

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.06/2025.27.12.Tib.05.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

МАХМАНАЗАРОВ ОРИФЖОН МИРЗОНАЗАР ЎҒЛИ

**ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИНING ЖИГАР СУРУНКАЛИ ДИФФУЗ
КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН БИРГАЛИКДА КЕЧИШИДА
ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

**тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси
АВТОРЕФЕРАТИ**

Бухоро – 2026

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Махманазаров Орифжон Мирзоназар ўғли

Ўткир ичак тутилишининг жигар сурункали диффуз касалликлари билан биргаликда кечишида ташҳислаш ва даволаш натижаларини такомиллаштириш..... 3

Махманазаров Орифжон Мирзоназар угли

Совершенствование результатов диагностики и лечения при сочетании острой кишечной непроходимости с хроническими диффузными заболеваниями печени..... 31

Makhmanazarov Orifjon Mirzonazar ugli

Improving the results of diagnosis and treatment when acute intestinal obstruction is combined with chronic diffuse liver disease..... 59

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works..... 64

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.06/2025.27.12.Tib.05.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

МАХМАНАЗАРОВ ОРИФЖОН МИРЗОНАЗАР ЎҒЛИ

**ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИНING ЖИГАР СУРУНКАЛИ ДИФФУЗ
КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН БИРГАЛИКДА КЕЧИШИДА
ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

**тиббийёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси
АВТОРЕФЕРАТИ**

Бухоро – 2026

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги хузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2023.2.PhD/Tib3629 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.bsmi.uz) ва «Ziyonet» ахборот таълим портали (www.ziyonet.uz) манзилларига жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Уроқов Шухрат Тўхтаевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Хамдамов Бахтиёр Зарифович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Курбаниязов Зафар Бабажанович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Тошкент давлат тиббиёт университети

Диссертация химояси Бухоро давлат тиббиёт институти хузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.06/2025.27.12.Tib.05.03 Илмий кенгашининг 2026 йил « 17 » Март соат 19:00 даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200100, Бухоро шаҳри, Гиждувон кўчаси, 23-уй. Тел/факс: (+99865) 223-00-50, Веб-сайт: www.bsmi.uz, e-mail: buhme@mail.ru.)

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№ 11 рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 200100, Бухоро шаҳри, Гиждувон кўчаси, 23-уй. Тел/факс: (+99865) 223-00-50), Веб-сайт: www.bsmi.uz, e-mail: buhme@mail.ru.)

Диссертация автореферати 2026 йил « 10 » Март да тарқатилди.
(2026 йил « 10 » Март даги 41 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. Жаҳон соғлиқни сақлаш маълумотларига кўра, «...40 ва 60 ёш орасида ушбу касалликнинг энг юқори тарқалишининг ёш диапазонини кўрсатади, бунда эркаклар аёлларга қараганда ўткир ичак тутилишига кўпроқ мойил бўладилар...».¹ Замоनावий тиббиёт фанида ўткир ичак тутилиши деб номланувчи касаллик ошқозон-ичак тракти орқали таркибнинг меъерий ҳаракатланишига тўсқинлик қиладиган ҳолатдир. тиббий амалиётда ўткир ичак тутилиши ривожланишининг турли босқичларида беморларни диагностик излаш ва терапевтик олиб бориш алгоритмларини ўзлаштириш муҳимлигини тушуниш керак. Бу нафақат жарроҳлик мутахассисларига, балки стажёрларга ҳам тегишли бўлиб, уларнинг замоनावий тиббий аралашуви беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш учун жуда муҳимдир. Бундан ташқари, ўткир ичак тутилиши қўшилиб келган касалликлар, шу жумладан, жигарнинг диффуз касалликлари билан турли беморларда, намоён бўлиши мумкин.

Жаҳон миқёсида ўткир ичак тутилиши ва жигарнинг диффуз касаликлари ўртасидаги муносабатлар соҳасида кўплаб тадқиқотлар амалга оширилган бўлиб, ушбу коморбидликда аъзолардаги патофизиологик жараёнларнинг мураккаблиги билан боғлиқ жиҳатларга алоҳида эътибор қаратилган. Жигарнинг диффуз касалликларида асоратлар патогенезини замоनावий тадқиқ қилишда тирик бактериялар ва уларнинг компонентларининг ичак таркибидан ичак деворига, мезентериал лимфа тугунларига, шунингдек портал ва тизимли қон айланишга кўчиши жараёни бўлган бактериал транслокация ҳодисасига катта эътибор қаратилган. Ушбу жараёнда қўшилиб келган клиник ҳолатларнинг кенг тарқалганлиги, даволаш самарадорлигининг пастлиги ҳамда асоратлар қолиш хавфининг мавжудлигини инобатга олиб, ушбу патология кузатилган беморларда касалликларни ташҳислаш, консерватив ва жарроҳлик даволаш ва олдини олишни такомиллаштириш зарурати ошган.

Мамлакатимизда аҳолига жарроҳлик касалликларида тиббий ёрдам кўрсатиш, хусусан жигарнинг диффуз касалликлари билан ўткир ичак тутилишининг қўшилиб келиш ҳолатларида касалланиш даражасини аниқлаш, тегишли ташҳис қўйиш, даволаш ва ушбу патологиянинг натижаси прогнозини таъминлаш бўйича катта ҳажмдаги ишлар олиб борилмоқда. Шу муносабат билан, 2022-2026 йилларда мамлакат ривожланиши стратегиясининг 7 та устувор йўналишнинг 56-мақсад, 4-қисмида «... аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимларининг салоҳиятини ошириш ва 2022-2026 йилларда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш дастурини татбиқ этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини амалга ошириш ...»² бўйича қатор вазифалар белгиланган. Шунга асосланган ҳолда, жигарнинг диффуз касалликлари бўлган пациентларда ўткир ичак тутилишини даволашда жарроҳлик аралашув натижаларини оптималлаштириш долзарб ҳисобланади.

¹ https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/indicator-groups/indicator-group_details / MDB / paralytic-ileus-and-intestinal-obstruction

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармони, 28.01.2022 йилдаги ПФ-60-сон // <https://lex.uz/docs/5841063>

Ушбу 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»³ ги, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон «Аҳолининг соғлом овқатланишини таъминлаш бўйича кўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»⁴ ги, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий-профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид кўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»⁵ ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий 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. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, жигарнинг диффуз касалликлари бўлган ўткир ичак тутилиши билан пациентларни даволаш самарадорлиги асосан касалликнинг босқичи, эндотоксикознинг даражаси ва касалликнинг бошланишидан бошлаб тиббий аралашувнинг ўз вақтида бошланиши билан белгиланади. Ўткир ичак тутилиши билан пациентларда тез ривожланаётган эндоген интоксикация жигарнинг детоксикация механизмларини фаоллаштиришни рағбатлантиради. Шунингдек, жигар функцияларининг компенсацияланган ҳолатини сақлаб қолиш нафақат гомеостазни сақлашга ёрдам беради, балки операциядан олдинги ва кейинги даврларда тананинг фаоллигини оширишни талаб қиладиган ҳолатларда ҳам асосий элемент ҳисобланади (Ступин В.А. ва бошқ., 2021, Хакимов М.Ш., 2023).

Шу муносабат билан жигарнинг диффуз касалликлари билан пациентларда ўткир ичак тутилишини даволашда гепатопротекторли давонинг ролини чуқур ўрганиш долзарб бўлиб қолади. Бундай тадқиқотнинг зарурати жигарнинг купфер ҳужайралари эндотоксинлар детоксикациясида муҳим рол ўйнаши ҳақидаги далил билан мустаҳкамланган. Бундан ташқари, прогрессияланувчи эндотоксикоз ўткир ичак тутилишининг патофизиологик оқибатларидан бири бўлиб ҳисобланади ва беморларнинг ҳаётига, айниқса жигарнинг диффуз касалликлари билан пациентларнинг ҳаётига таҳдид солувчи полиорганли етишмовчиликнинг патогенезидаги муҳим компонент ҳисобланади (Назиров Ф.Г. 2022).

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармони, 12.11.2020 йилдаги ПФ-6110-сон // <https://lex.uz/docs/5100677>

⁴ Ўзбекистон Республикаси Президентининг қарори, 10.11.2020 йилдаги ПҚ-4887-сон // <https://lex.uz/docs/5090241>

⁵ Ўзбекистон Республикаси Президентининг қарори, 12.11.2020 йилдаги ПҚ-4891-сон // <https://lex.uz/docs/5100663>

Сўнги йилларда дунёнинг етакчи тиббиёт марказларида жигарнинг диффуз касалликлари билан касалланган пациентларда ўткир ичак тутилишида жарроҳлик аралашув усулларида ўзгаришлар кузатилди. Ушбу ўзгаришлар асосан минимал инвазив усуллари жорий этиш, лапароскопик ускуналардан фойдаланиш, гемостаз учун биомутаносиб синтетик иплар ва коагуляторлардан фойдаланиш билан боғлиқ бўлиб, улар қорин бўшлиғида лигатураларни қолдиришни талаб қилмайди. Шунга қарамасдан, ушбу янгиликлар касалликнинг клиник кўриниши ва пациентларни олиб бориш стратегиясига сезиларли таъсир кўрсатмади ва даволаш натижалари қониқарсиз бўлиб қолмоқда (Амаханов А.К. ва ҳаммуал., 2022).

Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, эндотоксикоз жигарнинг диффуз касалликлари билан пациентларда ўткир ичак тутилиши патогенезида асосий рол ўйнайди ва ичак тутилишини жарроҳлик йўли билан олиб ташлаганидан кейин ҳам беморнинг ҳаётига таҳдид сифатида давом этади (Сапин М.Р. ва ҳаммуал. 2022). Кўпгина муаллифларнинг фикрига кўра, ўткир ичак тутилишида операциядан кейинги юқумли асоратларнинг частотаси 11 дан 42% гача ўзгариб туради ва ўткир ичак тутилиши пайтида операциялар пайтида бу кўрсаткич 38-80% га етиши мумкин, 70% ҳолларда бундай асоратлар ўлимга олиб келади (Эргашев И.Ш. ва ҳаммуалл., 2019).

Жигар циррози билан пациентларда ўткир ичак тутилишини ташхислаш ва жарроҳлик даволаш бўйича адабиётларни ўрганиш Ўзбекистон аҳолисининг шошилини жарроҳлик касаллиги таркибида бундай ҳолатлар сонининг кўпайиши тенденциясини кўрсатмоқда, бу эса янги тавсияларни ишлаб чиқиш ва операциядан олдинги даволаш чора-тадбирлари ва дифференциал жарроҳлик даволаш тактикаси комплексни такомиллаштириш заруратини кўрсатади.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Бухоро давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ (01.2023.PhD.114) «COVID-19 дан кейинги даврда Бухоро минтақаси аҳолисининг соғлиғига таъсир қилувчи патологик ҳолатларни эрта аниқлаш, ташхислаш, даволашнинг янги усуллари ишлаб чиқиш (2022-2026 йй.)» мавзуси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади ўткир ичак тутилиши жигарнинг сурункали диффуз касалликлари билан бирга келган ҳолларда даво чораларини мукамаллаштиришдан иборат бўлган.

Тадқиқотнинг вазифалари:

шошилини хирургияда ўткир ичак тутилиши ва жигар сурункали диффуз касалликларининг биргаликда учраш даражасини ва ичак етишмовчилиги оғирлик даражасига кўра клиник кечиш ўзига хослигини ўрганиш;

ўткир ичак тутилиши ва жигар сурункали диффуз касалликлари билан биргаликда келган ҳолатларда ичак тутилиши натижасида юзага келган тизимли ялиғланиш жараёнининг белгилари ва унинг жигар функционал ҳолатига таъсирини ўрганиш;

Ўткир ичак тутилиши ва жигар сурункали диффуз касалликлар бирга келган беморларда тизимли ялиғланиш жараёни намоён бўлиш хусусиятлари ва коагуляция тизимида ўзгаришлар билан боғлиқлиги ўрганиш;

жигар сурункали диффуз касалликлар ва ўткир ичак тутилиши биргалликда келган беморларда энтерал этишмовчилиги натижасида келиб чиқадиган жигар этишмовчилигини олдини ёки даволашнинг самарали усуллари ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида ўткир ичак тутилиши билан жигарнинг диффуз касалликлари қўшилиб келган 106 нафар пациент олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида қон, қон зардоби, ўткир ичак тутилиши ва жигарнинг диффуз касалликлари қўшилиб келган беморларда қўлланилган консерватив ва жарроҳлик даволаш натижалари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда клиник, инструментал ва статистик усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор жигарнинг диффуз касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилиши клиник кечишининг хусусиятлари ва стационар олди давр давомийлигининг энтерал этишмовчилик синдромининг ривожланиши ўртасидаги боғлиқлик аниқланган;

илк бор жигарнинг диффуз жигар касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишини даволашда жарроҳликгача бўлган даврда комплекс фармакотерапия қўлланилишининг самарадорлиги клиник ва лаборатор таҳлиллар асосида исботланган;

илк бор энтерал этишмовчилик даражасига қараб ўткир ичак тутилиши бўлган беморларда гемостаз тизимидаги ўзгаришларни баҳолаш муҳимлиги исботланган;

илк бор гепатотроп терапияни терапия мажмуасига ўз вақтида қўллаш алгоритмини киритиш орқали диффуз жигар касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишини жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини яхшилаш имконияти ва самарадорлиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

жигарнинг шикастланиш даражасини баҳолаш диффуз жигар касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишини комплекс даволаш доирасида гепатотроп терапияни эрта қўллаш техникасини ишлаб чиқишга қўмаклашган ва кейинчалик клиник амалиётга жорий қилинган;

гепатотроп коррекцияга эътибор қаратган ҳолда диффуз жигар касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишини жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили гепатопротектор дори воситаларини қўллашнинг сезиларли самарадорлиги ва мақсадга мувофиқлиги аниқланган, қайсики нафақат энтерал этишмовчилик синдромини ва прогрессив жигар дисфункциясини коррекциялашга, балки полиорганли бузилишлар ривожланишининг олдини олишга ҳам имкон берган.

гепатотроп коррекциянинг ишлаб чиқилган техникаси шошилиш клиникаларнинг жарроҳлик бўлимларида, унинг шаклидан қатъи назар, ўткир ичак тутилиши билан пациентларни даволаш учун кенг қўлланилган, у

операциядан кейинги ва операциядан олдинги даврларда асоратларни минималлаштириш ва полиорганли етишмовчилик ривожланишининг олдини олиш учун ишлатилиши кўрсатиб берилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги қўлланилган замонавий бир бирини тўлдирувчи объектив клиник, биокимёвий, инструментал ва нурлантириш усулларининг маълумотлари, таҳлилий ва прогностик кўрсаткичларнинг такомиллаштирилганлиги, статистик текшириш усуллари ёрдамида ишланганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг ҳалқаро ҳамда маҳаллий илмий тадқиқотлар билан таққосланганлиги, чиқарилган хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти жигарнинг диффуз касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишининг патогенези, клиник кечиши ва энтерал етишмовчилик ҳамда жигар дисфункцияси ўртасидаги боғлиқликни илк бор чуқур таҳлил қилиш, янги диагностик мезонларни таклиф этиш ҳамда гепатотроп терапия алгоритмини киритиш орқали жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш имкониятини илмий асослаш билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, жигарнинг шикастланиш даражасини ҳисобга олган ҳолда ўткир ичак тутилиши бўлган беморларда гепатотроп терапияни эрта қўллашнинг самарали техникасини ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этиш, бу орқали гепатопротекторлар ёрдамида энтерал етишмовчилик ва полиорганли бузилишларнинг олдини олишга эришиш, натижада жарроҳлик бўлимларида асоратларни минималлаштириш ва даволаш натижаларини яхшилаш учун кенг қўллаш имкониятини яратишдан иборат бўлган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг илмий-тадқиқот ишлари натижаларини амалиётга татбиқ этиши бўйича 2025 йил 2 декабрдаги 30/09 сонли хулосасига кўра:

биринчи илмий янгилик: жигарнинг диффуз касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилиши клиник кечишининг хусусиятлари ва стационар олди давр давомийлигининг энтерал етишмовчилик синдромининг ривожланиши ўртасидаги боғлиқлик аниқланган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* олинган натижалар Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказида (№142/1-I сонли Буйруқ 7- октябр 2024-йил) ва Республика шошилич тиббий Илмий Маркази Қорақалпоғистон филиали (№54 соли Буйруқ 28-феврал 2025-йил) да амалиётга жорий этилди. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги:* ЎИТ ва ЖДК — юқори ўлим кўрсаткичига эга бўлган оғир касалликлар. Ушбу янгилик орқали касалликнинг этиологияси, патогенези ва клиник кечишининг ўзига хос хусусиятларини тушуниш, асоратлар сонини ва беморларнинг ўлим кўрсаткичини сезиларли даражада пасайтиришга хизмат қилади. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги:* аниқ патогенез ва клиник

хусусиятларга асосланган оптималлаштирилган даволаш беморларнинг шифохонада ўтказиш вақтини қисқартиради, бу эса карт-кунларнинг камайтириш ҳисобига 1 нафар бемор учун 987.600 сўм, 106 нафар бемор учун эса 104.685.600 сўм бюджет маблағларини тежаш имконини беради. *Хулоса:* ушбу илмий янгилик ЖДК билан оғриган беморларда ЎИТнинг этиологияси, патогенези ва клиник хусусиятларини чуқур ўрганиш орқали, касалхонага ётқизишдан олдинги даврнинг ЭЭС ривожланишига таъсирига алоҳида эътибор қаратиш заруриятини камайтирди.

иккинчи илмий янгилик: илк бор жигарнинг диффуз жигар касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишини даволашда жарроҳликгача бўлган даврда комплекс фармакотерапия қўлланилишининг самарадорлиги клиник ва лаборатор таҳлиллар асосида исботланган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* олинган натижалар Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказида (№142/1-І сонли Буйруқ 7- октябр 2024-йил) ва Республика шошилич тиббий Илмий Маркази Қорақалпоғистон филиали (№54 соли Буйруқ 28-феврал 2025-йил) да амалиётга жорий этилди. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги:* ушбу илмий янгилик орқали операциягача бўлган даврдаги комплекс фармакотерапияни яхшилаб, беморларнинг ўлим кўрсаткичини кескин камайтиришга ва асоратларнинг олдини олишга хизмат қилади. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги:* Асоратлар сонининг камайиши ва бемор аҳволининг тез яхшиланиши тиббиёт муассасасининг ресурсларидан самаралироқ фойдаланиш имконини кенгайтириши ҳисобига ҳам бир бемор учун 1.165.000 сўм, 106 нафар бемор учун 123.490.000 сўм бюджет маблағларини тежаш имконини беради. *Хулоса:* операциягача бўлган комплекс фармакотерапиянинг асосий жиҳати айнан шу боғлиқликни ҳисобга олган ҳолда, жигарни ҳимоялаш ва ЭЭСнинг олдини олишга қаратилиши кераклигини кўрсатди.

учинчи илмий янгилик: илк бор энтерал етишмовчилик даражасига қараб ўткир ичак тутилиши бўлган беморларда гемостаз тизимидаги ўзгаришларни баҳолаш тавсия этилган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* олинган натижалар Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказида (№142/1-І сонли Буйруқ 7- октябр 2024-йил) ва Республика шошилич тиббий Илмий Маркази Қорақалпоғистон филиали (№54 соли Буйруқ 28-феврал 2025-йил) да амалиётга жорий этилди. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги:* гемостаз бузилишлари натижасида юзага келадиган оғир асоратлар (масалан, ўпка артерияси тромбоземболияси) беморнинг ногиронлигига ёки ўлимига олиб келиши мумкин. Ушбу янги тавсия ногиронликка олиб келувчи оқибатларнинг олдини олишда муҳим аҳамиятга эга. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги:* ЭЭС даражасига қараб гемостазни бошқариш учун фақат зарур дори воситалари ва муолажаларни ўз вақтида қўллаш орқали 1 нафар бемор учун 745.900 сўм, 106 нафар бемор учун 79.065.400 сўм бюджет маблағларини тежаш имконини беради. *Хулоса:* ушбу илмий янгилик орқали жарроҳлик тактикасини ва антикоагулянт терапияни беморнинг ҳақиқий физиологик ҳолатига мослаштиришга имкон беради. Натижада, тромботик ва геморрагик асоратларнинг олди олинади, даволашнинг хавфсизлиги ва

самарадорлиги оширилади.

тўртинчи илмий янгилик: илк бор гепатотроп терапияни терапия мажмуасига ўз вақтида қўллаш алгоритмини киритиш орқали диффуз жигар касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишини жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини яхшилаш имконияти ва самарадорлиги исботланган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* олинган илмий натижалар РШЁТМ Бухоро вилояти филиали (МЗ РУз № 8н-з/356, 10-октябрь 2024-йил) ва РШЁТМ Хоразм вилояти филиали (МЗ РУз № 8н-з/356, 22-октябрь 2024-йил) да амалиётга жорий этилди. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги:* гепатотроп терапияни даволаш мажмуасига ўз вақтида киритиш алгоритми жарроҳликдан кейинги ўлим кўрсаткичларини пасайтириш ва ҳаёт сифатини яхшилашга хизмат қилади. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги:* асоратлар (масалан, жигар ёки буйрак етишмовчилиги) сонининг камайиши, уларни даволаш учун кетадиган қиммат реанимация муолажалари, узоқ муддатли интенсив терапия ва кўшимча доридармонларга бўлган эҳтиёжни кескин камайиши ҳисобига 1 нафар бемор учун 870.500 сўм, 106 нафар бемор учун 92.273.000 сўм бюджет маблағларини тежаш имконини беради. *Хулоса:* ушбу илмий янгилик натижалари жигар дисфункциясини коррекция қилиш ва олдини олишга қаратилган бўлиб, асоратлар ва ўлим кўрсаткичларини пасайтириш ҳамда даволашнинг иқтисодий самарадорлигини оширишга хизмат қилади.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқотнинг асосий натижалари жами 6 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 3 та халқаро ва 3 та республика анжуманларида муҳокама қилинган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 19 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия қилинган илмий нашрларда 9 та мақола, жумладан 7 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда эълон қилинган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация иши кириш, тўртта боб, хотима, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 131 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари асосланган, тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, тадқиқотнинг Ўзбекистон Республикаси фан ва технологияларини ривожланишининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижаларини баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши, нашр этилган ишлар ва диссертациянинг тузилиши тўғрисида маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Жигарнинг диффуз касалликлари бўлган**

беморларда ўткир ичак тутилишининг патогенези, ташҳисоти ва даволаш масалалари (адабиётлар шарҳи)» деб номланган биринчи бобида, ўткир ичак тутилишининг этиологияси, патогенези, ташҳисоти, таснифи ва даволаш бўйича замонавий маълумотлар, диффуз жигар касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилиши асоратлари ривожланиши патогенезида ичак микрофлорасининг дисбаланси, ушбу беморларда энтерал етишмовчилик синдроми, тизимли эндотоксинемия ва ўткир ичак тутилишининг асоратлари батафсил ёритилган. Жигарнинг диффуз касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишининг клиник кўринишларининг хусусиятлари, беморларда жарроҳлик тактикаси, ўткир ичак тутилиши учун жарроҳлик аралашувларнинг вақти ва кўламига батафсил изоҳ берилган.

Диссертациянинг «**Тадқиқот материаллари ва усуллари**» деб номланган иккинчи бобида тадқиқотда фойдаланилган материаллар ва усуллар келтирилган.

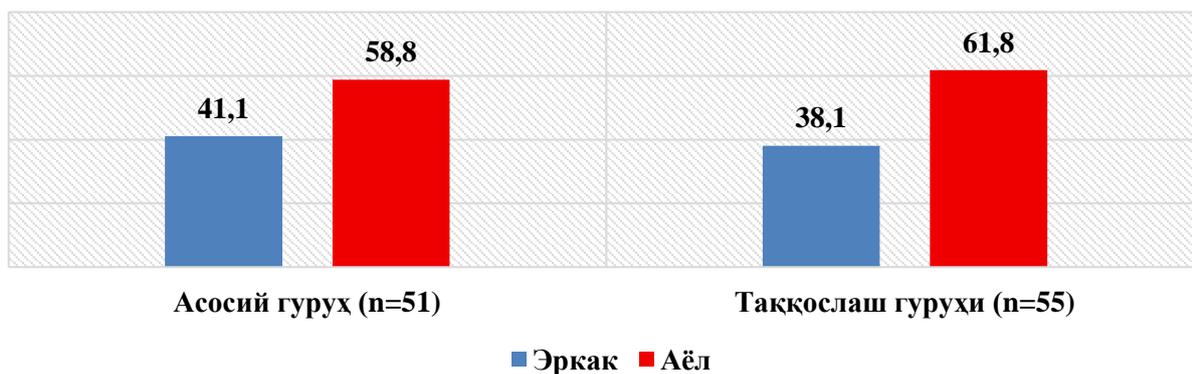
Илмий тадқиқот 2022 йилдан 2024 йилгача Бухоро Давлат тиббиёт институти хирургик касалликлар кафедраси базасида РШТЎИМ Бухоро филиали хирургик бўлимида олиб борилган. Тадқиқотнинг мақсади ўткир ичак тутилиши (ЎИТ) билан жигарнинг диффуз касалликлари (ЖДК) қўшилиб келган 106 нафар беморнинг клиник маълумотларини таҳлил қилиш бўлган. Кўпчилик беморлар — 58,4% (n=62) — 35 ёшдан 60 ёшгача бўлган гуруҳга мансуб. Бу, тадқиқотнинг асосий контингенти ўрта ва кекса ёшдаги беморлардан иборат эканлигини кўрсатади. 60 ёшдан катта бўлган беморларнинг салмоғи 36,7% ни (n=39) ташкил этди. 85 ёшдан катта беморларнинг улуши энг кам бўлиб, атиги 0,94% га (n=1) тенг бўлди.

Тадқиқот иккита ҳар хил беморлар гуруҳлари асосида олиб борилган. Биринчи, асосий гуруҳга ЎИТ ва ЖДК билан касалланган 51 бемор киритилди.

Операциядан олдин ва кейинги ўтказилган комплекс даволаш доирасида ушбу беморларга “Dream Pharma МЧЖ Ўзбекистон” томонидан ишлаб чиқарилган “Ривертон” инфузион эритмаси ва “Lab. Farmaceutico S.T. S.r.L.”, Италия компанияси томонидан ишлаб чиқарилган “Глутион” 600 мг №10, 4 мл ли эритма ёрдамида гепатопротектив даво тайинланган.

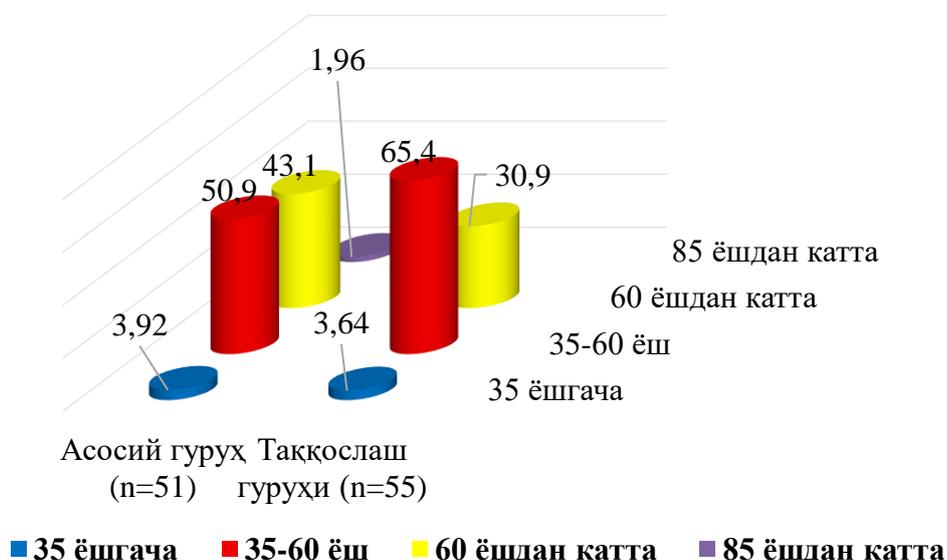
Асосий гуруҳ 30 аёл (58,8%) ва 21 эркакдан (41,1%) иборат бўлди (1-расм). Назорат ва асосий гуруҳлар орасидаги жинс ёки ёш каби демографик кўрсаткичларнинг фарқланмаслиги (гомогенлиги) рандомизирланган ва солиштирма тадқиқотларнинг сифатини таъминлайди. Таққослаш гуруҳи таркиби қуйидагича бўлди эркаклар: 21 нафар (38,1%), аёллар: 34нафар (61,8%).

Ўтказилган тадқиқотда иштирок этган умумий беморлар контингенти иккита асосий гуруҳга бўлинди. Асосий гуруҳда 60 ёшдан катталар 43,1% ни ташкил этди. Таққослаш гуруҳида эса бу улуш 65,4% ни ташкил этиб, асосий гуруҳга нисбатан сезиларли даражада юқори эди. 35-60 ёш оралиғидаги беморлар иккинчи энг катта улушни эгаллайди: асосий гуруҳ: 50,9% (26 нафар), таққослаш гуруҳи: 65,4% (36 нафар).



1-расм. Жигарнинг диффуз касалликлари бўлган ўткир ичак тутилиши билан оғриган беморларнинг жинси бўйича тақсимланиши, %

Тадқиқотда ёш таркиби бўйича муайян фарқлар кузатилди. 35 ёшгача бўлган энг ёш беморлар гуруҳи асосий гуруҳда (3,92%) таққослаш гуруҳига (3,64%) нисбатан қарийб икки баробар кўпроқ улушни ташкил этди. Гарчи бу тоифа умумий контингентнинг энг кичик қисми бўлса-да, асосий гуруҳда унинг устунлиги қайд этилди. 85 ёшдан катта бўлган энг кекса беморларнинг улуши асосий гуруҳда ҳам энг паст даражада бўлди (1,96%). Таққослаш гуруҳида ушбу ёш тоифасидаги беморлар учрамади (2-расм).



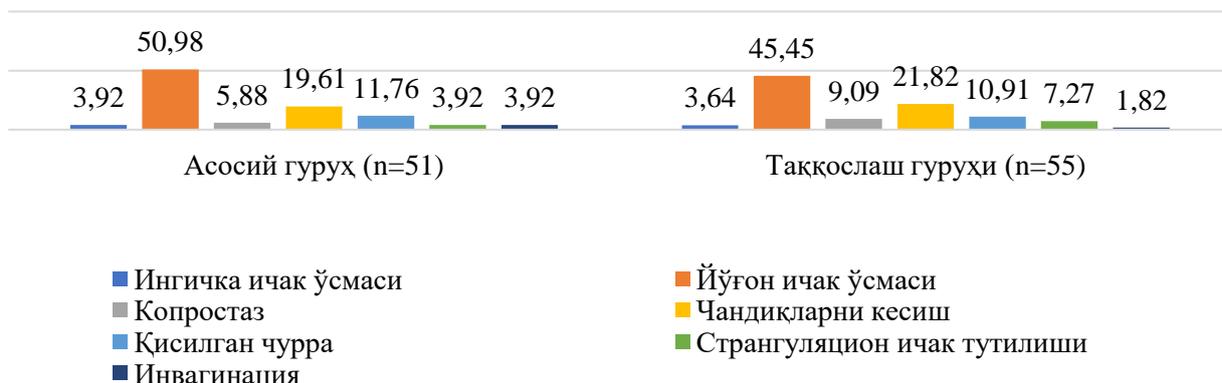
2-расм. Ўткир ичак тутилиши билан оғриган диффуз жигар касалликлари бўлган беморларнинг ёши бўйича тақсимоти, %

Олинган натижаларга асосланиб, ҳар иккала тадқиқот гуруҳида ҳам беморларнинг энг катта қисми 35-60 ёш оралиғига тўғри келади.

Тақдим этилган расмда ўткир ичак тутилишига олиб келган асосий патологиялар асосий гуруҳ (n=51) ва таққослаш гуруҳи (n=55) ўртасида тақсимланиши таҳлил қилинди (3-расм).

Тадқиқотнинг иккала гуруҳида ҳам ЎИТ сабаб бўлувчи асосий омил сифатида йўғон ичак ўсмалари аниқланди. Бу патология ҳар икки гуруҳда ҳам энг юқори частота билан қайд этилди: асосий гуруҳда йўғон ичак ўсмалари

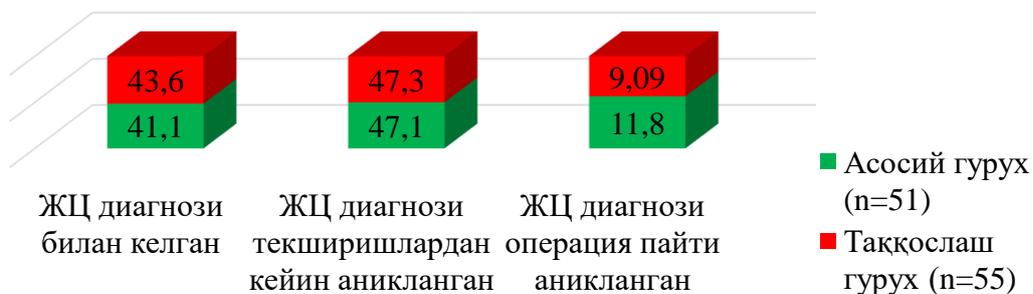
50,98% (n=26) ҳолатни ташкил қилди; таққослаш гуруҳида эса бу кўрсаткич 45,45% (n=25) ни ташкил этиб, асосий гуруҳга нисбатан бирмунча пастрок бўлди.



3-расм. Тадқиқот гуруҳларидаги ЖДК билан оғриган беморларда ЎИТга олиб келган патология бўйича тақсимоти, %

ЎИТ га олиб келадиган патологиялар қаторида энг кўп йўғон ичак тутилиши, асосий гуруҳда 26 (50,98%) нафар, таққослаш гуруҳида эса 25 45,45% нафар беморда аниқланди. Кейинги ўринда битишмалар беморлар орасида кўп қайд этилди., хусусан асосий гуруҳда 10 (19,61%) нафар ва таққослаш гуруҳида 12 (21,82%)нафар беморда учради. ЎИТ га олиб келадиган омиллар қаторида ингичка ичак ўсмаси ва ичак инвагинацияси энг кам частотада учради.

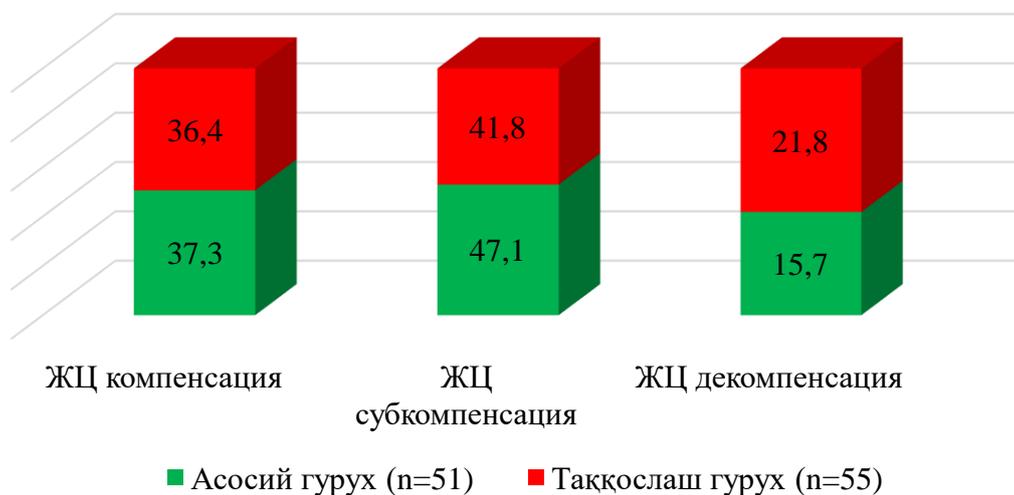
ЖЦ ташхисини қўйиш вақтига қараб ва жигар фнкционал ҳолатига кўра беморларни тақсимланиши 4-5-расмларда келтирилган.



4-расм. ЖЦ ташхисини қўйиш вақтига қараб беморларни тақсимланиши (n=106)

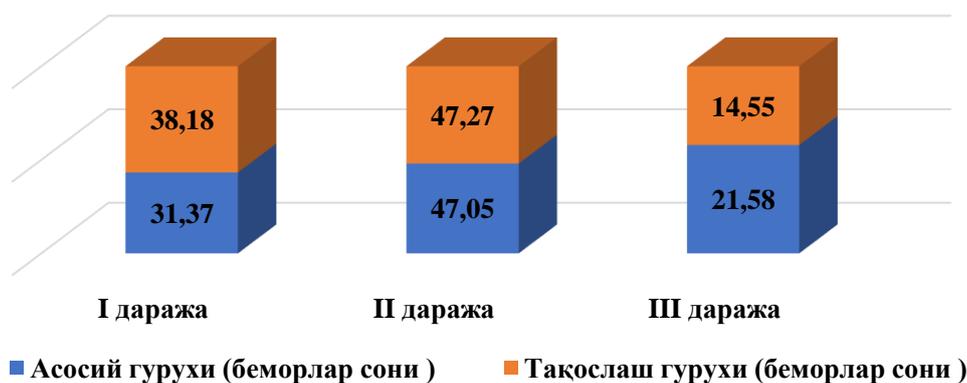
ЖЦ ташхиси билан келган беморлар таққослаш гуруҳида (43,6 %), ташхисотдан кейин ЖЦ аниқланганлар (47,1 %) ва операциядан кейин аниқланган беморлар (11,8 %) асосий гуруҳда кўпроқ қайд этилди.

ЖЦ компенсация (37,3 %) ва субкомпенсация (47,1 %) босқичидаги беморлар асосий гуруҳда, декомпенсация босқичидагми беморлар эса таққослаш гуруҳида (21,8 %) кўпроқ беморларда аниқланди.



5-расм. ЖЦ жигар функционал ҳолатига қараб тақсимланиши (n=106)

ЭЭСнинг биринчи даражасига 37 нафар бемор тўғри келди, бу тадқиқот иштирокчиларининг умумий сонининг 34,9% га тенг (6-расмга қаранг).



6-расм. ЖДК билан беморларда ЎИТда эндоген интоксикация синдромининг оғирлигига қараб тадқиқот иштирокчиларини тақсимланиши, %

Ўтказилган таҳлиллар шуни кўрсатдики, ЭЭС II-даражаси бўйича иккала гуруҳнинг тақсимоти деярли бир хил ва статистик жиҳатдан фарқсиз бўлган: асосий гуруҳда 47,05% (n=24) ва таққослаш гуруҳида 47,27% (n=26) бемор қайд этилган. Клиник жиҳатдан оғир (III-даражали) ЭЭСнинг тақсимотида сезиларли фарқ кузатилди. Асосий гуруҳда бу кўрсаткич 21,58% (n=11) ни ташкил этди. Назорат гуруҳида эса 14,55% (n=8) даражасида қайд этилган.

Диссертациянинг «**Жигарнинг диффуз касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишида энтерал етишмовчилик синдромининг ривожланиши ва унинг касаллик натижаларига таъсири**» деб номланган учинчи бобда, жигарнинг диффуз касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишининг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда энтерал етишмовчилик синдромининг хусусиятлари, унинг оғирлигига қараб диффуз жигар касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишида эндотоксинемия, қон ивиш тизими кўрсаткичларининг ўзгариши, ўткир ичак

тутилишида жарроҳлик аралашувнинг тактикаси ва кўлами, операциядан кейинги номақбул натижалари келтирилган.

Ўтказилган таҳлил натижалари ингичка ичак тутилиши (ИнгИТ) ва йўғон ичак тутилиши (ЙўғИТ) билан касалланган беморлар гуруҳлари ўртасида касалликнинг давомийлик муддати бўйича жиддий фарқларни намоён этди.

ИнгИТ билан боғлиқ ҳолатларни кўриб чиқсак, касаллик аломатларининг пайдо бўлиш муддатининг тезроқ кечганлигини кўриш мумкин. Беморларнинг нисбатан кичик қисми — 3 нафари (6,2%) касаллик тарихи 6 соатдан кам бўлган ҳолда мурожаат қилган. Кейинги гуруҳни 9 нафар бемор (18,8%) ташкил этиб, уларда касаллик 6 соатдан 12 соатгача давом этган. Энг катта улуш — деярли ҳар икки бемордан бири, яъни 19 нафари (39,6%) 13 соатдан 24 соатгача бўлган аломатлар билан рўйхатга олинган. Шу билан бирга, 17 нафар бемор (35,4%) 24 соатдан кўпроқ вақт давомида касалликдан азият чеккан. Кўриниб турибдики, ИнгИТ ташхиси қўйилган беморларнинг аксарияти (64,6% га яқини) касалликнинг 24 соатгача бўлган даврида аниқланди.

ЙўғИТ билан боғлиқ ҳолатлар эса ИнгИТдан кескин фарқланади, чунки бу гуруҳда касаллик аломатлари узоқроқ давом этганлиги аниқланди. Энг муҳим фарқли жиҳат шундаки, бу гуруҳда 6 соатдан кам давом этган касаллик тарихига эга ҳеч бир бемор қайд этилмади. Фақатгина 3 нафар бемор (5,2%) 6 соатдан 12 соатгача бўлган ораликда касаллик тарихига эга бўлган ва 8 нафар бемор (13,8%) 13 соатдан 24 соатгача давом этган симптомлар билан кузатилган. Энг аҳамиятлиси, ЙўғИТ билан касалланганларнинг мутлақ кўпчилиги (47 нафар бемор ёки 81,0%) касалликдан бир суткадан (24 соатдан) ортиқ азият чекаётган эди.

СтрангИТ билан оғриган беморларнинг асосий контингенти (60,5%, n=26) касалликнинг 13 соатдан 24 соатгача бўлган анамнетик даврида госпитализация қилинган.

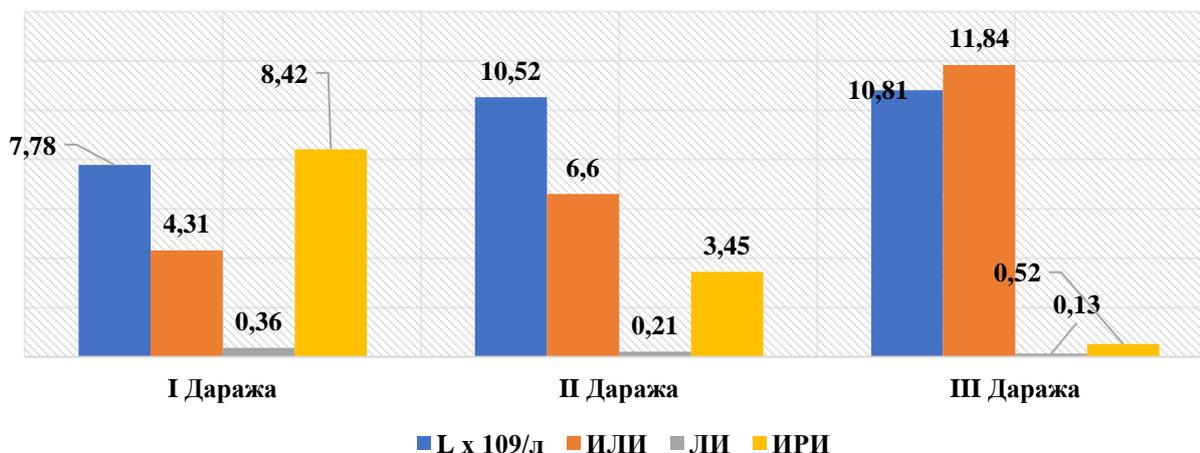
ОбтурИТ билан оғриган беморларнинг кўпчилиги — 82,6% (n=52) — касаллик бошланганидан 24 соатдан ортиқ вақт ўтгачина тиббий муассасаларга мурожаат қилишган. Бу маълумот ОбтурИТда ташхиснинг кечикиши ва беморларнинг даволашга асосан кечки босқичда қабул қилинишини таъкидлайди.

Шошилинич жарроҳлик соҳасида қондаги лейкоцитлар даражаси тананинг реактивлиги ва патологик жараёнларнинг мавжудлигининг муҳим, аммо билвосита кўрсаткичи сифатида қаралади (7-расм).

I - даражали ЭЭС билан беморларда лейкоцитларнинг ўртача даражаси $7,78 \pm 3,15 \times 10^9/\text{л}$ ни ташкил этиб меъёр чегарасида қолганлиги қайд этилди. Бироқ, ЭЭС нинг II ва III - даражалари бўлган гуруҳларда меъёрий қийматлардан юқори бўлган сезиларли лейкоцитоз кузатилди, ўртача қийматлари мос равишда ўртача $10,52 \pm 2,22 \times 10^9/\text{л}$ ва $10,81 \pm 3,97 \times 10^9/\text{л}$ ни ташкил этди.

Таҳлилларга кўра, СтрангИТ билан касалланган беморларнинг салмоқли қисми — 60,5% и нисбатан қисқа муддатда, яъни касаллик бошланганидан сўнг 13 соатдан 24 соатгача бўлган ораликда тиббий ёрдам сўраб мурожаат

қилган. Бундай тезкор муружаат динамикаси мазкур патологиянинг ўзига хос хавфли жиҳати — ичак тўқималарининг тез некрозга учраш эҳтимоли юқорилиги билан изоҳланади.



7-расм. Энтерал етишмовчилик синдромининг оғирлигига қараб жигарнинг диффуз касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишида эндотоксемия динамикаси

ЭЭСнинг I - даражаси бўлган беморларда ушбу индекснинг ўртача қиймати ўртача $4,31 \pm 2,10$ ни ташкил этди, бу интоксикациянинг ўртача даражасини, эҳтимол асосан бактериал генезини кўрсатади. II - даражали ЭЭС билан беморлар учун ўртача индекс ўртача $6,60 \pm 3,68$ ни ташкил этди, бу оғир эндоген интоксикация мавжудлигини кўрсатади. Оғир энтерал етишмовчилик (ЭЭСнинг III - даражаси) бўлган ҳолларда индекс ўртача $11,84 \pm 2,23$ қийматларига етди, бу оғир эндотоксик юкламани кўрсатади.

ЭЭСнинг иккинчи даражали оғирлик босқичида иммун танқислиги белгилари, айниқса токсемия даражасининг ошиши хусусан бактериал келиб чиқишли фонда пайдо бўлиши аниқланди. Ушбу кузатув ичак антибактериал тўсиғининг потенциал бузилишини кўрсатади, бу септикотоксемия аломати бўлиши мумкин ва вазиятнинг янада чуқурлашишининг олдини олиш учун эрта ташхислаш ва аралашувнинг муҳимлигини таъкидлайди.

Энтерал етишмовчилик синдромининг биринчи даражаси бўлган беморларни таҳлил қилганда, 6 беморда парамеций тести индексининг пасайиши қайд этилди (16,2%), парамеций ўлимининг ўртача вақти эса ўртача $17,3 \pm 1,68$ дақиқани ташкил қилди. ЭЭСнинг иккинчи даражаси билан гуруҳда тест вақтининг қисқариши билан беморлар сонининг 23 кишига (46,0%) кўпайиши қайд этилди, бу гуруҳдаги парамеций ўлимининг ўртача вақти ўртача $15,4 \pm 2,78$ дақиқани ташкил этди. ЭЭСнинг учинчи даражасига билан барча 19 беморда натижалар меъёрий қийматлардан паст бўлганлиги, парамеций ўлимининг энг қисқа ўртача вақти - $7,4 \pm 1,31$ дақиқа бўлганлиги айниқса аҳамиятлидир (1-жадвал).

Ушбу маълумотлар парамеций тести эндотоксик синдромнинг оғирлигини баҳолаш учун, айниқса ичак функциясини ва унинг турли даражадаги ЭЭС бўлган беморларнинг умумий ҳолатига таъсирини баҳолаш

контекстида муҳим восита бўлиб хизмат қилиши мумкинлигини таъкидлайди.

1-жадвал

ЭЭСнинг оғирлигига қараб парамеций тестининг кўрсаткичлари

Парамеций тести	ЭЭС								
	I даража (n=37)			II даража (n=50)			III даража (n=19)		
	Абс.	%	M ± n	Абс.	%	M ± n	Абс.	%	M ± n
< 18	6	16,2	16,2±0,37	23	46,0	12,6±1,49	19	100	7,5±1,27
> 18	31	83,8	19,7±1,19	27	54,0	18,3±0,31	0		0
M ± n	17,3±1,68			15,4±2,78			7,4±1,31		
t _{CT}	0,549, p>0,05;					-2,019, p<0,05;			

SIRS белгиларининг учраш тезлиги ЭЭС даражасига қараб қуйидаги динамикани кўрсатди: ЭЭС I-даражаси бўлган беморларда SIRS белгилари фақат 3 ҳолатда (8,1%) қайд этилди. ЭЭС II-даражасига эга беморлар орасида бундай аломатлар сезиларли даражада ортиб, 15 кишида (30,0%) кузатилди. Энг оғир даража — ЭЭС III-даражасида эса SIRS ҳолатлари максимал кўрсаткичга етди, яъни беморларнинг 14 кишида (73,7%) аниқланди.

Бирок, умумий ўткир ичак тутилиши бўлган беморлар контингентига эндоген интоксикация даражаси ва SIRS ривожланиши ўртасида кучли боғлиқлик ($r=0,634$) аниқланса-да, статистик жиҳатдан аҳамиятли корреляция топилмади. Чунки статистик аҳамиятлилик даражаси (p) $p>0,05$ бўлгани сабабли, олинган натижанинг статистик аҳамиятлилиги тасдиқланмади.

Ўтказилган статистик таҳлил натижалари қоннинг токсиклик даражасининг ошиши билан ЭЭС даражасининг прогрессив ўсиши ўртасида ишончли тўғри боғлиқлик (корреляция) мавжудлигини кўрсатди. Аниқроғи, корреляция коэффиценти (r) 0,6132 ни ташкил этди, бу эса кучли ўртача боғланишни билдиради. Мазкур муносабатнинг статистик аҳамиятлилик даражаси (p) $p<0,05$ бўлиб, олинган натижаларнинг тасодифий эмаслигини ва объектив хусусиятга эга эканлигини тасдиқлайди.

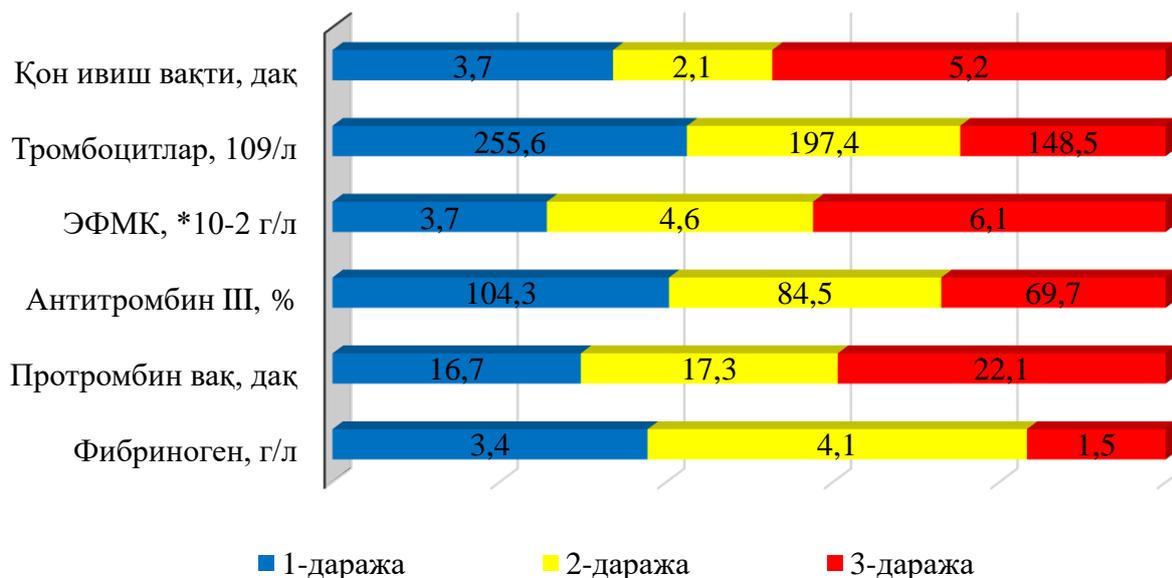
ЎИТ ташхиси қўйилган ва ЭЭС нинг I даражаси (енгил) белгилари ҳамда ўртача эндоген интоксикация кузатилган беморлар гуруҳида (жами 37 нафар) олиб борилган таҳлиллар, гемостаз тизими кўрсаткичлари барча ўрганилган ҳолатларнинг 100% ида меъёрий чегараларда сақланиб қолганини аниқланди (8-расм).

Касалликнинг дастлабки босқичларида (I даражали ЭЭС) гемостазнинг бузилиши кузатилмади.

Сухарев усули бўйича қон ивишининг ўртача вақти ўртача $3,7\pm 1,28$ минутни ташкил этди, тромбоцитлар даражаси эса $255,6\pm 8,31 \times 10^9/л$ га тенг бўлди.

Қон ивиш комплексининг кўрсаткичлари, шу жумладан протромбин вақти ва фибриноген даражаси ҳам меъёр чегаралари ичида қолди, мос равишда ўртача $16,7\pm 1,53$ сония ва $3,4\pm 1,11$ г/л.

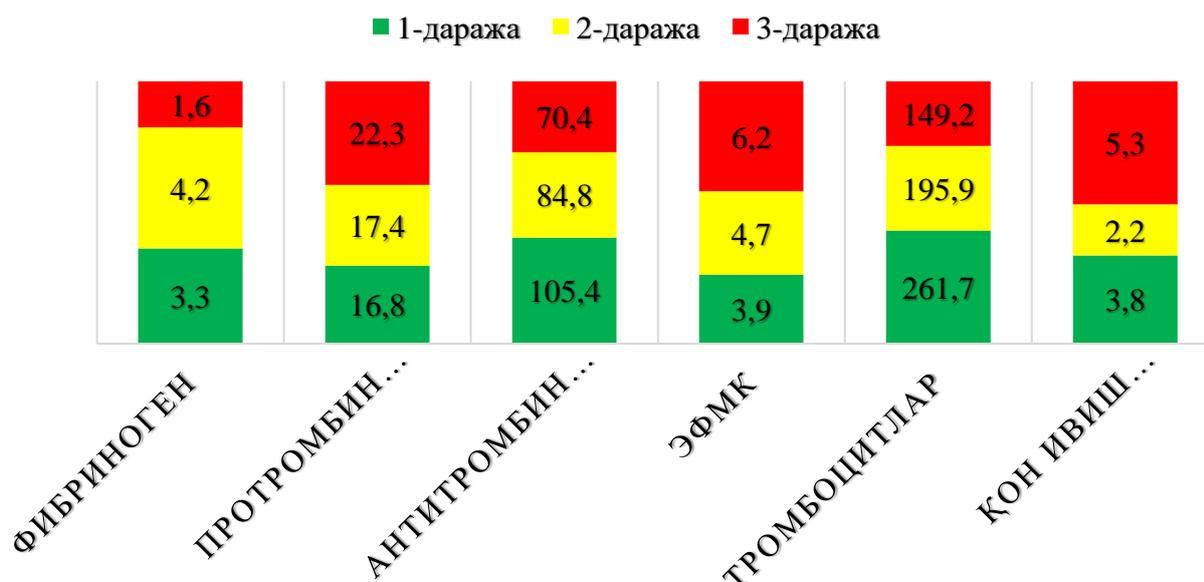
Бундан ташқари, антикоагуляция тизимининг муҳим компоненти бўлган антитромбин III даражаси ўлчанди. Натижалар меъёрий диапазонда бўлиб, ўртача қиймати $104,3\pm 5,36\%$ бўлди.



8-расм. Энтерал етишмовчилик синдромининг оғирлигига қараб жигарнинг диффуз касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишида қон ивиш тизимининг кўрсаткичлари

Ўтказилган таҳлиллар шуни кўрсатдики, беморларда фибриногеннинг меъёрий кўрсаткичлари ва эрувчан фибрин-мономер комплексларининг ўртача концентрацияси ($3,7 \pm 0,36 \times 10^{-2}$ г/л) сақланиб қолган. Бу натижа ичак деворида яллиғланиш жараёни мавжудлиги фонида олингани алоҳида аҳамиятга эга.

ЭЭС II даражаси фонида ДТИнинг гиперкоагуляцион тенденциялари мавжуд бўлса-да, ПВ, АТ III ва тромбоцитлар каби асосий гемостатик маркерларнинг умумий компенсацияланган ҳолати сақланиб қолди (9-расм).



9-расм. ЭЭС прогрессияланишида ўткир ичак тутилиши бўлган беморларда гемостаз кўрсаткичларининг динамикаси

Гиперкоагуляция босқичида қон плазмасида фибриноген даражасининг ўртача $4,1 \pm 2,17$ г/л гача ошганлиги қайд этилди. Эрувчан фибрин-мономер

комплекслари концентрацияси ўртача $4,6 \pm 1,08 \times 10^{-2}$ г/л даражасида кўтарилди. Ўртача қон ивиш вақтининг $2,1 \pm 0,34$ минутгача қисқариши кузатилди. ЭЭСнинг учинчи босқичи бўлган беморларнинг лаборатор текширувларида гипокоагуляция белгилари аниқланди.

Тромбоцитопениянинг ўртача даражаси $149,2 \pm 29,32 \times 10^9$ /л ни ташкил қилди. Фибриноген етишмовчилиги қайд этилиб, ўртача $1,6 \pm 0,54$ г/л га етди ва унинг парчаланиш маҳсулотлари, масалан, эрувчан фибрин-мономер комплекслари, ўртача $6,2 \pm 2,11 \times 10^{-2}$ г/л гача етади. Бу ҳодисалар протромбин вақтининг ўртача $22,3 \pm 3,65$ сониягача қийматда ошиши, шунингдек, антитромбин III нинг ўртача даражасининг критик қийматгача пасайиши билан бирга кечди, у $70,4 \pm 8,74\%$ ни ташкил этди. Шу билан бирга, қон ивишининг ўртача вақти $5,3 \pm 1,06$ дақиқани ташкил этди.

Тадқиқотда касалликнинг турли босқичлари бўлган беморларда ўтказилган турли жарроҳлик муолажалар таҳлил қилинди. Битишмаларни ажратиш $21,7\%$ ҳолатда бажарилди, бунда энг йирик фоиз ($26,32\%$) касалликнинг учинчи босқичига тўғри келди. Энтеротомия, камроқ тарқалган амалиёт бўлиб, беморларнинг $4,72\%$ ида бажарилди, бунда асосан касалликнинг биринчи босқичида амалга оширилди.

Ингичка ичакнинг резекцияси, шу жумладан ҳар хил турдаги анастомозлар аралашувларнинг катта қисмини эгаллаган. Энтероэнтроанастомоз $16,04\%$ ҳолларда, ёнма-ён эса $9,43\%$ ида амалга оширилди, энг юқори фоиз касалликнинг иккинчи босқичида амалга оширилди. Энтероколоноанастомоз камроқ ишлатилган, бу операциялар умумий сонининг $2,83\%$ ини ташкил қилади.

Йўғон ичак резекциясига келсак, гемиколэктомия (ўнг ва чапда) мос равишда $14,15\%$ ва $16,98\%$ ҳолларда амалга оширилди. Гартман жарроҳлиги ва колостомани олиб ташлаш, айниқса касалликнинг охириги босқичида, колостомани олиб ташлаш $52,63\%$ га етган сезиларли даражада фойдаланиш частотасига эга бўлди.

Энг кенг тарқалган амалиёт ичак интубацияси бўлиб, беморларнинг $75,47\%$ ида амалга оширилди ва унинг частотаси касаллик босқичи ортиши билан ортиб борди.

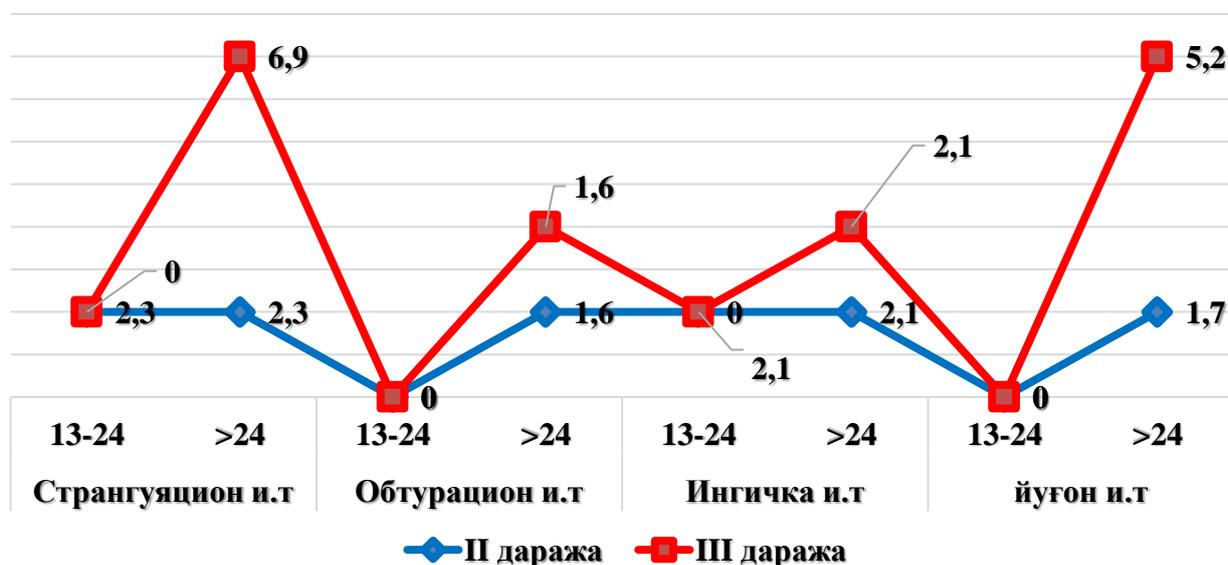
Таққослаш гуруҳидаги салбий натижалар баҳоланган тадқиқот доирасида ўлимнинг умумий фоизи $12,7\%$ ни ташкил этгани аниқланди, бу 7 ҳолатга тенг. ЎИТнинг турига қаратилган батафсил таҳлил шуни кўрсатдики, странгуляцион ЎИТ ҳолатларида, ўлим даражаси $11,6\%$ ни ташкил этди, бу 43 та қайд қилинган ҳолатлардан 5 та летал ҳолатга тўғри келади. Вафот этганлар орасида иккитасида ($4,6\%$) II - даражали ЭЭС ташҳисланган, битта бемор касаллик бошланганидан 13-24 соат ўтгач, иккинчиси 24 соатдан кейин ёрдам сўраган.

Аниқланишича, жами беморларнинг атиги 3 нафари ($6,9\%$) касалликнинг 24 соатдан ортиқ давом этган ҳолатида тиббиёт муассасасига ётқизилган бўлиб, бу беморларда эндотоксикоз синдромининг III даражаси қайд этилган.

Странгуляцион ўткир ичак тутилиши ташҳиси қўйилган беморлар бўйича олиб борилган статистик таҳлиллар ўлим кўрсаткичи ва касалхонага

ётқизилгунга қадар касалликнинг давомийлиги ҳамда ЭЕСнинг оғирлик даражаси ўртасидаги боғлиқлик ҳақидаги гипотезани тўлиқ тасдиқлади. Яъни, касаллик қанчалик узоқ давом этса ва интоксикация даражаси қанчалик юқори бўлса, ўлим хавфи ҳам шунчалик ортади.

ОбтурИТ ҳолатларида ўлим даражаси анча паст бўлди - 3,2%, 63 ҳолатдан иккитасига тўғри келади. Икки нафар бемор (3.2%) жароҳат/касаллик бошланганидан 24 соатдан сўнг тиббиёт муассасасига мурожаат қилган. Ўтказилган клиник баҳолаш натижасида улардан бирида (1.6%) ЭЕС II даражаси, иккинчисида (1.6%) III даражаси аниқланди/қайд этилди. Бироқ, ОбтурИТ намунаси ҳажмининг чекланганлиги сабабли, ўлимга олиб келадиган натижа эҳтимолини баҳолаш учун статистик таҳлил ўтказишнинг имкони бўлмади (10-расм).



10-расм. Касалликнинг кечишига боғлиқ ҳолда ЎИТ билан беморларда ўлим ҳолатининг учраш частотаси, %

Ўтказилган тадқиқот натижаларига кўра, ингичка ичак тутилиши ташхиси қўйилган 48 нафар бемордан 3 нафари (6.3%) вафот этди. Бу ўлим ҳолатлари клиник кечиш ва касалхонага мурожаат қилиш муддатлари бўйича фарқланади.

Ўлим билан тугаган ҳолатларнинг атиги 2,1% и (n=1) симптомлар бошланганидан кейинги биринчи 24 соат ичида (13 соатдан 24 соатгача) тиббий муассасага ётқизилганлиги аниқланди. Бу беморда клиник текширувлар натижасида II даражали ЭЕС мавжудлиги тасдиқланган. Ушбу маълумот ўлим кўрсаткичининг асосий қисми мурожаат қилишнинг анча кечиккан даврига (24 соатдан сўнг) тўғри келишини билдиради. Ўлим билан тугаган ҳолатларнинг асосий қисми (қолган икки бемор) касаллик аломатларининг бошланғич даврдан 24 соатдан кечикиб госпитализация қилинди.

Диссертациянинг «Жигарнинг диффуз касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишида периператив гепатотроп давонинг

самарадорлиги» деб номланган тўртинчи бобида жигарнинг диффуз касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишини комплекс даволашда гепатотроп даво, тизимли яллиғланиш реакцияси синдромининг ривожланиш частотаси ва жарроҳлик даволаш натижалари батафсил баён қилинган.

Ўтказилган тадқиқотда, операциядан кейинги даврнинг давомийлигини ҳисобга олган ҳолда, асосий ва таққослаш гуруҳларидаги беморларнинг якуний натижалари таҳлил қилинди (2-жадвал).

2-жадвал

Жигарнинг диффуз касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишини жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари ва ётоқ кунлари давомийлиги

Операциядан кейинги кунлар сони	Асосий гуруҳ				Таққослаш гуруҳи			
	Тузалган (n=49)		Вафот этган (n=2)		Тузалган (n=48)		Вафот этган (n=7)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
< 7							7	12,7
8-14	42	82,3	2	3,8	28	50,1		
15-21	5	9,8			20	36,36		
> 21	2	3,92						

Асосий гуруҳда (51 нафар бемор) ўлим ҳолатлари атиги 2 тани ташкил этди, бу эса гуруҳнинг умумий сонидан 3,9% га тенг. Таққослаш гуруҳида эса (55 нафар бемор) ўлим сони 7 та бўлиб, бу кўрсаткич гуруҳдаги умумий беморлар сонининг 12,7% ини ташкил этди.

Эътиборли жиҳати шундаки, таққослаш гуруҳидаги барча 7 та ўлим ҳолати ҳам операциядан кейинги дастлабки 1 кундан 7 кунгача бўлган эрта даврда қайд этилди. Бу таққослаш гуруҳида қўлланилган даволаш усули беморларни жарроҳликдан кейинги энг хавфли ҳафтада етарли даражада химоя қила олмаганини кўрсатади.

Асосий гуруҳда беморларнинг аксарияти — 82,3% и (n=42) — бу давр мобайнида соғайиб кетди. Бирок, афсуски, 3,9% (n=2) беморда ўлим ҳолати қайд этилди. Бунинг акси ўлароқ, таққослаш гуруҳида соғайиш кўрсаткичи пастроқ бўлди — беморларнинг ярмидан биров кўпроғи — 50,91% и (n=28) тузалди, аммо яхши томони шуки, бу гуруҳда ўлим ҳолатлари умуман кузатилмади.

Операциядан кейинги 15-кундан 21-кунгача бўлган давр мобайнида иккала гуруҳда ҳам соғайиш суръатлари турлича бўлди, аммо ўлим ҳолати қайд этилмади. Бу даврда таққослаш гуруҳида соғайишнинг сезиларли ўсиши кузатилди, яъни беморларнинг учдан бир қисмидан кўпроғи — 36,36% и (n=20) — тузалиб, уйига жавоб берилди. Асосий гуруҳда эса қўшимча 9,80% (n=5) беморнинг соғайиши қайд этилди.

21-кундан кейин асосий гуруҳда қўшимча 2 та тузалиш ҳолати қайд этилди (3,92%), таққослаш гуруҳида яна 7 бемор тузалди (12,73%). Ушбу даврдан кейин иккала гуруҳда ҳам ўлим қайд этилмади

Ривертон препаратини 600 мг №10 4 мл ли “Глутатион” дори воситаси билан комплексида қўлланилган гуруҳдаги пациентларда даволаниш давомийлигида статистик аҳамиятли фарқнинг аниқланганлиги муносабати билан ва бу дорилар ишлатилмаган таққослаш гуруҳи ўртасида операциядан кейинги давр кечишининг таҳлили амалга оширилди.

Тадқиқотимиз давомида биз операциядан кейинги даврнинг турли босқичларида беморларнинг асосий ва таққослаш гуруҳларида SIRS белгиларининг частотасидаги ўзгаришларни таҳлил қилинди. Бунда биз SIRS (SIRS+) нинг ижобий белгилари бўлган беморларнинг фоизини ва ушбу белгиларсиз беморларнинг фоизини (SIRS-) ҳисобга олинди.

Операциядан кейинги биринчи кунда, 51 кишидан иборат асосий гуруҳда 26 (51,0%) SIRS белгиларига эга эди, 25 (49,0%) кишида эса бу белгилар кузатилмади. 55 кишилик таққослаш гуруҳида 29 (52,7%) кишида SIRS± ва 25 (45,5%) киши SIRS- бўлди. Гуруҳлар орасидаги фарқ статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас эди ($t_{Ст}=-0,172$, $p>0,05$).

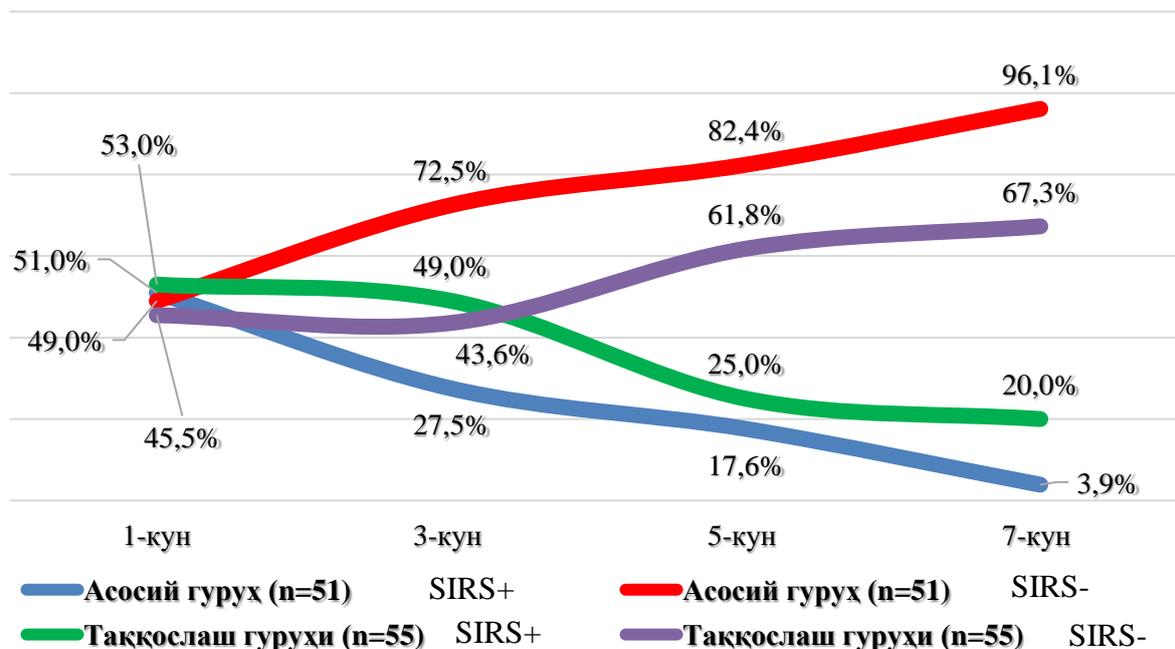
Операциядан кейинги учинчи кунда, асосий гуруҳда, 14 (27,5%) беморда SIRS± эди, 37 (72,5%) таси SIRS- бўлди. Таққослаш гуруҳида 27 (49%) SIRS± ва 24 (43,6%) киши SIRS- бўлди. Фарқлар ҳам аҳамиятли бўлиб чиқди ($t_{Ст}=-0,108$, $p>0,05$).

Бешинчи кунга келиб, асосий гуруҳда 9 (17,6%) беморда SIRS± бўлди, SIRS- эса 42 (82,4%) беморда кузатилди. Таққослаш гуруҳида 14 (25,4%) бемор SIRS± ва 34 (61,8%) тасида SIRS- бўлди. Гуруҳлар ўртасидаги фарқлар аҳамиятсизлигича қолишда давом этди ($t_{Ст}=-0,076$, $p>0,05$) (11-расм).

Операциядан кейинги еттинчи кунга келиб, асосий гуруҳда SIRS ҳолатида сезиларли яхшиланиш кузатилди. Еттинчи кун якунига кўра, асосий гуруҳдаги беморлар орасида SIRSнинг ижобий клиник динамикаси яққол намоён бўлди: SIRS аломатлари атиги 3,9% ($n=2$) беморда сақланиб қолган. Бу, гуруҳдаги беморларнинг мутлақ кўпчилиги — 96,1% и ($n=49$) — яллиғланиш синдромидан тўлиқ халос бўлганлигини ва уларнинг аҳволи барқарорлашганини англатади. Таққослаш гуруҳида 11 (20%) SIRS± ва 37 (67,3%) киши SIRS- бўлди. Ушбу босқичда фарқ статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлди ($t_{Ст}=-0,061$, $p<0,05$).

Тадқиқот маълумотларига кўра, операциядан кейинги биринчи кунда, иккала гуруҳдаги тромбоцитларнинг ўртача даражаси ўхшаш бўлиб, асосий гуруҳда $168,3 \pm 2,184 \times 10^9/л$ ва таққослаш гуруҳида $173,5 \pm 1,629 \times 10^9/л$ га етди, фарқларнинг статистик аҳамияти йўқ (Студентнинг t - мезони - 1.927, $p>0.05$).

Даволашнинг учинчи посттерапевтик кунда тромбоцитлар концентрацияси бўйича асосий ва таққослаш гуруҳлари орасида сезиларли ўзгаришлар кузатилмади; иккала гуруҳда ҳам бу кўрсаткичлар таққосланадиган даражада сақланиб қолди. Тромбоцитлар даражаси асосий гуруҳда ўртача $179,6 \pm 1,363 \times 10^9/л$ ни ташкил этди. Таққослаш гуруҳида эса бу кўрсаткич $175,4 \pm 2,832 \times 10^9/л$ ни ташкил этди. Студентнинг t -мезони ($t=1,303$) $p>0,05$ бўлганлиги сабабли, бу фарқ статистик ноаҳамиятли деб топилди.



11-расм. Операциядан кейинги кунларга боғлиқ ҳолда, диффуз жигар касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишида операциядан кейинги даврда тизимли яллиғланишли жавоб синдроми ривожланиш частотаси, %

Бирок, операциядан кейинги даврнинг бешинчи кундан бошлаб гуруҳлар орасида тромбоцитлар сонида сезиларли фарқлар кузатилди. Тромбоцитларнинг даражаси асосий гуруҳ беморларида ўртача $192,7 \pm 2,943 \times 10^9/\text{л}$ ни ташкил этган бўлса, таққослаш гуруҳида бу $1182,3 \pm 1,906 \times 10^9/\text{л}$ ни ташкил этди, бу статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқни кўрсатади (Стюдентнинг t – мезони – 3,01, $p < 0,05$).

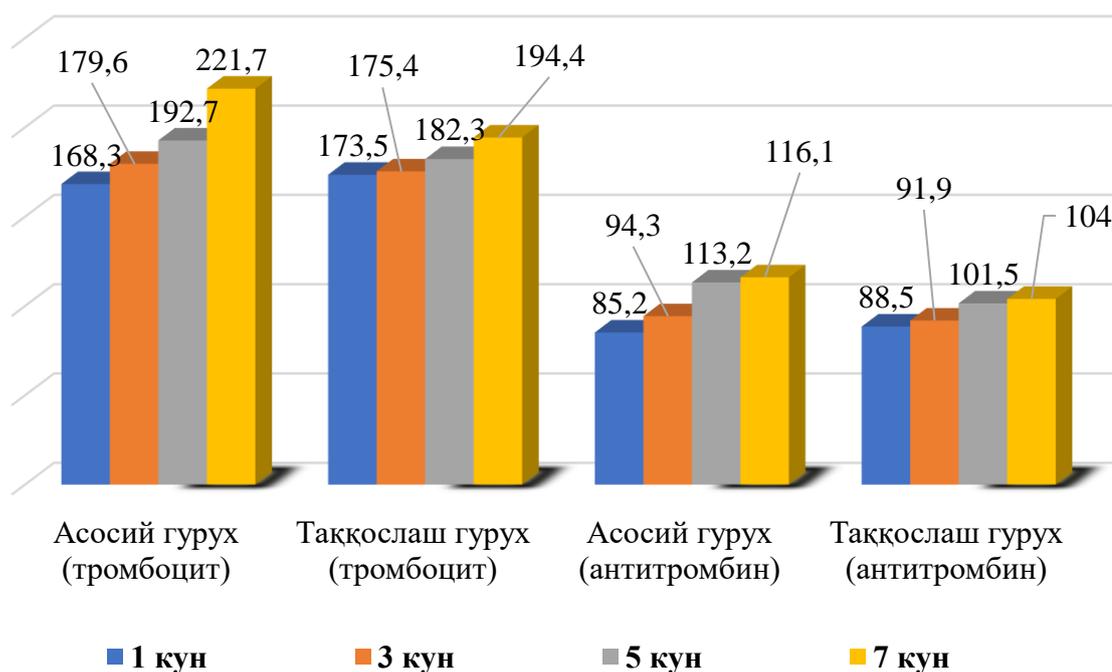
Жарроҳликдан бир ҳафта ўтгач, иккала гуруҳдаги тромбоцитлар даражаси меъёрий қийматларга мос келди.

Ўтказилган тадқиқот натижалари асосий ва таққослаш гуруҳларидаги беморларнинг операциядан кейинги тикланиш давридаги тромбоцитлар сони динамикасида сезиларли фарқлар мавжудлигини кўрсатди (12-расм).

Кўришиб турибдики, асосий гуруҳда тромбоцитларнинг ўртача миқдори ($221,7 \pm 1,011 \times 10^9/\text{л}$) таққослаш гуруҳидаги кўрсаткичдан ($194,4 \pm 0,275 \times 10^9/\text{л}$) анча юқори бўлди. Бу фарқнинг нафақат миқдорий, балки статистик жиҳатдан ҳам ишончли эканлиги Стюдентнинг t-мезони орқали тасдиқланган ($t=26,939$). $p < 0,05$ даражасидаги аҳамиятлилик бу натижаларнинг тасодифий эмаслигини исботлайди.

Тадқиқотда беморларнинг иккала гуруҳидаги антитромбин III - даражасидаги ўзгаришлар таҳлил қилинди. Дастлабки босқичда, операциядан кейинги биринчи кунда, ўртача антитромбин III нинг асосий гуруҳ беморларидаги концентрацияси $85,2 \pm 1,183\%$ ни ташкил этганлиги кузатилди, таққослаш гуруҳида эса бу кўрсаткич анча юқори – $88,5 \pm 0,964\%$ ни ташкил

этиб, статистик жихатдан тасдиқланган (Стюдентнинг t-мезони -2,176, $p < 0.05$).



12-расм. ЎИТ бўйича операция қилинган беморларда даволаш усулига қараб коагулограмма кўрсаткичларининг ўзгариши, %

Олинган натижаларга кўра, асосий гуруҳда АТ III нинг ўртача кўрсаткичи ($94,3 \pm 1.006\%$) таққослаш гуруҳидаги ($91,9 \pm 0.197\%$) даражадан анча юқори бўлди. Бу фарқ статистик жихатдан асосланди (Стюдентнинг t-мезони $t=2.427$; $p < 0,05$). p қийматининг 0,05 дан кичик бўлиши фарқнинг тасодифий эмаслигини тасдиқлайди.

Тадқиқотнинг бешинчи кунидаяқ гуруҳлар орасида гемостатик фарқлар яққол намоён бўлди. «Ривертон» препарати «Глютион» билан (600 мг №10 ампула, 4 мл эритма) мажмуада қўлланилгандан сўнг, асосий гуруҳда АТ III даражаси $113,2 \pm 0,804\%$ гача кўтарилди. Аксинча, таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич атиги $101,5 \pm 1,628\%$ ни ташкил этиб, сезиларли даражада паст эканлигини кўрсатди ($t=6,287, p < 0,05$).

Даволаш бошлангандан етти кун ўтгач, Антитромбин III даражаси иккала гуруҳда ҳам меъерий чегараларга қайтди. Шундай бўлса-да, асосий гуруҳда ($116,1 \pm 1,931\%$) унинг даражаси таққослаш гуруҳига ($104,0 \pm 2,946\%$) нисбатан анча юқори бўлиб қолди ($t=3,378, p < 0,05$). Бу натижалар, "Ривертон" ва «Глютион» мажмуаси қон ивишга қарши тизим фаолиятини барқарорлаштиришда ва уни тезроқ нормаллаштиришда юқори самара берганлигини статистик жихатдан тасдиқлайди.

ЭС бор беморларда олиб борилган биокимёвий таҳлилларда, АЛТ ва АСТ жигар ферментларининг меъерий нисбати билан ЭСнинг оғирлик даражаси ўртасидаги боғлиқлик илмий асосда ўрганилди.

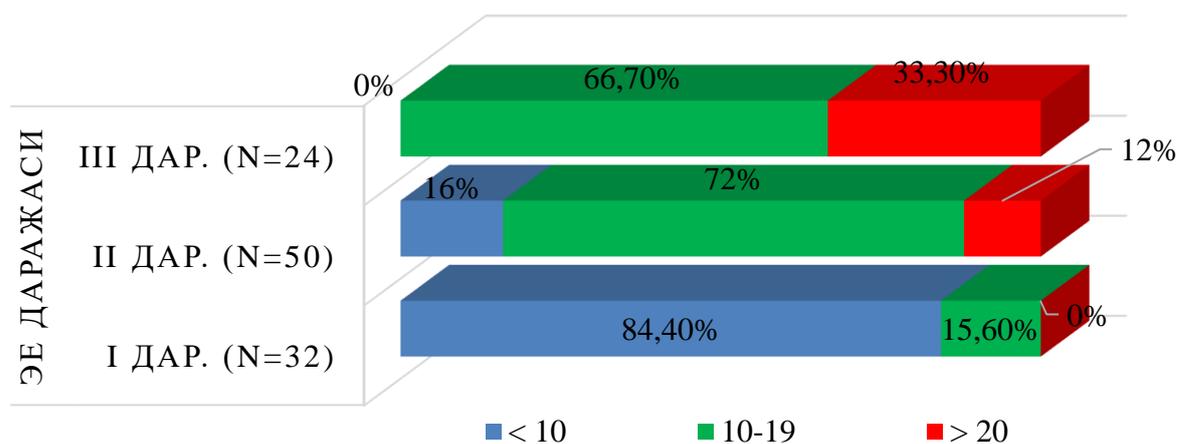
ЭС I даражаси 33 нафар беморда (жами беморларнинг 82.5% и) қайд этилган. Бу ЭСнинг енгил даражасида жигарнинг ферментатив фаолияти кўп

холларда бузилмасдан қолишини кўрсатади. ЭЕС II даражаси 10 нафар беморда (тадқиқотдагиларнинг 17.9% и) кузатилди. ЭЕС оғирлашган сари ҳам АЛТ/АСТ нисбатининг меъёрий бўлиши жигарнинг детоксикацион функцияси дастлаб сақланиб туришидан далолат беради. ЭЕС III даражаси: Энг оғир даражадаги бу синдромда фақатгина 2 кишида (6.3%) АЛТ ва АСТ нинг меъёрий нисбати сақланиб қолди.

Жигар патологиясининг ривожланишини акс эттирувчи АЛТнинг бир томонлама юқорилиги ЭЕСнинг оғирлашуви билан мутаносиб равишда ортди. Бу ҳолат I-даражали ЭЕСга эга беморларнинг атиги 9,4% (n=3) да кузатилган бўлса, II-даражали ЭЕС билан оғирганларнинг 60% ида (n=30) аниқланди. Энг аҳамиятлиси, III-даражали ЭЕСга эга беморларнинг тўртдан уч қисми — 75% ида (n=18) — жигар тўқимаси шикастланишининг бу белгиси қайд этилди.

Де Ритис индексининг прогностик кескин ошиши (>1,7) ЭЕСнинг турли даражаларида қуйидаги частоталарда аниқланди: енгил ЭЕС (I даража) 4 та беморда кузатилиб, ушбу кичик гуруҳнинг 12,5% ини ташкил этди; Де Ритис индексининг ошиши — жигар дисфункциясининг асосий кўрсаткичларидан бири — ўртача ЭЕС (II даража) билан оғирган беморларнинг тўртдан бир қисмида (24%, n=12) қайд этилди. Бу индекснинг юқори қийматлари оғир ЭЕС (III даража) ҳолатида ҳам аниқланди, гарчи пастроқ частотада бўлса-да: III даражали беморларнинг 16,7% ида (n=4) бу патологик ўзгариш кузатилди.

Энг енгил жигар дисфункцияси (MELD ≤10 балл) аниқланган беморларнинг кўпчилиги — 84,4% и (n=27) — ЭЕС I-даражаси билан ташхисланди (13-расм).



13-расм. MELD шкаласи кўрсаткичларига ва ЭЕСнинг оғирлигига қараб беморларнинг тақсимланиши, %

Бу, жигар функциясининг сезиларли бузилишлари йўқлигида ҳам, ЭЕСнинг енгил шаклининг ривожланиши мумкинлигини кўрсатади. Шу билан бирга, жигарнинг дезинтоксикация тизимларининг ўртача бузилиши ЭЕСнинг II-даражаси бўлган беморларнинг атиги 16% ида (n=8) кузатилди, аммо ЭЕСнинг энг оғир (III) даражасига эга беморлар орасида бундай паст MELD кўрсаткичлари умуман учрамади.

Беморларнинг кўпчилиги, ярмидан кўпроғи (53,8%, n=57) — MELD шкаласи бўйича ўртача оғирликдаги (10–19 балл) жигар етишмовчилигига эга эди. Бу гуруҳда ЭЕСнинг ўрта (II) даражаси 72% (n=36) беморда, оғир (III) даражаси эса 66,7% (n=16) беморда устунлик қилди. Жигар етишмовчилигининг энг оғир шакли — 20 баллдан юқори — беморларнинг 13,2% ида (n=14) кузатилди. Аҳамиятлиси, бу энг оғир тоифадаги беморларнинг учдан бир қисми — 33,3% и (n=8) — ЭЕСнинг III-даражасига эга бўлди.

ЭЕСнинг I-даражаси — синдромнинг энг енгил шакли — асосий гуруҳдаги беморларнинг 31,4% ида (n=16) ва таққослаш гуруҳидаги иштирокчиларнинг 31,5% ида (n=17) кузатилди.

ЭЕСнинг II даражаси асосий гуруҳ беморларининг қарийб ярмини (45,1% ёки n=23) қамраб олди. Таққослаш гуруҳида эса бу кўрсаткич бироз юқорирок бўлиб, 48,1% ни (n=26) ташкил этди. Бу натижалар, иккала гуруҳнинг ЭЕСнинг ўртача оғирликдаги патологик юкламаси бўйича дастлабки мувофиқлигини (гомогенлигини) тасдиқлайди. Шунингдек, ЭЕС III даражаси (оғир даража)га эга бўлган беморлар асосий гуруҳдагиларнинг 12 нафарини (23,5%) ва таққослаш гуруҳидагиларнинг 11 нафарини (20,4%) ташкил этди.

7-кунга келиб, ЭЕСнинг энг енгил (I) даражасига ўтган беморлар сони асосий гуруҳда кескин ошди ва гуруҳнинг тўртдан уч қисмидан кўпроғини — 76,5% ини (n=39) — ташкил этди. Шу билан бирга, таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич анча паст бўлиб, атиги ярмини — 50,0% ини (n=24) — ташкил этди. Бундан ташқари, ўрта оғирликдаги (II) ЭЕС ҳолатлари асосий гуруҳда сезиларли даражада камайиб, 23,5% (n=12) га тушди. Аксинча, таққослаш гуруҳида II даражали ҳолатларнинг улуши анча юқори бўлиб, 41,7% (n=20) даражасида сақланиб қолди. Энг муҳими, асосий гуруҳда оғир (III) даражали ЭЕС билан оғриган бирорта ҳам бемор қолмаган бўлса, таққослаш гуруҳида эса 8,3% (n=4) беморда III даражадаги ЭЕС кузатилди.

Қўлланилган янги терапевтик ёндашув асосий гуруҳ беморларининг деярли мутлақ кўпчилиги — 96,1% и (n=49) — ижобий клиник прогнозга эга бўлишига олиб келди. Бу, жигар етишмовчилигининг енгил даражасига мос келувчи MELD кўрсаткичларининг сезиларли яхшиланганини аңглатади. Шу билан бирга, ўртача даражадаги номақбул прогнозга (MELD шкаласида 10–19 балл оралиғи) эга бўлган беморларнинг улуши жуда кам бўлиб, атиги 3,9% (n=2) ни ташкил этди. Энг аҳамиятлиси, жигар етишмовчилигининг энг оғир ва ҳаёт учун хавфли бўлган шаклига (MELD \geq 20 балл) мос келувчи кескин салбий прогнозга эга бирорта ҳам бемор асосий гуруҳда қайд этилмади.

Анъанавий даволаш усули қўлланилган назорат гуруҳидаги натижалар асосий гуруҳдаги ижобий кўрсаткичлардан сезиларли даражада фарқ қилди. Асосий гуруҳнинг юқори самарадорлигидан фарқли ўларок, назорат гуруҳида беморларнинг атиги учдан икки қисми — 62,5% и (n=30) — мақбул жигар прогнозига эга бўлди. Бу кўрсаткич анча пастлигича қолди. Қолаверса, бу гуруҳда беморларнинг учдан бир қисмидан кўпроғи — 35,4% и (n=17) — ўртача даражадаги ноқулай прогноз билан қайд этилди. Энг ташвишлиси,

гепатопротектив препаратлар қабул қилмаган бу гуруҳдаги беморларнинг 2,1% ида (жумладан, битта ҳолатда) жигар етишмовчилиги (ЖЕ)нинг кескин номақбул прогнозга мос келувчи белгилари аниқланди.

Статистик таҳлил шуни кўрсатдики, даволанишнинг дастлабки уч кунда гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар бўлмади (Студентнинг t-мезони >0.05), бироқ бешинчи ва еттинчи кунларда статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар аниқланди (Студентнинг t-мезони мос равишда - 3,751 ва - 5,882, $p < 0.05$), бу гуруҳлар орасидаги ЭЕС даражасидаги ўзгаришларни кўрсатади.

Даволашнинг дастлабки кунларида ЭЕС даражалари бўйича тенг тақсимланган беморлар учинчи кунга келиб асосий гуруҳда III даражали ЭЕСнинг сезиларли пасайишини, бешинчи кунга келиб эса иккала гуруҳда ҳам ЭЕСнинг I ва II даражалари бўйича динамик кесишишни кўрсатди.

7-чи суткага келиб, асосий гуруҳда ЭЕС енгил (I) даражаси яққол устуворлик қилди, бу ЭЕС оғирлигининг пасайишида таққослаш гуруҳига нисбатан юқори самарадорликни таъминлаганини кўрсатади. Асосий гуруҳда Гепаторенал синдром динамикасини акс эттирувчи кўрсаткичлар 1- ва 3-суткалар оралиғида кесишди, бу эса асосий гуруҳ беморларининг умумий аҳволи жуда қисқа муддатда тез ва сезиларли даражада яхшиланганлиги ҳақида далолат беради.

Таққослаш гуруҳ беморлари билан контрастда, қулай ва нисбатан ноқулай башоратларни акс эттирувчи графиклар бир-бири билан кесишмайди ва фақат бешинчи кун бир-бирига яқинлашади, асосий гуруҳда янада динамик ривожланиш кузатилади. Ушбу гуруҳда жигар дисфункциясининг оғир шакли бешинчи кунга келиб баргараф этилди, шу билан бирга таққослаш гуруҳида ушбу синдромнинг иккита ҳолати қайд этилди.

Жарроҳликдан кейинги асоратлар сони бўйича гуруҳлар ўртасидаги фарқ хайратланарли даражада катта бўлиб, асосий гуруҳда атиги 7,84% (ҳар 100 бемордан 8 нафаридан кам) асорат кузатилган бўлса, таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич 50,90% (ҳар икки бемордан биттасида) ни ташкил этди. Бу рақамлар даволаш стратегияларининг натижалари қанчалик фарқ қилишини яққол кўрсатиб турибди (14-расм).

51 кишилик асосий гуруҳда асоратлар жуда кам учради; ҳар 100 нафар бемордан 8 нафаридан камроғида (атиги 7,84% ёки 4та ҳолат) муаммолар қайд этилди. Бу кўрсаткич жуда паст ва ижобий ҳисобланади. Аммо 55 кишилик таққослаш гуруҳида вазият бутунлай бошқача. Бу ерда беморларнинг ярмидан кўпроғи (50,9%) асоратлар билан тўқнаш келди, бу 28та ҳолат демакдир.

Асосий гуруҳда жароҳат инфекцияси хавфи деярли 16 марта (29,09% га нисбатан 1,96%) ва пневмония хавфи икки марта (7,27% га нисбатан 3,63%) паст бўлди.



14-расм. Комплекс даволашда гепатотроп даводан фойдаланишга қараб, диффуз жигар касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишида энтерал етишмовчилик синдромини бартараф этиш динамикаси

Асосий гуруҳнинг яхши натижалари 400 мл мувозанатланган эритма ва "Ривертон" гепатопротектори ҳамда "Глутатион" антиоксиданти (600 мг лик ампулалар)дан иборат комбинацияланган даволаш билан боғлиқ эканлиги қайд этилди.

Шундай қилиб, биз томонимиздан гепатопротектор даво асоратлар, бўшлиқли ва жароҳат инфекциялари, пневмония ва ўлим сонини камайтириш орқали даволаш натижаларини ишонарли даражада яхшилаши аниқланди ва тавсия этилган операциягача бўлган гепатотроп даво жигарнинг диффуз жигар касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишини операциядан олдин комплекс даволаш алгоритмларига ва протоколларига киритиш учун тавсия этилиши керак.

ХУЛОСА

1. Жигарнинг диффуз касалликлари билан беморларда ўткир ичак тутилишида энтерал етишмовчилик синдромининг ривожланиш даражаси касалликнинг касалхонагача даврининг давомийлигига боғлиқ бўлиб, қайсики оғирликнинг юқори даражалари (II-III дар.) беморларнинг 65,1%ида кузатилади, бу 12,7% гача етадиган салбий яқун, ўлимнинг сабаби бўлиб ҳисобланади.

2. Жигарнинг диффуз касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишида беморларнинг 37,7%ида энтерал етишмовчилик синдромининг оғирлиги ҳисобига гепатоцитларнинг шикастланиши туфайли яққол ифодаланган жигар дисфункцияси ривожланади, у қонда фибриноген ва антитромбин даражасининг пасайиши билан намоён бўлади.

3. Жигарнинг диффуз касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишида, I - даражали энтерал етишмовчилик синдроми ҳолатларида қон

ивиш тизимининг кўрсаткичлари меъёрда қолади, ammo қон оқимида бактериал транслокациянинг ривожланиши ҳисобига тизимли яллиғланиш жавоб реакцияси синдромининг ривожланиши натижасида сезиларсиз эндотоксинемия аниқланади. II-даражали энтерал етишмовчилик синдроми ҳолатларида тизимли яллиғланиш жавоб реакцияси ва гиперкоагуляция синдроми ривожланади, III-даражали энтерал етишмовчилик синдроми ҳолатларида қон ивиш тизимининг бузилиши белгилари, гипокоагуляция турида ва токсинемиянинг ўсиб бориши кўринишида намоён бўлади.

4. Жигарнинг диффуз касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилишини даволаш учун комплекс алгоритм таркибида базисли фармакотерапия ва гепатопротекторли коррекциядан фойдаланиш операциядан кейинги асоратларнинг 50,93% дан 7,84% гача пасайишига ва ўлимнинг 12,72% дан 7,8% гача пасайишига олиб келади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.06/2025.27.12.Tib.05.03 ПО
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ БУХАРСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

МАХМАНАЗАРОВ ОРИФЖОН МИРЗОНАЗАР УГЛИ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФФУЗНЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ**

14.00.27 – Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам

Бухара – 2026

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за В2023.2.PhD/Tib3629

Диссертация выполнена Бухарском медицинском институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.bsmi.uz) и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziynet.uz).

Научный руководитель:

Уроков Шухрат Тухтаевич
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Хамдамов Бахтиёр Зарифович
доктор медицинских наук, профессор

Курбаниязов Зафар Бабажонович
доктор медицинских наук, доцент

Ведущая организация:

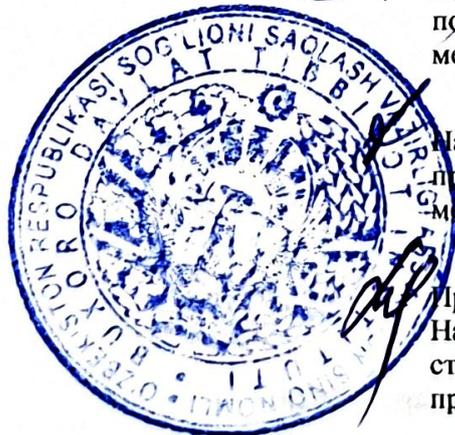
Ташкентский государственный медицинский университет

Защита диссертации состоится « 17 » Марта 2026 г. в 14⁰⁰ часов на заседании Научного совета DSc.06/2025.27.12.Tib.05.03 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200100, г. Бухара, улица Гиждувон №23, Тел./факс: (+998) 65 223-00-50; тел: (+998) 65 223-17-53; e-mail: buhmi@mail.ru)

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована № U). Адрес: 200100, г. Бухара, улица Гиждувон №23, Тел./факс: (+998) 65 223-00-50.

Автореферат диссертации разослан « 10 » Марта 2026 года.

(реестр протокола рассылки № U от 10 Марта 2026 года).



М.М. Абдурахманов

Заместитель председателя Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

Н.Н. Казакова

Научный секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук (DSc), доцент

Б.З. Хамдамов

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, «...возрастной диапазон 40–60 лет отражает наиболее высокую распространённость данного заболевания, при этом мужчины более склонны к развитию острой кишечной непроходимости, чем женщины...»¹. В современной медицинской науке заболевание, известное как острая кишечная непроходимость, представляет собой состояние, при котором нарушается нормальное продвижение содержимого по желудочно-кишечному тракту. В медицинской практике необходимо понимать важность освоения алгоритмов диагностического поиска и терапевтического ведения пациентов на различных этапах развития острой кишечной непроходимости. Это относится не только к хирургам-специалистам, но и к интернам, поскольку их современное медицинское вмешательство имеет ключевое значение для спасения жизни пациента. Кроме того, острая кишечная непроходимость может проявляться у различных больных в сочетании с сопутствующими заболеваниями, включая диффузные заболевания печени.

Во всём мире проведено множество исследований, посвящённых взаимосвязи острой кишечной непроходимости и диффузных заболеваний печени, особое внимание в которых уделено аспектам, связанным со сложностью патофизиологических процессов в органах при данной коморбидности. При современном изучении патогенеза осложнений диффузных заболеваний печени большое внимание уделяется феномену бактериальной транслокации — процессу перемещения живых бактерий и их компонентов из кишечного содержимого в кишечную стенку, мезентериальные лимфатические узлы, а также в портальный и системный кровотоки. Учитывая распространённость сопутствующих клинических состояний при этом процессе, низкую эффективность лечения и риск развития осложнений, необходимость совершенствования диагностики, консервативного и хирургического лечения, а также профилактики заболеваний у пациентов с данной патологией возрастает.

В нашей республике ведётся значительный объём работы по оказанию медицинской помощи населению при хирургических заболеваниях, в частности — по выявлению уровня заболеваемости, правильной диагностике, лечению и прогнозированию исходов сочетанных случаев острой кишечной непроходимости с диффузными заболеваниями печени. В связи с этим в пункте 56, разделе 4 из 7 приоритетных направлений Стратегии развития страны на 2022–2026 годы поставлены задачи по «...реализации комплекса мероприятий, направленных на охрану здоровья населения, повышение потенциала медицинских работников и внедрение программы развития системы здравоохранения на 2022–2026 годы...»². Исходя из этого,

¹ <https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/indicator-groups/indicator-group-details / MDB / paralytic-ileus-and-intestinal-obstruction>

² Указ Президента Республики Узбекистан, от 28.01.2022 г. № УП-60 // <https://lex.uz/docs/5841077>

актуальным является оптимизация результатов хирургического вмешательства при лечении острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени.

Настоящее диссертационное исследование в определённой степени способствовало выполнению задач, обозначенных в Указе Президента Республики Узбекистан от 12 ноября 2020 года № УП-6110 «О мерах по внедрению совершенно новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и повышению эффективности проводимых реформ в системе здравоохранения»³, Указе Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022–2026 годы», Постановлении Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 2020 года № ПП-4887 «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения»⁴, Постановлении Президента Республики Узбекистан от 12 ноября 2020 года № ПП-4891 «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья за счёт повышения эффективности медико-профилактической работы»⁵, а также других нормативно-правовых документах, регулирующих данную деятельность.

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. Исследования показывают, что эффективность лечения пациентов с острой кишечной непроходимостью на фоне диффузных заболеваний печени в основном определяется стадией заболевания, степенью эндотоксикоза и своевременным началом медицинского вмешательства с момента возникновения болезни. Быстро развивающаяся эндогенная интоксикация у пациентов с острой кишечной непроходимостью стимулирует активизацию детоксикационных механизмов печени. Кроме того, сохранение компенсированного состояния печёночных функций является не только важным фактором поддержания гомеостаза, но и ключевым элементом в условиях, требующих повышения функциональной активности организма в предоперационном и послеоперационном периодах (Ступин В.А. и соавт., 2021, Хакимов М.Ш., 2023).

В связи с этим актуальным остаётся углублённое изучение роли гепатопротекторной терапии при лечении острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени. Необходимость таких исследований подкрепляется доказательствами того, что клетки Купфера печени играют важную роль в детоксикации эндотоксинов. Более того, прогрессирующий эндотоксикоз является одним из патофизиологических последствий острой кишечной непроходимости и представляет собой важный компонент патогенеза жизнеугрожающей полиорганной недостаточности,

³ Указ Президента Республики Узбекистан, от 12.11.2020 г. № УП-6110 // <https://lex.uz/docs/5100679>

⁴ Постановление Президента Республики Узбекистан, от 10.11.2020 г. № ПП-4887 // <https://lex.uz/docs/5090384>

⁵ Постановление Президента Республики Узбекистан, от 12.11.2020 г. № ПП-4891 // <https://lex.uz/docs/5100665>

особенно у пациентов с диффузными заболеваниями печени (Назиров Ф.Г. 2022).

В последние годы в ведущих медицинских центрах мира наблюдаются изменения в методах хирургических вмешательств при острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени. Эти изменения в основном связаны с внедрением минимально инвазивных методов, использованием лапароскопического оборудования, биосовместимых синтетических нитей и коагуляторов для гемостаза, что позволяет избегать оставления лигатур в брюшной полости. Тем не менее, данные нововведения не оказали существенного влияния на клиническую картину заболевания и тактику ведения пациентов, а результаты лечения остаются неудовлетворительными (Амаханов А.К. и соавт., 2022).

Исследования свидетельствуют о том, что эндотоксикоз играет ключевую роль в патогенезе острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени и остаётся фактором угрозы жизни пациента даже после хирургического устранения кишечной непроходимости (Сапин М.Р. и соавт., 2022). По мнению многих авторов, частота послеоперационных инфекционных осложнений при острой кишечной непроходимости варьирует от 11 до 42%, а во время операций по поводу острой кишечной непроходимости этот показатель может достигать 38–80%; в 70% случаев такие осложнения приводят к летальному исходу (Эргашев И.Ш. и соавт., 2019).

Изучение литературы по диагностике и хирургическому лечению острой кишечной непроходимости у пациентов с циррозом печени показывает тенденцию к увеличению частоты подобных случаев в структуре неотложной хирургической патологии среди населения Узбекистана, что указывает на необходимость разработки новых рекомендаций и совершенствования комплекса мероприятий по предоперационному лечению и дифференцированной хирургической тактике.

Связь темы диссертации с планом научно-исследовательских работ высшего учебного заведения. Выполнение настоящей диссертационной работы запланировано в соответствие с планом научно-исследовательских работ Бухарского государственного медицинского института 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.)».

Целью исследования явилось совершенствование лечебных мероприятий при острой кишечной непроходимости у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени.

Задачи исследования:

изучить частоту сочетанного возникновения острой кишечной непроходимости и хронических диффузных заболеваний печени в неотложной хирургии, а также особенности клинического течения в зависимости от степени тяжести кишечной недостаточности;

изучить признаки системного воспалительного процесса, возникающего

вследствие кишечной непроходимости в сочетании с хроническими диффузными заболеваниями печени, и его влияние на функциональное состояние печени;

изучить особенности проявления системного воспалительного процесса у пациентов с сочетанными состояниями острой кишечной непроходимости и хронических диффузных заболеваний печени, а также его связь с изменениями в системе коагуляции;

разработать эффективные методы профилактики или лечения печёночной недостаточности, возникающей вследствие энтеральной несостоятельности у пациентов с сочетанием хронических диффузных заболеваний печени и острой кишечной непроходимости.

Объектом исследования явились 106 пациентов с острой кишечной непроходимостью в сочетании с диффузными заболеваниями печени.

Предметом исследования явились кровь, сыворотка крови, а также результаты консервативного и хирургического лечения у пациентов с сочетанием острой кишечной непроходимости и диффузных заболеваний печени.

Методы исследования. В исследовании использовались клинические, инструментальные и статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

впервые установлена взаимосвязь между особенностями клинического течения острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени, продолжительностью догоспитального периода и развитием синдрома энтеральной недостаточности;

впервые на основании клинических и лабораторных исследований доказана эффективность применения комплексной фармакотерапии в предоперационном периоде при лечении острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени;

впервые обоснована значимость оценки изменений системы гемостаза у пациентов с острой кишечной непроходимостью в зависимости от степени выраженности энтеральной недостаточности;

впервые доказана возможность и эффективность улучшения результатов хирургического лечения острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени за счёт включения в лечебный комплекс алгоритма своевременного применения гепатотропной терапии.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

оценка степени поражения печени способствовала разработке метода раннего применения гепатотропной терапии в рамках комплексного лечения острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени, который впоследствии был внедрён в клиническую практику;

сравнительный анализ результатов хирургического лечения острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени с учётом гепатотропной коррекции выявил выраженную эффективность и целесообразность применения гепатопротекторных лекарственных средств,

что позволило не только корректировать синдром энтеральной недостаточности и прогрессирующую печёночную дисфункцию, но и предотвратить развитие полиорганных нарушений.

разработанная методика гепатотропной коррекции была широко применена в хирургических отделениях неотложных клиник для лечения пациентов с острой кишечной непроходимостью независимо от её формы, и показала свою эффективность для минимизации осложнений в предоперационном и послеоперационном периодах, а также для профилактики развития полиорганной недостаточности.

Достоверность результатов исследования обеспечена использованием комплекса современных взаимодополняющих объективных клинических, биохимических, инструментальных и лучевых методов; совершенствованием аналитических и прогностических показателей; применением статистических методов проверки данных; сопоставлением полученных результатов с международными и национальными научными исследованиями; а также подтверждением выводов и полученных результатов уполномоченными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования: Научная значимость результатов исследования заключается в том, что впервые проведён глубокий анализ патогенеза и клинического течения острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени, а также взаимосвязи между энтеральной недостаточностью и печёночной дисфункцией. Научно обоснована возможность улучшения результатов хирургического лечения благодаря предложению новых диагностических критериев и внедрению алгоритма гепатотропной терапии.

Практическая значимость результатов исследования состоит в разработке и внедрении в практику эффективной методики раннего применения гепатотропной терапии у пациентов с острой кишечной непроходимостью с учётом степени поражения печени. Это позволило с помощью гепатопротекторов предотвратить развитие энтеральной недостаточности и полиорганных нарушений, создать возможности для широкого применения данной методики в хирургических отделениях, минимизировать осложнения и улучшить результаты лечения.

Внедрение результатов исследования в практику. Согласно заключению 30/09 Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан от 2 декабря 2025 года о внедрении результатов научных исследований в практику:

первая научная новизна: впервые установлена взаимосвязь между особенностями клинического течения острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени, продолжительностью догоспитального периода и развитием синдрома энтеральной недостаточности. *Внедрение научной новизны в практику:* полученные результаты внедрены в Хорезмском областном многопрофильном медицинском центре (Приказ №142/1-I от 7 октября 2024 года) и в

Каракалпакском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (Приказ №54 от 28 февраля 2025 года). *Социальная эффективность научной новизны:* ОКН и ДЗП являются тяжёлыми заболеваниями с высоким уровнем летальности. Благодаря данной новизне стало возможным глубокое понимание этиологии, патогенеза и особенностей клинического течения заболевания, что способствует значительному снижению числа осложнений и показателей смертности среди пациентов. *Экономическая эффективность научной новизны:* оптимизированное лечение, основанное на уточнённом патогенезе и клинических особенностях, сокращает время пребывания пациентов в стационаре, что позволяет экономить бюджетные средства: на одного пациента — 987 600 сум, а на 106 пациентов — 104 685 600 сум. *Вывод:* данная научная новизна, обеспечив глубокое изучение этиологии, патогенеза и клинических особенностей ОКН у пациентов с ДЗП, показала необходимость уделять особое внимание влиянию догоспитального периода на развитие синдрома энтеральной недостаточности.

вторая научная новизна: впервые на основании клинических и лабораторных исследований доказана эффективность применения комплексной фармакотерапии в предоперационном периоде при лечении острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени. *Внедрение научной новизны в практику:* полученные результаты внедрены в Хорезмском областном многопрофильном медицинском центре (Приказ №142/1-I от 7 октября 2024 года) и в Каракалпакском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (Приказ №54 от 28 февраля 2025 года). *Социальная эффективность научной новизны:* данная научная новизна, обеспечив улучшение комплексной предоперационной фармакотерапии, способствует резкому снижению уровня летальности и профилактике осложнений у пациентов. *Экономическая эффективность научной новизны:* снижение числа осложнений и быстрое улучшение состояния пациентов расширяет возможности более рационального использования ресурсов медицинского учреждения, что позволяет экономить 1 165 000 сум на одного пациента и 123 490 000 сум — на 106 пациентах. *Вывод:* основной аспект комплексной предоперационной фармакотерапии должен быть направлен на защиту печени и профилактику энтеральной недостаточности с обязательным учётом выявленной взаимосвязи.

третья научная новизна: впервые обоснована значимость оценки изменений системы гемостаза у пациентов с острой кишечной непроходимостью в зависимости от степени выраженности энтеральной недостаточности. *Внедрение научной новизны в практику:* полученные результаты внедрены в Хорезмском областном многопрофильном медицинском центре (Приказ №142/1-I от 7 октября 2024 года) и в Каракалпакском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (Приказ №54 от 28 февраля 2025 года). *Социальная эффективность научной новизны:* тяжёлые осложнения, возникающие

вследствие нарушений гемостаза (например, тромбоэмболия лёгочной артерии), могут привести к инвалидизации пациента или его смерти. Данное новое рекомендательное положение имеет важное значение для профилактики инвалидизирующих последствий. *Экономическая эффективность научной новизны:* своевременное и целенаправленное применение только необходимых лекарственных средств и процедур для управления гемостазом в зависимости от степени энтеральной недостаточности позволяет экономить 745 900 сум на одного пациента и 79 065 400 сум — на 106 пациентах. *Вывод:* данная научная новизна позволяет адаптировать хирургическую тактику и антикоагулянтную терапию к реальному физиологическому состоянию пациента. В результате предотвращаются тромботические и геморрагические осложнения, повышаются безопасность и эффективность лечения.

четвёртая научная новизна: впервые доказана возможность и эффективность улучшения результатов хирургического лечения острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени за счёт включения в лечебный комплекс алгоритма своевременного применения гепатотропной терапии. *Внедрение научной новизны в практику:* полученные научные результаты внедрены в Бухарском филиале Республиканского специализированного научно-практического центра экстренной медицинской помощи (МЗ РУз № 8н-з/356 от 10 октября 2024 года) и в Хорезмском филиале РШЁТМ (МЗ РУз № 8н-з/356 от 22 октября 2024 года). *Социальная эффективность научной новизны:* алгоритм своевременного включения гепатотропной терапии в лечебный комплекс способствует снижению послеоперационной летальности и улучшению качества жизни пациентов. *Экономическая эффективность научной новизны:* уменьшение числа осложнений (например, печёночной или почечной недостаточности), резкое снижение потребности в дорогостоящих реанимационных процедурах, длительной интенсивной терапии и дополнительных медикаментах обеспечивает экономию бюджетных средств в размере 870 500 сум на одного пациента и 92 273 000 сум — на 106 пациентов. *Вывод:* результаты данной научной новизны направлены на коррекцию и профилактику печёночной дисфункции, что способствует снижению осложнений и летальности, а также повышению экономической эффективности лечения.

Апробация результатов исследования. Основные результаты исследования доложены и обсуждены на 6 из них 3 международных и 3 Республиканских научно-практических конференциях.

Публикация результатов исследования. В рамках темы диссертации было опубликовано 19 научных работ, из них 9 статей – в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций, включая 7 публикаций в республиканских и 2 – в зарубежном журнале.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 131 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **введении** обосновывается актуальность и востребованность исследования, цели и задачи исследования, описывается объект и предмет исследования, указывается соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан, излагается научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, приведены сведения о внедрении результатов исследования, опубликованных работах и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Вопросы патогенеза, диагностики и лечения острой кишечной непроходимости у больных с диффузными заболеваниями печени (обзор литературы)»**, подробно изложены современные сведения об этиологии, патогенезе, диагностике, классификации и лечении острой кишечной непроходимости, а также о роли дисбаланса кишечной микрофлоры в патогенезе развития осложнений острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени, синдроме энтеральной недостаточности, системной эндотоксемии и осложнениях острой кишечной непроходимости у данной категории больных. Особенности клинических проявлений острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени, хирургическая тактика у этих больных, время и объем хирургических вмешательств по поводу острой кишечной непроходимости получили детальное освещение.

Во второй главе диссертации **«Материалы и методы исследования»**, представлены материалы и методы, использованные в процессе исследования. Научное исследование проводилось с 2022 по 2024 годы на базе кафедры хирургических болезней Бухарского государственного медицинского института в хирургическом отделении Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Целью исследования являлся анализ клинических данных 106 пациентов с острой кишечной непроходимостью (ОКН) в сочетании с диффузными заболеваниями печени (ДЗП). Большинство пациентов — 58,4% (n = 62) — относились к возрастной группе от 35 до 60 лет, что свидетельствует о том, что основную выборку исследования составили лица среднего и пожилого возраста. Доля пациентов старше 60 лет составила 36,7% (n = 39). Наименьшую группу представили пациенты старше 85 лет — всего 0,94% (n = 1).

Исследование проводилось на основе двух различных групп пациентов. В первую, основную группу, вошёл 51 пациент, заболевший ОКН в сочетании с ДЗП. В рамках комплексного лечения, проводимого до и после операции, этим пациентам назначалась гепатопротективная терапия с использованием инфузионного раствора «Ривертон», произведённого ООО «Dream Pharma Uzbekistan», и препарата «Глутион» 600 мг №10, 4 мл (производства Lab.

Farmaceutico S.T. S.r.L., Италия). Эта группа включала 30 женщин (58,8%) и 21 мужчину (41,2%) (см. рис. 1).

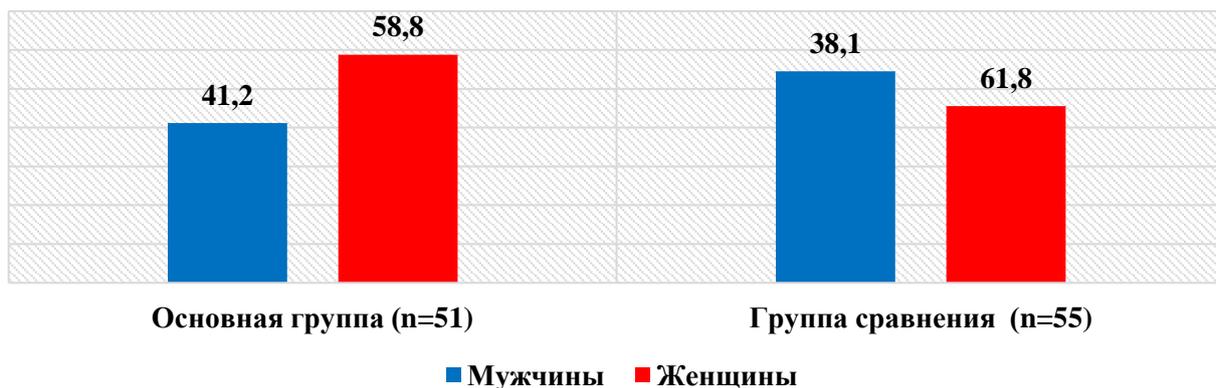


Рис. 1. Распределение пациентов с острой кишечной непроходимостью в сочетании с диффузными заболеваниями печени по полу, %

В проведённом исследовании общий контингент пациентов был разделён на две основные группы. В основной группе доля пациентов старше 60 лет составила 43,1%. В группе сравнения данный показатель достигал 65,4%, что было существенно выше по сравнению с основной группой. Пациенты в возрасте 35–60 лет занимали вторую по величине долю: в основной группе — 50,9% (26 человек), в группе сравнения — 65,4% (36 человек).

В ходе исследования были выявлены определённые различия в возрастной структуре. Наиболее молодая возрастная группа — пациенты моложе 35 лет — была представлена в основной группе в несколько большей степени (3,92%) по сравнению с группой сравнения (3,64%) (рис. 2).

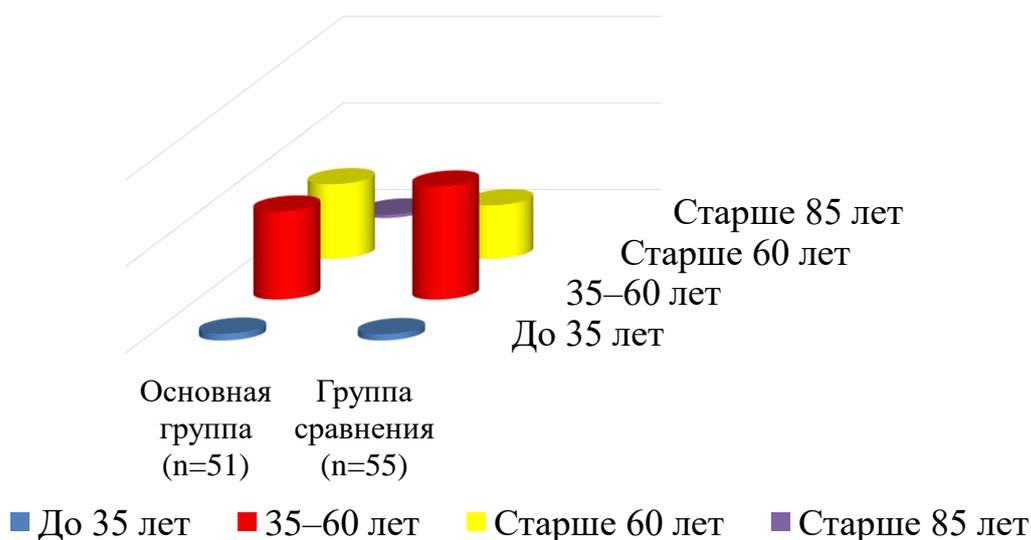


Рис. 2. Распределение пациентов с острой кишечной непроходимостью в сочетании с диффузными заболеваниями печени по возраст

Несмотря на то, что данная категория составляла наименьшую часть общего контингента, её относительное преобладание в основной группе было зафиксировано. Доля наиболее пожилых пациентов старше 85 лет также была

минимальной и отмечалась только в основной группе (1,96%). В группе сравнения пациенты данной возрастной категории отсутствовали. На основании полученных результатов установлено, что в обеих исследуемых группах наибольшую долю составляют пациенты в возрастном диапазоне 35–60 лет.

На представленном рисунке проанализировано распределение основных патологий, приведших к развитию острой кишечной непроходимости, между основной группой (n=51) и группой сравнения (n=55) (см. рис. 3).

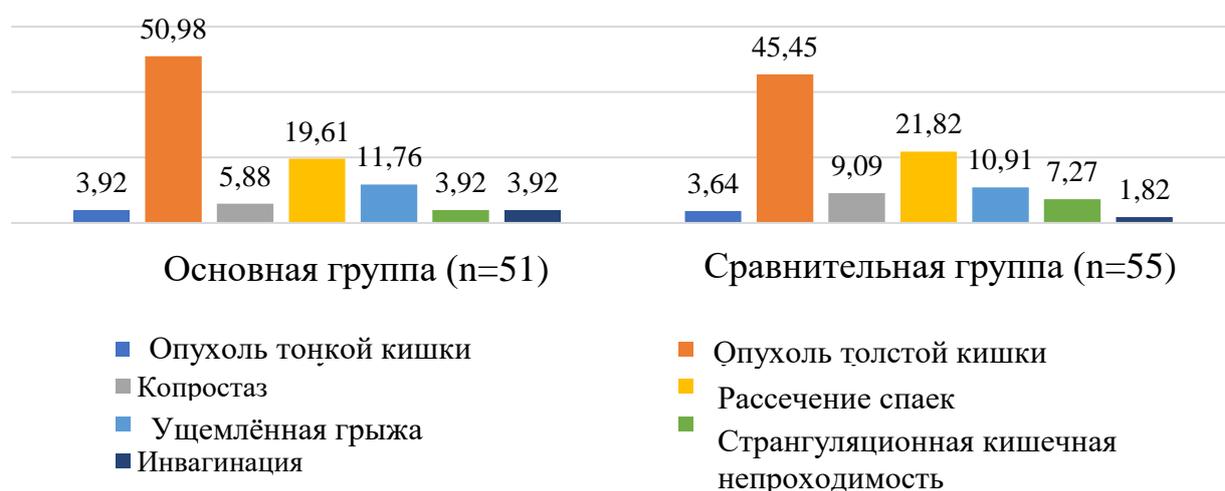


Рис. 3. Распределение патологий, приведших к развитию ОКН у пациентов с диффузными заболеваниями печени в исследуемых группах, %

В обеих исследуемых группах в качестве основного фактора, приводящего к развитию ОКН, были выявлены опухоли толстого кишечника. Эта патология отмечалась с наибольшей частотой в обеих группах: в основной группе опухоли толстой кишки составили 50,98% (n=26) случаев; в группе сравнения данный показатель равнялся 45,45% (n=25), что несколько ниже по сравнению с основной группой.

Среди патологий, приводящих к ОКН, наиболее часто встречалась толстокишечная непроходимость: в основной группе — у 26 (50,98%) пациентов, в группе сравнения — у 25 (45,45%) пациентов. На втором месте по частоте находились спаечные процессы: они были зарегистрированы у 10 (19,61%) пациентов основной группы и у 12 (21,82%) пациентов группы сравнения.

Среди факторов, вызывающих ОКН, опухоли тонкой кишки и инвагинация кишечника отмечались с наименьшей частотой.

Распределение пациентов в зависимости от времени установления диагноза ДЗП и функционального состояния печени представлено на рисунках 4 и 5.

В группе сравнения чаще встречались пациенты, поступившие с уже установленным диагнозом ДЗП (43,6%), тогда как в основной группе преобладали пациенты, у которых ДЗП был выявлен после диагностического обследования (47,1%) и после операции (11,8%).

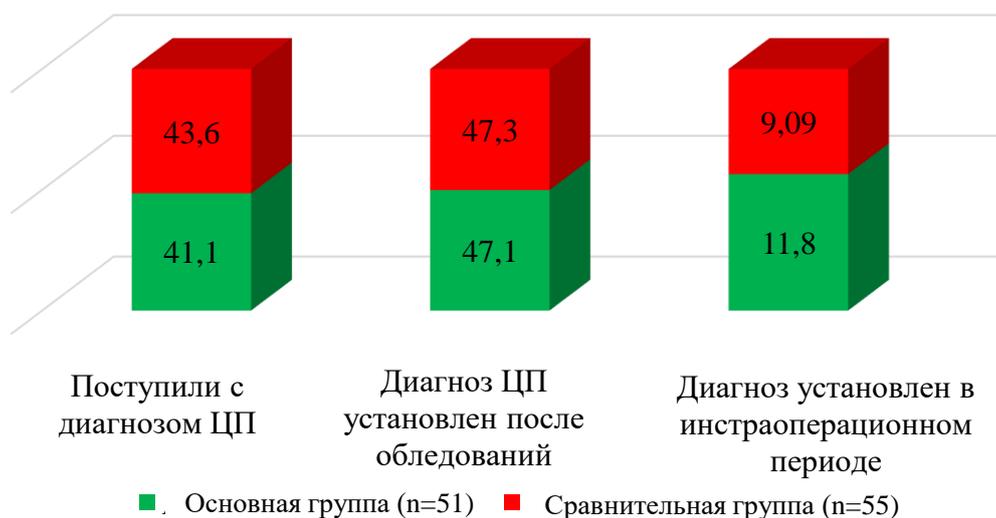


Рис. 4. Распределение пациентов в зависимости от времени установления диагноза ДЗП (n=106)

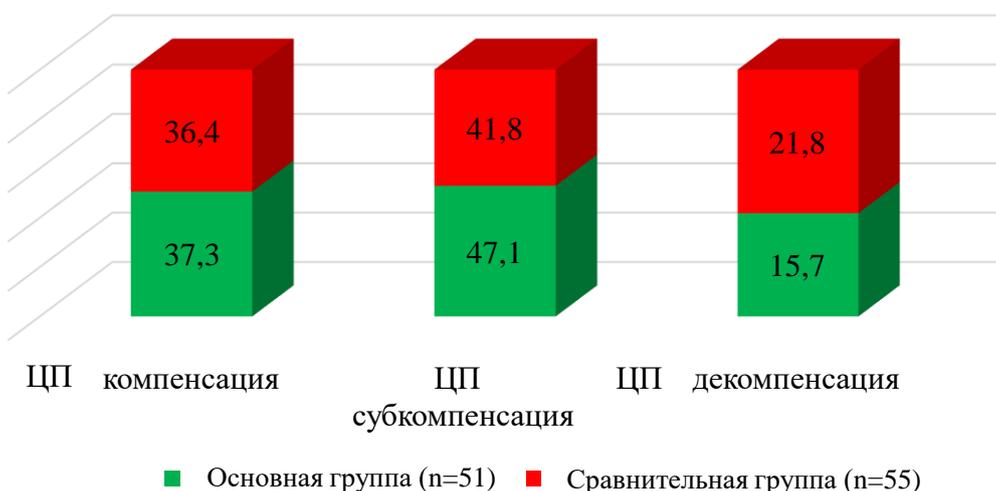


Рис. 5. Распределение пациентов в зависимости от функционального состояния печени при ДЗП (n=106)

Пациенты с ДЗП в стадии компенсации (37,3%) и субкомпенсации (47,1%) чаще выявлялись в основной группе, тогда как больные в стадии декомпенсации — в большей степени в группе сравнения (21,8%).

На первую степень энтеральной недостаточности приходилось 37 пациентов, что составляет 34,9% от общего числа участников исследования (см. рис. 6).

Проведённые анализы показали, что распределение ЭНС II степени в обеих группах практически одинаково и статистически не отличается: в основной группе зарегистрировано 47,05% (n=24), в группе сравнения — 47,27% (n=26) пациентов.

В распределении клинически тяжёлой (III степени) ЭНС наблюдались выраженные различия. В основной группе этот показатель составил 21,58% (n=11), тогда как в контрольной группе — 14,55% (n=8).

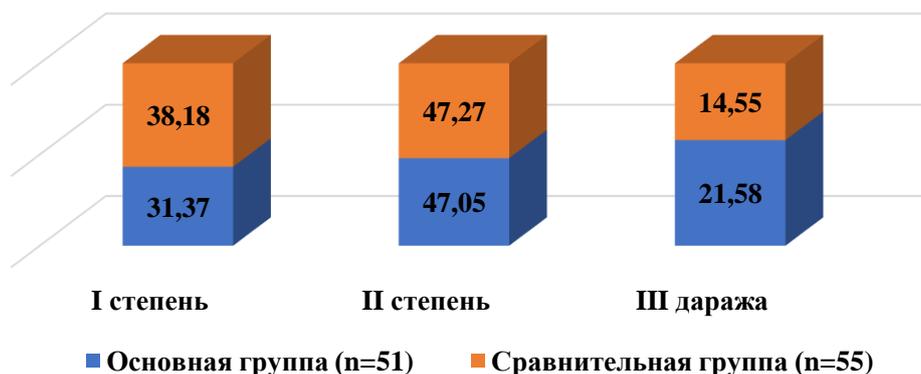


Рис. 6. Распределение участников исследования по степени тяжести синдрома эндогенной интоксикации при ОКН у пациентов с диффузными заболеваниями печени, %

В третьей главе диссертации «Развитие синдрома энтеральной недостаточности при острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени и его влияние на исходы заболевания», представлены особенности синдрома энтеральной недостаточности у пациентов с диффузными заболеваниями печени с учётом особенностей течения острой кишечной непроходимости, изменения выраженности эндотоксемии в зависимости от её степени, показатели системы свертывания крови, а также тактика и объём хирургического вмешательства при острой кишечной непроходимости и послеоперационные неблагоприятные исходы.

Результаты проведённого анализа выявили существенные различия в длительности заболевания между группами пациентов с тонкокишечной (ТКН) и толстокишечной (ТлКН) непроходимостью.

Если рассматривать случаи ТКН, можно увидеть, что сроки появления симптомов протекали быстрее. Небольшая часть пациентов — 3 человека (6,2%) — обратилась при длительности заболевания менее 6 часов. Следующая группа составила 9 пациентов (18,8%) с продолжительностью симптомов от 6 до 12 часов. Наибольшую долю — почти каждый второй пациент, 19 человек (39,6%) — составили больные с длительностью симптомов от 13 до 24 часов. Кроме того, 17 пациентов (35,4%) страдали от симптомов более 24 часов. Очевидно, что у большинства пациентов с ТКН (около 64,6%) заболевание выявлялось в период до 24 часов от начала.

Ситуация при ТлКН значительно отличается от ТКН, поскольку в этой группе симптомы заболевания выявлялись в значительно более поздние сроки. Наиболее существенное отличие состоит в том, что в этой группе не было ни одного пациента с длительностью заболевания менее 6 часов. Только 3 пациента (5,2%) имели анамнез 6–12 часов, а 8 пациентов (13,8%) — 13–24 часа. Наиболее важно, что абсолютное большинство пациентов с ТлКН — 47 человек (81,0%) — имели длительность симптомов более одних суток (свыше 24 часов).

Основной контингент пациентов со странгуляционной непроходимостью (СтрангКН) — 60,5% (n=26) — был госпитализирован при анамнестическом периоде 13–24 часа.

У подавляющего большинства пациентов с обтурационной непроходимостью (ОбтурКН) — 82,6% (n=52) — обращение за медицинской помощью произошло спустя более 24 часов от начала заболевания. Эти данные подчёркивают позднюю диагностику и то, что пациенты с ОбтурКН, как правило, поступают на лечение на более поздних этапах.

В неотложной хирургии уровень лейкоцитов в крови рассматривается как важный, но косвенный показатель реактивности организма и наличия патологических процессов (см. рис. 7).

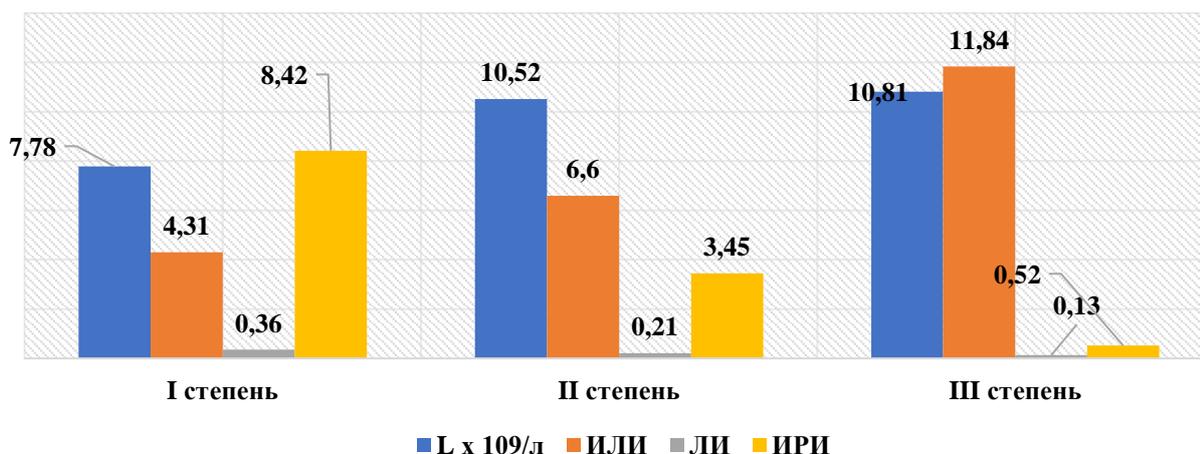


Рис. 7. Динамика эндотоксемии при острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени в зависимости от степени тяжести синдрома энтеральной недостаточности

У пациентов с ЭНС I степени средний уровень лейкоцитов составил $7,78 \pm 3,15 \times 10^9/\text{л}$, что соответствовало нормальным значениям. Однако во II и III степенях ЭНС отмечался выраженный лейкоцитоз, превышающий нормативные показатели: средние значения составили соответственно $10,52 \pm 2,22 \times 10^9/\text{л}$ и $10,81 \pm 3,97 \times 10^9/\text{л}$.

Согласно проведённым анализам, значительная часть пациентов со странгуляционной кишечной непроходимостью — 60,5% — обращались за медицинской помощью в относительно короткие сроки, то есть в интервале 13–24 часов от начала заболевания. Такая быстрая динамика обращения объясняется характерной для данной патологии высокой вероятностью быстрого некроза кишечной ткани.

У пациентов с ЭНС I степени среднее значение данного индекса составило $4,31 \pm 2,10$, что указывает на умеренную интоксикацию, предположительно преимущественно бактериального генеза. Для пациентов с ЭНС II степени средний индекс достигал $6,60 \pm 3,68$, что свидетельствует о наличии тяжёлой эндогенной интоксикации. В случаях тяжёлой энтеральной недостаточности (ЭНС III степени) индекс достигал средних значений $11,84 \pm 2,23$, что отражает значительную эндотоксическую нагрузку.

На втором уровне тяжести ЭНС были выявлены признаки иммунодефицита, в частности — повышение уровня токсемии, преимущественно бактериального происхождения. Это наблюдение указывает на возможное нарушение антибактериального барьера кишечника, что может являться признаком септикотоксемии и подчёркивает важность ранней диагностики и вмешательства для предотвращения дальнейшего ухудшения состояния.

При анализе пациентов с ЭНС I степени у 6 больных (16,2%) было выявлено снижение индекса парамеций-теста, при этом среднее время гибели парамеций составило $17,3 \pm 1,68$ минуты. Во II степени ЭНС отмечено увеличение числа пациентов со сниженным временем теста до 23 человек (46,0%); среднее время гибели парамеций составляло $15,4 \pm 2,78$ минуты. Особенно важно, что при ЭНС III степени у всех 19 пациентов результаты были ниже нормативных значений, а среднее время гибели парамеций оказалось самым коротким — $7,4 \pm 1,31$ минуты (см. табл. 1).

Таблица 1.

Показатели парамеций-теста в зависимости от степени тяжести ЭНС

Парамеций тест	ЭНС								
	I степень (n=37)			II степень (n=50)			III степень (n=19)		
	Абс.	%	М ± n	Абс.	%	М ± n	Абс.	%	М ± n
< 18	6	16,2	16,2±0,37	23	46,0	12,6±1,49	19	100	7,5±1,27
> 18	31	83,8	19,7±1,19	27	54,0	18,3±0,31	0		0
М ± n	17,3±1,68			15,4±2,78			7,4±1,31		
t Ст	0,549, p>0,05;					-2,019, p<0,05;			

Данные подтверждают, что парамеций-тест может служить важным инструментом для оценки тяжести эндотоксического синдрома, особенно в контексте оценки кишечной функции и влияния различных степеней ЭНС на общее состояние пациентов.

Частота встречаемости признаков SIRS в зависимости от степени ЭНС показала следующую динамику: при ЭНС I степени признаки SIRS были зарегистрированы лишь в 3 случаях (8,1%); при ЭНС II степени частота таких проявлений значительно увеличивалась — 15 пациентов (30,0%); при ЭНС III степени частота SIRS достигала максимума — 14 пациентов (73,7%).

Несмотря на то, что в общей выборке пациентов с острой кишечной непроходимостью была выявлена сильная связь между степенью эндогенной интоксикации и развитием SIRS ($r = 0,634$), статистически значимой корреляции установлено не было, поскольку $p > 0,05$, что не позволяет подтвердить статистическую значимость полученного результата.

Проведённый статистический анализ выявил достоверную прямую взаимосвязь между увеличением токсичности крови и прогрессирующим повышением степени ЭНС. Корреляционный коэффициент составил $r = 0,6132$, что указывает на сильную среднюю связь. Уровень статистической значимости ($p < 0,05$) подтверждает, что полученные результаты не случайны и обладают объективной достоверностью.

У пациентов с диагнозом ОКН и признаками ЭНС I степени (лёгкая форма), сопровождающейся умеренной эндогенной интоксикацией (всего 37 человек), анализ показал, что показатели системы гемостаза оставались в пределах нормы во всех 100% изученных случаев (см. рис. 8).

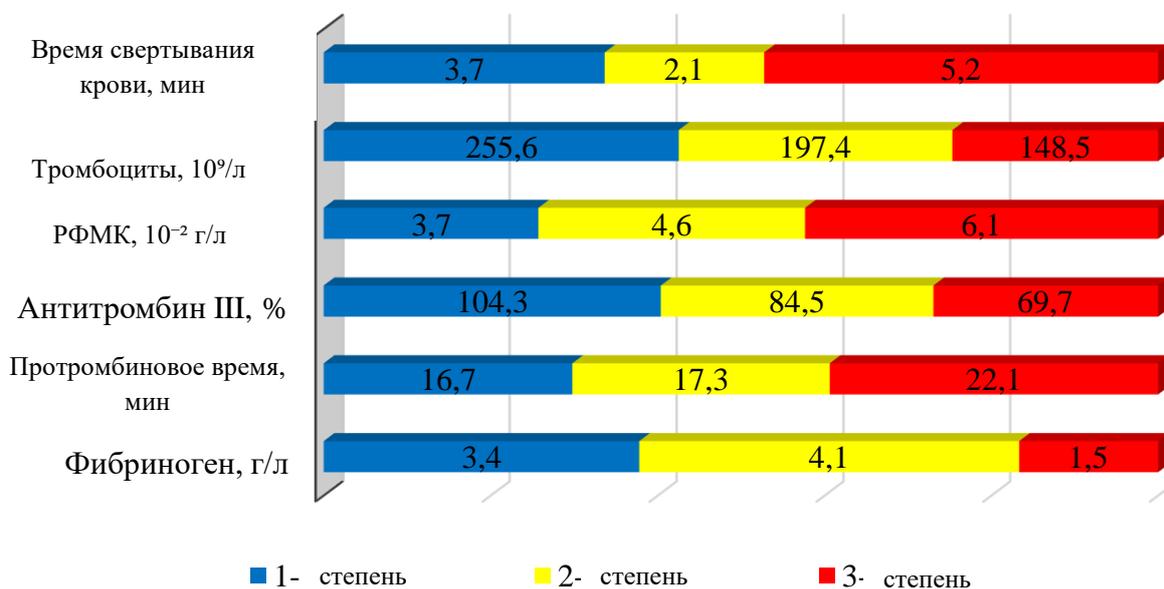


Рис. 8. Показатели системы свертывания крови при острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени в зависимости от степени тяжести синдрома энтеральной недостаточности

На ранних стадиях заболевания (ЭНС I степени) нарушений гемостаза не наблюдалось. Среднее время свертывания крови по Сухареву составляло $3,7 \pm 1,28$ минуты, а уровень тромбоцитов — $255,6 \pm 8,31 \times 10^9/\text{л}$. Показатели коагуляционного комплекса, включая протромбиновое время и уровень фибриногена, также оставались в пределах нормы, составляя соответственно $16,7 \pm 1,53$ секунды и $3,4 \pm 1,11$ г/л.

Кроме того, был измерен уровень антитромбина III — важного компонента антикоагулянтной системы. Результаты оказались в пределах нормативного диапазона, среднее значение составило $104,3 \pm 5,36\%$.

Проведённые анализы показали, что у пациентов сохранялись нормальные показатели фибриногена, а средняя концентрация растворимых фибрин-мономерных комплексов ($3,7 \pm 0,36 \times 10^{-2}$ г/л) также оставалась в пределах нормы. Этот факт особенно значим с учётом наличия воспалительного процесса в кишечной стенке.

Несмотря на наличие гиперкоагуляционных тенденций на фоне ЭНС II степени, общая компенсированность основных гемостатических маркеров — таких как протромбиновое время, АТ III и тромбоциты — сохранялась (рис. 9).

В фазе гиперкоагуляции отмечено повышение уровня фибриногена в плазме крови до среднего значения $4,1 \pm 2,17$ г/л. Концентрация растворимых фибрин-мономерных комплексов увеличилась до среднего уровня

$4,6 \pm 1,08 \times 10^{-2}$ г/л. Среднее время свертывания крови сократилось до $2,1 \pm 0,34$ минуты.

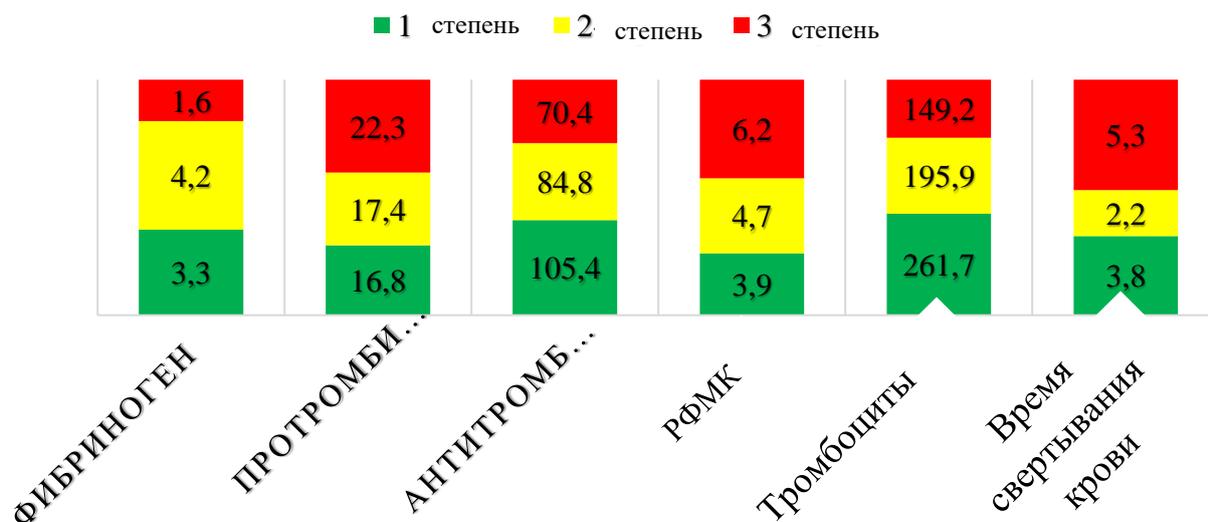


Рис. 9. Динамика показателей гемостаза у пациентов с острой кишечной непроходимостью в процессе прогрессирования синдрома энтеральной недостаточности

В лабораторных исследованиях пациентов с третьей стадией ЭНС выявлены признаки гипокоагуляции.

Средний уровень тромбоцитопении составил $149,2 \pm 29,32 \times 10^9/\text{л}$. Отмечался дефицит фибриногена — его среднее значение снизилось до $1,6 \pm 0,54$ г/л, а продукты его распада, например растворимые фибрин-мономерные комплексы, достигали $6,2 \pm 2,11 \times 10^{-2}$ г/л. Эти изменения сопровождалось увеличением протромбинового времени до среднего уровня $22,3 \pm 3,65$ секунды, а также снижением среднего уровня антитромбина III до критического значения $70,4 \pm 8,74\%$. Одновременно среднее время свертывания крови составило $5,3 \pm 1,06$ минуты.

В исследовании был проведён анализ различных хирургических вмешательств, выполненных у пациентов на разных стадиях заболевания. Рассечение спаек выполнялось в 21,7% случаев, при этом наибольший процент (26,32%) приходился на третью стадию заболевания.

Энтеротомия являлась менее распространённой операцией — она была выполнена у 4,72% пациентов, преимущественно на первой стадии заболевания.

Резекция тонкой кишки, включая формирование различных типов анастомозов, занимала значительную долю оперативных вмешательств. Энтероэнтероанастомоз выполнен в 16,04% случаев, бок-в-бок — в 9,43%, причём наибольшая частота приходилась на вторую стадию заболевания. Энтероколонноанастомоз применялся реже — составлял 2,83% всех операций.

Что касается резекции толстой кишки, гемиколэктомия (правая и левая) выполнялась соответственно в 14,15% и 16,98% случаев. Операции Гартмана и ликвидация колостомы имели заметно высокую частоту, особенно на поздних стадиях заболевания: частота удаления колостомы достигала 52,63%.

Наиболее распространённым вмешательством оказалась интубация кишечника, выполненная у 75,47% пациентов, причём её частота увеличивалась по мере прогрессирования заболевания.

В ходе исследования, посвящённого оценке неблагоприятных исходов в группе сравнения, было установлено, что общий уровень летальности составил 12,7%, что соответствует 7 случаям. Подробный анализ, направленный на изучение видов ОКН, показал, что при странгуляционной форме ОКН уровень смертности достиг 11,6%, что соответствует 5 летальным исходам из 43 зарегистрированных случаев. Среди умерших у двух пациентов (4,6%) была диагностирована II степень ЭНС: один обратился за медицинской помощью через 13–24 часа после начала заболевания, другой — спустя более чем 24 часа.

Установлено, что всего 3 пациента (6,9%) были госпитализированы спустя более 24 часов от начала заболевания; у этих больных была выявлена III степень эндотоксикоза.

Статистический анализ, проведённый среди пациентов со странгуляционной острой кишечной непроходимостью, полностью подтвердил гипотезу о связи между уровнем летальности, продолжительностью течения заболевания до госпитализации и степенью тяжести ЭНС. То есть, чем дольше продолжается заболевание и чем выше степень интоксикации, тем выше риск летального исхода.

При обтурационной ОКН уровень летальности был значительно ниже — 3,2%, что соответствует двум случаям из 63. Два пациента (3,2%) обратились за медицинской помощью спустя более 24 часов после начала заболевания. По результатам клинической оценки у одного из них (1,6%) была выявлена II степень ЭНС, у другого (1,6%) — III степень. Однако из-за ограниченного объёма выборки по обтурационной форме ОКН проведение статистического анализа вероятности летального исхода оказалось невозможным (см. рис. 10).

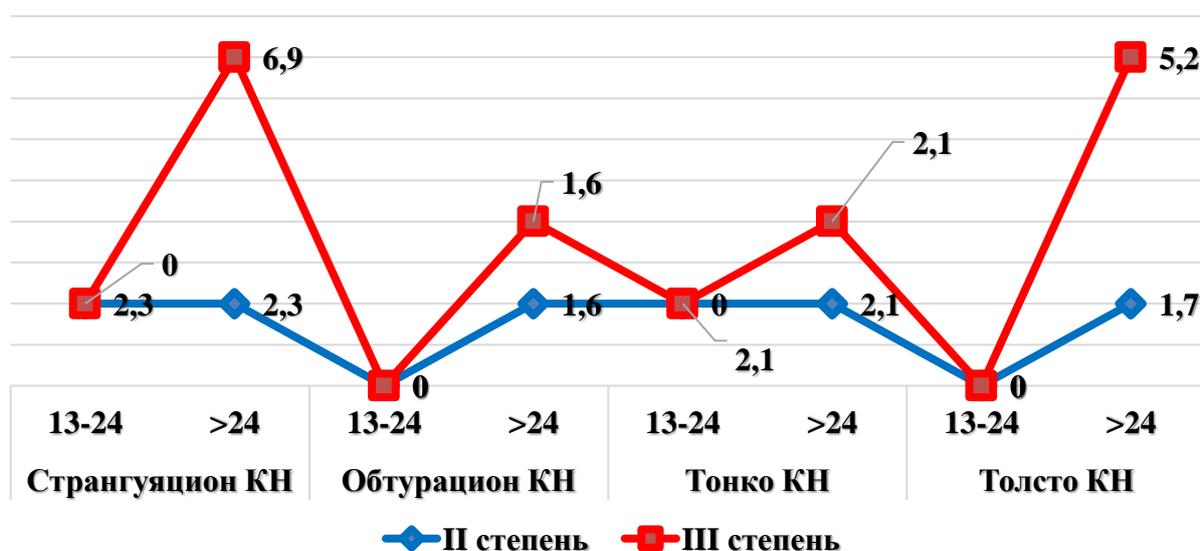


Рис. 10. Частота летальных исходов у пациентов с острой кишечной непроходимостью в зависимости от течения заболевания, %

Согласно результатам проведённого исследования, из 48 пациентов с диагнозом «тонкокишечная непроходимость» умерли 3 человека (6,3%). Эти летальные исходы различались по клиническому течению и времени обращения за медицинской помощью.

Только 2,1% (n=1) случаев смерти были зарегистрированы у пациентов, поступивших в медицинское учреждение в первые 24 часа после начала симптомов (в интервале от 13 до 24 часов). У данного пациента по результатам клинического обследования была подтверждена II степень ЭНС. Эти данные указывают на то, что основная доля летальных исходов связана с более поздним обращением — спустя более 24 часов после появления первых симптомов заболевания. Основная часть случаев смерти (два пациента) была зарегистрирована у больных, госпитализированных позже, чем через 24 часа от начала заболевания.

В четвёртой главе диссертации «**Эффективность периоперационной гепатотропной терапии при острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени**», подробно изложены вопросы комплексного лечения острой кишечной непроходимости у больных с диффузными заболеваниями печени, частота развития синдрома системной воспалительной реакции и результаты хирургического лечения.

В ходе исследования были проанализированы окончательные результаты у пациентов основной и сравнительной групп с учётом продолжительности послеоперационного периода (см. табл. 2).

Таблица 2.

Результаты хирургического лечения острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени и продолжительность пребывания в стационаре

Послеоперационные сутки	Основная группа				Такқослаш гурухи			
	Выздоровели (n=49)		Умерли (n=2)		Выздоровели (n=48)		Умерли (n=7)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
< 7							7	12,7
8-14	42	82,3	2	3,8	28	50,1		
15-21	5	9,8			20	36,36		
> 21	2	3,92						

В основной группе (51 пациент) было зарегистрировано всего 2 летальных исхода, что составило 3,9% от общего числа больных в группе. В группе сравнения (55 пациентов) умерли 7 человек, что соответствует 12,7% от общего количества пациентов в этой группе.

Выявлено, что все 7 случаев смерти в группе сравнения были зарегистрированы исключительно в раннем послеоперационном периоде — с 1-го по 7-й день после операции. Это указывает на то, что применённый метод лечения в группе сравнения не обеспечил достаточной защиты пациентов в наиболее критический послеоперационный период — первую неделю.

В основной группе большинство пациентов — 82,3% (n=42) — выздоровели в этот период. Однако, к сожалению, летальные исходы были зарегистрированы у 3,9% (n=2) пациентов. В группе сравнения показатель выздоровления оказался ниже — лишь немногим более половины пациентов, 50,91% (n=28), были выписаны в этот период, но при этом летальных случаев в эти сроки не зарегистрировано.

В период с 15-го по 21-й день после операции динамика выздоровления в обеих группах различалась, но смертей не зафиксировано. В группе сравнения отмечалось значительное увеличение числа выздоровевших — более одной трети пациентов (36,36%, n=20). В основной группе в этот период выздоровели ещё 9,80% пациентов (n=5).

После 21-го дня в основной группе дополнительно выздоровели 2 пациента (3,92%), а в группе сравнения — ещё 7 пациентов (12,73%). После этого периода летальных исходов в обеих группах не наблюдалось.

В связи с выявленным статистически значимым отличием в длительности лечения у пациентов, получавших препарат «Ривертон» в сочетании с гепатопротекторным средством «Глутатион» 600 мг №10 (4 мл), проведён сравнительный анализ течения послеоперационного периода между данной группой и группой, где эти препараты не применялись.

В ходе исследования анализировались изменения частоты появления признаков SIRS у пациентов основной и сравнительной групп в различные этапы послеоперационного периода. Учитывались пациенты с положительными признаками SIRS (SIRS±) и пациенты без этих признаков (SIRS–).

В первые сутки после операции в основной группе из 51 пациента у 26 (51,0%) наблюдались признаки SIRS, тогда как у 25 (49,0%) они отсутствовали. В группе сравнения из 55 пациентов SIRS± наблюдался у 29 (52,7%), SIRS– — у 25 (45,5%). Различия между группами статистически значимыми не были ($t_{Ст} = -0,172$, $p > 0,05$).

На третьи сутки после операции в основной группе признаки SIRS± сохранялись у 14 (27,5%) пациентов, тогда как 37 (72,5%) были SIRS–. В группе сравнения SIRS± отмечен у 27 (49%) пациентов, SIRS– — у 24 (43,6%). Различия также оказались статистически незначимыми ($t_{Ст} = -0,108$, $p > 0,05$).

К пятому дню после операции в основной группе SIRS± наблюдался у 9 (17,6%) пациентов, а SIRS– — у 42 (82,4%). В группе сравнения SIRS± зарегистрирован у 14 (25,4%), SIRS– — у 34 (61,8%). Различия между группами оставались статистически незначимыми ($t_{Ст} = -0,076$, $p > 0,05$) (см. рис. 11).

К седьмым суткам после операции в основной группе отмечено выраженное улучшение состояния по показателям SIRS. По итогам седьмого дня у пациентов основной группы была зафиксирована отчётливая положительная клиническая динамика: признаки SIRS сохранялись лишь у 3,9% пациентов (n=2). Это свидетельствует о том, что подавляющее большинство больных — 96,1% (n=49) — полностью избавились от проявлений воспалительного синдрома и их состояние стабилизировалось.

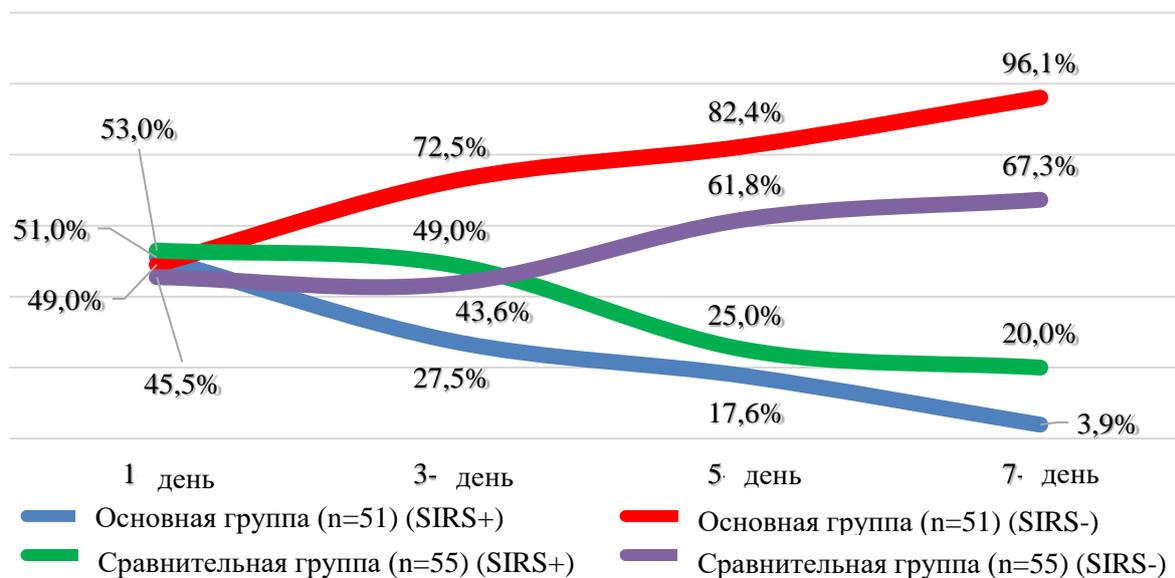


Рис. 11. Частота развития синдрома системной воспалительной реакции в послеоперационном периоде у пациентов с острой кишечной непроходимостью и диффузными заболеваниями печени в зависимости от суток после операции, %

В группе сравнения SIRS± наблюдался у 11 пациентов (20%), SIRS— у 37 пациентов (67,3%). На данном этапе различия стали статистически значимыми ($t_{Ст} = -0,061$, $p < 0,05$).

Согласно данным исследования, в первые сутки после операции средний уровень тромбоцитов в обеих группах был сопоставим: в основной группе он составил $168,3 \pm 2,184 \times 10^9/\text{л}$, в группе сравнения — $173,5 \pm 1,629 \times 10^9/\text{л}$. Различия статистически незначимы ($t = -1,927$, $p > 0,05$).

На третьи сутки после лечения существенных различий в концентрации тромбоцитов между группами также не выявлено; показатели в обеих группах находились на сопоставимом уровне. Средняя концентрация тромбоцитов в основной группе составила $179,6 \pm 1,363 \times 10^9/\text{л}$, а в группе сравнения — $175,4 \pm 2,832 \times 10^9/\text{л}$. Согласно t-критерию Стьюдента ($t = 1,303$, $p > 0,05$), различия признаны статистически незначимыми.

Однако начиная с пятого дня после операции между группами наблюдались выраженные различия по уровню тромбоцитов. Средний уровень тромбоцитов у пациентов основной группы составил $192,7 \pm 2,943 \times 10^9/\text{л}$, тогда как в группе сравнения — $182,3 \pm 1,906 \times 10^9/\text{л}$. Это различие является статистически значимым ($t = 3,01$, $p < 0,05$).

Через одну неделю после операции уровень тромбоцитов в обеих группах соответствовал нормальным значениям.

Полученные результаты показали наличие выраженных различий в динамике количества тромбоцитов в послеоперационном восстановительном периоде между основной и сравнительной группами (см. рис. 12).

Как видно, среднее количество тромбоцитов в основной группе ($221,7 \pm 1,011 \times 10^9/\text{л}$) было значительно выше, чем в группе сравнения ($194,4 \pm 0,275 \times 10^9/\text{л}$). Статистическая достоверность этого различия

подтверждена t-критерием Стьюдента ($t = 26,939$). Уровень значимости $p < 0,05$ доказывает, что полученные различия не являются случайными.

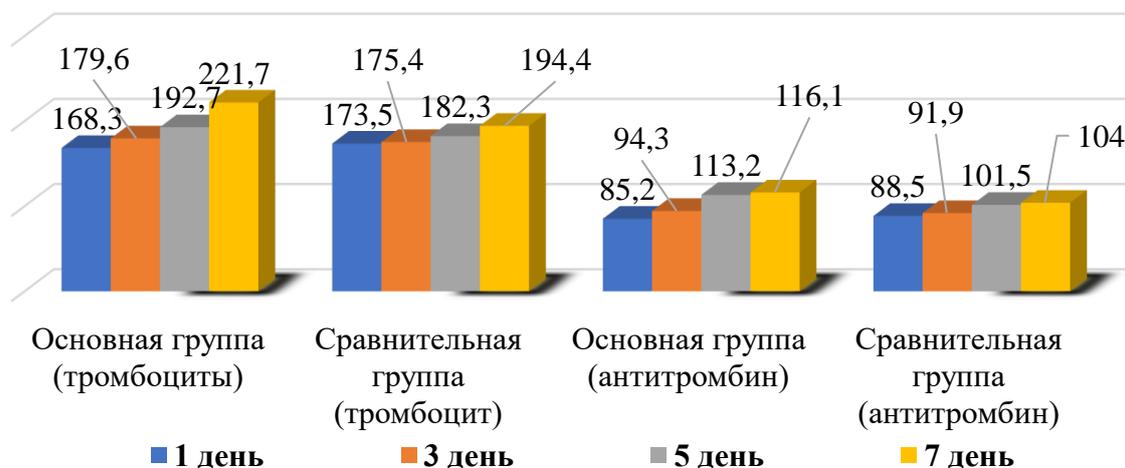


Рис. 12. Изменение показателей коагулограммы у пациентов, перенёвших операцию по поводу острой кишечной непроходимости, в зависимости от метода лечения, %

В исследовании были проанализированы изменения уровня антитромбина III в обеих группах пациентов. На первоначальном этапе — в первые сутки после операции — средняя концентрация антитромбина III у больных основной группы составила $85,2 \pm 1,183\%$, тогда как в группе сравнения этот показатель был значительно выше — $88,5 \pm 0,964\%$. Различие подтвердилось статистически ($t = -2,176$, $p < 0,05$).

Согласно полученным результатам, средний уровень АТ III в основной группе ($94,3 \pm 1,006\%$) был значительно выше, чем в группе сравнения ($91,9 \pm 0,197\%$). Это различие статистически значимо ($t = 2,427$, $p < 0,05$). Значение p ниже $0,05$ подтверждает, что разница не случайна.

На пятый день исследования различия в гемостатическом статусе между группами стали выраженными. После применения препарата «Ривертон» в комплексе с «Глутионом» (600 мг №10, ампула 4 мл) уровень антитромбина III у пациентов основной группы повысился до $113,2 \pm 0,804\%$. В группе сравнения этот показатель составил лишь $101,5 \pm 1,628\%$, что указывает на значительное отставание ($t = 6,287$, $p < 0,05$).

Через семь дней от начала лечения уровень антитромбина III в обеих группах вернулся к нормальным значениям. Однако в основной группе ($116,1 \pm 1,931\%$) он оставался значительно выше, чем в группе сравнения ($104,0 \pm 2,946\%$) ($t = 3,378$, $p < 0,05$). Эти результаты статистически подтверждают, что комплекс «Ривертон» + «Глутион» обеспечивает более быстрое и стабильное восстановление функции антикоагулянтной системы.

В биохимических исследованиях пациентов с ЭНС была изучена связь между нормальным соотношением печёночных ферментов АЛТ и АСТ и степенью тяжести ЭНС.

ЭНС I степени была зарегистрирована у 33 пациентов (82,5% общего числа больных). Это указывает на то, что при лёгкой степени ЭНС

ферментативная активность печени в большинстве случаев остаётся сохранной. ЭНС II степени наблюдалась у 10 пациентов (17,9%). По мере утяжеления ЭНС сохранение нормального соотношения АЛТ/АСТ свидетельствует о том, что детоксикационная функция печени вначале ещё компенсирована.

ЭНС III степени: в наиболее тяжёлой стадии лишь у 2 пациентов (6,3%) сохранялось нормальное соотношение АЛТ и АСТ.

Одностороннее повышение АЛТ, отражающее прогрессирующее поражение печени, увеличивалось пропорционально тяжести ЭНС. Этот показатель был выявлен лишь у 9,4% (n = 3) больных с ЭНС I степени, но уже у 60% (n = 30) пациентов с ЭНС II степени. Наиболее важно, что у трёх четвертей пациентов с ЭНС III степени — 75% (n = 18) — было зарегистрировано повышение АЛТ как показатель повреждения печёночной ткани.

Резкое повышение индекса де Ритиса (>1,7), обладающее прогностическим значением, было выявлено при различных степенях ЭНС со следующей частотой: при лёгкой ЭНС (I степень) оно наблюдалось у 4 пациентов, что составляет 12,5% данной подгруппы; повышение индекса де Ритиса — одного из ключевых показателей печёночной дисфункции — было зарегистрировано у четверти пациентов (24%, n=12) с ЭНС средней тяжести (II степень). Высокие значения индекса отмечались и при тяжёлой ЭНС (III степень), хотя и с меньшей частотой: у 16,7% пациентов (n=4) данной категории было выявлено это патологическое изменение.

У большинства пациентов с наиболее лёгкой степенью печёночной дисфункции (MELD ≤10 баллов) — 84,4% (n=27) — была диагностирована ЭНС I степени (см. рис. 13).

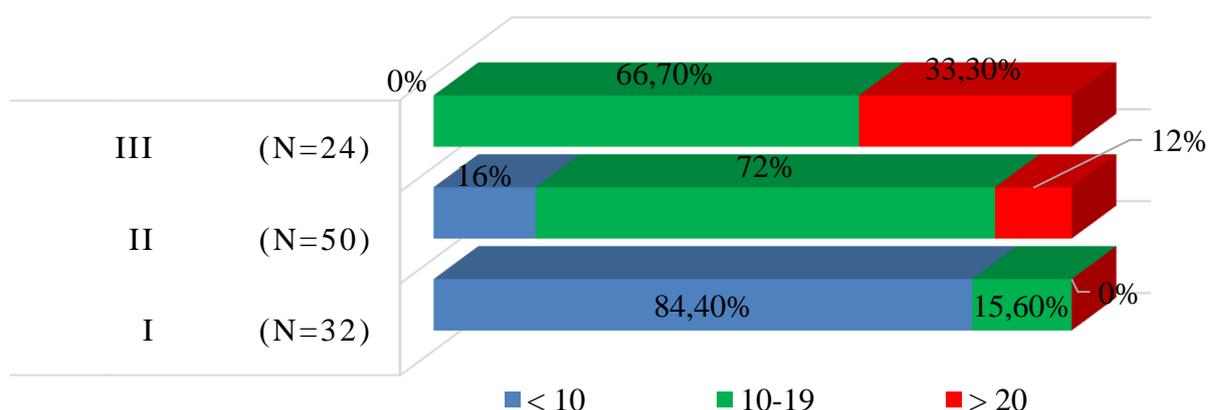


Рис. 13. Распределение пациентов по показателям шкалы MELD и степени тяжести ЭНС, %

Это указывает на то, что даже при отсутствии значимых нарушений функции печени может развиваться лёгкая форма ЭНС. В то же время умеренные нарушения детоксикационных систем печени наблюдались лишь у 16% пациентов (n=8) с ЭНС II степени, тогда как среди пациентов с наиболее

тяжёлой степени ЭНС (III степень) столь низкие показатели MELD не встречались вовсе.

Большинство пациентов — более половины (53,8%, n=57) — имели печёночную недостаточность средней степени тяжести по шкале MELD (10–19 баллов). В этой группе преобладали случаи ЭНС средней степени (II степень) — у 72% (n=36) пациентов, а также случаи тяжёлой ЭНС (III степень) — у 66,7% (n=16).

Наиболее тяжёлая форма печёночной недостаточности (MELD \geq 20 баллов) была выявлена у 13,2% больных (n=14). Важно отметить, что треть пациентов из этой самой тяжёлой категории — 33,3% (n=8) — имели ЭНС III степени.

ЭНС I степени — самая лёгкая форма синдрома — была зарегистрирована у 31,4% пациентов основной группы (n=16) и у 31,5% участников группы сравнения (n=17).

ЭНС II степени охватила почти половину пациентов основной группы (45,1%, n=23). В группе сравнения этот показатель оказался немного выше — 48,1% (n=26). Эти данные подтверждают исходную сопоставимость (гомогенность) двух групп по тяжести ЭНС.

Кроме того, ЭНС III степени (тяжёлая форма) была выявлена у 23,5% пациентов основной группы (n=12) и у 20,4% больных группы сравнения (n=11).

К 7 суткам число пациентов, перешедших в наиболее лёгкую (I) степень ЭНС, резко увеличилось в основной группе и составило более трёх четвертей — 76,5% (n=39). В группе сравнения этот показатель был значительно ниже и составлял лишь 50,0% (n=24).

Одновременно случаи ЭНС средней тяжести (II степень) в основной группе снизились до 23,5% (n=12), тогда как в группе сравнения — сохранялись на более высоком уровне — 41,7% (n=20).

Наиболее важно, что в основной группе не осталось ни одного пациента с тяжёлой ЭНС (III степень), тогда как в группе сравнения у 8,3% больных (n=4) тяжёлая ЭНС сохранялась.

Применённый новый терапевтический подход обеспечил у подавляющего большинства пациентов основной группы — 96,1% (n=49) — благоприятный клинический прогноз. Это означает значительное улучшение показателей MELD, соответствующих лёгкой степени печёночной недостаточности.

Доля пациентов с умеренно неблагоприятным прогнозом (10–19 баллов по шкале MELD) была минимальной — всего 3,9% (n=2).

Наиболее важно, что в основной группе не было зарегистрировано ни одного пациента с резко неблагоприятным прогнозом по MELD (MELD \geq 20 баллов), соответствующим тяжёлой и угрожающей жизни печёночной недостаточности.

Результаты контрольной группы, получавшей традиционное лечение, значительно отличались от показателей основной группы. В отличие от высокой эффективности в основной группе, в контрольной группе лишь две

трети пациентов — 62,5% (n=30) — имели благоприятный печёночный прогноз. Этот показатель оставался значительно более низким.

Кроме того, у более чем трети пациентов группы сравнения — 35,4% (n=17) — отмечался умеренно неблагоприятный прогноз.

Наиболее тревожно то, что у 2,1% больных группы сравнения (один случай) были выявлены признаки резко неблагоприятного прогноза печёночной недостаточности (MELD \geq 20 баллов), что не наблюдалось в основной группе.

Статистический анализ показал, что в первые трое суток лечения различия между группами не были статистически значимыми (t-критерий Стьюдента $> 0,05$), однако на пятые и седьмые сутки выявлены статистически значимые различия ($t = -3,751$ и $-5,882$ соответственно, $p < 0,05$), что отражает изменения в степени тяжести ЭНС между двумя группами.

В первые дни лечения пациенты обеих групп были распределены по степеням ЭНС примерно одинаково; к третьим суткам в основной группе наблюдалось выраженное снижение числа пациентов с ЭНС III степени, а к пятым суткам в обеих группах показатели ЭНС I и II степени практически сравнялись.

К 7 суткам в основной группе отчётливо доминировала лёгкая степень ЭНС (I степень), что демонстрирует превосходство терапии по эффективности снижения тяжести ЭНС по сравнению с группой сравнения. В основной группе показатели, отражающие динамику гепаторенального синдрома, пересекались в интервале между 1 и 3 сутками, что указывает на весьма быстрое и значительное улучшение состояния пациентов.

В противоположность этому в группе сравнения графики благоприятного и неблагоприятного прогноза не пересекались и сближались только на 5-е сутки, в то время как в основной группе наблюдалось более активное восстановление. В этой группе тяжёлая форма печёночной дисфункции была полностью устранена к пятому дню, тогда как в группе сравнения сохранялись два случая тяжёлой дисфункции.

Разница в количестве послеоперационных осложнений между группами оказалась поразительно большой: в основной группе осложнения зарегистрированы лишь у 7,84% пациентов (менее 8 человек на каждые 100 больных), тогда как в группе сравнения этот показатель составил 50,90% (у каждого второго пациента). Эти цифры наглядно демонстрируют, насколько различаются результаты применённых лечебных стратегий (см. рис. 14).

В основной группе, включающей 51 пациента, осложнения встречались крайне редко — менее чем у 8% (всего 4 случая), что является очень низким и благоприятным показателем. В противоположность этому, в группе сравнения (55 пациентов) ситуация была значительно хуже: более половины больных — 50,9% (28 человек) — столкнулись с послеоперационными осложнениями.

В основной группе риск раневой инфекции был почти в 16 раз ниже (1,96% против 29,09%), а риск развития пневмонии — почти в два раза ниже (3,63% против 7,27%).

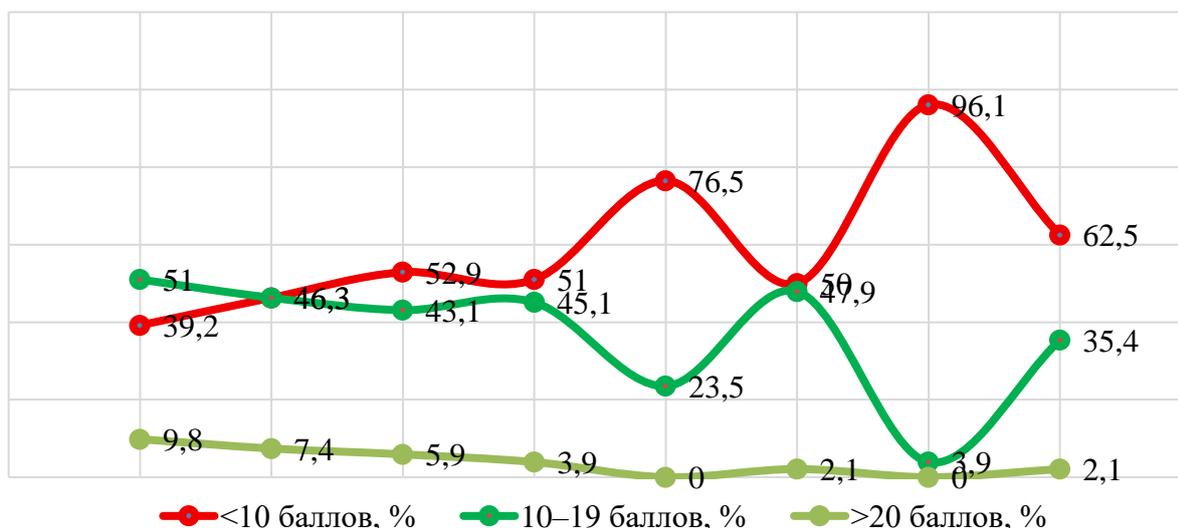


Рис. 14. Динамика устранения энтеральной недостаточности у пациентов с острым кишечным непроходимостью на фоне диффузных заболеваний печени в зависимости от применения гепатотропной терапии в комплексном лечении

Отмечено, что благоприятные результаты основной группы связаны с применением комбинированной терапии, включающей 400 мл сбалансированного раствора, гепатопротектор «Ривертон» и антиоксидант «Глутатион» (ампулы по 600 мг).

Таким образом, проведённое исследование убедительно показало, что гепатопротективная терапия существенно улучшает результаты лечения за счёт снижения частоты осложнений, абдоминальных и раневых инфекций, пневмонии и летальности. Следовательно, рекомендуемая предоперационная гепатотропная терапия должна быть включена в алгоритмы и протоколы комплексного предоперационного ведения пациентов с острым кишечным непроходимостью на фоне диффузных заболеваний печени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Степень развития синдрома энтеральной недостаточности при острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени напрямую зависит от продолжительности доклинического периода заболевания. Более высокие степени тяжести (II–III ст.) выявлены у 65,1% больных, что приводит к неблагоприятному исходу и является причиной летальности, достигающей 12,7%.

2. У 37,7% пациентов с диффузными заболеваниями печени при острой кишечной непроходимости развивается выраженная печёночная дисфункция, обусловленная повреждением гепатоцитов на фоне нарастающей энтеральной недостаточности. Это проявляется снижением уровня фибриногена и антитромбина в крови.

3. У пациентов с диффузными заболеваниями печени при острой кишечной непроходимости характер изменений гемостаза и интоксикации

зависит от степени энтеральной недостаточности: при I степени показатели системы гемостаза остаются в пределах нормы, однако вследствие бактериальной транслокации развивается умеренная эндотоксемия и фиксируются признаки системного воспалительного ответа; при II степени наблюдается формирование синдрома системной воспалительной реакции (SIRS) и гиперкоагуляция; при III степени отмечаются выраженные нарушения коагуляции по типу гипокоагуляции и нарастающая токсинемия.

4. Включение базисной фармакотерапии и гепатопротекторной коррекции в состав комплексного алгоритма лечения острой кишечной непроходимости у пациентов с диффузными заболеваниями печени приводит к снижению частоты послеоперационных осложнений с 50,93% до 7,84%, а летальности — с 12,72% до 7,8%.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.06/2025.27.12.Tib.05.03 ON AWARDING
ACADEMIC DEGREES AT THE BUKHARA STATE MEDICAL
INSTITUTE**

BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE

MAKHMANAZAROV ORIFJON MIRZONAZAR UGLI

**IMPROVING THE RESULTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF
ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION COMBINED WITH CHRONIC
DIFFUSE LIVER DISEASES OPTIMIZATION**

14.00.27 – Surgery

ABSTRACT

doctor of philosophy (PhD) dissertations in medical sciences

Bukhara – 2026

The topic of the dissertation for the degree of Doctor of Philosophy (PhD) in Medical Sciences has been registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan for No. B2023.2.PhD/Tib3629

The dissertation is carried out at the Bukhara State Medical Institute.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the Scientific Council web page (www.bsmi.uz) and on the Information and Educational Portal "ZiyoNet" (www.ziyo.net).

Scientific supervisor:

Urokov Shukhrat Tukhtaevich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Official opponents:

Khamdamov Bakhtiyor Zarifovich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Kurbaniyazov Zafar Babajonovich
Doctor of Medical Sciences, Professor

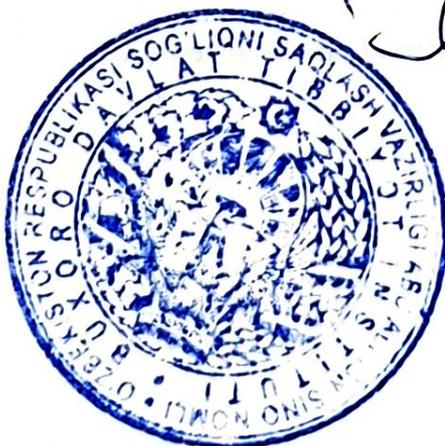
Leading organisation:

Tashkent State Medical University

The defense of the dissertation will take place on "17" March 2026 at 14⁰⁰ o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.06/2025.27.12.Tib.05.03 at the Bukhara State Medical Institute (Address: 200100, Bukhara, Gijduvon Street No. 23, Tel./Fax: (+998) 65 223-00-50; Tel.: (+998) 65 223-17-53; e-mail: buhmi@mail.ru)

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Bukhara State Medical Institute (Registration number № 11) (200118, Uzbekistan, Bukhara, Gijduvan str. 23; Phone: (+99865) 223-00-50;

The dissertation abstract was sent out on "10" March 2026
(register of mailing protocol No. 11 dated "10" March 2026).



[Handwritten signature]

M.M. Abdurakhmanov

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

[Handwritten signature]

N.N. Kazakova

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences (DSc), Associate Professor

[Handwritten signature]

B.Z. Khamdamov

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

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

The aim of the study to perfect the treatment measures for acute intestinal obstruction (AIO) when combined with chronic diffuse liver diseases (CDLD).

The object of the study was 106 patients with acute intestinal obstruction combined with chronic diffuse liver diseases.

The scientific novelty of the research is as follows:

for the first time, a relationship has been established between the clinical features of acute intestinal obstruction in patients with diffuse liver diseases, the duration of the prehospital period, and the development of enteral insufficiency syndrome;

for the first time, the effectiveness of comprehensive pharmacotherapy applied in the preoperative period for the treatment of acute intestinal obstruction in patients with diffuse liver diseases has been substantiated based on clinical and laboratory findings;

for the first time, the importance of assessing changes in the hemostatic system in patients with acute intestinal obstruction depending on the severity of enteral insufficiency has been demonstrated;

for the first time, the possibility and effectiveness of improving the outcomes of surgical treatment of acute intestinal obstruction in patients with diffuse liver diseases have been proven through the inclusion of an algorithm for the timely administration of hepatotropic therapy into the treatment complex.

Implementation of the research results. According to Conclusion 30/09 of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated 2 December, 2025, regarding the implementation of scientific research results into practice:

first scientific novelty: for the first time, a relationship has been established between the clinical features of acute intestinal obstruction in patients with diffuse liver diseases, the duration of the prehospital period, and the development of enteral insufficiency syndrome. *Implementation into practice:* The scientific results obtained were introduced into practice at the Bukhara Regional Branch of the Republican Scientific Center of Emergency Medical Aid (RSCEMA) (MoH RUz No. 8n-z/356, October 10, 2024) and the Khorezm Regional Branch of RSCEMA (MoH RUz No. 8n-z/356, October 22, 2024). *Social impact of the scientific novelty:* AIO and CDLD are severe diseases with high mortality rates. Understanding the specific features of the etiology, pathogenesis, and clinical course through this novelty helps significantly reduce complication rates and patient mortality. *Economic impact of the scientific novelty:* optimized treatment based on the established pathogenesis and clinical features shortens the hospital stay, leading to savings of 987,600 Sum per patient, totaling 104,685,600 Sum from the budget, by reducing bed-days for 106 patients. *Conclusion:* This scientific novelty reduced the need for specialized attention to study the influence of the pre-hospital period on EIS development by thoroughly investigating the etiology, pathogenesis, and clinical features of AIO in CDLD patients.

second scientific novelty: for the first time, the effectiveness of comprehensive pharmacotherapy applied in the preoperative period for the treatment of acute intestinal obstruction in patients with diffuse liver diseases has been substantiated based on clinical and laboratory findings. *Implementation into practice:* The scientific results obtained were introduced into practice at the Bukhara Regional Branch of RSCEMA (MoH RUz No. 8n-z/356, October 10, 2024) and the Khorezm Regional Branch of RSCEMA (MoH RUz No. 8n-z/356, October 22, 2024). *Social impact of the scientific novelty:* by improving complex pharmacotherapy in the preoperative period, this scientific novelty helps drastically reduce patient mortality and prevent complications. *Economic impact of the scientific novelty:* the reduction in complication rates and rapid improvement in patient condition allows for more efficient use of healthcare facility resources, leading to savings of 1,165,000 Sum per patient, totaling 123,490,000 Sum from the budget for 106 patients. *Conclusion:* It showed that the main aspect of complex preoperative pharmacotherapy should be focused on liver protection and preventing EIS, specifically by considering this established link.

third scientific novelty: for the first time, the importance of assessing changes in the hemostatic system in patients with acute intestinal obstruction depending on the severity of enteral insufficiency has been demonstrated. *Implementation into practice:* The scientific results obtained were introduced into practice at the Bukhara Regional Branch of RSCEMA (MoH RUz No. 8n-z/356, October 10, 2024) and the Khorezm Regional Branch of RSCEMA (MoH RUz No. 8n-z/356, October 22, 2024). *Social impact of the scientific novelty:* severe complications resulting from hemostasis disorders (e.g., pulmonary artery thromboembolism) can lead to patient disability or death. This new recommendation is crucial in preventing disabling consequences. *Economic impact of the scientific novelty:* timely application of only necessary medications and procedures for hemostasis management based on the EIS degree allows for savings of 745,900 Sum per patient, totaling 79,065,400 Sum from the budget for 106 patients. *Conclusion:* This scientific novelty allows for adapting surgical tactics and anticoagulant therapy to the patient's actual physiological state. As a result, thrombotic and hemorrhagic complications are prevented, and the safety and efficacy of treatment are enhanced.

fourth scientific novelty: for the first time, the possibility and effectiveness of improving the outcomes of surgical treatment of acute intestinal obstruction in patients with diffuse liver diseases have been proven through the inclusion of an algorithm for the timely administration of hepatotropic therapy into the treatment complex. *Implementation into practice:* The scientific results obtained were introduced into practice at the Bukhara Regional Branch of RSCEMA (MoH RUz No. 8n-z/356, October 10, 2024) and the Khorezm Regional Branch of RSCEMA (MoH RUz No. 8n-z/356, October 22, 2024). *Social impact of the scientific novelty:* the algorithm for timely inclusion of hepatotropic therapy into the treatment complex helps reduce postoperative mortality rates and improves the quality of life. *Economic impact of the scientific novelty:* the reduction in the number of complications (e.g., liver or kidney failure) and the sharp decrease in the need for expensive resuscitation, prolonged intensive care, and additional medication for their treatment lead to

savings of 870,500 Sum per patient, totaling 92,273,000 Sum from the budget for 106 patients. *Conclusion:* The results of this scientific novelty are aimed at correcting and preventing liver dysfunction, serving to reduce complication and mortality rates and increase the economic efficiency of treatment.

The structure and scope of the dissertation. The dissertation work consists of an Introduction, four chapters, a conclusion, findings and a list of references used. The volume of the dissertation is 131 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I қисм (I часть; part I)

1. Уроков Ш.Т., Махманазаров О.М., Саидов И.К. Современные исследования по диагностике и лечению острооголецистита и диффузных заболеваний печени // Новый день в медицине. - Бухара, 2023. - № 12 (62). – С. 83-86. (14.00.00; № 22)

2. Urakov Sh.T., Makhmanazarov O.M., Khayitov D.Kh., Kayimov M.T. Hepatotropic correction in the complex treatment of acute intestinal obstruction in patients with diffuse liver diseases // Eur. Chem. Bull. - 2023. - № 12 (4). – P. 1580-1588 (Scopus)

3. Уроков Ш.Т., Махманазаров О.М. Методы диагностики острой кишечной непроходимости при хронических диффузных заболеваниях печени // Новый день в медицине. - Бухара, 2023. - № 11 (61). – С. 423-427. (14.00.00; № 22)

4. Уроков Ш.Т., Махманазаров О.М. Факторы риска и осложнения при операциях на органах брюшной полости у больных циррозом печени // Новый день в медицине. - Бухара, 2022. - № 12 (50). – С. 443-448. (14.00.00; № 22)

5. Махманазаров О.М. Патогенетическое обоснование эффективности периоперационной гепатотропной терапии при острой кишечной непроходимости на фоне диффузных заболеваний печени // Научная и инновационная терапия. – Бухара, 2025. - №6. – С. 3-18. (ОАК Раёсатининг 2025 йил 6 майдаги 01-07/748/12-сон қарори)

6. Махманазаров О.М. Эффективность гепатотропной терапии в комплексном лечении пациентов с острой кишечной непроходимостью и диффузными заболеваниями печени // Journal of modern medicine. – Бухара, 2025. - №4 (11). – С. 878-883. (ОАК Раёсатининг 2024 йил 7 июньдаги 355/6-сон қарори)

7. Makhmanazarov O.M. The influence of chronic diffuse liver diseases on the course and outcome of acute intestinal obstruction (literature review) // Central Asian Journal of medicine. – Tashkent, 2025. - №11 (1). – P. 253-258. (ОАК Раёсатининг 2024 йил 7 июньдаги 355/6-сон қарори)

8. Makhmanazarov O.M. Optimization of diagnosis and treatment of acute intestinal obstruction in patients with diffuse liver diseases // American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2025. - №15 (12). - P. 4232-4237. (14.00.00; № 2)

9. Махманазаров О.М. Клинико-патогенетические факторы развития энтеральной недостаточности при острой кишечной непроходимости на фоне диффузных заболеваний печени // Вестник фундаментальной и коинической медицины. – Бухара, 2025. - №6 (20). – С. 469-474. (ОАК Раёсатининг 2025 йил 8 майдаги 370/6-сон қарори)

II қисм (II часть; part II)

10. Махманазаров О.М., Хасанов А.Н., Хусенов М.У., Аббосов А.С. Ценность лапароскопии в диагностике и лечении экстренных заболеваний органов брюшной полости // «Современные аспекты инноваций в радиологии. настоящее и будущее». Международная научно-практическая конференция. Бухара. – 2 мая, 2023.- С. 79-81

11. Махманазаров О.М., Уроков Ш.Т. Роль гепатопротекторной терапии в комплексном лечении острой кишечной непроходимости у больных с диффузными заболеваниями печени // «Келажак сари янги Ўзбекистон: илм-фан, технология ва таълим». Илмий амалий онлайн конференция. Тошкент. 2026.- С. 68-70

12. Махманазаров О.М., Уроков Ш.Т. Жигарнинг диффуз касалликлари бўлган беморларда ўткир ичак тутилиши даволашида гепатопротектор терапиянинг таъсири // «Таълимда рақамли технологияларни тадбиқ этишнинг замонавий тенденциялари ва ривожланиш омиллари». Илмий амалий онлайн конференция. Тошкент. 2026. -161-162 б

13. Makhmanazarov O.M. Modern views on the diagnosis and treatment of patients with diffuse liver diseases accompanied by abdominal surgery // Innovative developments and research in education. International scientific-online conference - Canada. - 2023. - P. 272-276.

14. Makhmanazarov O.M. Hepatoprotective therapy in the complex treatment of acute intestinal obstruction in patients with diffuse liver diseases // Innovative developments and research in education. International scientific-online conference - Canada. - 2025. - P. 117-119.

15. Makhmanazarov O.M. Optimizing perioperative management of acute intestinal obstruction in patients with diffuse liver diseases through epatoprotective therapy // International Conference on Modern Science and Scientific Studies – Madrid, Spain. - 2025. - P. 1-3.

16. Махманазаров О.М. Сурункали диффуз жигар касалликларида ўткир ичак тутилишини ташхислаш усуллари // Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлиги. № DGU 31562, 2023 йил.

17. Махманазаров О.М. Сурункали диффуз жигар касалликларида ўткир ичак тутилиши муаммосининг ҳозирги ҳолати // Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлиги. № DGU 37756, 2024 йил.

18. Уроков Ш.Т., Махманазаров О.М. Хирургическая тактика при острой кишечной непроходимости у больных диффузными заболеваниями печени // Методическая рекомендация. - Бухара, 2024. – 28 С.

19. Уроков Ш.Т., Махманазаров О.М. Способ профилактики послеоперационных осложнений при острой кишечной непроходимости у больных диффузными заболеваниями печени // Методическая рекомендация. - Бухара, 2024. – 28 С.

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

Bosishga ruxsat etildi: 25.02.2026 yil. Bichimi 60x84 1/16 , «Times New Roman» garniturada raqamli bosma usulida bosildi. Shartli bosma tabog‘i 4,0.
Adadi: 100 nusxa. Buyurtma №107.

Guvohnoma AI №178. 08.12.2010.
“Sadriddin Salim Buxoriy” MCHJ bosmaxonasida chop etildi.
Buxoro shahri, M.Iqbol ko‘chasi, 11-uy. Tel.: 65 221-26-45

