

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019Tib.77.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

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

ХУСНУДДИНОВ НИЗОМУДДИН ЗУХРУДДИН ЎҒЛИ

**ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯНИ ҚЎЛЛАШ БИЛАН МЕЪДА
САРАТОНИНИ ДАВО ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.14 – Онкология

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

ТОШКЕНТ – 2024

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of phylosophy (PhD)

Хуснуддинов Низомуддин Зухруддин ўғли

Видеолапароскопияни қўллаш билан меъда

саратонини даво тактикасини такомиллаштириш 3

Хуснуддинов Низомуддин Зухруддин угли

Совершенствование лечебной тактики при раке

желудка с использованием видеолапароскопии 29

Khusnuddinov Nizomuddin Zukhruddin ugli

Improving treatment tactics for gastric cancer with

using video laparoscopy 55

Список опубликованных работ

Нашр қилинган ишлар рўйхати

List of published works..... 58

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019Tib.77.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

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

ХУСНУДДИНОВ НИЗОМУДДИН ЗУХРУДДИН ЎҒЛИ

**ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯНИ ҚЎЛЛАШ БИЛАН МЕЪДА
САРАТОНИНИ ДАВО ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.14 – Онкология

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

ТОШКЕНТ – 2024

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги хузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2022.2.PhD/Tib2795 рақам билан рўйхатга олинган.

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

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий Кенгаш веб-сайтида (www.cancercenter.uz) ва «ZiyoNet» ахборот-таълим порталида (www.ziyo.net) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Адилходжаев Аскар Анварович
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Расмий оппонентлар:

Гофур-Охунов Мирза-Али Алиерович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Лигай Руслан Ефимович
тиббиёт фанлари доктори

Етакчи ташкилот:

**А.С. Логинов номидаги Москва клиник
илмий-амалий маркази (Россия)**

Диссертация ҳимояси 2024 й. «_____» _____ да соат _____ да Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг илмий даражалар бериш бўйича DSc.04/30.12.2019Tib.77.01 рақамли Илмий Кенгаш йиғилишида бўлиб ўтади (Манзил: 100174, Тошкент шаҳри, Фаробий кўчаси, 383. Тел/факс: (+99871) 246-05-13; e-mail: www.cancercenter.uz).

Диссертация билан Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____-сон билан рўйхатдан ўтказилган). Манзил: 100174, Тошкент шаҳри, Фаробий кўчаси, 383. Тел/факс: (+99871) 246-05-13.

Диссертация автореферати тарқатилди «_____» _____ 2024 йилда.
(2024 йил “_____” _____ даги _____ -сонли юбориш протоколи реестри).

М.Н.Тилляшайхов

Илмий даражалар бериш бўйича илмий Кенгаш раис,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Ш.Н. Ибрагимов

Илмий даражалар бериш бўйича илмий Кенгаш илмий
котиби, тиббиёт фанлари доктори

М.Х.Ходжибеков

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти. Меъда саратони (МС) ўлим даражаси юқори бўлган дунёдаги энг кенг тарқалган саратон турларидан бири бўлиб қолмоқда. Дунёда меъда саратони билан стандартлаштирилган касалланиш ёши йилига 4-5% га камаймоқда. Умуман олганда, «...дунёда меъда саратонидан 5 йиллик яшовчанлик даражаси 10-20% ни ташкил қилади»¹. Даволаш ҳақида гапирадиган бўлсак, жарроҳлик усули меъданинг деярли барча турдаги хавфли ўсмаларини даволашнинг асосий усули ҳисобланади. Ҳозирда касалликнинг дастлабки босқичларидаги меъда аденокарциномаси бўлган беморларда лапароскопик гастрэктомия анъанавий очик жарроҳликка муқобил сифатида тан олинган. Минимал травматиклиги билан бевосита ва яқин клиник натижалар ушбу амалиётни устувор муолажага айлантиради. Ва мавжуд тавсиялар турли мамлакатлар учун фарқ қилса-да ва минимал инвазив жарроҳликнинг мавжуд тажрибаси асосан техник жиҳозлар билан белгиланадиган бўлса-да, меъда саратони билан оғриган беморларни минимал инвазив даволаш тенденцияси аста-секин анъанавий жарроҳлик усулини алмаштирмоқда ва бу бевосита замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан биридир.

Жаҳонда меъда саратони билан касалланиш даражаси юқори бўлган мамлакатларда жарроҳлик техникаси яхшилашга қаратилган қатор илмий-тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бу борада минимал инвазив усулларнинг самарадорлиги ва хавфсизлигини баҳолаш, шунингдек, жарроҳлик давосининг бевосита ва узоқ муддатли натижаларини баҳолаш учун бир нечта кўп марказли истиқболли рандомизацияланган синовлар ўтказилади. Бугунги кунда МС маҳаллий тарқалган турлари билан оғриган беморларда лапароскопик гастрэктомия онкологик мақсадга мувофиқлиги жихатидан хавфсизлиги борасида объектив далиллар йўқ. Ушбу муаммо бўйича баъзи йирик проспектив рандомизацияланган тадқиқотлар бошланди ва шу муносабат билан меъда саратони учун видеолапароскопик технологияларни қўллаш билан қўбинирланган даволашда мавжуд бўлган усулларни такомиллаштириш ва янги ёндашувларни излаш долзарб муаммо ҳисобланади ва алоҳида аҳамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, жумладан, турли патологик шароитларда мақсадли илмий асосланган терапевтик ва профилактика тадбирларини амалга ошириш бўйича кенг қамровли ва комплекс чоратадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада “... аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш ...”² борасида вазифалар белгиланди. Ушбу вазифалардан келиб чиқиб, меъда саратони билан оғриган беморлар учун клиник ва морфологик жиҳатларни ўрганиш ва терапевтик ва

¹ WHO. 2023 год.

²Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги “2022-2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида”ги ПФ-60-сон Фармони.

профилактика чораларини такомиллаштиришга қаратилган илмий тадқиқотлар ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ–60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармонлари, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ–4891-сон «тиббий профилактика самарадорлигини янада ошириш орқали аҳоли саломатлигини таъминлашга доир кўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Клиник онкологияда меъда саратони ҳали ҳам долзарб муаммо ҳисобланади. Россия меъда саратонидан ўлим бўйича дунёда етакчи ўринни эгаллашда давом этмоқда ва бу нозология билан касалланиш даражаси бўйича у ўнта етакчи мамлакат қаторига киради (Бондар Г.В. ва бошқ. 2006; Хвастунов Р.А. ва бошқ., 2007). Маҳаллий скрининг дастурларининг этишмаслиги туфайли, меъда саратонини кеч аниқланиши долзарб бўлиб қолмоқда. 60-65% ҳолатда ўсма касалликнинг III-IV босқичида ташхис қилинади ва беморларнинг 47-55% гача қисми 1 йил ичида оғир асоратлар туфайли вафот этади (Скоропад В.Ю. ва бошқ., 2009). Меъда саратонини даволаш муаммоси, касалланишнинг қандайдир пасайиш тенденциясига қарамай, энг мураккаб ва долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Яхши натижаларга имкон берадиган жарроҳлик давоси ҳозирда эрта меъда саратони учун жаҳон стандартидир (Kim H.H. et al. 2020; Kitano S. et al. 2017). Бироқ, ўсма жараёни меъдадан ташқарига тарқалганда, жарроҳлик давоси натижалари сезиларли даражада ёмонлашади. Бу эса ўз навбатида, жарроҳлар ва онкологларга ушбу беморлар учун оптимал даволаш тактикасини танлаш вазифасини кўяди (Карачун А.В. ва бошқ., 2014). Замонавий маҳаллий ва хорижий клиник тавсияномалар ягона стандартлаштирилган ёндашувни таклиф қилмайди (Бесова Н.С. ва бошқ., (RUSSCO), 2018; JGCA guidelines, 2017; Smyth E.C. et al., 2016; NCCN guidelines, 2017; KGCA guidelines, 2018).

Дунёда, жарроҳлик давоси ушбу беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилайдиган ягона усул бўлиб қолмоқда (Шепотин И.Б. ва бошқ., 2020). Сўнги пайтларда ўсмани максимал тўлиқ олиб ташлаш, кенгайтирилган ва комбинирланган аралашувлар бажариш, шунингдек, бир вақтнинг ўзида мультиорган резекциялар билан кечувчи агрессив жарроҳлик тактикаси тарафдорлари кўпайиб бормоқда (Афанасев С.Г. ва бошқ., 2011; Карачун А.М. ва бошқ., 2011; Стилиди И.С. ва бошқ., 2019). Аммо бундай ёндошувни ҳамма

мутахассислар ҳам оқлашмайди (Kobayashi A. et al., 2014; Carboni F. et al., 2015).

Жарроҳлик давоси ҳақида гапирадиган бўлсак, сўнгги ўн йил ичида очик лапаротомияга нисбатан бир қатор муҳим афзалликларга эга бўлган лапароскопик аралашувлар жарроҳлик амалиётига кенг жорий этила бошланди. Ушбу аралашувларнинг энг муҳим афзалликлари куйидагилардир: аниқлик, паст травматизм, қон йўқотилишини ва йирингли-септик асоратлар сонининг камайиши, беморни эрта фаоллаштириш ва мустақил овқатланишнинг эрта бошланиши, чандиқ касаллиги миқдорининг камайиши ва оғриқ қолдирувчи воситаларга бўлган эҳтиёжни камайиши, шунингдек, амалиётдан кейинги реабилитация муттадларининг минималлиги (Черноусов А.Ф. ва бошқ., 2017; Байдо С.В. ва бошқ., 2012; Виноградов Ю.А. ва бошқ., 2005). Ихтисослашган адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, эндовидеожарроҳлик амалиётлари даволанишнинг бевосита натижаларини ёмонлаштирмайди ва травматиклик ва беморларнинг реабилитация вақтини қисқартириши орқали адъювант кимётерапиянинг бошланишини тезлаштиришга имкон беради (Черноусов А.Ф. ва бошқ., 2017; Байдо С.В. ва бошқ., 2012). Эрта меъда саратони жарроҳлик давосида лапароскопик технологиялардан фойдаланиш кўп марказли рандомизацияланган синовлар билан оқланади (Kim H.H. et al. 2010; Kitano S. et al. 2007). Аммо улардан кечроқ босқичларда фойдаланиш масаласи ҳозирда ўрганилмоқда (Qi X. et al. 2020). Муаллифлар оралик натижалар махсус адабиётларда тасвирланган 54 мета-таҳлилни баҳолашда, маҳаллий тарқалган саратонда лапароскопик амалиётларнинг хавфсизлиги ва ҳақиқийлиги тўғрисида ҳисобот беришди (Qi X. et al. 2016). Жаҳон адабиётида чоп этилган кўплаб асарлар меъда саратони учун минимал инвазив жарроҳлик имкониятлари ва афзалликларини акс эттиради.

Ўзбекистонда меъда саратони кам инвазив технологияларни қўллашнинг даволашда маълумотлар адабиётлар мажуд эмас. Аммо лекин дунё маълумотларга кўра, меъда саратонида лапароскопик амалиётларни баҳолаш, ёки босқичлаш ва адекват жарроҳлик давосинини танлашда жуда қарама-қаршилиқлар кўп. Шунинг учун бу усул натижаларини таҳлил қилиш бугунги кунда замонавий абдоминал онкожарроҳликнинг долзарб муаммоси ҳисобланади.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот режалари билан боғлиқлиги. Диссертация иши Республика Ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази тадқиқот ишлари режасига мувофиқ.

Тадқиқотнинг мақсади: видеолапароскопик аралашувларни қўллаш орқали меъда саратонини даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

Меъда саратонида, ўсманинг локализацияси ва қўшни анатомик тузилмаларга тарқалишига қараб лапароскопик амалиётларни бажаришнинг техник хусусиятларини аниқлаш, ва қорин бўшлиғи лимфодиссекцияси ҳажмини кенгайтиришга кўрсатмаларни аниқлаштириш;

Лапароскопик гастрэктомиянинг реконструктив босқичида лапароскопик эзофагоеюно анастомоз қўйиш усули такомиллаштириш;

Анъанавий ва лапароскопик жарроҳлик аралашувларни қўллаш йўли билан меъда саратонини хирургик даволашнинг бевосита натижаларини қиёсий жиҳатдан таҳлил қилиш;

Меъда саратонини даволаш доирасида видеолапароскопияни қўллаш йўли билан жарроҳлик давосини оптималлаштириш бўйича клиник тавсияномаларни ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти бўлиб Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг эндовизуал жарроҳлик бўлимида 2019 йилдан 2024 йилгача 101 бемор стационар даволанган.

Тадқиқотнинг предмети бўлиб маҳаллий тарқалган меъда саратони билан оғриган беморларни лаборатория ва инструментал текширувлар натижалари ва хулосалари ҳисобланди.

Тадқиқотнинг усуллари. Мақсад ва қўйилган вазифаларга эришиш учун лаборатория текширувлари (билирубин, АЛТ, АСТ, умумий оксил, ишқорий фосфатаза); УТТ; МСКТ; ПЭТ; ўсма маркерлари кўрсаткичлари (СА 19,9; РЭА; АФП); ўсма биопсияси; лапароскопия қўлланилди.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

кириш қийин соҳаларда манипуляциянинг аниқлиги ва оптиканинг кўп мартали ошириш қобилиятига сабаб бўлган 4 sa, 4d, 8, 12 лимфа тугунлари гуруҳларининг ўхшаш сафарбарлиги ҳисобига лапароскопик гастрэктомияда D2 лимфодиссекция самарадорлиги исботланган;

субтотал ва тотал тарқалган меъда саратонида даволаш тактикасини танлашда патоморфологик материални прецизионлик олишда ва қорин микрометастазларини аниқлашда диагностик лапароскопияни бажарилиши исботланган;

лапароскопик гастрэктомиянинг реконструктив босқичида лапароскопик эзофагоеюно анастомозини қўйиш усули ишлаб чиқилган учун (Ихтиро учун патент IAP 07363, 2022);

лапароскопик гастрэктомия очик аралашувларга қараганда прецизион амалиёт ҳисобига чегараланган майдон ва яхши қон билан таъминланган соҳада кўп вақт талаб қилиши, шунингдек, операциядан кейин беморларда оғриқ белгиларнинг йўқолиши, психологик ҳолати ҳамда перисталтиканининг тикланиши ҳисобига беморларнинг ҳаёт сифатининг яхшиланиши ҳамда шифохонада ётоқ кунларининг камайишига олиб келиши исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

МСКТ ва ПЭТ натижаларига кўра карциноматозга шубҳа қилинган бўлса, даволаш тактикасини танлаш учун меъда ўсма жараёнини генерализациясини энг аниқ баҳолашга имкон бериши туфайли диагностик лапароскопия ўтказиш зарурлиги аниқланган;

тавсия этилган усулда эзофаго-еюноанастомозни қўйиш билан лапароскопик гастрэктомия бажариш ўртача ҳажми 115 ± 36 млга (максимал қон йўқотиш 151 мл, минимал 79 мл) амалиёт ичи қон йўқотилишини

камайтиришга, шунингдек, ўртача вақт 302 ± 12 дақиқага (максимал 314 дақиқа, минимал 290 дақиқа) жарроҳлик амалиёти давомийлигини камайтиришга олиб келадиганлиги аниқланган;

меъда саратони беморларини даволаш учун тавсия этилган усулдан фойдаланиш амалиётдан кейинги асоратларни 12,2% гача ва леталликни 4,1% гача камайтиришга ёрдам беришини аниқланган;

меъда саратонини ташхислаш ва даволаш учун тавсия этилган алгоритмдан фойдаланиш мақсадли даволаш чора-тадбирлар тактикасини ўрнатишга, шунингдек, беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беришини аниқланган;

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган замонавий усул ва ёндашувларнинг мувофиқлиги, олинган натижаларнинг назарий маълумотлар билан мувофиқлиги, ўтказилган тадқиқотларнинг услубий асослилиги, беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотларда замонавий ва статистик усуллардан фойдаланганлик, олинган натижаларни хорижий ва маҳаллий тадқиқотлар билан таққосланиши ва тасдиқлаганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундаки, видеолапароскопик технологиялар ёрдамида меъда саратони билан оғриган беморларни даволашнинг такомиллаштирилган диагностик алгоритми диагностик қидирувни сезиларли даражада тезлаштиради, вақтни тежайди ва даволашнинг бевосита ва узоқ муддатли натижаларини яхшилаши билан билан изоҳланади;

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти эзофагоеюно анастомоз этишмовчилигининг олдини олиш бўйича ишлаб чиқилган усуллари меъда саратонини жарроҳлик давоси натижаларини яхшилаши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Видеолапароскопияни қўллаш билан меъда саратонини даволашда мултидисциплинар ёндашув бўйича олинган илмий натижалар асосида:

биринчи илмий янгилик: кириш қийин соҳаларда манипуляциянинг аниқлиги ва оптиканинг кўп мартали ошириш қобилиятига сабаб бўлган 4 са, 4d, 8, 12 лимфа тугунлари гуруҳларининг ўхшаш сафарбарлиги ҳисобига лапароскопик гастрэктомида D2 лимфодиссекция самарадорлигининг исботланганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Хоразм вилоят филиалининг 2024 йил 8 майдаги 25-сонли буйруғи ва Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Қашқадарё вилоят филиалининг 2024 йил 1 майдаги 35-сонли буйруғи билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий техник кенгашининг 2024 йил 22 июлдаги 4-сон хулосаси). *Ижтимоий самарадорлиги:* онкология амалиётида биринчи марта, кириш қийин соҳаларда манипуляциянинг аниқлиги ва оптиканинг кўп мартали ошириш қобилиятига сабаб бўлган 4 са, 4d, 8, 12 лимфа тугунлари гуруҳларининг ўхшаш сафарбарлиги ҳисобига лапароскопик гастрэктомида D2 лимфодиссекция самарадорлиги сабабли

давонинг радикаллиги, беморларнинг яшовчанлик кўрсаткичлари ва беморларнинг ҳаёт сифати яхшиланган. *Иқтисодий самарадорлиги:* онкология амалиётида биринчи марта, кириш қийин соҳаларда манипуляциянинг аниқлиги ва оптиканинг кўп мартали ошириш қобилиятига сабаб бўлган 4 са, 4д, 8, 12 лимфа тугунлари гуруҳларининг ўхшаш сафарбарлиги ҳисобига лапароскопик гастрэктомияда D2 лимфодиссекция самарадорлиги сабабли давонинг радикаллиги, беморларнинг яшовчанлик кўрсаткичлари ва беморларнинг ҳаёт сифати яхшиланиши туфайли давлат бюджетидан сарф харажатларни 12,2%га иқтисод қилишга эришилган. *Хулоса:* онкология амалиётида биринчи марта, кириш қийин соҳаларда манипуляциянинг аниқлиги ва оптиканинг кўп мартали ошириш қобилиятига сабаб бўлган 4 са, 4д, 8, 12 лимфа тугунлари гуруҳларининг ўхшаш сафарбарлиги ҳисобига лапароскопик гастрэктомияда D2 лимфодиссекция самарадорлиги сабабли давонинг радикаллиги, беморларнинг яшовчанлик кўрсаткичлари ва беморларнинг ҳаёт сифати яхшиланиши натижасида давлат бюджетидан сарф харажатларни 12,2%га иқтисод қилиш ва шифохонада бўлиш вақтини 2-3 кунга қисқартириш имконини берган.

иккинчи илмий янгилик: субтотал ва тотал тарқалган меъда саратонида даволаш тактикасини танлашда патоморфологик материални прецизионлик олишда ва қорин микрометастазларини аниқлашда диагностик лапароскопияни бажарилиши исботланганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Хоразм вилоят филиалининг 2024 йил 8 майдаги 25-сонли буйруғи ва Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Қашқадарё вилоят филиалининг 2024 йил 1 майдаги 35-сонли буйруғи билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий техник кенгашининг 2024 йил 22 июлдаги 4-сон хулосаси). *Ижтимоий самарадорлиги:* тадқиқотда ўрганилган субтотал ва тотал тарқалган меъда саратонида даволаш тактикасини танлашда патоморфологик материални прецизионлик олишда ва қорин микрометастазларини аниқлашда диагностик лапароскопияни бажарилиши исботланганлиги сабабли беморларда эксплоратив лапаротомияларнинг олдини олиш, жарроҳлик амалиёти кўламини адекват баҳолаш ва беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган. *Иқтисодий самарадорлиги:* тадқиқотда ўрганилган субтотал ва тотал тарқалган меъда саратонида даволаш тактикасини танлашда патоморфологик материални прецизионлик олишда ва қорин микрометастазларини аниқлашда диагностик лапароскопияни бажарилиши исботланганлиги сабабли беморларда эксплоратив лапаротомияларнинг олдини олиш, жарроҳлик амалиёти кўламини адекват баҳолаш ва беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берганлиги сабабли давлат бюджетидан сарф харажатларни 10%га иқтисод қилишга эришилган. *Хулоса:* тадқиқотда ўрганилган субтотал ва тотал тарқалган меъда саратонида даволаш тактикасини танлашда патоморфологик материални прецизионлик олишда ва қорин микрометастазларини аниқлашда диагностик лапароскопияни бажарилиши исботланганлиги сабабли беморларда

эксплоратив лапаротомияларнинг олдини олиш, жарроҳлик амалиёти кўламини адекват баҳолаш ва беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берганлиги сабабли давлат бюджетидан сарф харажатларни 10%га иқтисод қилиш ва шифохонада бўлиш вақтини 1-2 кунга қисқартириш имконини берган.

учинчи илмий янгилик: лапароскопик гастрэктомиянинг реконструктив босқичида лапароскопик эзофагоеюно анастомозини қўйиш усули ишлаб чиқилганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Хоразм вилоят филиалининг 2024 йил 8 майдаги 25-сонли буйруғи ва Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Қашқадарё вилоят филиалининг 2024 йил 1 майдаги 35-сонли буйруғи билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий техник кенгашининг 2024 йил 22 июлдаги 4-сон хулосаси). *Ижтимоий самарадорлиги:* биринчи марта лапароскопик гастрэктомиянинг реконструктив босқичида лапароскопик эзофагоеюно анастомозини қўйиш усули ишлаб чиқилганлиги сабабли, анастомоз етишмовчилиги асоратларини камайиши, амалиётдан кейинги асоратлар сонини қисқариши сабабли беморларнинг ҳаёт сифати юқори бўлиши натижасида, эрта фаоллашувни яхшилаш ва ётоқ кунларини қисқартириш имконини берган. *Иқтисодий самарадорлиги:* биринчи марта лапароскопик гастрэктомиянинг реконструктив босқичида лапароскопик эзофагоеюно анастомозини қўйиш усули ишлаб чиқилганлиги сабабли, анастомоз етишмовчилиги асоратларини камайиши, амалиётдан кейинги асоратлар сонини қисқариши сабабли беморларнинг ҳаёт сифати юқори бўлиши натижасида, эрта фаоллашувни яхшилаш ва ётоқ кунларини қисқартириш имконини бериши ҳисобига иқтисодий харажатларни 1,9 мартага камайтириш имконини берган. *Хулоса:* биринчи марта лапароскопик гастрэктомиянинг реконструктив босқичида лапароскопик эзофагоеюно анастомозини қўйиш усули ишлаб чиқилганлиги сабабли, анастомоз етишмовчилиги асоратларини камайиши, амалиётдан кейинги асоратлар сонини қисқариши сабабли беморларнинг ҳаёт сифати юқори бўлиши натижасида иқтисодий харажатларни 1,9 мартага камайтириш, эрта фаоллашув ва ётоқ кунларини 2-3 кунга қисқартириш имконини берган.

тўртинчи илмий янгилик: лапароскопик гастрэктомия очик аралашувларга қараганда прецизион амалиёт ҳисобига чегараланган майдон ва яхши қон билан таъминланган соҳада кўп вақт талаб қилиши, шунингдек, операциядан кейин беморларда оғриқ белгиларнинг йўқолиши, психологик ҳолати ҳамда перисталтиканининг тикланиши ҳисобига беморларнинг ҳаёт сифатининг яхшиланиши ҳамда шифохонада ётоқ кунларининг камайишига олиб келиши исботланганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Хоразм вилоят филиалининг 2024 йил 8 майдаги 25-сонли буйруғи ва Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Қашқадарё вилоят филиалининг 2024 йил 1 майдаги 35-сонли буйруғи билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий техник

кенгашининг 2024 йил 22 июлдаги 4-сон хулосаси). *Ижтимоий самарадорлиги:* тадқиқотда ўрганилган лапароскопик гастрэктомия очик аралашувларга қараганда прецизион амалиёт ҳисобига чегараланган майдон ва яхши қон билан таъминланган соҳада кўп вақт талаб қилиши, шунингдек, операциядан кейин беморларда оғриқ белгиларнинг йўқолиши, психологик ҳолати ҳамда перисталтиканининг тикланиши ҳисобига беморларнинг ҳаёт сифатининг яхшиланиши ҳамда шифохонада ётоқ кунларининг камайишига олиб келган. *Иқтисодий самарадорлиги:* тадқиқотда ўрганилган лапароскопик гастрэктомия очик аралашувларга қараганда прецизион амалиёт ҳисобига чегараланган майдон ва яхши қон билан таъминланган соҳада кўп вақт талаб қилиши, шунингдек, операциядан кейин беморларда оғриқ белгиларнинг йўқолиши, психологик ҳолати ҳамда перисталтиканининг тикланиши ҳисобига беморларнинг ҳаёт сифатининг яхшиланиши ҳамда шифохонада ётоқ кунларининг камайишига олиб келганлиги сабабли ҳар бир бемор учун иқтисодий харажатларни 9,5%га камайтириш имконини берган. *Хулоса:* тадқиқотда ўрганилган лапароскопик гастрэктомия очик аралашувларга қараганда прецизион амалиёт ҳисобига чегараланган майдон ва яхши қон билан таъминланган соҳада кўп вақт талаб қилиши, шунингдек, операциядан кейин беморларда оғриқ белгиларнинг йўқолиши, психологик ҳолати ҳамда перисталтиканининг тикланиши ҳисобига беморларнинг ҳаёт сифатининг яхшиланиши, шифохонада ётоқ кунларининг камайиши сабабли ҳар бир бемор учун иқтисодий харажатларни 9,5%га камайтириш ва шу орқали беморлар шифохонада бўлиш вақтини 1-2 кунга қисқартиришга эришилган.

Н.З.Хуснуддиновнинг «**Видеолапароскопияни қўллаш билан меъда саратонини даво тактикасини такомиллаштириш**» мавзусидаги диссертация тадқиқотида олинган юқоридаги 4 та илмий янгилик бошқа соғлиқни сақлаш муассаларига жорий этиш бўйича Республика ихтисослаштирилган онколдогия ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг 2024-йилдаги 28-июлдаги 02-03/387-сон хати Соғлиқни сақлаш вазирлигига тақдим этилган.

Илмий натижаларнинг апробацияси. Ушбу тадқиқот натижалари 3 та илмий-амалий конференцияларда, шу жумладан 1-халқаро ва 2-республика конференцияларида муҳокама қилинди.

Тадқиқот натижаларининг нашр этилганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 15 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та илмий мақола, жумладан, 2 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда нашр этилган ҳамда 1 та Ихтиро учун патент.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, бешта боб, хулосалар, амалий тавсиялар ва қўланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 119 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида олиб борилаётган тадқиқотнинг долзарблиги ва талаб борлиги, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари асосланган, объект ва предмети тавсифланган, тадқиқотнинг республика фан ва техникасининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларининг амалиётга тадбиқ этилганлиги, нашр этилган ишлар тўғрисидаги маълумотлар ва диссертациянинг тузилиши келтириб ўтилган.

Диссертациянинг **“Меъда саратони муаммосининг ҳолати (адабиётлар шарҳи)”** мавзусидаги биринчи бобида меъда саратонининг тарқалганлик муаммоси, беморларни жарроҳлик даволаш тактикасининг ҳозирги ҳолати, шунингдек, маҳаллий ва хорижий адабиётлар асосида эзофагоеуноанастомозни қўллаш усуллари бўйича адабиётлар шарҳи келтирилган. Меъда саратонини жарроҳлик даволаш натижалари илмий ва амалий маълумотларни таҳлил қилишда келтирилган.

Диссертациянинг **“Клиник материалнинг умумий характеристикаси ва тадқиқот методикаси”** деб номланувчи иккинчи бобида диссертацияда қўлланилган тадқиқотнинг материал ва усуллари батафсил баён этилган. Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказида стационар 2017 йилдан 2022 йилгача даволанган 101 беморни даволаш тажрибаси таҳлил қилинган. Улардан назорат гуруҳига киритилган 52 (51,5%) бемор 2017-2019 йилларда клиникада даволанган. Асосий гуруҳдаги 49 (48,5%) бемор 2020 йилдан 2022 йилгача стационар даволанган (меъда саратонини даволаш учун видеолапароскопик усулни қўллаш босқичи).

Беморларнинг ёш хусусиятлари 2016 йилдаги ЖССТ таснифига мувофиқ амалга оширилди. Беморларнинг ёши 29 ёшдан 78 ёшгачани ташкил қилди (ўртача 53,5 ёш). Улардан 65 (60,2%) нафари эркак ва 43 (39,8%) нафари аёл бўлиб, уларнинг нисбати 1,5:1 ни ташкил қилди (1-жадвал).

1-жадвал

Беморларни жинс ва ёш бўйича тақсимланиши, n=101

Ёши	Назорат гуруҳи (n=52)		Асосий гуруҳ (n=49)	
	Эркаклар	Аёллар	Эркаклар	Аёллар
18-44	2 (3,8%)	3 (5,8%)	2 (4,1%)	2 (4,1%)
45-59	11 (21,2%)	8 (15,3%)	12 (24,5%)	7 (14,3%)
60-74	13 (25%)	7 (13,5%)	13 (26,5%)	6 (12,2%)
75-89	5 (9,6%)	3 (5,8%)	4 (8,2%)	3 (6,1%)
Жами:	31 (59,6%)	21 (40,4%)	31 (63,3%)	18 (36,7%)

Жадвалдан келиб чиқадики, МС билан оғриган беморлар сони ўрта ёш гуруҳидан бошлаб (45-59 ёшдан) ўсишни бошлайди. Касалликнинг энг юқори даражаси 60-74 ёшда содир бўлади, бу барча беморларнинг 38,6 фоизини ташкил қилади.

Анамнез маълумотларини ўрганишда МС кечишининг яширин клиник варианты 35 беморда, оғрикли – 24 беморда, оғриқсиз – 62 беморда кузатилганлиги аниқланди. Шу билан бирга, 32 (31,6%) бемор оғир аҳволда, 69 (68,4%) бемор ўртача оғир ҳолатда шифохонага ётқизилган.

86 беморда МС ривожланишининг биринчи ва асосий аломати оғрик бўлиб, унинг локализацияси, табиати ва интенсивлиги турлича бўлган. Шу билан бирга, 67 беморда қуйидагилар аниқланди: 8 беморда қориннинг юқори қисмида пайпасланадиган хосила, 27 тасида II -IV даражали дисфагия, 9 тада меъданинг декомпенсацияланган стенози белгилари ва 23 беморда мелена шаклидаги рецидивланувчи стул аниқланди. Қолган 41 беморда уларнинг шикоятлари “МС нинг кичик белгилари синдроми” га тўғри келади, яъни: мотиляцияланмаган умумий ҳолсизлик, тез чарчаш, овқатдан нафратланишгача иштаҳанинг доимий пасайиши, “меъда дискомфорти” ҳодисалари, сабабсиз вазн йўқотиш, апатия. МС нинг ушбу клиник кўринишларининг ривожланиш давомийлиги бир неча ҳафтадан тўққиз ойгача вақтни ташкил қилди.

Икки кузатув гуруҳи беморларининг аксарияти 62 (61,4%) нафарида узок муддатли безовта қилувчи меъда дискомфорти ҳисси клиник кўринишининг намоён бўлиши қайд этилди. Икки кузатув гуруҳида умумий ҳолсизлик, оғрик синдроми, вазн йўқотиш, дисфагия каби беморларнинг шикоятлари тенг равишда қайд этилди. Иккала гуруҳдаги беморларнинг кичикроқ қисми қориннинг юқори қисмида пайпасланадиган ҳосилани қайд этишди. Беморларнинг мутлақ кўпчилиги меҳнат қобилиятининг пасайишини қайд этишди.

Умумий ҳолатнинг оғирлиги ҳамроҳ патологиялар билан боғлиқ бўлиб, улар 35 (34,6%) беморларда ташхисланган, 14 (28,5%) беморларда бир вақтнинг ўзида икки ёки ундан ортиқ ҳамроҳ патологиялар аниқланган.

Келтирилган маълумотларга кўра, назорат ва асосий гуруҳлар беморларнинг меъда саратонининг локализациясига қараб тақсимланиши 2-жадвалда келтирилган.

2-жадвал

Ўсманинг локализациясига қараб беморларнинг тақсимланиши, n=101

Меъда қисмлари	Назорат гуруҳи, n=52	Асосий гуруҳ, n=49
Меъданинг тана ва антрал қисми	17 (32,7%)	15 (30,6%)
Меъда танаси	25 (48,1%)	24 (48,9%)
Меъда кардиал қисми ва танаси	7 (13,5%)	7 (14,3%)
Қизилўнгачнинг абдоминал қисми ва меъда кардийси	1 (1,9%)	2 (4,1%)
Меъда чўлтоғи	2 (3,8%)	1 (2,04%)
Жами	52 (51,5%)	49 (48,5%)

МС билан оғриган беморларни тадқиқотга киритиш, тавсия этилган даволаш самарадорлигини, унинг хавфсизлигини ва объектив назоратини баҳолаш учун лаборатория ва инструментал текширишнинг стандарт ва махсус усуллари қўлланилди.

Барча беморлар клиник минимум кўламида текширилди (клиник қон таҳлили, коагулограмма, биокимёвий қон таҳлили, копрограмма, умумий пешоб таҳлили). Биокимёвий қон текширувида протеинограмма, глюкоза даражаси, умумий билирубин, жигар ферментлари (АЛаТ, АСаТ), амилаза ва электролитлар мувозанатини баҳоланди. Қон ивиш тизимининг ҳолатини таҳлил қилиш қон ивиш вақтини, фаоллаштирилган парциал тромбопластин вақтини, плазма рекальцификация вақтини, протромбин фаоллигини, плазма фибриноген даражасини (умумий қабул қилинган усуллар бўйича) ўрганиш асосида амалга оширилди. Қон зардобидаги глюкоза даражаси юқори бўлган беморлар гликемиянинг кунлик тебранишлари учун текширилди (шакар “эгри чизиғи”). Албатта, барча беморларда РЭА, СА-19,9, Са 72-4 онкомаркерлари даражаси баҳоланди.

Меъданинг ўсмали шикастланишига шубҳа қилинган барча беморлар стандарт текширувдан, шу жумладан меъда рентгенограммаси, кўкрак қафаси рентгенограммаси, биопсия билан фиброгастроуденоскопия ва қорин бўшлиғи аъзоларининг ультратовуш текширувидан (УТТ) ўтдилар. “Стандарт” текширувлар эндоскопик ультрасонография текшируви (ЭндоУТТ) ёрдамида тўлдирилди. Ўсманинг аниқ жойлашуви ва ҳажмини аниқлаш учун мултиспирал компьютер томографияси (МСКТ) ва магнит-резонанс томография (МРТ) усуллари қўлланилди.

Диагностик лапароскопия (ДЛ) мунозарали вазиятларда диагностик қидирувга қўшимча усул ҳисобланади.

ДЛ диагностика манипуляцияси учун воситалар тўплами билан Karl Storz (Германия) лапароскопик ускунасида ўтказилди. Видеолапароскопия Фовлер ҳолатида умумий анестезия остида ўтказилди. Veress игнаси ёрдамида дастлабки карбоксиперитонеум бажарилгач, Калькнинг юқори нуқтасига 30 даража оптикали ўн миллиметрли троакар (Karl Storz фирмасига тегишли) киритилди ва қорин бўшлиғи текширилди.

Ўтказилган жарроҳлик аралашувларидан сўнг, беморларнинг ҳам назорат, ҳам асосий гуруҳида жарроҳлик асоратлари қайд этилди. Улар жарроҳлик асоратларини Clavien-Dindo таснифи (1992) бўйича баҳоланди.

Диссертациянинг **“Меъда саратонини анъанавий даволаш натижалари”** деб номланувчи учинчи бобида назорат гуруҳ беморлари жарроҳлик давосининг натижалари ёритилган. Бунда қорин бўшлиғи лимфадиссекциясининг турли ҳажмлари билан бирга анъанавий жарроҳлик амалиётлари бажарилган меъда саратони билан оғриган 52 беморнинг амалиёт протоколлари ва касаллик тарихлари таҳлил қилинди.

Ўтказилган МСКТ натижаларини таҳлил қилиш ўсманинг ўсиш шаклини, ўлчамларини кўрсатди ва 34 (65,4%) ҳолатда лимфа тугунларининг катталашини аниқланди, қолган 18 (34,6%) ҳолатда лимфа тугунларида катталашини кузатилмади. Меъда ўсмасининг экзофит ўсиши энг кўп – 43 (82,7%) ҳолатда учради ва аралаш ўсиш энг кам – 3 (5,8%) ҳолатда учради.

Беморларнинг энг кўп сони ўсма ўлчамлари 2 дан 5 см гача бўлган ҳолатда 36 (69,2%) беморда кузатилди ва энг кам – 2 см гача бўлган ўсма

жараёни 5 (9,6%) беморда кузатилган ва булар МСКТ натижалари билан тасдиқланди.

МСКТ маълумотларига кўра, метастазлар 37 (71,1%) ҳолатда аниқланди, қолган 15 (28,9%) ҳолатда ўсма жараёни меъда билан чекланганлиги кузатилди.

D2 ҳажмида лимфодиссекция билан аралашувлар 37 (71,1%) беморларда амалга оширилди, шундан 29 (55,7%) беморга гастрэктомия, 8 (15,4%) беморга – субтотал дистал резекция қилинди. Интраперитонеал лимфодиссекция D1+ билан амалиётлар 5 (9,6%) беморда, гастрэктомия 3 (5,7%) ҳолатда ва меъдани дистал субтотал резекцияси 2 (3,8%) ҳолатда амалга оширилди.

Ўз навбатида, гастрэктомия 32 (61,6%) ҳолатда ва меъдани дистал субтотал резекцияси 10 (19,2%) ҳолатда амалга оширилди. 10 (19,2%) ҳолатда ўсманинг норезектабеллиги сабабли, айланма анастомоз шакллантирилди.

Гастрэктомиядан сўнг Гилярович бўйича эзофагоэнтероанастомоз 27 (51,9%) ҳолатда шакллантирилди ва фақат 5 (9,6%) ҳолатда эзофагоэнтероанастомоз ингичка ичакнинг Ру бўйича изоляция қилинган ҳалқасида ҳосил қилинди.

Шуни таъкидлаш керакки, интраоперацион сурат шуни кўрсатдики, МСКТ маълумотларига кўра метастазлар аниқланган 37 беморлар гуруҳидан 14 (26,9%) тасида метастазлар аниқланмаган. Ва аксинча, МСКТ маълумотларига кўра, ўсма жараёни меъда билан чекланган 15 нафар беморлар гуруҳидан 8 (15,4%) тасида интраоперацион метастазлар аниқланди.

Шунингдек, ўсиш шаклида ҳам интраоперацион ва МСКТ маълумотлари ўртасида номувофиқлик ҳолатлари кузатилди. МСКТ бўйича эндофитик ўсиш тасдиқланган 19 ҳолатдан 3 (5,8%) тасида интраоперацион тарзда экзофит ўсиш ҳам аниқланди, яъни бу ҳолатлар ўсма жараёнининг аралаш ўсишлар сафига киритилди.

3-жадвал

Беморларнинг назорат гуруҳида асоратларнинг тақсимланиши

№	Асоратлар	Абс.	%
1	Ўткир панкреатит	2	3,8
2	Рефлюкс эзофагит	5	9,6
3	Анастомозит	1	1,9
4	Экссудатив плеврит	2	3,8
5	Амалиётдан кейинги жароҳатнинг иккиламчи битиши	1	1,9
6	Эзофагоёюноанастомоз этишмовчилиги	1	1,9
7	Қорин ичи қон кетиши	2	3,8
8	Ўткир миокард инфаркти	1	1,9
9	ЎАТЭ	2	3,8

Амалиётдан кейинги асоратлар 8 (15,4%) ҳолатни ташкил этди ва қуйидагича тақсимланди: 2 (3,8%) беморда битта асорат кузатилди, 4 (7,7%) ҳолатда 2 та асоратнинг комбинацияси ва 3 (5,7%) ҳолатда 3 ёки ундан ортиқ асоратларнинг комбинацияси аниқланди. Улар орасида ҳам жарроҳлик, ҳам

жарроҳлик бўлмаган табиатли асоратлар бор. Ўлим 4 (7,7%) ҳолатда қайд этилди (3-жадвал).

Қон йўқотишнинг максимал ҳажми D2 лимфодиссекция билан гастрэктомия амалиётини бажариш пайтида кузатилди – 342 мл. Меъда проксимал субтотал резекцияси пайтида қон йўқотишнинг минимал ҳажми кузатилди – 246 мл. Жарроҳлик амалиётининг максимал давомийлиги 229 дақиқани, минимал – 158 дақиқани ташкил қилди.

Беморнинг максимал фаоллашув вақти 3,19 суткани, минимал фаоллашув вақти эса 2,05 суткани, ўртача фаоллашув вақти $2,62 \pm 0,57$ кунни ташкил қилди. Анальгезия учун наркотик моддаларни қўллашнинг энг узок муддати 4,4 суткани, наркотиклик воситалари билан анальгезиянинг минимал даври 3,34 суткани, наркотиклик анальгетикларидан фойдаланишнинг ўртача вақти $3,87 \pm 0,53$ кунни ташкил этди. Шу билан бирга, нонаркотик дорилар билан анальгезиянинг максимал ва минимал давомийлиги 4,75 суткани ва 3,47 суткани, ўртача вақт $4,11 \pm 0,64$ кунни ташкил этди.

Ўз навбатида, ётоқ кунларини баҳолашда максимал муддат 15 кунни, минимал эса 12 кунни ташкил этди. Бу кўрсаткич ўртача $13,5 \pm 1,5$ суткага тенг бўлди.

Диссертациянинг **“Меъда саратонини даволашда видеолапароскопик аралашувлар натижалари”** деб номланувчи тўртинчи бобида 2019 йилдан 2024 йилгача амалга оширилган 49 видеолапароскопик аралашув натижалари таҳлил қилинди.

Диагностик лапароскопиядан олдинги босқичида меъдада ўсмали зарарланишнинг локализациясига қараб тақсимланиши қуйидагича бўлди: ўсма жараёни меъда билан чекланган – 21 (42,8%) беморда, метастазлар мавжуд – 28 (57,1%) беморда.

Барча беморларга диагностик лапароскопия ўтказилди. ПЕТда лимфа тугунларида РФП (радиофармпрепарат) тўпланиши аниқланган 8 (16,2%) ҳолатда ва карциноматозга шубҳа қилинган 7 (14,3%) ҳолатда диагностик лапароскопия пайтида ўсма жараёни меъда билан чекланганлиги аниқланди. Ўз навбатида, диагностик лапароскопиядан кейин беморларнинг тақсимланиши қуйидагича бўлди: ўсма жараёни меъда билан чекланган – 34 (69,4%) ҳолатда, метастазлар мавжуд – 15 (30,6%) ҳолатда.

Диагностик лапароскопия ўтказилгандан сўнг метастаз аниқланган асосий гуруҳ беморларининг барчасига FLOT схемасида кимётерапия ўтказилди. Градацияга кўра, 4 курс FLOT терапияси курсидан сўнг, метастазлар аниқланган 15 ҳолатдан 3 ҳолатда I даража (тўлиқ регрессия), 1 ҳолатда II даража (қисман регрессия, яъни ўсманинг 50% дан ортик кичрайиши) қайд этилган. Қолган 11 ҳолатда III даража (стабилизация) қайд этилган. FLOT терапиясининг 2 курсидан сўнг 3 ҳолатда II даража, яъни қисман регрессия қайд этилди, қолган 8 ҳолатда III даража, яъни ўсманинг стабилизацияси сақланиб қолинди.

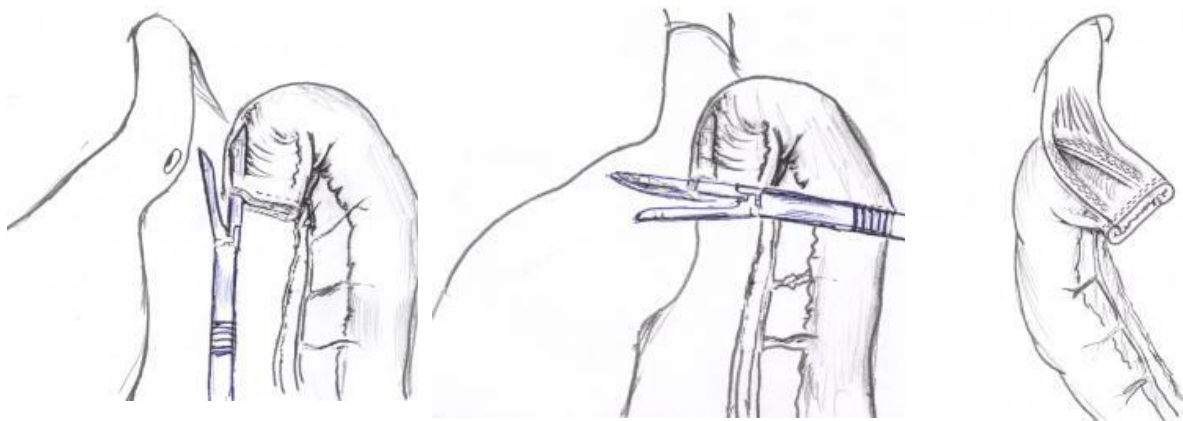
Лапароскопик гастрэктомияда, меъдани ажратиш ва олиб ташлаш, D2 ҳажмида лимфаденэктомия билан қизилўнгач пастки кўкрак қисми резекция

қилиш, эзофагоеюноанастомоз ва энтеро-энтероанастомоз қўйишни ўз ичига олувчи реконструктив босқични ўтказишни ўз ичига олувчи эзофагоеюностомия усули таклиф этилди. Реконструктив босқични бажариш учун тахминий эзофагоеюно анастомоз қўйиладиган соҳага Трейц боғлампидан 35-40 см чекинган ҳолда оч ичак қисми олиб келинади. Сўнгра, оч ичакнинг олиб кетувчи ҳалқаси тутқичга қарама-қарши қирраси бўйлаб электрокоагулятор ёрдамида 5 мм диаметри тешик ҳосил қилинади. Бу тешикка тикувчи ускунанинг бранши киритилади. Меданинг олд деворида қизилўнгач каналдан 2 см пастда электрокоагулятор ёрдамида 5 ммли аналогик тешик ҳосил қилинади. Бу тешикка тикувчи ускунанинг 60 мм узунликдаги иккинчи бранши (кўк кассета) киритилади. Сўнгра, меъда ва олиб келувчи ичакни пастга тортган ҳолда, эзофагоеюноанастомознинг ички деворини қўйган ҳолда тикувчи ускунани меъдага параллел ҳолатга олиб келинади. Кейинчалик, қорин олд девори бўйлаб чап олдинги қўлтиқ ости чизиғи сатҳидан 12 миллиметрли троакар ўрнатилади. Бу троакар орқали меъдага ва оч ичак олиб келувчи ҳалқасига перпендикуляр ҳолатда тикувчи ускуна киритилади. Сўнгра 10-15 смли ингичка ичак олиб келувчи ҳалқасини олиб ташлаш бажарилади. Қўйилган эзофагоеюноанастомоздан 50-60 см пастда энтеро-энтеро анастомоз қўйилади.

Барча жарроҳлик аралашувлари эндотрахеал наркоз остида амалга оширилди. Амалиёт столида бемор амалиётнинг турли босқичларида Фовлер ва Тренделенбург ҳолатига ўтказиш учун амалиёт столига фиксацияланган ҳолда орқа ҳолатида ётқизилди.

Ру бўйича эзофагоеюно-анастомозини шакллантириши 32 ҳолатда чизиқли тикув мосламаси билан (1-расм) ва 2 ҳолатда линияли тикув мосламаси билан амалга оширилди.

Эзофаго-еюноанастомоз қўйишни интраоперацион бажариш 1-6-расмларда келтирилган.



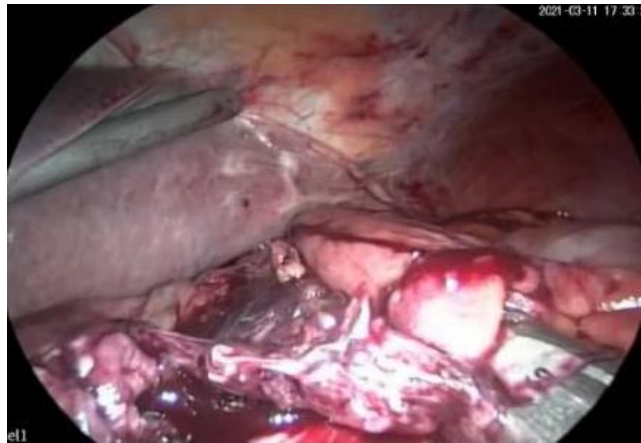
1-расм. Чизиқли тикувчи ускуна ёрдамида ЭЕАни схематик тасвири



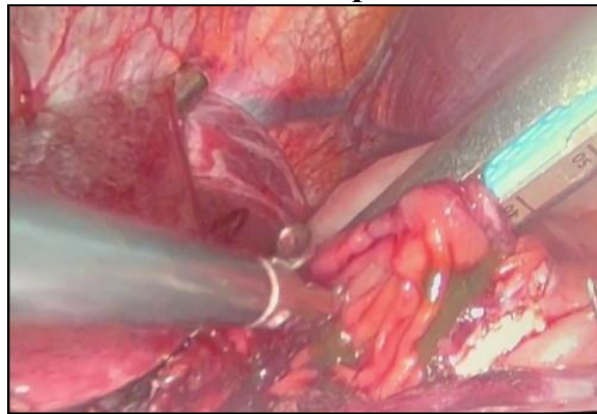
2-расм. Ингичка ичак ҳалқаси тайёрлаш



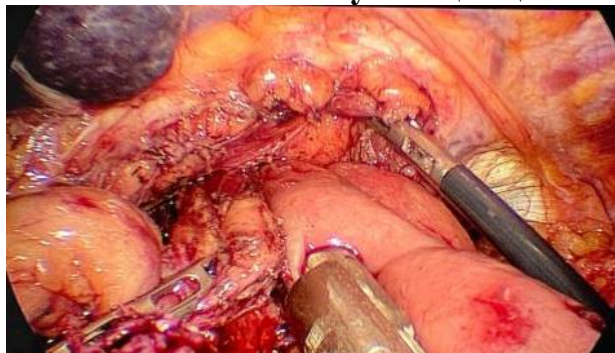
3-расм. Чамбар ичак олди эзофаго-еюноанастомозни шакллантириш



4-расм. Қурилманинг иккала бранши ҳам ўралди, қизилўнгач-меъда бирикмасига киритилди ва эзофагоеюно анастомозининг ички лаби шакллантирилди



5-расм. Ингичка ичакнинг олиб келувчи ҳалқаси ва меъда кесилди.



6-расм. Шакллантирилган анастомознинг якуний кўриниши

Эзофагоеюноанастомозни шакллантиришнинг тавсия этилган усули учун «Laparoskopik gastrektomiyada ezofagoeyunostomiya usuli» IAP 07363 (15.12.2022) патенти олинди.

Диагностик лапароскопиядан сўнг FLOT терапияси (4 курс) ўтказилган 15 ҳолатда, 3 ойдан кейин такрорий диагностик лапароскопия ўтказилди. 4 ҳолатда радикал жарроҳлик давоси FLOT терапиясининг биринчи курсидан кейин амалга оширилди. Бошқа ҳолатда FLOT терапиясининг иккинчи курси ўтказилди ва шундан сўнг яна 3 та ҳолатда юқоридаги усул бўйича радикал амалиёт қилиш мумкин бўлди. 8 ҳолатда паллиатив жарроҳлик минимал инвазив усул ёрдамида амалга оширилди. Интраоперацион қон кетиш ўртача ҳажми 115 ± 36 млни, жарроҳлик амалиётининг ўртача давомийлиги эса 302 ± 12 дақиқани ташкил этди

4-жадвал

Беморларнинг назорат гуруҳида асоратларни тақсимланиши

№	Асорат	Абс.	%
1	Ўтқир панкреатит	2	4,1
2	Рефлюкс эзофагит	4	8,2
3	Анастомозит	1	2,04
4	Экссудатив плеврит	2	4,1
5	Эзофагоеюноанастомоз этишмовчилиги	1	2,04
6	Қорин ичи қон кетиши	1	2,04
7	Ўтқир миокард инфаркти	1	2,04
8	ЎАТЭ	1	2,04

Ушбу гуруҳ беморларида амалиётдан кейинги даврнинг асоратланган кечиши 6 (8,9%) ҳолатда қайд этилди (4-жадвал). 3 ҳолатда иккита асоратнинг комбинацияси, 2 ҳолатда эса учта асоратнинг комбинацияси қайд этилган.

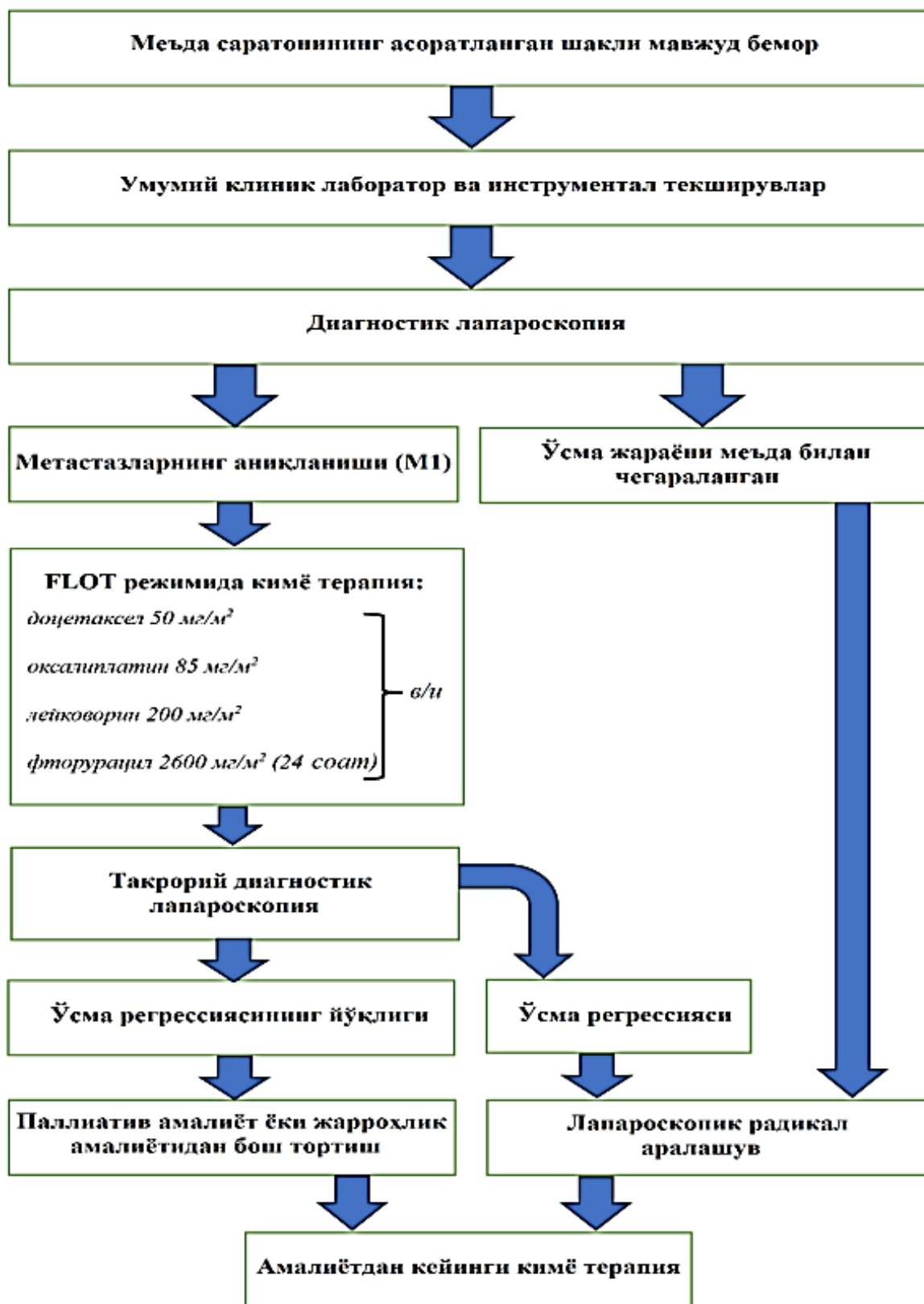
Беморнинг максимал фаоллашув вақти 2,72 суткани, минимал фаоллашув вақти эса 1,56 суткани, ўртача фаоллашув вақти $2,14 \pm 0,58$ кунни ташкил қилди

Анальгезия учун наркотик моддаларни қўллашнинг энг узоқ муддати 3,32 суткани, минимал даври 2,54 суткани, анальгетикларидан фойдаланишнинг ўртача вақти $2,93 \pm 0,39$ кунни ташкил қилди. Шу билан бирга, нонаркотик дорилар билан анальгезиянинг максимал ва минимал давомийлиги 4,17 суткани ва 3,35 суткани, ўртача вақт $3,76 \pm 0,41$ кунни ташкил этди.

Ўз навбатида, ётоқ кунларини баҳолашда максимал муддат 14 кунни, минимал эса 11 кунни ташкил этди. Бу кўрсаткич ўртача $12,5 \pm 1,5$ суткага тенг бўлди.

Меъда саратони билан оғриган беморларни даволаш натижалари таҳлилига кўра, диагностика ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилди (7-расм).

Меъда саратони билан оғриган беморларни даволаш учун тавсия этилган алгоритмга кўра, шифохонага ётқизилгандан сўнг, барча беморлар умумий клиник ва инструментал текширув усулларида ўтдилар, ҳамроҳ патология аниқланганда тегишли мутахассисларнинг маслаҳати ўтказилди.



7-расм. Меъда саратонини ташхислаш ва даволаш алгоритми

Кейинги даволаш тактикасини аниқлаш учун барча беморларга текширув босқичида диагностик лапароскопия бажарилди. Метастазлари бўлган беморлар ушбу тадқиқотга киритилмаган ва бу беморлар кейинги босқичларда кимётерапия ва нур терапияси олишган.

Ўсма жараёни меъда билан чекланган беморлар учун диагностик лапароскопиядан сўнг 2-3 ҳафта давомида тайёрловчи консерватив терапия ўтказилди ва шундан сўнг лапароскопик радикал жарроҳлик амалиёти бажарилди.

Метастазлар аниқланган беморларга 3-4 ой давомида кимётерапия курслари ўтказилди, ўсма жараёнининг динамикасини аниқлаш ва кейинги жарроҳлик давоси учун беморнинг умумий ҳолатини аниқлаш мақсадида такрорий текширув ўтказилди.

Меъда ўсмаси регрессияси кузатилган беморларга лапароскопик радикал аралашув ўтказилди. Акс холда эса, паллиатив даволаш ўтказилди ёки амалиётдан бош тортилди.

Шунингдек, амалиётдан кейинги даврда барча беморлар кимётерапия оладилар.

Диссертациясининг “**Назорат ва асосий гуруҳларнинг даволаш натижаларини қиёсий таҳлил қилиш**” деб номланувчи бешинчи бобида назорат ва асосий гуруҳ беморларини жарроҳлик давосини баҳолаш амалга оширилди.

Иккала гуруҳдаги жарроҳлик аралашув турининг ҳажми гастрэктомия ва меъдани дистал субтотал резекцияси бўлиб, микдорларда сезиларли фарқ кузатилмади ($p=0,02$). Назорат гуруҳида жарроҳлик аралашувлар анъанавий усулда, асосий гуруҳда эса видеолапароскопик усулда амалга оширилди (5-жадвал).

5-жадвал

Жарроҳлик аралашуви кўлами

Жарроҳлик аралашуви тури	Назорат, n=52	Асосий, n=49
Гастрэктомия	31 (59,6%)	29 (59,2%)
Меъдани субтотал дистал резекцияси	11 (21,2%)	12 (24,5%)
Айланма анастомозлар қўйиш	10 (19,2%)	8 (16,3%)

Асосий гуруҳда айланма анастомозларининг қўлланилиши 8 (16,3%) ҳолатда қайд этилган бўлса, таққослаш учун, назорат гуруҳида меъда ўсмаси жараёнининг норезектабеллиги туфайли айланма анастомозлар 10 (19,2%) ҳолатда қўлланилган.

Интраоперацион маълумотларнинг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, анъанавий аралашувлар амалга оширилган назорат гуруҳи давомийлиги бўйича асосий гуруҳдан, яъни лапароскопик аралашувлардан устун келди. Жарроҳлик аралашувларга сарфланган максимал вақт иккала гуруҳда ҳам бир оз фарқ қилди, аммо шуни таъкидлаш керакки, сарфланган минимал вақт бўйича назорат гуруҳи лапароскопик аралашувлардан анча устунликни кўрсатди, яъни 290 дақиқага нисбатан 158 дақиқа. Бу, асосан, жарроҳлик аралашувни амалга оширишнинг янги техникасини тадбиқ этиш билан боғлиқ бўлиб, у тажриба ортиши билан вақтни қисқаришига олиб келди. Назорат гуруҳида амалиётнинг ўртача давомийлиги $193,5 \pm 35,5$ дақиқани ташкил этган бўлса, асосий гуруҳда 302 ± 12 дақиқани ташкил этди ($p=0,02$) (6-жадвал).

6-жадвал

Тадқиқот гуруҳида жарроҳлик аралашувининг давомийлиги

Давомийлик, дақ.	Назорат, n=52	Асосий, n=49
Максимал	229	314
Минимал	158	290
Ўртача	193,5±35,5	302±12

Видеолапароскопик аралашувларнинг узокроқ давом этишига қарамай, ушбу усул амалиёт ичидаги қон йўқотиш бўйича анъанавий аралашувлардан сезиларли даражада устундир. Назорат гуруҳидаги ўртача қон йўқотилиши 194±48 мл ни ташкил этган бўлса, асосий гуруҳда бу ҳажм 155±36 дақиқани ташкил этди (p=0,01) (7-жадвал).

7-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида қон йўқотиш ҳажми

Қон йўқотиш, мл	Назорат, n=52	Асосий, n=49
Максимал	342	151
Минимал	246	79
Ўртача	294±48	115±36

Clavien-Dindo таснифи бўйича амалиётдан кейинги эрта асоратларнинг қиёсий таҳлили статистик жиҳатдан таққосланарли (p=0,02), иккала гуруҳда ҳам II, III ва V даражали асоратлар кузатилди. Назорат гуруҳида асоратлар 8 (15,4%), асосий гуруҳда эса 6 (8,9%) ҳолатда учраган (8-жадвал).

8-жадвал

Clavien-Dindo таснифига кўра асоратларнинг тақсимланиши

Даража	Асорат	Назорат, n=52	Асосий, n=49
II	Препаратлар билан медикаментоз даволаш, шунингдек қон куйиш ва тўлиқ парентерал овқатлантириш зарурати	2 (3,8%)	3 (6,1%)
III	Умумий оғриқсизлантиришсиз аралашув	3 (5,7%)	1 (2,04%)
V	Ўлим	3 (5,7%)	2 (4,1%)

9-жадвалда амалиётдан кейинги эрта даврда фаоллаштириш муддатлари келтирилган. Назорат гуруҳида максимал фаоллаштириш муддати 4,19 суткани ташкил этди, асосий гуруҳда эса бу кўрсаткич 3,72 суткани ташкил этди. Минимал фаоллаштириш муддати мос равишда 3,02 ва 2,56 суткани ташкил этди.

9-жадвал

Амалиётдан кейинги эрта даврда фаоллаштириш муддатлари

Беморни фаоллаштириш вақти	Давомийлиги, сут/соат	
	Назорат, n=52	Асосий, n=49
Максимал	3,19 (76,5)	2,72 (65,3)
Минимал	2,05 (51,25)	1,56 (37,44)
Ўртача	2,62±0,57 (62,9)	2,14±0,58 (54,4)
Медиана	3 (72)	2 (48)

Ушбу жадвалдан кўришиб турибдики, асосий гуруҳда амалиётдан кейин беморларнинг ўртача фаоллашув вақти 11 соатга камайган.

Худди шундай, амалиётдан кейинги даврда оғрикни қолдириш учун наркотиклик (10-жадвал) ва нонаркотик (11-жадвал) анальгетиклардан фойдаланиш ҳам таққосланди.

10-жадвал

Наркотик препаратлар билан анальгезияга эҳтиёж (сутка)

Анальгезия вақти	Назорат, n=52	Асосий, n=49
Максимал	4,4	3,32
Минимал	3,34	2,54
Ўртача	3,87±0,53	2,93±0,39
Медиана	3	2

11-жадвал

Нонаркотик препаратлар билан анальгезияга эҳтиёж (сутка)

Анальгезия вақти	Назорат, n=52	Асосий, n=49
Максимал	4,75	4,17
Минимал	3,47	3,35
Ўртача	4,11±0,64	3,76±0,41
Медиана	4	3

Кўрсатилган жадваллардан кўришиб турибдики, назорат гуруҳида наркотик анальгетикларидан фойдаланишнинг ўртача давомийлиги 3,87±0,53 кунни, нонаркотик анальгетикдан фойдаланиш эса 4,11±0,64 кунни, беморларнинг асосий гуруҳида бу кўрсаткичлар мос равишда 2,93±0,39 ва 3,76±0,41 кунни ташкил этган. Анальгезиянинг ишлатилиши медианаси таққосланганда, асосий гуруҳда 1 кунлик пасайиш кузатилганлигини кўриш мумкин.

Даволаш самарадорлигини баҳолашнинг асосий мезонларидан бири стационарда қолиш муддати ҳисобланади. Ўрганилган гуруҳларнинг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, асосий гуруҳда ўртача ётоқ кунлари 12,5±1,5, назорат гуруҳида 13,5±1,5 ни ташкил яилди, яъни бу 1 ётоқ кунига кўпдир (12-жадвал).

12-жадвал

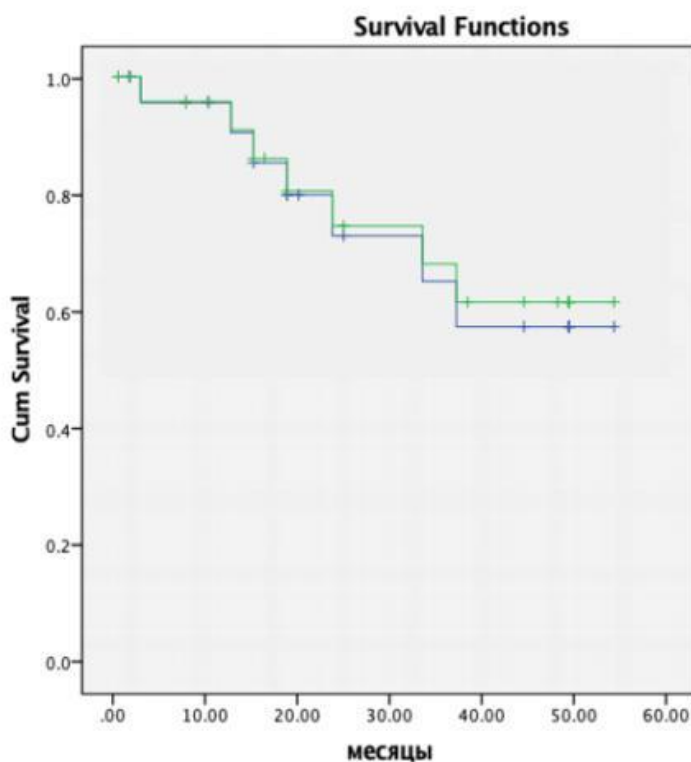
Стационарда қолиш муддати кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Назорат, n=52	Асосий, n=49
Эрта амалиётдан кейинги давр	10,5±1,5	9,5±1,5
Амалиётдан кейинги давр медианаси	10	9
Ўртача ётоқ кунлари	13,5±1,5	12,5±1,5
Госпитализация медианаси	13	12
Максимал ва минималгоспитализация муддати	15/12	14/11

Саратон беморлар учун даволаш тактикасини самарадорлигини баҳолашнинг энг оптимал шакли, умумий, 2- ва 5-йиллик яшовчанлик, шунингдек рецидивларни ҳосил бўлишини баҳолаш ҳисобланади.

Назорат гуруҳининг 49 беморида ва асосий гуруҳнинг 47 беморида узок муддатли натижаларни кузатиш мумкин бўлди ва бу, мос равишда, ўрганилган гуруҳлар умумий сонининг 94,2% ва 95,9% ини ташкил этди.

Беморларнинг назорат гуруҳининг узок муддатли натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, 2 йиллик умумий яшовчанлик даражаси 75,5%, 60 ойдан кейин умумий яшовчанлик даражаси 44,9% ни ташкил этди. Беморларнинг асосий гуруҳида 2 йиллик умумий яшовчанлик даражаси 82,9% ни ташкил этди ва 5 йиллик яшовчанлик даражаси 57,4% га етди ($p=0,05$) (8-расм).

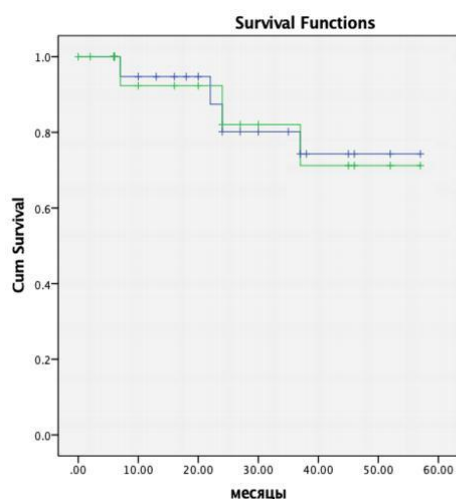


8-расм. 2- ва 5-йиллик яшовчанлик динамикаси

Биз, шунингдек, радикал амалиёт бажарилган ҳар икки гуруҳ беморларида умумий 2- ва 5-йиллик яшовчанликни ўргандик. Назорат гуруҳида 42 (80,7%) ҳолатда радикал амалиёт ўтказилди, шундан 38 ҳолатда яшовчанлик динамикасини кузатиш мумкин бўлди. Умумий 2 йиллик яшовчанлик даражаси 71,1% (27 бемор) ва умумий 5 йиллик яшовчанлик даражаси 42,1% (16 бемор) ни ташкил этди.

Асосий гуруҳда 41 (83,6%) бемор радикал жарроҳлик амалиётини ўтказилди ва 39 ҳолатда узок муддатли натижаларни аниқлаш мумкин бўлди. Умумий 2 йиллик яшовчанлик даражаси 76,9% (30 бемор) ва 5 йиллик умумий яшовчанлик даражаси 56,4% (22 бемор) ни ташкил этди.

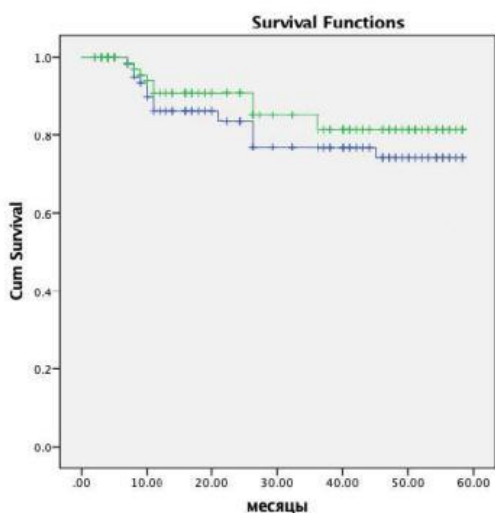
Радикал жарроҳлик аралашуви бажарилган беморларда умумий яшовчанлик динамикаси 9-расмда келтирилган.



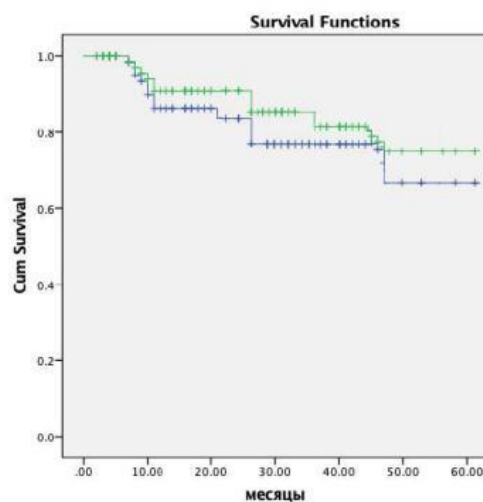
9-расм. Радикал аралашув бажарилган беморларда 2- ва 5-йиллик яшовчанлик динамикаси

Тадқиқот гуруҳларида умумий яшовчанлик таҳлилидан кўриниб турибдики, беморларнинг асосий гуруҳида 2 йиллик умумий яшовчанлик назорат гуруҳига қараганда 5,8% юқори, ўз навбатида, асосий гуруҳдаги 5 йиллик умумий яшовчанлик назорат гуруҳига қараганда 14,3% юқори ($p=0.015$).

Шунингдек, беморларнинг умумий сонига ҳисоблаб ва радикал амалиёт бажарилгандан кейин, рецидивсиз ва ҳодисасиз яшовчанликни ҳам баҳолаш ўтказилди (10-расм).



А

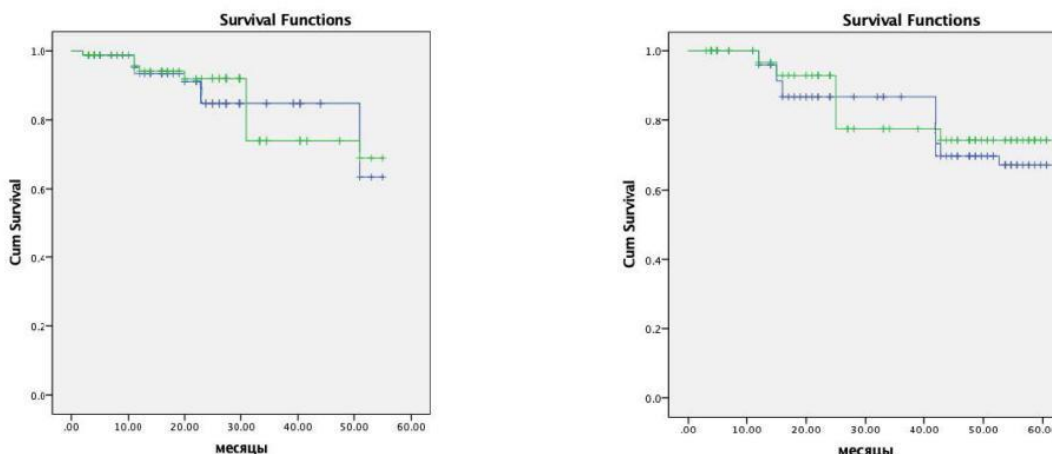


Б

10-расм. Рецидивсиз яшовчанлик динамикаси: а – беморларнинг умумий сони, б –радикал амалиётдан сўнг

Тадқим этилган 5.3-расмда кўриниб турибдики, асосий гуруҳда 24 ойгача рецидивсиз яшовчанлик беморларнинг умумий сонидан 37 (75,5%) беморни, назорат гуруҳида - 38 (73,1%) беморни, 5-йиллик рецидивсиз яшовчанлик эса асосий гуруҳда 17 (34,7%) беморни, назорат гуруҳида 19 (36,5%) беморни ташкил қилди. 24 ойгача рецидивсиз яшовчанлик радикал операциядан кейинги беморларда асосий гуруҳда 32 (65,3%) ни, назорат

гуруҳида 30 (57,7%) ни ташкил қилди ва 60 ой давомида эса - асосий гуруҳда 14 (28,6%) ни, назорат гуруҳида 15 (28,8%) беморни ташкил қилди.



А

Б

11-расм. Ҳодисасиз яшовчанликнинг динамикаси: а – беморларнинг умумий сони, б –радикал амалиётдан сўнг

11-расмдан кўришиб турибдики, 24 ойгача ҳодисасиз яшовчанлик беморларнинг умумий сонидан асосий гуруҳда 29 (59,2%) беморни, назорат гуруҳида эса 28 (53,8%) беморни, 5-йиллик ҳодисасиз яшовчанлик асосий гуруҳда 12 (24,5%) беморни, назорат гуруҳида 13 (25%) беморни ташкил қилди. Радикал амалиётдан кейин беморларда 24 ойгача ҳодисасиз яшовчанлик 25 (51,02%) беморда ва назорат гуруҳида 24 (46,2%) беморда, 5 йиллик ҳодисасиз яшовчанлик асосий гуруҳда 11 (22,4%) беморда ва назорат гуруҳида 11 (21,2%) беморда кузатилди.

ХУЛОСАЛАР

“Видеолапароскопияни қўллаш билан меъда саратонини даво тактикасини такомиллаштириш” мавзусидаги тиббиёт фанлари фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Меъда саратонида видеолапароскопик аралашувлар, анъанавий аралашувлар билан таққосланганда, видеолапароскопик аралашувнинг давомлироқ эканлигига қарамай, амалиёт ичи қон йўқотиш кўламнинг пасайишига (294 ± 48 млдан 115 ± 36 млгача) ($p < 0,01$) олиб келади (анъанавий аралашув $193,5 \pm 35,5$ дақиқа, видеолапароскопик 302 ± 12 дақиқа) ($p < 0,02$).

2. Эзофагоеюнал анастомозни қўйишнинг ишлаб чиқилган усули лапароскопик гастрэктомия пайтида эзофагоеюнал анастомоз етишмовчилигининг камайишига олиб келади (эзофагоеюнал анастомоз етишмовчилиги 2,04% ҳолатда, экссудатив плеврит эса 4,1% ҳолатда қайд этилган) ($p < 0,01$).

3. Видеолапароскопик аралашувни бажариш фаоллаштириш вақтини камайтиради ($2,62 \pm 0,57$ дан $2,14 \pm 0,58$ суткагача) ($p < 0,01$), анальгезияга талабни камайтиради (наркотикларга $3,87 \pm 0,53$ дан $2,93 \pm 0,39$ суткагача,

нонаркотикларга $4,11 \pm 0,64$ дан $3,76 \pm 0,41$ суткагача) ($p < 0,02$), суюқлик истеъмолини ($3,53 \pm 0,65$ дан $2,92 \pm 0,47$ суткагача) ($p < 0,05$) ва овқат истеъмолини эрта бошлашга олиб келади ($4,88 \pm 0,78$ дан $4,45 \pm 0,61$ суткагача), шунингбек, амалиётдан кейинги асоратларни ($15,4\%$ дан $8,9\%$ гача), ва ўлимни ($5,7\%$ дан $4,1\%$ га) ($p < 0,02$) камайтириш имконини беради.

4. Диагностик лапароскопияни бажариш радикал жарроҳлик аралашувларини амалга оширишга кўрсатмаларни кенгайтиришга олиб келади. Диагностик лапароскопия ёрдамида ПЭТда лимфа тугунларида РФП тўпланиши аниқланган ҳолатларнинг $16,2$ фоизида, карциноматозга шубҳа қилинган ҳолатларнинг $14,3$ фоизида ўсманинг меъдада чекланганлиги аниқланди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019Tib.77.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ
МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ**

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

ХУСНУДДИНОВ НИЗОМУДДИН ЗУХРУДДИН УГЛИ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАКЕ
ЖЕЛУДКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ**

14.00.14 – Онкология

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

ТАШКЕНТ – 2024

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за №B2022.2.PhD/Tib2795.

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

Автореферат диссертации на трех языках (узбекском, русском, английском (резюме)) размещён на веб-странице Научного совета (www.cancercenter.uz) и Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziyo.net).

Научный руководитель:

Адилходжаев Аскар Анварович
доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты:

Гафур-Ахунов Мирза-Али Алиёрович
доктор медицинских наук, профессор

Лигай Руслан Ефимович
доктор медицинских наук

Ведущая организация:

**Московский клинический научный центр
имени А.С. Логинова (Россия)**

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2024 г. в _____ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019Tib.77.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии по присуждению ученых степеней (Адрес: 100174, г. Ташкент, ул. Фароби, 383. Тел/факс: (+99871) 246-05-13; e-mail: info@cancercenter.uz).

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/факс: (+99871) 246-05-13.

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

М.Н.Тилляшайхов
председатель научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

Ш.Н. Ибрагимов
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. Рак желудка (РЖ) остается одним из самых частых онкологических заболеваний в мире с высокой летальностью. Стандартизованная по возрасту заболеваемость раком желудка в мире ежегодно снижается на 4–5%. В целом, «...5-летняя выживаемость от рака желудка в мире колеблется в пределах 10-20%»¹. Говоря о лечении, хирургический метод является основным способом лечения при практически всех разновидностях злокачественных новообразований желудка. Лапароскопическая гастрэктомия на сегодня признана альтернативой традиционному открытому хирургическому вмешательству у пациентов с аденокарциномой желудка в ранних стадиях заболевания. Отличные непосредственные и ближайшие клинические результаты при минимальной травматичности переводят эту операцию в разряд приоритетных процедур. И хотя существующие рекомендации отличаются для разных стран, а имеющийся опыт малоинвазивной хирургии во многом определяется технической оснащенностью, тенденция малоинвазивного лечения пациентов с раком желудка постепенно вытесняет традиционный хирургический подход.

В мировой практике проводятся несколько многоцентровых проспективных рандомизированных исследований в странах с высоким уровнем заболеваемости раком желудка для оценки эффективности и безопасности хирургических методик, в том числе и малоинвазивных, а также для оценки непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения. На сегодняшний день не существует объективных доказательных данных безопасности онкологической целесообразности выполнения лапароскопической гастрэктомии у больных с местно-распространенными формами РЖ. Начаты некоторые крупные проспективные рандомизированные исследования по этой проблеме, в связи с этим, усовершенствование существующих и поиск новых подходов в комбинированном лечении с использованием видеолапароскопических технологий при раке желудка является актуальной проблемой.

В нашей стране реализуются меры, направленные на развитие медицинской сферы, адаптацию медицинской системы к требованиям мировых стандартов, так с проведением широкомасштабных мер по развитию и повышению качества медицинских услуг, оказываемых населению страны, по проведению целенаправленной научно-обоснованной лечебно-профилактических мероприятий при различных патологических состояниях. В связи с этим, поставлены задачи по «...по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг...»². Исходя из этих задач, целесообразно проведение научно-исследовательских работ, направленных на изучение клинико-морфологических аспектов и на

¹ WHO. 2023 год.

² Указ Президента Республики Узбекистан № УП-60 от 28 января 2022 года «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022 – 2026 годы».

усовершенствование лечебно-профилактических мероприятий больных с раком желудка.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, поставленных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-60 от 28 января 2022 года «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022 – 2026 годы», № УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», Постановлениях Президента Республики Узбекистан № ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также других нормативно-правовых документах, связанных с этой деятельностью.

Соответствие темы диссертации приоритетным направлениям научно-исследовательских работ в республике. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. В клинической онкологии рак желудка все еще остается актуальной проблемой. Россия продолжает удерживать лидирующее положение в мире по смертности от рака желудка, а по уровню заболеваемости данной нозологией входит в первую десятку стран (Бондарь Г.В. и соавт., 2006; Хвастунов Р.А. и соавт., 2007). Ввиду отсутствия отечественных скрининговых программ поздняя выявляемость рака желудка остается актуальной. В 60-65% случаях опухоль диагностируют на III–IV стадии заболевания, до 47-55% больных умирают в течение 1 года от тяжелых осложнений (Скоропад, В.Ю. и соавт., 2009). Проблема лечения рака желудка, несмотря на общую тенденцию кажущегося снижения заболеваемости, остается одной из наиболее сложных и актуальных. Хирургическое лечение, позволяя добиться благоприятных результатов, в настоящее время является мировым стандартом при раннем раке желудка (Kim H.H. et al. 2020; Kitano S. et al. 2017). Однако при распространении опухолевого процесса за пределы желудка результаты хирургического лечения достоверно ухудшаются, что в свою очередь ставит перед хирургами и онкологами задачу выбора оптимальной тактики лечения этих пациентов (Карачун А.В. и соавт., 2014). Современные отечественные и зарубежные клинические рекомендации не предлагают единого стандартизованного подхода (Бесова Н.С. и соавт., (RUSSCO), 2018; JGCA guidelines, 2017; Smyth E.C. et al., 2016; NCCN guidelines, 2017; KGCA guidelines, 2018).

Хирургическое лечение остается единственным методом, позволяющим достоверно улучшить качество жизни этих больных (Щепотин И.Б. и соавт., 2020). Более агрессивная хирургическая тактика в настоящее время набирает все больше сторонников, которые пропагандируют максимально полное удаление опухоли, выполнение расширенных и комбинированных вмешательств, а также одномоментные мультиорганные резекции (Афанасьев С.Г. и соавт., 2011; Карачун А.М. и соавт., 2011; Стилиди И.С. и соавт., 2019).

Однако такой подход разделяют далеко не все специалисты (Kobayashi A. et al., 2014; Carboni F. et al., 2015).

Говоря о хирургическом лечении, за последнее десятилетие лапароскопические вмешательства, обладая рядом важных преимуществ по сравнению с открытым лапаротомным доступом, начали широко внедряться в хирургическую практику. Наиболее весомые преимущества данных вмешательств является: прецизионность, малая травматичность, уменьшение кровопотери и количества гнойно-септических осложнений, ранние сроки активизации больного и начала самостоятельного питания, снижение количества спаечной болезни и сокращение потребности в обезболивающих препаратах, а также минимальные сроки послеоперационной реабилитации (Черноусов А.Ф. и соавт., 2017; Байдо С.В. и соавт., 2012; Виноградов Ю.А., и соавт, 2005). Анализ специализированной литературы показывает, что эндовидеохирургические операции не ухудшают непосредственные результаты лечения, а уменьшение травматичности и сроков реабилитации больных дают возможность ускорить начало адъювантной химиотерапии (Черноусов А.Ф. и соавт., 2017; Байдо С.В. и соавт., 2012). Применение лапароскопических технологий в хирургическом лечении раннего рака желудка оправдано многоцентровыми рандомизированными исследованиями (Kim H.H. et al. 2010; Kitano S. et al. 2007), однако вопрос их использования при более поздних стадиях в настоящее время находится на стадии изучения (Qi X. et al. 2020). Промежуточные результаты в специальной литературе описаны, при оценке 54 мета-анализов, авторы сообщают о безопасности и правомочности лапароскопических операций при местном распространении (Qi X. et al. 2016). Многие работы, опубликованные в мировой литературе, отражают возможности и преимущества малоинвазивных операций при раке желудка.

Однако работ, посвященных оценке лапароскопических операций при осложненном раке желудка, или в определении стадирования и выбора адекватного хирургического лечения весьма противоречивы, а так же в научной литературы Узбекистана не описаны, в связи с чем анализ результатов применения данной методики в настоящее время является актуальной проблемой современной абдоминальной онкохирургии.

Связь работы с государственными программами или планами научно-исследовательских работ. Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно – исследовательских работ Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии.

Цель исследования явилось улучшение результатов лечения больных раком желудка путем применения видеолапароскопических вмешательств.

Задачи исследования:

Выявить технические особенности выполнения лапароскопических операций у больных раком желудка в зависимости от локализации и распространенности опухоли на соседние анатомические структуры, а также

уточнить показания к расширению объема внутрибрюшной лимфодиссекции у больных раком желудка;

Усовершенствовать методику наложения лапароскопического эзофагоэюно анастомоза на реконструктивном этапе при лапароскопической гастрэктомии;

В сравнительном аспекте провести анализ ближайших результатов хирургического лечения рака желудка с использованием традиционных и лапароскопических хирургических вмешательств;

Разработать клинические рекомендации по оптимизации хирургического лечения больных раком желудка с использованием видеолапароскопии.

Объектом исследования явились 101 больных раком желудка, поступившие в отделение эндовизуальной хирургии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии в 2019-2024 года.

Предметом исследования явились результаты и заключения лабораторных и инструментальных исследований больных с местно-распространенным раком желудка.

Методы исследования. Для достижения цели и поставленных задач использованы лабораторные анализы (Билирубин, АЛТ, АСТ, Общий белок, ЩФ); УЗИ; МСКТ; показатели опухолевых маркеров (СА 19,9; РЭА; АФП); биопсия опухоли; лапароскопия.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

Доказана адекватность выполнения D2 лимфодиссекции при лапароскопической гастрэктомии, за счет адекватной мобилизации 4 sa, 4d, 8, 12 групп лимфоузлов, обусловленной многократной увеличительной способностью оптики и точности манипуляции в труднодоступной зоне.

Доказано выполнение диагностической лапароскопии в определении тактики лечения рака желудка при тотальном и субтотальном раковом поражении желудка, за счет точности выявления микрометастазов брюшины и прецизионного забора патоморфологического материала;

Разработан способ наложения лапароскопического эзофагоэюно анастомоза на реконструктивном этапе при лапароскопической гастрэктомии (Патент на изобретение IAP 07363 (15.12.2022));

Доказано что лапароскопическая гастрэктомия требует большего времени в сравнении с открытыми вмешательствами, за счет прецизионной работы в ограниченном пространстве и хорошо кровоснабжаемой зоне, а также способствует уменьшению койко-дней и улучшению качества жизни пациентов, за счет быстрого регресса болевой симптоматики, восстановления перистальтики и психологического состояния пациентов после операции.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

при подозрении на канцероматоз, на основании результатов МСКТ и ПЭТ, необходимо проведение диагностической лапароскопии, что дает возможность наиболее точной оценки генерализации опухолевого процесса желудка для выбора тактики лечения;

выполнение лапароскопической гастрэктомии с наложением эзофаго-еюноанастомоза предложенным способом способствует снижению интраоперационной кровопотери, средний объем 115 ± 36 мл (максимальная кровопотеря 151 мл, минимальная 79 мл), а также уменьшению длительности оперативного вмешательства, среднее время 302 ± 12 мин (максимальное 314 мин, минимальное 290 мин);

использование предложенной тактики лечения больных раком желудка, способствует снижению послеоперационных осложнений до 12,2%, а летальность до 4,1%;

использование предложенного алгоритма диагностики и лечения рака желудка позволило установить тактику целенаправленных лечебных мероприятий, а также улучшить качество жизни больных;

Достоверность результатов исследования подтверждена соответствием примененных в работе современных методов и подходов, соответствием полученных результатов с теоретическими данными, методической обоснованностью проведенных исследований, достаточным количеством больных, применением в исследованиях современных и статистических методов, сопоставлением полученных результатов с зарубежными и отечественными исследованиями.

Научная и практическая значимость результатов исследований.

Научная значимость результатов исследования определяется тем, что усовершенствованный диагностический алгоритм ведения больных с раком желудка с применением видеолапароскопических технологий позволяет значительно ускорить диагностический поиск, сэкономить время и улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения;

Практическая значимость результатов исследований объясняется тем, что разработанные способы профилактики несостоятельности эзофаго-еюноанастомоза, позволят улучшить результаты хирургического лечения рака желудка.

Внедрение результатов исследования. На основании полученных научных результатов по мультидисциплинарному подходу лечения рака желудка с использованием видеолапароскопии:

первая научная новизна: доказанность, что адекватность выполнения D2 лимфодиссекции при лапароскопической гастрэктомии, за счет адекватной мобилизации 4 sa, 4d, 8, 12 групп лимфоузлов, обусловленной многократной увеличительной способностью оптики и точности манипуляции в труднодоступной зоне, внедрено с приказом №25 от 8 мая 2024 года Хорезмского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии и №35 от 1 мая 2024 года Кашкадарьинского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (заключение Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения №4 от 22 июля 2024 г.). *Социальная эффективность заключается в следующем:* за счет адекватной мобилизации 4 sa, 4d, 8, 12 групп лимфоузлов, обусловленной многократной увеличительной

способностью оптики и точности манипуляции в труднодоступной зоне, в связи с адекватностью выполнения D2 лимфодиссекции, при лапароскопической гастрэктомии повышено радикализм лечения, улучшены показатели выживаемости пациентов и качество их жизни. *Экономическая эффективность заключается в следующем:* впервые за счет адекватной мобилизации 4 са, 4d, 8, 12 групп лимфоузлов, обусловленной многократной увеличительной способностью оптики и точности манипуляции в труднодоступной зоне, в связи с адекватностью выполнения D2 лимфодиссекции, при лапароскопической гастрэктомии повышено радикализм лечения, улучшены показатели выживаемости пациентов, качество их жизни и была достигнута экономия средств государственного бюджета на 12,2%. *Вывод:* впервые за счет адекватной мобилизации 4 са, 4d, 8, 12 групп лимфоузлов, обусловленной многократной увеличительной способностью оптики и точности манипуляции в труднодоступной зоне, в связи с адекватностью выполнения D2 лимфодиссекции, при лапароскопической гастрэктомии повышено радикализм лечения, улучшены показатели выживаемости пациентов, качество их жизни и сэкономить 12,2% бюджетных средств на 1 больного за курс, за счет сокращения времени пребывания в стационаре на 2-3 дня;

вторая научная новизна: доказанность, что выполнение диагностической лапароскопии в определении тактики лечения рака желудка при тотальном и субтотальном раковом поражении желудка, за счет точности выявления микрометастазов брюшины и прецизионного забора патоморфологического материала, внедрено с приказом №25 от 8 мая 2024 года Хорезмского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии и №35 от 1 мая 2024 года Кашкадарьинского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (заключение Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения №4 от 22 июля 2024 г.). *Социальная эффективность заключается в следующем:* за счет точности выявления микрометастазов брюшины и прецизионного забора патоморфологического материала при выполнении диагностической лапароскопии в определении тактики лечения рака желудка при тотальном и субтотальном раковом поражении желудка, привело к предотвращению эксплоративных лапаротомий у пациентов, адекватной оценке объема хирургического вмешательства и улучшению качества жизни пациентов. *Экономическая эффективность заключается в следующем:* за счет точности выявления микрометастазов брюшины и прецизионного забора патоморфологического материала при выполнении диагностической лапароскопии в определении тактики лечения рака желудка при тотальном и субтотальном раковом поражении желудка, привело к предотвращению эксплоративных лапаротомий у пациентов, адекватной оценке объема хирургического вмешательства и улучшению качества жизни пациентов, достигается экономия расходов из государственного бюджета на 10%. *Вывод:* за счет точности выявления микрометастазов брюшины и

прецизионного забора патоморфологического материала при выполнении диагностической лапароскопии в определении тактики лечения рака желудка при тотальном и субтотальном раковом поражении желудка, привело к предотвращению эксплоративных лапаротомий у пациентов, адекватной оценке объема хирургического вмешательства и улучшению качества жизни пациентов, и сэкономить 10% бюджетных средств на 1 больного за курс, за счет сокращения времени пребывания в стационаре на 1-2 дня;

третья научная новизна: разработанный способ наложения лапароскопического эзофагоюно анастомоза на реконструктивном этапе при лапароскопической гастрэктомии (Патент на изобретение IAP 07363 (15.12.2022)), внедрено с приказом №25 от 8 мая 2024 года Хорезмского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии и №35 от 1 мая 2024 года Кашкадарьинского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (заключение Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения №4 от 22 июля 2024 г.). *Социальная эффективность заключается в следующем:* впервые в практики онкологии, разработанный способ наложения лапароскопического эзофагоюно анастомоза на реконструктивном этапе при лапароскопической гастрэктомии, за счет снижения случаев несостоятельности анастомоза, количества послеоперационных осложнений, улучшено качества жизни пациентов и за счет ранней активации, привело к сокращению количества койко-дней. *Экономическая эффективность заключается в следующем:* впервые в практики онкологии, разработанный способ наложения лапароскопического эзофагоюно анастомоза на реконструктивном этапе при лапароскопической гастрэктомии, за счет снижения случаев несостоятельности анастомоза, количества послеоперационных осложнений, улучшено качества жизни пациентов и за счет раннюю активацию, привело к сокращению количество койко-дней и достигнута экономия средств государственного бюджета в 1,9 раза. *Вывод:* впервые в практики онкологии, разработанный способ наложения лапароскопического эзофагоюно анастомоза на реконструктивном этапе при лапароскопической гастрэктомии, за счет снижения случаев несостоятельности анастомоза, количества послеоперационных осложнений, улучшено качество жизни пациентов и достигнута экономия средств государственного бюджета в 1,9 раза на 1 больного за курс и за счет ранней активации привело к сокращению времени пребывания в стационаре на 2-3 дня;

четвертая научная новизна: доказанность, что лапароскопическая гастрэктомия требует большего времени в сравнении с открытыми вмешательствами, за счет прецизионной работы в ограниченном пространстве и хорошо кровоснабжаемой зоне, а также способствует уменьшению койко-дней и улучшению качества жизни пациентов, за счет быстрого регресса болевой симптоматики, восстановления перистальтики и психологического состояния пациентов после операции, внедрено с приказом №25 от 8 мая 2024

года Хорезмского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии и №35 от 1 мая 2024 года Кашкадарьинского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (заключение Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения №4 от 22 июля 2024 г.). *Социальная эффективность заключается в следующем:* за счет информированности, что лапароскопическая гастрэктомия требует большего времени в сравнении с открытыми вмешательствами, за счет прецизионной работы в ограниченном пространстве и хорошо кровоснабжаемой зоне, за счет быстрого регресса болевой симптоматики, восстановления перистальтики и психологического состояния пациентов после операции привело к улучшению качества жизни пациентов, а также способствовало уменьшению койко-дней. *Экономическая эффективность заключается в следующем:* впервые за счет информированности, что лапароскопическая гастрэктомия требует большего времени в сравнении с открытыми вмешательствами, за счет прецизионной работы в ограниченном пространстве и хорошо кровоснабжаемой зоне, за счет быстрого регресса болевой симптоматики, восстановления перистальтики и психологического состояния пациентов после операции привело к улучшению качества жизни пациентов а также способствовало уменьшению койко-дней и достигнута экономия средств государственного бюджета в 9,5%. *Вывод:* впервые за счет информированности, что лапароскопическая гастрэктомия требует большего времени в сравнении с открытыми вмешательствами, за счет прецизионной работы в ограниченном пространстве и хорошо кровоснабжаемой зоне, за счет быстрого регресса болевой симптоматики, восстановления перистальтики и психологического состояния пациентов после операции привело к улучшению качества жизни пациентов а также способствовало уменьшению койко-дней и достигнута экономия средств государственного бюджета в 9,5% и сокращение времени пребывания в стационаре на 1-2 дня.

Представлен в Министерство здравоохранения письмо Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии №02-03/387 от 28 июля 2024 года по внедрению в другие учреждения здравоохранения вышеизложенных 4 научных инноваций, полученных в диссертационном исследовании Н.З.Хуснуддинова «**Совершенствование лечебной тактики при раке желудка с использованием видеолапароскопии**».

Апробация научных результатов. Результаты данного исследования были обсуждены на 3 научно-практических конференциях, в том числе на 1-ом международном и 2-х республиканских.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертационной работы опубликовано 15 научных работ, в том числе 5 журнальных статей, 2 из которых в республиканских, 3 в зарубежном журнале, рекомендованных высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертации.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы и приложений. Объем диссертации составляет 119 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задача исследования, характеризуется объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологии республики, излагается научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Состояние проблемы рака желудка (обзор литературы)»** представлен обзор литературы по современному состоянию проблемы распространенности, тактики хирургического лечения больных раком желудка, а также методов наложения эзофагоэноанастомоза на основе местной и зарубежной литературы. Результаты хирургического лечения рака желудка, представлены при анализе научных и практических данных.

Во второй главе диссертации **«Общая характеристика клинического материала и методики исследования»** подробно излагаются материалы и методы исследования, использованные в диссертации. Проанализирован опыт лечения 101 больных с РЖ, находившихся на стационарном лечении в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии с 2017 по 2022 годы. Из них 52 (51,5%) пациента, группа контроля, находились в клинике в 2017-2019 годах, и 49 (48,5%) больных, основная группа, получили лечение с 2020 по 2024 года (этап применения видеолaparоскопического метода лечения рака желудка).

Возрастная характеристика больных была проведена согласно классификаций ВОЗ от 2016 года. Возраст пациентов варьировал от 29 до 78 лет (в среднем, 53,5 лет). Мужчин было – 65 (60,2%), а женщин – 43 (39,8%), в соотношении 1,5:1 (таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту, n=101

Возраст	Контрольная группа (n=52)		Основная группа (n=49)	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
18-44	2 (3,8%)	3 (5,8%)	2 (4,1%)	2 (4,1%)
45-59	11 (21,2%)	8 (15,3%)	12 (24,5%)	7 (14,3%)
60-74	13 (25%)	7 (13,5%)	13 (26,5%)	6 (12,2%)
75-89	5 (9,6%)	3 (5,8%)	4 (8,2%)	3 (6,1%)
Итого:	31 (59,6%)	21 (40,4%)	31 (63,3%)	18 (36,7%)

Из таблицы следует, что количество больных с РЖ начинает расти со средней возрастной группы (с 45-59 лет). Пик заболеваемости приходится на 60-74 лет, что составляет 38,6% от всех больных.

При изучении данных анамнеза было установлено, что латентный клинический вариант течения РЖ имел место у 35 больных, болевой – у 24, безболевой – у 62. При этом 32 (31,6%) больных были госпитализированы в тяжелом состоянии, а 69 (68,4%) пациентов в состоянии средней тяжести.

У 86 пациентов первым и основным симптомом развития РЖ явились боли, локализация, характер и интенсивность которых были различными. При этом у 67 больных определялось: пальпируемое образование в верхних отделах живота выявлено у 8, дисфагия II-IV степени – у 27, признаки декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка – у 9, рецидивирующий характер стула в виде мелены – у 23. У остальных 41 пациентов предъявляемые ими жалобы укладывались в «синдром малых признаков РЖ»: немотивированная общая слабость, быстрая утомляемость, стойкое снижение аппетита вплоть до отвращения к пище, явления «желудочного дискомфорта», беспричинное похудение, апатия. Длительность развития перечисленных клинических проявлений РЖ варьировала от нескольких недель до девяти месяцев.

У большинства больных 62 (61,4%) двух групп наблюдения отмечена манифестация клинической картины длительно беспокоящее чувство желудочного дискомфорта. Жалобы больных на общую слабость, болевой синдром, снижение массы тела, дисфагия отмечены в двух группах наблюдения в равной степени. Меньшая часть пациентов в обеих группах отмечала пальпируемое образование в верхних отделах живота. Абсолютное большинство больных отмечало снижение трудоспособности.

Тяжесть общего состояния было обусловлено сопутствующей патологией, диагностированной у 35 (34,6%) больных, при этом у 14 (28,5%) больных выявлено одновременно две и более сопутствующих патологий.

Распределение пациентов контрольной и основной групп по локализации рака в желудке, согласно данным, представленным в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от локализации опухоли, n=101

Отделы желудка	Контрольная группа, n=52	Основная группа, n=49
Тело и антральный отдел желудка	17 (32,7%)	15 (30,6%)
Тело желудка	25 (48,1%)	24 (48,9%)
Кардиальный отдел и тело желудка	7 (13,5%)	7 (14,3%)
Абдоминальный отдел пищевода и кардия желудка	1 (1,9%)	2 (4,1%)
Культя желудка	2 (3,8%)	1 (2,04%)
Итого	52 (51,5%)	49 (48,5%)

С целью включения больных РЖ в исследование, оценки эффективности предполагаемого лечения, его безопасности и объективного контроля

использовались как стандартные, так и специальные методы лабораторного и инструментального обследования.

Все пациенты обследованы в объеме клинического минимума (клинический анализ крови, коагулограмма, биохимический анализ крови, копрограмма, общий анализ мочи). В биохимическом анализе крови оценивали протеинограмму, уровень глюкозы, общего билирубина, печеночных ферментов (АЛат, АСаТ), амилазы, электролитный баланс. Анализ состояния свертывающей системы крови производился на основании изучения времени свертывания крови, активированного парциального тромбопластинового времени, времени рекальцификации плазмы, активности протромбина, уровня фибриногена в плазме (по общепринятым методикам). Больным с повышенными цифрами глюкозы сыворотки крови проводилось исследование суточного колебания гликемии (сахарная «кривая»). Абсолютно всем пациентам определяли уровень онкомаркеров РЕА, СА-19,9, Са 72-4.

Всем больным с подозрением на опухолевое поражение желудка выполняли стандартное обследование, включающее в себя рентгеноскопию желудка, рентгенографию органов грудной полости, фиброгастродуоденоскопию с биопсией и ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ). «Стандартное» обследование было дополнено применением метода эндоскопической ультрасонографии (ЭндоУЗИ). Методы мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) применялись для определения точной локализации и размеров новообразования.

Диагностическая лапароскопия (ДЛ) являлся дополнением к диагностическому поиску в спорных ситуациях.

ДЛ проводили на лапароскопической стойке фирмы Karl Storz (Германия) с набором инструментария для диагностических манипуляций. Видеолапароскопия выполнялась под общей анестезией в положении Фовлера. После предварительного наложения карбоксиперитонеума с помощью иглы Veress, в верхней точке Калька, вводился десятимиллиметровый троакар с 30 градусной торцевой оптикой (фирмы Karl Storz) и осуществлялся осмотр брюшной полости.

После проведенных хирургических вмешательств, как в контрольной, так и в основной группе пациентов отмечались хирургические осложнения, оценку которых проводили согласно классификации хирургических осложнений Clavien-Dindo (1992 г.).

В третьей главе диссертации **«Результаты традиционного лечения рака желудка»** освещены результаты хирургического лечения пациентов контрольной группы. Проанализированы протоколы операций и истории болезней 52 больных раком желудка, которым были произведены традиционные вмешательства, сопровождавшиеся выполнением различных объемов внутрибрюшной лимфодиссекции.

Анализ результатов проведенного МСКТ показал форму роста опухоли, размер, а также в 34 (65,4%) случаях было определено увеличение лимфотических узлов, а в остальных 18 (34,6%) случаях отсутствовало

увеличение лимфоузлов. Наиболее часто встречался экзофитный рост опухоли желудка в 43 (82,7%) случаях, а реже всего смешанный рост в 3 (5,8%) случаях.

Наибольшее число пациентов было с размерами опухоли от 2 до 5 см, в 36 (69,2%) случаях, а реже всего наблюдался опухолевой процесс с размерами до 2 см, в 5 (9,6%) случаях, данными чего свидетельствовали результаты проведенного МСКТ.

Согласно данным МСКТ, в 37 (71,1%) случаях определялись метастазы, а в остальных 15 (28,9%) случаях опухолевой процесс ограничивался желудком.

Вмешательства с лимфодиссекцией в объеме D2 были выполнены 37 (71,1%) пациентам, из которых 29 (55,7%) больным произведена гастрэктомия, 8 (15,4%) – субтотальная дистальная резекция. Операции с внутрибрюшной лимфодиссекцией D1+ выполнены 5 (9,6%) больным, при этом в 3 (5,7%) случаях произведена гастрэктомия, в 2 (3,8%) – дистальная субтотальная резекция желудка.

Соответственно, гастрэктомия была выполнена в 32 (61,6%) случаях, а дистальная субтотальная резекция желудка в 10 (19,2%) случаях. В 10 (19,2%) случаях из-за нерезектабельности опухоли формировали обходные анастомозы.

После гастрэктомий эзофагоэнтероанастомоз в 27 (51,9%) случаях формировали по Гиляровичу, и только в 5 (9,6%) случаях эзофагоэнтероанастомоз был сформирован на изолированной по Ру петле тонкой кишки.

Надо отметить, что интраоперационная картина показала, что в группе больных, у которых согласно МСКТ, определялись метастазы, из 37 случаев в 14 (26,9%) случаях метастазы не были определены. И наоборот, в группе пациентов, у которых согласно данным МСКТ опухолевой процесс был ограничен желудком, из 15 случаев, интраоперационно в 8 (15,4%) случаях были выявлены метастазы.

Также, наблюдались случаи расхождения интраоперационных данных и данных МСКТ в зависимости от формы роста. В 3 (5,8%) случаях из 19, в группе больных, у которых был подтвержден эндофитный рост по данным МСКТ, интраоперационно был выявлен также экзофитный рост, т.е. эти случаи относились к смешанному росту опухолевого процесса.

Послеоперационные осложнения составили 8 (15,4%) случаев и были распределены следующим образом, одно осложнение наблюдалось у 2 (3,8%) пациентов, в 4 (7,7%) случаях были сочетание 2-х осложнений, и в 3 (5,7%) случаях отмечалось сочетание 3-х и более осложнений, среди которых наблюдались осложнения и хирургического и не хирургического характера. Летальные исходы отмечены в 4 (7,7%) случаях (таблица 3).

Максимальный объем кровопотери отмечался при выполнении гастрэктомии с лимфодиссекцией D2 в объеме 342 мл. Минимальный объем кровопотери отмечался при субтотальной дистальной резекции желудка в объеме 246 мл. Максимальная длительность оперативного вмешательства составила 229 минут, а минимальное 158 минут.

Таблица 3

Распределение осложнений в контрольной группе пациентов

№	Осложнение	Абс.	%
1	Острый панкреатит	2	3,8
2	Рефлюкс эзофагит	5	9,6
3	Анастомозит	1	1,9
4	Экссудативный плеврит	2	3,8
5	Вторичное заживление послеоперационной раны	1	1,9
6	Несостоятельность эзофагоэноанастомоза	1	1,9
7	Внутрибрюшное кровотечение	2	3,8
8	Острый инфаркт миокарда	1	1,9
9	ТЭЛА	2	3,8

Максимальное время активизации больного была равна 3,19 суток у пациента, а минимальное время активизации 2,05 суток у пациента, среднее время активизации была равна $2,62 \pm 0,57$ дня. Наиболее длительный срок применения наркотических препаратов для анальгезии составил 4,4 суток, а минимальное срок анальгезии наркотическими препаратами составил 3,34 суток, среднее время применения наркотических анальгетиков была равна $3,87 \pm 0,53$ дня. В тоже время, максимальный и минимальный срок анальгезии ненаркотическими препаратами составил 4,75 суток и 3,47 суток соответственно, а среднее время составило $4,11 \pm 0,64$ дня.

При оценке койко-дней, максимальный срок составил 15 суток, а минимальный 12 суток, в среднем данный показатель был равен $13,5 \pm 1,5$ суток.

В четвертой главе диссертации «**Результаты видеолaparоскопических вмешательств в лечении рака желудка**» представлены результаты 49 видеолaparоскопических вмешательств, которые выполнены с 2019 года по 2024 года.

Распределение больных по локализации опухолевого поражения в желудке в этапе до проведения диагностической лапароскопии было следующим: опухоль процесс ограниченна желудком – 21 (42,8%), имеются метастазы – 28 (57,1%).

Всем пациентам проводилась диагностическая лапароскопия. В 8 (16,2%) случаях, при выявлении на ПЭТ накопления РФП (радиофармпрепарата) в лимфатических узлах и в 7 (14,3%) случаях при подозрении на канцероматоз, во время диагностической лапароскопии было обнаружено, ограничение опухолевого процесса желудком. Соответственно, распределение больных после проведения диагностической лапароскопии было следующим: опухоль процесс ограниченна желудком – 34 (69,4%), имеются метастазы – 15 (30,6%).

После проведения диагностической лапароскопии, всем больным основной группы у которых были выявлены метастазы, проводили химиотерапии схеме FLOT. Согласно градации, из 15 случаев, когда были выявлены метастазы, после 4 курсов FLOT терапии, в 3 случаях отмечалась I степень (полная регрессия), в 1 случаев II степень (частичная регрессия, т.е.

уменьшение опухоли более чем на 50%). В остальных 11 случаях отмечалась III степень, (стабилизация). После 2 курса FLOT терапии, в 3 случаях отмечалась II степень, т.е. частичная регрессия, а в остальных 8 случаях сохранялась III степень, т.е. отмечалась стабилизация опухоли.

Предложен способ эзофагеоюностомии при лапароскопической гастрэктомии, включающий выделение и удаление желудка, резекцию нижнегрудного отдела пищевода с лимфаденэктомией в объеме D 2, выполнение реконструктивного этапа, включающего наложение эзофагеоюноанастомоза, и наложение энтеро-энтероанастомоза, отличающийся тем, что для выполнения реконструктивного этапа к зоне предполагаемого эзофагеоюноанастомоза подводят тощую кишку, предварительно отступя на 35-40 см от связки Трейца, далее по противобрыжеечному краю отводящей петли тощей кишки электрокоагулятором формируют отверстие диаметром 5 мм, в которое заводят браншу сшивающего аппарата, на передней стенке желудка, отступя на 2 см ниже пищеводного кольца, электрокоагулятором формируют аналогичное отверстие диаметром 5 мм, в которое заводят вторую браншу сшивающего аппарата длиной 60 мм (синяя кассета), далее, подтягивая желудок и приводящую кишку вниз, вводят сшивающий аппарат параллельно желудку, накладывая внутреннюю стенку эзофагеоюноанастомоза, затем по передней брюшной стенке накладывают 12-ти миллиметровый троакар по передне-подмышечной линии слева, через который вводят сшивающий аппарат перпендикулярно желудку и приводящей петле тощей кишки, затем выполняют удаление 10-15 см приводящей петли тонкого кишечника, энтеро-энтероанастомоз накладывают на 50-60 см ниже наложенного эзофагеоюноанастомоза.

Все оперативные вмешательства выполнялись под эндотрахеальным наркозом. Больной на операционном столе находился в положении на спине, фиксированный к операционному столу для перевода в положение Фовлера и Тренделенбурга на различных этапах операции.

Формирование эзофагеоюно-анастомоза по Ру, в 32 случаях выполняли линейным сшивающим аппаратом (рисунок 1) и в 2 случаях выполняли циркулярным сшивающим аппаратом.

Интраоперационно выполнение наложения эзофаго-еюноанастомоза приводится на рисунках 1-6.

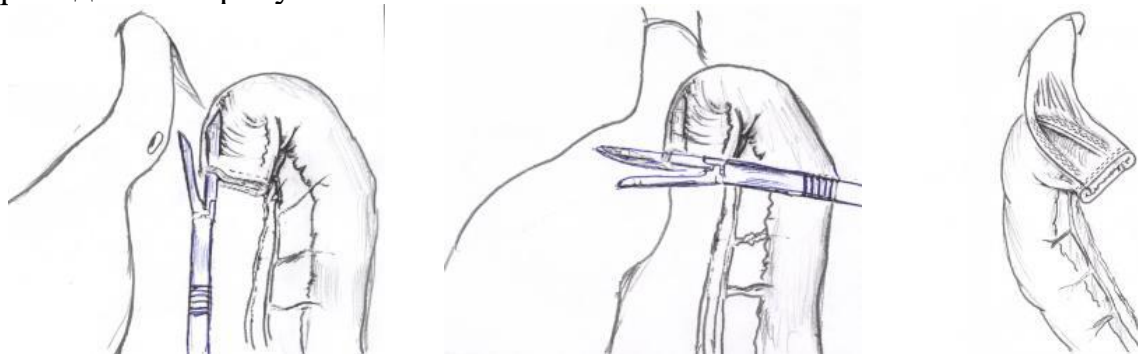


Рис. 1. Схематичное изображение ЭЕА линейным сшивающим аппаратом



Рис. 2. Подготовка петли тонкой кишки



Рис. 3. Формирование передободочной эзофаго-jejunoанастомоза

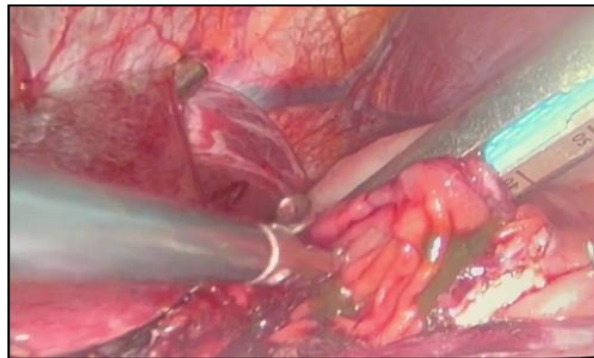
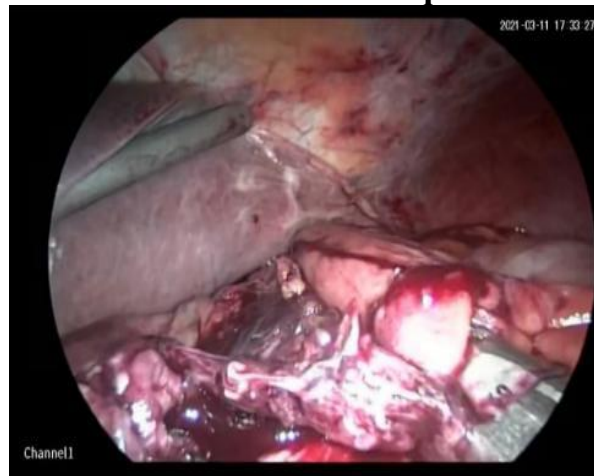


Рис. 5. Пересечена приводящая петля тощей кишки и желудок.

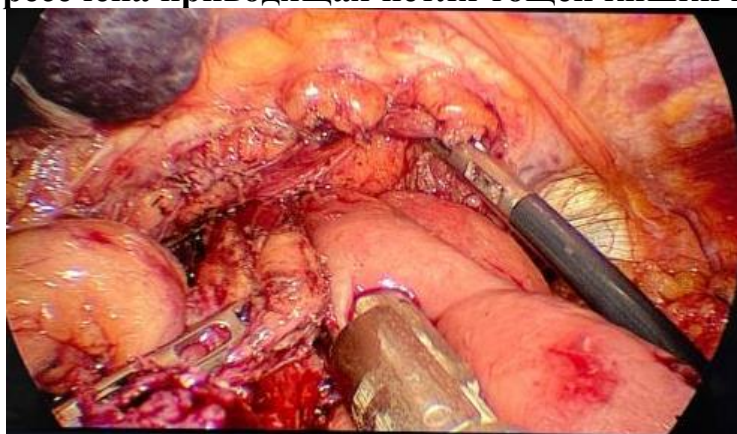


Рис. 6. Окончательный вариант сформированного анастомоза

В 15 случаях, когда после диагностической лапароскопии проводилась FLOT терапия (4 курса), через 3 месяца была проведена повторная диагностическая лапароскопия. В 4 случаях, после первого курса FLOT терапии была выполнена радикальное оперативное лечение. В остальных случаях проводился второй курс FLOT терапии, после чего еще в 3 случаях была возможность выполнить радикальное оперативное вмешательство по вышеописанной методике. В 8 случаях была выполнена паллиативное оперативное вмешательство миниинвазивным методом.

Таблица 4

Распределение осложнений в контрольной группе пациентов

№	Осложнение	Абс.	%
1	Острый панкреатит	2	4,1
2	Рефлюкс эзофагит	4	8,2
3	Анастомозит	1	2,04
4	Экссудативный плеврит	2	4,1
5	Несостоятельность эзофагоэноанастомоза	1	2,04
6	Внутрибрюшное кровотечение	1	2,04
7	Острый инфаркт миокарда	1	2,04
8	ТЭЛА	1	2,04

Средний объем интраоперационной кровопотери составил 115 ± 36 мл, а средняя продолжительность оперативного вмешательства была 302 ± 12 минут.

Осложненное течение послеоперационного периода у пациентов этой группы отмечено в 6 (8,9%) случаях (таблица 4). В 3-х случаях отмечалось сочетание двух осложнений, в 2-х случаях сочетание трех осложнений.

Максимальное время активизации больного была равна 3,72 суток, а минимальное время активизации 2,56 суток, среднее время активизации была равна $3,14 \pm 0,58$ дня. Наиболее длительный срок применения наркотических препаратов для анальгезии составил 3,32 суток, а минимальное срок составил 2,54 суток, среднее время анальгезии была равна $2,93 \pm 0,39$ дня. В тоже время, максимальный и минимальный срок анальгезии ненаркотическими препаратами составил 4,17 суток и 3,35 суток соответственно, а среднее время составило $3,76 \pm 0,41$ дня. Соответственно, при оценке койко-дней, максимальный срок составил 14 суток, а минимальный 11 суток, в среднем данный показатель был равен $12,5 \pm 1,5$ суток.

Согласно проведенному анализу результатов лечения больных раком желудка, был разработан алгоритм диагностики и лечения (рисунок 7).

Согласно предложенному алгоритму лечения больных с раком желудка, при поступлении в стационар, всем больным проводили общеклинические и инструментальные методы исследования, проводилась консультация смежных специалистов, при выявлении сопутствующей патологии.

Всем пациентам, на этапе обследования проводилась диагностическая лапароскопия, с целью определения дальнейшей тактики лечения. Пациенты, у которых были выявлены метастазы, в данное исследование не включены,

данным пациентам на последующих этапах проводилась химия и лучевая терапия.



Рис. 7. Алгоритм диагностики и лечения рака желудка

Тем пациентам, у которых опухолевой процесс ограничивался желудком, после диагностической лапароскопии проводилась подготовительная консервативная терапия в течении 2-3 недели, после чего выполнялось лапароскопическое радикальное оперативное вмешательство.

Пациентам, при выявлении метастазов, проводился курс химиотерапии в течении 3-4 месяцев, проводилось повторное обследование, с целью выяснение динамики опухолевого процесса и определения общего состояния пациента для дальнейшего оперативного лечения.

У пациентов, с опухолью желудка, у которых отмечалось регресс опухолевого процесса, проводилось лапароскопическое радикальное вмешательство, а в противном случае выполнялось паллиативное лечение или отказ от оперативного вмешательства.

Также в послеоперационном периоде всем пациентам проводится химиотерапия.

В пятой главе диссертации «Сравнительный анализ непосредственных результатов исследуемых групп» приводится оценка хирургического лечения контрольной и основной группы пациентов.

Объем вида хирургического вмешательства в обеих группах была гастрэктомия и субтотальная дистальная резекция желудка, достоверного значимого отличия в количествах не было ($p=0,02$). В контрольной группе оперативные вмешательства выполнялись традиционным путем, а в основной группе видеолапароскопическим путем (таблица 5).

Таблица 5

Объем хирургического вмешательства

Вид хирургического вмешательства	Конт., n=52	Осн., n=49
Гастрэктомия	31 (59,6%)	29 (59,2%)
Субтотальная дистальная резекция желудка	11 (21,2%)	12 (24,5%)
Наложение обходных анастомозов	10 (19,2%)	8 (16,3%)

Наложение обходных анастомозов в основной группе отмечалось в 8 (16,3%) случаев, для сравнения, в контрольной группе обходные анастомозы из-за нерезектабельности опухолевого процесса желудка были наложена в 10 (19,2%) случаях.

Проведение сравнительного анализа интраоперационных данных показал, что контрольная группа, где проводились традиционные вмешательства, по продолжительности преобладает над основной группой, т.е. от лапароскопических вмешательств. Максимальное время, потраченное на оперативные вмешательства, отличались незначительно в обеих группах, однако, надо отметить, что по минимально затраченному времени контрольная группа намного преобладает над лапароскопическими вмешательствами, т.е. 158 минут против 290 минут. Это в основном было связано с освоением новой техники выполнения оперативного вмешательства, что с набором опыта сказалось на сокращении времени. Медиана продолжительности оперативного вмешательства в контрольной группе составило $193,5 \pm 35,5$ минут, а в основной группе 302 ± 12 минут ($p=0,02$) (таблица 6).

Таблица 6

Длительность оперативного вмешательства в исследуемой группе

Длительность, мин	Конт., n=52	Осн., n=49
Максимальный	229	314
Минимальный	158	290
Средний	$193,5 \pm 35,5$	302 ± 12

Несмотря на более длительную продолжительность видеолапароскопических вмешательств, данная методика значительно

преобладает традиционные вмешательства по объему интраоперационной кровопотери. Медиана кровопотери в контрольной группе составила 294±48 мл, в то время как, в основной группе данный объем составил 155±36 мл ($p=0,01$) (таблица 7).

Таблица 7

Объем кровопотери в исследуемых группах

Кровопотеря, мл	Конт., n=52	Осн., n=49
Максимальный	342	151
Минимальный	246	79
Средний	294±48	115±36

Сравнительный анализ ранних послеоперационных осложнений согласно классификации Clavien-Dindo, статистический был сопоставим ($p=0,02$), в обеих группах встречались осложнения II, IIIа и V степени. В контрольной группе осложнения встречались в 8 (15,4%) случаях, а в основной группе в 6 (8,9%) случаях (таблица 8).

Таблица 8

Распределение осложнений согласно классификации Clavien-Dindo

Степень	Осложнение	Конт., n=52	Осн., n=49
II	Необходимость медикаментозного лечения препаратами, также переливание крови и полное парентеральное питание	2 (3,8%)	3 (6,1%)
IIIа	Вмешательство без общей анестезии	3 (5,7%)	1 (2,04%)
V	Смерть	3 (5,7%)	2 (4,1%)

В таблице 9 представлены показатели сроков активизации пациентов в послеоперационном периоде. Максимальный срок активизации в контрольной группе составил 4,19 суток, тогда как в основной группе этот показатель был равен 3,72 сутки. Минимальный срок активизации соответственно был 3,02 и 2,56 суток.

Таблица 9

Сроки активизации в раннем послеоперационном периоде

Время активизации больного	Длительность, сут/час	
	Конт., n=52	Осн., n=49
Максимальное	3,19 (76,5)	2,72 (65,3)
Минимальное	2,05 (51,25)	1,56 (37,44)
Среднее	2,62±0,57 (62,9)	2,14±0,58 (54,4)
Медиана	3 (72)	2 (48)

Из данной таблицы видно, что среднее время активизации пациентов после оперативного вмешательства в основной группе уменьшилось на 11 часов.

Аналогичным образом было проведено сравнение применения наркотических (таблица 10) и ненаркотических (таблица 11) анальгетиков для обезболивания в послеоперационном периоде.

Таблица 10

Потребность в анальгезии наркотическими препаратами в раннем послеоперационном периоде (сутки)

Время анальгезии	Конт., n=52	Осн., n=49
Максимальное	4,4	3,32
Минимальное	3,34	2,54
Среднее	3,87±0,53	2,93±0,39
Медиана	3	2

Таблица 11

Потребность в анальгезии ненаркотическими препаратами в раннем послеоперационном периоде

Время анальгезии	Конт., n=52	Осн., n=49
Максимальное	4,75	4,17
Минимальное	3,47	3,35
Среднее	4,11±0,64	3,76±0,41
Медиана	4	3

Из приведенных таблиц видно, что в контрольной группе средняя продолжительность применения наркотических анальгетиков была 3,87±0,53 дня, а ненаркотических 4,11±0,64 дня, соответственно эти показатели в основной группе пациентов были равны 2,93±0,39 и 3,76±0,41 дня. Сравнивая медиану применения анальгезии, видно, что в основной группе отмечается уменьшение сроков на 1 сутки.

Одним из главных критериев для оценки эффективности лечения является сроки пребывания в стационаре. Сравнительный анализ исследуемых групп показал, что в основной группе среднее койко-дней была равна 12,5±1,5, а в контрольной группе 13,5±1,5, что составило на 1 койко-день больше (таблица 12).

Таблица 12

Показатели сроков пребывания в стационаре

Параметры	Конт., n=52	Осн., n=49
Ранний послеоперационный период	10,5±1,5	9,5±1,5
Медиана послеоперационного периода	10	9
Среднее койко-дней	13,5±1,5	12,5±1,5
Медиана госпитализации	13	12
Срок максимальной и минимальной госпитализации	15/12	14/11

Из таблицы видно, что медиана койко-дней в контрольной и основной группе равны 13 и 12 дней соответственно (p=0,01).

Летальность в контрольной группе составило 3 (5,7%) случаев, в 2-х случаях причиной летального исхода была ТЭЛА и в 1-ом случае ОИМ. В основной группе летальность наблюдалась в 2-х случаях (4,1%), в одном случае ТЭЛА, а во 2-ом случае ОИМ.

Для оценки эффективности тактики лечения онкологических больных, наиболее оптимальным вариантом является оценка общей выживаемости, 2-х и 5-и летней, а также возникновение рецидива.

Провести наблюдение отдаленных результатов была возможность у 49 пациентов контрольной группы и у 47 пациентов основной группы, соответственно это составило 94,2% и 95,9% от общего числа исследуемых групп.

Анализ отдаленных результатов контрольной группы пациентов показал, что 2-летняя общая выживаемость составила 75,5%, общая выживаемость через 60 месяцев – 44,9%. В основной группе пациентов 2-летняя общая выживаемость составила 82,9%, а 5-летняя выживаемость достигла 57,4% ($p=0,05$) (рисунок 8).

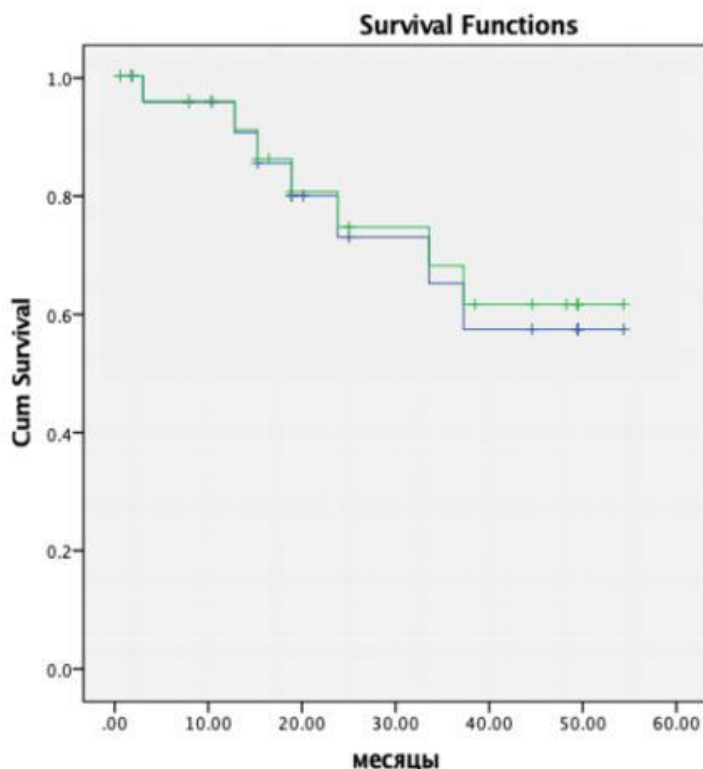


Рис. 8. Динамика 2-х и 5-и летней выживаемости

Нами также изучено общая 2-х и 5-и летняя выживаемость у больных обеих групп, которым выполнена радикальная операция. В контрольной группе в 42 (80,7%) случаях выполнена радикальная операция, из них в 38 случаях была возможность проследить динамику выживания. Общая 2-х летняя выживаемость составила 71,1% (27 пациентов), а общая 5-и летняя выживаемость 42,1% (16 пациентов).

В основной группе у 41 (83,6%) пациента была выполнена радикальная операция, в 39 случаях была возможность определить отдаленные результаты. Общая 2-х летняя выживаемость составила 76,9% (30 пациентов), а 5-и летняя общая выживаемость составила 56,4% (22 пациента).

Динамика общей выживаемости, у больных с радикальных оперативным вмешательством, представлена на рисунке 9.

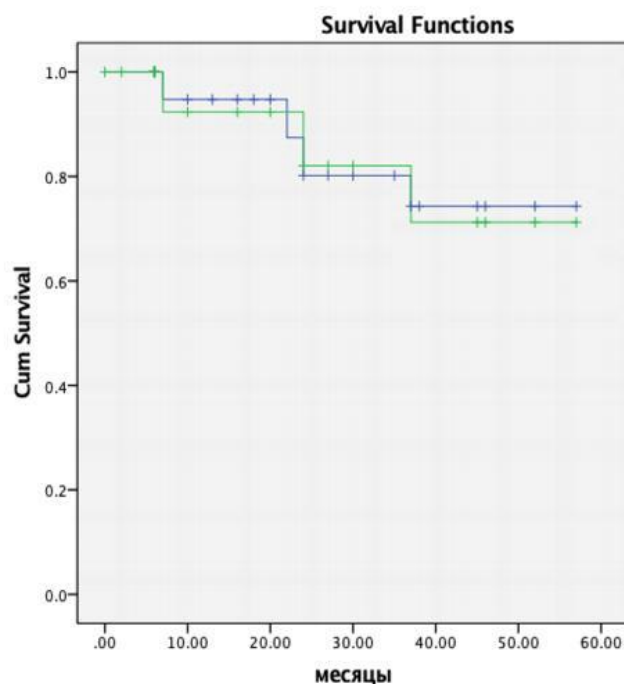


Рис. 9. Динамика 2-х и 5-и летней выживаемости у пациентов после радикального вмешательства

Как видно из проведенного анализа общей выживаемости в исследуемых группах, в основной группе пациентов 2-х летняя общая выживаемость на 5,8% выше контрольной группы, соответственно, 5-и летняя общая выживаемость в основной группе на 14,3% выше контрольной группы ($p=0,015$).

Также провели оценку безрецидивной и бессобытийной выживаемости, в расчете на общее количество больных, а также больным после выполнения радикальной операции (рисунок 10).

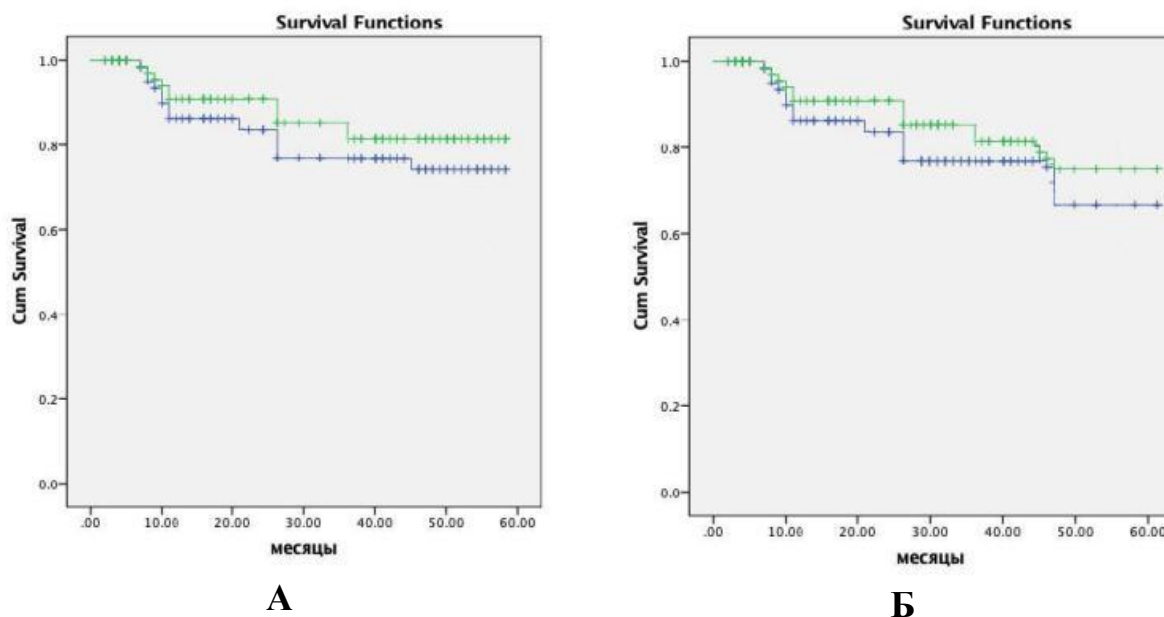


Рис. 10. Динамика безрецидивной выживаемости: а – общее число больных, б – после радикальных операции

Из представленного рисунка 10 видно, что безрецидивная выживаемость до 24 месяцев от общее число пациентов в основной группе составило 37 (75,5%), в контрольной группе 38 (73,1%) пациентов, а 5-и летняя безрецидивная выживаемость в основной группе составило 17 (34,7%), а в контрольной группе 19 (36,5%). Определение безрецидивной выживаемости у пациентов после радикальных операции, в течении 24 месяцев в основной группе составил 32 (65,3%), а в контрольной группе 30 (57,7%), а за период 60 месяцев в основной группе 14 (28,6%), а в контрольной 15 (28,8%) пациентов.

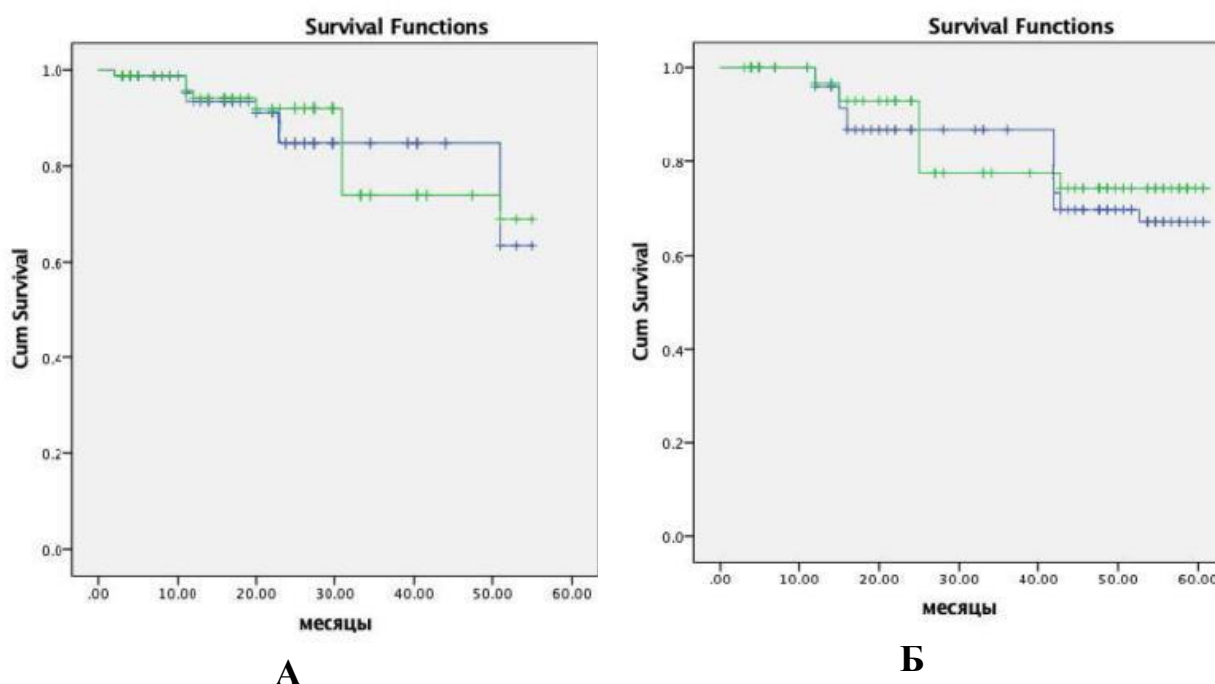


Рис. 11. Динамика бессобытийной выживаемости: а – общее число больных, б – после радикальных операции

Согласно данным рисунка 11 видно, что бессобытийная выживаемость до 24 месяцев от общее число пациентов в основной группе составило 29 (59,2%), в контрольной группе 28 (53,8%) пациентов, а 5-и летняя бессобытийная выживаемость в основной группе составило 12 (24,5%), а в контрольной группе 13 (25%). Определение бессобытийной выживаемости у пациентов после радикальных операции, в течении 24 месяцев в основной группе составил 25 (51,02%), а в контрольной группе 24 (46,2%), а 5-и летняя бессобытийная выживаемость составила в основной группе 11 (22,4%), а в контрольной 11 (21,2%) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе проведенных исследований по диссертации доктора философии (PhD) на тему: «Совершенствование лечебной тактики при раке желудка с использованием видеолапароскопии» сформулированы следующие выводы:

1. Видеолапароскопические вмешательства при раке желудка, по сравнению с традиционными вмешательствами способствуют снижению

объема интраоперационной кровопотери (с 294 ± 48 мл до 115 ± 36 мл) ($p < 0,01$), несмотря на продолжительность видеолапароскопического вмешательства (традиционное вмешательство $193,5 \pm 35,5$ минут, видеолапароскопическое 302 ± 12 минут) ($p < 0,02$).

2. Разработанный способ наложения эзофагоэюно анастомоза способствует уменьшению несостоятельности эзофагоэюно анастомоза при лапароскопической гастрэктомии (несостоятельность эзофагоэюно анастомоза отмечалась в 2,04% случаях, а экссудативный плеврит в 4,1% случаях) ($p < 0,01$).

3. Выполнение видеолапароскопического вмешательства снижает сроки активизации (с $2,62 \pm 0,57$ до $2,14 \pm 0,58$ суток) ($p < 0,01$), уменьшает потребность в анальгезии (наркотических с $3,87 \pm 0,53$ до $2,93 \pm 0,39$ суток, ненаркотических с $4,11 \pm 0,64$ до $3,76 \pm 0,41$ суток) ($p < 0,02$), способствует раннему началу приема жидкости (с $3,53 \pm 0,65$ до $2,92 \pm 0,47$ суток) ($p < 0,05$) и пищи (с $4,88 \pm 0,78$ до $4,45 \pm 0,61$ суток) ($p < 0,02$), уменьшает сроки госпитализации (с $13,5 \pm 1,5$ до $12,5 \pm 1,5$ суток), а также способствует уменьшению послеоперационных осложнений (с 15,4% до 8,9%) и летальности (с 5,7% до 4,1%) ($p < 0,02$).

4. Выполнение диагностической лапароскопии способствует расширению показаний к выполнению радикальных оперативных вмешательств. В 16,2% при выявлении на ПЭТ накоплении РФП в лимфатических узлах и в 14,3% случаев при подозрении на канцероматоз, на диагностической лапароскопии выявлено ограничение опухолевого процесса желудком.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019. Tib.77.01 ON THE 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**

KHUSNUDDINOV NIZOMUDDIN ZUKHRUDDIN UGLI

**IMPROVING TREATMENT TACTICS FOR GASTRIC CANCER WITH
USING VIDEO LAPAROSCOPY**

14.00.14 – Oncology

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

TASHKENT – 2024

The topic of the dissertation for the degree of Doctor of Philosophy (PhD) in Medical Sciences is registered with the Supreme Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan with №B2022.2.PhD/Tib2795.

The dissertation has been prepared in the Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology.

The dissertation abstract was posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at (www.cancercenter.uz) and on the website of «ZiyoNet» information-educational portal (www.ziyo.net).

Scientific mentor:	Adilkhodjaev Askar Anvarovich Doctor of Medical Sciences, associate professor
Official opponents:	Gafur-Okhunov Mirza-Ali Aliyorovich Doctor of Medical Sciences, professor
	Ligay Ruslan Efimovich Doctor of Medical Sciences
Lead organization:	Center of the MCSC named after A.S. Loginov (Russia)

The dissertation will be defended on «_____» _____ 2024 at _____ p.m. hours at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.77.01 at the Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology (Address: 100174, Tashkent c., Farobiy str. 383. Phone/fax: (+99871) 246-05-13; e-mail: info@cancercenter.uz).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology (Registration number №_____) (Address: 100174, Tashkent c., Farobiy str. 383. Phone/fax: (+99871) 246-05-13).

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

M.N.Tillyashaykhov
Chairman of the Scientific Council for Awarding Academic Degrees,
Doctor of Medical Sciences, Professor

Sh.N. Ibragimov
Scientific Secretary of the Scientific Council for Awarding Scientific
Degrees, Doctor of Medical Sciences

M.Kh.Khodjibekov
Chairman of the academic seminar under the of the one-time scientific
council based on scientific council on awarding scientific degrees,
Doctor of Medical Sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

The aim of the research work. was to improve the treatment results for patients with gastric cancer by video laparoscopic interventions.

The study subjects There were 101 patients with stomach cancer who were admitted to the department of endovisual surgery of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology in 2019-2024.

The scientific novelty of the research is:

The effectiveness of D2 lymph node dissection in laparoscopic gastrectomy has been proven due to adequate mobilization of 4 sa, 4d, 8, 12 groups of lymph nodes, due to the multiple magnifying power of optics and the accuracy of manipulation in a hard-to-reach area.

The performance of diagnostic laparoscopy in determining the tactics of treating gastric cancer with total and subtotal cancer lesions has been proven due to the accuracy of detecting peritoneal micrometastases and precise collection of pathomorphological material;

A method for applying a laparoscopic esophagojejunal anastomosis at the reconstructive stage during laparoscopic gastrectomy has been developed (Patent for invention IAP 07363 (12/15/2022));

It has been proven that laparoscopic gastrectomy requires more time compared to open interventions, due to precision work in a limited space and a well-perfused area, and also helps to reduce hospital stays and improve the quality of life of patients, due to rapid regression of pain symptoms, restoration of peristalsis and the psychological state of patients after surgery.

Implementation of the research results. Based on the obtained scientific results on improving the treatment of stomach cancer using video laparoscopy:

based on the scientific results aimed at improving the tactics of treating patients with stomach cancer, the methodological recommendation “Choosing the tactics of surgical treatment of stomach cancer using video laparoscopy” was approved (certificate of the Expert Commission of the RSNPMC OiR No. 15/2b dated May 10, 2024). This methodological recommendation made it possible to establish the tactics of targeted treatment measures for patients with stomach cancer and improve the quality of life of patients;

the obtained results of the scientific research have been introduced into practical healthcare, in particular, into the practice of the Khorezm and Kashkadarya branch of the RSNPMCOiR of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan (Conclusion of the RSNPMCOiR dated May 14, 2024). The implementation of the obtained results into practice helps to reduce intraoperative blood loss (maximum blood loss 351 ml, minimum 239 ml), reduces postoperative complications to 12.2%, and mortality to 4.1%.

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

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
НАШР ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Tillyashaykhov M.N., Adilkhodjaev A.A., Khudoyarov S.S., Rakhimov O.A., Khusnuddinov N.Z., Yunusov S.Sh. The first of laparoscopic gastrectomy with D2 lymph dissection in our experience // Japanese J Gastroenterol Res. – 2022. – №2(4). – P. 1066 (14.00.00, №2)

2. Тилляшайхов М.Н., Адилходжаев А.А., Худояров С.С., Рахимов О.А., Хуснуддинов Н.З. Лапароскопик гастрэктомияда эзофагоеюностомия усули. Патент на изобретение IAP 07363, 2022.

3. Адилходжаев А.А. Израильбекова К.Ш. Рахимов О.А. Юнусов С.Ш. Хуснуддинов Н.З. Перспективы химиотерапевтического лечения метастатического рака желудка // Клиническая и экспериментальная онкология. – 2023. – №4(23). – С. 43-52 (14.00.00, №4)

4. Адилходжаев А.А. Ибрагимов Ш.Н. Израильбекова К.Ш. Рахимов О.А. Юнусов С.Ш. Хуснуддинов Н.З. Современные аспекты химиолучевой терапии рака желудка // Клиническая и экспериментальная онкология. – 2023. – №4(23). – С. 53-60 (14.00.00, №4)

5. Adilkhodjaev A.A., Khusnuddinov N.Z., Yunusov S.Sh. Current Trends in the Treatment of Locally Spread Metastatic Gastric Cancer // American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2023. – №13(5). – P. 659-662 (14.00.00, №13)

6. Adilkhodjaev A.A., Khusnuddinov N.Z., Yunusov S.Sh. Prospects for the treatment of metastatic gastric cancer // World Bulletin of Public Health (WBPH). – 2023. – Volume 21. – P. 148-154 (14.00.00, №21)

II бўлим (II часть; part II)

7. Тилляшайхов М.Н., Адилходжаев А.А., Хуснуддинов Н.З. Лапароскопическая гастрэктомия при раке желудка XIII Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии Нурсултан, Казахстан. 28 апреля 2022 г. С.213.

8. Тилляшайхов М.Н., Адилходжаев А.А., Хуснуддинов Н.З. Лапароскопическая гастрэктомия при раке желудка. Научно-практическую конференцию с международным участием «Актуальные вопросы хирургии, трансплантологии и иммунологии», посвященная памяти академика АН РУз и РАМН Арипова У.А и 50 лет -1 пересадки почки в Центральной Азии, Ташкент. 14-15.09.2022. С. 125.

9. Тилляшайхов М.Н., Адилходжаев А.А., Хуснуддинов Н.З. Опыт лапароскопической гастрэктомии при раке желудка III онкологический онлайн-марафон, Москва. ONLINE Осень 13.10.2022.

10. Тилляшайхов М.Н., Рахимов О.А., Адилходжаев А.А., Худояров С.С.,

Хуснуддинов Н.З. Технические особенности лапароскопический гастрэктомии // Сборник тезисов: V конгресс онкологов и радиологов Республики Узбекистан. Клиническая и экспериментальная онкология. Нукус 20-21 мая. 2022. – С. 177.

11. Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Умуров Ш.С., Хуснуддинов Н.З. Ўзбекистонда ошқозон саратони касаллиги статистикаси // Сборник тезисов: V конгресс онкологов и радиологов Республики Узбекистан. Клиническая и экспериментальная онкология. Нукус 20-21 мая. 2022. – С. 53.

12. Тилляшайхов М.Н., Рахимов О.А., Адилходжаев А.А., Худояров С.С. Хуснуддинов Н.З. Лапароскопическая гастрэктомия в лечении рака желудка VIII съезда онкологов и радиологов Казахстана с международным участием онкология и радиология, 26-27 октября 2023 года г. Астана С. 66

13. Тилляшайхов М.Н., Рахимов О.А., Адилходжаев А.А., Худояров С.С., Хуснуддинов Н.З. Непосредственные результаты лапароскопический гастрэктомии при раке желудка // Международная научно-практическая конференция «Болезни современной цивилизации: междисциплинарные исследования» сборник материалов Uzbek journal of case reports. – 2023. – Том 3. – С. 53.

14. Тилляшайхов М.Н., Адилходжаев А.А., Рахимов О.А. Хуснуддинов Н.З. Технические особенности выполнения лапароскопической гастрэктомии при раке желудка. Сборник тезисов XX научно-практическая конференция онкологов и радиологов Узбекистана Клиническая и экспериментальная онкология. 17-18 мая 2024 года. г. Бухара с.154-156.

15. Адилходжаев А.А., Хуснуддинов Н.З. Выбор тактики хирургического лечения рака желудка с использованием видеолапароскопии // Методические рекомендации. –Ташкент, 2024 г. 20 с.

Автореферат «Клиник ва экспериментал онкология» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Босмахона лицензияси:



9338

Бичими: 84x60 ¹/₁₆. «Times New Roman» гарнитураси.
Рақамли босма усулда босилди.
Шартли босма табағи: 3,5. Адади 100 дона. Буюртма № 42/24.

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