

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМий ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМий КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

АХМАДБЕКОВ БЕХЗОДБЕК ОЛИМБЕК ЎҒЛИ

**КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРДАН
ҚОН КЕТИШНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ БАҲОЛАШ ВА
ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

Андижон – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Ахмадбеков Бехзодбек Олимбек ўғли

Кекса ёшдаги беморларда гастродуоденал яралардан қон кетишнинг клиник хусусиятларини баҳолаш ва жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш..... 3

Ахмадбеков Бехзодбек Олимбек угли

Оценка особенностей клинического течения и оптимизация хирургической тактики язвенных гастродуоденальных кровотечений у пожилых..... 31

Akhmadbekov Behzodbek Olimbek ugli

Assessment of the features of the clinical course and optimization of surgical tactics of ulcer gastroduodenal bleeding in the elderly..... 61

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 65

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМий ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМий КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

АХМАДБЕКОВ БЕХЗОДБЕК ОЛИМБЕК ЎҒЛИ

**КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРДАН
ҚОН КЕТИШНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ БАҲОЛАШ ВА
ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

Андижон – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида №B2024.3.PHD/Tib4979 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.adti.uz) ва «Ziyonet» ахборот-таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Абдуллажанов Баҳром Рустамжанович тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оппонентлар:	Лигай Руслан Ефимович тиббиёт фанлари доктори Хакимов Дилшодбек Мамадалиевич тиббиёт фанлари доктори, профессор
Етакчи ташкилот:	Бухоро давлат тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2025 йил «__» _____ соат ____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю. Атабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz, Андижон давлат тиббиёт институти).

Диссертация билан Андижон давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (____ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Атабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Диссертация автореферати 2025 йил «__» _____ куни тарқатилди.
(2025 йил «__» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

М.М. Мадазимов

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

М.Ф. Нишанов

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

М.Ш. Хакимов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Статистик маълумотларга кўра, турли ошқозон-ичак трактининг (ЎИТ) қон кетишлари энг кўп учрайдиган жарроҳлик патологиялари орасида учинчи ўринни эгаллайди. Ушбу ҳолат 80% дан ортиқ ҳолларда тез ривожланадиган қон йўқотиш ва камқонлик билан хавфли ҳисобланади. ЎИТ қон кетишларида вақт ҳал қилувчи омил бўлиб, беморнинг ҳаёти бевосита клиниканинг имкониятларига боғлиқ бўлади. ГДЯҚК касалликлари умумий беморларнинг 15-20% ини ташкил қилади, уларда умумий ўлим даражаси 10,8-13,5%, операциядан кейинги ўлим эса 14,7-19,3% ни ташкил этади ва камайиш тенденциясига эга эмас. Агар «умидсизлик операцияси» бажарилса, ўлим даражаси 30-40% ва ундан юқори бўлиши мумкин. Айниқса, 60 ёшдан ошган беморларда операциядан кейинги ўлим даражаси 34-73%гача етади. Бу ҳолат жарроҳлик тактикаси бўйича жарроҳлар ўртасидаги келишмовчиликлар, шунингдек, шифохонагача бўлган босқичда диагностика, операцияга тайёргарлик, операция усули ва ҳажмини танлаш, шунингдек, операциядан кейинги даволашдаги камчиликлар билан боғлиқ. Бундан ташқари, ГДЯҚК билан оғриган беморларда ёшга хос хусусиятларга етарлича эътибор берилмайди. Бу эса клиницистларни мураккаб вазиятга солиб қўяди, чунки олинган натижаларни бир хилда талқин қилиш имкони бўлмайди.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда энг долзарб йўналишлардан бири сифатида кекса ёшли беморларда жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш мақсадида яра билан боғлиқ гастродуоденал қон кетишларининг клиник кечиши хусусиятларини баҳолаш бўйича тадқиқотлар давом эттирилмоқда, кекса ёшли беморларда яра билан боғлиқ гастродуоденал қон кетиш ҳолатларида фавқулодда ўтказиладиган ташрихларга муқобил сифатида интервенцион радиологиянинг имкониятлари ўрганилмоқда, айрим кекса беморлар гуруҳларида эндоскопия ўтказишнинг оптимал вақти ва ёндашувларини белгилаш, шунингдек интервенцион радиология имкониятлари мавжуд бўлган марказларда, айниқса ташрих хавфи юқори бўлган кекса беморларда, қон кетаётган томирларни трансартериал эмболизация (ТАЕ) қилиш кўрсатмаларини аниқлаш бўйича тадқиқотлар олиб борилмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг замонавий жиҳатлари замонавий интенсив терапия тамойиллари ва хирургик тактикани жорий этиш орқали гастродуоденал яралардан қон кетиши билан оғриган кекса ёшдаги беморларнинг даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган чора-тадбирларни ўз ичига олади. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган¹. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан, кекса ёшдаги беморларда гастродуоденал ярадан қон кетишларини хирургик даволаш натижаларини яхшилаш хирургик гастроэнтерологиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб

¹ Ўзбекистон Республикаси Президентининг. 28. 01 2022 йилдаги «Янги Ўзбекистоннинг 2022-2026 йилларга мўлжалланган ривожланиш стратегияси тўғрисида» ПҚ-60 сонли Фармони.

қолмоқда.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 4 октябрдаги ПҚ-5254-сон “Хирургия хизматини трансморфация қилиш, ҳудудларда жарроҳлик амалиётлари сифатини ошириш ва кўламини кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида” ва Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 26 июлдаги ПҚ-5198-сон «Аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини янада яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳукукий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. XX асрнинг иккинчи ярми жарроҳлик тиббиётида янги ютуқлар ва илғор технологияларни ГДЯҚКни даволашга татбиқ этиш билан ажралиб турди. Орган сақловчи операциялар, эндоскопик ва эндоваскуляр гемостаз усулларининг клиник амалиётга жорий этилиши кекса ёшдаги беморларда жарроҳлик тактикасини қайта кўриб чиқиш имконини берди. Ҳозирги вақтда ГДЯҚКни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини яхшилаш асосий вазифа бўлиб қолмоқда, айниқса кекса беморлар орасида. Шу билан бирга, 58-93,5% ҳолатларда кекса беморларда кузатиладиган ҳамроҳ касалликлар жарроҳлик натижаларини сезиларли даражада ёмонлаштиради². Бугунги кунда, XXI аср бошида, биз ҳали ҳам ўзимиздан олдинги авлод жарроҳлар дуч келган муаммоларни ҳал қилишга мажбурмиз. Бу эса жарроҳлик соҳасида эришилган ютуқларни инкор этмайди, балки ҳали тўлиқ ҳал қилинмаган муаммолар мавжудлигини кўрсатади.

ГДЯҚК нинг қайталаниш патологик жараённинг ривожланиш механизмлари (патогенез) бўйича ягона нуқтаи назар мавжуд эмас. Ҳали ҳам оптимал эндоскопик гемостаз усулини танлаш, операция кўрсаткичларини ўз вақтида белгилаш, шунингдек, қон кетишининг қайталанишини олдини олиш учун операциянинг тури ва муддатини аниқлаш муаммолари очиқ қолмоқда. Шунингдек, ГДЯҚКда эндоскопик муолажаларни қўллаш бўйича ижобий натижалар жарроҳлик усулларга қарши қўйилмоқда ва бу борадаги мунозаралар ҳануз давом этмоқда. ГДЯҚК билан оғриган беморларнинг 40% гача бўлган қисмини кекса ва қарилик ёшидаги шахслар ташкил этади. Уларнинг 20% гача бўлган қисми касаллик бошлангандан кейин 24 соатдан кечроқ шифохонага мурожаат қилади, бу эса касаллик кечишини янада оғирлаштиради³. Бундан

² Jimenez Rosales R., Martinez-Cara J.G. et al. Analysis of Rebleeding in cases of an upper gastrointestinal bleed in a single center series. Rev Esp. Enferm Dig. 2018;111(3):189–192.

³ Ивашкин В.Т., Маев И.В., Царьков П.В. и соавт. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества

ташқари, ГДЯҚҚда гемостаз (қон кетишининг тўхташ) тизимидаги ўзгаришларни аниқлаш муҳим вазифа бўлиб қолмоқда. Қон кетишининг қайталаниш хавфини баҳолаш мезонларини ишлаб чиқиш оптимал жарроҳлик тактикаси танловини осонлаштириши мумкин.

Замонавий даволаш усуллари (эндоскопик гемостаз, фармакотерапия, қон йўқотишнинг ўрнини тўлдириш) бирламчи қон кетишини тўхтатишга ёрдам беради, бироқ 10–35% ҳолатларда қон кетиш қайта юзага келади. Қайта қон кетиш бўлганда ўтказилган жарроҳлик операциялари жуда юқори ўлим даражаси билан боғлиқ бўлиб, 35–75% гача етиши мумкин⁴. Қон кетишининг қайталаниш эҳтимолини олдиндан аниқ прогноз қилиш асоссиз кутиш ва асоссиз жарроҳлик аралашувларининг олдини олишга имкон беради. Фақат эндоскопик белгилар асосида қон кетиш қайталанишини прогноз қилиш аниқлиги 70% дан ошиши мумкин. Шунга қарамай, қайта қон кетиш эҳтимолини баҳолаш учун ишлаб чиқилган тизим ва шкаларни клиник амалиётга жорий этиш кўпинча қийин бўлади, чунки улар мураккаб математик ҳисоб-китоблар ва махсус компютер дастурларидан фойдаланишни талаб қилади.

Ҳозирги вақтда қон кетиш манбасига таъсир кўрсатиш учун турли усуллар қўлланилмоқда, улар физик хусусиятлари ва таъсир механизми бўйича фарқланади: Иссиқлик усуллари: электрокоагуляция, аргонплазма коагуляцияси, лазер фотокоагуляцияси ва бошқалар. Инъекцион усуллар: адреналин, спирт, склерозантлар билан инъекция қилиш. Елим қопламалар: цианакрилатлар, тромбин, фибрин елими. Механик усуллар: клипсалаш, лигатурлаш⁵. Ian M. ва ҳаммуал. олиб борган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, эндоскопик аралашувлар фармакотерапия билан солиштирганда қон кетишнинг қайталаниш хавфини камайтиради⁶. Fujishiro M. ва ҳаммуал. томонидан ўтказилган таҳлилда турли эндоскопик гемостаз усуллариининг самарадорлиги баҳоланган. Рандомизацияланган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, бирламчи гемостазга эришиш даражаси ўртача 90% ни ташкил этади, қайта қон кетиш эса 2-10% ҳолатларда юз беради. Тадқиқот муаллифлари инъекцион ва механик усулларни биргаликда қўллашни тавсия қилганлар⁷. Бошқа бир эндогемостаз усули – гемостатик кукунлар ва полимер елим моддаларидан фойдаланиш бўлиб, улар техник жиҳатдан содда ва хавфсизлиги билан ажралиб туради⁸. Бироқ, Vitali F. ва ҳаммуаллифлар томонидан ўтказилган тадқиқотда уларнинг фақат ўзини

колоректальных хирургов и Российского эндоскопического общества) Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2024; 34 (2): 101 - 131.

⁴ Исмаилов Б.А., Садыков Р.А., Палымбетова Д.Н. Доставочное устройство для применения гемостатического покрытия Гепроцел в малоинвазивной хирургии // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд - 2018. - №4 (104) – С. 160 – 163.

⁵ Mackiewicz- Pracka A., Nehring P., Przybyłkowski A. Emergency Endoscopic Interventions in Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: A Cohort Study. *Diagnostics* (Basel). -2023 Dec 1;13(23):3584.

⁶ Ian M. Gralnek, Adrian J. Stanley 3.A. et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021, *Endoscopy* -2021; 53: 300–332.

⁷ Fujishiro M., Iguchi M., Kakushima N. Et al. Guidelines for endoscopic management of non- variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Endosc.* 2016;28(4):363-378.

⁸ Park J.C., Kim Y.J., Kim E.H. Et al. Effectiveness of the polysaccharide hemostatic powder in non-variceal upper gastrointestinal bleeding: Using propensity score matching. *J Gastroenterol Hepatol.* 2018; 33:1500–1506.

қўллаш 80% ҳолатда бирламчи гемостазга эришишга ёрдам берган, аммо 30 кунлик кузатув давомида қон кетишнинг қайталаниш даражаси 34% ни ташкил қилган ⁹. Қон кетишни тўхтатиш бўйича жуда кўп усуллар мавжуд бўлса ҳам, уларнинг баъзиларида натижалар етарлича самарали эмас, бу эса эндоскопик усулларнинг янада такомиллаштирилишини талаб қилади. Шундай қилиб, кекса ёшдаги беморларда ГДЯҚК бугунги кунда ҳам долзарб ва тўлиқ ҳал этилмаган муаммо бўлиб қолмоқда.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институтининг илмий ишлари режасига мувофиқ “Инсон хирургик касалликларини ташхислаш, даволаш ва олдини олишда илғор технологияларни ишлаб чиқиш” мавзуси доирасида бажарилган (2022-2024 й.).

Тадқиқотнинг мақсади кекса ёшдаги беморларда гастродуоденал ярадан қон кетишлари клиник кечишининг ўзига хос хусусиятларини аниқлаш ва жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш орқали хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

кексаларда гастродуоденал яралардан қон кетишининг баъзи ўзига хос хусусиятларини ўрганиш, уларни ўрта ёш гуруҳи билан солиштириш;

фаол-кутиш тактикасида анъанавий даволаш усулларини қўллаб асорат ва ўлим даражасининг структурасини, частотаси ва хусусиятини аниқлаш;

қон ивиш ва антикоагуляцион тизимларнинг хусусиятларини аниқлаш ва кексаларда ошқозон яраси касаллиги, атрофдаги органларга кириб бориши билан кечадиган қон кетишининг ошқозон ярасини кесиш учун модификацияланган усулни ишлаб чиқиш;

кексаларда гастродуоденал яралардан қон кетишида яра турларини ҳисобга олган ҳолда, фаол-индивидуаллаштирилган хирургик тактикага асосланган, такомиллаштирилган даволаш-диагностик алгоритмни жорий этиш;

анъанавий ёндашув ва оптималлаштирилган тактика билан таққосланган гуруҳларда бевосита натижаларни қиёсий баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2019 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда Республика шохилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалида ва АДТИ Клиникасининг 3-хирургия бўлимида гастродуоденал ярадан қон кетишлари туфайли ташрих ўтказилган 92 нафар кекса ёшдаги беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети кекса ёшли беморларда қон кетаётган ошқозон ярасини кесиб олишнинг модификацияланган усули ва яранинг атрофдаги аъзоларга пенетрацияси билан кечган ҳолатларда хирургик тактикани типологик хусусиятлар ва гемопоэзни ҳисобга олган ҳолда оптималлаштириш натижаларини ҳамда такомиллаштирилган даво-ташхис алгоритмининг самарадорлигини баҳолашдан иборат.

⁹ Vitali F., Naegel A., Atreya R. Et al. Comparison of Hemospray® and Endoclot™ for the treatment of gastrointestinal bleeding. World J Gastroenterol. 2019;25(13):1592-1602.

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

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

кекса ёшдаги беморларда гастродуоденал ярадан қон кетишларининг айрим типологик хусусиятлари, яъни, ошқозон яраларидан қон кетиш ҳолатлари 32,4% га ортганлиги, «аломатсиз» кечиш 22,5% га ошганлиги, илк 12 соат ичида госпитализацияга мурожаат қилиш 26,5% га кўпайганлиги, геморрагик шок 37,9% га ортганлиги, катта яралар учрашиши 14,9% ни ташкил этиши, қаттиқ чегара ва тубга эга яралар 49,9% ни ташкил этганлиги, Форрест-1 бўйича давом этаётган қон кетиш 19,6% га ортганлиги, терапевтик патология 10,5% га, ҳамроҳ хирургик патология эса 5,8% га ортганлиги аниқланган;

кекса ёшли беморларда гастродуоденал ярадан қон кетишларида анъанавий ёндашувлар билан олиб бориладиган фаол-кутиш тактикаси кутилган натижаларни бермаслиги ва нисбатан юқори ятроген шикастланишлар ва қон кетишлар, шунингдек, жарроҳлик аралашуви билан боғлиқ асоратлар, йирингли-септик яра асоратлари, умумий хусусиятдаги асоратлар ва леталлик билан кечиши аниқланган;

ошқозон ости безига пенетрацияланган меъда яраси қонаётган ҳолатида гастротомик кириш орқали соғлом тўқималар даражасида яра четларини мушак толалари йўналиши бўйича чегараловчи кесмалар орқали яра тубини қолдирган ҳолда кесиб олиш билан тавсифланувчи ярани кесиб олиш усули ишлаб чиқилган;

қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизими, шунингдек яра турларини («эски» ёки «кексаликка хос» яра) ҳисобга олган ҳолда такомиллаштирилган даво-ташхисот тартиботини жорий этиш орқали фаол-индивидуаллаштирилган жарроҳлик тактикасининг самарадорлиги асосланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

гастродуоденал ярадан қон кетишларининг кекса ёшдаги беморларда кечишининг айрим типологик хусусиятлари, шунингдек қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизими ҳолатининг таъсири аниқланган;

атрофдаги аъзоларга пенетрация билан кечадиган қон кетаётган ошқозон ярасини кесиб олишнинг операциянинг шикастланиш даражасини пасайтириш, патологик ўчоқни бартараф этиш, операциядан кейинги панкреатит ривожланишини олдини олиш ва жарроҳлик аралашувининг самарадорлигини ошириш имконини берувчи модификацияланган усули ишлаб чиқилган;

кекса ёшли беморларда гастродуоденал ярадан қон кетишларида такомиллаштирилган даволаш-ташхисот алгоритми ишлаб чиқилган;

оптималлаштирилган жарроҳлик тактикаси ошқозон ости безининг ятроген шикастланишларини бартараф этиши, қон кетиш ҳолатларини 11,3% га, специфик асоратларни 10,3% га, яра асоратларини 7,4% га, умумий характердаги асоратларни 6,0% га ва ўлим кўрсаткичини 5,5% га камайитириши клиник жиҳатдан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Натижаларнинг ишончлилиги

беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, лаборатор ва инструментал диагностиканинг замонавий усулларида фойдаланилганлиги, услубий ёндашувлар ҳамда статистик таҳлил жамланмаларининг тўғри қўлланилганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва берилган тавсиялар назарий аҳамиятга эга бўлиб, кекса ёшдаги беморларда гастродуоденал ярадан қон кетишларининг айрим типологик хусусиятларига ҳамда анъанавий ёндашувлар билан олиб бориладиган фаол-кутиш тактикасининг клиник самарадорлигига оид мавжуд билимларни кенгайтиришга муҳим хисса қўшганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижалар асосида кекса ёшдаги беморларда атрофдаги аъзоларга пенетрация билан кечадиган қон кетаётган ошқозон ярасини кесиб олишнинг модификацияланган усули ишлаб чиқилганлиги, такомиллаштирилган даволаш-ташхисот алгоритми ишлаб чиқилганлиги ҳамда оптималлаштирилган жарроҳлик тактикаси ошқозон ости безининг ятроген шикастланишларини бартараф этиши, қон кетиш ҳолатларини 11,3% га, специфик асоратларни 10,3% га, яра асоратларини 7,4% га, умумий характердаги асоратларни 6,0% га ва ўлим кўрсаткичини 5,5% га камайтириши клиник жиҳатдан асосланганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Кекса ёшдаги беморларда гастродуоденал ярадан қон кетишларида жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш бўйича олиб борилган илмий-тадқиқот натижалари асосида:

биринчи илмий янгилик: кекса ёшдаги беморларда гастродуоденал ярадан қон кетишларининг айрим типологик хусусиятлари, яъни, ошқозон яраларидан қон кетиш ҳолатлари 32,4% га ортганлиги, «аломатсиз» кечиш 22,5% га ошганлиги; илк 12 соат ичида госпитализацияга мурожаат қилиш 26,5% га кўпайганлиги, геморрагик шок 37,9% га ортганлиги, катта яралар учрашиши 14,9% ни ташкил этиши, қаттиқ чегара ва тубга эга яралар 49,9% ни ташкил этганлиги, Форрест-1 бўйича давом этаётган қон кетиш 19,6% га ортганлиги, терапевтик патология 10,5% га, ҳамроҳ хирургик патология эса 5,8% га ортганлиги аниқланганлиги Андижон давлат тиббиёт институти Мувофиқлаштирувчи эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 24 июнда 61-43/у-сон билан тасдиқланган «Кекса беморларда гастродуоденал ярадан қон кетишлари клиник кечишининг хусусиятлари ва жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалининг 18.07.2024 йилдаги 178-сон, Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиалининг 29.08.2024 йилдаги 119-сон ҳамда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг 09.07.2024 йилдаги 15213-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 20 мартдаги 14/04-сон

хулосаси). Ижтимоий самарадорлиги: кекса ёшдаги беморларда гастродуоденал ярадан қон кетишларини даволашда яранинг типологик хусусиятларини инобатга олиш ҳаёт учун хавфли асоратлар ривожланишини олдини олишга, шунингдек беморларни даволаш сифатини оширишга имкон беради. Иқтисодий самарадорлиги: ушбу илмий янгиликдан фойдаланиш асоратларни олдини олиш ва адекват даволаш усулини қўллаш ҳисобига беморларнинг стационарда бўлиш муддатини 2 кунга қисқартиришга ҳамда 1 беморнинг стационарда бўлиши 2 кунлик жами харажатларини қисқариши ҳисобига 1509506 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилинишига имкон берган. Хулоса: ушбу илмий янгиликдан фойдаланиш ўрин-кунларни қисқартириш ҳисобига тадқиқот кўлами бўйича (n=92) 138874635 сўм бюджет маблағлари тежалишига имкон беради.

иккинчи илмий янгилик: кекса ёшли беморларда гастродуоденал ярадан қон кетишларида анъанавий ёндашувлар билан олиб бориладиган фаол-кутиш тактикаси кутилган натижаларни бермаслиги ва нисбатан юқори ятроген шикастланишлар ва қон кетишлар, шунингдек, жарроҳлик аралашуви билан боғлиқ асоратлар, йирингли-септик яра асоратлари, умумий хусусиятдаги асоратлар ва леталлик билан кечиши аниқланганлиги Андижон давлат тиббиёт институти Мувофиқлаштирувчи эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 24 июнда бi-43/у-сон билан тасдиқланган «Кекса беморларда гастродуоденал ярадан қон кетишлари клиник кечишининг хусусиятлари ва жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилиньч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалининг 18.07.2024 йилдаги 178-сон, Республика шошилиньч тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиалининг 29.08.2024 йилдаги 119-сон ҳамда Республика шошилиньч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг 09.07.2024 йилдаги 15213-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 20 мартдаги 14/04-сон хулосаси). Ижтимоий самарадорлиги: ушбу илмий янгиликни қон кетиш билан асоратланган гастродуоденал яралари бўлган кекса беморларни ташхислашда инобатга олиш ривожланиши мумкин бўлган асоратларни олдини олишга имкон беради. Иқтисодий самарадорлиги: илмий янгиликдан фойдаланиш кекса ёшдаги беморларда гастродуоденал ярадан қон кетишларини хирургик даволашда ятроген зарарланишларни истисно қилиш, қон кетишлари фоизини 13,7% дан 2,4% га, махсус асоратларни 17,6% дан 7,3% га, яра асоратларини 9,8% дан 2,4% га, умумий асоратларни 15,7% дан 9,7% га ва ўлим кўрсаткичини 7,8% дан 2,4% га камайтиришга имкон берди. Натижада тадқиқот кўлами бўйича (n=92) 138874635 сўм бюджет маблағлари тежалишига имкон беради.

учинчи илмий янгилик: ошқозон ости безига пенетрацияланган меъда яраси қонаётган ҳолатида гастротомик кириш орқали соғлом тўқималар даражасида яра четларини мушак толалари йўналиши бўйича чегараловчи кесмалар орқали яра тубини қолдирган ҳолда кесиб олиш билан тавсифланувчи ярани кесиб олишнинг ишлаб чиқилган усули Андижон давлат тиббиёт институти Мувофиқлаштирувчи эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 24 июнда бi-43/у-сон

билан тасдиқланган «Кекса беморларда гастродуоденал ярадан қон кетишлари клиник кечишининг хусусиятлари ва жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалининг 18.07.2024 йилдаги 178-сон, Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиалининг 29.08.2024 йилдаги 119-сон ҳамда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг 09.07.2024 йилдаги 15213-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 20 мартдаги 14/04-сон ҳулосаси). Ижтимоий самарадорлиги: ошқозон ости безига пенетрацияланган қонаётган меъда ярасини кесиб олишнинг ишлаб чиқилган усулидан фойдаланиш қон кетиш билан асоратланган ошқозон яралари бўлган кекса беморлар ҳаётини сақлаб қолишга имкон беради. Иқтисодий самарадорлиги: таклиф этилган усулни қўллаш орқали беморларнинг стационарда бўлиш муддати 2 кунга қисқартирилди. Бунинг натижасида 1 беморнинг стационарда бўлиши 1 кунлик жами харажатларининг ўртача миқдори (дори-дармонлар, текширувлар билан биргаликда) 754753 сўмни ташкил этгани ҳолда 1509506 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилинишига имкон берган. Хулоса: ушбу илмий янгиликдан фойдаланиш ўрин-кунларни қисқартириш ҳисобига тадқиқот қўлами бўйича ($n=92$) 138874635 сўм бюджет маблағлари тежалишига имкон беради.

тўртинчи илмий янгилик: қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизими, шунингдек яра турларини («эски» ёки «кексаликка хос» яра) ҳисобга олган ҳолда такомиллаштирилган даво-ташхисот тартиботини жорий этиш орқали фаол-индивидуаллаштирилган жарроҳлик тактикасининг самарадорлиги асосланганлиги Андижон давлат тиббиёт институти Мувофиқлаштирувчи эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 24 июнда бi-43/и-сон билан тасдиқланган «Кекса беморларда гастродуоденал ярадан қон кетишлари клиник кечишининг хусусиятлари ва жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалининг 18.07.2024 йилдаги 178-сон, Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиалининг 29.08.2024 йилдаги 119-сон ҳамда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг 09.07.2024 йилдаги 15213-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 20 мартдаги 14/04-сон ҳулосаси). Ижтимоий самарадорлиги: такомиллаштирилган даво-ташхисот тартиботидан фойдаланиш қон кетиш билан асоратланган гастродуоденал яралари бўлган кекса беморларда мақбул даволаш усулини танлашга ва самарали натижага эришишга имкон беради. Иқтисодий самарадорлиги: такомиллаштирилган даво-ташхисот тартиботидан фойдаланиш беморларнинг стационарда бўлиш муддатини 2 кунга қисқартиришга ҳамда 1 беморнинг стационарда бўлиши 2 кунлик жами харажатларини қисқариши ҳисобига 1509506 сўм бюджет маблағлари иқтисод

қилинишига имкон берган. Хулоса: ушбу илмий янгиликдан фойдаланиш ўрин-кунларни қисқартириш ҳисобига тадқиқот кўлами бўйича (n=92) 138874635 сўм бюджет маблағлари тежалишига имкон беради.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий анжуманларда, жумладан 3 та ҳалқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларда муҳокамадан ўтказилган.

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

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

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Диссертациянинг **кириш қисмида** диссертация ишининг долзарблиги асослаб берилган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари ифодалаб берилган, олинган натижаларнинг илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти келтирилган, иш натижаларини пробацияси ва эълон қилинганлиги, диссертациянинг ҳажми ва тузилиши ҳақида маълумотлар тақдим этилган.

Диссертациянинг «**Кекса ёшдаги беморларда гастродуоденал ярадан қон кетишларини даволашнинг замонавий тенденциялари ва муаммолари**» деб номланган биринчи бобида мавжуд адабиётлар таҳлили тақдим этилган бўлиб, унда қуйидаги масалалар кўриб чиқилган: ГДЯҚКнинг тузилиши, частотаси ва этиопатогенези; Қон кетишининг қайталаниш эҳтимолини прогноз қилиш усуллари; Кекса ёшдаги беморларда ГДЯҚКни жарроҳлик йўли билан даволашнинг замонавий ҳолати; ГДЯҚКда қон ивиш ва антикоагуляцион тизимининг ҳолати. Тадқиқот давомида мавжуд илмий адабиётларда айрим жиҳатлар тўлиқ ўрганилмагани аниқланган, жумладан: сурункали (“эски”) ва ўткир (“кексаликка хос”) яралар фонида кечадиган ГДЯҚКнинг айрим ўзига хос хусусиятлари етарлича тадқиқ қилинмаган; Қон ивиш ва антикоагуляцион тизим ҳолатини чуқур ўрганиш зарурати мавжуд, чунки бу қон кетишнинг қайталаниш хавфини прогноз қилишга ёрдам бериши мумкин; Яра ўзига хослигини ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик тактикаси ва операция техникасини янада такомиллаштириш муҳим вазифа бўлиб қолмоқда. Ушбу илмий бўшлиқларни тўлдириш ва жарроҳлик тактикаси оптималлаштириш учун мазкур тадқиқот ўтказилган.

Диссертациянинг “**Клиник материал хусусиятлари ва тадқиқот усуллари**” деб номланган тадқиқотнинг асосий йўналишлари ёритилган бўлиб, 2019–2023 йилларда Андижон давлат тиббиёт институти 3-жарроҳлик клиникаси ва Республика шошилишч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали стационарида даволанган 326 нафар беморларнинг жарроҳлик натижалари таҳлил қилинган. Тадқиқот объекти фақат шошилишч тартибда шифохонага

ётқизилган ГДЯҚК беморлари бўлди. Беморларнинг ёш бўйича тақсимооти Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ, 2020) тавсияларига асосланган ҳолда амалга оширилди: Назорат гуруҳи (234 бемор, 2019–2021 йиллар): 60 ёшгача бўлган беморлар (ўртача ёш $35,3 \pm 0,5$). Ушбу гуруҳ биринчи гуруҳ сифатида белгиланди.

Тадқиқот гуруҳи (92 бемор, 2022–2023 йиллар): Кекса ёшдаги беморлар (ўртача ёш $67,2 \pm 0,5$); Ушбу гуруҳ иккинчи гуруҳ сифатида белгиланди.

Беморларнинг жинси, ёши ва ГДЯҚКнинг ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси билан боғлиқ частотаси 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Беморларни ёши, жинси, 12 бармоқ ичак ва ошқозон яралари бўйича тақсимланиши

Жинси ва ёши бўйича	ГУРУХЛАР				t-	
	назорат(n=234)		тадқиқот (n=92)			
	абс	%	Абс	%	абс	%
Ўртача ёш	35,3±0,5		67,2±0,5		←↑↑1,9%	
Эркаклар	183	78,2	56	60,9	←↓↓↓↓↓3,3%	←↓1,3%
Аёллар	51	21,8	36	39,1	←↓1,4%	←↑↑1,8%
Ошқозон яралари	13	5,6	35	38,0	←↑↑↑2,7%	←↑↑↑↑6,8%
12 бармоқ ичак яралари	221	94,4	57	62,0	←↓↓↓↓↓3,9%	←↓↓1,5%

Эслатма: ← - олдинги устунга нисбатан, ↑ - кўтарилиши, ↓ - пасайиши.

↓↓ - $p < 0,05$, ↑↑ - $p < 0,05$, ↑↑↑ - $p < 0,01$, ↑↑↑↑ - $p < 0,001$, ↓↓↓↓ - $p < 0,001$

Тадқиқот натижаларига кўра, ГДЯҚКнинг кекса ёшидаги беморларда кечиш хусусиятлари ўрта ёшдаги беморлар билан таққослаб баҳоланди.

Беморларнинг жинси бўйича тақсимооти: Назорат гуруҳида (ўрта ёшдаги беморлар, $n=234$): Эркаклар ва аёллар нисбати – 3,6:1. Тадқиқот гуруҳида (кекса ёшдаги беморлар, $n=92$): Эркаклар ва аёллар нисбати – 1,5:1.

Бу шуни англатадики, ўрта ёшдаги беморлар орасида эркаклар касалликка анча кўп учраган бўлса, кекса ёшдаги беморлар орасида бу тафовут камайган. ГДЯҚКнинг ошқозон яраси ва ўн икки бармоқли ичак яраси билан боғлиқлиги: Назорат гуруҳида (ўрта ёш): ошқозон яралари: 12 бармоқ ичак яраларига нисбати – 1:17. Тадқиқот гуруҳида (кекса ёш): ошқозон яралари: 12 бармоқ ичак яраларига нисбати – 1:1,6. Бу шуни кўрсатадики, кекса ёшдаги беморлар орасида ошқозон яралари нисбатан кўпроқ учрайди, ҳолбуки, ўрта ёш гуруҳида ўн икки бармоқли ичак яраси устунлик қилади.

Назорат гуруҳида эркакларнинг касалланиши аёлларникига нисбатан 3,3% юқори эканлиги статистик жиҳатдан ишончли аниқланди ($p < 0,001$). Кекса ёшдаги аёлларда касалланиш частотаси ўрта ёш гуруҳига нисбатан 1,8% юқори ($p < 0,05$). Кекса ёшдаги беморларда ошқозон яраси назорат гуруҳига қараганда 2,7 баробар кўпроқ учрайди ($p < 0,001$). Ўн икки бармоқли ичак яраси эса, аксинча, кекса ёшдаги беморларда 2,7% га камроқ кузатилган ($p < 0,001$). Хулоса: Ушбу маълумотлар ГДЯҚКнинг ёш билан боғлиқ клиник ўзгаришларини тасдиқлайди,

яъни: Кекса ёшдаги беморларда ошқозон яраси кўпроқ учрайди, Ўн икки бармоқли ичак яраси эса, аксинча, ёши катта беморларда камроқ кузатилади, Касаллик эркакларда кўпроқ учраса ҳам, кекса ёшдаги беморларда эркак ва аёл беморлар сони ўрта ёш гуруҳига нисбатан бир-бирига яқинлашади.

Тадқиқот натижаларига кўра, кекса ёшдаги беморларда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраларидан қон кетиш частотаси ўрта ёшдаги беморлар билан солиштирганда сезиларли даражада фарқ қилади. ГДЯҚКнинг ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраларига боғлиқ частотаси. Ўрта ёш гуруҳида: Ошқозон яраларидан қон кетиш – 5,6%, 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетиш – 94,4% Кекса ёш гуруҳида: Ошқозон яраларидан қон кетиш – 38,0%, 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетиш – 62,0%. Бу шуни англатадики, кекса ёшдаги беморларда ошқозон яраларидан қон кетиш частотаси анча юқори, 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетиш эса, аксинча, камайган.

Бу фарқ кексаларда дорилар, айниқса, ностероид яллиғланишга қарши препаратлар ва антикоагулянтлар қабул қилишининг кўпайиши билан боғлиқ. Ушбу хусусият жарроҳлик тактикаси танловида инобатга олинган.

Ошқозон яраларининг жойлашуви бўйича статистик таҳлил. Кекса ёш гуруҳида ошқозон яраларининг турли жойлашувларида сезиларли фарқлар кузатилди: Субкардиал қисмдаги яралар – 3,7% кўпроқ ($p<0,001$); Ошқозон танаси ва кичик эгриликдаги яралар – 11,7% кўпроқ ($p<0,001$); Препилорик қисмдаги яралар – 5,8% кўпроқ ($p<0,001$); Умуман олганда, ошқозон яралари кекса беморларда 6,8% кўпроқ аниқланган ($p<0,001$).

Ўн икки бармоқли ичак яраларининг локаллашуви бўйича статистик таҳлил Кекса ёш гуруҳида 12 бармоқ ичак яраларининг барча жойлашувлари бўйича камайиш кузатилди: 12 бармоқ ичак олдинги деворидаги яралар – 1,8% камроқ ($p<0,05$); ДЯ орқа деворидаги яралар – 1,8% камроқ ($p<0,05$); 12 бармоқ ичакнинг ён деворидаги яралар – 1,9% камроқ ($p<0,05$); “ойнасимон” яралар – 1,3% камроқ ($p<0,05$); Постбулбар яралар – 1,2% камроқ ($p<0,05$). Умуман олганда, кекса ёш гуруҳида 12 бармоқ ичак яраларининг частотаси ўрта ёш гуруҳига нисбатан 1,5% га камроқ аниқланган ($p<0,05$) (2-жадвал).

2-жадвал

ГДЯҚК билан оғриган беморларнинг яра локализацияси ва диаметрига кўра тақсимланиши.

Яранинг локализацияси	ГУРУХЛАР				t-	
	назорат (n=234)		тадқиқот (n=92)			
	абс	%	абс	%	абс	%
Ошқозон яралари						
ошқозон ва субкардиал қисмда	2	0,9	3	3,3	←↑↑1,5%	←↑↑↑↑3,7
Ошқозон ва кичик эгриликда	3	1,3	14	15,2	←↑↑↑↑4,7	←↑↑↑↑11,7
Ошқозонинг препилорик қисмида	8	3,4	18	19,6	←↑↑2,3	←↑↑↑↑5,8
Барчаси	13	5,6	35	38,0	←↑↑↑2,7	←↑↑↑↑6,8

12 бармоқ ичак яралари						
Олдинги девори	50	21,4	11	12,0	←↓↓↓↓4,5	←↓↓1,8%
Орка девори	69	29,5	15	16,3	←↓↓↓↓4,6	←↓↓1,8%
Ён девори	62	26,5	13	14,1	←↓↓↓↓4,8	←↓↓1,9%
«ойна» қарама қарши	18	7,7	8	8,7	←↓↓2,3%	←↑1,3%
Постбульбар қисм	22	9,4	10	10,9	←↓↓2,2%	←↑1,2%
Барчаси	221	94,4	57	62,0	←↓↓↓↓3,9	←↓↓1,5%

Эслатма: ← - олдинги устунга нисбатан, ↑ - кўтарилиши, ↓ - пасайиши. ↓↓ - $p<0,05$,
↑↑ - $p<0,05$, ↑↑↑ - $p<0,01$, ↑↑↑↑ - $p<0,001$, ↓↓↓↓ - $p<0,001$

Тадқиқот натижалари кекса ёшдаги беморларда ГДЯҚКнинг клиник кечиши ўрта ёш гуруҳига нисбатан сезиларли фарқланишини кўрсатди. Яраларнинг давомийлиги ва хусусиятлари бўйича статистик таҳлил кекса ёш гуруҳида «яширин» (белгиларсиз кечувчи) яралар ўрта ёш гуруҳига нисбатан 2,6% кўпроқ аниқланган ($p<0,01$). Яраларнинг давомийлиги бўйича фарқлар қуйидагича бўлди: 1 йилгача бўлган яралар – 2,1% кўпроқ ($p<0,05$); 1-5 йил давом этган яралар – 2,1% кўпроқ ($p<0,05$); 6-10 йил давом этган яралар – 1,3% камроқ; 10 йилдан ортиқ давом этган яралар – 1,2% камроқ. Бу шуни кўрсатадики, кекса ёш гуруҳида яқинда ривожланган яралар кўпроқ учрайди, узоқ давом этган (ески) яралар эса нисбатан камроқ.

Қон кетиш тарихи (анамнез) бўйича таҳлил. Назорат гуруҳида (ўрта ёш): 67,1% беморда илгари қон кетиш кузатилмаган. Тадқиқот гуруҳида (кекса ёш): 57,6% беморда илгари қон кетиш кузатилмаган, яъни бу кўрсаткич ўрта ёш гуруҳига нисбатан 1,2% кам. 1-2 марта қон кетиш ўтказган беморлар 1,5% кўпроқ ($p<0,05$). 3 ва ундан ортиқ марта қон кетиш ҳолати эса, аксинча, 1,6% камроқ ($p<0,05$). Бу шуни англатадики, кекса ёшдаги беморларда қон кетиш хавфи юқори бўлишига қарамай, уларнинг кўпчилигида бу ҳолат бир ёки икки марта кузатилган, кўп марта қон кетиш эса камроқ учраган.

Беморларнинг шифохонага мурожаат қилиш вақти. Кекса ёш гуруҳида 66,1% (59 нафар) бемор қон кетиш бошлангандан кейин биринчи 12 соат ичида шифохонага ётқизилган. Бу шуни англатадики, кексалар қон йўқотишга нисбатан сезгирроқ бўлиб, улар ўрта ёшдагиларга қараганда тезроқ тиббий ёрдамга мурожаат қилганлар.

Геморрагик шок частотаси. Назорат гуруҳида (ўрта ёш): 41 нафар беморда (17,5%) геморрагик шок қайд этилган. Тадқиқот гуруҳида (кекса ёш) 51 нафар беморда (55,4%) геморрагик шок кузатилган. Бу кекса ёшдаги беморларда геморрагик шок хавфи ўрта ёш гуруҳига нисбатан сезиларли даражада юқори эканлигини кўрсатади. Қон кетишнинг давомийлиги кекса ёш гуруҳида қон кетиш давомийлиги қуйидаги фарқлар билан ажралиб турди: 6 соатгача бўлган қон кетиш – 1,4% кўпроқ; 6-12 соат давом этган қон кетиш – 1,9% кўпроқ ($p<0,05$); 12-24 соат давом этган қон кетиш – 1,2% кўпроқ; 24 соатдан ортиқ давом этган қон кетиш – 2,5% кўпроқ ($p<0,01$). Бу кексалар орасида узоқ давом этадиган қон кетиш ҳолатлари кўпроқ учрашини кўрсатади. Геморрагик шокнинг умумий частотаси кекса ёш гуруҳида геморрагик шок 3,2% кўпроқ аниқланган ($p<0,001$). Геморрагик шок кузатилмаган беморлар ўрта ёш гуруҳига қараганда 1,8% кам ($p<0,05$).

Тадқиқот натижалари кекса ва ўрта ёшдаги беморларда ГДЯҚК кечишининг асосий фарқларини аниқлашга имкон берди. Қон йўқотиш даражаси бўйича таҳлил. Назорат гуруҳида (ўрта ёш): Енгил ва ўрта даражадаги қон йўқотиш – 78,2%. Оғир даражадаги қон йўқотиш – 12,0%. Ўта оғир даражадаги қон йўқотиш – 9,8%. Тадқиқот гуруҳида (кекса ёш): Енгил ва ўрта даражадаги қон йўқотиш – 58,7%. Оғир даражадаги қон йўқотиш – 25,5% Ўта оғир даражадаги қон йўқотиш – 16,3%

Кексалар орасида оғир ва ўта оғир қон йўқотиш ҳолатлари ўрта ёш гуруҳига нисбатан 2 баробар кўпроқ учрайди. Статистик таҳлил шуни кўрсатдики: Енгил қон йўқотиш частотаси кекса ёш гуруҳида 2% камроқ ($p<0,05$); Ўрта даражадаги қон йўқотиш частотаси 1,2% камроқ; Оғир даражадаги қон йўқотиш 2,1% кўпроқ ($p<0,05$); Ўта оғир даражадаги қон йўқотиш 1,7% кўпроқ ($p<0,05$). Бу шуни англатадики, кексалар орасида қон кетиш янада оғир кечади, бу эса даволаш ёндашувини ўзгартиришни талаб қилади. Яраларнинг ҳажми ва тузилиши бўйича таҳлил. Назорат гуруҳида (ўрта ёш): 5–20 мм ўлчамдаги яралар – 86,8%. Катта ва гигант яралар – 13,3%. Тадқиқот гуруҳида (кекса ёш): Катта ва гигант яралар – 28,2% (ўрта ёш гуруҳига нисбатан 2 баробар кўп).

Яраларнинг четлари бўйича фарқлар: Назорат гуруҳида (ўрта ёш): юмшоқ қиррали яралар – 92,3%. Қаттиқ қиррали яралар – 7,7%. Тадқиқот гуруҳида (кекса ёш): Қаттиқ қиррали яралар – 57,6% (ўрта ёш гуруҳига нисбатан 7,5 баробар кўп). Бу шуни кўрсатадики, кексалар орасида ошқозон яраларининг қаттиқ қиррали шакллари устунлик қилади, бу кўпинча дорилар, айниқса ностероид яллиғланишга қарши препаратлар ва антикоагулянтлар қабул қилиш билан боғлиқ.

Яраларнинг ҳажми бўйича фарқлар: 5 мм гача бўлган яралар кекса ёш гуруҳида 1% кўпроқ; 21-30 мм оралиғидаги яралар кекса ёш гуруҳида 2,5% кўпроқ ($p<0,01$); 31 мм ва ундан катта яралар кекса ёш гуруҳида 1,8% кўпроқ ($p<0,05$). Ўрта ёш гуруҳига нисбатан кекса ёш гуруҳида: 6-10 мм ўлчамдаги яралар 1,1% камроқ; 11-20 мм ўлчамдаги яралар 1,3% камроқ.

Бу кекса ёшдаги беморларда катта ва гигант яралар кўпроқ учрашини тасдиқлайди. Форрест классификациясига кўра эндоскопик таснифи. ГДЯҚК нинг эндоскопик таснифи Форрест классификациясига мувофиқ баҳоланди (3-жадвал). Бу жарроҳлик тактикасини танлашда муҳим аҳамиятга эга бўлди.

3-жадвал

Эндоскопик классификация бўйича тақсимланиши

Forrest бўйича	ГУРУХЛАР				t-	
	назорат (n=234)		тадқиқот (n=92)			
	абс	%	Абс	%	абс	%
F I a	23	9,8	15	16,3	←↓↓1,5%	←↑↑1,7%
F I b	16	6,8	14	15,2	←↓1,1%	←↑↑2,2%
F I c	12	5,1	9	9,8	←↓1,3%	←↑↑1,9%
F II a	77	32,9	28	30,4	←↓↓↓2,8%	←↓1,1%
F II b	43	18,4	10	10,9	←↓↓↓↓4,3%	←↓↓1,7%

Ғ II с	21	9,0	7	7,6	←↓↓↓↓3%	←↓1,2%
Ғ III	42	17,9	9	9,8	←↓↓↓↓4,7%	←↓↓1,8%
Барчаси	234	100	92	100	—	—

Эслатма: ← - олдинги устунга нисбатан, ↑ - кўтарилиши, ↓ - пасайиши.

↓↓ - $p < 0,05$, ↑↑ - $p < 0,05$, ↓↓↓ - $p < 0,01$, ↓↓↓↓ - $p < 0,001$

↓↓ - $p < 0,05$, ↑↑ - $p < 0,05$, ↓↓↓ - $p < 0,01$, ↓↓↓↓ - $p < 0,001$

Назорат гуруҳида (ўрта ёш) давом этаётган қон кетиш (F-I) 51 (21,7%) беморда, тадқиқот гуруҳида (кекса ёш) эса 38 (41,3%) беморда аниқланган. Назорат гуруҳидаги 141 (60,2%) ва тадқиқот гуруҳидаги 45 (48,9%) беморларда қон кетиш субстрати барқарор бўлмаган гемостаз белгилари билан (F-II) аниқланган. 42 (18,0%) ва 9 (9,8%) беморларда қон кетиш анамнестик (F- III) бўлиб, уларга эндоскопик гемостаз қўлланилмаган.

Назорат гуруҳида (ўрта ёш) давом этаётган қон кетиш (F-I) 51 (21,7%) беморда, тадқиқот гуруҳида (кекса ёш) эса 38 (41,3%) беморда аниқланган. Назорат гуруҳидаги 141 (60,2%) ва тадқиқот гуруҳидаги 45 (48,9%) беморларда қон кетиш субстрати барқарор бўлмаган гемостаз белгилари билан (F-II) аниқланган. 42 (18,0%) ва 9 (9,8%) беморларда қон кетиш анамнестик (F- III) бўлиб, уларга эндоскопик гемостаз қўлланилмаган.

Жами 188 та ҳамроҳ терапевтик касалликлар аниқланган. ЯГДК бўлган 188 та бемордан 124 (53,0%) нафари назорат гуруҳида (ўрта ёш), 64 (69,6%) нафари эса тадқиқот гуруҳида (кекса ёш) қабул бўлимига ошқозон-ичак қон кетиши ташхиси билан келган. Уларнинг 57 (24,3%) нафари назорат гуруҳида ва 32 (34,8%) нафари тадқиқот гуруҳида қатор оғир ҳамроҳ касалликлар, асосан, юрак-қон томир тизими касалликлари билан аниқланган.

Эндоскопик тадқиқот натижаларига кўра, тадқиқот гуруҳида назорат гуруҳига нисбатан F-Ia бўйича 1,7% ($p < 0,05$), F-Ib бўйича 2,2% ($p < 0,05$) ва F- Ic бўйича 1,9% ($p < 0,05$) кўп қайд этилган. Тадқиқот гуруҳида F-IIa 1,1% камроқ, F-IIb 1,7% камроқ ($p < 0,05$), F-IIc 1,2% камроқ ва F-III 1,8% камроқ ($p < 0,05$) аниқланган.

Энг кўп учрайдиган ҳамроҳ касалликлар юрак-қон томир тизимига тегишли бўлиб, назорат гуруҳида 81 (34,6%) ва тадқиқот гуруҳида 47 (51,1%) беморда қайд этилган. Солиштирув таҳлили шуни кўрсатдики, кекса ёшдаги беморлар гуруҳида юрак-қон томир тизими касалликлари статистик жиҳатдан ишончли даражада кўпроқ учрайди ва бу уларнинг умумий ҳолатига салбий таъсир кўрсатиб, даволаш натижаларига таъсир қилади. Бу ҳолат кекса ёшдаги ЯГДК беморларида жарроҳлик тактикаси белгилашда ҳисобга олинган.

Тадқиқот гуруҳида назорат гуруҳига нисбатан: Ишемик юрак касаллиги (ИБС) 1,3% кўпроқ, Гипертония касаллиги 1,7% кўпроқ ($p < 0,05$), Стенокардия 1,6% кўпроқ ($p < 0,05$), Яқинда инфарктдан кейин ривожланган коронарокардиосклероз 1,5% кўпроқ ($p < 0,05$), Бош миёда ўткир қон айланиши бузилишидан кейин ривожланган энцефалопатия 1,3% кўпроқ аниқланган.

Тадқиқот гуруҳида назорат гуруҳига нисбатан куйидаги касалликлар камроқ учраган: Қандли диабет 1% камроқ, Ўпка йўллариининг сурункали обструктив касаллиги (ХОБЛ) 1,2% камроқ, Жигар циррози 1,5% камроқ,

Сурункали буйрак етишмовчилиги 1,5% камроқ ($p<0,05$). Умумий жарроҳлик патологиялари. Назорат гуруҳида (234 бемор): 22 беморда (9,4%) аниқланган. Тадқиқот гуруҳида (92 бемор): 14 беморда (15,2%) аниқланган.

Тадқиқот гуруҳида жарроҳлик тактикаси ГДЯҚКнинг аниқланган ўзига хос хусусиятлари ва бир вақтда учрайдиган жарроҳлик касалликлари ҳисобга олинган ҳолда амалга оширилди. Бу масала диссертациянинг кейинги бобида муҳокама қилинган. Тадқиқот гуруҳида бир вақтда учрайдиган жарроҳлик касалликлари назорат гуруҳига нисбатан: Калькулёз холецистит 2,1% кўпроқ ($p<0,05$), Тошсиз холецистит 1,7% кўпроқ ($p<0,05$), Жигар эхинококкози 1,3% кўпроқ, Қорин чурра (ҳар хил қорин бўшлиғи чурралари) 1,6% кўпроқ ($p<0,05$). ГДЯҚК беморларини ўрганиш Ўзбекистон Республикаси ССВ томонидан тасдиқланган стандартлар асосида амалга оширилди.

Шундай қилиб, кекса ёшдаги беморларда ГДЯҚКнинг айрим ўзига хос хусусиятлари аниқланди, жумладан: Ошқозон яраларидан қон кетиш – 5,6% дан 38,0% гача ошган; Ўн икки бармоқ ичак яраларидан қон кетиш – 94,4% дан 62,0% гача камайган; «яширин» кечиш ҳолатлари – 14,5% дан 37,0% гача ошган; Қон кетиш бошланганидан кейинги илк 12 соат ичида шифохонага мурожаат қилиш – 37,6% дан 64,1% гача ошган; Геморрагик шок ҳолатлари – 17,5% дан 55,4% гача ошган; Катта ва гигант яралар – 13,3% дан 28,2% гача ошган; Қаттиқ қиррали ва туби қотган яралар – 7,7% дан 57,6% гача ошган; Давом этаётган қон кетиш (Forrest I) – 21,7% дан 41,3% гача ошган; Ҳамроҳ терапевтик касалликлар – 24,3% дан 34,8% гача ошган; Бир вақтда учрайдиган жарроҳлик касалликлари – 9,4% дан 15,2% гача ошган.

Диссертациянинг **“ГДЯҚКнинг ўзига хос хусусиятлари ва кекса ёшдаги беморларда жарроҳлик тактикаси”** деб номланган учинчи бобида ГДЯҚКнинг характерини таҳлил қилиш ва солиштирилаётган гуруҳлардаги ўзига хос хусусиятларини ўрганиш кўриб чиқилган.

Солиштирув гуруҳи таркибига: 51 (55,4%) бемор киритилган, уларда фаол жараёндаги яралар қон кетиш кузатилган ва уларга стандарт гемостаз усуллари қўлланган. Қон кетиш тўхтаган ҳолларда, эндоскопик ташхис фақат кейинги стандарт даволаш усулларига асосланган ҳолда олиб борилган.

ГДЯҚКнинг ўзига хос хусусиятлари ва таҳлили (солиштирув гуруҳи). Тадқиқот натижалари шундан далолат берадики, кекса ёшдаги беморларда ГДЯҚК кечишининг айрим ўзига хосликлари мавжуд. Яралар тури ва жинсга қараб тақсимланиши. Солиштирув гуруҳида (51 бемор): Эркаklar: сурункали (эски) яралар – 24 (47,1%). Ўткир яралар – 8 (15,7%). Аёллар: сурункали (эски) яралар – 9 (17,6%) Ўткир яралар – 10 (19,6%).

Шунингдек, «кексаликка хос» яраларнинг ошқозонда локализацияланиши 23,5% га етган, бу эса «эски» яралар билан оғриган беморларда 11,8% ни ташкил этган ҳолатга нисбатан юқори. ГДЯҚК рецидивлари «Эски» яралар: Ошқозон яраларидан қон кетиш 6 (11,7%) ҳолатда аниқланган. Ўн икки бармоқ ичак яраларидан қон кетиш 28 (54,9%) ҳолатда учраган. «Қариликка хос» яралар: Ошқозон яраларидан қон кетиш 12 (23,5%) ҳолатда кузатилган. 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетиш эса 5 (9,8%) ҳолатда аниқланган. Бу шуни англатадики,

қарилик ёшидаги беморларда ошқозон яраларидан қон кетиш рецидивлари кўпроқ учрайди, 12 бармоқ ичак яралари эса камроқ учрайди.

Яра касаллигининг давомийлиги ва кечиши солиштирув гуруҳида «яширин» кечувчи яралар 18 (35,3%) беморда қайд этилган. Касаллик давомийлиги: 1 йилгача – 10 (19,6%) 1-5 йил давом этган ҳолатлар – 13 (25,5%). Шунингдек, «эски» ва «қариликка хос» яраларнинг кечиши сезиларли фарқланди: «кексаликка хос» яраларда «яширин» кечиш 14 (27,5%) ҳолатда аниқланган, «Эски» яраларда эса бу кўрсаткич 4 (7,8%) ни ташкил қилган. Бундан ташқари, «кексаликка хос» яраларда касаллик давомийлиги қисқарган ва қон кетиш тез юзага келган: 1 йилгача давом этган ҳолатлар – 11,8% (6 та 10 тадан) 5 йилгача давом этган ҳолатлар – 2,0% (1 та 13 тадан).

Қон кетиш тарихининг таҳлили: Солиштирув гуруҳида: 32 (62,8%) беморда аввал қон кетиш кузатилмаган 17 (33,3%) беморда 1-2 марта қон кетиш кузатилган 2 (3,9%) беморда 3 ва ундан ортиқ марта қон кетиш кузатилган. Қон кетиш давомийлиги ва беморларнинг стационарга келган вақти қон кетиш 6 соатгача давом этган ҳоллар – 11 (21,6%) 6-12 соат – 21 (41,2%) 12-24 соат – 10 (19,6%) 24 соатдан ортиқ – 9 (17,6%).

Геморрагик шок белгиларининг таҳлили: сурункали («эски») яраларда – 18 (35,3%) беморда геморрагик шок аниқланган. «Кексаликка хос» яраларда эса бу кўрсаткич 12 (23,5%) ни ташкил қилган.

Қон йўқотиш даражаси ва унинг жарроҳлик тактикасига таъсири. Солиштирув гуруҳида: Ўрта даражадаги қон йўқотиш – 27 (53,0%) беморда кузатилган. Оғир қон йўқотиш – 12 (23,5%) беморда. Ўта оғир қон йўқотиш – 7 (13,7%) беморда. Яра турига қараб қон йўқотиш даражалари: «Эски» яралар: Ёнғил ва ўрта даражадаги қон йўқотиш – 18 (35,3%) беморда. Оғир ва ўта оғир қон йўқотиш – 13 (25,4%) беморда. «кексаликка хос» яралар: ёнғил ва ўрта даражадаги қон йўқотиш – 14 (27,5%) беморда. Оғир ва ўта оғир қон йўқотиш – 6 (11,8%) беморда. Бу ҳолат хирургик тактикани белгилашда ҳисобга олиниши лозим.

Яра ўлчами ва унинг характеристикалари назорат гуруҳида: 5-20 мм диаметрдаги яралар – 36 (70,6%) беморда. Катта (21-30 мм) ва гигант (31 мм ва ундан катта) яралар – 15 (29,4%) беморда. Яра турига қараб: «Эски» яралар: 5-20 мм диаметрда – 21 (41,2%). Катта ва гигант яралар – 14 (27,5%). «кексаликка хос» яралар: 5-20 мм диаметрда – 15 (29,4%). Катта ва гигант яралар – 6 (11,8%).

Яраларнинг тузилиши Қаттиқ («каллез») қиррали яралар – 28 (54,9%) беморда. Юмшоқ қиррали яралар – 23 (45,1%) беморда. Бу натижалар узок муддатли сурункали яра жараёни мавжудлигини кўрсатади ва жарроҳлик тактикасида ҳисобга олиниши керак. Ҳамроҳ терапевтик касалликлар жами 26 та ҳамроҳ терапевтик касаллик аниқланган. 26 бемордан 10 (19,6%) нафари шифохона қабул бўлимига ошқозон-ичак қон кетиши ташхиси билан келган. 16 (31,4%) беморда ошқозон-ичак қон кетиши юрак-қон томир тизими билан боғлиқ оғир ҳамроҳ касалликлар билан кечган. Бу ҳолат хирургик даволашда индивидуал ёндашувни талаб қилади.

Ҳамроҳ касалликлар ва уларнинг даволаш натижаларига таъсири. Барча

беморларда 2 дан 5 гача бир вақтда учрайдиган касалликлар аниқланган. Таҳлил натижаларига кўра, кекса ёшдаги беморларда юрак-қон томир тизими касалликлари статистик жиҳатдан ишончли даражада кўпроқ учрайди. Бу эса уларнинг умумий аҳволини оғирлаштириб, даволаш натижаларига салбий таъсир кўрсатган. «Эски» яралар билан оғриган беморларда юрак-қон томир касалликлари 12 (23,5%) ҳолатда аниқланган. «Кексаликка хос» яраларда эса бу кўрсаткич 4 (7,8%) ни ташкил қилган. Кексаликка хос яралари бўлган беморларда соматик касалликлар устунлик қилган (6 бемор – 11,8%), бу эса касалликнинг кечишини янада оғирлаштирган ва даволашга таъсир қилган. Бир вақтда учрайдиган жарроҳлик патологиялари 7 (13,7%) ҳолатда аниқланган. Солиштирув гуруҳида жарроҳлик тактикаси ва унинг таҳлили. Солиштирув гуруҳидаги 51 кекса беморда қон кетиш даражаси ва қўлланган даволаш усуллари: Енғил даражадаги қон кетиш – 5 бемор Ўрта даражадаги қон кетиш – 27 бемор Оғир даражадаги қон кетиш – 12 бемор Ўта оғир даражадаги қон кетиш – 7 бемор. Жами 23 (45,1%) беморга жарроҳлик амалиётлари ўтказилган: Ошқозон яраларидан қон кетиш – 18 бемор. Ўн икки бармоқ ичак яраларидан қон кетиш – 33 бемор.

Шунингдек, фаол-кутув тактикаси доирасида: 16 (31,4%) беморда анъанавий гемостатик ва ярага қарши терапия қўлланган. 12 (23,5%) беморда эндоскопик гемостаз амалга оширилган.

4-жадвал

Гемостаз ва бажарилган операциялар характери

Гемостаз /операция хусусияти	Умумий сони	
	абс	%
Гемостаз консерватив методи	17	33,3
Эндоскопик гемостаз	19	37,3
Қонаётган ярани тикиш	7	13,7
Ярани олиб ташлаш	3	5,9
Ошқозон резекцияси Б 1	3	5,9
Ошқозон резекцияси Б 2	2	3,9
Барчаси	51	100

4-жадвал маълумотларига кўра, фаол-кутув тактикасида қўлланган усуллар: Консерватив гемостаз – 17 (33,3%) бемор. Эндоскопик гемостаз (ЭГ) – 19 (37,3%) бемор. Жарроҳлик аралашуви – 15 (29,4%) бемор.

Традицион консерватив усуллар самарасиз бўлган ҳолларда амалга оширилган операциялар: Паллиатив операциялар: Қон кетиши давом этаётган қон томирини яра тубида тикиш – 7 (13,7%) бемор. Қон кетаётган ошқозон ва 12 бармоқ ичак яраларини кесиб олиш – 3 (5,9%) бемор. Радикал операциялар (ошқозон резекцияси): Бильрот-I усули бўйича – 3 (5,9%) бемор. Бильрот-II усули бўйича – 2 (3,9%) бемор.

ГДЯҚК билан оғриган беморларда даволаш натижаларининг таҳлили Солиштирув гуруҳидаги ГДЯҚКни даволаш натижалари қониқарсиз бўлиб чиқди. Асосий муаммо: Беморнинг шифохонадаги илк кунларида қон кетиш рецидиви юз бериши. Фаол-кутув тактика бу муаммони ҳал қила олмаслиги.

Муаммонинг ечими ўзига хос хусусиятлар ва қон ивиш тизимини инobatга олган ҳолда фаол индивидуал даволаш тактикасини қўллаш. Кекса беморларда «эски» ва «қариликка хос» яралар фарқини инobatга олиш. Қон ивиш ва антикоагуляция тизимини таҳлил қилиш асосида шахсий даволаш тактикасини ишлаб чиқиш.

Юқори хавфли беморлар гуруҳи айрим беморларда оғир ҳамроҳ касалликлар мавжуд бўлиб, уларга шошилиш жарроҳлик аралашуви юрак-қон томир хавфи юқори бўлгани сабабли амалга оширилмаган. Фаол-кутув тактикаси доирасида қўлланган усуллар: Консерватив терапия – 33,3% Эндоскопик гемостаз (ЭГ) – 37,3% Жарроҳлик аралашуви – 29,4%. Асосан қон кетаётган қон томирини яра тубида тикиш – 13,7%.

Диссертациянинг **“Кекса ёшдаги беморларда ЯГДКнинг типологик хусусиятлари ва жарроҳлик тактикаси (асосий гуруҳ)”** деб номланган тўртинчи бобида қуйидаги масалалар кўриб чиқилган: Ошқозон ости безига пенетрация билан асоратланган қон кетаётган ошқозон ярасини олиб ташлаш усули. Кекса ёшдаги беморларда орган сақловчи жарроҳлик усуллари аҳамияти.

Орган сақловчи жарроҳлик амалиётларининг аҳамияти. Кундалик амалиётда орган сақловчи операциялар айниқса шошилиш хирургия (шошилиш жарроҳлик) учун жуда муҳим. Бу усуллар кекса ёшдаги беморларда оғир ҳамроҳ касалликлари бор ва субкомпенсация ёки декомпенсация ҳолатидаги беморларда; яра касаллиги асоратланган ҳолларда қўлланилади.

Муҳим жиҳат – операция ҳажми бемор организмнинг физиологик имкониятларидан ошмаслиги керак. Кекса ёшдаги беморларда афзал кўрилган жарроҳлик усуллари ошқозон яраларини кесиб олиш. Ошқозон шиллик қаватидаги нуқсонни биологик тўқималар билан пластик ёпиш усуллари. Турли вариантдаги гастроэнтероанастомозлар ва бошқа усуллар.

Ихтиронинг мақсади: Ошқозон ости беzi ичига кириб бориши билан бирга қон кетаётган ошқозон ярасини аниқ кесиш учун органни сақловчи технологияни ишлаб чиқиш, бу жарроҳлик техникасини соддалаштириш ва операциядан кейинги панкреатик некроз ривожланиши билан ошқозон ости беzi шикастланишининг олдини олиш, ишончли гемостазни таъминлаш, қон кетиш хавфини камайтириш ва қон кетишни бутунлай тўхтатиш, яранинг зарарланган қирраларини тўлиқ олиб ташлаш яра қирралари ва ошқозон тўқимасининг зарарланган қатламларини яра тубига кесиб олиб ташлаш, қон кетиш такрорланиши эҳтимолини минималлаштириш, ошқозоннинг барча қисмлари ва унинг иннервациясини сақлаб қолиш. Асосий анатомик ва физиологик структураларни сақлаб қолиш имконини беради.

Ошқозон деворини оптимал пластик тиклаш. Ошқозон деворини тиклашда пластик усулларни қўллаш, Ошқозоннинг табиий шакли ва функциясини тиклаш. Қўйилган вазифанинг ечими. Янгича усул қуйидагича амалга оширилади: Ошқозон яраси проекциясида гастротомия бажарилади. Ошқозон бўшлиғи 5 см гача узунликда очилади. Яра меъда ости безига пенетрация қилган ҳолларда махсус ёндашув қўлланилади. Прецизион иссикция (аниқ кесиб олиш)

амалга оширилади. Мушак толалари йўналишини ҳисобга олган ҳолда кесиш бажарилади. Слизисто-мушак қатламлари зарарланган тўқималар билан бирга кесиб ташланади. Яра туби интакт ҳолда қолдирилади. Айнан яра тубини кесиб ташлаш панкреонекрозга ва ўлимга олиб келиши мумкин. Яра туби спирт ва электрокаутер ёрдамида ишлов берилади. Назогастроудоденал зонд ўрнатилади ва ошқозон санация қилинади. Ошқозонни санация қилиш ва шиллиқ қаватини тозалаш учун назогастроудоденал зонд жойлаштирилади.

Ошқозон девори нуқсони тикланади атравматик игна ёрдамида узлуксиз бир қаторли шовлар билан тикилади. Яра туби ҳазм йўлининг ташқарисида қолади ва патология омили тўлиқ бартараф этилади. Ошқозон девори тикланиши жараёни оптимал ҳолатда кечади. Гемостаз назорат қилинади ва гастротомик тешик стандарт усул билан тикилади. Ошқозон шакли тикланади. Прецизион техника ёрдамида ошқозоннинг табиий шакли ва функцияси сақланади. Мушак толалар йўналиши бўйича тўғри кесиб олиш ва тикиш деформация хавфини камайтиради. Оптимал тикланиш шароитлари яратилади. Жигар-ичак декомпрессияси таъминланади. Керакли ҳолларда ошқозон шиллиқ қаватини ювиш амалга оширилади. Шовлар мустаҳкамлиги таъминланиб, операциядан кейин шовлар йиринглашиш ёки тарқалиши ҳолатлари кузатилмаган.

Ушбу усулнинг клиник қўлланилиши 2019-2023 йиллар давомида ушбу усул 7 нафар ошқозон яраси ва қон кетиш билан асоратланган беморларда қўлланилди. Яраларнинг аксарияти меъда ости безига пенетрация қилган ҳолатларда бўлган. Операция натижалари юқори самарадорликка эга бўлган ва операциядан кейинги асоратлар кузатилмаган.

Янгича усулнинг афзалликлари. Яра кесиб олиш усулининг ўзига хос жиҳатлари: Ошқозон ярасини меъда ости безига пенетрация билан кесиб олиш орқали, унинг шикастланишини олдини олади. Ошқозон тубининг ҳазм йўлидан ташқарида (экстрагастрация) қолиши, операциядан кейинги панкреонекроз ривожланиш хавфини минималлаштиради. Ошқозон шакли деформациясиз тикланади, бу эса меъда фаолиятига ижобий таъсир қилади. Ошқозон девори дефекти узлуксиз чоклар билан тикланади (атравматик игна ёрдамида). Чоклар меъда шираси таъсиридан химояланган бўлиб, оғриқ синдроми ҳам камаяди. Ушбу усул техникаси мураккаб эмас, қон кетишни ишончли тўхтатиш имконини беради ва қўшимча тиббий ускуналар талаб этилмайди. Кекса беморларда ГДЯҚҚда қон ивиш ва антикоагуляция тизими ҳолати. ГДЯҚҚ билан оғриган 41 кекса беморда қон ивиш ва антикоагуляция тизими ўрганилди. Беморларнинг ёши 61 ёшдан 79 ёшгача. 41 бемордан: 20 нафар бемор консерватив даволанди. 2 нафар беморда давом этаётган қон кетиш ва консерватив даволаш самарасизлиги туфайли шошилишч операция талаб қилинди: Ошқозон резекцияси амалга оширилди. Қон кетишаётган қон томирни яра тубида тикиш амалиёти бажарилди.

Тадқиқот натижалари кекса ёшдаги беморларда ГДЯҚҚ пайтида қон ивиш тизимида сезиларли ўзгаришлар кузатилишини кўрсатди. Қон ивиш фаоллигининг ошиши қон кетиш авжида ёки 1-3 кун давом этувчи қон кетиш

пайтида умумий ивиш фаоллиги кескин ошган. Қон ивиш вақти ва плазма рекальцификация вақти нормал қийматлардан деярли 2 барабар қисқарган: Қон ивиш вақти – 202 ± 4 сония (нормага нисбатан 2 марта тезроқ. Плазма рекальцификация вақти – 53 ± 4 сония. Плазманинг гепаринга толерантлиги кескин ошган: 457 ± 34 сония. Бу ўзгаришлар ҳам сурункали («эски») яраларда, ҳам ўткир («кексаликка хос») яраларда кузатилган.

Фибриноген даражасининг ошиши ва индивидуал ўзгаришлар. Қонда фибриноген миқдори: Ўртача – $485 \pm 2\%$ (меърдан юқори). Индивидуал ўзгаришлар – 225 дан 650 м²% гача. Норма – $261 \pm 7,1$ м²%. Қон ивиш тизимидаги бошқа ўзгаришлар Тўқимавий сгусток ретракцияси $44,5 \pm 1,5\%$ гача ошган ($p < 0,001$). Қон кетиш вақти қисқарган – 91 ± 8 сония ($p < 0,05$). Тромботест: 15 беморда 7-даражагача ошган (меърдан юқори). 12 беморда нормада (4-6 даража). Прокоагулянтлар (протромбин комплекси, тромбоцитлар) нормал даражада қолган ($p > 0,05$). Тадқиқот натижалари шундан далолат берадики, ГДЯҚК билан оғриган кекса ёшдаги беморларда қон ивиш тизимида жиддий ўзгаришлар кузатилади: Қон ивиш тизими (гиперкоагуляция ҳолати) кекса беморларда қон ивиш фаоллиги сезиларли даражада ошади (5-жадвал).

5-жадвал

Кекса ёшдаги ГДЯҚК билан оғриган беморларда қон коагуляцияси ва антикоагуляцион тизимнинг ҳолати

Тест номланиши	назорат (n=30)		касаллар (n=41)		t
	M ₁	m ₁ ±	M ₂	m ₂ ±	
Қон ивиш вақти (сек)	362	9	202	4	$p < 0,001$
Плазмани гепаринга толерантлиги (сек)	638	30	457	34	$p < 0,001$
Рекальцификация вақти (сек)	105	2,5	53	4	$p < 0,001$
Гепарин вақти (сек)	59	2	55	5	$p > 0,05$
Фибриноген (мг%)	261	7,1	485	28	$p < 0,001$
Протромбин (%)	90	2,3	94,6	2,5	$p > 0,05$
Проакцелерин (%)	102,3	1,3	106,1	2,7	$p > 0,05$
Проконвертин (%)	76	2,3	76,3	10,6	$p > 0,05$
Лахта ретракцияси (%)	38,9	0,75	44,5	1,5	$p < 0,001$
Қон кетиш вақти (сек)	112	7,4	91	8	$p < 0,05$
Эркин гепарин (ед./мл)	6,6	0,26	4	0,3	$p < 0,05$
Фибринолитик активлик (%)	14,1	0,6	10,2	1	$p < 0,05$
кальций (мг%)	10,4	0,18	10,3	0,4	$p > 0,05$
тромботест (босқич)	4-6.	-	7-4.		
тромбоцит	203,8	3,15	227	14	$p > 0,05$

Қон ивиш вақти ва плазма рекальцификация вақти қисқаради, бу эса микроинтраваскуляр тромб ҳосил бўлиш жараёнининг фаоллашганини кўрсатади. Гепаринга толерантлик ошган, бу эса интенсив қон ивиш жараёни кечаётганини англатади. Антикоагуляция тизими (фибринолиз пасайиши). Фибринолитик фаоллик сезиларли даражада пасайган. Бу организмнинг қон йўқотишга қарши ҳимоявий реакцияси сифатида қаралиши мумкин. Фибринолиз

пасайиши қон кетишнинг тўхташига ёрдам беради, аммо шу билан бирга тромбоз хавфини оширади.

Прокоагулянтлар ўзгариши ва уларнинг таъсири. Қон кетиш жараёнида протромбин, проакцелерин ва проконвертин миқдори ўзгармаган. Демак, қон ивиш жараёнининг тезлашиши бевосита бу омиллар ўзгариши билан боғлиқ эмас. Протромбин ва фибриноген даражасининг пасайиши уларнинг юқори даражада сарфланиши билан изоҳланади. Қон йўқотиш даражаси ва коагуляция тизимига таъсири.

Енгил қон йўқотишда (гипокоагуляция қисқа муддатли бўлади). 1-кунда АЧТВ (активлашган қисман тромбопластин вақти) ошган – $24,7 \pm 0,9$ с ($p < 0,01$). Фибриноген даражаси пасайган – $3,0 \pm 0,2$ г/л ($p < 0,05$). МНО (Халқаро нормаллаштирилган нисбат) ошишга мойилликка эга бўлган, аммо бу статистик жиҳатдан ишончли бўлмаган.

Ўртача қон йўқотишда гипокоагуляцияни ривожланиши ва тикланиш жараёни Биринчи куни гипокоагуляция белгилари аниқ намоён бўлди: АЧТВ (активлашган қисман тромбопластин вақти) узайиши ($p < 0,001$). МНО) ошиши ($p < 0,001$). Фибриноген даражаси пасайиши ($p < 0,001$). Тромбоцитлар сони камайиши ($p < 0,01$). Кейинги кунларда юқоридаги кўрсаткичлар тикланган. Гипокоагуляция жараёни бир вақтнинг ўзида қон ивиш тизимининг фаоллашиши билан кечган, бу эса: РФМК (эрийдиган фибринмономер комплекслари) миқдорининг ошиш. АЧТВ фаоллигининг пасайиши (18 беморда – 43,9%). 8 беморда (19,5%) Б-димер миқдори 0,5 мкг/лдан юқори.

Оғир қон йўқотишда кучли ва узок давом этувчи гипокоагуляция Гипокоагуляция кучлироқ ва узок давом этган. Қон ивиш тизимининг тикланиши кечиккан: АЧТВ ва МНО нормаллашиши 5-кунга келиб кузатилган. Фибриноген ва тромбоцитлар даражаси 6-кунга келиб тикланган. Шу билан бирга, тромбогенез фаоллиги юқори даражада қолган: РФМК (эрийдиган фибринмономер комплекслари) даражаси кескин ошган ($p < 0,001$). РФМК даражаси 10-кунгача юқори сақланган. АЧТВ фаоллиги бутун кузатув даври давомида пасайган ҳолда қолган.

Шундай қилиб, қанча катта қон йўқотилса, гемостаз тизимининг қон кетишни тўхтатишга қаратилган фаоллашуви шунча кучли намоён бўлади ва кейинги гипокоагуляция янада яққолроқ кечади. Постгеморрагик даврда қоннинг гипокоагуляция ҳолати томир ичида ивиш жараёнининг ошиши билан кечади. Юқоридаги ҳолатлар кекса ёшдаги ЯГДК бўлган беморларда гемостаз тизимини индивидуал лаборатор назорат қилиш зарурлигини кўрсатади.

Кекса ёшдаги ГДЯҚҚда ташхис ва даволаш алгоритми. ГДЯҚҚда жарроҳлик тактикаси белгиланишида асосий аҳамиятга эга бўлган усул эзофагогастродуоденоскопия ҳисобланади. Аммо, кўп ҳолларда жарроҳлар шошилиш операцияларни амалга оширишга мажбур бўладилар.

Шу билан бирга, кекса ёшдаги беморларда ГДЯҚҚнинг айрим ўзга хос хусусиятлари ҳисобга олинмайди. Бу эса тактик ва техник хатоларга сабаб бўлиб, умумий ва операциядан кейинги ўлим ҳолатлари ҳамда асоратлар сонининг юқори бўлишига олиб келади. Кекса ёшдаги барча беморларда ГДЯҚҚ ташхиси

қўйиш, шошилиш равишида бемор ҳолатини барқарорлаштириш чоратadbирлари билан бирга амалга оширилиши лозим.

Ретроспектив таҳлил натижалари шундан далолат берадики, беморларнинг физиологик ҳолати, қон йўқотиш даражаси ва ноустувор гемостаз ҳолатида рецидив хавфи етарлича баҳоланмаган. Натижада, қон кетиш авжида қўплаб шошилиш операциялар ўтказилган. Аниқланган камчиликлар такомиллаштирилган ташхис ва даволаш алгоритмини ишлаб чиқишга асос бўлди, бу эса жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш имконини берди.

Хавф омилларига асосланган энг муҳим 7 та шхис мезони: 1) Бемор ёши. 2) Анамнезда кофесимон кўринишидаги қусиш ва ёки мелена 1 кунда 2 мартадан кўп кузатилиши. 3) Эритроцитлар миқдори $2,5 \times 10^{12}/л$ дан паст, гемоглобин 100 г/л дан кам. 4) Гипотония (артериал босим 80/40 мм рт. ст. дан паст) ва пульс 100 уриш/мин дан юқори. 5) Яра локализацияси. 6) Яра дефектининг ўлчами. 7) Эндоскопик манзара.

Шошилиш эндоскопия 80 (86,9%) беморда ўтказилди: Солиштирув гуруҳида – 19 бемор. Асосий гуруҳда – 22 бемор. Ўткир яралар – 38 (41,3%) бемор: Солиштирув гуруҳида – 21 (41,2%) бемор. Асосий гуруҳда – 17 (41,5%) бемор. Сурункали яралар – 54 (58,7%) бемор: Солиштирув гуруҳида – 30 (58,8%) бемор. Асосий гуруҳда – 24 (58,6%) бемор. Қон йўқотиш даражалари: енгил даража – 9 (9,8%) бемор. Ўрта даража – 45 (49,0%) бемор. Оғир даража – 23 (25,0%) бемор. Ўта оғир даража – 15 (16,2%) бемор. Ўрта ва оғир қон йўқотиш ҳолатлари – 73,9%. Яра локализацияси: Ошқозон яралари – 35 (38,0%) бемор.

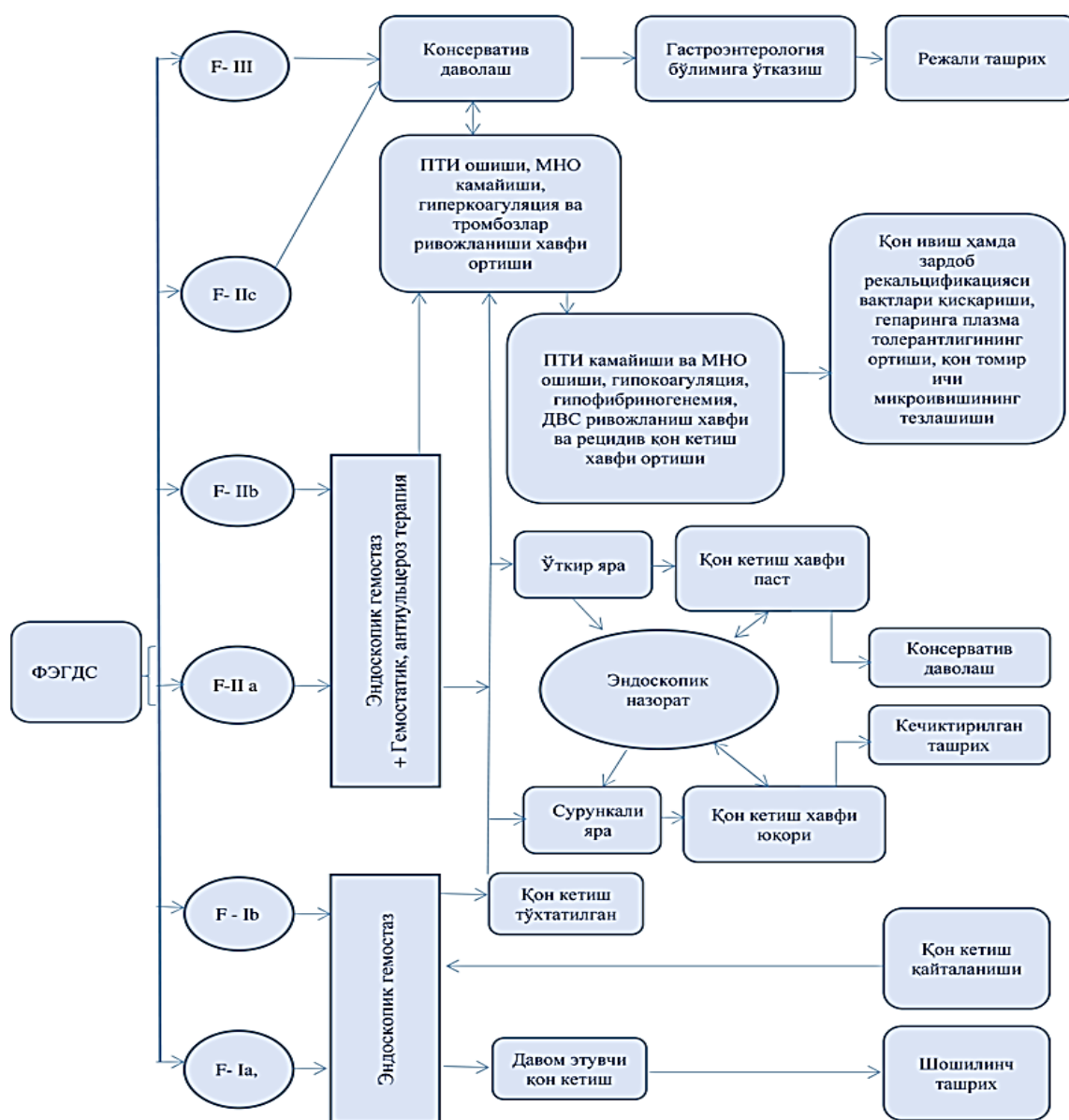
Ўн икки бармоқ ичак яралари – 57 (62,05%) бемор. Қон кетиш тўхтаган ҳолларда назорат эндоскопияси 7-кун. 14-кун. Қон кетиш манбасини баҳолаш учун энг қулай тасниф – J. Forrest (1987): F-I-A – Пульсирловчи, артериядан қон кетиш. F-I-B – Капиллярли (веноз) қон кетиш. F-II-A – Яра тубида кўринган катта тромбланган қон томир. F-II-B – Яра кратерига бириккан қон пойқаси. F-I-C – Капиллярли қон кетиш. F-II-C – Кичик тромбланган қон томирлари (рангли доғ шаклида). F-III – Қон кетиш белгилари йўқ (no stigmata). Кекса ёшдаги ГДЯҚК беморлари учун такомиллаштирилган ташхис ва даволаш алгоритми таклиф этилди (1-расм).

Антисекретор терапия ГДЯҚК билан оғриган асосий гуруҳдаги 41 беморда қўлланилди. Қон кетиш рецидиви Протон помпа ингибиторлари (ИПП) қўлланган беморларда – 14 (27,4%) бемор (51 бемордан). ИПП қўлланмаган беморларда – 16 (37,4%) бемор (51 бемордан, $p < 0,05$). F IIa - F IIb (барқарор гемостаз белгилари) қон кетиш ҳолатларида: Рецидив қон кетиш – 7 (14,0%) беморда кузатилган. Фаол қон кетиш (F Ia, F Ib) ҳолатларида: ИПП қўлланган асосий гуруҳда рецидив – 2,3%. ИПП қўлланмаган солиштирув гуруҳида рецидив – 25,0%. Қон кетиш рецидиви 25,0% дан 2,3% гача пасайтирилган ($p < 0,05$). Леталлик ҳолатлари: Тромбоземболия (ТЭЛА) 5,9% (3/51) ҳолатда ўлимга сабаб бўлган. Гемостаз тизимини нормаллаштириш мақсадида ЯГДК билан оғриган барча беморларда терапия АЧТВ (активлашган қисман тромбопластин вақти) назорати остида олиб борилди. Қон кетиш ҳолатларида яқка тартибдаги (изолирланган) ва комбинирланган усуллар қўлланилди. Фаол

қон кетиш (Forrest Ia, Ib) ҳолатида: Рецидив 1 (2,4%) беморда кузатилган. Forrest IIa, IIb, IIc бўйича қон кетиш ҳолатида: Рецидив 1 (2,4%) беморда кузатилган. Рецидив қон кетиш ҳолатлари: Ошқозоннинг кичик эгрилиги ёки орқа деворида жойлашган катта яраларда тез-тез учраган. Асосан илк 3 сутка ичида ривожланган. Асосий гуруҳда жарроҳлик амалга оширилган беморлар орасида қон йўқотиш сабабли леталлик ҳолатлари қайд этилмаган.

Эндоскопик гемостаз (ЭГ) ва консерватив терапия кўрсатмалари Операция учун юқори хавфли ҳолатлар (SAPS шкаласи 9-21 балл). Қон кетишнинг интенсивлик даражаси: Forrest Ia, Ib, Ic. Forrest IIa, IIb, IIc.

Шошилиш операция кўрсатмалари Давом этаётган қон кетиш (Forrest Ia, Ib, Ic). Эндоскопик гемостаз (ЭГ) амалга ошириш имконияти бўлмаган ҳолларда рецидив қон кетиш. SAPS шкаласи бўйича 5-8 баллли ҳолатлар. Яра дефекти локализацияси: Ўн икки бармоқ ичак (ДПК) орқа деворида. Ошқозоннинг кичик эгрилигида. Диаметри 2 смдан катта бўлган яралар.



1-расм. Такмиллаштирилган даволаш-ташхисот алгоритми (№DГУ33397, 12.02.2024 й.)

Тезкор операция кўрсатмалари: Юқори хавфли рецидив қон кетиш (Forrest Па). Бемор ҳолати SAPS шкаласи бўйича 5-12 балл. Қайта рецидивларни олдини олиш учун асосий дори воситалари. Ошқозон шиллиқ қаватида кислота ва пепсин ишлаб чиқаришни блокловчи дори воситалари.

Қон кетишни мониторинг қилиш муддатлари тадқиқотчиларнинг афзалликларига кўра 2 соатдан 24 соатгача ўзгаради. Агар шундай назорат усуллари самара бермаса, шошилиш операция ўтказиш учун асос пайдо бўлади. Режали операция ўтказиш масаласи Ҳар бир бемор учун алоҳида ёндашув асосида ҳал этилади. Постгеморрагик бузилишлар тузатилгандан кейин амалга оширилади. Паллиатив операциялар. Жуда оғир аҳволдаги беморларга қон кетишни тўхтатиш мақсадида ўтказилади. Ярани тикиш ёки кесиб олиш шаклида амалга оширилади.

Шундай қилиб, фаол-индивидуал хирургик тактика, ЯГДҚнинг айрим ўзига хос хусусиятларини (сурункали «эски» ёки «кексаликка хос» яралар) инобатга олган ҳолда такомиллаштирилган ташхис ва даволаш алгоритми асосида кекса ёшдаги беморларда жарроҳлик тактикаси самарадорлигини ошириш имконини беради. Асосий гуруҳда хирургик тактика ва унинг таҳлили. ГДЯҚҚни жарроҳлик йўли билан даволашга турлича ёндашувлар мавжуд, аммо ҳозиргача бирор бир усул бу муаммони тўлиқ ҳал этмаган. Бу эса операциядан кейинги леталликнинг юқори даражада сақланиб қолиши билан боғлиқ.

Асосий гуруҳда ГДЯҚҚнинг ўзига хос хусусиятлари ва таҳлили ГДЯҚҚ билан оғриган кекса ва қарилик ёшидаги беморларда рецидив хусусиятлари ўрганилди. Жинс ва яра турига кўра тақсимот Эркаклар:сурункали («эски») яралар – 15 (36,6%) Ўткир яралар – 9 (22,0%) Аёллар:сурункали («эски») яралар – 6 (14,3%) Ўткир яралар – 11 (26,8%) Ошқозон локализацияланган «кексаликка хос» яралар (34,1%) «эски» яраларга нисбатан (7,3%) кўпроқ учраган.

Рецидивли ГДЯҚҚ ҳолатлари «Эски» яраларда: Ошқозон яраларидан қон кетиш – 3 (7,3%) ҳолат. Ўн икки бармоқ ичак яраларидан қон кетиш – 17 (41,5%) ҳолат. «Қариликка хос» яраларда: Ошқозон яраларидан қон кетиш – 14 (34,1%) ҳолат. 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетиш – 7 (17,1%) ҳолат. Бу натижалар кекса ёшидаги беморларда ошқозон яраларидан қон кетиш тез-тез учрашини, 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетиш эса камроқ кузатилишини кўрсатади. Яра касаллиги давомийлиги ва унинг кечиши «яширин» кечувчи («немое») ГДЯҚҚ – 16 (39,0%) беморда аниқланган.

Касаллик давомийлиги: 1 йилгача – 10 (19,6%) бемор. 1-5 йил – 15 (36,6%) бемор. Кексалик яралар «яширин» кечиши билан кўпроқ намоён бўлган – 12 (29,3%), «Эски» яраларда эса бу кўрсаткич 4 (9,8%) ни ташкил қилган. Қон кетиш рецидиви кексалик яраларда нисбатан тезроқ ривожланган: 1 йилгача – 9,8% (4 та 6 тадан). 5 йилгача – 2,4% (1 та 9 тадан). Қон кетиш тарихи 21 (51,2%) беморда аввал қон кетиш кузатилмаган. 18 (43,9%) беморда 1-2 марта қон кетиш кузатилган. 2 (4,9%) беморда 3 ва ундан ортиқ марта қон кетиш кузатилган.

Қон кетиш давомийлиги ва стационарга келган вақт 6 соатгача – 10 (24,4%) бемор. 6-12 соат – 17 (41,5%) бемор. 12-24 соат – 9 (21,9%) бемор. 24 соатдан ортиқ – 5 (12,2%) бемор. Геморрагик шок белгилари: сурункали («эски»)

яраларда – 13 (31,7%) бемор. Кексалик яраларда – 9 (22,8%) бемор.

Олинган маълумотлар шундан далолат берадики, кекса ёшдаги беморларда организмнинг компенсацион имкониятлари нисбатан паст даражада, бу эса 6-12 соат ичида шифохонага келган беморлар сонининг ортиши (17 нафар – 41,5%) билан тасдиqlанади. Бу ҳолат қон йўқотишга нисбатан юқори сезувчанлик белгиларидан бири ҳисобланади.

Қон йўқотиш даражалари Ўртача қон йўқотиш – 18 (43,9%) бемор. Оғир қон йўқотиш – 11 (26,8%) бемор. Ўта оғир қон йўқотиш – 8 (19,5%) бемор. Яра турига кўра қон йўқотиш даражаси: «Эски» яралар: енгил ва ўртача қон йўқотиш – 12 (29,3%) бемор. Оғир ва ўта оғир қон йўқотиш – 11 (26,8%) бемор. Кексалик яралар: енгил ва ўртача қон йўқотиш – 10 (24,4%) бемор. Оғир ва ўта оғир қон йўқотиш – 8 (19,5%) бемор.

Яра ўлчами ва хусусиятлари. Диаметри 5-20 мм бўлган яралар – 30 (73,2%) бемор. Катта (21-30 мм) ва гигант (31 мм ва катта) яралар – 11 (26,8%) бемор. Яра турига кўра тақсимот: «Эски» яралар: 5-20 мм – 18 (43,9%). Катта ва гигант яралар – 6 (14,6%). Кексалик яралар: 5-20 мм – 12 (29,3%). Катта ва гигант яралар – 5 (12,2%). Яра қирраларининг хусусиятлари. Қаттиқ («каллез») қиррали яралар – 25 (61,0%). Юмшоқ қиррали яралар – 16 (39,0%). Бу натижалар кекса ёшдаги беморларда яра жараёни сурункали кечишини кўрсатади, бу эса хирургик тактика белгилашда ҳисобга олиниши лозим.

Жами 23 та ҳамроҳ терапевтик касаллик аниқланди. Энг кўп учрагани – юрак-қон томир тизими касалликлари: 16 (39,0%) беморда аниқланган.

«Эски» яралар бўлган беморларда – 9 (22,8%) ҳолат. Кексалик яралар бўлган беморларда – 7 (17,1%) ҳолат. Бошқа соматик касалликлар: 7 (17,1%) беморда аниқланган, бу эса касаллик кечиши ва даволаш жараёнини мураккаблаштирган. Бир вақтда учрайдиган жарроҳлик патологиялари: 7

(17,1%) беморда кузатилган. Жарроҳлик тактикаси ГДЯҚК ўзига хос хусусиятлари инобатга олинган ҳолда амалга оширилган.

Қон йўқотиш даражалари. Ўртача даража – 18 (43,9%) бемор. Оғир даража – 11 (26,8%) бемор. Ўта оғир даража – 8 (19,5%) бемор. Қон кетиш рецидиви энг кўп 1-3 кун оралиғида кузатилган. Шундай қилиб, кекса ва қарилик ёшидаги беморларда жарроҳлик тактикаси индивидуаллаштирилган бўлиши лозим. Жарроҳлик ва консерватив усулларни қўллаш 14 (31,7%) беморда операция амалга оширилди: Ошқозон яраларидан қон кетиш – 17 ҳолат. Ўн икки бармоқ ичак яраларидан қон кетиш – 24 ҳолат. Консерватив гемостаз усули – 11 (26,8%) ҳолатда қўлланилди. Эндоскопик гемостаз (ЭГ) – 17 (41,5%) ҳолатда амалга оширилди.

ХУЛОСА

1. Ўрта ёш ва кекса ёшдаги бемор солиштирилганда ГДЯҚК нинг баъзи ўзига хос хусусиятлари аниқланди, хусусан: ошқозон яраларидан қон кетиш нисбатан ошган 5.6% дан 38.0% гача, 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетишлар аксинча камайган 94.4% дан 62.0% гача, “яширин” кечувчи яралар 14.5% дан 37.0% га, биринчи 12 соатда касалхонага мурожаат қилиш 37.6% дан 64.1% га,

геморрагик шок белгилари 17.5% дан 55.4% га, гигант яралар 13.3% дан 28.2% га, қирралари зичлашган ва тубли яралар 7.7% дан 57.6% га, Ф 1 бўйича қон кетаётган яралар 21.7% дан 41.3% га, тереапевтик касалликлар 24.3% дан 34.8% га ва умумий хирургик касалликлар 9.4%дан 15.2%га ошган.

2. Фаол-кутиш тактикасини қўллаб, ГДЯҚК бўйича анъанавий ёндашувлар билан кексаларда консерватив терапия 33,3% ҳолларда, ЭГ (эндоскопик гемостаз) – 37,3% ва оператив даволаш – 29,4% ҳолларда амалга оширилди (асосан яранинг түпидаги қон кетишли сосуда тикиш – 13,7%). Бу ерда ятродентик зарарланишлар ва қон кетишлар фаолияти 13,7% ни, операция ўтказиш билан боғлиқ муаммолар – 17,6%, гнойли-септик жараларнинг муаммолари – 9,8%, умумий хусусиятдаги муаммолар – 15,7% ва ўлим ҳолатлари – 7,8% ни ташкил этди.

3. Ишлаб чиқилган ошқозон ости безига пенетрация билан асоратланган қон кетаётган ошқозон ярасини олиб ташлаш усул ошқозон ости безининг шикастланишини олдини олишга имкон беради (экстрагастрация туфайли), операциядан кейнги панкреанекроз ривожланишини олдини олади. Ошқозоннинг табиий шакли ва функциясини тикланади, бу эса шаштропластика бажарилганда ошқозон деворидаги маҳаллий тортишишлар ва дилитациядан қочишга имкон беради.

4. Фаол-индивидуаллаштирилган тактика, кекса ёшдаги беморларда ГДЯҚКнинг баъзи ўзига хос хусусиятларини ва қоннинг коагуляцион ва антикоагуляцион тизимини ҳисобга олиб, такомиллаштирилган даволаш-диагностик алгоритм асосида, ятоген зарарланишларни истисно қилиш, қон кетишлари фоизини 13,7% дан 2,4% га, махсус асоратларни 17,6% дан 7,3% га, яра асоратларини 9,8% дан 2,4% га, умумий асоратларни 15,7% дан 9,7% га ва ўлим кўрсаткичини 7,8% дан 2,4% га камайитиришга имкон берди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01
ПРИ АНДИЖАНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ
ИНСТИТУТЕ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ**

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

АХМАДБЕКОВ БЕХЗОДБЕК ОЛИМБЕК УГЛИ

**ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЯЗВЕННЫХ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОЖИЛЫХ**

14.00.27 – Хирургия

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

Андижан – 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за №B2024.3.PHD/Tib4979

Диссертация выполнена в Андижанском государственном медицинском институте.

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

Научный руководитель: **Абдуллажанов Бахром Рустамжанович**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Лигай Руслан Ефимович**
доктор медицинских наук
Хакимов Дилшодбек Мамадалиевич
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Бухарский государственный медицинский институт**

Защита состоится «___» _____ 2025 г. в ___ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 при Андижанском государственном медицинском институте по присуждению ученых степеней (Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz, Андижанский государственный медицинский институт).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Андижанского государственного медицинского института (зарегистрирована за №___). Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2025 года.
(реестр протокола рассылки № ___ от _____ 2025 года).

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

М.Ф. Нишанов
Ученый секретарь научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

М.Ш. Хакимов
Заместитель председателя научного семинара при научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По статистике, кровотечения из различных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают третье место среди наиболее частых хирургических патологий. Состояние опасно развитием быстрой кровопотери и анемии более чем в 80% случаев. При кровотечениях ЖКТ счет идет на минуты, а жизнь пациента напрямую зависит от возможностей клиники. Частота ЯГДК составляют 15-20% больных, с высокой общей (10,8-13,5%) и послеоперационной летальностью (14,7-19,3%) и не имеют тенденцию к снижению, а при выполнении «операции отчаяния», летальность достигает 30-40% и более. При этом, у лиц старше 60 лет послеоперационная летальность достигает 34-73%. Это связано разногласиями хирургов при определении хирургической тактики, упущениями в догоспитальном этапе в плане диагностики, предоперационной подготовки, а также выборе метода и объема операции, а также послеоперационного ведения больных. К тому же при ЯГДК, возрастным особенностям организма должного внимания не уделяется. Это ставит клинициста в затруднительное положение из-за невозможности однозначной трактовки полученных результатов. Между тем, без решения этих вопросов, рекомендации практической медицины в отношении выбора той или иной хирургической тактики являются не до конца обоснованными.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными продолжают оставаться исследования по оценке особенностей клинического течения язвенных гастродуоденальных кровотечений у пожилых больных с целью оптимизации хирургической тактики, изучается возможности интервенционной радиологии как альтернатива экстренной операции при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у пожилых, проводится исследование по определению оптимального времени и подходов к проведению эндоскопии у отдельных групп пожилых пациентов, а также по уточнению показаний к трансартериальной эмболизации (ТАЕ) кровоточащих сосудов как приоритетной опции, особенно у пациентов с высоким операционным риском.

В нашей стране современные направления развития системы здравоохранения включают меры, направленные на улучшение результатов лечения пожилых пациентов с гастродуоденальными язвами, осложнёнными кровотечением, за счёт внедрения современных принципов интенсивной терапии и хирургической тактики. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг¹. Реализация данных задач, в том числе улучшение результатов хирургического лечения желудочно-дуоденальных кровотечений у пожилых

¹Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов

пациентов, остаётся одной из актуальных проблем хирургической гастроэнтерологии.

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

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

Степень изученности проблемы. Хирургия второй половины 20 века ознаменовалась использованием новейших достижений и технологий для лечения ЯГДК. Внедрение в клиническую практику органосохраняющих операций, методов эндоскопического и эндоваскулярного гемостаза позволяет пересмотреть вопросы хирургической тактики у лиц пожилого возраста. В настоящее время главная задача состоит в улучшении результатов хирургического лечения ЯГДК, особенно среди лиц пожилого возраста. При этом, сопутствующие заболевания у 58-93,5% пациентов пожилого возраста значительно ухудшают результаты хирургического лечения². Сегодня, в начале XXI века мы вынуждены решать те же проблемы, что и наши предшественники. И данный факт является несколько не умаляет достигнутых хирургией вершин.

При повторной язвенной геморрагии, отсутствует единая трактовка патогенетических аспектов рецидива ГДЯК. Нерешенными остаются выбор оптимального метода эндоскопического гемостаза и своевременное определение показаний, а также сроков и метода оперативного вмешательства, которая дает возможность предотвращения рецидива кровотечения. Обнадеживающие данные о применении лечебной эндоскопии при ЯГДК, все чаще противопоставляется хирургическим методам лечения. Среди ЯГДК до 40% занимают лица пожилого и старческого возраста. Из них до 20% больных поступает позже 24 ч от начала заболевания, что существенно отягощает течение заболевания³. Требуют уточнения изменения, происходящие в системе гемостаза при ЯГДК. Выбор оптимальной тактики может быть

² Jimenez Rosales R., Martinez-Cara J.G. et al. Analysis of Rebleeding in cases of an upper gastrointestinal bleed in a single center series. Rev Esp. Enferm Dig. 2018;111(3):189–192.

³ Ивашкин В.Т., Масв И.В., Царьков П.В. и соавт. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2024; 34 (2): 101 - 131.

облегчен путем разработки общедоступных прогностических критериев с учетом риска возникновения рецидива кровотечения из язвы.

Современные методы лечения (эндоскопический гемостаз, фармакотерапия, восполнение кровопотери) позволяют добиться первичного гемостаза. Однако в 10-35% случаев возникает рецидив кровотечения. Оперативные вмешательства при рецидивах влечёт за собой высокий уровень летальности, достигающий 35-75%⁴. Достоверный прогноз возможности развития рецидива кровотечения позволяет избежать неоправданного выжидания и необоснованного оперативного вмешательства. Прогнозирование рецидива кровотечения только по эндоскопическим признакам, может превышать 70%. Создание и внедрение в практику систем и шкал для прогнозирования рецидива кровотечения, зачастую невозможно применить в клинической практике в связи с необходимостью выполнения трудоемких математических расчетов и специального компьютерного обеспечения.

В настоящий период для воздействия на источник кровотечения применяются различные методы, отличающиеся по своим физическим свойствам и механизмам действия: термические (электрокоагуляция, аргонплазменная коагуляция, лазерная фотокоагуляция т.д.); инъекционные (адреналин спирт, склерозанты); клеевые покрытия (цианакрилаты, тромбин, фибриновый клей) и механические (клипирование, лигирование)⁵. По данным Ian M. и соавт., эндоскопические вмешательства способствовали снижению риска повторного кровотечения по сравнению с фармакотерапией⁶. В обзоре Fujishiro M. и соавт. приведена эффективность различных эндоскопических методов гемостаза. Так, в рандомизированных исследованиях начальные показатели гемостаза в среднем составляли около 90% с частотой рецидива кровотечения 2-10%. По результатам исследования авторы рекомендуют комбинированное применение различных методик, например, инъекционных и механических⁷. Другим вариантом эндогемостаза является применение различных гемостатических порошков и полимерных клеевых субстанций, использование которых характеризуется технической простотой и безопасностью⁸. Однако, по данным Vitali F. с соавт. их изолированное применение при ЯБ обеспечило первичный гемостаз только в 80% случаев, при этом к 30 суткам наблюдения частота рецидива кровотечения составила

⁴ Исмаилов Б.А., Садыков Р.А., Палымбетова Д.Н. Доставочное устройство для применения гемостатического покрытия Гепроцел в малоинвазивной хирургии // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд - 2018. - №4 (104) – С. 160 – 163.

⁵ Mackiewicz- Pracka A., Nehring P., Przybyłkowski A. Emergency Endoscopic Interventions in Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: A Cohort Study. *Diagnostics* (Basel). -2023 Dec 1;13(23):3584.

⁶ Ian M. Gralnek, Adrian J. Stanley 3.A. et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021, *Endoscopy* -2021; 53: 300–332.

⁷ Fujishiro M., Iguchi M., Kakushima N. Et al. Guidelines for endoscopic management of non- variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Endosc.* 2016;28(4):363-378.

⁸ Park J.C., Kim Y.J., Kim E.H. Et al. Effectiveness of the polysaccharide hemostatic powder in non-variceal upper gastrointestinal bleeding: Using propensity score matching. *J Gastroenterol Hepatol.* 2018; 33:1500–1506.

34%⁹. Такой большой арсенал различных способов остановки кровотечения и в ряде случаев их невысокая результативность свидетельствуют о необходимости продолжения исследований в плане повышения эффективности эндоскопических методик. Таким образом, ЯГДК в пожилом возрасте, является актуальной и до конца нерешенной проблемой.

Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Андижанского государственного медицинского института по проекту «Разработка передовых технологий в диагностике, лечении и профилактике хирургических заболеваний человека» (2022-2024 гг.).

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения ЯГДК у пожилых путем определения особенностей клинического течения и оптимизации хирургической тактики.

Задачи исследования:

исследовать некоторые типологические особенности течения ЯГДК у пожилых по сравнению с средней возрастной группой;

определить структуру, частоту, характер осложнений и летальности при активно-выжидательной тактике с традиционными подходами к лечению;

установить особенности свертывающей и антисвертывающей системы крови и разработать модифицированный способ иссечения кровоточащей язвы желудка, сопровождающейся пенетрацией в окружающие органы при ЯГДК у пожилых;

внедрить усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм, основанный на активно-индивидуализированной хирургической тактике с учетом типов язв («старые» или «старческие») при ЯГДК у пожилых;

провести сравнительную оценку ближайших результатов в сравниваемых группах при традиционном подходе и оптимизированной хирургической тактике.

Объектом исследования явились 92 больных, которые за период с 2019 по 2023 гг. в хирургическом отделении Клиники Андижанского медицинского института и Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи были выполнены различные оперативные вмешательства по поводу ЯГДК у лиц пожилого возраста.

Предметом исследования составляет оценка эффективности оптимизированной хирургической тактики, выстроенной с учетом особенностей типологических особенностей, гемопоза, модификации способа иссечения кровоточащей язвы желудка в сочетании с пенетрацией в окружающие органы и усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения

⁹ Vitali F., Naegel A., Atreya R. Et al. Comparison of Hemospray® and Endoclot™ for the treatment of gastrointestinal bleeding. World J Gastroenterol. 2019;25(13):1592-1602.

поставленных задач использовались общеклинические, лабораторные, инструментальные, специальные и статистические методы исследования.

Научная новизна исследований заключается в следующем:

установлены некоторые типологические особенности течения ЯГДК, в частности: существенно увеличивается частота кровотечений из язв желудка на 32,4%, «немое» течение учащается на 22,5%; обращение за госпитализацией в первые 12 часов на 26,5%, геморрагический шок на 37,9%, частота больших язв 14,9%, язвы с плотными краями и дном на 49,9%, продолжающееся кровотечение по Ф-1 на 19,6%, терапевтическая патология на 10,5% и сочетанная хирургическая патология на 5,8%;

определено, что активно-выжидательная тактика, с традиционными подходами при ЯГДК у пожилых, не позволяет достичь желаемых результатов и сопровождается относительно высокой частотой ятрогенных повреждений и кровотечений, а также осложнениями, связанные с оперативным вмешательством, гнойно-септическими раневыми осложнениями, осложнениями общего характера и летальностью;

разработан метод иссечения язвы, пенетрировавшей в поджелудочную железу при продолжающемся желудочном кровотечении, который выполняется через гастротомный доступ и характеризуется иссечением краёв язвы на уровне здоровых тканей с ориентировкой по направлению мышечных волокон, при этом дно язвы сохраняется;

обоснована эффективность активной индивидуализированной хирургической тактики за счёт внедрения усовершенствованного диагностическо-лечебного алгоритма, разработанного с учётом состояния системы гемостаза (свертывающей и противосвертывающей систем крови), а также характера язвенного дефекта («старая» или «старческая»).

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

определены некоторые типологические особенности течения, а также влияние состояния свертывающей и антисвертывающей системы крови при ЯГДК в пожилом возрасте;

разработан модифицированный способ иссечения кровоточащей язвы желудка в сочетании с пенетрацией в окружающие органы, позволяющий снизить травматичность операции, устранить патологический очаг, предупредить развитие послеоперационного панкреатита и повысить эффективность оперативного вмешательства;

разработан усовершенствованный диагностическо-лечебный алгоритм при гастродуоденальных язвенных кровотечениях у пациентов пожилого возраста;

клинически обосновано, что оптимизированная хирургическая тактика позволяет избежать ятрогенных повреждений поджелудочной железы и приводит к снижению частоты рецидивов кровотечения на 11,3%, специфических осложнений - на 10,3%, язвенных осложнений - на 7,4%, общих осложнений - на 6,0%, а летальности - на 5,5%.

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

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования заключается в том, что полученные выводы и данные рекомендации имеют теоретическую ценность, поскольку внесли важный вклад в расширение существующих знаний об отдельных типологических особенностях гастродуоденальных язвенных кровотечений у пациентов пожилого возраста, а также о клинической эффективности активной выжидательной тактики при использовании традиционных подходов.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что на их основе разработан модифицированный метод иссечения кровоточащей желудочной язвы с пенетрацией в окружающие органы у пациентов пожилого возраста, а также создан усовершенствованный диагностическо-лечебный алгоритм. Клинически обосновано, что оптимизированная хирургическая тактика предотвращает ятрогенные повреждения поджелудочной железы, уменьшает частоту рецидивов кровотечения на 11,3%, специфических осложнений - на 10,3%, язвенных осложнений - на 7,4%, общих осложнений - на 6,0% и снижает летальность на 5,5%.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению результатов хирургического лечения ЯГДК у пожилых больных:

разработан «Способ иссечения кровоточащей язвы желудка, осложненной пенетрацией в поджелудочную железу» (патент на изобретение Республики Узбекистан №IAP 7795 от 14 августа 2024 года). Предложенный способ позволяет избежать травмы поджелудочной железы (вследствие экстрагастрации), с развитием послеоперационного панкреонекроза с летальным исходом;

разработаны методические рекомендации «Особенности клинического течения и оптимизация хирургической тактики язвенных гастродуоденальных кровотечений у пожилых» (заключения Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №14/04 от 20.03.2025 года). Предложенные рекомендации позволили оптимизировать тактико-технические аспекты хирургического лечения и, как следствие, снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у гериатрических больных.

полученные научные результаты внедрены в практическую деятельность отделений хирургии Андижанского, Наманганского и Ферганского филиалов РНЦЭМП (заключения Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №14/04 от 25.03.2025 года). Внедрение результатов исследований позволили исключить ятрогенные

повреждения, снизить частоту кровотечений с 13,7 до 2,4%, специфические осложнения – с 17,6 до 7,3%, раневые осложнения – с 9,8 до 2,4%, общего характера – с 15,7 до 9,7% и летальность – с 7,8 до 2,4%.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 5 научно-практических конференциях в том числе на 3 международных и 2 республиканских.

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

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

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

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

В первой главе диссертации «**Современные тенденции и проблемы в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений в пожилом возрасте**» представлен обзор литературы, где рассмотрены структура, частота и этиопатогенез язвенных гастродуоденальных кровотечений, прогнозирование рецидива кровотечения и современное состояние вопросов хирургического лечения ЯГДК в пожилом возрасте, а также состояние свёртывающей и противосвёртывающей системы крови при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Отмечено, что несмотря на широкое освещение данной проблемы не до конца исследованы некоторые «типологические» особенности при хронических («старых») и острых («старческих») язвах на фоне ЯГДК. Имеется настоятельная необходимость исследования состояния свёртывающей и антисвёртывающей системы крови, которая позволит прогнозировать степень риска рецидива геморрагии. Дальнейшее совершенствование алгоритма действий, с учетом особенностей типологии язв, а также технических приемов операции, могут позволить оптимизировать хирургическую тактику и улучшить результаты хирургического лечения. Все это послужило поводом для настоящего научного исследования.

Во второй главе диссертации «**Клиническая характеристика и методы исследования**» даны сведения по основным направлениям исследования, где основу диссертационной работы составили анализа результатов хирургического лечения 326 пациентов, находившихся на стационарном лечении в 3-хирургической Клиники АндГосМИ и в Андижанском филиале

Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период с 2019 по 2023 гг. Предметом нашего исследования, явились лишь пациенты с ЯГДК, поступившие в экстренном порядке. Распределение по возрасту было произведено в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2020 г). При этом, пациенты разделены на две группы: контрольная группа (234 больных-2019-2021гг), в возрасте до 60 лет (средний возраст составил - $35,3 \pm 0,5$), которые составили первую группу; исследуемая группа (92 больных-2022-2023гг), в пожилом возрасте (средний возраст составил - $67,2 \pm 0,5$), которые составили вторую группу.

Распределение больных контрольной и исследуемой групп по полу, возрасту и частоте ЯБЖ и ДПК представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу, возрасту и частоте ЯБЖ и ДПК

Пол, возраст и частота	Г Р У П П Ы				t-	
	контрольная (n=234)		исследуемая (n=92)			
	абс	%	Абс	%	абс	%
Средний возраст	35,3±0,5		67,2±0,5		←↑↑1,9%	
Мужчины	183	78,2	56	60,9	←↓↓↓↓3,3%	←↓1,3%
Женщины	51	21,8	36	39,1	←↓1,4%	←↑↑1,8%
ЯЖ	13	5,6	35	38,0	←↑↑↑2,7%	←↑↑↑↑6,8%
ДЯ	221	94,4	57	62,0	←↓↓↓↓3,9%	←↓↓↓1,5%

Примечание: \leftarrow - отношение к предыдущему столбцу, \uparrow - увеличение, \downarrow - уменьшение.

$\downarrow \downarrow$ - $p < 0,05$, $\uparrow \uparrow$ - $p < 0,05$, $\uparrow \uparrow \uparrow$ - $p < 0,01$, $\uparrow \uparrow \uparrow \uparrow$ - $p < 0,001$, $\downarrow \downarrow \downarrow \downarrow$ - $p < 0,001$

Как видно из таблицы 1., исследованием особенностей течения ЯГДК у больных пожилого и старческого возраста (n=92), путем сравнительной оценки с лицами среднего возраста (n=234), нами установлено, путем сравнительной оценки с лицами среднего возраста (n=234), нами установлено, что в контрольной группе (средний возраст) соотношение мужчин к женщинам составило 3,6:1, тогда как в исследуемой группе (пожилые) составило 1,5:1.

В контрольной группе ЯГДК из ЯЖ по отношению к ДЯ соотношение составило 1:17, тогда как в исследуемой группе – 1:1,6. Проведенный сравнительный анализ в контрольной группе показал, статистически достоверную высокую частоту заболеваемости мужчин по отношению к женщинам - в 3,3% ($p < 0,001$). В группах между женщинами в пожилом возрасте частота заболеваемости было на 1,8% больше ($p < 0,05$). Обследование показало, что частота возникновения язв желудка у пациентов пожилого возраста по сравнению с контрольной группой имеет 2,7-кратное увеличение частоты ($p < 0,001$) частоты, в то время как при ДЯ, наоборот, снизились на 2,7% ($p < 0,001$).

Таблица 2

Распределение больных ЯГДК в зависимости от локализации и диаметра
язв

Локализация язвы	Г Р У П П Ы				t-	
	Контроль. (n=234)		Исслед. (n=92)			
	абс	%	абс	%	абс	%
Язвы желудка						
желудка и субкардиальной части	2	0,9	3	3,3	←↑↑1,5	←↑↑↑↑3,7
желудка и малой кривизны	3	1,3	14	15,2	←↑↑↑↑4,7	←↑↑↑↑11,7
препилорической части желудка	8	3,4	18	19,6	←↑↑2,3	←↑↑↑↑5,8
Всего	13	5,6	35	38,0	←↑↑↑2,7	←↑↑↑↑6,8
Язвы двенадцатиперстной кишки						
передней стенки	50	21,4	11	12,0	←↓↓↓↓4,5	←↓↓1,8
задней стенки	69	29,5	15	16,3	←↓↓↓↓4,6	←↓↓1,8
боковой стенок	62	26,5	13	14,1	←↓↓↓↓4,8	←↓↓1,9
«зеркальные»	18	7,7	8	8,7	←↓↓2,3%	←↑1,3
постбульбарные	22	9,4	10	10,9	←↓↓2,2%	←↑1,2
Всего	221	94,4	57	62,0	←↓↓↓↓3,9	←↓↓1,5

Примечание: ← - отношение к предыдущему столбцу, ↑ - увеличение, ↓ - уменьшение.
↓↓ - p<0,05, ↑↑ - p<0,05, ↑↑↑ - p<0,01, ↑↑↑↑ - p<0,001, ↓↓↓↓ - p<0,001

Как видно из таблицы 2., по сравнению с контрольной группой (средний возраст), в пожилом возрасте существенно увеличивается частота язвенных кровотечений из желудочной локализации язв (средний возраст-5,6% и пожилые - 38,0%), а из ДЯ, наоборот, уменьшается (средний возраст – 94,4% и пожилые – 62,0%), которые обусловлены частым приемом лекарственных средств. Данное положение учитывалось при определении хирургической тактики в основной группе больных.

При статистическом анализе по локализации язв желудка в исследуемой группе (пожилые) по сравнению с контрольной группой (средний возраст) язвы субкардиальной области было на 3,7% чаще (p<0,001), по локализации язвы в желудке и малой кривизне - на 11,7% (p<0,001), локализации язвы в препилорической части - на 5,8% (p<0,001). Что касается локализации язвы желудка в целом, то в исследуемой группе было диагностировано на 6,8% больше (p<0,001) по сравнению с контрольной группой.

При статистическом анализе по локализации язв в ДПК в исследуемой группе по сравнению с контрольной, локализации язв передней стенки ДПК отмечено на 1,8% реже (p<0,05), язвы задней стенки - реже на 1,8% (p<0,05), язвы боковой стенки - реже на 1,9 % (p<0,05), «зеркальные» язвы – реже на 1,3% (p<0,05), постбульбарные – реже на 1,2% (p<0,05). По сравнению с контрольной

группой в целом по локализации язвы ДПК, в исследуемой группе наблюдалось достоверное реже - на 1,5% ($p<0,05$).

Для определения некоторых типологических особенностей ЯГДК, в сравнительном аспекте исследована длительность язвенного анамнеза и наличие эпизодов кровотечения в анамнезе, что представлено в таблице 2.3.

Сравнительный анализ особенности длительности язвенного анамнеза, показал, что в контрольной группе (средний возраст) «немое» течение установлено лишь у 34 (14,5%), а длительность заболевания до года и до 5 лет, в целом составили 137 (58,5%), тогда как в основной группе (пожилые) «немое» течение установлено в 34 (36,9%), а длительность заболевания до года и до 5 лет, в целом составили 38 (41,3%).

В контрольной группе (средний возраст) длительность кровотечения к моменту поступления в стационар до 6 часов составило у 38 (16,2%) больных, 6-12 часов – у 50 (21,4%), 12-24 часов – у 57 (24,4%) и более 24 часов - у 89 (38,0%) больных. Полученные данные свидетельствуют, что в среднем возрасте, у больных компенсаторные возможности организма позволяют находиться в относительно благоприятном состоянии, о чем свидетельствовали позднее поступление в стационар.

При статистическом анализе установлено, что в исследуемой группе по сравнению с контрольной «немые» язвы отмечены на 2,6% ($p<0,01$), до 1 года на 2,1% ($p<0,05$), до 1-5 лет на 2,1% ($p<0,05$), до 6-10 лет на 1,3% и более 10 лет на 1,2% отмечается значительно реже. В контрольной группе кровотечение в анамнезе не отмечено у 67,1% пациентов, тогда как в исследуемой - у 57,6%, т.е. отмечена реже в исследуемой группе на 1,2%, в исследуемой группе кровотечение в анамнезе 1-2 раза было чаще на 1,5% ($p<0,05$), в то время как кровотечение в анамнезе 3 и более раза в исследуемой группе отмечено реже на 1,6% ($p<0,05$).

Больные с ЯГДК в пожилом возрасте в 59 (66,1%) случаев поступали в стационар в первые 12 часов от начала кровотечения, что является одним из косвенных признаков более высокой чувствительности к кровопотере. В контрольной группе (средний возраст) признаки геморрагического шока отмечены в 41 (17,5%) случае с ЯГДК, тогда как в группе больных пожилого возраста – в 51 (55,4%) случаев.

Длительность язвенного кровотечения до 6 часов наблюдалось в исследуемой группе отмечено на 1,4% чаще, в течении 6-12 часов - на 1,9% ($p<0,05$), в течении 12-24 часов - на 1,2% и в течение 24 часов - на 2,5% чаще ($p<0,01$). В исследуемой группе (пожилые) по сравнению с контрольной (средний возраст) признаки геморрагического шока отмечены чаще на 3,2% ($p<0,001$), а без признаков геморрагического шока, наоборот, реже на 1,8% ($p<0,05$). В контрольной группе (средний возраст) основной контингент составили пациенты с легкой и средней степени тяжести кровопотери (78,2%), тогда как в пожилом – в 54 (58,7%), а тяжелая и крайне тяжелая степени кровопотери в среднем возрасте отмечены в 28 (12,0%) и 23 (9,8%) случаев, соответственно, тогда как у пожилых - диагностируются почти в 2 раза чаще –

23 (25,5%) и 15 (16,3%), соответственно.

В исследуемой группе по сравнению с контрольной при легкой степени кровотечения отмечено достоверное снижение частота на 2% ($p<0,05$) и 1,2% при средней степени тяжести, но надежное увеличение на 2,1% ($p<0,05$) при тяжелой степени и на 1,7% ($p<0,05$) при крайне тяжелой степени.

Дальнейший сравнительный анализ показал, что в контрольной группе (средний возраст) наиболее часто отмечались язвы диаметром 5-20 мм – 203 (86,8%), большие и гигантские язвы при ЯГДК у больных среднего возраста, в целом, диагностировано в 31 (13,3%) случае, тогда как в пожилом возрасте – в 26 (28,2%) случаев, что более чем в 2 раза превышал аналогичный показатель по сравнению с контрольной группой. Также в контрольной группе (средний возраст) в 216 (92,3%) случаев установлены язвы с мягкими краями и лишь в 18 (7,7%) случаев – с плотными краями, тогда как в группе больных пожилого возраста в 53 (57,6%) случаев установлены язвы с плотными краями и в 39 (42,4%) случаев – язвы с мягкими краями, что было вызвано приемом лекарственных средств. Это подтверждает, что в пожилом возрасте возникновение ЯГДК нередко обусловлено приемом лекарственных препаратов, что необходимо учитывать при определении хирургической тактики. В исследуемой группе (пожилые) по сравнению с контрольной (средний возраст) язвы диаметром до 5 мм отмечены чаще в исследуемой группе в 1%, при язвах 21-30 мм чаще в 2,5% ($p<0,01$), при размере 31 мм и более – чаще в 1,8% ($p<0,05$). По сравнению с контрольной группой при размере язв 6-10 мм в исследуемой группе отмечено 1,1% реже и при язвах 11-20 мм в диаметре – реже в 1,3%. Установлено, что в исследуемой группе (пожилые) с мягкими краями и дном по сравнению с контрольной группой (средний возраст) отмечены на 5,5% чаще ($p<0,001$), в то время как язвы с плотными краями и дном – реже на 1,6% ($p<0,05$).

Для определения некоторых типологических особенностей ЯГДК, в сравнительном аспекте также исследованы эндоскопическая картина согласно классификации Форрест, что представлено в таблице 3.

Таблица 3

Распределение по эндоскопической классификации

Градации по Форрест	Г Р У П П Ы				t-	
	Контрольная (n=234)		исследуемая (n=92)			
	абс	%	Абс	%	абс	%
Ф I а	23	9,8	15	16,3	←↓↓1,5	←↑↑1,7
Ф I б	16	6,8	14	15,2	←↓1,1	←↑↑2,2
Ф I с	12	5,1	9	9,8	←↓1,3	←↑↑1,9
Ф II а	77	32,9	28	30,4	←↓↓↓2,8	←↓1,1
Ф II б	43	18,4	10	10,9	←↓↓↓↓4,3	←↓↓1,7
Ф II с	21	9,0	7	7,6	←↓↓↓↓3	←↓1,2
Ф III	42	17,9	9	9,8	←↓↓↓↓4,7	←↓↓1,8
Всего	234	100	92	100	—	—

Примечание: ← - отношение к предыдущему столбцу, ↑ - увеличение, ↓ - уменьшение.

Как видно, продолжающееся кровотечение (Ф-И) выявлено у 51 (21,7%) больных контрольной группы (средний возраст) и у 38 (41,3%) в основной группе (у пожилых). У 141 (60,2%) больных контрольной группы (средний возраст) и у 45 (48,9%) исследуемой группы (пожилые) установили субстрат кровотечения с признаками неустойчивого гемостаза (Ф-П). У 42 (18,0%) и 9 (9,8%) пациентов кровотечение было анамнестическим (Ф-Ш), и соответственно им эндоскопический гемостаз не производился.

Всего выявлено 188 сопутствующих терапевтических заболеваний. Из 188 больных с ЯГДК 124 (53,0%) больных контрольной группы (средний возраст) и 64 (69,6%) больных исследуемой группы (пожилые) поступили в приёмное отделение центра с диагнозом желудочно-кишечное кровотечение, из них 57 (24,3%) больных контрольной группы и 32 (34,8%) из основной группы, с этим же диагнозом и наличием у них целого ряда тяжёлых сопутствующих заболеваний, главным образом, сердечно-сосудистой системы. При эндоскопическом исследовании было отмечено достоверное увеличение в исследуемой группе на 1,7% ($p<0,05$) по сравнению с контрольной группой по Ф-Иа, на 2,2% ($p<0,05$) по Ф-Иб и на 1,9% ($p<0,05$) по Ф-Ис. В исследуемой группе кровотечение по Ф-ПА по сравнению с контрольной отмечено на 1,1% реже в группе по Ф-ПБ на 1,7% ($p<0,05$), по Ф-ПС на 1,2% и по Ф-Ш на 1,8% ($p<0,05$).

Наиболее часто в сравниваемых группах отмечались заболевания органов сердечно-сосудистой системы 81 (34,6%) и 47 (51,1%), соответственно. Сравнительный анализ показал, что в группе больных пожилого возраста статистически достоверно увеличивается частота заболеваний сердечно-сосудистой системы, что усугубляло состояние больных и оказывало влияние на исходы лечения. Данное положение учитывалось при определении хирургической тактики в группе больных с ЯГДК в пожилом возрасте.

В исследуемой группе по сравнению с контрольной частота ИБС отмечено чаще на 1,3%, по ГБ - на 1,7% ($p<0,05$), стенокардия на 1,6% ($p<0,05$), по недавнему коронарокардиосклерозу от инфаркта - на 1,5% ($p<0,05$), по недавней энцефалопатии от ОНМК - на 1,3% чаще. В исследуемой группе по сравнению с контрольной группой по СД, количество пациентов было реже на 1%, по ХОБЛ - на 1,2%, по циррозу печени - на 1,5%, по ХПН - на 1,5% ($p<0,05$) реже. В контрольной группе (234 больных) сочетанная хирургическая патология отмечена в 22 (9,4%) случаях. В исследуемой группе (92 больных) сочетанная хирургическая патология диагностирована в 14 (15,2%) случаях. Хирургическая тактика в исследуемой группе проводилась с учетом установленных типологических особенностей ЯГДК, а также характера сочетанной хирургической патологии, что явилось предметом обсуждения в следующей главе нашей работы. В исследуемой группе по сравнению с контрольной среди сочетанной хирургической патологии по калькулезному холециститу отмечено на 2,1% чаще ($p<0,05$), по безкаменному холециститу - на 1,7% ($p<0,05$), по печеночному эхинококкозу - на 1,3% и по абдоминальной грыже - на 1,6% ($p<0,05$).

Исследование больных ЯГДК проводилось согласно стандартам, утвержденные МЗ РУз.

Таким образом, у пожилых установлены некоторые типологические особенности течения ЯГДК, в частности: существенно увеличивается частота кровотечений из язв желудка – с 5,6 до 38,0%, из ДЯ, наоборот уменьшается – с 94,4 до 62,0%, «немое» течение учащается – с 14,5 до 37,0%; обращение за госпитализацией в первые 12 часов от начала кровотечения – с 37,6 до 64,1%, явления геморрагического шока – с 17,5 до 55,4%, частота больших и гигантских язв – с 13,3 до 28,2%, язвы с плотными краями и дном – с 7,7 до 57,6%, продолжающееся кровотечение по Ф-1 – с 21,7 до 41,3%, сопутствующая терапевтическая патология – с 24,3 до 34,8% и сочетанная хирургическая патология – с 9,4 до 15,2%.

В третьей главе диссертации **«Особенности типологии и хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у пожилых в группе сравнения»** рассмотрены характер и анализ типологических особенностей ЯГДК в сравниваемых группах. В группу сравнения включены – 51 (55,4%) больных, с активным язвенным кровотечением, которым выполнялись стандартные методики гемостаза. При верификации остановившегося кровотечения мероприятия эндоскопия ограничивалась последующими стандартными ведением пациентов.

Характер и анализ типологических особенностей ЯГДК в группе сравнения. Исследованием особенностей течения ЯГДК у больных пожилого и старческого возраста, установлено, что в группе сравнения мужчины с хроническим язвами составили 24 (47,1%), а с острыми язвами - 8 (15,7%), женщины – 9 (17,6%) и 10 (19,6%). При этом необходимо отметить увеличение желудочной (23,5%) локализации «старческих» язв, по сравнению с больными со «старыми» язвами (11,8%).

Следует отметить, что рецидивные ЯГДК из ЯЖ при «старых» язвах диагностированы лишь в 6 (11,7%) случаев, а ЯГДК из ДЯ – в 28 (54,9%). Рецидивные ЯГДК из ЯЖ при «старческой» язве диагностированы у 12 (23,5%), тогда как из ДЯ в этом возрасте диагностированы лишь у 5 (9,8%).

Анализ длительности язвенного анамнеза, показал, что в группе сравнения «немое» течение установлено лишь у 18 (35,3%), а длительность заболевания до года и от 1 года до 5 лет, в целом составили 10 (19,6%), а длительность до года и от 1 года до 5 лет, в целом составили 13 (25,5%). При этом, течение язвенной болезни при «старых» язвах и «старческих» язвах существенно отличалась, с увеличением «немое» течения - у 14 (27,5%) при «старческих» язвах по сравнению с больными со «старыми» язвами – 4 (7,8%). Также отмечается относительно короткий период течения и возникновения кровотечения у больных со «старческими» язвами до 1 года – 11,8% (6 из 10), течение болезни и до 5 лет лишь у 2,0% (1 из 13) больных. Также в группе сравнения кровотечение в анамнезе ранее не имелось у 32 (62,8%), 1-2 раза - у 17 (33,3%) и 3 и более раза – у 2 (3,9%) больных.

В группе сравнения длительность кровотечения к моменту поступления в стационар до 6 часов составило у 11 (21,6%) больных, 6-12 часов – у 21 (41,2%), 12-24 часов – у 10 (19,6%) и более 24 часов – у 9 (17,6%) больных. Признаки геморрагического шока отмечены в 18 (35,3%) случаев у больных с хроническими язвами, тогда как у больных со «старческими» язвами – в 12 (23,5%) случаев.

Полученные данные свидетельствуют, что в пожилом возрасте, у больных компенсаторные возможности организма находятся в относительно плохом состоянии, о чем свидетельствовали увеличение больных с поступлением в стационар до 6-12 часов – 21 (41,2%), что является одним из признаков более высокой чувствительности к кровопотере.

Основной контингент составили пациенты со средней степенью тяжести кровопотери – 27 (53,0%), тогда как тяжелая и крайне тяжелая степени кровопотери отмечены в 12 (23,5%) и 7 (13,7%) случаев. При этом, в пожилом возрасте при «старых» язвах легкая и средней степени тяжести кровопотеря наблюдается в 18 (35,3%) случаев, тогда как тяжелая и крайне тяжелая степени кровопотери диагностируются – 13 (25,4) случаев, при «старческих» язвах легкая и средней степени тяжести кровопотеря наблюдается в 14 (27,5%), тяжелая и крайне тяжелая степени кровопотери диагностируются – 6 (11,8) случаев. Данное обстоятельство необходимо учитывать при определении хирургической тактики.

В группе сравнения наиболее часто отмечались язвы диаметром 5-20 мм – 36 (70,6%), большие (21-30 мм) и гигантские (31 мм и более) язвы при ЯГДК у больных пожилого возраста, в целом, диагностировано в 15 (29,4%) случаев. При этом при «старых» язвах диаметр язвы 5-20 мм был в большем количестве – 21 (41,2%), чем при «старческих» язвах – 15 (29,4%), а большие и гигантские 14 (27,5%), тогда как при «старческих» язвах – 6 (11,8%).

В 28 (54,9%) случаев установлены язвы с плотными («каллезными») краями, в 23 (45,1%) случаев диагностированы язвы с мягкими краями, что свидетельствовало о длительно текущем хроническом язвенном процессе, что необходимо учитывать при определении хирургической тактики. Всего выявлено 26 сопутствующих терапевтических заболеваний. Из 26 больных с ЯГДК 10 (19,6%) больных поступили в приемное отделение центра с диагнозом желудочно-кишечное кровотечение, из них 16 (31,4%) больных группы сравнения, с этим же диагнозом с сопутствующими заболеваниями, главным образом, сердечно-сосудистой системы.

У всех больных имелось сочетание нескольких (от 2 до 5) заболеваний. Анализ показал, что в группе больных пожилого возраста статистически достоверно увеличивается частота заболеваний сердечно-сосудистой системы, что усугубляло состояние больных и оказывало влияние на исходы лечения. При этом у больных с «старыми» язвами сердечно-сосудистые заболевания диагностированы в 12 (23,5%) случаев, а больных со «старческими» язвами в 4 (7,8%) случаев. У больных «старческими» язвами преобладали другие соматические патологии – 6 (11,8%), которые усугубляли течение заболевания

и оказания помощи. Сочетанная хирургическая патология отмечена в 7 (13,7%) случаев.

Характер и анализ хирургической тактики в группе сравнения

В группе сравнения (51 больной пожилого возраста) при кровотечении, на фоне легкой (5), средней (27) и тяжелой (12) степени и крайне тяжелой (7) тяжести кровотечения произведено 23 (45,1%) операций (ЯЖК-18; ЯДК-33). Следует отметить, что в рамках активно-выжидательной тактики при в 16 (31,4%) случаев проведена традиционная гемостатическая и противоязвенная терапия, в 12 (23,5%) случаях выполнен эндоскопический гемостаз.

Таблица 4

Характер гемостаза и операций в группе сравнения

Характер гемостаза /операции	Общее количество	
	абс	%
Консервативный метод гемостаза	17	33,3
Эндоскопический гемостаз	19	37,3
Прошивание	7	13,7
Иссечение	3	5,9
РЖ по Б-I	3	5,9
РЖ по Б-II	2	3,9
Всего	51	100

Как видно из таблицы 4, в группе сравнения, придерживаясь активно-выжидательной тактики больным пожилого и старческого возраста консервативный метод гемостаза проведен 17 (33,3%) больным, ЭГ - 19 (37,3%) и оперативные вмешательства 15 (29,4%) больным. При безуспешности традиционных консервативных мероприятий, проведены паллиативные операции в виде прошивания кровоточащего сосуда на дне язвы в 7 (13,7%) и иссечения кровоточащих язв желудка и ДПК – в 3 (5,9%), а также радикальные операции, в виде РЖ в 5 (9,8%) случаев (РЖ по Б-I– 3; РЖ по Б- II – 2).

При анализе результатов лечения ЯГДК у больных группы сравнения, нами получены неутешительные результаты. Главной причиной неудач является рецидив кровотечения в ранние сроки пребывания больного в стационаре, в связи с невозможностью в рамках активно-выжидательного подхода решить эту проблему. Решение данной проблемы, можно достичь активной индивидуализированной тактикой лечения с учетом типологических особенностей язвы и свертывающей и противосвертывающей система крови, особенно у пожилых. Несомненно, выделятся группа пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, срочное хирургическое вмешательство у которых, тем не менее, будет неприемлемо в связи с крайне высоким риском оперативного вмешательства.

Таким образом, придерживаясь активно-выжидательной тактики, с традиционными подходами при ЯГДК у пожилых, консервативная терапия проведена – 33,3%, ЭГ – в 37,3% и оперативное лечение – в 29,4% случаев (преимущественно прошивание кровоточащего сосуда на дне язвы – 13,7%).

Подводя краткий итог еще раз подчеркнем, что решение данной проблемы, можно достичь активной индивидуализированной тактикой с учетом типологических особенностей течения ЯГДК у пожилых, в т.ч. типов язв («старые» или «старческие»), свертывающей и противосвертывающей система крови, а также разработки модифицированного способа операции и внедрения усовершенствованного лечебно-диагностированного алгоритма.

В четвертой главе диссертации **«Особенности типологии и хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у пожилых в основной группе»** рассмотрены:

Способ иссечения кровоточащей язвы желудка, осложненной пенетрацией в поджелудочную железу (IAP 20240286 от 16.05.2024). В повседневной практике применение органосохраняющих операций особенно оправдано в неотложной хирургии у лиц пожилого и старческого возраста, при осложненных формах язвенной болезни в сочетании с тяжелой сопутствующей соматической патологией в стадии субкомпенсации и декомпенсации. У таких пациентов важно, чтобы объем оперативного вмешательства не превысил физиологические возможности организма. Для лечения чаще применяют щадящие операции: иссечение язв, методики пластического закрытия дефекта слизистой биологическими тканями, различные варианты гастрорэнтероанастомозов, и другие.

Задача изобретения: разработать органосохраняющую технологию прецизионного иссечения кровоточащей язвы желудка, сопровождающуюся пенетрацией в поджелудочную железу, которая позволяет упростить технику операции и предупредить травму поджелудочной железы с развитием послеоперационного панкреонекроза; обеспечить надежный гемостаз; удалить края язвы (пораженные края слоев ткани желудка) до его дна, как источник возможного рецидивного кровотечения; сохранить все отделы желудка и его иннервацию; добиться оптимального пластического восстановления желудочной стенки и, следовательно, естественной формы и функции желудка.

Поставленная задача решена тем, что в проекции кровоточащей язвы желудка, сопровождающейся пенетрацией в поджелудочную железу, вскрывают просвет желудка гастротомией длиной до 5 см. Прецизионно, двумя окаймляющими разрезами с учетом направления мышечных волокон, включающими слизисто-мышечный слой иссекают края кровоточащей язвы в пределах здоровых тканей до его дна. Дно язвы, которая проникает и находится в толще ткани поджелудочной железы оставляют интактной (так как именно стремление его удаления приводит к развитию панкреонекроза с летальным исходом), которую обрабатывают спиртом и электрокаутером.

Проводится установка и контроль назогастродуоденального зонда для санации желудка, и края дефекта желудка восстанавливаются узловыми однорядными швами на атравматической игле, чем достигается экстрагастрация дна язвы (дно язвы оказывается за пределами пищеварительной трубки, тем самым устраняется патологический субстрат т.е. дно язвы) и исключается травма поджелудочной железы с развитием

послеоперационного панкреонекроза. Контроль гемостаза. Ушивается гастротомическое отверстие по общепринятой методике.

Форма желудка восстанавливается без видимой деформации, что достигается применением прецизионной техники, а также выполнения иссечения краев язвы с учетом направления мышечных волокон (по направлению их) и использованием однорядных узловых швов на атравматической игле. Оптимальные условия для регенерации адаптированных тканей комбинированного желудочного шва обеспечиваются желудочно-кишечной декомпрессией и при необходимости промыванием слизистой желудка. Случаев несостоятельности швов мы не наблюдали. За период с 2019-2023 гг данный способ применен у 7 больных с язвенной болезнью желудка, осложненной кровотечением сопровождающиеся пенетрацией в окружающие органы (преимущественно в поджелудочную железу). Разработанный способ иссечения кровоточащей язвы желудка с пенетрацией в поджелудочную железу позволяет избежать травмы поджелудочной железы (вследствие экстрагастрации), с развитием послеоперационного панкреонекроза с летальным исходом. Форма желудка восстанавливается без видимой деформации, что достигается применением прецизионной техники, а также использованием однорядных узловых швов на атравматической игле для восстановления краев дефекта, что исключает воздействие желудочного сока и болевого синдрома. Техническое выполнение данного способа не вызывает сложностей, достигается надежный гемостаз и не требуется специальное медицинское оборудование. Случаев развития послеоперационного панкреатита и несостоятельности швов мы не наблюдали.

Состояние свертывающей и антисвертывающей системы крови при ЯГДК у пожилых. Исследовано свертывающая и антисвертывающая система у 41 больных с ЯГДК у пожилых. Возраст больных от 61 до 79 лет. Из 41 больных 20 лечились консервативно, 2 - ввиду продолжающегося кровотечения и неэффективности консервативного лечения подлежали срочной операции (РЖ, прошивание кровоточащего сосуда на дне язвы) (таблица 5).

Проведенные исследование показали, что у больных пожилого возраста на высоте кровотечения, а также при продолжающемся кровотечении на протяжении 1-3-х дней, наблюдается резкое повышение общесвертывающей активности крови. Время свертывания крови и рекальцификации плазмы оказались почти в 2 раза укороченными и составили соответственно 202 ± 4 сек и 53 ± 4 сек ($p < 0,001$). Значительно была повышена толерантность плазмы к гепарину. Средняя величина её составила 457 ± 34 сек ($p < 0,001$). Эти данные получены, как при хронической язве, так и при острых язвах.

Отмечено закономерное повышение фибриногена крови ($485 \pm m^2$ %). Однако, отмечались большие индивидуальные колебания концентрации фибриногена от 225 до $650 m^{20}$ %, при нормальных значениях $261 \pm 7,1 m^2$ %.

Ретракция сгустка была повышена в среднем до $44,5 \pm 1,5\%$ ($< 0,001$), а время кровотечения укорочено в среднем до 91 ± 8 сек. ($p < 0,05$).

Таблица 5

**Состояние свертывающей и антисвертывающей системы крови у
больных с ЯГДК у пожилых**

Название тестов	контроль (n=30)		больные (n=41)		t
	M ₁	m ₁ ±	M ₂	m ₂ ±	
время свертывания (в сек)	362	9	202	4	p<0,001
толерантность плазмы к гепарину (в сек)	638	30	457	34	p<0,001
время рекальцификации (в сек)	105	2,5	53	4	p<0,001
гепариновое время (в сек)	59	2	55	5	p>0,05
фибриноген (в мг%)	261	7,1	485	28	p<0,001
протромбин (в%)	90	2,3	94,6	2,5	p>0,05
проакцелерин (в%)	102,3	1,3	106,1	2,7	p>0,05
проконвертин (в%)	76	2,3	76,3	10,6	p>0,05
ретракция сгустка (в%)	38,9	0,75	44,5	1,5	p<0,001
время кровотечения (в сек)	112	7,4	91	8	p<0,05
свободный гепарин (в ед./мл)	6,6	0,26	4	0,3	p<0,05
фибринолитическая активность (в%)	14,1	0,6	10,2	1	p<0,05
кальций (в мг%)	10,4	0,18	10,3	0,4	p>0,05
тромботест степень)	4-6.	-	7-4.		
тромбоциты (в тыс.)	203,8	3,15	227	14	p>0,05

Тромботест у 15 больных был повышен (7 степень), нормальная степень (4-6 степень) тромботеста обнаружена у 12. Количество прокоагулянтов (протромбиновый комплекс, тромбоцит) находились в пределах нормы (p>0,05).

В результате проведенного исследования установлено, что у больных пожилого возраста с ЯГДК наблюдается значительное повышение общей коагулирующей активности крови. Со стороны антисвертывающей системы крови: установлено значительное понижение фибринолитической активности крови.

Наши исследования показали, что несмотря на значительное ускорение коагуляции вследствие кровотечения содержание протромбина, проакцелерина, проконвертина не изменяется. Следовательно, нет оснований рассматривать причину ускорения свертываемости крови с позиции изменение указанных факторов свертывания крови. Укорочение времени свертывания крови, времени рекальцификации плазмы и повышение толерантности плазмы к гепарину указывают, что под влиянием кровотечения интенсивность внутрисосудистого микросвертывания усиливается. Основная причина понижения протромбина и фибриногена по-видимому, связана с повышением их потребления. Значительное понижение фибринолитической активности крови мы рассматриваем как защитную реакцию организма на кровопотерю,

как одно из проявлений гемостаза, способствующее прекращению кровотечения, и не связано с изменением прокоагулянтов, а обусловлено снижением фибринолитической и антикоагулянтной активности крови.

При легкой кровопотере гипокоагуляционные изменения носят незначительный и кратковременный характер. Так, увеличение АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время) ($24,7 \pm 0,9$ с; $p < 0,01$) наблюдалось только в 1-е сутки постгеморрагического периода. В этот же срок отмечено уменьшение уровня фибриногена ($3,0 \pm 0,2$ г/л; $p < 0,05$). МНО (Международное нормализованное отношение - исследование, направленное на определение времени, необходимого для свертывания крови, а также для мониторинга приема пациентом антикоагулянтных препаратов) в постгеморрагическом периоде имело тенденцию к увеличению, но не носило статистически значимый характер.

При кровопотере средней степени тяжести гипокоагуляционные изменения в крови на 1-е сутки были более выражены и характеризовались удлинением АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время) и увеличением МНО ($p < 0,001$), снижением фибриногена ($p < 0,001$) и тромбоцитов ($p < 0,01$). Последующие сроки наблюдения характеризовались восстановлением вышеуказанных показателей. Гипокоагуляция у больных со средней кровопотерей протекает на фоне активации свертывающей системы крови, проявляющейся увеличением РФМК (растворимые фибринмономерные комплексы) и снижением активности АЧТВ у 18 (43,9%) больных, из них у 8 (19,5%) уровень Б-димера был выше 0,5 мкг/л.

Гипокоагуляция у больных с тяжелой кровопотерей носила более выраженный и длительный характер, чем при кровопотере средней степени тяжести (нормализация АЧТВ и МНО наблюдалась только на 5-е сутки, концентрация фибриногена и количество тромбоцитов восстанавливались к 6-м суткам). Примечательно, что, несмотря на гипокоагуляцию, в крови наблюдается резкое увеличение РФМК (растворимые фибринмономерные комплексы) ($p < 0,001$), концентрация которых оставалась повышенной до 10-х суток постгеморрагического периода. При этом активность АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время) оставалась сниженной все сроки наблюдения.

Таким образом, чем сильнее кровопотеря, тем выраженнее активация системы гемостаза, направленная на остановку кровотечения, и последующая гипокоагуляция крови. Гипокоагуляция крови в постгеморрагическом периоде сопровождается усилением интенсивности внутрисосудистого свертывания. Вышеперечисленные обстоятельства диктуют необходимость индивидуального лабораторного контроля за системой гемостаза у пожилых с ЯГДК.

Лечебно - диагностический алгоритм при ЯГДК в пожилом возрасте. Основным звеном в определении хирургической тактики ЯГДК является эзофагогастродуоденоскопия. Однако, в большинстве случаев хирурги прибегают к выполнению экстренных оперативных вмешательств. Вместе с

тем, у лиц пожилого возраста зачастую не учитываются некоторые типологические особенности (в т.ч. хроническая ЯБ или же острая лекарственная язва) ЯГДК, что нередко является причиной тактико-технических упущений, и соответственно, высокой частоты общей и послеоперационной летальности и осложнений.

У всех больных пожилого возраста с ЯГДК диагностика должна проводиться параллельно с мероприятиями, направленными на неотложную стабилизацию состояния пациента.

Ретроспективный анализ результатов лечения показал, что недооценены тяжесть физиологического состояния больных, степень кровопотери, риск рецидива при неустойчивом гемостазе. В результате, проведены большое количество urgentных операций на высоте кровотечения. Выявленные упущения способствовали к разработке усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма, с учетом некоторых типологических особенностей, которая позволило оптимизировать хирургическую тактику.

По результатам лечения нами выделены 7 наиболее информативных диагностических признаков, по факторам риска:

1) возраст больного; 2) наличие в анамнезе рвоты «кофейной гущей» и /или мелены более 2 раз в день;

3) количество эритроцитов ниже 2,5-10¹²/л, гемоглобин ниже 100 г/л;

4) гипотония АД ниже 80/40 мм рт. ст. и пульс выше 100 уд/мин);

5) локализация язвы; 6) размеры язвенного дефекта;

7) эндоскопическая картина по Форрест. Экстренная эндоскопия проведена 80 (86,9%) больным: в группе сравнения – 19 и в основной - 22. С острыми язвами было 38 (41,3%), из них 21 (41,2%) больной группы сравнения и 17 (41,5%) больных основной группы, с хроническими язвами 54 (58,7%) из них 30 (58,8%) больных группы сравнения и 24 (58,6%) больных основной группы больных.

По нашим данным легкая степень кровопотери диагностирована у 9 (9,8%) больных, средняя степень у 45 (49,0%), тяжелая степень у 23 (25,0%), крайне тяжелая 15 (16,2%). Средняя и тяжелая степень кровопотери составила 73,9%. Язвенный дефект диагностирован в желудке – у 35 (38,0%) больных, язвы ДПК - у 57 (62,05%).

В случаях остановившегося кровотечения контрольная эндоскопия проводилась на 7-е и 14-е сутки. Для оценки источника кровотечения наиболее удобной является классификация Ж. Форрест (1987). Продолжающееся кровотечение: Ф-I-A - струйное, пульсирующее, артериальное кровотечение из язвы; Ф-I-B - капельное (венозное) кровотечение из язвы состоявшееся кровотечение: Ф-II-A - видимый крупный тромбированный сосуд в дне язвы; Ф-II-B - фиксированный к язвенному кратеру тромб-сгусток; Ф-I-C - капиллярные кровотечения из язвы состоявшееся кровотечение; Ф-II-C - мелкие тромбированные сосуды в виде окрашенных пятен состоявшееся кровотечение: признаков кровотечения нет; Ф-III - отсутствие стигм кровотечения в язвенном

кратере (но стигмата). При ЯГДК у лиц пожилого возраста нами предложена усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм (рис.1).

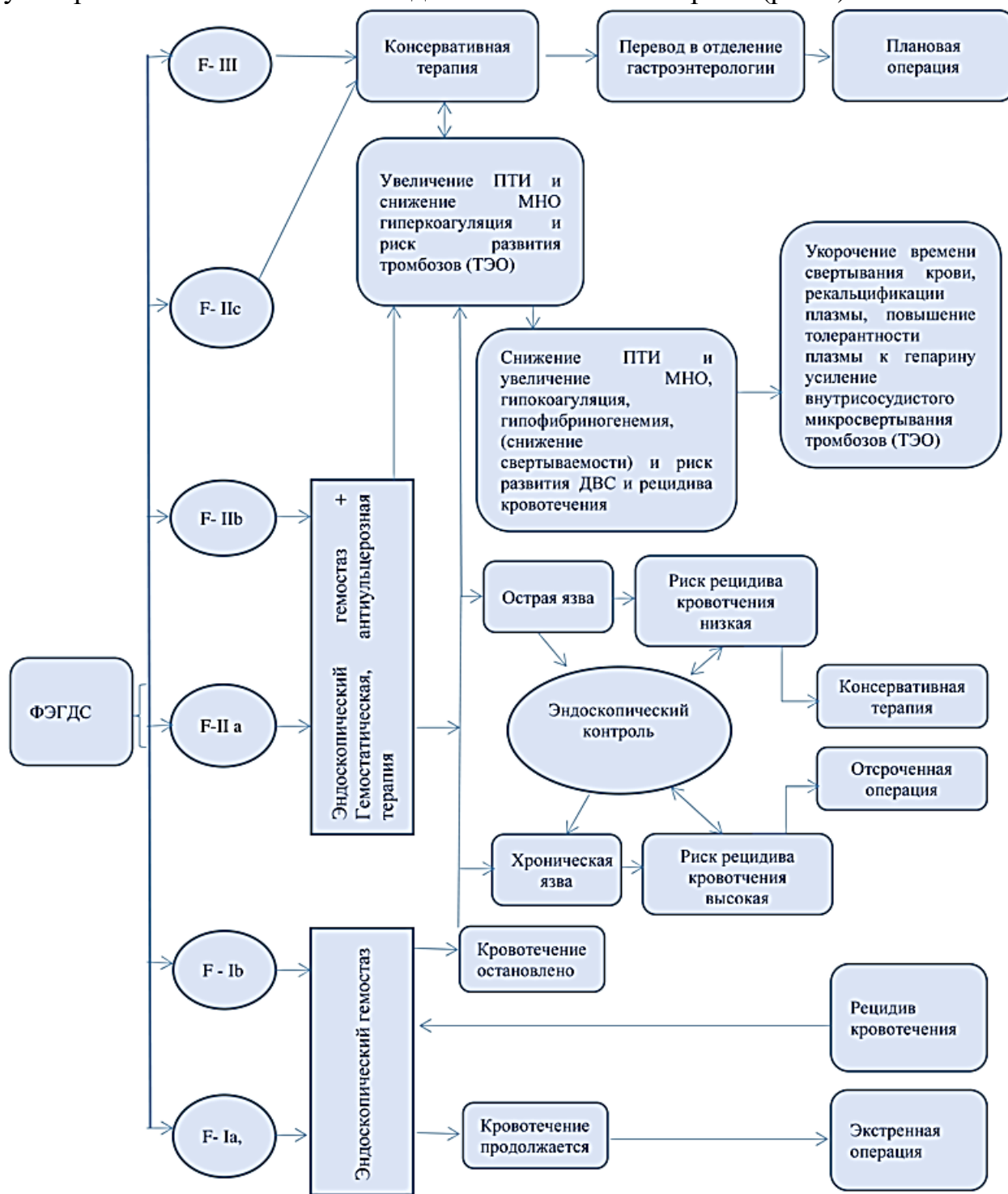


Рис.1. Усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм (№ДГУ 33397 от 12.02.2024г).

Антисекреторная терапия нами проводилась 41 больным основной группы с ЯГДК. Рецидив кровотечения установлен у 14 (27,4%) из 51 пациентов, в то время как без применения ингибиторов протонной помпы - у 16 (37,4%) из 51 ($p < 0,05$). При кровотечении Ф IIa – Ф IIб с признаками устойчивого гемостаза

рецидив кровотечения возник у 7 (14,0%). При активном кровотечении (Ф Ia, Ф Ib) в основной группе с применением ИПП рецидивы составили 2,3%, тогда как в группе сравнения без использования ИПП - 25,0%, т.е. рецидив кровотечения снижен с 25,0 до 2,3% ($p < 0,05$). ТЭЛА являлась причиной летального исхода в 5,9% (3 из 51). Для нормализации состояния системы гемостаза больным с ЯГДК вся терапия проводилась под контролем АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время).

ЭГ выполнен 29 (70,7%) больным из 41 пациентов. Для остановки кровотечения использованы как изолированные, так и комбинированные методы. При активном кровотечении (Форрест Ia, Ib), рецидив возник у 1 (2,4%) больных, при кровотечении по Форрест IIa, IIб, IIс - й 1 (2,4%). Рецидив чаще возникал при больших язвах желудка по малой кривизне или задней стенке, в первые трое суток. Среди оперированных пациентов в основной группе ни в одном случае летальность от кровопотери не наблюдали. Показаниями к ЭГ и консервативной терапии является высокий риск операции при оценке тяжести состояния больных по шкале САПС 9-21 баллов и интенсивности кровотечения Ф-Ia, Ф-Iб, Ф-Iс и при кровотечении по Ф -IIa, Ф - IIб, Ф - IIс.

Показаниями к экстренной операции является продолжающееся кровотечение Ф - Ia, Ф - Ib, Ф-Iс, в том числе рецидив при невозможности ЭГ, с оценкой состояния больных по шкале САПС в 5 - 8 баллов и локализацией язвенного дефекта по задней стенке ДПК, либо по малой кривизне желудка с диаметром более 2 см.

Показанием к срочному оперативному лечению является кровотечение с признаками высокого риска рецидива (Ф IIa), при состоянии больных 5-12 баллов по шкале САПС. Основу противорецидивной медикаментозной терапии составляют препараты, блокирующие выработку соляной кислоты и пепсина слизистой желудка.

Временные промежутки для мониторинга кровотечения различаются в зависимости от предпочтений исследователей и составляет от 2 до 24 часов. При отсутствии эффекта от такого воздействия появляется повод для экстренной операции.

Вопрос о плановой операции решается индивидуально после коррекции постгеморрагических нарушений функций органов и систем.

Паллиативные операции в виде прошивания или иссечения язвы выполняются у больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии.

Таким образом, активно-индивидуализированная хирургическая тактика, основанная на усовершенствованном лечебно-диагностическом алгоритме с учетом некоторых типологических особенностей, в том числе типов язв («старая» или «старческая») позволяют оптимизировать хирургическую тактику при ЯГДК у пожилых, что способствует дальнейшему улучшению результатов хирургического лечения.

Характер и анализ хирургической тактики в основной группе. Существуют различные подходы к хирургическому лечению ЯГДК, однако ни

один из подходов не решил данную хирургическую проблему, т.к. основной причиной послеоперационной летальности.

Характер и анализ типологических особенностей ЯГДК в основной группе. Исследованием особенностей течения рецидивного ЯГДК у больных пожилого и старческого возраста, нами установлено, что в основной группе мужчины с хроническим язвами составили 15 (36,6%), а с острыми язвами - 9 (22,0%), женщины – 6 (14,3%) и 11 (26,8%). При этом необходимо отметить увеличение желудочной (34,1%) локализации «старческих» язв, по сравнению с больными со «старыми» язвами (7,3%).

Следует отметить, что рецидивные ЯГДК из ЯЖ при «старых» язвах диагностированы лишь в 3 (7,3%) случаев, а рецидивные ЯГДК из ДЯ – в 17 (41,5%). ЯГДК из ЯЖ при «старческой» язве диагностированы у 14 (34,1%), тогда как из ДЯ в этом возрасте диагностированы лишь у 7 (17,1%) больных.

Анализ особенности длительности язвенного анамнеза, показал, что в основной группе «немое» течение установлено лишь у 16 (39,0%), а длительность заболевания до года и от 1 года до 5 лет, в целом составили 10 (19,6%), а длительность заболевания до года и от 1 года до 5 лет, в целом составили 15 (36,6%). При этом, течение язвенной болезни при старых язвах и старческих язвах существенно отличалась, с увеличением «немое» течения - у 12 (29,3%) при старческих язвах по сравнению с больными со старыми язвами – 4 (9,8%). Также отмечается относительно короткий период течения и возникновения рецидива кровотечения у больных со старческим язвами до 1 года – 9,8% (4 из 6), течение болезни и до 5 лет лишь у 2,4% (1 из 9) больных. Также в основной группе кровотечение в анамнезе ранее не имелось у 21 (51,2%), 1-2 раза - у 18 (43,9%) и 3 и более раза – у 2 (4,9%) больных.

В основной группе длительность кровотечения к моменту поступления в стационар до 6 часов составило у 10 (24,4%) больных, 6-12 часов – у 17 (41,5%), 12-24 часов – у 9 (21,9%) и более 24 часов - у 5 (12,2%) больных. Признаки геморрагического шока отмечены в 13 (31,7%) случаев у больных с хроническим язвами, тогда как у больных со старческим язвами – в 9 (22,8%) случаев. Полученные данные свидетельствуют, что в пожилом возрасте, у больных компенсаторные возможности организма находятся в относительно плохом состоянии, о чем свидетельствовали увеличение больных с поступлением в стационар до 6-12 часов – 17 (41,5%), что является одним из признаков более высокой чувствительности к кровопотере.

Основной контингент составили пациенты со средней степенью тяжести кровопотери - 18 (43,9%), тогда как тяжелая и крайне тяжелая степени кровопотери отмечены в 11 (26,8%) и 8 (19,5%) случаев. При этом, в пожилом возрасте при «старых» язвах легкая и средней степени тяжести кровопотеря наблюдается в 12 (29,3%) случаев, тогда как тяжелая и крайне тяжелая степени кровопотери диагностируются – 11 (26,8) случаев, при «старческих» язвах легкая и средней степени тяжести кровопотеря наблюдается в 10 (24,4%), тяжелая и крайне тяжелая степени кровопотери диагностируются – 8 (19,5%) случаев.

В основной группе наиболее часто отмечались язвы диаметром 5-20 мм – 30 (73,2%), большие (21-30 мм) и гигантские (31 мм и более) язвы при ЯГДК у больных пожилого возраста, в целом, диагностировано в 11 (26,8%) случаев. При «старых» язвах диаметр язвы 5-20 мм был в большем количестве – 18 (43,9%), чем при «старческих» язвах – 12 (29,3%), а большие и гигантские 6 (14,6%), тогда как при «старческих» язвах – 5 (12,2%) случаев. В 25 (61,0%) случаев установлены язвы с плотными («каллезными») краями, в 16 (39,0%) случаев диагностированы язвы с мягкими краями, что свидетельствовало о длительно текущем хроническом язвенном процессе, что необходимо учитывать при определении хирургической тактики.

Всего выявлено 23 сопутствующих терапевтических заболеваний. Наиболее часто отмечались заболевания органов сердечно-сосудистой системы 16 (39,0%). При этом у больных со «старыми» язвами, сердечно-сосудистые заболевания диагностированы в 9 (22,8%) случаев, а у больных со «старческими» язвами в 7 (17,1%) случаев. У больных со «старыми» и «старческими» язвами другие соматические патологии выявлены у 7 (17,1%), которые усугубляли течение заболевания и оказания помощи.

Сочетанная хирургическая патология отмечена в 7 (17,1%) случаев. Хирургическая тактика проводилась с учетом установленных типологических особенностей ЯГДК. По нашим данным основной контингент составили пациенты со средней степенью тяжести кровопотери - 18 (43,9%), тяжелая и крайне тяжелая степени кровопотери отмечены в 11 (26,8%) и 8 (19,5%) случаев. Рецидив чаще обычно возникал в 1 и 3 сутки. Таким образом, хирургическая тактика лечения больных пожилого и старческого возраста должна быть индивидуализированной. В основной группе при кровотечении, на фоне легкой (n=4), средней (n=18) и тяжелой (n=11) степени и крайне тяжелой (n=8) тяжести кровотечения произведено 14 (31,7%) операций (ЯЖК: n=17; ЯДК: n=24), предложенный консервативный метод гемостаза выполнен в 11 (26,8%) случаев и ЭГ - в 17 (41,5%) случаев.

Таблица 6

Характер гемостаза и операций в группе сравнения

Характер гемостаза /операции	Общее количество	
	абс	%
Консервативный метод гемостаза	9	22,0
Эндоскопический гемостаз	22	53,7
Прошивание	1	2,4
Иссечение по разработанной методике	6	14,6
РЖ по Б-I	2	4,9
РЖ по Б-II	1	2,4
Всего	41	100

Как видно из таблицы 6., в основной группе, придерживаясь активной индивидуализированной тактики больным пожилого и старческого возраста

консервативная терапия применена в 9 (22,0%), ЭГ – в 22 (53,7%) и оперативное лечение – в 10 (24,4%) случаев. Из 10 больных, прошивание кровотокающего сосуда на дне язвы выполнено в 1 (2,4%) случае, иссечение кровотокающей язвы, осложненной пенетрацией по разработанной методике – в 6 (14,6%) и резекции желудка – в 3 (7,3%) случаев (РЖ по Б-1- в 2 и РЖ по Б-2-в 1 случае). Разработанный подход позволяет выбрать оптимизировать хирургическую тактику, исходя из тяжести состояния больного.

Таким образом, хирургическая тактика должна основываться на данных эндоскопических критериев с учетом тяжести, и темпа кровопотери, диаметра и локализации источника кровотечения; осложнений ЯБ, а также сопутствующей терапевтической и сочетанной хирургической патологии, т.е. должна быть активной диагностической и индивидуальной при выборе сроков и методов операции. Предложенная тактика, позволяет провести рациональную перегруппировку в рамках неотложных хирургических вмешательств, чего невозможно добиться при использовании традиционного активно-выжидательного подхода.

В результате активно-индивидуализированной тактики с учетом некоторых типологических особенностей и типов язв («старая» или «старческая»), а также свертывающей и антисвертывающей системы крови при ЯГДК у пожилого консервативного лечения в основной группе уменьшено на 11,3% (с 33,3 до 22,0%), показания к эндоскопическому гемостазу расширены на 16,4% (с 37,3 до 53,7%), а оперативная активность снижена на 5,0% (с 29,4 до 24,4%). При этом, сузили показания к прошиванию кровотокающего сосуда на дне язвы и расширили показания к иссечению кровотокающей язвы по разработанной методике.

В пятой главе диссертации **«Результаты хирургического лечения ЯГДК у пожилых»** представлена клиническая оценка ближайших результатов.

У пациентов больных пожилого возраста с ЯГДК возникшие осложнения в группах (сравнения и основная) разделены на две подгруппы, что позволяет в полном объеме провести анализ результатов лечения:

Осложнения, возникающие во время операции и связанные с различными погрешностями в хирургической технике (ятрогенные повреждения);

Послеоперационные осложнения, специфичные для операций, т.е. связанные с оперативным вмешательством на желудке (местные);

Осложнения, которые могут возникать и при оперативных вмешательствах на других органах и системах организма (общие).

В группе сравнения ятрогенные повреждения диагностированы у 2 (3,9%) больных, где причиной явилось стремление к полному удалению дна пенетрирующей язвы в поджелудочную железу. У обоих больных развился послеоперационный панкреатит. Больным проведен комплекс консервативной терапии, с релапаротомией и летальным исходом в 1 (2,0%) случае. Кровотечение из желудочно-кишечного анастомоза после РЖ в группе сравнения отмечено в 3 (5,9%) и после прошивания кровотокающего

сосуда на дне хронической язвы – в 2 (3,9%) случаев. В основной группе кровотечение из желудочно-кишечного анастомоза после РЖ установлено в 1 (2,4%) случае. У всех больных своевременная диагностика, комплекс консервативной терапии и проведение ЭГ позволило устранить данное осложнение. Сравнительный анализ показал, что в основной группе по отношению к группе сравнения частота ятрогенных повреждений и послеоперационных кровотечений снизилось с на 11,3% (с 13,7 до 2,4%). В основной группе по отношению к группе сравнения ятрогенные повреждения при «старых» язвах по отношению к «старческим» отмечено на 5% реже ($p<0,001$).

Таблица 7

Характер осложнений, связанных с операцией в сравниваемых группах

Характер осложнений	Группы (n=51)				Группы (n=41)			
	«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы		«старые» (хр) язвы		«старческие» (остр) язвы	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Послеоперационные осложнения, связанные с операцией								
Рецидив кровотечения	3	5,9	1	1,9	1	2,4	1	2,4
Несост. швов	1(1)	2,0	-	-	-	-	-	-
Панкреатит	2	3,9	1	2,0	-	-	-	-
Анастомозит	1	2,0	-	-	1	2,4	-	-
Всего	7	13,7	2	3,9	2	4,9	1	2,4
t-	-	-	←↓↓↓↓3,5%	←↓↓↓↓3,5%	↖↓↓↓↓7%, ←↓↓2%	↖↓↓↓↓5,6%, ←↓↓1,6%	↖↓↓↓↓4%, ←↓↓2%	↖↓↓↓↓3,3%, ←↓↓2%
Гнойно-септические раневые осложнения								
Инфильтрат	2	3,9	2	3,9	1	2,4	-	-
Нагноение раны	1	2,0	-	-	-	-	-	-
Всего	3	5,9	2	3,9	1	2,4	-	-
t-	-	-	←↓↓↓↓2,5%	←↓↓↓↓2,5%	↖↓↓↓↓5%, ←↓↓2%	↖↓↓↓↓4,1%, ←↓↓1,6%	-	-

Примечание: ← - отношение к предыдущему столбцу, ↖ - отношение к самому предыдущему столбцу, ↓ - уменьшение. ↓↓↓ - $p<0,01$, ↓↓↓↓ - $p<0,001$; в () указана летальность

Как видно из таблицы 7., в группе сравнения послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством отмечены в 9 (17,6%) случаев, из них при “старых” язвах – в 7 (13,7%) и при “старческих” – в 2 (3,9%) случаев. Рецидив кровотечения отмечен в 3 (5,9%), несостоятельность швов с послеоперационной летальностью – в 1 (2,0%), послеоперационный панкреатит – в 2 (3,9%) и анастомозит – в 1 (2,0%) случаев.

В основной группе послеоперационные осложнения, связанные с

оперативным вмешательством установлены в 3 (7,3%) случаев, из них при «старых» язвах – в 2 (4,9%) и при «старческих» – в 1 (2,4%) случаев. Рецидив кровотечения установлен в 2 (4,9%) и анастомозит – в 1 (2,4%) случае.

Сравнительный анализ показал, что послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством в основной группе по отношению к группе сравнения, снизилось на 10,3% (с 17,6 до 7,3%). Гнойно-септические раневые осложнения в основной группе по отношению к группе сравнения снизились на 7,4% (с 9,8 до 2,4%). Комплекс консервативных мероприятий с соблюдением общепринятых правил гнойной хирургии позволило добиться заживления послеоперационной раны. В исследуемой группе по отношению к группе сравнения послеоперационные осложнения, связанные с операцией при «старых» язвах, отмечается на 2,8% реже ($p < 0,01$), гнойно-септические осложнения – реже на 2,5% ($p < 0,01$).

В группе сравнения осложнения общего характера отмечены в 8 (15,7%) случаев, из них при «старых» язвах в 5 (9,8%) и при «старческих» язвах – в 3 (5,9%) случаев. Острая сердечно-сосудистая недостаточность отмечена в 2 (3,9%) случаев с летальным исходом в 1 (2,0%) случае, тромбоэмболические осложнения – в 2 (3,9%), с летальным исходом в 1 (2,0%) случае от тромбоэмболии легочной артерии и бронхолегочные осложнения – в 4 (5,9%) случаев. Все остальные больные после консервативной терапии выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

В основной группе осложнения общего характера установлены в 4 (9,7%) случаев, из них при «старых» язвах в 3 (7,3%) и при «старческих» – в 1 (2,4%) случае. Острая сердечно-сосудистая недостаточность установлена в 1 (2,4%) случае и бронхолегочные осложнения – в 3 (7,3%) случаев. Все больные после проведения интенсивной консервативной терапии выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Сравнительный анализ показал, что в основной группе по отношению к группе сравнения послеоперационные осложнения общего характера снизились на 6,0%.

Таким образом, в процессе исследования определив типологические особенности течения ЯГДК у пожилых, исследования особенностей свертывающей и антисвертывающей системы крови, а также разработки усовершенствованного способа иссечения кровоточащих язв, пенетрирующих в окружающие органы (преимущественно в поджелудочную железу) и внедрения усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма, мы оптимизировали активно-индивидуализированную хирургическую тактику. В результате, в основной группе по отношению к группе сравнения частота ятрогенных повреждений и послеоперационных кровотечений снизилось с на 11,3% (с 13,7 до 2,4%), послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством - на 10,3% (с 17,6 до 7,3%), гнойно-септические раневые осложнения - на 7,4% (с 9,8 до 2,4%), послеоперационные осложнения общего характера - на 6,0% (с 15,7 до 9,7%) и послеоперационную летальность – на 5,4% (с 7,8 до 2,4%), что позволило достичь искомой цели исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. По сравнению с средним возрастом у пожилых имеются некоторые типологические особенности течения ЯГДК, в частности: существенно увеличивается частота кровотечений из язв желудка – с 5,6 до 38,0%, из ДЯ, наоборот уменьшается – с 94,4 до 62,0%, «немое» течение учащается – с 14,5 до 37,0%; обращение за госпитализацией в первые 12 часов – с 37,6 до 64,1%, геморрагический шок – с 17,5 до 55,4%, частота больших язв – с 13,3 до 28,2%, язвы с плотными краями и дном – с 7,7 до 57,6%, продолжающееся кровотечение по Ф-1 – с 21,7 до 41,3%, терапевтическая патология – с 24,3 до 34,8% и сочетанная хирургическая патология – с 9,4 до 15,2%.

2. Придерживаясь активно-выжидательной тактики, с традиционными подходами при ЯГДК у пожилых, консервативная терапия проведена в 33,3%, ЭГ – в 37,3% и оперативное лечение – в 29,4% случаев (преимущественно прошивание кровоточащего сосуда на дне язвы – 13,7%), где частота ятрогенных повреждений и кровотечений составило – 13,7%, осложнения, связанные с оперативным вмешательством – 17,6% гнойно-септические раневые осложнения – 9,8%, общего характера – 15,7% и летальность – 7,8%.

3. Разработанный способ иссечения кровоточащей язвы желудка с пенетрацией в поджелудочную железу позволяет избежать травмы поджелудочной железы, с развитием послеоперационного панкреонекроза, форма желудка восстанавливается без видимой деформации, что позволяет избежать локальных участков натяжения и дилатации желудочной стенки в швах при выполнении гастропластики.

4. Активно-индивидуализированная тактика с учетом некоторых типологических особенностей течения ЯГДК у пожилых и состояния свертывающей и антисвертывающей системы крови, позволили исключить ятрогенные повреждения, снизить частоту кровотечений с 13,7 до 2,4%, специфические осложнения – с 17,6 до 7,3%, раневые осложнения – с 9,8 до 2,4%, общего характера – с 15,7 до 9,7% и летальность – с 7,8 до 2,4%.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01
AT THE ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE
ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES**

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

AXMADBEKOV BEKHZODBEK OLIMBEK O'G'LI

**ASSESSMENT OF THE FEATURES OF THE CLINICAL COURSE AND
OPTIMIZATION OF SURGICAL TACTICS OF ULCER
GASTRODUODENAL BLEEDING IN THE ELDERLY**

14.00.27 – Surgery

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

ANDIJAN–2025

The theme of the dissertation of the doctor of philosophy degree (PhD) is registered in the Supreme attestation commission at the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan for B2024.3.PhD/Tib4979.

The dissertation is carried out at the Andijan state medical institute.

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

Scientific supervisor: **Abdullajanov Bakhrom Rustamjanovich**
doctor of medical sciences, professor

Official opponents: **Ligai Ruslan Efimovich**
doctor of medical sciences
Khakimov Dilshodbek Mamadalievich
doctor of medical sciences, professor

Leading organisation: **Bukhara state medical institute**

The dissertation will be defended on «___» _____ 2025 at ___ p.m. hours at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 at the Andijan State Medical Institute (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Andijan State Medical Institute (Registration number №____) (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50).

Abstract of the dissertation sent out on «___» _____ 2025.
(mailing report №____ of _____ 2025).

M.M. Madazimov
Chairman of the scientific council on award
of scientific degrees, doctor of medical
science, professor

M.F. Nishanov
Scientific secretary of the scientific council
on award of scientific degrees,
doctor of medical science, professor

M.Sh. Khakimov
Vice-chairman of the scientific seminar at the
scientific council for the awarding of academic
degrees, doctor of medical sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

The aim of the study was to improve the results of surgical treatment of gastroduodenal ulcers in the elderly by determining the characteristics of the clinical course and optimizing surgical tactics.

The object of the study were 92 patients who, from 2019 to 2023, underwent various surgical interventions for gastroduodenal ulcers bleeding in elderly people in the surgical department of the Clinic of the Andijan Medical Institute and the Andijan branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care.

Scientific novelty of the study:

certain typological features of the course of gastroduodenal ulcers bleeding have been established, in particular: the frequency of bleeding from gastric ulcers increases significantly by 32.4%, the "silent" course increases by 22.5%; hospitalization in the first 12 hours by 26.5%, hemorrhagic shock by 37.9%, the frequency of large ulcers by 14.9%, ulcers with dense edges and bottom by 49.9%, ongoing bleeding according to F-1 by 19.6%, therapeutic pathology by 10.5% and combined surgical pathology by 5.8%;

it has been determined that an active-expectant tactic, with traditional approaches to gastroduodenal ulcers bleeding in the elderly, does not achieve the desired results and is accompanied by a relatively high frequency of iatrogenic injuries and bleeding, as well as complications associated with surgical intervention, purulent-septic wound complications, general complications and mortality;

a method for excising an ulcer that has penetrated the pancreas with ongoing gastric bleeding has been developed, this method is performed through a gastrotomy approach and is characterized by excision of the ulcer edges at the level of healthy tissue, oriented along the muscle fibers, while preserving the ulcer base.

the effectiveness of an active, individualized surgical approach has been substantiated through the implementation of an improved diagnostic and treatment algorithm, developed taking into account the state of the hemostasis system (blood coagulation and anticoagulation systems), as well as the nature of the ulcer defect ("old" or "senile").

Implementation of the study results. Based on the results of a scientific study to improve the outcomes of surgical treatment for gastroduodenal ulcers in elderly patients, a "Method for Excision of a Bleeding Gastric Ulcer Complicated by Pancreatic Penetration" was developed (Uzbekistan Patent for Invention No. IAP 7795, dated August 14, 2024). The proposed method avoids pancreatic injury (due to extragastration), which can lead to fatal postoperative pancreatic necrosis;

guidelines for the "Characteristics of the Clinical Course and Optimization of Surgical Tactics for Ulcerative Gastroduodenal Bleeding in the Elderly" were developed (Resolution of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 14/04, dated March 20, 2025). The proposed recommendations optimized the tactical and technical aspects of surgical treatment and, as a result, reduced the incidence of postoperative complications and mortality in ulcerative gastrointestinal bleeding in geriatric patients;

the obtained scientific results have been implemented in the surgical departments of the Andijan, Namangan, and Fergana branches of the Republican Scientific Center for Emergency Medicine (conclusions of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 14/04 dated March 25, 2025). Implementation of the research findings allowed us to exclude iatrogenic injuries, reduce the bleeding rate from 13.7% to 2.4%, specific complications from 17.6% to 7.3%, wound complications from 9.8% to 2.4%, general complications from 15.7% to 9.7%, and mortality from 7.8% to 2.4%.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of the dissertation is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

II бўлим (II часть; I part)

1. Абдуллажонов Б.Р., Ботиров А.К., Ботиров А.Ж., Отакузиев А.З., Ахмадбеков Б.О. Способ иссечения кровотокающей язвы желудка с пенетрацией в поджелудочную железу // Патент на изобретение Центр по интеллектуальной собственности при Министерстве Юстиции Республики Узбекистан. №IAP 7795 от 14 августа 2024 года.

2. Абдуллажанов Б.Р., Ботиров А.К., Ахмадбеков Б.О., Отакузиев А.З., Бозоров Н.Э., Ботиров Ж.А. Особенности свёртывающей и антисвёртывающей система крови при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в пожилом возрасте (обзор литературы) // Ж. «Медицина и спорт». 2024, №1; С. 41-45. (14.00.00, №23).

3. Абдуллажанов Б.Р., Ботиров А.К., Ахмадбеков Б.О., Ботиров Ж.А. Некоторые «типологические» особенности язвенных гастродуоденальных кровотечений у пожилых // Ж. «Новый день в медицине»; №5 (79); 2025; С.1605-1611 (14.00.00, №22).

4. Абдуллажанов Б.Р., Ботиров А.К., Ахмадбеков Б.О., Отакузиев А.З., Бозоров Н.Э., Ботиров Ж.А. Современные тенденции и проблемы при лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений в пожилом возрасте (обзор литературы) // Ж. «Медицина и спорт». 2024, №2; С. 57-64 (14.00.00, №23).

5. Abdullajanov B.R., Botirov A.K., Ahmadbekov B.O., Bozorov N.E., Khamidov F.Sh. Endoscopic methods of hemostasis and surgical tactics for ulcerative gastroduodenal bleeding in the elderly (literature review) // "Science and Innovation" International scientific journal 2024, 3(7): P.21-31 (14.00.00, Журнал включен в перечень научных изданий по медицинским наукам ВАК Республики Узбекистан №01-07/1368 от 13 июля 2022 года).

6. Abdullajanov B.R., Botirov A.K., Ahmadbekov B.O., Otakuziev A.Z. Optimized surgical tactics for ulcerative gastroduodenal bleeding in the elderly // American Journal of Medicine and Medical Sciences; 2024; 14(9): P.2397-2401. DOI: 10.5923/j.ajmms.20241409.58 (14.00.00, №2).

II бўлим (II часть; II part)

7. Абдуллажанов Б.Р., Ахмадбеков Б.О. Особенности клинического течения и оптимизация хирургической тактики язвенных гастродуоденальных кровотечений у пожилых // Методические рекомендации. Андижан, 2024. 21 стр.

8. Ахмадбеков Б.О. Программа для оценки результатов лечения язвенной болезни желудка и гастродуоденальных кровотечений у лиц пожилого возраста // Центр по интеллектуальной собственности Республики

Узбекистан, свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин. 12.02.2024 г., № DGU 33397.

9. Ахмадбеков Б.О., Абдуллажанов Б.Р., Ботиров А.К., Ботиров Ж.А. Клиническая оценка ближайших результатов язвенных гастродуоденальных кровотечений у пожилых // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы общей хирургии и хирургических болезней» Термез, 5-6 декабря 2024 года, С.180.

10. Ахмадбеков Б.О., Абдуллажанов Б.Р., Ботиров А.К., Ботиров Ж.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у пожилых // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы общей хирургии и хирургических болезней» Термез, 5-6 декабря 2024 года, С.181.

11. Абдуллажанов Б.Р., Ахмадбеков Б.О., Ботиров А.К., Отакузиев А.З. Лечебно-диагностический алгоритм при язвенном гастродуоденальном кровотечении в пожилом возрасте // Международная конференция академических наук» Россия, 24 сентября 2025 года, С.74-76.

12. Abdullajanov B.R., Ahmadbekov B.O., Botirov A.K., Botirov Zh.A., Khamidov F.Sh. "Typological" features of ulcer gastroduodenal bleeding in the elderly // International scientific-online conference «Academic research in modern science» USA, 25 April 2025 year, P.71-75.

13. Абдуллажанов Б.Р., Ахмадбеков Б.О., Ботиров А.К., Отакузиев А.З. Оптимизация хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у пожилых пациентов // Международная конференция академических наук» Россия, 24 сентября 2025 года, С.71-73.

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

Босмахона лицензияси:



9338

Бичими: 84x60 ¹/₁₆. «Times New Roman» гарнитураси.
Рақамли босма усулда босилди.
Шартли босма табағи: 4. Адади 100 дона. Буюртма № 36/25.

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