

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА  
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ  
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.04.12.2018.Tib.77.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА  
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**САБИРОВ ДЖАХОНГИР РУЗИЕВИЧ**

**ҚИЗИЛҮНГАЧ САРАТОНИ ЖАРРОҲЛИГИДА  
ВИДЕОАССИСТИРЛАНГАН ТРАНСХИАТАЛ ЭЗОФАГЭКТОМИЯ**

**14.00.14 – Онкология**

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

**ТОШКЕНТ – 2019**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Content of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD)**

**Сабилов Джахонгир Рузиевич**

Қизилўнгач саратони жарроҳлигида видеоассистирланган  
транспиатал эзофагэктомия ..... 3

**Сабилов Джахонгир Рузиевич**

Видеоассистированная транспиатальная эзофагэктомия  
и хирургия рака пищевода ..... 24

**Sabirov Djakhongir Ruziyevich**

Video-assisted transhiatal esophagectomy and  
esophageal cancer surgery ..... 44

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works ..... 48

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА  
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ  
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.04.12.2018.Tib.77.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА  
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**САБИРОВ ДЖАХОНГИР РУЗИЕВИЧ**

**ҚИЗИЛҮНГАЧ САРАТОНИ ЖАРРОҲЛИГИДА  
ВИДЕОАССИСТИРЛАНГАН ТРАНСХИАТАЛ ЭЗОФАГЭКТОМИЯ**

**14.00.14 – Онкология**

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

**ТОШКЕНТ – 2019**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2017.1.PhD/Tib81 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

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

**Илмий раҳбар:**

**Кротов Николай Фёдорович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар:**

**Жўраев Миржалол Дехқонович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Курбанов Тилла Курбанович**  
тиббиёт фанлари доктори

**Етакчи ташкилот:**

**Қозон давлат тиббиёт академияси**  
**(Россия Федерацияси)**

Диссертация ҳимояси Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги илмий даража берувчи DSc. 04.12.2018.Tib.77.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2019 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100174, Тошкент шаҳри, Фаробий кўчаси, 383-уй. Тел.: (+99871) 227-13-27; факс: (+99871) 246-15-96; e-mail: [info@cancercenter.uz](mailto:info@cancercenter.uz)).

Диссертация билан Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази интернет Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (\_\_\_ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100174, Тошкент шаҳри, Фаробий кўчаси 383-уй. Тел.: (+99871) 227-13-27; факс: (+99871) 246-15-96; e-mail: [info@cancercenter.uz](mailto:info@cancercenter.uz).

Диссертация автореферати 2019 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ куни тарқатилди.  
(2019 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**М.Н. Тилляшайхов**

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

**А.А. Адилходжаев**

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

**М.Х. Ходжибеков**

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

## КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертация аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Ҳозирги кунда дунёда атмосфера ҳавоси таркибини кимёвий зарарланиши, аҳолининг алкоголь ва тамаки маҳсулотлари истеъмол қилишининг кун сайин кўпайиши ўсма касалликлари даражасини ва ўлим кўрсаткичини ортишига олиб келмоқда. Ўсма касалликлари орасида қизилўнгач саратони (ҚС) –дунёда 8 ўринни эгаллайди. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ)нинг 2017 йилдаги статистик маълумотларига кўра дунёда «...14 миллион хавфли ўсма касаллиги аниқланиб ва ушбу хасталиқдан 8 миллион киши вафот этиши кайд этилган...»<sup>1</sup>. ҚС билан хасталанган беморларда нисбий беш йилгача бўлган умр куриш давомийлиги 10-15% дан ошмайди. Шунини инобатга олиб ҚСни даволашда хирургик усуллар самарали бўлиб, операция давомида юқори даражадаги травматик жараёнлар, амалиётда учрайдиган асоратлар, замонавий хирургик амалиётни амалга оширишни тақоза қилади. ҚСда даволаш мезонларни ўзига хослигини инобатга олган ҳолда, операция жараёнини технологик усуллари, кейинги тактикасини танлаш учун махсус даво мезонларини ишлаб чиқиш ҳал қилиниши лозим муаммоларидан биридир.

Жаҳонда қизилўнгач саратони жарроҳлигида трансхиатал эзофагэктомиyani такомиллаштиришнинг юқори самарадорлигига эришиш мақсадида қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Жумладан, қизилўнгач саратони ривожланишига таъсир қилувчи эндоген ва экзоген омилларнинг ўрнини асослаш, миниинвазив эзофагэктомиянинг аҳамияти ҳамда видеоассистирланган гибридли трансхиатал эзофагэктомия усулини ишлаб чиқишдан иборат. Трансхиатал эзофагэктомия операциясини медиастенал лимфодиссекция босқичида, қайталанувчи нерв йуналишидаги паратрахеал ҳамда бифуркацион лимфоколлекторларни олиб ташлашда прецизион техникасини қўллаш орқали такомиллаштириш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизмат сифатини ошириш борасида қатор вазифалар юклатилишига қармасдан, хавфли ўсма касалликларини сони кун сайин ортиб бормоқда. Мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усуллари жорий қилиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш...»<sup>2</sup> вазифалар белгиланган. Белгиланган вазифалар аҳоли орасида онкологик касалликларни ташхислаш ва даволашда замонавий тиббий хизмат кўрсатиш

<sup>1</sup>World Health Organization. Cancer: fact sheet no.297.World Health Organization website. 2018.

<sup>2</sup>Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сонли «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони

даражасини янги босқичга кўтариш ва сифатли тиббий хизмат кўрсатишда замонавий технологиялардан фойдаланишни такомиллаштириш орқали қизилўнгач саратонини хирургик даволаш самардорлигини ошириш ва ўлим даражасини камайтириш имконини беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947–сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590–сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора–тадбирлар тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 4 апрелдаги ПҚ–2866–сон «2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасида онкология хизматини янада ривожлантириш ва аҳолига онкологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш чора–тадбирлари тўғрисида», 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071–сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора–тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъерий–ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Хавфли ўсманинг эрта диссеминацияси қизилўнгач саратони аниқланган беморларда касалликнинг салбий ҳолатларини тушунтиради. Қизилўнгач саратони тарқалиш кескинлиги бўйича энг юқори индексига эга бўлиб, ўсмалар орасида 0,87 га тенг. Ўсма касалликлари орасида ташхис қўйилгандан кейин йил давомидаги ўлим кўрсаткичи бўйича ҚС биринчи ўринни эгаллайди. Ташхис қўйилгандан сўнг биринчи йил ичида беморларнинг 65-80% вафот этиши, касалликнинг маҳаллий шаклида беш йиллик умр кўриш давомийлиги 37,8%ни, лимфа тугунларидаги метастазлар юзага келганда кескин даражада қисқариб 19,8%ни, узоқ метастазларда 3%ни ташкил этиши қатор илмий ишларда асосланган (Darling G., 2009; Yuwei Zhang., 2013; Mitzman B., Lutfi W., Wang C.H., Krantz S., Howington J. A., Kim K.W., 2017). Бу беморларнинг  $\frac{3}{4}$  қисмини ихтисослашган касалхонага касалликнинг III-IV босқичига ўтгандан сўнг мурожаати билан боғлиқ бўлиб келмоқда. Замонавий онкологиянинг эришилган ютуқлари янги технологияларни қўллашга қарамадан касаллик босқичининг ўтказиб юбориш сони, асоратлар фоизи ва мазкур касалликдаги ўлим сезиларли пасайиш тенденциясига эга бўлмай юқори даражаларда қолмоқда. Кўплаб хорижий муаллифлар фикрича қизилўнгач резекцияси ҚС касаллигининг эрта босқичларида стандарт даволаш усули бўлиб қолмоқда (Тюляндин С.А., 2010; Lee Thomas J, 2013). АҚШнинг умумлашган ўсма касалликлари Миллий тармоғининг тавсияларига асосан, бўшлиқ ичи эндоскопик жарроҳлигига альтернатив усули сифатида ҚСнинг T<sub>1a</sub> ҳамда T<sub>1b</sub>N<sub>0</sub> босқичларида фақат жарроҳлик йўли

билан даволаш тавсия этилган. ҚСнинг янада кенг тарқалган босқичларида жарроҳлик амалиётидан олдинги кимё нурли даволаш билан мультимодал ёндошув тавсия этилади. Тиббий онкологиянинг Европа жамияти клиник тавсияларида кўрсатилишича маҳаллий лимфа тугунлар шикастланишида умр кўриш давомийлиги 25% дан ошмаслигига қарамасдан жарроҳлик йўли билан даволаш касалликнинг эрта босқичларида стандарт ёндошув бўлиб ҳисобланади ( $T_{is}-T_2N_{0-1}$ ). Жараён кенг тарқалган ҳолатларда ( $T_3-T_4N_{0-1}$ ) қўлланиладиган жарроҳлик усули билан даволаш, мустақил даволаш усули сифатида хавфли ўсманинг кенг тарқалган ҳолатлари учун стандарт ёндошув бўлиб ҳисобланмайди, чунки, рТ3 да радикал резекция фақат 70%да ва рТ4да 50%да, радикал жарроҳлик усули билан даволашдан сўнг беш йиллик умр кўриш давомийлиги 20%дан ошмайди. Касалликни мос келган босқичлари учун операция жараёнида камида 15 лимфа тугунни олиб ташлаш зарур. Муаллифлар шундай хулосага келишдики, МІЕни бажариш имкони мавжуд ва у хавфсиз амалиётдир (Omloo J.M., Law S.Y., Launois B. et al. 2009; Papenfuss W.A., Kukar M., Attwood K., Kakarla V.R., Chousleb S., Hochwald S.N., Nurkin S.J., 2014). G.B. Hanna ва ҳаммуаллифлар 1990 йилдан 2012 йилгача бўлган вақт оралиғида нашр этилган ҚСда миниинвазив эзофагэктомия (ЭКИЭ)га бағишланган энг йирик 34 тадқиқотларни танлаб олдилар. Муаллифлар жарроҳлик амалиётининг якуни ва жарроҳлик техникасининг кенг вариабеллигини қайд этдилар, жумладан жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар таснифига ягона ёндошувнинг мавжуд эмаслиги ва кўплаб тадқиқотларда лимфодиссекциянинг тавсия этилган ҳажмини бажарилмаслигига эътибор қаратдилар (Стилиди И.С., 2004; Давыдов М.И., 2007; Orringer M.B., Marshall B., Chang A.C., Lee J., Pickens A., Lau C. L., 2007). Юзага келган хулосалардан бири сифатида шуни таъкидлаш жоизки, МІЕни ОЭ билан солиштиришга бағишланган тадқиқотлардан олдин яна бир бор иницирланмасдан МІЕда жарроҳлик ёндошуви бўйича келишув консенсиси зарур деб ҳисоблайдилар.

Ўзбекистонда қизилўнгач саратонини ташхислаш ва самарали даволашнинг жарроҳлик усуллари кўллаш борасида қатор ишлар бажарилган (З.М. Низамходжаев 1999, Е.А. Лигай, 2017), қизилўнгач сартонининг маҳаллий тарқалишида хавфли ўсамаларни ташхислаш ва самарали даволаш тизимини такомиллаштирилган (Р.В. Хайрутдинов, 2012; О.М. Гулямов, 2018), бироқ, қизилўнгач саратони жарроҳлигида видеоассистирланган трансхиатал эзофагэктомиyani оптимал тизими яратилмаган.

Олиб борилган адабиётлар таҳлиллари шундай гувоҳлик берадики, ҳозирги даврда кам жароҳатли усулларни қўллаш, умумий ва рецидивсиз умр кўриш давомийлилик кўрсаткичларини камайтиришларсиз жарроҳлик амалиётидан кейинги бевосита асоратлар фоизини пасайиши, замонавий онкологиянинг ҳал этилмаган муамоларидан бири сифатида қаралади. Касалликнинг қониқарсиз натижалари ва ўлим ҳолатларининг юқори фоизларда бўлиши ва турмуш даражасининг пастлиги ушбу соҳада келгусида изланишлар олиб боришга туртки бўлади.

**Диссертация тадқиқотининг бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази илмий-тадқиқот ишлари режаси ва амалий илмий грант ИТСС-9-2 «Турли локазациялардаги хавфли ўсмаларда лимфодиссекцияга кўрсатмалар ҳажмини аниқлаш ва самарадорлигини баҳолашда янги технологияларни ишлаб чиқиш» (2009-2012) мавзуси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** қизилўнгачнинг кўкрак соҳаси саратонини гибридли видеоассистирланган трансхиатал эзофагэктомия усулида хирургик даволашни такомиллаштиришдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

анаъанавий операцион техникадан фойдаланилган тартибда қизилўнгачнинг абдоминоцервикал экстрипациясининг самарадорлигини баҳолаш;

видеоассистирланган гибридли трансхиатал эзофагэктомия усулини ишлаб чиқиш;

видеоассистирланган гибридли трансхиатал эзофагэктомия усулини натижалари ва самарадорлигини, ушбу усулнинг афзаллик ва камчилликларини баҳолаш;

тавсия этилган хирургик амалиётнинг самарадорлигини қисқа ва узок асоратларининг таъсири асосида баҳолаш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази клиникасида 2001-2017 йилларда 127 нафар қизилўнгач саратони билан хасталанган стационар даволанган беморлар хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг предмети** бўлиб жарроҳлик амалиётидан сўнг миниинвазивли гибридли эзофагэктомиянинг натижалари таҳлили хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотнинг мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ҳал этиш учун клиник, инструментал, морфологик ва статистик текширув усулларида фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** куйидагилардан иборат:

қизилўнгач саратони билан хасталанган юрак ва ўпка етишмовчилиги мавжуд беморларда қизилўнгачнинг ўрта-пастки кўкрак қисмида жойлашган ўсмаларни мобилизацияси ва медиастенал лимфодиссекция босқичида гибридли трансхиатал экстрипацияси асосланган;

трансхиатал эзофагэктомия операциясида кукс оралиғи тузилмалари, қайталанувчи нерв йуналишидаги паратрахеал ҳамда бифуркацион лимфоколлекторларни олиб ташлаш прецизион техникаси қўллаш орқали такомиллаштирилган;

қизилўнгач саратонида миниинвазив гибридли трансхиатал экстрипацияси медиастенал лимфодиссекцияни 2F ҳажмда бажаришни радикаллик характери исботланган.



миниинвазив гибридли трансхиатал экстрипациясида прецизион техникаси кўллаш орқали интраоперацион қон йўқотишни камайтириш ҳамда беморларнинг ҳаёт сифатини яхшиланиши исботланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат.

қизилўнгачнинг қуйи кўкрак бўлими саратонини жарроҳлик даволаш усули миниинвазив гибридли эзофагэктомияни кўллаш натижасида жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар сонини камайтириш баҳоланган;

операциядан кейинги шифохонада бўлиш даврини камайиши ҳамда даволашга кетадиган сарф харажатни қисқариши ҳисобига беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкони берган;

қизилўнгач хавфли саратони беморларини ҳаёт кўриш давомийлигини оширишга имкон берувчи анъанавий трансхиатал эзофагэктомияга нисбатан миниинвазив гибридли эзофагэктомиянинг афзалиги исботланган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги.** Тадқиқот ишида замонавий усул ва ёндошувларнинг қўлланилганлиги, назарий маълумотларнинг олинган натижалар билан мос келиши, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарлилиги, клиник, биокимёвий, инструментал, морфологик ва статистик текширув усулларига асосланганлиги, маълумотларга статистик усуллар ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий маълумотлар билан таққосланганлиги, чиқарилган хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланган.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти қизилўнгачнинг кўкрак қисми хавфли ўсмасини ташхислаш ва даволашнинг ўзига хосликларини ўрганишга ўзининг сезиларли ҳиссасини кўшади. Жараён босқичи ва ўтказиладиган даволаш самарадорлигига боғлиқ ҳолда ҚСни ташхислаш ва даволашга комплекс ёндошув ишлаб чиқилди. ҚСда миниинвазив аралашувни олиб бориш мақсадга мувофиқлиги исботланди. Ишнинг алоҳида натижалари қизилўнгач хавфли ўсмасини ташхислаш, жарроҳлик йўли билан ва комплекс даволаш тизимини назарий методологиясини такомиллаштириш имконини бериши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти қизилўнгач кўкрак қисми саратонида жарроҳлик аралашувининг миниинвазив усулини клиник амалиёт учун ишлаб чиқиш ва жорий этиш, шунингдек тактик-техник аспектларни такомиллаштириш жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни камайтиришга, ўрин-қунлар сонини қисқаришига, ҳаёт сифтини яхшилаш ва иш қобилиятини тиклашга, шу билан мазкур тоифа беморларини даволашга бўлган сарф харажатини қисқартиришга имкон бериши билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Қизилўнгач саратони жарроҳлигида видеоассистирланган трансхиатал эзофагэктомияни такомиллаштиришни яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Қизилўнгач саратонида трансхиатал эзофагэктомиянинг модернизацияланган усули» услубий қўлланмаси тасдиқланган (Соғлиқни

сақлаш вазирлигининг 2019 йил 6 мартдаги 8н-д/51-сон маълумотномаси). Мазкур услубий қўлланма қизилўнғач саратонини операция қилиш сифатини яхшилаш, жарроҳлик амалиётига сарфланадиган вақтни қисқартириш, бунинг натижасида асосий мобилизация босқичини камайтириш, интраоперацион қон йўқотиш ва гемотрансфузия ҳажмини камайтириш имконини берган;

Қизилўнғач саратони жарроҳлигида видеоассистирланган трансхиатал эзофагэктомияни такомиллаштириш сифатини яхшилаш самарадорлигини ошириш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг торакал онкохирургия бўлими, Самарқанд ва Тошкент шаҳар филиалларининг клиник амалиётига тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 6 мартдаги 8 н-д/122-сон маълумотномаси). Олинган натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши қизилўнғач хавфли ўсмаси ташхисланган беморларга ихтисослаштирилган юқори технологик тиббий ёрдам кўрсатиш кўламини кенгайтириш, шунингдек, даволаш сифатини яхшилаш ва жарроҳлик амалиётидан кейинги ўпка асоратлари ҳамда касалхонада бўлиш давомийлигини қисқартириш имконини берганлиги билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 8 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 4 та ҳалқаро ва 4 та республика анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 28 та илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 10 та мақола, жумладан 8 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 106 бетни ташкил этган.

## **ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ**

**Кириш** қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объекти ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, иш натижаларининг назарий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Қизилўнғач саратони жарроҳлигида видеоассистирланган трансхиатал эзофагэктомиянинг замонавий талқини»** деб номланган биринчи бобида меъданинг рецидивли саратонини даволаш масаласи бўйича илмий маълумотлар кенг таҳлил қилинган,

танқидий баҳоланган, маълумотлар умумлаштирилган ва тизимлаштирилган. Хорижий ва маҳаллий адабиётларнинг манбаларини илмий асосда таҳлил қилинган. Келгусида ҳал қилишни талаб қиладиган долзарб масалалар ўрганилган. Касалликдаги ташхис масалалари, қўлланиладиган даволаш чора-тадбирларини танлаш, қўлланиладиган усулларнинг афзаллик ва камчиликлари таҳлил қилинган, шунингдек, мазкур муаммонинг ўз ечимини топган ҳамда ечими топилиши лозим бўлган аспекти белгиланган.

Диссертациянинг «Қизилўнғач саратони жарроҳлигида видеоассистирланган трансхиатал эзофагэктомия самардорлигини ташхислаш материал ва усуллари» деб номланган иккинчи бобида тадқиқотда иштирок этган беморларнинг умумий тавсифи бўйича, шунингдек, қўлланилган текшириш усуллари тўғрисидаги маълумотлар келтирилган.

Мазкур илмий ишда РИОваРИАТМнинг торокал онкожарроҳлик бўлимида 2001 йилдан 2017 йилгача бўлган вақт оралиғида қизилўнғач кўкрак қафаси хавfli ўсмаси билан хасталанган 127 нафар беморларда олиб борилган жарроҳлик, комплекс, комбинациялашган даволаш натижалари ўрганилган.

Асосий гуруҳни 74 нафар бемор ташкил этиб, уларга 2006 йилдан 2017 йилгача гибридли видеоассистирланган техникани қўллаш билан реконструктив-тикланиш операцияси қўлланилди, назорат гуруҳини 53 нафар бемор ташкил этиб, уларда 2001 йилдан 2006 йилгача қизилўнғач кўкрак қафаси саратонида трансхиатал эзофагэктомияда анъанавий техникани қўллаш билан жарроҳлик амалиёти ўтказилди.

Бизнинг тадқиқотларимизда ҚХЎ кўкрак бўлимини жарроҳлик усули билан даволашнинг босқичи, прогнози ва тактикасини аниқлаш учун TNM UICC, AJCC 7-чи қайта кўриб чиқилган халқаро таснифи қўлланилди (1-жадвалга қаранг).

127 нафар текширилувчилардан: эркаклар 59 (46,45%) нафар, аёллар - 68 (53,54%) нафарни ташкил этди. Ёш нуқтаи назаридан беморлар қуйидагича бўлинди: 30-44 ёш-14 (11,0%); 45-59 ёш-61 (48,0%); 60-74 ёш-51 (40,2%), 75-89 ёш-1 (0,8%). 127 нафар беморнинг жарроҳлик, комплекс ва консерватив даволашга боғлиқ ҳолда олинган маълумотлари гуруҳларга тақсимланди, улар жинс, ёш, йўлдош касалликлар бўйича репрезентатив бўлиб ҳисобланди ( $P>0,05$ ).

#### 1 -жадвал

#### Қизилўнғач саратонининг босқичли TNM-таснифи натижалари бўйича беморларнинг тақсимланиши

Босқичлари	TNM	Беморлар сони (n=127)			
		асосий (n=74)		Назорат (n=53)	
		абс.	%	абс.	%

II	$T_2N_{0-1}M_0$	1	1,35%	2	3,77%
	$T_3N_0M_0$	1	1,35%	1	1,88%
III	$T_{1-2}N_2M_0$	31	41,89%	17	32,07%
	$T_3N_{1-2}M_0$	38	51,35%	31	58,49%
IVA	$T_{4a-4b}N_{турли}M_0$	3	1,05%	2	3,77%
жами		74	100%	53	100%

Диссертациянинг «Видеоассистирланган гибрид трансхиатал эзофагэктомия» деб номланган учинчи бобида қўлланилган асосий усуллар таҳлил қилинган: жарроҳлик аралашуви ўтказилган беморларни текшириш тавсифи, шунингдек ўтказилган жарроҳлик аралашувининг асосий босқичлари ва техникаси баён этилган.

Хавфли ўсманинг морфологик кўринишига мос ҳолда қиёсий кўрсаткичлар ва патологик жараёни ўсиш тавсифи ўрганилган (2- жадвалга қarang).

## 2 - жадвал

### Текширилган беморларнинг қиёсий кўрсаткичлари

Маълумотлари		Таққослаш гуруҳи				$\chi^2$	P
		Асосий гуруҳ (n=74)		Назорат гуруҳи (n=53)			
		абс.	%	абс.	%		
Ясси хужайрали ўсмалар		69	93,24	49	92,45	0,03	>0,05
Аденокарцинома		5	6,75	4	7,54	0,03	>0,05
Ўсиш шакли	Экзофитли	28	37,83	23	43,39	0,40	>0,05
	Эндофитли	19	25,67	15	28,3	0,11	>0,05
	Инфилтрат- ярали	10	13,51	6	11,32	0,13	>0,05
	Аралаш	17	22,97	9	16,98	0,68	>0,05
жами		74	100%	53	100%		

Асосий гуруҳ беморларидаги хавфли ўсма жараёнининг бошланиши ўртача  $29,4 \pm 0,52$  см (олдинги кесмаларга нисбатан) ни, қиёсий гуруҳда  $28,4 \pm 0,47$  см ни ташкил этди; хавфли ўсманинг латерал чегараси биринчи гуруҳда  $38,3 \pm 0,38$  см, қиёсий гуруҳда  $37,7 \pm 0,65$  см. Хавфли ўсма жараёнининг давомийлиги асосий гуруҳда  $5,4 \pm 0,18$  см, қиёсий гуруҳда  $5,4 \pm 0,31$  см ни ташкил этди. Кўпинча жараён барча деворларни қамраб олди-76 (59,8%), 14 (11,02%) ҳолатда қизилўнгачнинг ўнг ёнбош деворининг шикастланиши қайд этилса, 13 (10,23%) ҳолатда чап ёнбош деворнинг шикастланиши кузатилди, олд деворнинг шикастланиши 13 (10,23%), орқа деворнинг шикастланиши 11 (8,66%) ҳолатда қайд этилди. 79 (62,20%)

ҳолатда жараён қизилўнгачнинг қуйи кўкрак қисмида жойлашса, 48 (37,79%) ҳолатда ўрта кўкрак бўлимида жойлашади.

Тадқиқотларимизда лимфоген метастаз берилишини юқори даражада эканлигини ҳисобга олган ҳолда, қизилўнгач деворига ўсиб кириш чуқурлигига боғлиқ ҳолда, шунингдек ҚҲСни лимфа тугунларига метастазланиш сонига таъсири ўрганилди (3- жадвалга қаранг).

### 3 жадвал

#### Касаллик босқичига боғлиқ ҳолда лимфа тугунларининг шикастланиш даражаси

Босқич (Т символ)	Беморлар сони	Лимфа тугунларининг зарарланиши	
		абс.	%
T <sub>2</sub>	5	1	20
T <sub>3</sub>	117	105	89,7
T <sub>4</sub>	5	5	100
жами	127	111	87,4

T<sub>2</sub> босқичидаги 5 нафар беморда лимфоген метастазланиш сони 20% ҳолатда қайд этилди, T<sub>3</sub> да 89,74%, T<sub>4</sub> да 100% беморда лимфа тугунларининг метастатик шикастланиши аниқланди, бу адабиётлар таҳлили натижасида олинган кўрсаткичларга мос келади ва ҚСни лимфа йўли билан метастаз бериши юқори потенциали фактини тасдиқлайди.

Стандарт лимфодиссекцияни бажариш учун барча минтақавий лимфа тугунлари гуруҳини ташхислаш мақзилўнгач сратонида МСКТ кўриниши таҳлил қилинди. МСКТ маълумотларини ҳисобга олиб бирламчи хавфли ўсма билан шикастланиш даражасига боғлиқ ҳолда катталашган лимфа тугунлари таҳлил қилинди.

Ушбу операцияларни бажаришга кўрсатмалар бўлиб қуйидагилар ҳисобланди: хавфли ўсма жараёнини қизилўнгачнинг ўрта-юқори кўкрак бўлимида жойлашиши, трахея бифуркацияси ва ундан юқорида, яъни қизилўнгачнинг юқори–ўрта кўкрак бўлими даражасида асосий шикастланиш ўчоғи жойлашган беморлар текшириш гуруҳига киритилмади; торакотомияни ўтказишга имкон бермайдиган нафас ва юрак фаолияти кўрсаткичларининг паст бўлишига сабаб бўлувчи йўлдош патологиялар мавжуд бўлганда; бўйин ва ўмров усти худудида лимфа тугунларининг катталашини кузатилганда.

Диссертациянинг «Гибрид видеоассистирланган трансхиатал эзофагэктомия самарадорлигини баҳолаш натижалари» деб номланган тўртинчи боби МГЭнинг асосий мезонларига, анъанавий трансхиатал эзофагэктомия билан солиштирилганда бевосита ва узоқ натижаларни ўрганишга бағишланган. Текширилган гуруҳлардаги натижаларни турли туманлигини олдини олиш мақсадида уларни жинси, ёши, хавфли ўсма катталиги, гистологик типи, жараён босқичи бўйича сохта рандомизацияси ўтказилди. Қиёсий гуруҳлар етарли даражада бир хил бўлди, чунки,

ўрганилган кўрсаткичлар бўйича гуруҳлар орасида статистик аҳамиятли фарқлар мавжуд бўлмади ( $P>0,05$ ). Шундай қилиб, турли усуллар билан уларни даволаш натижаларини қиёслаш тарзида намоён бўлди.

Жарроҳлик амалиётининг ўзига хосликларини қиёсий баҳолаш қуйидаги кўрсаткичлар: жарроҳлик амалиётининг давомийлиги, умумий қон йўқотиш, жарроҳлик амалиётидан кейинги оғриқ синдромининг (визуал-аналог шкала бўйича) намоён бўлиши, қўйилган дренажни ушлаб туриш давомийлиги, эрта жарроҳлик асоратларининг мавжуд ёки бўлмаслиги, жонлантириш ёки интенсив терапия бўлимида бўлиш вақти бўйича ўтказилди. Шунингдек, периферик қон кўрсаткичлари асосий ўрганилиш объект бўлиб хизмат қилади. Узоқ муддатларда: жарроҳлик амалиётидан кейинги қайталанишларнинг юзага келиш вақти ва жарроҳлик ёндошувига боғлиқ ҳолда умр кўриш давомийлиги (4-жадвалга қаранг) кўрсатилган.

#### 4-жадвал

#### Жарроҳлик операциялари натижаларнинг таҳлили

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ (n=74)	Назорат гуруҳи (n=53)	P
Жарроҳлик операцияларининг давомийлиги (дақиқа)	322,57±21,3	343,20±27,8	>0,05
Дренажлаш (кун)	3,5±0,8	5,6±0,5	<0,05
Экссудация (мл)	358,14±30,36	660,2±61,65	<0,001
Жонлантириш бўлимида бўлиш давомийлиги, кунлар	2,1±0,7	2,6±0,6	>0,05
Умумий қон йўқотиш (мл)	361,01±27,5	578,20±32,8	<0,001
Наркотик оғриқ қолдирувчиларни қўллаш давомийлиги (кун)	2,6±0,3	2,8±0,5	>0,05
Беморларнинг касалхонада бўлишининг ўртача вақти, ўрин-кунлар	11,4±1,4	15,2±1,8	>0,05

Қизилўнгачнинг кўкрак бўлимини мобилизация қилиш-жарроҳлик амалиётини босқичи, усулини ўзлаштиришнинг эрта босқичларида жарроҳлик амалиётининг умумий вақти бир соатдан кўпга чўзилди, ўртача 382,9±61,8 дақиқа, усулни такомиллаштириш даражасига кўра умумий вақт 322,6±21,3 дақиқага қисқарди. Анъанавий усулдаги ТХЭда ўртача вақт 343,2±27,8 дақиқани ташкил этди.

Жарроҳлик амалиёти ичидаги ўртача қон йўқотиш: асосий гуруҳда бу кўрсаткич 361,0±27,5 мл, назорат гуруҳида 578,2±32,8 мл ни ташкил этиб, фарқлар ишончли бўлди.

Стандарт ТХЭдаги катта ҳажмдаги қон йўқотишнинг сабаби бўлиб, трахея бифуркацияси соҳасидаги кейинчалик лимфадиссекция билан, қизилўнгач ўрта кўкрак бўлими мобилизациясидаги қон йўқотиш бўлиб ҳисобланади, бунда ажратиб олиш ўткир йўл билан, яъни тўқималарни кесиш кейинчалик қон тўхтатиш билан бажарилди.

Беморларни жонлантириш ва интенсив терапия бўлимида ўртача бўлиш вақти қиёсий гуруҳларда амалий жиҳатдан фарқ қилмади ва ўртача: назорат гуруҳида  $2,6 \pm 0,6$  кунни, асосий гуруҳда эса  $2,1 \pm 0,7$  кунни ташкил этди, фарқ статистик аҳамиятли эмас.

Миниинвазив усулни қўллаш қон компонентлари инфузиясига бўлган талабни пасайтиришга имкон берди, чунки мазкур кўрсаткич бўйича қиёсий гуруҳдаги гемотрансфузиянинг ўртача ҳажми  $562,22 \pm 41,2$  мл ни ташкил этган бўлса, ушбу кўрсаткич бўйича асосий гуруҳда қуйилган қон компонентларининг умумий ҳажмини  $308,48 \pm 37,3$  млгача ишончли пасайиши қайд этилди.

Тадқиқотда иштирок этган беморларда қоннинг умумий таҳлил кўрсаткичлари, беморларни касалхонага келиб тушган вақтида, жарроҳлик амалиёти ўтказилишидан олдин ва кейинги 6-7 кунда ўрганилди.

III- босқичда кенгайтирилган-комбинациялашган операция 117 (92,12%) нафар беморда бажарилди, IV-босқичда 5 (3,93%) нафар беморда амалга оширилди. Медиастенал плевра резекцияси билан кенгайтирилган-комбинациялашган жарроҳлик амалиётида 122 (96,1%), ўпканинг атипик резекцияси-9(7,69%), 4 (25,0%) брахиоцефал веналар, 18 (15,38%), перикард резекцияси, 13 (11,11%)-ҳолатда талоқ дарвозасида тугунларнинг ўсиши натижасида спленэктомия (3 ҳолатда жарроҳлик амалиёти натижасида шикастланиши сабабли); ошқозон ости беши танасининг ясси резекцияси 7 (5,98%) ҳолатларда, талоқ артерияси йўли бўйича тугунларда йирик шикастланишларнинг юзага келиши натижасида ривожланган.

ҚСни жарроҳлик усули билан даволашдаги асоратлар ва ўлим билан яқунланиш ҳолатлари бевосита усулнинг оммавийлиги ва ўтказилган жарроҳлик амалиётининг типига боғлиқ бўлади. Жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларнинг сони ва тузилмаси бир-биридан фарқ қилди (5-жадвалга қаранг), асосий гуруҳда медиастенал қон кетиши учрашини пасайиши, лимфорея, зотилжам, юрак қон томир тизими асоратлари қайд этилди.

Жарроҳлик асоратлар гуруҳини ташкил этди: лимфорея-асосий гуруҳдаги 74 нафар бемордан 4 (5,41%) нафарида, назорат гуруҳида эса 53 нафар бемордан 8 (15,09%) нафарида қайд этилди. Реактив плеврит 8 (10,81%) ва 6 (11,32%) нафар беморларда гуруҳларга мос ҳолда-фарқлар статистик ишончли эмаслигини кўрсатади. Эндоскопик техниканинг қўлланилиши олиб ташланган қизилўнғач қисмининг ўрнидан қон кетишини 7,54%дан 1,35%гача камайишига имкон берди. Медиастенал қон кетиши консерватив йўл билан тўлдирилди.

Юзага келган жарроҳлик асоратлари консерватив усуллар билан ҳал этилган бўлса, жарроҳлик амалиётига боғлиқ бўлмаган асоратлари эса мос бўлган дори-дармонларни қўллаш усули билан даволанди.

## 5-жадвал

### Жарроҳлик операциясидан кейинги асоратлар

Жарроҳлик операциясидан кейинги асоратлар	Асосий гуруҳ (n=74)	Назорат гуруҳи (n=53)	$\chi^2$	P
---	---------------------	-----------------------	----------	---

	абс.	%	абс.	%		
Медиастинал қон кетиши	1	1,35	4	7,54	3,13	>0,05
Реактив плеврит	8	10,81	6	11,32	0,01	>0,05
Лимфоррея	4	5,4	8	15,09	3,39	>0,05
Ритмнинг бузилиши	5	6,75	12	22,64	6,72	<0,01
Зотилжам	7	9,45	14	26,41	6,43	<0,05
операциядан кейинги панкреатит	9	12,16	11	20,75	1,72	>0,05
Жарроҳлик операциясидан кейинги ярани йиринглаши	5	6,75	4	7,54	0,03	>0,05
Бўйин ярасидан қон кетиши	2	2,7	3	5,66	0,71	>0,05

Жарроҳлик амалиётида давомида ўлим билан яқунланиш ҳолатлари қайд этилмади. Жарроҳлик амалиётдан кейинги эрта даврда ўлим ҳолатлари 7%ни ташкил этиб (9 нафар бемор) 6-жадвалда ўлимга сабаб бўлган асоратлар спектри кўрсатилган.

#### 6-жадвал

#### Жарроҳлик амалиётдан кейинги ўлим ҳолати

Асоратлари	Асосий гуруҳи (n=74)		Назорат гуруҳи (n=53)		$\chi^2$	P
	абс.	%	абс.	%		
Панкреонекроз	1	1,35	2	3,77	0,79	>0,05
Уткир миокард инфаркти	1	1,35	1	1,88	0,06	>0,05
Ўпка артерияси тромбоэмболияси	2	2,7	2	3,77	0,12	>0,05

Ўлим билан яқунланишга олиб келган барча асоратлар спектри терапевтик йўналишга таалуқлидир. Тадқиқотда иштирок этган гуруҳларда ўлим кўрсаткичлари фоизлардаги нисбатининг фарқи сезиларли бўлмади.

Қизилўнғач саратонининг босқичларини коррекциялашнинг асосий шарти бўлиб, операция жараёнида олиб ташланган макропрепаратларни майда қисмларгача аниқ гистологик текширув ўтказиш орқали, кенгайтирилган лимфодиссекцияни бажариш ҳисобланади.

Тадқиқотлар шуни кўрсатдики лимфодиссекцияни бажаришда кўп сонли муаллифлар (Van Hillegersberg R, Boone J, Draaisma WA, Broeders IA, Giezeman M.J., Borel Rinkes I.H., 2006; Dantoc M. M., Cox M.R., Eslick G.D, 2012) маълумотларига таянган ҳолда, стандарт жарроҳлик амалиёти вақтида ўртача 25-30 тугунни олиб ташланган, кейинчалик уларни майда қисмларгача текширилиб, олинган натижаларнинг 42% кузатувларда интакт деб баҳоланган тугунлар кейинчалик олиб борилган гистологик текширишларда шикастланган деб тан олинган, 8% да эса метастатик баҳоланган тугунлар реактив гиперплазия тугунлари бўлиб чиқди (7-жадвалга қаранг).

#### 7-жадвал



**Лимфатик тугунларни кейинчалик гистологик текшириш билан жарроҳлик амалиёти ичи қиёсий кўриниши**

Гистологик тадқиқотлар	Тугунларнинг микроскопик тасвири			
	Интакт		Зарарланиши	
	абс.	%	абс.	%
Н-негатив	11	10,69	8	7,76
Н+позитив	43	41,89	41	39,8
Жами	54	52,70	49	47,57

Биз, олиб борган тадқиқотларимизда кўп ҳолларда лимфатик тугунларнинг метастатик шикастланишини ташхиси медиастинал лимфоколлекторларни тафтиш қилишда қайд этилди, бу балки лимфатик гуруҳларини жойлашган ўрнини ўзига хосликлари билан айниқса паратрахеал соҳа ва бўйин ўмров усти соҳаси, трахея бифуркацияси даражаси билан боғлиқдир. Бу ўз навбатида лимфодиссекцияни бажаришни талаб этади, у эса кўп ҳолларда даволаш характериға эға бўлади (8-жадвалға қаранг).

**8- жадвал**

**Олиб ташланган лимфатик тугунларни кейинчалик гистологик текшириш билан жарроҳлик амалиёти ичи қиёсий тафтиши**

Параметрлар		Қорин бўшлиғи (n=103)		Кўкс оралиғи (n=103)		Бўйин ўмров усти соҳаси (n=12)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Жарроҳлик амалиёти ичи тафтиши	негатив	72	69,9	56	54,36	9	75
	позитив	31	30,09	47	45,63	3	25
Морфологик тадқиқотлар	негатив	22	21,35	39	37,86	4	33,3
	позитив	81	78,64	64	62,13	8	66,7

*\*Олиб ташланган тугунларнинг умумий миқдори жарроҳлик амалиётлари сони билан мос тушмаслиғи мумкин.*

Асосий гуруҳ беморларининг 10% ҳолатида паратрахеал соҳадан олиб ташланган тугунларда метастатик шикастланишларнинг мавжудлиғи тасдиқланди. Эндоскопик мосламаларни қўллаш паратрахеал соҳада лимфодиссекцияни бажаришға имкон берди, назорат гуруҳида жарроҳлик операциясининг ушбу босқичи бажарилмади. Асосий гуруҳдағи 5 (8,06%) ҳолатларда олиб ташланган бўйин лимфатик тугунларида метастатик шикастланишлар аниқланди. НГ беморларидағи 41 ўрганилган ҳолатдан 7 (17,1%) да ҳам шикастланган тугунлар мавжудлиғи тасдиқланди.

**9-жадвал**

**Тасдиқланган метастатик тугунларни морфологик текширишнинг қиёсий хулосаси**

Лимфа тугунларининг гуруҳлари	Гистологик хулосалар	Р
-------------------------------	----------------------	---

	Асосий гуруҳ (n=62)		Назорат гуруҳи (n=41)		
	абс.	%	абс.	%	
Қорин устунни (9)	7	11,29	3	7,31	>0,05
Чап қоринча артерияси (7)	18	29,03	14	34,14	>0,05
Умумий жигар артерияси (8)	16	25,8	21	51,21	<0,01
Талок артерияси (11)	5	8,06	4	9,75	>0,05
Кичик эгриликлар (3)	12	19,35	15	36,58	<0,05
Катта эгриликлар (4)	4	6,45	3	7,31	>0,05
Паракардиал (1,2)	13	20,96	12	29,26	>0,05
Диафрагмал (111)	12	19,35	14	34,14	>0,05
Қуйи параэзофагеал (110)	17	27,41	16	39,02	>0,05
Ўрта параэзофагеал (108)	13	20,96	17	41,46	<0,05
Бифуркацион (107)	15	24,19	18	43,90	>0,05
Паратрахеал (106)	6	9,67	-	-	<0,05
Ўмров усти (104)	4	6,45	6	14,63	>0,05
Ташқи ва ички чуқур бўйин (101,102)	5	8,06	7	17,07	>0,05

*\*Олиб ташланган тугунларнинг умумий миқдори жарроҳлик амалиётлари сони билан мос тушмаслиги мумкин.*

У ёки бу турдаги амалиёт турига боғлиқ бўлмаган ҳолда, барча беморлар учун жарроҳлик усули билан даволаш ўтказилгандан сўнг 3-4 ҳафта ўтиб, комплекс терапиянинг асосий компоненти бўлиб ҳисобланган, кимё-нурли даволаш ўтказилди.

Қизилўнғач саратонининг ясси хужайрали типи тасдиқлангандан сўнг адъювант тартибида масофавий телегамматерапиянинг тўлиқ курси ўтказилди, бунда олиб ташланган қизилўнғач ўрнини бир марталик 2 Гр дозада нурлантириш (йиғинди умумий доза-40 Гр), кейинчалик лимфа оқими тизимида нурлантиришни ўтказиш (бўйин-ўмров усти соҳасида) СОД 40-60 Гр амалга оширилди.

Олиб ташланган лимфатик тугунларида метастатик ўчоқлар мавжудлиги аниқланганда, яъни АГли 62 нафар беморда ва қиёсий гуруҳдаги 41 нафар беморда 2-4 курс профилактик кимётерапияни ўтказишга кўрсатмалар берилди, бунда цисплатин+фторурацил ва/ёки цисплатин+паклитаксел схемаси бўйича тавсия қилинди. Қизилўнғач аденокарциномасида кўп ҳолларда цисплатин+доцетаксел схемаси қўлланилди.

Қизилўнғач қуйи кўкрак бўлими аденокарциномасида адъювант тартибида 4 дан 6 курсгача кимётерапия ўтказилди.

Бизнинг тадқиқотларимизга киритилган, резектабел беморларда неoadъювант тартибида кимё-нурли даволаш муолажаси ўтказилмади.

Умр кўриш давомийлигининг бошқа башоратли омили бўлиб рецидив аниқлангунча ўтказилган жарроҳлик аралашувидан метастатик ўчоқларни ва/ёки рецидивларни юзага келиш интервали ҳисобланади. Бизнинг

тадқиқотларимизда локорегионар қайталанишни юзага келиши III б ( $T_3N_{1-2}M_0$ ) ва IVа ( $T_{4a-4b}N_{хар\ кандай}M_0$ ) билан жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморлардаги, жарроҳлик аралашувини бошидан ўтказган беморларда қайд этилди. Локорегионар қайталанишни юзага келиш вақти жарроҳлик аралашуви ўтказилгандан 2-3 йил ўтиш орасида аниқланди. Локорегионар қайталанишдан сўнг беморларни юритишга ёндошув ҳар бир ҳолатда алоҳида ўрганилди, энг кўп паллиатив ПХТ, платина асосидаги препаратлар комбинацияси бажарилди (10-жадвалга қаранг).

## 10-жадвал

### Локорегионар қайталанишни гуруҳлар бўйича юзага келиш сони

Босқичлар	Гуруҳлар	
	асосий гуруҳ (70)	назорат гуруҳ (48)
IIIб ( $T_3N_{1-2}M_0$ )n-69	6 (15,78%)	8
IVа ( $T_{4a-4b}N_{гурли}M_0$ ) n-5	2 (66,6%)	2 (100%)

Бизнинг фикримизча, адабиёт маълумотлари билан мос бўлган қайталанишни юзага келиш сабаби, умуртқа билан кўкрак қафаси орасидаги инвазия чуқурлиги клетчатка тузилмасида ва қизилўнгач деворидаги томирлар ва лимфатик тугунларнинг хавфли ўсма инвазиялари перинодал ёки параэзофагеал хавфли ўсма инвазиясининг мавжудлиги ҳисобланади.

Касалликнинг босқичига боғлиқ ҳолда қизилўнгач хавфли ўсмаси билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан ва комплекс даволаш натижаларини баҳолашда энг аниқ бўлиб, умр кўриш давомийлилик кўрсаткичи бўлишини ҳисобга олган ҳолда, жарроҳлик амалиётини бошидан ўтказган беморларда анъанавий йўл билан МГЭ ва ТХЭдан сўнг умр кўриш давомийлилик кўрсаткичларини баҳолаш ўтказилди.

Жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморлардан 112 нафарида амалиётдан кейин, 6 ойдан 7 йилгача бўлган муддатда касалликнинг узок натижаларини назорат қилиб борилди: бунда асосий гуруҳ беморларидан 67 нафари ва назорат гуруҳидан 44 нафари иштирок этди.

Қўлланилган жарроҳлик операцияси техникасига боғлиқ равишда беморларнинг умр кўриш давомийлиги таҳлил қилинганда, АГ беморларида беш йиллик умр кўриш давомийлиги 30%ни ташкил этди, НГ беморларида эса ушбу кўрсаткич 25% даражасида намоён бўлди, асосий гуруҳда олинган маълумотлар прецизион техника ва паратрахеал гуруҳ тугунларининг олиб ташланиши билан боғлиқ ҳолда яхшиланиши исботланган.

## ХУЛОСАЛАР

«Қизилўнгач саратони жарроҳлигида видеоассистирланган трансхиатал эзофагэктомия» мавзусидаги тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқот натижаларида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Функционал кўрсаткичлари паст бўлган беморларда хавfli ўсма жараёнини қизилўнгачнинг қуйи кўкрак бўлимида жойлашишида жарроҳлик амалиётининг танлаб олинган усули бўлиб миниинвазив гибридли эзофагэктомия ҳисобланади, бу усул онкологик мезонларни ҳисобга олган ҳолда тўлиқ ҳажмда қизилўнгачни ажратиб олиш ҳамда мос бўлган лимфодиссекцияни ўтказишга имкон беради.

2. Клиник амалиётга миниинвазив гибридли эзофагэктомияни жорий қилиниши, ўртача жарроҳлик амалиётида қон йўқотишни  $660,2 \pm 61,65$  млдан  $361,01 \pm 27,5$  млгача, реанимация бўлимида ўртача бўлиш давомийлигини  $2,6 \pm 0,6$  дан  $2,1 \pm 0,7$  кунгача қисқаришга, плеврал бўшлиқдан экссудация ҳажмини камайишини  $660,2 \pm 61,65$  млдан  $358,14 \pm 30,36$  млгача, плевра бўшлиғини дренажлаш муддатини  $3,5 \pm 0,8$  кунга камайишига имкон беради. Беморларни ҳаётий фаолиятини тиклаш ва дренажларни олиб ташлаш уларни бўлимда бўлиш давомийлигини камайишига (ўрин-кун), шунингдек, бу назорат гуруҳида  $15,2 \pm 1,8$  ни, асосий гуруҳда  $11,4 \pm 1,4$  кунни ташкил этди.

3. Эндоскопик прециозион техникани қўллаш паратрахеал соҳада лимфодиссекцияни бажаришга имкон берди, бунда ажратиб олинган лимфа тугунларида метастатик зарарланишларнинг мавжудлиги тасдиқланди.

4. Жарроҳлик йўли билан даволашда боғлиқ равишда умр кўриш давомийлилик кўрсаткичларида аниқланган турғун корреляцион кўрсаткичлар, миниинвазив гибрид эзофагэктомиядан сўнг беморларнинг беш йиллик умр кўриш давомийлик кўрсаткичи 30%ни ташкил этди, анъанавий жарроҳлик амалиётидан кейинги кўрсаткич эса 25%ни ташкил этди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04.12.2018. Tib.77.01 ПРИ  
РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ОНКОЛОГИИ И  
РАДИОЛОГИИ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**  

---

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ И  
РАДИОЛОГИИ**

**САБИРОВ ДЖАХОНГИР РУЗИЕВИЧ**

**ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ ТРАНСХИАТАЛЬНАЯ  
ЭЗОФАГЭКТОМИЯ В ХИРУРГИИ РАКА ПИЩЕВОДА**

**14.00.14 – Онкология**

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

**ТАШКЕНТ - 2019**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2017.1.PhD/Tib81**

Диссертация выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии

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

**Научный руководитель:** **Кротов Николай Фёдорович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты:** **Джураев Миржалол Дехканович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Курбанов Тилла Курбанович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:** **Казанская Государственная медицинская академия (Российская Федерация)**

Защита диссертации состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного Совета DSc.04.12.2018. Tib.77.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии (Адрес: 100174, г.Ташкент, ул. Фароби, 383. Тел.: (+99871) 277-13-27; факс: (+99871) 246-15-96; e-mail: info@cancercenter.uz, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (зарегистрирована за № \_\_\_\_). Адрес: 100174, г.Ташкент, ул. Фароби, 383. Тел.: (+99871) 277-13-27; факс: (+99871) 246-15-96.

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

**М.Н.Тилляшайхов**

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

**А.А. Адилходжаев**

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

**М.Х.Ходжибеков**

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.** Загрязнение окружающей среды, изменение состава атмосферного воздуха, некачественное и беспорядочное питание, чрезмерное употребление табака и алкогольных напитков создаёт условия для развития и увеличение смертности от онкологических заболеваний. Рак пищевода (РП) –занимает 8 место в мире в структуре онкологической заболеваемости. По статистическим данным 2017 года, Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «...ежегодно выявляется более 14 миллионов новых случаев рака и регистрируется 8 миллионов смертей от этого заболевания...»<sup>1</sup>. Относительная 5-летняя выживаемость больных РП не превышает 10-15%. Отдаленные метастазы РП наиболее часто локализуются в печени, легких, костях. В тоже время, с точки зрения практической онкологии с учетом всех принципов радикальности разработка тактики, технологических решений и малоинвазивных методов хирургического лечения РП является актуальной проблемой данного направления.

В мире проводится ряд научных исследований для достижения высокой эффективности мер, направленных на совершенствование видеоассистированной трансхиатальной эзофаготомии в хирургии рака пищевода. В этой связи важное значение имеет обоснование эффективности абдоминоцервикальной экстирпации пищевода с помощью традиционной операционной техники; разработка метода гибридной видеоассистированной трансхиатальной эзофаготомии, оценка эффективности и результатов метода гибридной видеоассистированной трансхиатальной эзофаготомии, преимуществ и недостатков предложенного хирургического вмешательства на основе влияния ближайших и отдаленных последствий.

В нашей стране определены ряд задач для развития медицинской сферы, повышения качества медицинской помощи населению, правильной диагностики и эффективного лечения злокачественных онкологических заболеваний, повышения эффективности, качества и доступности медицинской помощи населению, а также формирования системы медицинской стандартизации, внедрения высокотехнологичных методов диагностики и лечения, пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний за счет создания эффективных моделей патронажа и диспансеризации<sup>2</sup>. Данные задачи способствуют снижению распространенности онкологических заболеваний, а также рака пищевода, поднять современную медицинскую помощь на новый уровень в диагностике и лечении онкологических заболеваний среди населения и совершенствования применения современных технологий для качественного медицинского обслуживания.

---

<sup>1</sup>World Health Organization. Cancer: fact sheet no.297. World Health Organization website. 2018. [www.who.int/iris/handle/10665/244872](http://www.who.int/iris/handle/10665/244872).

<sup>2</sup>Указ Президента Республики Узбекистан №УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан №УП–4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» от 7 февраля 2017 года, №УП–5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, в Постановлениях Президента Республики Узбекистан №ПП–2866 «О мерах по дальнейшему развитию онкологической службы и совершенствованию онкологической помощи населению Республики Узбекистан на 2017 – 2021 годы» от 4 апреля 2017 года, №ПП–3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017–2021 годы» от 20 июня 2017 года, а также в других нормативно–правовых документах, принятых в данной сфере деятельности.

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

**Степень изученности проблемы.** Ранняя диссеминация опухоли объясняет отрицательные явления заболевания у больных РП. Если при локализованной форме 5-летняя выживаемость составляет 37,8%, то при наличии метастазов в лимфоузлах она снижается вдвое и составляет уже 19,8%, а при наличии отдаленных метастазов - всего 3%. В связи с чем,  $\frac{3}{4}$  больных поступают в специализированные учреждения с III-IV стадиями заболевания. Несмотря на достижения современной онкологии и применение новых технологий, частота запущенных стадий, процент осложнений и летальности при данной патологии не имеют существенной тенденции к снижению и остаются высокими. По мнению ряда зарубежных авторов, резекция пищевода остается стандартом лечения РП на ранних стадиях заболеваний. Согласно рекомендациям Национальной всеобщей раковой сети США по лечению РП, только хирургическое лечение показано при стадии T1a, а также при стадии T1bN0 как альтернатива эндоскопической внутрипросветной хирургии. При более распространенной стадии РП рекомендуется мультимодальный подход с предоперационным химиолучевым лечением. В клинических рекомендациях Европейского общества медицинской онкологии, показано, что оперативное лечение является стандартом при ранних стадиях заболевания (Tis-T2N0-1), несмотря на то, что при поражении регионарных лимфоузлов выживаемость не превышает 25%. При лечении распространенного процесса (T3-T4N0-1) хирургическое лечение в качестве самостоятельного метода не является стандартным подходом при данной распространенности, поскольку радикальная резекция возможна лишь в 70% случаев при pT3 и 50% при pT4, а 5-летняя выживаемость после радикального хирургического лечения не превышает 20%. Для адекватного стадирования заболевания необходимо удалять не менее 15 лимфоузлов. Исследования, проведенные многими авторами, позволили обобщить опыт применения Minimally invasive



oesophagectomy (MIE) более чем в 5000 случаях РП. Авторы, сделали вывод, что выполнение MIE возможно и безопасно. Отмечено, что при использовании MIE уменьшается интраоперационная кровопотеря, снижается пребывание в палате интенсивной терапии и продолжительность послеоперационного периода по сравнению с ОЭ. G.V. Hanna и соавт. отобрали 34 наиболее крупных исследований, посвященных минимальноинвазивной эзофагэктомии (МИЭ) при РП, опубликованных с 1990 по 2012 гг. (2012). Авторы отметили широкую вариабельность хирургической техники и периоперационных исходов, в том числе из-за отсутствия единого подхода к классификации послеоперационных осложнений и обратили внимание на невыполнение рекомендованного объема лимфодиссекции в большинстве исследований. Следует отметить, что прежде чем исследования, посвященные сравнению MIE с ОЭ, будут вновь инициированы, в качестве одного из выводов, необходим согласительный консенсус по хирургическому подходу при MIE.

В Узбекистане проведены ряд исследований по диагностике рака пищевода и применению методов эффективного хирургического лечения (Низамходжаев З.М., 2012, 2016), диагностике и лечению рака брюшной полости (Н.Ф.Кротов, 2008, 2012), диагностика и совершенствование эффективной системы рака пищевода при местном распространении (Хайрутдинов Р.В., 2015), но не разработана оптимальная система видеоассистированной трансхиатальной эзофаготомии.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, в настоящий период использование малотравматичных доступов, снижение процента непосредственных послеоперационных осложнений, без снижения показателей общей и безрецидивной выживаемости, считается одним из нерешенных проблем современной онкологии. Значительный процент неудовлетворительных исходов, большой процент летальности, и низкое качество жизни, побуждают на дальнейшие изыскания в этой области.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках прикладного научного проекта ИТСС-9-2: «Разработка новых технологий, оценка эффективности и определение объема показаний к лимфодиссекции при злокачественных опухолях различной локализации» (2009-2012 гг.)

**Целью исследования** является совершенствование хирургического лечения рака грудного отдела пищевода путем внедрения гибридной видеоассистированной трансхиатальной эзофагэктомии.

**Задачи исследования:**

оценить эффективность абдомиоцервикальной экстирпации пищевода с использованием традиционной техники оперирования;

разработать методику гибридной видеоассистированной трансхиатальной эзофагэктомии;

оценить результаты и эффективность, преимущества и недостатки гибридной видеоассистированной трансхиатальной эзофагэктомии;

оценить эффективность предложенных способов хирургического вмешательства, путем изучения ближайших и отдаленных последствий результатов.

**Объектом исследования** явились 127 больных раком пищевода, находившихся на стационарном лечении в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии в период с 2001 по 2017 гг.

**Предмет исследования** составляет материалы миниинвазивной гибридной эзофагэктомии после хирургического лечения.

**Методы исследований.** Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы клинические, инструментальные, морфологические и статистические методы исследований.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

обосновано применение гибридной трансхиатальной экстирпации пищевода на этапе мобилизации и медиастинальной лимфодиссекции при локализации опухолевого процесса в средне-нижнегрудном отделе, у пациентов с низкими показателями дыхательной и сердечной деятельности;

усовершенствована техника выполнения трансхиатальной эзофагэктомии с удалением лимфоколлекторов бифуркационной и паратрахеальной области с прецизионной обработкой по ходу возвратного нерва;

доказан радикальный характер миниинвазивной медиастинальной лимфодиссекции в объеме 2 F, соответствующий основным принципам абластики и антибластики, без снижения показателей безрецидивной и общей выживаемости при выполнении гибридной трансхиатальной экстирпации пищевода;

определена строгая корреляционная связь влияния объема медиастинальной и шейной лимфодиссекции на показатели общей выживаемости.

При миниинвазивной гибридной трансхиатальной экстирпации использование прецизионной техники доказательно снижает интраоперационное кровопотерию и улучшает качество жизни пациентов.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

дана оценка порядка применения миниинвазивной гибридной эзофагэктомии в хирургическом лечении рака нижнегрудного отдела пищевода;

оценено снижение количества осложнений после хирургического вмешательства;

предоставлена возможность к улучшению качества жизни пациентов за счёт сокращения времени пребывания в стационаре и общих затрат на лечение;

доказано преимущество миниинвазивной гибридной эзофагэктомии перед традиционной транسخиатальной эзофагэктомией, позволяющим увеличить общую выживаемость больных раком пищевода.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов исследования подтверждена применением в научном исследовании современных теоретических методов и подходов, методологически правильных исследований, достаточным количеством больных, обоснованностью клинических, биохимических, инструментальных, морфологических и статистических методов, обработкой полученных данных с помощью статистических методов, а также результаты исследования были сопоставлены с результатами зарубежных и отечественных исследований, заключения и полученные результаты были подтверждены полномочными структурами. Применение статистических методов обеспечили достоверность полученных результатов.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования определялась тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей диагностики и лечения рака грудного отдела пищевода. Разработан комплексный подход в диагностике и лечении РП, в зависимости от стадии процесса и эффективности проводимой терапии. Доказана целесообразность проведения миниинвазивных вмешательств при РП. Отдельные результаты работы обосновываются возможностью совершенствовать содержание и структуры программы обучения студентов, клинических ординаторов, а также магистров и курсантов по диагностике, хирургическому и комплексному лечению рака пищевода.

Практическая ценность работы заключается в том, что разработанный и внедренный в клиническую практику миниинвазивный метод оперативного вмешательства рака грудного отдела пищевода, а также совершенствование тактико-технических аспектов позволили снизить послеоперационные осложнения, сократить койко-дни, улучшить качество жизни и восстановить трудоспособность, тем самым уменьшить затраты на лечение данной категории больных.

**Внедрение результатов исследования.** На основе полученных научных результатов по миниинвазивной методике оперирования на этапе выделения пищевода и медиастинальной лимфодиссекции:

утверждены методические рекомендации «Модернизированный способ транسخиатальной эзофагэктомии при раке пищевода» (Заключение Министерства здравоохранения №8 н-д/51 от 06 марта 2019 года). Данные рекомендации позволили улучшить качество выполняемого оперативного вмешательства при раке пищевода, достоверно уменьшить время, затраченное на оперативное вмешательство от  $363 \pm 20$  мин до  $303 \pm 20$  мин, при этом основной этап мобилизации снижать от 45-50 мин до 25-30 мин, уменьшить объем интраоперационной кровопотери с  $578,2 \pm 32,8$  мл до

361±25 мл, тем самым снижать объема гемотрансфузии с 562,2 мл до 308,2 мл;

Полученные научные результаты по улучшению качества оперативного лечения рака пищевода внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в отделение торакальной онкохирургии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, в том числе, клиническую деятельность Ташкентского и Самаркандского областных филиалов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (заключение Министерства здравоохранения №8 н-д/112 от 06 марта 2019 года). На основании предложенных результатов исследования был существенно расширен спектр оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи больным раком пищевода, а также достигнуто улучшение качества лечения и снижение послеоперационных легочных осложнений с 10,5% до 3,4%, сокращение длительности пребывания в стационаре с 22,2±2,1 до 18,4±2,1 суток, и снижение среднего времени пребывания больных в отделение реанимации и интенсивной терапии.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 8 научно-практических конференциях, в том числе, 4 международных и 4 республиканских научно-практических конференциях.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертационной работы опубликовано 35 научных работ, 13 журнальных статей, 3 из которых в журналах дальнего зарубежья, 3 ближнего зарубежья и 7 в республиканских, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы. Объем диссертации составляет 120 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обосновывается актуальность и востребованность проведённого исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, представлены сведения по опубликованным работам и краткой структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Современная интерпретация видеоассистированной транسخиатальной эзофагоэктомии в хирургии рака пищевода**» проведён широкий обзор литературы, по вопросам лечения рецидивного рака пищевода, дана критическая оценка, сведения обобщены и систематизированы. Источники зарубежной и отечественной литературы

проанализированы с научной точки зрения. Были изучены актуальные вопросы требующие решение в будущем. Подробно приведены способы хирургического удаления, современный взгляд на МГЭ, непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Во второй главе «**Материалы и методы исследования при изучении эффективности видеоассистированной трансхиатальной эзофагэктомии в хирургии рака пищевода**» диссертации приведены данные по общей характеристике обследованных больных, а также сведения об использованных методах исследования.

В настоящей научной работе изучены результаты лечения 127 больных с раком грудного отдела пищевода, которым за период с 2001 по 2017 гг. в отделениях торакальной онкохирургии, РСНПМЦОиР МЗ РУз, проведено хирургическое, комплексное, комбинированное лечение. По методу хирургической техники оперирования, больные разделены на 2 группы:

Основную группу составили 74 больных, которым выполнены реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства с использованием гибридной видеоассистированной техники в период с 2006 г. по 2017 года, контрольную группу составили 15 пациентов перенесших 53 больных, оперированные в период с 2001 г. по 2006 г. с применением традиционной техники при трансхиатальной эзофагэктомии по поводу рака грудного отдела пищевода.

Для определения стадии, прогноза и тактики хирургического лечения грудного отдела РП, в нашем исследовании использована международная классификация TNM UICC, AJCC 7 пересмотра (смотрите Таблицу 1).

**Таблица 1**

**Стадийная TNM-классификация рака пищевода**

Стадия	TNM	Количество больных (n=127)			
		Основная-74		Контрольная-53	
		абс.	%	абс.	%
II	T <sub>2</sub> N <sub>0-1</sub> M <sub>0</sub>	1	1,35%	2	3,77%
	T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	1	1,35%	1	1,88%
III	T <sub>1-2</sub> N <sub>2</sub> M <sub>0</sub>	31	41,89%	17	32,07%
	T <sub>3</sub> N <sub>1-2</sub> M <sub>0</sub>	38	51,35%	31	58,49%
IVA	T <sub>4a-4b</sub> N <sub>любая</sub> M <sub>0</sub>	3	1,05%	2	3,77%
Всего		74	100%	53	100%

Из 127 обследованных: мужчин было 59 (46,45%), женщин - 68 (53,54%). В возрастном аспекте больные были разделены следующим образом: 30-44 лет – 14 (11,0%); 45-59 лет – 61 (48,0%), 60-74 лет – 51 (40,2%), 75-89 лет – 1 (0,8%).

В зависимости от метода хирургического, комплексного и консервативного лечения, данные 127 больных были распределены на

группы, которые по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям были репрезентативными ( $p > 0.05$ ).

В третьей главе диссертации «**Тактика проведения хирургического вмешательства гибридной видеоассистированной трансхиатальной эзофагэктомии**» проанализированы использованные основные методы обследований: приведена характеристика обследования пациентов, перенесших вмешательства, в также основные этапы и технические аспекты оперативного вмешательства.

Изучены сравнительные показатели согласно морфологической картине опухоли и характера роста патологического процесса (смотрите Таблицу 2).

**Таблица 2**

**Сравнительные показатели исследуемых пациентов**

Данные		Группы сравнения				$\chi^2$	P
		Основная группа (n=74)		Контрольная группа (n=53)			
		абс.	%	абс.	%		
Плоскоклеточный рак		69	93,24	49	92,45	0,03	>0,05
Аденокарцинома		5	6,75	4	7,54	0,03	>0,05
Форма роста	Экзофитная	28	37,83	23	43,39	0,40	>0,05
	Эндофитная	19	25,67	15	28,3	0,11	>0,05
	Инфильтративно-язвенная	10	13,51	6	11,32	0,13	>0,05
	Смешанная	17	22,97	9	16,98	0,68	>0,05
Всего		74	100%	53	100%		

Начало опухолевого процесса у пациентов основной группы в среднем составило  $29,4 \pm 0,52$  см (от передних резцов), в группе сравнения  $28,4 \pm 0,47$  см; латеральный край опухоли в первой группе  $38,3 \pm 0,38$  см, в группе сравнения  $37,7 \pm 0,65$  см. Протяженность опухолевого процесса в основной группе составила  $5,4 \pm 0,18$  см, в сравниваемой  $5,4 \pm 0,31$  см. Чаще всего процесс занимал все стенки – 76 (59,8%), в 14 (11,02%) случаях отмечено поражение правой боковой стенки пищевода, в 13 (10,23%) отмечено поражение левой боковой стенки, передняя стенка поражена у 13 (10,23%), задняя в 11 (8,66%) случаях. В 79 (62,20%) случаях процесс локализовался в нижнегрудном отделе пищевода, в 48 (37,79%) в среднегрудном отделе. Учитывая высокий потенциал лимфогенного метастазирования, в нашем исследовании, также изучено влияние частоты метастазирования РП в лимфатические узлы, в зависимости от глубины прорастания в стенку пищевода (смотрите Таблицу 3).

Таблица 3

## Частота поражения лимфатических узлов в зависимости от стадии

Стадия (символ T)	Количество Пациентов	Пораженные лим/узлы	
		абс.	%
T <sub>2</sub>	5	1	20
T <sub>3</sub>	117	105	89,7
T <sub>4</sub>	5	5	100
Всего	127	111	87,4

У 1 пациента в стадии T<sub>2</sub>, частота лимфогенного метастазирования отмечена в 20% случаях, при T<sub>3</sub> в 89,7%, при T<sub>4</sub> у 100% больных фиксировано метастатическое поражение лимфатических узлов, что соответствует показателям анализа литературы, и подтверждает факт высокого потенциала лимфогенного метастазирования РП.

Проанализированы МСКТ картина, с целью диагностирования всех групп регионарных лимфатических узлов, для выполнения стандартной лимфодиссекции. Учитывая данные МСКТ проанализированы увеличенные лимфатические узлы в зависимости от уровня поражения первичной опухоли

Показанием к выполнению данных вмешательств, были: расположение опухолевого процесса в средне-нижнегрудном отделе пищевода, пациенты с расположением основной массы на уровне бифуркации трахеи и выше, т.е. верхне-среднегрудного отдела пищевода в исследуемые группы не включены; при наличии сопутствующей патологии – низкие показатели дыхательной и сердечной деятельности, которая не позволяла проводить торакотомия; наличие увеличенных лимфатических узлов в шейно-надключичной зоне.

В четвертой главе диссертации «**Результаты оценки эффективности гибридной видеоассистированной трансхиатальной эзофагэктомии**», посвящена основным принципам МГЭ, с изучением непосредственных и отдаленных результатов, по сравнению с традиционной трансхиатальной эзофагэктомией. Для исключения разнородности в исследуемых группах была проведена их псевдорандомизация по полу, возрасту, размеру опухоли, гистологическому типу, стадии процесса. Группы сравнения оказались достаточно однородными, поскольку статистически значимые различия между группами по исследованным параметрам отсутствовали ( $p > 0.05$ ). Таким образом, сопоставление результатов их лечения различными способами представлялось корректным.

Сравнительную оценку особенностей оперативного вмешательства проводили по таким показателям, как длительность оперативного вмешательства, общая кровопотеря, выраженность болевого синдрома (по визуально-аналоговой шкале) после операции, длительность стояния дренажей, наличие или отсутствие ранних хирургических осложнений, времени нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии. Также аспектами изучения были показатели периферической крови. В отдаленные

сроки: время возникновения рецидива после операций и процент выживаемости в зависимости от хирургического подхода (смотрите Таблицу 4).

**Таблица 4**

**Анализ травматичности хирургических вмешательств**

Показатели	Основная группа (n=74)	Контрольная группа (n=53)	P
Продолжительность операции (мин.)	322,57±21,3	343,20±27,8	>0,05
Дренирование (сут.)	3,5±0,8	5,6±0,5	<0,05
Экссудация (мл)	358,14±30,36	660,2±61,65	<0,001
Длительность нахождения в реанимации, дни	2,1±0,7	2,6±0,6	>0,05
Общая кровопотеря (мл)	361,01±27,5	578,20±32,8	<0,001
Длительность использования наркотических анальгетиков (сут)	2,6±0,3	2,8±0,5	>0,05
Среднее время пребывания больных в стационаре, койко-день	11,4±1,4	15,2±1,8	>0,05

На начальных этапах освоения методики, этапа оперативного вмешательства – мобилизации грудного отдела пищевода, общее время операции затягивалась более одного часа, в среднем до 382,9±61,8 мин, а по мере совершенствования методики общее время сократилось до 322,6±21,3 мин. При ТХЭ традиционным способом среднее время составило 343,2±27,8 мин.

Средняя интраоперационная кровопотеря: в основной группе этот показатель составил 361,0±27,5 мл, а в контрольной 578,2±32,8 мл, различия достоверны.

Причиной большого объема кровопотери при стандартной ТХЭ, является кровопотеря при мобилизации среднегрудного отдела пищевода, с последующей лимфодиссекцией в области бифуркации трахеи, когда выделение производилось «острым» путем, т.е выполнялось рассечение тканей с последующей остановкой кровопотери.

Среднее время пребывания больных в отделении реанимации и интенсивной терапии в группах сравнения практически не отличались и составило в среднем: 2,6±0,6 дня в контрольной, 2,1±0,7 дня в основной группе, разница статистически не значима.

Применение малоинвазивной методики, позволило снизить потребность в инфузии компонентов крови, так по этому показателю, средний объем гемотрансфузии в группе сравнения составило 562,22±41,2 мл, а в основной группе по этому показателю отмечено достоверное снижение общего объема перелитых компонентов крови до 308,48±37,3 мл.



Изучены показатели общего анализа крови у исследуемых пациентов в момент госпитализации, перед оперативным вмешательством и на 6-7 сутки после оперативного вмешательства (смотрите Таблицу 5).

**Таблица 5**

**Послеоперационные осложнения**

Осложнения	ОГ (n=74)		КГ (n=53)		$\chi^2$	P
	абс.	%	абс.	%		
Медиастинальное кровотечение	1	1,35	4	7,54	3,13	>0,05
Реактивный плеврит	8	10,81	6	11,32	0,01	>0,05
Лимфорея	4	5,4	8	15,09	3,39	>0,05
Нарушения ритма	5	6,75	12	22,64	6,72	<0,01
Пневмония	7	9,45	14	26,41	6,43	<0,05
Панкреатит	9	12,16	11	20,75	1,72	>0,05
Нагноение послеоперационной раны	5	6,75	4	7,54	0,03	>0,05
Кровотечение из шейной раны	2	2,7	3	5,66	0,71	>0,05

Расширенно-комбинированные вмешательства в III стадии выполнены у 117 (92,12%) пациентов, в IVa стадии у 5 (3,93%). Расширенно-комбинированные операции с резекцией медиастинальной плевры в 122 (96.1%) случаях, резекции легкого – 9 (7,69%) (атипичная), в 4 (25,0%) – брахиоцефальной вены, в 18 (15,38%) – случаях резекция перикарда, в 13 (11,11%) – спленэктомия вследствие прорастания узлов в ворота селезенки (в 3 случаях из-за интраоперационной травматизации); плоскостная резекция тела поджелудочной железы в 7 (5,98%) случаях, причиной послужило наличие крупных пораженных узлов по ходу селезеночной артерии (11 группа узлов).

В хирургическом лечении РП осложнения и летальные исходы непосредственно обусловлены в зависимости от типа проведенного хирургического вмешательства и доступа. Число и структура послеоперационных осложнений отличались в основной группе отмечено снижение встречаемости медиастинального кровотечения, лимфореи, пневмонии, сердечно-сосудистых осложнений.

Группу хирургических осложнений составило: лимфорея – в основной группе отмечено у 4 (5,41%) из 74 больных, в контрольной группе у 8 (15,09%) из 53 больных, различия достоверны. Реактивный плеврит у 8 (10,81%) и 6 (11,32%) больных, соответственно по группам – различия статистически не достоверны. Применение эндоскопической техники позволило снизить кровотечение из ложа удаленного пищевода с 7,54% до 1,35%. Медиастинальные кровотечения купированы консервативно.

Возникшие хирургические осложнения разрешены консервативными методами, а нехирургические осложнения путем адекватной медикаментозной коррекцией.

Летальных исходов в интраоперационном периоде не отмечено. В раннем послеоперационном периоде летальность составила 7% (9 пациентов). Показан спектр осложнений послужившие причиной летального исхода (смотрите Таблицу 6).

**Таблица 6**

**Летальность после операций**

Осложнения	ОГ (n=74)		КГ (n=53)		$\chi^2$	P
	абс.	%	абс.	%		
Панкреонекроз	1	1,35	2	3,77	0,79	>0,05
Инфаркт миокарда	1	1,35	1	1,88	0,06	>0,05
Тромбоэмболия легочной артерии	2	2,7	2	3,77	0,12	>0,05

Весь спектр осложнений, приведших к летальному исходу, относились к терапевтическим. Различий в процентном соотношений в показателях летальности в исследуемых группах не различались.

Обязательным условием корректного стадирования рака пищевода является выполнение расширенной лимфодиссекции с последующим детальным гистологическим исследованием удаленного макропрепарата.

При выполнении лимфодиссекции мы придерживаемся данных многочисленных авторов, при стандартных оперативных вмешательствах удаляем в среднем 25-30 узлов, которые в последующем подвергаются детальному исследованию.

При 42% наблюдений расцененная как интактные узлы, при последующем гистологическом исследовании признаны пораженными, а в 8% случаев, метастатически расцененные узлы, оказались реактивной гиперплазией узлов (смотрите Таблицу 7).

**Таблица 7**

**Сравнение интраоперационной картины с последующим гистологическим исследованием лимфатических узлов**

Гистологическое исследование	Макроскопическая картина узлов			
	Интактные		Пораженные	
	абс.	%	абс.	%
N-	11	10,69	8	7,76
N+	43	41,89	41	39,8
Всего	54	52,70	49	47,57

Чаще всего, в нашем исследовании, гиподиагностика метастатического поражения лимфатических узлов отмечалась при ревизии медиастианальных лимфоколлекторов, возможно это связано от особенностей локализации групп лимфатических узлов, особенно уровня бифуркации трахеи, паратрахеальной зоны и шейно-надключичной области. Что в свою очередь требует выполнения лимфодиссекции, которая зачастую носит лечебный характер (смотрите Таблицу 8).

Таблица 8

**Сравнение интраоперационной ревизии с последующим гистологическим исследованием удаленных лимфатических узлов**

Параметры		Брюшная полость (n=103)		Средостение (n=103)		Шейно-надключичная зона (n=12)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Интраоперационная ревизия	N-	72	69,9	56	54,36	9	75,0
	N+	31	30,09	47	45,63	3	25,0
Морфологическое исследование	N-	22	21,35	39	37,86	4	33,33
	N+	81	78,64	64	62,13	8	66,66

*\*Общее количество удаленных узлов может не совпадать с количеством операций*

Таблица 9

**Сравнение заключений морфологического исследования подтвержденных метастатических узлов**

Группа лим/узлов	Гистологическое заключение				P
	ОГ (n=62)		КГ (n=41)		
	абс.	%	абс.	%	
Чревного ствола (9)	7	11,29	3	7,31	>0,05
Левой желудочной артерии (7)	18	29,03	14	34,14	>0,05
Общей печеночной артерии (8)	16	25,8	21	51,21	<0,01
Селезеночной артерии (11)	5	8,06	4	9,75	>0,05
Малой кривизны (3)	12	19,35	15	36,58	<0,05
Большой кривизны (4)	4	6,45	3	7,31	>0,05
Паракардиальные (1,2)	13	20,96	12	29,26	>0,05
Диафрагмальные (111)	12	19,35	14	34,14	>0,05
Нижние параэзофагеальные (110)	17	27,41	16	39,02	>0,05
Средние параэзофагеальные (108)	13	20,96	17	41,46	<0,05
Бифуркационные (107)	15	24,19	18	43,90	>0,05
Паратрахеальные (106)	6	9,67	-	-	<0,05
Надключичные (104)	4	6,45	6	14,63	>0,05
Наружные и внутренние глубокие шейные (101,102)	5	8,06	7	17,07	>0,05

*\*Общее количество удаленных узлов может не совпадать с количеством операций*

Из удаленных узлов паратрахеальной области, в 10% случаев больных ОГ, подтверждено наличие метастатического поражения. Применение эндоскопического оборудования позволило выполнить лимфодиссекцию в паратрахеальной области, в контрольной группе этот этап оперативного вмешательства не выполнен. Из удаленных шейных лимфатических узлов основной группы в 5(8,06%) случаях выявлено метастатическое поражение, у больных КГ из 41 изученного случая в 7 (17,1) также подтверждено поражение узлов.

Вне зависимости от того или иного вида вмешательства, всем пациентам спустя 3-4 недели после оперативного лечения, проводили химио-лучевую терапию, которые являются основными компонентами комплексной терапии.

При подтверждении плоскоклеточного типа рака пищевода, в адьювантном режиме проведен полный курс дистанционной телегамматерапии, с облучением ложа удаленного пищевода разовой дозой 2Гр (суммарная общая доза-40Гр), с последующим проведением облучения зон лимфоотока (шейно-надключичная зона) СОД 40-60Гр.

В тех случаях, когда, в удаленных лимфатических узлах подтверждалось наличие метастатического очага 62 пациентов ОГ и у 41 больного группы сравнения, было показанием к проведению профилактической химиотерапии от 2-4 курсов, по схеме цисплатин+фторурацил и/или цисплатин+паклитаксел. При аденокарциноме пищевода, чаще применялась схема цисплатин+доцетаксел.

При аденокарциноме нижнегрудного отдела пищевода в адьювантном режиме проводили от 4-х до 6 курсов химиотерапии.

Химио-лучевая терапия в неoadьювантном режиме у резектабельных пациентов, включенных в наше исследование не проводилось.

Другим прогностическим фактором выживаемости является интервал возникновения рецидива и/или метастатического очагов от проведенного оперативного вмешательства до выявления рецидива. В нашем исследовании возникновение локорегионарного рецидива отмечено у пациентов перенесших оперативное вмешательство у пациентов, оперированных с ШЬ (T<sub>3</sub>N<sub>1-2</sub>M<sub>0</sub>) и IVa (T<sub>4a-4b</sub>N<sub>любая</sub>M<sub>0</sub>). Время возникновения локорегионарного рецидива фиксировано в промежутке 2-3х лет после проведения оперативного вмешательства. Подход к введению больных после диагностирования локорегионарного рецидива был индивидуализирован, чаще всего проводилась паллиативная ПХТ, комбинация препаратов на основе платины (смотрите Таблицу 10). По нашему мнению, причиной возникновения рецидива, что совпадает с данными литературы, являлось наличие перинодальной и/или параэзофагеальной опухолевой инвазии в структуре клетчатки средостения – глубина инвазии, и опухолевая инвазия лимфатических узлов и сосудов в стенке пищевода.

**Таблица 10**

**Частота возникновения локорегионарного рецидива по группам**

Стадии	Группы	
	ОГ-70	КГ-48
ШЬ (T <sub>3</sub> N <sub>1-2</sub> M <sub>0</sub> )n-69	6 (15,78%)	8
IVa (T <sub>4a-4b</sub> N <sub>любая</sub> M <sub>0</sub> ) n-5	2 (66,6%)	2 (100%)

Учитывая тот факт, что показатель общей выживаемости является наиболее точным в оценке результатов хирургического и комплексного лечения больных раком пищевода, в зависимости от стадии, проведено оценка показателя выживаемости после МГЭ и ТХЭ традиционным путем у больных перенесших оперативные вмешательства.

Из оперированных больных мы проследили отдаленные результаты в сроки от 6 месяцев до 7 лет у 112 пациентов: 67 больных основной группы и 44 контрольной группы.

При анализе выживаемости больных в зависимости от примененной техники оперативного вмешательства, выявлено что, 5 летняя выживаемость у больных ОГ составило 30%, а у пациентов КГ 5 летняя выживаемость фиксирована на уровне 25%, полученные показатели в основной группе улучшились в связи с прецизионной техникой и удалением паратрахеальных групп узлов.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертация доктора философии (PhD) на тему: «Видеоассистированная трансхиатальная эзофагэктомия и хирургия рака пищевода» позволяет представить следующие заключения:

1. При локализации опухолевого процесса в средне-нижнегрудном отделе пищевода, у пациентов с низкими показателями сердечной и дыхательной системы, выбором метода оперативного вмешательства является МГЭ, позволяющая в адекватном объеме, с учетом принципов абластики и антиблаستي, моноблочно мобилизовать пищевод с опухолью и выполнить лимфодиссекцию в объеме 2F.

2. Внедрение в клиническую практику МГЭ, позволило достоверно уменьшить среднюю интраоперационную кровопотерю с  $660,2 \pm 61,65$  мл, до  $361,01 \pm 27,5$  мл, среднее время пребывания в отделении реанимации с  $2,6 \pm 0,6$  до  $2,1 \pm 0,7$  суток, уменьшение объема экссудации из плевральной полости с  $660,2 \pm 61,65$  мл до  $358,14 \pm 30,36$  мл, сокращение сроков дренирования плевральной полости до  $3,5 \pm 0,8$  суток, а ранняя активизация пациентов привело к снижению пребывания больного в отделении (койко-день) с  $15,2 \pm 1,8$  в контрольной, до  $11,4 \pm 1,4$  суток в основной группе.

3. Использование прецизионной техники, позволило снизить частоту сердечно-сосудистых нарушений с 22,64% до 14,86% и легочных осложнений с 26,41% до 14,86%.

4. Использование видеоэндоскопической прецизионной техники оперирования позволило выполнить медиастинальную лимфодиссекцию в объеме 2F, с селективным удалением бифуркационных и паратрахеальных узлов, без повреждения возвратного нерва.

5. Выявлена корреляция числа пораженных лимфатических узлов в зависимости от стадии, с безрецидивной и общей выживаемостью.

6. Выявленная строгая корреляция показателя общей выживаемости в зависимости от выбора выполненного оперативного вмешательства, с показателем 5 летней выживаемости в основной группе составило 30%, по сравнению с контрольной группой составило 25%.

**SCIENTIFIC COUNCIL No.DSc.04.12.2018.Tib.77.01 ON AWARD OF  
SCIENTIFIC DEGREES AT THE REPUBLICAN SPECIALIZED  
SCIENTIFIC AND PRACTICAL MEDICAL CENTER OF ONCOLOGY  
AND RADIOLOGY**

---

**REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL  
MEDICAL CENTER OF ONCOLOGY AND RADIOLOGY**

**SABIROV JAHANGIR RUZIEVICH**

**VIDEO-ASSISTED TRANSHIATAL ESOPHAGECTOMY AND  
ESOPHAGEAL CANCER SURGERY**

**14.00.14 – Oncology**

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

**TASHKENT – 2019**

**The theme of the doctoral (PhD) dissertation was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under №B2017.3.PhD/Tib313.**

The doctoral (PhD) dissertation was carried out at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology.

The abstract of the dissertation was posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at ([www.cancercenter.uz](http://www.cancercenter.uz)) and on the website of “ZiyoNet” Information and Educational Portal at ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

**Scientific supervisor:** **Krotov Nicolay Feodorovich**  
Doctor of Medicine, Professor

**Official opponents:** **Juraev Mirjalol Dehkanovich**  
Doctor of Medicine, Professor

**Rurbanov Tilla Kurbanovich**  
Doctor of Medicine, Professor

**Leading organization:** **Kazan State Medical Academy -**

The defense of the doctoral dissertation will be held on “\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2019, at \_\_\_\_\_ at the meeting of the Scientific Council No.DSc.04.12.2018.Tib.77.01 at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology (Address: 383 Farabi str., 100110, Tashkent city. Tel.: (+99871) 227-13-27; fax: (+99871) 246-15-96; e-mail: [info@ronc.uz](mailto:info@ronc.uz)).

The doctoral dissertation can be looked through in the Information Resource Centre of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology (registered under No.\_\_\_\_). Address: 383 Farabi str., 100110, Tashkent city. Tel.: (+99871) 227-13-27; fax: (+99871) 246-15-96.

The abstract of the dissertation was distributed on “\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2019.  
(Registry record No. \_\_\_\_\_ dated “\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2019.

**M.N. Tillyashaykhov**  
Chairman of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medicine, Professor

**A.A. Adilkhodjaev**  
Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medicine, Assistant Professor

**M.Kh. Khodjibekov**  
Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medicine, Professor

## INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

**The aim of the research** improving the results of surgical treatment of cancer of the thoracic esophagus through the introduction of a hybrid video-assisted transhiatal esophagectomy.

**The object of the research work** 127 patients with esophageus cancer were hospitalized at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology from 2001 to 2017.

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

are as follows:

justified the use of minimally invasive hybrid echogectomy in the surgical treatment of cancer of the lower thoracic esophagus, which reduced the incidence of postoperative complications, reduced hospital days, improved quality of life while reducing overall treatment costs;

The advantage of **HMIE** over traditional transhiatal esophagectomy, which allows to increase the overall survival of EC patients, has been proven;

**Introduction of research results.** According to the results of scientific research, according to the minimally invasive method of operating at the stage of esophageal isolation and mediastinal lymph node dissection, new technological solutions were used:

methodological recommendations were developed on the “Modernized method of transhiatal esophagectomy for esophageal cancer” (reference No. 8 of the Ministry of Health n-d / 51 dated March 06, 2019). The proposed recommendations allowed to improve the quality of the performed surgical intervention in esophageal cancer, reliably reduce the time taken for surgical intervention from  $363 \pm 20$  min to  $303 \pm 20$  min, while at the main stage mobilization from 45-50 min to 25-30 min, reduce the volume intraoperative blood loss from  $578.2 \pm 32.8$  ml to  $361 \pm 25$  ml, thereby reducing the volume of blood transfusion from 562.2 ml to 308.2 ml;

scientific results obtained to improve the quality of operative treatment of esophageal cancer are implemented in the practice of public health, in particular, in the department of thoracic oncology of the Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology, in the departments of thoraco-abdominal surgery of the Tashkent and Samarkand regional branches of the Republican specialized scientific and practical medical center Oncology and Radiology (certificate of the Ministry of Health No. 8 n-d / 51 dated March 06, 2019). Based on the proposed research results, the range of specialized high-tech medical care to patients with esophageal cancer was significantly expanded, and the quality of treatment and reduction of postoperative pulmonary complications were improved from 10.5% to 3.4%, the length of hospital stay decreased from  $22.2 \pm 2.1$  to  $18.4 \pm 2.1$  days, and a decrease in the average residence time of patients in the intensive care unit and intensive care.



**Structure and scope of the dissertation.** The thesis consists of an introduction, 4 chapters, conclusion, conclusions, practical recommendations, an index of literature. The work is presented on 125 pages of computer text.

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

**I бўлим (Часть I; Part I)**

1. Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Хайрутдинов Р.В., Мадиев Б.Т., Сабилов Д.Р., Алмардонов Р.Б. Опыт реконструктивно-восстановительных операций при раке пищевода. // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2012. – №3 (55). – С. 37. (14.00.00; №9).
2. Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Хайрутдинов Р.В., Сабилов Д.Р., Мадиев Б.Т., Реконструктивно-восстановительные операции при раке кардиоэзофагеальной зоны. // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2012. – №3 (55). – С. 37-38. (14.00.00; №9).
3. Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Сабилов Д.Р., Мадиев Б.Т. Совершенствование техники оперативных вмешательств при злокачественных новообразованиях пищевода и кардиоэзофагеальной полости. // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2013. – №1 (57). – С. 16-21. (14.00.00; №9).
4. Сабилов Д.Р. Применение новых методов оперативной техники при реконструктивно восстановительных вмешательствах на пищеводе и кардиоэзофагеальной зоны. // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2014. – №2 (62). – С. 46-50. (14.00.00; №9).
5. Кротов Н.Ф., Сабилов Д.Р., Мадиев Б.Т. Роль миниинвазивной видеоассистированной методики на этапах реконструктивно-восстановительной операции на пищеводе. // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2014. – №4 (64). – С. 40-43. (14.00.00; №9).
6. Сабилов Д.Р. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных раком пищевода с использованием традиционного и миниинвазивного метода. // Клиническая онкология. – Украина, 2015. - №1 (17). С. 11-14. (14.00.00; №68).
7. Krotov N.F, Sabirov D.R, Rasulov A.E. Minimally invasive esophagectomy in esophageal cancer: treatment options. // European science review. – Vienna, 2017 №1-2. P. 116-120. (14.00.00; №19).
8. Сабилов Д.Р., Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Рузиева О.Ж., Кобилов А.А. Миниинвазивная эзофагэктомия при раке пищевода. // Вестник ТМА. – Ташкент, 2017 №1. С. 75-77. (14.00.00; №13).
9. Сабилов Д.Р., Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Рузиева О.Ж., Кобилов А.А. Новые технологии в хирургическом лечении рака пищевода. // Вестник Ташкентской медицинской академии.–Ташкент, 2017. №2 С. 16-20. (14.00.00; №13).
10. Кротов Н.Ф., Сабилов Д.Р., Расулов А.Э., Рузиева О.Ж., Кобилов А.А. Современный подход при выборе метода лечения больных раком

пищевода. // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2017. – №1 (73). – С. 16-20. (14.00.00; №9).

## II бўлим (II часть; II part)

11. Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Алмардонов Р.Б., Сабилов Д.Р. Видеоассистированная трансхиатальная эзофагэктомия при раке грудного отдела пищевода. // Проблемы биологии и медицины. – Ташкент. 2009. № 4(59). С. 36-37.

12. Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Алмардонов Р.Б., Мадиев Б.Т., Сабилов Д.Р. Выбор метода оперативного вмешательства при раке пищевода и кардиоэзофагеальной зоны. // Проблемы биологии и медицины. – Ташкент. 2009. № 4(59). С. 37-38.

13. Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Алмардонов Р.Б., Сабилов Д.Р., Мадиев Б.Т. Опыт видеоассистированной трансхиатальной эзофагэктомии при раке пищевода. // II Конгресс онкологов Узбекистана. – Ташкент, 2011. 6-7-октабр. С. 121-122.

14. Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Хайрутдинов Р.В., Мадиев Б.Т., Алмардонов Р.Б., Сабилов Д.Р. Наш опыт реконструктивно-восстановительных операций при раке кардиоэзофагеальной зоны // II Конгресс онкологов Узбекистана. – Ташкент, 2011. 6-7-октабр. С. 124.

15. Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Хайрутдинов Р.В., Мадиев Б.Т., Алмардонов Р.Б., Сабилов Д.Р. Наш опыт реконструктивно-восстановительных операций при раке пищевода. // II Конгресс онкологов Узбекистана. – Ташкент, 2011. 6-7-октабр. С. 124-125.

16. Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Алмардонов Р.Б., Сабилов Д.Р., Мадиев Б.Т. Опыт видеоассистированной трансхиатальной эзофагэктомии при раке пищевода. // Республиканская научная конференция «Проблемы и перспективы эндоскопической хирургии». – Ташкент, 2012. 5-6-ноябр. С. 129-131.

17. Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Хайрутдинов Р.В., Мадиев Б.Т., Сабилов Д.Р., Алмардонов Р.Б. Наш опыт реконструктивно-восстановительных операций при раке пищевода. // VII Съезд онкологов и радиологов стран СНГ. – Астана, 2012. 5-7-сентябр. С. 145-146.

18. Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Хайрутдинов Р.В., Мадиев Б.Т., Сабилов Д.Р., Алмардонов Р.Б. Наш опыт реконструктивно-восстановительных операций при раке кардиоэзофагеальной зоны. // VII Съезд онкологов и радиологов стран СНГ. – Астана, 2012. 5-7-сентябр. С. 147.

19. Сабилов Д.Р. Перспективы роль миниинвазивной видеоассистированной методики оперирования в хирургии рака пищевода. // Ўзбекистон Республикаси Куролли Кучлари академияси хабарлари. – Ташкент, 2014. №2 (15). С. 67-70.

20. Сабилов Д.Р. Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Мадиев Б.Т., Чернышева Т.Б., Рузиева О.Ж. Миниинвазивная эзофагэктомия при раке пищевода:

выбор метода лечения. // Республиканской научно-практической конференции «Старшие научные сотрудники-соискатели в сфере здравоохранения». – Ташкент, 2016. С. 232-233.

21. Сабилов Д.Р., Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Мадиевлов Б.Т., Усманов Б.Б., Чернышева Т.Б. Опыт видеоассистированной мобилизации пищевода при трансхиатальной эзофагектомии. // Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы онкоурологии». Термез, 2013. С. 65-66.

22. Расулов А.Э., Кротов Н.Ф., Сабилов Д.Р., Мадиевлов Б.Т., Усманов Б.Б., Чернышева Т.Б. Наш подход к выбору метода оперативных рои раке пищевода. // Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы онкоурологии». Термез, 2013. С. 62-63.

23. Сабилов Д.Р. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения рака пищевода с использованием традиционного и миниинвазивного метода. // Онкологический журнал общественного объединения «Белорусское общество онкологов». – Минск, 2014. №4 (32) Том 8. С. 30-34.

24. Sabirov D.R. A comparative study between two different dissection techniques in management of esophageal and esophagogastric junction malignant tumors. // Clinical practice. – USA, 2014, Volume 3, Number 2, December. P. 22-27.

25. Сабилов Д.Р. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения рака пищевода с использованием традиционного и миниинвазивного метода. // Практическая медицина. – Казан, 2015 №1 (86). С. 85-88.

26. Sabirov D.R. Indications and contraindication of video-assited transhiatal esophagectomy. // Europaische fachhochschule.–Stuttgart, (Germany) -2014 №11. P. 29-31.

27. Sabirov D.R. Miniinvasive esophagectomy in esophageal cancer: treatment options. // Eurosites George. – Paris, 2017. P. 49-51.

28. Сабилов Д.Р. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения рака пищевода с использованием традиционного и миниинвазивного метода. // Евразийский онкологический журнал. – Минск, 2015 №1 (04). С. 55-61.