

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 РАҚАМЛИ
ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ДАМИНОВ ФЕРУЗ АСАДУЛЛАЕВИЧ

**КУЙГАНЛАРДА ОШҚОЗОН-ИЧАК ТРАКТИДАГИ ЎТКИР ЭРОЗИВ-
ЯРАЛИ ЖАРОҲАТЛАР ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОСИНИ
ОПТИМИЗАЦИЯЛАШ**

14.00.27 – Хирургия

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

Бухоро – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor philosophy (PhD)

Даминов Феруз Асадуллаевич

Куйганларда ошқозон-ичак трактидаги ўткир эрозив-ярали жарохатлар
диагностикаси ва давосини оптималлаштириш 5

Даминов Феруз Асадуллаевич

Оптимизация диагностики и лечения острых эрозивно-язвенных поражений
желудочно-кишечного тракта у 21

Daminov Feruz Asadullaevich

Optimization of diagnosis and treatment of acute erosive and ulcerative lesions of
the gastrointestinal tract in burned..... 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works 43

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 РАҚАМЛИ
ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ДАМИНОВ ФЕРУЗ АСАДУЛЛАЕВИЧ

**КУЙГАНЛАРДА ОШҚОЗОН-ИЧАК ТРАКТИДАГИ ЎТКИР ЭРОЗИВ-
ЯРАЛИ ЖАРОҲАТЛАР ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОСИНИ
ОПТИМИЗАЦИЯЛАШ**

14.00.27 – Хирургия

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

Бухоро – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2020.2.PhD/Tib1060 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт институтида бажарилган.

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

Илмий раҳбар:

Карабаев Худойберди
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Хамдамов Бахтиёр Зарипович
тиббиёт фанлари доктори

Шестопалов Сергей Степанович
тиббиёт фанлари доктори
(Россия Федерацияси)

Етакчи ташкилот:

Андижон давлат тиббиёт институти

Диссертация химояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc/PhD.04/30.12.1219.Tib.93.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2021 йил "16" августда соат 12³⁰ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро шаҳри, А.Навоий шоҳ кўчаси, 1-уй. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50, e-mail: buhmi@mail.ru).

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (031 - рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 200100, Бухоро шаҳри, А.Навоий шоҳ кўчаси 1-уй.

Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.

Диссертация автореферати 2021 йил «31» июль да тарқатилди.

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

А.Ш.Иноятов

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

Д.Н.Ачилова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD)

Н.А.Нуралиев

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



КИРИШ (фалсафа доктори диссертацияси (PhD) аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра «...жароҳатланишларнинг умумий структурасида куйишлар – 7,8% ни ташкил қилади. Охириги йилларда термоингалацион жароҳат, ёниш маҳсулотларидан заҳарланиш, механик жароҳат ва бошқалар билан қўшилиб катта майдонли чуқур куйишлардан жабрланганлар сонининг сезиларли даражада ўсиши қайд этилди...»¹. Куйган беморларни даволашда ўлим кўрсаткичи охириги 5-7 йилларда бир хил даражада ўзгармай сақланиб турибди ва реанимацион бўлимлар учун 25,4-29,3%ни куйиш бўлимлари учун эса 2,7-7% ташкил қилади. Куйишлардан даволанган беморлар орасида умумий ўлим 4,4-10% гача етади. Куйишларда ошқозон-ичак тракти шиллиқ қавати зарарланишини эрта аниқлаш, уларни анъанавий функционал усуллар билан бирга эрта жарроҳлик даволаш усулларни қўллаш муҳим муаммолардан бири ҳисобланади.

Жаҳонда куйишлардан кейин келиб чиқадиган ошқозон-ичак эрозив яраларида ошқозон шиллиқ қавати ўзгаришларининг клиник-диагностик асослари ва уларни даволашни такомиллаштиришга қаратилган илмий тадқиқотларга алоҳида эътибор қаратилган ҳолда, куйишлар сабабли ривожланган ошқозон эрозив яраларида беморларда ошқозоннинг клиник-функционал хусусиятларини баҳолаш; беморларда эндоскопик усулларни қўллаган ҳолда ошқозон-ичак тракти шиллиқ қаватида кечадиган жараёнларни баҳолаш тартибини ишлаб чиқиш бўйича илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Шулар билан бир қаторда ошқозон-ичак эрозив яраларида шиллиқ қаватини визуал баҳолаш усулларини такомиллаштириш, касаллик этиопатогенезининг янги жиҳатлари ва таққослама - ташхислаш белгиларини очиб бериш, ҳамда патогенетик йўналтирилган даволаш услубларини ишлаб чиқиш муҳим аҳамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, тиббий хизматни жаҳон талабларига мослаштириш, жумладан комбустиологик беморларда ошқозон шиллиқ қавати эрозив яраларини эрта ташхислаш орқали унинг асоратларини камайтиришга қаратилган кенг қамровли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада «...мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий қилиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш...»² каби вазифалари белгиланган. Ушбу вазифаларни амалга оширишда куйиш касаллигида ошқозон-ичак трактидаги

¹Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Шукуров С.И., Абдуллаев У.Х. К проблеме лечения обожженных с комбинированными и сочетанными поражениями // Сб. научных трудов IV съезда комбустиологов России. Москва, 2013. – с. 37-38.

²Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И. Служба экстренной медицинской помощи в Республике Узбекистан: достижения и пути развития // Мат. IV съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. Ташкент, 2018. С. 3-5.

ўзгаришларни ташхислаш ва самарали даволаш тартибини такомиллаштириш ҳамда ногиронлик ва салбий оқибатларга олиб келувчи сабабларини камайтириш юзасидан тадқиқотларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ.

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 ёрдамни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар 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» Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Замонавий жаҳон адабиётида ошқозон-ичак тракти шиллиқ парданинг ўткир эрозив-яралли зарарланишлари ва улар билан боғлиқ асоратлар пайдо бўлиш даражаси тўғрисида маълумотлар бир-бирини инкор қилади (Эргашев О.Н. ва ҳаммуал., 2012; Жилинский Е.В. ва ҳаммуал., 2014; Heidelbaugh J.J. et al., 2012).

Куйишлардан жабрланганларда куйиш касаллигининг турли даврларида эрозив-яралли зарарланишлар пайдо бўлиш даражаси тўғрисида маълумотлар деярли йўқ (Спиридонова Т.Г., 2007). Бу категорияга мансуб беморларда ошқозон-ичак тракти юқори қисмлари шиллиқ пардасининг визуал ўзгаришлари тўғрисида маълумотлар етарли эмас, ривожланиш динамикаси эса кам ўрганилган (Вагнер Д.О. ва ҳаммуал., 2015). Шунинг билан бирга кислота ишлаб чиқариш функция динамикаси етарлича ўрганилмаган, ошқозоннинг ишқорловчи функцияси тўғрисида маълумотлар эса мавжуд эмас. Кислоталик омилининг шиллиқ пардада патологик ўзгаришлар ва уларнинг асоратлари пайдо бўлишига таъсири кўпчилик муаллифлар томонидан гумон қилинади (Булгаков С.А., 2012; Баринов Э.Ф. ва ҳаммуал., 2014). Юқоридагиларни инобатга олиб, бу йўналишда тадқиқотларни ўтказиш мақсадга мувофиқ деб ҳисобланган.

Ҳозирги кунда ўта оғир ҳолатдаги беморларда эрозив-яралли жараён ривожланишини олдини олишга имкон берадиган кислоталик даражаси тўғрисида ягона фикр мавжуд эмас. Айрим муаллифлар, гастродуоденал қон кетишнинг хавф факторлари таъсири тугашигача ошқозон танаси ва гумбазида рНнинг энг паст кўрсаткичи 4,0 дан паст бўлмаслиги лозим деб ҳисоблайдилар (Карабаев Х.К., 2010).

Чуқур куйиш жароҳатларини жарроҳлик даволаш тактикаси гастродуоденал қон кетишлари ривожланишининг учраш даражасига таъсири

деярли ўрганилмаган. Ҳамда ўта оғир ҳолатда бўлган беморлар учун исботланган қон кетишларининг хавф омиллари оғир куйганлар учун қанчалик информатив бўлиши бўйича савол туғилади. Комбустиологлар орасида ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак зарарланишининг реал хавфи пайдо бўлишига олиб келадиган куйишнинг минимал майдони ва чуқурлиги ва улар профилактикасини ўтказишга важлар тўғрисида ягона фикр мавжуд эмас (Темиров Ф.О., 2011).

Диссертация тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт институти илмий тадқиқот ишлари режасига мувофиқ №012000260 «Юқумли ва юқумли бўлмаган ижтимоий аҳамиятга эга бўлган инсон организми касалликларининг олдини олиш, ташҳис қўйиш ва даволаш бўйича илғор технологияларни ишлаб чиқиш» илмий лойиҳа доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади оғир куйган беморларда ошқозон-ичак тракти ўткир эрозив-яралли зарарланишларни диагностика ва даволашни такомиллаштириш ва комплекс профилактика алгоритми бўйича таклиф ҳамда тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

оғир куйганларда зарарланиш майдони ва чуқурлиги билан боғлиқ ошқозон-ичак тракти эрозив-яралли зарарланишларининг хавфи ва ривожланиш омилларини аниқлаш.

оғир куйганларда ошқозон-ичак тракти шиллиқ пардасининг ўзгариш динамикасини ўрганиш ҳамда эрта хирургик даволашнинг гастродуоденал яралар ривожланиш частотасига таъсирини баҳолаш.

оғир куйганларда ичак етишмовчилиги синдроми ва қорин ичи босими ривожланишининг учраш частотасини аниқлаш ҳамда профилактикаси ва даволашни оптималлаштириш.

олинган клиник-эндоскопик маълумотлар асосида ошқозон-ичак тракти эрозив-яралли зарарланишлар ва ичак етишмовчилиги синдромида хирургик тактика ва комплекс медикаментоз-нутрицион кўмакли алгоритмларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2013-2019 йилларда Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали комбустиология бўлимида чуқур куйишлар билан даволанган жами 204 нафар шундан, асосий гуруҳда 103 нафар беморлар, назорат гуруҳ 101 нафар бемор олинган.

Тадқиқотнинг предмети периферик қон, қон зардоби ва ошқозон шираси, биокимёвий жараёнлар ташкил қилади.

Тадқиқот усуллари. Диссертацияда умумклиник, қорин ички босимини ўлчашда интровезикал тензометрия, Франк прогностик индекси, рентген, УТТ, ЭГДФС, биокимёвий, статистик таҳлил усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги куйидагилардан иборат:

куйиш касаллигида ошқозон-ичак шиллиқ пардасида стрессли яралар ва эрозиялар ривожланишининг умумий куйиш майдонининг тана юзасини 20%

дан ортиши ўртасидаги муҳим боғлиқлик исботланган. Кечиктирилган жарроҳлик муолажаси куйишдан жабрланганларда гастродуоденал қон кетиш учун муҳим хавф омиллари эканлиги аниқланган;

куйиш касаллигида ошқозон-ичак шиллиқ пардаси эрозив-яралари зарарланишларида эрта жарроҳлик амалиётини қўллаш негизида қон кетиши каби асоратларнинг сезиларли пасайиши исботланган;

куйиш касаллигида ошқозон-ичак шиллиқ пардасининг эрозив-яралари зарарланишларида фаол жарроҳлик, нутритив ва органопротекторли давони ўз ичига олган комплекс даволашнинг юқори самарадорлиги исботланган;

оғир куйган беморларда антисекретор терапия мақсадида тавсия этилган H2-блокаторларига қараганда, протон помпа ингибиторларининг даволаш самарадорлиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қўйидагилардан иборат:

катта майдонли куйишлар билан беморларда стрессли яралар профилактикаси алгоритми ишлаб чиқилган;

куйганларда ошқозон-ичак шиллиқ пардасининг эрозив-яралари зарарланиши олдини олиш учун комплекс давони қўллаш самарадорлиги баҳоланган;

оғир куйганларни даволаш самарасини углеводлар ва ёғлар миқдори паст ва оксил миқдори эса юқори нутритив кўмак ҳамда аминокислотали препаратларни қўллаш тавсия этилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги. Тадқиқотда қўлланилган ёндашув ва усуллар, назарий маълумотларнинг олинган натижалар билан мос келиши, олиб борилган тадқиқотнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада материал танланганлиги, текширилган беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотда қўлланилган усулларнинг замонавийлиги, уларнинг ўзаро бир-бирини тўлдирадиган клиник, биокимёвий, инструментал усуллар асосида куйишларда ошқозон-ичак тракти яралари-эрозив зарарланишининг клиник – биокимёвий хусусиятлари статистик тадқиқот усуллари ёрдамида ишлов берилганлиги, барча рақамли маълумотлар замонавий компьютер технологияларни қўллаб ишлов берилганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, чиқарилган хулоса ва олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти оғир куйганлар орасидан ошқозон-ичакдан қон кетишлари ривожланиши бўйича хавф гуруҳини ажратиб олишга ва профилактик антисекретор терапияни ўтказиш учун кўрсаткичларни аниқроқ қилишга имкон бериши, ошқозон-ичак тракти эрозив-яралари зарарланишлари, шу жумладан гастродуоденал қон кетиши ривожланиши хавфи умумий куйиш майдони катталари билан, айниқса майдон 30% дан зиёд бўлганда ошиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти оғир термик зарарланиш билан жабрланганларда гастродуоденал қон кетишлари патогенезини ўрганиш ошқозон-ичак ва ўн икки бармоқ ичакнинг шиллиқ пардаси эрозив-

яралли зарарланишлари ривожланиш механизмида сезиларли қон айланиши бузилишларидан келиб чиққан шиллиқ пардаси ишемияси асосий ролни ўйнашини аниқлашга имкон берди ҳамда чуқур куйишларни эрта хирургик даволаш гастродуоденал қон кетишлари ривожланишининг учраш даражасини пасайтиришга (31,68% дан 28,15% гача) ва оғир термик жароҳат билан жабрланганлар орасида ўлим кўрсаткичи эҳтимолини камайитириши (7,92 дан 2,9% гача) билан изохлади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Куйишларда ошқозон-ичак тракти ўткир эрозив-яралли зарарланишлар диагностикаси ва даволашни такомиллаштиришни баҳолаш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида:

куйишларда беморларда ошқозон-ичак тракти ўткир эрозив-яралли зарарланишларни вақтида аниқлаш, ошқозон-ичак трактининг функционал ҳолатини баҳолаш бўйича олинган илмий натижалар асосида “Оғир куйган беморларда ошқозон ичак тракти функцияси бузилиши диагностикаси ва даволашни оптималлаштириш” номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 9 октябрдаги 8н-р/211-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома куйган беморларда ошқозон-ичак тракти функцияси бўзилиши ва унинг оқибатида келиб чиқадиган асоратлари олдини олиш орқали куйиш касаллиги даволаш натижаларини яхшилаш имконини берган;

куйганларда ошқозон-ичак тракти ўткир эрозив-яралли зарарланишлари клиник-диагностик асослари ва уларни даволашни такомиллаштиришга қаратилган тадқиқот натижалари соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Самарқанд давлат тиббиёт институти 1-клиникаси, Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси, Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Қашқадарё ва Жиззах филиаллари клиник амалиётига тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 29 апрел 8н-з/87-сон маълумотномаси). Олинган натижалар оғир куйганларда ошқозон-ичак қон кетишлари диагностикаси, даволаш ва профилактикасини оптималлаштиришга имкон берган.

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

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 40 та илмий ишлар чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 10 та, жумладан 7 та республика ва 3 та хориж журналларида мақола нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертация ҳажми 119 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва аҳамияти, ушбу ишга бўлган талаб асослаб берилган, тадқиқот мақсади, вазифалари,

тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, мазкур тадқиқотларни Республика фан ва технология устувор йўналишларига мос келиши кўрсатиб берилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва унинг амалий натижалари ўз ифодасини топган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиниши, нашр этилган ишлар ва диссертациянинг таркибий тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг биринчи бобида **«Оғир куйган беморларда ошқозон-ичак тракти эрозив-яралли зарарланишлари ва қон кетишларига замонавий қарашлар»** термик шикастланишларда ошқозон-ичак тракти (ОИТ) эрозив-яралли зарарланишларининг учраши даражаси ва патогенези, гастродуоденал қон кетишлари ривожланиши хавф омиллари ва учраш даражаси, оғир куйганларда қорин ичи гипертензияси ва абдоминал компартмент-синдроми, оғир куйган беморларда ошқозон-ичак трактининг эрозив-яралли зарарланишларини даволаш ва профилактикаси учун консерватив терапияси ва оғир куйганларда гастродуоденал қон кетишлари профилактикасида жарроҳлик даволашнинг роли ва ўрнини таснифлаш масалалари келтирилган.

Диссертациянинг иккинчи бобида **«Материалнинг клиник таснифи ва қўлланилган тадқиқот усуллари»** РШТЎИМ Самарқанд филиали комбустиология бўлимида 204 нафар чуқур куйишлар билан 2013 йилдан 2019 йилгача беморларнинг даволаш натижалари таҳлили ўрганилган.

Назорат гуруҳи беморларида (101 бемор) стресс яралари ва уларнинг асоратлари, уларнинг ривожланиш хавфи омилларини, куйиш жароҳатларини хирургик даволашда турли ёндашишлар таъсирини «ҳодиса-назорат» типи бўйича аналитик обсервацион текшириш олиб борилган ва гастродуоденал қон кетишини олдини олиш учун қўлланиладиган антисекретор дорилар самарадорлигининг қиёсий таҳлили ўрганилган.

Асосий гуруҳ беморларини (103 бемор) текширишда стресс яралари диагностикаси ва даволаш, куйиш касаллигида ичак етишмовчилиги синдроми, дисбактериоз коррекцияси аҳамияти ва куйиш касаллигида бу асоратини олдини олиш бўйича профилактик алгоритми ишлаб чиқилган.

Назорат гуруҳига кирган 101 нафар жабрланганлар орасида 61 нафари (60,40%) эркак ва 40 нафари (39,60%) аёллар бўлган. Мазкур гуруҳга кирган жабрланганларнинг ёши 18 дан 75 гача ($52,54 \pm 16,5$) ташкил қилган. Тери қопламасининг зарарланишининг умумий майдони ўртача $35,5 \pm 5,8\%$ ни, чуқур куйиш майдони эса $19,3 \pm 5,7\%$ ташкил этган.

Асосий гуруҳнинг 103 нафар беморлари орасида 65 нафари (63,11%) эркаклар ва 38 нафари (36,89%) аёллар бўлиб, шикастланганларнинг ёши 18 дан 74 гача, ўртача ёш кўрсаткичи эса $53,1 \pm 15,9$ ёшни ташкил қилган. Тери қопламасининг умумий термик зарарланиши, назорат гуруҳидагидек куйиш жароҳати анча оғир эканлигидан далолат берган ва тана юзасининг $36,7 \pm 7,7\%$ ини эгаллаган. Бу гуруҳдаги жабрланганлар орасида термик зарарланишнинг интегралли кўрсаткичлари қиймати ҳам таққосланадиган бўлган (1-жадвал).

Беморлар жинси ва ёши бўйича тақсимланиши

Беморлар ёши	I-гурух				II-гурух			
	эркаклар		аёллар		эркаклар		аёллар	
	мут.	%	мут.	%	мут.	%	мут.	%
18-30	5	5,0±2,2	4	4,0±2,0	4	3,88±1,9	3	2,9±1,7
31-40	17	16,8±3,7	11	10,9±3,1	16	15,53±3,6	14	13,6±3,4
41-60	29	28,7±4,5	20	19,8±4,0	33	32,04±4,6	18	17,5±3,8
61-70	7	6,9±2,5	5	5,0±2,2	9	8,74±2,8	2	1,9±1,4
до 75	3	3,0±1,7	-	-	3	2,91±1,7	1	1,0±1,0
Жами:	61	60,4±4,9	40	39,6±4,9	65	63,1±4,8	38	36,9±4,8
Ҳаммаси:	101 (49,5±3,5%)				103 (50,5±3,5%)			

Куйганларнинг деярли ярми (109; 53,43%) термик шикастни олгандан сўнг РШТЁИМ Самарқанд филиали комбустиология бўлимига биринчи 6 соатларда қабул қилинган. Беморларнинг кечиктирилиб келтирилиши (95; 46,57%) яқин жойлашган туманлардан бирламчи тиббий ёрдам кўрсатилгандан сўнг қайд этилган.

Зарарланганларда (204) термик шикаст содир бўлиш жиҳатларини ўрганишда 155 ҳолатларда куйишга этиологик омил сифатида очиқ аланга сабаб бўлгани аниқланган (I гуруҳда 75, II гуруҳда 80), 21 ҳолатда – қайноқ сув (I гуруҳда 11, II гуруҳда 10), қолган 28 нафар жабрланганларда эса куйиш сабаблари куйидагича бўлган: иссиқ озиқ-овқат, (17 ҳол.) (I гуруҳда 10, II гуруҳда – 7), битум (2 ҳол.) (в I гуруҳда 1, II гуруҳда 1), ҳамда электрик (4 ҳол.) (I гуруҳда 2, II гуруҳда 2), ва контактли зарарланиш (5 ҳол.) (I гуруҳда 2, II гуруҳда 3). Шундай қилиб, тадқиқотнинг асосий ва назорат гуруҳларида термик шикастнинг этиологик структураларида аҳамиятли фарқлар кузатилмаган.

Энг кўп куйишлар тана ва оёқлар соҳаларида (36,76% бемор), бош ва қўл-оёқларда (31,86%) жойлашган. Тери куйиши билан бирга бўлган ингаляцион шикаст 23 беморда (11,27%) кузатилган. Одатда уларда куйиш шоки оғир кечган.

Куйиш жароҳатларнинг майдони «тўққизликлар» қоидаси (A.B.Wallace, 1951) ва «кафт» қоидасига мувофиқ аниқланган.

Куйиш шикасти оғирлигини тавсифлайдиган ва шартли бирликларда аниқланадиган Франкнинг прогностик индексига (ФИ) биноан (I-II-III даражали (дар.) юзаки куйишнинг 1%и 1 бирлик (бирл.) сифатида қабул қилинади, III-IV дар. чуқур куйишнинг 1%и 3 бирликка тенг) ва термоингаляцион жароҳатнинг (ТИЖ) оғирлик даражасини ҳисобга олиб I даражали ТИЖда кўшимча 15 бирл., II даражали ТИЖда – 30 бирл. III

даражали ТИЖда – 45 бирл. қўшилди) беморлар 3 гуруҳга тақсимланди: I гуруҳ – ФИ 30-70 бирл. – 101 (49,51%), II гуруҳ – ФИ 71-130 бирл. – 91 (44,61%) ва III гуруҳ – ФИ > 130 бирл. – 12 (5,88%).

Шундай қилиб, асосий гуруҳга кирган жабрланганлар назорат гуруҳи беморлари билан жинси, ёши, тери қопламаси куйиш майдони ва термик шикаст бўйича тенг бўлган. Бундан ташқари таҳлил қилинаётган гуруҳлар орасида куйишга ҳамроҳ бўлувчи патологиянинг учраш даражасида ҳам аҳамиятга молик фарқлар аниқланмаган.

Барча жабрланганлар келтирилганда, шокка қарши палатада навбатчи комбустиолог томонидан кўздан кечирилиб, стандарт физикал текширишлар (пульс, артериал босим, тана ҳарорати баҳоланиши) ўтказилди, зарарланишнинг оғирлик индекси (Франк индекси) аниқланди. Йиғилган анамнез маълумотлари ва илова ҳужжатлар асосида госпитализациягача бўлган давр муддати аниқланди. Инфузион терапияни ўтказиш мақсадида марказий веналардан биттасида катетеризация бажарилди. Ўтказилаётган терапиянинг самарасини назорат қилиш учун сийдик катетери ва назогастрал зонд ўрнатилди.

Шокка қарши палатада текшириш вақтида турли лаборатор текширишларни ўтказиш учун барча шикастланганлардан қон, сийдик, нажас наъмуналари олинган. Текширишларнинг албатта бажарилиши лозим бўлган ҳажмига қоннинг клиник ва биокимёвий таҳлили, қон гуруҳи, сийдикнинг умумий таҳлили киритилган.

Биз томондан анамнезида овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари бўлмаган 64 нафар куйганлар ошқозонининг пепсин ишлаб чиқариш функцияси Туголуков В.Н. (1965) усули бўйича динамикада (132 марта) текширилган. Ҳамда оғир куйганларда Ичак етишмовчилик синдроми (ИЕС) ривожланишининг учраш даражаси ва қорин ичи босими кўтарилиши ҳолатлари ўрганилган.

Ўтказилган тадқиқотларда текширишлар ва 15-45% тана юзаси куйган 57 нафар беморни даволаш натижалари таҳлил қилинган. Бу беморларда қорин ичи босими шикастланишдан сўнг биринчи етти кун мобайнида ҳар куни Kron J.L. et.al. (1984) таклиф этган билвосита усул ёрдамида ўлчанган.

Катта майдонли куйишлар билан беморларда қорин ичи босими кўтарилишининг асосий сабабларига: капиллярлардан сизиб чиқиш синдроми билан кечадиган массив инфузион терапия, ошқозон парези ва куйиш шоки шароитида ичакларнинг ҳаддан зиёд пневматизацияси ҳамда қорин эластиклигини кучли пасайтирадиган олдинги девори куйишлари киради.

103 нафар беморла (асосий гуруҳ) ичак етишмовчилиги синдромининг клиник-лаборатор маълумотлари: дисбактериоз, фекалий намуналари ва йўғон ичак шиллик пардасидан ювма суюқлиги бўйича ўрганилган.

Куйганлар фекалийсида қон мавжудлигини аниқлаш қон кетиши билан мураккаблашган стрессли яралар диагностикасида катта рол ўйнаши мумкин. Греггерсеннинг (J.P.Gregersen) бензидинли реакцияси жуда сезгир бўлиб, 2-5 мл ҳажмда қон кетишида ҳам ижобий реакция берган. Аммо беморни дастлаб

тайёрлаш лозим бўлади. Шок босқичида бўлган ва ўткир куйиш токсемияси ривожланган 47 нафар куйган беморларда 112 марта Грегерсеннинг (Gregersen J.P.) бензидинли реакцияси ўтказилган.

Вебер – Ван Деен реакцияси 30-50 мл ҳажмда қон кетишларида ижобий реакция берган ва у беморлардан махсус тайёргарликни талаб этмайди. Чуқур куйишлар билан 73 нафар оғир куйганларда касаллик динамикасида Вебер – Ван Деен реакцияси ёрдамида 105 марта нажас таҳлили ўтказилган.

Ярадаги гемостаз ҳолати Forrest J.A. (1987) таснифига мувофиқ тавсифланади.

ГДҚК шароитида ривожланган қон йўқолиши оғирлиги Горбашко А.И. таснифига мувофиқ, лаборатор, клиник ва инструментал маълумотлар асосида баҳоланган.

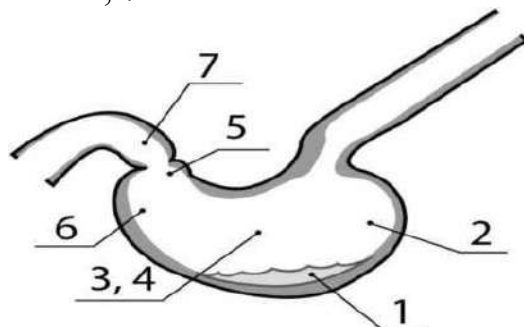
Cook D.J. ва ҳаммуал. (1994) таснифига мувофиқ яширин (ЯҚ), аниқ (АҚК) ва гемодинамик аҳамиятли қон кетишлар (ГАҚК) ажратилган.

Инструментал текширишлар бажарилиши шарт бўлган ҳажмига кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси ва электрокардиография кирган. Бундан ташқари тегишли анамнез (тутунга тўлган хонада бўлиш) ва шикоятлар (қийин нафас олиниши, йўтал, томоқ қирилиши) билан жабрланганларда нафас олиш йўлларидаги куйишлар оғирлигини баҳолаш учун диагностик фибробронхоскопия бажарилган.

Эзофагогастроуденофиброскопия (ЭГДФС), ацидометрия ва морфологик текшириш учун биопсик материални олиш ишлари превентив динамикада 1-, 3-, 7-, 14- ва 21-кунларда, керак бўлганда эса кечроқ муддатларда ҳам бажарилган.

Эндоскопик девор олди рН-метрия АГМИ-01 (НИИ «Исток», Фрязино ш.) қурилмаси ёрдамида бажарилган. Эндоскопик девор ёни рН-метрияни бажариш учун тери усти таққословчи хлоркумушли электрод ва RJ-45 русумли бўлинмага эга бирламчи гастроэнтерологик (Г1-Д-Э) ўзгартиргич қўлланган. Қайд этувчи блок сифатида ЗАО НПП «Исток-система» томонидан ишлаб чиқилган, кўтариб юришга мўлжалланган Гастроскан-ГЭМ компьютерли гастроэнтеромонитор қўлланган.

Текширишлар мобайнида рН-метрияни бажариш учун тавсия этилган еттита стандарт нуқталар қўлланган: 1 – «кўлча», 2 – ошқозон гумбази, 3 – ошқозон танасининг орт деворининг ўрта қисми, 4 – ошқозон танасининг олд деворининг ўрта қисми, 5 – антрал бўлинманинг кичик эгрилиги, 6 – антрал бўлинманинг катта эгрилиги, 7 – ЎБИ пиёзчасининг олд девори (1-расм).



1-расм. рН-метрия учун стандарт нуқталар жойлашиши

Олинган рН қийматлари баҳоланиши функционал ҳудудлар зоналар: кислота ҳосили бўлиш ҳудуд зона ва ишқорли секрет ишлаб чиқариладиган ҳудуд зона бўйича амалга оширилган. Кислота ҳосил бўлиш фаоллиги ошқозон танаси ва гумбази соҳасида рН фаоллиги $> 5,0$ бўлганда – анацидли, рН 2,0-5,0 бўлганда – гипоацидли, рН 1,2-2,0 бўлганда – нормаацидли ва рН 1,2 дан паст бўлганда – гиперацидли бўлиб баҳоланган.

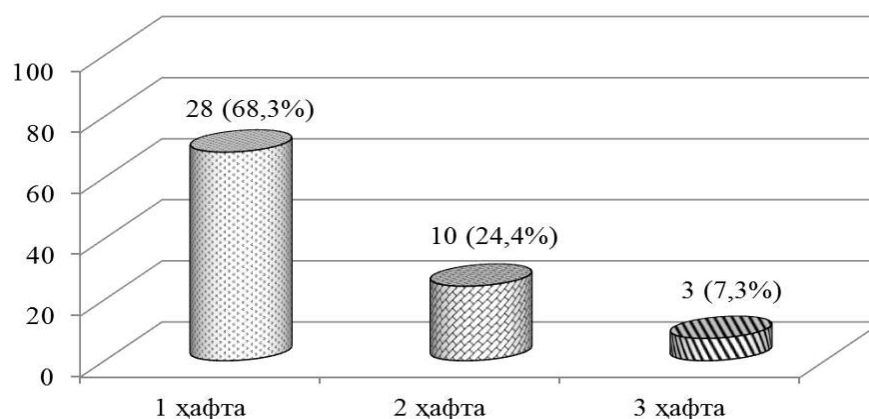
Бизлар ўтказган тадқиқотлар жараёнида 57 нафар оғир куйганларда қорин ичи босимини ўлчаш натижалари таҳлил қилинган.

Оғир куйганларни комплекс даволаш шокка қарши тадбирлар ва инфузион-трансфузион терапиядан ташқари ўз ичига яллиғланишга қарши, антигистаминли, антикоагулянт, гемостатик, антисекретор, метаболик, симптоматик терапияларни ва нутрицион кўмакни олган. Чуқур куйишлар билан беморларни хирургик даволаш ишлари термик зарарланган тўқималарни йўқ қилиш ва тери қопламасини шикаст олингандан сўнг максимал эртанги муддатларда тиклашга йўналтирилган.

Диссертациянинг учинчи боби «**Назорат гуруҳи беморлари диагностикаси ва даволаш натижалари таҳлили**» оғир куйган беморларда стресс яралари диагностикаси ва асоратларини ўрганишга бағишланган.

РШТЎИМ Самарқанд филиалида 2013 дан 2015 йй гача бўлган даврда ўтказилган тадқиқотларда назорат гуруҳи беморларида госпитализация қилинган пайтдан бошлаб оғир куйган 101 беморларнинг 41 тасида (40,59%) стресс яраси аниқланган (2-расм).

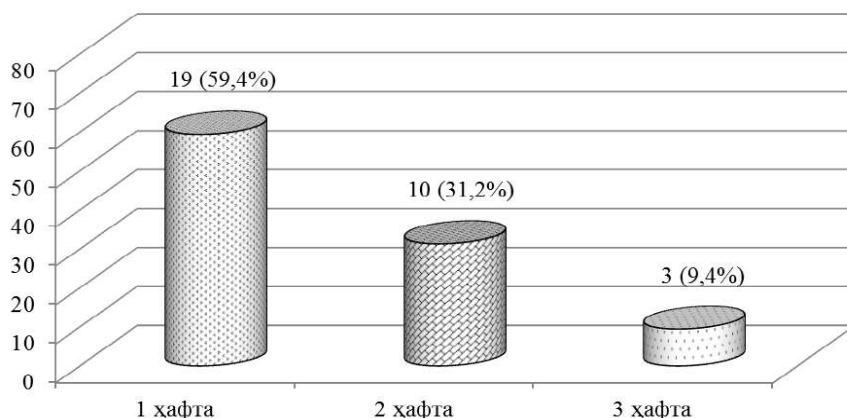
Барча беморлар икки киччик гуруҳга бўлинган. Биринчи киччик гуруҳ беморларга (73 бемор) шок билан келтирилган пайтдан бошлаб гистаминнинг H_2 -рецепторлари блокаторлари кунига 20 мг дан бир кунга 1-2 марта - 7-10 кун, баъзан 20 кунгача – вена ичига юбориб турилган. Септикотоксемия босқичида: тунда ва эрталаб 20-30 мгдан 24-30 кун давомида *per os* киритилган. Таққослаш гуруҳини (28 бемор) ўхшаш термик шикастланишлари бўлган ва турли сабабларга кўра H_2 рецепторлари блокаторларини қабул қилмаган куйганлар ташкил қилди. Улардан айримлари антацидларни (натрий бикарбонати, кальций карбонати), гастропротекторларни (сукральфат ёки алюминий сахарозосульфати) қабул қилган.



2-расм. Гастродуоденал стресс яраларнинг ривожланиш муддатлари

2-расмдан кўриниб турибдики, 28 нафариди (68,29%) аниқланган стресс яраларининг кўпчилиги жароҳат олингандан кейинги дастлабки ҳафталарда ривожланган.

Ўрганилган 32 беморнинг 29 нафариди (90,6%) қон кетиши аломатлари қонли қайт этиш (гематамесис), 3 нафариди (9,4%) эса мелена кўринишида бўлган (3-расм, 4-расм).

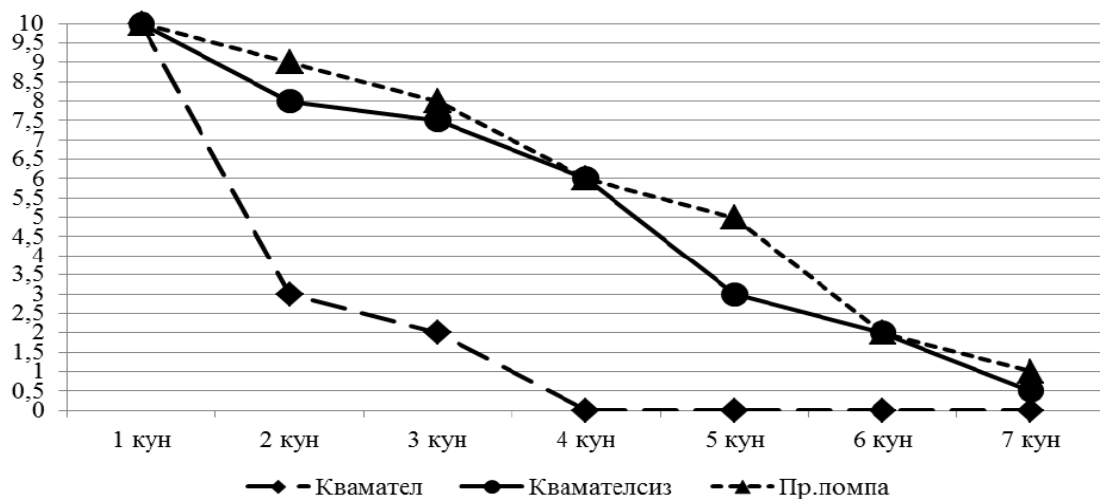


3-расм. Стресс яраларидан гастродуоденал қон кетишларининг ривожланиш муддатлари

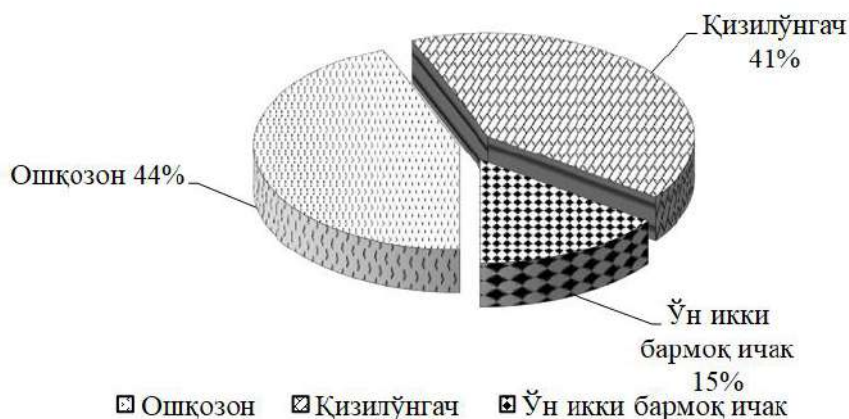
Биринчи кичик гуруҳдаги беморларда (n=73) гистамин H₂-рецепторлари блокаторлари (ранитидин, гистодил, квамател) билан 2-3 кунлик даволанишдан сўнг эпигастрал соҳадаги оғриқ, ошқозон ҳудудида ноқулайлик сезиларли даражада камайди, жиғилдон қайнаши, кекиришлар деярли йўқолган, ОИТнинг кучсиз парези кузатилган (4-расм). Диаметри 1 мм гача бўлган эрозиялар ўртача 8-10 кун ичида даволанган. Ўткир яралардан қон кетиши 8 нафар (73 нафардан) беморда (10,95%) аниқланган, қайсики эндоскопик терапиядан сўнг тўхтаган. Битта беморда иккинчи кунда рецидив пайдо бўлган.

Таққослаш гуруҳидаги беморларда (n=28) оғриқ синдроми, ошқозон соҳасида ноқулайлик, кекиришлар 7-10 кунлар давомида сақланиб қолди, баъзиларида истеъмол қилинган овқатни қайт қилди. 21 (28 нафардан) беморда ГДҚК аниқланди, улар эндоскопик усулда тўхтатилди, аммо уч ҳолатда рецидивлар юз берди.

Назорат гуруҳидаги беморларда диагностик ЭГДФС натижаларига кўра 9 нафар (8,91%) жабрланганда ОИТнинг юқори бўлинмалари шиллик пардасида эрозив ўзгаришлар, 12 нафар (26,73%) беморларда эса ярали нуқсонлар аниқланди. Бундан ташқари, оғир қуйган 41 беморнинг 5 нафариди (4,95%) шиллик парда эрозиялари ва ўткир яралар бир вақтда бўлиши аниқланди. Эрозив зарарланиш локализацияси барабар даражада қизилўнгач ва ошқозонга хос бўлиб, кам ҳолатларда ўн икки бармоқ ичкада эрозиялар аниқланди (5-расм).

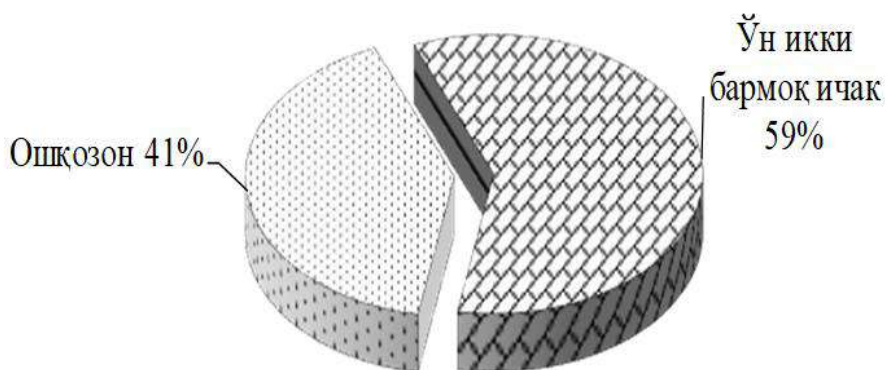


4-расм. Оғриқ синдромининг йўқолиши



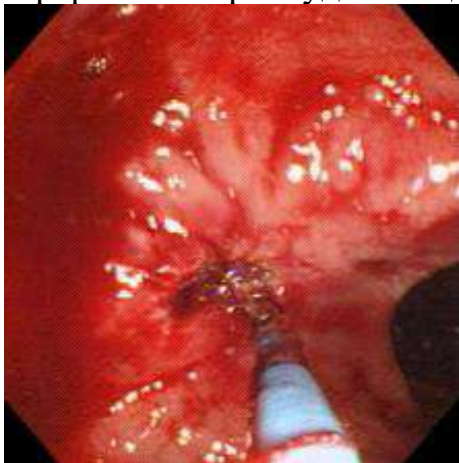
5-расм. Шиллиқ парданинг эрозив зарарланишлари локализацияси

Барча ҳолатларда эрозив ўзгаришлар кўп сонли бўлган. Патологик жараён қизилжүнгачда жойлашганда эрозиялар асосан пастки учдан бир қисмида аниқланган. Эрозив ўзгаришлар ошқозонда жойлашганда зарарланишлар кўпинча танасида ва гумбазида учрайган. Эрозиядан фарқли ўлароқ, яралар локализацияси ошқозонга қараганда кўпроқ ўн икки бармоқ ичак учун хос бўлди. Шунинг билан бирга, қизилжүнгачда яралар нуксонлар топилмаган (6-расм).



6-расм. Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яралар зарарланишлари локализацияси

Ошқозондаги ярали нуқсонлар одатда кўп сонли бўлиб (3.9-расм) кўпинча танасида (31%) ва антрал қисмида (44,8%), камроқ даражада гумбазида (24,2%) аниқланган. Ўн икки бармоқ ичак пиёзча қисми ярали жараёни кўпинча олдинги (68%), камроқ - орқа деворида (26%) жойлашган бўлиб, ўн икки бармоқ ичак пиёзча қисмидан кейинги соҳа ярали зарарланишлари жуда кам ҳолатларда (6%) аниқланган.



7-расм. Бемор А.С., 56 ёшда. Ташхис: куйишнинг умумий майдони 35%, шундан 20%и чуқур. Куйишдан 5 кун ўтган. Ошқозон антрал қисмининг кўп сонли яралари.

Тадқиқотнинг назорат гуруҳига киритилган 101 жабрланган орасида 28 нафар бемор фаол кутиш тактикаси доирасида даволанди ва оғир куйган 73 нафар бемор эрта жарроҳлик даволаш тизимида мувофиқ даволанган. Декомпрессион некротомия ва кесмаларни бажариш техникасига кўрсатмалар тадқиқот давомида ўзгармаган.

101 нафар бемордан ўлим 8 (7,92%) нафар: I гуруҳдан 5 (17,85%) ва II гуруҳдан 3 (2,9%).

Стационарда ётиш давомийлиги I гуруҳда $41,2 \pm 0,8$ ўрин-кунни, II гуруҳда $33,3 \pm 1,0$ ўрин кунни ташкил қилган ($p < 0,05$).

Диссертациянинг тўртинчи бобида «**Асосий гуруҳ беморларининг диагностика ва даволаш натижалари таҳлили**» келтирилган.

103 нафар беморлардан 91 (88,34%) нафарида - 79 (76,69%) кишида превентив ва 12 нафарида (11,65%) шошилиш эндоскопик текширишлар бажарилганда гастродуоденал қон кетиш (ГДҚК) белгилари аниқланган. ГДҚК билан беморларда қўзғалиш (1 та), тормозланиш (3 та), чанқоқ ёки очлик ҳисси (5 та) да кузатилган. Барчасида (12 бемор) тахикардия (115-120 дақиқа), гипотония (7 бемор) (100-110 мм сим.уст.), тахипноэ (дақиқада 24-28 та) каби клиник белгилар намоён бўлди. 9 беморда «кофе қуйқаси» кўринишда қайт этиш ва мелена аниқланган. Клиник-эндоскопик маълумотлар диагностик ва даволаш тактикасини аниқлашга асос бўлган.

103 нафар бемордан (асосий гуруҳ) 17 (16,5%) жабрланганда ГДҚК нинг клиник белгилари яширин ўтди. Бу беморларда нажас ва яширин қонга таҳлиллар бажарилган. Бу беморларда Грегерсеннинг бензидинли реакцияси (10 тасида) ва Вебер реакцияси 7 тасида ижобий натижаларни берган.

Яъни 103 бемордан 12 (11,65%) кишида Ошқозон ичакдан қон кетишнинг яққол белгилари ва 17 тасида (16,5%) – яширин қон кетишлар, жами 103 кишидан – 29 марта Ошқозон ичакдан қон кетиш – 28,15% бўлган.

Асосий гуруҳнинг 103 беморларида оғир куйиш жароҳати билан стационарга келтирилганда ЭГДФС маълумотларига кўра эрозив-ярали ўзгаришлар 53,8% ҳолатларда аниқланган (91 дан 49 беморда), булардан 28,4% ҳолатларда ошқозоннинг ўткир яраси ва 25,4% ҳолатларда ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак ўткир яралари аниқланган. Аммо протонли насос ингибиторлари профилактик қўлланилганда бу зарарланишлар фақат 28,15% ҳолатларда ГДҚК билан оғирлашган.

Шундай қилиб, ОИТнинг эрозив-ярали зарарланишлари ва шу жумладан ГДҚК билан асоратлар ривожланиш хавфи умумий куйиш майдони катталашиси ва айниқса 30% т.ю. дан зиёд бўлиши билан ошиб борган. Шундан хулоса қилиш мумкинки, куйиш майдони 30% дан зиёд бўлган беморлар стационарга келтирилганда ЭГДФСни бажариш шарт бўлиб, бунда ОИТнинг эрозив-яралари зарарланишларини ўз вақтида аниқлаш, даволашни бошлаш ва ГДҚК профилактикасини қилишга имкон берган.

103 нафар бемордан 3 таси (2,9%) вафот этган, яъни назорат гуруҳидаги жабрланганлардан 2 марта (7,92%) кам. Асосий гуруҳда стационарда даволаниш давомийлиги $30,3 \pm 1,0$ кунни ташкил қилган.

ИЕС ичакнинг ҳазм қилиш, транспортли ва барьер функциялари бузилишлари билан ажралиб турган. ИЕСнинг кечки босқичларида ичак деворининг эндотоксин ва бактериялар транслокацияси учун ўтказувчанлиги ўзгариши – тизимли инфекция, сепсис ва кенг куйишлар билан беморларда ПОЕ пайдо бўлишининг асосий сабабидир. ИЕС босқичлари 2-жадвалда келтирилган.

Қорин ичи босими жароҳатидан сўнг ҳар куни дастлабки етти кунлар мобайнида Kron J.L. et al. (1984) таклиф қилган билвосита усул билан ўлчанган. Тадқиқотлар ўтказилган вақт ичида асосий гуруҳнинг (103) 52 нафар текширилган беморларидан 37 нафар жабрланганларда қорин ичи гипертензияси, текширилган яна 3 нафар (5,76%) оғир куйганларда абдоминал компартмент-синдроми – (5,76%) аниқланган.

2-жадвал

Текширилган беморларнинг даволаш натижалари

Беморлар гуруҳи	Беморлар сони		Қон кетиш		Ўлганлар	
	Шундан, яра	Ярадан қон кетиш	Яққол	Яширин	сон	%
Нazorат гуруҳ, n=101	41 (40,59%)	32 (78,04%)	29 (90,62%)	3 (9,38%)	8	7,92
Асосий гуруҳ, n=103	49 (47,57%)	29 (59,18%)	12 (41,37%)	17 (58,63%)	3	2,9

Абдоминал компартмент-синдроми билан 3 нафар беморларда қорин ичи босимини пасайтириш учун назоинтестинал интубация ва 200-400 мл физиологик эритма ва вазелин ёғи аралашмаси билан ичак лаважи бажарилган, бир вақтнинг ўзида куйиш шоки босқичида, жароҳатдан сўнг биринчи кундан вена ичига 1 мл 0,1% ли серотонин адипинати эритмасини бир кунда 1-2 марта қўлланилган.

Ичак етишмовчилиги синдромининг босқичлари

Босқичлар	Ўзига хос белгилар
I	Моторика бостирилиши, ичак деворида қон айланиши сақланган, сўрилишда бузилишлар йўқ, ичак парези
II	Моторика бостирилиши, ичак деворида қон айланишининг рефлектор ўзгаришлари, увеличение секреция кучайиши ва сўрилиш бостирилиши, суюқлик ва газ тўпланиши, ичак ичи босими кўтарилиши, томирлар ўтказувчанлиги ошиши, ОИТ проксимал қисми колонизацияси билан патоген микрофлора кўпайиши
III	Ичак ҳалқалари ҳаддан зиёд чўзилиши (суюқлик ва газ тўпланиши натижасида), МВБ кўтарилиши, тўқима гипоксияси чуқурлашиши, трансудация ва секрецияларнинг давом этадиган кучайиши, ҳазм бўлиш ва сўрилишлар бузилишлари, патоген микрофлора тизимли ва портал қон оқимларига тушиши

Ичакнинг мотор-эвакуатор функциясини тиклаш учун вена ичига 1% ли серотонин адипинати эритмасини юборишнинг самараси клиник белгилар бўйича баҳоланган. Қуйидаги симптомлар: якка-якка перистальтик шовқинлар пайдо бўлиши, перистальтика тикланиши, газлар чиқиши бошланиши, мустақил ич ўтиши ҳисобга олинган.

Алоҳида таъкидлаб ўтиш зарур, бу беморларда перистальтика пайдо бўлиши бевосита 1% ли серотонин адипинати эритмаси юборилган вақтда қайд этилди ва тугатилишидан сўнг ҳам давом этган. Мазкур «игна учида»ги таъсир серотонин адипинати препарати вегетатив асаб тизими синапсларини айланиб ўтиб бевосита ичакнинг силлиқ мускулларига стимулловчи таъсир этиши билан боғлиқ.

Дастлабки икки кунда беморлар ичакларида барқарор перистальтика, газлар чиқиши тикланган ва мустақил ич ўтиши пайдо бўлган.

Ишлаб чиқилган алгоритмни жорий этиш натижалари. Мазкур алгоритм РШТЎИМнинг Самарқанд филиалининг комбустиология бўлими шароитида 2015 дан 2019 йй. гача апробациядан ўтказилди. Бунда 103 нафар оғир куйишлар билан жабрланганлардан, назорат гуруҳининг беморлари билан, ошқозон-ичакдан қон кетиши фақат биттасида қайд этилган.

Шундай қилиб, фаол хирургик тактика ва комплекс медикаментоз-нутрицион кўмакни бирга қўллаш катта майдонли куйишлар билан жабрланганларда ошқозон-ичак қон кетишлари ривожланиши частотасини минимумга олиб келишга имкон беради.

ХУЛОСАЛАР

1. Ошқозон ичак трактининг эрозив-яралли зарарланишлари, шу жумладан асоратли гастродуоденал қон кетишларнинг ривожланиш хавфлари

куйиш умумий майдони катталашуви билан, айниқса тана юзасининг 30% дан ортиқ бўлганда ортади. Шу сабабли стационарга келтирилган беморларнинг танаси 30% дан ортиқ куйганда ЭГДСни ўтказиш зарур бўлади, бу ошқозон ичак трактидаги эрозив ва ярали зарарланишларни ўз вақтида аниқлаш, уларни даволаш ва гастродуоденал қон кетиш профилактикасини бошлашга имкон беради.

2. Чуқур куйишларни эрта жарроҳлик йўли билан даволаш гастродуоденал қон кетишларининг ривожланиш частотасини (24,65% дан) камайтиришга ва оғир термик шикастланган беморларда ўлим эҳтимолини (5,92 дан 2,9% гача) камайтиришга имкон беради.

3. Кенг куйган беморларнинг кўпчилигида куйиш шоки ва ўткир куйиш токсемияси босқичида ичак этишмовчилик синдроми ва қорин ичи босими кўпайиши қайд этилган. Қорин ичи босими кўтарилиши ва дисбактериоз натижасида ҳосил бўлган полиорган бузилишлар шаклланиши ва кўмак берувчи етакчи омил сифатида ичак этишмовчилик синдромининг интенсив терапиясига биз ошқозон ичак трактининг морфофункционал бузилишларини бартараф этишга қаратилган ва эрта энтерал озикланишга ўтишни назарда тутган терапевтик тадбирлар мажмуини кўшмоқдамиз.

4. Клиник амалиётда эрозив-ярали зарарланишни эрта жарроҳлик даволаш, мақсадли инфузион ва метаболик терапия, протон помпаси ингибиторларидан фойдаланиш шунингдек нутрицион кўмакни ўз ичига олган комплекс алгоритмли профилактикани қўллаш, оғир куйган беморларда аниқ гастродуоденал қон кетишлар частотаси 16,83 дан 2,91% гача ($p = 0,001$) пасайишига олиб келди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc/PhD.04/30.12.2019. Tib.93.01 ПРИ
БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ
ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

ДАМИНОВ ФЕРУЗ АСАДУЛЛАЕВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-
КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ОБОЖЖЕННЫХ**

14.00.27 – Хирургия

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

Бухара – 2021

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №B2020.2.PhD/Tib1060.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на трёх языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.bsmi.uz) и информационно-образовательном портале «Ziyonet» по адресу (www.ziyonet.uz).

Научный руководитель:

Карабаев Худойберди
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Хамдамов Бахтиёр Зарипович
доктор медицинских наук

Шестопалов Сергей Степанович
доктор медицинских наук
(Российская Федерация)

Ведущая организация:

Андижанский государственный медицинский институт

Защита диссертации состоится «16» августа 2021 г. в 12³⁰ часов на заседании Научного совета DSc/PhD.04/30.12.2019, Tib.93.01 при Бухарском государственном медицинском институте. Адрес: 200118, г.Бухара, улица А.Наваи, 1. Тел.: (+998 65) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: buhmi@mail.ru.)

С диссертацией (PhD) можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за № 031). Адрес: 200118, г.Бухара, улица А.Наваи, 1. Тел.: (+998 65) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: buhmi@mail.ru.)

Автореферат диссертации разослан «31» июня 2021 года.
(реестр протокола рассылки № _____ от « _____ » _____ 2021 года).



А.Ш.Иноят

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

Д.Н.Ачилова

Учёный секретарь научного совета по присуждению учёных степеней, доктор философии (PhD) по медицинским наукам

Н.А.Нуралiev

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения «...в общей структуре травматизма ожоги составляют - 7,8%. В последние годы отмечен значительный рост количества пострадавших с обширными глубокими ожогами, сочетанными с термоингаляционной травмой, отравлением продуктами горения, механической травмой и т.д...»¹. Летальность при лечении ожоговых больных сохраняется на протяжении последних 5-7 лет на одном и том же уровне, составляя для реанимационных отделений 25,4-29,3%, а для ожоговых отделений 2,7-7%. Общая смертность у больных, лечившихся по поводу ожогов, по данным тех же авторов, составляет 4,4-10%. Одной из важнейших проблем считается раннее выявление поражения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта при ожогах, также использования ранних хирургических методов лечения в сочетании с традиционными функциональными методами.

В мировой практике особое внимание научных исследований уделяется клинко-диагностической основе изменений слизистой оболочки желудка при эрозивных язвах желудочно-кишечного тракта, вызванных ожогами, и оценка клинко-функциональных особенностей желудка у больных с эрозивной язвой желудка вследствие ожогов; ведутся исследования по разработке метода оценки процессов в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта у пациентов с помощью эндоскопических методов. Кроме того, важно усовершенствовать методы визуальной оценки слизистой оболочки при эрозивных язвах желудочно-кишечного тракта, выявить новые аспекты этиопатогенеза заболевания и сравнительно-диагностические особенности, а также разработать патогенетически ориентированные методы лечения.

В нашей стране принимаются комплексные меры по развитию медицинской отрасли, по приведению медицинских услуг в соответствие с мировыми стандартами, в том числе по снижению осложнений за счет ранней диагностики эрозивных язв слизистой оболочки желудка у пациентов с ожогами. В связи с этим «... профилактика здорового образа жизни за счет повышения эффективности, качества и ответственности медицинской помощи в нашей стране, а также формирования системы медицинской стандартизации, внедрения высокотехнологичных методов диагностики и лечения, создание эффективных моделей патронажно-диспансерной и профилактической работы ... »². При выполнении этих задач целесообразно проводить исследования для диагностики изменений желудочно-кишечного тракта при ожогах и совершенствования эффективных схем лечения, а также уменьшения причин инвалидности и неблагоприятных последствий.

¹ Фаязов А.Д., Камиллов У.Р., Шукуров С.И., Абдуллаев У.Х. К проблеме лечения обожженных с комбинированными и сочетанными поражениями // Сб. научных трудов IV съезда комбустиологов России. Москва, 13-16 октября 2013 г. – с. 37-38.

² Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И. Служба экстренной медицинской помощи в Республике Узбекистан: достижения и пути развития // Мат. IV съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. Ташкент, 2018. С. 3-5.

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

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

Степень изученности проблемы. Анализ литературы показывает, что данные о частоте возникновения острых эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки и связанных с ними осложнений противоречивы (Эргашев О.Н. и соавтор., 2012; Жилинский Е.В. и соавтор., 2014; Heidelbaugh J.J. et al., 2012).

Практически отсутствуют сведения о частоте возникновения эрозивно-язвенных поражений у пострадавших от ожогов в разные периоды ожоговой болезни (Спиридонова Т.Г., 2007). Сведения о визуальных и морфологических изменениях слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у данной категории больных недостаточно, а динамика их развития не изучена (Вагнер Д.О. и соавтор., 2015). Так же, не изучена динамика кислотопродуцирующей функции, а данные по ощелачивающей функции желудка отсутствуют. Влияние кислотного фактора на возникновение патологических изменений слизистой оболочки и их осложнений многими авторами ставятся под сомнение (Булгаков С.А., 2012; Баринов Э.Ф. и соавтор., 2014). Учитывая вышеизложенное, считаем целесообразным проведение исследований в данном направлении.

В настоящее время нет единого мнения об уровне кислотности, позволяющем предотвратить развитие эрозивно-язвенного процесса у тяжелобольных. Некоторые авторы считают, что минимальное значение рН в теле и куполе желудка должно быть не ниже 4,0 до исчезновения факторов риска гастродуоденального кровотечения (Карабаев Х.К., 2010).

Влияние тактики хирургического лечения глубоких ожоговых ран на частоту развития гастродуоденального кровотечения практически неизвестно. И возникает вопрос, насколько информативны факторы риска доказанного кровотечения при сильных ожогах для пациентов с тяжелыми ожогами. Среди комбустиологов нет единого мнения о минимальной площади и глубине ожогов, приводящих к реальному риску повреждения желудка и двенадцатиперстной кишки, и аргументах в пользу их

профилактики (Темиров Ф.О., 2011).

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского института "Разработка передовых технологий профилактики, диагностики и лечения инфекционных и неинфекционных заболеваний организма человека" № 012000260.

Целью настоящего исследования явилось совершенствование диагностики и лечения, острых эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта у пациентов с тяжелыми ожогами и разработка предложений и рекомендаций по комплексному алгоритму профилактики.

Задачи исследования.

определить факторы риска и развития эрозивно-язвенного поражения желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных в зависимости от площади и глубины поражения.

изучить динамику изменений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, с оценкой влияния раннего хирургического лечения тяжелообожженных на частоту развития гастродуоденальных язв.

выявить частоту развития синдрома кишечной недостаточности и повышения внутрибрюшного давления у тяжелообожженных и оптимизировать профилактику и лечение.

на основании полученных клинико-эндоскопических данных разработать алгоритм эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта и синдрома кишечной недостаточности, включающий хирургическую тактику и комплексную медикаментозно-нутриционную поддержку.

Объектом исследования являлись 204 пострадавших, пролеченных с глубокими ожогами в отделении комбустиологии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной помощи в 2013-2019 гг., из них 103 пациента в основной группе и 101 человек в контрольной группе

Предмет исследования явились периферическая кровь, сыворотка и желудочный сок, биохимические процессы.

Методы исследования. Для достижения цели и поставленных задач использованы общеклиническая, интравезикальная тензометрия для измерения внутрибрюшного давления, прогностический индекс Франка, рентгенография, УТТ, ЭГДФС, биохимические и статистические методы анализа.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

доказана значимая связь между развитием стрессовых ран и эрозий слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта при ожогах и увеличением общей площади ожогов более чем на 20% площади поверхности тела. Было обнаружено, что отсроченное хирургическое лечение является важным фактором риска гастродуоденального кровотечения у пострадавших от ожогов;

доказано значительное снижение осложнений, таких как кровотечение, на основе применения раннего хирургического вмешательства при эрозивно-

раневых поражениях слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта при ожогах;

доказана высокая эффективность комплексного лечения, включающего активные операции, нутритивное и органопротекторное лечение при эрозивно-раневых поражениях слизистой оболочки ЖКТ при ожогах;

доказано, что терапевтическая эффективность ингибиторов протонной помпы выше, чем у H₂-блокаторов, рекомендованных для антисекреторной терапии у пациентов с тяжелыми ожогами.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

разработан алгоритм профилактики стрессовых язв у пациентов с обширными ожогами;

оценена эффективность комплексного лечения для профилактики эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта при ожогах;

рекомендовано в результате лечения тяжелых ожогов использовать низкоуглеводные и низкожировые и высокопротеиновые питательные добавки и аминокислотные препараты.

Достоверность результатов исследования. Подходы и методы, использованные в исследовании, соответствие теоретических данных полученным результатам, методологическая точность исследования, адекватный выбор материала, адекватность количества обследованных пациентов, современность методов, используемых в исследовании, их взаимодополняемые клинические, биохимические, инструментальные методы на основе использования статистических методов исследования разработаны клинико-биохимические особенности ранево-эрозивных поражений желудочно-кишечного тракта, все цифровые данные основаны на использовании современных компьютерных технологий, а также на сравнении результатов исследований с международным и местным опытом, выводы и полученные результаты подтверждаются компетентными органами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные результаты, выводы и предложения вносят существенный вклад в изучение особенностей диагностики и лечения тяжелообожженных, также позволяют выделить среди тяжелообожженных группу риска по развитию желудочно-кишечных кровотечений и уточнить показания для проведения профилактической антисекреторной терапии, где риск развития эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта, в том числе осложненных желудочно-кишечного кровотечения, возрастает с увеличением общей площади ожогового поражения, особенно при площади более 30% п.т.

Практическая значимость результатов исследования состоит в том, что изучение патогенеза гастродуоденального кровотечения у пациентов с тяжелой термической травмой позволило определить роль ишемии слизистой оболочки, вызванной значительными нарушениями кровообращения, в развитии эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта и двенадцатиперстной кишки. Лечение объясняется снижением частоты

развития гастродуоденального кровотечения (с 31,68% до 28,15%) и снижением вероятности смерти среди пострадавших от тяжелой термической травмы (с 7,92 до 2,9%).

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по оценке улучшения диагностики и лечения, острых эрозивно-раневых поражений желудочно-кишечного тракта при ожогах:

утверждены методические рекомендации на основании научных результатов, полученных при своевременном выявлении острых эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта у больных с ожогами, оценке функционального состояния желудочно-кишечного тракта, «Оптимизация диагностики и лечения желудочно-кишечных расстройств у больных с сильными ожогами» (справка Министерства здравоохранения Республики Узбекистан за № 8н-р/211 от 9 октября 2021 года). Эта методическая рекомендация улучшила результаты лечения ожогов, предотвратив желудочно-кишечную дисфункцию и ее осложнения у пациентов с ожогами;

клинико-диагностические основы острых эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта при ожогах и результаты исследований по совершенствованию их лечения внедрены в практику 1-клиники Самаркандского государственного медицинского института, Самаркандское городское медицинское объединение, Республиканского научного центра экстренной помощи Кашкадарьинского и Джизакского филиалов (Заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан за № 8н-з / 87 от 29 апреля 2021 г.). Полученные результаты позволили оптимизировать диагностику, лечение и профилактику желудочно-кишечных кровотечений при тяжелых ожогах.

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

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 40 научных работ, из них 10 статей в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций доктора философии (PhD), в том числе 7 – в республиканских и 3 в зарубежных журналах.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 119 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуется объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре

диссертации.

В первой главе диссертации «**Современные взгляды на эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных**» приведен анализ источников литературы, посвященных изучению частоты и патогенеза эрозивно-язвенного поражения желудочно-кишечного тракта при термической травме, факторов риска и частоты гастродуоденальных кровотечений и синдрома кишечной недостаточности у пострадавших с термической травмой, интраабдоминальная гипертензия и абдоминальный компартмент-синдром у тяжелообожженных, а также роль и место консервативной терапии и хирургического лечения пострадавших от ожогов в профилактике гастродуоденальных язв осложненных кровотечением требующие уточнения аспекты этой проблемы.

Во второй главе «**Материалы, методы исследования и лечения обожженных**» отражены методы клинических, инструментальных, лабораторных исследований и лечебных мероприятий у 204 пострадавших с глубокими ожогами, проходивших лечение в Самаркандском филиале РНЦЭМП с 2013 по 2019 гг.

В контрольной группе больных (101) были реализованы задачи исследования, направленные на изучение частоты стрессовых язв у обожженных и факторов риска их развития, влияние различных подходов к хирургическому лечению ожоговых ран, а также сравнение эффективности антисекреторных препаратов, применяемых для профилактики стрессовых язв, проведено аналитическое обсервационное исследования по типу «случай-контроль».

В основной группе больных (103 пациента) были реализованы задачи по изучению диагностики и лечения стрессовых язв, синдрома кишечной недостаточности и дисбактериоза при ожогах и разработан и апробирован алгоритм профилактики этого осложнения ожоговой болезни.

Среди 101 пострадавших, вошедших в контрольную группу, было 61 (60,40%) мужчины и 40 (39,60%) женщин (табл. 1). Возраст пострадавших, вошедших в данную группу, находился в диапазоне от 18 до 75 ($52,54 \pm 16,5$) лет. Среднее значение общей площади ожогового поражения кожного покрова составило $35,5 \pm 5,8\%$ поверхности тела, площади глубокого ожога – $19,3 \pm 5,7\%$ поверхности тела.

Среди 103 пациентов основной группы было 65 (63,11%) мужчин и, соответственно, 38 (36,89%) женщин. Возраст пострадавших также находился в диапазоне от 18 до 74, а среднее значение возраста составило $53,1 \pm 15,9$ лет. Общая площадь термического поражения кожного покрова, как и в контрольной группе, свидетельствовала о значительной тяжести термической травмы, и была равна $36,7 \pm 7,7\%$ поверхности тела. Значение интегральных показателей тяжести термической травмы у пострадавших данной группы также было сопоставимым.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что почти половина обожженных (109; 53,43%) поступили в ожоговое отделение Самаркандского филиала РНЦЭМП уже в первые 6 часов после получения термической

травмы. Запоздалое поступление больных (95; 46,57%) отмечалось из ближайших районов, где первая медицинская помощь им была оказана в условиях хирургических отделений РМО.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возрастной состав больных	I-группа				II-группа			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
18-30	5	5,0±2,2	4	4,0±2,0	4	3,88±1,9	3	2,9±1,7
31-40	17	16,8±3,7	11	10,9±3,1	16	15,53±3,6	14	13,6±3,4
41-60	29	28,7±4,5	20	19,8±4,0	33	32,04±4,6	18	17,5±3,8
61-70	7	6,9±2,5	5	5,0±2,2	9	8,74±2,8	2	1,9±1,4
до 75	3	3,0±1,7	-	-	3	2,91±1,7	1	1,0±1,0
Итого:	61	60,4±4,9	40	39,6±4,9	65	63,1±4,8	38	36,9±4,8
Всего:	101 (49,5±3,5%)				103 (50,5±3,5%)			

При изучении обстоятельств термической травмы у пострадавших (204) установлено, что в 155 случаях этиологическим фактором ожога послужило пламя (в I группе 75, во II – 80), 21 случае – кипяток (в I группе 11, во II – 10), а у остальных 28 пострадавших причиной ожога были: горячая пища (17 сл.) (в I группе 10, во II – 7), битум (2 сл.) (в I группе 1, во II – 1), а также электрическое (4 сл.) (в I группе 2, во II – 2), и контактное (5 сл.) (в I группе 2, во II – 3) поражение. Таким образом, этиологическая структура термической травмы в основной и контрольной группе исследования также не имела существенных различий.

Наиболее часто ожоги локализовались в области туловища и конечностей (36,76% больных), головы и конечностей (31,86%). Сочетанную с ожогом кожи ингаляционную травму имели 23 больных (11,27%). Обычно, у них имело место тяжелое течение ожогового шока.

Площадь ожоговых ран определяли в соответствии с правилом «девятки» (A.V. Wallace, 1951) и правилом «ладони».

В соответствии с прогностическим индексом Франка (ИФ), который характеризует тяжесть ожоговой травмы и определяется в условных единицах (1% поверхностного ожога I-II-III степени (ст.) принимается за 1 единицу (ед.), 1% глубокого ожога III-IV ст. за 3 ед.) и с учетом степени тяжести термоингаляционной травмы (ТИТ) (при ТИТ I-степени дополнительно суммировали 15 ед., при ТИТ II-степени – 30 ед., при III-степени – 45 ед.) больные распределены на 3 группы: I группа – ИФ 30-70 ед. – 101 (49,51%), II – ИФ 71-130 ед. – 91 (44,61%) и III – ИФ > 130 ед. – 12 (5,88%).

Таким образом, пострадавшие, вошедшие в основную группу, были

сопоставимы с пациентами контрольной группы по полу, возрасту, площади ожогового поражения кожного покрова и тяжести термической травмы. Помимо этого, между анализируемыми группами не было выявлено существенных различий в частоте сопутствующей ожогам патологии.

Все пострадавшие при поступлении осматривались дежурным комбустиологом в условиях противошоковой палаты, где проводилось стандартное физикальное обследование (оценка пульса, артериального давления, температуры тела), индекс тяжести поражения (индекс Франка). На основании собранного анамнеза и данных, полученных из сопроводительных документов, устанавливали длительность догоспитального периода. С целью проведения инфузионной терапии производили катетеризацию одной из центральных вен. Для контроля эффективности проводимой терапии устанавливали мочевого катетер и назогастральный зонд.

У всех пострадавших во время обследования в противошоковой палате осуществляли забор крови, мочи и кала для проведения различных лабораторных исследований. В обязательный объем исследования входили клинический и биохимический анализ крови, определение группы крови и общий анализ мочи.

Нами у 64 обожженных в анамнезе которых не имелось заболеваний пищеварительной системы в динамике (132 раза) исследована пепсинообразующая функция желудка методом определения количества пепсиногена в плазме крови по В.Н. Туголукову (1965). А также изучены частота развития СКН и повышение внутрибрюшного давления у тяжелообожженных.

В ходе нашего исследования проанализированы результаты обследования и лечения 57 пострадавших с обширными ожогами от 15 до 45% п.т. Измерение внутрибрюшного давления у этих пациентов производилось ежедневно в течение первых семи суток от момента травмы непрямым методом, предложенным J.L. Kron et al. (1984).

К основным причинам повышения внутрибрюшного давления у пациентов с обширными ожогами относятся: массивная инфузионная терапия, сопровождающаяся синдромом капиллярной утечки, парез желудка и избыточная пневматизация кишечника на фоне ожогового шока, а также ожоги передней брюшной стенки, приводящие к значительному снижению ее эластичности.

Синдром кишечной недостаточности у 103 больных (основная группа) изучена по клинико-лабораторным данным: дисбактериоз, пробы фекалия и смывной жидкости со слизистой оболочки толстой кишки.

Анализ кала на скрытую кровь у обожженных может играть большую роль в диагностике стрессовых язв, осложненных кровотечением. Бензидиновая реакция Грегерсена (J.P. Gregersen) является очень чувствительной и становится положительной уже при кровопотери объемом 2-5 мл. Но требуется предварительная подготовка больного. Нами у 47 обожженных в стадии шока и острой ожоговой токсемии в динамике проведена бензидиновая реакция Грегерсена 112 раз. Реакция Вебера - Ван-Деена дает положительный результат при кровопотере 30-50 мл и не требует

специальной подготовки больных. У 73 тяжелообожженных с глубокими ожогами в динамике заболеваний была проведена 105 раз анализ кала на реакцию Вебера - Ван-Деена.

Состояние гемостаза в язве характеризуется в соответствии с классификацией J.A. Forrest (1987).

Тяжесть кровопотери, развившейся на фоне ГДК, оценивали на основании сопоставления лабораторных, клинических и инструментальных данных в соответствии классификацией А.И. Горбашко (табл. 2.5).

В соответствии с классификацией D.J. Cook с соавт. (1994) выделяли скрытые (СК), явные (ЯК) и гемодинамически значимые кровотечения (ГДЗК).

В обязательный объем инструментальных исследований входила рентгенография органов грудной клетки и электрокардиография. Помимо этого, для оценки тяжести ожога дыхательных путей у пострадавших с соответствующим анамнезом (нахождение в задымленном помещении) и жалобами (затруднение дыхания, кашель, першение в горле) выполняли *диагностическую фибробронхоскопию*.

Эзофагогастродуоденофиброскопию (ЭГДФС), ацидометрию и взятие биопсийного материала для морфологического исследования выполняли превентивно в динамике на 1,3,7,14 и 21 сутки, при необходимости и в более поздние сроки.

Эндоскопическую пристеночную рН-метрию выполняли прибором АГМИ-01 (ацидогастрометр интраоперационный, НИИ «Исток», г. Фрязино).

Для проведения пристеночной эндоскопической рН-метрии использовали преобразователь первичный гастроэнтерологический (Г1-Д-Э) с накожным хлорсеребряным электродом сравнения и разъемом типа RJ-45.

После соприкосновения кольцевого измерительного электрода со слизистой оболочкой и стабилизации показаний на регистрирующем блоке производили запись полученных значений рН в специальный бланк. В ходе исследования использовали семь стандартных точек, рекомендованных для выполнения рН-метрии: 1 – «озерцо», 2 – свод желудка, 3 – средняя треть тела желудка по задней стенке, 4 – средняя треть тела желудка по передней стенке, 5 – малая кривизна антрального отдела, 6 – большая кривизна антрального отдела, 7 – передняя стенка луковицы ДПК (рис. 1).

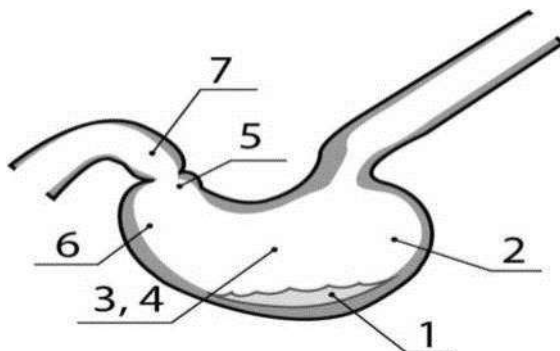


Рис. 1. Расположение стандартных точек для рН-метрии.

Оценку полученных значений рН осуществляли по функциональным

зонам: зона кислотообразования и зона выработки щелочного секрета. Активность кислотообразования расценивали как анацидную при рН в области тела и свода желудка $> 5,0$, как гипоацидную при значении рН $2,0-5,0$, как нормаацидную при рН $1,2-2,0$ и как гиперацидную при рН менее $1,2$. Ощелачивающую функцию расценивали как компенсированную при рН >5 в антральном отделе, субкомпенсированную при рН $2,0-4,9$ и декомпенсированную при рН менее $2,0$.

В ходе нашего исследования у 57 тяжелообожженных проанализированы результаты измерения внутрибрюшного давления.

Комплексное лечение ожоговой болезни начиналось с противошоковых мероприятий и помимо инфузионно-трансфузионной терапии включало антибактериальную, противовоспалительную, антигистаминную, иммунокорректирующую, антикоагулянтную, гемостатическую, антисекреторную, седативную, метаболическую, симптоматическую терапию и нутриционную поддержку. Хирургическое лечение пациентов с глубокими ожогами было направлено на удаление массива термически поврежденных тканей и восстановление кожного покрова в максимально ранние сроки от момента получения травмы.

В третьей главе «Анализ результатов диагностики и лечения контрольной группы больных» диссертации представлены результаты диагностики и лечение стрессовых язв, а также сравнение эффективности антисекреторных препаратов, применяемых для профилактики стрессовых язв.

За время проведения исследования в контрольной группе больных с 2013 по 2015 гг. в Самаркандском филиале РНЦЭМП с момента госпитализации стрессовые язвы были диагностированы у 41 (40,59%) из 101 тяжелообожженных.

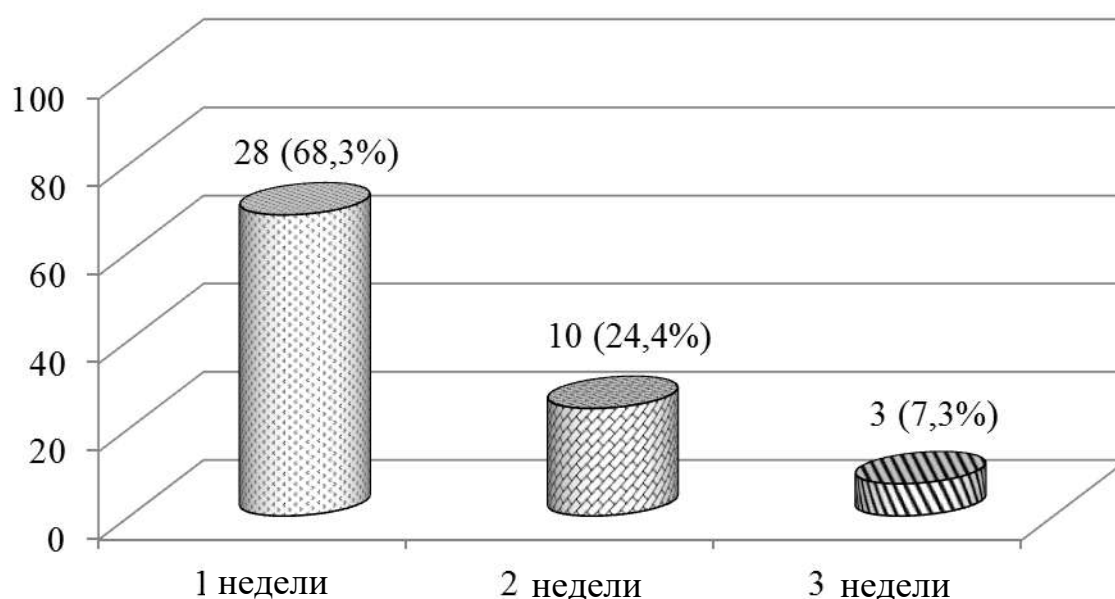


Рис. 2. Сроки развития стрессовых гастродуоденальных язв.

Все больные были распределены на две группы. Пациенты первой группы ($n=73$) получали блокаторы H_2 -рецепторов гистамина с момента поступления в шок $20 \text{ мг} \times 1-2$ раза в день – 7-10 дней, иногда до 20 дней –

внутривенно. В стадии септикотоксемии: 20 мг на ночь и утром per os на протяжении 24-30 дней. Группу сравнения составили обожженные (n=28), которые имели соизмеримые термические поражения и по разным причинам не получили блокаторов H₂-рецепторов гистамина. Некоторые из них получили антациды (натрий гидрокарбонат, кальций карбонат), гастропротекторы (сукральфат или алюминия сахарозульфат).

Как видно из рисунка 2, большая часть диагностированных стрессовых язв у 28 (68,29%) развилась в первые недели от момента травмы.

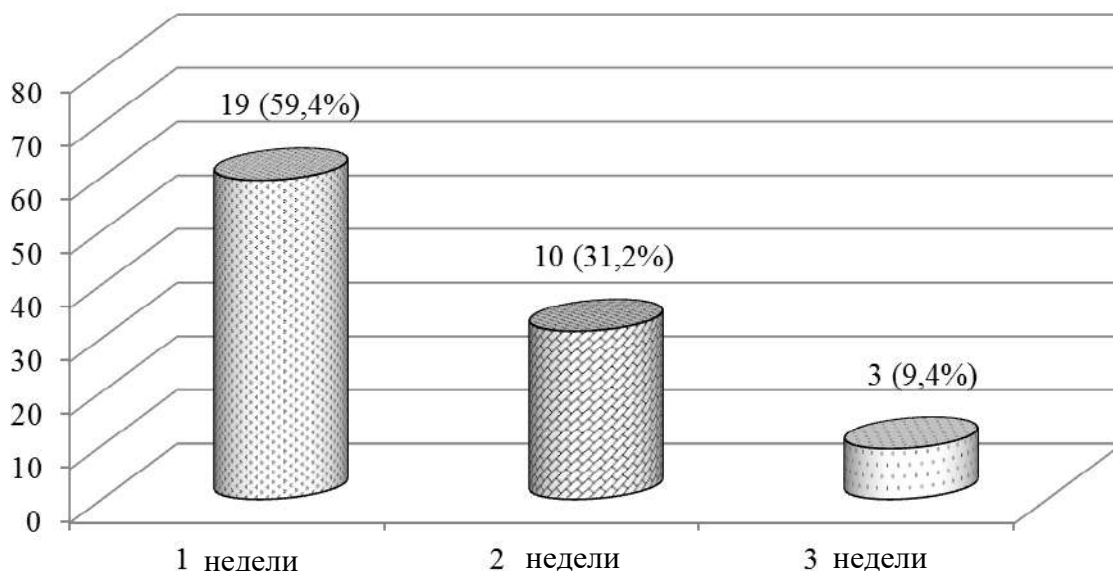


Рис. 3. Сроки развития гастродуоденальных кровотечений из стрессовых язв.

У больных первой группы (n=73) уже после 2-3 дней лечения блокаторами H₂-рецепторов гистамина (ранитидин, гистодил, квамател) значительно уменьшался болевой синдром в эпигастральной области, чувство дискомфорта в области желудка, почти исчезла изжога, отрыжка, был не резко выраженный парез ЖКТ (рис. 7). Заживление эрозий диаметром до 1 мм наблюдалось в среднем за 8-10 дней. Кровотечение из острых язв выявлено у 8 (из 73) больных (10,95%), которое после эндоскопической терапии остановилось. У одного больного на вторые сутки возник рецидив.

У больных группы сравнения (n=28) болевой синдром, дискомфорт в области желудка, отрыжка сохранялись на протяжении 7-10 дней, у некоторых была рвота съеденной пищей. У 21 (из 28) больных были выявлены ЖКК, которые остановлены эндоскопически, но в трех случаях наступил рецидив.

По результатам диагностической ЭГДФС у больных контрольной группы эрозивные изменения слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ выявлены у 9 (8,91%), а язвенные дефекты – у 12 (26,73%) пострадавших. Помимо этого у 5 из 41 (4,95%) тяжелообожженных было выявлено одновременное сочетание эрозий слизистой оболочки и острых язв. Локализация эрозивных поражений была в равной степени характерна для пищевода и желудка, реже острые эрозии обнаруживались в ДПК (рис. 5).

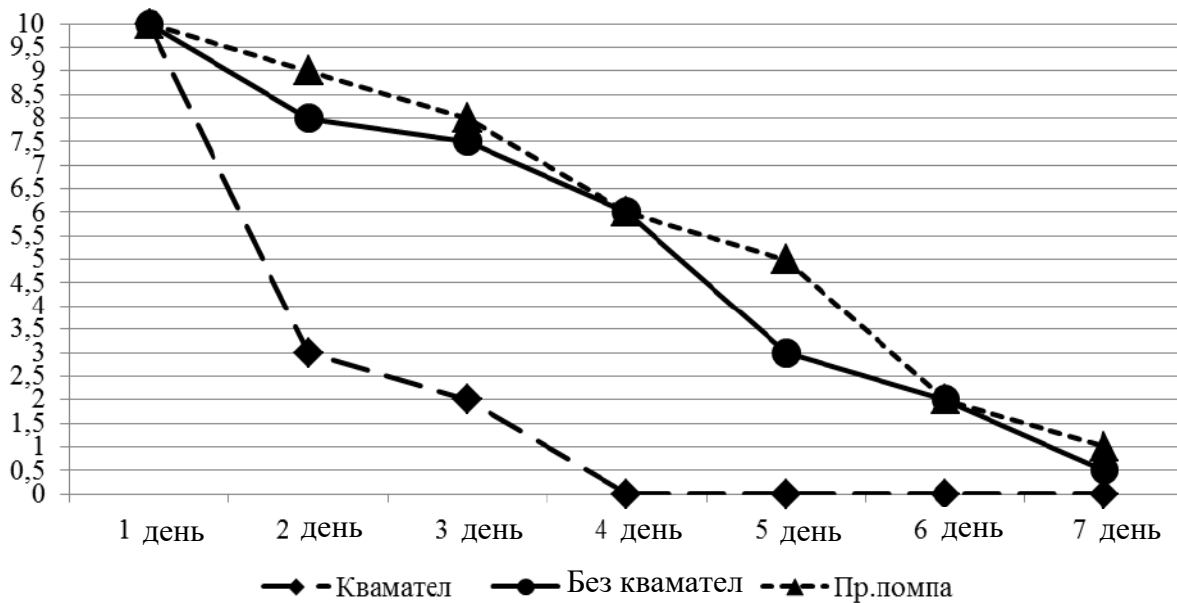


Рис. 4. Купирование болевого синдрома.

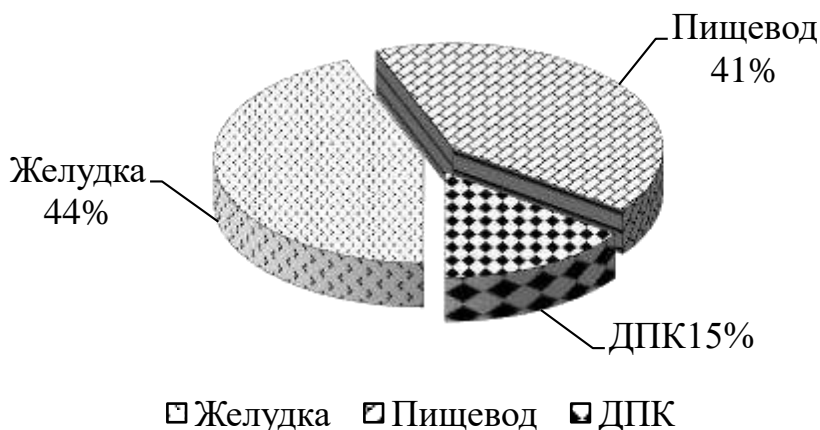


Рис. 5. Локализация эрозивных поражений слизистой оболочки.

Во всех случаях эрозивные изменения носили множественный характер и зачастую имели тенденцию к слиянию. При локализации патологического процесса в пищеводе эрозии обнаруживались преимущественно в нижней трети. При локализации эрозивных изменений в желудке наиболее часто повреждения встречались в области тела и свода. Локализация язвенных поражений, в отличие от эрозий, была более характерна для ДПК, чем для желудка. При этом в пищеводе язвенных дефектов обнаружено не было (рис. б).

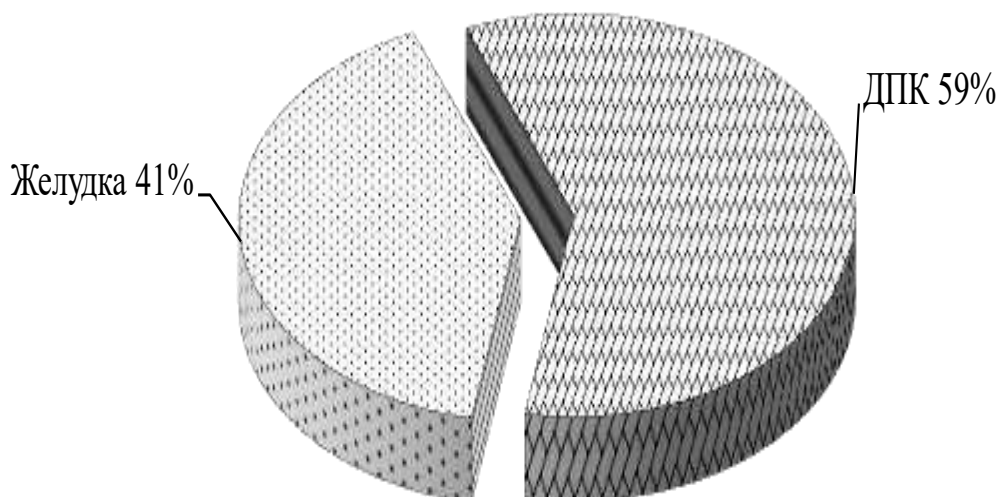


Рис. 6. Локализация язвенных поражений ДПК и желудка.

В желудке язвенные дефекты, как правило, носили множественный характер и наиболее часто встречались в области тела (31%) и антрального отдела (44,8%), в меньшей степени в области свода (24,2%). В луковице ДПК язвенный процесс наиболее часто локализовался на передней (68%), реже – на задней стенке (26%). Язвенные поражения залуковичного отдела ДПК диагностировались крайне редко (6%).

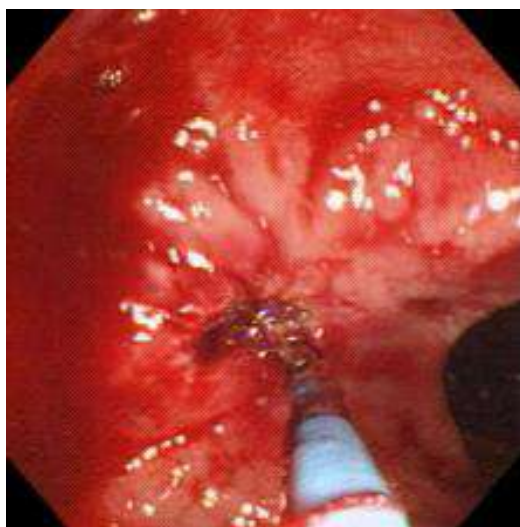


Рис. 7. Больной А.С., 56 лет. Диагноз: общая площадь ожога 35%, из них 20% глубокого ожога, 5 день после травмы, осл. множественные язвы антрального отдела желудка.

Среди 101 пострадавших, вошедших в контрольную группу исследования, 28 пациентов получили лечение в рамках активно-выжидательной тактики и 73 тяжелообожженных пролечено в соответствии с системой раннего хирургического лечения. Показания к декомпрессионной некротомии и техника выполнения разрезов не изменились в ходе исследования.

Из 101 больных умерли 8 (7,92%) человек: 3-е (4,1%) из I группы и 5 (17,85%) из II группы.

Продолжительность стационарного лечения в I группа составил $33,3 \pm 1,0$ койко-дней, во II группе $41,2 \pm 0,8$ койко-дней ($p < 0,05$).

В четвертой главе «Анализ результатов диагностики и лечения основной группы пострадавших» приводятся результаты основной группы исследованных больных.

Из 103 больного (основная группа) у 91 (88,34%) пострадавших произведено эндоскопическое исследование, из них превентивная у 79 (76,69%) человек и экстренная у 12 (11,65%) обожженных с признаками ЖКК. У пострадавших с ЖКК наблюдались возбуждение (у 1), заторможенность (у 3), чувство жажды или голода (у 5). Клиническими признаками были у всех (12 больных) тахикардия (115-120 уд. в минуту), гипотония у 7 (100-110 мм рт.ст.), тахипноэ (24-28 в минуту). У 9 больных была рвота «кофейной гущей» и мелена. Клинико-эндоскопические данные дали основание определить диагностическую и лечебную тактику.

У 17 (16,5%) пострадавшего клинических признаков ЖКК протекали скрыто. Этим больным произведено анализ кала на скрытую кровь. Из этих пострадавших бензидиновая реакция Грегерсена были положительными у 10 и реакция Вебера у 7 пострадавших.

Следовательно, из 103 больного у 12 (11,65%) человек были явные признаки ЖКК и у 17 (16,5%) – скрытое кровотечение. Всего из 103 человек – 29 раз ЖКК – 28,15%.

Из 103 пациента основной группы в связи с более тяжелой ожоговой травмой эрозивно-язвенные изменения при поступлении в стационар по данным ЭГДФС были диагностированы в 53,8% случаев (49 пациентов) – в виде острых язв желудка в 18,4% случаев и острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки в 14,3% случаев. Однако, на фоне профилактического использования ингибиторов протонного насоса эти поражения только в 28,15% случаев осложнились ЖКК.

Таким образом, риск развития эрозивно-язвенных поражений ЖКТ, в том числе осложненных ЖКК, возрастает с увеличением общей площади ожогового поражения, особенно при площади более 20% п.т. В связи с этим необходимо выполнение ЭГДФС при поступлении в стационар пациентов с ожогами более 20%, что позволяет своевременно выявить эрозивно-язвенные изменения со стороны ЖКТ, начать их лечение и профилактику ЖКК.

Таблица 2

Результаты лечения исследованных больных

Группы больных	Количество больных		Кровотечения		Умерли	
	Из них, язв	Кровотечения из язв	Явные	Скрытые	Кол-во	%
Контрольная группа, n=101	41 (40,59%)	32 (78,04%)	29 (90,62%)	3 (9,38%)	8	7,92
Основная группа, n=103	49 (47,57%)	29 (59,18%)	12 (41,37%)	17 (58,63%)	3	2,9

Из 103 больных умерли 3 (2,9%), т.е. 2 раза меньше, чем в контрольной группе (7,92%) пострадавших. Продолжительность стационарного лечения основной группы составил $30,3 \pm 1,0$ койко-дней.

Синдром кишечной недостаточности (СКН) характеризуется нарушением пищеварительно-транспортных и барьерных функций кишечника. Изменение проницаемости кишечной стенки на поздних стадиях СКН для эндотоксина и транслокации бактерий – главные причины возникновения системной инфекции, сепсиса и ПОН у больных с обширными ожогами. Стадии СКН представлены в табл. 3.

Таблица 3

Стадии синдрома кишечной недостаточности

Стадии	Характерные признаки
I	Угнетение моторики, кровообращение в кишечной стенке сохранено, нарушения всасывания нет, парез кишечника
II	Угнетение моторики, рефлекторные нарушения кровообращения в кишечной стенке, увеличение секреции и угнетение всасывания, накопление жидкости и газа, повышение внутрикишечного давления, повышении проницаемости сосудов, размножение патогенной микрофлоры с колонизацией проксимальных участков ЖКТ
III	Перерастяжение кишечных петель (вследствие накопления жидкости и газа), повышение ВБД, усугубление тканевой гипоксии, дальнейшее усиление трансудации и секреции, нарушение переваривания и всасывания, поступление патогенной микрофлоры в системный и портальный кровоток

Измерение внутрибрюшного давления производилось ежедневно в течение первых семи суток от момента травмы непрямым методом, предложенным Kron J.L. с соавт. (1984). За время исследования внутрибрюшная гипертензия диагностирована у 37 пострадавших из 52 обследованных основной группы больных (103) абдоминальный компартмент-синдром – еще у 3 тяжелообожженных (5,76%).

Для снижения внутрибрюшного давления при абдоминальном компартмент-синдроме у 3-х больных, наряду с назоинтестинальной интубацией и кишечным лаважом физиологическим раствором 200-400 мл с вазелиновым маслом, мы применяли внутривенное введение 1 мл 1% раствора серотонина адипината в стадии ожогового шока с первых суток после травмы, 1-2 раза в сутки.

Оценка эффекта от внутривенного введения 1% серотонина адипината для восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника, производилось по клиническим признакам. Учитывались следующие симптомы: появление единичных перистальтических шумов, восстановление перистальтики, начало отхождения газов, появление самостоятельного стула.

Следует особо подчеркнуть, что появление перистальтики у этих больных отмечались непосредственно во время внутривенного введения 1% серотонина адипината, и продолжались после окончания введения. Данный эффект «на кончике иглы» связан с тем, что препарат серотонина адипинат оказывает свое стимулирующее действие непосредственно на гладкие мышцы кишечника, минуя синапсы вегетативной нервной системы.

В первые двое суток у больных восстановилась устойчивая перистальтика кишечника, отхождение газов и появление самостоятельного стула.

Результаты внедрения разработанного алгоритма. Данный алгоритм был апробирован в условиях отделения комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП с 2015 по 2019 гг. При этом из 103 пострадавших с обширными ожогами, сопоставимых с пациентами контрольной группы, желудочно-кишечное кровотечение диагностировано только у одного.

Таким образом, совместное использование активной хирургической тактики и комплексной медикаментозно-нутриционной поддержки позволяет свести к минимуму частоту развития желудочно-кишечных кровотечений у пострадавших с обширными ожогами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Риск развития эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта, в том числе осложненных желудочно-кишечных кровотечений, возрастает с увеличением общей площади ожогового поражения, особенно при площади более 30% п.т. В связи с этим необходимо выполнение ЭГДФС при поступлении в стационар пациентов с ожогами более 30% п.т., что позволяет своевременно выявить эрозивно-язвенные поражения со стороны желудочно-кишечного тракта, начать их лечение и профилактику желудочно-кишечных кровотечений.

2. Раннее хирургическое лечение глубоких ожогов у больных позволяет снизить частоту развития гастродуоденальных кровотечений (24,65%) и уменьшить вероятность наступления летального исхода (от 5,92 до 2,9%) у пострадавших с тяжелой термической травмой.

3. Синдром кишечной недостаточности и повышение внутрибрюшного давления у большинства больных с обширными ожогами отмечено в стадии ожогового шока и острой ожоговой токсемии. В интенсивной терапии синдром кишечной недостаточности как ведущего фактора формирования и поддержания полиорганных нарушений вследствие повышения внутрибрюшного давления и дисбактериоза, мы включаем комплекс лечебных мероприятий, направленных на устранение морфофункциональных нарушений желудочно-кишечного тракта с переходом на раннее энтеральное питание.

4. Применение в клинической практике алгоритма комплексной профилактики эрозивно-язвенного поражения, включающего раннее хирургическое лечение, целенаправленную инфузионную и метаболическую терапию, использование ингибиторов протонной помпы, а также нутриционную поддержку привело к снижению частоты явных гастродуоденальных кровотечений у тяжелообожженных с 16,83 до 2,91% ($p=0,001$).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES
AT THE BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE

DAMINOV FERUZ ASADULLAEVICH

**OPTIMIZATION OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT
ACUTE EROSION-ULCER GASTROINTESTINAL TRACT IN BURNED**

14.00.27-Surgery

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

Bukhara – 2021

The topic of the dissertation of a Doctor of Philosophy (PhD) is registered with the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for №B2020.2.PhD/Tib1060.

The dissertation was completed at the Samarkand State Medical Institute.

The dissertation author's abstract in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the website of the Scientific Council (www.bsmi.uz) and the Information-educational portal "Ziyonet" (www.ziyonet.uz).

Research leader:

Karabaev Khudoiberdi
doctor of Medical Sciences, Professor

Official opponents:

Hamdamov Bakhtiyor Zaripovich
doctor of Medical Sciences

Shestopalov Sergey Stepanovich
doctor of Medical Sciences
(Russian Federation)

Leading organization:

Andijan State Medical Institute

Defense will take place on «16» August 2021 at 12³⁰ at the meeting of Scientific Council DSc/PhD.04/30.12.2019 Tib.93.01 at the Bukhara State medical institute (address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A.Navoiy str.1. Phone/fax: (+99865) 223-00-50; Phone: (+99865) 223-17-53, e-mail: buhmi@mail.ru).

The dissertation can be reviewed at the Information Resource Center of the Bukhara State medical institute (registered number №03P). (Address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A.Navoiy str.1. Phone: (+99865) 223-00-50)

Abstract of dissertation sent out on «21» July 2021 year
(mailing report № ___ on «___» 2021 year).



A.Sh. Inoyatov

Chairman of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

D.N. Achilova

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Philosophy

N.A. Nuraliyev

Chairman of the scientific seminar of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of the doctor of philosophy dissertation)

Relevance and relevance of the topic of the dissertation. According to the World Health Organization, burns account for 5-7.8% of the overall structure of injuries. The trend towards their increase can be traced in many countries: in Japan, thermal injuries are in second place, and in the United States, third. In Russia, the number of burn victims annually is 610-620 thousand people.

In recent years, there has been a significant increase in the number of victims with extensive deep burns associated with thermoinhalation trauma, poisoning by combustion products, mechanical trauma, etc.

Mortality in the treatment of burn patients has remained at the same level over the past 5-7 years, accounting for 25.4-29.3% for intensive care units, and 2.7-7% for burn departments. The total mortality rate in patients treated for burns, according to the same authors, is 4.4-10%.

The incidence of acute ulcers in combustiological patients ranges from 1.3% to 90%. The frequency of gastrointestinal bleeding from acute erosions and ulcers in burn patients ranges from 0.15% to 90%. Although gastrointestinal bleeding is the immediate cause of death in 1-3% of burn victims, significantly inferior to pneumonia, shock and generalized infection or their various combinations, mortality in patients with complicated acute ulcers remains at a high level for many years, reaching 50-100%.

Even without being the direct cause of death, such complications significantly aggravate the course of burn disease and significantly worsen its prognosis. In 56-75% of cases, severe burns entail asymptomatic erosive and ulcerative lesions of the gastrointestinal tract, which are diagnosed only at autopsy.

Thus, the data on the incidence of acute erosive and ulcerative lesions of the mucous membrane and associated complications are contradictory. There is practically no information on the frequency of occurrence of erosive and ulcerative lesions in burn victims at different periods of burn disease. Information about visual and morphological changes in the mucous membrane of the upper gastrointestinal tract in this category of patients is insufficient, and the dynamics of their development has not been studied. Also, the dynamics of the acid-producing function has not been studied, and there are no data on the alkalizing function of the stomach. The influence of the acid factor on the occurrence of pathological changes in the mucous membrane and their complications is questioned by many authors. Considering the above, we consider it expedient to conduct research in this direction.

The aim of this study was to optimize the diagnosis and treatment of acute erosive and ulcerative lesions of the gastrointestinal tract in severely burned patients by developing and implementing a comprehensive prevention algorithm.

Research objectives:

to find out the risk factors and development of erosive and ulcerative lesions of the gastrointestinal tract in severely burned patients, depending on the area and depth of the lesion.

to study the dynamics of changes in the mucous membrane of the

gastrointestinal tract, with an assessment of the impact of early surgical treatment of severely burned on the incidence of gastroduodenal ulcers.

to identify the incidence of intestinal insufficiency syndrome and increased intra-abdominal pressure in severely burned patients and to optimize prevention and treatment.

on the basis of the obtained clinical and endoscopic data, to develop an algorithm for erosive and ulcerative lesions of the gastrointestinal tract and SCI, including surgical tactics and complex medical and nutritional support.

The object of the study was 204 victims with deep burns who underwent treatment at the Samarkand branch of the RSCEMP from 2013 to 2019.

The subject of the study was the results and conclusions of the clinical and endoscopic examination of the burned.

Research methods. General clinical, laboratory, instrumental, biochemical and statistical research methods were used to achieve the goal and set tasks.

Publication of results. On the topic of the dissertation, 40 scientific works were published, of which 10 articles in scientific publications recommended by the Higher Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for the publication of the main scientific results of PhD theses, including 7 in republican and 3 in foreign journals.

The structure and scope of the thesis. The dissertation consists of an introduction, five chapters, conclusions, conclusions and a list of references. The volume of the thesis is 119 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Мустафакулов И.Б., Хакимов Э.А. Гастродуоденальные кровотечения у тяжелообожженных // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2018. - №4 (104). - С. 32-35 (14.00.00 №19).

2. Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Даминов Ф.А. Интенсивная терапия полиорганной недостаточности у тяжелообожженных // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2018. - №4 (104). - С. 114-118 (14.00.00 №19).

3. Хакимов Э.А., Тагаев К.Р., Даминов Ф.А., Юнусов О.Т. Наш опыт профилактики и лечения полиорганной недостаточности у тяжелообожженных // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2019. №1 (107), С. 108-112 (14.00.00 №19).

4. Даминов Ф.А. Куйган беморларда ошқозон-ичак трактининг эрзив-яралли зарарланишларига замонавий қарашлар (адабиётлар шархи) // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2020. №1 (116) С. 230-233. (14.00.00 №19).

5. Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Рузибоев С.А. Some Aspects of Nutritional Nutrition for Early Prevention of Gastrointestinal Bleeding in Burned // International Journal of Psychosocial Rehabilitation, Vol. 24, Issue 04, 2020, ISSN: 1475-7192. (Scopus)

6. Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Рузибоев С.А. Куйган беморларда ошқозон-ичак тракти функцияси бузилишининг эндоскопик мониторинги ва энтерал озиклантириш // Доктор ахборотномаси. – Самарканд, 2020. №2 (94) – С.28-31. (14.00.00 №20).

7. Feruz Asadullaevich Daminov, Kamildjon Ruzibaevich Tagaev. Diagnosis, Treatment and Prevention of Erosive-ulceral Diseases of the Gastrointestinal Tract in Heavy Bears // Jour of Adv Research in Dynamical & Control Systems, Vol. 12, 07-Special Issue, 2020 150-153. (Scopus)

8. Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Рузибоев С.А. Оғир куйган беморларда стресс яраларининг диагностикаси ва даволаш // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2020. №2 (118) С.49-52. (14.00.00 №19).

9. Yunusov O. T., Daminov F. A., Karabaev Kh. K. Efficiency of Heprocel in Treatment of Patients with Deep Burns // American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2020. - N10(8). – P.624-626. (14.00.00 №2).

10. Даминов Ф.А. Особенности лечебного питания (нутриционной поддержки) для ранней профилактики желудочно-кишечных кровотечений у обожженных // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2020. №3 (119), - С.15-19. (14.00.00 №19).

II бўлим (II часть; II part)

11. Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Хакимов Э.А. Хусаинова Ш.К. Желудочно-кишечные кровотечения у обожженных // V Съезд Комбустиологов России «Мир без ожогов» – Москва. 2017. - С. 78-79.

12. Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Карабаев Н.Б., Даминов Ф.А. Симптомокомплекс «Айсберг» при ожоговой болезни // V Съезд Комбустиологов России «Мир без ожогов» – Москва. 2017. С. 197-198.

13. Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Хакимов Э.А., Некбаев Х., Карабаев Ж.Ш. Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у обожженных // Материалы 14-й Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Вопросы urgentной хирургии при заболеваниях и травмах гепатопанкреатодуоденальной зоны» – Ташкент. 2017. – Вестник экстренной медицины, X (4). – С. 144-145. (14.00.00 №11).

14. Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Эшмуродов О.А. Эндоскопическая диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений при ожоговой болезни // Материалы IV съезда Ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. – Ташкент, 2018. С. 41-42. (14.00.00 №17).

15. Даминов Ф.А., Хакимов Э.А., Саидов Ш.А., Кенжемуратова К.С. Острые язвы желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных // Сборник материалов Буковинского международного медико-фармацевтического конгресса студентов и молодых ученых, ВІМСО. 2018. С. 437.

16. Юнусов О.Т., Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Даминов Ф.А. Исследование системы гемостаза у пациентов с ожоговой травмой и ДВС-синдромом // Ўзбекистон хирургияси. – Тошкент, 2018. №3 (79) 167-168 бет. (14.00.00 №9).

17. Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Хакимов Э.А., Карабаев Н.Б. Профилактика и устранение острых эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных // Ўзбекистон хирургияси. – Ташкент, 2018. №3 (79) С. 154. (14.00.00 №9).

18. Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Эшмуродов О.А., Хидиров М.С. Эффективность эндоскопического гемостаза при острых гастродуоденальных язвах у тяжелообожженных // «Тиббиёт ва жаррохликда миниинвазив технологияларнинг ривожланиши ва истиқболлари» Республика илмий-амалий анжумани материаллари. – Урганч, 2018. - С. 8-9.

19. Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Даминов Ф.А., Юнусов О.Т., Ахмедов Р.Ф., Курбонов Н.А., Мавлянов Ф.Ш. Наш опыт противошоковой терапии тяжелообожженных на догоспитальном и раннем стационарном этапах скорой медицинской помощи // Материалы 18-го Всероссийского конгресса посвященного 120-летию скорой медицинской помощи в России. 2019. С. 160-161.

20. Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Эшмуродов О.А., Хидиров М.С. Оценка эффективности эндоскопического гемостаза при

кровоточащих острых гастродуоденальных язвах у тяжелообожженных // «Профилактик тиббиёт: бугун ва эртага» Республика илмий-амалий анжумани материаллари. – Андижон, 2018. С. 411-412.

21. Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Эшмуродов О.А. Эндоскопическая диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений при ожоговой болезни // Материалы IV съезда Ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. – Ташкент, 2018. С. 41-42.

22. Даминов Ф.А., Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Ахмедов А.И. Профилактика эрозивно-язвенных гастродуоденальных поражений у больных с тяжелой термической травмой // Всероссийская конф. с межд. участием «Актуальные вопросы комбустиологии» – Сочи. 2019. С. 39-41.

23. Юнусов Э.А., Тагаев К.Р., Хакимов Э.А., Даминов Ф.А. Эффективность применения гемостатического средства «Гепроцел» в лечении обожженных с глубокими ожогами // Всероссийская конф. с межд. участием «Актуальные вопросы комбустиологии» – Сочи. 2019 г. с. 158-159.

24. Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Даминов Ф.А., Юнусов О.Т., Ахмедов Р.Ф., Курбанов Н.А. Интенсивная противошоковая терапия тяжелообожженным на догоспитальном этапе медицинской эвакуации // Ж. Вестник экстренной медицины. 2019, том 12, №3. Материалы 15-й Республ. научно-прак. конф. «Актуальные проблемы организации экстренной мед помощи: Современные принципы и перспективы развития догоспитального звена экстренной мед помощи». – Фергана, 2019. С. 49-50.

25. Давронов Б.А., Даминов Ф.А., Карабаев Х.К. Клинико-эндоскопическая диагностика поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у обожженных // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2019. №1.1(108). С.18. (14.00.00 №19).

26. Даминов Ф.А., Карабаев А.Х., Абдусаломова Ш.С., Карабаев Х.К. Морфологическая картина слизистой оболочки желудка при ожоговой болезни // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2019. № 1.1(108). С.17-18. (14.00.00 №19).

27. Даминов Ф.А., Маматов Ф.Р., Хусаинова Ш.К., Карабаев Х.К. Исследование пепсинообразующей функции желудка при ожоговой болезни // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2019. № 1.1(108). С.17. (14.00.00 №19).

28. Даминов Ф.А., Рузибоев С.А. Применение зондовой питания - в профилактике эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных // XXVII Международная научно-практическая конференция «Advances in Science and Technology» – Москва, 2020. С. 15-16.

29. Даминов Ф.А., Тагаев К.Р., Мустафакулов И.Б., Авазов А.А. Анализ результатов лечения эрозивно-язвенных поражений у тяжелообожженных // «Профилактик тиббиётда юқори инновацион технологияларни қўллаш» Республика илмий-амалий анжумани материаллари. – Андижон, 2020. С. 680-681.

30. Даминов Ф.А., Рузибоев С.А., Шавази Р.Н. Эрта энтерал озиклантириш – эрозив-яралли зарарланишлар профлактикаси сифатида //

“Профилактик тиббиётда юқори инновацион технологияларни қўллаш” Республика илмий-амалий анжумани материаллари. – Андижон, 2020. С. 681.

31. Даминов Ф.А., Рузибоев С.А. Эрта энтерал озиклантириш - куйганларда ошқозон ичак трактининг эрозив-ярали зарарланиши профилактикаси сифатида // “Профилактик тиббиётда юқори инновацион технологияларни қўллаш” Республика илмий-амалий анжумани материаллари. – Андижон, 2020. С. 682.

32. Ruziboev S.A., Daminov F.A. Our experience in treatment of stress ulcers in severe // International Virtual Conference on Innovative Thoughts, Research Ideas and Inventions in Sciences, January 20th, 2021. – p. 447-449.

33. Даминов Ф.А., Тагаев К.Р., Карабаев Х.К., Хакимов Э.А. Оптимизация диагностики и лечения нарушений функции желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных. Методические рекомендации. – Ташкент, 2019. 27 с.

34. Рузибоев С.А., Даминов Ф.А. Принципы местного лечения ожоговых ран у тяжелообожженных. Мет. рекомендации. – Ташкент, 2020. 17 с.

35. Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Ахмедов Р.Ф. Программа для диагностики и выбора тактики лечения острых язв и эрозий желудочно-кишечного тракта у обожженных больных // Государственное патентное ведомство РУз. Свидетельство № DGU 05935. от 29.10.2018.

36. Карабаев Х.К., Даминов Ф.А., Юнусов О.Т. Способ обработки кожи при обширных ожогах туловище // Рациональное предложение №1827, 13.02.2017. СамМИ.

37. Ахмедов Р.Ф., Нарзуллаев С.И., Карабаев Х.К., Даминов Ф.А. Программа для диагностики ожогового сепсиса // Государственное патентное ведомство РУз. Свидетельство №DGU 06038. от 04.01.2019.

38. Курбонов Н.А., Даминов Ф.А., Юнусов О.Т., Мизамов Ф.О., Ахмедов Р.Ф. Программа для диагностики и лечения печеночной недостаточности при ожоговой болезни // Государственное патентное ведомство РУз. Свидетельство № DGU 06663 от 17.05.2019.

39. Даминов Ф.А., Тагаев К.Р., Хакимов Э.А., Карабаев Х.К. Алгоритм комплексной профилактики эрозивно-язвенного поражения желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных // Рациональное предложение №1880, 10.09.2019. СамМИ.

40. Даминов Ф.А., Тагаев К.Р., Юнусов О.Т., Умедов Х.А. Программа для выбора нутритивной поддержки обожженных с целью профилактики эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта // Государственное патентное ведомство РУз. Свидетельство № DGU 08255 от 27.04.2020.

Автореферат “Дурдона” нашриётида тахрирдан ўтказилди ва ўзбек, рус ҳамда инглиз тилларидаги матнларнинг мослиги текширилди.

Босишга рухсат этилди: 24.07.2021. Бичими 60x84 1/16. Рақамли босма усулида босилди. Times New Roman гарнитураси. Шартли босма тобоғи: 3.2. Адади 100 нусха. Буюртма №244.

Гувоҳнома АИ № 178. 08.12.2010.
“Sadriiddin Salim Buxoriy” МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди.
Бухоро шаҳри, М.Иқбол кўчаси, 11-уй. Тел.: 0(365) 221-26-45.

