

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 РАҚАМЛИ
ИЛМИЙ КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

АЛИМОВ СУХРОБ УСМОНОВИЧ

**ҚОН КЕТИШИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН МЕЪДА ВА ЎН ИККИ
БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА
ГЕМОСТАЗ БУЗИЛИШИНING ПАТОФИЗИОЛОГИК АСПЕКТЛАРИ**

**14.00.16 – Нормал ва патологик физиология
14.00.27 – Хирургия**

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

ТОШКЕНТ – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Алимов Сухроб Усмонович

Қон кетиши билан асоратланган меъда
ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги
мавжуд беморларда гемостаз бузилишининг
патофизиологик аспектлари.....3

Алимов Сухроб Усмонович

Патофизиологические аспекты нарушения
гемостаза у больных с язвенной болезнью
желудка и двенадцатиперстной кишки с
осложненным кровотечением.....21

Aimov Sukhrob Usmonovich

Pathophysiological aspects of hemostasis disorders
in patients with gastric ulcer and duodenal ulcer with
complicated bleeding.....37

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works.....40

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 РАҚАМЛИ
ИЛМИЙ КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

АЛИМОВ СУХРОБ УСМОНОВИЧ

**ҚОН КЕТИШИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН МЕЪДА ВА ЎН ИККИ
БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА
ГЕМОСТАЗ БУЗИЛИШИНING ПАТОФИЗИОЛОГИК АСПЕКТЛАРИ**

**14.00.16 – Нормал ва патологик физиология
14.00.27 – Хирургия**

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

ТОШКЕНТ – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2020.2.PhD/Tib1206 рақами билан рўйхатга олинган

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий Кенгаш веб-саҳифасида (www.tma.uz) ва «ZiyoNet» Ахборот таълим портали (www.ziyo.net) манзилларига жойлаштирилган.

Илмий раҳбарлар:

Каримов Хамид Ёқубович

тиббиёт фанлари доктори, профессор

Мавлонов Олимбой Раззақович

тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Зокиров Ёрқин Узуевич

тиббиёт фанлари доктори, профессор

Баймаков Сайфиддин Рисбаевич

тиббиёт фанлари доктори, доцент

Етакчи ташкилот:

Андижон давлат тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 рақамли илмий кенгашнинг 2021 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100109, Тошкент ш., Фаробий кўчаси, 2-уй, Тошкент тиббиёт академиясининг 1-ўқув биноси, 4-қават мажлислар зали. Тел./Факс: (+99878) 150-78-25, e-mail: tta2005@mail.ru).

Диссертация билан Тошкент тиббиёт академиясининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (___ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100109, Тошкент ш., Фаробий кўчаси, 2-уй, Тошкент тиббиёт академиясининг 2-ўқув биноси, «Б» қанот, 1-қават, 7-хона. Тел./Факс: (+99878) 150-78-14.

Диссертация автореферати 2021 йил «___» _____ да тарқатилди.

(2021 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Г.И. Шайхова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш асосидаги
Бир марталиқ илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари
доктори, профессор

И.О.Отажонов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш асосидаги
Бир марталиқ илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт
фанлари номзоди

Р.Дж. Усманов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш асосидаги
Бир марталиқ илмий кенгаш қошидаги илмий
семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, доцент

КИРИШ (фалсафа доктори диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги—мураккаб патологик жараён бўлиб, кўп ҳолатда инфекция асосида ўн икки бармоқ ичак ва меъда шиллиқ қаватининг яллиғланиши ҳисобланади, дунё аҳолисида қорин бўшлиғи аъзолари касалликлари орасида етакчи ўринни эгаллайди. Яра касаллиги кўп учрайдиган касалликлар турига кириб, катта ёшдаги аҳолининг 5-15% ни хасталайди. ЖССТнинг маълумотларига кўра, «...умуман инсон ва жамият учун касаллик вақти (DALY кўрсаткичлари бўйича) ва яра касаллиги турли мамалакатларда 100 000 аҳолига нисбатан 20 дан 220 гача, ўлим кўрсаткичи 246 000 ни ташкил қилади...»¹. Сўнгги йилларда аҳоли орасида ярага боғлиқ гастродуоденал қон кетишлар сони ортиб бормоқда. Бундай ҳолатда беморларнинг оғирлик ҳолати, қон йўқотиш босқичи ва қон кетиш интенсивлиги, бемор ёши ҳамда қўшимча ҳамроҳ касалликларга боғлиқлиги билан изоҳланади. Шу сабабли қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги мавжуд беморларда гемостаз бузилишининг патофизиологик томонлари энг муҳим муаммоли масалаларидан бири ҳисобланади.

Жаҳонда қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги мавжуд беморларда гемостаз бузилишининг патофизиологик томонлари аҳамиятини яхшилаш борасида қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада яра касаллигида юзага келувчи метоболик ўзгаришлар ва гемостаз тизими бузилишлари орасидаги боғлиқлиги, қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги кузатилган беморлар гемостаз тизимининг бузилиши, гастродуоденал қон кетиш кузатилган беморларда қон йўқотиш даражасига боғлиқлигини белгилаш, қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги патогенетик асосланган, дифференциал ёндашилган, даволаш усуллари яхшилаш бўйича илмий тадқиқотлар алоҳида аҳамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда бугунги кунда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш, турли соматик касалликларни эрта ташҳислаш ва асоратларини камайтириш, жумладан, қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги кузатилган беморларга малакали тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини ошириш, уларнинг олдини олишга қаратилган кенг қамровли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. 2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясига мувофиқ, аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...мамлакатимизда аҳолига

¹Щеголев А.А. [и др.] Первый опыт применения EndoClot в лечении кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта // Сб. материалов VII эндоскопии 2016." - Санкт-Петербург, 2016. - С.-143-144.

кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташҳислаш ва даволашнинг юқори технологик усулларни жорий қилиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш...»² каби вазифалари белгиланган.

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

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Қатор илмий тадқиқотларда бир нечта касалликларда гемостаз ҳолати, жумладан, сепсис билан касалланган беморларда (А.А.Афанасьев, 2018), юрак ишемик касалликларида (Ф.Б.Абдумаликова, 2020) ўрганилган. Бошқа олимлар томонидан маҳаллий кенг тарқалган меъда саратонининг асоратланган қон кетиши кузатилган беморларда ивиш тизими ҳолати ўрганилган (А.Б.Насиров, 2010). Илмий тадқиқотлар давомида ГДҚК кузатилган беморларни парваришлашнинг мақбул тактикасида бемор ҳолатининг оғирлиги, эндоскопик гемостаз тури ва унинг барқарорлиги, шунингдек жарроҳлик бўлимига бемор келган вақтнинг дастлабки соатларида қон кетишининг қайталаниши аниқлаган (С.И.Джамалов, 2014). Шу билан бирга ярага боғлиқ қон кетиш кузатилган беморларда гемостаз тизимини текширилганлиги бўйича маълумотлар жуда ҳам кам. Адабиёт маълумотларининг таҳлили кўрсатишича, асосан бошқа патологияли беморларда гемостаз тизими ҳолати ўрганилган. Бизга, маълум бўлган адабиётларда гастродуоденал ярадан асоратланган қон кетиш кузатилган беморлар гемостаз тизимининг ҳолатига бағишланган ишлар жуда кам учрайди. Буларнинг барчаси қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги мавжуд беморларда гемостаз бузилишининг

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

патофизиологик аспектларини тизимлаштиришга йўналтирилган кўшимча тадқиқотларни талаб қилади.

Ўзбекистонда меъда ичак ва ўн икки бармоқ ичак яра касалликларини хирургик даволаш, юрак ишемик касаллигида гастродуоденал қон кетишларни ташхислаш ва даволаш тактикасини такомиллаштириш борасида қатор олимлар илмий тадқиқотлар олиб боришган (Ш.И.Каримов, 2015; Р.И.Рахимов, 2021), бироқ, қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги мавжуд беморларда гемостаз бузилишининг патофизиологик аспектлари очиқ беришга қаратилган тадқиқотлар олиб борилмаган.

Шундай қилиб, қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги мавжуд беморларда гемостаз бузилишининг патофизиологик аспектларини кейинги босқичларда чуқур ўрганиш тақозо этади.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ №005.01.1500216 «Инсон ва тажриба ҳайвонлар организми ҳаёт фаолияти кўрсаткичларининг ҳар хил патологик омиллар таъсиридаги функционал, метаболик ва структур ўзгаришларнинг ўзига хослиги ва уларни коррекциялаш йўллари ҳамда эксперт баҳолашнинг янги имкониятлари» мавзусидаги илмий лойиҳа доирасида бажарилган (2018-2022 йй.).

Тадқиқотнинг мақсади қон кетиши билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги кузатилган беморларда гемостаз тизимини бузилишига сабаб бўлувчи гомеостатик омиллар ва уларнинг патогенетик механизмларини баҳолашдан иборат..

Тадқиқотнинг вазифалари:

яра касаллигида юзага келувчи метоболик ўзгаришлар ва гемостаз тизими бузилишлари орасидаги боғлиқликни баҳолаш;

қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги кузатилган беморларда гемостаз тизимининг бузилишини баҳолаш;

гастродуоденал қон кетиш кузатилган беморларда қон йўқотиш даражасига боғлиқ ҳолда гемостаз тизими бузилишини баҳолаш;

гемостаз тизимидаги асосий механизмларнинг бузилишини инобатга олган ҳолда қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касалликли беморларда патогенетик асосланган, дифференциал ёндашилган даволаш усулларини яхшилаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Тошкент тиббиёт академияси жарроҳлик касалликлари кафедраси шифохонасида 2019-2021 йиллар даврида қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигидан даволанган 119 нафар беморда гемостаз тизими мақсадли равишда 3 гуруҳга бўлинди: I- асосий гуруҳ 119 нафар бемор; II –

текширилувчи гуруҳ 20 нафар (амалий соғлом шахслар); III – асоратланмаган меъда ва ўн икки бармоқли ичак ярали 23 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқ ича яра касаллиги мавжуд беморларнинг гемостаз тизимида тромбоцитлар агрегациясининг пасайиши, қон кетиш, қон ивиш вақтининг узайиши, қисман фаоллашган тромбопластин вақтининг ошиши, қон йўқотиш, ҳар доим қон таначаларининг етишмаслиги, катта қон йўқотиш, автогемоделиция пасайиши, фибриноген ва мос равишда тромбоцитлар агрегацияси, протромбин индекси пасайганлиги, қон йўқотилишининг бир даражасида гемостаз тизимининг қон кетиш давомийлиги муддатларида динамик ўзгаришининг материаллари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда клиник, биокимёвий, инструментал, лаборатор ва статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги кузатилган беморларда касаллик кечиши ва ривожланишида гемостаз тизимининг аҳамияти очиб берилган;

ярага боғлиқ гастродуоденал қон кетган беморларда қон йўқотиш ва қон кетиш ҳолатига боғлиқ ҳолда гемостаз тизимидаги бузилишларнинг муҳим кўрсаткичлари исботланган;

қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги кузатилган беморларда яра ўлчами ҳамда яра анамнези давомийлигига боғлиқ ҳолда гемостаз тизимидаги бузилишнинг кўрсаткичлари аниқланган;

гастродуоденал қон кетган беморлар жинси, қон гуруҳи ва тана тузилишига боғлиқ ҳолда гемостаз тизимидаги бузилишнинг корреляцион боғлиқлиги асосланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги кузатилган беморларда касалликнинг кечиш даврларида олиб борилган кўп сонли тадқиқотлар гемостаз тизимидаги ўзгаришларни баҳолаган;

қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги кузатилган беморларда қон йўқотиш, қон кетиш, яра ўлчами ҳамда анамнезига боғлиқ ҳолда гемостаз тизимидаги ўзгаришлар, организмнинг умумий ҳолатини тезкор ва аниқ баҳолаш, даволаш жараёни самарадорлигини ошириш имконини яратган;

гемостаз тизими кўрсаткичининг прогностик аҳамияти беморнинг жинси, қон гуруҳи ва тана тузилиши орқали айрим клиник-анамнестик маълумотлар билан бирга касалликнинг оғирлик даражаси баҳоланган;

касаллик кечишини башоратлаш, қайталаниши, шунингдек, меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касалликларининг асоратли қон кетиши кузатилган беморларда патогенетик асосланган даволаш усуллари яхшиланди.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқотда 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 лаборатор (гемостаз тизими кўрсаткичлари), статистик усуллари ёрдамида ишлов берилганлиги, меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги мавжуд беморларда гемостаз бузилишининг патофизиологик аспектларини баҳолашда халқаро ҳамда маҳаллий тадқиқотлар билан таққосланганлигини асослашда халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққосланганлиги, хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланди.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларнинг илмий аҳамияти, қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги кузатилган беморларни даволашда гемостаз тизими бузилишининг кўрсаткичлари, тромбоцитлар агрегацияси, протромбин вақти, қисман фаоллашган тромбин вақти, қон ивиш вақти, фибриноген, тромбоцит, гемокрит ва гемоглобин миқдорини мақсадли равишда қўллаш истиқболли йўналиш орқали даволаш сифатини яхшилаш тартибининг назарий аҳамияти яратилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларнинг амалий аҳамияти биринчи ва иккинчи қон гуруҳи беморларининг гастродуоденал қон кетишга мойиллиги, гемостаз кўрсаткичлари, клиник белгилари ҳамда қон гуруҳи орасида корреляцион боғланиш мавжудлиги, беморларда мақсадли қон гуруҳини аниқлаш гастродуоденал қон кетиш билан касалланишда хавф гуруҳи беморларини ажратиш имконини берганлиги, поликлиника ва стационар шароитда гастродуоденал қон кетиш билан асоратланган беморларда профилактика ҳамда даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида қўллаш билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Қон кетиши билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги мавжуд беморларда гемостаз бузилишининг патофизиологик аспекти бўйича олинган илмий натижалар асосида:

қон кетиши билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги мавжуд беморларда гемостаз бузилишининг патофизиологик аспектларини баҳолаш бўйича олинган илмий тадқиқотнинг натижалари асосида ишлаб чиқилган «Қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқ ича яра касалликли беморлар оғирлик даражасини баҳолаш» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 15 январдаги 8н-д/16-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома қон кетиши билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги мавжуд беморларда гемостаз бузилишининг патофизиологик аспектларини баҳолаш орқали касалликни эрта ташхислаш орқали беморларни даволашда

хирургик амалиётнинг самарадорлигини ошириш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган;

қон кетиши билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги мавжуд беморларда гемостаз бузилишининг патофизиологик аспектларини асослашга қаратилган тадқиқот натижалари соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Тошкент вилоятининг Оққўрғон тумани тиббиёт бирлашмаси ҳамда Қашқадарё вилоятининг Китоб тумани тиббиёт бирлашмаларнинг клиник амалиётига тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 5 майдаги 8н-з/93-сон маълумотномаси). Олинган натижалар қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги мавжуд беморларда гемостаз тизимининг бузилишига асосланган ҳолда қон кетиши давомийлиги ва қайталанишини башорат қилиш, беморларни диагностик ва даволаш алгоритми ишлаб чиқиш, беморларнинг оғирлик даражасини аниқлаш, қон кетиш ва қайталанишини башоратлаш қилишнинг аниқлигини оширишга, патогенетик асосланган даволаш усуллари яхшилаш учун клиник-anamnestик маълумотлар билан биргаликда гемостаз тизимининг кўрсаткичларининг прогностик аҳамиятини ўрнатишга, беморларнинг стационарда бўлиш давомийлигини ҳамда асоратларнинг учрашини камайтиришга имкон берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 13 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 103 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объекти ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг ишончлилиги асосланган, уларнинг назарий ва амалий аҳамиятлари очиқ берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш рўйхати, ишнинг апробацияси натижалари, нашр қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Қон кетиши билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигини хирургик ташхислаш ва даволашнинг долзарб муаммолари**» деб номланган биринчи бобида муаммонинг хорижий ва маҳаллий адабиётлар шарҳи келтирилган. Мазкур бобда гастродуоденал қон кетиш кузатилган ҳолатда гемостаз тизимидаги ўзгаришлар ўрганилганлик муаммолари кўриб чиқилган. Олинган маълумотлар таҳлили ёритилган бўлиб, мазкур муаммонинг илмий жиҳатдан ҳал этилишининг муаллифлик ёндашуви ишлаб чиқилган.

Диссертациянинг иккинчи боби «**Қон кетиши билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги мавжуд беморларда гемостаз бузилишининг патофизиологик аспектларини баҳолаш материал ва усуллари**»га бағишланган. Мақсадга етиш учун қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги кузатилган 119 нафар беморнинг даволаниш натижалари таҳлил қилинди. Барча беморлар 2019-2021 йиллар мобайнида Тошкент тиббиёт академияси жарроҳлик касалликлар кафедраси базасидаги шифохонада (1-шаҳар клиник касалхона базасида) даво муолажаларини олган. Қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги кузатилган 119 нафар беморда гемостаз тизими мақсадли равишда ўрганилди. Беморлар 3 гуруҳга бўлинди: I- асосий гуруҳ 119 нафар бемор; II – текширилувчи гуруҳ 20 нафар (амалий соғлом шахслар); III – асоратланмаган меъда ва ўн икки бармоқли ичак ярали беморлар (23 нафар бемор).

Шифохонага мурожат қилган гастродуоденал яра асорати кузатилган барча беморларнинг клиник-анамнестик маълумотларини ўрганиш билан бир қаторда клиник ва биокимёвий текширувлар: қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, мочевина, қон креатини, умумий оксил ва унинг фракцияси, қанд, билирубин (умумий, боғланган ва боғланмаган), қон ферментлари (АСТ, АЛТ); беморларнинг ҳаммасида ўпка рентгеноскопия ёки рентгенографияси ЭКГ, зарур бўлганда бошқа текширувлар олиб борилди. Гастрофиброскопик техникани амалиётга татбиқ қилиш ўтмишга хос бўлган пессимизм ва ташхисот кучсизликка барҳам берди, қарилик ва ҳамроҳ касалликларнинг бор йўқлиги, геморрагик шок клиникаси даволаш-диагностик муолажани ишлаб чиқиш учун қарши кўрсатма ҳисобланмайди. Қон кетишнинг топиқ ташхисоти, унинг интенсивлиги, яра характери, унинг жойлашиши, қон кетаётган томир ҳажми кўпинча даволаш олди режасини ишлаб чиқиш, жараёни тўғри баҳолашга сабаб бўлди. Қон таркибий қисмлари ҳамда гемостаз кўрсаткичлари кўйидаги текширувлар орқали амалга оширилди: қон айланиш ҳажмини (ҚАХ) ва унинг компонентларини А.И.Горбашко таснифи бўйича аниқланди; гемокрит кўрсаткичлари Ht ва глобуляр ҳажм танқислиги (ГХТ) аниқланди; гемоглобин миқдори аниқланди; эритроцитлар миқдори аниқланди; қон плазмасидаги оксил миқдори аниқланди; қон таркибидаги глюкоза миқдори аниқланди; қондаги билирубин миқдори аниқланди; барча беморларда ЭГДФС амалга оширилди; қон кетиш

характери Форест (1974) бўйича аниқланди; қон йўқотиш миқдори А.И.Горбашко усулида аниқланди; қон ивиш вақти Ли-Уайт бўйича аниқланди; протромбин вақти аниқланди (ПТВ); плазма таркибидаги фибриноген миқдори аниқланди; тромбоцитлар агрегацияси аниқланди; тромбоцитлар аниқланди; активлашган қисман тромбопластин вақти (АҚТВ).

Тадқиқот давомида олинган маълумотлар Pentium-IV шахсий компютерида Microsoft Office Excel-2018 дастурий пакетидан фойдаланиб, статистик қайта ишлашнинг ўрнатилган вазифаларини қўлланилган тартибда қўлланилган тартибда статистик қайта ишланди.

Диссертациянинг «**Гастродуоденал яра кузатилган беморларнинг клиник параметрлари**» деб номланган учинчи бобида 61 нафар беморда қон кетиш давомийлиги 1 кунгача, 34 нафар беморда 1-3 кунгача ва 24 нафар беморда 3 кундан ортиқроқ кузатилди. 27 (22,7%) беморда қон йўқотишнинг I даражаси, 67 (56,3%) беморда II даражаси ва 25 (21%) беморда қон йўқотишнинг III даражаси аниқланди.

Гастродуоденал яра кузатилган ҳамма беморларда эзофагогастро-дуоденофиброскопия ўтказилди. Қон кетиш асоратланган яралар 78 нафар беморда ўн икки бармоқли ичак илдизининг орқа деворида, 16 нафар беморда қон кетаётган яранинг олд деворида, 15 нафар беморда кичик эгри деворда ва 10 нафар беморда катта эгри деворда жойлашган. 28 нафар беморда яра ҳажми 0,5 см гача, 76 нафар беморда 1,0 см гача, 10 нафар беморда 1-2,0 см, 5 нафар беморда 2,0 смдан катта яралар кузатилган. 115 нафар (96,6%) беморда стационарга ётказилганидан кейинги дастлабки соатларда шошилиш эндоскопик текширув олиб борилди, қон кетишнинг характери ва манбаси аниқланди, шунингдек қон кетишнинг қайталаниш хавфини аниқлаш учун муҳим морфологик мезонлар олинди.

ЭГДФС натижа кўрсаткичларидан аниқландики, гастродуоденал қон кетиш кузатилган беморларнинг асосий қисми Forest бўйича ПА-28 (23,54%) нафар бемор ва ПВ- 82 (68,92%) гуруҳга тегишли бўлди. Улар хавф гуруҳига киришди (М.Д.Дирибов, 2008).

119 нафар беморнинг 28 нафаридида қон кетиш давомли бўлди. Совуқ сув билан ювилди, шиллик қават зонд орқали аминокапрон кислота эритмаси билан юборилди. Ушбу гуруҳ беморларида турли усулларда (инъекция усули, томирлар электрокоагуляцияси) эндоскопик гемостаз олиб борилди. 23 нафар беморнинг 7 нафаридида эндоскопик гемостаз ўтказилганидан кейин 2 та беморда қон кетиш қайталанди, бу кўрсаткичлар адабиёт материалларига мос келди (Н.В.Лебедев, 2014). Улар шошилиш тарзда операция қилинди.

Қон кетаётган томир калибри 0,1 - 0,3 см атрофида тебраниб турди.

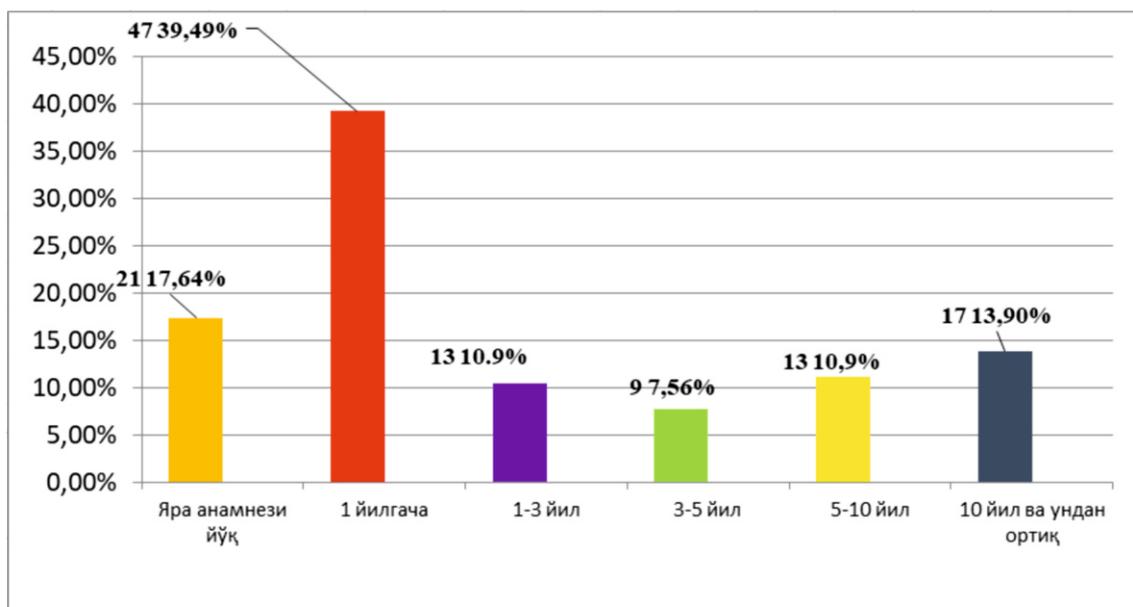
74 (62,2 %) нафар беморда қон кетиш тўхтаганлигининг белгилари аниқланди (қайд қилинган қўйилиш (тромб ҳажми >2мм диаметр).

Шундай қилиб, эндоскопик усул гастродуоденал қон кетиш диагностикасида қимматли усул ҳисобланади, у қон кетиш манбасини, унинг

интенсивлигини, яра характерини, қон кетаётган томир калибрини, аввалги қон кетиш белигиларини, шунингдек маҳаллий гемостаз олиб бориш имкониятини берди.

Ярадан қон кетиш жуда кўп ҳолатда бир йилгача яра касаллиги билан касалланган беморларда учради. 47 нафар (39,4%) беморда меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касалликларининг биринчи белгилари эндоскопия ёрдамида аниқланган қон кетиш бўлди.

Беморларнинг касалхонага келган вақтидаги клиник – лаборатор текширувларида юрак уриш пульси кўрсатилган. Бир дақиқа ичида 16 (13,5%) нафар беморда 90 та, 21 (17,6%) нафар беморда дақиқасига 100 та, 57 (47,9%) нафар беморда дақиқасига 120, 25(21%)нафар беморда дақиқасига 140 та пульс кузатилган. 25 (21%) нафар беморда артериал босим (АБ) 90/60 мм. симоб устунига пасайган, 37 (31,2%) нафар беморда эса АБ меъёрада – 120/80 мм. симоб устунига тенг бўлган, 57 (47,8%) нафар беморда АБ=100/60 мм. симоб устуниди бўлган. 37 (31,2%) нафар беморда эритроцитлар миқдори $4,5 \pm 0,04 \times 10^{12}$, 57 (47,8%) нафар беморда $3,72 \pm 0,05 \times 10^{12}$ атрофида, 25 (21%) нафар беморда $3,2 \pm 0,04 \times 10^{12}$ га тенг бўлган. 37 нафар беморда гемоглобин миқдори $125 \pm 1,07$ г/л, 57 нафар беморда $110 \pm 0,95$ г/л атрофида, 25 нафар беморда $90 \pm 1,56$ г/л ни ташкил қилган.



1-расм. Яра анамнези давомийлиги

Тромбоцитлар миқдори қуйидагича бўлган: 25 нафар беморда $250 \pm 6,2 \times 10^9$ г/л, 57 нафар беморда - $230 \pm 6,2 \times 10^9$ г/л, 37 нафар беморда - $220 \pm 6,2 \times 10^9$ г/л.

Гемокрит кўрсаткичи (Ht) 37 нафар беморда - $37,22 \pm 0,52\%$, 57 нафар беморда - $29,62 \pm 0,38\%$, 25 нафар беморда - $22,4 \pm 0,4\%$ кузатилган.

Глобуляр ҳажм танқислиги (ГХТ) қуйидагича кўринишда кузатилди: 37 нафар беморда - $16,5 \pm 0,1\%$, 57 нафар беморда - $25,78 \pm 0,17\%$, 25 нафар беморда - $22,4 \pm 0,4\%$.

Плазмада умумий оксил миқдори 37 беморда - $73,5 \pm 0,51$ г/л, 57 беморда - $68,4 \pm 2,4$ г/л, 25 беморда - $62,4 \pm 0,4$ г/л га тенг бўлган.

Шунинг учун, ГХТ, қизил қон кўрсаткичи ва оксил миқдори қон йўқотишининг учта босқичи билан мос келган.

Тадқиқотнинг инструментал ва лаборатор усуллари муҳим аҳамият касб этади, бу эса аниқлик киритиш имконини беради. Қон кетиш манбаи қон йўқотишининг миқдорий тавсифи ва уни компенсация қилиш имконини беради.

Маълумотларимизга кўра, қон йўқотиш даражаси беморнинг оғир ҳолатига мос келади, маълум умумклиник белгилар бўйича баҳоланади.

Диссертациянинг «**Гастроуденал яра касаллигида гемостаз кўрсаткичларининг патогенетик жиҳатлари**» деб номланган тўртинчи бобида қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги мавжуд беморларда гемостаз тизими ўзгаришлари ўрганилган.

Қон йўқотиш ҳар доим қон таначаларининг етишмаслиги билан тавсифланади. Қон айланишининг 40% ни кескин йўқотиш деб таърифланган катта қон йўқотиш, гематокритнинг 24% гача ва гемоглобин концентрациясининг 80 г/ л гача пасайишига олиб келади. Автогемоделиция натижасида ушбу нисбий кўрсаткичлар кейинги 24-36 соат ичида янада пасаяди. Биринчи даражали қон кетишида назорат гуруҳи билан солиштирганда гемоглобин миқдори дастлабки кунда $96,0 \pm 2,5$ г/л дан кузатувнинг 7 кунда $114,0 \pm 4,0$ г/лгача кўтарилганлиги, гематокрит кўрсаткичи $32 \pm 0,7$ % дан 38 ± 2 % гача, эритроцитлар сони $3,2 \pm 0,18$ дан $3,8 \pm 2,0$ гача, тромбоцитлар $185 \pm 8,0$ дан $208 \pm 2,0$ гача, қон ивиш вақти $3,54 \pm 0,45$ дан $6,4 \pm 0,27$ минутгача фибриноген $2,22 \pm 0,2$ дан $2,4 \pm 0,2$ гача ортганлиги ва мос равишда тромбоцитлар агрегацияси $57 \pm 1,9$ дан $44,5 \pm 2,2\%$ гача, ПТИ $97 \pm 1,5$ дан $85 \pm 2,0\%$ гача пасайганлиги аниқланди. Бу эса патогенетик жиҳатдан қон йўқотилишининг 1 даражасида гемостаз тизимининг қон кетиш давомийлиги муддатларида динамик ўзгаришини билдиради.

Кузатувимизда бўлган қон йўқотилишининг 2 даражасида хафталик гемостаз динамикасида гемоглобин миқдори биринчи кундаёқ $81,0 \pm 2,55$ г/л дан 7 кунгача атиги $99 \pm 4,0$ г/лгача кўтарилганлиги, гематокрит кўрсаткичи $27 \pm 0,7$ % дан $33 \pm 2,0$ % гача, эритроцитлар сони $2,7 \pm 0,18$ дан $3,3 \pm 0,3$ гача, тромбоцитлар $168 \pm 2,1$ дан $210 \pm 2,2$ гача, қон ивиш вақти $3,22 \pm 0,45$ дан $5,47 \pm 0,27$ дақиқাগача, фибриноген $1,99 \pm 0,2$ дан $2,4 \pm 0,2$ гача, тромбоцитлар агрегацияси $43 \pm 2,1$ дан $46,5 \pm 2,2$ % гача, ПТИ $79,6 \pm 1,9$ дан $81 \pm 1,5\%$ гача пасайганлиги ортганлиги аниқланди. Гемостаз кўрсаткичларининг ушбу

силжишларидан бирламчи қон ивиш омилларининг қон йўқотиш даражасига тўғри пропорционаллиги хусусида тўхтамга келинди.

Қон йўқотишнинг 3 даражасида дастлаб гемоглобин миқдори $66,0 \pm 2,5$ г/л гача тушиб кетганлиги, учинчи кунда $75 \pm 4,5$ г/л, ҳафта охирига бориб эса $84 \pm 4,0$ г/л гача кўтарилиши кузатилди. Гемокрит кўрсаткичи $22,0 \pm 0,7$ %га, яъни меъёрий кўрсаткичдан 2 баробар тушиб кетганлиги, 3 кунга келиб эса жуда кам силжишига ($25,0 \pm 1,5\%$), 7 кунда $28 \pm 2,0\%$ га кўтарилганлиги аниқланди. Эритроцитлар миқдори динамикаси гемоглобин силжиш темпига тўғри пропорционаллиги кузатилди. Тромбоцитлар миқдори $130 \pm 3,5$ дан $164 \pm 1,6$ гача бўлиши барча шакли элементлар сонида сезиларли даражада пасайиш гемостазнинг иски босқичи сустигидан далолат беради. Унга мос равишда тромбоцитлар агрегацияси $42 \pm 2,1\%$ дан 7 кунда $37 \pm 2,2\%$ гача тушиб кетиши тромб ҳосил бўлиши паст даражага тушганлигини билдиради. Фаоллашган тромбланиш заррачалари пайдо бўлиши $3,13 \pm 0,45$ сониядан $4,49 \pm 0,27$ сониядагача силжиши гемостаз мустахкамлиги пастлиги аниқланди. ПТИ кўрсаткичида ҳам $76,6 \pm 2,1$ дан $68 \pm 1,0$ % гача ўзгариш аниқланди. Тромбин ҳосил бўлиш вақти $16-17 \pm 0,3$ гача чўзилиши, фибриноген миқдори эса 2 г/лга ҳам кўтарилмаганлиги мазкур гуруҳ беморларимизда қон кетиш давомийлиги ва миқдоридан келиб чиқиб гемостаз жараёни анча ишончсиз ҳисобланди.

Қон айланиш ҳажмининг 10% га камайишига жавобан қон босими 7% га пасаяди ва юракнинг қон ҳайдаш ҳажмини 21% га камайтиради. Юрак қон ҳайдаш ҳажмининг сусайиши, асосан, буйрак, мезентериал, жигар артериялари хавзаларида, қўл-оёқларнинг томирларида қон оқимининг пасайишига сабаб бўлади. Мия ва юрак дастлаб қон айланишини марказлашиши туфайли меъёрий қон таъминотини сақлаб туради.

Аммо тез ва катта қон йўқотишда миокард ва мия тўқимасида ўзгаришлар юз беради. ЭКГ маълумотларига кўра миокард гипоксияси қайд этилди. Жиддий қон йўқотиш билан, айниқса геморрагик шок билан юрак етишмовчилиги ривожланади. Қон айланиш ҳажми етишмовчилиги 20% ва ундан юқори бўлганида мия гипоксияси оқибатида марказий асаб тизимининг фаолиятида бузилишлар кузатилади.

Катта миқдорда қон йўқотиш буйрак қон оқимининг жиддий ўзгаришларига олиб келади. Пўстлоқдан мия қисмига қон оқимининг қайта тақсимланиши кузатилади. У кортикомедулляр соҳаси томирларида интенсив қон оқимини сақлаб, интерглобуляр артериялар ва гломерулаларнинг афферент артериолалари спазми натижасида, экстамедулляр ўтказилиши вужудга келади. 100 г тўқимага 200 мл/дақиқагача қон оқимининг пасайиши оқибатида филтрлаш сезиларли камаяди. Буйракларда ишемия ривожланиб бориши натижасида ренин секрециясини кучаяди. Алдостерон ҳосил бўлишининг ангиотензив стимуляцияси содир бўлади. Ушбу гуморал омиллар вазоконстрикцияни янада кучайтиради. Буйракнинг ишемик шикастланиши қон оқими 90% га камайганда юз беради. Натижада ўткир

буйрак етишмовчилиги ривожланади. Қон айланиш тизимидаги қон йўқотишининг компенсатор реакциялари юқорида айтиб ўтилган периферик вазоконстрикция, шунингдек, қоннинг сегментар қайта тақсимланиши билан белгиланади. Периферик вазоконстрикция қон айланишини марказлаштиришда етакчи ўрин тутаяди. Бу қонни юракка сафарбар қилишга ёрдам беради. Прекапилляр томирлар олдидаги ва посткапилляр томирлардаги қаршилик ўртасидаги нисбат, айниқса скелет мушакларида кучаяди. Натижада капилляр босим сезиларли даражада камаёди. Ушбу қон томир реакциялар симпатик-буйрак усти тизими иштирокида амалга оширилади. Қон босими даражаси қанча паст бўлса, қондаги катехоламинлар даражаси шунчалик кўтарилади. Қон йўқотилгандан сўнг дарҳол қонда адреналин даражаси 10-20 марта кўтарилади. Ушбу стимуляция қон йўқотишининг барорецепторларга таъсирига боғлиқ.

Вазоконстрикция, химоя хусусиятлари билан бирга, патологик жараёнларни белгилайди. Барча ҳолатларда, бу ацидоз ривожланиши билан тўқималарнинг гипоксиясига олиб келади. Кислородга бўлган эҳтиёжнинг пасайишига қарамай, организм кислород етишмаслигидан азият чекади. Метаболик кислородга бўлган эҳтиёжнинг 50%игина қопланади. Аутогемодилюция қон айланиш ҳажмидаги етишмовчилигини тўлдиришга қаратилган. Ўртача капилляр босимнинг пасайиши натижасида тўқима суюқлиги қон томир бўшлиғига ўтади. Кейинчалик бунга марказий артериялар ва веналардаги босимнинг пасайиши ҳам вужудга келади.

Қўшимча касалликлари мавжуд қон кетиши асоратланган гастродуоденал ярали беморлар (юрак қон томир касалликларида) барча тадқиқ қилинган кўрсаткичларнинг ишонарли даражада ($P \leq 0.001$) деярли 2 баробар пасайганлиги, фақат, тромбин вақтининг узайиши кўзга ташланади. Гемостаз кўрсаткичларининг бу тарзда ўзгариши антиагрегатларнинг мунтазам қўлланилиши билан тушунтириш мумкин. Гипертония касаллиги аниқланган беморларнинг ўртача кўрсаткичлари меъёрий катталиклардан паст, лекин, ЮҚТ касаллиги кузатилган беморлар кўрсаткичларидан нисбатан юқорироқ эканлиги кузатилди. Айниқса тромбоцитлар сони миқдорининг сезиларли фарқи ($174,0 \pm 2,0$) тафовуд қилинади. Бир вақтнинг ўзида бўғим патологиялари билан азият чекаётган беморларнинг тахлил натижаларида эса юқоридаги қонуният, яъни гемостаз фазаларининг ички механизми ($Hb \ 82,0 \pm 4,5$ г/л; тромбоцитлар агрегацияси $48,2 \pm 1,1\%$) бузилишига сабаб бўлувчи кўрсаткичлар пастли аниқланди.

Жигар-ўт йўли касалликлари ва меъда ости беши сурункали касалликлари бўлган 72 нафар беморларнинг гемостаз кўрсаткичлари тахлил қилинганда гемоглобин миқдори 80,0 г/л, гематокрит кўрсаткичи 24 % гача, эритроцитлар сони 2,5 гача, тромбоцитлар 165 гача, қон ивиш вақти 3,73 дақиқагача, фибриноген 2,17 гача, мос равишда тромбоцитлар агрегацияси 51% гача, ПТИ 8,2% гача пасайганлиги аниқланди. Ривожланаётган жигар гипоксияси жигарда оксил синтези, углевод, пигмент, антитоксик ва

мочевина алмашинуви фаолиятларининг пасайишига олиб келади. Адабиёт маълумотларидан маълумки гиперензимемия ва жигарда гепатоцитларнинг ёғли ва донадор дистрофияси кўринишидаги оғир морфологик ўзгаришлар кузатилади. Бу гуруҳ беморларда яра касаллигининг жигар метаболитик ўзгаришлари негизда кечиши гемостазнинг бир томондан қон томирлар чидамлилигини, хусусан, гемостазнинг томир-эндотелий механизми кечишига таъсири сифатида баҳоланса, иккинчи томондан оқсил синтезида иштирок этувчи ферментларнинг танқислиги, унинг оқибатида онкотик фазанинг тўлақонли бўлмаслиги ётади.

Гемостаз жараёни учун гемоглобин миқдорининг яра ўлчамига боғлиқлиги тахлили кўрсатишича, 0,5 смгача бўлган кичик яраларда $103,0 \pm 4,5$, 1,0 смгача бўлган ўлчамда $80,0 \pm 2,5$, 1,0-2,0 см яраларда $75,0 \pm 4,5$, икки сантиметрдан катта ўлчамли яраларда гемоглобин миқдорининг янада пастлиги ($64,0 \pm 2,5$) г/ллиги маълум бўлди. Гемокрит кўрсаткичи мос равишда 0,5 см- $34,0 \pm 1,5$, 0,5-1,0 см- $28,0 \pm 0,7$, 1-2,0 см- $25,0 \pm 1,5\%$, 2,0 смдан катта яраларда $21,0 \pm 0,7\%$ лиги аниқланди.

Эритроцитлар миқдори кичик ўлчамли (0,5 см) яраларда - $3,3 \pm 0,2$; 0,5-1,0 см катталиқда бўлса - $2,5 \pm 0,18$; ўртача катталиқдаги яраларда (1-2,0 см) - $2,5 \pm 0,2$; 2,0 смдан катта яраларда $-2,2 \pm 0,18$ ни ташкил этиши яра қанчалиқ катта ўлчамда бўлса ундан оқиши мумкин бўлган қон ўзи билан шаклли элементларни, жумладан, эритроцитларни камайишига ($p \leq 0,001$) олиб келди.

Тромбоцитлар миқдори ҳам яра катталигига тескари пропорционал равишда, яра ўлчами катталаниши билан тромбоцитлар сони камайиб бориши кузатилиб, гемостаз жараёнини сустлашувига олиб келади. Унда тромбоцитлар сони-0,5 см ярада- $221 \pm 15,0$; 0,5-1,0 смда- $163,0 \pm 3,5$; 1-2,0 смда- $145,0 \pm 2,0$; 2,0 см катта яраларда эса $-133,0 \pm 3,5$ ни ташкил этади ($p \leq 0,001$).

Тромбоцитлар агрегацияси жараёни ўз-ўзидан тромбоцитлар сони ва жароҳатланган томирлар сонига боғлиқлиги сонли катталиқларда ўз аксини топди. Агрегация жараёни 0,5 см ўлчамли ярада - $61,0 \pm 2,21\%$; 0,5-1,0 см катталиқдаги яра кузатилганда - $57,3 \pm 2,1\%$; 1-2,0 смли ярада - $43,2 \pm 1,1\%$ ва 2,0 смдан катта яраларда - $39,0 \pm 2,1\%$ ни ташкил этди.

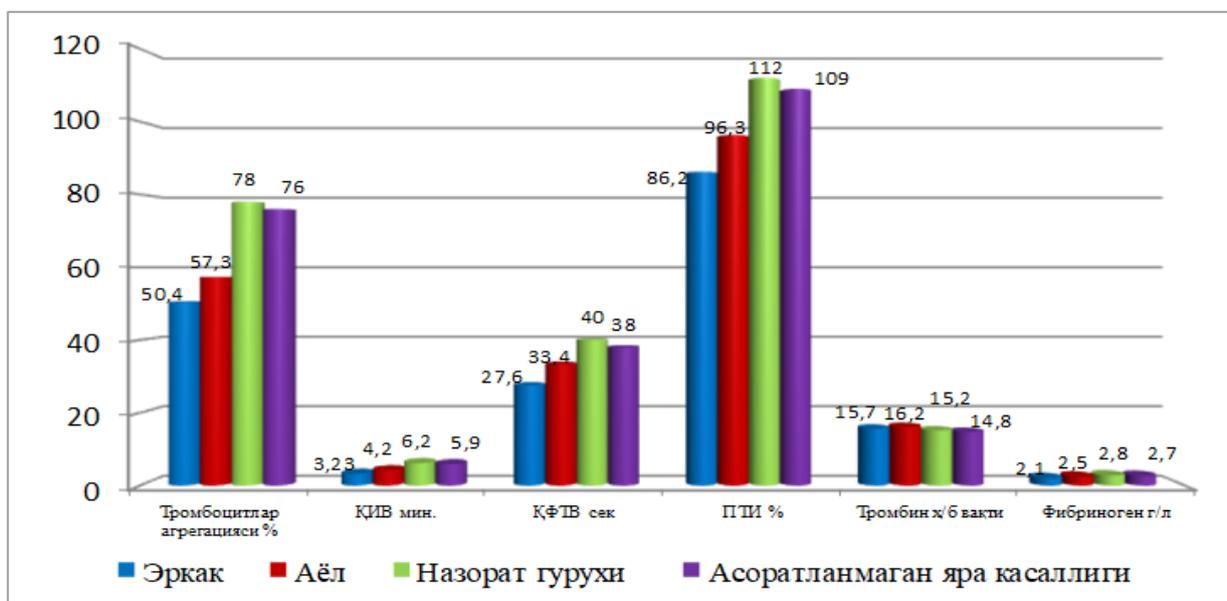
Қон ивиш вақти динамикасида ҳам ўхшаш манзара кузатилди (0,5 см - $4,17 \pm 0,51$; 0,5-1,0 см - $3,65 \pm 0,45$; 1-2,0 см - $3,51 \pm 0,5$; 2,0 см катта - $3,12 \pm 0,45$).

Тромб қисмларининг фаоллашиш вақти кичик яраларда (0,5 см) - $28,6 \pm 1,3$ сония; 0,5-1,0 см ўлчамли яраларда эса - $25,4 \pm 1,5$ секунд; 1-2,0 смли яраларда $-25,0 \pm 1,0$ сония; 2,0 смдан катта ўлчамли яраларда эса - $25,4 \pm 1,5$ сонияни ташкил қилди.

ПТИ ҳисобланганда ишонарли силжишлар аниқланди. Унга кўра 0.5 смли ярада-87,6±1,5%; яра диаметри 0,5-1,0 см бўлганда-84,6±2,3%; нисбатан катта ўлчамли яра кузатилганда (1-2,0 см) -75,0±2,0%; 2,0 смдан катта яра учраганда -72,6±1,5% эканлиги аниқланди.

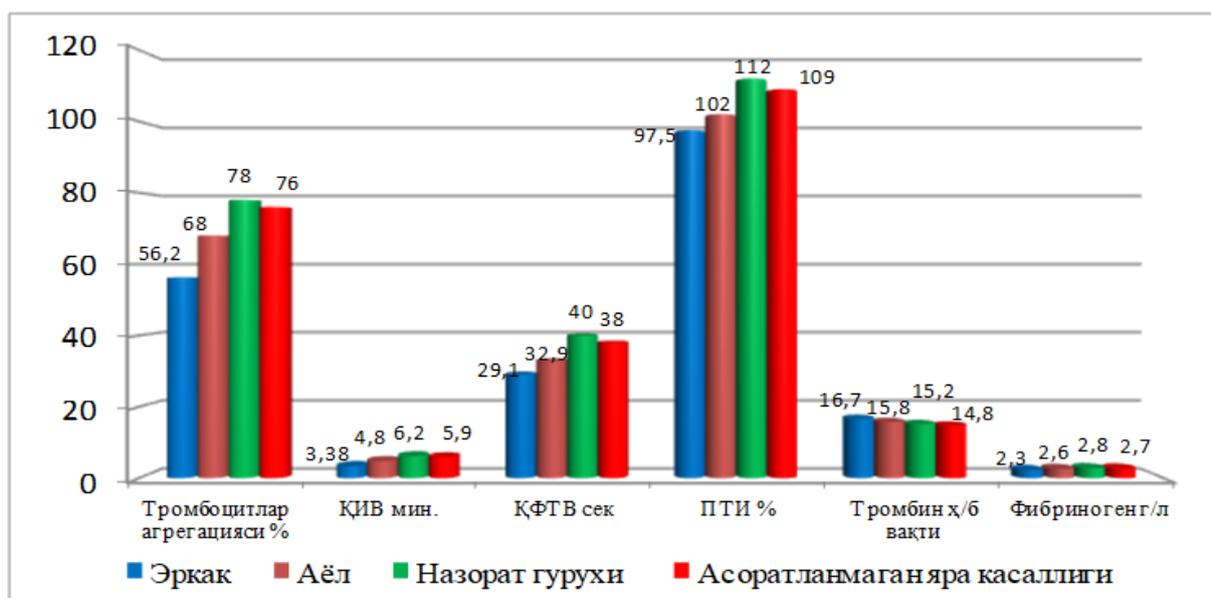
Тромбин ҳосил бўлиш ваки ва фибриноген миқдори таҳлил қилинганда статистик фарқ у қадар аҳамиятли бўлмади. Кўрсаткичлар бир-бирига яқин катталикларда намоён бўлди. Бунга кўра яра ўлчамидан қатъий назар тромбин ҳосил бўлиш ваки асосан 16,8 дан-17гача оралиқда кузатилган бўлса (0,5 см - 17,0±1,7; 0,5-1,0 см - 16,8±1,3; 1-2,0 см -17,0±1,7; 2,0 см катта -16,8±1,3), фибриноген 1,77 дан – 2.44 гачалиги (0,5 см - 2,44±0,2; 0,5-1,0 см - 2,17±0,2; 1-2,0 см -1,99±0,2; 2,0 см катта -1,77±0,2) аниқланди.

Меда ва ўн икки бармоқли ичак яраси аниқланган беморларни ташхислаш, ярадан қон кетиши ва гемостаз механизмларини тўғри талқин қилиш мақсадида, уларнинг жинсий ва типологик хусусияларидан келиб чиқиб ўрганилди.



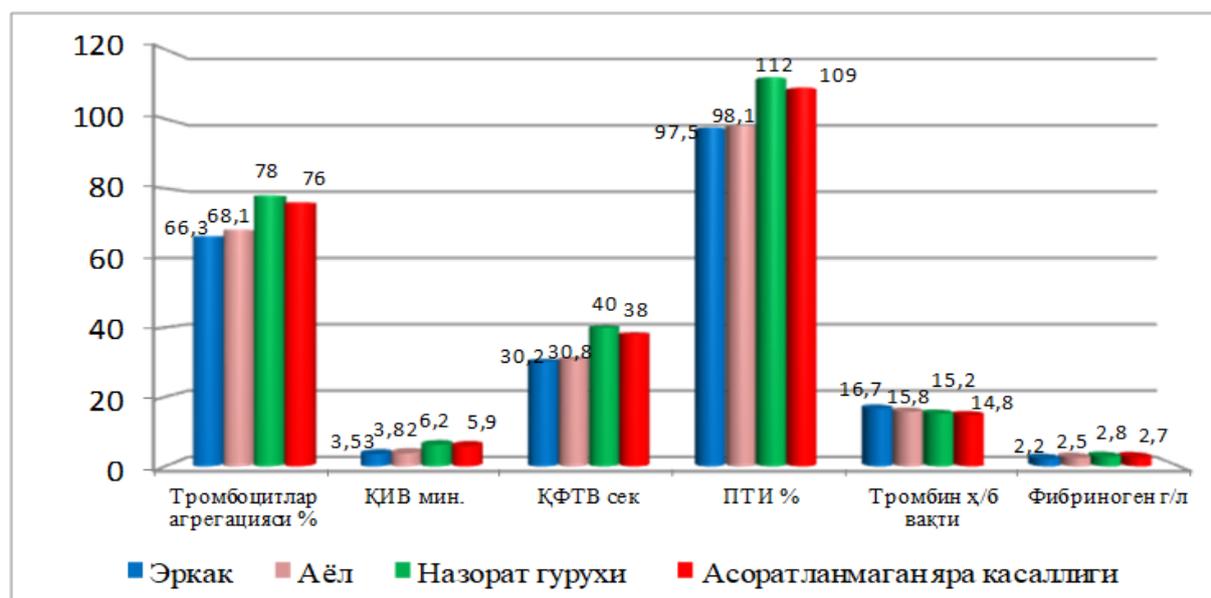
2-расм. Астеник тана тузилишига эга бўлган қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги мавжуд беморларда гемостаз тизимидаги ўзаришлар эркак ва аёл жинсига боғлиқ ҳолдаги кўрсаткичлари

Ушбу 2-расмдан кўриниб турибдики, гемостаз кўрсаткичлари астеник тана тузилишли эркак жинсли беморларларда аёлларга қараганда сезиларли ўзгарган ($p \leq 0,05$).



3-расм. Нормостеник тана тузилишига эга бўлган қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги мавжуд беморларда гемостаз тизимидаги ўзаришлар эркак ва аёл жинсига боғлиқ ҳолдаги кўрсаткичлари

Олинган натижалар шуни кўрсатадики нормостеник тана тузилишидаги аёл жинсли беморларда гемостаз кўрсаткичларининг эркак беморларга қараганда ўзгаришлари камроқ намаён бўлди ($p \leq 0,05$).



4-расм. Гиперстеник тана тузилишига эга бўлган қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги мавжуд беморларда гемостаз тизимидаги ўзаришлар эркак ва аёл жинсига боғлиқ ҳолдаги кўрсаткичлари

Гиперстеник тана тузилишли беморларда аёл ва эркак беморларда гемостаз кўрсаткичлари назорат гуруҳи билан солиштирилганда бир хилда ўзгариши аниқланди, ($p \leq 0,05$).

Хулоса қилиб айтганда қон кетиши билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги мавжуд беморларда гемостаз тизимидаги кўрсаткичлар бемор жинси ва тана тузилиши ўртасида корреляцион боғланишлар кузатилди.

ХУЛОСАЛАР

«Қон кетиши билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги мавжуд беморларда гемостаз бузилишининг патофизиологик аспекти» мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Гастродуоденал қон кетган беморларда гемостаз бузилишининг асосий патофизиологик механизмлари тромбоцитлар агрегациясининг пасайиши, қон кетиш вақтининг узайиши, қон ивиш вақтининг узайиши, қисман фаоллашган тромбопластин вақтининг ошиши кўринишида намоён бўлади.

2. Тромбоцитлар агрегацияциясининг кучайиши, шунингдек қоннинг агрегация хусусияти орасидаги боғлиқлик ва ушбу кўрсаткичларнинг ўзгариши, қон кетиш билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги ривожланишида патофизиологик ўрндан далолат беради.

3. Рецидив қон кетиш кузатилганда қон ивиш тизимининг патологик каскади ишга тушиб, гиперкоагуляция ва ундан сўнг коагулопатия натижасида гипокоагуляция кўринишида намоён бўлади. Қисман фаоллашган тромбопластин вақтининг фаоллашиши меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигида қайта қон кетишга мойиллик ривожланишини кўрсатади.

4. Бемор жинси ва қон гуруҳи, тана тузилиши, қон йўқотиш босқичи ҳамда қон кетиши, гемостаз тизимининг бузилиши кўрсаткичлари билан корреляцион боғлиқлиги ўрнатилди.

5. Қонаётган гастродуоденал яраларни ташхислашда ва патогенитик даволаш усуллари танлашда нафақат қон йўқотиш босқичи ва қон кетиш интенсивлиги, клиник анамнестик, инструментал маълумотлар, балки гемостаз тизимидаги чуқур ўзгаришлар муҳим ахамият касб этади.

**РАЗОВЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03
ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

АЛИМОВ СУХРОБ УСМОНОВИЧ

**ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЯ
ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С
ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

**14.00.16 – Нормальная и патологическая физиология
14.00.27 – Хирургия**

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

ТАШКЕНТ – 2021

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № B2020.2.PhD/Tib1206.

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице по адресу (www.tma.uz) и на Информационно-образовательном портале “Ziyonet” (www.ziyonet.uz).

Научные руководители:

Каримов Хамид Якубович
доктор медицинских наук, профессор

Мавлянов Алимбай Раззакович
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Закиров Ёркин Узуевич
доктор медицинских наук, профессор

Баймаков Сайфиддин Рисбаевич
доктор медицинских наук, доцент

Ведущее учреждение:

Андижанский государственный медицинский институт

Защита диссертации состоится «__» _____ 2021 г. в _____ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 при Ташкентской медицинской академии. Адрес: 100109, г.Ташкент, ул. Фаробий, дом 2. Зал заседания 4-этажа, 1-го учебного корпуса Ташкентской медицинской академии. Тел./факс: (+99878) 150-78-25; e-mail: tta2005@mail.ru.

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентской медицинской академии (зарегистрирована за №____). Адрес: 100109, г.Ташкент, ул. Фаробий, дом 2. Ташкентская медицинская академия, 2-учебной корпус «Б» крыло, 1 этаж, 7 кабинет. Тел / факс: (+99878) 150-78-14.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2021 г.

(реестр протокола рассылки №____ от «__» _____ 2021 г.)

Г.И. Шайхова

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

И.О.Отажонов

Учёный секретарь Научного совета по присуждению учёных степеней, кандидат медицинских наук

Р.Д. Усманов

Председатель научного семинара при Научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – сложный патологический процесс, в основе которого лежит воспаление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, в подавляющем большинстве случаев инфекционного происхождения, и это продолжает сохранять лидирующее место в структуре заболеваний органов брюшной полости. Раневое заболевание – одно из самых распространенных заболеваний, которым страдает 5–15% взрослого населения. По данным ВОЗ «... время болезни для человека и для общества в целом ...» (согласно показателям DALY)¹ и язвенная болезнь по разным странам составляет от 20 до более чем 220 на 100 000 населения, а число смертей, обусловленных ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки – 246 000. В последние годы среди населения увеличивается частота язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК).

При этом тяжесть состояния пациентов объясняется степенью кровопотери и интенсивностью кровотечения в зависимости от возраста пациента и дополнительных сопутствующих заболеваний. Поэтому патофизиологические аспекты гемостаза у пациентов с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, являются одним из важнейших проблемных вопросов.

Во всем мире ведутся научные исследования, направленные на повышение важности патофизиологических аспектов нарушений гемостаза у пациентов с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. В этой связи, особое значение имеют научные исследования по изучению зависимости между нарушениями системы гемостаза и метаболическими изменениями, возникающими в язвенных болезнях, нарушении системы гемостаза у больных с язвой двенадцатиперстной кишки и осложненной желудочным кровотечением, определения зависимости гастродуоденального кровотечения у больных к степени кровопотери, улучшению методов лечения патогенетическим обоснованного с дифференциальным подходом к язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и осложнённого желудочным кровотечением.

На сегодняшний день в нашей стране принимаются комплексные меры по повышению качества оказания медицинской помощи населению, снижению осложнений ранней диагностики различных соматических заболеваний, в том числе качество квалифицированной медицинской помощи больным с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. В соответствии со Стратегией действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017–2021 годы, в целях поднятия уровня оказания медицинских услуг на новый уровень, поставлены такие задачи, как «... повышение эффективности, качества и доступности медицинской помощи населению, а также формирование системы медицинской стандартизации, внедрение высокотехнологичных методов

¹ Щеголев А.А. [и др.] Первый опыт применения Endo Clot в лечении кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта // Сб. материалов VII эндоскопии 2016. – СПб., 2016. – С. 143–144.

диагностики и лечения, пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний за счёт создания эффективных моделей патронажа ...».²

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

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Данная диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан: VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. По результатам ряда научных исследований по литературным данным изучено состояние гемостаза при нескольких заболеваниях: А.А.Афанасьев, С.В. Матросова изучали состояние системы гемостаза у больных с сепсисом (2018); состояние гемостаза при ишемических болезнях сердца изучали Ф.Б.Абдумаликова и др. (2020); А.Б. Насиров (2010) изучал состояние свертывающей системы у больных с распространенным раком желудка, осложненный кровотечением. В ходе научного исследования (Джамалов С.И. и др., 2014) установлено, что при оптимальной тактике введения больных ГДК определяется тяжестью состояния, видом эндоскопического гемостаза и его устойчивости, а также прогнозом рецидива кровотечения в первые часы поступления больного в хирургический стационар. Однако данных об исследовании системы гемостаза у больных с язвенным кровотечением очень мало. Анализ литературных данных показал, что состояние системы гемостаза изучалось в основном у пациентов с другими патологиями. В известной нам литературе, исследования состояния системы гемостаза у больных с осложненным кровотечением из гастродуоденальных язв, малочисленны. Всё это требует дополнительных исследований, направленных на систематизацию патофизиологических аспектов нарушений гемостаза у пациентов с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки.

В Узбекистане ряд учёных (Каримов Ш.И., 2015; Рахимов Р.И., 2021) вели научные исследования по поводу хирургического лечения болезней язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, язвы кишечника, диагностики гастродуоденальных кровотечений в ишемической болезни сердца и совершенствованию их тактики лечения, однако, исследования, направленные на раскрытие патофизиологических аспектов нарушения

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

гемостаза у больных с осложненным желудочным кровотечением и язвой двенадцатиперстной кишки не велись.

В связи с этим, патофизиологические аспекты нарушений гемостаза у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, требуют углубленного изучения на следующих этапах.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ Ташкентской медицинской академии № 005.01.1500216 на тему: «Своеобразие метаболических, функциональных и структурных показателей, при воздействии различных патологических факторов показателей жизненной деятельности организма экспериментальных животных и человека, способы их коррекции, а также новые возможности экспертной оценки» (2018–2022).

Цель исследования состоит из оценивания гомеостатических факторов и их патогенетических механизмов, приводящих к нарушению системы гемостаза у пациентов с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

Задачи исследования:

Оценить взаимосвязь между метаболическими изменениями и нарушением системы гемостаза при язвенных болезнях;

оценить нарушение системы гемостаза у больных с осложнённым желудочным кровотечением и язвой двенадцатиперстной кишки;

оценить нарушение системы гемостаза от степени кровопотери и кровотечения у больных с гастродуоденальным кровотечением;

предложить патогенетически обоснованную лечебную тактику кровотечения у больных язвенной болезнью с дифференцированным подходом с учетом основных механизмов нарушения гемостаза.

Объектом исследования в клинике кафедры хирургических болезней Ташкентской медицинской академии в 2019–2021 годах стали 119 пациентов, пролеченных с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, система гемостаза целенаправленно разделена на 3 группы: I-я основная группа – 119 пациентов; II-я контрольная группа – 20 человек (практически здоровые люди); III-я – неосложненные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки получены у 23 больных.

Предметом исследования были уменьшение агрегации тромбоцитов, кровотечение, удлинение времени коагуляции, увеличение времени частично активированного тромб пластина, кровопотеря, постоянная нехватка кровяных телец, большая кровопотеря, аутогемомодуляция у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, снижение фибриногена и, соответственно, агрегация тромбоцитов, снижение ПТИ, степень кровопотери была получена по материалам динамического изменения системы гемостаза в периоды продолжительности кровотечения.

Методы исследования. При исследовании использованы общеклинические, биохимические, инструментальные, лабораторные и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования состоит из следующего:

установлена роль системы гемостаза в течении и развитии заболевания у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением;

выявлены достоверные показатели нарушения системы гемостаза в зависимости от кровопотери и кровотечения у пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением;

определены показатели нарушения системы гемостаза у больных с гастродуоденальным кровотечением в зависимости от размеров раны и длительности язвенного анамнеза;

установлена корреляционная связь у пациентов с гастродуоденальным кровотечением между нарушениями системы гемостаза и зависимости от пола, группы крови и телосложения.

Практические результаты исследования состоят из следующего:

в результате многочисленных исследований, оценены изменения в системе гемостаза у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением в течении заболевания;

была создана возможность изменений в системе гемостаза в зависимости от кровопотери, кровотечения, размера раны и анамнеза, быстрой и точной оценки общего состояния организма у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, повышения эффективности лечебного процесса;

прогностическая значимость показателя системы гемостаза оценивалась по тяжести заболевания, а также по некоторым клинико-анамнестическим данным по полу, группе крови и составу тела пациентов;

улучшились методы прогноза заболевания, рецидивов, а также патогенетических методов лечения пациентов с осложненным кровотечением из язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Достоверность результатов исследования основана на теоретических, практических подходах и методах, используемых в исследовании, методологической точности проведенных исследований, в достаточном количестве пациентов, использовании современных дополнительных общеклинических, биохимических, инструментальных и лабораторных (показатели системы гемостаза), статистических методах исследования, сравнении с международными и отечественными исследованиями при оценке патофизиологических аспектов гемостаза у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, а также подтверждении заключений и полученных результатов компетентными органами.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научное значение результатов исследования включает показатели системы гемостаза (гемоглобин, гематокрит эритроцит, тромбоцит, агрегация тромбоцит, время свертывание крови, активное частичное тромбирование

время сек., протромбиновый индекс, тромбиновое время, фибриноген) целесообразно использует в лечении больных с ГД кровотечением.

Практическое значение результатов исследования обусловливается предрасположенностью к гастродуоденальному кровотечению у пациентов первой и второй группы крови, показателями гемостаза, клиническими признаками и наличием корреляции между группами крови, определением целевой группы крови у пациентов, его использованием с целью повышения эффективности профилактики и лечения пациентов с кровотечениями.

Внедрение результатов исследований. Научные результаты, полученные по нарушению гемостаза больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением:

Разработаны методические рекомендации «Оценка степени тяжести у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки» (Заключение № 8н-д/16 Министерства здравоохранения РУз от 15 января 2021 года). Данная методическая рекомендация позволила повысить эффективность хирургического лечения пациентов с ранней диагностикой и улучшить качество жизни пациентов за счет оценки патофизиологических аспектов гемостаза у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением;

На основании полученных научных результатов, в клиническую практику Аккурганского районного медицинского объединения Ташкентской области и Медицинское объединение Китабского района Кашкадарьинской области внедрены научные результаты по обоснованию патофизиологических аспектов нарушений гемостаза у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. (Справка № 8н-з/93 Министерства здравоохранения РУз от 5 мая 2021 г.). Полученные результаты показали, что у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, прогнозирование длительности и рецидива кровотечения на основе нарушений гемостаза, разработка диагностического и лечебного алгоритма для пациентов, определение степени тяжести пациентов, повышение точности прогноза кровотечений и рецидивов. в совокупности с клиническими и анамнестическими данными по совершенствованию патогенетической терапии, позволили установить прогностическую ценность показателей системы гемостаза, сократить продолжительность пребывания в стационаре и частоту осложнений.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования были обсуждены на 4 научно-практических конференциях, в том числе на 2 международных и 2 республиканских научных-практических конференциях.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, из них 5 журнальных статей, 4 в республиканских и 1 в зарубежных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 103 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и необходимость исследовательской работы, при этом подробно описываются цели, задачи, объекты и предметы исследования, приведено соответствие Республиканского научно-технологического развития к приоритетным направлениям, а также изложены практическая значимость и научная новизна полученных результатов, приведены данные по внедрению научных результатов в практику, опубликованным работам и сведения по структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Актуальные проблемы хирургической диагностики и лечения язвенных болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением»** приведены обзоры зарубежной и отечественной литературы по проблеме. В данной главе анализируются полученные данные об аспектах, связанные с изменениями системы гемостаза при гастродуоденальном кровотечении. Исходя из анализа полученных данных, применен авторский подход к научному решению данной проблемы.

Вторая глава диссертации посвящена **«Материалы и методы оценки патофизиологических аспектов гемостаза у больных с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением»**.

Для достижения цели проанализированы результаты лечения 119 пациентов с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

Все больные находились на стационарном лечении в клинике хирургических болезней Ташкентской медицинской академии (на базе городской клинической больницы № 1) за период 2019–2021 гг.

Система гемостаза была изучена на 119 пациентов с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. Пациенты были разделены на 3 группы: I-я основная группа – 119 больных; II-я контрольная группа (практически здоровые лица) – 20 человек; III-я пациенты с неосложненной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки – 23 пациентов.

Всем поступившим больным с осложненной гастродуоденальной язвой наряду с изучением клиничко-anamnestических данных, проводили клинические и биохимические исследования: общий анализ крови и мочи, мочевины, креатинина крови, общий белок и его фракции, сахар, билирубин (общий, прямой и непрямой), ферменты крови (АСТ, АЛТ), показатели свертывающей системы (гемостазиограмма). Всем больным производилась ЭКГ, рентгеноскопия или рентгенография легких, другие исследования по необходимости. Компоненты крови и гемостаза определили с помощью следующих тестов. Определение объема циркулирующей крови (ОЦК) и ее компонентов производили по методу; гематокритное Ht число и дефицит глобулярного объема определили за основу которой положен дефицит

глобулярного объема (ДГО); определялся уровень гемоглобина; количество эритроцитов; общий белок в сыворотке крови; содержание сахара в крови; билирубин в сыворотке крови. Всем поступившим больным произведено ЭГДФС, характер кровотечения определили по Форесту (1974); степень кровопотери – по методу Горбашко А.И.; время свертывания крови; протромбиновое время (ПТВ); определялась фибриногена в плазме; определялось тромбоцитарной активности; определялось количество тромбоцитов; активированное частичное тромбопластиновое время.

Статистическая обработка данных, полученных в ходе исследования, проводилась в порядке выполнения поставленных задач статистической обработки с помощью программного комплекса Microsoft Office Excel-2018 на персональном компьютере Pentium-IV.

В третьей главе диссертации представлены **«Результаты собственных исследований. Клинические параметры у больных с гастродуоденальной язвой»**, где длительность кровотечения у 61 больных составила до 1 суток, 1–3 суток – у 34 пациентов и свыше 3-х суток – у 24 больных. У 27 (22,7%) больных I степень кровопотери, у 67 (56,3%) II, и у 25 (21%) больных III степени кровопотери.

Эзофагогастродуоденофиброскопия проводилась всем больным с гастродуоденальной язвой. Большинство язв, осложнившихся кровотечением, располагалось на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки – 78 больных, на передней стенке кровоточащие язвы располагались у 16 больных, на малой кривизне – у 15 и на большой кривизне – у 10 больных. Размер язвы у 28 больных был до 0,5 см, у 76 – до 1,0 см, у 10 – 1-2,0 см, у 5 – более 2,0 см. У 115 (96,6%) больных в первые часы после поступления в стационар выполнено неотложное эндоскопическое исследование, установлен источник и характер кровотечения, а также получены важные морфологические критерии для определения риска рецидива кровотечения.

Результаты ЭГДФС показывают, что большинство пациентов с гастродуоденальным кровоизлиянием были пациентами ПА-28 (23,54%) по группам Forest и ПВ-82 (68,92%). Они вошли в группу риска (Дирибов М.Д., 2008).

У 28 больных из 119 обнаружены продолжающиеся кровотечения. Промывали холодной водой, орошение слизистой оболочки раствором аминокaproновой кислоты через зонд. У этих групп больных проводили эндоскопический гемостаз различными способами (инъекционный метод, электрокоагуляция сосудов). Кровотечение повторилось у каждого 2-го пациента после эндоскопического гемостаза у 7 из 23 пациентов. Эти показатели соответствовали литературным материалам (Лебедев Н.В., 2014). Такие пациенты – оперированы в экстренном порядке

Калибр кровоточащего сосуда колебался в пределах от 0,1 до 0,3 см.

У 74 (62,2%) больных обнаружены признаки остановившегося кровотечения (фиксированный сгусток, размер тромба диаметром >2мм).

Таким образом, эндоскопический метод является ценным методом в диагностике гастроуденального кровотечения, который позволил установить источник кровотечения, его интенсивность, характер язвы, калибр кровоточащего сосуда, признаки бывшего кровотечения, а также произвести местный гемостаз.

Кровотечение из язвы гораздо чаще встречалось у больных до одного года страдающих хронической язвенной болезнью. У 47 (39,4%) больных первым признаком язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки оказалось кровотечение, источник которого установлен с помощью эндоскопии.

Клинико-лабораторные обследования больных при поступлении в стационар показали следующие картины пульса.

При поступлении учащение пульса до 90 уд. в мин отмечалось у 16 (13,5%) больных, у 21 (17,6%) учащение пульса до 100 уд. в мин, у 57 (47,9%) учащение пульса до 120 уд. в мин, у 25 (21%) учащение пульса до 140 уд. в мин. Артериальное давление (АД) 25 (21%) больных снизилось до 90/60 мм. рт. ст., а у 37 (31,2%) больных АД оставалось в пределах нормы – 120/80 мм. рт. ст., у 57 (48,2%) больных АД = 100/60 мм. рт. ст. Содержание эритроцитов у 37 больных $4,5 \pm 0,04 \times 10^{12}$, у 57 больного – в пределах $3,72 \pm 0,05 \times 10^{12}$, у 25 больных $3,2 \pm 0,04 \times 10^{12}$. Содержание гемоглобина у 37 больных составило $125 \pm 1,07$ г/л, у 57 больного – в пределах $110 \pm 0,95$ г/л, у 25 $90 \pm 1,56$ г/л.

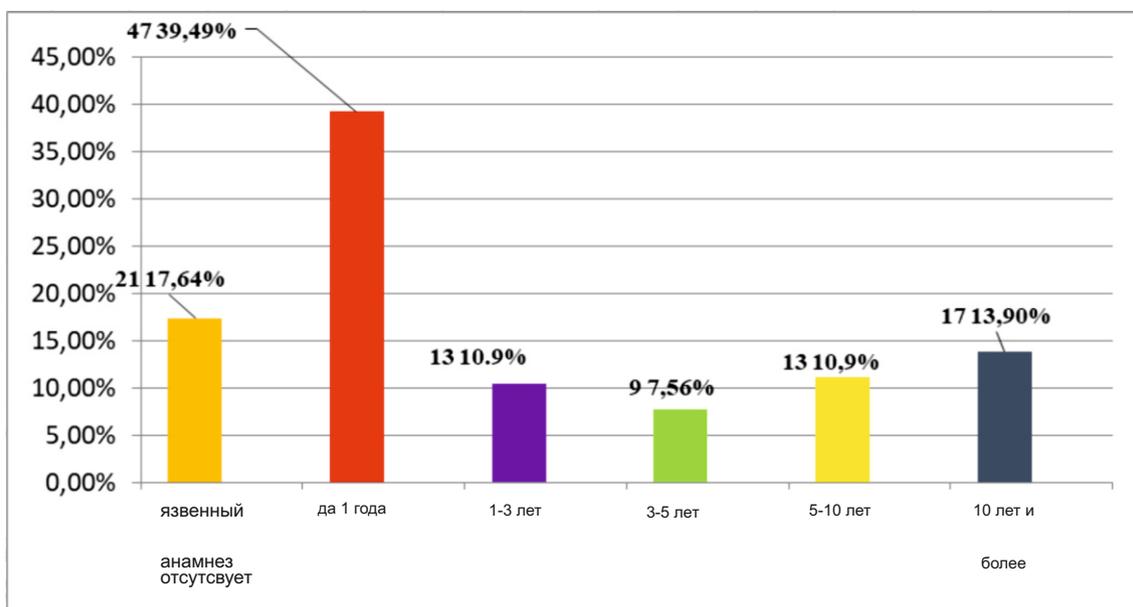


Рис. 1. Продолжительность язвенного анамнеза.

Содержание тромбоцитов было следующим: у 25 больных составило $250 \pm 6,2 \times 10^9$ г/л, у 57 больного – $230 \pm 6,2 \times 10^9$ г/л, у 37 больных – $220 \pm 6,2 \times 10^9$ г/л. Показатели гематокрита (Ht) у 37 больных – $37,22 \pm 0,52\%$, у 57 больного – $29,62 \pm 0,38\%$, у 25 больных – $22,4 \pm 0,4\%$.

Дефицит глобулярного объема (ДГО): у 37 больных – $16,5 \pm 0,1\%$, у 57 больных – $25,78 \pm 0,17\%$, у 25 больных – $22,4 \pm 0,4\%$.

Общее количество белков в плазме составляли: у 37 больных – $73,5 \pm 0,51$ г/л, у 57 больных – $68,4 \pm 2,4$ г/л, у 25 больных – $62,4 \pm 0,4$ г/л

Следовательно, показатели крови, ДГО и содержание белка соответствовали трем степеням кровопотери.

Немаловажное значение имеют инструментальные и лабораторные методы исследования, что, в свою очередь, позволяют уточнить ????. Источник кровотечения даёт возможность дать количественную характеристику кровопотери и ее компенсации.

Согласно нашим данным, степень кровопотери в целом соответствует тяжести состояния больного, которая оценивается по известным общеклиническим признакам.

В четвертой главе диссертации **«Патогенетические аспекты гемостаза при гастродуodenальной язвенной болезни»**, исследуются изменения системы гемостаза у больных с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

Кровопотеря всегда характеризуется недостатком клеток крови. Большая кровопотеря, определяемая как внезапная потеря 40% кровообращения, приводит к снижению гематокрита до 24% и концентрации гемоглобина до 80 г/л. В результате автогемодуляции эти относительные значения еще больше уменьшаются в течение следующих 24–36 часов. При кровопотери 1-й степени уровень гемоглобина в первые сутки был $\pm 96,0$ по сравнению с контрольной группой; увеличился с $2,5$ г / л до $114,0 \pm 4,0$ г / л за 7 дней наблюдения, гематокрит с $32 \pm 0,7\%$ до $38 \pm 2\%$, количество эритроцитов $3,2 \pm 0,18$ до $3,8 \pm 2,0$, тромбоциты от $185 \pm 8,0$ до $208 \pm 2,0$, время свертывания крови от $3,54 \pm 0,45$ до $6,4 \pm 0,27$ минут, фибриноген $2,22 \pm 0,2$ повышено до $2,4 \pm 0,2$ и, соответственно, снизилась агрегация тромбоцитов с $57 \pm 1,9$ до $44,5 \pm 2,2\%$ и РТИ от $97 \pm 1,5$ до $85 \pm 2,0\%$. Это означает, что при 1-й степени патогенетической кровопотери, указывается на динамическое изменение гемостаза при продолжительности кровотечения.

При второй степени кровопотери, наблюдаемом в динамике недельного гемостаза, уровень гемоглобина увеличился с $81,0 \pm 2,55$ г / л в первые сутки до всего $99 \pm 4,0$ г / л за 7 дней, гематокрит увеличился с $27 \pm 0,7\%$ до 33 ± 2 , до 0%, количество эритроцитов от $2,7 \pm 0,18$ до $3,3 \pm 0,3$, количество тромбоцитов от $168 \pm 2,1$ до $210 \pm 2,2$, время свертывания крови от $3,22 \pm 0,45$ до $5,47 \pm 0,27$ мин, фибриноген от $1,99 \pm 0,2$ до $2,4 \pm 0,2$, агрегация тромбоцитов от $43 \pm 2,1$ до $46,5 \pm 2,2\%$, РТИ от $79,6 \pm 1,9$ до $81 \pm 1,5\%$, как было обнаружено тоже увеличился. По этим сдвигам показателей в гемостазе можно сделать вывод, что первичные факторы свертывания крови прямо пропорциональны уровню кровопотери.

При третьей степени кровопотери уровень гемоглобина первоначально снизился до $66,0 \pm 2,5$ г / л, на третьи сутки – до $75 \pm 4,5$ г / л, а к концу недели наблюдалось повышение до $84 \pm 4,0$ г / л. Выявлено, что гематокрит снизился на $22,0 \pm 0,7\%$, т.е. в 2 раза ниже нормы, а к 3 суткам он был очень низким ($25,0 \pm 1,5\%$), а через 7 дней увеличился на $28 \pm 2,0\%$. Было замечено, что динамика количества эритроцитов прямо пропорциональна скорости сдвига гемоглобина. Значительное уменьшение количества тромбоцитов со

130 ± 3,5 до 164 ± 1,6 свидетельствует о замедлении старой стадии гемостаза. Соответственно, снижение агрегации тромбоцитов с 42 ± 2,1% до 37 ± 2,2% за 7 дней указывает на низкий уровень тромбообразования. Появление активированных частиц тромбообразования сдвинулось с 3,13 ± 0,45 с до 4,49 ± 0,27 с, что свидетельствует о низкой стабильности гемостаза. ПТИ также изменилось с 76,6 ± 2,1 до 68 ± 1,0%. Тот факт, что время образования тромбина удлиняется до 16–17 ± 0,3, а количество фибриногена не повышается до 2 г / л, у этой группы пациентов процесс гемостаза более ненадежен из-за продолжительности кровотечения и объема кровопотери.

В ответ на уменьшение объема кровообращения на 10% артериальное давление снижается на 7%, а сердечный выброс – на 21%. Снижение сердечного выброса приводит к снижению кровотока, главным образом в почечных, брыжеечных, печеночных артериях и артериях конечностей. Мозг и сердце изначально поддерживают нормальное кровоснабжение за счет централизации кровообращения.

Однако, при быстрой и массивной кровопотере происходят изменения в миокарде и мозговой ткани. По данным ЭКГ отмечена гипоксия миокарда. При сильной кровопотере развивается сердечная недостаточность, особенно при геморрагическом шоке. Когда дефицит ОЦК составляет 20% и выше, наблюдаются нарушение функции центральной нервной системы из-за церебральной гипоксии. Большая кровопотеря приводит к серьезным изменениям почечного кровотока. Наблюдается перераспределение кровотока от коры к головному мозгу.

Он поддерживает интенсивный кровоток в сосудах кортик медуллярной зоны, что приводит к спазму афферентных артериол межглобулярных артерий и клубочков, что приводит к экстремедуллярной проводимости. Фильтрация значительно снижается за счет снижения кровотока до 200 мл / мин на 100 г ткани. Секреция ренина увеличивается в результате развития ишемии почек. Происходит стимуляция образования альдостерона ангиотензином. Эти гуморальные факторы усугубляют сужение сосудов. Ишемическое повреждение почек возникает при снижении кровотока на 90%. В результате развивается острая почечная недостаточность. Компенсаторные реакции кровопотери в системе кровообращения определяются упомянутой выше периферической вазоконстрикцией, а также сегментарным перераспределением крови.

Периферическая вазоконстрикция играет ведущую роль в централизации кровообращения. Это помогает мобилизовать кровь к сердцу. Соотношение между передним и посткапиллярным сопротивлением в прекапиллярных сосудах повышено, особенно в скелетных мышцах. В результате капиллярное давление значительно снижается. Эти сосудистые реакции возникают при наличии симпатико-надпочечниковой системы. Чем ниже уровень артериального давления, тем выше уровень катехоламинов в крови. Сразу после кровопотери, уровень адреналина в крови повышается в 10–20 раз. Эта стимуляция обусловлена влиянием кровопотери на барорецепторы.

Сужение сосудов, помимо защитных свойств, определяет патологические процессы. Во всех случаях это приводит к гипоксии тканей с развитием ацидоза. Несмотря на уменьшение потребности в кислороде, организм страдает недостатком кислорода. Потребность в метаболическом кислороде удовлетворяется лишь на 50%.

Аутогемодилюция направлена на восполнение дефицита циркулирующего объема. В результате снижения среднего капиллярного давления тканевая жидкость переходит в сосудистое пространство. Далее, снижается давление в центральных артериях и венах.

У пациентов с гастродуоденальной язвой, осложненной кровотечением при сопутствующем заболевании (при сердечно-сосудистых заболеваниях), наблюдается убедительное ($R \leq 0,001$) снижение всех исследуемых показателей почти в 2 раза, наблюдается только удлинение тромбинового времени. Такое изменение параметров гемостаза можно объяснить регулярным приемом антиагрегантов. Было замечено, что средние показатели пациентов с диагнозом гипертония были ниже, чем у нормальных размеров, но выше, чем показатели пациентов с ССЗ. В частности, наблюдается значительная разница в количестве тромбоцитов ($174,0 \pm 2,0$).

Результаты анализа пациентов, страдающих сопутствующей патологией суставов, показали низкий уровень нарушения указанного паттерна, т.е. внутреннего механизма фаз гемостаза (Hb $82,0 \pm 4,5$ г / л; агрегация тромбоцитов $48,2 \pm 1,1\%$).

При анализе гемостаза у 72 больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей и хроническими заболеваниями поджелудочной железы гемоглобин составил $80,0$ г / л, гематокрит до 24%, эритроциты до $2,5$, тромбоциты до 165, время свертывания крови увеличилось до 3,73 минут, фибриноген до 2,17, агрегация тромбоцитов снижалась на 51% и ПТИ до 8,2% соответственно. Развитие печеночной гипоксии приводит к снижению синтеза белка, углеводов, пигментов, антитоксических функций и метаболизма мочевины в печени.

Из литературы известно, что в печени наблюдаются тяжелые морфологические изменения в виде гиперферментемии, жировой и зернистой дистрофии гепатоцитов. Течение язвенной болезни желудочно-кишечного тракта у данной группы пациентов на фоне метаболических изменений в печени оценивается как влияние гемостаза на сосудистое сопротивление, в частности, на сосудисто-эндотелиальный механизм гемостаза, с другой стороны, дефицит ферментов, участвующих в синтез белка.

Анализ в зависимости от размера раны количества гемоглобина для процесса гемостаза показал, что в небольших язвах до 0,5 см $103,0 \pm 4,5$, в язвах до 1,0 см $80,0 \pm 2,5$, в язвах 1,0-2,0 см. $75,0 \pm$ более низкие уровни гемоглобина ($64,0 \pm 2,5$) г / л были обнаружены в язвах размером более 4,5 сантиметра. Гематокрит 0,5 см - $34,0 \pm 1,5$, 0,5-1,0 см - $28,0 \pm 0,7$, 1-2,0 см - $25,0 \pm 1,5\%$ соответственно, от 2,0 см - $21,0 \pm 0,7\%$ при больших язвах.

Количество эритроцитов в небольших (0,5 см) язвах - $3,3 \pm 0,2$; в размере 0,5-1,0 см - $2,5 \pm 0,18$; в язвах среднего размера (1-2,0 см) - $2,5 \pm 0,2$; в язвах размером более 2,0 см - $2,2 \pm 0,18$ приводит к уменьшению

количества микроэлементов (включая эритроциты) ($r \leq 0,001$), которые могут вытекать из язвенного дефекта, в зависимости от размера язвы.

Количество тромбоцитов также обратно пропорционально размеру раны, поскольку размер раны увеличивается, количество тромбоцитов уменьшается, что приводит к замедлению процесса гемостаза. При этом, количество тромбоцитов в язве составляют: 0,5 см – $221 \pm 15,0$; 0,5-1,0 см – $163,0 \pm 3,5$; 1-2,0 см – $145,0 \pm 2,0$;

В язвах размером более 2,0 см она составляет – $133,0 \pm 3,5$ ($r \leq 0,001$).

Процесс агрегации тромбоцитов нашел свое отражение в численных величинах, которые сами по себе зависят от количества тромбоцитов и количества поврежденных сосудов. Процесс агрегации в ране 0,5 см составил $61,0 \pm 2,21\%$; при размере язвы 0,5-1,0 см – $57,3 \pm 2,1\%$; при язвах 1-2,0 см – $43,2 \pm 1,1\%$, при размерах более 2,0 см – $39,0 \pm 2,1\%$. Аналогичная картина наблюдалась в динамике времени свертывания крови (0,5 см – $4,17 \pm 0,51$; 0,5-1,0 см – $3,65 \pm 0,45$; 1-2,0 см – $3,51 \pm 0,5$; 2,0 см большая – $3,12 \pm 0,45$).

Время активации осколков тромба в небольших язвах (0,5 см) составило $28,6 \pm 1,3$ секунды; при язвах размером 0,5-1,0 см – $25,4 \pm 1,5$ секунды; $25,0 \pm 1,0$ с при ранениях 1-2,0 см; в язвах размером более 2,0 см он составлял – $25,4 \pm 1,5$ секунды. Было установлено, что при расчете ПТИ были обнаружены убедительные сдвиги. При язвах размером 0,5 см – $87,6 \pm 1,5\%$; при диаметре язвы 0,5-1,0 см – $84,6 \pm 2,3\%$; $75,0 \pm 2,0\%$ при наличии относительно большой язвы (1-2,0 см); что для ран размером более 2,0 см он составляет – $72,6 \pm 1,5\%$. Статистическая разница не была значимой при анализе времени образования тромбина и количества фибриногена. Показатели оказались близкими по размеру. Соответственно, вне зависимости от размера язвы, время образования тромбина наблюдалось в основном в пределах от 16,8 до 17 (0,5 см – $17,0 \pm 1,7$; 0,5-1,0 см – $16,8 \pm 1,3$; 1-2,0 см – $17,0 \pm 1,7$; 2,0 см большой – $16,8 \pm 1,3$), фибриноген 1,77 до – 2,44 (0,5 см – $2,44 \pm 0,2$; 0,5-1,0 см – $2,17 \pm 0,2$; 1-2,0 см – $1,99 \pm 0,2$; 2,0 см большой – $1,77 \pm 0,2$).

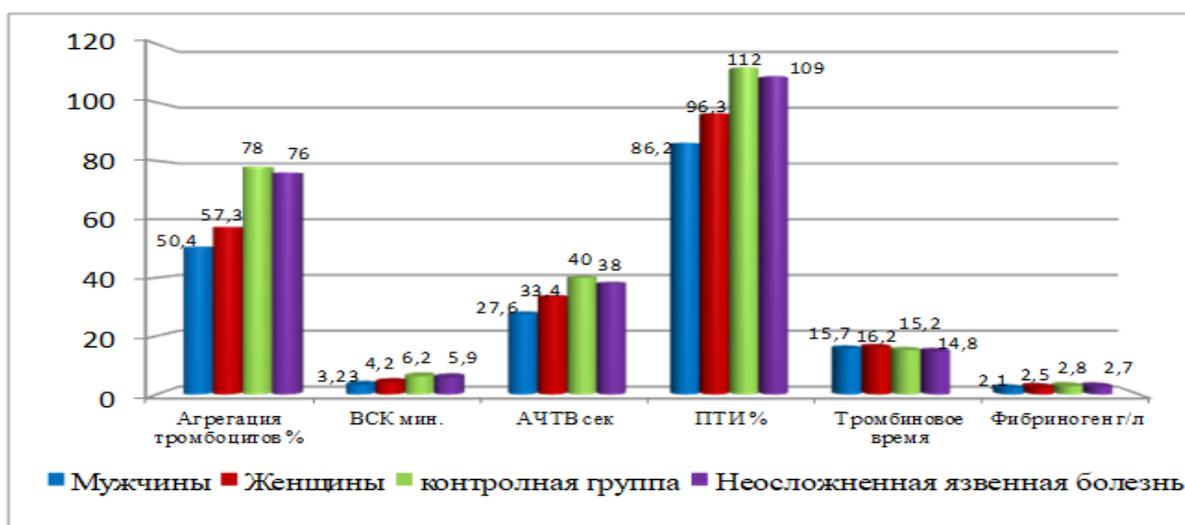


Рис. 2. Показатели системы гемостаза у больных мужского и женского пола с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением в зависимости от астеническим типом телосложения.

Для диагностики пациентов с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, с правильной интерпретацией механизмов кровотечения и гемостаза, их изучали на основе их половых и типологических характеристик.

Как видно из рисунка 2, показатели гемостаза у пациентов мужского пола с астеническим типом телосложения, достоверно отличались от показателей у женщин ($p \leq 0,05$).

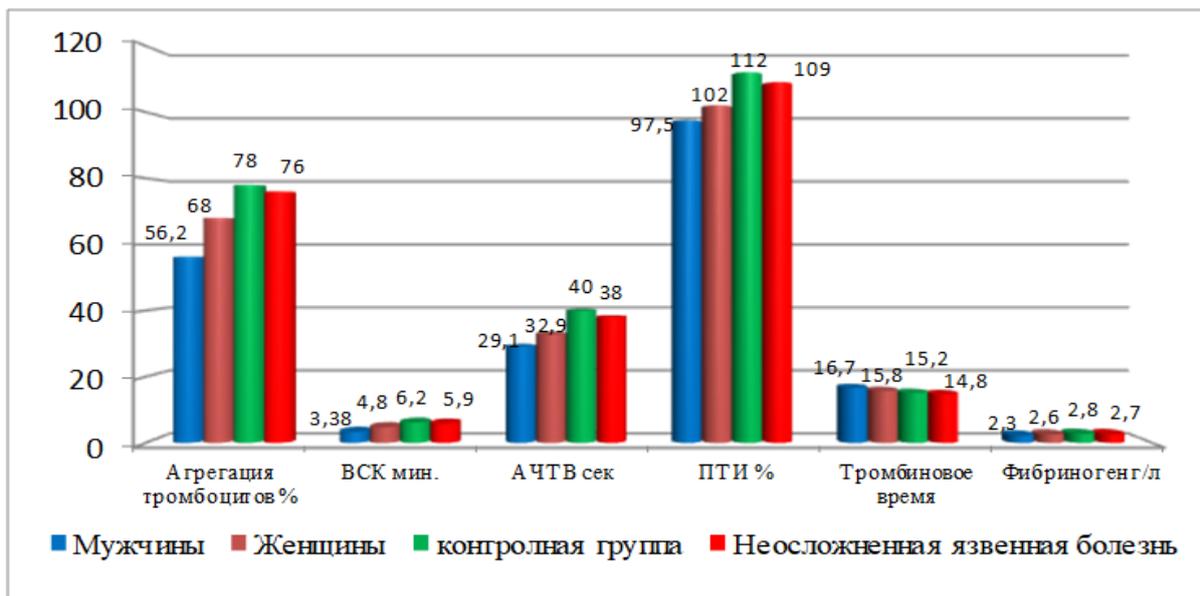


Рис. 3. Показатели системы гемостаза у больных мужского и женского пола с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением в зависимости от норм стенического типа телосложения.

Результаты показывают, что изменения гемостаза у пациентов женского пола с норм стеническим типом телосложения, были менее выражены, чем у пациентов мужского пола ($p \leq 0,05$).

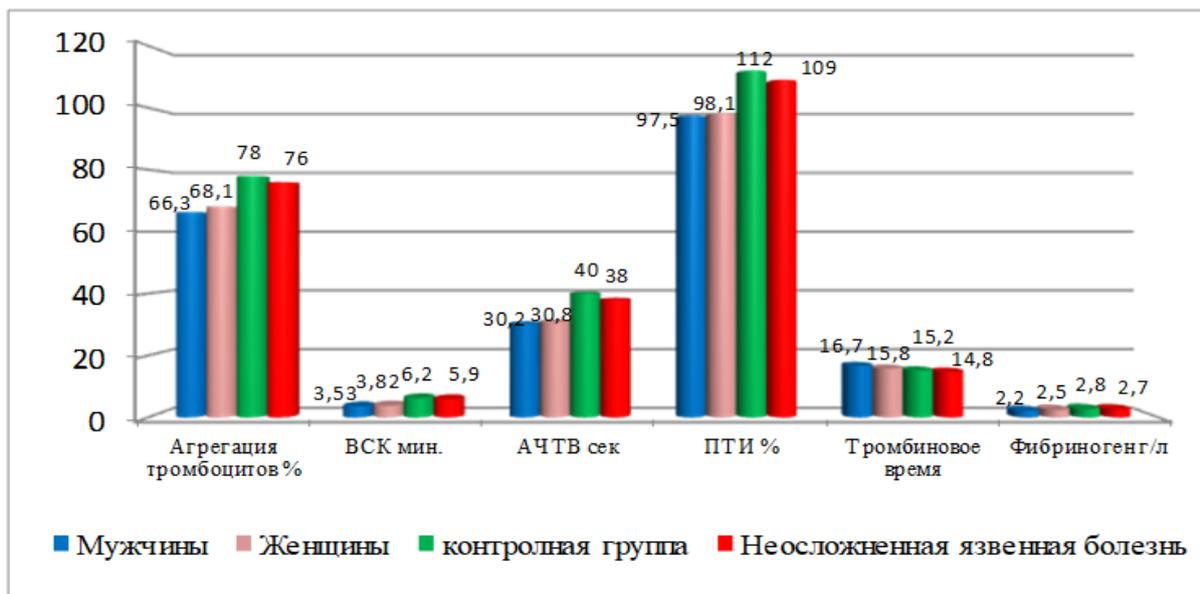


Рис. 4. Показатели системы гемостаза у больных мужского и женского пола с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением в зависимости от гиперстеническим типом телосложения.

У пациентов с гиперстеническим типом телосложения, гемостаз у пациентов женского и мужского пола показал однородное изменение по сравнению с контрольной группой ($p \leq 0,05$).

Таким образом, у пациентов с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, показатели системы гемостаза наблюдали сильную корреляцию между полом пациента и типом телосложением.

ВЫВОДЫ

В результате проведенных исследований диссертации доктора философии (PhD) на тему «Патофизиологические аспекты нарушения гемостаза у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с осложненным кровотечением» представлены следующие выводы:

1. Основные патофизиологические механизмы нарушения гемостаза у больных с гастродуоденальным кровотечением проявляются в понижении агрегации тромбоцитов, увеличении длительности кровотечения, удлинении свертываемости, повышении активированного частичного тромбопластинового времени.

2. Агрегации тромбоцитов, а также наличие взаимосвязи между агрегационным потенциалом крови свидетельствуют о патофизиологической роли этих изменений в развитии у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

3. При рецидиве кровотечения запускается патологический каскад свёртывания крови, проявляющийся гиперкоагуляцией и следующей за ней в результате коагулопатии потреблением гипокоагуляцией. Наличие активации АЧТВ указывает на предрасположенность к развитию повторным кровотечениям из язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

4. Установлена корреляционная связь с нарушенными показателями гемостаза между полом и группы крови пациента, типом телосложения, степени кровопотери и кровотечения.

5. Диагностика кровоточащей гастродуоденальной язвы, в зависимости от степени кровопотери и интенсивности кровотечения основывается не только на клиничко-anamnestических, инструментальных данных, но немаловажную роль играют и показатели системы гемостаза, что предопределяет патогенетические обоснованные лечебные тактики.

**SCIENTIFIC COUNCIL ON AWARDING OF
SCIENTIFIC DEGREE OF DOCTOR OF SCIENCES
DSc.04/30.12.2019. Tib.30.03 AT TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

ALIMOV SUKHROB USMONOVICH

**PATHOPHYSIOLOGICAL ASPECTS OF HEMOSTASIS IN
PATIENTS WITH GASTRIC AND DUODENAL ULCER WITH
COMPLICATED BLEEDING**

**14.00.16 – Normal and Pathological physiology
14.00.27 – Surgery**

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

TASHKENT – 2021

The theme of doctoral dissertation is registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan in № B2020.2.PhD/Tib1206

The dissertation is carried out at Tashkent Medical Academy
Abstract of dissertation in two languages (Uzbek, Russian and English (resume)) is placed on the web page of Scientific Council (www.tma.uz) and in information-educational portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz)

Scientific leaders:

Karimov Khamid Yakubovich
doctor of medical sciences, professor

Mavlonov Olimboy Razzakovich
doctor of medical sciences, professor

Official opponents:

Zokirov Yorkin Uzuyevich
doctor of medical sciences, professor

Baymakov Sayfiddin Risbayevich
doctor of medical sciences, dotsent

Leading organization:

Andijan State Medical Institute

Defense will be held « ____ » _____ 2021 y., at ____ hours at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 at the Tashkent Medical Academy (Address: 100109, Tashkent, Farabi St., 2. The meeting room of the 1st training of the building of the Tashkent Medical Academy. Phone/Fax: (+99878)150-78-25, e-mail: tta2005@mail.ru).

With a doctoral thesis (PhD) can be found at the Information and Resource Center of the Tashkent Medical Academy (registered № ____). Address: 100109, Tashkent, Farabi St., 2. Tashkent Medical Academy, 2nd educational building, «B» wing, 1 floor 7 study. Phone/Fax: (+99878) 150-78-14.

Abstract of dissertation sent out « ____ » _____ 2021 year.

(Protocol of maining № ____ from « ____ » _____ 2021 year).

G.I. Shaykhova

Chairperson of the scientific council awarding scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, professor

I.O. Otajonov

Secretary of the scientific council awarding scientific degrees, Candidate of Medical Sciences

R.J. Usmanov

Chairperson of the academic seminar under the scientific council awarding scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

The aim of the reaseach work: study of homeostatic factors and their pathogenetic mechanisms leading to disruption of the hemostatic system in patients with gastric and duodenal ulcers complicated by bleeding.

The object of the scientific research work: The object of the study was patients with gastric ulcer and duodenal ulcer complicated by bleeding.

The scientific novelty of the research work is:

The scientific significance of the research results includes indicators of the hemostasis system (hemoglobin, erythrocyte hematocrit, platelet, platelet aggregation, blood coagulation time, active partial thrombosis time sec., Prothrombin index, thrombin time, fibrinogen).

It is advisable to use it in the treatment of patients with HD with bleeding.

People of the first and second blood groups are prone to gastroduodenal bleeding.

There are correlations between blood group with clinical signs and indicators of hemostasis. It is advisable to determine the blood group in order to identify the risk group in relation to the incidence of gastroduodenal bleeding. The research results can be used in the practical work of outpatient departments and hospitals in order to prevent gastroduodenal bleeding and increase the effectiveness of treatment.

Implementation of the reaseach results.

Scientific results obtained on impaired hemostasis in patients with gastric ulcer and duodenal ulcer complicated by bleeding:

Methodological recommendations have been developed "Assessment of the severity in patients with gastric and duodenal ulcer" (Conclusion of the Ministry of Health No. 8H-3 /93 of May 5, 2021). This methodical recommendation made it possible to assess the severity of the condition of patients with gastric and duodenal ulcers complicated by bleeding.

The structure and volume of the dissertation. The content of the dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion and a list of references. The volume of the dissertation is 103 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Мавлонов О.Р., Алимов С.У., Кадиров Р.Х., Мавлонов Ж.А. Оценка общего состояния организма у больных с осложненной гастродуоденальной язвой методами математического моделирования // Инфекция, иммунитет и фармакология. Тошкент, 2019, № 4. – С. 32–36 (14.00.00; № 7).

2. Мавлонов О.Р., Алимов С.У., Кадиров Р.Х., Мавлонов Ж.А. Математическое моделирование выбора хирургического вмешательства у больных с осложненной гастродуоденальной язвой // Инфекция, иммунитет и фармакология. Тошкент, 2019, № 4. – С. 28–32. (14.00.00; № 7).

3. Каримов Х.Я., Мавлянов О.Р., Алимов С.У. Роль и значение системы гемостаза у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением // Медицинские новости. – Минск, Белорусия, 2021, № 3. – С. 86–88 (14.00.00; № 82).

4. Alimov S.U. Pathophysiological point view impaired hemostasis in gastroduodenal bleeding of ulcer etiology // Problems of biology and medicine – Samarkand, 2021, № 3(120). – P. 7-9. (14.00.00; № 19).

5. Алимов С.У. Современное состояние проблемы системы гемостаза у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением // Вестник Ташкентской медицинской академии – Ташкент, 2021, № 3. – С. 78–80 (14.00.00; № 13).

II бўлим (II часть; II part)

6. Мавлянов О.Р., Кадиров Р.Х., Мавлонов Ж.А. Қон кетиши билан асоратланган меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги оғирлик даражасини аёлларда қон гурухи ва тана тузилиши типини ҳисобга олиб баҳолаш – Тошкент, 2018.

7. Алимов С.У., Мавлянов О.Р., Кадиров Р.Х. МИТ дан қон кетган беморларда қон йўқотиш даражасини тезкор баҳолаш (Тошкент шаҳри) // Электрон ҳисоблаш машиналари учун яратилган дастур учун гувоҳнома – Тошкент, 2021.

8. Алимов С.У., Мавлянов О.Р., Кадиров Р.Х. МИТ дан қон кетган беморларда қон йўқотиш даражасини тезкор баҳолаш (Урганч шаҳри) // Электрон ҳисоблаш машиналари учун яратилган дастур учун гувоҳнома – Тошкент, 2021.

9. Мавлянов О.Р., Алимов С.У., Холов Х.А. Частота встречаемости осложнения язвенной болезней желудка и двенадцатиперстной кишки Урганчский филиал РНЦЭМП // Фундаментальные и прикладные научные исследование: Актуальные вопросы, достижения и инновации, сборник

статей XXX международной научно-практической конференции – Пенза, 2020.

10. Pathogenetic modification of acetylation in gastroduodenal ulcers complication with bleeding // Innovative approaches in the modern science: Proceedings of LXI international scientific-practical conference – Moscow 2020, № 1 (61) – p. 145–148.

11. Роль и значение гемостазиограммы у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением // Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар мавзусидаги конференция материаллари – Тошкент, 2020, № 21. – С. 17–19.

12. Алимов С.У., Мавлянов О.Р. Ярага боғлиқ қон кетишларда, гемостаз тизимидаги ўзгаришларнинг ўзига хослиги // Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар мавзусидаги конференция материаллари – Тошкент, 2021, № 25. – С. 23–25.

13. Тешаев О.Р., Мавлянов О.Р., Алимов С.У. Оценка степени тяжести у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с осложненным кровотечением // методические рекомендации – Ташкент, 2020.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали таҳририятида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларида матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Босма рухсат этилди: 21.08.2021 йил
Бичими 60x84 ¹/₁₆. «Times New Roman»
гарнитурасида рақамли босма усулда чоп этилди.
Шартли босма табоғи 2,6. Адади 100. Буюртма № 105

“Fan va ta’lim poligraf” MChJ босмахонасида чоп этилди.
Тошкент шаҳри, Дўрмон йўли кўчаси, 24-уй.

