

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.06/2025.27.12.Tib.15.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

МЕЛИКУЛОВ АСЛИДДИН ХАМРОКУЛОВИЧ

**МЕЪДА САРАТОНИНИНГ МЕЪДА ОСТИ БЕЗИГА ЎСИБ
ЎТИШИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ХИРУРГИК ДАВОСИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.14 – Онкология

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

ТОШКЕНТ - 2026

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of phylosophy (PhD)

Меликулов Аслиддин Хамрокулович

Меъда саратонининг меъда ости безига ўсиб ўтиши диагностикаси ва
хирургик давосини такомиллаштириш..... 3

Меликулов Аслиддин Хамрокулович

Совершенствование диагностики и хирургического лечения рака
желудка с прорастанием в поджелудочную железу..... 31

Melikulov Asliddin Xamrokulovich

Improving the diagnosis and surgical treatment of gastric cancer with
invasion of the pancreas..... 61

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of publishedworks..... 65

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.06/2025.27.12.Tib.15.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

МЕЛИКУЛОВ АСЛИДДИН ХАМРОКУЛОВИЧ

**МЕЪДА САРАТОНИНИНГ МЕЪДА ОСТИ БЕЗИГА ЎСИБ
ЎТИШИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ХИРУРГИК ДАВОСИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.14-Онкология

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

ТОШКЕНТ – 2026

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Фанлар академияси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2021.1.PhD/Tib1834 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.cancercenter.uz) ва «ZiyoNet» Ахборот таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар

Джураев Миржалол Дехканович
Тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Мухамедаминов Шухрат Каримович
Тиббиёт фанлари доктори, профессор

Абдужаппаров Сулаймон Бахриддинович
Тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Тошкент Давлат тиббиёт университети

Диссертация ҳимояси Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги DSc.06/2025.27.12.Tib.15.01 рақамли Илмий Кенгашнинг 2026 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: Тошкент шаҳри, Олмазор туман, Шифокорлар МФЙ, Тошкент автомобил халқа йўли кўчаси, 14 а уй. Тел.: (+99855) 515-55-68; e-mail: info@cancercenter.uz).

Диссертация билан Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (___ рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: Тошкент шаҳри, Олмазор туман, Шифокорлар МФЙ, Тошкент автомобил халқа йўли кўчаси, 14 а уй. Тел.: (+99855) 515-55-68;

Диссертация автореферати 2026 йил «___» _____ да тарқатилди.
(2026 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

А.А.Юсупбеков

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

Б.Т. Мадийров

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий
котиби, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори
(PhD)

А.Ж.Каххаров

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти. Жаҳонда онкологик касалликлар тузилмасида меъда саратони (МС) овқат ҳазм қилиш тизими ўсмалари ичида 50% ни, бошқа локализациядаги ўсмалар орасида эса 12,3% ни ташкил этиб, ўпка, кўкрак беzi ва бачадон бўйни саратонидан кейин тўртинчи ўринни эгаллайди. GLOBOCAN маълумотларига кўра, "...2022 йилда бутун дунё бўйлаб 968 784 та янги меъда саратони ҳолати қайд этилган бўлиб, бу барча хавфли ўсмаларнинг 4,8% ни ташкил этади. Худди шу йили меъда саратони туфайли 660 175 киши вафот этган, бу эса хавфли ўсмалардан ўлим ҳолатларининг 6,8% ни ташкил қилади..."¹. Ўзбекистонда эса 2024 йилда 2070 беморда МС аниқланган бўлиб, эркаклар орасида 1-ўринни, аёллар орасида эса сут беzi хавфли ўсмасидан сўнг 2-ўринни эгаллаган, касалланиш ҳолати ҳар 100 минг аҳолига 5,6 тани ташкил этган. Касаллик даражалари бўйича таҳлиллар шуни кўрсатадики, Республикада меъда саратони фақат 30,2% беморларда I–II босқичда аниқланади, 68,9% дан ортиқ ҳолларда эса III–IV босқичда ташхис қўйилади. МС ҳолатларининг ўсиши ва юқори ўлим кўрсаткичи сабабли мазкур касаллик замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади.

Жаҳон тиббиётида сўнгги ўн йилликларда меъда саратонининг меъда ости беziга инвазияси бўйича тадқиқотлар мултимодал диагностика ва аъзо сақловчи хирургияга қаратилмоқда. Эндоскопик УТТ, МСКТ/МРТ ва ПЭТ-КТни интеграциялаш ёрдамида инвазия чуқурлиги, ретропанкреатик тарқалиш ва лимфоген метастазланиш аниқлиги оширилмоқда. Интраоперацион ультратовуш ва флуоресцент навигация резекция чегараларини аниқ белгилаш, R0 тезлигини оширишга хизмат қилади. Хирургияда гастрэктомиyani дистал панкреатэктомия/гемипанкреатэктомия ёки ясси резекция билан бирлаштириш бўйича қиёсий мета-таҳлиллар асоратлар профили, қандли диабет хавфи ва қайталаниш динамикасини баҳоламоқда. Бу эса ушбу мавзунинг долзарблиги кўрсатади ва жарроҳлик даволаш самарасини оширадиган истиқболли илмий тадқиқотлар ўтказиш муҳим илмий-амалий аҳамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, жумладан, онкологик касалликларни эрта ташхислаш ва самарали даволашга йўналтирилган чоратадбирлар изчил амалга оширилмоқда. 2022–2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистон тараққиёт стратегиясининг етти устувор йўналиши доирасида аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтариш мақсадида «...бирламчи тиббий-санитария хизматида аҳолига малакали хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш...»² бўйича аниқ вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалардан келиб чиқиб, меъда саратони бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашга қаратилган илмий-тадқиқот

¹https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf?utm_source=chatgpt.com

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги № УП-60-сон «2022–2026 йилларда Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

ишларини олиб бориш долзарб ҳисобланади. Келтирилган йўналишлар замонавий онкологиядаги энг долзарб муаммолардан бири бўлиб, юқоридаги далиллар ушбу масаланинг аҳамиятини яна бир бор тасдиқлайди ва бу соҳада илмий тадқиқотларни амалга оширишнинг 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 ва 2021 йил 27 майдаги ПҚ–5130-сон «Аҳолига гематология ва онкология хизматларини кўрсатиш тизимини янада такомиллаштириш тўғрисида»ги қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Мавзунинг ўрганилганлик даражаси. Меъда саратони ҳозирги замон клиник онкологиясининг энг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Гарчи Ўзбекистон меъда саратонининг юқори тарқалган давлатлар қаторига кирмаса-да, кеч аниқланадиган (III–IV босқич) ҳолатлар улуши бўйича дунёда етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Кеч ташхисланишнинг асосий сабабларидан бири нафақат узок метастазлар билан боғлиқ, балки ўсманинг висцерал ва мултивисцерал инвазия орқали қўшни аъзоларга ўсиб киришидир. Республика даражасида меъда саратонининг қўшни аъзоларга ўсиши ҳолатлари бўйича етарлича статистик маълумот мавжуд эмас. Бироқ РИОваРИАТМ ва унинг Самарқанд филиалида 2010–2022 йиллар оралиғида даволанган 1452 бемор таҳлилида III–IV босқичли жараёнга эга 312 беморда (13,2%) ўсма меъда ости безига тарқалгани аниқланган. Карачун А.С. ва ҳаммуаллифлар (2011) маълумотларига кўра, меъда ўсмасининг қўшни аъзоларга инвазия қилиши жарроҳлик муолажаларининг яқин ва узок натижаларига турлича таъсир кўрсатади. Тадқиқотчиларнинг таъкидлашича, ўсманинг энг кўп инвазия қиладиган аъзолари қаторида меъда ости бези, жигар ва кўндаланг чамбар ичак мавжуд бўлиб, диафрагма, қорин парда орти ва йирик қон томирлар зарарланиши нисбатан кам учрайди. Бир қатор муаллифлар маълумотларига кўра, маҳаллий тарқалган жараёнда меъда ости безига инвазия ҳолатлари 20–30%, жигарга — 27%, кўндаланг чамбар ичакка — 25% атрофида учрайди (Мельников, 2015; Симонов ва ҳамм., 2017).

Раселли ва ҳаммуаллифлар (2013) томонидан Италияда ўтказилган кўпмарказли тадқиқот натижаларига кўра, қўшни аъзолар резекцияси билан бирга амалга оширилган комбинирлашган гастрэктомиялар 34,2% ҳолатда бажарилган, операциядан кейинги асоратлар 33,9%, леталлик 3,6% ва 5 йиллик яшовчанлик 27,2% ни ташкил этган. Overs ва ҳаммуаллифлар (2021) маълумотларига кўра, мултивисцерал резекциялар (панкреатэктомия,

спленэктомия ва колон резекцияси) ўтказилган беморларда 1 йиллик яшовчанлик 64%, 3 йиллик — 42%, 5 йиллик — 32% бўлган. Jin ва ҳамкасблари (2021) тадқиқотида эса гастрэктомия билан бирга дистал панкреатэктомия бажарилган 164 беморнинг 16,9% да панкреатит ёки панкреонекроз асоратлари қайд этилган. Vladov ва ҳаммуаллифлар (2023) томонидан олиб борилган систематик таҳлилда мултивисцерал резекцияларда асоратлар 31–36% ҳолларда, леталлик 2–5% ҳолларда кузатилгани, бироқ радикаликка эришилганда 5 йиллик яшовчанлик 30% дан ошиши аниқланган. Symeonidis (2022) маълумотларига кўра, асоратлар меъда ости бези резекциясидан кейин — 35,4%, ичак резекциясидан кейин — 31,9%, диафрагма резекциясидан кейин — 27,3%, жигар резекциясидан кейин эса — 8,3% ҳолларда ривожланган. Бир қатор тадқиқотчилар (Chang, 2021; de Souza, 2023) гастрэктомия билан биргаликда меъда ости безининг дистал ёки ясси резекциясини радикалик ва функционал хавфсизлик нуқтаи назаридан энг мақбул усул деб ҳисоблайдилар. Шу билан бирга, бошқа муаллифлар (Park, 2020; Yamada, 2016; Lee, 2019) қайси аъзо резекция қилингани ва унинг ҳажми узоқ натижаларга, шу жумладан рецидивлар частотасига турлича таъсир кўрсатишини таъкидлайдилар.

Шу тариқа, мавжуд илмий адабиётлар таҳлили меъда саратонининг меъда ости безига ва бошқа қўшни аъзоларга ўсиб ўтишида диагностик усуллар, инвазия чуқурлигини аниқлаш мезонлари ҳамда оптимал жарроҳлик тактикаси ҳанузгача тўлиқ ишлаб чиқилмаганини кўрсатади. Инвазия чуқурлиги ва паренхима шикастланишини баҳолаш бўйича ягона стандарт критериялар мавжуд эмас. Шу сабабли, меъда ости безига ўсиб кирган меъда саратони ҳолатларида ташхислаш аниқлигини ошириш, оптимал жарроҳлик усулини танлаш ва орган сақловчи ёндашувларни илмий асослаш долзарб илмий ва амалий вазифа бўлиб қолмоқда.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт университетининг илмий-тадқиқот режасига мувофиқ №012000262 «Аҳоли саломатлигини яхшилаш, касалликларни ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг замонавий усулларни ишлаб чиқиш» (2018–2022 йй.) мавзусидаги илмий лойиҳа доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади: маҳаллий тарқалган меъда саратонида ўсманинг меъда ости бези тана ва дум қисмига ўсиб ўтиши ҳолатларида ташхислаш ва жарроҳлик даволаш усулларини такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

УТТ, контрастли КТ, МРТ каби анъанавий ҳамда ПЭТ (позитрон-эмиссион томография) усуллар ёрдамида меъда саратонида меъда ости безига ўсиши даражаси ва жойлашган жойини аниқлашда диагностикасининг имкониятларини баҳолаш;

меъда саратонининг меъда ости бези тана ва дум қисмига ўсиб ўтган ҳолатларида комбинирланган гастрэктомияни амалга ошириш жараёнида техник босқичларни оптималлаштириш;

меъда саратонида меъда ости беги тана ва дум қисмига ўсиши ҳолатларида, ўсиб кириш хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, меъда ости без паренхимасининг ясси резекцияси учун клиник кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни ишлаб чиқиш;

меъда ости без тўқималарига ўсманинг чуқур ўсиши ва қайталанишлар пайдо бўлиши ўртасидаги ўзаро боғлиқликни ультрасонографик ва морфологик тадқиқотлар асосида ўрганиш;

маҳаллий тарқалган меъда саратонида дистал гемипанкреатэктомия ва спленэктомия билан гастрэктомия натижаларини, ясси резекция билан амалга оширилган гастрэктомия натижалари билан қиёсий ўрганиш;

маҳаллий тарқалган меъда саратонида адъювант кимё терапияни ва унинг ўтказиш микдорини яшовчанлик кўрсаткичига таъсирини ўрганиш.

Тадқиқотнинг объекти: 2014 йилдан 2020 йилгача бўлган даврда Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Самарқанд филиалининг торакабдоминал жарроҳлик бўлимида меъда саратони меъда ости беги тана ва дум қисмига ўсиб ўтиши аниқланган 96 нафар беморда бажарилган комбинирлашган гастрэктомия, меъда ости беги резекцияси ва спленэктомия амалиётларининг клиник ва амалий жиҳатлари таҳлил қилинди.

Тадқиқотнинг предмети: Маҳаллий тарқалган меъда саратонида ўсманинг меъда ости беги тана ва дум қисмига чуқур ўсиб кириш жараёни, унинг морфологик, клиник ва инструментал кўринишлари, диагностика усуллариининг аниқлик даражаси ҳамда жарроҳлик тактикаси самарадорлиги тадқиқотнинг асосий предметини ташкил этади. Тадқиқотда, хусусан, ПЭТ/КТ, МРТ, КТ ва интраоперацион УТТ каби замонавий ташхис усуллариининг меъда ости безига инвазия чуқурлигини баҳолашдаги имкониятлари ўрганилди. Шунингдек, меъда ости безига чуқур ўсиб кирган ўсмаларда қўлланиладиган турли жарроҳлик усуллари — комбинирлашган гастрэктомия, гемипанкреатэктомия ва ясси резекциянинг натижалари ҳамда уларнинг яшовчанликка, асоратларга ва операциядан кейинги рецидивлар частотасига таъсири қиёсий таҳлил қилинди.

Тадқиқотнинг усуллари: Тадқиқотни амалга оширишда клиник, инструментал, морфологик ва статистик усуллар мажмуаси қўлланилди. Клиник усуллар орқали беморларнинг анамнези, умумий ҳолати, лаборатор ва биохимик кўрсаткичлари таҳлил қилинди. Инструментал усуллардан эндоскопия, ультратовуш (УТТ), контрастли компьютер томографияси (КТ), магнит-резонанс томографияси (МРТ), позитрон-эмиссион томография (ПЭТ) ва интраоперацион УТТ ёрдамида ўсманинг тарқалиш чегараси ва меъда ости безига инвазия даражаси баҳоланди. Морфологик ва гистологик тадқиқотлар орқали ўсманинг меъда ости беги тўқималарига кириш чуқурлиги, хужайравий ўзгаришлар ва атипик хужайралар аниқланди. Статистик таҳлил усулларида χ^2 , t-тест ва Kaplan–Meier методлари ёрдамида операция натижалари, асоратлар, рецидив частотаси ва беморларнинг яшовчанлик кўрсаткичлари баҳоланди.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор меъда саратонининг меъда ости безига ўсиб киришини комплекс визуал ва морфологик баҳолаш асосида ўсманинг паренхимага инвазия чуқурлигини операциягача ва интраоперацион аниқлаш мезонлари ишлаб чиқилиб, уларнинг морфологик инвазия даражаси билан ўзаро мувофиқлиги ҳамда жарроҳлик аралашуви ҳажмини дифференциал танлашдаги прогностик аҳамияти исботланган;

меъда саратонининг меъда ости беzi тана ва дум қисмига ўсиб ўтишида инвазия чуқурлиги 2 мм гача, кўндаланг ўлчами 1,5 см гача ва бўйлама тарқалиши 3 см гача бўлган ҳолатларда меъда ости беzi паренхимасининг ясси резекциясини бажариш мезонлари ишлаб чиқилиб, ушбу аъзо сақловчи жарроҳлик усулининг R0-резекцияни таъминлаши, маҳаллий рецидив хавфини оширмаслиги ҳамда функциясини сақлаш имконини бериши асосланган;

меъда саратонининг меъда ости беzi тана ва дум қисмига ўсиб ўтишида гастропанкреатоспленик комплексни ягона блокда мобилизация қилишнинг анатомик-топографик тамойиллари асосланиб, комбинирланган гастрэктомия ва дистал гемипанкреатэктомияни бажаришнинг такомиллаштирилган босқичма-босқич усули ишлаб чиқилган ҳамда унинг радикал лимфодиссекция ва ўсмани моноблок тарзда олиб ташлаш учун оптимал жарроҳлик шароитини таъминлаши исботланган;

морфологик таҳлиллар асосида меъда ости безига ўсманинг чуқурлиги билан амалиётдан кейинги рецидивлар частотаси ўртасида узвий боғлиқлик мавжудлиги, яъни 2 мм дан ортиқ инвазия ҳолатларида гемипанкреатэктомия радикалликни таъминлайдиган ягона самарали усул эканлиги асосланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

маҳаллий тарқалган меъда саратонида меъда ости безига ўсиши ҳолатларида ясси резекцияни ўз ичига олган комбинирланган гастрэктомия усули ишлаб чиқилиб, клиник амалиётга жорий этилди;

позитрон-эмиссион томография (ПЭТ) каби замонавий нурли диагностика усулидан фойдаланиш меъда саратонида меъда ости безига инвазия даражасини аниқлаш имкониятини кенгайтирди ва даволаш тактикаси танлашда муҳим ўрин тутди;

ясси резекция усули меъда ости беzi паренхимасини сақлаб қолишга ёрдам бериб, операциядан кейин панкреатит, қандли диабет ва овқат ҳазм қилиш тизими фаолиятидаги бузилишлар хавфини камайтириш имконини яратди;

тадқиқот натижалари амалиётда операциядан кейинги асоратларнинг қисқариши, узоқ муддатли натижаларнинг яхшиланиши ва беморларнинг ҳаёт сифатининг ошишига ёрдам берди.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, текширилган беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотда қўлланилган замонавий ўзаро бир-бирини тўлдирувчи клиник, биокимёвий, инструментал ва статистик тадқиқот усуллар ёрдамида ишлов берилганлиги,

шунингдек, маҳаллий тарқалган меъда саратонининг меъда ости безига ўсиб ўтганда қўлланилган даво усуллар халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, маҳаллий тарқалган меъда саратонининг меъда ости безига инвазиясида ўсиш чуқурлигини интраоперацион УТТ ва морфологик текшириш асосида аниқ баҳолаш, ясси резекция учун клиник, эхосонографик ва морфологик мезонларни илмий асослаш, шунингдек, комбинирланган гастрэктомия ва дистал гемипанкреатэктомиянинг такомиллаштирилган техник ёндашувлари ишлаб чиқилганлиги билан изоҳланади

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, меъда саратонининг меъда ости безига ўсиб кириш чуқурлиги ва тарқалиш даражасига қараб оптимал жарроҳлик ҳажмини танлаш, ясси резекция ва дистал гемипанкреатэктомияга кўрсатмаларни белгилаш, операция вақти ва қон йўқотишни камайтириш, жарроҳлик асоратларининг олдини олиш ҳамда радикалликни таъминлашга қаратилган такомиллаштирилган даволаш тактикаси ишлаб чиқилганлиги билан изоҳланади

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Меъда саратонида ўсманинг меъда ости беги тана ва дум қисмига ўсиб ўтиши ҳолатларида ташхислаш ва жарроҳлик даволаш усулларини ўрганишга бағишланган тадқиқот натижалари асосида қуйидагилар амалга оширилди:

биринчи илмий янгилик: илк бор меъда саратонининг меъда ости безига ўсиб киришини комплекс визуал ва морфологик баҳолаш асосида ўсманинг паренхимага инвазия чуқурлигини операциягача ва интраоперацион аниқлаш мезонлари ишлаб чиқилиб, уларнинг морфологик инвазия даражаси билан ўзаро мувофиқлиги ҳамда жарроҳлик аралашуви ҳажмини дифференциал танлашдаги прогностик аҳамияти исботланганлиги Самарқанд давлат тиббиёт университети илмий кенгашининг 2024 йил 26 июндаги 11-сонли баённомаси билан тасдиқланган “Меъда саратонининг меъда ости безига ўсиб ўтиши диагностикаси ва хирургик давосини такомиллаштириш” мавзусидаги услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликлар натижалари 2024 йил 15 октябрдаги 155И-сонли буйруғи билан Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Жиззах филиали ва 2024 йил 21 октябрдаги -106И-сонли буйруғи билан марказнинг Қашқадарё филиали клиник амалиётига тадбиқ этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги илмий техник кенгашнинг 2025 йил 22 сентябрдаги 25/36-сонли хулосаси билан тасдиқланган). *Ижтимоий самарадорлиги* шундан иборатки, меъда саратонининг меъда ости безига ўсиб кириш ҳолатларида ПЭТ/КТ, МРТ ва интраоперацион УТТ маълумотларини морфологик натижалар билан таққослаб баҳолаш асосида инвазия чуқурлигини аниқлашнинг юқори ишончли алгоритми ишлаб чиқилди. Бу ўсманинг ҳақиқий тарқалиш даражасини операция вақтида аниқ баҳолаш, жарроҳлик ҳажмини индивидуал

танлаш, меъда ости беши паренхимасини асоссиз олиб ташлаш ҳолатларини камайтириш ва операциядан кейинги қандли диабет ҳамда ҳазм тизими бузилишлари хавфини пасайтириш имконини берди. Натижада беморларнинг узок муддатли функционал ҳолати ва ҳаёт сифати яхшиланишига эришилди. *Иқтисодий самарадорлиги* шундан иборатки, инвазия чуқурлигини аниқ баҳолаш асосида жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш орқали асоссиз кенгайтирилган операциялар сонини камайтириш имкони яратилди. Бу эса ҳар бир беморда операция ҳажмини камайтириш ҳисобига ўртача 1140000 сўмгача маблағ тежашга имкон берди. Шунингдек, меъда ости беши функциясини сақлаб қолиш ҳисобига операциядан кейин қандли диабет ривожланиш хавфи камайиб, амбулатор ва стационар даволаш харажатларини узок муддатда сезиларли қисқартириш имкони яратилди. *Хулоса:* меъда саратонининг меъда ости бешига ўсиб кириш ҳолатларида интраоперацион УТТ ва морфологик усуллар асосида инвазия чуқурлигини аниқ баҳолаш алгоритмининг амалиётга жорий этиш жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш, операция ҳажмини индивидуаллаштириш, меъда ости беши функциясини сақлаб қолиш, беморлар ҳаёт сифати ва узок муддатли функционал натижаларини яхшилаш имконини берди. Шу билан бирга, мазкур ёндашув ҳар бир беморни даволаш харажатларини ўртача 1140000 сўмгача камайтириш ҳамда операциядан кейин қандли диабет билан боғлиқ амбулатор ва стационар даволаш харажатларини узок муддатда сезиларли қисқартириш имконини берди.

иккинчи илмий янгилик: меъда саратонининг меъда ости беши тана ва дум қисмига ўсиб ўтишида инвазия чуқурлиги 2 мм гача, кўндаланг ўлчами 1,5 см гача ва бўйлама тарқалиши 3 см гача бўлган ҳолатларда меъда ости беши паренхимасининг ясси резекциясини бажариш мезонлари ишлаб чиқилиб, ушбу аъзо сақловчи жарроҳлик усулининг R0-резекцияни таъминлаши, маҳаллий рецидив хавфини оширмаслиги ҳамда функциясини сақлаш имконини бериши асосланганлиги Самарқанд давлат тиббиёт университети илмий кенгашининг 2024 йил 26 июндаги 11-сонли баённомаси билан тасдиқланган “Меъда саратонининг меъда ости бешига ўсиб ўтиши диагностикаси ва хирургик давосини такомиллаштириш” мавзусидаги услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликлар натижалари 2024 йил 15 октябрдаги 155И-сонли буйруғи билан Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Жиззах филиали ва 2024 йил 21 октябрдаги -106И-сонли буйруғи билан марказнинг Қашқадарё филиали клиник амалиётига тадбиқ этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги илмий техник кенгашнинг 2025 йил 22 сентябрдаги 25/36-сонли хулосаси билан тасдиқланган). *Ижтимоий самарадорлиги* шундан иборатки, меъда саратонининг меъда ости беши тана ва дум қисмига ўсиб ўтиш ҳолатларида паренхимани ясси резекция қилиш учун эхосонографик, клиник ва морфологик кўрсатмалар тизимининг ишлаб чиқилиши ўсманинг ҳақиқий тарқалиш чегараларини аниқ баҳолаш ва жарроҳлик ҳажмини мақсадли танлаш имконини берди. Бу меъда ости беши тўқимасини максимал сақлаб қолиш, операциядан кейинги қандли диабет ва ҳазм тизими ферментатив

етишмовчилиги хавфини пасайтириш, операция травматизмини камайтириш ҳамда беморларнинг узок муддатли функционал натижалари ва ҳаёт сифатини яхшилашга хизмат қилди. *Иқтисодий самарадорлиги* шундан иборатки, паренхимани ясси резекция қилиш усулини танлаб қўллаш орқали асоссиз кенгайтирилган дистал гемипанкреатэктомия ва спленэктомия операцияларини қисқартириш имкони яратилди. Бу ҳар бир беморда операция ҳажмини камайтириш ҳисобига ўртача 1140000 сўмгача маблағ тежашга имкон берди. Шунингдек, меъда ости беzi функциясини сақлаб қолиш ҳисобига операциядан кейин қандли диабет ривожланиши эҳтимоли пасайиб, амбулатор ва стационар даволаш харажатларини узок муддатда камайтириш имкони пайдо бўлди. *Хулоса:* Меъда саратонининг меъда ости беzi тана ва дум қисмига ўсиб ўтиш ҳолатларида паренхимани ясси резекция қилиш учун ишлаб чиқилган кўрсатмаларни амалиётга жорий этиш жарроҳлик тактикасини индивидуаллаштириш, операция травматизмини камайтириш ва меъда ости беzi функциясини сақлаб қолиш имконини берди, бу эса беморлар ҳаёт сифати ва узок муддатли функционал натижаларини яхшилашга хизмат қилди. Мазкур ёндашувни қўллаш ҳар бир беморни даволаш харажатларини ўртача 1140000 сўмгача камайтириш ҳамда операциядан кейин қандли диабет билан боғлиқ даволаш харажатларини узок муддатда камайтириш имконини таъминлади.

учинчи илмий янгилик: меъда саратонининг меъда ости беzi тана ва дум қисмига ўсиб ўтишида гастропанкреатоспленик комплексни ягона блокда мобилизация қилишнинг анатомик-топографик тамойиллари асосланиб, комбинирланган гастрэктомия ва дистал гемипанкреатэктомиyani бажаришнинг такомиллаштирилган босқичма-босқич усули ишлаб чиқилган ҳамда унинг радикал лимфодиссекция ва ўсмани моноклок тарзда олиб ташлаш учун оптимал жарроҳлик шароитини таъминлаши исботланганлиги Самарқанд давлат тиббиёт университети илмий кенгашининг 2024 йил 26 июндаги 11-сонли баённомаси билан тасдиқланган “Меда саратонининг меда ости беzига ўсиб ўтиши диагностикаси ва хирургик давосини такомиллаштириш” мавзусидаги услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликлар натижалари 2024 йил 15 октябрдаги 155И-сонли буйруғи билан Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Жиззах филиали ва 2024 йил 21 октябрдаги -106И-сонли буйруғи билан марказнинг Қашқадарё филиали клиник амалиётига тадбиқ этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги илмий техник кенгашининг 2025 йил 22 сентябрдаги 25/36-сонли хулосаси билан тасдиқланган). *Ижтимоий самарадорлиги* шундан иборатки, комбинирланган гастрэктомия ва дистал гемипанкреатэктомия амалиёти техник босқичларининг такомиллаштирилиши операция вақтида меъда ости беzi тўқимасининг шикастланиш хавфини камайтириш, қон йўқотиш ҳажмини пасайтириш ва эндо- ҳамда экзокрин функцияларни сақлаб қолиш имконини берди. Бу операциядан кейинги асоратлар частотасини камайтириш, реабилитация жараёнини енгиллаштириш ва беморлар ҳаёт сифатини яхшилашга хизмат

қилди. *Иқтисодий самарадорлиги* шундан иборатки, операция техникасини такомиллаштириш ҳисобига операция вақтидаги ўртача қон йўқотиш 260 ± 20 мл дан 15–20 мл гача камайди, бу трансфузион даволаш ва интенсив терапияга бўлган эҳтиёжни сезиларли қисқартириш имконини берди. Шунингдек, операция вақтининг 45–60 дақиқадан 18–20 дақиқাগача қисқариши натижасида анестезиологик ва стационар харажатлар камайди. Ушбу омиллар ҳисобига ҳар бир беморда операция ва операциядан кейинги даволаш билан боғлиқ умумий харажатлар ўртача 1140000 сўмгача камайтирилди. *Хулоса:* комбинирланган гастрэктомия ва дистал гемипанкреатэктомия амалиёти техник босқичларининг такомиллаштирилиши операция хавфсизлигини ошириш, қон йўқотиш ва операциядан кейинги асоратлар хавфини камайтириш, меъда ости беги функциясини сақлаб қолиш имконини берди. Ушбу ёндашувни амалиётга жорий этиш ҳар бир беморда операция ва операциядан кейинги даволаш харажатларини ўртача 1140000 сўмгача қисқартириш ҳамда стационарда даволаниш муддатларини камайтиришни таъминлади.

тўртинчи илмий янгилик: морфологик таҳлиллар асосида меъда ости безига ўсманинг чуқурлиги билан амалиётдан кейинги рецидивлар частотаси ўртасида узвий боғлиқлик мавжудлиги, яъни 2 мм дан ортиқ инвазия ҳолатларида гемипанкреатэктомия радикалликни таъминлайдиган ягона самарали усул эканлиги асосланганлиги Самарқанд давлат тиббиёт университети илмий кенгашининг 2024 йил 26 июндаги 11-сонли баённомаси билан тасдиқланган “Меъда саратонининг меъда ости безига ўсиб ўтиши диагностикаси ва хирургик давосини такомиллаштириш” мавзусидаги услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликлар натижалари 2024 йил 15 октябрдаги 155И-сонли буйруғи билан Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Жиззах филиали ва 2024 йил 21 октябрдаги -106И-сонли буйруғи билан марказнинг Қашқадарё филиали клиник амалиётига тадбиқ этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги илмий техник кенгашнинг 2025 йил 22 сентябрдаги 25/36-сонли хулосаси билан тасдиқланган). *Ижтимоий самарадорлиги* шундан иборатки, морфологик таҳлиллар асосида меъда ости безига ўсманинг инвазия чуқурлиги билан операциядан кейинги рецидивлар частотаси ўртасидаги боғлиқликни аниқлаш жарроҳлик тактикасини илмий асосда танлаш имконини берди. Инвазия 2 мм дан ортиқ бўлган ҳолатларда гемипанкреатэктомиyani қўллаш ўсма тўқимасини тўлиқ олиб ташлаш, локорегионар рецидивлар хавфини камайтириш ва касаллик прогрессиясини секинлаштиришга хизмат қилди. Бу беморларнинг узок муддатли натижаларини яхшилаш ва қайта операциялар эҳтимолини камайтириш имконини берди. *Иқтисодий самарадорлиги* шундан иборатки, инвазия чуқурлигини ҳисобга олган ҳолда радикал жарроҳлик ҳажмини танлаш операциядан кейинги рецидивлар, қайта жарроҳлик аралашувлари ва қўшимча адъювант даволаш харажатларини камайтириш имконини берди. Меъда ости беги функциясини сақлаб қолиш ҳисобига операциядан кейин қандли диабет ривожланиши хавфи камайиб, амбулатор

даволаш харажатларидан ўртача 92300000 сўм, стационар даволаш харажатларидан ўртача 108000000 сўм тежаш имкони яратилди. Узоқ муддатли кузатувда умумий иқтисодий самара бир бемор ҳисобига 200 млн сўмдан ортиқ маблағни ташкил этиши мумкин. **Хулоса:** Инвазия чуқурлиги 2 мм дан ортиқ бўлган ҳолатларда гемипанкреатэктомиyani танлашга асосланган ёндашувни амалиётга жорий этиш жарроҳлик радикаллигини таъминлаш, рецидивлар хавфини камайтириш ва беморларнинг узоқ муддатли натижаларини яхшилаш имконини берди. Мазкур ёндашувни қўллаш натижасида операция ва операциядан кейинги даволаш билан боғлиқ харажатларни камайтириш, шунингдек қандли диабет профилактикаси ҳисобига бир беморда узоқ муддатда 200 млн сўмдан ортиқ иқтисодий самарага эришиш имкони яратилди.

А.Х.Меликуловнинг «**Меъда саратонинг меъда ости безига ўсиб ўтиши диагностикаси ва хирургик давосини такомиллаштириш**» мавзусидаги диссертация тадқиқотида олинган юқоридаги 4 та илмий янгилик бошқа соғлиқни сақлаш муассаларига жорий этиш бўйича Самарқанд давлат тиббиёт университетининг 2025 йил 2 сентябрдаги 11013– сон хати билан соғлиқни сақлаш вазирлигига тақдим этилган.

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

Тадқиқот натижаларининг нашр этилганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 11 та илмий иш нашр этилган, шу жумладан 5 та мақола, улардан 3 та республика ва 2 та халқаро журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда эълон қилинган.

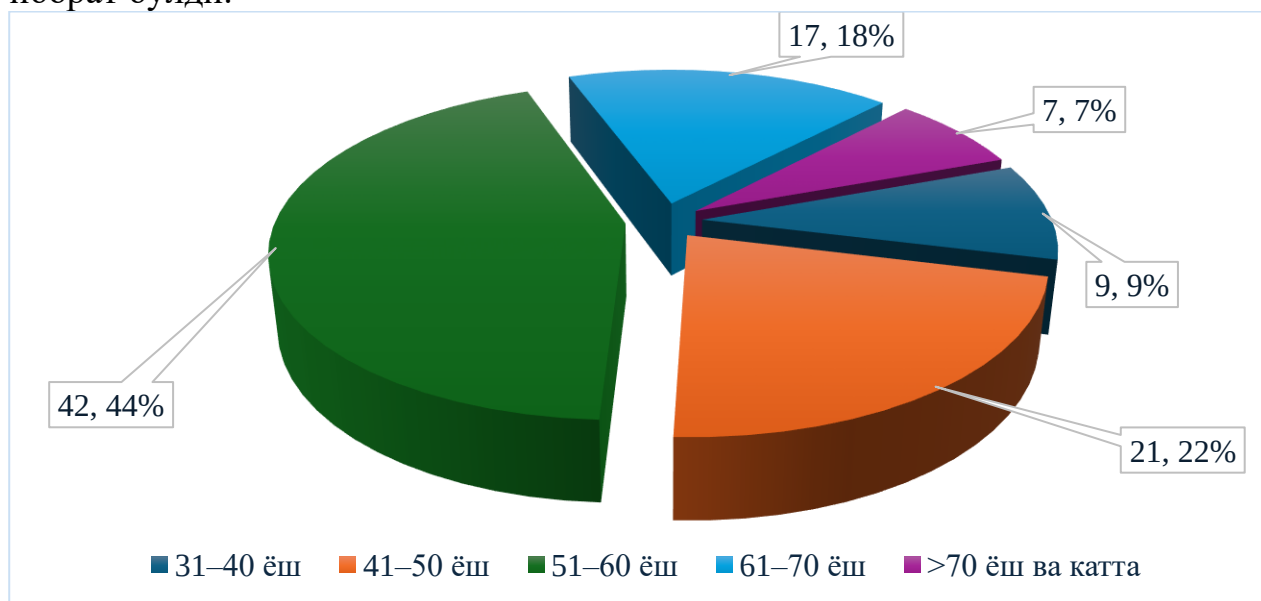
Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурлиги атрофлича асослаб берилган. Мавзу Ўзбекистон Республикаси фан ва технологияларни ривожлантириш устувор йўналишларига тўлиқ мос келади, бу эса миллий илмий-технологик тараққиёт нуктаи назаридан унинг стратегик аҳамиятини белгилайди. Тадқиқот жараёнида мақсад ва вазифалар аниқ шакллантирилган, шунингдек, ўрганиш объекти, предмети ҳамда усуллари илмий асосда белгиланган. Бу ҳолат тадқиқот жараёнини тизимлаштириш, унинг методологик яхлитлигини ва натижаларнинг ишончлилигини таъминлаш имконини берган. Тадқиқотнинг илмий янгиликлари, уларнинг амалиётга жорий этилиши, ишнинг амалий аҳамияти ҳамда диссертациянинг структураси қисқача баён этилган.

Диссертациянинг «Маҳаллий тарқалган меъда саратонини жарроҳлик йўли билан даволашга оид илмий манбалар таҳлили (замонавий адабиётлар шарҳи)» деб номланган **биринчи бобида** меъда саратонининг эпидемиологияси, морфологик хусусиятлари ва клиник классификациялари бўйича замонавий манбалар таҳлил қилинган. Меъда саратонининг меъда ости безига ўсиб кириш патогенези, ўсимта-инвазия механизмлари ва уларни аниқлашда қўлланиладиган инструментал усуллар (УТТ, МСКТ, МРТ, ПЭТ-КТ)нинг диагностик аҳамияти илмий манбалар асосида ёритилган. Шунингдек, маҳаллий тарқалган меъда саратонида радикал ва паллиатив жарроҳлик амалиётлари бўйича дунё тажрибаси таҳлил қилиниб, гемипанкреатэктомия, спленэктомия ва ясси резекция каби комбинирланган усулларнинг афзал ва камчилик жиҳатлари қиёсий ўрганилган. Бобда замонавий нурли диагностика ва функционал визуализация технологияларининг имкониятлари, уларнинг операциягача бўлган босқичдаги аҳамияти ҳамда операция ҳажмини белгилашдаги ролига алоҳида эътибор қаратилган. Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, меъда ости безига ўсиб ўтган ўсмаларни ташхислашда комплекс инструментал ёндашув ва аъзо сақловчи жарроҳлик амалиётларини такомиллаштириш долзарб илмий йўналиш ҳисобланади.

Диссертациянинг «**Меъда ости безига ўсиб ўтган меъда саратони билан беморларнинг клиник тавсифи ва тадқиқот усуллари**» деб номланган **иккинчи бобида** тадқиқотда қўлланган материаллар ва текшириш усуллари баён этилган. Ушбу тадқиқот меъда саратони ўсма жараёни меъда ости безининг тана ва дум қисмига ўсиб кирган 96 нафар беморнинг архив маълумотларини ретроспектив таҳлил қилиш асосида олиб борилди. Тадқиқотнинг мақсади — меъда саратонининг меъда ости безига ўсиши билан кечувчи ҳолатларда клиник хусусиятлар, ташхис ва даволаш тактикаси самарадорлигини аниқлаш ҳамда хирургик ёндашувни такомиллаштиришдан иборат бўлди.



1-расм. Беморларнинг ёш бўйича тақсимооти

Беморлар 2014–2020 йилларда РИОваРИАТМ Самарқанд филиалининг торакабдоминал жарроҳлик бўлимида даволанган. Барча ҳолатларда касаллик pT4bN1–2M0 тоифасига мансуб бўлиб, ўсма меъда ости бези паренхимасига инвазия қилган. Ёш бўйича таҳлилда касаллик кўп ҳолларда 50–60 ёш оралиғида кузатилган; жинсий тақсимот бўйича эркеклар 66,7%, аёллар 33,3% ни ташкил этган.

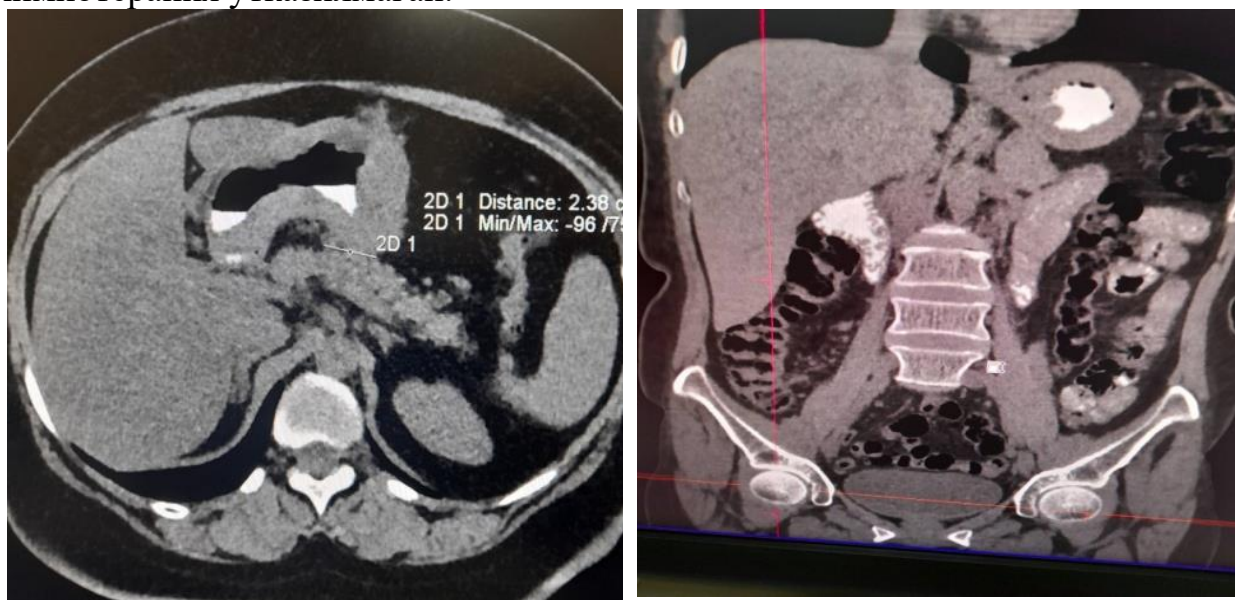
Таҳлил қилинган беморларнинг 61,5% қишлоқ аҳолиси, 38,5% шаҳар аҳолиси бўлиб, бу ҳолат меъда саратони ривожланишида экологик ва турмуш тарзи омилларининг аҳамиятини кўрсатади. Беморлар ўсманинг меъда ости безига инвазия даражасига кўра икки гуруҳга ажратилди:

— I гуруҳ (46 нафар) — ўсиш чуқурлиги 5 мм дан ортиқ, кенглиги 1,5 см дан зиёд бўлган ҳолларда гемипанкреатэктомия ва спленэктомия билан комбинирланган гастрэктомия;

— II гуруҳ (50 нафар) — чуқурлиги 1–3 мм гача бўлган ҳолларда меъда ости безининг ясси резекцияси билан гастрэктомия амалга оширилган.

Барча беморларда операциягача анемия (47,5%), субкомпенсацияланган стеноз (37%) ва III–IV даражали дисфагия (15,5%) аниқланган. Неoadъювант терапия ўтказилмаган, операция тўғридан-тўғри амалга оширилган. Гистологик таҳлилда ўсмаларнинг асосий қисми (84,4%) турли даражада дифференциаллашган аденокарцинома эканлиги қайд этилган.

Адъювант даволаш сифатида беморларнинг 84,4% қисмида FLOT схемаси бўйича системали химиотерапия ўтказилган: 81,5% — 4 курс, 18,5% — 6 курс. Қолган 15,6% беморларда операциядан кейинги асоратлар сабабли химиотерапия ўтказилмаган.



2-расм. Компютер томографияда ўсмани меъда ости бези тана ва дум қисмига ўсиб ўтишини кўриниши

Ўсмаларнинг жойлашиши бўйича таҳлилда меъданинг ўрта қисми зарарланиши 59,4% ҳолларда учрагани аниқланди. Тадқиқот доирасида фиброэзофагогастроскопия, УТТ, контрастли КТ, ПЭТ-КТ, лапароскопия ва

морфологик таҳлиллار каби усуллардан фойдаланилди. Барча ҳолатларда ташхис гистологик жиҳатдан тасдиқланган.

Барча беморларда ташхисни аниқлаш ва даволаш тактикасига ойдинлик киритиш мақсадида комплекс текширув дастури қўлланилди. Тадқиқотда физикал, лаборатор, эндоскопик ва нурли диагностика усуллари мажмуаси ишлатилди. Улар қаторига эзофагогастроуденоскопия, қорин бўшлиғи УТТ ва доплерография, контрастли кўп қатламли спирал КТ (2-расм), ПЭТ/КТ, диагностик лапароскопия ҳамда интраоперацион ультратовуш текшируви (ИОУТТ) киради. Ушбу усуллар меъда ости безига ўсиш чуқурлиги, ўсманинг чегаралари ва атроф тўқималар билан муносабатини аниқлашда катта ахборотлиликка эга бўлди.

Морфологик ва иммунфермент таҳлиллار орқали ўсманинг тузилиши, дифференциаллашув даражаси ҳамда биомаркерлар экспрессияси аниқланди. Асосий ўсма маркерлари сифатида СА72.4, РЭА ва СА19.9 белгиланди. Улар комплекс равишда қўлланилганда ташхиснинг ишончилиги ва терапия самарадорлигини баҳолаш имконияти ошди.

Беморларнинг умумий ҳолати ECOG–ВОЗ шкаласи ва Карновский индекси асосида баҳоланди. ECOG 0–1 баллли беморлар жарроҳликка яроқли, 3–4 балллилар эса паллиатив даволаш гуруҳига киритилди. Ўртача ҳолатдаги беморларга операциягача тайёргарлик 5–7 кун давомида нутритив ва электролит мувозанатни тиклаш билан амалга оширилди.

Компьютер томографияси Siemens Somatom AR TX аппаратида 5 мм кесимда бажарилиб, меъда, меъда ости беzi, жигар, талоқ ва атроф анатомик тузилмалар ҳолати баҳоланди. Контрастли КТ ўсманинг чуқурлиги, узунлиги ва кенглигини аниқлаш ҳамда операция ҳажмини белгилашда ҳал қилувчи аҳамият касб этди.

Интраоперацион УТТ меъда орқа девори ва меъда ости беzi тузилмаларига ўсиш чуқурлигини баҳолашда самарали бўлиб, операция ҳажмини оптималлаштириш имконини берди. Диагностик лапароскопия эса ўсманинг тарқалиш даражаси ва морфологик материал олиш учун қўлланилди.

Таҳлил натижаларига кўра, меъда саратонининг меъда ости беziга ўсишини баҳолашда ИОУТТ ва контрастли КТ биргаликда қўлланилганда аниқлик ва радикал жарроҳлик режалаштириш самарадорлиги анча ошгани исботланди.

96 беморда меъда саратонининг меъда ости беzi танаси ва думига инвазияси ретроспектив таҳлил қилинди. Ташхис стратегияси эндоскопия, УТТ/УЗДГ, контрастли МСКТ, ПЭТ/КТ, диагностик лапароскопия ва интраоперацион УТТнинг комплекс қўлланишига асосланди. Инвазия параметрлари (чуқурлик, кенглик, узунлик)га кўра икки гуруҳ ажратилди:

Бобда меъда саратони ва ўсманинг меъда ости беzi тана ва думига ўсиб кириши ҳолатида даволаш усуллариининг тавсифи берилган.

Юқоридаги текширувлар ва олинган натижалар асосида меъда саратонининг меъда ости беzi тана ва думига ўсиб кириши ҳолатлари чуқурлиги, кенглиги ва узунлигига қараб 2 гуруҳга бўлинди:

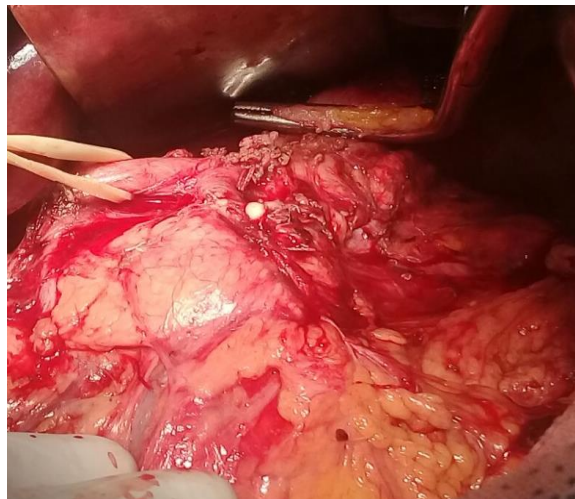
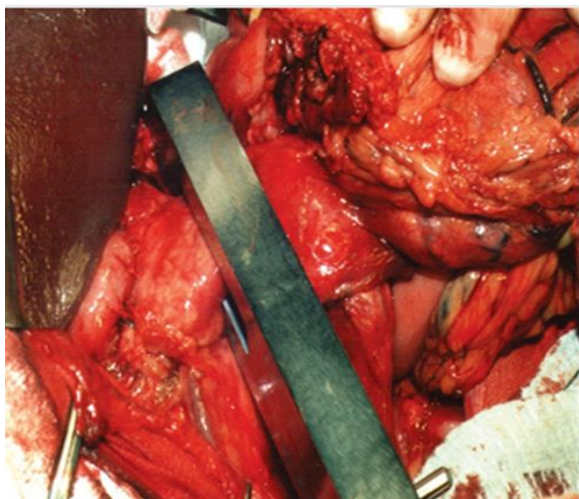
I гуруҳ: 46 (47,9%) беморда ўсманинг чуқурлиги 3 мм дан ортиқ, кенглиги 1,5 см дан ортиқ, узунлиги 3 см дан ортиқ бўлган. Барча беморларга комбинациялашган гастрэктомия, дистал гемипанкреатэктомия ва спленэктомия амалга оширилди.

II гуруҳ: 50 (52,1%) беморга комбинациялашган гастрэктомия ва меъда ости безияси резекцияси ўтказилди. Ўсманинг чуқурлигига қараб II гуруҳ яна 2 кичик гуруҳга бўлинди:

II А гуруҳ: 28 (56%) беморда чуқурлик 1–2 мм, кенглик 1,5 см гача, узунлик 3 см гача бўлган.

II Б гуруҳ: 22 (44%) беморда чуқурлик 3 мм, кенглик 1,5 см гача, узунлик 3 см гача бўлган.

I гуруҳ беморларда ўсма меъда ости беи тана ва думига ўсиб кирган ҳолатларда барча беморларга комбинирлашган гастрэктомия, дистал гемипанкреатэктомия ва спленэктомия амалга оширилди. (3-расм).



3-расм. Гастрэктомия билан бирга дистал гемипанкреатэктомия ва спленэктомия билан амалга оширилган операция ҳажми кўриниши.



4-расм. Меъда ости безининг яси резекциясидан кейинги ишлов берилган чўлтоғи ҳолати.

2-гурӯх беморларда ўсманинг меъда ости безининг тана ва дум қисмига ўсиши ҳолатида барча беморларга комбинир гастрэктомия меъда ости беэсси резекция усулида амалга оширилди.

Шу билан бирга, 2а-гурӯхдаги 28 нафар беморда микроскопик текширув натижасида ўсманинг қолдиқ элементлари (R1) аниқланмади. 2б-қўшимча гурӯхда эса 6 нафар беморда микроскопик даражада ўсманинг қолдиқлари (R1) аниқланди.

Радикаллик «R» критерийлари бўйича баҳоланди: R0 — қолдиқ ўсма йўқ, R1 — микроскопик қолдиқ, Rx — баҳолаш етарли эмас. Интраоперацион топилмалар резекция чегараларининг морфологик текшируви билан мос ҳолда тасдиқланди.

Тадқиқотда олинган клиник ва лаборатор маълумотлар SPSS ва Statistica дастурларида биостатистик таҳлил қилинди. Натижалар ўртача қиймат (M), стандарт огиш (SD) ва фоиз (%) шаклида ифодаланди. Гурӯхлар ўртасидаги фарқларни баҳолашда Стьюдентнинг t-тести, хи-квадрат (χ^2) ва Фишернинг аниқ тести қўлланилди. Барча ҳисобларда $p < 0,05$ қиймати статистик аҳамиятли деб қабул қилинди.

Диссертациянинг «**Меъда саратони меъда ости безининг тана ва дум қисмига ўсиб ўтганда комбинирлашган гастрэктомия, дистал гемипанкреатэктомия ва спленэктомия усулини такомиллаштириш**» деб номланган **учинчи боб**да маҳаллий тарқалган меъда саратонида кўшни тузилмаларга ўсманинг ўсиб кириш даражасини, шунингдек унинг меъданинг турли қисмларида ўсманинг локализациясига, макроскопик ўсиш турига ва гистопатологик дифференциацияга боғлиқлигини баҳоланган.

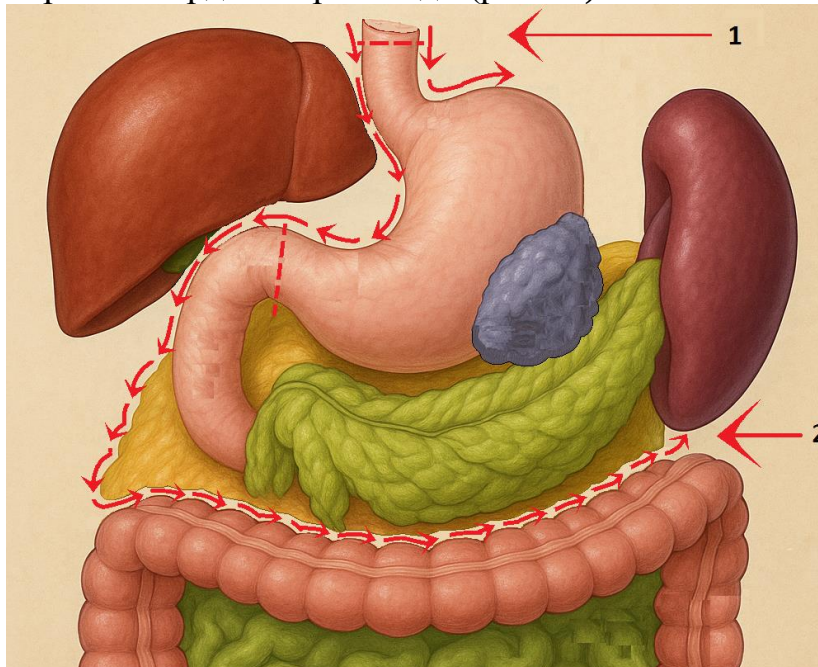
Ушбу бобда Локал ва маҳаллий тарқалган меъда саратонини даволаш самарадорлигини ошириш шартларидан бири резектабелликни ошириш, яъни ҳатто жарроҳлик аралашув ҳажми катталашган ҳолларда ҳам радикал операцияларни амалга ошириш ҳисобланади. Комбинирлашган операцияларга асосий кўрсатма — бу ўсманинг атроф аъзолар ёки анатомик тузилмаларга кўз билан кўриладиган даражада ўсиб кириши ва узоқ метастазлар ёки қорин бўшлиғида ўсма ўсишининг йўқлиги ҳисобланади.

Биз томонимиздан меъда саратонининг меъда ости безига ўсиб ўтган ҳолатларида гастрэктомия вақтида чап томонлама мобилизация ва лимфодиссекция усули ишлаб чиқилди ва таклиф этилди.

Тақдим этилаётган усулнинг моҳияти шундаки, кенгайтирилган гастрэктомия жараёни чап томондан бошлаб меъдани мобилизация қилишдан бошланади. Аввало меъданинг катта эгри чизиғи ўнгдан чапга йўналишда мобилизация қилинади, катта чарви кўндаланг чамбар ичакдан ажратиб қесилади — бу жараён талоқ бурчагидан пилорик соҳагача бўлган масофани қамраб олади.

Сўнгра диафрагма билан талоқ бурчаги ўртасидаги боғлам кесилади ва талоқ-диафрагмал, шунингдек, меъда-диафрагмал боғламлар кесиб ўтилади. Талоқ-диафрагмал боғлам кесилгандан сўнг ва меъда таги мобилизация қилинганидан кейин меъда-диафрагмал боғлам аниқ кўринади ва у қайчилар ёрдамида икки қўлга олинган қисқич орасида кесиб ажратилади.

Операциянинг кейинги босқичи қизиўнгачнинг абдоминал қисмини мобилизация қилишдан иборат. Меъда пастга тортилади ва кардиоэзофагеал соҳаси устидаги қорин пардаси кесилади, тупфер ёрдамида парда юқорига ажратилади ва қизиўнгачнинг абдоминал қисми аниқлаштирилади. Қизиўнгач 6–8 см узунликда ажратилади ва икки та G-симон қисқич орасида кесилади. Кейин кичик чарви жигардан ажратилади (расм 5).



5-расм. Такмиллаштирилган мобилизация ва лимфодиссекция босқичлари.

1 – Катта чарви ўнгдан чапга томон мобилизация қилинади, сўнгра кичик чарви, диафрагма-қизиўнгач боғлами мобилизация қилинади. 2 – Қизилўнгач резекция қилинади.

Меъдани мобилизация қилишда энг муҳим босқич — меъда-панкреатик боғлам ва унинг орқали ўтувчи томирларни кесиб ўтишдир. Бу боғламни аниқлаш учун жарроҳ меъдани ўзи томон ва чапга, жигарни ўнгга, меъда ости безини эса пастга тортади.

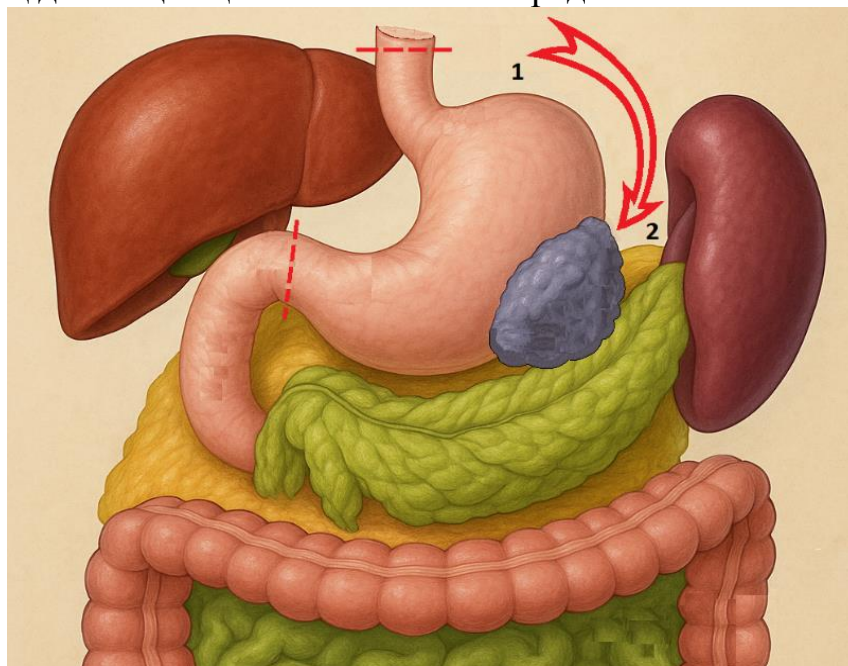
Узун пинцет ёрдамида меъда-панкреатик боғлам четидан ушланади, боғлам кесилади ва қисқичлар орасида чап меъда венаси боғланади. Кейин чап меъда артерияси ажратилади, боғланади ва кесиб ўтилади. Қайчилар ёрдамида *truncus coeliacus* дан чапда жойлашган тўқима ва лимфа тугунлари препаратга ажратиб ўтказилади. Кейин *truncus coeliacus* тўлиқ скелетизация қилинади. Жигар артериясининг олд қисми ва ортидаги лимфа тугунлари лимфодиссекция қилинади. Диссекция ўнгдан чапга томон амалга оширилади.

Мобилизация жараёнида «меъда ости бези–талок» комплекси операция майдонига олиб чиқилади ва бу пайтда меъда саратонининг меъда ости безига ўсиб кирган қисми аниқ кўринади. Меъда ости безининг тана ва дум қисмидаги инвазия даражаси баҳоланади ҳамда резекция ҳажми белгиланади (расм 6).

Кейинги босқичда талок артерия ва венаси боғланади, спленэктомия ва меъда ости бези резекцияси барча тўқима ва талок дарвозасининг лимфа

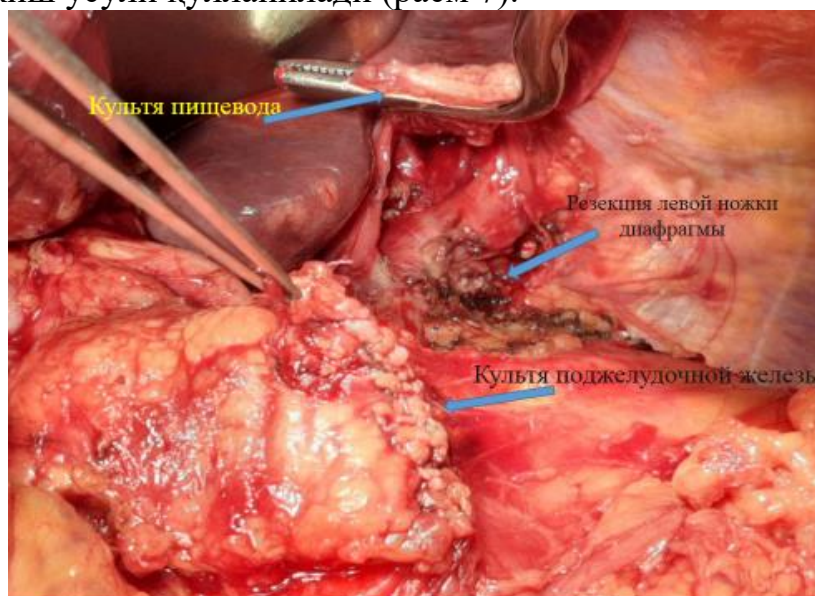
тугунлари, талоқ артерия ва венаси бўйлаб ва ретропанкреатик ҳудудда амалга оширилади. Зарурият бўлганда лимфодиссекция парааортал соҳагача кенгайтирилади.

Чап томонлама мобилизация усули *truncus coeliacus* ва ретропанкреатик ҳудуд, айниқса, юқори қисмларда, чап парааортал соҳада лимфа тугунларини аниқ ва тўлиқ диссекция қилиш имконини беради.



6-расм. Ўсма ўсган сохани ревизия қилиш.

Меъда ости безининг тузилишига қараб, унинг шарсимон шаклларда чўлтоқни қўл билан тикиш, лентасимон шаклларда эса махсус аппарат ёрдамида тикиш усули қўлланилади (расм 7).



7-расм. Меъда ости беги чўлтоғи резекциядан кейин

Операциянинг кейинги босқичи — қизиўнғач-ичак аностомозини қўйишдан иборат.

Бу методика операция вақти ва қон йўқотиш ҳажмини қисқартиради, ретропанкреатик ва парааортал лимфа тугунларини тўлиқ ажратишни

осонлаштиради ҳамда меъда ости беzi шикастланиш хавфини камайтиради. Ясси резекция ҳажми ўсма инвазия даражасига қараб белгиланади: чуқурлиги <3 мм бўлганда — аргон-плазмали коагуляция ва висцерал қорин парда ёрдамида дефект ёпилади; чуқур ва кенг ўсиш ҳолатларида — гемипанкреатэктомия амалга оширилади.

Таклиф этилган усул операция давомийлигини ўртача 30 дақиқага қисқартириб, қон йўқотишни 290 мл дан 200 мл гача камайтирди, шунингдек, 10–11-группа лимфа тугунларининг тўлиқ лимфодиссекциясини таъминлади.

Диссертациянинг «**Меъда саратони меъда ости беzi тана ва дум қисмига ўсиб ўтган ҳолатларда комбинирлашган жарроҳлик даволаш натижалари**» деб номланган **тўртинчи бобида** ушбу бўлимдаги тадқиқотимиз мақсади — турли даволаш усуллари қиёсий таҳлил қилиш орқали самарадорлиги юқори ва оптимал бўлган усулни аниқлаш, ушбу усулни меъда саратони меъда ости беzi тана ва дум қисмига ўсиб ўтган ҳолларда даволаш учун тавсия этиш имкониятини ўрганишдан иборат бўлди.

Клиник тадқиқот 50 беморда бажарилган операциялар таҳлили асосида ўтказилди. Беморларнинг ёши 29–75 ёш (ўртача 59 ёш), 64 нафари (66,7%) эркак, 32 нафари (33,3%) аёл эди. Улар икки гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ (n=46) — гастрэктомия, дистал гемипанкреатэктомия ва спленэктомия; 2-гуруҳ (n=50) — гастрэктомия ва меъда ости безининг ясси резекцияси бажарилган беморлар.

Комбинациялашган операциялар дастлаб 1990-йилларда тавсифланган бўлиб, илк босқичларда улар юқори травматиклиги ва асоратлар кўплиги сабаб эҳтиёткорлик билан қўлланилган. Бироқ консерватив даво усуллариининг самарасизлиги туфайли, кейинчалик резекцион аралашувлар, ҳатто паллиатив мақсадда ҳам афзал деб топилди.

2014–2020 йилларда 46 беморда меъда саратонининг меъда ости беzi тана ва дум қисмига ўсиб кирган ҳолатларида бажарилган операциялар таҳлил қилинди. Барча операциялар юқори ўрта лапаротомия орқали амалга оширилди. Гистологик таҳлил натижасида беморларнинг 67,3% (31 нафар)ида ўсманинг қўшни аъзоларга (T4) ўсиб кириши аниқланди. Комбинациялашган операциялар вақтида 1–4 та қўшни аъзолар резекция қилинди, меъда ости беzi резекцияси эса унинг ўсма билан яқин бирикмаси сабабли амалга оширилди.

Беморлар анъанавий ва такомиллаштирилган мобилизация усули бўйича қиёсий баҳоланди. Ўртача операция вақти 190 дақиқа (170–255 дақ.), қон йўқотиш 280 мл (100–780 мл)ни ташкил этди. Операциядан кейинги асоратлар Calvin–Dindo классификацияси бўйича баҳоланди.

Асоратлар 21,7% (10 бемор)да кузатилди: операциядан кейинги панкреатит — 4 беморда, панкреатик оқма — 3, реактив плеврит — 4, қон кетиш 1, ичак парези ва нафас ёки юрак-қон томир етишмовчилиги — ҳар бири 1 беморда.

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, такомиллаштирилган мобилизация усули анъанавий усулга нисбатан операция вақти ва қон йўқотишни камайтирди ҳамда операциядан кейинги асоратлар частотасини пасайтиришга хизмат қилди.

Меъда саратонининг меъда ости безига ўсиб кирган ҳолларида II гуруҳга кирувчи 50 (52,1%) беморда комбинациялашган гастрэктомия ва меъда ости безининг ясси резекцияси амалга оширилди. Ўсманинг чуқурлигига қараб беморлар икки кичик гуруҳга ажратилди: ПА гуруҳ — 28 беморда (56%) чуқурлик 1–2 мм, ПВ гуруҳ — 22 беморда (44%) чуқурлик 3 мм бўлган ҳолатлар.

Ясси резекция асосан ўсманинг меъда ости беги тўқимаси билан яқин битишмаси мавжуд бўлган беморларда қўлланилди. Беморларда операция самарадорлигини ошириш мақсадида меъдани мобилизация қилишнинг такомиллаштирилган усули ишлаб чиқилди. Бу усул ўсманинг чуқурлик даражасини аниқ баҳолаш, интраоперацион УТТ ёрдамида визуал назорат остида манипуляцияларни аниқ ва тежамли бажариш имконини берди.

Такимллаштирилган усул кадамма-кадам амалга оширилди: қорин бўшлиғини ревизия қилиш, қизилўнгач ва меъданинг мобилизацияси, катта ва кичик чарвиларни ажратиш, диафрагма ва жигар боғламларини кесиш, қизилўнгачни 4 см юқоридан резекция қилиш ҳамда замонавий электрорезекцион ускуналар ёрдамида меъда ости безининг чуқур қисмига ясси резекция бажариш босқичларидан иборат бўлди. Резекциядан сўнг меъда ости беги чўлтоғидан морфологик таҳлил учун қиринди биопсия олинди.

Таклиф этилган усулнинг афзалликлари шундаки, у ўсманинг инвазия даражасини аниқ баҳолаш, радикал резекцияни таъминлаш, ретропанкреатик ва парааортал лимфодиссекцияни енгиллаштириш имконини беради. Бу усулда операциянинг травматиклиги анча паст бўлиб, панкреатит ҳолатлари камайтирилди. Шу билан бирга, қон йўқотиш анъанавий усулга нисбатан ўртача 90 мл га камайди, операция вақти эса ўртача 30 дақиқага қисқарди.

1-жадвал

Меъда саратони меъда ости безига ўсиб ўтган беморларда операциядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичлари

Асорат	1- гуруҳ (n=46), abs (%)	2- гуруҳ (n=50), abs (%)	Пирсон χ^2		Леталлик		Пирсон χ^2	
					1- гуруҳ (n=46), abs (%)	2- гуруҳ (n=50), abs (%)		
Операциядан кейинги панкреатит	4(8,70)	3 (6,0)	0,258	0,707	0	0	СХ	
Панкреатик оқма	3 (6,52)	1 (2,0)	1,227	0,347	0	0	СХ	
Қон кетиш	0	1 (2,0)	0,930	1,000	0	0	СХ	
Реактив плеврит	4 (8,70)	2 (4,0)	0,902	0,422	0	0	СХ	
Ичак парези	1 (2,17)	0	1,098	0,479	0	0	СХ	
Тромбоэмболия	1 (2,17)	0	1,098	0,479	1 (2,17)	0	1,098	0,479
Пневмония + нафас етишмовчилиги	1 (2,17)	1 (2,0)	0,004	1,000	0	0	СХ	
Юрак етишмовчилиги	2 (4,35)	1 (2,0)	0,436	0,606	0	0	СХ	
Жами	16 (34,78)	9 (18,0)			1 (2,17)	0	СХ	

Изоҳ: СХ – статистика ҳисобланмайди.

Операция самарадорлиги R0 — яъни радикал резекцияга эришиш даражаси билан баҳоланди. 1-гурухда (n=46) барча беморларда ўсманинг макроскопик қолдиқ қисми аниқланмади (R0). 2-гурухда (n=50) амалга оширилган ясси резекция усули натижасида 2a кичик гуруҳдаги барча 28 беморда R0 (100%) натижа қайд этилди, 2b кичик гуруҳда эса 6 беморда микроскопик қолдиқ (R1) аниқланди (27,2%, $P<0,05$).

Операциядан кейинги асоратлар жами 25 беморда (26,0%) ривожланди. Улар 1-гурухда 16 беморда (34,7%) ва 2-гурухда 9 беморда (18,0%) кузатилди. Носпецифик асоратлар 1-гурухда 13 ва 2-гурухда 7 беморда, хирургик асоратлар эса мос равишда 3 ва 2 беморда қайд этилди (1-жадвал).

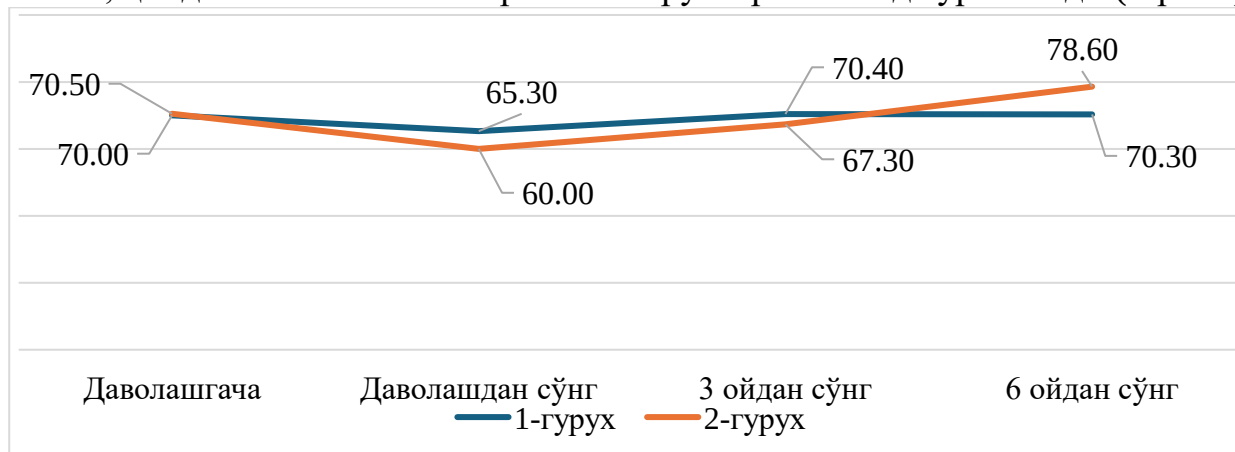
Clavien–Dindo классификацияси бўйича: енгил даражали (I–II) асоратлар — 68,7%, жарроҳлик аралашув талаб қилган (III) — 25%, ҳаёт учун хавфли ёки летал (IV–V) — 6,3%. Биринчи гуруҳда 1 беморда (2%) ўткир тромбоемболия сабабли ўлим қайд этилди, 2-гурухда летал ҳолат кузатилмади.

Анализ натижаларига кўра, операция ҳажмининг кенгайиши асоратлар ва леталлик кўрсаткичлари билан тўғридан-тўғри боғлиқ эмас. Аксинча, такомиллаштирилган усулда панкреатит ва панкреатик оқма ҳолатлари камроқ кузатилди (мувофиқ равишда 6% ва 2%), операция жараёнидаги шикастланиш даражаси эса сезиларли даражада камайди.

Шу тариқа, ясси резекцияни такомиллаштирилган усулда бажариш операциянинг хавфсизлиги ва радикаллигини таъминлаб, асоратлар частотасини камайтирди ҳамда беморларнинг эрта реабилитация имкониятини оширди.

Меъда саратони меъда ости беzi тана ва дум қисмига ўсиб кирган 95 беморда жарроҳлик даволашдан кейинги узоқ муддатли натижалар таҳлил қилинди. 1-гурухдаги 46 бемордан 1 нафари операциядан кейин вафот этган бўлиб, узоқ муддатли натижалар 45 беморда баҳоланди.

Беморларнинг субъектив ҳолати яхшиланиши даволаш самарадорлигининг муҳим кўрсаткичи сифатида баҳоланди. Ҳар бир беморда ҳаёт сифати Карновский ва ECOG шкалалари бўйича операциядан олдин ва кейин, ҳамда 3 ва 6 ойлик назорат текширувлари пайтида ўрганилди (8-расм).



8-расм. Карновский шкаласи бўйича беморларнинг ҳаёт сифати кўрсаткичлари.

Тадқиқот бошида ҳар икки гуруҳда фаоллик индекси ўртача $70,0 \pm 0,2\%$ ни ташкил этган. Комбинациялашган гастрэктомиядан сўнг фаоллик даражаси 1-гуруҳда $65,3 \pm 0,3\%$, 2-гуруҳда эса $60,4 \pm 0,2\%$ бўлди. 3 ойдан кейин бу кўрсаткичлар мос равишда $70,4 \pm 0,2\%$ ва $67,3 \pm 0,4\%$, 6 ойдан кейин эса $70,3 \pm 0,4\%$ ва $78,6 \pm 0,4\%$ ни ташкил этди. Бу маълумотлар комбинацияланган усулларда ҳаёт сифати ва реабилитация тезлигида маълум фарқ борлигини кўрсатди.

Комбинирлашган гастрэктомия ўтказилган 45 беморни кузатиш натижасида бир йиллик яшовчанлик кўрсаткичи $91,1\%$ (41 бемор) бўлди. Бир йил ичида 3 беморда саратоннинг прогрессияси (канцероматоз, асцит) ва 1 беморда юрак-нафас етишмовчилиги сабабли ўлим қайд этилди. 2-гуруҳда эса бир йиллик яшовчанлик $96,0\%$ (48 бемор) бўлиб, 2 бемор саратоннинг прогрессияси сабабли вафот этди.

2-жадвал

Гуруҳлар натижалари (n=96)

Курсаткичлар	I-гуруҳ (n=46)		II-гуруҳ (n=50)		Хи-квадрат Пирсона	
	abs	M±m,%	abs	M±m,%	χ^2	P
Бир йиллик яшовчанлик	42	$91,3 \pm 4,15$	47	$94 \pm 3,36$	0,902	0,422
Уч йиллик яшовчанлик	18	$39,13 \pm 7,2$	22	$44 \pm 7,02$	0,234	0,629
Бир йил ичида маҳаллий қайталаниш (ўсма диаметри)	0	-	4	$8 \pm 3,84$	0,545	0,679
Уч йил ичида маҳаллий қайталаниш (ўсма диаметри)	3	$6,52 \pm 4,59$	7	$14 \pm 4,91$	0,215	0,643
Бир йил ичида қандли диабет	4	$8,7 \pm 4,15$	0	0 ± 0	4,537	0,049
Уч йил ичида қандли диабет	11	$23,91 \pm 6,29$	0	0 ± 0	13,504	0,000
Беш йиллик яшовчанлик	6	$13,04 \pm 4,97$	7	$14 \pm 4,91$	0,019	0,891

Узоқ муддатли натижалар шундан далолат берадики, 1-гуруҳда 3 йиллик яшовчанлик $40,0 \pm 3,2\%$, 5 йиллик — $13,3 \pm 4,2\%$ бўлган. Кузатув медианаси 38 ой (12–72), умумий яшовчанлик медианаси 28 ой (95% ИИ 12–41), прогрессиягача бўлган вақт медианаси 27 ойни ташкил этди. 2-гуруҳда мос равишда 3 йиллик яшовчанлик $44,0 \pm 3,6\%$, 5 йиллик — $14,0 \pm 4,4\%$, медиана 39 ой (15–74), умумий яшовчанлик медианаси 30 ой ва прогрессиягача бўлган вақт 28 ой бўлди.

Маҳаллий-регионал қайталаниш асосан икки йўналишда кузатилди:

1. Қизилўнгач-ичак аностомози ҳудудида;
2. Меъда ости безига ўсиб кирган соҳада.

Бизнинг маълумотларга кўра, 1-гуруҳда аностомоз соҳасида қайталаниш кузатилмаган. Бироқ меъда ости беши чўлтоғи ҳудудида бир йил ичида қайталаниш кузатилмади ва уч йил ичида 3 (6,52%) беморда қайталаниш аниқланди. 2-гуруҳда эса бу кўрсаткич мос равишда 4 (8%) ва 7 (14%) беморда қайд этилди.

Анализ натижаларига кўра, қайталаниш асосан ўсманинг меъда ости безига 3 мм ва ундан чуқур инвазия қилган ҳолатларда кузатилган, 1–2 мм чуқурликда эса ҳеч бир беморда қайталаниш аниқланмаган.

Патоморфологик маълумотларга кўра, чуқур инвазия ҳолатларида ўсма меъда ости бези паренхимасидаги лимфа томирларига кириб, улар орқали тарқалиши натижасида маҳаллий рецидивлар пайдо бўлади.

Функционал асорат сифатида энг кўп учраган ҳолат — қандли диабет ривожланиши бўлиб, бу қарийб ярим меъда ости бези паренхимасининг резекция қилиниши билан боғлиқ. Бир йил ичида 4 (8,8%) беморда I тур қандли диабет аниқланди, қондаги глюкоза даражаси 7,8–9,7 ммоль/л гача кўтарилди. Уч йил ичида эса диабет ҳолатлари 11 беморда қайд этилди.

3-жадвал

Адьювант химиятерапия курслари сонига қараб яшовчанлик кўрсаткичлари

Адъювант химиятерапия курслари сони	Бемор со­ни	1 йиллик яшовчанлик		3 йиллик яшовчанлик		5 йиллик яшовчанлик	
		abs	M±m,%	abs	M±m,%	abs	M±m,%
ХХТ олганлар (1-гурух, n=83)							
• 2 курс	20	19	95±4,87	7	35±10,67	2	10±6,71
• 4 курс	41	38	92,68±4,07	20	48,78±7,81	8	19,51±6,19
• 6 курс	22	20	90,91±6,13	9	40,91±10,48	3	13,64±7,32
ХХТ олмаганлар (2-гурух, n=12)	12	12	100±0	4	33,33±13,61	0	0±0
p		χ ² Пирсона = 9,693; p = 0,021		χ ² Пирсона = 1,566; p = 0,667		χ ² Пирсона = 3,2573; p = 0,354	

Шу тариқа, ясси резекция усули радикалликни таъминлаган ҳолда асоратлар частотасини камайтиради, беморларнинг ҳаёт сифатини ва яшовчанлик кўрсаткичларини яхшилашга хизмат қилади.

Операциядан кейинги адьювант химиётерапиянинг вақт ва курс сонига боғлиқ яшовчанлик кўрсаткичлари таҳлил қилинди. Натижаларга кўра, адьювант ПХТ қўллаш беморларнинг яшовчанлигини сезиларли даражада оширгани аниқланди.

Адьювант химиётерапия 83 (87,4%) беморда амалга оширилган, чунки 1-чи гуруҳда 1 бемор операциядан кейин вафот этган, 4 бемор эса умумий ҳолатининг оғирлиги (анемия, сувсизланиш, юрак-нафас етишмовчилиги) туфайли ПХТ курси олиш имконига эга бўлмаган.

2-чи гуруҳда барча 50 беморга адьювант химиётерапия курслари келишилган ҳолда бажарилган. Полихимиётерапия схемасига кўра беморлар 2 кичик гуруҳга бўлинди:

- 1-чи гуруҳ (n = 76; 91,6%) – FLOT схемаси бўйича ПХТ;
- 2-чи гуруҳ (n = 7; 8,4%) – ELF схемаси (кекса ёшдаги ва нисбатан заиф беморлар учун мўлжалланган).

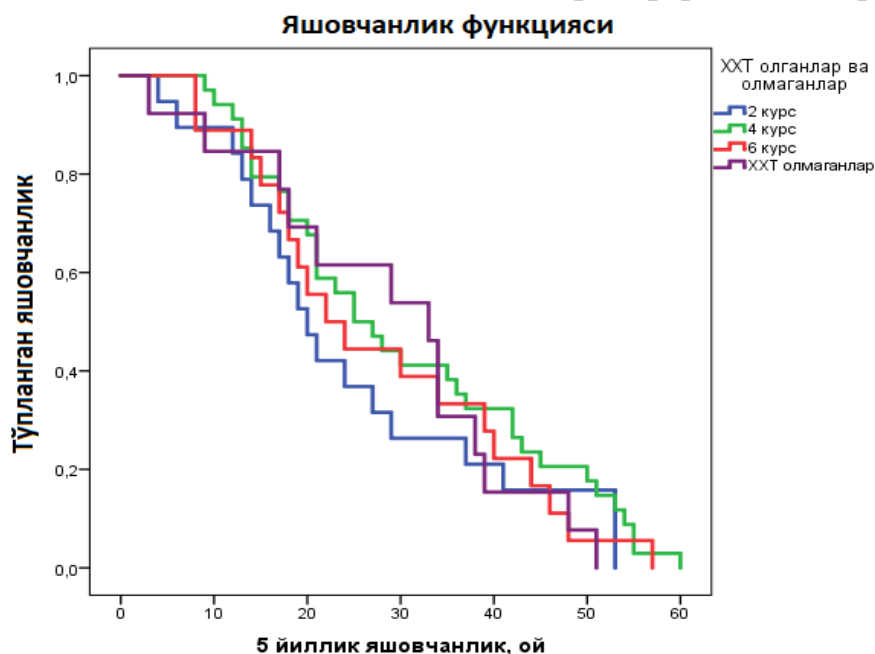
Жами ҳолда 83 (83,4%) беморга ПХТ олиб борилган. Полихимиётерапиядан воз кечган ёки саломатлик ҳолати туфайли ПХТ олиб борилмаганлар 12 (12,4%) беморни ташкил этган.

Каплан–Мейер (Kaplan–Meier) методи бўйича турли гуруҳларда бир йиллик яшовчанлик (кимё терапия курсларига қараб) таққосланди. 6 курс кимё

терапия олган беморлар энг юқори яшовчанлик кўрсаткичини намоён этди: 8 ойгача барча беморлар тирик бўлган, аммо 8-чи ойда яшовчанлик кўрсаткичи кескин пасайган. 4 курс кимё терапия олган беморларда яшовчанлик нисбатан яхшироқ бўлиб, 10 ойгача давом этган. 2 курс кимё терапия олган беморларда эса яшовчанлик кўрсаткичи 6 ва 4 курс гуруҳларига нисбатан паст бўлган. Кимё терапия олмаган беморларда эса яшовчанлик энг паст даражада қайд этилган.

Уч йиллик яшовчанлик кўрсаткичи бўйича таҳлил натижалари шундан далолат бердики, адъювант даволашнинг курс сонига қараб статистик жиҳатдан сезиларли фарқ ($p < 0,05$) аниқланган. Хусусан, 1-чи гуруҳда 2 курс ПХТдан кейин уч йиллик яшовчанлик 35,0% ни ташкил этган. 4 курсдан кейин бу кўрсаткич 43,9% гача, 6 курсдан кейин эса 45,4% гача ошган. 4 ва 6 курслар ўртасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқ мавжуд эмаслиги ($p > 0,05$) аниқланган.

ПХТ олмаган беморларда уч йиллик яшовчанлик 33,3% бўлиб, бу кўрсаткич 2 курс (35,0%), 4 курс (43,9%) ва 6 курс (45,4%) кимё терапия олган беморларникидан статистик жиҳатдан сезиларли фарқ қилган ($p < 0,05$).



9-расм. Каплан–Мейер (Kaplan–Meier) методи бўйича турли гуруҳларда беш йиллик яшовчанлик

Беш йиллик яшовчанлик кўрсаткичи 2 курсдан кейин 10,0%, 4 курсдан кейин 17,1% ва 6 курсдан кейин 18,2% ни ташкил этди. 1–2 ва 1–3 гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқ мавжуд эмас ($p > 0,05$). Бироқ 2 ва 4 курслар ўртасида беш йиллик яшовчанликда статистик жиҳатдан сезиларли фарқ аниқланган ($p < 0,05$) (9-расм).

Адъювант ПХТ ва фақат жарроҳлик даволаш натижалари қиёсий кўринишда (яшовчанлик қисман қисқача) келтирилган. 4 ва 6 курслар ўртасида 5-йиллик яшовчанлик мос равишда 17,1% ва 18,2% ни ташкил этиб, улар орасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқ аниқланмаган ($p > 0,05$).

Бу ҳолат 4 курсдан кейин адъювант ПХТ ўсма жараёнининг

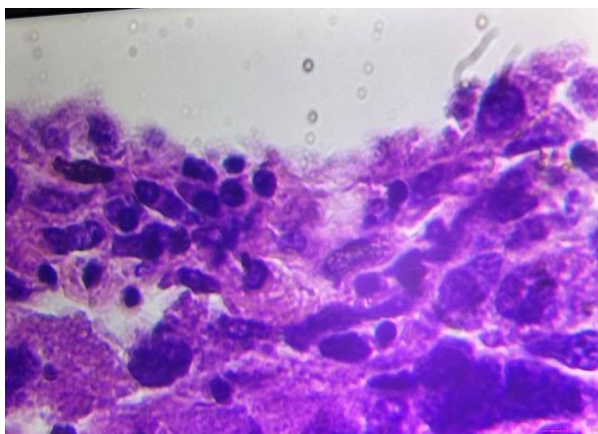
ривожланишини тўхтатиши ва уни стабиллаштириши мумкинлигини кўрсатади. Бироқ бизнинг маълумотларимизга кўра, бу беморларнинг умрини сезиларли даражада узайтирмайди. ПХТдан воз кечган 12 бемор орасида беш йилгача тирик қолган бирор бемор кузатилмади. Бу ҳолат адъювант ПХТнинг комбинир даволашнинг узоқ муддатли натижаларига ижобий таъсир кўрсатишини яна бир бор тасдиқлайди.

Кўрсатилган статистик натижаларга кўра, адъювант химиётерапиянинг 4 курсидан кейин бир, уч ва беш йиллик яшовчанлик мос равишда 95,1%, 43,9% ва 17,1% ни ташкил этган. Шу асосда, яшовчанликни яхшилашда кенгайтирилган жарроҳлик усуллари билан бир қаторда камида 4 курс адъювант химиётерапия ўтказиш муҳим омил ҳисобланади.

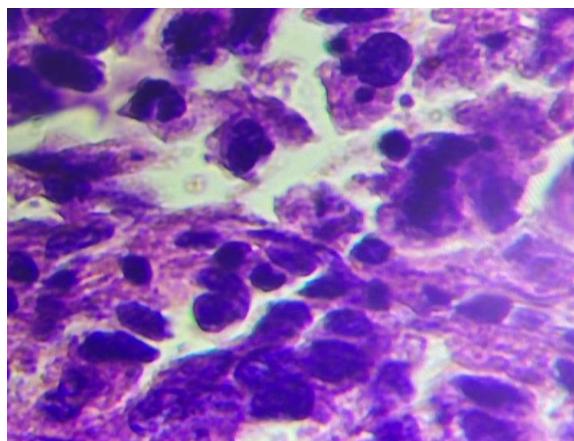
Меъда саратонининг меъда ости безига ўсиб ўтиш ҳолатларида гистологик блокларни ретроспектив ўрганиш.

Ушбу тадқиқотда меъда ости безига ўсиб кирган меъда саратони билан оғриган 96 беморнинг гистологик материаллари қайта таҳлил қилинди. Барча беморларда комбинирлашган гастрэктомия турли ҳажмдаги меъда ости бези резекцияси билан биргаликда бажарилган. Гистологик таҳлил натижалари ўсманинг меъда ости безига инвазия даражасига қараб икки асосий ва икки кичик гуруҳга ажратилди.

I–гуруҳ (46 бемор)да ўсма меъда ости безига 5 мм дан ортиқ чуқурликда кириб борган ҳолатлар қайд этилди. Бу беморларда меъда безларида гиперплазия, полиморфизм ва патологик митозлар билан бирга меъданинг барча қаватларига ўсма ҳужайралари инфильтрация қилгани аниқланган. МОБ тўқимасида периваскуляр шиш ва гемосидероз белгиларининг борлиги қайд этилди, аммо МОБ чўлтоғидан олинган биопсияда атипик ҳужайралар аниқланмади. Бу ҳолат ўсманинг радикал тарзда олиб ташланганини кўрсатди.



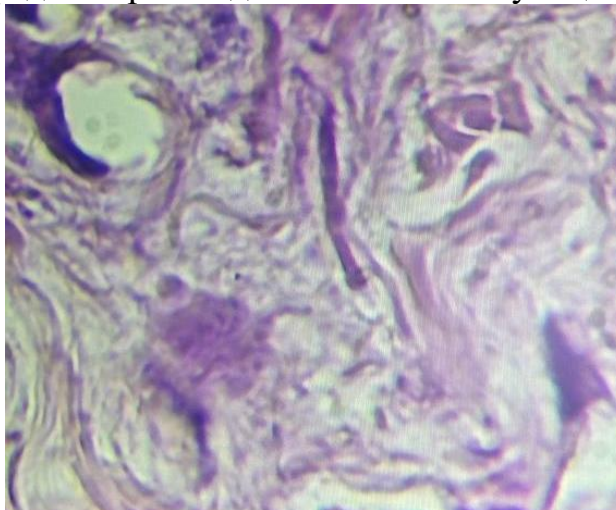
10-рasm. Периваскуляр ўсма, перицеллюляр ўсма, гемосидроз билан бирга бўлган меъда ости безининг пўстлоқ ва миясимон тўқималарига инвазив шикастланиш ҳолати.



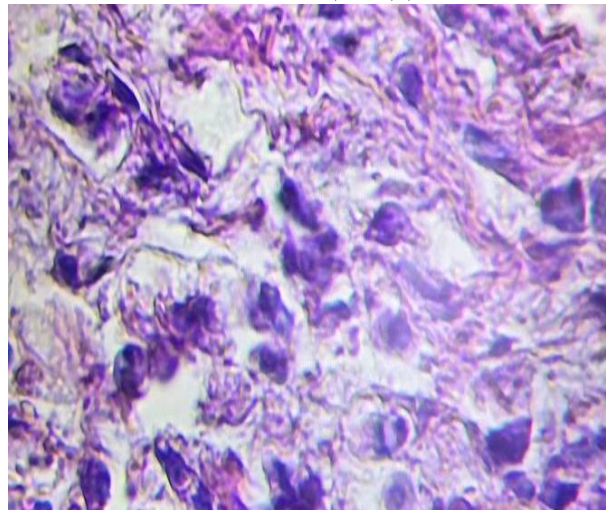
11-рasm. Меъда шиллиқ қавати аденокарциномасининг лимфа тугунларига метастазлари.

II–гуруҳ (50 бемор)да ўсманинг МОБга кириб бориш чуқурлиги бўйича 2 кичик гуруҳ ажратилди. ПА гуруҳда (28 бемор) инвазия 1–2 мм бўлиб, МОБ

тўқимасидан олинган биопсияларда атипик ҳужайралар аниқланмади. Бу ўсмани радикал равишда олиб ташлаш имконини берувчи ясси резекция усулининг мақбуллигини исботлади. IIБ гуруҳда (22 бемор) ўсма МОБга 3 мм чуқурликда кирган бўлиб, 6 беморда меъда ости беги чўлтоғидан олинган биопсияда (R1) даражада атипик ҳужайралар аниқланди. Бу ҳолатда ўсмани радикал равишда олиб ташлаш тўлиқ таъминланмагани аниқланди.



12-расм. Безсимон тузилмалар, майда ўлчамдаги гиперхром ҳужайралар, якка ҳолдаги патологик митозлар, микроскопик (R1) атипик ҳужайралар.



13-расм. Безсимон тузилмалар, майда ўлчамдаги гиперхром ҳужайралар, якка ҳолдаги патологик митозлар, микроскопик (R1) атипик ҳужайралар.

Тақдим этилган гистологик блокларни такроран ўрганиш натижасида I гуруҳдаги 50 нафар беморда меъда саратони меъда ости безига 3 мм дан ортиқ чуқурликда ўсиб кирган ҳолатларда лапаротомия, комбинирлашган гастрэктомия, дистал гемипанкреатэктомия ва спленэктомия амалга оширилди. Ушбу беморларнинг меъда ости беги чўлтоғидан кириш усули орқали олинган биопсия материалларида атипик ҳужайралар аниқланмади, бу эса ўсманинг радикал тарзда тўлиқ олиб ташланганлигини кўрсатади.

IIА кичик гуруҳдаги 28 нафар беморда меъда саратони меъда ости безига 1–2 мм чуқурликда инвазия қилган ҳолатларда операциядан сўнг меъда ости беги чўлтоғидан олинган биопсия материалларида атипик ҳужайралар аниқланмади. Шу сабабли комбинирлашган гастрэктомия ва ясси резекция усулини қўллаш мақсадга мувофиқ бўлиб, ўсмани радикал равишда олиб ташлаш имконини яратади.

IIБ гуруҳдаги 22 нафар беморда меъда саратони меъда ости безига 3 мм чуқурликда инвазия қилган ҳолатларда операциядан сўнг меъда ости беги чўлтоғидан олинган биопсия материалларининг 6 тасида микроскопик даражада (R1) атипик ҳужайралар аниқланди. “А” ва “Б” деб белгиланган гистологик блокларда ҳам ўсма кирган соҳаларда безсимон тузилмалар, кичик гиперхром ҳужайралар ва якка патологик митозлар кузатилди. Ушбу маълумотлар асосида, меъда саратони меъда ости безига 3 мм ва ундан ортиқ чуқурликда ўсган ҳолатларда комбинирлашган гастрэктомия ва ясси резекция усули ўсмани тўлиқ радикал олиб ташлашни кафолатламаслиги аниқланди.

ХУЛОСАЛАР

«Меъда саратонинг меъда ости безига ўсиб ўтиши диагностикаси ва хирургик давосини такомиллаштириш» мавзусидаги тиббиёт фанлари фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Маҳаллий тарқалган меъда саратонини комплекс диагностика қилишда замонавий ПЭТ-КТ усулини қўллаш 94,8% ҳолатларда интраоперацион маълумотлар билан мос келди. Шу билан бирга, МСКТ — 81,3%, МРТ — 76,1%, УТТ — 75,0% ҳолатларда мос келган. Ультратовуш текшируви, ҳарчанд умумий аниқлиги пастроқ бўлса-да, меъда саратонининг меъда ости беги паренхимасига чуқурликка ўсиши даражасини баҳолашда юқори самарадор ва осон қўлланиладиган усул сифатида намоён бўлди. Бизнинг маълумотларга кўра, ушбу усулнинг аниқлиги 96,0% ни ташкил этди.

2. Комбинирланган гастрэктомия, гемипанкреатэктомия ва спленэктомиянинг техник босқичлари такомиллаштирилди. Бу операция вақтини 30 дақиқага қисқартиришга (3 соат 10 дақиқадан 2 соат 40 дақиқага), қон йўқотиш ҳажмини ўртача 90 мл га камайтиришга, адекват лимфодиссекцияни ўтказиш учун қулай шароит яратишга, меъда ости безининг жароҳатланиши ва операциядан кейинги панкреатит ҳолатларининг камайишига эришиш имконини берди.

3. Морфологик маълумотларга кўра, меъда саратонининг меъда ости беги танаси ва дум қисмига 2 мм чуқурликка, 1,5 см кенгликка ва 3 см узунликкача бўлган ҳолатларда ясси резекция самарали бўлиб, ўсма ҳужайралар қолдиғи ёки қайталаниш ҳолатлари кузатилмаган. 2 мм дан чуқур ҳолатларда ясси резекция тавсия этилмайди, чунки 3 йиллик кузатувларда қайталаниш 31,8% ҳолларда аниқланган. Шу сабабли, 3 мм ва ундан чуқур ҳолатларда гемипанкреатэктомия + спленэктомия ўтказиш радикалликни таъминлайди ва беморларнинг узоқ муддатли яшаш кўрсаткичларини яхшилайдди.

4. Морфологик жиҳатдан аниқландики, меъда ости безига 2 мм дан чуқурроқ кирган ўсмаларда лимфоваскуляр тизим томирлари шикастланади, бу эса ўсма ҳужайраларининг қон оқими орқали маҳаллий ва умумий тарқалишига сабаб бўлади.

5. I гуруҳда (гемипанкреатэктомия + спленэктомия) 1 йиллик яшовчанлик $81,3 \pm 3,3\%$, II гуруҳда (ясси резекция) 1 йиллик яшовчанлик $83,0 \pm 3,5\%$ ($P < 0,05$), 3 йиллик яшовчанлик $40,0 \pm 3,2\%$ ва $44,0 \pm 3,6\%$ ($P < 0,05$), 5 йиллик яшовчанлик $13,3 \pm 4,2\%$ ва $14,0 \pm 4,4\%$ ($P < 0,05$) бўлди. I ва II гуруҳлар натижалари орасида статистик аҳамиятли фарқ кузатилмади, бу эса аъзо сақловчи операциялар (ясси резекция) муайян ҳолатларда гемипанкреатэктомияга альтернатив бўлиши мумкинлигини кўрсатади.

6. Маҳаллий тарқалган меъда саратони ҳолатида сифатли системали кимё терапия қўллаш беморларнинг яшовчанлик кўрсаткичларини яхшилашда муҳим аҳамиятга эга. Олинган маълумотлар шуни кўрсатадики: кимё терапиядан бош тортган беморларда ва фақат 2 марта кимё терапия олган

беморларда 5 йиллик яшовчанлик натижалари аниқ фарқ қилади — 0% ва 10% мос равишда. 2, 4 ва 6 курс ўтказилганда 5 йиллик яшовчанлик 10,0%, 17,1% ва 18,2% бўлган (P_1 ва $P_{2-3} > 0,05$). 4 ва 6 курс орасида статистик аҳамиятли фарқ кузатилмаган, бу эса 4 курс системали адъювант кимё терапияни ўтказиш оптимал эканини кўрсатади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.06/2025.27.12. Tib.15.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКОМ
МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

МЕЛИКУЛОВ АСЛИДДИН ХАМРОКУЛОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА С
ПРОРАСТАНИЕМ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ**

14.00.14 – Онкология

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

ТАШКЕНТ – 2026

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии академии Наук Республики Узбекистан за № B2021.1.PhD/Tib1834

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на трёх языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещён на веб-странице Научного совета (www.cancercenter.uz) и информационно-образовательном портале “ZiyoNet” (www.ziynet.uz).

Научный руководитель:

Джураев Миржалол Дехканович
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Мухамедаминов Шухрат Каримович
доктор медицинских наук, профессор

Абдужаппаров Сулаймон Бахриддинович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация:

Тошкентский Государственный медицинский университет

Защита диссертации состоится «___» _____ 2026 г. в _____ часов на заседании Научного Совета DSc.06/2025.27.12.Tib.15.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии по присуждению ученых степеней (Адрес: Г.Ташкент, Алмазарский район, МФУ Шифокорлар, Ташкентская КАД 14А, Тел/факс: (+99855) 515-55-68; e-mail: info@cancercenter.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (зарегистрирован за №___). Адрес: Ташкент, Алмазарский район, МФУ Шифокорлар, Ташкентская КАД 14А.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2026 года.
(реестр протокола рассылки №___ от _____ 2026 года).

А.А.Юсупбеков

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

Б.Т.Мадиев

Учёный секретарь научного совета по присуждению
учёных степеней, доктор философии по
медицинским наукам (PhD)

А.Ж.Каххаров

Председатель научного семинара при научном
совете по присуждению учёных степеней
доктор медицинских наук (DSc), профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. В структуре онкологических заболеваний во всём мире рак желудка (РЖ) занимает значительное место, составляя до 50% всех опухолей пищеварительной системы и 12,3% среди злокачественных новообразований других локализаций, уступая лишь раку лёгкого, молочной железы и шейки матки, занимая таким образом четвертое место. По данным GLOBOCAN (2022), “в мире было зарегистрировано 968 784 новых случаев рака желудка, что составило 4,8% всех злокачественных опухолей. В том же году от рака желудка умерло 660 175 человек, что эквивалентно 6,8% всех случаев смертности от злокачественных новообразований”¹. В Республике Узбекистан в 2024 году было выявлено 2070 случаев рака желудка, при этом среди мужчин он занял 1-е место по частоте, а среди женщин — 2-е место после рака молочной железы. Заболеваемость составила 5,6 на 100 000 населения. Анализ стадий заболевания показал, что в Узбекистане рак желудка диагностируется лишь у 30,2% пациентов на I–II стадиях, тогда как у более чем 68,9% — уже на III–IV стадиях. Рост заболеваемости и высокая смертность при раке желудка определяют его как одну из наиболее актуальных и сложных проблем современной медицины.

В последние десятилетия исследования по проблеме инвазии рака желудка в поджелудочную железу в мировой медицине направлены на развитие мультимодальной диагностики и органосохраняющей хирургии. Интеграция эндоскопического ультразвукового исследования (ЭУЗИ), мультиспиральной компьютерной и магнитно-резонансной томографии (МСКТ/МРТ), а также ПЭТ-КТ позволяет повысить точность определения глубины инвазии, ретропанкреатического распространения и лимфогенного метастазирования. Интраоперационное ультразвуковое исследование и флуоресцентная навигация способствуют более точному определению границ резекции и увеличению частоты радикальных (R0) вмешательств. В хирургической практике продолжается сравнительный метаанализ эффективности гастрэктомии в сочетании с дистальной панкреатэктомией/гемипанкреатэктомией или плоской (яссой) резекцией, в том числе в аспектах профиля осложнений, риска сахарного диабета и динамики рецидивирования. Данные анализа общей когорты пациентов и расчеты по методу Каплана–Мейера показали, что при глубине инвазии до 2 мм органосохраняющие тактики являются оптимальными, тогда как при инвазии ≥ 3 мм предпочтительны расширенные резекции. Это определяет актуальность данной проблемы и важное научно-практическое значение дальнейших исследований, направленных на повышение эффективности хирургического лечения.

В нашей стране последовательно реализуются меры, направленные на развитие системы здравоохранения, её адаптацию к международным

¹https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf?utm_source=chatgpt.com

стандартам, а также на раннюю диагностику и эффективное лечение онкологических заболеваний. В рамках семи приоритетных направлений Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022–2026 годы определены конкретные задачи, направленные на повышение уровня оказания медицинской помощи населению, в частности, «...повышение качества оказания квалифицированной медицинской помощи в системе первичного звена здравоохранения...»². Исходя из поставленных задач, проведение научно-исследовательских работ, направленных на совершенствование хирургического лечения больных раком желудка, является актуальным и практически значимым направлением. Приведённые факты ещё раз подтверждают важность данной темы и необходимость проведения научных исследований, направленных на повышение эффективности хирургического лечения рака желудка.

Данное диссертационное исследование в определённой степени направлено на реализацию задач, обозначенных в Указе Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № УП–60 «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022–2026 годы», Указе от 7 декабря 2018 года № УП–5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», а также Постановлении от 27 мая 2021 года № ПП–5130 «О дальнейшем совершенствовании системы оказания гематологических и онкологических услуг населению», а также в других нормативно-правовых актах, имеющих отношение к данной сфере деятельности.

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

Степень изученности проблемы. Рак желудка остаётся одной из наиболее значимых проблем современной клинической онкологии. Хотя Узбекистан не относится к числу стран с высокой распространённостью данного заболевания, по доле поздно выявляемых (III–IV стадии) случаев занимает одно из ведущих мест в мире. Основной причиной поздней диагностики является не только наличие отдалённых метастазов, но и частое прорастание опухоли в соседние органы вследствие висцеральной и мультивисцеральной инвазии. На национальном уровне статистические данные о частоте таких форм ограничены, однако по результатам анализа 1452 пациентов, лечившихся в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии (РИОваРИАТМ) и его Самаркандском филиале в 2010–2022 гг., у 312 больных (13,2 %) отмечалось распространение опухоли желудка на поджелудочную железу. Согласно данным Карачуна А.С. и соавторов (2011), инвазия рака желудка в смежные органы по-разному влияет на ближайшие и отдалённые результаты

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги № УП-60-сон «2022–2026 йилларда Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

хирургического лечения. Исследователи отмечают, что прорастание опухоли в поджелудочную железу, печень и поперечную ободочную кишку наблюдается чаще всего, тогда как поражение диафрагмы, забрюшинного пространства и крупных сосудов встречается реже. По данным ряда авторов, частота вовлечения поджелудочной железы при местно-распространённом процессе колеблется от 20 до 30 %, печени — до 27 %, поперечно ободочной кишки — до 25 % (Мельников, 2015; Симонов и соавт., 2017).

Результаты многоцентрового итальянского исследования Paselli и соавторов (2013) показали, что при комбинированных гастрэктомиях с удалением соседних органов осложнения наблюдались в 33,9 % случаев, послеоперационная летальность составила 3,6 %, а пятилетняя выживаемость — 27,2 %. Overs и соавторы (2021) также отмечают, что при мультивисцеральных резекциях (панкреатэктомия, спленэктомия, резекция ободочной кишки) однолетняя выживаемость составила 64 %, трёхлетняя — 42 %, пятилетняя — 32 %. Согласно данным Jin и соавт. (2021), среди 164 пациентов, перенёсших дистальную панкреатэктомию в составе комбинированной гастрэктомии, осложнения в виде панкреатита или панкреонекроза развивались в 16,9 % случаев. Систематический обзор Vladov и соавт. (2023) подтверждает, что частота осложнений при мультивисцеральных резекциях варьирует в пределах 31–36 %, летальность — 2–5 %, однако при достижении радикальности пятилетняя выживаемость превышает 30 %. Согласно исследованию Symeonidis (2022), наиболее высокая частота осложнений отмечается после резекции поджелудочной железы (35,4 %), затем — после резекции кишечника (31,9 %), диафрагмы (27,3 %) и печени (8,3 %). Ряд исследователей (Chang, 2021; de Souza, 2023) считают, что оптимальным методом радикального и функционально безопасного лечения является гастрэктомия в сочетании с дистальной или плоской резекцией поджелудочной железы. Однако другие авторы (Park, 2020; Yamada, 2016; Lee, 2019) подчёркивают, что выбор объёма резекции и вовлечённого органа существенно влияет на отдалённые результаты и частоту рецидивов.

Таким образом, анализ литературных источников показывает, что вопросы диагностики, оценки глубины инвазии и выбора оптимального объёма оперативного вмешательства при раке желудка, прорастающем в поджелудочную железу, остаются не до конца изученными. До настоящего времени не разработаны единые критерии глубины инвазии и повреждения паренхимы, которые определяют показания к органосохраняющим и радикальным операциям. В связи с этим проведение дальнейших исследований, направленных на совершенствование диагностики и хирургического лечения рака желудка с инвазией в поджелудочную железу, является научно и практически значимым.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с научно-исследовательским планом Самаркандского

государственного медицинского университета в рамках научного проекта №012000262 «Разработка современных методов улучшения здоровья населения, диагностики, лечения и профилактики заболеваний» (2018–2022 гг.).

Целью исследования явилось совершенствование диагностики и хирургического лечения местно-распространённого рака желудка с инвазией в тело и хвост поджелудочной железы.

Задачи исследования:

оценить диагностические возможности традиционных методов (УЗИ, контрастная КТ, МРТ) и ПЭТ (ПЭТ/КТ) для определения глубины и топографии прорастания в поджелудочную железу;

оптимизировать технические этапы комбинированной гастрэктомии при инвазии в тело/хвост поджелудочной железы;

с учётом характера инвазии разработать клинические показания и противопоказания к плоской резекции паренхимы поджелудочной железы;

изучить взаимосвязь между глубиной инвазии в ткань поджелудочной железы и частотой локальных рецидивов по данным ультрасонографии и морфологических исследований;

провести сравнительный анализ результатов гастрэктомии с дистальной гемипанкреатэктомией и спленэктомией по сравнению с гастрэктомией с плоской резекцией поджелудочной железы при местно-распространённом раке желудка.;

оценить влияние адъювантной химиотерапии и её кратности на показатели выживаемости у данной когорты пациентов.

Объектом исследования явились клинический и практический анализ проведённый на основании 96 случаев комбинированных гастрэктомий, резекций поджелудочной железы и спленэктомий, выполненных в торакобдоминальном хирургическом отделении Самаркандского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии в период с 2014 по 2020 гг. у больных с раком желудка, прорастающим в тело и хвост поджелудочной железы.

Предметом исследования являлись особенности инвазии опухоли тела и хвоста поджелудочной железы при местно-распространённом раке желудка, её морфологические, клинические и инструментальные проявления, а также точность диагностических методов и эффективность различных хирургических подходов. В частности, исследованы возможности современных методов диагностики — ПЭТ/КТ, МРТ, КТ и интраоперационного УЗИ — в определении глубины инвазии в поджелудочную железу. Проведён сравнительный анализ результатов различных видов хирургического вмешательства — комбинированной гастрэктомии, гемипанкреатэктомии и плоской резекции поджелудочной железы — и их влияния на выживаемость, частоту осложнений и послеоперационных рецидивов.

Методами исследования в работе являлись комплекс клинических, инструментальных, морфологических и статистических методов.

Клинические методы включали анализ анамнеза, общего состояния пациентов, лабораторных и биохимических показателей. Из инструментальных применялись эндоскопия, ультразвуковое исследование (УЗИ), контрастная компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) и интраоперационное УЗИ, позволившие оценить границы распространения опухоли и степень инвазии в поджелудочную железу. Морфологические и гистологические исследования проводились для определения глубины прорастания опухоли в ткань поджелудочной железы, выявления клеточных изменений и атипичных клеток. Статистическая обработка данных выполнена с использованием χ^2 -критерия, t-теста и метода Каплана – Мейера для оценки результатов операций, частоты осложнений, рецидивов и показателей выживаемости.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

доказано, что разработанные на основе комплексной визуализационной и морфологической оценки критерии пред- и интраоперационного определения глубины инвазии рака желудка в паренхиму поджелудочной железы соответствуют морфологической степени инвазии и имеют прогностическое значение для дифференцированного выбора объёма хирургического вмешательства;

обосновано, что при инвазии рака желудка в тело и хвост поджелудочной железы глубиной до 2 мм, поперечным размером до 1,5 см и продольной протяжённостью до 3 см выполнение плоскостной резекции паренхимы поджелудочной железы обеспечивает достижение R0-резекции без повышения риска локального рецидива и позволяет сохранить функциональную активность органа;

доказано, что разработанные анатомо-топографические принципы мобилизации гастропанкреатоспленического комплекса единым блоком и усовершенствованный поэтапный способ выполнения комбинированной гастрэктомии с дистальной гемипанкреатэктомией создают оптимальные хирургические условия для выполнения радикальной лимфодиссекции и моноблочного удаления опухоли;

обосновано, что существует прямая зависимость между глубиной инвазии рака желудка в паренхиму поджелудочной железы и частотой послеоперационных рецидивов, при этом при глубине инвазии более 2 мм выполнение гемипанкреатэктомии обеспечивает необходимую онкологическую радикальность хирургического лечения.

Практическая значимость исследования заключается в следующем:

разработан и внедрён в клиническую практику метод комбинированной гастрэктомии, включающий плоскую резекцию поджелудочной железы при местно-распространённом раке желудка с инвазией в поджелудочную железу;

использование современного метода лучевой диагностики — позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) — расширило возможности определения степени инвазии опухоли в поджелудочную железу и заняло важное место в выборе лечебной тактики;

метод плоской резекции поджелудочной железы позволил сохранить функциональную паренхиму органа, снизить риск послеоперационного панкреатита, сахарного диабета и нарушений функции пищеварительной системы;

результаты исследования способствовали уменьшению частоты послеоперационных осложнений, улучшению отдалённых показателей и повышению качества жизни пациентов.

Достоверность результатов исследования обоснована применёнными теоретическими подходами и корректностью использованных методик, достаточным числом обследованных пациентов, использованием современных, взаимодополняющих клинических, биохимических, инструментальных и статистических методов анализа. Дополнительным основанием служит сопоставление применённых методов лечения местно-распространённого рака желудка с инвазией в поджелудочную железу с международным и отечественным опытом, а также подтверждение полученных выводов уполномоченными экспертными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что на основе интраоперационного УЗИ и морфологического исследования разработаны подходы к точной оценке глубины инвазии местно-распространённого рака желудка в поджелудочную железу, научно обоснованы клинические, эхосонографические и морфологические критерии выполнения плоскостной резекции, а также усовершенствованы технические подходы к выполнению комбинированной гастрэктомии и дистальной гемипанкреатэктомии.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что разработана усовершенствованная лечебная тактика, направленная на выбор оптимального объёма хирургического вмешательства в зависимости от глубины и степени распространения рака желудка на поджелудочную железу, определение показаний к плоскостной резекции и дистальной гемипанкреатэктомии, сокращение продолжительности операции и объёма кровопотери, профилактику хирургических осложнений и обеспечение радикальности лечения.

Внедрение результатов исследования. На основании результатов исследования, посвящённого изучению методов диагностики и хирургического лечения при местном распространении рака желудка с инвазией в тело и хвост поджелудочной железы, реализованы следующие положения:

первая научная новизна: доказано, что разработанные на основе комплексной визуализационной и морфологической оценки критерии пред- и интраоперационного определения глубины инвазии рака желудка в паренхиму поджелудочной железы соответствуют морфологической степени инвазии и имеют прогностическое значение для дифференцированного выбора объёма хирургического вмешательства. Данное положение включено в содержание методических рекомендаций на тему «Совершенствование диагностики и

хирургического лечения рака желудка с прорастанием в поджелудочную железу», утверждённых протоколом №11 заседания Учёного совета Самаркандского государственного медицинского университета от 26 июня 2024 года. Результаты научной новизны внедрены в клиническую практику Джизакского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии приказом №155И от 15 октября 2024 года, а также Кашкадарьинского филиала центра приказом №106И от 21 октября 2024 года (подтверждено заключением Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №25/36 от 22 сентября 2025 года). *Социальная эффективность* заключается в том, что на основе сопоставительной оценки данных ПЭТ/КТ, МРТ и интраоперационного ультразвукового исследования с морфологическими результатами разработан высоконадёжный алгоритм определения глубины инвазии при прорастании рака желудка в поджелудочную железу. Это позволило объективно оценивать истинную распространённость опухолевого процесса во время операции, индивидуализировать объём хирургического вмешательства, снизить частоту необоснованного удаления паренхимы поджелудочной железы, уменьшить риск развития послеоперационного сахарного диабета и нарушений функции пищеварительной системы. В результате достигнуто улучшение отдалённого функционального состояния и качества жизни пациентов. *Экономическая эффективность* заключается в том, что оптимизация хирургической тактики на основе точной оценки глубины инвазии позволила снизить частоту необоснованно расширенных операций. Это обеспечило экономию средств за счёт уменьшения объёма хирургического вмешательства в среднем до 1140000 сумов на одного пациента. Кроме того, за счёт сохранения функции поджелудочной железы снижался риск развития послеоперационного сахарного диабета, что способствовало значительному снижению затрат на амбулаторное и стационарное лечение в отдалённые сроки наблюдения. *Заключение.* Внедрение в клиническую практику алгоритма определения глубины инвазии при прорастании рака желудка в поджелудочную железу на основе данных интраоперационного ультразвукового исследования и морфологического анализа позволило оптимизировать хирургическую тактику, индивидуализировать объём операции, сохранить функцию поджелудочной железы и улучшить отдалённые функциональные результаты и качество жизни пациентов. Одновременно обеспечено снижение стоимости лечения в среднем до 1140000 сумов на одного пациента и уменьшение долгосрочных затрат, связанных с лечением послеоперационного сахарного диабета.

вторая научная новизна: обосновано, что при инвазии рака желудка в тело и хвост поджелудочной железы глубиной до 2 мм, поперечным размером до 1,5 см и продольной протяжённостью до 3 см выполнение плоскостной резекции паренхимы поджелудочной железы обеспечивает достижение R0-резекции без повышения риска локального рецидива и позволяет сохранить функциональную активность органа. Данное положение включено в

содержание методических рекомендаций на тему «Совершенствование диагностики и хирургического лечения рака желудка с прорастанием в поджелудочную железу», утверждённых протоколом №11 заседания Учёного совета Самаркандского государственного медицинского университета от 26 июня 2024 года. Результаты научной новизны внедрены в клиническую практику Джизакского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии приказом №155И от 15 октября 2024 года, а также Кашкадарьинского филиала центра приказом №106И от 21 октября 2024 года (подтверждено заключением Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №25/36 от 22 сентября 2025 года). *Социальная эффективность* заключается в том, что разработка системы эхосонографических, клинических и морфологических показаний для выполнения плоской резекции паренхимы при прорастании рака желудка в тело и хвост поджелудочной железы позволила более точно оценивать истинные границы распространения опухоли и обоснованно выбирать объём хирургического вмешательства. Это обеспечило максимальное сохранение ткани поджелудочной железы, снижение риска развития послеоперационного сахарного диабета и ферментативной недостаточности пищеварительной системы, уменьшение травматичности операции, а также улучшение отдалённых функциональных результатов и качества жизни пациентов. *Экономическая эффективность* заключается в том, что селективное применение плоской резекции паренхимы позволило сократить число необоснованно расширенных операций (дистальная гемипанкреатэктомия со спленэктомией). Это обеспечило снижение объёма хирургического вмешательства и экономию средств в среднем до 1140000 сумов на одного пациента. Кроме того, сохранение функции поджелудочной железы сопровождалось снижением вероятности развития послеоперационного сахарного диабета и уменьшением долгосрочных затрат на амбулаторное и стационарное лечение. *Заключение.* Внедрение в клиническую практику разработанных показаний к выполнению плоской резекции паренхимы при прорастании рака желудка в тело и хвост поджелудочной железы позволило индивидуализировать хирургическую тактику, снизить травматичность оперативных вмешательств и сохранить функциональную активность поджелудочной железы, что способствовало улучшению качества жизни и отдалённых функциональных результатов лечения. Применение данного подхода обеспечило снижение стоимости лечения в среднем до 1140000 сумов на одного пациента и уменьшение долгосрочных затрат, связанных с лечением послеоперационного сахарного диабета.

третья научная новизна: доказано, что разработанные анатомо-топографические принципы мобилизации гастропанкреатоспленического комплекса единым блоком и усовершенствованный поэтапный способ выполнения комбинированной гастрэктомии с дистальной гемипанкреатэктомией создают оптимальные хирургические условия для выполнения радикальной лимфодиссекции и моноблочного удаления

опухоли. Данное положение включено в содержание методических рекомендаций на тему «Совершенствование диагностики и хирургического лечения рака желудка с прорастанием в поджелудочную железу», утверждённых протоколом №11 заседания Учёного совета Самаркандского государственного медицинского университета от 26 июня 2024 года. Результаты научной новизны внедрены в клиническую практику Джизакского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии приказом №155И от 15 октября 2024 года, а также Кашкадарьинского филиала центра приказом №106И от 21 октября 2024 года (подтверждено заключением Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №25/36 от 22 сентября 2025 года). *Социальная эффективность* заключается в том, что совершенствование технических этапов выполнения комбинированной гастрэктомии с дистальной гемипанкреатэктомией позволило снизить риск повреждения ткани поджелудочной железы во время операции, уменьшить объём интраоперационной кровопотери и сохранить эндокринную и экзокринную функции органа. Это способствовало снижению частоты послеоперационных осложнений, облегчению реабилитационного периода и улучшению качества жизни пациентов. *Экономическая эффективность* заключается в том, что за счёт совершенствования техники операции средний объём интраоперационной кровопотери снизился с 260 ± 20 мл до 15–20 мл, что позволило существенно уменьшить потребность в трансфузионной терапии и интенсивном лечении. Кроме того, сокращение продолжительности операции с 45–60 минут до 18–20 минут обеспечило снижение анестезиологических и стационарных расходов. В совокупности указанные факторы позволили снизить общие затраты на операцию и послеоперационное лечение в среднем до 1140000 сумов на одного пациента. *Заключение.* Совершенствование технических этапов комбинированной гастрэктомии с дистальной гемипанкреатэктомией позволило повысить безопасность оперативного вмешательства, снизить объём кровопотери и риск послеоперационных осложнений, а также сохранить функциональную активность поджелудочной железы. Внедрение данного подхода в клиническую практику обеспечило сокращение затрат на операцию и послеоперационное лечение в среднем до 1 140 000 сумов на одного пациента и уменьшение сроков стационарного лечения.

четвертая научная новизна: обосновано, что существует прямая зависимость между глубиной инвазии рака желудка в паренхиму поджелудочной железы и частотой послеоперационных рецидивов, при этом при глубине инвазии более 2 мм выполнение гемипанкреатэктомии обеспечивает необходимую онкологическую радикальность хирургического лечения. Данное положение включено в содержание методических рекомендаций на тему «Совершенствование диагностики и хирургического лечения рака желудка с прорастанием в поджелудочную железу», утверждённых протоколом №11 заседания Учёного совета Самаркандского государственного медицинского университета от 26 июня 2024 года.

Результаты научной новизны внедрены в клиническую практику Джизакского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии приказом №155И от 15 октября 2024 года, а также Кашкадарьинского филиала центра приказом №106И от 21 октября 2024 года (подтверждено заключением Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №25/36 от 22 сентября 2025 года). *Социальная эффективность* заключается в том, что установление на основе морфологического анализа взаимосвязи между глубиной инвазии опухоли в поджелудочную железу и частотой послеоперационных рецидивов позволило научно обосновать выбор хирургической тактики. Применение гемипанкреатэктомии при глубине инвазии более 2 мм обеспечило радикальное удаление опухолевой ткани, снижение риска локорегионарных рецидивов и замедление прогрессирования заболевания. Это способствовало улучшению отдалённых результатов лечения и снижению вероятности повторных оперативных вмешательств. *Экономическая эффективность* заключается в том, что выбор радикального объёма хирургического вмешательства с учётом глубины инвазии позволил снизить частоту послеоперационных рецидивов, повторных хирургических вмешательств и необходимость дополнительной адъювантной терапии. Сохранение функции поджелудочной железы сопровождалось снижением риска развития послеоперационного сахарного диабета, что обеспечило экономию средств на амбулаторное лечение в среднем до 92300000 сумов и на стационарное лечение — до 108000000 сумов. В отдалённые сроки наблюдения суммарный экономический эффект может превышать 200 млн сумов на одного пациента. *Заключение.* Внедрение в клиническую практику подхода, основанного на выборе гемипанкреатэктомии при глубине инвазии более 2 мм, позволило обеспечить радикальность хирургического лечения, снизить риск рецидивирования и улучшить отдалённые результаты лечения. Применение данного подхода обеспечивает снижение затрат на лечение и, за счёт профилактики послеоперационного сахарного диабета, формирует долгосрочный экономический эффект, превышающий 200 млн сумов на одного пациента.

Четыре научные новизны, полученные в диссертационном исследовании А. Х. Меликулова на тему «Совершенствование диагностики и хирургического лечения рака желудка с инвазией в поджелудочную железу», направлены Самаркандским государственным медицинским университетом в Министерство здравоохранения для внедрения в практику других медицинских учреждений страны (письмо № 11013 от 2 сентября 2025 года).

Апробация научных результатов. По результатам проведенного исследования были сделаны 3 доклады на научно-практических конференциях, в том числе, на 1-х международных и 2-х республиканских научно-практических конференциях

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, в том числе 5 журнальных статей, из них 3 республиканских, 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей

аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов PhD диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем текстового материала составляет 136 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **введении** диссертации подробно обоснованы актуальность и необходимость проведенного исследования. Тематика полностью соответствует приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан, что определяет её стратегическое значение с точки зрения национального научно-технологического прогресса. В процессе исследования чётко сформулированы цель и задачи, а также научно обоснованы объект, предмет и методы исследования. Это позволило систематизировать процесс работы, обеспечить методологическую целостность исследования и достоверность полученных результатов. Введение также содержит краткое изложение научной новизны, практического значения работы, её внедрения в клиническую практику и общей структуры диссертации.

В **первой главе** диссертации «**Анализ научных источников, посвящённых хирургическому лечению местно-распространённого рака желудка (обзор современной литературы)**», проведён анализ современных научных данных по эпидемиологии, морфологическим особенностям и клиническим классификациям рака желудка. Подробно рассмотрены патогенез инвазии рака желудка в поджелудочную железу, механизмы опухолевого прорастания и диагностическое значение инструментальных методов исследования (УЗИ, МСКТ, МРТ, ПЭТ-КТ). Также проанализирован мировой опыт выполнения радикальных и паллиативных хирургических вмешательств при местно-распространённом раке желудка, включая комбинированные операции — гемипанкреатэктомию, спленэктомию и плоскую резекцию. Отмечены их преимущества и недостатки, а также роль современных технологий лучевой диагностики и функциональной визуализации на дооперационном этапе в определении объёма оперативного вмешательства. Результаты анализа показали, что при диагностике опухолей, прорастающих в поджелудочную железу, особое значение имеет комплексный инструментальный подход и совершенствование органосохраняющих хирургических методик, что определяет научную и практическую актуальность выбранного направления исследования.

Во **второй главе** диссертации «**Клиническая характеристика больных раком желудка с инвазией в поджелудочную железу и методы исследования**», изложены использованные материалы и применённые методы исследования. Исследование основано на ретроспективном анализе архивных данных 96 пациентов с раком желудка, опухолевый процесс у

которых распространялся на тело и хвост поджелудочной железы. Цель исследования заключалась в определении клинических особенностей течения, диагностических критериев и эффективности лечебной тактики при инвазии рака желудка в поджелудочную железу, а также в совершенствовании хирургического подхода.

Все пациенты проходили лечение в торакально-абдоминальном хирургическом отделении Самаркандского филиала РИОваРИАТМ в 2014–2020 годах. Во всех наблюдениях заболевание соответствовало категории pT4bN1–2M0, при этом опухолевый процесс распространялся на паренхиму поджелудочной железы. Возрастной анализ показал, что наибольшая частота заболевания приходилась на возрастную группу 50–60 лет. По половому признаку мужчины составляли 66,7%, женщины — 33,3% всех наблюдений.

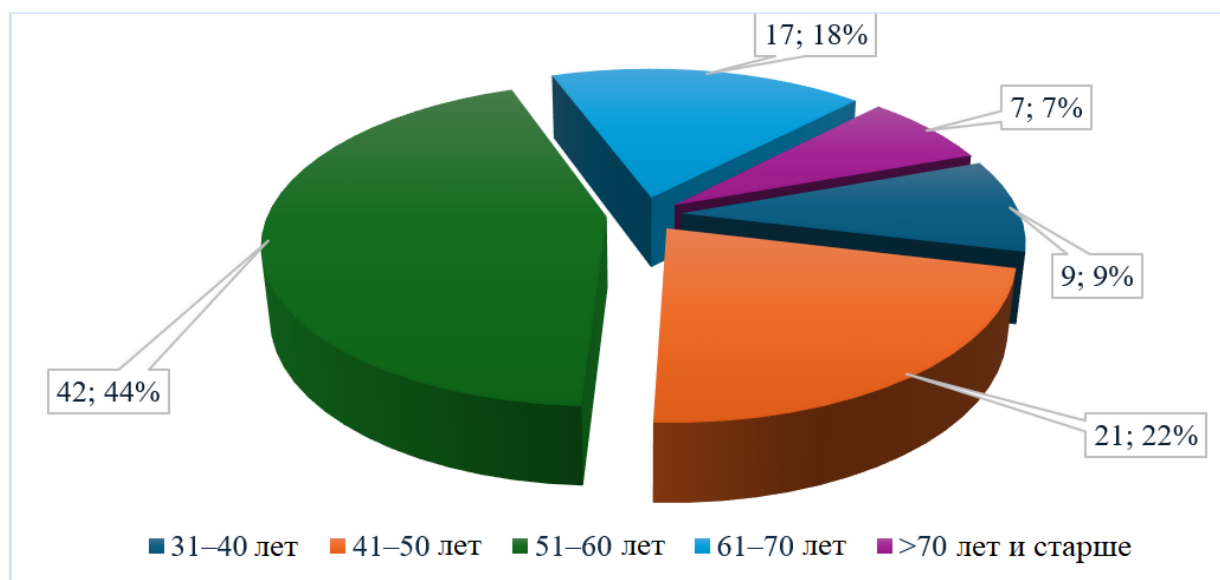


Рис. 1. Распределение пациентов по возрасту

Среди проанализированных пациентов 61,5 % составляли жители сельской местности и 38,5 % — городского населения, что подчёркивает значимость экологических и социально-бытовых факторов в развитии рака желудка.

Пациенты были разделены на две группы в зависимости от степени инвазии опухоли в поджелудочную железу:

— I группа (46 человек) — при глубине инвазии более 3 мм и ширине поражения свыше 1,5 см выполнялась комбинированная гастрэктомия с гемипанкреатэктомией и спленэктомией;

— II группа (50 человек) — при глубине инвазии 1–3 мм выполнялась гастрэктомия с плоской резекцией поджелудочной железы.

У всех больных до операции выявлялись анемия (47,5 %), субкомпенсированный стеноз (37 %) и дисфагия III–IV степени (15,5 %). Неоадьювантная терапия не проводилась; операции выполнялись в плановом порядке.

Гистологический анализ показал, что в основной массе случаев (84,4 %) опухоли представляли собой аденокарциному различной степени дифференцировки.

В качестве адъювантного лечения у 84,4 % пациентов проводилась системная химиотерапия по схеме FLOT: 81,5 % получили 4 курса, 18,5 % — 6 курсов. У остальных 15,6 % пациентов химиотерапия не проводилась из-за развития послеоперационных осложнений.

При анализе локализации опухолей установлено, что в 59,4 % наблюдений поражалась средняя часть желудка. В рамках исследования применялись методы фиброэзофагогастроскопии, УЗИ, контрастной КТ, ПЭТ-КТ, лапароскопии и морфологического анализа. Во всех случаях диагноз подтверждён гистологически.

Для уточнения диагноза и определения тактики лечения всем пациентам проводилось комплексное обследование, включавшее физикальные, лабораторные, эндоскопические и лучевые методы диагностики. К ним относились эзофагогастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование и доплерография брюшной полости, контрастная многосрезовая спиральная КТ (рис. 2), ПЭТ/КТ, диагностическая лапароскопия и интраоперационное ультразвуковое исследование (ИОУЗИ). Эти методы обладали высокой информативностью в определении глубины инвазии в поджелудочную железу, границ опухоли и её взаимоотношений с окружающими тканями.

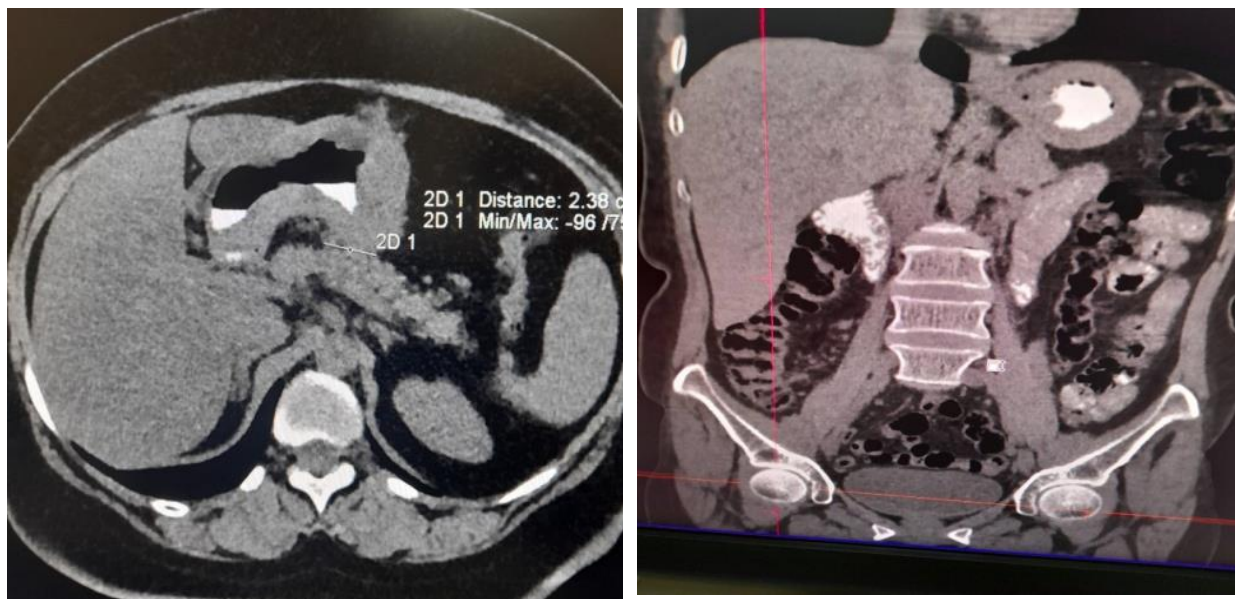


Рис. 2. Компьютерно-томографическое изображение прорастания опухоли тела и хвоста поджелудочной железы

С помощью морфологических и иммуноферментных исследований были определены структура опухоли, степень её дифференцировки и экспрессия биомаркеров. В качестве основных опухолевых маркеров использовались СА72.4, РЭА и СА19.9. Их комплексное применение повысило достоверность диагностики и позволило объективно оценить эффективность проводимой терапии.

Общее состояние пациентов оценивалось по шкале ECOG–ВОЗ и индексу Карновского. Больные с показателями ECOG 0–1 рассматривались как операбельные, пациенты с ECOG 3–4 включались в группу паллиативного лечения. У пациентов со средней степенью тяжести предоперационная подготовка проводилась в течение 5–7 дней с коррекцией нутритивного и электролитного баланса.

Компьютерная томография выполнялась на аппарате Siemens Somatom AR TX с толщиной среза 5 мм, при этом оценивалось состояние желудка, поджелудочной железы, печени, селезёнки и окружающих анатомических структур. Контрастная КТ имела решающее значение для определения глубины, протяжённости и ширины опухолевого процесса, а также для планирования объёма оперативного вмешательства.

Интраоперационное УЗИ оказалось эффективным при оценке глубины прорастания опухоли в заднюю стенку желудка и структуры поджелудочной железы, что позволило оптимизировать объём операции. Диагностическая лапароскопия применялась для уточнения степени распространения опухоли и получения морфологического материала.

Результаты анализа показали, что сочетанное использование интраоперационного УЗИ (ИОУЗИ) и контрастной КТ значительно повышает точность оценки степени инвазии рака желудка в поджелудочную железу и эффективность планирования радикального хирургического вмешательства.

У 96 пациентов ретроспективно проанализированы случаи инвазии тела и хвоста поджелудочной железы раком желудка. Диагностическая стратегия основывалась на комплексном применении эндоскопии, УЗИ/УЗДГ, контрастной МСКТ, ПЭТ/КТ, диагностической лапароскопии и интраоперационного УЗИ. В зависимости от параметров инвазии (глубина, ширина, протяжённость) пациенты были разделены на две группы.

Глава содержит характеристику методов лечения при раке желудка с инвазией в тело и хвост поджелудочной железы. На основании проведённых исследований и полученных данных случаи инвазии классифицированы по глубине, ширине и протяжённости опухолевого поражения на две основные группы:

— **I группа:** 46 (47,9 %) пациентов с глубиной инвазии более 3 мм, шириной поражения более 1,5 см и протяжённостью более 3 см. Всем больным выполнена комбинированная гастрэктомия, дистальная гемипанкреатэктомия и спленэктомия.

— **II группа:** 50 (52,1 %) пациентов, которым проведена комбинированная гастрэктомия с плоской резекцией поджелудочной железы. В зависимости от глубины инвазии II группа подразделялась на 2 подгруппы:

• **ПА подгруппа:** 28 (56 %) пациентов с глубиной инвазии 1–2 мм, шириной до 1,5 см и протяжённостью до 3 см.

• **ПБ подгруппа:** 22 (44 %) пациента с глубиной инвазии 3 мм, шириной до 1,5 см и протяжённостью до 3 см.

У пациентов I группы при инвазии опухоли в тело и хвост поджелудочной железы во всех случаях выполнялась комбинированная гастрэктомия, дистальная гемипанкреатэктомия и спленэктомия (рис. 3).

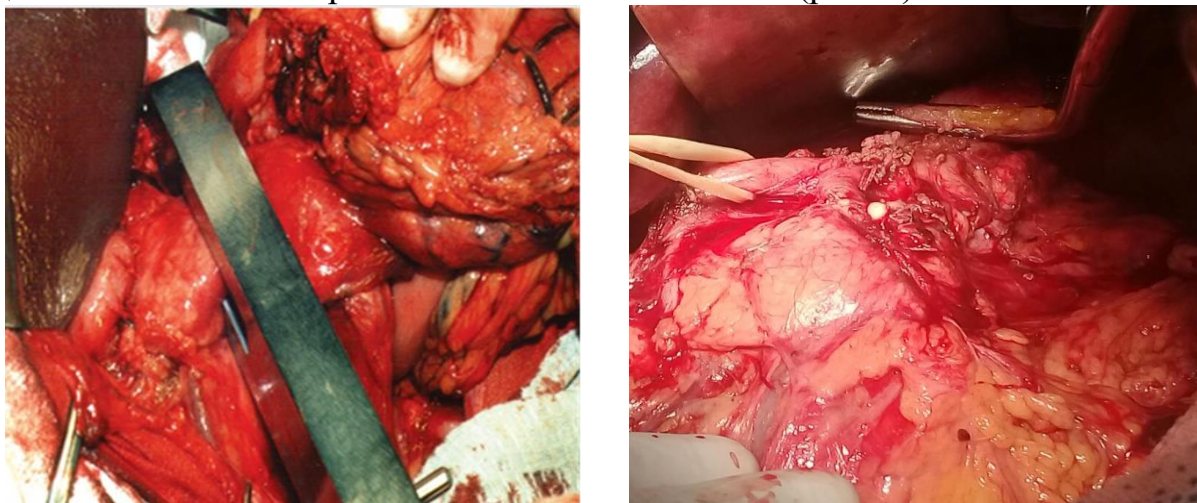


Рис. 3. Объём операции: гастрэктомия в сочетании с дистальной гемипанкреатэктомией и спленэктомией

У пациентов второй группы, при прорастании опухоли в тело и хвост поджелудочной железы, во всех случаях выполнялась комбинированная гастрэктомия с плоской резекцией поджелудочной железы.

При этом у подгруппы IIА (28 пациентов) при микроскопическом исследовании остаточных опухолевых элементов (R1) не выявлено.

В дополнительной подгруппе IIБ у 6 пациентов обнаружены микроскопические остаточные элементы опухоли (R1).

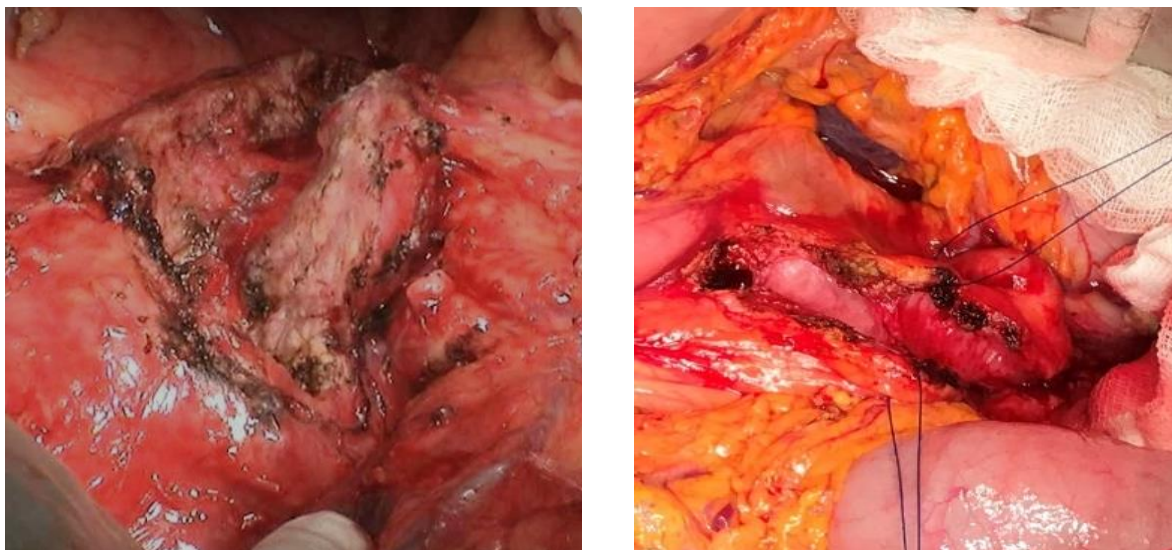


Рис. 4. Состояние обработанной культи поджелудочной железы после плоской резекции

Радикальность операции оценивалась по критериям «R»: **R0** — остаточной опухоли нет, **R1** — микроскопические остатки опухоли, **Rx** — оценка невозможна из-за недостаточности данных. Интраоперационные находки полностью подтвердились морфологическим исследованием резекционных краёв.

Полученные клинические и лабораторные данные были подвергнуты биостатистической обработке с использованием программ SPSS и Statistica. Результаты выражались в виде среднего значения (M), стандартного отклонения (SD) и процента (%). Для оценки различий между группами применялись t-тест Стьюдента, хи-квадрат (χ^2) и точный тест Фишера. Значения $p < 0,05$ считались статистически достоверными.

В третьей главе диссертации — **«Совершенствование методики комбинированной гастрэктомии, гемипанкреатэктомии и спленэктомии при раке желудка с инвазией в тело и хвост поджелудочной железы»** — оценена степень инвазии опухоли в соседние структуры при местно-распространённом раке желудка, а также её зависимость от локализации опухоли в различных отделах желудка, макроскопического типа роста и гистопатологической дифференцировки.

В данной главе подчёркивается, что одним из ключевых условий повышения эффективности лечения местно-распространённого рака желудка является увеличение резектабельности опухолей, то есть выполнение радикальных операций даже при расширении объёма хирургического вмешательства. Основным показанием к комбинированным операциям служит визуально определяемое прорастание опухоли в соседние органы или анатомические структуры при отсутствии отдалённых метастазов и перитонеального канцероматоза.

В ходе исследования автором была разработана и предложена методика левой мобилизации желудка и лимфодиссекции при выполнении гастрэктомии у пациентов с инвазией опухоли в поджелудочную железу.

Суть предложенной методики заключается в том, что этап расширенной гастрэктомии начинается с левой стороны, с мобилизации желудка. Сначала производится мобилизация большой кривизны желудка в направлении справа налево, при этом большой сальник отделяется и пересекается от поперечной ободочной кишки - на участке от селезёночного угла до пилорического отдела.

Затем пересекаются связки между диафрагмой и селезёночным углом — селезёчно-диафрагмальная и желудочно-диафрагмальная, которые тщательно рассекаются. После пересечения селезёночно-диафрагмальной связки и мобилизации дна желудка визуализируется желудочно-диафрагмальная связка, которая пересекается между двумя зажимами с помощью ножниц.

Следующий этап операции включает мобилизацию абдоминального отдела пищевода. Желудок оттягивается вниз, рассекается брюшина над кардиоэзофагеальной зоной, затем с помощью тупфера брюшина отделяется вверх, и абдоминальный отдел пищевода выделяется. Пищевод мобилизуется на протяжении 6–8 см и пересекается между двумя G-образными зажимами. После этого малый сальник отделяется от печени (рис. 5).

Наиболее важным этапом мобилизации желудка является пересечение желудочно-панкреатической связки и проходящих через неё сосудов. Для визуализации этой связки хирург оттягивает желудок на себя и влево, печень — вправо, а поджелудочную железу — вниз.

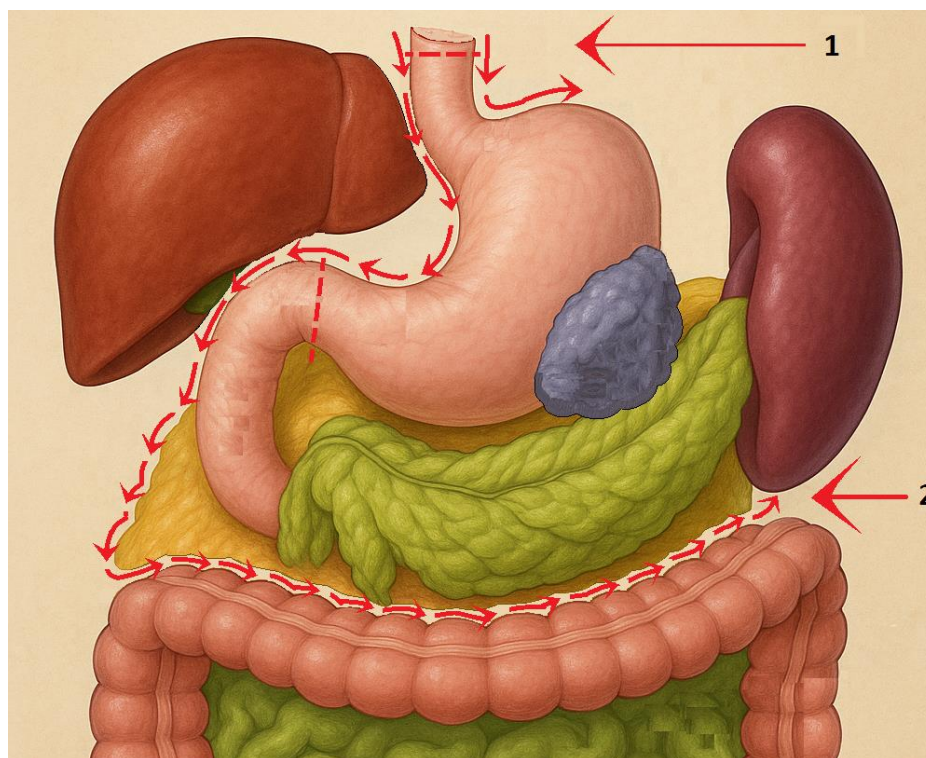


Рис. 5. Этапы усовершенствованной мобилизации и лимфодиссекции

1 – мобилизация большой кривизны желудка справа налево, затем малого сальника и диафрагмально-пищеводной связки; 2 – резекция пищевода.

С помощью длинного пинцета край желудочно-панкреатической связки захватывается, связка пересекается, и между зажимами перевязывается левая желудочная вена. Затем выделяется, перевязывается и пересекается левая желудочная артерия. С помощью ножниц выполняется отсечение тканей и лимфатических узлов, расположенных слева от чревного ствола (*truncus coeliacus*), с последующей их включённостью в препарат. После этого чревный ствол полностью скелетизируется.

Производится лимфодиссекция лимфатических узлов, расположенных спереди и позади печёночной артерии, при этом диссекция выполняется в направлении справа налево.

В процессе мобилизации комплекс “поджелудочная железа – селезёнка” выводится в операционное поле, и в этот момент становится отчётливо видимым участок поджелудочной железы, поражённый опухолью желудка. Оценивается степень инвазии тела и хвоста поджелудочной железы, определяется объём резекции (рис. 6).

На следующем этапе перевязываются селезёночная артерия и вена, выполняются спленэктомия и резекция поджелудочной железы с удалением всех тканей и лимфатических узлов ворот селезёнки, вдоль селезёночных сосудов и в ретропанкреатической области. При необходимости лимфодиссекция расширяется до парааортальной зоны.

Методика левой мобилизации обеспечивает чёткую и полную диссекцию лимфатических узлов вдоль чревного ствола, в ретропанкреатической зоне, особенно в верхних отделах и в левой парааортальной области.

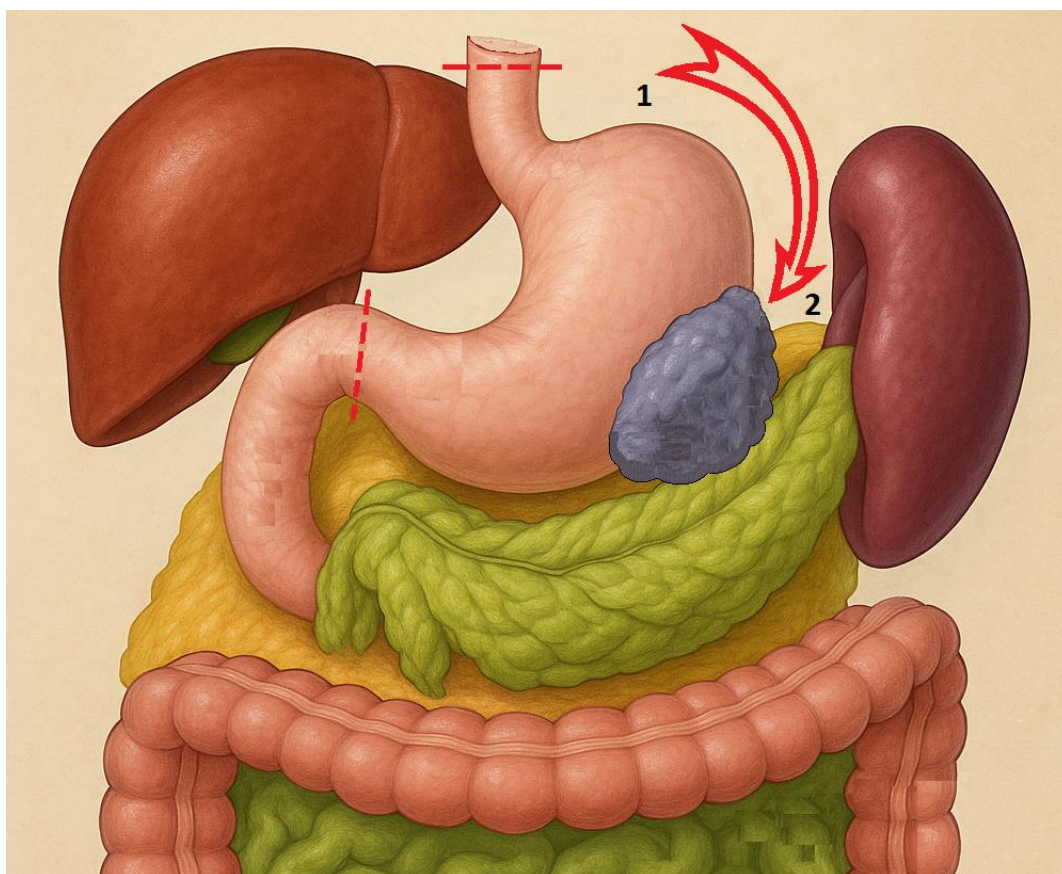


Рис. 6. Ревизия области опухолевого поражения.

В зависимости от анатомического строения поджелудочной железы, при шаровидных формах культи зашивается вручную, а при лентообразных формах — с использованием специального сшивающего аппарата (рис. 7).

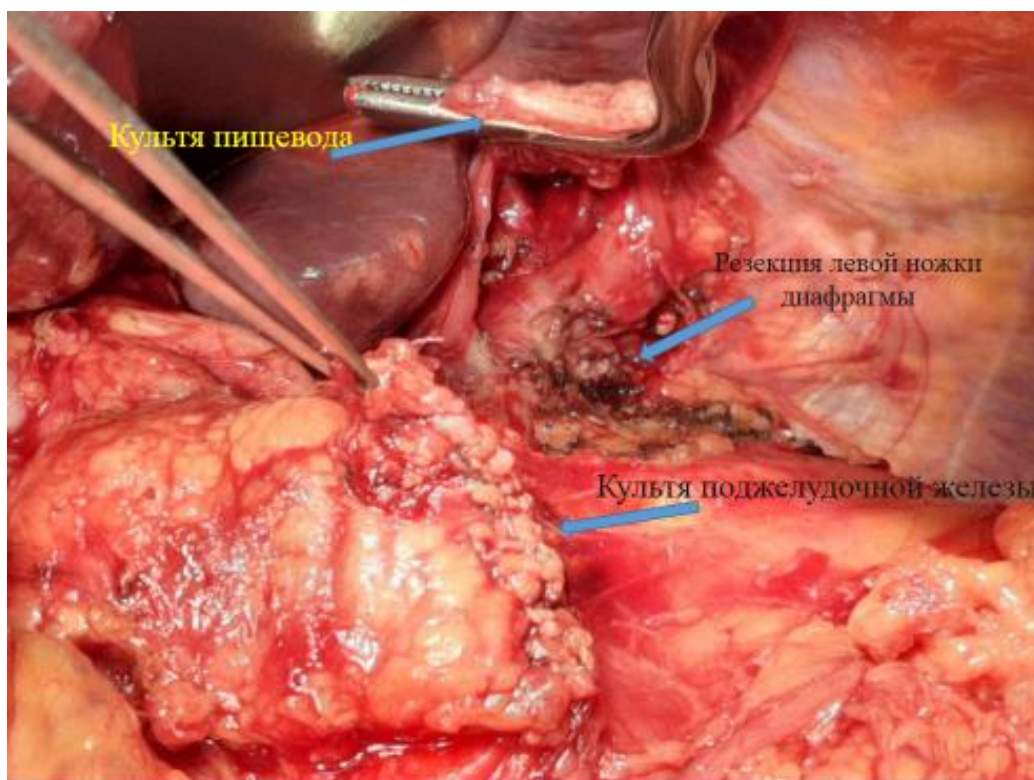


Рис. 7. Культи поджелудочной железы после резекции.

Следующий этап операции заключается в наложении эзофагоэнтероанастомоза.

Данная методика позволяет сократить продолжительность операции и объём кровопотери, облегчает полное выделение ретропанкреатических и парааортальных лимфатических узлов, а также снижает риск повреждения поджелудочной железы.

Объём плоской резекции определяется в зависимости от глубины инвазии опухоли:

- при глубине менее 3 мм дефект закрывается с использованием аргон-плазменной коагуляции и висцеральной брюшины;
- при более глубокой и протяжённой инвазии выполняется гемипанкреатэктомия.

Предложенный метод позволил сократить продолжительность операции в среднем на 30 минут, уменьшить кровопотерю с 290 мл до 200 мл, а также обеспечить полную лимфодиссекцию 10–11-й групп лимфатических узлов.

В четвёртой главе диссертации, озаглавленной «Результаты комбинированного хирургического лечения при распространении рака желудка на тело и хвост поджелудочной железы», целью исследования явилось проведение сравнительного анализа эффективности различных методов лечения и определение оптимальной хирургической тактики для данной категории больных.

Клиническое исследование проведено на основании анализа операций, выполненных у 96 пациентов. Возраст больных составлял от 29 до 75 лет (в среднем 59 лет); мужчин было 64 (66,7%), женщин — 32 (33,3%).

Пациенты были разделены на две группы: – 1-я группа (n=46) — гастрэктомия, дистальная гемипанкреатэктомия и спленэктомия; – 2-я группа (n=50) — гастрэктомия с плоской резекцией поджелудочной железы.

Комбинированные операции впервые были описаны в 1990-х годах и на ранних этапах применялись с осторожностью из-за высокой травматичности и частоты осложнений. Однако вследствие низкой эффективности консервативных методов резекционные вмешательства впоследствии признаны предпочтительными, даже в паллиативных целях.

В период 2014–2020 гг. проанализированы результаты операций у 46 больных с инвазией опухоли в тело и хвост поджелудочной железы. Все вмешательства выполнялись через верхнюю срединную лапаротомию. По данным гистологического анализа, у 67,3% (31 пациента) выявлено прорастание опухоли в соседние органы (T4). При комбинированных операциях резецировалось от 1 до 4 смежных органов, при этом резекция поджелудочной железы выполнялась вследствие её тесного анатомического сращения с опухолью.

Пациенты были сравнительно оценены по традиционному и усовершенствованному способам мобилизации. Средняя продолжительность операции составила 190 мин (170–255), кровопотеря — 280 мл (100–780 мл). Послеоперационные осложнения оценивались по классификации Clavien–Dindo.

Осложнения отмечены у 21,7% (10 пациентов): послеоперационный панкреатит — у 4, панкреатическая фистула — у 3, реактивный плеврит — у 4, кровотечение, кишечный парез и дыхательная или сердечно-сосудистая недостаточность — по 1 случаю.

Результаты показали, что усовершенствованная методика мобилизации позволила сократить продолжительность операции, объём кровопотери и частоту послеоперационных осложнений по сравнению с традиционной.

У 50 пациентов (52,1%) второй группы, у которых опухоль распространялась на тело и хвост поджелудочной железы, была выполнена комбинированная гастрэктомия с плоской резекцией поджелудочной железы. В зависимости от глубины инвазии пациенты были разделены на две подгруппы: – ПА (n=28; 56%) — глубина 1–2 мм; – ПБ (n=22; 44%) — глубина 3 мм.

Плоская резекция применялась преимущественно у больных с тесным прилежанием опухоли к ткани поджелудочной железы. Для повышения эффективности операции была разработана усовершенствованная методика мобилизации желудка, позволившая точно оценить глубину инвазии и выполнять манипуляции под визуальным контролем интраоперационного ультразвука.

Методика выполнялась поэтапно: ревизия брюшной полости, мобилизация пищевода и желудка, рассечение большого и малого сальников, пересечение диафрагмальных и печёночных связок, резекция пищевода на 4 см выше кардии и выполнение плоской резекции глубоких отделов поджелудочной железы с использованием современных электрохирургических инструментов. После резекции производилась соскоб-биопсия из культи поджелудочной железы для морфологического анализа.

Преимущества предложенного метода заключаются в возможности точной оценки степени инвазии, обеспечении радикальной резекции, облегчении ретропанкреатической и парааортальной лимфодиссекции. Данная техника менее травматична, способствует снижению частоты панкреатита, уменьшению кровопотери в среднем на 90 мл и сокращению длительности операции на 30 минут по сравнению с традиционным способом.

Эффективность операции оценивалась по критерию R0-резекции (отсутствие остаточной опухоли). В 1-й группе (n=46) макроскопических остатков опухоли не выявлено (R0). Во 2-й группе (n=50) при выполнении плоской резекции результат R0 достигнут у всех 28 пациентов подгруппы ПА (100%), тогда как в подгруппе ПБ микроскопические остатки опухоли (R1) обнаружены у 6 пациентов (27,2%, $p < 0,05$).

Послеоперационные осложнения развились у 25 пациентов (26,0%). Они наблюдались у 16 больных (34,7%) в 1-й группе и у 9 больных (18,0%) во 2-й группе. Неспецифические осложнения отмечены у 13 больных первой группы и у 7 больных второй группы, хирургические осложнения — соответственно у 3 и 2 пациентов (табл. 1).

Таблица 1

Показатели послеоперационных осложнений и летальности у больных раком желудка с инвазией в поджелудочную железу

Осложнение	1-я группа (n=46), abs (%)	2-я группа (n=50), abs (%)	χ^2 Пирсона		Летальность		χ^2 Пирсона
					1-я группа, abs (%)	2-я группа, abs (%)	
Послеоперационный панкреатит	4 (8,70)	3 (6,0)	0,258	0,707	0	0	CX
Панкреатическая фистула	3 (6,52)	1 (2,0)	1,227	0,347	0	0	CX
Кровотечение	0	1 (2,0)	0,930	1,000	0	0	CX
Реактивный плеврит	4 (8,70)	2 (4,0)	0,902	0,422	0	0	CX
Кишечный парез	1 (2,17)	0	1,098	0,479	0	0	CX
Тромбоэмболия	1 (2,17)	0	1,098	0,479	1 (2,17)	0	1,098 0,479
Пневмония + дыхательная недостаточность	1 (2,17)	1 (2,0)	0,004	1,000	0	0	CX
Сердечная недостаточность	2 (4,35)	1 (2,0)	0,436	0,606	0	0	CX
Всего	16 (34,78)	9 (18,0)	—	—	1 (2,17)	0	CX

Примечание: CX – статистика не рассчитывалась.

По классификации Clavien–Dindo: осложнения лёгкой степени (I–II) составили 68,7%, требующие хирургического вмешательства (III) — 25%, угрожающие жизни или летальные (IV–V) — 6,3%. В первой группе у одного пациента (2%) зафиксирована смерть вследствие острой тромбоэмболии; во второй группе летальных случаев не отмечено.

По результатам анализа, увеличение объёма операции не имело прямой связи с частотой осложнений и летальности. Напротив, при усовершенствованной методике случаи панкреатита и панкреатической фистулы наблюдались реже (соответственно 6% и 2%), а степень интраоперационной травматизации значительно снизилась.

Таким образом, выполнение плоской резекции по усовершенствованной методике обеспечило безопасность и радикальность операции, снизило частоту осложнений и повысило возможности ранней реабилитации пациентов.

У 95 больных с раком желудка, прорастающим в тело и хвост поджелудочной железы, были проанализированы отдалённые результаты хирургического лечения. Из 46 пациентов первой группы 1 умер в послеоперационном периоде; отдалённые результаты оценены у 45 больных.

Улучшение субъективного состояния пациентов рассматривалось как важный показатель эффективности лечения. Качество жизни каждого

больного изучалось по шкалам Карновского и ECOG до и после операции, а также через 3 и 6 месяцев наблюдения (рис. 8).

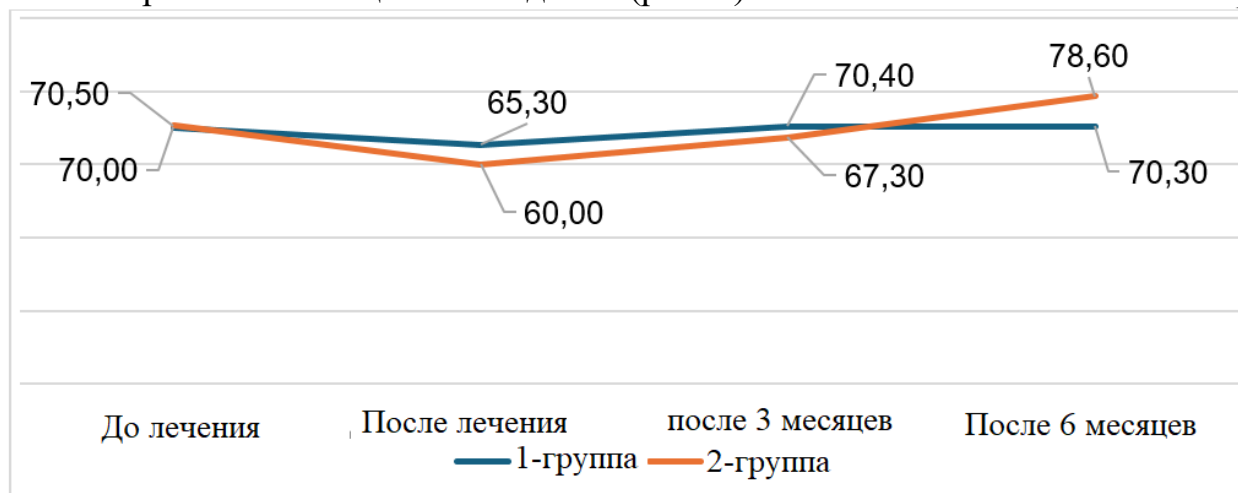


Рис. 8. Показатели качества жизни пациентов по шкале Карновского.

В начале исследования средний индекс активности в обеих группах составил $70,0 \pm 0,2\%$. После комбинированной гастрэктомии уровень активности снизился до $65,3 \pm 0,3\%$ в 1-й группе и $60,4 \pm 0,2\%$ во 2-й группе. Через 3 месяца эти показатели составили соответственно $70,4 \pm 0,2\%$ и $67,3 \pm 0,4\%$, а через 6 месяцев — $70,3 \pm 0,4\%$ и $78,6 \pm 0,4\%$. Эти данные свидетельствуют о наличии определённой разницы в качестве жизни и скорости реабилитации между исследуемыми методиками.

По результатам наблюдения за 45 пациентами, перенёсшими комбинированную гастрэктомию, однолетняя выживаемость составила 91,1% (41 больной). В течение года у трёх пациентов отмечена прогрессия рака (канцероматоз, асцит), а один пациент умер вследствие сердечно-дыхательной недостаточности. Во 2-й группе однолетняя выживаемость составила 96,0% (48 больных); двое пациентов умерли по причине прогрессии заболевания.

Отдалённые результаты показали, что в 1-й группе трёхлетняя выживаемость составила $40,0 \pm 3,2\%$, пятилетняя — $13,3 \pm 4,2\%$. Медиана наблюдения — 38 месяцев (12–72), медиана общей выживаемости — 28 месяцев (95% ДИ 12–41), медиана времени до прогрессии — 27 месяцев. Во 2-й группе соответственно трёхлетняя выживаемость составила $44,0 \pm 3,6\%$, пятилетняя — $14,0 \pm 4,4\%$, медиана наблюдения — 39 месяцев (15–74), медиана общей выживаемости — 30 месяцев, медиана времени до прогрессии — 28 месяцев.

Локорегиональные рецидивы в основном наблюдались в двух направлениях:

1. в области эзофагоэнтероанастомоза;
2. в зоне инвазии поджелудочной железы.

Согласно нашим данным, в первой группе рецидивы в зоне анастомоза не наблюдались. Однако в области культи поджелудочной железы рецидив выявлен у 2 (4,3%) пациентов в течение года и у 5 (10,9%) в течение трёх лет. Во второй группе эти показатели составили соответственно 4 (8%) и 7 (14%) больных.

Таблица 2

Результаты по группам (n=96)

Показатели	I-группа (n=46)		II-группа (n=50)		χ^2 Пирсона	
	abs	M $\pm$ m, %	abs	M $\pm$ m, %	χ^2	P
Одногодичная выживаемость	42	91,3 $\pm$ 4,15	47	94 $\pm$ 3,36	0,902	0,422
Трёхлетняя выживаемость	18	39,13 $\pm$ 7,2	22	44 $\pm$ 7,02	0,234	0,629
Локальный рецидив в течение 1 года (диаметр опухоли)	0	-	4	8 $\pm$ 3,84	0,545	0,679
Локальный рецидив в течение 3 лет (диаметр опухоли)	3	6,52 $\pm$ 4,59	7	14 $\pm$ 4,91	0,215	0,643
Сахарный диабет через 1 год	4	8,7 $\pm$ 4,15	0	0 $\pm$ 0	4,537	0,049
Сахарный диабет через 3 года	11	23,91 $\pm$ 6,29	0	0 $\pm$ 0	13,504	0,000
Пятилетняя выживаемость	6	13,04 $\pm$ 4,97	7	14 $\pm$ 4,91	0,019	0,891

Результаты анализа показали, что рецидив возникал преимущественно при глубокой инвазии опухоли (3 мм и более), тогда как при поверхностной инвазии (1–2 мм) рецидивов не зафиксировано.

По данным патоморфологического исследования, при глубокой инвазии опухоль прорастает в лимфатические сосуды паренхимы поджелудочной железы, что способствует локальному распространению и развитию рецидива.

Таблица 3

Показатели выживаемости в зависимости от количества курсов адъювантной химиотерапии

Количество курсов адъювантной химиотерапии	Число пациен- тов	Одногодичная выживаемость		Трёхлетняя выживаемость		Пятилетняя выживаемость	
		abs	M±m,%	abs	M±m,%	abs	M±m,%
Пациенты, получавшие ХТ (1-я группа, n=83)							
• 2 курса	20	19	95±4,87	7	35±10,67	2	10±6,71
• 4 курса	41	38	92,68±4,07	20	48,78±7,81	8	19,51±6,19
• 6 курсов	22	20	90,91±6,13	9	40,91±10,48	3	13,64±7,32
Пациенты без ХТ (2-я группа, n=12)	12	12	100±0	4	33,33±13,61	0	0±0
P		χ2 Пирсона = 9,693; p = 0,021		χ2 Пирсона = 1,566; p = 0,667		χ2 Пирсона = 3,2573; p = 0,354	

Наиболее частым функциональным осложнением являлось развитие сахарного диабета, связанное с резекцией почти половины паренхимы поджелудочной железы. В течение первого года 4 пациента (8,8%) имели признаки сахарного диабета I типа, уровень глюкозы в крови достигал 7,8–9,7 ммоль/л. Через три года диабет зарегистрирован у 11 больных.

Таким образом, методика плоской резекции при сохранении радикальности операции способствует снижению частоты осложнений, улучшает качество жизни и показатели выживаемости пациентов.

Адьювантная химиотерапия была проведена у 83 (87,4%) пациентов, поскольку в 1-й группе один больной умер после операции, а ещё четыре пациента из-за тяжёлого общего состояния (анемия, дегидратация, сердечно-дыхательная недостаточность) не могли пройти курс полихимиотерапии (ПХТ).

Во 2-й группе всем 50 пациентам адьювантные курсы химиотерапии были выполнены в согласованные сроки. В зависимости от схемы полихимиотерапии пациенты были разделены на две подгруппы:

- 1-я подгруппа (n = 76; 91,6%) — ПХТ по схеме FLOT;
- 2-я подгруппа (n = 7; 8,4%) — ПХТ по схеме ELF (предназначенной для пациентов пожилого возраста и ослабленного состояния).

В целом, 83 (83,4%) пациента получили полихимиотерапию. Отказавшиеся от ПХТ или не прошедшие лечение по состоянию здоровья составили 12 (12,4%) пациентов.

По методу Каплана–Мейера (Kaplan–Meier) была проведена сравнительная оценка одногодичной выживаемости в различных группах в зависимости от числа курсов химиотерапии.

Пациенты, получившие 6 курсов, показали наиболее высокий уровень выживаемости: до 8 месяцев все пациенты были живы, однако после восьмого месяца выживаемость резко снизилась. У больных, прошедших 4 курса, выживаемость оставалась относительно высокой до 10 месяцев. В группе, получившей 2 курса, показатели выживаемости были ниже, чем у групп с 4 и 6 курсами.

У пациентов, не получавших химиотерапию, выживаемость была наиболее низкой.

По результатам анализа трёхлетней выживаемости выявлено, что различие показателей в зависимости от количества курсов адьювантного лечения статистически значимо ($p < 0,05$).

В частности, в 1-й группе после 2 курсов трёхлетняя выживаемость составила 35,0%, после 4 курсов — 43,9%, а после 6 курсов — 45,4%. При этом между 4 и 6 курсами статистически значимой разницы не выявлено ($p > 0,05$).

У пациентов, не получавших ПХТ, трёхлетняя выживаемость составила 33,3%, что статистически достоверно ниже, чем у больных, прошедших 2 (35,0%), 4 (43,9%) и 6 (45,4%) курсов химиотерапии ($p < 0,05$).

Пятилетняя выживаемость составила 10,0% после 2 курсов, 17,1% — после 4 курсов и 18,2% — после 6 курсов. Между 1–2 и 1–3 группами статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$).

Однако между 2 и 4 курсами установлено достоверное различие по уровню пятилетней выживаемости ($p < 0,05$) (рис. 9).

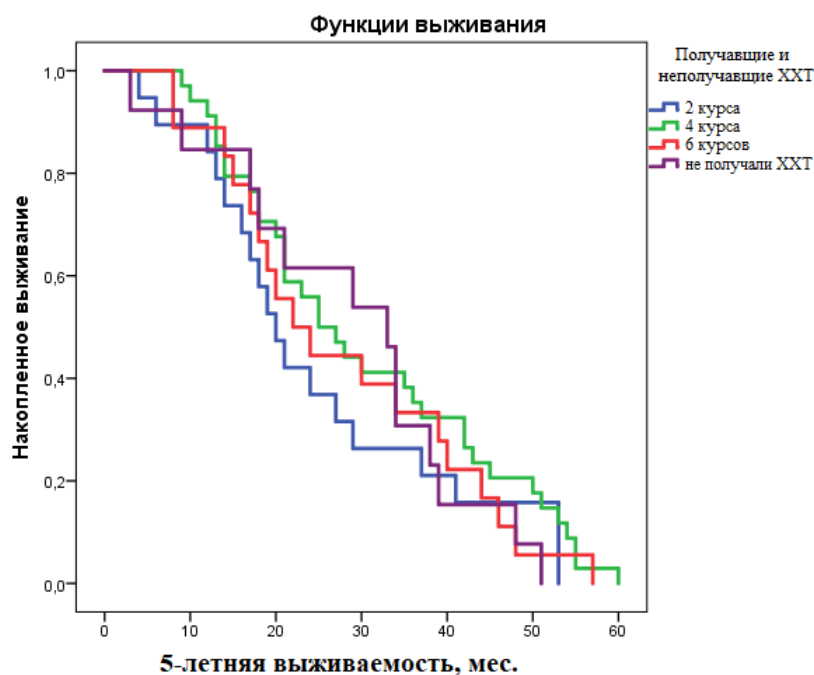


Рис. 9. Пятилетняя выживаемость по методу Каплана–Мейера (Kaplan–Meier) в различных группах

Результаты адъювантной полихимиотерапии (ПХТ) и только хирургического лечения представлены в сравнительном виде (выживаемость частично сокращённо).

После 4 и 6 курсов адъювантной ПХТ пятилетняя выживаемость составила соответственно 17,1% и 18,2%, и статистически значимых различий между ними не выявлено ($p > 0,05$).

Данный факт свидетельствует о том, что после четырёх курсов адъювантной ПХТ возможно замедление и стабилизация опухолевого процесса, однако, согласно нашим данным, существенного продления продолжительности жизни пациентов это не обеспечивает.

Среди 12 пациентов, отказавшихся от ПХТ, ни один не дожил до пятилетнего срока наблюдения. Это ещё раз подтверждает положительное влияние адъювантной химиотерапии на долгосрочные результаты комбинированного лечения.

Согласно представленным статистическим данным, после четырёх курсов адъювантной химиотерапии показатели одногодичной, трёхлетней и пятилетней выживаемости составили соответственно 95,1%, 43,9% и 17,1%. Таким образом, для повышения выживаемости пациентов с местнораспространённым раком желудка наряду с расширенными хирургическими методами ключевым фактором является проведение не менее четырёх курсов адъювантной химиотерапии.

Ретроспективное изучение гистологических блоков при прорастании рака желудка в поджелудочную железу.

В исследовании были повторно проанализированы гистологические материалы 96 пациентов с раком желудка, прорастающим в поджелудочную железу. Всем больным была выполнена комбинированная гастрэктомия в сочетании с резекцией поджелудочной железы различного объёма. По результатам гистологического анализа пациенты были разделены на две основные и две подгруппы в зависимости от глубины инвазии опухоли в поджелудочную железу.

В I группе (46 пациентов) зафиксированы случаи глубокой инвазии (более 5 мм) опухоли в поджелудочную железу. У этих больных в железистых структурах желудка наблюдались гиперплазия, полиморфизм и патологические митозы, а также инфильтрация всех слоёв желудка опухолевыми клетками. В ткани поджелудочной железы отмечались признаки периваскулярного отёка и гемосидероза, однако в биопсии культы поджелудочной железы атипичные клетки не обнаружены, что свидетельствовало о радикальном удалении опухоли.

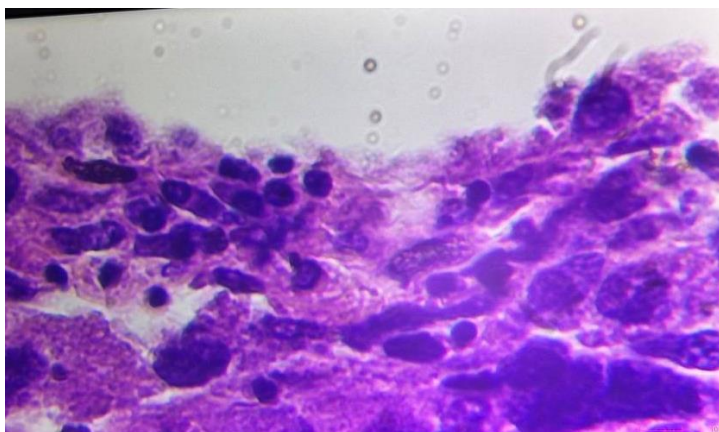


Рис. 10. Инвазивное поражение коркового и мозгового слоёв поджелудочной железы с развитием периваскулярного и перицеллюлярного опухолевого роста, сопровождающееся признаками гемосидероза.

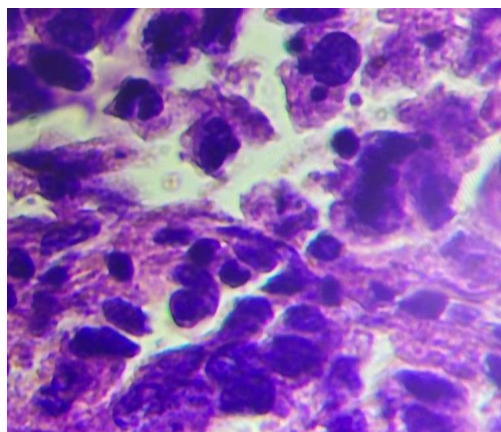


Рис. 11. Метастазы аденокарциномы слизистой оболочки желудка в лимфатические узлы.

Во II группе (50 пациентов) по глубине инвазии опухоли в поджелудочную железу были выделены две подгруппы. В ПА подгруппе (28 пациентов) глубина инвазии составила 1–2 мм, и при биопсии тканей поджелудочной железы атипичных клеток не выявлено. Это подтвердило обоснованность метода плоской резекции, позволяющего радикально удалить опухоль. В ПБ подгруппе (22 пациента) глубина инвазии составляла 3–4 мм, и у 6 пациентов в биоптате культы поджелудочной железы были обнаружены атипичные клетки (R1). Это указывало на то, что радикальное удаление опухоли было неполным.

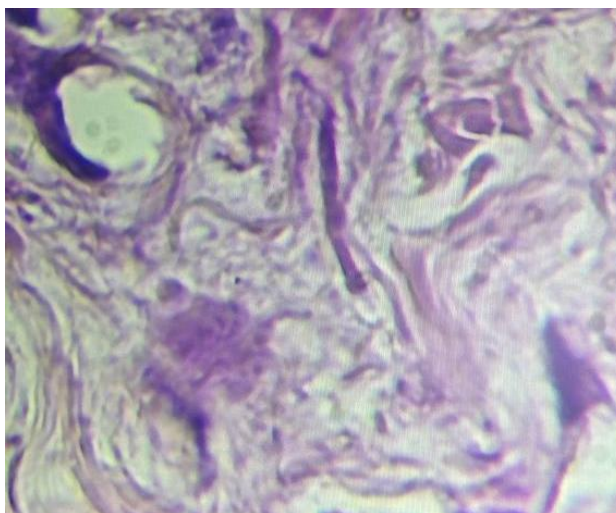


Рис. 12. Бесструктурные образования, мелкие гиперхромные клетки, единичные патологические митозы, микроскопические (R1) атипичные клетки.

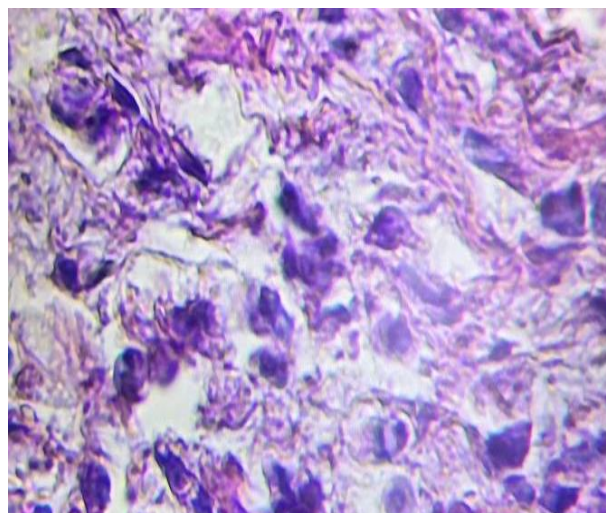


Рис. 13. Железистые структуры, мелкие гиперхромные клетки, единичные патологические митозы, микроскопические (R1) атипичные клетки.

В результате повторного изучения представленных гистологических блоков у 50 пациентов I группы при глубине инвазии рака желудка в поджелудочную железу более 5 мм были выполнены лапаротомия, комбинированная гастрэктомия, дистальная гемипанкреатэктомия и спленэктомия. В биоптатах, взятых из культы поджелудочной железы через зону резекции, атипичные клетки не обнаружены, что свидетельствует о полном радикальном удалении опухоли.

У 28 пациентов подгруппы IIА, при глубине инвазии рака желудка в поджелудочную железу 1–2 мм, также атипичные клетки в биоптатах культы поджелудочной железы после операции не выявлены. Таким образом, применение комбинированной гастрэктомии с плоской резекцией является целесообразным и обеспечивает возможность радикального удаления опухоли.

У 22 пациентов подгруппы IIВ, при глубине инвазии 3–4 мм, в биоптатах культы поджелудочной железы у 6 больных были обнаружены микроскопические (R1) атипичные клетки. В гистологических блоках, обозначенных как «А» и «Б», в зонах инвазии наблюдались железистые структуры, мелкие гиперхромные клетки и единичные патологические митозы. На основании этих данных установлено, что при глубине инвазии рака желудка в поджелудочную железу 3 мм и более выполнение комбинированной гастрэктомии с плоской резекцией не гарантирует полного радикального удаления опухоли.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе результатов, полученных при выполнении диссертационной работы на тему «Совершенствование диагностики и хирургического лечения

рака желудка с прорастанием в поджелудочную железу» были сделаны следующие выводы:

1. При комплексной диагностике местно-распространённого рака желудка наибольшее соответствие результатов предоперационной визуализации интраоперационной оценке установлено для ПЭТ/КТ — 94,8%, тогда как для МСКТ данный показатель составил 81,3%, МРТ — 76,1%, УЗИ — 75,0%. При этом диагностическая точность ультразвукового исследования в определении глубины инвазии опухоли в паренхиму поджелудочной железы достигала 96,0%, что обосновывает его применение для уточнения локальной распространённости опухолевого процесса и выбора объёма хирургического вмешательства.

2. Были усовершенствованы технические этапы комбинированной гастрэктомии, гемипанкреатэктомии и спленэктомии, что позволило сократить время операции на 30 минут (с 3 ч 10 мин до 2 ч 40 мин), уменьшить кровопотерю в среднем на 90 мл, создать более удобные условия для адекватной лимфодиссекции, снизить частоту повреждений поджелудочной железы и случаев послеоперационного панкреатита.

3. По морфологическим данным установлено, что при инвазии рака желудка в тело и хвост поджелудочной железы на глубину до 2 мм, ширину до 1,5 см и длину до 3 см, плоская резекция является эффективной — остаточных опухолевых клеток или рецидивов не наблюдалось. При инвазии более 2 мм плоская резекция не рекомендуется, поскольку при трёхлетнем наблюдении рецидивы отмечены в 31,8% случаев. В этих ситуациях выполнение гемипанкреатэктомии с спленэктомией обеспечивает радикальность и улучшает долгосрочные показатели выживаемости.

4. Морфологически установлено, что при глубине инвазии рака желудка в поджелудочную железу более 2 мм поражаются сосуды лимфоваскулярной системы, что способствует локальному и системному распространению опухолевых клеток по кровотоку.

5. В группе I (гемипанкреатэктомия + спленэктомия) одногодичная выживаемость составила $81,3 \pm 3,3\%$, во II группе (плоская резекция) — $83,0 \pm 3,5\%$ ($P < 0,05$); трёхлетняя — $40,0 \pm 3,2\%$ и $44,0 \pm 3,6\%$ ($P < 0,05$); пятилетняя — $13,3 \pm 4,2\%$ и $14,0 \pm 4,4\%$ ($P < 0,05$) соответственно. Статистически значимой разницы между результатами двух групп не выявлено, что указывает на то, что органосохраняющие операции (плоская резекция) в определённых случаях могут быть альтернативой гемипанкреатэктомии.

6. При местно-распространённом раке желудка качественное проведение системной химиотерапии играет ключевую роль в улучшении показателей выживаемости. Полученные данные показали, что у больных, отказавшихся от химиотерапии, и у пациентов, получивших только 2 курса, пятилетняя выживаемость составила 0% и 10% соответственно. При проведении 2, 4 и 6 курсов химиотерапии пятилетняя выживаемость составила 10,0%, 17,1% и 18,2% (P_1 и $P_{2-3} > 0,05$). Статистически значимой разницы между 4 и 6 курсами не отмечено, что свидетельствует о том, что 4 курса системной адъювантной химиотерапии являются оптимальными.

**ONE-TIME SCIENTIFIC COUNCIL ON AWARDING OF SCIENTIFIC
DEGREES DSc.06/2025.27.12.Tib.15.01. AT THE REPUBLICAN
SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL MEDICAL CENTER OF
ONCOLOGY AND RADIOLOGY**

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

MELIKULOV ASLIDDIN XAMROKULOVICH

**IMPROVING THE DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF
GASTRIC CANCER WITH INVASION OF THE PANCREAS**

14.00.14 – Oncology

**DISSERTATION ABSTRACT
OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PHD) ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT– 2026

The topic of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation is registered in the Higher Attestation Commission under the academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan under the number B2021.1.PhD/Tib1834.

The dissertation was carried out at the Samarkand State Medical University..

The abstract of the dissertation is posted in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) on the website of the Scientific Council (www.cancercenter.uz) and on the information and education portal "ZiyoNet" (www.ziynet.uz).

Scientific supervisor:

Djuraev Mirjalol Dekhkanovich
Doctor of Medical Sciences, professor

Official opponents:

Mukhamedaminov Shukhrat Karimovich
Doctor of Medical Sciences, professor

Abdujapporov Sulaymon Bakhridinovich
Doctor of Medical Sciences, professor

Leading organization:

Tashkent State Medical University

Dissertation defense will be held at the one-time meeting of the Scientific Council based on Scientific Council No. DSc.06/2025.27.12.Tib.15.01 at the Republican Specialized Oncology and Radiology Center of Scientific and Applied Medicine at _____, 2026. (Address: Tashkent city, Almazar district, Shifokorlar MFY, Tashkent Ring Road Street, 14a. Tel.: (+99855) 515-55-68; e-mail: info@cancercenter.uz) .

The dissertation can be viewed at the Information Resource Center of the Republican Center for Specialized Oncology and Radiology, registered under the number _____. Address: Tashkent city, Almazar district, Shifokorlar MFY, Tashkent Ring Road Street, 14a. Phone: (+99855) 515-55-68.

The abstract of the dissertation was sent out «_____» _____ 2026 y. (mailing report № _____ on «_____» _____ 2026 y).

A.A.Yusupbekov

Chairman of the Scientific Council for Awarding
Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

B.T.Madiyrov

Scientific Secretary of the Scientific Council for Awarding
Academic Degrees, Doctor of Philosophy (PhD) in
Medical Sciences

A.J. Kakharov

Chairman of the Scientific Seminar under the Scientific
Council for Awarding Academic Degrees, Doctor of
Medical Sciences (DSc), Professor

INTRODUCTION (annotation of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation)

The purpose of the study: is to improve the diagnosis and surgical treatment of locally advanced gastric cancer with invasion into the body and tail of the pancreas.

The object of the study was a clinical and practical analysis based on 96 cases of combined gastrectomies, pancreatic resections, and splenectomies performed at the Thoracoabdominal Surgery Department of the Samarkand Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology from 2014 to 2020 in patients with gastric cancer invading the body and tail of the pancreas.

The scientific novelty of the study:

it has been substantiated that, for the first time, a comparative assessment of PET/KT, MRT, and intraoperative ultrasound data with morphological results was carried out in cases of gastric cancer invading the pancreas, which made it possible to establish that the PET/KT method is the most reliable technique for determining the depth of invasion;

it has been developed and proven that, in cases of deep invasion of gastric tumors into the pancreas, the use of echographic, clinical, and morphological criteria for selecting flat resection of the pancreatic parenchyma ensures oncological safety and preservation of organ function;

it has been demonstrated that the improved technical stages of combined gastrectomy and hemipancreatectomy reduce intraoperative blood loss, prevent pancreatic injury, and preserve its functional activity;

it has been established that, according to the results of morphological analysis, there is a direct correlation between the depth of tumor invasion into the pancreatic tissue and the frequency of postoperative recurrences; with an invasion depth greater than 2 mm, hemipancreatectomy is the only method that ensures radicality and treatment effectiveness.

Implementation of the research results.

These provisions of the scientific novelty of the dissertation have been incorporated into the content of the methodological guidelines entitled "Improvement of Diagnostics and Surgical Treatment of Gastric Cancer with Pancreatic Invasion," approved by Protocol No. 11 of the meeting of the Academic Council of Samarkand State Medical University dated June 26, 2024. The results of the scientific novelty have been implemented into the clinical practice of the Jizzakh Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology by Order No. 155I dated October 15, 2024, as well as into the clinical practice of the Kashkadarya Branch of the Center by Order No. 106I dated October 21, 2024 (confirmed by the conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 25/36 dated September 22, 2025).

The implementation into clinical practice of an algorithm for determining the depth of invasion in cases of gastric cancer with pancreatic involvement, based on

intraoperative ultrasound data and morphological analysis, made it possible to optimize surgical tactics, individualize the extent of surgery, preserve pancreatic function, and improve long-term functional outcomes and patients' quality of life. At the same time, this approach ensured a reduction in treatment costs by an average of up to 1,140,000 Uzbek soums per patient and decreased long-term expenditures associated with the management of postoperative diabetes mellitus.

The implementation into clinical practice of the developed indications for performing flat pancreatic parenchymal resection in cases of gastric cancer invading the body and tail of the pancreas made it possible to individualize surgical tactics, reduce surgical trauma, and preserve the functional activity of the pancreas, which contributed to improving patients' quality of life and long-term functional treatment outcomes. The application of this approach ensured a reduction in treatment costs by an average of up to 1,140,000 Uzbek soums per patient and decreased long-term expenditures associated with the management of postoperative diabetes mellitus.

The refinement of the technical stages of combined gastrectomy with distal hemipancreatectomy made it possible to improve the safety of surgical intervention, reduce intraoperative blood loss and the risk of postoperative complications, and preserve the functional activity of the pancreas. The implementation of this approach into clinical practice ensured a reduction in the costs of surgery and postoperative treatment by an average of up to 1,140,000 Uzbek soums per patient and shortened the duration of hospital stay.

The implementation into clinical practice of an approach based on selecting hemipancreatectomy in cases with a depth of invasion greater than 2 mm made it possible to ensure the radicality of surgical treatment, reduce the risk of recurrence, and improve long-term treatment outcomes. The application of this approach reduces treatment costs and, through the prevention of postoperative diabetes mellitus, generates a long-term economic benefit exceeding 200 million Uzbek soums per patient.

The four scientific novelties obtained in the dissertation research of A.Kh. Melikulov entitled "Improvement of Diagnostics and Surgical Treatment of Gastric Cancer with Pancreatic Invasion" were submitted by Samarkand State Medical University to the Ministry of Health for implementation into the practice of other medical institutions across the country (Letter No. 11013 dated September 2, 2025).

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, and a list of references. The total 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. Джураев М.Д., Меликулов А.Х. Современные подходы к комбинированному лечению местнораспространенного рака желудка // Биология ва тиббиёт муаммолари халқаро илмий журнал. – 2019. – № 4 (113). – С. 231–233. (14.00.00, № 19) https://api-daraja.ilmiy.uz/media/Monitoring/monitoring_file/userID_37213/apply_doc_115014/38/20260813_142332.pdf

2. Dzhuraev M.D., Mellikulov A.Kh. Evaluation of Preliminary Results of the Combined Gastrectomy for Locally Advanced Stomach Cancer // *European Journal of Pharmaceutical and Medical Research*. – 2019. – Vol. 6 (10). – P. 169–170. (Impact Factor 7.065 №2) https://www.ejpmr.com/home/abstract_id/5678

3. Джураев М.Д., Меликулов А.Х., Уразов Н.С., Улмасов Ф.Г., Орипова О.О. Результаты расширенной комбинированной гастрэктомии при прорастании опухоли в хвост поджелудочной железы // Клиническая и экспериментальная онкология. – 2020. – № 3. – С. 16–19. (14.00.00, № 21) <https://aouz.uz/files/journals/2020/aouz-journal-2020-3--13.pdf>

4. Джураев М.Д., Меликулов А.Х., Кулиев А.А. Меъда саратони меъда ости безига ўсиб ўтганда хирургик даво ҳажмини танлаш // Биомедицина ва амалиёт журнали. – 2021. – № 4. – С. 189-195. (14.00.00, № 24) <https://www.sammu.uz/upload/d-file/files/618637fc1a2e2-618637fc1a2e3-618637fc1a2e4-618637fc1a2e5.pdf>

5. Melikulov A.Kh., Dzhuraev M.D. Direct Results of Combined Gastrectomy with Distal Hemipancreatectomy and Splenectomy for Locally Advanced Gastric Cancer // *American Journal of Medicine and Medical Sciences*. – 2023. – Vol. 13 (6). – P. 772–774. (14.00.00, № 2) <http://article.sapub.org/10.5923.j.ajmms.20231306.02.html>

II бўлим (II часть; part II)

1. Джураев М.Д., Меликулов А.Х. Маҳаллий тарқалган ошқозон саратонида паллиатив гастрэктомиянинг самарадорлигини баҳолаш // Патент № DGU 20222320. – Рўйхатдан ўтказилган сана: 16.04.2022.

2. Джураев М.Д., Меликулов А.Х. Меъда саратонини меъда ости беги тана қисмига ўсиб ўтганда меъда ости беги ясси резекция қилиш усули // Патент № FAP 2026 0441

3. Джураев М.Д., Меликулов А.А., Улмасов Ф.Г. Ошқозон саратони ошқозон ости беги тана ва дум қисмига ўсиб ўтганда жарроҳлик амалиётини такомиллаштириш // Услубий тавсиянома. – Самарқанд давлат тиббиёт университети. – 2024. – 15 бет.

4. Джураев М.Д., Улмасов Ф.Г., Меликулов А.Х., Уразов Н.С., Кулиев А.А. Выбор объёма хирургического лечения рака желудка с прорастанием в

поджелудочную железу // IV Конгресс онкологов и радиологов Республики Узбекистан «Современные подходы к лекарственной терапии, радиологии и хирургии в онкологии». – Нукус, 21–22 мая 2022 г. – С. 169. <https://aouuz.uz/files/journals/2022/aouz-journal-2022-1.pdf>

5. Джураев М.Д., Улмасов Ф.Г., Меликулов А.Х., Уразов Н.С., Кулиев А.А. Непосредственные результаты комбинированной гастрэктомии при прорастании в поджелудочную железу // IV Конгресс онкологов и радиологов Республики Узбекистан «Современные подходы к лекарственной терапии, радиологии и хирургии в онкологии». – Нукус, 21–22 мая 2022 г. – С. 170. <https://aouuz.uz/files/journals/2022/aouz-journal-2022-1.pdf>

6. Меликулов А.Х., Джураев М.Д. Результаты комбинированной гастрэктомии при местнораспространенном раке желудка // *Global Conference on Medical and Health Sciences Hosted Online from Madrid, Spain Date: 14th June, 2026*– P. 861-862 <https://econferencia.com/index.php/5/article/view/1256>

7. Джураев М.Д., Меликулов А.Х. Оценка эффективности комбинированной гастрэктомии при осложненных формах прорастания опухоли в хвост поджелудочная железы рака желудка // *Global Conference on Medical and Health Sciences Hosted Online from Madrid, Spain Date: 14th June, 2026*– P. 863-864 <https://econferencia.com/index.php/5/article/view/1257>

Avtoreferat «_____» jurnali tahririyatida
tahrirdan o'tkazilib, o'zbek, rus va ingliz tillaridagi matnlar o'zaro
muvofiqlashtirildi.

Bosmaxona litsenziyasi:



9338

Bichimi: 84x60 ¹/₁₆. «Times New Roman» garniturası.
Raqamli bosma usulda bosildi.
Shartli bosma tabog'i: 4,25. Adadi 100 dona. Buyurtma № 58/26.

Guvohnoma № 851684.
«Tipograff» MCHJ bosmaxonasida chop etilgan.
Bosmaxona manzili: 100011, Toshkent sh., Alisher Navoiy ko'chasi, 36 uy.
Tel: +99894-600-44-07