В первой главе диссертации **«Современное состояние проблемы диагностики и хирургического лечения синдрома внепеченочной**

портальной гипертензии» проведен тщательный анализ, критическая оценка, обобщение и систематизация научной информации по проблеме хирургического лечения больных с ВПГ, изучены актуальные вопросы, требующие своего дальнейшего решения.

Во второй главе диссертации **«Общая характеристика клинического материала и примененных методов исследования»** сообщается, что в исследование включен 131 больной с различными формами ВПГ, которым выполнены различные варианты хирургической профилактики рецидивов кровотечений из ВРВПЖ в ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова» за период с 2006 по 2020 гг. При распределении пациентов по полу и возрасту отмечено, что пациентов мужского пола было 58,0%, тогда как женского пола 42,0%. В основном преобладали пациенты юношеского (41,2%) и молодого возраста (45,0%). У большинства пациентов имели место изолированный «тромбоз воротной вены» и «тромбоз спленопортального русла». ТРГЭК было выполнено у 57 (43,5%) пациентов, ПСШ – у 51 (38,9%) пациентов и ЭВ – у 23 (17,6%). Вариантами ПСШ явились: ДСРА выполненный у 16 (12,2%) пациентов; ССРА – у 14 (10,7%); ЛЛСРА – у 5 (3,8%); Н-МКА – у 7 (5,3%); Н-МРА – у 3 (2,3%); ПСРА – у 2 (1,5%); Н-СРА – у 4 (3,1%). В данной таблице также можно определить, при каком варианте ВПГ использованы данные ПСШ. Так, например, наибольшее (11/8,4%) количество ДСРА выполнено при тромбозе воротной вены и т.д.

В третьей главе диссертации **«Эффективность различных методов хирургической профилактики рецидивов пищеводно-желудочных кровотечений на фоне внепеченочной портальной гипертензии»** проанализированы и оценены ближайшие и отдаленные результаты различных вариантов коррекции портальной гипертензии у пациентов с ВПГ. По результатам, такие специфические осложнения, как анастомозит (3,5%) и некроз стенки желудка (1,8%) были характерны для ТРГЭК. Всего пациентов с осложненным течением ближайшего послеоперационного периода было 18 (13,7%), а отсутствие осложнений отмечено у 113 (86,3%) пациентов.

Рецидив кровотечения из ВРВПЖ наблюдался у 20 (35,1%) пациентов после ТРГЭК, у 9 (17,6%) пациентов после ПСШ и у 15 (65,2%) пациентов после ЭВ. Эрозивный-геморрагический гастрит отмечен у 6 (10,5%) пациентов после ТРГЭК, у 2 (3,9%) пациентов после ПСШ и у 1(4,3%) пациента после ЭВ (табл. 1).

Эффективность лечения в один этап отмечена только у 45,6% пациентов после ТРГЭК, тогда как после ПСШ у 64,7% пациентов. Следует также отметить, несмотря на то что ЭВ являются в основном дополнительным или пред этапным пособием, тем ни менее у 17,4% пациентов, данное вмешательство явилось окончательной процедурой. Общая эффективность, не зависимо от методики профилактики кровотечений из ВРВПЖ, в один этап отмечена только у 48,1% пациентов с ВПГ.

Вариант успешного выполнения ПСШ у больных с ВПГ приведен на рис. 1 и вариант выполнения ТРГЭК на рис. 2.

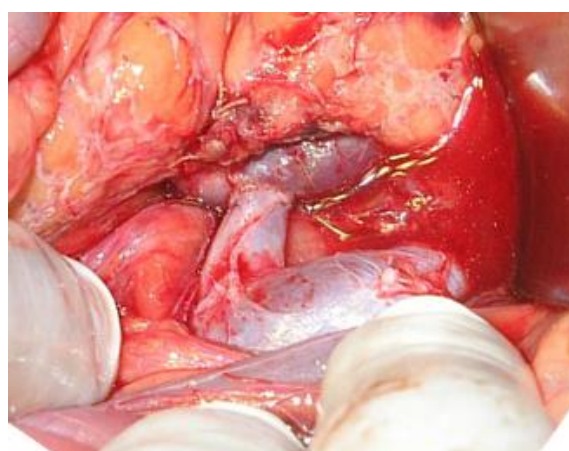
Таблица 1

Распределение больных с ВПГ по частоте ближайших осложнений после различных вмешательств

Осложнение	ТРГЭК		ПСС		ЭВ		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Печеночная недостаточность	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Асцит	4	7,0%	1	2,0%	2	8,7%	7	5,3%
Геморрагический синдром и эрозивный анастомозит	2	3,5%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,5%
Некроз стенки желудка в зоне разобщения	1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
Бронхо-легочные	5	8,8%	2	3,9%	1	4,3%	8	6,1%
Всего больных с осложнениями	8	14,0%	3	5,9%	3	13,0%	18	13,7%
Больных без осложнений	49	86,0%	48	94,1%	20	87,0%	113	86,3%



Спленопортограмма. ВПГ.
Хороший ствол СВ



Интраоперационная картина.
Наложен ССРА

Рис. 1. ВПГ. Кавернозная трансформация ВВ. Наложение ССРА



Рис. 2. ВПГ. Тромбоз селезеночного русла. ТРГЭК

С клинической точки зрения, заслуживает внимание анализ эффективности одноэтапной профилактики рецидивов кровотечений из ВРВПЖ, в зависимости от причин развития ВПГ. Так, ТРГЭК является наиболее эффективной одноэтапной профилактикой при тромбозе

спленопортального русла, с показателем в 54,3%, а ПСШ – при тромбозе воротной вены, с показателем 63,9%. Наиболее уязвимой группой пациентов, являются пациенты с тромбозом воротной системы, которым в 40,0% случаях приходится выполнить многоэтапную коррекцию с использованием ТРГЭК, при которой одноэтапная тактика была эффективна у 45,6% пациентов, в несколько этапов у 19,3%. Наиболее эффективным пособием в один этап явилось ПСШ (64,7%) (рис. 3).

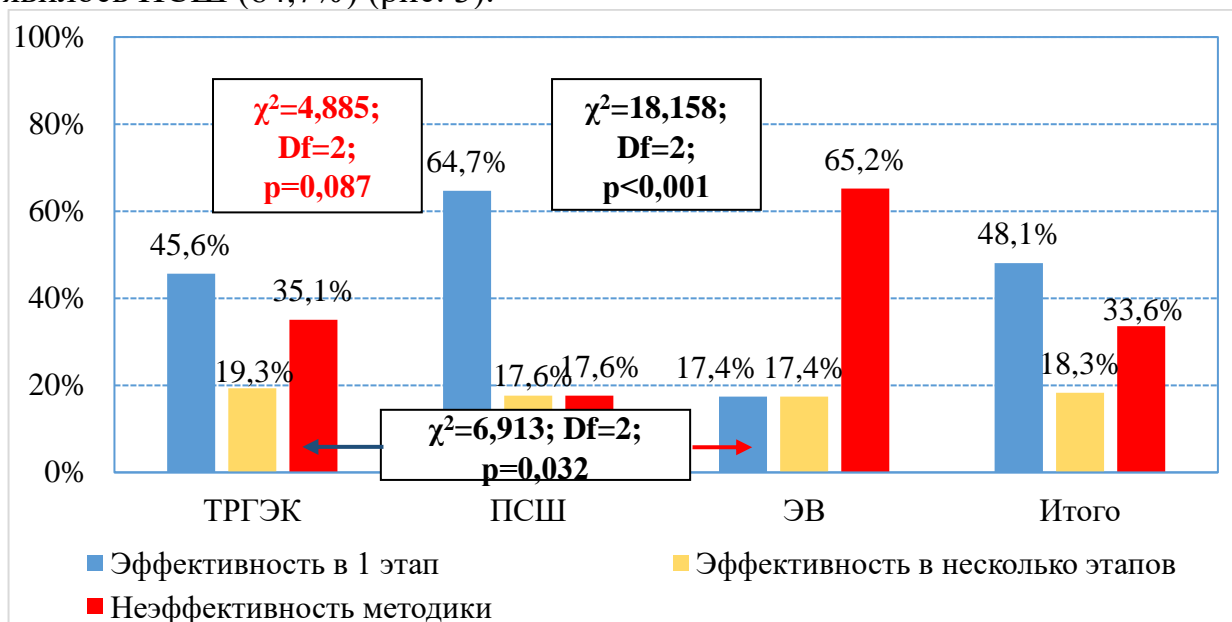


Рис. 3. Эффективность предпринятой тактики по профилактике рецидивов кровотечений из ВРВПЖ при ВПГ

После ТРГЭК рецидив кровотечения отмечен у 35,1% пациентов, причем данное осложнение характерно было для любой из нозологических форм ВПГ, а срок рецидива варьировал в пределах 3-92 месяцев, в среднем 19,6. После ПСШ, рецидив пищеводного кровотечения отмечен у 17,6% пациентов, с наибольшим показателем рецидива (66,7%) у пациентов котором ПСШ выполнено на фоне тромбоза сплепортального русла. Средний показатель срока возникновения рецидива варьировал в пределах 24,6 месяцев. Наибольшая частота рецидива отмечена у пациентов после ЭВ (65,2%), что еще раз заставляет акцентировать внимание клиницистов, что данное пособие в основном эффективно на этапах выполнения более радикальных методов.

Показатель свободы от рецидива пищеводных кровотечений независимо от причин возникновения ВПГ, наибольшее значение имеет после ПСШ и наилучшими значениями на всех этапах наблюдения и с 5-ти летней стойкой ремиссией у 75,0% пациентов.

Кумулятивная доля рецидива кровотечений у пациентов с ВПГ на фоне тромбоза воротной вены (количество наблюдений: 49, рецидив: 13 (26,53%); без рецидива: 36 (73,47%) $\chi^2=15,34263$; df=2; p=0,00047) или ее кавернозной трансформации (количество наблюдений: 20, рецидив: 7 (35,00%); без рецидива: 13 (65,00%), $\chi^2=8,721781$; df=2; p=0,01277), показывает эффективность ПСШ по сравнению с ТРГЭК и ЭВ (рис. 4).

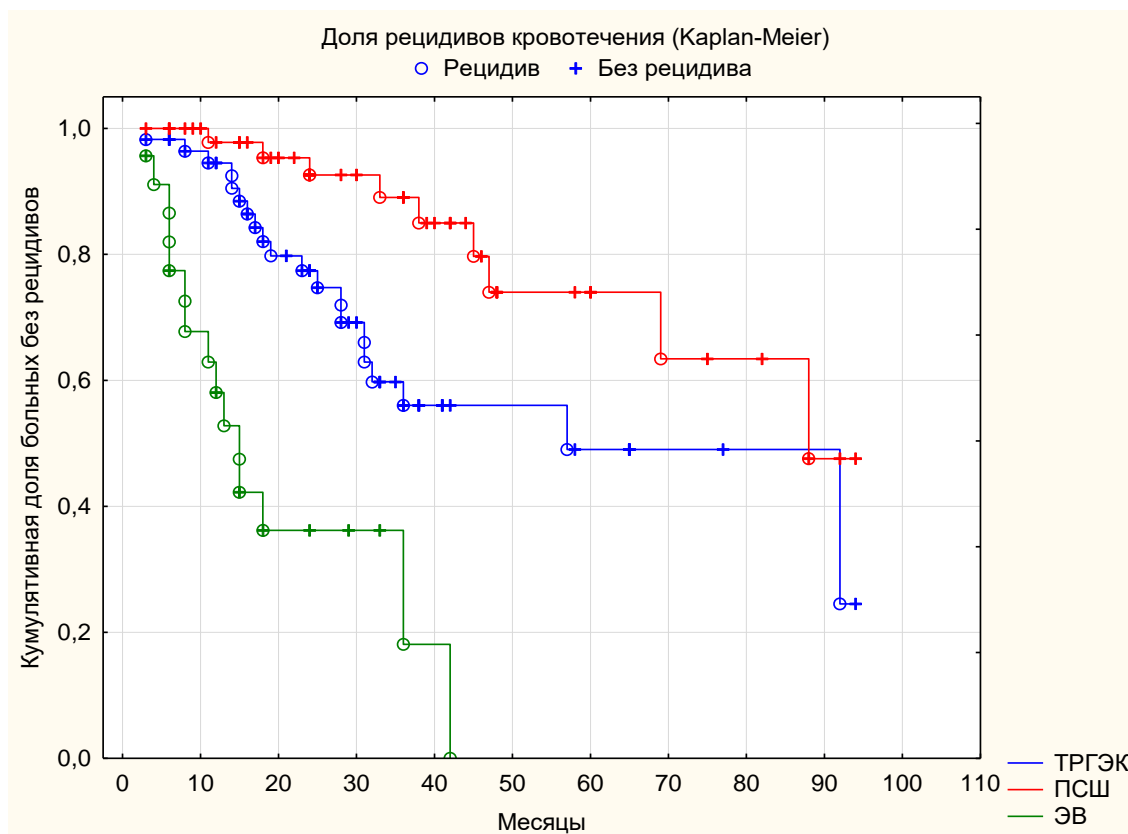


Рис. 4. Показатель свободы от рецидива кровотечений из ВРВПЖ при ВПГ после различных вмешательств

Несмотря на удовлетворительные показатели эффективности ПСШ при вышеуказанных нозологических формах, тем ни менее при тромбозе спленопортального русла (общее количество наблюдений: 50, рецидив: 20 (40%); без рецидива: 30 (60%), $p=0,03$), показатель свободы от рецидива кровотечений из ВРВПЖ после данного вида вмешательства самых худший, с 50% рецидивом кровотечения в течении первого года после операции.

Четвертая глава диссертации «Совершенствование тактико-технических аспектов хирургической профилактики рецидивов пищеводно-желудочных кровотечений на фоне внепеченочной портальной гипертензии» посвящена факторному анализу эффективности различных видов вмешательства при ВПГ разработке алгоритма выбора хирургической профилактики ВРВПЖ при ВПГ.

Рассматривая причинно-следственные взаимоотношения при развитии неудовлетворительных результатов ПСШ отмечено, что тромбоз анастомоза возник у 6 (14,6%) пациентов при использовании СВ и у 3 (30,0%) пациентов с использованием ВБВ. Общее количество тромбозов ПСШ с последующим рецидивом пищеводного кровотечения, отмечено у 9 (17,6%) пациентов с ВПГ. Функционирующий шунт, но без регресса ВРВПЖ отмечен также у 9 (17,6%) пациентов после ПСШ, из которых у 7 (17,1%) после использования СВ и у 2 (20,0%) после использования ВБВ. Регресс ВРВПЖ на фоне адекватно функционирующего анастомоза отмечен у 33 (64,7%) пациентов, из них у 28 (68,3%) с использованием СВ и у 5 (50,0%) с использованием ВБВ.

Рассматривая влияние ассоциации признаков риска на частоту тромбоза шунта или частичной декомпрессии при любом из вариантов ПСШ, отмечено, что всего пациентов с признаками риска тромбоза было 28 пациентов, из которых у 8 (28,6%) имел место тромбоз ПСШ, а у 8 (28,6%) и у 12 (42,9%) пациентов отмечена частичная декомпрессия и адекватная декомпрессия, соответственно. При этом, у 23 пациента не отмечено ни одного фактора риска, однако, в одном случае (4,3%) диагностирован тромбоз шунта и в одном случае (4,3%) – частичная декомпрессия, тогда как адекватная декомпрессия портолиенального бассейна имела место у 21 (91,3%) пациента.

При наличии одного признака, тромбоз анастомоза диагностирован у 1 (10,0%) пациента и частичная декомпрессия также у 1 (10,0%), при наличии двух признаков у 2 (25,0%) пациента, а при 3-х признаков и более – у 5 (50,0%).

Структурный анализ причин развития тромбоза анастомоза у больных с внепеченочной формой ПГ позволил выделить четыре группы факторов риска при использовании селезеночной вены (СВ) (табл. 2).

Таблица 2

Распределение группы факторов риска развития тромбоза шунта

Фактор риска тромбоза	Есть фактор					Нет фактора				
	n	Тромбоз		Частичная декомпрессия		n	Тромбоз		Частичная декомпрессия	
		абс	%	абс	%		абс	%	абс	%
Анатомические особенности	12	5	41,7%	5	41,7%	39	4	10,3%	4	10,3%
Особенности формирования коллатерального кровообращения	9	3	33,3%	3	33,3%	42	6	14,3%	6	14,3%
Локальные или системные предикторы тромбоза анастомоза	13	8	61,5%	5	38,5%	38	1	2,6%	4	10,5%
Технические аспекты	7	3	42,9%	3	42,9%	44	6	13,6%	6	13,6%

«Анатомические особенности основных сосудов портальной системы» явились причиной тромбоза в 5 (41,7%) случаях и в 5 (41,7%) случаях причиной частичной декомпрессии; «особенности формирования коллатерального кровообращения» явились причиной тромбоза в 3 (33,3%) случаях и в 3 (33,3%) случаях - частичной декомпрессии; «локальные или системные предикторы вероятности тромбоза анастомоза» явились причиной тромбоза в 8 (61,5%) случаях и в 5 (38,5%) случаях причиной частичной декомпрессии; «технические аспекты шунтирования» явились причиной тромбоза в 42,9% случаях.

Рассматривая влияние выше выделенных специфических факторов и их ассоциации на частоту тромбоза шунта или частичной декомпрессии при всех вариантах ПСШ (рис. 5) можно определить, что при наличии одного признака, тромбоз анастомоза наступил у 2 (11,8%) пациентов ($\chi^2=6,141$; Df=2; p=0,047), при наличии двух признаков у 1 (16,7%) пациента ($\chi^2=10,254$; Df=2; p=0,006), а при 3-х признаков и более – у 5 (100,0%) пациентов ($\chi^2=22,319$; p<0,001).

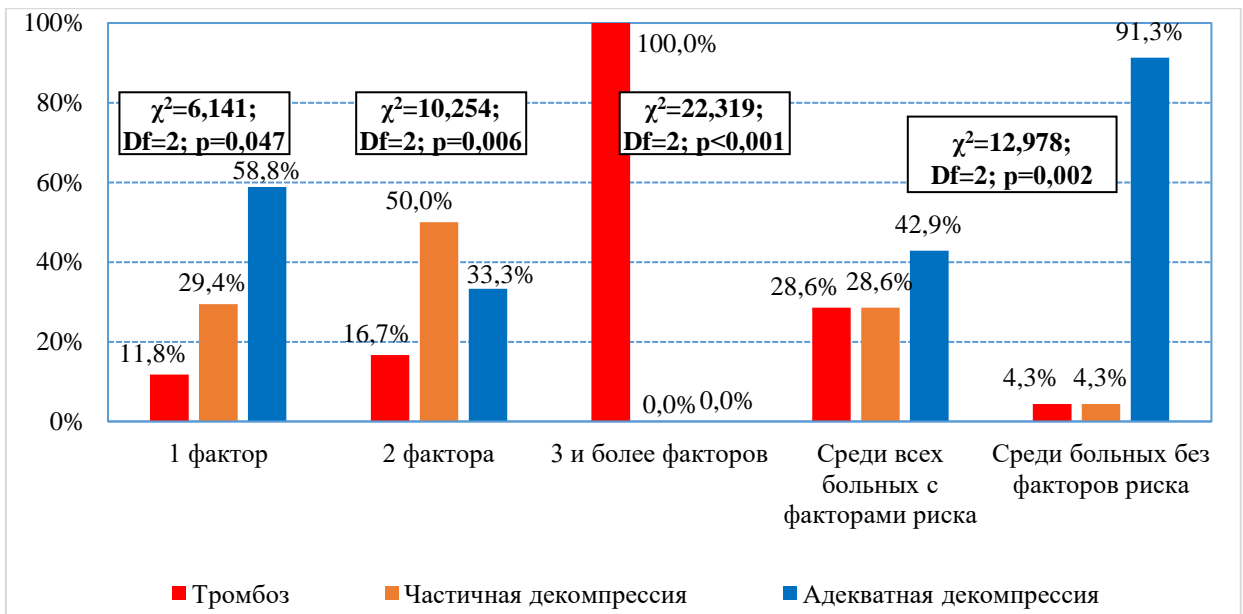


Рис. 5. Влияние выделенных факторов и их ассоциаций на частоту тромбоза шунта или частичной декомпрессии при всех вариантах ПСШ

У пациентов с ВПГ лапароскопическое вмешательство сопряжено с некоторыми трудностями в виду выраженных не только подслизистых венозных конгломератов, но и сети субсерозных и экстраорганных венозных портокавальных соустьев. С целью оптимизации этого варианта хирургического лечения был предложен усовершенствованный способ операции (Патент на изобретение IAP 065202 от 30 июня 2021 года). Техника выполнения лапароскопического ТРГЭК при ВПГ (рис. 6) включает следующие этапы: мобилизация желудка по большой и малой кривизне; наложение линейного сшивающего аппарата по малой кривизне без пересечения; гастротомия в препилорическом отделе желудка для введения циркулярного сшивающего аппарата.

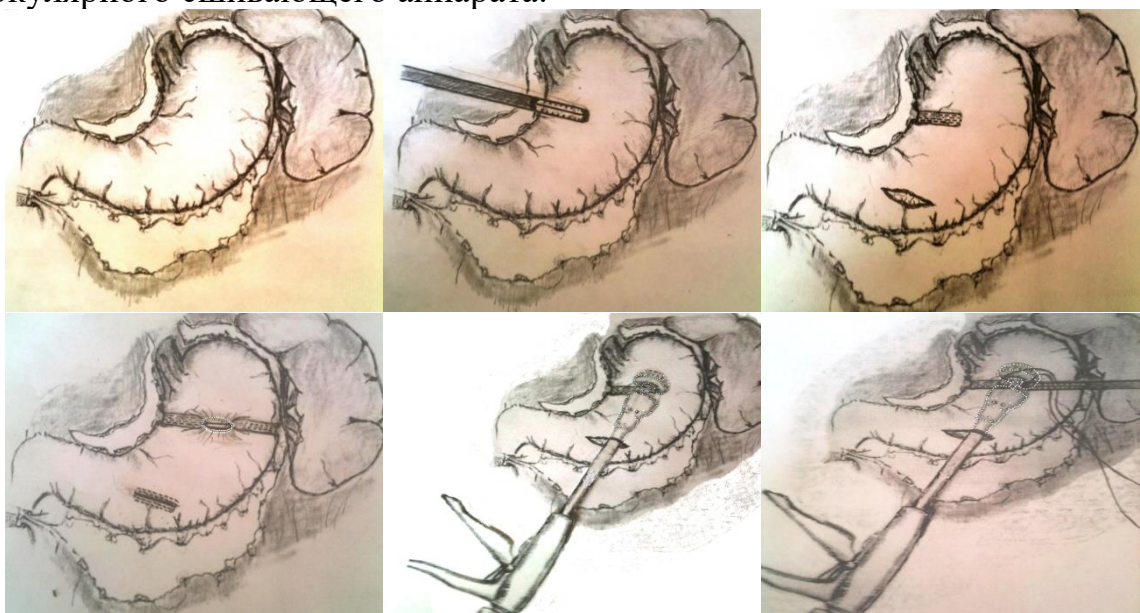


Рис. 6. Этапы лапароскопического ТРГЭК (описание в тексте)

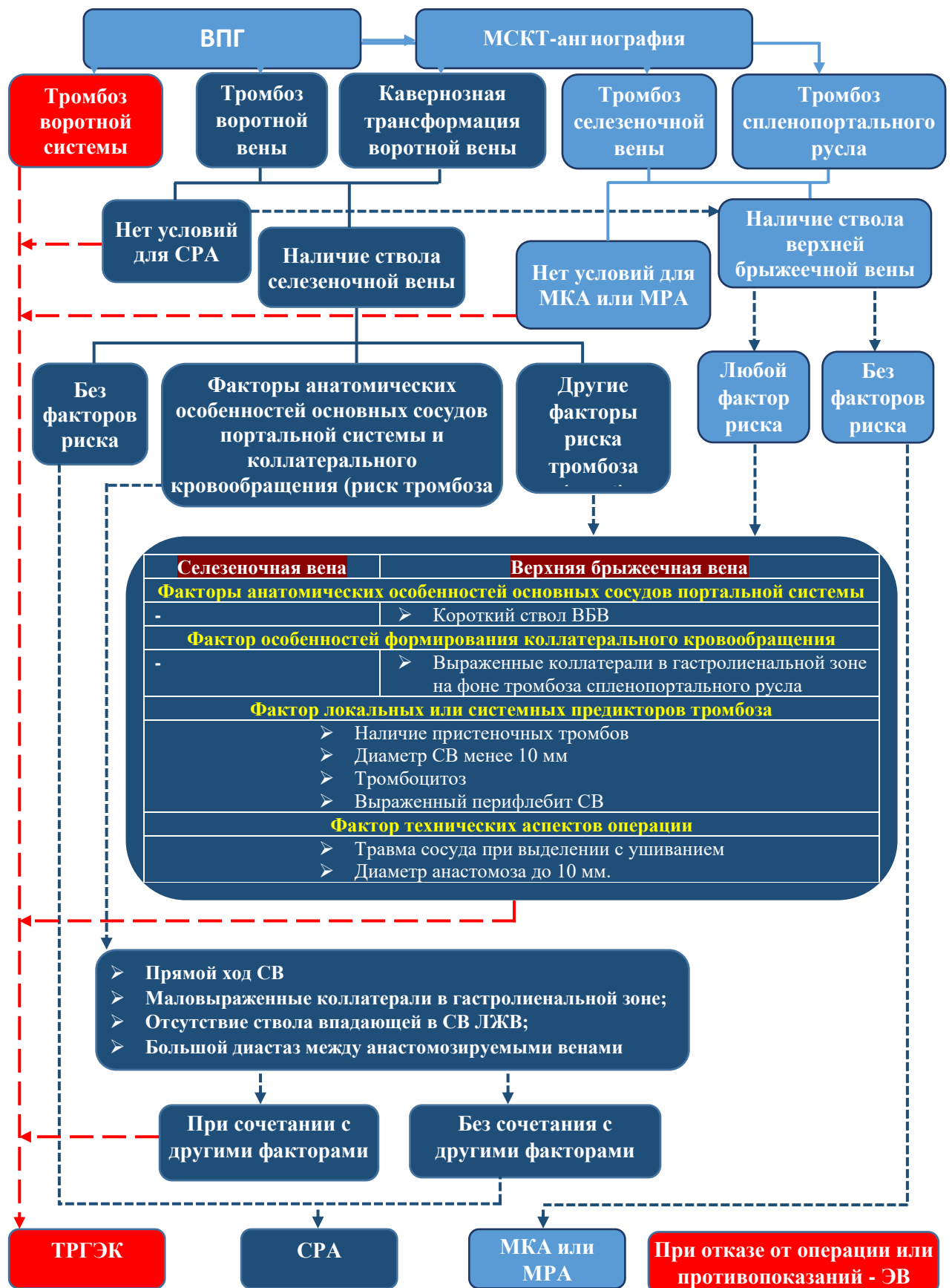


Рис. 7. Алгоритм выбора тактики хирургической профилактики кровотечений из ВРПЖ на фоне ВПГ

Проведенный анализ эффективности различных видов оперативного вмешательства у пациентов с риском пищеводного кровотечения на фоне ВПГ позволил для практического здравоохранения предложить усовершенствованный алгоритм хирургического вмешательства (рис. 7).

На сегодняшний день МСКТ-ангиография занимает лидирующие позиции не только в диагностике ВПГ, но и в определении тактики лечения на основании оценки состояния спленопортального русла.

Так, при установленном диагнозе «тромбоз воротной системы», хирургическое вмешательство ограничивается только операцией ТРГЭК. В остальных случаях, рассматривается возможность использования одного из стволов портальной системы, а именно СВ и ВБВ для выполнения ПСШ.

При ангиографической пригодности СВ и ВБВ, исследуются факторы анатомических особенностей данных сосудов и коллатерального кровообращения (прямой ход СВ; маловыраженные коллатерали в гастролиенальной зоне; отсутствие ствола впадающей в СВ ЛЖВ; большой диастаз между анастомозируемыми венами). При этом риск тромбоза не должен превышать 25%. Другие факторы в большинстве своем необходимо учитывать интраоперационно, для возможности перейти на более гарантийный способ долгосрочной профилактики рецидива кровотечений.

Применение планового эндоскопического вмешательства, проводится только при отсутствии показаний к открытому оперативному вмешательству, либо при отказе самого пациента от него.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Эффективность предпринятых методов профилактики кровотечения из ВРВПЖ при ВПГ в один этап лечения составила только 48,1%, у 16,8% потребовались дополнительные сеансы ЭВ ввиду отсутствия регресса варикоза, при этом наиболее сложными категориями явились тромбоз воротной системы и тромбоз спленопортального русла с хорошими результатами одноэтапных или сочетанных хирургических подходов в 60% случаев, в свою очередь при кавернозной трансформации ВВ этот показатель составил 65,0%, изолированном тромбозе СВ – 71,4% и тромбозе ВВ – 73,5%.

2. При ВПГ наилучшие результаты получены при ПСШ с эффективностью в 1 этап - 64,7%, с учетом дополнительных эндоскопических сеансов – 17,6% и в целом – 82,4%, однако выполнение данного вмешательства строго ограничено состоянием ангиоархитектоники воротной системы в условиях подпеченочного блока (38,9%), при ТРГЭК эти показатели составили 45,6%, 19,3% и 64,9% соответственно, что оказалось недостоверным по отношению к ПСШ ($p=0,087$), в свою очередь при ЭВ успешное лечение достигнуто только в 34,8% случаев (по 17,4%) (к ПСШ – $p<0,001$; к ТРГЭК - $p=0,032$).

3. Сравнительный анализ частоты развития рецидива кровотечений из ВРВПЖ на фоне ВПГ показал существенно низкую результативность ЭВ, при которых повторные эпизоды геморрагического синдрома развились у 65,2% пациентов в среднем через $13,5\pm 2,9$ месяцев, тогда как ТРГЭК в 35,1% случаев

($p=0,014$) обеспечило безрецидивное течение продолжительностью $25,9\pm 4,4$ месяца ($p<0,05$), что по срокам достоверно не отличалось от рецидивов после ПСШ – $41,4\pm 8,2$ месяца (к ТРГЭК - $p>0,05$; к ЭВ - $p<0,05$), но значительно уступало ему по частоте – $17,6\%$ ($p=0,042$ – к ТРГЭК и $p<0,001$ – к ЭВ).

4. Структурный анализ причин развития тромбоза анастомоза у больных с ВПГ позволил выделить специфические признаки, сгруппированные по следующим факторам риска: анатомические особенности основных сосудов портальной системы (верифицированы у $23,5\%$ пациентов) с частотой тромбоза шунта и вероятностью частичной декомпрессии по $41,7\%$ случаев; особенности формирования коллатерального кровообращения ($17,6\%$) с частотой этих осложнений – $44,4\%$ и $33,3\%$ соответственно; локальные предикторы вероятности тромбоза анастомоза ($25,5\%$) – $61,5\%$ и $38,5\%$; технические аспекты шунтирования ($13,7\%$) - по $42,9\%$ случаев.

5. Наличие различных факторных признаков и их ассоциаций, влияющих на эффективность ПСШ при ВПГ, идентифицировано у $54,9\%$ пациентов с частотой тромбоза шунта и частичной декомпрессии – по $28,6\%$, тогда как при отсутствии этих предикторов показатели составили по $4,3\%$, соответственно доля эффективного шунтирования оказалась $42,9\%$ против $91,3\%$ ($p=0,002$), при этом верификация 1 фактора риска увеличивает частоту тромбоза с $4,3\%$ до $11,8\%$, а вероятность частичной декомпрессии с $4,3\%$ до $29,4\%$ ($p=0,047$), при сочетании 2 факторов – до $16,7\%$ и $50,0\%$ ($p=0,006$), а ассоциация 3 и более факторов в 100% случаев приводит к тромбозу ($p<0,001$).

6. Разработанный алгоритм выбора способа хирургической профилактики кровотечений портального генеза при внепеченочной форме ПГ, основанный на верификации особенностей изменений ангиоархитектоники и гемодинамики на фоне подпеченочного блока, а также факторной оценке анатомических, локальных, системных и интраоперационных предикторов риска неудовлетворительного исхода, позволил оптимизировать тактические подходы к выполнению декомпрессивных и разобщающих вмешательств.

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

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

TUKSANOV ALISHER ISKANDAROVICH

**IMPROVEMENT OF TACTICAL AND TECHNICAL ASPECTS OF
SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTRAHEPATIC
FORM OF PORTAL HYPERTENSION**

14.00.27 – Surgery

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

TASHKENT – 2022

Subject of dissertation (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the № № B2021.2.PhD/Tib1978.

The dissertation carried out at the Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov.

An abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is available on the website of the Scientific Council (www.rscs.uz) and on the Information and Educational Portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific advisor: **Ismailov Saidimurad Ibragimovich**
Doctor of medical sciences

Official opponents: **Akilov Khabibulla Ataulaevich**
Doctor of medical sciences, professor

Berkinov Ulugbek Bazarbayevich
Doctor of medical sciences, professor

Lead organization: **Andijan State Medical Institute.**

The defense will be take place on « ____ » _____ 2022 at ____ o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 at the Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov (Address: 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str. 10, 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 dissertation is available in the Information Resource Center of the Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov (Registration number № 139), (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 « ____ » _____ 2022.
(mailing report № ____ of _____ 2022).

F.G. Nazyro

Chairman of the scientific council on award of scientific degrees, doctor of medical science, professor, academician

A.Kh. Babadjanov

Scientific secretary of the scientific council on award of scientific degrees, doctor of medical science, professor

R.A. Ibadov

Chairman of the scientific seminar at the scientific council on award of scientific degrees doctor of medical science, professor

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

The aim of the research work is to improve the results of surgical treatment of patients with extrahepatic portal hypertension by improving the tactical aspects of choosing the optimal way for hemorrhagic syndrome preventing.

The object of the research were 131 patients with various forms of extrahepatic portal hypertension whom where underwent various options of surgical prevention of recurrence bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach in State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V. Vakhidov" for the period from 2006 to 2020.

The scientific novelty of the research consists of the followings:

clarified the structural features of the formation of an extrahepatic form of portal hypertension, as well as characteristic changes in hepatopetal hemodynamics and angioarchitectonics of the portal system, depending on the etiological factors, localization and extent of the subhepatic block;

it has been proven that portosystemic shunting in extrahepatic portal hypertension is a priority method for preventing esophageal-gastric bleeding in the presence of certain conditions for decompression from the mesenteric or lienal tributaries of the portal system;

taking into account the systematization of extrahepatic portal hypertension according to the degree of prevalence of the subhepatic block, the clinical aspects of the duration of the relapse-free course and the risk of repeated episodes of hemorrhagic syndrome after decompressive, uncoupling and endoscopic interventions were determined;

taking into account the anatomical features of the main vessels of the portal system, collateral circulation, local or systemic predictors, as well as the technical aspects of shunting, pathognomonic criteria for verifying the risk of developing thrombosis of the portosystemic anastomosis in patients with extrahepatic portal hypertension were determined;

the pathogenetic aspects of the influence of various factor signs and their associations on the degree of decompression of bypass interventions and the risk of thrombosis with recurrence of hemorrhagic syndrome in patients with subhepatic block of the portal blood flow with the identification of their individual or combined prognostic value are disclosed;

a method for laparoscopic implementation of the total separation of the gastroesophageal collector to stop and prevent bleeding of portal origin, providing separate transorgan stitching of the stomach with a full-fledged intramural venous transection has been developed.

Introduction of the research results. According to the results of a scientific study to optimize the tactical and technical aspects of various interventions for extrahepatic portal hypertension

the "Method for laparoscopic separation of the gastroesophageal venous collector in patients with varicose veins of the esophagus and stomach" has been improved (Patent for invention IAP 065202 dated June 30, 2021). The proposed

method allowed to expand the range of surgical benefits for the prevention of portal bleeding in patients with extrahepatic portal hypertension;

methodological recommendations "Algorithm for choosing the tactics of surgical prevention of bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach against the background of extrahepatic portal hypertension" were developed (certificate of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 08-09/6817 of March 3, 2022). The developed recommendations made it possible to optimize tactical approaches to performing decompressive and uncoupling interventions in extrahepatic portal hypertension, to reduce the incidence of anastomotic thrombosis and relapses of hemorrhagic syndrome;

the obtained scientific results are implemented in the practice of health care, in particular, in the clinic of the Andijan State Medical Institute, the Navoi branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, the State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V. Vakhidov" (certificate of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 08-09/6817 of March 3, 2022). Improving the tactical and technical aspects of surgical treatment of patients with extrahepatic portal hypertension made it possible to reduce the risk of repeated episodes of hemorrhagic syndrome after decompressive, uncoupling and endoscopic interventions, to achieve successful treatment in 82.4% of cases with portosystemic shunting and in 64.9% of cases with total uncoupling gastroesophageal collector.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, a literature review, three chapters of his own research, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of text material is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Хашимов Ш.Х., Девяттов А.В., Бабаджанов А.Х., Туксанов А.И. Способ лапароскопического разобщения гастроэзофагеального венозного коллектора у больных с варикозным расширением вен пищевода и желудка // Патент на изобретение Агентства по интеллектуальной собственности при Министерстве Юстиции Республики Узбекистан IAP 065202 от 30.06.2021.

2. Ismailov S.I., Devyatov A.V., Babadjanov A.Kh., Tuksanov A.I., Baybekov R.R. Surgical Treatment Results of Extrahepatic Portal Hypertension // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2021, 11(8): 583-589. DOI: 10.5923/j.ajmms.20211108.08 (14.00.00, №2).

3. Ismailov SI, Devyatov AV, Babadjanov A Kh, Tuksanov AI, Boyko EV. Analysis of Variceal Bleeding Recurrence Rate After Various Interventions in Extrahepatic Portal Hypertension // Журнал «Acta Scientific Gastrointestinal Disorders». 2021;4(9): 03-08. (№23, SJIF -5.286).

4. Назыров Ф.Г., Исмаилов С.И., Девяттов А.В., Бабаджанов А.Х., Туксанов А.И., Байбеков Р.Р. Современное состояние проблемы хирургического лечения внепеченочной портальной гипертензии // Журнал «Проблемы биологии и медицины». 2021, №4 (129): 230-235 (14.00.00, №19).

5. Назыров Ф.Г., Исмаилов С.И., Девяттов А.В., Бабаджанов А.Х., Туксанов А.И., Байбеков Р.Р. Эффективность портосистемного шунтирования при внепеченочной форме портальной гипертензии и причины развития тромбозов анастомозов// Журнал «Вестник ташкентской медицинской академии». – Ташкент, 2021. -№4. С. 126-132. (14.00.00. №13).

6. Исмаилов С.И., Девяттов А.В., Бабаджанов А.Х., Туксанов А.И. Анализ частоты рецидивов кровотечений после различных вмешательств при внепеченочной портальной гипертензии. // Журнал «Хирургия Узбекистана» №4, 2021, С 5-12 (14.00.00, №9)

II бўлим (II часть; part II)

7. Исмаилов С.И., Девяттов А.В., Бабаджанов А.Х., Туксанов А.И. Алгоритм выбора тактики хирургической профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка на фоне внепеченочной // Методические рекомендации. Ташкент, 2021. 18 стр.

8. Назыров Ф.Г., Исмаилов С.И., Девяттов А.В., Бабаджанов А.Х., Туксанов А.И., Байбеков Р.Р., Маткаримов Ш.У. Анализ результатов хирургического лечения больных с внепеченочной портальной гипертензией // Сборник международной научно-практической конференции «Горизонты современной хирургии» сборник статей и тезисов (Самарканд, 17 -18 декабря

2021 г.) Problems of biology and medicine. Биология ва тиббиёт муаммолари 2021, ст 304-309 № 6.1 (133).

9. Исмаилов С.И., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Туксанов А.И. Факторы риска развития осложнений после портосистемного шунтирования у больных с внепеченочной формой портальной гипертензии // Материалы XXVIII Международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. «Актуальные проблемы гепатопанкреато-билиарной хирургии». 23-24 сентября 2021. Стр. 47-49.

10. Ismailov S.I., Tuksanov A.I. Immediate and remote complications after surgical treatment of extrhepatal portal hypertension // International conference on medicine and health sciences. Venice 2021. May-June. Medicine and health sciences Venice. 2021. 46-47. DOI <http://doi.org/10.5281/zenodo.5074818>.

11. Девятов А.В., Джураева Н.М., Бабаджанов А.Х., Амирхамзаев А.Т., Туксанов А.И. Особенности внутрипеченочной гемодинамики при внепеченочной форме портальной гипертензией по данным перфузионной компьютерной томографии // Материалы XXV республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения - 2021» «Новые тенденции в миниинвазивной торакоабдоминальной и сердечно-сосудистой хирургии» №1 (89) 2021 стр 34.

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