

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.
2019.Tib.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

РАХИМОВ РАСУЛБЕК ИБРОХИМОВИЧ

**ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА
ГАСТРОДУОДЕНАЛ ҚОН КЕТИШЛАРНИ ЖАРРОХЛИК УСУЛИ
БИЛАН ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.40 – Шошилинч тиббиёт

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАН ДОКТОРИ (DSc)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2021

Докторлик (DSc) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата докторской (DSc) диссертации

Contents of the abstract of doctoral (DSc) dissertation

Рахимов Расулбек Иброхимович

Юрак ишемик касаллиги бор беморларда гастродуоденал қон кетишларни жаррохлик усули билан даволаш тактикасини такомиллаштириш..... 3

Рахимов Расулбек Иброхимович

Совершенствование тактики хирургического лечения гастродуоденальных кровотечений у пациентов с ишемической болезнью сердца..... 27

Rakhimov Rasulbek Ibrokhimovich

Improving the diagnosis and tactics of surgical treatment of gastroduodenal bleeding in patients with coronary heart disease..... 49

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works
..... 53

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.
2019.Tib.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

РАХИМОВ РАСУЛБЕК ИБРОХИМОВИЧ

**ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА
ГАСТРОДУОДЕНАЛ ҚОН КЕТИШЛАРНИ ЖАРРОХЛИК УСУЛИ
БИЛАН ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.40 – Шошилинч тиббиёт

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАН ДОКТОРИ (DSc)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2021

Фан доктори диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2019.2.DSc/Tib384 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказида бажарилган.
Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифаси (www.emerg-centre.uz) ҳамда «Ziyonet» ахборот-таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий маслаҳатчи:	Хаджибаев Абдухаким Муминович Тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оппонентлар:	Акилов Хабибулла Атауллаевич Тиббиёт фанлари доктори, профессор Лигай Руслан Ефимович Тиббиёт фанлари доктори Муллабаева Гузал Учқуновна Тиббиёт фанлари доктори
Етакчи ташкилот:	Иркутск хирургия ва травматология илмий маркази (Россия Федерацияси)

Диссертация ҳимояси Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 рақамли илмий кенгашнинг 2021 йил «11» май соат 14.00 даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100081 Тошкент, Чилонзор тумани, Кичик халқа йўли кўчаси 2-уй. Тел/факс: (+99878) 150-46-00, e-mail: uzmedicine@mail.ru)

Диссертация билан Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100081, Тошкент ш., Чилонзор тумани, Кичик халқа йўли кўчаси, 2. Тел.: (+99878) 150-46-00, факс: (+99878) 150-46-05.

Диссертация автореферати 2021 йил «20» апрел кунин тарқатилди
(2021 йил «20» апрел даги 02 рақамли реестр баённомаси)



Д.А.Алимов
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори

Х.Э.Ливаров
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанларида фалсафа доктори (PhD)

Б.К.Алтиев
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори

КИРИШ (докторлик (DSc) диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда сўнгги йилларда замонавий ташхислаш технологияларини жорий этилиши, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраларига қарши янги дори воситаларини қўлланилиши сабабли ярадан қон кетишидаги ўлимни ўртача 10% гача пасайтиришга эришилди. Кўп сонли тадқиқотларнинг натижаларида йўлдош касалликларга эга бўлган катта ёшли беморлар гуруҳида «...консерватив даволашда ҳам, жарроҳлик усули билан даволашда ҳам ўлим ҳолати ортади ...»¹. Йўлдош патологиялари негизида ярали гастродуоденал қон кетишлари (ЯГДҚК) айниқса оғир кечиши, замонавий ҳолатда турғун бўлмаган стенокардияни, STни кўтарилиши ёки кўтарилмаслиги билан юзага келадиган ўткир коронар синдром (ЎКС), шунингдек, ўткир миокард инфарктини қамраб олган коронар етишмаслик билан кузатилувчи касалликлар муҳим ўринни эгаллайди. Умуман олганда юракни ишемик касаллиги (ЮИК) ва ярадан қон кетишлар алоҳида ҳолда умумий касалланиш ва ўлим тузилмасида биринчи ўринни эгаллайди. Мазкур нозологияларни бирга ривожланишида эса уларни бир-бирини оғирлаштирувчи таъсири кузатилади, бу эса юқори даражадаги ўлим билан боғлиқ бўлади ва 37% дан 70%гача ўзгаради. Афсуски, анъанавий тактика «...ёки қайталанишларнинг юқорлиги билан кузатиладиган ярали қон кетишни даволашдаги ортикча консерватизм билан, ёхуд коронар асоратларни ортишига олиб келувчи ярали гемостазнинг ҳаддан ташқари юқори бўлган жарроҳлик фаоллиги ...»² ни кўзда тутди. Юқорида келтирилган маълумотларга асосланиб, ҳозирги вақтда юрак ишемик касаллиги негизида ярали гастродуоденал қон кетишларни даволаш муаммоси бўйича келгусида тадқиқотлар олиб бориш учун қатъий зарурият мавжудлиги кўрсатади.

Жаҳонда юрак ишемик касаллигида гастродуоденал қон кетишларда ташхислаш ва даволаш тактикасини такомиллаштиришга қаратилган илмий-тадқиқотларга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада юрак ишемик касалликларида гастродуоденал ярали қон кетишларни клиник ва демографик хусусиятларини, юрак ишемик касалликларида гастродуоденал ярали қон кетишлар негизида миокарднинг функционал ҳолатини, юрак ишемик касалликларида гастродуоденал ярали қон кетишларда қон кетиш асоратлари ва ўткир коронар эксцесслар даражасини, касалликни турли даволаш тактикаларни қўллашдан кейин опрециядан кейинги ва умумий асоратларини, юрак ишемик касалликлари негизида гастродуоденал ярали қон кетишлар қайд қилинган беморларда интенсив даволаш тартибини такомиллаштириш ва унинг самарадорлигини ҳамда юрак ишемик касалликлари негизида гастродуоденал ярали қон кетишларни эндоскопик усулда тўхтатиш усуллари самарадорлигини клиник ва морфологик тадқиқотлар

¹Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Маев И.В. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2016. – Т. 26, №6. – С. 40-54.

²Искаков Б.С., Уменова Г.Ж., Шепшелевич Ю.В. Алгоритм диагностики гастродуоденальной патологии у больных ИБС // Вестн. Казахского нац. мед. ун-та. – 2017. – №1. – С. 149-153.

натижаларини солиштирма тахлили килишни клиник кузатиш ва эндоскопик гемостазни ишончли ва хавфсиз усулини ишлаб чиқиш ва амалиётга тадбиқ қилиш чора-тадбирлар комплексини ишлаб чиқишга қаратилган даволаш тизимини яратиш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш, жумладан, турли хирургик касалликларни ташхислаш, даволаш ва олдини олиш сифатини оширишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. 2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...ихтисослаштирилган тиббий хизмат кўрсатиш қулайлиги ҳамда сифатини ошириш, тез ва шошилиш тиббий ёрдам тизимини янада ислоҳ қилиш, ногиронликнинг олдини олиш...»³ каби вазифалари юклатилган. Шундан келиб чиққан ҳолда юрак ишемик касаллигида гастродуоденал қон кетишларда ташхислаш ва даволаш тактикасини такомиллаштиришга қаратилган йўналишдаги илмий тадқиқотларни амалга ошириш мақсадга мувофиқдир.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида», 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилиш тиббий ёрдам фаолияти тизимини ташкил этиш ва моддий-техник базани келгусида мустаҳкамлаш бўйича чора-тадбирлар тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида бажарилган.

Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий тадқиқотлар шарҳи⁴. Юрак ишемик касаллигида гастродуоденал қон кетишларда ташхислаш ва даволаш тактикасини такомиллаштиришга қаратилган илмий тадқиқот ишлар йўналтирилган илмий изланишлар жаҳоннинг қатор илмий марказлари ва олий таълим муассасаларида, жумладан: University of Washington, University

³Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947 сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

⁴Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи www.uottawa.ca; www.med.miami.edu; web.unipv.it; www.duke.edu; www.univ-angers.fr/fr/index.html; <https://www.mcmaster.ca>; www.sklifos.ru; ifnmu.edu.ua; www.english.us.edu.pl; www.keio.ac.jp; www.atauni.edu.tr; www.lewishamandgreenwich.nhs.uk; www.uksh.de; www.utoronto.ca; www.fudan.edu.cn; www.ucalgary.ca; www.univ-nantes.fr; www.ufsc.br; www.uq.edu.au; www.fimmu.com; www.en.csu.edu.cn; www.cu.edu.eg; www.gu.se; www.ku.dk; www.ifnmu.com; www.gu.se; www.helsinki.fi; www.ku.dk сайтлар асосида ишлаб чиқилган.

of Miami Miller, University of Kansas, University of Duke (AQSH); University Hospital Lewisham, University of Leeds (Англия); University of Gothenburg (Швеция); University of Copenhagen (Дания); University of Pavia (Италия); Universität Würzburg, University Hospital Schleswig-Holstein (Германия); Université d'Angers (Франция); University of Hong Kong (Хитой); McMaster University, University of Toronto (Канада); University of Silesia (Польша); Keio University (Япония); (Helsinki University, Финляндия); National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia; National medical research center of cardiology of the Ministry of healthcare of the Russian Federation (Россия); Ivano-Frankovsk National Medical University (Украина); Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази (Ўзбекистон) да олиб борилмоқда.

Юрак ишемик касаллигида гастродуоденал қон кетишларда ташхислаш ва даволаш тактикасини такомиллаштириш борасида олиб борилган илмий тадқиқотлар асосида қатор натижалар олинган, жумладан: бўлмачалар фибриляцияси мавжуд пациентларда юзага келадиган қон кетишлар натижасида юзага келадиган инсулт ва тромбоз эмболияни олдини олиш мақсадида қўлланиладиган аспирин ва варфариннинг самардорлиги исботланган (University of Duke, AQSH); ёши катта пациентларда ошқозон ичак тизимида қон кетиши натижасида юзага келадиган камқонлик, дивертикулез ва ошқозон ичак яраси каби хавфли омиллари ва ўлим даражасининг юқорилиги исботланган (University of Pavia (Италия); ДНК асосида ишланган микрочиплар ёрдамида қондаги бактерияларни тезкор аниқлаш механизми ишлаб чиқилган (Helsinki University, Финляндия); катта ёшли инсонларда сурункали ичак етишмовчилиги тор ичак синдромида диетотерапиянинг аҳамияти исботланган University of Copenhagen (Дания); юракнинг ишемик касалликларида тромбозни олдини олишга йўналтирилган дори воситаларнинг қабул қилиниши натижасида ошқозон-ичак тизимининг юқори қисмида қон кетишини олдини олишга қаратилган даволаш тактикаси ишлаб чиқилган National Medical Research Center of Cardiology, (Россия); ўткир ичак етишмовчилиги билан хасталанган беморларнинг гомеостаз ва оксидланишнинг етишмовчилигини олдини олишда микроэлементлар асосида коррекциялашнинг тизими ишлаб чиқилган Ivano-Frankovsk National Medical University (Украина); P2Y₁₂ ингибиторларнинг учинчи авлодини клопидогрел билан солиштириш натижасида ошқозон ичак тизими қон кетишини олдини олишдаги самардорлиги исботланган University of Hong Kong, Хитой); мультипараметрик логистик регрессия ёрдамида сепсиснинг клиник мезонлари ишлаб чиқилган University of Toronto, Канада); тўғри ичакнинг ўсма касалликларида хирургик даволашдан кейинги жаррохлик амалиётининг периферик резекцияси чегараларининг прогностик аҳамияти исботланган Fudan University (Хитой); иккита антитромбоцитар даволашга қаратилган дори воситаларни қабул қилиш антижасида пациентларда қон кетишнинг UGIB ва LGIB даражаси бир хил бўлиб, қон кетиш даражаси DAPT қабул қилиш даражасига боғлиқлиги исботланган (University of Kansas, AQSH); юрак ишемик касаллигида гастродуоденал қон кетишларда

ташхислаш ва даволаш тактикасини такомиллаштирилган (Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази, Ўзбекистон).

Дунёда юрак ишемик касаллигида гастродуоденал қон кетишларда ташхислаш ва даволаш тактикасини такомиллаштиришни илмий асослаш бўйича куйидаги устувор йўналишларда тадқиқотлар олиб борилмоқда, жумладан, коронар бузилишлар мавжуд беморларда ярали гастродуоденал қон кетишлар кечишини оғирлигини башоратлашга қаратилган модификацияланган интеграл шкалани яратиш; юрак ишемик касаллигининг турли клиник кўринишлари билан хасталанган беморларда гастродуоденал ярали қон кетишларнинг турли шакллари даволаш тактикасини янги дастурини ишлаб чиқиш; юрак ишемик касалликлари билан хасталанган беморларда гастродуоденал ярали қон кетишларни даволашда индивудуал даволаш тактикасини танлашнинг компьютер дастурини радикал хирургик даволаш тартибиди кенг қўллашга кўрсатмалари натижаларини асослаш; юрак ишемик касалликлари билан хасталанган беморларда гастродуоденал ярали қон кетишларни даволашда индивудуал даволаш тактикасини қўллаш компьютер дастурини клиник самарадорлигини баҳолаш орқали янги эндоскопик гемостаз усуллари ва интенсив даволаш тизимини такомиллаштириш.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Кўп сонли илмий амалий тадқиқотларга қарамасдан шошилич абдоминал жарроҳликда ЮИК ли ЯГДҚҚни ташхислаш ва даволаш муаммоси ўзининг долзарблигини сақлаб турибди. Аксарият ишлар анъанавий клиник-лаборатор ҳамда асбоб ускуналар билан текшириш усуллари орқали ЮИК лари билан бирга келган ЯГДҚҚни ташхислаш ва даволаш масалаларига бағишлангандир, улар ўзининг чегараланганлиги ва турли туманлиги кучи билан бирга келувчи патологик ҳолатни мутлақо аниқ акс эттира олмайди (Лузина Е.В., Ларева Н.В., Жилина А.А., 2017). Мазкур вазифани ҳал этиш биринчидан ушбу гуруҳ беморларида эндоскопик манипуляцияларни ўтказишга кўрсатмаларни кенгайтириш заруриятини, иккинчидан эса олдингиларидан ўзининг оддийлиги, ҳаммабоплиги ва самарадорлиги билан фарқ қилувчи ярали қон кетиш гемостазининг янги усуллари (Tomishima K., Sato S., Amano N., Murata A. A., 2018) кўзда тутди. Бу билан боғлиқ ҳолда ҳозирги вақтда кечиш оғирлиги тоифасини башоратлашни интеграл шкаласини ишлаб чиқиш ва компьютер дастури асосида патологияларни мазкур бирга келишида даволаш тактикасини танлаб олиш (Gralnek I.M., Dumonseau J.M., Kuipers E.J. et al. 2015) зарурияти юзага келди. Бу бемор ҳолатининг оғирлиги, ҳар икки касалликни ўзаро оғирлаштирувчи омиллари, марказий гемодинамиканинг нотурғунлиги, яққол намоён бўлган камқонлик ва даволашни ўтказиш зарурияти билан боғлиқ бўлиб бир қатор позицияларда турли туман йўналиш тавсифига эга (Tomishima K., Sato S., Amano N., Murata A. A. 2018). ЯГДҚҚни ЮИК нинг турли клиник вариантлари билан бирга келганда, беморга бир томондан жадал ўрин босувчи инфузион терапия буюрилсада, бироқ юрак етишмаслиги фонида у чегараланган тавсифга эга бўлиши лозим. Бошқа томондан эса бемор тизимли тромбозис ва антикоагулянтларни буюрилиши билан олинган

кўрсатмалар мавжудлигида гемостатик даволашни ўтказишга мухтож бўлади. Шу билан боғлиқ ҳолда ўткир коронар етишмовчилиги бўлган ЯГДҚК ли беморларни консерватив даволаш тизимида таъсири миокарднинг метаболлик ишемиясида юзага келувчи ўзгаришларни турғунлаштириш ва тўғрилашга қаратилган антиоксидант, антигипоксант дори воситалари – миокардиоцитопротектор (Цапко Л.П., Афанасьев С.А., Максимов И.В., 2016) ларни киритиш зарур.

Ўзбекистонда ошқозон ичак тизими хирургиясининг амалиёти билан хасталанган беморларда жарроҳлик амалиётини амалга ошириш борасида (Алижанов Ф.Б., 2010; Хаджибаев А.М., 2015; Каримов Ш.И. 2016; Акилов Х.А. 2017), илмий-амалий ишлар олиб борган. Бундан ташқари, шу нарса равшанки, ЯГДҚК, ЮИК билан хасталанган беморларнинг маълум тоифасини даволаш жараёнида жарроҳлик гемостазига зарурият юзага келади (Хаджибаев А.М., Махамдаминов А.Г., Набиев А.А. ва б., 2020). бироқ, юрак ишемик касаллигида гастродуоденал қон кетишларда ташхислаш ва даволаш тактикасини баҳолаш тизими ўрганилмаган.

Ниҳоят, аниқ клиник вазиятларда муҳим стандарт ҳаракатларни кўрсатиш билан юракнинг ишемик касалликлари негизида ярали гастродуоденал қон кетишлар билан бирга келишида даволаш–ташхислаш алгоритми ишлаб чиқилмаганлиги, унинг натижасидаги турли асоратлар ва қон кетиш натижасида юзага келадиган ўлим даражасининг кескин ошиши ушбу йўналишдаги илмий тадқиқотларни олиб боришни тақоза қилади ва бугунги кундаги шошилишчи тиббиёт йўналишидаги ҳал қилиниши зарур муаммолардан биридир.

Тадқиқотнинг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Республика шошилишчи тиббий ёрдам илмий марказининг илмий ишлари режасига мувофиқ №Ф5СС-055 «Ульцерогенез механизмларининг тузилмавий асослари, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг яра касалликларининг асоратларини жарроҳлик амалиётини такомиллаштириш» мавзусидаги амалий лойиҳаси доирасида бажарилган (2014-2018 йй).

Тадқиқотнинг мақсади юрак ишемик касалликлари билан хасталанган беморларда гастродуоденал ярали қон кетишларни хирургик даволаш тактикасини ишлаб чиқиш ва янги даволаш-ташхислаш алгоритмларини тадқиқ этишни такомиллаштириш орқали таклиф ва тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

юрак ишемик касалликларида гастродуоденал ярали қон кетишларни клиник ва демографик хусусиятларини баҳолаш;

юрак ишемик касалликларида гастродуоденал ярали қон кетишлар негизида миокарднинг функционал ҳолатини баҳолаш;

юрак ишемик касалликларида гастродуоденал ярали қон кетишларда қон кетиш асоратлари ва ўткир коронар эксцесслар даражасини, касалликни турли

хил даволаш тактикаларини қўллашдан кейин опрециядан кейинги ва умумий асоратларни баҳолаш;

юрак ишемик касалликлари негизида гастродуоденал ярали қон кетишлар қайд қилинган беморларда интенсив даволаш тартибини такомиллаштириш ва унинг самарадорлигини баҳолаш;

юрак ишемик касалликлари негизида гастродуоденал ярали қон кетишларни эндоскопик усулда тўхтатиш усуллари самарадорлигини клиник ва морфологик тадқиқотлар натижаларини солиштирма тахлили қилишни клиник кузатиш ва эндоскопик гемостазни ишончли ва хавфсиз усулини ишлаб чиқиш ва амалиётга тадбиқ қилишни натижаларини баҳолаш;

коронар бузилишлар қайд қилинган беморларда гастродуоденал ярали қон кетишлар кечишини оғирлигини башорталаш ва умумий ҳолатини баҳолашга қаратилган модификацияланган интеграл шкалани яратиш, юрак ишемик касаллигининг турли клиник вариантлари билан хасталанган беморларда гастродуоденал ярали қон кетишларнинг турли шакллари даволаш тактикасини янги дастурини ишлаб чиқиш;

юрак ишемик касалликлари билан хасталанган беморларда гастродуоденал ярали қон кетишларни даволашда индивудуал даволаш тактикасини танлашнинг компьютер дастурини радикал хирургик даволаш тартибини кенг қўллашга кўрсатмаларни натижаларини баҳолаш;

юрак ишемик касалликлари билан хасталанган беморларда гастродуоденал ярали қон кетишларни даволашда индивудуал даволаш тактикасини қўллаш компьютер дастурини клиник самарадорлигини баҳолаш орқали янги эндоскопик гемостаз усуллари ва интенсив даволаш тизимини такомиллаштириш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказида 2010-2020 йилларда стационар даволанишда бўлган юрак ишемик касалликлари билан хасталанган беморларда гастродуоденал ярали қон кетишларни даволашда бўлган 667 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети юрак ишемик касалликлари билан хасталанган беморларда гастродуоденал ярали қон кетишларни даволашда беморларни ташхислаш ва даволашни анъанавий ва янги усуллари натижаларининг материаллари ҳисобланган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда ишни бажаришда қўйилган вазифаларни амалага ошириш мақсадида беморларнинг операцияга тайёргарлиги ва умумий ҳолати, клиник белгилари клиник усулида баҳоланган; инструментал (юрак ишемик касалликлари билан хасталанган беморларда гастродуоденал ярали қон кетишларни даволашда) ЭФГДС, УТТ, қорин ва кўкрак кафасининг рентгенографияси, ЭКГ, ЭХоКГ, қоннинг микокардиал маркерлари ва олинган натижалар статистик тадқиқот усулларида қайта ишланган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

юракнинг ишемик касаллиги билан хасталанган беморларда ЯГДҚК негизида миокарднинг функционал ҳолати баҳоланиб, беморларда касалликни даволашни турли стратегияларини қўллашда ҳаёт учун хавфли

бўлган иккита асорат қон кетишини қайталаниши ва ўткир коронар эксцесснинг ривожланиш хавф даражаси асосланган;

юракнинг ишемик касаллиги негизида ЯГДҚҚли беморларни интенсив даволашни такомиллаштирилган схемасининг самарадорлиги, морфологик ва клиник тадқиқотлар серияси билан беморларда 40%ли глюкоза эритмаси билан аутоплазма аралашмасини периульцероз соҳага инъекция қилиш – эндоскопик гемостаз усулини юқори самарадорлиги ва ҳавфсизлиги исботланган;

травматологик профилидаги беморлар учун республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказида илгари ишлаб чиқилган SAPS-РШТЁИМ модификацияланган шкаласини қўллаш, касалликни кечишини башоратлаш ва оғирлик ҳолатини баҳолашга универсал ёндошув зарурлиги исботланган;

илмий ва клиник қўллаш учун юрак ишемик касаллигида беморларда ЯГДҚҚ мисолида турли клиник ва лаборатор белгиларнинг башоратлаш қийматини ҳисоблаш усуллари, улар касалликни асоратли ва ноҳуш кечишини энг маълумотли предикторларини ажратиб олишга имкон берган;

биринчи марта касаллик кечиши оғирлигини башоратлаш ва умумий ҳолатини баҳолашни модификацияланган интеграл шкаласи асосида ЮИКнинг турли клиник вариантлари бўлган беморларда ЯГДҚҚнинг турли шакллари даволаш тактикасини шахсийлаштиришни танлашда клиник амалиёт учун компьютер дастурлари ишлаб чиқилган;

даволаш тактикасини индивидуаллаштириш компьютер дастурини танлаб олиш дастури ёрдамида ажратиб олинган юрак ишемик касалликлари билан ҳасталанган беморларнинг чегараланган қисмида ЯГДҚҚни даволашни радикал жарроҳлик усулини қўллаш билан кўрсатмаларни кенгайтиришни имконияти яратилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

юракнинг ишемик касаллиги негизида ярали гастродуоденал қон кетишлардаги эндоскопик гемостазнинг янги самарали ташхислаш ва даволаш усули таклиф этилган;

юракнинг ишемик касаллиги негизида беморларни ЯГДҚҚ даволаш схемасига замонавий антиоксидант, антигипоксант дори воситаларини жорий этилиши, миокардни функционал ҳолатини тўғрилашни ўтказишга ва мос ҳолда даволаш натижаларини яхшилашга имкон берган;

юракнинг ишемик касаллигини турли клиник шакллари бўлган беморларда ЯГДҚҚни кечиш оғирлигини башоратлаш ва умумий ҳолатини баҳолашда ишлаб чиқилган модификацияланган интеграл шкаласи ва унинг асосида яратилган компьютер дастури ташхислашни оптималлаштиришга ва асосланган даволаш тактикасини танлаб олишга имкон берган;

юракнинг ишемик касаллигининг турли клиник вариантлари бўлган ЯГДҚҚли беморларни даволаш тактикаси учун компьютер дастурларини танлаб олиш билан янги даволаш алгоритмининг клиник амалиётга жорий этилиши, асоратлар сонини камайишига ва бунинг натижасида даволаш натижаларини яхшиланишига олиб келган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, текширилган беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотда қўлланилган замонавий ўзаро бир-бирини тўлдирувчи клиник, лаборатор, инструментал ва статистик усуллар ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, юрак ишемик касаллигида гастродуоденал қон кетишларда ташхислаш ва даволаш тактикасини такомиллаштиришда халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг назарий аҳамияти шундан иборатки, ҳолатлар, хулоса ва таклифлар юракнинг ишемик касаллигининг турли вариантлари билан оғриган беморларда ЯГДҚК кечилиши клиник-функционал ўзига хосликлари тўғрисидаги билимларни сезиларли кенгайтириш, асосий назарий натижалари, ташхислаш ва даволашнинг янги рақобатли усулларини шакллантириш, алоҳида натижалар ЮИКларини турли клиник вариантли ЯГДҚК билан хасталанган беморларни ташхислаш ва даволаш тизимини замонавий вариантларни яратиш алгоритми ва тактикасининг назарий асослари яратилганлиги билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки асосий хулоса ва тавсиялар коронар бузилишлари бўлган беморларда ЯГДҚКни ташхислаш ва даволашда қўлланилиши мумкинлиги, мазкур патологик ҳолатларни ташхислаш ва даволаш жараёни, юракнинг ишемик касаллиги билан хасталанган беморларда ЯГДҚКни асосланган даволаш тактикасини янги танлаб олинган компьютер дастурлари ва уларни кечиш оғирлиги тоифасини башоратлашни модификацияланган интеграл шкаласини ишлаб чиқиш йўли билан сезиларли оптималлаштирилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларини жорий қилиниши. Юрак ишемик касаллигида гастродуоденал қон кетишларда ташхислаш ва даволаш тактикасини такомиллаштиришни баҳолаш бўйича олинган натижалар асосида:

Олинган илмий натижалар асосида «Юрак ишемик касаллигида гастродуоденал ярали қон кетишларни рационал даволашни танлашда интеллектуал компьютер тизимли ташхислаш» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 16 декабрдаги 8н-д/235-сон маълумотномаси).

«Юрак ишемик касаллигида гастродуоденал ярали қон кетишларни даволаш тактикасини танлашнинг компьютер дастури» бўйича Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал мулк агентлигининг ихтирога(ишчи интерфейс) гувоҳномаси олинган. Ушбу усул ишчи интерфейсининг компьютер дастури юрак ишемик касаллиги билан биргаликда кечадиган гастродуоденал ярали қон кетишларни адекват даволаш тактикасини танлашнинг имконини берган;

«Эндоскопик ярали гемостазнинг янги усули» бўйича Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал мулк агентлигининг ихтирога маълумотномаси

олинган (FAP 0200131/1). Ушбу усул ярали гастродуоденал қон кетишларда ишончли гемостазни амалга ошириш имконини берган;

Юрак ишемик касаллигида гастродуоденал қон кетишларда ташхислаш ва даволаш тактикасини такомиллаштириш асосида ишлаб чиқилган юрак ишемик касаллигида гастродуоденал қон кетишларда ташхислаш ва даволаш тактикасини такомиллаштиришга қаратилган тадқиқот натижалари соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд, Хоразм ва Наманган филиаллари реанимацион жонлантириш бўлимларининг амалий фаолиятига тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 9 январдаги 8н-з/11- сон маълумотномаси). Олинган натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши юрак ишемик касалликлари негизида ярали гастродуоденал қон кетишларни даволаш сифатини яхшилаш, жарроҳлик амалиётларидан кейинги асоратларни камайтириш натижасида асосий гуруҳдаги беморларда назорат гуруҳига нисбатан қон кетишларнинг қайталанишлари даражасини 2,5 мартага, юракнинг ишемик касалликлари оқибатида келиб чиқадиган коронар асоратлар 1,9 мартага, жарроҳлик амалиётидан кейинги ва умумий ўлим ҳолати мос равишда 2,25 ва 4,4 мартага камайган.

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

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 26 та илмий иш, шулардан, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 14та мақола, жумладан, 8 таси республика ва 6 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 198 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисми ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва заруратини асослашга, текшириш мақсади ва вазифалари, объект ва предметларини тавсифлашга бағишланган, тадқиқотнинг Республика фан ва технологияларининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган. Тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Юракни ишемик касаллиги билан оғриган беморларда ярали қон кетишини ташхислаш ва даволашнинг замонавий аспекти**» деб номланган биринчи боби адабиётлар шарҳига бағишланган. Боб учта кичик бўлимдан ташкил топган, уларда юракни ишемик касаллиги билан оғриган беморларда гастродуоденал ярадан қон кетишини ташхислаш

ва даволаш муаммоларининг замонавий ҳолати тўғрисидаги маълумотлар келтирилган. Патологияларни бундай бирга келиши оғир бўлиб ҳисобланади ва касалланиш ҳамда ўлимни юқори кўрсаткичлари билан бирга кузатилади. Анъанавий ташхислаш усуллари ва даволаш тактикаси ўз имкониятларининг чегараланган кучи билан тўлақонли ташхислашни таъминлаш ва ЮИКли беморларда ярадан қон кетишини самарали коррекция қилишни таъминлай олмайди. Шу билан боғлиқ ҳолда умуман олганда даволаш тактикасини такомиллаштириш, шунингдек ЮИКли беморларда ярадан қон кетишини даволашни аниқ усулларини ўрганиш бўйича келгусида тадқиқотлар ўтказиш зарурияти мавжуддир.

Диссертациянинг «Юракни ишемик касаллиги билан хасталанган беморларда ярали қон кетишини ташхислаш ва даволашни баҳолаш материал ва усуллари» деб номланган иккинчи бобида текширилган беморларнинг умумий тавсифи ва тадқиқот усуллари келтирилган. Иш 2010-2020 йилларда РШТЎИМнинг жарроҳлик бўлимига ётқизилган, ЮИКли 667 нафар беморларда ЯГДҚК ташхислаш ва даволаш натижаларини таҳлил қилишга асосланган. Тадқиқотга турғун ва нотурғун стенокардия, СТни кўтарилиши ва кўтарилмаслиги билан кечувчи ўКС, шунингдек ўткир миокард инфаркти билан хасталанган беморлар киритилди.

ЮИК турли клиник шакллари билан ЯГДҚКли беморларни даволаш-ташхислаш усуллари ва даволаш тактикасига боғлиқ ҳолда 2 гуруҳга бўлинди: назорат гуруҳига 413 (61,9%) нафар беморлар киритилди, уларда анъанавий даволаш –ташхислаш тактикаси қўлланилди; асосий гуруҳнинг 254 (38,1%) нафар беморида даволаш тактикасини оптималлаштиришни амалга оширишнинг асосини ЮИКли ЯГДҚК кечиш оғирлигини ташхислашнинг модификациялаган интеграл шкаласини ва даволаш тактикасини танлаб олувчи компьютер дастурини ўз ичига қамраб олди. Бундан ташқари, асосий гуруҳ беморларида ўтказиладиган даволаш жараёни яра гемостазини янги эндоскопик усули билан консерватив даволашнинг такомиллаштирилган схемаси, шунингдек жарроҳлик йўли билан коррекция қилиш усулини танлашни оптималлаштириш билан тўлдирилди.

Текширилганлар орасида эркаклар 352 (52,7%), аёллар – 315 (47,3%) нафарни ташкил этди. Беморларнинг ўртача ёши $62,8 \pm 10,8$ ни ташкил қилди. Улардан 414 (62,1%) нафар текширилганларда ўткир яралар кузатилган бўлса, 253 (37,9%) нафарда яра жараёни сурункали бўлди. Бунда ўткир яралар кўпроқ меъдада жойлашди (57,7%), сурункали қон кетувчи яралар эса – ўн икки бармоқли ичакда (67,2%) жойлашди. Бундан ташқари, ўткир яралар 15,2% беморларда ва яра касаллиги билан хасталанган 9,1% нафар беморларда яра субстрати жойлашишини аралаш (бир вақтнинг ўзида меъда ва ЎБИни шикастланиши) даражаси ўз ўрнига эга бўлди (1-жадвалга қarang).

Ярали қон кетишининг дастлабки эпизоди бўйича фақат 42,7% беморлар келиб тушди, қолган беморлар анамнезида олдинги қон кетиш ҳолатлари кўрсатилди, бу эса ярадан қон кетишини бошидан ўтказган ЮИКли

беморларда ярага қарши даволаш самарадорлигини ошириш ва олдини олиш тадбирларини кучайтиришни маълум даражадаги заруриятини кўрсатади.

1-жадвал.

Қон кетишга мойил яраларнинг жойлашиши ва хусусиятига қараб беморларни тақсимлаш

Яранинг жойлашиши	назорат гуруҳи, n=413		асосий гуруҳ, n=254		Жами, n= 667	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ўткир яралар, n=414 (62,1%)						
Ошқозонда	156	55,1	83	63,4	239	57,7
ЎБИда	81	28,6	31	23,7	112	27,1
Аралаш	46	16,3	17	13,0	63	15,2
χ^2 -тест	Df=2, $\chi^2_{\text{стат}}=2,498$, $\chi^2_{\text{крит}}=5,991$, p>0.05					
Жами	283		131		414	
Сурункали яралар, n=253 (37,9%)						
Ошқозонда	31	23,8	29	23,6	60	23,7
ЎБИда	88	67,7	82	66,7	170	67,2
Аралаш	11	8,5	12	9,8	23	9,1
χ^2 -тест	Df=2, $\chi^2_{\text{стат}}=0,128$, $\chi^2_{\text{крит}}=5,991$, p>0,05					
Жами	130		123		253	

ЯГДҚКли беморларнинг ҳолати оғирлигини баҳолашдаги мезонлардан бири бўлиб, қон йўқотиш даражаси ҳисобланади, у гематокрит даражасини аниқлашга асосланган F.D. Moore (1956) усули бўйича аниқланади. Қон йўқотиш оғирлигини даражаси тўғрисида глобуляр хажм, айланиб юрувчи қон хажми етишмаслик даражасига асосланган П.Г. Брюсов (1998) таснифи бўйича фикр юритилди. Қон йўқотишнинг енгил даражаси фақат 98 (14,7%) нафар беморда ўз ўрнига эга бўлган бўлса, 339 (50,8%) нафар беморларда қон йўқотишни ўрта даражаси аниқланди, 230 (34,5%) нафарида эса оғир даражаси ташхисланди (2-жадвалга қаранг).

2-жадвал.

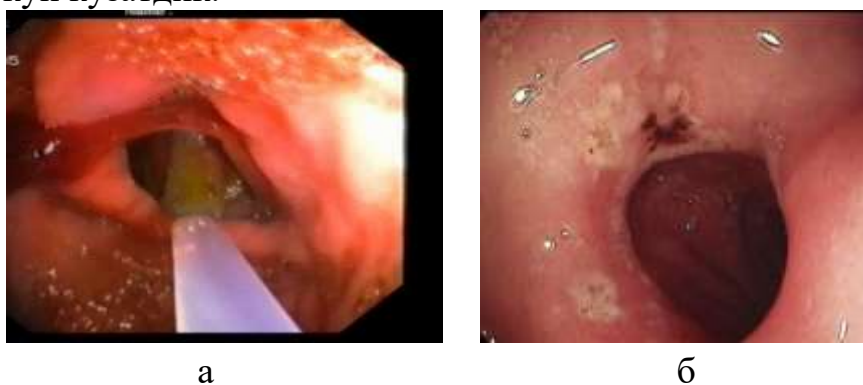
Текширилган беморларда қон йўқотиш даражаси

Қон йўқотиш даражаси	назорат гуруҳи, n=413		асосий гуруҳ, n=254		жами, n= 667	
	авс.	%	авс.	%	авс.	%
Енгил	62	15,0	36	14,2	98	14,7
Ўртача оғирликда	202	48,9	137	53,9	339	50,8
Оғир	149	36,1	81	31,9	230	34,5
χ^2 -тест	Df=2, $\chi^2_{\text{стат}}=1,657$, $\chi^2_{\text{крит}}=5,991$, p>0,05					

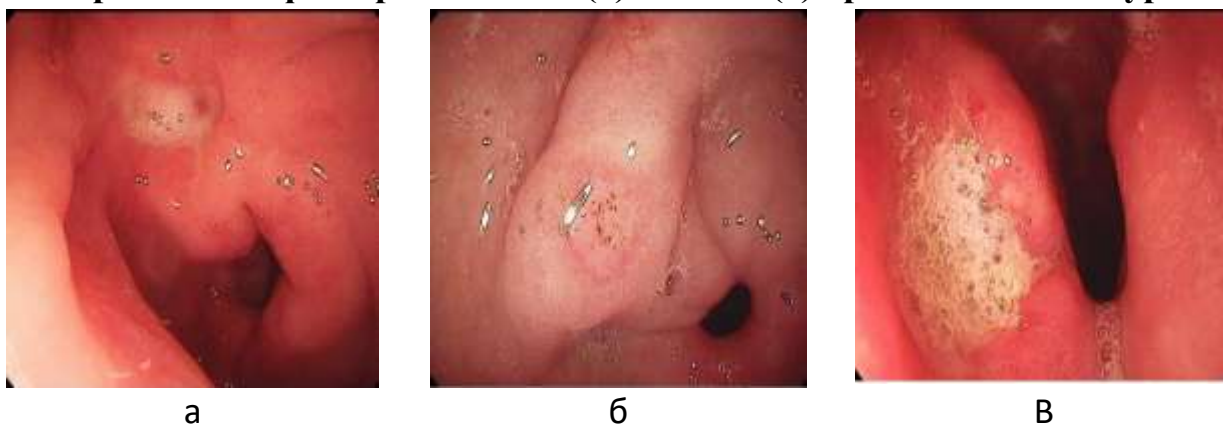
Бизлар томонимиздан сурункали ярадан қон кетиши ташхисланган ЮИКли беморларнинг амалий жиҳатдан барчасида 10 йилгача ва ундан ортиқ давр мобойнида яра анамнезини мавжудлигини кўрсатди. Фақатгина 4,7% нафар беморларда сокин яра деб номланувчи ҳолат кузатилди. Яъни ярага қарши олдини олувчи даволашни ўтказиш ва эндоскопик текширишларни

талаб этувчи ЯГДҚК бўйича юқори ҳавф гуруҳини ажратиб олиш мақсадида антиагрегат даволашни буюришда ЮИКли беморларда яра анамнезини аниқлаш ўта муҳим аҳамиятга эга.

Диссертациянинг «**Юракнинг ишемик касалликларининг гемораргия билан биргаликда кечишида юракнинг функционал ҳолати ва гастродуоденал қон кетишларни ташхислаш**» деб номланган учинчи бобида ЮИКнинг турли шакллари бўлган беморларда ЯГДҚКнинг манбаси ва тавсифини баҳолаш ҳамда ташхислашга бўлган бизнинг ёндошувларимиз тизимлаштирилди. Меъда ичак трактининг юқори қисмларидан қон кетишининг аниқ клиникасини (мелена, қаҳва қуйқасини ва қон қусиш) мавжудлиги, ЮИКнинг шаклидан қатъий назар ЭГДФСни ўтказиш учун мутлоқ кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Эндоскопияда гастродуоденал яралардан қон кетиш фаоллиги Форрест таснифига мос ҳолда баҳоланди (1974). Бунда 18 (2,7%) нафарида оқимли, артериал қон кетиши (F1A) ўз ўрнига эга бўлса, 123 (18,4%) нафар беморларда қонни веноз қон кетиши кўринишидаги сизиб чиқиши аниқланди (F1B) (1-расмга қаранг). Мос ҳолда, ЮИКда F2 ва F3 бўйича тўхтатилган қон оқиши билан кўпроқ сурункали яралар беморлар келиб тушди (84,2% га қарши 75,6%, $p=0.009$). Давомли қон кетишини (F1A и F1B) ЮИКли беморларда, бизлар сурункали яраларга солиштириш бўйича (24,4% га қарши 15,8%, $\chi^2=6,944$, $p=0,009$) (2-расмга қаранг) ЎБИ ва меъданинг шиллик қаватларини ўткир яраланишида ишончли равишда кўп кузатдик.



1-расм. Эндофотограмма: F1A (а) ва F1B (б) яралар қон кетиш ўрни



2-расм. Эндофотограмма: F2A (а), F2B (б), F2C (в) бўйича яралар қон кетиш.

Амалий жиҳатдан тадқиқот ишларни бажаришга жалб қилинган беморларнинг ярмида (291; 43,5%), ЭГДФС ўткир коронар эксцесслари кўринишидаги ўткир коронар синдроми (231; 34,6%) ЭКГси ва клиник фониди ҳамда миокарднинг ўткир инфаркти (60; 8,9%) ҳолатида бажарилди (3-жадвалга қarang). Ушбу беморларда ташхисловчи ва даволавчи ЭГДФСни жарроҳлик реанимацияси бўлимида, кардиолог кузатуви остида ўтказилди. Бизнинг кузатувларимиздаги ҳеч бир ҳолатда ЎКС ва ЎИМ фониди эндоскопик муолажаларни ўтказиш вақтида ўткир юрак қон томир етишмовчилиги нисбатан ҳавфсизлигини кўрсатувчи мазкур ҳолат, биз томондан тавсия этилган усулни даволаш имкониятларини ўткир коронар эксцессли беморларда янада фаол қўллашга ундади, шу билан боғлиқ ҳолда асосий гуруҳ беморларида ЎКС ва ЎИМ ЭКГ – белгилари бўлган шахсларнинг нисбий оғирлиги назорат гуруҳ беморларида 55,9% га қарши 36,1%ни ташкил этди (р

3-жадвал.

Юрак ишемик касаллигининг турли шаклларида гастродуоденал қон кетишларда клиник ва ЭКГ белгилари, n=667

ЮИК турлари	Назорат гуруҳи, n=413		Асосий гуруҳ, n=254		Жами, n=667	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Стенокардия зўраювчи/кучаювчи	264	63,9	112	44,1	376	56,4
Ўткир коронар синдром:	118	28,6	113	44,5	231	34,6
↑ST сиз	48	11,6	42	16,5	90	13,5
↑ST билан	70	16,9	71	28,0	141	21,1
Ўткир инфаркт миокард:	31	7,5	29	11,4	60	9,0
Q тишларсиз	24	5,8	23	9,1	47	7,0
Q тишли	7	1,7	6	2,4	13	1,9
χ ² -тест	Df=2, χ ² _{стат} =25,148, χ ² _{крит} =9,21, p<0,001					

4-жадвал

Назорат остига олинган беморларни ЭХоКГ кўрсаткичларнинг меъёрда ва консерватив даволашгача бўлган муддатдаги кўрсаткичлари, n=201 (M ± m)

Кўрсаткичлар	Меъёрда	Даволашгача	p
ЧҚММ (ММЛЖ), г	125,8±24,5	165,1±16,8	p<0,01
ЧҚММИ (ИММЛЖ), г/м ²	82,3±10,4	124,7±12,4	p<0,01
ЧҚОДҚ (ТЗСЛЖ), мм	9,6±0,8	11,6±0,98	p<0,01
ҚОД (МЖП), мм	9,8±0,9	11,2±0,9	p<0,05
ТФ (ФВ), %	55,8±5,2	44,2±4,97	p<0,01
ТХ (УО), мл	82,7±18,6	78,5±5,84	p<0,05

ЮИКли геморрагияни биргаликда келишида юракнинг функционал ҳолатини баҳолаш Эхо-КГ маълумотлари бўйича ўтказилди, бу асосий гуруҳнинг 87 нафар ва назорат гуруҳининг 114 нафари (умумий ST сигментини кўтарилиши ва ЎИМ ли ЎКС, ЭКГ-белгилари бўлган (201(30,1%) нафар) (4-жадвалга қаранг) беморларида олиб борилган.

Аниқландики, ЯГДҚК негизида миокарднинг қисқарувчанлик қобилиятини ишончли пасайиши қайд этилади, бу ЭхоКГда ташлаш фракцияси (ТФ) $44,2 \pm 4,97\%$ ва зарба ҳажмини (ЗХ) $78,5 \pm 5,84$ млгача пасайиши, чап қоринча миокард оғирлиги (ЧҚММ)ни $165,1 \pm 16,8$ гача ва чап қоринча миокард индексини (ЧҚММИ)ни $124,7 \pm 12,4$ г/м²гача ортиши билан намоён бўлади.

Диссератциянинг «Анъанавий ёндошувлардан фойдаланган ҳолатда юрак ишемик касалликларида гастродуоденал ярали қон кетишларни даволаш натижалари» назорат гуруҳидаги беморларда умумий қабул қилинган даволаш тактикасининг маълумотлари тақдим этилган (n=413). Назорат гуруҳи беморларида (n=413) Forrest таснифи бўйича ЭГДФСда баҳоланган ЯГДҚКнинг тавсифи ва жадаллигига боғлиқ ҳолда, умум қабул қилинган тактикага мосликда бизлар томонимиздан гемостазнинг бирламчи усули сифатида 301 (72,9%) нафар беморда эндоскопик гемостазнинг турли усуллари, шунингдек F2B, F2C ва F3 бўйича қон кетиши мавжуд бўлган 112 (27,1%) нафар беморларда гемостатик консерватив ва ярага қарши олдини олувчи даволаш қўлланилди (3-расмга қаранг).



3-расм. Бирламчи қўлланилган гемостазнинг самарадорлиги.

Бизнинг кузатувларимизда ЯГДҚКли беморлардаги анъанавий даволашдаги қон кетиши қайталанишининг умумий сони 11,6%ни ташкил этди – 413 нафаридан 48 нафар беморларни бирламчи гемостазидан сўнг касалхонага ётқизиш даврида иккиламчи ярадан қон кетиши ривожланди.

Электрокоагуляция ва склерозант билан инъекция қилиш орқали эндоскопик гемостазнинг анъанавий усуллари қўллаш – фаол қон кетиши

(F1) бўлган 86 нафар беморларнинг барчасида қон кетишини бирламчи тўхтатишга эришишга ва унча узок бўлмаган даврдаги қон кетиш белгилари бўлган (F2A ва F2B) 215 нафар беморда қон кетишини қайталанишлари сонини пасайтиришга имкон берди.

Қон кетишини тўхтатишнинг эндоскопик усуллари қўллашдан кейинги геморрагия қайталанишининг умумий кўрсаткичлари 7,3%ни ташкил этди, мазкур усулдан фойдаланиш рад этилганида эса юзага келган қон кетиш ҳолатининг мавжудлигида (F2B, F2C ва F3 бўйича), қайталанишлар ҳавфи 27,1% ни ташкил этади.

ЮИКли беморларда ЯГДҚК ни қайталанишлари фониди ҳаётий кўрсаткичлар бўйича бажарилган жарроҳлик амалиётларининг натижалари, жарроҳлик амалиётидан кейинги ўлим ҳолати 37,5% кўрсаткичлари билан бирга ниҳоятда қонқарсиз бўлди. Бундан ташқари, ушбу тоифа беморларида 66,7% ҳолатларда очик жарроҳлик амалиётлари ўтказилгандан сўнг ўткир коронар эксцессларини ривожланиши қайд этилади, ваҳоланки, ЮИКли беморларда эндоскопик гемостаз ёки консерватив даволаш қўлланилганда коронар асоратларни ривожланиш ҳавфи мос ҳолда 7,9 ва 9,3%ни ташкил этади. Нохуш яқуннинг ҳал қилувчи ва энг тажоввузкор омили, қон кетишини қайталанишлари билан бир қаторда, ўткир ЯГДҚК фониди коронар эксцессларни ривожланиши 93,5%гача етадиган ўлим билан яқунланади. ЮИКли беморларда ЯГДҚК ни анъанавий даволаш тактикасида умумий ўлим кўрсаткичлари 18,4% ни ташкил этади, бунда коронар асоратларда ўлим даражаси 14,0%га етади, бу вафот этган беморларнинг умумий тузилмасида 76,3% ни ташкил этади.

ЮИКли беморларда ЯГДҚКни даволаш тактикасини танлашга анъанвий ёндошувда гемостазнинг энг ишончли ва ҳавфсиз усули бўлиб, эндоскопик усуллар ҳисобланади, улардан фойдаланганда қон кетиши қайталанишини (6,1%) ва ўткир коронар синдромларининг (7,9%) энг кичик сони қайд этилди. Мазкур вазият бизларда ЮИКли беморларда ЯГДҚК кечиш оғирлигини башоратлашни ишончли шкаласи асосида ЮИКли беморларда ярали қон кетишини даволаш тактикасини танлашни шахсийлаштириш, ўткир коронар синдромни олдини олиш ва даволашга катта урғу бериш билан анъанавий интенсив даволаш схемасини қайта кўриб чиқиш, эндоскопик гемостазни ишончилиги ва ҳавфсизлигини оширишга бўлган кўрсатмалар йўлини кенгайтиришни излашга ундайди.

Диссертациянинг «**Юрак ишемик касалликлари билан хасталанган беморларда ярали қон кетишларни олиб бориш тактикасини такомиллаштириш**» деб номланган бешинчи бобида «Юрак ишемик касалликлари билан хасталанган беморларда ярали қон кетишларни олиб бориш тактикасини танлашнинг компьютер дастури»нинг информативлиги баҳолаш натижаларининг самарадорлиги баён этилган.

Бизнинг беморларимизда ҳар бири ўз ҳолича бемор ҳаёти учун ҳавф туғдирадиган камида иккита тажоввузкор патологик ҳолатларнинг мавжудлиги сабабли, компьютер дастурлари асосига ЮИКли билан оғриган беморларда ярадан қон кетишига мослаштирилган - SAPS-РШТЁИМ шкала

деб номланувчи беморлар холатининг оғирлигини баҳолашни модификацияланган интеграл шкаласи қўйилган.

Юракни ишемик касаллигида ҳам, ярадан қон кетишида ҳам асоратли кечишнинг энг маълумотли предикторларини танлаб олиш мақсадида SAPS-RШТЁИМ шкаласини ишлаб чиқишда, бизлар томонимиздан беморнинг ёши, онгининг холати, гемодинамика ва нафас кўрсаткичлари, гемоглобин, тромбоцитлар миқдори, гематокрит, протромбин индекси, А фибриноген, мочевино, Альговер индекси, Форрест бўйича қон кетиш жадаллиги, қон йўқотиш хажми, миокарддаги ўзгаришларнинг даражаси ва тавсифи каби клиник ҳамда лаборатор кўрсаткичларнинг кенг рўйхатини балларда баҳоланди. ЮИКда ЯГДҚКни асоратли кечиши предикторлигига номзод сифатида – ҳар бир танлаб олинган кўрсаткич бўйича 3 тадан 7 тагача бўлган диапазонлар ажратиб олинди, улар ўзининг башоратлаш салмоғи ҳисоблаш катталигига боғлиқ холда 0 дан 3 баллгача баҳоланди.

Ўрганилган предикторларнинг башоратлаш қийматини баҳолаш асосида 18 та энг ишончли клиник-лаборатор ва асбоб ускуналар параметрлар танлаб олинди. Бизлар томонимиздан таклиф этилган башоратлаш шкаласининг сезувчанлиги, махсуслиги ва умумий аниқлиги энг мақбул бўлиб ҳисобланади ҳамда 73-86% чегарасида ўзгариб туради.

Компьютер дастури интуитив тушунарли бўлган ишчи интерфейсига эга бўлиб, касалликни асоратли кечиш предикторлари кўрсаткичларини дастурга тез ва осон киритишга имкон беради, шундан сўнг интеграциялашган калькулятор автоматик тартибда балларнинг йиғинди жамланмасини ҳисоблаб чиқади ва бемор холатининг оғирлик тоифасини кўрсатади, буни ҳисобга олиш билан эса беморни даволаш тактикасини танлаб олиш бўйича тавсиялар таклиф этилади.

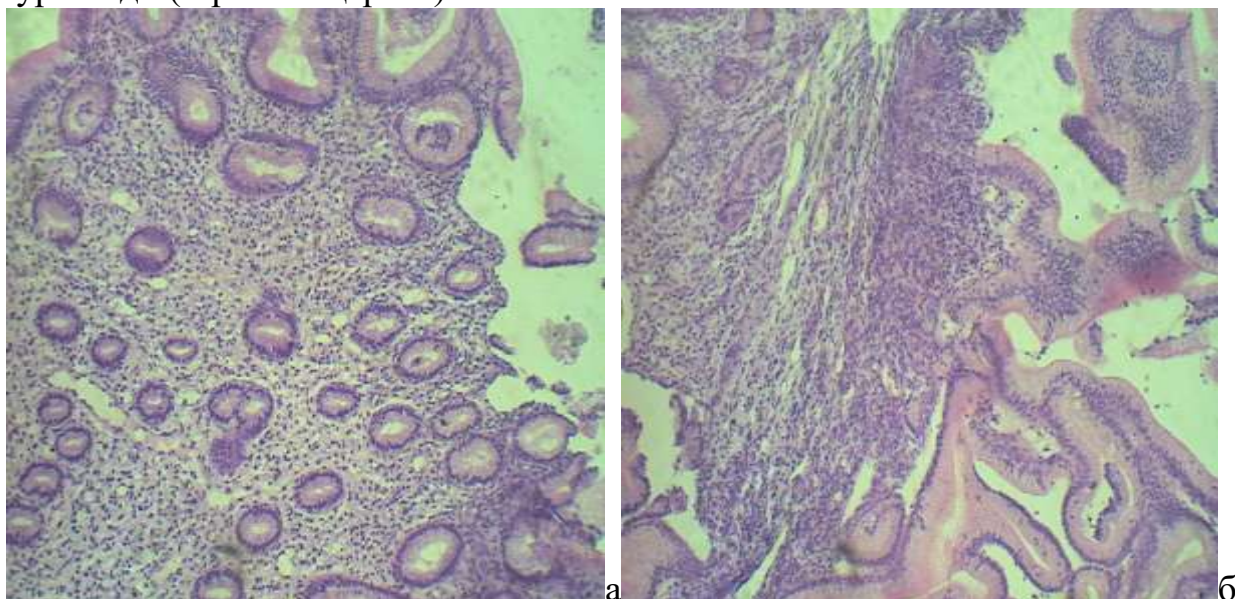
Диссертациянинг «**Юрак ишемик касалликлари билан хасталанган беморларда ярали қон кетишларни даволашга янги ёндошувларни қўллашнинг натижалари**» деб номланган олтинчи бобида асосий ва назорат гуруҳидаги беморларни комплекс даволашнинг қиёсий таҳлилининг натижалари баён қилинган. Юқорида кўрсатилганидек, асосий гуруҳ беморларида миокардиоцитопротекторларнинг кенг қўлланилиши билан такомиллаштирилган интенсив даволаш схемаси қўлланилди (ТошВМОИ, 2020 йил 03.09, №00116 сонли рационализаторлик таклифи).

Жумладан, азот оксидининг донатори–тиворель дори воситасини самарадорлигин баҳолаш келтирилган, уни қўлланилишида эса қон плазмасида креатинфосфаткиназа, лактатдегидрогеназа, тропонин, Аспартат аминотрансфераза ва миоглобин каби миокардни шикастланиш маркерлари концентрациясини ишончли пасайиши қайд этилади. Бундан ташқари, тиворелни буюрилиши чап қоринча ташланиш фракциясини $47,1 \pm 4,61$ дан $52,0 \pm 4,4\%$ гача ($p < 0,01$) статистик ишончли яхшиланишига ва миокарднинг маҳаллий қисқариши бузилиш индексини $1,93 \pm 0,24$ дан $1,89 \pm 0,20$ бирликкача пасайишига олиб келади.

Тадқиқот вазифаларига мос холда эндоскопик гемостазнинг янги усули ишлаб чиқилди, унинг моҳияти 2:1 нисбатдаги глюкозанинг 40%ли эритмаси

билан аутоплазмани периульцероз киритиш учун қўллашдан иборатдир (2020 йил 16 октябрдаги №FAP20200131/1 сонли гувоҳнома).

Эндоскопик гемостазнинг турли вариантларини қўллашда периульцероз зонадаги морфологик ўзгаришларнинг қиёсий таҳлили кўрсатдики, 14 кунгача бўлган муддатда 40⁰ спирт эритмаси билан диатермокоагуляция ва склеротерапиядан сўнг адъернатив ва эксудатив компонентларнинг устунлиги сақланиб қолади, тахминан худди шу муддатларда хужайраларни бузилиши ва периульцероз соҳа тўқималарида некротик ўзгаришлар қайд этилади, бу эса қон кетишини қайталаниши учун юқори ҳавфни ташкил этади. Аргон-плазма коагуляциясини қўллашда мутлақо бошқа морфологик кўриниш кузатилади: 7-кунда периульцероз соҳадаги яллиғланиш ўзгаришлари кучсиз намоён бўлган, бироқ гемостаздан кейин икки ҳафта ўтиб, периульцероз соҳада стромасидаги хужайра таркибида яллиғланиш реакцияси учун хос бўлган сезиларли силжишлар қайд этилади. Шу билан бир вақтда, аутоплазма+40%ли глюкоза эритмаси билан инфильтрациядан сўнг инъекция соҳасидаги морфологик кўриниш, муолажадан сўнг 7-кунга келиб, ўртача намоён бўлган яллиғланиш ўзгаришлари билан тавсифланади, янада кеч муддатларда эса мазкур соҳадаги микроколлекторлар ҳамда қон томирлар сонини камайиши билан фибриноид ва грануляцияли тўқималарни ривожланиши қайд этилади, бу эса қон кетишини қайталанишига қаршилик кўрсатади (5-расмга қаранг).



5-расм. 40%ли глюкоза эритмаси билан+аутоплазма инфильтрациясидан кейин периульцероз соҳа морфологияси 7-чи (а) ва 14-чи (б) кунларда

Шундай қилиб, меъда ва ЎБИНинг шиллик ва шиллик ости қаватларига электрокоагуляция ва спирт билан склеротерапия таъсиридан фарқли равишда аргон-плазмали коагуляция ва глюкозанинг 40% ли эритмаси билан аутоплазмалар аралашмаси таъсирида дегенератив-некротик ўзгаришлар ривожланмайди, бу билан боғлиқ холда қон кетиши қайталанишини ривожланиш хавфи сезиларли пасаяди. Бундан ташқари, охириги икки усул

таъсирдан сўнг қон кетишини қайталанишига периульцероз соҳадаги қон томирлар ва микроколлектрларни бириктирувчи тўқима билан қопланиши қаршилиқ кўрсатади.

Юқорида келтирилган тасдиқлашни клиник исботлаш мақсадида бизлар томонимиздан F-2A ва F-2B (n=180) бўйича қон кетувчи ЮИКли беморларда ЯГДҚК қайталанишлари сонини қиёсий таҳлилинини ўтказиш кўрсатдики, электрокоагуляция ва спирт билан склеротерапия кўринишидаги эндоскопик гемостаз усули қўлланилганда касалхонада ётиш давридаги қон кетишини қайталанишлари сони мос ҳолда, 11,1% ва 7,5% ни ташкил этди, аргон-плазмали коагуляция қўлланилганда эса бу кўрсаткич 2,9% (p=0,190) гача пасаяди, 40%ли глюкоза эритмаси билан аутоплазмалар инъекцияси эса бундай тажоввузкор асоратдан қочишга имкон беради (p<0,05) (5-жадвалга қаранг).

5-жадвал.

F-2A ва F-2B асосида қон кетиш қайд қилинган беморларда эндоскопик гемостазнинг турли усуларини қўллагандан кейин ярали гстродуоденал қон кетиш асоратларининг даражаси

Эндоскопик гемостаз усули	Беморлар сони	Қон кетиш асорати		P (электрокоагуляция гуруҳи)
		Абс.	%	
Электрокоагуляция	27	3	11,1	
Спирт билан склеротерапия	80	6	7,5	0,559
Аргон-плазмали коагуляция	35	1	2,9	0,190
Аутоплазма+40% глюкоза эритмаси	38	0	0,0	0,036
Жами	180	10	5,6	

Ҳар бир бемор учун оптимал бўлган қон кетиши қайталанишини эндоскопик мониторинги схемасини аниқлаш ёрдамида, асосий гуруҳ беморларида (i) ЮИКли беморларида ЯГДҚК даволаш тактикасини компьютер дастурини қўллаш, жумладан кардиомиоцитопротекцияга қаратилган интенсив даволаш схемасини такомиллаштириш, (ii) меъда ва ЎБИ (шиллик қаватларда жарохатли қон кетиш ҳавфи) нинг шиллик ва шиллик ости қаватлари некрозини чақирмайдиган ва қон кетишини янада ишончли тўхтатишни таъминловчи янги эндоскопик гемостаз усули, (iii) қон кетиши қайталанишини эрта аниқлашга ва янада қулай шароитларда жарроҳлик аралашувини бажаришга сабаб бўлади.

Демак, назорат гуруҳ беморларида ЯГДҚКни қайталаниши аксарият ҳолда клиник белгилар (пульсни тезлашиши, АҚБни пасайиши, қизил қон таначалари ва Нt кўрсаткичлари, меъда зонди бўйича қонни пайдо бўлиши) ўртача $12,1 \pm 5,4$ соатдан сўнг аниқланган бўлса (6- жадвалга қаранг), асосий гуруҳ беморларида одатда қон кетишини қайталаниши, қайталанишнинг клиник белгилари пайдо бўлгунча (ўртача $8,8 \pm 4,2$ соатдан сўнг) компьютер дастури билан тавсия этилган муддатларда бажарилган, дастурлаштирилган эндоскопияда аниқланди.

Бизнинг кузатувларимизда қон кетишини қайталаниши, одатда «қон кетиши қайталанишини юқори ҳавф гуруҳи»даги компьютер дастурига

киритилган беморларда юзага келди, уларда эндоскопик мониторинг касалхонада бўлишининг дастлабки кунидан бошлаб, ҳар 6 соат давомида ўтказилди. Юқори ҳавф гуруҳидаги беморларда қон кетиши қайталанишини компьютер дастури ёрдамида аниқланган сезувчанлиги, махсуслиги ва башоратлашнинг умумий аниқлиги мос ҳолда 82,2, 80,0 ва 76,7%, ташкил этди.

6-жадвал.

Юрак ишемик касалликлари билан хасталанган беморларда ярали гастродуоденал қон кетишларда операция муддати, операция вақтида қон йўқотиш хажми, операциянинг хажми ва хусусияти

Кўрсаткичлар	Назорат гуруҳи, n=48	Асосий гуруҳ, n=32	P
Шифохонага тушгандан операция муддати, с., $M \pm \sigma$	12,1 \pm 5,4	8,8 \pm 4,2	0,005
Мооре бўйича қон йўқотиш хажми (1956), мл, $M \pm \sigma$	804,2 \pm 289,5	635,9 \pm 232,9	0,007
Паллиатив операциялар:	39 (81,3)	14 (43,8)	$\chi^2 = 12,075;$ $<0,001$
- қон кетаётган томирларни тикиш	22 (45,8)	9 (28,1)	
- ярани олиб ташлаш	17 (35,4)	5 (15,6)	
Ошқозоннинг 2/3 қисмини резекцияси:	9 (18,8)	18 (56,3)	
- Билрот-1	5 (10,4)	9 (28,1)	
- Билрот-2	4 (8,3)	9 (28,1)	

Бундан ташқари, компьютер дастури тавсияларига қатъий риоя қилиш кам хажмли қон йўқотиш фонида янада ижобий бўлган шароитларда қон кетишини қайталаниши бўлган беморларда жарроҳлик амалиётини ўтказишга имкон берди. Демак, агарда Мооре (1956) усули бўйича баҳоланган қон йўқотишнинг ўртача хажми назорат гуруҳ беморларида жарроҳлик амалиётининг бошида 804,2 \pm 289,5 мл (6-жадвалга қаранг) ни ташкил этган бўлса, асосий гуруҳ беморларида бу кўрсаткич 635,9 \pm 232,9 мл ($p=0,007$)га тенг бўлди ($p=0,007$).

7-жадвал.

Жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлари

Операциядан кейинги асоратлар	Назорат гуруҳи, n=48		Асосий гуруҳ, n=32		P
	абс.	%	абс.	%	
Носпецифик асоратлари					
Ўткир коронар асоратлар	32	66,7	6	18,8	<0,001
ЎАТЭ (ТЭЛА)	4	8,3	2	6,3	0,729
Бронхопневмония	8	16,7	6	18,8	0,811
Специфик асоратлар					
Чокларнинг етишмовчилиги перитонит	5	10,4	2	6,3	0,519
Қорин бўшлиғи абсцесслари	1	2,1	3	9,4	0,143
Қон кетишларнинг қайталаниши	6	12,5	1	3,1	0,147
Операциядан кейинги асоратлар	18	37,5	8	25,0	0,243

Компьютер дастури томонидан таклиф этилган вазифалар қаторига шунингдек, интеграциялашган SAPS-PIIИМ шкаласи ёрдамида беморлар ҳолатининг оғирлигини, жумладан, кардиологик статусни янада аниқ баҳолаш имконияти ва бу асосида радикал жарроҳлик амалиётини бажариш мумкин бўлган беморларни ажратиб олиш имконияти ҳам киради.

Демак, агарда назорат гуруҳида ЯГДҚК сабабли радикал жарроҳлик амалиёти 48 нафар жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморлардан фақат 9 нафарида (18,8%) бажарилган бўлса, асосий гуруҳдаги меъданинг 2/3 резекцияси бажарилган беморларнинг 32 ҳолатидан 18 нафарида (56,3%) бажаришга эришилди 32 ($p < 0,001$). Бизнинг кўрқувимизга қарамадан, ЮИКли беморларда ЯГДҚКни радикал жарроҳлик усули билан даволашни ортиши, жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар сонини ортишига олиб келмади (7-жадвалга қаранг). Бундан ташқари, радикал резекцияда яра субстратини олиб ташлаш, чокларни битмай қолиши заминидаги перитонит (10,4 дан 6,3% гача, $p = 0,519$) ва қон кетишини қайталаниши (12,5 дан 3,1% гача, $p = 0,147$) каби тажоввузкор жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни ривожланиш ҳавфини пасайишига олиб келади.

Такрорий геморрагия негизда интенсив даволаш схемасини такомиллаштириш, қон кетиши қайталанишини эрта аниқлаш ва жарроҳлик аралашувини ўз вақтида бажариш ўткир коронар асоратларини 66,7 дан 18,8% гача ($p < 0,001$) ва жарроҳлик амалиётидан кейинги ўлимни 37,5 дан 25,0% гача ишончли пасайишига олиб келди.

Юрак ишемик касалликлари билан хасталанган беморларда ярали гастродуоденал қон кетишларни даволаш компьютер дастури асосидаги персонализацияланган даволаш тактикасидан фойдаланиш, шунингдек, эндоскопик гемостазнинг янги усулидан фойдаланиш, интенсив даволаш жараёнини такомиллаштириш тартиби коронар асоратлар сонини статистик ишончли даражасини кўрсатди, яъни 15,0 дан 8,3% ($p < 0,05$), стационар даволаш муддатининг, ўрин-кун кўрсаткичининг ўртача даражаси $18,5 \pm 2,1$ дан $12,4 \pm 1,15$ гача ($p < 0,05$) ва умумий ўлим даражаси 18,4 дан 6,7% гача ишончли пасайганини кўрсатди ($p < 0,001$) (8-жадвал).

8-жадвал.

Юрак ишемик касаллиги билан хасталанган ЯГДҚК даволашнинг умумий натижалари

Кўрсаткичлари	Беморлар гуруҳи		P
	назорат, n=413	асосий, n=254	
Коронар асоратлар, авс. (%)	62 (15,0)	21 (8,3)	0.011
Стационар даволаниш муддатлари, ўрин-кун, $M \pm m$	$18,5 \pm 2,1$	$12,4 \pm 1,15$	$< 0,05$
Умумий ўлим даражаси, авс. (%)	76 (18,4)	17 (6,7)	$< 0,001$

ХУЛОСАЛАР

«Юрак ишемик касаллиги бор беморларда гастродуоденал қон кетишларни жарроҳлик усули билан даволаш тактикасини такомиллаштириш» мавзусидаги фан доктори (DSc) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. ЯГДҚК билан касалхонага ётқизилган юракнинг ишемик касаллиги билан хасталанган беморларнинг ўртача ёши $62,8 \pm 10,8$ йилни ташкил этади. ЮИК фонидagi ЯГДҚК эркаклар ва аёлларда тахминан бир хил сонда учрайди (52,7% га қарши 47,3%). ЮИК билан оғриган беморларда гастродуоденал қон кетиш манбаси бўлиб, яра касаллиги билан қиёслаш бўйича кўпинча ўткир яралар ҳисобланади (62,1% га қарши 37,9%). Сурункали ярадан қон кетиши билан касалхонага тушган ЮИК билан оғриган 95,3% беморлар яра анамнезига эга, шу билан боғлиқ ҳолда яра анамнезининг мавжудлиги антиагрегат даволаш фонидa ЯГДҚКни ривожланиш предикторининг рўйхатига киритиши лозим ва ушбу тоифа беморларида қайта эндоскопик текширишларни ва ярага қарши профилактик чора-тадбирларни ўтказиш зарур.

2. ЯГДҚК фонидagi ЮИК билан оғриган беморларда миокардни қисқариш қобилиятини ишончли пасайиши қайд этилади, бу ЭхоКГда ташлаш фракциясини (ТФ) $44,2 \pm 4,97\%$ гача ва зарбали ҳажм (ЗХ) $78,5 \pm 5,84$ мл гача, пасайиши, чап қоринча миокард массасини (ЧҚММ) $165,1 \pm 16,8$ г ортиши кўринишидаги чап қоринча ҳажмини кенгайтиши ва чап қоринча миокард массасининг индекси (ЧҚММИ)ини $124,7 \pm 12,4$ г/м² гача ортиши қайд этилади.

3. Юракнинг ишемик касаллиги билан хасталанган беморларда ЯГДҚКнинг қайталанишларини умумий сони 11,6% ни, гемостазни эндоскопик текшириш усуллари қўлланилгандан сўнг эса-7,3% ташкил этди, гемостазни профилактик эндоскопик усули қўлланилишидан бош тортиш ҳолатларидан сўнг юзага келиши мумкин бўлган қон кетишда қайталанишлар хавфи 27,1%гача ортади. Қон кетишини қайталаниши сабабли жарроҳлик амалиёти ўтказилган ЮИК билан хасталанган беморларда жарроҳлик амалиётидан кейинги ўлим ҳолати 37,5%ни, ўткир коронар эксцесслар сони-66,7% ни ташкил қилиб, унинг асоратидан юзага келадиган ўлим ҳолати эса 93,5% ташкил қилди.

4. Юракнинг ишемик касаллиги негизига эга бўлган ЯГДҚКли беморларни интенсив даволаш схемасига азот оксидининг доноратори – тиворель дори воситасини киритилиши чап қоринча ташлаш фракциясини $47,1 \pm 4,61$ дан $52,0 \pm 4,4\%$ ($p < 0,01$) гача аҳамиятли яхшиланишига ва миокарднинг маҳаллий қисқариши индексини $1,93 \pm 0,24$ дан $1,89 \pm 0,20$ бирликкача пасайишига, креатинфосфаткиназа, лактатдегидрогеназа, тропонин, аспартат аминотрансфераза ва миоглобин каби миокарднинг шикастланиш маркерларини қон плазмасидаги концентрациясини ишончли пасайишига олиб келади.

5. Глюкозанинг 40%ли эритмасининг аутоплазмали аралашмаси ва аргон–плазмали коагуляцияни қўллашда меъданинг шиллиқ ҳамда шиллиқ ости қаватлари ва ЎБИни электракоагуляцияси ҳамда спирт билан склеротерапиясидан фарқли равишда периульцероз соҳани дегенератив-некротик ўзгаришлари кузатилмади, қон томир ва микроколлекторларни бириктирувчи тўқима билан қопланиши қайд этилади, бунда аргон-плазмали коагулятор гемостазида қон кетиши қайталанишини ривожланиш хавфи 11,1 дан 2,9%гача сезиларли пасаяди ва глюкозанинг 40%ли эритмаси билан аутоплазма аралашмасини қўлланилишида қон кетишини қайталаниш эҳтимоллиги рад этилади.

6. Касалланиш хавфи юқори бўлган беморлар гуруҳида қон кетишини қайталанишини башоратлаш учун ишлаб чиқилган компьютер дастури ёрдамида сезувчанлик, махсуслик ва умумий аниқлик мос холда 82,2, 80,0 ва 76,7%ни ташкил этиб, ҳаёт учун хавф туғдирувчи такрорий қон кетишларни эрта аниқлашга (ўртача 3,3 соат олдин) ва қон йўқотишни ($635,9 \pm 232,9$ га қарши $804,2 \pm 289,5$ мл, $p < 0,05$) ишончли энг кам хажми негизидаги янада ижобий шароитларда қутқарувчи жарроҳлик усули билан даволашларни эрта бажаришга сабаб бўлади, бу эса ЯГДҚК сабабли радикал жарроҳлик аралашувлари учун шароитларни кенгайтиради.

7. Ўткир коронар синдром белгиларисиз ЮИК билан оғриган беморларда ЯГДҚКни жарроҳлик усули билан даволашни радикаллигини ошириш, яра касаллиги билан ишончли даволашни таъминлаган холда, бир вақтнинг ўзида жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар сонини ошишига олиб келмайди, жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда чокларни ушламаслиги ва перитонитни (10,4 дан 6,3% гача, $p = 0,519$) ва қон кетишин қайталанишини (12,5 дан 3,1% гача, $p = 0,147$) ривожланиш сонини пасайтиришга олиб келади. Қон кетишини қайталаниш фонида интенсив даволаш схемасини такомиллаштириш, қон кетишини қайталанишини эрта аниқлаш ва жарроҳлик аралашувини ўз вақтида бажариш ўткир коронар асоратлар сонини 66,7 дан 18,8% гача ($p < 0,001$) ишончли пасайишига ва жарроҳлик амалиётидан кейинги ўлим ҳолатини сезиларли 37,5 дан 25,0% гача ($p = 0,243$) камайишига олиб келади.

8. Эндоскопик гемостазни янги усуллари, интенсив даволаш схемасини такомиллаштириш, компьютер дастурларини қўллаш асосида ЮИК билан оғриган беморларда шахсийлаштирилган даволаш тактикасини қўллаш, коронар асоратлар сонини 15,0 дан 8,3% гача ($p < 0,05$), касалхонада даволашнинг ўртача муддатларини $18,5 \pm 2,1$ дан $12,4 \pm 1,15$ гача койка-кунларигача ва умумий ўлим ҳолатини 18,4 дан 6,7% гача ($p < 0,001$) статистик аҳамиятли пасайтиришга сабаб бўлади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/3012. 2019.Tib.63.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ
ЦЕНТРЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

РАХИМОВ РАСУЛБЕК ИБРОХИМОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

14.00.40 – Экстренная медицина

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ
ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК (DSc)**

Ташкент – 2021

Тема докторской диссертации зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2019.2.DSc/Tib384

Диссертационная работа выполнена в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета (www.emerg-centre.uz) и информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научный консультант: Хаджибаев Абдухаким Муминович,
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: Акилов Хабибулла Атауллаевич,
доктор медицинских наук, профессор

Лигай Руслан Ефимович,
доктор медицинских наук

Муллабаева Гузал Учқуновна,
доктор медицинских наук

Ведущая организация: ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и
травматологии» РФ

Защита состоится «11» мая 2021 г. в 14.00 часов на заседании научного совета DSc.04/2012.2019.Tib.63.01 при Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (Адрес: 100081, Ташкент, Чиланзарский район, ул. Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05; e-mail: uzmedicine@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в информационно-ресурсном центре Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (зарегистрирована за №__). Адрес: 100115, Ташкент, Чиланзарский район, ул. Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05.

Автореферат диссертации разослан «10» апреля 2021 года.
(реестр протокола рассылки №01 от 10 апреля 2021 года).



Д.А.Алимов
Заместитель председателя научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук

Х.Э.Анваров
Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней доктор философии по медицинским наукам

Б.К. Алтнев
Председатель научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской (DSc) диссертации)

Актуальность и востребованность темы диссертации. В последние годы благодаря внедрению современных диагностических технологий, использованию новых противоязвенных препаратов летальность при язвенных кровотечениях удалось снизить в среднем до 10%. По данным многих исследователей, у больных старшей возрастной группы, имеющих большое количество сопутствующих заболеваний, «...летальность возрастает как при консервативном, так и при оперативном лечении...»¹. Среди сопутствующих патологий, на фоне которых язвенные гастродуоденальные кровотечения (ЯГДК) протекают особенно тяжело, важное место занимают заболевания, сопровождающиеся коронарной недостаточностью, в современной версии включающие нестабильную стенокардию, острый коронарный синдром (ОКС) с подъемом и без подъема ST, а также острый инфаркт миокарда. В целом ишемическая болезнь сердца (ИБС) и язвенные кровотечения в отдельности занимают первые места в структуре общей заболеваемости и смертности. В случаях же сочетанного развития этих нозологий наблюдается их взаимоотягощающее влияние, что обуславливает высокую летальность, которая варьирует от 37 до 70%. К большому сожалению, такая тактика предусматривает «...либо излишний консерватизм в лечении язвенного кровотечения, сопровождающийся большим числом рецидивов, либо чрезмерную хирургическую активность язвенного гемостаза, приводящую к увеличению коронарных осложнений...»². На основании вышеприведенных данных можно сделать вывод о том, что в настоящее время существует настоятельная необходимость дальнейших исследований по проблеме лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений на фоне ишемической болезни сердца.

Во всем мире основное внимание уделяется научным исследованиям, направленным на совершенствование диагностической лечебной тактики язвенных гастродуоденальных кровотечений при ишемической болезни сердца. В этой связи особое значение приобретает изучение клинικο-демографических характеристик гастродуоденальных язв при ишемической болезни сердца, функционального состояния миокарда на фоне ЯГДК при ишемической болезни сердца, послеоперационных и общих осложнений после применения различных методов лечения, совершенствование режима интенсивной терапии и повышение ее эффективности, а также сравнительный анализ результатов клинической и морфологической оценки эффективности методов эндоскопической остановки гастродуоденальных кровотечений на фоне ИБС и разработка достоверного и безопасного метода эндоскопического гемостаза.

¹Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Маев И.В. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2016. – Т. 26, №6. – С. 40-54.

²Искаков Б.С., Уменова Г.Ж., Шепшелевич Ю.В. Алгоритм диагностики гастродуоденальной патологии у больных ИБС // Вестн. Казахского нац. мед. ун-та. – 2017. – №1. – С. 149-153.

В нашей стране особое внимание уделяется совершенствованию системы здравоохранения, в частности повышению качества диагностики, лечения и профилактики различных хирургических заболеваний. В стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы определены задачи для поднятия уровня оказания медицинской помощи населению «...повышение доступности и качества оказания специализированной медицинской службы, дальнейшее реформирование скорой и экстренной медицинской помощи, профилактика инвалидности...»³. Исходя из этого, целесообразно проведение исследований, направленных на совершенствование тактики диагностики и лечения гастродуоденальных кровотечений при ишемической болезни сердца.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренным в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-4947 от 7 февраля 2017 года «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», № УП-4985 от 16 марта 2017 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы экстренной медицинской помощи», № УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», в Постановлении Президента Республики Узбекистан № ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации⁴. Ряд научных исследований, направленных на совершенствование тактики диагностики и лечения гастродуоденальных кровотечений при ишемической болезни сердца, был проведен ведущими мировыми исследовательскими центрами и высшими учебными заведениями, в том числе University of Washington, University of Miami Miller, University of Kansas, University of Duke (США), University Hospital Lewisham, University of Leeds (Англия), University of Gothenburg (Швеция), University of Copenhagen (Дания), University of Pavia (Италия), Universität Würzburg, University Hospital Schleswig-Holstein (Германия), Université d'Angers (Франция), University of Hong Kong (Китай),

³Указ Президента Республики Узбекистан № УП-4947«Стратегия действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах»от 7 февраля 2017 года.

⁴Анализ зарубежных научно исследовательский работ приведен на основе изучения материалов с сайтов www.uottawa.ca; www.med.miami.edu, web.unipv.it; www.duke.edu; www.univ-angers.fr/fr/index.html, <https://www.mcmaster.ca>; www.sklifos.ru, ifnmu.edu.ua, www.english.us.edu.pl, www.keio.ac.jp, www.atauni.edu.tr, www.lewishamandgreenwich.nhs.uk, www.uksh.de, www.utoronto.ca, www.fudan.edu.cn, www.ucalgary.ca; www.univ-nantes.fr; www.ufsc.br; www.uq.edu.au; www.fimmu.com; www.en.csu.edu.cn; www.cu.edu.eg; www.gu.se; www.ku.dk; www.ifnmu.com, www.gu.se, www.helsinki.fi, www.ku.dk.

McMaster University, University of Toronto (Канада), University of Silesia (Польша), Keio University (Япония), Helsinki University (Финляндия), National Medical Research Center of Cardiology (Moscow, Russia), National medical research center of cardiology of the Ministry of healthcare of the Russian Federation (Россия), Ivano-Frankovsk National Medical University (Украина), Республиканским научным центром экстренной медицинской помощи (Узбекистан).

Были проведены научные исследования, целью которых было усовершенствование тактики диагностики и лечения гастродуоденальных кровотечений при ишемической болезни сердца, в том числе доказана эффективность аписабана и варфарина, применяемых с целью профилактики инсульта и тромбоэмболии, возникающих в результате кровотечений у пациентов с фибрилляцией предсердий (University Duke, США); доказана высокая частота факторов риска, таких как анемия, дивертикулез, язва желудка и кишечника а также смертельных исходов, возникающих в результате кровотечения в желудочно-кишечном тракте у пациентов старшего возраста (University of Pavia, Италия); разработан механизм экспресс-определения бактерий в крови с помощью микрочипов на основе ДНК (Helsinki University, Финляндия); доказано значение диетотерапии при синдроме узкого кишечника и хронической кишечной недостаточности (University of Copenhagen, Дания); разработана тактика лечения, направленная на предотвращение кровотечения в верхней части желудочно-кишечного тракта, профилактику тромбоза при ишемической болезни сердца (Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии, Россия); дана оценка схемы коррекции на основе микроэлементов при профилактике недостаточности гомеостаза и оксидации больных с острой кишечной недостаточностью (Ivano-Frankovsk National Medical University, Украина); проведена сравнительная оценка риска желудочно-кишечного кровотечения среди пользователей ингибиторами P2Y₁₂ третьего поколения с клопидогрелем (University of Hong Kong, Китай)); разработаны клинические критерии развития сепсиса с помощью мультипараметрической логистической регрессии University of Toronto, (Канада); доказано прогностическое значение границ периферической резекции после хирургического вмешательства при опухолевых заболеваниях прямой кишки (Fudan University, Китай); показана связь уровня кровотечения с применением двойной антитромбоцитарной терапии (DAPT), доказана связь уровня кровотечения с применением DAPT, когда в результате использования антитромбоцитарных препаратов уровни кровотечения (UGIB и LGIB) у пациентов одинаковые (University of Kansas, США); усовершенствованы

диагностика и тактика лечения гастродуоденальных кровотечений при ИБС (Узбекистан).

В мире ведутся исследования по диагностике и тактике лечения гастродуоденальных кровотечений у пациентов с ишемической болезнью сердца, в том числе разработана модифицированная интегральная шкала, позволяющая прогнозировать тяжесть течения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с коронарными нарушениями; предложена тактика лечения разных форм ЯГДК у больных с ишемической болезнью сердца, обоснованы показания к широкому использованию радикального хирургического вмешательства, а также компьютерной программы выбора тактики индивидуальной терапии язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с ИБС, предложены также новые методы эндоскопического гемостаза и системы интенсивной терапии с помощью компьютерной программы.

Степень изученности проблемы. Несмотря на многочисленные научные исследования, проблема диагностики и лечения ЯГДК с ИБС в экстренной абдоминальной хирургии до настоящего времени сохраняет свою актуальность. Большинство работ посвящено изучению вопросов диагностики и лечения ЯГДК, сочетающихся с ИБС, традиционным клинико-лабораторным и инструментальным методам, которые в силу своей ограниченности не могут точно отразить тяжесть сочетанных патологических состояний (Лузина Е.В., Ларева Н.В., Жилина А.А., 2017). При этом основное внимание было обращено на выявление причин поздней диагностики язвенного кровотечения у больных с коронарными нарушениями. Решение данной задачи предусматривает, во-первых, необходимость расширения показаний к эндоскопическим манипуляциям у этой группы пациентов, во-вторых, использование новых методов гемостаза кровотечения из ран, которые отличаются от известной простоты, доступностью и эффективностью (Tomishima K. et al., 2018). В связи с этим возникла необходимость в разработке интегральной шкалы для прогнозирования категории тяжести и выбора тактики лечения этих сочетанных патологий на основании компьютерной программы (Gralnek I.M. et al. 2015). Это связано с тяжестью состояния пациента, отягощающим влиянием друг на друга обоих заболеваний, нестабильностью центральной гемодинамики, выраженной анемией и необходимостью эффективного лечения (Tomishima K., 2018).

При сочетанном течении ЯГДК с различными клиническими вариантами ИБС пациенту, с одной стороны, назначают интенсивную инфузионную терапию, но на фоне сердечной недостаточности она имеет определенные ограничения. Для достижения эффекта необходимо использовать антиоксидантные, антигипоксантами препараты миокардиоцитопротекторы, направленные на стабилизацию изменений, возникающих при метаболической ишемии миокарда (Цапко Л.П., Афанасьев С.А., Максимов И.В., 2016).

В Узбекистане ряд ученых проводили исследования по этим аспектам желудочно-кишечной патологии (Алиджанов Ф.Б., 2010; Хаджибаев А.М., 2015; Каримов Ш.И., 2016; Акилов Х.А., 2017). Очевидно, что у некоторых больных с ЯГДК и ИБС возникает необходимость в хирургическом гемостазе (Хаджибаев А.М. и др., 2020), однако система оценки диагностической и лечебной тактики при гастродуоденальном кровотечении при ишемической болезни сердца не до сих пор не разработана.

Связь темы диссертации с научно-исследовательскими работами высшего учебного и научно-исследовательского учреждения, где выполнялась диссертация. Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в рамках фундаментального грантового проекта № Ф5 СС-055 по теме «Структурные основы механизмов ульцерогенеза, совершенствование хирургической практики осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки» (2014-2018 гг.).

Целью исследования является разработка предложений и рекомендаций путем усовершенствования тактики хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с ишемической болезнью сердца и внедрение новых лечебно-диагностических алгоритмов.

Задачи исследования:

оценить клинические и демографические особенности язвенных гастродуоденальных кровотечений у пациентов с ишемической болезнью сердца;

оценить функциональное состояние миокарда на фоне язвенных гастродуоденальных кровотечений при ишемической болезни сердца;

определить характер осложнений язвенных гастродуоденальных кровотечений при ишемической болезни сердца, а также послеоперационных и общих осложнений после применения различных схем лечения заболевания;

усовершенствовать схему интенсивной терапии и оценить ее эффективность у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями на фоне ишемической болезни сердца;

оценить эффективность эндоскопической остановки гастродуоденальных язвенных кровотечений на фоне ишемической болезни сердца и предложить надежный и безопасный метод эндоскопического гемостаза;

создать модифицированную интегральную шкалу для прогнозирования тяжести язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с коронарными нарушениями и разработать тактику их лечения;

оценить показания к применению компьютерной программы выбора индивидуальной лечебной тактики при лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с ишемической болезнью сердца;

усовершенствовать эндоскопические методы гемостаза и схему интенсивной терапии и оценить клиническую эффективность компьютерной

программы выбора индивидуальной тактики лечения при терапии язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с ИБС.

Объектом исследования служили 667 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями и ишемической болезнью сердца, находившихся на стационарном лечении в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи в 2010-2020 гг.

Предмет исследования составляют результаты традиционных и новых методов диагностики и лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с ишемической болезнью сердца.

Методы исследования. В исследовании оценивалась клиническая готовность пациентов к операции и их общее состояние с целью совершенствованию диагностики и лечебной тактики гастродуоденального кровотечения при ишемической болезни сердца по клиническому методу; инструментальные (ЭФГДС, УЗИ, рентгенография брюшной полости и грудной клетки, ЭКГ, ЭХОКГ), биохимические и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

показан риск развития два опасных для жизни осложнения при применении различных стратегий лечения – рецидив кровотечения и острый коронарный эксцесс;

доказана эффективность усовершенствованной схемы интенсивной терапии больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями на фоне ишемической болезни сердца, а также безопасность методики эндоскопического гемостаза – инъекции в периульцерозную зону смеси аутоплазмы с 40% раствором глюкозы;

доказана необходимость тактического подхода к прогнозированию течения заболевания и оценки тяжести состояния с помощью модифицированной шкалы SAPS-РНЦЭМП, с помощью которой можно определить функциональное состояние больных травматологического профиля;

расчет прогностической ценности различных клинических и лабораторных признаков позволил выбрать наиболее информативные предикторы осложненного и неблагоприятного течения заболевания на примере язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с ишемической болезнью сердца;

впервые на основе модифицированной интегральной шкалы оценки общего состояния и прогнозирования тяжести течения заболевания разработана и внедрена в клиническую практику компьютерная программа выбора персонализированной тактики лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с различными клиническими вариантами ишемической болезни сердца;

обоснована тактика сохранения жизни пациента и снижения объема кровотечения путем применения радикального хирургического метода язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с ишемической болезнью сердца в условиях индивидуальной тактики лечения.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

предложен новый метод эффективной диагностики и лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений на фоне ишемической болезни сердца;

дана оценка использования современных антиоксидантных, антигипоксантных лекарственных препаратов в лечении ЯГДК у больных с ишемической болезнью сердца;

разработанная модифицированная интегральная шкала оценки общего состояния и прогнозирования тяжести течения ЯГДК у больных с различными клиническими формами ИБС и созданная на ее основе компьютерная программа позволяют оптимизировать диагностику и выбор обоснованной тактики лечения;

внедрение в клиническую практику нового лечебного алгоритма с компьютерной программой выбора тактики лечения больных с ЯГДК с различными клиническими вариантами ишемической болезни сердца привело к снижению количества осложнений.

Достоверность результатов исследования обосновывается применением теоретических подходов и методов, методологической точностью проведенных исследований, достаточным числом больных, обработкой данных с помощью современных взаимодополняющих клинических, лабораторных, инструментальных и статистических методов, а также совершенствованием тактики диагностики и лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений при ишемической болезни сердца. Полученные данные, сопоставимые с результатами международных и отечественных исследований, были подтверждены полномочными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Теоретическая значимость полученных результатов исследования заключается в том, что положения, выводы и предложения существенно расширяют знания о клинико-функциональных особенностях течения ЯГДК у больных с различными вариантами ишемической болезни сердца. Основные теоретические результаты являются базой для дальнейшего изучения особенностей течения этих грозных состояний с целью разработки новых конкурентных методов диагностики и лечения.

Практическая ценность работы заключается в том, что основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы при диагностике и лечении ЯГДК у пациентов с коронарными нарушениями, при этом процесс диагностики и лечения этих патологических состояний значительно оптимизирован путем разработки модифицированной интегральной шкалы прогноза категории тяжести их течения и новой компьютерной программы выбора обоснованной тактики лечения ЯГДК у пациентов с ИБС.

Внедрение результатов исследования. На основе полученных научных результатов по оценке улучшения результатов диагностики и лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений при ишемической болезни сердца:

утверждена методическая рекомендация «Интеллектуальная компьютерная система диагностики выбора рационального лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с ишемической болезнью сердца» (Заключение Министерства здравоохранения №8н-д/235 от 16 декабря 2020 г.). Компьютерная программа позволила выбрать тактику адекватного лечения гастродуоденального язвенного кровотечения при наличии ишемической болезни сердца;

получен патент на изобретение «Новый способ эндоскопического язвенного гемостаза» (FAP 0200131/1) Агентства интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. Данный метод обеспечивает надежный гемостаз при язвенных гастродуоденальных кровотечениях;

научные результаты по улучшению диагностики и лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений при ишемической болезни сердца внедрены в практику здравоохранения, в частности используются в работе реанимационных отделений Самаркандского, Хорезмского и Наманганского филиалов Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (Заключение Министерства здравоохранения №8н-з /11 от 9 января 2021 года). Внедрение полученных результатов в клиническую практику позволило улучшить качество лечения гастродуоденальных кровотечений на фоне ишемической болезни сердца благодаря уменьшению количества послеоперационных осложнений. Так, в основной группе количество рецидивов кровотечений было меньше, чем в контрольной группе в 2,5 раза, коронарных осложнений, возникающих в результате ишемических заболеваний сердца, – в 1,9 раза, послеоперационная и общая летальность – соответственно в 2,25 и 4,4 раза.

Апробация научных результатов. Результаты работы обсуждены на 2-х международных и 3-х республиканских научно-практических конференциях.

Опубликованность научных результатов. По теме диссертации опубликовано 26 работ, в том числе 14 журнальных статьи в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций, из них 8 в республиканских и 6 в зарубежных.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 198 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении показаны актуальность и востребованность проведенного исследования, отражены цель и задачи, даны характеристики объекту и предмету исследования, продемонстрировано соответствие диссертационной работы приоритетным направлениям науки и технологий Республики, изложены научная новизна и практические результаты исследования, обоснована достоверность полученных результатов, раскрывается их научная и практическая значимость, приводятся данные о внедрении в практику

результатов исследования, а также сведения об опубликованных работах и структуре диссертации.

Первая глава диссертации «**Современные аспекты диагностики и лечения язвенных кровотечений у больных с ишемической болезнью сердца**» посвящена обзору литературы. Глава состоит из трёх подглав, в которых приводятся сведения о современном состоянии проблемы диагностики и лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений у больных с ишемической болезнью сердца. Данные сочетанные патологии являются тяжелыми и сопровождаются высокими показателями заболеваемости и летальности. Традиционные диагностические методы и тактика лечения в силу своих ограниченных возможностей не могут обеспечить полноценную диагностику и эффективную коррекцию язвенных кровотечений у больных с ИБС. В связи с этим существует необходимость проведения дальнейших исследований по усовершенствованию тактики лечения в целом, а также конкретных методов лечения язвенных кровотечений у больных с ИБС.

Во второй главе «**Материалы и методы исследования диагностики и лечения язвенного кровотечения у больных ишемической болезнью сердца**» приведена общая характеристика обследованных больных и описаны методы исследования. Работа основана на анализе результатов диагностики и лечения ЯГДК у 667 пациентов с ИБС, госпитализированных в хирургические отделения РНЦЭМП в 2010-2020 гг. В исследование были включены больные со стабильной и нестабильной стенокардией, ОКС с подъемом и без подъема ST, а также с острым инфарктом миокарда.

В зависимости от тактики лечения и способов лечебно-диагностических процедур больные с ЯГДК, сочетанными с различными клиническими формами ИБС, были разделены на 2 группы: в **контрольную группу** вошли 413 (61,9%) больных, у которых применялась традиционная лечебно-диагностическая тактика; у 254 (38,1%) пациентов **основной группы** осуществлялась оптимизированная лечебная тактика основой, которая включала модифицированную интегральную шкалу прогнозирования тяжести течения ЯГДК с ИБС и компьютерную программу выбора тактики лечения.

Кроме того, у пациентов основной группы лечебный процесс был дополнен усовершенствованной схемой консервативной терапии, новым эндоскопическим способом язвенного гемостаза, а также оптимизацией выбора способа хирургической коррекции ЯГДК.

Среди обследованных мужчин было 352 (52,7%), женщин – 315 (47,3%). Средний возраст больных составил $62,8 \pm 10,8$ года. У 414 (62,1%) обследованных наблюдались острые язвы, у 253 (37,9%) язвенный процесс был хроническим. Острые язвы чаще локализовались в желудке (57,7%), а хронические кровоточащие язвы – в двенадцатиперстной кишке (ДПК) (67,2%). Кроме того, у 15,2% больных с острыми язвами и у 9,1% пациентов с язвенной болезнью имела место смешанная (одновременное поражение желудка и ДПК) локализация язвенного субстрата (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение больных по характеру и локализации кровоточащих язв

Локализация язвы	Контрольная группа, n=413		Основная группа, n=254		Всего, n=667		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Острые язвы, n=414 (62,1%)							
Желудок	156	55,1	83	63,4	239	57,7	
ДПК	81	28,6	31	23,7	112	27,1	
Смешанная	46	16,3	17	13,0	63	15,2	
χ^2 -тест	Df=2, $\chi^2_{\text{стат}}=2,498$, $\chi^2_{\text{крит}}=5,991$, p>0.05						
Всего	283		131		414		
Хронические язвы, n=253 (37,9%)							
Желудок	31	23,8	29	23,6	60	23,7	
ДПК	88	67,7	82	66,7	170	67,2	
Смешанная	11	8,5	12	9,8	23	9,1	
χ^2 -тест	Df=2, $\chi^2_{\text{стат}}=0,128$, $\chi^2_{\text{крит}}=5,991$, p>0,05						
Всего	130		123		253		

Одним из критериев оценки тяжести состояния больных с ЯГДК является степень кровопотери, которую определяли по методу F.D. Moore (1956), основанному на уровне гематокрита. О степени тяжести кровопотери судили по классификации П.Г. Брюсова (1998), основанной на уровне дефицита объема циркулирующей крови и глобулярного объема. Лёгкая степень кровопотери имела место лишь у 98 (14,7%) пациентов, у 339 (50,8%) установлена средняя степень кровопотери, у 230 (34,5%) диагностирована тяжелая степень (табл. 2).

Таблица 2.

Степень кровопотери у обследованных больных

Степень кровопотери	Контрольная группа, n=413		Основная группа, n=254		Всего, n=667		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Легкая	62	15,0	36	14,2	98	14,7	
Средняя	202	48,9	137	53,9	339	50,8	
Тяжелая	149	36,1	81	31,9	230	34,5	
χ^2 -тест	Df=2, $\chi^2_{\text{стат}}=1,657$, $\chi^2_{\text{крит}}=5,991$, p>0,05						

Практически все больные с ИБС, у которых было диагностировано кровотечение из хронических язв, указывали на наличие у них язвенного анамнеза продолжительностью 10 лет и более. Только у 4,7% пациентов были так называемые «немые» язвы. То есть выяснение язвенного анамнеза у больных с ИБС имеет крайне важное значение при назначении антиагрегантной терапии с целью выделения группы высокого риска по ЯГДК, подлежащей эндоскопическому дообследованию и проведению профилактической противоязвенной терапии.

По поводу первого эпизода язвенного кровотечения поступили только 42,7% больных, у остальных пациентов в анамнезе были указания на

предыдущие кровотечения, что определенно указывает на необходимость усиления мер профилактики и повышения эффективности противоязвенной терапии у больных с ИБС, перенесших язвенные кровотечения.

В третьей главе диссертации «**Диагностика гастродуоденальных кровотечений и оценка функционального состояния сердца при сочетании геморрагии с ИБС**» систематизированы наши подходы к диагностике и оценке источника и характера ЯГДК у больных с различными формами ИБС. Наличие явной клиники кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (мелена, рвота “кофейной гущей” и кровью) является абсолютным показанием к проведению ЭГДФС независимо от формы ИБС. При эндоскопии активность кровотечения из гастродуоденальных язв оценивали согласно классификации Форреста (1974).

У больных с ИБС продолжающиеся кровотечения (F1A и F1B) при острых изъязвлениях слизистой оболочки желудка и ДПК возникали достоверно чаще, чем при хронических язвах (24,4% против 15,8%, $\chi^2=6.944$, $p=0.009$). При этом у 18 (2,7%) имело место струйное, артериальное кровотечение (F1A), у 123 (18,4%) пациентов отмечалось подсачивание крови в виде венозного кровотечения (F1B) (рис. 2). Соответственно с остановившимся кровотечением по F2 и F3 (рис. 3) при ИБС чаще поступали пациенты с хронической язвой (84,2% против 75,6%, $p=0.009$).

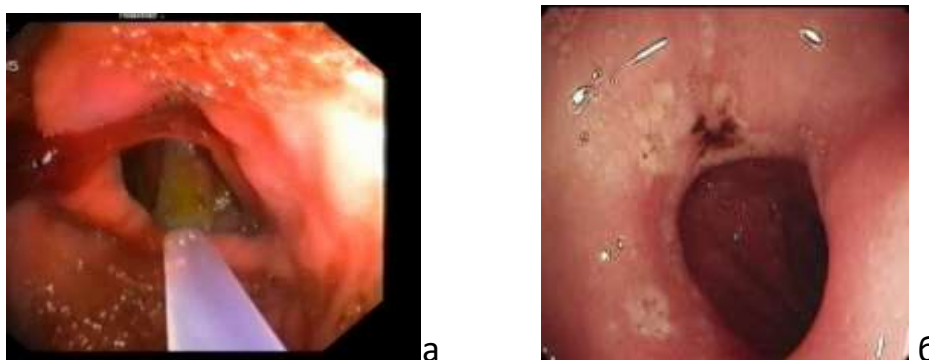


Рис. 2. Эндофотограмма: язвенное кровотечение по F1A (а) и F1B (б).



Рис. 3. Эндофотограмма: язвенное кровотечение по F2A (а), F2B (б), F2C (в).

Функциональное состояние сердца при сочетании геморрагии с ИБС оценивали по данным ЭхоКГ, которая была выполнена 87 больным основной и 114 – контрольной группы (всего 201 (30,1%) пациенту с ЭКГ-признаками

ОКС с подъемом сегмента ST и ОИМ). Выявлено, что на фоне ЯГДК отмечается достоверное снижение сократительной способности миокарда, что на ЭхоКГ проявляется снижением фракции выброса (ФВ) до $44,2 \pm 4,97\%$ и ударного объема (УО) до $78,5 \pm 5,84$ мл, расширением объема левого желудочка в виде повышения массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) до $165,1 \pm 16,8$ г и индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) до $124,7 \pm 12,4$ г/м² (табл. 3).

Таблица 3.

Показатели ЭхоКГ в норме и до проведения консервативного лечения у обследованных больных, n=201 (M ± m)

Показатель	В норме	До лечения,	p
ММЛЖ, г	125,8±24,5	165,1±16,8	<0,01
ИММЛЖ, г/м ²	82,3±10,4	124,7±12,4	<0,01
ТЗСЛЖ, мм	9,6±0,8	11,6±0,98	<0,01
МЖП, мм	9,8±0,9	11,2±0,9	<0,05
ФВ, %	55,8±5,2	44,2±4,97	<0,01
УО, мл	82,7±18,6	78,5±5,84	<0,05

Практически у половины (291; 43,5%) больных, включенных в исследование, ЭГДФС выполнялась на фоне клинической и ЭКГ-картины острых коронарных эксцессов в виде острого коронарного синдрома (231; 34,6%) и острого инфаркта миокарда (60; 8,9%) (табл. 4). У этих пациентов диагностическую и лечебную ЭГДФС проводили в условиях отделения хирургической реанимации под наблюдением кардиолога. Во время проведения эндоскопических процедур на фоне ОКС и ОИМ развитие ОССН или кардиогенного шока не зафиксировано.

Таблица 4.

Клинические и ЭКГ формы ИБС у больных с ЯГДК, n=667

Разновидность ИБС	Контрольная группа, n=413		Основная группа, n=254		Всего, n=667	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Стенокардия напряжения/прогрессирующая	264	63,9	112	44,1	376	56,4
Острый коронарный синдром:	118	28,6	113	44,5	231	34,6
<i>без ↑ST</i>	48	11,6	42	16,5	90	13,5
<i>с ↑ST</i>	70	16,9	71	28,0	141	21,1
Острый инфаркт миокарда:	31	7,5	29	11,4	60	9,0
<i>без зубца Q</i>	24	5,8	23	9,1	47	7,0
<i>с зубцом Q</i>	7	1,7	6	2,4	13	1,9
χ ² -тест	Df=2, χ ² _{стат} =25,148, χ ² _{крит} =9,21, p<0,001					

Данное положение, указывающее на относительную безопасность ЭГДФС, побудило нас более активно применять этот метод у пациентов с острыми коронарными эксцессами, в связи с чем в основной группе удельный вес лиц с ЭКГ-признаками ОКС и ОИМ составил 55,9% против 36,1% в контрольной группе (p<0,001).

В четвертой главе диссертации «**Результаты лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у пациентов с ИБС при использовании традиционных подходов**» представлены результаты

применения общепринятой тактики лечения у больных контрольной группы (n=413). В зависимости от характера и интенсивности ЯГДК, которые оценивали при ЭГДФС по классификации Forrest, нами были использованы различные способы первичного эндоскопического гемостаза у 301 (72,9%) больного, а у 112 (27,1%) больных с состоявшимся кровотечением по F2B, F2C и F3 проводилась также профилактическая противоязвенная и гемостатическая консервативная терапия (рис. 4). Рецидивы кровотечения при традиционном подходе среди больных с ЯГДК наблюдались у 11,6%: повторное язвенное кровотечение в госпитальный период после первичного гемостаза развилось у 48 из 413 пациентов. Применение традиционных методов эндоскопического гемостаза – электрокоагуляция и инъекции склерозантов – позволили добиться первичной остановки кровотечения у всех 86 больных с активным кровотечением (тип F1) и снизить количество рецидива кровотечения у 215 пациентов с признаками недавнего кровотечения (типы F2A и F2B). Общий показатель рецидива геморрагии после применения эндоскопических методов остановки кровотечения составил 7,3%, тогда как при отказе от использования этих методов ввиду наличия состоявшегося кровотечения (по F2B, F2C и F3) риск рецидива увеличивался до 27,1%.

Результаты хирургических операций, выполненных по жизненным показаниям на фоне рецидива ЯГДК у больных с ИБС, оказались крайне неудовлетворительными с показателем послеоперационной летальности 37,5% (рис. 3).

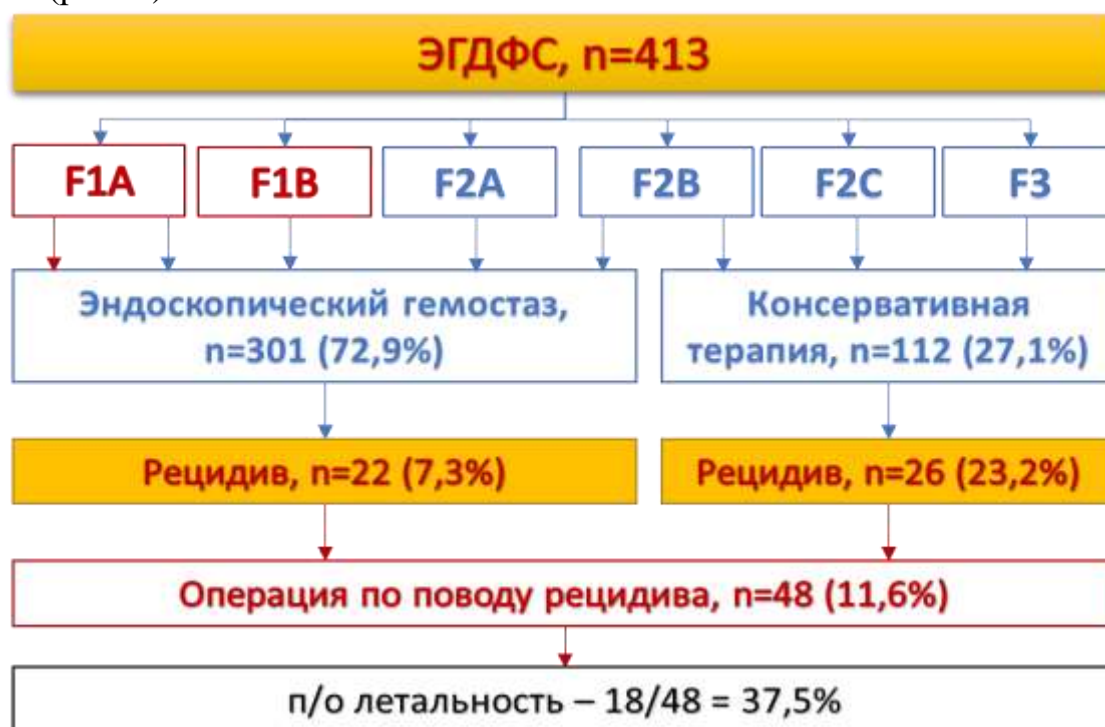


Рис. 3. Эффективность первично использованных методов гемостаза.

Более того, после открытых хирургических вмешательств среди этих пациентов у 66,7% наблюдались острые коронарные эксцессы, тогда как при использовании эндоскопического гемостаза или консервативной терапии у больных с ИБС риск развития коронарных осложнений был равен

соответственно 7,9 и 9,3%. Развитие острых коронарных эксцессов на фоне острых ЯГДК, являясь, наряду с рецидивом кровотечения, наиболее агрессивным и решающим фактором риска неблагоприятного исхода, сопровождается летальностью, достигающей 93,5%.

Показатель общей летальности при традиционной тактике лечения ЯГДК у больных с ИБС составляет 18,4%, при этом летальность от коронарных осложнений достигает 14,0%, что в общей структуре умерших больных достигает 76,3%.

При традиционных подходах к выбору тактики лечения ЯГДК у больных с ИБС наиболее надежными и безопасными методами гемостаза оказалась эндоскопические способы, при применении которых отмечалась наименьшая частота рецидивов кровотечения (6,1%) и острых коронарных синдромов (7,9%). Данное обстоятельство побудило нас к поиску путей расширения показаний к эндоскопическому гемостазу, повышению его надежности и безопасности, пересмотру традиционных схем интенсивной терапии с большим акцентом на профилактику и лечения острых коронарных синдромов, персонализации выбора тактики лечения язвенных кровотечений у больных с ИБС на основе надежных шкал прогноза тяжести течения ЯГДК у больных с ИБС.

В пятой главе диссертации **«Совершенствование выбора тактики лечения язвенных кровотечений у больных с ИБС»** представлены описание и результаты оценки информативности новой «Компьютерной программы выбора тактики лечения ЯГДК у больных с ИБС». Наличие у наших больных как минимум двух грозных патологических состояний, каждое из которых несет угрозу для жизни пациента, обусловило то, что в основу компьютерной программы была положена модифицированная интегральная шкала оценки тяжести состояния больных – так называемая SAPS-РНЦЭМП шкала, адаптированная к язвенным кровотечениям у больных с ИБС. При разработке шкалы SAPS-РНЦЭМП с целью отбора наиболее информативных предикторов осложненного течения как ишемической болезни сердца, так и язвенного кровотечения, нами проведена балльная оценка широкого перечня клинических и лабораторных показателей, таких как возраст пациента, состояние сознания, показатели гемодинамики и дыхания, уровень гемоглобина, тромбоцитов, гематокрита, протромбиновый индекс, фибриноген А, мочевины, индекс Альговера, интенсивность кровотечения по Форрест, объем кровопотери, степень и характер изменений в миокарде.

По каждому из отобранных показателей – кандидатов в предикторы осложненного течения ЯГДК при ИБС – было выделено от 3 до 7 диапазонов, которые были оценены от 0 до 3 баллов в зависимости от расчетной величины их прогностического веса. На основе оценки прогностической ценности изученных предикторов было отобрано 18 наиболее достоверных клинико-лабораторных и инструментальных параметров. Чувствительность, специфичность и общая точность предложенной нами прогностической шкалы являются приемлемыми и колеблются в пределах 73-86%.

Компьютерная программа имеет интуитивно понятный рабочий

интерфейс, позволяющий быстро и удобно ввести в программу показатели предикторов осложненного течения заболевания, после чего интегрированный калькулятор в автоматическом режиме рассчитывает итоговую сумму баллов и показывает категорию тяжести состояния пациента, с учетом чего предлагает рекомендации по выбору тактики лечения больного.

В шестой главе диссертации «**Результаты применения новых подходов к лечению ЯГДК у больных с ИБС**» проведен сравнительный анализ результатов комплексного лечения больных контрольной и основной групп.

Как было отмечено выше, у пациентов основной группы применялась усовершенствованная схема интенсивной терапии с широким использованием миокардиоцитопротекторов (Рац. предложение № 00116 от 03.09.2020 г. ТашИУВ). В частности, проведена оценка эффективности препарата Тиворель – донатора оксида азота, при применении которого достоверно снижалась концентрация в плазме крови таких маркеров повреждения миокарда, как креатинфосфокиназа, лактатдегидрогеназа, тропонин, аспаратаминотрансфераза и миоглобин. Кроме того, назначение Тивореля способствовало статистически значимому улучшению фракции выброса левого желудочка с $47,1 \pm 4,61$ до $52,0 \pm 4,4\%$ ($p < 0,01$) и снижению индекса нарушения локальной сократимости миокарда с $1,93 \pm 0,24$ до $1,89 \pm 0,20$ ед.

С учетом задач исследования разработан новый способ эндоскопического гемостаза, суть которого заключается в использовании для периульцерозного введения аутоплазмы с 40% раствором глюкозы в соотношении 2:1 (Патент №FAP20200131/1 от 16.10.2020 г.).

Сравнительный анализ морфологических изменений в периульцерозной зоне при применении различных вариантов эндоскопического гемостаза показал, что после диатермокоагуляции и склеротерапии 40° раствором спирта в сроки до 14 суток сохраняется преобладание альтеративных и экссудативных компонентов. Примерно в эти же сроки происходит разрушение клеток и некротические изменения тканей периульцерозной зоны, что представляет высокий риск рецидива кровотечения.

Совершенно другая морфологическая картина наблюдается при применении аргоно-плазменной коагуляции: на 7-е сутки воспалительные изменения в периульцерозной зоны выражены слабо, однако через две недели после гемостаза в клеточном составе стромы периульцерозной зоны отмечаются существенные сдвиги, характерные для воспалительной реакции. В то же время на 7-е сутки после инфильтрации аутоплазмы+40% раствора глюкозы морфологическая картина зоны инъекции характеризуются умеренно выраженными воспалительными изменениями, а в более поздние сроки отмечается развитие фибриноидной и грануляционной ткани с уменьшением численности кровеносных сосудов и микроколлекторов данной зоны, что препятствует рецидиву кровотечения (рис. 4).

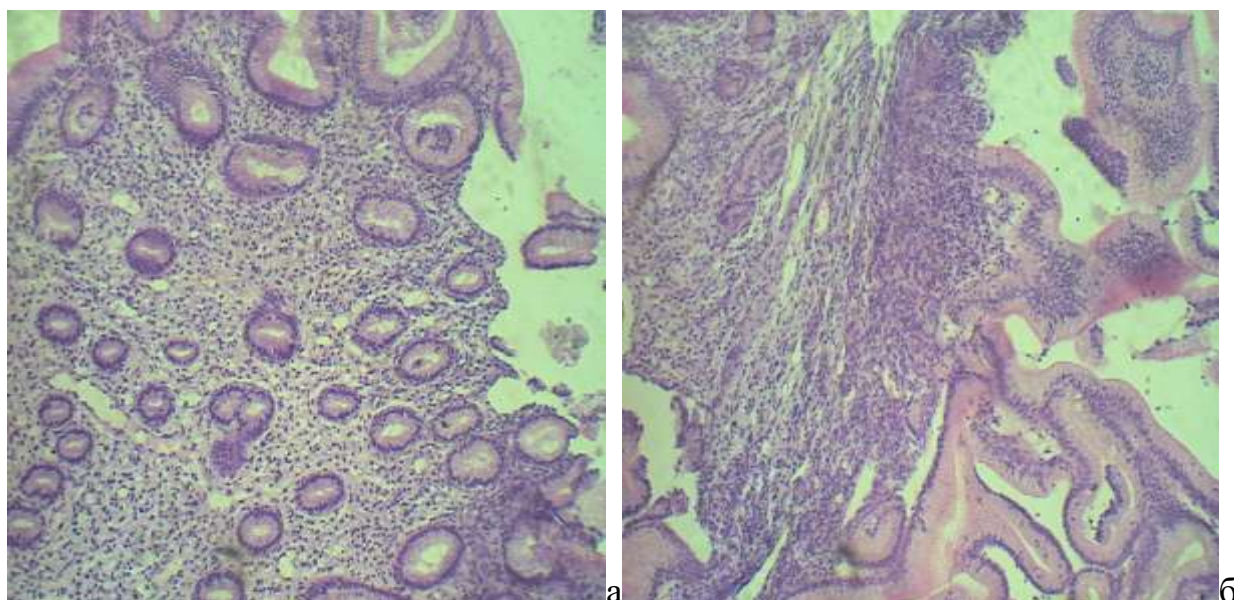


Рис. 4. Морфология язвы и периульцерозной зоны после инфильтрации аутоплазмы+40% раствора глюкозы на 7-е (а) и 14-е (б) сутки.

Таким образом, в отличие от воздействия на слизистую и подслизистую оболочки желудка и ДПК электрокоагуляции и склеротерапии спиртом, при воздействии аргоно-плазменной коагуляции и смеси аутоплазмы с 40% раствором глюкозы не развиваются дегенеративно-некротических изменения, в связи с чем существенно снижается риск развития рецидива кровотечения. Кроме того, после воздействия последних двух методов рецидиву кровотечения препятствует замещение кровеносных сосудов и микроколлекторов соединительной тканью в периульцерозной зоне.

С целью клинического подтверждения вышеуказанного утверждения нами проведен сравнительный анализ частоты рецидива ЯГДК у больных с ИБС с кровотечением по F-2A и F-2B (n=180). Было выявлено, что при применении методов эндоскопического гемостаза в виде электрокоагуляции и склеротерапии спиртом частота рецидива кровотечения в госпитальный период составляет соответственно 11,1 и 7,5%, тогда как при использовании аргоно-плазменной коагуляции этот показатель снижается до 2,9% (p=0,190), а инъекции аутоплазмы с 40% раствором глюкозы позволяют избежать этого грозного осложнения (p<0,05) (табл. 5).

Применение в основной группе пациентов (I) компьютерной программы выбора тактики лечения ЯГДК у больных с ИБС, с помощью которой определяли оптимальные для каждого пациента схемы эндоскопического мониторинга рецидива кровотечения, (II) усовершенствованной схемы интенсивной терапии, направленной, в том числе, и на кардиомиоцитопroteкцию, (III) нового способа эндоскопического гемостаза, обеспечивающего более надежную остановку кровотечения и не вызывающего некроз слизистой оболочки желудка и ДПК (риск язтрогенного кровотечения), способствовало раннему выявлению рецидива кровотечения и выполнению хирургического вмешательства в более благоприятных условиях.

Таблица 5.

Частота рецидива ЯГДК после применения различных методов эндоскопического гемостаза у больных с кровотечением по F-2A и F-2B

Метод эндоскопического гемостаза	Число больных	Рецидив кровотечения		p (к группе электрокоагуляции)
		абс.	%	
Электрокоагуляция	27	3	11,1	
Склеротерапия спиртом	80	6	7,5	0.559
Аргоно-плазменная коагуляция	35	1	2,9	0.190
Аутоплазма+40% р-р глюкозы	38	0	0,0	0.036
Всего	180	10	5,6	

Так, если у пациентов контрольной группы рецидив ЯГДК устанавливали преимущественно по клиническим признакам (учащение пульса, снижение АД, показателей красной части крови и Ht, появлению крови по желудочному зонду) в среднем через $12,1 \pm 5,4$ часа (табл. 6), то у больных основной группы рецидив кровотечения, как правило, выявляли при «программированной» эндоскопии, выполненной в сроки, рекомендованные компьютерной программой (в среднем через $8,8 \pm 4,2$ часа), до появления клинических признаков рецидива.

Таблица 6.

Сроки операции, объем кровопотери к моменту операции, объем и характер операции при ЯГДК у больных с ИБС

Показатель	Контрольная группа, n=48	Основная группа, n=32	p
Срок операции с момента поступления в клинику, ч, M \pm σ	12,1 \pm 5,4	8,8 \pm 4,2	0,005
Объем кровопотери по Moore (1956), мл, M \pm σ	804,2 \pm 289,5	635,9 \pm 232,9	0,007
Паллиативные операции:	39 (81,3)	14 (43,8)	$\chi^2 = 12,075;$ $<0,001$
- прошивание кровоточащего сосуда	22 (45,8)	9 (28,1)	
- иссечение язвы	17 (35,4)	5 (15,6)	
Резекция 2/3 желудка:	9 (18,8)	18 (56,3)	
- Б-1	5 (10,4)	9 (28,1)	
- Б-2	4 (8,3)	9 (28,1)	

В наших наблюдениях рецидив кровотечения, как правило, наступал у больных, включенных компьютерной программой в «группу высокого риска рецидива кровотечения», у которых эндоскопический мониторинг в первые сутки нахождения в клинике проводили каждые 6 часов. Чувствительность, специфичность и общая точность прогноза рецидива кровотечения у больных группы высокого риска, определенного с помощью компьютерной программы, составила соответственно 82,2, 80,0 и 76,7%.

Более того, строгое следование рекомендациям компьютерной программы позволило оперировать больных с рецидивом кровотечения в более благоприятных условиях на фоне меньшей по объему кровопотери. Так, средний объем кровопотери, оцененной по методу Moore (1956), у пациентов

контрольной группы к началу операции был равен $804,2 \pm 289,5$ мл (табл. 5), а у больных основной группы – $635,9 \pm 232,9$ мл ($p=0,007$).

К числу функционалов предложенной компьютерной программы относится также возможность более точной оценки тяжести состояния больных, в том числе и оценка кардиологического статуса, с помощью интегрированной SAPS-РНЦЭМП шкалы, и на этой основе выделение больных, которым допускается выполнение радикальной операции. Так, если в контрольной группе радикальные операции по поводу ЯГДК были выполнены только у 9 (18,8%) пациентов из 48, то в основной группе больных резекции 2/3 желудка удалось выполнить у 18 (56,3%) из 32 ($p<0,001$).

Вопреки нашим опасениям, повышение радикальности хирургического лечения ЯГДК у больных с ИБС не привело к повышению частоты послеоперационных осложнений (табл. 7).

Таблица 7.

Частота послеоперационных осложнений

Послеоперационные осложнения	Контрольная группа, n=48		Основная группа, n=32		p
	абс.	%	абс.	%	
Неспецифические осложнения					
Острые коронарные осложнения	32	66,7	6	18,8	<0,001
ТЭЛА	4	8,3	2	6,3	0,729
Бронхопневмонии	8	16,7	6	18,8	0,811
Специфические осложнения					
Несостоятельность швов, перитонит	5	10,4	2	6,3	0,519
Абсцессы брюшной полости	1	2,1	3	9,4	0,143
Рецидивное кровотечение	6	12,5	1	3,1	0,147
Послеоперационная летальность	18	37,5	8	25,0	0,243

Более того, удаление язвенного субстрата при радикальной резекции способствовало снижению частоты развития таких грозных специфических послеоперационных осложнений, как перитонит на почве несостоятельности швов (с 10,4 до 6,3%, $p=0,519$) и рецидив кровотечения (с 12,5 до 3,1%, $p=0,147$). Совершенствование схемы интенсивной терапии, раннее выявление рецидива кровотечения и своевременное выполнение хирургического вмешательства на фоне повторной геморрагии способствовали достоверному снижению частоты острых коронарных осложнений с 66,7 до 18,8% ($p<0,001$) и послеоперационной летальности с 37,5 до 25,0%.

Применение персонализированной тактики лечения ЯГДК у больных с ИБС на основе применения компьютерной программы, новых способов эндоскопического гемостаза, совершенствование схемы интенсивной терапии способствовало статистически значимому снижению частоты коронарных осложнений с 15,0 до 8,3% ($p<0,05$), средних сроков стационарного лечения с $18,5 \pm 2,1$ до $12,4 \pm 1,15$ койко-дня ($p<0,05$) и общей летальности с 18,4 до 6,7% ($p<0,001$) (табл. 8).

Таблица 8.

Общие результаты лечения ЯГДК у больных ИБС

Показатель	Группа больных		p
	контрольная, n=413	основная, n=254	
Коронарные осложнения, абс. (%)	62 (15,0)	21 (8,3)	0,011
Сроки стационарного лечения, койко-дни, M±m	18,5±2,1	12,4±1,15	<0,05
Общая летальность, абс. (%)	76 (18,4)	17 (6,7)	<0,001

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенных исследований в диссертации доктора наук (DSc) на тему: **«Совершенствование диагностики и тактики хирургического лечения гастродуodenальных кровотечений у пациентов с ишемической болезнью сердца»** представлены следующие выводы:

1. Средний возраст больных с ИБС, госпитализируемых с ЯГДК, составляет $62,8 \pm 10,8$ года. ЯГДК на фоне ИБС примерно с одинаковой частотой встречаются у мужчин и женщин (соответственно 52,7 и 47,3%). У больных с ИБС источником гастродуodenального кровотечения значительно чаще являются острые язвы по сравнению с язвенной болезнью (37,9 и 62,1%). 95,3% больных с ИБС, поступивших с кровотечениями из хронических язв, имеют язвенный анамнез, в связи с чем язвенный анамнез должен быть включен в перечень предикторов развития ЯГДК на фоне антиагрегантной терапии, а эта категория пациентов подлежат эндоскопическому дообследованию и проведению профилактической противоязвенной терапии.

2. На фоне ЯГДК у больных с ИБС отмечается достоверное снижение сократительной способности миокарда, что на ЭхоКГ проявляется снижением фракции выброса до $44,2 \pm 4,97\%$ и ударного объема до $78,5 \pm 5,84$ мл, расширением объема левого желудочка в виде повышения массы миокарда левого желудочка до $165,1 \pm 16,8$ г и индекса массы миокарда левого желудочка до $124,7 \pm 12,4$ г/м².

3. У больных с ИБС общая частота рецидива ЯГДК составляет 11,6%, после применения эндоскопических методов гемостаза – 7,3%, при отказе от использования профилактического эндоскопического гемостаза при состоявшемся кровотечении риск рецидива возрастает до 27,1%. У больных с ИБС, оперированных по поводу рецидива кровотечения, послеоперационная летальность составляет 37,5%, частота острых коронарных эксцессов – 66,7% с летальностью 93,5%.

4. Включение в схему интенсивной терапии больных с ЯГДК, имеющих фоновую ИБС, препарата Тиворель – донатора оксида азота – способствует значимому улучшению показателей фракции выброса левого желудочка с $47,1 \pm 4,61$ до $52,0 \pm 4,4\%$ ($p < 0,01$) и снижению индекса нарушения локальной сократимости миокарда с $1,93 \pm 0,24$ до $1,89 \pm 0,20$ ед., достоверному снижению концентрации в плазме крови таких маркеров повреждения миокарда, как

креатинфосфаткиназа, лактатдегидрогеназа, тропонин, аспаратаминотрансфераза и миоглобин.

5. В отличие от воздействия на слизистую и подслизистую оболочки желудка и ДПК электрокоагуляции и склеротерапии спиртом, при применении аргоно-плазменной коагуляции и смеси аутоплазмы со 40% раствором глюкозы в периульцерозной зоне не развиваются дегенеративно-некротические изменения, отмечается замещение кровеносных сосудов и микроколлекторов соединительной тканью, существенно (с 11,1 до 2,9%) снижается риск развития рецидива и исключается вероятность рецидива.

6. Прогнозирование рецидива кровотечения у больных группы высокого риска с помощью разработанной компьютерной программы, чувствительность, специфичность и общая точность которой составляет соответственно 82,2, 80,0 и 76,7%, способствует более раннему (в среднем на 3,3 ч) выявлению жизнеугрожающего повторения кровотечения и более раннему выполнению «спасительного» хирургического лечения в более благоприятных условиях на фоне достоверно меньшего объема кровопотери ($635,9 \pm 232,9$ против $804,2 \pm 289,5$ мл, $p < 0,05$), что расширяет условия для выполнения более радикальных хирургических вмешательств по поводу ЯГДК.

7. Повышение радикальности хирургического лечения ЯГДК у больных с ИБС без признаков острого коронарного синдрома, обеспечивая надежное излечение от язвенной болезни, в то же время не приводит к повышению частоты послеоперационных осложнений, способствует снижению частоты развития в послеоперационном периоде несостоятельности швов и перитонита (с 10,4 до 6,3%, $p = 0,519$) и рецидива кровотечения (с 12,5 до 3,1%, $p = 0,147$). Совершенствование схемы интенсивной терапии, раннее выявление рецидива кровотечения и своевременное выполнение хирургического вмешательства на фоне рецидива кровотечения способствует достоверному снижению частоты острых коронарных осложнений с 66,7 до 18,8% ($p < 0,001$) и заметному уменьшению послеоперационной летальности с 37,5 до 25,0% ($p = 0,243$).

8. Применение персонализированной тактики лечения ЯГДК у больных с ИБС на основе совершенствования схемы интенсивной терапии, применения компьютерной программы, новых способов эндоскопического гемостаза, способствует статистически значимому снижению частоты коронарных осложнений с 15,0 до 8,3% ($p < 0,05$), средних сроков стационарного лечения с $18,5 \pm 2,1$ до $12,4 \pm 1,15$ койко-дня ($p < 0,05$) и общей летальности с 18,4 до 6,7% ($p < 0,001$).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 ON THE AWARD OF
SCIENTIFIC DEGREES AT THE REPUBLICAN RESEARCH CENTER
OF EMERGENCY MEDICINE**

REPUBLICAN RESEARCH CENTER OF EMERGENCY MEDICINE

RAKHIMOV RASULBEK IBROKHIMOVICH

**IMPROVEMENT OF THE TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF
GASTRODUODENAL BLEEDING IN PATIENTS WITH CORONARY
HEART DISEASE**

14.00.40 – Emergency medicine

**DISSERTATION ABSTRACT OF THE DOCTOR (DSc)
ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT –2021

The subject of doctoral dissertation (DSc) on medical sciences was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic Uzbekistan under B2019.2. DSc/Tib384.

The dissertation has been done in the Republican research center of emergency medical care. Abstract of the doctoral dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) has been posted on the website of Scientific Council (www.emerg-centre.uz) and the information-educational portal «Ziyonet» at (www.ziyonet.uz).

Scientific adviser:	Khadjibaev Abdulkhakim Muminovich doctor of medical science, professor
Official opponents:	Akilov Khabibulla Ataulaevich doctor of medical science, professor
	Ligay Ruslan Efimovich doctor of medical science
	Mullabaeva Guzal Uchkunovna doctor of medical science
Leading organization:	Irkutsk Scientific Center of Surgery and Traumatology (Russian Federation)

The defense will be take place on « 11 » may 2021 at 14.00 o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 at the Republican Research Center of Emergency Medicine (address: 100081, Tashkent c., Kichik Halqa Yoli str. 2, Chilanzar district, Tashkent, Uzbekistan; Tel./Fax: (+99878) 150-46-00; (+99878) 150-46-05; e-mail: uzmedicine@mail.ru).

The Doctoral dissertation (DSc) is available in the Information Resource Center of the Republican Research Center of Emergency Medicine (Registration number № _____), (Adress 100081, Tashkent c., Kichik Halqa Yoli str. 2, Chilanzar district, Tashkent, Uzbekistan; Tel./Fax: (+99878) 150-46-00; (+99878) 150-46-05; e-mail: uzmedicine@mail.ru).

Abstract of the dissertation has been sent on « 20 » april 2021 y.
(registry report № 01 of 20 april 2021 y.)



D.A.Alimov
Deputy Chairman of the Scientific Council to Award of Scientific Degrees, Doctor of Medicine

Kh.E.Anvarov
Scientific Secretary of the Scientific Council to Award of Scientific Degrees, Doctor of Philosophy in medical sciences

B.K.Altiev
Chairman of the Scientific Seminar at the Scientific Council to Award a Scientific Degrees, Doctor of Medicine

INTRODUCTION (annotation of the doctoral (DSc) dissertation)

The aim of the research is the development of proposals and recommendations by improving the development of tactics for the surgical treatment of gastroduodenal ulcer bleeding in patients with ischemic heart disease and the introduction of new therapeutic and diagnostic algorithms.

The object of the research: 667 patients with ulcerative gastroduodenal bleeding were taken from patients with ischemic heart disease who were hospitalized at the Republican Scientific Center for Emergency Medicine in 2010-2020.

Scientific novelty of research is as follows:

substantiated two life-threatening complications with the use of various treatment strategies - recurrent bleeding and different stages of the degree of risk of acute coronary kurtosis;

the effectiveness of the improved scheme of intensive therapy for patients with ulcerative gastroduodenal bleeding, against the background of ischemic heart disease, was proved by a series of morphological and clinical studies; high efficiency and safety of the endoscopic hemostasis technique - injection into the periulcerous zone of a mixture of autoplasm with 40% glucose solution;

the need for a tactical approach to predicting the course of the disease and assessing the severity of the condition using the modified SAPS-RRCEM scale, which evaluates the emergency functional state, developed for patients with a traumatological profile, has been proved;

calculation of the prognostic value of various clinical and laboratory signs made it possible to select the most informative predictors of a complicated and unfavorable course of the disease on the example of ulcerative gastroduodenal bleeding in patients with ischemic heart disease;

for the first time, on the basis of a modified integral scale for assessing the general condition and predicting the severity of the course of the disease, a computer program for choosing personalized tactics for the treatment of various forms of ulcerative gastroduodenal bleeding in patients with various clinical variants of coronary heart disease was developed and introduced;

substantiated the tactics of preserving life and reducing bleeding by using a radical surgical method of ulcerative gastroduodenal bleeding in a limited number of patients with coronary heart disease in the context of individualization of treatment tactics.

Implementation of research results. Based on the scientific results obtained to assess the improvement in the results of diagnosis and treatment of gastroduodenal ulcerative bleeding in ischemic heart disease:

approved the methodological recommendation "Intelligent computer system for diagnosing the choice of rational treatment of ulcerative gastroduodenal bleeding in patients with ischemic heart disease" (Conclusion of the Ministry of Health No. 8n-d / 235 of December 16, 2020). As a result, the computer program of the selected interface made it possible to choose the tactics of adequate treatment of gastroduodenal ulcer bleeding associated with ischemic heart disease;

received a patent for the invention "A new method of endoscopic ulcerative hemostasis" (FAP 0200131/1) of the Intellectual Property Agency of the Republic of Uzbekistan. This method allowed for reliable hemostasis in ulcerative gastroduodenal bleeding;

the scientific results obtained to improve the results of diagnosis and treatment of ulcerative gastroduodenal bleeding in ischemic heart disease have been introduced into health care practice, in particular, the practical activities of the intensive care units of the Samarkand, Khorezm and Namangan branches of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid (Conclusion of the Ministry of Health No. 8n-z / 11 dated January 9, 2021). The introduction of the obtained results into clinical practice allowed to improve the quality of treatment of gastro-duodenal bleeding against the background of ischemic heart disease, as a result of a decrease in postoperative complications - in the main group of patients compared with the control group: the frequency of recurrent bleeding by 2.5 times, coronary complications arising from ischemic heart disease by 1.9 times, postoperative and general fatalities by 2.25 and 4.4 times, respectively.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, a list of used literature. The volume of the thesis is 189 pages

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I қисм (I часть, I part)

1. Хаджибаев А.М., Рахимов Р.И. Тактика лечения язвенных кровотечений у пациентов с ишемической болезнью сердца // Вестник Ташкентской медицинской академии. – 2013. – №2. – С. 82-86 (14.00.00. №13).

2. Рахимов Р.И., Махаматаминов А.Г. Гастроудоденальные язвенные кровотечения у больных с ишемической болезнью сердца // Вестник экстренной медицины. – 2019. – Т. 12, №5. – С. 105-109 (14.00.00. №11).

3. Рахимов Р.И., Махаматаминов А.Г., Набиев А.А. и др. Результаты лечения язвенных кровотечений у больных с коронарными нарушениями сердца // Университетская наука: взгляд в будущее. – Курск, 2020. – Т. II. – С. 95-97 (14.00.00. №).

4. Хаджибаев А.М., Рахимов Р.И., Набиев А.А. и др. Результаты хирургического лечения язвенных кровотечений у пациентов с ишемической болезнью сердца // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. – 2020. – №1-2. – С. 16-22 (14.00.00. №11).

5. Khadjibaev A.M., Rakhimov R.I., Makhamadaminov A.G. A Method for Assessing the Severity of Ulcer Bleeding Combined with Various Forms of Coronary Artery Disease // American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2020. – Vol. 10, №6. – P. 405-409 (14.00.00. №3).

6. Khadjibaev A.M., Rakhimov R.I., Makhamadaminov A.G., Yeshmuratov A.B. Determination of treatment tactics for gastroduodenal ulcer bleeding in coronary heart disease // Journal of Critical Reviews. – 2020. – Vol. 7, №11. – P. 1635-1640.

7. Рахимов Р.И., Махаматаминов А.Г., Ешмуратов А.Б. Эффективность нового эндоскопического гемостаза язвенных гастроудоденальных кровотечений у больных с ишемической болезнью сердца // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2020. – №4. – С. 58-63 (14.00.00. №9).

8. Хаджибаев А.М., Рахимов Р.И., Ешмуратов А.Б. и др. Выбор способа хирургического лечения при язвенных кровотечениях у пациентов с ишемической болезнью сердца // Вестник Ташкентской медицинской академии. – Ташкент, 2020. – №6. – С. 152-157 (14.00.00. №13).

9. Рахимов Р.И., Махаматаминов А.Г., Халилов А.С. Пути улучшения эндоскопического гемостаза язвенных кровотечений, сочетающихся с ИБС // Вестник Ташкентской медицинской академии. – 2020. – №6. – С. 142-146 (14.00.00. №13).

10. Хаджибаев А.М., Рахимов Р.И., Махаматаминов А.Г. Способ оценки тяжести течения язвенных кровотечений, сочетающихся с различными формами ИБС // Инновации в здравоохранении: Тенденции и перспективы. – 2020. – С. 553-562 (14.00.00. №).

11. Хаджибаев Ф.А., Ризаев К.С., Хашимов М.А., Шукуров Б.И., Тилемисов С.О., Хакимов А.Т., Рахимов Р.И. Лечебные-диагностические возможности эндоскопических ретроградных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе опухолевого генеза // Вестник экстренной медицины. – Ташкент, 2020. – Т. 12, №6. – С. 34-41 (14.00.00. №11).
12. Хаджибаев А.М., Рахимов Р.И., Махаматаминов А.Г., Ешмуратов А.Б. Компьютерная программа выбора тактики лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у пациентов с ишемической болезнью сердца // Сибирский научный медицинский журнал. – Новосибирск, 2021. – Т. 41, №1. – С. 109-116 (14.00.00. №11).
13. Хаджибаев А.М., Рахимова Р.А., Шукуров Б.И., Рахимов Р.И. Гастродуоденальные кровотечения у пациентов с ишемической болезнью сердца // Вестник экстренной медицины. – Ташкент, 2021. – Т. 14, №1. – С. 4-10.
14. Khadjibaev A.M., Rakhimov R.I. Results of traditional methods of the therapy of gastroduodenal ulcer bleeding in patients with ischemic disease // American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2021. – №4. – P. 406-410 (14.00.00; №2).

II қисм (II часть, II part)

15. Рахимов Р.И. Особенности тактики лечения язвенных кровотечений у больных с ишемической болезнью сердца // Новые технологии в плановой хирургии заболеваний органов грудной, брюшной полости, сердца и сосудов: Вахидовские чтения – 2012. – Ташкент, 2012. – С. 66-67.
16. Хаджибаев А.М., Рахматов У.М., Рахимов Р.И. Способы и результаты лечения язвенных кровотечений у пациентов с ишемической болезнью сердца // XXI век – век интеллектуальной молодёжи: Конференция молодых ученых. – Ташкент, 2012. – С. 80-81.
17. Рахимов Р.И. Результаты лечения язвенных кровотечений у пациентов с ишемической болезнью сердца // Научно-практическая конференция гематологов и трансфузиологов Узбекистана. – Ташкент, 2012. – С. 91-93.
18. Рахимов Р.И. Способы и результаты лечения язвенных кровотечений у пациентов с ишемической болезнью сердца // Университетская наука: взгляд в будущее. – Курск, 2020. – Т. I. – С. 98-99.
19. Рахимов Р.И. Роль малоинвазивных вмешательств в лечении язвенных кровотечений у пациентов с ишемической патологией сердца // Инновации в здравоохранении: Тенденции и перспективы: Материалы 1-й международной научно-практической конференции. – Ташкент, 2020. – С. 464-466.
20. Рахимов Р.И. Результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с сочетанием острого калькулёзного холецистита с язвенными кровотечениями // Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Вопросы ургентной хирургии при заболеваниях и травмах гепатопанкреатодуоденальной зоны: Материалы 14-й

Республиканский научно практической конференции. – Ташкент, 2017. – С. 92-93.

21. Хаджибаев А.М., Рахимов Р.И. Особенности тактики лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с циррозом печени // Гепатология и ВИЧ-инфекция: Сборник научных трудов научно-практической конференции гепатологов Узбекистана. – Андижан, 2012. – С. 103-105.

22. Хаджибаев Ф.А., Рахимов Р.И., Шукуров Б.И. и др. Интеллектуальная компьютерная система диагностики выбора рационального лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с ишемической болезнью сердца: Методическая рекомендация. – Ташкент, 2020. – 25 с.

23. Хаджибаев А.М., Рахимов Р.И., Хашимов М.А. и др. Способ эндоскопического лечения кровоточащих гастродуоденальных язв: Патент № FAP 2020 0131 от 16.10.2020 г.

24. Хаджибаев А.М., Рахимов Р.И., Набиев А.А. и др. Оценка тяжести течения язвенных гастродуоденальных кровотечений при ишемической болезни сердца и тактика ведения больных: Патент. № DGU07622 от 24.01.2020 г.

25. Рахимов Р.И., Махамадаминов А.Г., Халилов А.С. Модифицированная шкала прогнозирования тяжести течения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с различными формами ИБС: Рационализаторское предложение. – ТашИУВ. – № 00114 от 11.01.2020 г.

26. Рахимов Р.И., Махамадаминов А.Г., Набиев А.А. Усовершенствованная схема консервативного лечения язвенных кровотечений у больных с коронарными нарушениями: Рационализаторское предложение. – ТашИУВ. – № 00116 от 03.09.2020 г.

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

Бичими: 84x60 ¹/₁₆. «Times New Roman» гарнитураси.
Рақамли босма усулда босилди.
Шартли босма табағи: 3. Адади 100. Буюртма № 38/21.

Гувоҳнома № 10-3719
“Тошкент кимё технология институти” босмаҳонасида чоп этилган.
Босмаҳона манзили: 100011, Тошкент ш., Навоий кўчаси, 32-уй.