

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**САЛОМОВ НОДИР ИСТАМОВИЧ**

**ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАЛАРИДАН ҚОН  
КЕТИШИ, ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН БИРГА КЕЛГАНДА  
САМАРАЛИ ДАВОЛАШ ВА ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИНИ ИШЛАБ  
ЧИҚИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**Бухоро – 2025**

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

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

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Саломов Нодир Истамович**

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраларидан қон кетиши, жигар циррози билан бирга келганда самарали даволаш ва ташхислаш усулларини ишлаб чиқиш .....3

**Саломов Нодир Истамович**

Разработка эффективных методов лечения и диагностики язвенных кровотечений из желудка и двенадцатиперстной кишки при их сочетании с циррозом печени .....29

**Salomov Nodir Istamovich**

Development of effective treatment and diagnostic methods for bleeding from gastric and duodenal ulcers, when they occur in combination with liver cirrhosis.55

**Эълон қилинган нашрлар рўйхати**

Список опубликованных работ

Lists of published works .....61

**САЛОМОВ НОДИР ИСТАМОВИЧ**

**ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАЛАРИДАН ҚОН  
КЕТИШИ, ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН БИРГА КЕЛГАНДА  
САМАРАЛИ ДАВОЛАШ ВА ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИНИ ИШЛАБ  
ЧИҚИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссияси B2023.3.PhD/Tib3913 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

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

**Илмий раҳбар:**

**Уроков Шухрат Тўхтаевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар:**

**Хамдамов Бахтиёр Зарифович**  
тиббиёт фанлари доктори (DSc), профессор

**Акбаров Миршавкат Миролимович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи ташкилот:**

**Андижон давлат тиббиёт институти**

Диссертация химояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 Илмий кенгашнинг 2025 йил "\_\_\_" \_\_\_\_\_ куни соат\_\_\_ даги клисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Гиждувон кўчаси, 23-уй. Тел./Факс: 9865) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru).)

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (\_\_\_ рақам билан рўйхатга олинган). (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Гиждувон кўчаси, 23-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50.)

Диссертация автореферати 2025 йил "\_\_\_" \_\_\_\_\_ куни таркатилади.  
(2025 йил "\_\_\_" \_\_\_\_\_ даги \_\_\_ рақамли реестр баённомаси).



**М.М. Абдурахманов**  
Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш раиси ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Н.Н.Казакова**  
Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори (DSc), доцент

**Б.З.Хамдамов**  
Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

## **КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)**

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраларидан қон кетишлар яра касаллигининг энг хавфли асоратларидан биридир. Замонавий гастроэнтерологияда бу муаммо пайдо бўлишининг юқори кўрсаткичи, ташхиснинг мураккаблиги ва ҳаёт учун хавфли шароитларни ривожланиш хавфи туфайли муҳим бўлиб қолмоқда. Тадқиқотларга кўра, «...яралардан қон кетиш, яра касаллиги бўлган беморларнинг 15-25%ида учрайди ва ўлимга олиб келадиган хавф даражаси юқори бўлганлиги сабабли гастроэнтерологияда муҳим муаммо бўлиб қолмоқда...»<sup>1</sup>. ЖЦ билан яралардан қон кетишининг биргаликда келиши (комбинацияси) айниқса қийин ҳолатдир. Бундай ҳолларда геморрагик асоратлар хавфи ортади ва даволаш тактикасини танлаш анча мураккаблашади. Бу ЖЦ даги гемостазнинг ўзига хос хусусиятлари ва жигар касалликларида қўлланиладиган дориларнинг самарадорлиги ва хавфсиз таъсири билан боғлиқ. Тадқиқотнинг долзарблиги бутун дунё бўйлаб ЖЦ билан касалланишнинг кўпайишига гувоҳлик қилувчи статистик маълумотлар билан таъкидланган, бу эса ўз навбатида гастродуоденал яралардан қон кетиш каби асоратларнинг ривожланиш эҳтимолини оширади.

Жаҳонда гастродуоденал яралар, диффуз жигар касалликлари билан касалланган беморларда айниқса кенг тарқалган ва бундай яраларнинг аниқ сабаби ҳали тўлиқ аниқланмаган. Қизилўнгач кенгайган варикоз томирлари (ҚКВВТ) ва ошқозондан қон кетиш ЖЦ билан беморларнинг 80% ривожланади. Ушбу ҳолатларда диагностика ва даволаш тактикаси масалалари маълум қабул қилинган стандартларга эга. ЖЦ ва портал гипертензия (ПГ) фонида ошқозон яраси ёки ўн икки бармоқли ичак ярасидан қон кетишини даволаш стратегиясини аниқлаш масалалари, бу муҳокамалар мавзусидир. Маълумки, ЖЦ билан касалланган беморларда ўткир қон кетишини даволашдан кейинги прогноз етарли даражада ўрганилмаган. Асосан кўпчилик тадқиқотлар, қизилўнгач ва ошқозон варикоз томирларининг кенгайишидан қон кетиши бўлган беморларга қаратилган. ЖЦ билан касалланган беморлар, кўпинча яра касаллигида ўзига хос ва мураккаб хусусиятларга дуч келишади. Ушбу хусусиятлар касалликнинг янада оғир ва мураккаб кечиши, шунингдек, асоратлар хавфини ошириши мумкин.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш бўйича амалга оширилаётган кенг қўламли чора-тадбирлар орасида касалликларга эрта ташхис қўйиш, уларнинг асоратларининг частотасини камайтириш ва олдини олишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада 2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт Стратегиясида кўрсатилган 7 та устувор йўналишнинг 4-қисм 56-мақсадида «...аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимлари потенциалини ошириш ва соғлиқни

---

<sup>1</sup> Smith, J. Острая кишечная непроходимость у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. 2023. №8. -С. 25-29.

сақлаш тизимини ривожлантиришнинг 2022-2023 йилларга мўлжалланган дастурини амалга оширишга йўналтирилган комплекс чора-тадбирларни амалга ошириш...»<sup>2</sup> вазифалари белгиланган. Ушбу режада соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирларнинг вазифалари белгилаб берилган. Жигар циррози фонида ошқозон ва 12 бармокли ичак яраларидан қон кетишда ташхислаш ва даво усуллари оптималлаштиришга асосланган.

Мазкур диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»<sup>3</sup>ги, 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»<sup>4</sup>ги Фармонлари, 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон «Аҳолининг соғлом овқатланишини таъминлаш бўйича қўшимча чора тадбирлар тўғрисида»<sup>5</sup>ги, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид қўшимча чора-тадбирлари тўғрисида»<sup>6</sup> ги Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳукуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилган.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Ушбу диссертация тадқиқоти республика фан ва технологияларни ривожлантиришнинг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Гастродуоденал яралар ва улардан қон кетишининг ЖЦ билан биргаликда келиши иккала патологиянинг кечишини сезиларли даражада оғирлаштиради ва жиддий асоратлар ҳамда ўлим хавфини оширади. Шу билан бирга, ушбу ҳолатларда диагностика ва оптимал, самарали даволаш усулини танлаш муаммоси биз ўрганган адабиётларда кам ёритилган бўлиб, ҳозирги вақтда чуқур таҳлилни талаб қилади (Liu, Y. 2022).

ЖЦ ўз навбатида, жигар тузилишидаги қайтарилмас ўзгаришлар билан тавсифланган сурункали касаллик бўлиб, унинг функцияларини бузилишига олиб келади. ЖЦ нинг кўплаб асоратлари орасида геморрагик синдром, шу жумладан ГДЯ дан қон кетиш алоҳида ўрин эгаллайди (Global Health Data, 2023).

ЖЦ билан касалланган беморларда гастродуоденал яралардан қон кетишлар, унинг клиник кечиши хусусиятлари, ташхисоти ва даволаш усуллари батафсил ўрганишни ва таҳлилни талаб қилади. Хусусан, энг самарали ташхисот усуллари аниқлаш, шу билан бирга турли хил даволаш усулларининг самарадорлигини баҳолаш ва иккала касалликнинг ўзига хос

---

<sup>2</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида» ги Фармони

хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда оптимал даволаш стратегиясини ишлаб чиқишни талаб қилади.

Шундай қилиб, ЖЦ фонида гастродуоденал яралардан қон кетиши кузатилган беморларда ташхисот ва даволаш хусусиятларини ўрганиш, комплекс ёндашув ва мултидисциплинар, ўзаро таъсирни талаб қиладиган долзарб вазифадир. Ушбу соҳада қўшимча тадқиқотлар ўтказиш зарурати ушбу долзарб муаммонинг юқори клиник аҳамияти ва ушбу тоифадаги беморлар орасида ҳаёт сифатини яхшилаш ҳамда ўлим кўрсаткичини камайтириш потенциали билан боғлиқ.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Бухоро давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ (PhD 198) «COVID -19 дан кейинги даврда Бухоро воҳаси аҳолиси саломатлигига таъсир этувчи патологик омилларни эрта аниқлаш, ташхислаш ҳамда янги даволаш профилактика усулларини ишлаб чиқиш» (2022-2026 йй.) мавзуси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади.** Жигар циррози фонида ошқозон ва 12 бармоқли ичак яраларидан қон кетишда ташхислаш, даволаш хусусиятларини ҳар томонлама ўрганиш, асоратларни даволаш ва олдини олиш самарадорлигини ошириш учун оптималлаштирилган самарали ёндашувларни ишлаб чиқишдан иборат бўлган.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

жигар циррози билан касалланган беморларда гастродуоденал қон кетишининг клиник хусусиятларини, касалликларнинг бирга учраш частотаси ва қон кетишининг оғирлик даражаларини ўрганиш;

жигар циррози билан касалланган беморларда гастродуоденал қон кетишининг асосий этиологик омилларини, уларга таъсир қилувчи омилларни ва яралар локализациясини аниқлаш;

жигар циррози билан касалланган беморларда гастродуоденал қон кетишларда стандарт даво ва таклиф қилинган алгоритм натижасида такрорий қон кетишини ҳамда даволаш натижаларини ўрганиш;

жигар циррози билан касалланган беморларда гастродуоденал қон кетишларда асосий ва фон касаллиги билан боғлиқ бўлган ўлим сабабларини аниқлаш;

жигар циррози билан касалланган беморларда гастродуоденал яралардан қон кетишларини тўхтатиш, рецидивларнинг олдини олишда комбинацияланган эндоскопик гемостаз ва унинг имкониятларини ўрганиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 2020-2024 йиллар давомида Республика шошилиంచ тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалининг шошилиంచ хирургия бўлимларида ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги ЖЦ фонида қон кетиши ташхиси билан даволанган 98 нафар беморда олиб борилган изланиш натижалари таҳлили олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** бўлиб ЖЦ фонида ривожланган ошқозон ва 12 бармоқли ичак яраларидан қон кетишлари ва рецидивларини олдини оладиган консерватив ҳамда эндоскопик гемостазнинг оптимал усулларини

танланган, усулларининг ўзига хослиги ҳамда даволаш натижаларининг таҳлили ўрганилган.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотни бажаришда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Қорақалпоғистон ва Хоразм вилояти филиали клиникасида бажарилган клиник, клиник–лабаратор, (тромбоцитлар, коагулограмма, қоннинг ивиш вақти), инструментал (УТС, эластометрия, ЭФГДС) усуллардан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгиллиги** қуйидагилардан иборат:

илк маротаба жигар циррози фонида ривожланган гастродуоденал яралардан қон кетиши билан келган беморларнинг 40-45%ида уларга хос симптомлар кузатилмаслиги, барча гастродуоденал яралар ва улардан қон кетиш билан асоратланган беморлар батафсил текширилганида уларнинг 6%ида жигарнинг ҳар хил даражада ривожланган сурункали диффуз касалликлари аниқланган;

қизилўнғач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш бўлган беморларда, портал гастропатия ва қон ивиш тизимининг издан чиқиши натижасида параллел равишда ошқозон ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетиши кузатилиши аниқланган;

жигар циррози фонида ривожланган гастродуоденал яралардан қон кетишининг асосий сабаби доимий спиртли ичимликларни истеъмол қилиниши эканлиги клиник лабаратор текширувлар натижаси асосида исботланган;

жигар циррози фонида ривожланган гастродуоденал яралар мавжуд ҳолатларда нафақат қон кетиш асоратлари балки, жигар циррози ва массив қон кетишлар сабабли, тизимли яллиғланишли жавоб синдромининг (ТЯЖС) ҳамда инфекциянинг ривожланиши билан боғлиқ асоратларга олиб келиши исботланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

комбинирланган эндоскопик гемостаз, яраларни клипшлаш ва адреналин инъекция қилиш усулларида фойдаланиш, Цефтриаксон, Ребамипид, Глутатион препаратларини ишлатиш, қонамаётган ҚВКВни профилактик равишда эндоскопик чоклаш (лигатура қўйиш) қон кетишнинг рецидивланишини, оператив активликни ва ўлим кўрсаткичларини камайтирган;

ушбу вазифалар назарий таҳлилдан бошлаб ва натижаларни амалий қўллаш билан яқунланган тадқиқотга тизимли ёндашувни таъминлади. Улар муаммони чуқур ўрганишга, ташхисот ва даволашнинг энг самарали усулларини аниқлашга, шунингдек, беморларни даволашни яхшилаш учун янги ёндашувларни ишлаб чиқишга қаратилган;

илмий тадқиқот натижасида ушбу тоифа беморларни даволашда асорат ҳамда ўлим ҳолатини камайтирувчи натижаларга эришилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончилиги** ишда қўлланилган назарий ҳамда амалий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, тадқиқот объектлари сонининг етарлилиги, клиник, инструментал (ултратовуш сонография, эластометрия, ЭФГДС, МСКТ)



усуллар қўлланилганлиги, статистик текшириш усуллари ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, олинган натижаларнинг халқаро ва маҳаллий тадқиқотлар натижалари билан таққосланганлиги, ҳамда хулосаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланган.

#### **Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти:**

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти мазкур илмий ишда жигар циррози фонида ошқозон ва 12 бармоқли ичак яраларидан қон кетишларда, касаллик кечишининг, клиник натижаларининг ўзига хослиги, беморларни ташхислашда замонавий инструментал даволаш усуллари, комбинирланган эндогемостаз, гепатопротектор, антиоксидант, цитопротектив терапия ёндашуви орқали қон кетишларни тўхтатиш, рецидив қон кетишларни ҳамда тизимли яллиғланиш асоратларини камайтириш йўли билан ўлим кўрстагичларини камайтириш самарадорлиги аниқланган ва баҳоланганлиги билан изоҳланган;

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти ЖЦ фонида ошқозон ва ГДЯдан қон кетишлари билан келган беморларда қон тўхтатиш ва рецидивларни олдини олиш, қон кетиш билан ва жигар циррози билан боғлиқ асоратларни ташхислаш, олдини олиш ва ушбу усулларни такомиллаштириш орқали даво натижаларини яхшилаш бўйича олинган илмий хулосалар асосида ЖЦ фонида ошқозон ва 12 бармоқли ичак яралардан қон кетишлари билан келган беморларда комплекс текширувлар ва даволаш режаси ишлаб чиқилганлиги, қайд этилган патологик жараёнлар туфайли қон кетишини бартараф қилинишига қаратилган даво усуллари, қон кетишини тўхтатиш, рецидивларнинг камайишига кўмаклашишининг амалий тасдиқланганлиги, беморларда нафақат қон тўхтатиш, балки рецидивларни олдини олиш, қон кетиш билан боғлиқ асоратлар ва тизимли яллиғланишни профилактикаси сифатида цефалоспоринларнинг ишлатилиши даволаш натижаларини яхшилашга муҳим ҳисса қўшиши билан изоҳланган.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий техник кенгашнинг илмий-тадқиқот ишлари натижаларини амалиётга татбиғи бўйича 2025 йил 20 июн 20/01 – сон хулосасига кўра:

*биринчи илмий янгилик:* илк маротаба жигар циррози фонида ривожланган гастродуоденал яралардан қон кетиши билан келган беморларнинг 40-45%ида уларга хос симптомлар кузатилмаслиги, барча гастродуоденал яралар ва улардан қон кетиш билан асоратланган беморлар батафсил текширилганида уларнинг 6%ида жигарнинг ҳар хил даражада ривожланган сурункали диффуз касалликлари аниқланган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* мазкур илмий ишда жигар циррози фонида ошқозон ва 12 бармоқли ичак яраларидан қон кетишларда, касаллик кечишининг, клиник натижаларининг ўзига хослиги, беморларни ташхислашда замонавий инструментал даволаш усуллари, комбинирланган эндогемостаз, гепатопротектор, антиоксидант, цитопротектив даволаш ёндашуви орқали қон кетишларни тўхтатиш, рецидив қон кетишларни ҳамда тизимли яллиғланиш асоратларини камайтириш йўли билан ўлим кўрсаткичларини

камайтириш самарадорлиги аниқланган ва баҳоланган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши*: олинган илмий-амалий маълумотлар Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Сирдарё вилояти филиали бўйича буйруқ (11.11.2024 й.; №188) ҳамда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Қорақалпоғистон Республикаси филиали бўйича буйруқ (28.02.2025 й.; №55) асосида амалиётга жорий этилган. *Ижтимоий самарадорлиги*: эндоскопик гемостаз, яраларни клипплаш ва адреналин инъекция қилиш, Цефтриаксон, Ребамипид, Глутатион препаратларидан фойдаланиш натижасида асоратлар ривожланиш ҳолатларининг камайишига эришилади. *Ижтимоий самарадорлиги*: Жигар циррози фонида ривожланган гастродуоденал ярадан қон кетиши бўлган беморларда эндоскопик гемостаз, яраларни клипплаш ва адреналин инъекцияси, шунингдек, Цефтриаксон, Ребамипид ва Глутатион препаратларидан фойдаланиш орқали рецидив қон кетиш ва асоратлар сони сезиларли даражада камайган. *Иқтисодий самарадорлиги*: Бу ҳолат беморларнинг шифохонада бўлиш муддатини ўртача 5–6 кунга қисқартирган. (Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Сирдарё филиалининг преysкурантига кўра шифохонада 1 кун қолиш 170000 сўмни ташкил этиши инобатга олинганда, бир бемор ҳисобига бюджет маблағлари ўртача 850000 – 1020000 сўмга иқтисодий самарадорлигига эришилган. *Хулоса*: амалиётлар натижасида рецидив қон кетиш ҳолатлари камайди, асоратлар профилактикаси таъминланди ва ўлим кўрсаткичлари пасайди. Амалиётга жорий қилинган тадбирлар нафақат тиббий самара, балки ижтимоий ва иқтисодий жиҳатдан ҳам юқори аҳамиятга эга бўлиб, ҳар бир бемор ҳисобига 1,3–1,6 млн сўм миқдорида иқтисодий фойда келтириши билан тасдиқланди ва ушбу беморларни даволаш натижаларига сезиларли ижобий таъсир кўрсатади ҳамда асоратлар ва ўлимни камайтириш имконини беради.

*Иккинчи илмий янгилик*: қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш бўлган беморларда, портал гастропатия ва қон ивиш тизимининг издан чиқиши натижасида параллел равишда ошқозон ва 12 бармоқ ичак яраларидан қон кетиши кузатилиши аниқланган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти*: жигар циррози фонида ошқозон ва 12 бармоқли ичак яраларидан қон кетишлари билан келган беморларда комплекс текширувлар ва даволаш режаси ишлаб чиқилди. Бунга кўра, қайд этилган патологик жараёнлар туфайли қон кетишини бартараф этилишига қаратилган даво усулларида, қон кетишининг тўхташи, рецидивларнинг камайиши амалий тасдиқланди. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши*: олинган илмий-амалий маълумотлар Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Сирдарё вилояти филиали бўйича буйруқ (11.11.2024 й.; №188) ҳамда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Қорақалпоғистон Республикаси филиали бўйича буйруқ (28.02.2025 й.; №55) асосида амалиётга жорий этилган. *Ижтимоий самарадорлиги*: қизилўнгач варикоз веналаридан қон кетиши билан бирга ошқозон ва 12 бармоқли ичак яраларидан қон кетиши кузатилган беморларда комплекс текширув ва даволаш протоколини амалиётга жорий этиш асоратларнинг камайишига, рецидив қон кетиш

ҳолатларини 30–35% га пасайишига ҳамда ўлим кўрсаткичларини сезиларли даражада камайтиришга кўмаклашди. Шу билан бирга, беморларнинг ҳаётий прогнозини яхшилаш ва уларнинг қайта-қайта шошилинич госпитализация қилинишининг олдини олиш имконини беради. *Иқтисодий самарадорлиги:* тақдим этилган комплекс даволаш усули жорий қилинган, беморларнинг шифохонада ўртача қолиш муддати 5–6 кунга қисқарди. (Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази прејскурантига кўра, бир кунлик даволаниш харажати 170000 сўмни ташкил этиши ҳисобга олинса, бир бемор ҳисобига 850000 – 1020000 сўм бюджет маблағларини иқтисод қилиб самарадорликка эришилди). Шунингдек, асоратлар камайиши натижасида дори-дармонга бўлган талаб пасайиб, ҳар бир беморга ўртача 400000 – 500000 сўм тежамкорликка эришилди. Умумий ҳисобда ҳар бир беморда иқтисодий самарани 1,2 – 1,5 млн сўмга оширган ҳолда, даволаш натижаларига сезиларли ижобий таъсир кўрсатиб, асоратларни камайтириш имконини беради. *Хулоса:* жигар циррози ва гастродуоденал ярадан қон кетиши кузатилган беморларда нафақат қон йўқотиш билан боғлиқ асоратлар, балки тизимли яллиғланиш жавоб синдроми ва инфекциялар ривожланиши ҳам мумкинлиги аниқланди. Қон кетишни тўхтатиш, рецидивларни олдини олиш ҳамда асоратларни бартараф этишга қаратилган такомиллаштирилган усулларни амалиётга жорий этиш орқали даволаш самарадорлиги оширилди. Натижада рецидив қон кетиш ва асоратлар сони камайди, ўлим кўрсаткичлари пасайди, беморларнинг ҳаётий прогнозлари яхшиланди ҳамда юқори тиббий, ижтимоий ва иқтисодий самарадорликка эришилди.

*Учинчи илмий янгилик:* жигар циррози фонида ривожланган гастродуоденал яралардан қон кетишининг асосий сабаби доимий спиртли ичимликларни истеъмол қилиниши эканлиги клиник лабаратор текширувлар натижаси асосида исботланган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* жигар циррози фонида ошқозон ва 12 бармоқли ичак яраларидан қон кетишларда, касаллик кечишининг, клиник натижаларининг ўзига хослиги, беморларни ташҳислашда замонавий инструментал даволаш усуллари, комбинирланган эндогемостаз, гепатопротектор, антиоксидант, цитопротектив даволаш ёндашуви орқали қон кетишларни тўхтатиш, рецидив қон кетишларни ҳамда тизимли яллиғланиш асоратларини камайтириш йўли билан ўлим кўрсаткичларини камайтириш самарадорлиги аниқланган ва баҳоланган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* олинган илмий-амалий маълумотлар Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Сирдарё вилояти филиали бўйича буйруқ (11.11.2024 й.; №188) ҳамда Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Қорақалпоғистон Республикаси филиали бўйича буйруқ (28.02.2025 й.; №55) асосида амалиётга жорий этилган. ижтимоий самарадорлиги: эндоскопик гемостаз, яраларни клипплаш ва адреналин инъекция қилиш, Цефтриаксон, Ребамипид, Глутатион препаратларидан фойдаланиш натижасида асоратлар ривожланиш ҳолатларининг камайишига эришилади. *Ижтимоий*

*самарадорлиги:* ЖЦ фонида қон кетиш билан келган беморларда махсус антибиотикотерапия (цефалоспоринлар) ва комплекс даволашни жорий этиш қон кетиш рецидивларини 35–40% га камайтирди, тизимли яллиғланиш асоратларини чеклади ҳамда ўлим кўрсаткичларини пасайтиришга хизмат қилди. Шунингдек, шифохонага қайта госпитализация ҳолатлари сезиларли камайди, беморларнинг ҳаётий прогнозини яхшилади. *Иқтисодий самарадорлиги:* комплекс даволаш усулларини амалиётга жорий қилиш натижасида беморларнинг шифохонада қолиш муддати сезиларли даражада қискарди. Бу эса ортиқча дори-дармон сарфини камайтириб, умумий даволаш харажатларини тежаш имконини берди. Шу билан бирга, қайта госпитализация эҳтиёжи камайди ва шифохоналарнинг моддий ресурсларидан самаралироқ фойдаланишга шароит яратди ва касаллик асоратларини олдини олишга ҳамда беморларга сарфланадиган харажатларни 1100000 сўмга камайтиришга эришилди. *Хулоса:* цефалоспоринлар билан антибиотикотерапия қўшилган комплекс даволаш қон кетишни тўхтатишда, рецидивларни олдини олишда, асоратларни камайтиришда ва ўлим кўрсаткичларини пасайтиришда юқори самара берди. Амалиётга жорий қилинган мазкур усул тиббий, ижтимоий ва иқтисодий жиҳатдан юқори аҳамиятга эга бўлиб, ҳар бир бемор ҳисобига 1,3–1,5 млн сўм иқтисодий фойда қилиш имконини берди.

*Тўртинчи илмий янгилик* жигар циррози фонида ривожланган гастродуоденал яралар мавжуд ҳолатларда нафақат қон кетиш асоратлари балки, жигар циррози ва массив қон кетишлар сабабли, тизимли яллиғланишли жавоб синдромининг (ТЯЖС) ҳамда инфекциянинг ривожланиши билан боғлиқ асоратларга олиб келиши исботланган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* жигар циррози фонида ошқозон ва 12 бармоқли ичак яраларидан қон кетишларда, касаллик кечишининг, клиник натижаларининг ўзига хослиги, беморларни ташхислашда замонавий инструментал даволаш усуллари, комбинирланган эндогемостаз, гепатопротектор, антиоксидант, цитопротектив даволаш ёндашуви орқали қон кетишларни тўхтатиш, рецидив қон кетишларни ҳамда тизимли яллиғланиш асоратларини камайтириш йўли билан ўлим кўрсаткичларини камайтириш самарадорлиги аниқланган ва баҳоланган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* олинган илмий-амалий маълумотлар Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Сирдарё вилояти филиали бўйича буйруқ (11.11.2024 й.; №188) ҳамда Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Қорақалпоғистон Республикаси филиали бўйича буйруқ (28.02.2025 й.; №55) асосида амалиётга жорий этилган. *Ижтимоий самарадорлиги:* эндоскопик гемостаз, яраларни клипплаш ва адреналин инъекция қилиш, Цефтриаксон, Ребамипид, Глутатион препаратларидан фойдаланиш натижасида асоратлар ривожланиш ҳолатларининг камайишига эришилади. *Ижтимоий самарадорлиги:* комплекс ташхислаш ва даволаш усулларини қўллаш орқали асоратлар сони камайди, қон кетиш билан боғлиқ ҳолатлар тезроқ бартараф

этилди ва инфекция ривожланиши ҳолатлари сезиларли даражада камайди. Бу беморларнинг ҳаётий прогнозини яхшилаш, уларни тезроқ соғлом ҳаётга қайтариш ва қайта-қайта шошилиш ёрдамга муурожаат қилиш эҳтиёжини пасайтириш имконини берди. *Иқтисодий самарадорлиги:* шифохонада даволаниш даври ўртача 3–4 кунга қисқарди. Натижада 1 нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини тахминан 300–350 минг сўмга, бюджетдан ташқари маблағларни эса 300–400 минг сўмга тежаш имкони яратилди. Даволаниш даврининг қисқариши дори-дармон сарфининг камайишига ҳам олиб келиб, шифохоналарда моддий ресурслардан самарали фойдаланишни таъминлади. *Хулоса:* Жигар циррози фонида гастродуоденал яра билан кечган қон кетишларда инфекция ва тизимли яллиғланиш асоратлари ривожланиши мумкинлиги илмий жиҳатдан асосланди. Ушбу беморларда қон кетишни бартараф этиш, рецидивларни камайитириш ва асоратларни олдини олишга қаратилган такомиллаштирилган усуллар клиник самарадорликни оширди. Натижада даволаш самараси яхшиланди, асоратлар ва ўлим кўрсаткичлари пасайди, ижтимоий ва иқтисодий фойда таъминланди.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Ушбу тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, шу жумладан, 2 та халқаро ва 2 та Республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 18 та илмий иш нашр этилган. Шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 9 та мақола, жумладан, 8 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг таркиби ва ҳажми.** Диссертациянинг таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 119 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқот мақсади ва вазифалари, шунингдек тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, тадқиқотнинг Ўзбекистон Республикаси фан ва техникасини ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий ва амалий аҳамияти ўз ифодасини топган, олинган натижаларнинг назарий ва амалий аҳамиятини очиб берилган, олинган маълумотларнинг ишончлилиги асосланган, тадқиқот натижаларини амалиётга татбиқ этиш, чоп этилган илмий ишлар ва диссертация таркибий тузилиши ҳақида маълумотлар берилган.

Диссертациянинг **“Жигар циррози ва ошқозон ва 12 бармоқли ичак яралари биргаликда келган ҳолатларда гастродуоденал қон кетишига замонавий қарашлар (адабиётлар шарҳи)”** деб номланган биринчи бобида гастродуоденал қон кетишлар этиологияси, патофизиологияси, жигар циррози фонида ривожланишига боғлиқ ва оид замонавий тушунчалар, боғлиқликлар сабабларининг таҳлили, ривожланиш омиллари, шунингдек

ушбу ҳолатларда қўлланилиб келаётган замонавий ташхислаш ва даволаш усуллари ҳамда тамойиллари замонавий маҳаллий ва хорижий тадқиқотчиларнинг чоп этилган манбалари асосида баён этилган. Шу билан бирга портал гипертензия шароитида шиллиқ қават ҳимоя функциясининг бузилиши, гастродуоденал яралардан қон кетиш ва ЖЦ ўртасидаги боғлиқлик, қон ивиш тизимидаги ўзгаришлар, гастродуоденал қон кетишларга таъсир қилувчи бошқа омилларнинг ўрни ва унинг аҳамияти масаласига алоҳида эътибор қаратилган.

Диссертациянинг **“Беморларнинг умумий характеристикаси ва текшириш услублари”** деб номланган иккинчи бобида жигар циррози фонида ривожланган гастродуоденал яралардан қон кетган беморларнинг клиник хусусиятлари, қўлланилган ташхисот ва жарроҳлик даволаш усуллари тўғрисида маълумотлар келтирилган.

Илмий тадқиқот 2020-2024 йиллар давомида Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалида ва Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти “Оилавий тиббиётда хирургик касалликлар” кафедраси клиник базаси ҳисобланган I - II шошилинич жарроҳлик бўлимларида олиб борилган.

Назорат (ретроспектив текшириш) сифатида қабул қилинган бу беморлар орасида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраларидан (ОЎБИЯ) қон кетиши билан 1270 (58%), қизилўнгач варикоз кенгайган вена томирлари (КҚВВТ) дан қон кетиши билан 700(32%), яллиғланишга қарши ностероид праператлар (ЯҚНСП) ва медикаментлар таъсиридаги қон кетишлар билан келган беморлар 220(10%) кишини ташкил қилди. Ушбу кўрсаткичда Мэллори-Вейс синдроми, ўсмалардан қон кетиш ва бошқа кам учрайдиган патологиялар ҳисобга олинмади.

Ўтган давр ичида 1270(100%) ГДЯ қон кетиш билан даволанган беморлар бўлса, шуларнинг ичидан 38(3%) беморда жигарнинг сурункали диффуз касалликлари (ЖСДК) (ЖЦ) ташхиси аниқланган.

Асосий (проспектив) гуруҳнинг 2023-2024 йилларда ОИТЮҚ қон кетиши билан мурожаат қилган 1606 беморида, эндоскопик текширишлар натижасида 450(28%) беморда КҚВВТ дан қон кетиш, 996 (62%) беморда ГДЯ дан қон кетиш ва ЯҚНСП қабул қилган 160(10%) беморда ўткир медикаментоз яралардан қон кетиш кузатилди. Қабул қилинган беморларда эндоскопик текширишлардан ташқари кўрсатмаларга биноан кенгайтирилган инструментал текшириш усуллари (МРТ, МСКТ, УТТ) ўтказилди. Мэллори-Вейс синдроми, ўсмалардан қон кетиш, полиплардан қон кетишлар ва бошқа кам учрайдиган патологиялар ҳисобга олинмади.

Қабул қилинган ГДЯ қон кетиши 996(100%) кузатилган беморларнинг 60(6%) да сурункали жигар паренхимасидаги диффуз ўзгаришлар (СЖДК) борлиги аниқланди ва фон касаллиги сифатида ЖЦ ташхиси қўйилди.

ЖЦ фонида ривожланган КҚВВТ қон кетиши кузатилган 450(100%) беморнинг 21(4,6%) беморда ҳам КҚВВТ қон кетиш ҳам гастродуоденал яралардан қон кетиш аниқланди ва бу беморлар ҳам текшириш гуруҳига киритилди. Назорат гуруҳи касаллик тарихлари ретроспектив таҳлил қилинганда ушбу гуруҳда бундай беморлар бўлмаган. Шундай қилиб, ЖЦ

фонида ГДЯ қон кетган беморлардан 60 бемор ва ҚКВВТ дан қон кетиш бўлсада гастродуоденал яралардан ҳам қон кетаётган 21 бемор аниқланди. Ушбу беморларда биз таклиф этган текшириш ва даволаш усуллари натижалари, даволаш самарадорлигини баҳолаш учун ва хулосалар қилиш учун асос бўлиб хизмат қилди.

**Анамнез.** Назорат гуруҳида беморларнинг 23(60%) тасида касалхонага келгунгача жигар циррози ташхиси мавжуд бўлган бўлса, 15(40%) беморда касалхонага келгандан кейин ёки операция вақтида ташхис қўйилган.

Асосий гуруҳдаги беморлардан 39(65%) киши касалхонага келган пайтда жигар циррози ташхиси қўйилган, 21(35%) беморда касалхонага келгандан кейин замонавий инструментал текшириш усулларида фойдаланган ҳолда даволаш жараёнида ташхис қўйилди.

**Шикоятлар.** Назорат гуруҳидаги 38(100%) беморларнинг 17(45%) тасида касалхонага келганча яра касаллиги билан боғлиқ эпигастрал соҳадаги оғриқ шикоятлари бўлмаган. Беморларда фақатгина ҳолсизлик, тез чарчаш, кўнгил айланиши, иш қобилиятининг пасайиши каби шикоятлар бўлган. Ушбу шикоятлар сабабли беморларда эндоскопик текширишлар ўтказилмаган ва фақат протон помпа ингибиторлари (ППИ) ва антацидлар қабул қилган.

#### 1-жадвал

#### Назорат ва асосий гуруҳда жигар циррози фонида гастродуоденал яралардан қон кетиши ўчоқлари ҳақида маълумот (n=98)

Қон кетиш манбаси	Назорат гуруҳи (n=38) гуруҳи n, (%)	Асосий (n=60) гуруҳи n, (%)
Ошқозон ярасидан	19(50%)	29(48%)
12 бармоқли ичак ярасидан	9(24%)	19(32%)
Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яраларидан	10(26%)	12(20%)
Жами:	38(100%)	60(100%)

Асосий гуруҳ беморларида 60(100%) беморларнинг 24(40%) тасида касалхонага келганча яра касаллиги билан боғлиқ эпигастрал соҳадаги оғриқ шикоятлари бўлмаган.

Ошқозон ичи эндоскоп ёрдамида сув билан ювилгандан сўнг, қонаш манбалари аниқланди. Бунда ошқозондан қон кетаётган яралар - 29(48%) (назорат гуруҳида 19(50%) беморда кўпинча ошқозоннинг тана, пилорик қисмларида), дуоденумдаги яралардан - 19(32%) (назорат гуруҳида 9(24%) беморда) ва ошқозон ҳамда дуоденумдаги яралардан - 12(20%) (назорат гуруҳида 10(26%) кишида қон кетиш аниқланди (1-жадвал).

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакдан қон кетишини ташхислашнинг асосий усули - фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) ҳисобланди, стандартга мувофиқ барча беморларда УТС, жигар эластометрияси кўрсатма бўлганда МРТ ва МРПХГ ўтказилди.

I - назорат гуруҳида, анъанавий консерватив даво (гемостатиклар, ангиопротекторлар, протон помпа ингибиторлари (ППИ), H<sub>2</sub>-блокаторлари, антацидлар) олган ва эндоскопик диатермокоагуляция, шунингдек жарроҳлик операциялари қилинган 38 беморнинг касаллик тарихи

ретроспектив тарзда ўрганилди.

II – асосий гуруҳда проспектив тадқиқот ўтказилди, гастродуоденал яралардан қонаётган 60 ва ҳам ҚВКВТ ҳам гастродуоденал қонаётган 81 нафар бемор киритилиб даволаш сифатини ошириш ва қон кетишининг рецидивланишини бартараф қилишга қаратилган анъанавий давога қўшимча равишда, цефтриаксон 1,0-2 маҳал вена ичига, ребамипид 100 мг, 0,9% натрий хлорид эритмасида, кунига 2 марта, глутатион эритмаси - 1,2г томир ичига секин томчилатиб, эндоскопик гемостазнинг комбинацияланган гемостаз усулларида маҳаллий адреналин 1:10000 нисбатда инъекция қилиш ва қонаётган томирга клипс қўйиш бажарилди. Кўрсатмаларга кўра, инъекция, гемостазнинг бошқа усулларида фойдаланилди. Бир инъекция учун юбориладиган адреналин эритмаси миқдори 1,0 мл дан ошмаслиги керак, умумий ҳажми 4-5 мл ни ташкил қилади ва ундан ошмаслиги керак.

Назорат гуруҳидаги 38 беморда қон кетишини тўхтатиш учун фақатгина монополяр диатермокоагуляция эндоскопик усул сифатида фойдаланилган.

Назорат гуруҳидаги беморлар қон кетиш сабабнинг характериға асосан, яъни ёши, жинси асосий гуруҳ билан таққосланадиган бўлди.

**Ёш.** Тузилиш жиҳатидан иккита кузатув гуруҳида жинс жиҳатидан катта тафовут кузатилмади ( $p>0,05$ ). Беморларнинг ёш гуруҳлари бўйича тузилишида, Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти таснифига кўра (1963), кузатувнинг I- ва II-гуруҳларида ЖЦ фонида ривожланган ГДЯ дан қон кетиш билан касалланган беморларнинг ярмидан кўпи ўрта 45-59 (мос равишда 73,7% ва 80%) ёшни ташкил қилди. Кексалар ва қарилик ёши 60-89 ёшни (мос равишда 26,3% ва 20%) ташкил этди. I-гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши  $57,5 \pm 10,5$  ёш, II-гуруҳда- $59,5 \pm 12,6$  ёшни ташкил қилди. Ўртача ёшга кўра, иккала кузатув гуруҳида ҳам бир хиллик аниқланди ( $p>0,05$ ). (2-жадвал)

## 2-жадвал

### ЖЦ фонида ривожланган ГДЯ дан қон кетиш билан касалланган беморларнинг жинсига кўра тақсимланиши

Жинс	I (назорат) - гуруҳ (n=38) абс.с.(%)	II (асосий) - гуруҳ (n=60) абс.с.(%)	Жами (n=98) абс.с.(%)
Эркаклар	28(74%)	45(75%)	73(74,5%)
Аёллар	10(26%)	15(25%)	25(25,5%)

Изоҳ: -асосий ва назорат гуруҳлари кўрсаткичларида сезиларли фарқлар топилмади ( $p>0,001$ ).

Ўртача ёш бўйича учта кузатиш гуруҳи бир хил эди, статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар топилмади ( $p>0,05$ ). Ёш гуруҳларида (45-59 ёш, 60-89 ёш) асосий ва назорат гуруҳлари ўртасида сезиларли фарқ йўқ ( $p>0,05$ ) (3-жадвал).

## 3-жадвал

### ЖЦ фонида ривожланган ГДЯ лардан қон кетиш билан касалланган беморларнинг ёшига кўра тақсимланиши



Ёши	I-гурух (n=38) абс.с.(%)	II-гурух (n=60) абс.с.(%)	Жами (n=98) абс.с.(%)
45-59 (Ўрта ёш)	28(73,7%)	48(80%)	76(77,5%)
60-89 (кекса ва қарилик ёши)	10(26,3%)	12(20%)	22(22,4%)

Изоҳ: \*Асосий ва назорат гуруҳлари ўртасида иккита ёш тоифасида аҳамиятли фарқлар аниқланди ( $p<0,05$ ).

Беморларнинг ошқозон-ичак трактининг юқори қисмидан (ОИТЮҚ) қон кетишининг интенсивлигини баҳолаш учун Forrest таснифи ишлатилди (1974й). ҚВКВ кенгайиш даражаси баҳолашда Шерцингер таснифидан фойдаланилди. Шу асосда иккала гуруҳда ҳам фарқлар аниқланмади ( $p>0,05$ ).

Шунингдек, статистик репрезентатив намунани олиш учун В.К.Гостищев ва М.А.Евсеев (2005) бўйича қон йўқотиш даражасининг таснифи қўлланилган. Беморларнинг қон йўқотиш даражаси бўйича иккита кузатув гуруҳига тақсимланиши 4-жадвалда келтирилган.

#### 4-жадвал

##### Гостищев В.К. ва Евсеев М.А. бўйича қон йўқотиш даражасининг таснифи (2005)

Қон йўқотиш даражаси	Глобуляр ҳажмнинг етишмаслиги ЦКХ, %
Енгил	15 гача
Ўрта	15 дан 25 гача
Оғир	25 дан 35 гача
Жуда оғир	35 дан юқори

Назорат гуруҳидаги беморларда қон йўқотиш даражалари енгил даражада 5 (13%), ўрта оғир 10 (26,3%), оғир даража 17 (44,7%) ва жуда оғир қон йўқотиш 6 (16%) беморни ташкил қилди.

Асосий гуруҳ беморларнинг енгил қон йўқотиш билан 9 (15%) бемор, 19 (32%) киши ўртача қон йўқотиш, 23 (39%) киши оғир қон йўқотиш, 9 (14%) бемор жуда оғир қон йўқотиш билан касалхона бўлимларига ётқизилган. Қон йўқотиш даражасига кўра, асосий ва назорат гуруҳлари таққосланадиган эди (5-жадвал).

#### 5-жадвал

##### I- II -гуруҳлардаги қон кетишида қон йўқотиш даражаси бўйича беморларнинг тақсимланиши

Қон йўқотиш даражаси	I-(назорат гуруҳ) (n=38) сон (%)	II-( асосий гуруҳ) (n=60) сон (%)	Жами (n=98) абс.сон (%)
Енгил	5(13%)	9(15%)	14(14,3%)
Ўрта	10(26,3%)	19(32%)	29(29,5%)
Оғир	17(44,7%)	23(39%)	40(41%)
Жуда оғир	6(16%)	9(14%)	15(15,2%)

Изоҳ: -гуруҳлар орасида параметрларда аҳамиятли фарқлар аниқланмади ( $p>0,05$ ).

Асосий ва назорат гуруҳи беморлари ЖЦ ривожланганлик даражасига кўра қуйидагича бўлинди. ЖЦ жигар функционал ҳолатига кўра Чайлд-Пью таснифига асосан А, В ва С гуруҳларга бўлинди. Қулайлик учун А синфдаги беморларни компенсацияланган гуруҳга, В ва С синфларни декомпенсацияланган гуруҳларга киритдик (тақсимланиш – 6-жадвалда кўрсатилган). ЖЦ компенсация босқичи фонида мос равишда 9(15%) ва 3(8%) ва декомпенсация босқичида мос равишда 51(85%) ва 35(92%) учради. (6-жадвал)

**6-жадвал**

**ЖЦ да жигарнинг функционал ҳолатига кўра тақсимланиши (n=98)**

Касаллик характери	I-назорат гуруҳи (n=38) абс (%)	II-асосий гуруҳ (n=60) абс (%)
ЖЦ компенсация	3(8%)	9(15%)
ЖЦ декомпенсация	35(92%)	51(85%)
Жами	38(100%)	60(100%)

Назорат ва асосий гуруҳлар жинси, ёши ва қон йўқотиш даражаси бўйича бир хил ва солиштириш мумкин эди ( $p>0,05$ ).

Тадқиқот давомида мавжуд турли хил йўлдош ва фон касалликлар кесимида ошқозон ва 12 бармоқли ичакдан қон кетишининг частотаси, асоратлар микдори ва табиати, ошқозон ва 12 бармоқли ичакдан қон кетишининг рецидивланиши частотаси, даволаш натижалари ва касалликнинг клиник кўринишлари ўзига хос хусусиятларининг статистик таҳлили ўтказилди.

Иккала гуруҳдаги беморларда ЭФГДС қилиш орқали ошқозон ва 12 бармоқли ичакдан қон кетиш ҳолатларини қайд этиш динамикаси 7-жадвалда кўрсатилган.

**7-жадвал**

**ЖЦ фонида ривожланган ГДЯ дан қон кетиш интенсивлиги бўйича (Форрест таснифи) тақсимланиши**

Ошқозон-ичакдан қон кетишининг тури	I-гуруҳ (n=38) мутлоқ сон (%)	II-гуруҳ (n=60) абс.сон (%)	Жами (n=98) абс.с. (%)
F1a	5 (13)	9(15)	14(14,3)
F1b	13 (34)	24(40)	37(37,7)
F1a	16 (42)	18 (30)	34(34,7)
F1b	4 (11)	9(15)	13 (13,3)
F1c	-	-	-
F1d	-	-	-
Жами	38 (100,0)	60 (100,0)	98 (100,0)

Изоҳ: - гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар аниқланмади ( $p>0,05$ )

ЭФГДС пайтида фаол қон кетиш (F1) биринчи гуруҳнинг фақат 5

беморида (13%) ва иккинчи гуруҳда 9 беморда (15%) ташхисланган. Биринчи (назорат гуруҳи) гуруҳдаги беморларнинг энг юқори фоизи F-Ib, F-IIa, F-IIb (мос равишда 34%, 42%, 11% беморлар) ва шунга ўхшаш иккинчи (асосий) гуруҳда F-Ib, F-IIa, F-IIb (мос равишда 40%, 30%, 15%) беморлар ташкил этган. Асосий ва назорат гуруҳлари ўртасида қон кетиш интенсивлигида статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар аниқланмади ( $p>0,05$ ). Эътиборлиси шундаки, иккала гуруҳ беморларида ҳам стабил гемостаз F-IIIс қайд этилмаган (7-жадвал).

Қизилўнғачнинг варикоз томирлари бор ёки йўқлигини, уларнинг кенгайиш даражасини аниқлаш учун беморларга фиброгастроуденоскопия ўтказилди (фиброгастроуденоскоп “ОЛИМПУС” компанияси, Япония).

Қизилўнғач варикоз кенгайган веналарнинг кенгайиши кейинчалик Шерцингер А.Г. тасниф бўйича баҳоланди.

#### **ҚВКВ таснифи А.Г. Шерцингер бўйича, 1986**

- I даража – вена диаметри 3 мм гача
- II даража - вена диаметри 5 мм гача
- III даража - вена диаметри 10 мм гача

#### **8-жадвал**

#### **Нazorat ва асосий гуруҳларда ЖЦ фонида ҚВКВ нинг А.Г. Шерцингер бўйича тақсимланиши (n=98)**

ҚВКВ даражаси	Нazorat гуруҳи (n,%)	Асосий гуруҳ (n,%)
I-синф	-	-
II-синф	12(31,5%)	12(20%)
III-синф	26(68,5%)	48(80%)
Жами	38(100%)	60(100%)

Шундай қилиб, назорат гуруҳидаги беморларнинг 70% ҚВКВ III-даражали кенгайиши, асосий гуруҳда эса 80% III-даражали кенгайиши аниқланди (8-жадвал).

Клиник тадқиқотларга шикоятларни тўплаш, касаллик ва ҳаёт анамнези, умумий ҳолат ва объектив ҳолатни баҳолаш, шунингдек лаборатор текширувлар, эндоскопия, МСКТ, МРТ киритилган. Барча лаборатор текширувлар клиниканинг лабораториясида стандарт усуллар бўйича ўтказилиб, қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, қон биокимёвий таҳлили ва қон ивиш тизимини ўрганишни ўз ичига олган.

Эзофагогастроуденоскопия шошилиш кўрсатмалар бўйича, иложи борича, касалхонага ётқизилган кунда ёки хуруж қолдирилгандан кейин амалга оширилган. Беморларда фиброгастроуденоскопия Япониянинг “Olympus” компанияси, аппаратида ўтказилган.

Тадқиқотга киритилган барча беморлар патологик жараённи визуал равишда объективлаштириш учун эндоскопик аралашувга тайёргарлик кўришдан олдин ултратовуш текширувидан ўтказилган. Ушбу тадқиқотнинг асосий вазифалари ўт тошларининг ҳажми ва миқдори, тузилиши ва жойлашишини аниқлашда ёрдам берган. Ушбу текширувлар 3,5 Мгц тўлқин узунлигидаги, конвексли ва чизиқли узатгичлардан фойдаланган ҳолда

“Mindray DC-40 m6” қурилмасида реал вақтда амалга оширилган. Беморни орқа ва чап томонидаги ҳолатда, шунингдек тинч нафас олиш ва чуқур эркин нафас пайтида текширилган.

Ўрганилаётган кўрсаткичларни вариацион таҳлил қилиш жараёнида ўртача қиймат (M) ва туб-ўртача квадратик хатолик ( $\pm m$ ) аниқланган. Ахборотни статистик қайта ишлаш STATISTICA Advanced дастури ва статистик дастурлар тўплами ёрдамида амалга оширилган. Маълумотлар базасини яратишда Microsoft Excel 2013 дан фойдаланилган. Лаборатор, инструментал ва баҳолаш маълумотлари, назобилиар дренаж билан транспапилляр аралашувлардан кейинги биринчи, учинчи ва бешинчи кунларда натижалар қабул қилинган қиймат билан таққосланган. Студентнинг  $t$  – мезони аниқланган. Фарқлар  $p < 0,05$  да аҳамиятли деб ҳисобланган. Шунингдек, таҳлил қилиш пайтида аҳамиятлилиқ ( $z$ ), Студентнинг ( $t$ ) мезонига аналогик, намуна улуши ( $p$ ) ва стандарт хатолик ( $\pm Sp$ ) ҳисоблаб чиқилган. Критик қийматлар жадвалида ( $t$ ), муҳимлик даражаси ( $z$ ), қиймат даражаси ( $a$ ) ва эркинлик даражалари сони ( $v$ ) аниқланган. Фарқлар  $p < 0,05$  да аҳамиятли деб ҳисобланган.

Диссертациянинг «**Жигар циррози ва портал гипертензия бўлган беморларда гастродуоденал яралардан қон кетишда ташхис қўйиш ва даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш**» деб номланган учинчи бобида назорат гуруҳидаги беморларда жигар циррози ва портал гипертензия сабабли ривожланган гастродуоденал яраларнинг клиник хусусиятлари, яралардан қон кетишининг ўзига хослиги ва хусусиятлари, консерватив, эндоскопик ва жарроҳлик даволаш усулларининг натижалари ёритилган.

Беморларнинг консерватив, эндоскопик ва жарроҳлик усуллари билан даволаниш натижалари, ташхисот маълумотлари, касалликнинг клиник кечиш динамикаси, лаборатория кўрсаткичлари динамикаси, қон кетишнинг қайта пайдо бўлиши (рецидив), ётоқ кунлари, ўлим кўрсаткичлари ва бошқа параметрлар таҳлил қилинди.

Назорат гуруҳидаги беморлардан 23(60%) кишига жигар циррози ташхиси касалхонага келган пайтда қўйилган, 15(40%) беморда касалхонага келгандан кейин текширишлар натижасида ва фақатгина операция вақтида (интраоперацион) 6(16%) беморда ЖЦ ташхиси қўйилган.

Гастродуоденал яраларнинг жойлашиши бўйича улардан 10(26%) беморда ошқозон ҳамда 12 бармоқли ичакда, 9(24%) кишида 12 бармоқли ичакда ва 19(50%) ҳолатда ошқозон танаси яраларини ташкил қилган (9-жадвал).

#### 9-жадвал

##### **Жигар циррози бўлган беморларда гастродуоденал яралардан қон кетиши манбалари ҳақида маълумот (n=38)**

Қон кетиш манбаси	n (%)
Ошқозон танаси яраларидан	19 (50%)
12 бармоқли ичак яраларидан	9 (24%)

Назорат гуруҳидаги беморларнинг 17(45%) тасида касалхонага келганча яра касаллиги билан боғлиқ оғриқ шикоятлари бўлмаган.

Назорат гуруҳидаги беморларда, анъанавий консерватив даво (гемостатиклар, ангиопротекторлар, ИПП, H<sub>2</sub>-блокаторлари, антацидлар) олган ва эндоскопик диатермокоагуляция бажарилган, оғир ва рецидив қон кетишларда жарроҳлик операциялари бажарилган. Эндоскопик текширишлардан кейин назогастрал зонд орқали ошқозон 1мл адреналин қўшилган совуқ сув билан ювилди. Кўрсатмаларга кўра (гипопротромбинемия) К витамини (викасол) буюрилган. Портал веналарда қон босимни пасайтириш мақсадида Октреотид препарати 5 кун давомида ишлатилди.

Гемостатик терапияда қуйидаги дорилар ишлатилган: Этамзилат натрий (Дицинон) 12,5% - 8 мл (в/и) биринчи киритишда, кейин кунига 4 марта; Викасол 1% - 1 мл (м/и) кунига 2 марта; Кальций хлорид 1% - 100 мл (в/и) кунига 4 марта. Фибринолизни бостириш учун Транексам кислота кунига 250-500 мг дан 4 марта буюрилган. Тромбоцитопения ( $60 \times 10^9/\text{л}$  дан кам) ҳолатларида тромбоцитларни қуйиш амалга оширилди. Қоннинг кислород ташиш функциясининг бузилишини бартараф этиш учун гемоглобин даражаси 80 г/л дан паст ва гематокрит 25% дан кам бўлган ўткир анемияда эритроцитар масса қуйиш амалга оширилган. Янги музлатилган плазмани қуйиш ўртача ва оғир даражадаги массив қон йўқотиш, геморрагик шок ривожланиши, антикоагулянтларнинг ҳаддан ташқари дозаси, халқаро меъёрлаштирилган муносабат (ХММ) даражаси 1,5 дан юқори ва/ёки ПТИ 80% дан паст бўлган ҳолда амалга оширилган.

Эрадикацион терапия қон тўхтаганидан 3-4 кун ўтгач бошланган. Омепразолни кунига 20-40 мг дозада, Амоксициллин кунига 1000мг х 2 (10 кун давомида), Кларитромицин кунига 500мг х 2 (7 кун давомида) қабул қилиш киради. Терапиянинг умумий давомийлиги камида 7 кун эди.

Назорат гуруҳида барча 38 беморларда ЭГДФС амалиёти бажарилган. Ушбу беморларда эндоскопик диатермокоагуляция ва барча стандартлар асосида гемостатик, антисекретор ва антифибринолитик терапия, кўрсатмаларга асосан трансфузион терапия (музлатилган плазма ва эритроцитар масса) даволаш амалиётлари бажарилган. Беморларнинг F-Ia профуз қон кетиш 5 кишида, F-Ib бемордан 3 тасида, жами 8(21%) беморда қайта қон кетиш (рецидив) кузатилди. Ушбу беморларнинг 8(21%) рецидив қон кетиши сабабли жарроҳлик йўли билан даволанган.

Назорат гуруҳидаги беморларнинг 5(13%) нафарида F-Ia профуз қон кетиш кузатилган. F-IIb бемордан 3 тасида, жами 8(21%) беморда қайта қон кетиш (рецидив) кузатилди. Келганда беморларнинг умумий аҳволи оғир. Постгеморагик анемиянинг оғир даражаси қайд этилган.

Назорат гуруҳидаги беморларда операция қилинган беморлар орасида касалхона ичидаги ўлим 3(8%), операция қилинмаган беморлар орасида 4 (10,5%) бемор турли сабабларга кўра вафот этган. Беморлар орасида оператив фаоллик 15,7%ни ташкил қилган. Вафот этган беморларнинг

умумий сони 7(18,4%) кишини ташкил қилди. Булар асосан декомпенсацияланган ЖЦ (операция қилинган ва операция қилинмаган) билан баҳоланган беморлар орасида бўлди. Ўлим сабаблари 10-жадвалда келтирилган. Фақатгина 2 беморда (28,5%) гиповолемик шок (қон кетиш сабабли) фонида содир бўлган. Буйрак етишмовчилиги 1(14,3%), 3(13%) ҳолатда инфекцион асоратлар сабабли вафот этган, булар спонтан бактериал перитонит ва пневмония (юқумли асоратлар) ва 1(14,3%) ҳолатда ўткир миокард инфарктидан вафот этиб, бу қон кетиш билан боғлиқ бўлмаган ўлимга сабаб бўлган.

#### 10-жадвал

##### Назорат гуруҳ беморларида ўлим сабаблари (n=7)

Сабаблар	n (%)
Декомпенсирланган постгеморрагик шок (стационарда ҚВВТ профуз қон кетиш)	2(28,5%)
Жигар етишмовчилиги	1(14,3%)
Сепсис	3(43%)
Пневмония	1
Спонтан бактериал перитонит	1
Эвентерация	1
Ўткир миокард инфаркти	1(14,3%)
Жами	7(18,4%)

Назорат гуруҳидаги ўлим сабабларининг таҳлили шуни кўрсатдики, операция қилинган беморлар орасида 1 беморда операциядан кейинги даврда пневмония ва нафас етишмовчилиги, 1 беморда спонтан бактериал перитонит ва 1 беморда операциядан кейинги жароҳат эвентерацияси, прогрессивлашган перитонит сабабли ўлим ҳолати кузатилган. Ушбу асоратларни, тизимли яллиғланишли жавоб синдроми (ТЯЖС) ривожланиши, ЖЦ фонида ривожланган иммун тизимдаги ўзгаришлар ва иккиламчи инфекциянинг ривожланиши билан боғладик. Ушбу гуруҳдаги беморларда гастродуоденал яралар борлиги ва уларда қон кетиши сабабли, хеликобактер терапия мақсадида Азитромицин 500мг х 2 маҳал тавсия этилганлиги ва бу кўрсатма ХП текширувларисиз берилганлиги аниқланди. Йирингли асоратларнинг келиб чиқишида беморларда цефалоспоринлар берилмаганлиги билан боғлиқ деган фикрга келдик.

Назорат гуруҳидан 2 беморда геморрагик шок сабабли ўлим юзага келди, бунинг сабаби ҚВКВ дан профуз қон кетиш сабаб бўлди. Ушбу икки беморда гастродуоденал яралардан қон кетиш эндоскопик йўл билан гемостаз бажарилган бўлсада, лекин стационар даволанишнинг 4- ва 5-суткаларида илгари қонамаган ҚВКВ дан профуз қон кетиш ва ўлим ҳолати юзага келган.

Диссертациянинг “Асосий гуруҳ беморларда жигар циррози ва портал гипертензия фонида гастродуоденал яралардан қон кетишни даволашда таклиф қилинган эндоскопик гемостаз тактикаси ва консерватив терапия натижалари” деб номланган тўртинчи боби ЖЦ

фонида ривожланадиган гастродуоденал қон кетишларни даволаш, рецидивлар фоизини ва мажбурий операцияларни камайтиришга қаратилган кенг қамровли медикаментоз давонинг оптимал даволаш усули ва комбинирланган эндогемостазни таҳлил қилиш ва унинг натижаларини ёритилишига бағишланган. Шу муносабат билан, комбинацияланган эндоскопик гемостаз, медикаментоз гемостаз, цитопротектив терапия ребамипиднинг, гепатопротектив ва антиоксидант терапия самарадорлигини баҳолаш асосида оптимал даволаш тактикани аниқланди ва таҳлил қилинди. Бундан ташқари, жигар циррози бўлган беморларда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ярасини ривожланишига олиб келувчи омиллар алоҳида кўриб чиқилган.

Ушбу гуруҳ беморларининг 39(65%) тасида касалхонага келган пайтда ЖЦ ташхиси қўйилган бўлган, 21(35%) беморда касалхонага келгандан кейин инструментал текшириш усулларида фойдаланган ҳолда даволаш жараёнида ташхис қўйилди. Асосий эътибор, гастродуоденал қон кетиш аниқланган беморларда, ЖЦ фонида жигар паренхимасидаги сурункали диффуз ўзгаришларга (ЖСДК) қаратилди. Гастродуоденал қон кетишлар 996 (100%) беморда кузатилган, беморларнинг 60(6%) тасида жигар паренхимасидаги сурункали диффуз ўзгаришлар (ЖСДК), ЖЦ борлиги аниқланди ва фон касаллиги сифатида ЖЦ ташхиси қўйилди. ЖЦ фонида ривожланган ҚВКВ қон кетиши кузатилган 450 (28%) беморнинг 21 (4,6%) тасида ҳам ҚВКВ қон кетиш ва гастродуоденал яралардан қон кетиш аниқланди ва бу беморлар ҳам текшириш гуруҳига киритилди. Шундай қилиб тадқиқотга, ЖЦ фонида ГДЯ дан қон кетган 60 бемор ва ҚВКВ дан қон кетиш билан 21 бемор киритилди.

Ушбу беморларни биз таклиф этган усулларда даволаш натижалари, даволаш самарадорлигини баҳолаш учун асос бўлиб хизмат қилди. Назорат гуруҳидаги (ретроспектив) беморлар даволаш натижалари, асоратлар ва ўлим сабаблари таҳлилидан кейин қуйидаги даволаш схемаси ишлаб чиқилди ва асосий гуруҳ беморларига тавсия этилди.

**Эндоскопик гемостазни бажаришда** – комбинирланган эндоскопик гемостаз бажарилди: маҳаллий Адреналин 1:10000 нисбатда инъекция қилиш ва қонаётган томирга клипс қўйиш амалиёти.

ЖЦ фонида ОИТ юқори қисмидан қон кетишларда, эндоскопия вақтида қизилўнгач веналарининг кенгайганлиги кўринганда ва ошқозон қон билан тўлган ҳолатларда барча қон тўхтатишнинг эндоскопик чоралари қизилўнгач кенгайган веналарига қаратилиб, асосий қон кетиш манбаси қолиб кетиш ҳолатлари бўлиши мумкин.

Назорат гуруҳидаги қон кетишларнинг қайталаниши ва гастродуоденал қон кетишлар эндоскопик йўл билан тўхтатилишига қарамасдан, даволаниш даврида қон кетишнинг такрорланиши ва унинг манбаси бўлиб қизилўнгач веналари сабаб бўлиши мумкинлигини (назорат гуруҳида 3 ҳолатда) ҳисобга олган ҳолда эндоскопик тактикани таклиф қилдик.

Бунда, ошқозон ва 12 бармоқли ичак яраларидан қон кетишида, рецидивларнинг олдини олиш мақсадида комбинирланган эндоскопик гемостаз, қонаётган ярага қон тўхтатувчи клипс ва яра атрофига адреналин

инъекциясини қилиш шарт.

ЖЦ мавжуд беморларда гастродуоденал яралардан массив қон кетишларда, қон ивиш омилларининг кескин дефицити ва гемостаз ҳолатининг бузилиши, гастропатик жараёнларнинг нафақат ошқозон ва 12 бармоқли ичакларда, балки қизилўнғачнинг пастки қисмларига тарқалишини инобатга олган ҳолда, веналардан аррозия сабабли қон кетишини кутмасдан варикоз кенгайган веналарни профилактик лигирлаб чиқиш керак.

Ошқозон шиллиқ қаватидаги гепатоген яраларга таъсир қилиш мақсадида гастропротекторлар ребамепид, жигар фаолиятини тиклаш мақсадида гепатопротектор ва антиоксидант ҳисобланган Глутатион препаратларни максимал дозаларда бериш тавсия қилинди.

**1. Цефтриаксон** - 1,0 х 2 маҳал вена ичига. ЖЦ фонида тизимли яллиғланишли жавоб синдроми (ТЯЖС) ривожланиши мумкинлиги сабабли, антихеликобактер давога қўшимча равишда септик асоратлар ривожланиши олдини олиш мақсадида таклиф қилинди.

**2. Ребамипид** - 100 мг дан назогастрал зонд орқали кунига 3 марта 2-4 ҳафта давомида берилди. Ребамипид бу - 2-хинолиноннинг аминокислота ҳосиласи бўлиб, шиллиқ қаватни ҳимоя қилиш, гастродуоденал яраларни ва гастритни даволаш учун қўлланилади. У шиллиқ қаватда ҳимояни кучайтириш, эркин радикалларни нейтраллаш ва циклооксигеназа-2 ни кодловчи генларни вақтинча фаоллаштириш орқали таъсир кўрсатади.

**3. Глутатион** - замонавий тадқиқотлар шуни тасдиқлайдики жигарнинг сурункали диффуз касалликларида жигар энцефалопатиясининг асосий патогенези бош мия ҳужайраларининг кўпчилик қисмини ташкил қилган астроцитларга аммиакнинг ноҳуя таъсири бўлиб ҳисобланади (Ивашкин В.Т., Маевская М.В., ва бошқ., 2016., Павлов Ч.С., Дамулин И.В., 2016). Меъёردа инсон танасида ҳосил бўлган аммиакнинг 70%и бош мия тўқимаси орқали, унинг меърий ҳолати ҳамда функциясига таъсир қилмасдан ўтади. Жигар тўқимасининг зарарланиши билан ёки портокавал шунтлардан кейин умумий айланаётган қон таркибига аммиакнинг катта миқдорда тушиши кузатилади. Жигар циррози ёки портокавал шунтлардан кейинги гипераммонемия сабабли ичакларда аммиак сўрилишининг кучайиши, жигарда эса унинг детоксикациясининг бузилиши натижасида гипотрофик суяк мушакларида унинг боғланиш даражасининг пасайиши кузатилади, яъни глутамин синтези фаоллиги пасаяди (Stewart C.A. Menon K.V.N., 2006).

Глутатион - организмнинг антиоксидант ҳимоясининг муҳим таркибий қисмидир. Жигар метаболик фаол аъзо бўлганли сабабли, организмнинг детоксикация “лабораторияси” ва кўплаб оксидланиш-қайтарилиш реакциялари содир бўладиган оксиллар, липопротеинлар ва бошқа муҳим молекулаларнинг синтезининг асоси ҳисобланади. Жигар циррози бўлган беморларда гастродуоденал яралардан қон кетишида таклиф қилинган эндоскопик ва консерватив даволаш тактикасининг натижалари қуйидагича бўлди.

Муваффақиятли эндоскопик гемостаз даражаси ярали қон кетиш гуруҳида 95%ни ташкил қилди. Асосий гуруҳ беморларида рецидивли қон кетиши бўлганлар F-IA ичидан фақат 6 бемордан 3 (50%) кишида, умумий



беморлар ҳисобидан 5% (назорат гуруҳида 21%) даволанишнинг 1-3 кунларида беморларда қон кетиши такрорланган, бу эса жарроҳлик даволашни талаб қилди.

Назорат гуруҳидаги рецидивларга нисбатан 2 барабар кам кузатилди. Уччала беморда ҳам ЖЦ нинг декомпенсация босқичи Чайлд-Пью бўйича С синфга тўғри келди. F-IV қон кетиш гуруҳидаги беморларда ярани клипирлаш ва адреналин эритмаси инъекциясидан кейин рецидив ҳолатлари кузатилмади. Рецидив қон кетиши бўлган 2 беморга оператив даво ўтказилди. Бунда “Юқори ўрта лапаратомия гастротомия, қонаётган ярани тикиш, қорин бўшлиғини дренажлаш” операцияси 2(3,3%) беморда бажарилди (11-жадвал).

#### 11-жадвал

#### Назорат ва асосий гуруҳлардаги беморларда ўтказилган жарроҳлик аралашув турлари

Жарроҳлик турлари (назорат гуруҳи)	Беморлар сони (n=38) абс, %
Лапаротомия. Гастротомия. Ошқозон танасининг ўткир қон кетаётган ярасини тикиш	2 (5%)
Лапаротомия. Дуоденотомия, ўткир қон кетаётган ярани тикиш	6 (16%)
Жарроҳлик аралашуви турлари (асосий гуруҳ)	Беморлар сони (n=60) абс, %
Лапаротомия. Гастротомия. Ошқозон танасининг ўткир қон кетаётган ярасини тикиш	2(3,3%)

Ушбу беморлар гуруҳида бир вақтнинг ўзида қонаётган гастродуоденал яраларнинг комбинирланган эндогемостази (клипслаш, адреналин инъекцияси) ва қонаётган варикоз томирларни эндоскопик латексли ҳалқалар билан лигирлаш амалиёти бажарилди.

Ушбу гуруҳ беморлари жуда оғир контингент беморларга кириб, асосий гуруҳ даволаш натижалари ва назорат гуруҳ даволаш натижалари билан тикқосланмади.

Асосий гуруҳ беморларида операциядан кейин 1 беморда жигар-буйрак етишмовчилиги натижасида ва операция қилинмаган 2 беморда декомпенсирланган постгеморрагия сабабли ўлим ҳолати, жами 3(5%) та беморда кузатилди.

Рецидив қон кетиши бўлган 2 беморда оператив даво ўтказилди. Бундан “Юқори ўрта лапаратомия гастротомия, қонаётган ярани тикиш, қорин бўшлиғини дренажлаш” операцияси 2(3,3%) бажарилди (12-жадвал). Текширилаётган проспектив беморларнинг бир қисмида, яъни 21(4,6%) (проспектив текшириш даврида ҚВКВ дан қон кетган беморлар ичидан) нафарида ҳам ҚВКВТ ҳам гастродуоденал гепатоген яралардан қон кетган беморни ташкил қилди (назорат гуруҳида йўқ). Бу яралар асосан ошқозоннинг ва 12 бармоқли ичакнинг турли қисмларда жойлашган яралардир. Ушбу ҳолат шу хулосани берадики, кенгайган қизилўнгач варикоз

томирлари қонамаётган бўлсада, уларни тўла тўқис лигирлангандан кейин албатта ошқозон ва 12 бармоқли ичак қонаётган яралар борлигига текширилиши лозимлигини кўрсатади.

Хулоса, ушбу беморда ЖЦ фонида ривожланган ҚВКВ дан қон кетиши бўлган, веналар лигирланиши ва қон кетиши тўхтатилган бўлсада, кейинги эндоскопик текшириш давом эттирилганида яна қон кетиш ўчоғи гастродуоденал яра манбаси сифатида аниқланди ва комбинирланган гемостаз ишлатилиб қон кетиш тўхтатилди. Танланган тактиканинг ушбу беморда клиник самарадорлиги юқорилигини кўрсатди. Биринчи эндоскопия вақтидан ҚВКВ бўлсада, ЖЦ фонида ривожланиши мумкин бўлган портал гастропатия ва қон ивиш тизимидаги ўзгаришлар натижасида, бир вақтнинг ўзида гастродуоденал яралар ҳам қонаши мумкинлигини кўрсатди.

## 12-жадвал

### Беморларда қон кетишининг рецидивланиши ва шошилиш жарроҳликдан кейинги ўлим кўрсаткичлари

Операция	Ўлим кўрсаткичи					
	Операцияда н кейинги	Постгеморр агик анемия	Гепаторенал синдром	Инфекцион асоратлар	Ўткир миокард инфаркти	Ўлим
Назорат (n=38)	8(3)	2(5,3%)	1(3%)	3(8%)	1(2,6%)	7(18,4%)
Асосий (n=60)	3(1)	2(3,3%)	1(1,6%)	-	-	3(5%)

Шундай қилиб, асосий гуруҳ беморларида таклиф қилинган эндоскопик тактика ва даволаш схемаси ижобий натижаларни кўрсатди. Гастродуоденал қон кетишлар билан мурожаат қилган беморларда чуқур инструментал текширишлар шуни кўрсатдики, уларда ЖСДК турли даражадаги функционал ҳолатда барча беморлар орасида 6% аниқланди, бу ретроспектив таҳлил қилинган беморларга нисбатан 2 барабар кўп.

ЖЦ фонида ривожланган ҚВКВТ қон кетиши кузатилган беморлар текширилганида уларнинг 21(4,6%) тасида ҳам ҚВКВТ қон кетиш ва гастродуоденал яралардан қон кетиш аниқланди. Шундай қилиб, ЖЦ фонида ОИТ юқори қисмидан қон кетишларда, эндоскопия вақтида кенгайган қизилўнгач веналари кўринганда ва ошқозон қон билан тўлган пайтда веналар лигирланиб асосий қон кетиш манбаси қолиб кетиш ҳолатлари бўлиши мумкин.

Назорат гуруҳидаги беморнинг бирортасида гастродуоденал яралардан қон кетиш аниқланмаган ва фақатгина варикоз кенгайган веналарга нисбатан қон тўхтатиш амалиётлари бажарилган.

ЖЦ ва унинг фонида гастродуоденал яраларнинг пайдо бўлиши ва қонашида патогентик жиҳатдан таъсир омилларининг роли аниқланганда спиртли ичимликларнинг таъсири яққол кўринди ва бу 18% ҳолатларда қайд этилди.

Назорат гуруҳида эндоскопик диатермокоагуляция ва стандарт

гемостатик терапия бажарилганида қон кетишининг рецидивланиши 21% ни ташкил қилганлиги сабабли, асосий гуруҳ беморларида комбинирланган эндоскопик гемостаз қонаётган ярага қон тўхтатувчи клипса ва яра атрофига адреналин инъекциясини қилиш таклиф қилинди. Бунинг натижасида асосий гуруҳ беморларида рецидивлар 21% дан 5% гача камайди.

Назорат гуруҳида қон кетишларнинг рецидивланиши ва гастродуоденал қон кетишлар эндоскопик йўл билан тўхтатилишига қарамасдан, даволаниш даврида қон кетишнинг такрорланиши ва унинг манбаси қизилўнгач веналари сабаб бўлиши мумкинлигини (назорат гуруҳида 3 ҳолатда) ҳисобга олган ҳолда, қонаш манбаи гастродуоденал яралар бўлсада эндоскопик жараён вақтида бирданига кенгайган қизилўнгач веналарига ҳам латексли клипсалар ёрдамида клиппирланиши рецидивлар сонини кескин камайтирди.

Бинобарин, ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичак яраси қонаши билан қизилўнгач варикоз кенгайган веналар бўлган беморларда режалаштирилган аралашувлар пайтида иккала манбада ҳам фаол, ҳам потенциал қонаши мумкин бўлган веналарни лигирлаш тактикаси таклиф қилинади.

Таклиф қилинган даволаш тактикаси натижасида, шошилиш операциялар сони 8(21%) тадан 3(5%) тагача, ўлим кўрсаткичи 7(18,4%) тадан 3 (5%) тагача камайди.

## ХУЛОСА

1. Жигар циррози фонида ривожланган гастродуоденал яралардан қон кетиши билан асоратланган беморларнинг анамнезидан 40-45% ҳолларда ярага хос симптомлар кузатилмайди. Ушбу беморларда махсус инструментал текшириш усуллари (МРТ, МСКТ, УТС, эластография) ишлатилганда жигар циррози назорат гуруҳидаги 3% дан 6% гача ошганлиги аниқланди. Асосий гуруҳда жигар циррозида қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш аниқлансада, батафсил текширилганда, нафақат веналарда балки 4,6% беморларда гастродуоденал қон кетиш борлиги аниқланди. Жигар циррози фонида гастродуоденал қон кетишнинг оғирлик даражаси 45-53% беморларда оғир ва ўта оғир даражада бўлганлиги аниқланди.

2. Жигар циррози фонида гастродуоденал яралардан қон кетиши ривожланган беморлар этиологик сабаблари аниқланганда, иккала гуруҳда ҳам вирусли гепатитлар В, С, микст вируслар ва алкоғолли жигар циррозининг этиологик сабаби сифатида 18% спиртли ичимликлар қабул қиладиган беморлар 45% ни ташкил қилди. Иккала гуруҳ беморларида яраларнинг ярмидан кўпи ошқозон қисмларида жойлашганлиги аниқланди.

3. Жигар циррози билан касалланган беморларда гастродуоденал яралардан қон кетишларда стандарт даво ва таклиф қилинган алгоритм натижасида қон кетишининг қайталаниши ва даволаш натижаларининг таҳлили шуни кўрсатдики, назорат гуруҳидаги беморларда қайта қон кетиш 21% гача, асосий гуруҳда 5% гача, оператив даволаш назорат гуруҳида 8(21%) гача, асосий гуруҳда 2 (3,3%) гача камайди. Ўлим ҳолати назорат гуруҳидаги 7 (18%) дан 3(5%) кишини ташкил қилди. Булар асосан жигар

циррозининг декомпенсацияланган давридаги беморларда кузатилди. 3(13%) бемор жигар циррози ва унинг асорати, тизимли яллиғланишли жавоб синдроми прогрессивлашуви натижасида инфекция асоратлари сабабли вафот этган. Ўлим сабаблари, 2 беморда (28,5%) гиповолемик шок фонида содир бўлган.

4. Жигар циррози билан касалланган беморларда гастродуоденал қон кетишларда назорат гуруҳидаги ўлим сабабларининг таҳлили шуни кўрсатдики, тизимли яллиғланишли жавоб синдроми ривожланиши, жигар циррози фонида ривожланган иммун тизимдаги ўзгаришлар ва иккиламчи инфекциянинг ривожланиши билан боғладик, асоратлар келиб чиқиш эҳтимоллиги катта ва фақат антихеликобактер терапия етарли бўлмаслиги аниқланди.

5. Жигар циррози фонида гастродуоденал яралардан қон кетиши ривожланган беморларда комбинирланган эндоскопик гемостаз, яраларни клиппирлаш ва адреналин инъекция қилиш усулларида фойдаланиш, стандарт давога қўшимча равишда цефтриаксон, ребамипид, глутатион препаратларини ишлатиш, қонамаётган қизилўнгач варикоз кенгайган веналарини профилактик равишда эндоскопик лигирлаш, қон кетишнинг рецидивланишини, оператив активликни ва ўлим кўрсаткичларини камайтирди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03  
ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ БУХАРСКОМ  
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**  

---

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**САЛОМОВ НОДИР ИСТАМОВИЧ**

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ  
КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА  
ПЕЧЕНИ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**БУХАРА – 2025**

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за №B2023.3.PhD/Tib3913

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.immunology.uz](http://www.immunology.uz)) и Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» ([www.ziyo.net](http://www.ziyo.net)).


<b>Научный руководитель:</b>	<b>Уроков Шухрат Тухтаевич</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Официальные оппоненты:</b>	<b>Хамдамов Бахтиёр Зарифович</b> доктор медицинских наук (DSc), профессор <b>Акбаров Миршавкат Миролимович</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Ведущая организация:</b>	<b>Андижанский государственный медицинский институт</b>


Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 года в \_\_\_\_\_ часов на заседании Научного совета DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 по присуждению ученых степеней при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200118, г. Бухара, улица Гиждуванская, 23. Тел/факс: +99865 223 00-50, Веб-сайт: [www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz), E-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).

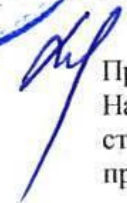
С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за №\_\_\_). (Адрес: 200118, г. Бухара, улица Гиждуванская, 23. Тел/факс: +99865 223 00-50, Веб-сайт: [www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz), E-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).

Автореферат диссертации разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 года  
(реестр протокола рассылки №\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 года).



  
**М.М.Абдурахманов**  
Заместитель председателя Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

  
**Н.Н.Казакова**  
Ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук (DSc), доцент

  
**Б.З.Хамдамов**  
Председатель Научного семинара при Научном Совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

## ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** Кровотечения из язв желудка и двенадцатиперстной кишки являются одним из самых опасных осложнений язвенной болезни. В современной гастроэнтерологии эта проблема остается актуальной из-за высокого показателя возникновения, сложности диагностики и риска развития опасных для жизни состояний. Согласно исследованиям, «...кровотечения из язв встречаются у 15–25% больных с язвенной болезнью и, из-за высокого уровня риска смертельных исходов, остаются серьезной проблемой в гастроэнтерологии...»<sup>1</sup>. Сочетание цирроза печени (ЦП) и кровотечений из язв являются особенно сложной ситуацией. В таких случаях, увеличивается риск геморрагических осложнений, и выбор тактики лечения значительно усложняется. Это связано с особенностями гемостаза при ЦП и эффективностью и безопасным воздействием лекарств, используемых при заболеваниях печени. Актуальность исследования подчеркивается статистическими данными, свидетельствующими о росте заболеваемости ЦП во всем мире, что, в свою очередь, повышает вероятность развития осложнений, таких как кровотечения из гастродуоденальных язв.

В мире гастродуоденальные язвы особенно распространены у больных с диффузными заболеваниями печени, и точная причина таких язв полностью не изучена. Кровотечения из расширенных варикозных сосудов пищевода и желудочные кровотечения развиваются у 80% пациентов с ЦП. В этих случаях вопросы диагностики и тактики лечения подчиняются определенным стандартам. Лечение кровотечений из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки на фоне ЦП и портальной гипертензии (ПГ) является темой обсуждения. Известно, что прогноз после лечения острого кровотечения у пациентов с ЦП изучен недостаточно. Большинство исследований сосредоточено на пациентах с кровотечениями из расширенных вен пищевода и желудка. Пациенты с ЦП часто сталкиваются с особенностями и сложностями язвенной болезни. Эти особенности могут привести к более тяжелому и сложному течению болезни, а также повышают риск осложнений. Нарушение функции печени может замедлять или усложнять процесс заживления язв. По мнению D'Amico и др. (2021), у пациентов с ЦП часто наблюдается замедленное заживление язв.

В нашей стране среди осуществляемых широкомасштабных мер по усовершенствованию системы здравоохранения, особое внимание обращается на раннюю диагностику заболеваний, снижение частоты их осложнений и профилактику. В связи с этим в 56-пункте 4-раздела в 7 приоритетных направлениях, указанных в Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы определены задачи, в «...реализация комплексных мероприятий, направленных на охрану здоровья населения, повышение потенциала медицинских работников и реализацию программы

---

<sup>1</sup> Smith, J. Острая кишечная непроходимость у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. 2023. №8. -С. 25-29.

развития системы здравоохранения на 2022-2023 годы...»<sup>3</sup>. В этом плане обозначены задачи по коренному усовершенствованию комплекса мероприятий системы здравоохранения. Оптимизации результатов лечения острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указами Президента Республики Узбекистан от 12 ноября 2020 года УП-6110 «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», от 28 января 2022 года УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022 - 2026 годы», Постановлениями ПП-4887 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения», и ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

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

**Степень изученности проблемы.** Сочетание гастродуоденальных язв и кровотечений из них с ЦП значительно отягощает течение обоих заболеваний, и увеличивает риск серьезных осложнений и летального исхода. Вместе с тем, проблема диагностики и выбора оптимального, эффективного метода лечения в данных случаях недостаточно освещена в изученной нами литературе и в настоящее время требует глубокого анализа (Liu, Y. 2022).

ЦП в свою очередь, представляет собой хроническое заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями структуры печени, приводящими к нарушению её функций. Среди многочисленных осложнений ЦП геморрагический синдром, в том числе кровотечения из ГДЯ, занимает особое место (Global Health Data, 2023).

Кровотечения из ГДЯ у больных с ЦП требуют детального изучения и анализа особенностей их клинического течения, диагностики и методов лечения. В частности требуют, определения наиболее эффективных диагностических методов, оценки эффективности различных терапевтических подходов и разработки оптимальной стратегии лечения с учётом особенностей обоих заболеваний.

Таким образом, изучение особенностей диагностики и лечения кровотечений из гастродуоденальных язв у больных с ЦП, является актуальной задачей, требующей комплексного подхода и междисциплинарного взаимодействия. Востребованность проведения дополнительных исследований в данной области обусловлена высокой

---

<sup>3</sup> Указ Президента Республики Узбекистан УП-60 от 28 января 2022 года «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы».



клинической значимостью данной актуальной проблемы и потенциалом улучшения качества жизни и снижения показателей смертности среди данной категории больных.

**Связь темы диссертации с планом научно-исследовательских работ высшего учебного заведения.** Выполнение настоящей диссертационной работы запланировано в соответствии с планом научно-исследовательских работ Бухарского государственного медицинского института (PhD 198) и темой «Раннее выявление, диагностика, разработка новых методов лечения и профилактики патологических состояний, влияющих на здоровье населения Бухарского региона в пост-COVID-19 периоде» (2022-2026 гг.)».

**Цель исследования.** Комплексное изучение особенностей диагностики и лечения кровотечений из язв желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне цирроза печени, разработка оптимизированных эффективных подходов для повышения эффективности лечения и профилактики осложнений.

**Задачи исследования:**

изучить клинические особенности гастродуоденальных кровотечений у больных с циррозом печени, частоты сочетания заболеваний и степени тяжести кровотечений;

определить основные этиологические факторы гастродуоденальных кровотечений, влияющих на них факторов и локализации язв у больных с циррозом печени;

изучить повторные кровотечения и результаты лечения в результате применения стандартной терапии и предложенного алгоритма, при гастродуоденальных кровотечениях у больных с циррозом печени;

определить причины смертности, связанные с основным и сопутствующим заболеванием, при гастродуоденальных кровотечениях у больных с циррозом печени;

изучить возможности комбинированного эндоскопического гемостаза при остановке кровотечений из гастродуоденальных язв, профилактике рецидивов у больных с циррозом печени.

**Объектом исследования** явилось анализ результатов лечения 98 больных с диагнозом кровотечение из язв желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне ЦП, проходивших лечение в отделениях неотложной хирургии Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период с 2020 по 2024 годы.

**Предметом исследования** были отобраны оптимальные методы консервативного и эндоскопического гемостаза для предотвращения кровотечений и рецидивов из язв желудка и двенадцатиперстной кишки, развившихся на фоне ЦП, изучены особенности методов и проведен анализ результатов лечения.

**Методы исследования.** При выполнении исследования были использованы клинические, клинико-лабораторные (тромбоциты, коагулограмма, время свертывания крови), инструментальные (УЗИ, эластометрия, ЭФГДС) методы исследования.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

впервые установлено, что у 40-45% больных с кровотечением из

гастродуоденальных язв, развившихся на фоне цирроза печени, отсутствуют характерные симптомы язвы, при детальном обследовании всех больных гастродуоденальными язвами и осложнённым кровотечением из них у 6% из них присутствуют различные степени хронических диффузных заболеваний печени;

выявлено, что у больных с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода, вследствие портальной гастропатии и нарушений в системе свертывания крови, наблюдаются параллельное кровотечение из язв желудка и 12 – ти перстной кишки;

доказано, что основной причиной кровотечений из гастродуоденальных язв, развивающихся на фоне цирроза печени, является регулярное употребление алкогольных напитков, что подтверждается результатами клинико-лабораторных исследований.

доказано, что при наличии ГДЯ на фоне ЦП приводит не только к осложнениям в виде кровотечения, а также к развитию осложнений, связанных с синдромом системного воспалительного ответа (ССВО) и развитием инфекции, вызванных ЦП и массивными кровотечениями.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

комбинированный эндоскопический гемостаз, включающий клипирование язв и инъекции адреналина, а также применение препаратов Цефтриаксон, Ребамипид и Глутатион, профилактическое эндоскопическое лигирование (наложение лигатур) на не кровоточащие варикозно расширенные вены пищевода снизили рецидивы кровотечений, оперативную активность и показатели смертности.

эти задачи обеспечили системный подход в исследовании, начиная с теоретического анализа и завершая практическим применением результатов. Они были направлены на глубокое изучение проблемы, определение наиболее эффективных методов диагностики и лечения, разработку новых подходов для улучшения лечения больных;

в результате научного исследования достигнуты результаты, позволяющие снизить случаи осложнений и смертности при лечении данной категории больных.

**Достоверность результатов исследования** обосновано теоретическими и практическими подходами и методами, методологической корректностью проведённых исследований, достаточным количеством объектов исследования, использованием клинических, инструментальных (ультразвуковая сонография, эластометрия, ЭФГДС, МСКТ) методов, обработкой статистическими методами анализа, сопоставлением полученных результатов с данными международных и местных исследований, а также подтверждением выводов компетентными структурами.

**Научная и практическая значимость результатов исследования:**

Научная значимость результатов исследования объясняется тем, что в данной научной работе выявлены и оценены особенности течения заболевания, клинические исходы, современные инструментальные методы лечения в диагностике больных, комбинированные подходы к эндогемостазу, гепатопротекторной, антиоксидантной, цитопротекторной терапии для

остановки кровотечения, а также эффективность снижения показателей летальности за счет уменьшения рецидивов кровотечений и системных воспалительных осложнений при кровотечениях из язв желудка и 12-ти перстной кишки на фоне цирроза печени;

Практическая значимость результатов исследования объясняется тем, что на основании полученных научных выводов по профилактике кровотечений и рецидивов у больных с кровотечениями из желудка и ГДЯ на фоне ЦП разработан комплексный план обследования и лечения больных с кровотечениями из язв желудка и 12-ти перстной кишки на фоне ЦП, подтверждением на практике того, что методы лечения, направленные на устранение кровотечений, обусловленных зарегистрированными патологическими процессами, способствовали остановке кровотечений, снижению рецидивов, применение цефалоспоринов не только для остановки кровотечений, но и для профилактики рецидивов, профилактики осложнений, связанных с кровотечением и системным воспалением, вносит важный вклад для улучшения результатов лечения.

**Внедрение результатов исследования в практику.** Согласно заключению Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан от 20 июня 2025 года №20/01 по внедрению в практику результатов научно-исследовательских работ:

*первая научная новизна:* впервые установлено, что у 40–45% пациентов с кровотечением из гастродуоденальных язв, развившихся на фоне цирроза печени, отсутствуют характерные для язвенной болезни симптомы. При детальном обследовании всех больных с гастродуоденальными язвами и осложнёнными кровотечениями у 6% из них выявлены хронические диффузные заболевания печени различной степени выраженности. *Значение научной новизны:* В настоящем исследовании показано, что при кровотечениях из язв желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне цирроза печени заболевание имеет свои особенности течения и клинических исходов. Доказана эффективность применения современных инструментальных методов диагностики, комбинированного подхода к лечению (эндогемостаз, гепатопротективная, антиоксидантная и цитопротективная терапия), что способствует остановке кровотечения, снижению частоты рецидивов и системных воспалительных осложнений, а также уменьшению показателей летальности. *Внедрение научной новизны:* Полученные научно-практические данные внедрены в клиническую практику согласно приказу филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи по Сырдарьинской области (11.11.2024 г.; №188) и приказу филиала центра в Республике Каракалпакстан (28.02.2025 г.; №55). *Социальная эффективность научной новизны:* Использование эндоскопического гемостаза, клипирования язв и инъекций адреналина, а также препаратов Цефтриаксон, Ребамипид и Глутатион позволило достичь снижения частоты осложнений и рецидивных кровотечений у данной категории пациентов. *Экономическая эффективность научной новизны:* В результате проведённых мероприятий продолжительность госпитализации сократилась в среднем на 5–6 дней. Согласно преискуранту филиала Республиканского научного

центра экстренной медицинской помощи в Сырдарьинской области, стоимость одного койко-дня составляет 170 000 сумов, что обеспечивает экономический эффект в размере 850 000 – 1 020 000 сумов на одного пациента. В целом мероприятия доказали не только медицинскую и социальную, но и высокую экономическую эффективность, обеспечивая экономию бюджетных средств в среднем 1,3–1,6 млн сумов на одного пациента. *Заключение:* Внедрённые лечебные подходы привели к снижению частоты рецидивных кровотечений, профилактике осложнений и уменьшению летальности, что подтверждает их значимость как в медицинском, так и в социально-экономическом аспекте.

*вторая научная новизна:* установлено, что у пациентов с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода вследствие портальной гастропатии и нарушений системы гемостаза может одновременно наблюдаться кровотечение из язв желудка и двенадцатиперстной кишки. *Значение научной новизны:* У больных с циррозом печени и кровотечением из язв желудка и двенадцатиперстной кишки разработан комплексный план обследования и лечения. Доказано, что применение разработанных лечебных мероприятий, направленных на устранение кровотечения, позволяет достичь его остановки, снизить частоту рецидивов и уменьшить число осложнений. *Внедрение научной новизны:* Полученные научно-практические данные внедрены в клиническую деятельность филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в Сырдарьинской области (приказ от 11.11.2024 г.; №188) и в Республике Каракалпакстан (приказ от 28.02.2025 г.; №55). *Социальная эффективность научной новизны:* Внедрение комплексного протокола обследования и лечения пациентов с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода в сочетании с кровотечением из язв желудка и двенадцатиперстной кишки привело к снижению частоты осложнений, уменьшению рецидивных кровотечений на 30–35% и значительному снижению летальности. Кроме того, достигнуто улучшение жизненного прогноза больных и предотвращение повторных экстренных госпитализаций. *Экономическая эффективность научной новизны:* После внедрения предложенной комплексной методики лечения средняя продолжительность госпитализации сократилась на 5–6 дней. Согласно прейскуранту Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, стоимость одного койко-дня составляет 170 000 сумов, что обеспечивает экономию бюджетных средств в размере 850 000 – 1 020 000 сумов на одного пациента. Дополнительно, благодаря снижению числа осложнений уменьшилась потребность в лекарственных препаратах, что обеспечило экономию ещё 400 000 – 500 000 сумов на каждого больного. В совокупности это позволило повысить экономическую эффективность на 1,2 – 1,5 млн сумов в расчёте на одного пациента. *Заключение:* Установлено, что у пациентов с циррозом печени и кровотечением из гастродуоденальных язв возможны не только осложнения, связанные с кровопотерей, но также развитие синдрома системного воспалительного ответа и инфекций. Внедрение усовершенствованных методов лечения, направленных на остановку кровотечения, профилактику рецидивов и осложнений, обеспечило

повышение эффективности терапии, снижение частоты рецидивных кровотечений и осложнений, уменьшение летальности, улучшение жизненного прогноза пациентов, а также достижение высокой медицинской, социальной и экономической значимости.

*третья научная новизна:* доказано, что основной причиной кровотечений из гастродуоденальных язв, развившихся на фоне цирроза печени, является хроническое употребление спиртных напитков, что подтверждается результатами клинико-лабораторных исследований. *Значение научной новизны:* Установлено, что при кровотечениях из язв желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне цирроза печени заболевание отличается особенностями течения и клинических исходов. Доказана эффективность современных инструментальных методов диагностики и комплексного лечения, включающего эндогемостаз, гепатопротекторную, антиоксидантную и цитопротективную терапию, что способствует остановке кровотечения, снижению частоты рецидивов, уменьшению системных воспалительных осложнений и снижению летальности. *Внедрение научной новизны:* Полученные научно-практические данные внедрены в клиническую практику филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи по Сырдарьинской области (приказ от 11.11.2024 г.; №188) и филиала в Республике Каракалпакстан (приказ от 28.02.2025 г.; №55). *Социальная эффективность научной новизны:* Применение эндоскопического гемостаза, клипирования язв, инъекций адреналина, а также препаратов Цефтриаксон, Ребамипид и Глутатион позволило снизить частоту осложнений. У пациентов с кровотечением на фоне цирроза печени внедрение комплексного лечения с обязательной антибиотикотерапией цефалоспоридами обеспечило снижение рецидивов кровотечений на 35–40%, уменьшение системных воспалительных осложнений и снижение летальности, а также существенно сократило число повторных госпитализаций и улучшило жизненный прогноз больных. *Экономическая эффективность научной новизны:* Внедрение комплексного подхода к лечению позволило значительно сократить сроки пребывания пациентов в стационаре, уменьшить потребность в лекарственных средствах и снизить общие расходы на лечение. Одновременно уменьшилась необходимость повторных госпитализаций, что обеспечило более рациональное использование ресурсов стационара. В среднем экономический эффект составил около 1 100 000 сумов на одного пациента. В целом комплексная терапия позволила достичь экономии средств в размере 1,3–1,5 млн сумов на одного больного. *Заключение:* Включение антибиотикотерапии цефалоспоридами в состав комплексного лечения показало высокую эффективность в остановке кровотечений, профилактике рецидивов, снижении осложнений и летальности. Внедрённый метод доказал свою значимость не только в медицинском, но и в социально-экономическом аспекте, обеспечивая существенное улучшение исходов лечения.

*четвертая научная новизна:* Доказано, что при наличии гастродуоденальных язв, развившихся на фоне цирроза печени, осложнения связаны не только с кровотечением, но и с развитием синдрома системного

воспалительного ответа (ССВО) и инфекций, возникающих вследствие цирроза и массивных кровопотерь. *Значение научной новизны:* Установлено, что кровотечения из язв желудка и двенадцатиперстной кишки при циррозе печени имеют особенности течения и клинических исходов. Подтверждена эффективность современных инструментальных методов диагностики и комплексного лечения, включающего эндогемостаз, гепатопротекторную, антиоксидантную и цитопротективную терапию. Эти подходы способствуют остановке кровотечения, уменьшению числа рецидивов и воспалительных осложнений, а также снижению летальности. *Внедрение научной новизны:* Полученные научно-практические данные внедрены в клиническую практику филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в Сырдарьинской области (приказ от 11.11.2024 г.; №188) и филиала в Республике Каракалпакстан (приказ от 28.02.2025 г.; №55). *Социальная эффективность научной новизны:* Применение эндоскопического гемостаза, клипирования язв, инъекций адреналина, а также препаратов Цефтриаксон, Ребамипид и Глутатион позволило снизить частоту осложнений. Внедрение комплексных методов диагностики и лечения привело к сокращению числа осложнений, ускоренной ликвидации состояний, связанных с кровопотерей, и значительному уменьшению случаев инфекционных осложнений. Это улучшило жизненный прогноз пациентов, ускорило восстановление и снизило потребность в повторных обращениях за экстренной медицинской помощью. *Экономическая эффективность научной новизны:* Продолжительность госпитализации сократилась в среднем на 3–4 дня. В расчёте на одного пациента это обеспечило экономию бюджетных средств в размере 300–350 тыс. сумов и внебюджетных расходов на 300–400 тыс. сумов. Сокращение сроков лечения также снизило затраты на лекарственные препараты и повысило эффективность использования ресурсов стационара. *Заключение:* Научно обосновано, что у пациентов с циррозом печени и кровотечением из гастродуоденальных язв возможно развитие инфекционных и воспалительных осложнений. Внедрение усовершенствованных методов лечения, направленных на остановку кровотечения, снижение рецидивов и профилактику осложнений, повысило клиническую эффективность терапии, уменьшило число осложнений и случаев летального исхода, обеспечив значимый медицинский, социальный и экономический эффект.

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

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликованы 18 научных работ, из них 9 статей опубликованы в научных журналах, в том числе 8 в республиканских, и 1 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения,

четырёх глав, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объём диссертации составляет 119 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обоснована актуальность и востребованность темы диссертации, описаны цель и задачи исследования, а также объект и предмет исследования, показано его соответствие приоритетным направлениям развития науки и техники в Республике Узбекистан, выражены научная и практическая значимость исследования, раскрыты теоретическая и практическая значимость полученных результатов, обоснована достоверность полученных результатов, представлены сведения о внедрении результатов исследования в практику, опубликованных научных работах и структуре диссертации.

В первой главе диссертации, озаглавленной **«Современные взгляды на гастродуоденальные кровотечения при сочетании цирроза печени и язв желудка и двенадцатиперстной кишки (обзор литературы)»**, изложены современные представления, на основе опубликованных источников современных отечественных и зарубежных исследователей этиология, патофизиология гастродуоденального кровотечения, связанные и касающиеся его развитию на фоне цирроза печени, анализ причин взаимосвязи, факторы развития, а также современные методы и принципы диагностики и лечения, применяемые в этих случаях. Вместе с тем, особое внимание уделяется роли и его значению нарушения барьерной функции слизистой оболочки при условии портальной гипертензии, взаимосвязи между кровотечением из гастродуоденальных язв и ЦП, изменениям в системе свертывания крови и другим факторам, влияющим на гастродуоденальные кровотечения.

Во второй главе диссертации, озаглавленной **«Общая характеристика больных и методы исследования»**, приведены сведения по клиническим особенностям больных с кровотечением из гастродуоденальных язв, развившихся на фоне цирроза печени, примененные методы диагностики и хирургического лечения.

Научное исследование проводилось в течении 2020-2024 гг. в Бухарском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и в I - II отделениях неотложной хирургии, являющихся клинической базой кафедры «Хирургические болезни в семейной медицине» Бухарского государственного медицинского института им. Абу Али ибн Сины.

Среди этих больных, принятых в качестве контрольной группы (ретроспективное исследование), 1270 (58%) составили с кровотечением из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯЖДК), 700 (32%) с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП), 220 (10%) с кровотечением, вызванным приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и медикаментов. В этот показатель не включены синдром Маллори-Вейсса, кровотечения из опухолей и другие редко встречающиеся патологии.

За истекший период 1270 (100%) больные были пролечены по поводу кровотечения из ГДЯ, из них у 38 (3%) больных диагностировано хроническое диффузное заболевание печени (ХДЗП) (ЦП).

В основной (проспективной) группе из 1606 больных, обратившихся с кровотечением из ЖКТ в 2023–2024 гг., при эндоскопическом исследовании у 450 (28%) больных выявлено кровотечение из ВРВП, у 996 (62%) кровотечение из ЖКТ, и у 160 (10%) больных, принимавших НПВП, кровотечение из острых лекарственных язв. Помимо эндоскопического исследования, поступившим больным по показаниям проводились расширенные инструментальные методы исследования (МРТ, МСКТ, УТТ). Синдром Маллори–Вейсса, кровотечение из опухолей, кровотечения из полипов и другие редко встречающаяся патология не учитывались.

Из 996 пациентов с ГДЯ у 60 (6%) были выявлены диффузные изменения в паренхиме печени (ХДЗП), и в качестве фонового заболевания был диагностирован ЦП.

Среди 450 пациентов с кровотечением из ВРВП у 21 (4,6%) параллельно наблюдалось кровотечение из гастродуоденальных язв и эти больные также включены в исследовательскую группу. При ретроспективном анализе истории болезней контрольной группы таких больных не было. Таким образом, выявлено 60 больных с кровотечением из ГДЯ на фоне ЯБЖ, и 21 больных с кровотечением из гастродуоденальных язв при наличии кровотечения из ВРВП. Результаты обследования и предложенные нами методы лечения данных больных послужили основанием для оценки эффективности лечения и составления заключений.

**Анамнез.** В контрольной группе у 23 (60%) больных был диагноз цирроз печени до поступления в стационар, у 15 (40%) больных диагноз был установлен после поступления в стационар или во время операции.

Из числа больных основной группы у 39 (65%) цирроз печени диагностирован при поступлении в стационар, у 21 (35%) больных диагноз установлен в процессе лечения с использованием современных инструментальных методов исследования после поступления в стационар.

**Жалобы.** Из 38 (100%) больных контрольной группы 17 (45%) до поступления в стационар не предъявляли жалоб на боли в эпигастрии, связанные с язвенной болезнью. Больные предъявляли жалобы только на слабость, утомляемость, тошноту и снижение трудоспособности. В связи с этими жалобами больным не проводили эндоскопические исследования и принимали только ингибиторы протонной помпы (ИПП) и антациды.

В основной группе из 60 (100%) больных 24 (40%) до поступления в стационар не предъявляли жалоб на боли в эпигастрии, связанные с язвенной болезнью.

После промывания желудка с помощью эндоскопа водой, были выявлены источники кровотечений. При этом язвы с кровотечением из желудка наблюдались у 29 (48%) больных (в контрольной группе у 19 (50%) больных, преимущественно в теле и пилорическом отделе желудка), из язв двенадцатиперстной кишки - у 19 (32%) больных (в контрольной группе у



9(24%) больных), также из язв желудка и двенадцатиперстной кишки - у 12(20%) больных (в контрольной группе у 10(26%)) (таблица 1).

**Таблица 1**

**Данные о локализации источников кровотечения из гастродуоденальных язв на фоне цирроза печени в контрольной и основной группах (n=98)**

Источник кровотечения	Контрольная группа (n=38), n (%)	Основная группа (n=60), n (%)
Язва желудка	19(50%)	29(48%)
Язва двенадцатиперстной кишки	9(24%)	19(32%)
Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	10(26%)	12(20%)
Всего:	38(100%)	60(100%)

Основным методом диагностики кровотечений из желудка и двенадцатиперстной кишки являлась фиброгастродуоденоскопия (ФГДС); всем пациентам, согласно стандарту, выполняли УЗС, эластомерию печени, при наличии показаний - МРТ и МРХПГ.

В контрольной группе – I, ретроспективно изучены истории болезни 38 больных, получавших традиционную консервативную терапию (гемостатики, ангиопротекторы, ингибиторы протонной помпы (ИПП), блокаторы-Н<sub>2</sub>, антациды) и эндоскопическую диатермокоагуляцию, а также подвергшихся хирургическим операциям.

В основной группе - II, было проведено проспективное исследование, включающее 60 пациентов с гастродуоденальными язвами и 81 пациента с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) и гастродуоденальными язвами, для повышения качества лечения и предотвращения рецидивирования кровотечения к традиционной терапии добавляли внутривенное введение цефтриаксона 1,0–2 раза в день, ребамипида 100 мг, дважды в день в 0,9% растворе хлорида натрия, медленное капельное введение раствора глутатиона-1,2г, а также комбинацию методов эндоскопического гемостаза, местные инъекции адреналина в соотношении 1:10000 и наложение клипс на кровоточащий сосуд. По показаниям использованы инъекции и другие методы гемостаза. Количество раствора адреналина, вводимого за одну инъекцию, не должно превышать 1,0 мл, общий объём не должен превышать 4–5 мл.

В контрольной группе для остановки кровотечений у 38 больных применялась только монополярная диатермокоагуляция как эндоскопический метод.

Больные контрольной группы были сопоставимы с основной группой по характеру причины кровотечения, т.е. возрасту и полу.

**Возраст.** В структурном отношении значимых различий по полу между двумя группами наблюдения не выявлено ( $p > 0,05$ ). В возрастном отношении пациентов, согласно классификации Всемирной организации здравоохранения (1963), в I и II группах наблюдения более половины больных с кровотечением от ГРВ, развившимся на фоне ИБС, были в

возрасте 45–59 лет (73,7% и 80% соответственно). Пожилой и старческий возраст составил 60–89 лет (26,3% и 20% соответственно). Средний возраст пациентов в I группе составил  $57,5 \pm 10,5$  лет, во II группе –  $59,5 \pm 12,6$  лет. По среднему возрасту обе группы наблюдения были сопоставимы ( $p > 0,05$ ).

**Таблица 2**

**Распределение больных с кровотечением из ГДЯ, развившихся на фоне цирроза печени, по полу.**

Пол	I (контрольная) группа (n=38), абс.ч.(%)	II (основная) группа (n=60), абс.ч.(%)	Всего (n=98), абс.ч.(%)
Мужчины	28 (74%)	45 (75%)	73 (74,5%)
Женщины	10 (26%)	15 (25%)	25 (25,5%)

Примечание: -значимых различий в показателях между основной и контрольной группами не выявлено ( $p > 0,001$ ).

Средний возраст больных был одинаковым во всех группах наблюдения, статистически значимых различий не обнаружено ( $p > 0,05$ ). Также не было выявлено значимых различий между основной и контрольной группами в возрастных категориях (45–59 лет, 60–89 лет) ( $p > 0,05$ ) (таблица 3).

**Таблица 3**

**Распределение больных с кровотечением из ГДЯ, развившихся на фоне цирроза печени, по возрасту**

Возраст	I-я группа (n=38), абс.ч.(%)	II-я группа (n=60), абс.ч.(%)	Всего (n=98), абс.ч.(%)
45–59 лет (средний возраст)	28 (73,7%)	48 (80%)	76 (77,5%)
60–89 лет (пожилой и старческий возраст)	10 (26,3%)	12 (20%)	22 (22,4%)

Примечание: \*Обнаружены значимые различия между основной и контрольной группами по двум возрастным категориям ( $p < 0,05$ ).

Для оценки интенсивности кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ВОЖКТ) использована классификация Forrest (1974г). При оценке степени расширения ВРВП оценивалась и использовалась классификация Шерцингера. На этой основе различия между двумя группами не выявлены ( $p > 0,05$ ).

Для отбора статистически репрезентативной выборки использована классификация степени кровопотери по В.К. Гостищеву и М.А. Евсееву (2005). Распределение больных по степени кровопотери в двух наблюдаемых группах представлено в таблице 4.

**Таблица 4.**

**Классификация степени кровопотери по В.К. Гостищеву и М.А. Евсееву (2005)**

Степень кровопотери	Дефицит глобулярного объема крови (ОЦК), %
Лёгкая	до 15%
Средняя	от 15% до 25%
Тяжёлая	от 25% до 35%
Очень тяжёлая	свыше 35%

В контрольной группе степени кровопотери составили: лёгкая степень -

5 (13%), средняя степень - 10(26,3%), тяжёлая степень - 17(44,7%), и очень тяжёлая кровопотеря - 6(16%).

В основной группе больных 9(15%) были госпитализированы с лёгкой степенью кровопотери, 19(32%) - со средней, 23(39%) - с тяжёлой, и 9(14%) - с очень тяжёлой кровопотерей. По степени кровопотери основная и контрольная группы были сопоставимы (таблица 5).

**Таблица 5**

**Распределение больных по степени кровопотери при кровотечении в группах I и II**

Степень кровопотери	I-я (контрольная) группа (n=38), абс. число (%)	II-я (основная) группа (n=60), абс. число (%)	Всего (n=98), абс. число (%)
Лёгкая	5 (13%)	9 (15%)	14 (14,3%)
Средняя	10 (26,3%)	19 (32%)	29 (29,5%)
Тяжёлая	17 (44,7%)	23 (39%)	40 (41%)
Очень тяжёлая	6 (16%)	9 (14%)	15 (15,2%)

Примечание: -значимых различий в параметрах между группами не выявлено ( $p>0,05$ ).

Больные основной и контрольной групп распределены по степени развития цирроза печени (ЦП) следующим образом. В соответствии с функциональным состоянием печени, ЦП был разделён на классы А, В и С по классификации Чайлд-Пью. Для удобства больных класса А отнесли к группе с компенсированным циррозом, а классы В и С – к группе с декомпенсированным циррозом (распределение представлено в таблице 6). ЦП в стадии компенсации встречался 9(15%) и 3(8%) больных соответственно, и в стадии декомпенсации 51(85%) и 35(92%) больных соответственно.

**Таблица 6**

**Распределение по функциональному состоянию печени при ЦП (n=98)**

Характер заболевания	I – контрольная группа (n=38), абс (%)	II – основная группа (n=60), абс (%)
ЦП в стадии компенсации	3 (8%)	9 (15%)
ЦП в стадии декомпенсации	35 (92%)	51 (85%)
Всего	38 (100%)	60 (100%)

Основная и контрольная группы были сопоставимы по полу, возрасту и степени кровопотери ( $p>0,05$ ).

В ходе исследования был проведён статистический анализ частоты кровотечений из желудка и двенадцатиперстной кишки, количества и характера осложнений, частоты рецидивов кровотечений, результатов лечения и клинических проявлений заболевания в зависимости от сопутствующих и фоновых заболеваний.

Динамика случаев кровотечения из желудка и двенадцатиперстной

кишки у больных обеих групп, зарегистрированных с помощью ЭФГДС, представлена в таблице - 7.

**Таблица 7**

**Распределение по интенсивности кровотечения из ГДЯ, развившихся на фоне ЦП, (классификация Форреста)**

Тип желудочно-кишечного кровотечения	I-я группа (n=38), абсолютное число (%)	II-я группа (n=60), абсолютное число (%)	Всего (n=98), абсолютное число (%)
FIa	5 (13%)	9 (15%)	14 (14,3%)
FIb	13 (34%)	24 (40%)	37 (37,7%)
FIIa	16 (42%)	18 (30%)	34 (34,7%)
FIIb	4 (11%)	9 (15%)	13 (13,3%)
FIIc	-	-	-
FIII	-	-	-
Всего	38 (100%)	60 (100%)	98 (100%)

Примечание: –Статистически значимых различий между группами не выявлено ( $p>0,05$ ).

Активное кровотечение (FI) при ЭФГДС было диагностировано только у 5 больных первой группы (13%) и у 9 больных второй группы (15%). Наибольший процент больных в первой (контрольной) группе составили категории F-Ib, F-IIa и F-IIb (соответственно 34%, 42%, 11%), и аналогично, во второй (основной) группе категории F-Ib, F-IIa и F-IIb составили 40%, 30% и 15% соответственно. Статистически значимых различий в интенсивности кровотечения между основной и контрольной группами выявлено не было ( $p > 0,05$ ). Примечательно, что у больных обеих групп стабильный гемостаз (F-IIc) не был зафиксирован (таблица 7).

Для выявления наличия и степени расширения варикозных вен пищевода (ВРВП) больным была проведена фиброгастроуденоскопия (фирма “ОЛИМПУС”, Япония). Степень расширения варикозных вен пищевода оценивалась по классификации А.Г. Шерцингера.

**Классификация ВРВП по А.Г. Шерцингеру, 1986**

I степень – диаметр вен до 3 мм

II степень – диаметр вен до 5 мм

III степень – диаметр вен до 10 мм

**Таблица 8.**

**Распределение ВРВП по классификации А.Г. Шерцингера на фоне ЦП в контрольной и основной группах (n=98)**

Степень ВРВП	Контрольная группа (n, %)	Основная группа (n, %)
I степень	-	-
II степень	12 (31,5%)	12 (20%)
III степень	26 (68,5%)	48 (80%)
Всего	38 (100%)	60 (100%)

Таким образом, у 70% больных контрольной группы было выявлено расширение варикозных вен пищевода III-й степени, а в основной группе у 80% больных основной группы выявлено расширение III-й степени (табл.8).

Клинические исследования включали сбор жалоб, анамнеза жизни и болезни, оценку общего и объективного состояния, а также лабораторные исследования, эндоскопию, МСКТ и МРТ. Все лабораторные исследования проводились в лаборатории клиники стандартными методами, включая общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови и исследование системы свертывания крови.

Эзофагогастродуоденоскопия выполнялась при неотложных показаниях, по возможности в день госпитализации или после устранения приступа. У больных фиброгастродуоденоскопия проводилась на аппарате компании "Olympus" (Япония).

Все больные, включенные в исследование, до проведения эндоскопического вмешательства проходили ультразвуковое исследование для визуальной объективизации патологического процесса. Основными задачами данного исследования было выявление объемов, количества, структуры и расположения желчных камней. Данные исследования проводились в режиме реального времени на аппарате "Mindray DC-40 m6" с использованием конвексных и линейных датчиков с частотой волны 3,5 МГц, в положении пациента на спине и на левом боку, а также при спокойном и глубоком дыхании.

При вариационном анализе изучаемых показателей были определены среднее значение (M) и стандартная ошибка средней ( $\pm m$ ). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA Advanced и набора статистических программ. Для создания базы данных использовался Microsoft Excel 2013. Лабораторные, инструментальные и оценочные данные, результаты сравнивались с контрольными показателями на первый, третий и пятые дни после транспапиллярных вмешательств с назобилиарным дренированием. Также во время анализа также рассчитывались значимость (z), доля выборки (p), аналогичная критерию Стьюдента (t), стандартная ошибка ( $\pm Sp$ ). В таблице критических значений (t), определялись уровень значимости (z), уровень значений (a) и число степеней свободы (v). Различия считались значимыми при  $p < 0,05$ .

В третьей главе диссертации, озаглавленной **«Ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения кровотечений из гастродуоденальных язв у больных с циррозом печени и портальной гипертензией»**, освещены клинические особенности гастродуоденальных язв, вызванных циррозом печени и портальной гипертензией у больных контрольной группы, своеобразности и особенности кровотечений из язв, результаты консервативного, эндоскопического и хирургического лечения.

Были проанализированы результаты консервативного, эндоскопического и хирургического лечения, диагностические данные, динамика клинического течения заболевания, динамика лабораторных показателей, частота

рецидивов кровотечений, длительность пребывания в стационаре, показатели смертности и другие параметры.

Из 23 (60%) больных контрольной группы диагноз цирроза печени был установлен при поступлении в больницу, у 15 (40%) больных - после дополнительных обследований в стационаре, и у 6 (16%) больных ЦП был диагностирован только во время операции (интраоперационно).

По локализации гастродуоденальных язв у 10 (26%) больных язвы находились в желудке, и в двенадцатиперстной кишке, у 9 (24%) - в двенадцатиперстной кишке, и в 19 (50%) случаях составили язвы тела желудка (табл. 9).

**Таблица 9**

**Данные об источниках кровотечения из гастродуоденальных язв у больных с циррозом печени (n=38)**

Источник кровотечения	n (%)
Язвы тела желудка	19 (50%)
Язвы двенадцатиперстной кишки	9 (24%)
Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	10 (26%)

У 17 (45%) больных контрольной группы до поступления в больницу отсутствовали жалобы на боли, характерные для язвенной болезни.

Больные контрольной группы получали традиционную консервативную терапию (гемостатики, ангиопротекторы, ИПП, H<sub>2</sub>-блокаторы, антациды) и выполняли эндоскопическую диатермокоагуляцию; при тяжёлых и рецидивирующих кровотечениях выполнялись хирургические операции. После эндоскопического обследования через назогастральный зонд желудок промывался холодной водой с добавлением 1 мл адреналина. По показаниям (гипопротромбинемия) назначался витамин К (викасол). С целью снижения давления в портальных венах применялся препарат Октреотид на протяжении 5 дней.

При гемостатической терапии использовались следующие препараты: Этамзилат натрия (Дигион) 12,5% - 8 мл (в/в) при первом введении, затем 4 раза в день; Викасол 1% - 1 мл (в/м) 2 раза в день; хлорид кальция 1% - 100 мл (в/в) 4 раза в день. Для подавления фибринолиза назначалась транексамовая кислота по 250-500 мг 4 раза в день. В случаях тромбоцитопении (ниже  $60 \times 10^9/\text{л}$ ) проводилось переливание тромбоцитов. При снижении уровня гемоглобина ниже 80 г/л и гематокрита ниже 25% для устранения нарушения кислородной транспортной функции крови выполнялось переливание эритроцитарной массы. Переливание свежезамороженной плазмы проводилось при средней и тяжёлой степени массивной кровопотери, развитии геморрагического шока, избыточной дозе антикоагулянтов, уровне международного нормализованного отношения (МНО) выше 1,5 и/или протромбиновом индексе (ПТИ) ниже 80%.

Эрадикационная терапия начиналась через 3-4 дня после остановки кровотечения. Включала приём Омепразола (20-40 мг в день),

Амоксициллина (1000 мг 2 раза в день, 10 дней) и Кларитромицина (500 мг 2 раза в день, 7 дней). Общая продолжительность терапии составляла не менее 7 дней.

У всех 38 больных контрольной группы была выполнена практика ЭГДФС. У данных больных проводились эндоскопическая диатермокоагуляция, гемостатическая, антисекреторная и антифибринолитическая терапия по стандартам, а также трансфузионная терапия (переливание свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы) по показаниям. Профузное кровотечение F-Ia у наблюдалась 5-ти больных контрольной группы. У 5 (13%) пациентов контрольной группы было зафиксировано профузное кровотечение типа F-Ia. У 3 больных всего у (8%) наблюдался рецидив кровотечения типа F-Ib, а всего рецидивы кровотечения произошли у 8 (21%) больных. Из этих больных 8 (21%) перенесли хирургическое лечение в связи с рецидивирующим кровотечением.

В контрольной группе у 5 (13%) больных наблюдалось профузное кровотечение типа F-Ia. у 3 больных наблюдалось повторное (рецидив) кровотечение типа F-IIb, всего у 8 (21%) больных. Общее состояние больных при поступлении оценивалось как тяжелое. Отмечалась тяжелая степень постгеморрагической анемии.

В контрольной группе госпитальная летальность среди оперированных больных составила 3(8%), среди неоперированных больных от различных причин умерло 4 (10,5%) больных. Оперативная активность среди больных составила 15,7%. Общее количество умерших больных составило 7 (18,4%) человек. В основном это были больные с декомпенсированной сердечной недостаточностью (оперированные и неоперированные). Причины смерти представлены в таблице 10. Только у 2 больных (28,5%) она наступила на фоне гиповолемического шока (вследствие кровотечения). У 1 (14,3%) больного развилась почечная недостаточность, в 3 (13%) случаях умерли из-за причин связанных с инфекционными осложнениями, это были спонтанный бактериальный перитонит и пневмония (инфекционные осложнения), и в 1 (14,3%) случае был острый инфаркт миокарда, который явился причиной смерти, не связанной с кровотечением.

**Таблица-10**

**Причины смерти у пациентов контрольной группы (n=7)**

<b>Причины</b>	<b>n (%)</b>
Декомпенсированный постгеморрагический шок (профузное кровотечение из ВРВП в стационаре)	2 (28,5%)
Почечная недостаточность	1 (14,3%)
Сепсис	3 (43%)
- Пневмония	1
- Спонтанный бактериальный перитонит	1
- Эвентрация	1
Острый инфаркт миокарда	1 (14,3%)
Всего	7 (18,4%)

Анализ причин смертности в контрольной группе показал, что среди прооперированных больных у 1-го больного развилась пневмония и дыхательная недостаточность в послеоперационном периоде, у 1-го больного смертельный случай наблюдался из-за спонтанного бактериального перитонита, и ещё у 1-го больного из-за эвентрации послеоперационной раны и прогрессирующего перитонита. Эти осложнения мы связываем с развитием синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), изменениями в иммунной системе на фоне цирроза печени и развитием вторичной инфекции. У больных данной группы из-за наличия гастродуоденальных язв и кровотечения, с целью хеликобактерной терапии был назначен Азитромицин 500 мг х 2 раза в сутки, причём данное назначение было дано без проведения исследований на ХП. Мы пришли к выводу, что возникновение гнойных осложнений связано с тем, что больным не назначались цефалоспорины.

У двух больных из контрольной группы летальный исход произошел из-за геморрагического шока, причиной которого стало массивное кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП). Несмотря на проведение эндоскопического гемостаза для остановки кровотечения из гастродуоденальных язв, на 4-е и 5-е сутки стационарного лечения у данных двух больных произошло массивное кровотечение из ВРВП, ранее не подвергавшихся кровотечению, и произошел смертельный случай.

Четвёртая глава диссертации, озаглавленная **«Результаты предложенной тактики эндоскопического гемостаза и консервативной терапии при лечении гастродуоденальных кровотечений у пациентов с циррозом печени и портальной гипертензией»**, посвящена лечению гастродуоденальных кровотечений, возникающих на фоне ЦП, анализированию снижения процента рецидивов и необходимости проведения вынужденных операций с использованием оптимальных методов медикаментозной терапии и комбинированного эндоскопического гемостаза и освещению его результатов. В этой связи, были определены и проанализированы оптимальные терапевтические тактики на основе оценки эффективности комбинированного эндоскопического гемостаза, медикаментозного гемостаза, цитопротективной терапии с применением ребамипида, а также гепатопротекторной и антиоксидантной терапии. Кроме того, отдельно рассмотрены факторы, способствующие развитию язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с циррозом печени.

У 39(65%) больных данной группы диагноз ЦП был установлен при поступлении в стационар, у 21(35%) больных в процессе лечения с использованием инструментальных методов диагностики. Основное внимание было уделено больным с выявленными гастродуоденальными кровотечениями и хроническими диффузными изменениями в паренхиме печени (ХДЗП) на фоне цирроза печени. Гастродуоденальные кровотечения наблюдались у 996 (100%) больных, у 60 (6%) больных были диагностированы хронические диффузные изменения в паренхиме печени (ХДЗП) и диагноза ЦП, был установлен как фоновое заболевание. У 450



больных (28%) с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) у 21 (4,6%) больных были выявлены как кровотечения из ВРВП, так и из гастродуоденальных язв, и эти больные также были включены в исследуемую группу. Таким образом, в исследование включены 60 больных с кровотечениями из гастродуоденальных язв и 21 больной с кровотечениями из ВРВП на фоне цирроза печени.

Результаты лечения данных больных предложенными нами методами послужили основанием для оценки эффективности лечения. После ретроспективного анализа результатов лечения, осложнений и причин смерти больных контрольной группы была разработана и рекомендована больным основной группы следующая схема лечения.

**При выполнении эндоскопического гемостаза** – применялся комбинированный эндоскопический гемостаз: инъекции адреналина в соотношении 1:10000 и наложение клипсы на кровоточащий сосуд.

При кровотечениях из верхних отделов ЖКТ на фоне ЦП, при видимых расширенных венах пищевода и при состояниях заполнения желудка кровью, все эндоскопические меры остановки кровотечения были направлены на варикозно расширенные вены пищевода, могут быть состояния оставления основного источника кровотечения.

Несмотря на рецидив кровотечения в контрольной группе и эндоскопическую остановку гастродуоденального кровотечения, нами была предложена эндоскопическая тактика, учитывающая возможность рецидива кровотечения в период лечения и возможность того, что его источником являются пищеводные вены (в 3 случаях в контрольной группе).

При кровотечениях из язв желудка и 12-ти перстной кишки, для предотвращения рецидивов необходимо применять комбинированный эндоскопический гемостаз, наложение клипсы на кровоточащую язву и инъекции адреналина вокруг язвы.

При массивных кровотечениях из гастродуоденальных язв, у больных с наличием ЦП, выраженный дефицит факторов свертывания и нарушение состояния гемостаза, учитывая распространение гастропатического процесса не только на желудок и двенадцатиперстную кишку, но и на нижние отделы пищевода, рекомендуется профилактическая лигатура варикозно расширенных вен для предотвращения кровотечений из-за аррозии вен, не дожидаясь их разрыва.

С целью воздействия на гепатогенные язвы слизистой оболочки желудка рекомендованы гастропротекторы, такие как ребамипид, с целью восстановления функции печени – назначение Глутатиона в максимальных дозах, являющегося гепатопротектором и антиоксидантом.

**1. Цефтриаксон** - 1,0 г дважды в день внутривенно. Из-за возможного развития синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) на фоне ЦП предложено добавлять к антихеликобактерной терапии для профилактики септических осложнений.

**2. Ребамипид** - назначался через назогастральный зонд по 100 мг 3 раза в день на протяжении 2–4 недель. Ребамипид это - производное

аминокислоты 2-хинолинона, применяется для защиты слизистой оболочки, лечения гастродуоденальных язв и гастрита. Он оказывает эффект, через усиление защиты слизистой оболочки, нейтрализуя свободные радикалы и временно активируя гены, кодирующие циклооксигеназу-2.

**3. Глутатион** - Современные исследования подтверждают, что при хронических диффузных заболеваниях печени основным патогенезом печеночной энцефалопатии является негативное влияние аммиака на астроциты, составляющие основную часть клеток головного мозга (Ивашкин В.Т., Маевская М.В. и др., 2016; Павлов Ч.С., Дамулин И.В., 2016). В норме 7% аммиака, образующегося в организме человека, проходит через ткань мозга, не оказывая значительного воздействия на его нормальное состояние и функции. С повреждением печени или после портокавальных шунтов наблюдается попадание в общий кровоток значительного количества аммиака. Вследствие повышенной кишечной абсорбции аммиака вследствие цирроза печени или гипераммониемии вследствие портокавальных шунтирований, а также нарушения детоксикации в печени наблюдается снижение уровня его связывания в гипотрофированных скелетных мышцах, т. е. снижается активность синтеза глутамина (Stewart C.A., Menon K.V.N., 2006).

Глутатион - является важным компонентом антиоксидантной защиты организма. Печень, будучи метаболически активным органом, является «лабораторией» детоксикации организма и основой для синтеза белков, липопротеинов и других важных молекул, участвующих в окислительно-восстановительных реакциях. Результаты предложенной тактики эндоскопического и консервативного лечения кровотечений из гастродуоденальных язв у пациентов с циррозом печени оказались следующими.

Успешный эндоскопический гемостаз составил 95% в группе с язвенными кровотечениями. У больных основной группы рецидив кровотечения наблюдался у 3(50%) из 6 больных с типом кровотечения F-IA, что составило 5% (21% в контрольной группе) от общего числа больных в основной группе в первые 1–3 дня лечения, что потребовало хирургического вмешательства.

Рецидивы кровотечения были зафиксированы в два раза реже, чем в контрольной группе. У всех трех больных с рецидивом кровотечения цирроз был в стадии декомпенсации по Чайлд-Пью, класс С. У больных с кровотечением типа F-IB, после клипирования язвы и инъекций раствора адреналина, состояния рецидивов не наблюдалось. Двум больным с рецидивным кровотечением было проведено хирургическое лечение. При этом, выполнены операции «верхняя срединная лапаротомия, гастротомия, ушивание кровоточащей язвы, дренирование брюшной полости» у 2 (3,3%) больных (таблица 11).

**Таблица 11**

**Виды хирургического вмешательства, проведенные больным  
контрольной и основной групп**

<b>Виды операций</b>	<b>Количество больных (n=38), абс, (%)</b>
Лапаротомия. Гастротомия. Ушивание острой кровоточащей язвы тела желудка	2 (5%)
Лапаротомия. Дуоденотомия, ушивание острой кровоточащей язвы	6 (16%)
<b>Виды хирургических вмешательств (основная группа)</b>	<b>(n=60), абс. (%)</b>
Лапаротомия. Гастротомия. Ушивание острой кровоточащей язвы тела желудка	2 (3,3%)

У данной группы больных одновременно выполнялись комбинированный эндогемостаз кровоточащих гастродуоденальных язв (клипсирование и инъекции адреналина) и эндоскопическая лигатура кровоточащих варикозных сосудов латексными кольцами.

Данная группа больных относилась к крайне тяжелому контингенту больных и не сравнивалась с результатами лечения основной группы и результатами лечения контрольной группы.

В основной группе больных летальный исход наблюдался у 1 больного после операции вследствие печёчно-почечной недостаточности и у 2 больных, которым не была проведена операция вследствие декомпенсированного постгеморрагического синдрома, всего у 3(5%) больных.

Хирургическое лечение проведено 2 больным с рецидивным кровотечением. Из них 2 (3,3%) больным выполнена операция «Верхнесрединная лапаротомия, гастротомия, ушивание кровоточащей язвы, дренирование брюшной полости» (табл.12). У части проспективно обследованных больных, то есть у 21 (4,6%) (из числа больных с кровотечением из ВРВП в период проспективного обследования), кровотечение наблюдалось как из варикозно расширенных вен пищевода, так и из гастродуоденальных гепатогенных язв (в контрольной группе не было). В основном это язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, расположенные в разных отделах. Данная ситуация позволяет сделать вывод о том, что даже если расширенные варикозно расширенные сосуды пищевода не кровоточат, после их полного лигирования обязательно следует обследовать желудок и 12-ти перстную кишку на предмет наличия кровоточащих язв.

Заключение: у данного больного имело место кровотечение из ВРВП развившегося на фоне ЦП, несмотря на то что вены были лигированы и кровотечение остановлено, при последующем эндоскопическом исследовании вновь был выявлен источник кровотечения гастродуоденальная язва, и кровотечение остановлено комбинированным гемостазом. Выбранная тактика показала высокую клиническую эффективность у данного пациента. Несмотря на то, что с момента первой эндоскопии имелся ВРВП, было показано, что гастродуоденальные язвы могут одновременно кровоточить вследствие портальной гастропатии и

изменений в системе свертывания крови, которые могут развиваться на фоне ЦП.

**Таблица 12**

**Рецидив кровотечений и показатели смертности после экстренной хирургии у больных**

Операция	Показатель смертности					
	послеоперационная	Постгеморрагическая анемия	гепаторенальный синдром	Инфекционные осложнения	Острый инфаркт миокарда	Смертность
Контрольная (n=38)	8(3)	2(5,3%)	1(3%)	3(8%)	1(2,6%)	7(18,4%)
Основная (n=60)	3(1)	2(3,3%)	1(1,6%)	-	-	3(5%)

Таким образом, предложенная эндоскопическая тактика и схема лечения в основной группе больных показали положительные результаты. У больных с кровотечениями из гастродуоденальных язв при проведении глубоких инструментальных исследований было выявлено, что у 6% больных наблюдаются ХДЗП с различным функциональным состоянием печени, что в два раза больше по сравнению с ретроспективно анализированными больными.

При обследовании больных с кровотечением из ВРВП развившегося на фоне ЦП у 21 (4,6%) из них отмечалось кровотечение из ВРВП и кровотечение из гастродуоденальных язв. Таким образом, при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ на фоне ЦП, при эндоскопическом исследовании при визуализации расширенных вен пищевода и заполнении желудка кровью, возможно лигировать вены, оставив основной источник кровотечения.

Кровотечения из гастродуоденальных язв не было выявлено ни у одного больного контрольной группы, и гемостаз проводился только по отношению к варикозно расширенным вен.

При определении роли патогенно влияющих факторов в возникновении и кровотечениях из гастродуоденальных язв при ЦП и на его фоне влияние алкоголя было выраженным и, это было зарегистрировано в 18% случаев.

Поскольку в контрольной группе рецидив кровотечения составил 21% при проведении эндоскопической диатермокоагуляции и стандартной гемостатической терапии, в основной группе больных был предложен комбинированный эндоскопический гемостаз с использованием гемостатических клипс и введением адреналина вокруг раны. В результате этого рецидивы в основной группе больных снизились с 21% до 5%.

Несмотря на рецидив кровотечения в контрольной группе и остановку гастродуоденального кровотечения эндоскопическим путём, учитывая

возможность рецидива кровотечения в период лечения и его источником являлись пищеводные вены (в 3 случаях в контрольной группе), клипирование внезапно расширившихся во время эндоскопической процедуры пищеводных вен латексными клипсами также позволило резко снизить частоту рецидивов.

Поэтому у больных с варикозным расширением вен пищевода и кровотечением из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки во время плановых вмешательств предлагается стратегия лигирования как активно, так и потенциально кровоточащих вен из обоих источников.

В результате предложенной тактики лечения количество экстренных операций уменьшилось с 8(21%) до 3(5%), показатель смертности снизился с 7(18,4%) до 3(5%).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Анализ анамнеза больных с циррозом печени и осложнением в виде кровотечения из гастродуоденальных язв выявлено, что в 40–45% случаев симптомы характерные язвам не наблюдаются. При использовании специальных инструментальных методов обследования (МРТ, МСКТ, УЗИ, эластография) в контрольной группе цирроз печени увеличился с 3% до 6%. В основной группе, несмотря на диагностированное кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, при более детальном обследовании было выявлено, что у 4,6% больных имеется кровотечение не только в венах, но гастродуоденальное кровотечение. Определено, что у 45–53% больных степень тяжести кровотечения на фоне цирроза печени была тяжелой и крайне тяжелой.

2. При определении этиологических причин у больных, развившихся кровотечения из гастродуоденальных язв на фоне цирроза печени, в обеих группах выявлены вирусные гепатиты В, С, микст-вирусы – 18%, больные, принимающие алкоголь в качестве этиологической причины алкогольного цирроза печени, составило 45%. Установлено, что более половины язв у обеих групп больных локализовались в участках желудка.

3. Анализ рецидива кровотечения и результатов лечения у больных циррозом печени с кровотечением из гастродуоденальных язв в результате стандартного лечения и предложенного алгоритма показал, что рецидив кровотечения в контрольной группе снизился до 21%, до 5% в основной группе, а хирургическое лечение снизилось до 8 (21%) в контрольной группе до 2 (3,3%) в основной группе. Летальность составила 7 (18%) в контрольной группе против 3(5%) человек. Это наблюдалось в основном у больных в стадии декомпенсированного цирроза печени. 3 (13%) больных умерли вследствие осложнений цирроза печени и его осложнения, прогрессирования синдрома системного воспалительного ответа. у 2-х больных (28,5%) причинами смерти стали гиповолемический шок.

4. Анализ причин смерти у больных циррозом печени в контрольной группе больных с гастродуоденальными кровотечениями показал, что

развитие синдрома системной воспалительной реакции, изменения в иммунной системе, развивающиеся на фоне цирроза печени, и развитие вторичной инфекции сопряжены с высокой вероятностью осложнений, а также определено, что одной лишь антихеликобактерной терапии недостаточно.

5. Использование комбинированного эндоскопического гемостаза, методов клипирования раны и введения адреналина, применение препаратов цефтриаксона, ребамипида, глутатиона в дополнение к стандартному лечению, профилактическое эндоскопическое лигирование некровотокающих варикозно расширенных вен пищевода у больных развившихся кровотечения из гастродуоденальных язв на фоне цирроза печени снизили рецидив кровотечения, оперативную активность и показатели летальности.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/27.09. 2024.Tib.93.03 FOR THE AWARD  
OF ACADEMIC DEGREES AT THE BUKHARA STATE MEDICAL  
INSTITUTE**

---

**BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

**SALOMOV NODIR ISTAMOVICH**

**FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT TACTICS FOR  
BLEEDING IN PEPTIC ULCER DISEASE AGAINST THE  
BACKGROUND OF LIVER CIRRHOSIS**

**14.00.27 – Surgery**

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

**BUKHARA – 2025**

The theme of the doctor of philosophy (PhD) dissertation was registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education of Science and innovation of the republic of Uzbekistan №B2023.3. PhD/Tib3913.

The dissertation was made at the Bukhara state medical institute.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the scientific council ([www.sammu.uz](http://www.sammu.uz)) and the information and educational portal "ZiyoNet" ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

**Scientific supervisor:**

**Urokov Shukhrat Tukhtaevich**  
Doctor Of Medical Sciences, Professor

**Official opponents:**

**Khamdamov Bakhtiyor Zarifovich**  
Doctor of Medical Sciences (DSc), Professor

**Akbarov Mirshavkat Mirolimovich**  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**The leading organization:**

**Andijan State Medical Institute**

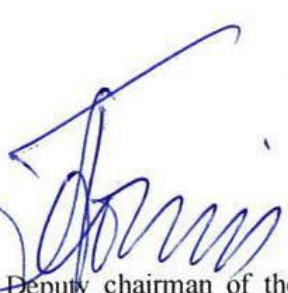
Defense will take place on « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 at \_\_\_\_ at the meeting of Scientific Council DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 at the Bukhara State medical institute (address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, Gijduvan str. 23. Phone/fax: (+99865) 223-00-50; Phone: (+99865) 223-17-53, e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).

The dissertation can be reviewed at the Information Resource Center of the Bukhara State medical institute (registered number № \_\_\_\_). (Address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, Gijduvan str. 23. Phone: (+99865) 223-00-50)

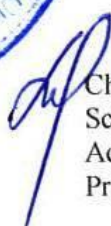
Abstract of dissertation sent out on « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 year

(mailing report № \_\_\_\_ on « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 year)



  
**M.M. Abdurahmanov**  
Deputy chairman of the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

**N.N. Kazakova**  
Scientific secretary of the Scientific Council for awarding Scientific degrees, Doctor Of Medical Sciences, Associate Professor

  
**B.Z. Khamdamov**  
Chairman of the Scientific Seminar under the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor



## INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

**The purpose of the study.** Comprehensive study of the diagnostic and treatment features for bleeding from gastric and duodenal ulcers against the background of liver cirrhosis, as well as the development of optimized, effective approaches to enhance the effectiveness of treatment and prevention of complications in this patient category.

**The object of the study** was 98 patients diagnosed with bleeding from gastric and duodenal ulcers against the background of liver cirrhosis, who were treated in the emergency surgery departments of the Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid during the period of 2020-2024.

**The scientific novelty of the study** is the following:

for the first time it was established that 40-45% of patients with bleeding from gastroduodenal ulcers that developed against the background of liver cirrhosis do not have characteristic symptoms of an ulcer; upon a detailed examination of all patients with gastroduodenal ulcers and complicated by bleeding from them, 6% of them have varying degrees of chronic diffuse liver diseases;

it was revealed that in patients with bleeding from varicose veins of the esophagus, due to portal gastropathy and disorders in the blood coagulation system, parallel bleeding from gastric and duodenal ulcers is observed;

it has been proven that the primary cause of bleeding from gastroduodenal ulcers developing in the context of liver cirrhosis is the regular consumption of alcoholic beverages, as confirmed by the results of clinical and laboratory studies;

in cases of gastroduodenal ulcers associated with liver cirrhosis, not only bleeding complications but also complications related to the development of systemic inflammatory response syndrome and infections may occur due to liver cirrhosis and massive hemorrhages;

**Implementation of research results.** According to the conclusion No. 20/01 dated June 20, 2025 on the implementation of the results of scientific research of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan:

*the first scientific novelty:* for the first time, it has been established that in 40–45% of patients admitted with bleeding from gastroduodenal ulcers developed against the background of liver cirrhosis, the typical clinical symptoms of ulcers were absent. Moreover, a detailed examination of all patients with gastroduodenal ulcers complicated by bleeding revealed that 6% of them had chronic diffuse liver diseases of varying severity. *Significance of the scientific novelty:* This study demonstrated that in cases of bleeding from gastric and duodenal ulcers in patients with liver cirrhosis, the course of the disease and clinical outcomes have distinctive features. It was confirmed that the use of modern instrumental diagnostic methods and a combined therapeutic approach—including endohemostasis, hepatoprotective, antioxidant, and cytoprotective therapy—ensures effective hemostasis, reduces recurrent bleeding, decreases systemic inflammatory complications, and thereby lowers mortality rates. *Implementation into practice:* The obtained scientific and practical results have been implemented into clinical

practice at the Sirdarya Regional Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (Order No.188, dated 11.11.2024) and at the Karakalpakstan Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (Order No.55, dated 28.02.2025). *Social effectiveness of the scientific novelty:* The application of endoscopic hemostasis, ulcer clipping, and adrenaline injection, along with the use of Ceftriaxone, Rebamipide, and Glutathione, resulted in a reduction in the incidence of complications. Among patients with gastroduodenal ulcer bleeding against the background of cirrhosis, these measures significantly reduced the frequency of recurrent bleeding and related complications. *Economic effectiveness of the scientific novelty:* This approach shortened the average hospital stay by 5–6 days. Considering that, according to the price list of the Sirdarya Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, one inpatient day costs 170,000 UZS, the economic savings per patient amounted to an average of 850,000–1,020,000 UZS. Overall, the introduced measures not only reduced recurrent bleeding, prevented complications, and lowered mortality but also ensured high social and economic effectiveness, providing an average benefit of 1.3–1.6 million UZS per patient. *Conclusion:* As a result of the implemented interventions, the frequency of recurrent bleeding decreased, complications were prevented, and mortality rates were reduced. The applied measures proved to have not only medical but also high social and economic significance, providing an average economic benefit of 1.3–1.6 million UZS per patient. These findings confirm a substantial positive impact on treatment outcomes, enabling a reduction in complications and mortality.

*the second scientific novelty:* it was revealed that in patients with bleeding from esophageal varices, due to portal gastropathy and disruption of the blood coagulation system, simultaneous bleeding from gastric and duodenal ulcers can also occur. *Significance of the scientific novelty:* In patients admitted with bleeding from gastric and duodenal ulcers against the background of liver cirrhosis, a comprehensive diagnostic and therapeutic protocol was developed. According to this protocol, treatment methods aimed at eliminating bleeding caused by the identified pathological processes proved to be effective, as confirmed by the reduction of recurrent bleeding and stabilization of hemostasis. *Implementation into practice:* The obtained scientific and practical data have been introduced into clinical practice at the Sirdarya Regional Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (Order No.188, dated 11.11.2024) and the Karakalpakstan Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (Order No.55, dated 28.02.2025). *Social effectiveness of the scientific novelty:* The introduction of a comprehensive diagnostic and treatment protocol for patients with concurrent bleeding from esophageal varices and gastric/duodenal ulcers led to a significant decrease in complications, a 30–35% reduction in recurrent bleeding, and a marked decrease in mortality. Furthermore, it improved patients' life expectancy and prevented repeated emergency hospitalizations. *Economic effectiveness of the scientific novelty:* The application of the proposed comprehensive treatment reduced the average hospital stay by 5–6 days. Considering that, according to the price list of the Republican Scientific

Center for Emergency Medical Care, the cost of one inpatient day is 170,000 UZS, this resulted in budget savings of 850,000–1,020,000 UZS per patient. Additionally, due to the reduction in complications, the need for medications decreased, saving an additional 400,000–500,000 UZS per patient. In total, the overall economic efficiency increased by 1.2–1.5 million UZS per patient, significantly improving treatment outcomes and reducing complications. *Conclusion:* In patients with liver cirrhosis complicated by gastroduodenal ulcer bleeding, not only bleeding-related complications but also systemic inflammatory response syndrome and infectious complications may develop. The introduction of improved methods aimed at stopping bleeding, preventing relapses, and eliminating complications increased treatment effectiveness. As a result, the frequency of recurrent bleeding and complications decreased, mortality rates were reduced, patients' life expectancy improved, and high medical, social, and economic effectiveness was achieved.

*the third scientific novelty:* it has been proven that the primary cause of bleeding from gastroduodenal ulcers developing in the context of liver cirrhosis is the regular consumption of alcoholic beverages, as confirmed by the results of clinical and laboratory studies. *Significance of the scientific novelty:* In cases of bleeding from gastric and duodenal ulcers in patients with liver cirrhosis, the course of the disease and clinical outcomes have distinctive features. It was confirmed that the use of modern instrumental diagnostic methods and a combined therapeutic approach—including endohemostasis, hepatoprotective, antioxidant, and cytoprotective therapy—ensures effective hemostasis, reduces recurrent bleeding, decreases systemic inflammatory complications, and thereby lowers mortality rates. *Implementation into practice:* The obtained scientific and practical data have been introduced into clinical practice at the Sirdarya Regional Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (Order No.188, dated 11.11.2024) and at the Karakalpakstan Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (Order No.55, dated 28.02.2025). *Social effectiveness of the scientific novelty:* The use of endoscopic hemostasis, ulcer clipping, and adrenaline injection, along with the administration of Ceftriaxone, Rebamipide, and Glutathione, significantly reduced the incidence of complications. In patients with bleeding on the background of cirrhosis, the introduction of targeted antibiotic therapy (cephalosporins) combined with comprehensive treatment decreased recurrent bleeding by 35–40%, prevented systemic inflammatory complications, reduced mortality, and substantially lowered the need for rehospitalization. As a result, patients' life expectancy improved. *Economic effectiveness of the scientific novelty:* The introduction of comprehensive treatment methods into clinical practice led to a significant reduction in the length of hospital stay. This also reduced the unnecessary use of medications, thereby lowering the overall treatment costs. In addition, the decreased need for rehospitalization enabled more efficient use of hospital resources and reduced healthcare expenses, saving approximately 1,100,000 UZS per patient. In general, the applied treatment strategy provided an average economic benefit of 1.3–1.5 million UZS per patient, while preventing complications and optimizing resource allocation. *Conclusion:*

The addition of cephalosporin-based antibiotic therapy to comprehensive treatment proved highly effective in achieving hemostasis, preventing relapses, reducing complications, and lowering mortality rates. The implemented method demonstrated not only strong medical results but also substantial social and economic significance, yielding an average benefit of 1.3–1.5 million UZS per patient.

*The fourth scientific novelty:* it was scientifically proven that in the presence of gastroduodenal ulcers developed against the background of liver cirrhosis, complications arise not only from bleeding itself but also from systemic inflammatory response syndrome (SIRS) and infectious processes caused by cirrhosis and massive hemorrhages. *Significance of the scientific novelty:* In patients with bleeding from gastric and duodenal ulcers on the background of liver cirrhosis, the disease course and clinical outcomes were found to have distinctive features. It was confirmed that the use of modern instrumental diagnostic methods and a combined therapeutic approach—including endohemostasis, hepatoprotective, antioxidant, and cytoprotective therapy—ensures effective hemostasis, reduces recurrent bleeding, decreases systemic inflammatory complications, and thereby lowers mortality rates. *Implementation into practice:* The obtained scientific and practical data have been introduced into clinical practice at the Sirdarya Regional Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (Order No.188, dated 11.11.2024) and at the Karakalpakstan Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (Order No.55, dated 28.02.2025). *Social effectiveness of the scientific novelty:* The use of endoscopic hemostasis, ulcer clipping, adrenaline injection, and administration of Ceftriaxone, Rebamipide, and Glutathione significantly reduced the frequency of complications. The application of a comprehensive diagnostic and treatment protocol decreased complication rates, accelerated the management of bleeding-related conditions, and markedly reduced the incidence of infections. This improved patients' life expectancy, facilitated their faster return to normal life, and lowered the need for repeated emergency admissions. *Economic effectiveness of the scientific novelty:* The average duration of hospital stay was reduced by 3–4 days. As a result, budget savings per patient amounted to approximately 300,000–350,000 UZS, while non-budgetary savings reached 300,000–400,000 UZS. The shorter duration of treatment also decreased medication use, ensuring more efficient utilization of hospital resources. *Conclusion:* It was scientifically substantiated that in patients with liver cirrhosis complicated by gastroduodenal ulcer bleeding, infectious complications and systemic inflammatory response may develop. The introduction of improved methods aimed at controlling bleeding, reducing relapses, and preventing complications enhanced clinical effectiveness. As a result, treatment outcomes improved, complications and mortality rates decreased, and significant social and economic benefits were achieved.

**The structure and scope of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, practical recommendations, and a list of references. The total length of the dissertation is 119 pages.

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

**I қисм (I часть; part I)**

1. Ўроков Ш.Т., Абидов У.О., Саломов Н.И. Гастродуоденальные язвенные кровотечения у больных на фоне цирроза печени: современное состояние диагностики и лечения (обзор литературы) // Новый день в медицине. - Бухара, 2024. - № 9 (71). – С. 196-204. (14.00.00; № 22)

2. Urokov, Sh.T., Salomov, N.I., Khamroev, Kh.N. Improving surgical treatment of esophageal-gastric bleeding in liver cirrhosis // Medical Science of Uzbekistan. - 2023. - № 5 (5). – P. 22-25 (ОАК Раёсатининг 30 ноябрдаги 2024 йилдаги 01-07/3681/11 сонли хати)

3. Urokov, Sh.T., Salomov, N.I. Features of diagnostic and complex treatment of esophageal-gastric bleeding in cirrhosis of the liver // A new day a medicine. - Bukhara, 2023. - № 10 (60). – P. 392-396. (14.00.00; № 22)

4. Urokov, Sh.T., Salomov, N.I., Khamroev, Kh.N. Characteristics of diagnostic and comprehensive management of esophageal-gastric bleeding in liver cirrhosis // Medical Journal of Uzbekistan. – Tashkent, 2024. - № 1 (45). – P. 51-57 (14.00.00; №3)

5. Уроков Ш.Т., Абидов У.О., Саломов Н.И. Гастродуоденальные язвенные кровотечения у больных на фоне цирроза печени: современное состояние диагностики и лечения // Вестник фундаментальной и клинической медицины. – Бухара, 2025. - №1(14). – С. 11-23. (ОАК Раёсатининг 2025 йил 8 майдаги 370/6-сон қарори)

6. Уроков Ш.Т., Абидов У.О., Саломов Н.И. Жигар циррози билан касалланган беморларда ошқозон-ичак трактидан қон кетишлар ва бунда гастродуоденал яралардан қон кетишларнинг ўрни // Тиббиётда янги кун. - Бухоро, 2024. - № 11 (73). - 248-255 б. (14.00.00; № 22)

7. Абидов У.О., Уроков Ш.Т., Саломов Н.И. Жигар циррози бўлган беморларда гастродуоденал қон кетишларда комбинацияланган эндоскопик гемостаз тактикаси // Тиббиётда янги кун. - Бухоро, 2024. - № 11 (73). - 334-339 б. (14.00.00; № 22)

8. Саломов Н.И., Уроков Ш.Т., Абидов У.О. Жигар циррози билан касалланган беморларда гастродуоденал яралари қон кетишини даволаш натижалари // Тиббиётда янги кун. - Бухоро, 2024. - № 11 (73). - 314-320 б. (14.00.00; № 22)

9. Salomov N.I., Uroqov Sh.T., Abdurahmanov M.M., Abdurahmanov Z.M. Comprehensive management of gastroduodenal bleeding and peculiarities of gastroduodenal lesions in patients with liver cirrhosis // American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2024. - №14 (7). - P. 1940-1944. (14.00.00; №2)

**II қисм (II часть; part II)**

10. Urokov Sh.T., Salomov N.I To study the frequency of ulceral bleeding in combination with liver cirrhosis // Scientific And Innovative терапия. – Bukhara,

2023. - №3. – P. 150-151.

11. Urokov Sh.T., Salomov N.I Erosive-ulcerative lesions of the stomach and duoden in patients with liver cirrhosis // Scientific And Innovative терапия. – Bukhara, 2023. - №3. – P. 151-152.

12. Уроков Ш.Т., Саломов Н.И. Эрозивно-язвенные поражения желудка двенадцатиперстной кишки у больных цирроз печени // Problems of modern surgery. International scientific and practical conference. Андижон. – 2023. - С. 349-350

13. Уроков Ш.Т., Саломов Н.И. Особенности диагностической и комплексного лечения пищеводно-желудочных кровотечений при циррозе печени // Problems of modern surgery. International scientific and practical conference. Андижон. – 2023.- С. 348-349

14. Salomov N.I. Modern aspects of diagnosis and treatment of ulcer bleeding in patients with liver cirrhosis // International Conference on Modern Science and Scientific Studies. - Madrid, Spain. - 2025. - P. 127-128.

15. Salomov N.I. Modern aspects of diagnosis and treatment of ulcer bleeding in patients with liver cirrhosis // International Conference on Modern Science and Scientific Studies. - Turkey. - 2025. - P. 39-41.

16. Саломов Н.И., Уроков Ш.Т. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигининг қон кетиш асорати, жигар циррози билан биргаликда келган беморларни мониторинг қилиш дастури. // Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлиги. № DGU 31900, 2023 йил.

17. Уроков Ш.Т., Саломов Н.И. Жигар циррози фонида гастродуоденал яралардан қон кетишларда эндоскопик даволаш усули // Услубий тавсиянома. - Бухоро, 2024. - 25 б.

18. Уроков Ш.Т., Саломов Н.И. Жигар циррози фонида гастродуоденал яралардан қон кетишларда ташхис қўйиш ва даволаш алгоритми // Услубий тавсиянома. - Бухоро, 2024. - 27 б.



Avtoreferat “Durdona” nashriyotida tahrirdan o‘tkazildi hamda o‘zbek, rus va ingliz tillaridagi matnlarning mosligi tekshirildi.

